

**ЎЗБЕКИСТОНДА
ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ
АСОСЛАРИ**

ДАИИЛДО ДОВОНИЧАЛНИ
АМЛАЛЧИНДА МЭЛДҮҮДАТЛА

Такризчилар:

М.З. Захидова – т.ф.д., ТошВМОИ УАШ қайта тайёрлаш кафедраси мудири, профессор;

М.Т. Рустамова – т.ф.д., ТТА даволаш факультетининг УАШ тайёрлаш ва эндокринология кафедраси профессори;

Ф.Х. Азизова – т.ф.д., ЎзР ССВ Фан ва ўкув юртлари бош бошқармаси бош мутахассиси, профессор

Ўкув қўлланмада Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимида ўtkазилаётган ислоҳатларнинг моҳияти ва ривожланиш шарт-шароитлари, шунингдек Ўзбекистондаги оиласий тиббиёт асослари ва ривожланиш таж-рибаси талабалар, магистрлар, тиббиёт олий ўкув юртлари ўқитувчилари учун фойдаланишлари мумкин.

Ўкув қўлланма “Даволаш иши” (5510100) “Касбий таълим” (5111000) ўйналиши бўйича “Ички касалликлар ва реабилитология” маҳсус фанлар учун мўлжалланган бўлиб, 80 та фотосурат, 12 та расм, 1 та жадвалдан иборат.

УЎК 616-08-027.553(075.8)

КБК 53.4я73

Глоссарий

ЯИМ – ялпи ички маҳсулот

ОИВ/ОИТС – Одам иммунтанқислиги вируси/Орттирилган иммун танқислиги синдроми

ЖССТ – Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти

УАШ – умумий амалиёт шифокори

ДАТ – далилларга асосланган тиббиёт

ТВИ – тана вазни индекси

КВХ – квалификацион характеристика

БМТ – Бирлашган Миллатлар Ташкилоти

НИЗ – ноинфекцион касалликлар

КТМД – кадрлар тайёрлаш миллий дастури

ХРУ – халқаро ривожланиш уюшмаси

ШАМ – шахслараро муносабат

УТТ – узлуксиз таълим тизими

ОП – оиласий поликлиника

ҚВП – қишлоқ врачлик пункти

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

БТСЁ – бирламчи тиббий-санитар ёрдам

ФАП – фельдшер – акушерлик пункти

ҚВА – қишлоқ врачлик амбулаторияси

ҚШ – қишлоқ шифохонаси

МТШ – марказий туман шифохонаси

ТТБ – туман тиббиёт бирлашмаси

OSCE – Objective structured clinical examination

SWOT – Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы)

Глоссарий

ВВП – внутренний валовый продукт

ВИЧ/СПИД – Вирус Иммунодефицита Человека/Синдром Приобретенного Иммунодефицита

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВОП – врач общей практики

ДМ – доказательная медицина

ИМТ – индекс массы тела

КВХ – квалификационная характеристика

ООН – Организация Объединенных Наций

НИЗ – неинфекционные заболевания

НППК – Национальная программа по подготовке кадров

МАР – Международная ассоциация развития

МЛО – Межличностное общение

НПО – Непрерывное профессиональное образование

СП – семейная поликлиника

СВП – сельский врачебный пункт

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

СВА – сельская врачебная амбулатория

СБ – сельская больница

ЦРБ – центральная районная больница

РМО – районные медицинские объединения

OSCE – Objective structured clinical examination

SWOT – Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы)

КИРИШ

Мамлакатимиз Мустакилликка эришганига 25 йилдан ошди. Ўтган давр мобайнида барча соҳалар каби тиббиёт соҳасида ҳам катта ўзгаришлар юз берди. Тақдим этилаётган «Ўзбекистонда оиласий тиббиёт асослари» ўқув қўлланмаси ўтган даврда амалга оширилган катта ишларнинг ҳосиласи сифатида яратилди.

Тиббиёт олийгоҳлари талабалари соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизими ишини ташкил қилиш ва умумий амалиёт шифокорининг (УАШ) вазифаларини билишлари муҳим. Шуни эсда тутиш лозимки, УАШ, бемор ва биринтирилган аҳоли биринчи мурожаат этадиган врач ҳисобланади. Аҳоли ўртасида соглом турмуш тарзини тадбик этиш, касалликларнинг олдини олиш ва ўз вақтида аниқлаш, тўғри ташхис қўйиш, мамлакат фукаролари ҳаёти давомийлиги ҳамда соглом авлод туғилиши бевосита УАШнинг билими ва малакасига боғлиқ.

2000 йилдан Ўзбекистонда олий маълумотли УАШларни тайёрлаш Республиканинг барча тиббиёт институтларида амалга оширилмоқда ва 2005 йилдан бошлаб Тошкент Тиббиёт Академияси (TTA) бу вазифада етакчилик қилмоқда. Ушбу йиллар давомида Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини ишини мукаммалаштириш негизида ўқитиши тартибига ҳам бир неча бор ўзгартиришлар киритилди, кўплаб ўқув дарсликлири, дастурлари ва қўлланмалар тайёрланди, бир катор илмий изланишлар олиб борилди. Хорижий давлатлар билан тажриба алмашиш, компьютер технологиялари, етакчи мамлакатларнинг дарслик ва илмий дастурларини кенг кўламда ўқув жараёнига тадбик этилиши, академия профессор-ўқитувчиларининг малакасини оширилиши, ТТАда ўқитиши тартибига ижобий таъсир кўрсатди ва Республигадаги олий таълим муассасалари рейтинг жадвалида етакчи ўрин эгаллашига имконият яратди.

I БУЛИМ. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МУСТАҚИЛЛИГИНинг ютуқлари



1991 йил 31 августда Биринчи Президентимиз И. Каримов томонидан Ўзбекистон Республикаси мустақил давлат деб эълон қилинди. 1991 йил 1 сентябр Ўзбекистон Республикаси Мустақиллик байрами сифатида кенг нишонланади. 1992 йил 2 март куни Ўзбекистон тенг хукуқли аъзо сифатида Бирлашган Миллатлар Ташкилотига аъзо бўлди.

Ўзбекистон – суверен демократик Республика бўлиб, ўз миллий-давлат ва маъмурий-худудий тузилишини, давлат ҳокимияти ва бошқарув органлари тизимини белгилайди, ички ва ташқи сиёсатни амалга оширади. Ўзбекистон Республикаси ўз худудида истиқомат килувчи барча миллат ва элатларнинг тили, урф-одатлари ва анъаналари хурмат қилинishiни таъминлайди, уларнинг ривожланиши учун шароит яратади. Халқ давлат ҳокимиятининг бирдан бир манбаидир.

Биринчи Президентимиз И. Каримов сўзлари билан айтганда: «Ўзбекистон 24 йиллик мустақил ривожланиши даврида жуда катта ўйлни босиб ўтди. Бугун бошқа давлатлар 100 йиллар давомида босиб ўтадиган ўйлни Ўзбекистон 24 йил давомида ўтди десак, муболага бўлмайди. Бундай динамик ривожланишининг асосий омили бўлиб, эски тартибда яшаши истамайдиган, фарзандлари ва набиралари ривожланган, демократик ҳамда мустақил давлатда яшашини истаган одамлар бўлди десак, хато қўймаган бўламиз. Мустақиллик биз учун катта, ҳеч нарса билан солиштириб бўлмайдиган моҳиятга ва аҳамиятга эга. Унга эришиш, ҳақиқатда тарихий воқеа бўлиб, ҳаётимизни тубдан ўзгартирди, Ўзбекистон тарихида янги саҳифани очиб, Ватанимизни ва халқимизни тоталитар тузумдан бутунлай озод этди. Мустақиллик сабаб, дунё жасиятининг тўлақонли аъзосига айландик, миллий демократик давлат қуриши йўли бўйича

боришига ва ўз аҳолимиз учун ҳеч кимдан кам бўлмаган фаровон ҳаёт қуриши имкониятига эга бўлдик. Мустақиллик, шак шубҳасиз бизнинг тарихимизда қолади. Айнан мустақиллик сабаб, ўз қадриятларимиз, динимиз, шон-шараф ва қадр-қумматимизни тикланишига, ўзлигимизни англашга, янги жасиятни қуришига, ўз келажагимизни халқ талабига, умидларига ва интилишларига жавоб берадиган даржада яратишига йўл очиди».

Ўз маъмурий-худудий тузилиши бўйича Республика 12 вилоятга ва Қорақалпоғистон Республикасига бўлинган. Мамлакатда жами 157 та қишлоқ туманлари, 119 та шаҳар ва 114 та шаҳар типидаги тузилмалар мавжуд. Ўзбекистон Республикаси нисбатан «ёш» аҳолили давлатлар қаторига киради.

2012 йил бошига келиб, 15 ёшгача бўлган болалар аҳоли сонининг 28,1%, меҳнатга лаёқатлик ёшдан катталар эса 5,9% ташкил этди. 2012 йил якунига кўра туғилиш даражаси ўртacha 1000 кишига 21,0, ўлим эса 4,9, аҳолининг табиий ўсиши 16,1 га тенг бўлди.

2015 йилнинг 1 январига келиб Ўзбекистон аҳолиси сони 31 миллион 25,5 мингга етди, шаҳар аҳолиси сони 15 миллион 746,8 минг (50,8%), қишлоқ аҳолиси – 15 миллион 278,7 минг кишини ташкил этди (49,2%).



Кисқа вақт мобайнида Ўзбекистон аграр давлатдан саноати ривожланган ва ўз маҳсулотини экспорт қиладиган мамлакатга айланди. Дон ва энергия таъминоти мустақиллигига эришилди, транспорт ҳамда коммуникация йўлга қўйилди. Хатто дунё молиявий инқизози вақтида ҳам давлат иқтисодиётининг муқим ўсиши кузатилмоқда ва Ялпи Ички Махсулот (ЯИМ) нинг ўсиши бунинг исботи ҳисобланади. 1996 йилда унинг ўсиши 1,7% ни ташкил этган бўлса, 1999 йилда 4,4% гача кўтарилди, 2012 йил якунига кўра эса ЯИМ нинг ўсиши 8,2% ва давлат ташки қарздорлиги унга нисбатан 16,0 фоизни ташкил қилди («ўртачадан камроқ» қарздорлик).



2012 – йил Халқаро мавқега эга бўлган Буюк Британия Қироллигининг Легатум институти ўзининг “Тинчлик-хотиржамлик ва ривожланиш кўрсаткичидা” Ўзбекистон Республикасини дунё давлатлари жадвалида 64 ўринга жойлаштириди. Ҳозирги хаётда давлатимиз худудида бир қатор халқаро фонdlар, дастурлар, бирлашмалар аъзолари жумладан, БМТнинг ихтисослашган фонdlари: Аёллар ва Болалар фонди (UNICEF), унинг маориф, фан ва маданият масалалари бўйича фонди (UNESCO), Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти, унинг ОИВ/ОИТС (UNAIDS) бўйича дастури, БМТнинг Гиёҳвандлик ва Жиноятчилик бўйича бошқармаси ривожланиш дастурлари, Марказий Осиё худудида превентив дипломатия бўйича худудий маркази иш олиб бормоқда.

Ўзбекистон Республикаси UNESCO га 1993 йил 26 октябрда аъзо бўлди. Бу ташкилот билан таълим соҳасидаги ҳамкорлик Ўзбекистоннинг Кадрлар Тайёрлаш Миллий Дастурини (КТМД) амалга ошириш борасида олиб борилди.

Таълим Ўзбекистоннинг турғун иқтисодий ривожланиши учун асосий восита бўлиб, аҳолининг мамлакат ижтимоий-иктисодий ҳаётида фаол иштирок этиши унинг онги, дунёқарashi ва қадриятларнинг ривожланишига ёрдам беради.

КТМД ни самарали ҳамда ўз вақтида амалга ошириш узлуксиз таълим тизимида асосий ва муҳим масаладир. Бу дастурда, Республикадаги таълим тизимини мукаммаллаштириш мақсадида бир қатор таклифлар келтирилган бўлиб, улар давлатнинг ҳар бир соҳасида узлуксиз таълим бўйича стратегиясини амалга ошириш ёрдамида инсон потенциалини сифатли тизимини ривожлантиришни таъминлайди.

КТМД амалга оширишда мақсадга эришиш учун Республикада таълимнинг ҳар бир босқичига таъаллукли 50 дан ортиқ ҳукумат қарорлари қабул қилинган (Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президенти фармонлари, Вазирлар Маҳкамаси қарор ва фармойишлари, КТМД бўйича Республика Комиссияси қарорлари ва бошқалар шу жумладандир). Барча қарорлар таълим тизимининг ривожланишини бирламчи масалаларини ҳал қилишга қаратилган бўлиб, улардан қуйидагилар, олий таълим тизимини ташкил қилиш ва ислоҳ қилишга йўналтирилган:

- «Таълим» тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Қонуни, 29 август 1997 й.;

- «Кадрлар Тайёрлаш Миллий Дастури» тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Қонуни, 29 август 1997 й.;



- «Устоз Фондини ташкил қилиш» түғрисидаги Вазирлар Маҳкамасини 576 қарори, 30 декабр 1997 й.;
- «Олий ўкув юртларида профессор-педагогларнинг маошини ошириш ҳақида» Вазирлар Маҳкамасини 531 қарори, 2 декабр 1997 й.;
- «Узлуксиз Таълим учун Давлат Таълим Стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш» Вазирлар Маҳкамаси 5 қарори, 5 январ 1998 й.;
- «Узлуксиз Таълим Тизимини дарсликлар билан таъминлашни ривожлантириш», Вазирлар Маҳкамасини 4 қарори, 5 январ 1998 й.;
- «Давлат Тест Маркази таркибида Кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш, педагог кадрлар ва таълим муассасалари аттестацияси бошқармасини ташкил этиш түғрисида»ги Вазирлар Маҳкамасини 109 қарори, 11 март 1998 й.;
- «Тошкент Ислом Университети фаолиятини ташкил этиш» Вазирлар Маҳкамасини 224 қарори, 6 май 1999 й.;
- «Расмий давлат хужжатларини тайёрлаш, ҳисобга олиш, сақлаш, топшириш ҳамда улардан фойдаланиш тартибини такомиллаштириш түғрисида»ги Вазирлар Маҳкамасини 283 қарори, 25 июл 2000 й.;
- «Олий таълим муассасаларида тўлов – контракт асосида таълим олувчилар учун кредитлар бериш түғрисида»ги Вазирлар Маҳкамасини 318 қарори, 26 июля 2001 й.;
- «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш түғрисида»ги Вазирлар Маҳкамасини 343 қарори, 16 август 2001 й.;
- Олий таълим түғрисидаги илова;
- Мураббийларни Олий таълим муассасаларига ишга қабул қилиш түғрисидаги илова;
- Магистратура ҳақидағи илова;
- Олий таълим йўналишлари бўйича бакалаврларга қўйиладиган малакавий талаблар;
- Ўзбекистон Республикаси Олий таълим муассасалари талabalарининг малакавий амалиёти түғрисида намунавий илова;
- Олий таълим йўналишлари ва ихтисосликлари бўйича Давлат Таълим стандартлари;

- Педагог кадрларнинг малака ошириши ва қайта тайёрлаш тизимини мукаммаллаштириш ҳақидағи Вазирлар Маҳкамасининг қарори.

Қисқа муддат ичида таълимнинг янгича модели ташкил этилиб, унинг амалга ошишида барча меъёрий-хуқуқий, ташкилий-бошқарув ва моддий материал шароитлари яратилган.

Шуни таъкидлаш жоизки, Кадрлар тайёрлаш миллый дастурига киритилган биринчи боскич макромасалалари амалга оширилди.

II БЎЛИМ. ЎЗБЕКИСТОНДА ТАЪЛИМ ТИЗИМИ

Ўзбекистонда аҳолининг бепул таълим олиши давлат томонидан кафолатланади. XX асрнинг 90-йилларида давлат фақатгина мажбурий 9-йиллик таълимни назарда тутган бўлса, ҳозирги даврда “Таълим” тўғрисидаги қонунда ўз ифодасини топган таълим тизими, 9-йиллик мажбурий таълимдан сўнг кейинги 3 йиллик касбий ёки академик таълимни ҳам кафолатлади. Мустақиллик даврида давлат бюджетининг таълим тизимига сарфланадиган маблағи 1990 йилда 17,9% дан 2013 йилда 34,2% гача, соғлиқни саклаш тизимига - 9,6% дан 14,4% гача ошди.

Республикада оммавий, мажбурий, бепул 12 йиллик (формула 9+3) узлуксиз таълим тизими йўлга қўйилган:

1. Мактабгача таълим;
2. Умумий ўрта таълим (9 йил), ҳалқимиз ҳоҳиш ва истакларини инобатга олиб Президентимиз Ш.М. Мирзиёев қарорлари билан умумий ўрта таълим 2017–2018 ўкув йилидан 11 йилликгача узайтирилди. Шу билан бир қаторда истак билдирганлар 9 синфдан кейин касб-хунар колледжлари ва лицейларда ўтиб ўқишилари мумкин;
3. Ўрта-махсус, профессионал таълим (мехнат бозоридаги талабга биноан 2-3 соҳа бўйича тайёрлаш);
4. Олий таълим (4 йилдан кам эмас);
5. Олий таълимдан кейинги таълим;
6. Малака ошириш ва кадрларни қайта тайёрлаш;
7. Мактабдан ташқари таълим (584 та спорт-соғломлаштириш марказлари, 211 та «Баркамол авлод» мактабдан ташқари марказлари, 298 та мусиқа ва санъат мактаблари. Уларда 500 мингдан ортиқ болалар ва ўсмирлар таълим оладилар);
8. Олий таълим 2 босқичга бўлинган: бакалавриат ва магистратура (2-3 йил).
9. Дипломдан кейинги таълим 3 йилни ташкил қилиб, ўз ичига қўйидагиларни олади:

✓ Катта илмий ҳодимлар институти;

✓ Мустақил изланувчилар.

«Олий Таълим» атамаси ҳар хил соҳа – илмий, иқтисодий, техник, маъданий ва бошқалар учун малакали кадрлар тайёрлашни билдиради. Ўзбекистондаги таълим замонавий илмий ғоя ва технологиялар ютукларини ижодий қўлланган ҳолда ўқитишида назарий ва амалий масалаларни ечиш учун билимларни ва эгалаган куникмаларни тизимлаштириш имконини беради. Олий таълим муассасалари қаторига қўйидагилар киради:

✓ Хусусий ёки давлат қармоғиданлигидан қатъий назар таълим ҳамда касбга тайёрлаш дастурларини давлат таълим стандарти асосида ўкув жараёнинга татбиқ этувчи олий таълим муассасалари;

✓ Олий таълимни ривожланиши учун зарур бўлган илмий изланишлар олиб борувчи илмий-тадқиқот институтлари;

✓ Давлат томонидан таълимни бошқарувчи идоралар, шунингдек, уларга қарашли бўлган корхона, ташкилот ва муассасалар;

✓ Таълим давлат бошқарувчи органлари, уларнинг қуи корхоналар, муассасалар ва ташкилотлар.

Ўзбекистонда таълим тизими икки босқичли аттестация назарда тутилган:

1. Бакалавриат – бу тўрт йил давом этувчи йўналтирилган назарий ва амалий билим берувчи олий таълимнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Бакалавриат дастурини ўқитиши ниҳоясига етгач талаба якуний давлат аттестациясининг хulosасига мувофиқ ўқитиленган йўналиш асосида “бакалавр” даражасига лойиқ деб топилади ҳамда давлат намунасида кўрсатилган диплом берилади;

2. Магистратура – бу камидан икки йил давом этадиган аниқ йўналиш бўйича назарий ҳамда амалий билим берувчи, фақат бакалавриатни битирган киши танлов асосида таълим олишни давом эттириши мумкин бўлган олий таълим босқичи. Ўқишини тутгатгач битирувчиларга якуний давлат аттестацияси комиссиясининг хulosасига мувофиқ аниқ мутахассислиги кўрсатилган “магистр”лик даражаси ва буни тасдиқловчи давлат намунасида кўрсатилган диплом берилади.

Давлат намунасидаги бу икки дипломлар ўз эгаларига мутахассисликлари бўйича касбий фаолият билан шуғулланиш ёки

ўкув муассасаларида келгусида ўқиши давом эттириш имконини беради.

Олий таълим муассасалари юридик мақомга эга ва Республикада унинг қуидаги кўринишлари мавжуд:

➤ **Университет** – талабаларга эгаллаётган соҳаси бўйича ёки кейинчалик ўқишиларини давом эттиришлари учун кенг қамровли билим беришга эътибор қаратилади;

➤ **Академия** – олий таълим бериш билан бир қаторда кейинчалик ўқишиларини давом эттиришлари учун аниқ билан йўналишга тайёрлайди;

➤ **Институт** – барча олий таълим муассасалари каби олий таълим дастурини бажаради ва билан йўналишга қаратилган билим берилади.

Айни вақтда Ўзбекистонда 64 та олий таълим муассасаси фаолият олиб бормоқда, уларда 260 минг атрофига талаба таълим олмоқда. Жумладан, Халқаро Вестминистр Университети, Турин Политехника Институти, Сингапур Менеджмент Ривожланиши Институти, Инха Университети, М.В. Ломоносов номидаги Москва Давлат Университети, М.И. Губкин номидаги Россия давлат нефт ва газ Университети, Г.В. Плеханов номидаги Россия Иқтисодиёт Университети каби халқаро таълим юртларининг филиаллари ҳам шулар қаторига киради.

Миллий модел ва кадрлар тайёрлаш дастури – бу стратегик нуқтаи назардан пухта ўйланган, илмий тасдиқланган концепция бўлиб, мамлакатнинг социал – иқтисодий ривожланишини ўз ичидаги мужассам этади. Шу билан биргаликда Миллий моделимиз ўзининг амалга оширилиши учун доимо энг самарали йўлни излашга undайди.

Ислоҳатларнинг изжобий натижалари сифатида қўйидагиларни келтириш мумкин:

✓ таълимни давлат ва нодавлат таълим муассасалари негизида ягона ўқув-илмий ишлаб чиқариш мажмуи тарзида босқичмабосқич ривожлантириш, барча турдаги молиялаштириш манбаларини жалб этган ҳолда кадрлар тайёрлаш ва таълим соҳасида рақобатдош мухитни яратиш, бюджетдан ташқари маблағларни жалб этишнинг реал механизмларини амалиётга тадбиқ қилиш ҳамда ишлаб чиқиш, шу жумладан чет эл инвестицияларини кадрлар тайёрлаш ва таълим тизимига йўналтириш;

✓ барча таълим босқичларининг узлуксизлиги ва изчилигини таъминлаш, ўқувчилар билимларининг даражаси ва самарадорлигини ҳамда сифатини ошириш, меъёрий-қонуний базасини ҳамда уларнинг жаҳон стандартлари даражасида ишлаши учун кулаг молиявий шарт-шароитларни мукаммалаштириш орқали таълим тизимининг алоҳида соҳа ва элементларини қайта кўриб чиқиш;

✓ кам таъминланган ёшларни ижтимоий қўллаб-куватлаш, истеъдод ва билимларини рағбатлантириш орқали давлат таълим стандартлари асосида таълим олишлари ҳамда бошланғич имкониятларнинг тенглигига шароит яратиб инсон эркинликлари ва кафолатли хукуқларини таъминлаш;

✓ янги ижтимоий-иктисодий шароитларда кадрлар тайёрлаш тизими устиворлигини, баркарор ривожланиши ҳамда ишлашини кафолатловчи, таълимнинг талабига мос даражага ва сифатини таъминловчи меъёрий, моддий-техник ҳамда ахборот базасини яратиш;

✓ таълим сифатини оширишга йўналтирилган янги ва мукаммал ўқитиши услубларини жорий этиш, таълим ҳамда тарбия мазмунини қайта бойитиш;

✓ талабаларни тайёрлашнинг умумтаълим ва профессионал давражасига заруурий талабларни белгилаб берувчи таълимнинг турли соҳаларида давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, шунингдек талабаларнинг таълим олишлари ва билимлари сифати назорати услуб ҳамда кўрсаткичлари тизимини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

✓ олий ўкув юртлари жамоалари орасида ва ишчи гурухларини саралаш орқали республиканинг таълим ва тарбия муассасалари учун янги ва қайта ишланган ўкув дастурлари ва дарсларини яратиш ҳамда нашр қилиш орқали давлат таълим муассасаларини ўз вақтида ўкув ва ўкув-услубий адабиётлар билан таъминлаш муаммосини ҳал этиш борасида чора-тадбирларни амалга ошириш;

✓ барча ўкув фанлари гуманитар синтези асосида педагогик таълим мазмунини янгилаш, таълим жараёнининг ички мантиғи ва қонуниятларини англашга, ўқувчилар онгига йўналтирилган психологияк-педагогик тайёргарликни чукурлаштириш;

✓ кадрларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш, тарбиялаш тизимидағи ва таълимнинг алоҳида босқичларидаги

номутаносибликларни енгиб ўтишда, аввалги таълим тизими тармогини, энг аввало маҳаллий ва республика манфаатларига мослашувчан рақобатбардош муҳитни ташкил этиш учун шароитлар яратиш;

✓ республика таълим муассасаларини сифатли педагоглар билан таъминлаш, уларнинг рейтинг баҳолари, аттестациясини, тайёрлашни ва қайта тайёрлашни ҳамда малакаларини оширишни амалга ошириш;

✓ узлуксиз таълим самарадорлигини баҳолаш ҳамда мониторинг ривожини амалга тадбиқ этиш бўйича чора-тадбирларнинг амалга оширилиши, кадрлар тайёрлаш сони ва таркиби ҳамда уларга меҳнат бозорида бўлган талаблар таркиби ва ҳажми ўтасидаги номутаносибликни бартараф этиш имконини беради;

✓ таълим, фан ва ишлаб чиқариш интеграцияси бўйича чораларни амалга ошириш, давлат эктиёжларини шакллантириш механизmlарини ишлаб чиқиш, шунингдек нодавлат тузилмалари, корхоналари ҳамда ташкилотларининг тайёрланаётган кадрлар сифати ва миқдорига эктиёжини бажариш;

✓ таълим муассасаларининг молиявий ва хўжалик мустақиллигини кенгайтиришни, инновацион фаоллигини рағбатлантиришни назарда тутган ҳолда уларнинг молиявий ишлаш механизmlарини мукаммаллаштириш;

✓ кадрлар тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича, ўкув, ўкув-услубий қўулланмалар нашри жараёнига чет эл инвестицияларини жалб этиш ҳамда улар билан республика таълим муассасаларини таъминлаш, таълим муассасалари тизимини моддий-техник базасини яхшилаш, маъмурий ва бошқарув даражаси самарадорлигига эришиш, экспериментал услубларни тадбиқ этиш ва мазкур масалалар бўйича ҳамдўстлик лойиҳаларини амалга ошириш.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОЛИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ

Мустақиллик даврида Ўзбекистон Республикасида 1997-йилда қабул қилинган “Таълим тўғрисида”ти қонунга ва Кадрлар тайёрлаш миллий дастурига асосан, бутун таълим, шу жумладан соғлиқни саклашнинг кадрлар тайёрлаш тизимини ҳам мукаммаллаштириш бўйича кенг қўламдаги ишлар олиб борилди.

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йилдаги 2107-сонли Фармони соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш, олий тиббий таълимни халқаро стандартларга жавоб берадиган даражага етқазишига имконият яратди, яъни 2 босқичли олий тиббий таълим жорий этилди.

Биринчи босқичда таълим олишда, яъни бакалавриатда – барча тиббиёт олий ўкув юртлари қишлоқ врач пунктларида (ҚВП) ва оиласији поликлиникаларда (ОП) ишлаш имкониятига эга умумий амалиёт шифокорларини (УАШ) тайёрлашга қаратилди (умумий педиатр, умумий гигиенист-эпидемиолог, умумий стоматолог). Бу ўз навбатида, барча аҳолини, айниқса мамлакатнинг қишлоқ аҳолисини малакали тиббий ёрдам билан таъминлаш имкониятини берди.

Иккинчи босқич – магистратура – 46 та тор мутахасислик (жарроҳлар, кардиологлар, офтальмологлар, инфекционистлар ва бошқалар) бўйича шифокорларни тайёрлашни кўзда тутади. Улар ўз навбатида, соғлиқни саклашнинг ихтисослаштирилган жабхаларида, тиббий олийгоҳлар ва илмий – тадқиқот муассасаларида фаолият кўрсатадилар. Шифокорларнинг малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш масаласи тиббий ёрдамни сифатли бўлишига ва юқори малакали кадрлар тайёрлашда мухим ўрин тутади.

Бундан ташқари, ҳукуматнинг қатор қарорлари Олий таълим муассасаларида таълим тизимининг моддий-техник базасини, талабаларнинг яшаш шароитларини яхшиланишига, янги спорт муассасаларининг курилиши, мавжудларини қайта таъмирланишига замин яратди. Шу билан биргаликда, ўкув жараёнига янги педагогик технологиялар ва инновацияларни жорий этилиши таълимга замонавий техник воситалардан ҳамда ахборот технологияларидан фойдаланиш заруриятини туғдирди.

Мамлакатнинг етакчи тиббий таълим муассасаларида, шу жумладан Тошкент тиббиёт академияси (ТТА) таълим тизимига “модул” ўқитиши технологияси тадбиқ этила бошланди. Дастур клиник масалаларни ҳал қилишига катта ёрдам беради. Бу технология халқаро тиббий амалиётда мутахассислар тайёрлаш прогрессив усувлардан бири бўлиб, талабаларда клиник-мантикий фикрдашни ривожланишига ёрдам беради, бу ўз навбатида, малакали шифокорлар тайёрлашда мухим аҳамият касб этади.

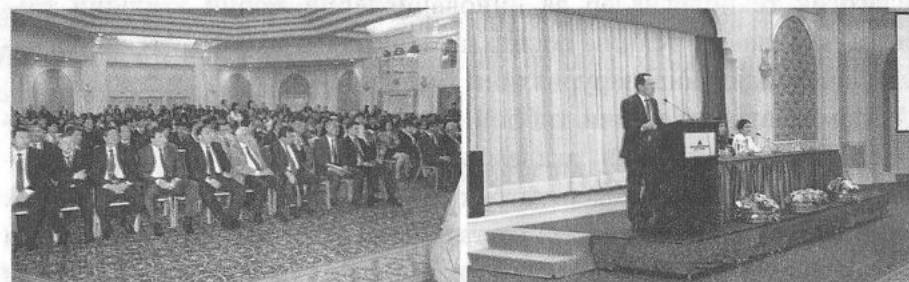
Шунингдек, хукумат томонидан, таълим жараёнига ахборот-коммуникацион технологияларнинг кенг кўламда жорий этиш ва профессор-ўқитувчиларни хорижий тиллар бўйича ўз билимларини оширишлари ҳақида қатор қарорлар қабул қилинди.



Бу қадамларнинг муҳимлиги шундаки, тиббиёт энг динамик ривожланувчи соҳалардан бири деб тан олинган. Шунинг учун одатда умум қабул қилинган йўналиш ва услублар, эртага ўз аҳамиятини йўқотиши мумкин.

Бугунги кунда ТТА да ўтказиладиган «Topical issues of theoretical and practical medicine» илмий-амалий анжумани одатий бўлиб, унда ёш олимлар (бакалавр, магистр, катта илмий ҳодимлар ва бошқалар) иштирок этадилар.

Шунингдек, ТТА да ҳалқаро ташкилотлар билан ҳамкорлик йўлга қўйилган бўлиб, магистр ва ёш олимлар ҳамкорлик лойихаларида иштирок этиш имкониятига эгалар.



Дарсликлар ва кўлланмалар тиббий таълимнинг ҳар бир босқичида касалликларнинг ривожланиш механизми, ташхис ва даволаш жараёнига янги таклифлар киритилиши орқали доимо

янгиланиб борилмоқда. Республика, вилоят ҳамда туман даволаш муассасаларида кенг кўламда даволаш-диагностика стандартлари ва протоколларининг жорий этилиши ҳозирги замон талабларидан бири ҳисобланади. Ушбу стандарт ва протоколлар тиббиётнинг етакчи илмий ва таълим муассасалари томонидан исботланган тиббиёт асосида ишлаб чиқилмоқда. Далилларга асосланган тиббиёт деганда, аниқ илмий кўрсаткичларни баҳолаш асосида ишлаб чиқилган ва интернет ресурсида жойлаштирилган тавсиялар тушунилади.

Таъкидлаш жоизки, 80% дан ортиқ илмий тиббиётнинг интернет ресурслари инглиз тилида. Далилларга асосланган тиббиётдан кенг кўламда фойдаланиш, даволаш стандартлари ва протоколларини ишлаб чиқиш, ўкув дастурларини янгилаш, ва ниҳоят, касбий дунёқарашни кенгайтириш учун инглиз тилини ва интернет маълумотларидан фойдаланишни билиш муҳим.

Шу билан биргаликда, тиббий таълимнинг фарқли хусусияти бу – амалий (клиник) кўниқмаларни «бемор ётоғи ёнида» эгаллаш (беморларни курация қилиш, клиник кўрик, операция муолажаларда катнашиш ва бошқалар) зарурлигидир. Юқори малакали шифокорлар тайёрлашнинг асосий шартларидан бири – бу таълим ва амалиётни интеграция қилиш, яъни тиббий ўкув юртлари ва клиникаларнинг ҳамкорлигидир, яъни тиббий олий таълим муассасалари (ОТМ) ўз клиник базалари сифатида етакчи шифохоналардан фойдаланадилар.

Талабаларга таълим беришда нафақат ОТМ педагоглари, балки илмий ҳодимлар ва малакали шифокорлар ҳам иштирок этадилар. Натижада, юқорида айтиб ўтганимиздек, тиббиёт ОТМ лари профессор-ўқитувчилари зиммасига катта маъсулият юклайди. Шунинг учун, педагоглар таълим дастурларига ҳалқаро ташкилотларнинг маслаҳатларини (ЖССТ, UNICEF, Глобал Фонд ва бошқалар) ҳамда етакчи хорижий давлатларнинг она ва бола соғлигини химоялаш борасидаги юқори самарали амалиётини, юқумли, юқумли бўлмаган касалликларга қарши кураш, мамлакатда эпидемиологик барқарорликни таъминлашни ҳаётга татбиқ этмоқдалар.

2011 йил ноябрда, ЖССТ ва бошқа халқаро ташкилотлар томонидан Тошкент шаҳрида ўтказилган «Соғлом она – соғлом бола» халқаро анжуманида бир овоздан шу нарса таъкидландики, Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизими ўзига хос бўлиб, она ва бола соғлиғига алоҳида аҳамият берилади. Сеул Миллий Университетининг Педиатрия Маркази (Корея Республикаси) раҳбарининг докладида бизнинг давлатда тибиёт кадрларини тайёрлашда юксак натижаларга эришилганлиги қайд этилди.

Ўзбекистонда 7 та тибиёт Олий ўкув юртлари ва уларнинг филиаллари мавжуд. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йилдаги 2107-сонли Фармонида соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастурининг босқичлари белгилаб берилди. Бунинг натижасида олий тиббий таълимни халқаро стандартга мувофиқ 2 босқичи (бакалавриат 5-7 йил, магистратура 2-3 йил, клиник ординатура 2 йил) жорий этилди.

Мисол учун, ТТА да таълим куйидагича:

- ✓ 1 курс – асосий (фундаментал) фанлар;
- ✓ 2 курс – асосий (фундаментал) ва клиникагача бўлган фанлар;
- ✓ 3 курс – клиник амалиётга кириш;
- ✓ 4 курс – факултет курси;
- ✓ 5 курс – госпитал курси;
- ✓ 6,7 курс – умумий амалиёт шифокори ундан сўнг магистратура ёки клиник ординатура ва малака ошириш курслари.

Жамиятни ривожлантиришга замонавий тенденциялар юқори сифатли маҳсус таълим мавжудлигини мутлако янги босқичга ўтишини талаб қиласи. Ҳеч шубҳасиз, инсон потенциалини барқарор ривожланиши учун қашшоқликка барҳамдан глобал муаммоларни ҳал қилиш учун билим яратиш ва алмашиб олий таълимнинг энг муҳим роли бор.

ЎзР Биринчи Президенти И.Каримовнинг Вазирлар Маҳкамаси ўйғилишидаги мамлакатнинг 2015 йилда социал-иктисодий ривожланиш якунларига ва 2016 йилдаги давлат иқтисодий ривожланишининг асосий йўналишларига бағишлиланган маърузасида: «2015 йилда 141 та соғлиқни сақлаш муассасаларини курилиши, қайта капитал таъмирланиши ва жиҳозлар билан таъминланиши

га 500 млрд сўм сарф қилинди. Республика болалар сујк-сили санаторияси, ТТАнинг Урганч филиали, Андижон ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тибиёт марказлари, Қарши ва Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тибиёт муассасалари ҳамда Республиkaning қатор туманлари тибиёт бирлашмаларининг қайта таъмирланиши ва ишга туширилиши якунланди. ҚВП замонавий ташхис қўйиш ва даволаш тибиёт ускуналари ва жиҳозлар билан таъминланиши якунланганлиги қайд этилди.

Ушбу кўрилган ҳаракатлар натижасида, охирги 5 йил ичидагоналар ўлими 100 минг чақалокқа нисбатан 23,1 дан 19 та гача, 5 ёшгача бўлган болалар ўлими – 14,8 дан 13,9 гача, гўдаклар ўлими – 11 дан 10,7 гача камайди. Ушбу кўрсаткичлар бўйича давлатимиз БМТ нинг “Минг йиллик Ривожланиш Дастури” мақсадларига тўлиқ эришди.

III БҮЛЛМ. ЎЗБЕКИСТОНДА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ

Ўтган асрнинг 90-йилларига келиб, Ўзбекистон етарли даржада ривожланган соғлиқни сақлаш тизимида эга бўлса ҳам экстенсив ривожланиш, марказлаштирилган таркиб ва соҳани бошқариши иқтисодий механизмлари тўлиқ эмаслиги билан ифодаланаради.

Соғлиқни сақлаш шифохоналардаги ўрин-жойлар сонига қараб маблағ билан таъминланар эди. Бу эса ўз навбатида, улар сонининг ўсишига, аҳолининг ҳақиқий тиббий ёрдамга муҳтожлиги нотўғри тақсимланишига олиб келди. Тиббиёт муассасалари яроқсиз, аниқ ташхис қўйиш имконияти мавжуд бўлмаган ва самарали даволашга имкон бермайдиган аппаратлар билан жиҳозланган эди. Кўп ҳолларда, малакали мутахассислар йўқлиги ва уларнинг малакаси етарли бўлмаганлиги сабабли ўз вақтида ҳатто ихтисослаштирилган клиникаларда ҳам юқори даражали тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаган. Бундан ташқари, соғлиқни сақлаш тизими мамлакатнинг бозор иқтисодиёти тизимида ўтиши шароитида, замоннинг янги талабларига тайёр эмаслиги аниқ бўлди.

Республиканинг бозор иқтисодиётига ўтишини бошланғич даврида, аҳоли соғлиғининг алоҳида кўрсаткичлари ёмонлашиб борди. Масалан, оналар ва болалар ўлими ҳамда юкумли касалликлар кўрсаткичлари ўсиши кузатилди. Натижада аҳоли ҳаёти давомийлиги (аҳоли соғлиғини интеграл ва хulosавий кўрсаткичи) қисқариши кузатилди.

Ўзбекистонда 1999 йил бошида 15 миллион 200 минг ёки аҳолининг 62,2% қишлоқ шароитида яшаган, баъзи бир вилоятларда қишлоқ аҳолисининг зичлиги 75–80% ташкил этган. Шундай килиб, ўша пайтдаги мавжуд бўлган соғлиқни сақлаш тизими замон талабларига жавоб бермаган ва тегишли равишда аҳолини сифатли тиббий ёрдам билан таъминлаб бера олмаган.

Шифохоналардаги ўлимлар сонининг кўпайиши, шу билан бир қаторда аҳолини тиббий хизматга бўлган муҳтожлиги ҳисобга олинмаган ҳолда тиббиёт муассасаларини ўсиши кузатилган (25% аҳоли ҳар йили шифохоналарда тиббий ёрдам олган). Қишлоқ врачлик пунктларида ҳамда участка шифохоналарида юқори малакали ва узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаган.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш, бу соҳани аҳолини ижтимоий ҳимояси учун катта аҳамиятта эгалигини ҳисобга олган ҳолда босқичма-босқич амалга оширилди. Тайёрлов босқичининг мақсадлари бўлиб (1991–1998 й.) соғлиқни сақлаш тизимини чуқур тизимли ислоҳ қилишга тайёрлаш ва асосий концепцияни ишлаб чиқиш бўлди. Ҳаракатлар З та йўналишга қаратилган эди: оналик ва болалик даврини ҳимоя қилиш; юкумли касалликлар билан кураш; ўрин-жой сонини амбулатория-поликлиника тармоқларини кенгайтириш орқали мувофиқлаштирилди.

Ушбу йўналишларни амалга ошириш икки босқичда ўтказилди:

1991–1994 йиллар – «горизонтал» ислохотлар босқичи: ўрин-жой фондини қисқартириш ва йўлга қўйилган соғлиқни сақлаш тизими даражасида маблағни қайта тақсимлаш, соғлиқни сақлашни ўрин-жой сонига қараб маблағ ажратишдан халос қилиш, бюджетни аҳоли сонидан келиб чиқиб шакллантириш.

1991–1992 йилларда Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Ўзбекистон Республикаси хукумати ёрдамида ва бошқа ташкилотлар иштирокида Соғлиқни сақлашни асосий мөхиятини ишлаб чиқди. Унда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштиришни узоқ муддатли истиқболлари ҳисобга олинди. Бу асосий мөхият ЎзР Биринчи Президенти И.А.Каримов томонидан таклиф этилган мамлакатни ислоҳ қилишнинг соғлиқни сақлаш тизимида оид ислохотларидан бири бўлди. Ушбу хужжат соғлиқни сақлашни такомиллаштиришни қўйидаги узоқ муддатли истиқболларни ўз ичига олади.

Ислоҳотларнинг стратегик мақсади – тиббий-санитария ва профилактика муассасаларини экстенсив ривожланиш йўлидан интенсив ривожланиш йўлига ўтиши ҳисобланади.

Ислоҳатларнинг бирламчи йўналишлари:

- ✓ она ва бола соғлиғини ҳимоя қилиш;

- ✓ бирламчи тиббий-санитария ёрдамини мукаммаллаштириш;
- ✓ юкумли касалликларни олдини олиш;
- ✓ соғлом турмуш тарзини шакллантириш.

Ислоҳатларнинг асосий мақсад ва вазифалари:

- ✓ тиббиётдаги ресурсларни самарали сарфлашни янги иқтисодий механизмларини шакллантириш;
- ✓ соғлиқни сақлаш тизимини бошқаришни децентрализацияси;
- ✓ умумий амалиёт шифокори институтини ташкил этиш;
- ✓ тиббий ёрдамни унинг кундузги турларини ривожлантириш орқали қайта тизимлаштириш ва интеграция қилиш;
- ✓ олий тиббий таълимни ислоҳ қилиш, тиббиёт кадрлари тайёрлашни тезлаштириш, узлуксиз таълим тизимини шакллантириш;
- ✓ тиббий илмни ислоҳ қилиш;
- ✓ тиббий ускуналар ва дори-дармонлар билан таъминлаб берувчи миллий фармацевтика ва тиббиёт саноатини ташкил қилиш ва мукаммаллаштириш.

1994–1998 йиллар – қайта тизимлаштиришни бошлаш ва децентрализация қилиш босқичи: иқтисодиётни либерализация қилиш умумий жараёнлари кўламида соғлиқни сақлаш тизимини бошқаришни децентрализация қилиш бошланди, дорихоналар тизими ҳамда стоматология муассасалари хусусийлаштирилди. Децентрализация қатор вазифаларни шакллантириш, яъни маблағ ажратиш ва соғлиқни сақлаш муассасаларини вилоят даражасига ўтказиш орқали амалга оширилди. Шу даврнинг ўзида, шифохоналардаги ўринлар сонини хақиқий талаб даражасига камайтириш бошланди ва натижада шифохонадаги битта ўринга ажратилган ўртacha майдон юзаси санитария мебёрига яъни 7-8 м² га етди. Маблағлар амбулатория-поликлиника бўгинини ривожлантиришга қаратилди. Шунингдек, пуллик тиббий хизмат кўрсатиш йўлга кўйилди.



1998-2003 йиллар – тизимни ислоҳ қилишнинг бошланғич босқичи

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йилнинг 10 октябрдаги ПФ-2107-сонли “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида”ги фармонида ҳамда “1998–2005 йилларда Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилишни асосий мөхияти”да кўрсатилган режаларни амалга оширган холда, унинг илк даврида мақсад қилиб бутун соғлиқни сақлаш тизимини чуқур қайта тизимлаштириш кўйилди.

Шу билан бир қаторда, олдинги босқич мақсадларига куйидаги йўналишлар кўшилди:

- аҳолига бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатишда умумий амалиёт шифокори хизматини жорий этиш ва уни қишлоқ шароитига татбиқ этиш;
- шошилинч тиббий ёрдамнинг янги тизимини яратиш;
- кўп тармоқли соғлиқни сақлаш тизимини яратиш (аралаш ва якка тартибдаги маблағ ажратиш турларини татбиқ этишини бошлаш ва тиббий хизматлар бозорини ташкил этиш);
- олий ва ўрта тиббий таълим тизимини ислоҳ қилиш.

Маълумки аҳолига тиббий хизмат кўрсатишни қуидаги 3 та катта “пойдевори” мавжуд: ташкилий тузилиш, бошқарув ва маблағ ажратиш тизими.

Бошқарув тизими ўз навбатида қуидагиларни ўз ичига олади:

- давлат ва худуд даражасида соғлиқни сақлаш тизимини бошқарувчи ва назорат қилувчи тиббиёт муассасалари;
- бошқарувчи вазифасини бажарадиган санитар-тиббий ва профилактика муассасаларидаги алоҳида штатга тааллуқли лавозимлар;
- бутун тизимни самарали, барқарор, турғун бошқаришни амалга ошириб борадиган бошқарув алоқа тузилмаси.

Маблағ билан таъминлаш бошқарувни алоҳида қисми бўлиб, тизимларни ўз вазифасини бажаришга сарф қилган материали ва меҳнати ўрнини тўлдириб бориш кетказган ҳаражатини ва уларни ривожланишини таъминлаб беради.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти ва кўпчилик давлатлар тан олган, аҳолига тиббий кўрсатиш ёрдам тизими ташкилий таркибий стандарти бўлиб «олтин учбурчак» ҳисобланади. Унинг негизида амбулатория ва шифохонада ёрдам кўрсатиладиган, чўққисида эса юқори ихтисослаштирилган клиникалардаги ёрдам ўрин олган. Қуидаги учбурчакда Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш кўламидан кейинги “Олтин учбурчак” келтирилган.

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимининг “Олтин учбурчаги”



Ўтган 30 йил давомида жаҳон соғлиқни сақлаш тизимида, айниқса – бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда қатор ўзгаришлар рўй берди. Соғлиқни сақлашга ажратиладиган давлат ҳаражатларини тежаш орқали тизимни янада самарали қилиш Жаҳон Соғлиқни сақлаш тизимининг «Саломатлик ҳамма учун» асосий стратегияси (бирламчи тиббий ёрдамни такомиллаштириш стратегик мақсадга эришиш учун асосий қурол деб қаралади) зарурлигини кўрсатиб берди. Ҳозирги вақтда деярли барча давлатларда соғлиқ сақлаш тизими ислоҳ қилинмоқда.

Ўзбекистон мустақилликка эришгач собиқ тузумдан соғлиқни сақлашни кўп босқичли бошқариш ва беморларга кўп поғонали хизмат кўрсатиш тизимини турли хилдаги тиббиёт муассасалари, таъмирсиз бинолар ва эскирган ускуналарни мерос қилиб олди. Юқорида таъкидлаганимиздек, соҳага шифохоналардаги ўринлар сонига қараб маблағ ажратилар эди. Бу ўз навбатида, ўринлар сонини доимо ошиб боришига олиб келди. Афсуски бу жараён янги курилишлар ҳисобига эмас балки фаолият кўрсатаётган шифохоналар ҳисобидан амалга оширилди. Натижада 1991 йилга келиб 1 ўринга минимал талаб 7 m^2 ўринга $2-3 \text{ m}^2$, шифохонадаги ўринлар сони эса 256,6 минг яни 10 минг аҳолига 122 ўрин тўғри келди. Бу жаҳондаги ўртacha кўрсатгичдан анча юқори эди.

Илгари тиббий хизматни кўпроқ кимматбаҳо шифохона шароитида олиб борилиши сабабли унинг кўрсатгичи 23-25% га етган эди. Қатор шифокорлар, айниқса қишлоқларда фаолият юритувчилар, узоқ ҳатто 10 йиллар давомида малака оширмасдан, ташхис ва даволашни эскирган ва кам самарали усууларидан фойдаланар эдилар. Буларнинг барчаси, соғлиқни сақлаш тизимини жуда паст самарада ишлашига сабаб бўларди.

Мустақиллик йилларида Ўзбекистонда аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш, жисмонан ва ақлан баркамол авлодни тарбиялаш борасида зарур бўлган асосий ва етакчи масалаларни ҳал қилишда катта ютуқларга эришилди.





Илгари кўрсатиб ўтилганидек, соғлиқни сақлаш тизимида 16 та кенг кўламли ислоҳотлар ўтказилди, тиббий хизматни жаҳон андозаларига жавоб берадиган таркиби ташкил этилди.

Ўзбекистон Республикаси

Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги Фармонига биноан Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастури қабул қилинди.

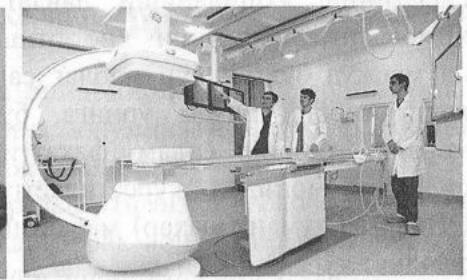
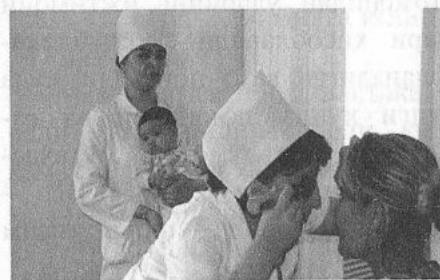
Тизимни меъёрий-хукуқий асосини мукаммалаштириш максадида, мустақиллик йилларида Республика изда 14 та қонун, 20 дан ортиқ Президент Фармонлари, хукумат қарорлари ва буйруқлари ҳамда бошқа хужжатлар қабул қилинди.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастури шу тизимни ислоҳ қилишга замин яратди: соғлиқни сақлаш тизимида тиббий хизмат кўрсатишнинг замонавий турлари ва усуслари тадбиқ этилди; унинг бирламчи бўғинининг моддий баъзаси кучайтирилди, қишлоқ врачлик пунктларини ташкил этиш ва уларни замонавий тиббий ускуналар билан жиҳозлаш йўли орқали, оналар ва болалар соғлигини ҳимоя қилишда тубдан ўзгаришларга эришилиши, шошилинч тиббий ёрдам хизматини юқори даражада жиҳозланганлиги, тиббиёт ҳодимларни тайёрлаш тизимларининг мукаммаллиги, фармацевтика соҳасини ривожлантириш йўлга қўйилганлиги шулар жумласидан. Шуниндек, шаҳар ва қишлоқларда ўнлаб янги, намунали лойиҳаларга биноан қурилган тиббиёт муассасалар, даволаш ва соғломлаштириш марказлари яратилди.

Ўтказилаётган ислоҳотларнинг асосий моҳияти аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш орқали уларнинг ҳаётини узайтиришга ҳамда соғлиқ кўрсаткичларини яхшилашга йўналтирилган.

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президенти томонидан 2007 йил 19 сентябрда қабул қилинган ПФ-3923 сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш Давлат дастурини амалга ошириш ва ислоҳ қилишни янада жадаллаштиришни асосий йўна-

лишлари тўғрисида» ги фармони ва 2007 йил 2 октябрдаги ПҚ 700-сонли «Республика тиббиёт муассасаларининг фаолиятини мукаммалаштириш чора-тадбирлари ҳақида»ги қарори соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришни давом эттиришга қаратилган бўлиб, туман даражасидаги соғлиқни сақлаш тизимини тубдан ўзгаришиш, ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни мукаммалаштириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини оширишга қаратилган.



Натижада, Республиканинг барча вилоятларида замонавий тиббий ускуналар билан жиҳозланган ва малакали ҳодимлар билан таъминланган ташхислаш марказлари яратилди.

Республикада 6 та ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт марказлари мавжуд бўлиб, у ерда юқори малакали мутахассислар замонавий, жаҳон андозаларига жавоб берадиган мураккаб даволаш муолажаларини амалга ошириб bemorлар ҳаётини сақлаб қолмоқдалар. Буларнинг барчаси ўтказилаётган ислоҳотларнинг амалий натижасидир.



Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президенти томонидан ўтказилаётган ислохатларнинг самараси тасдиғи бу аҳоли ҳаёт сифатининг яхшиланиши, давлат томонидан уларнинг ижтимоий химояланганликларини ҳис этишлари ҳисобланади. Республикада мавжуд бўлган кўп маблағ сарфланадиган ва 5 погонали жуда катта тиббий тизим ўрнига, бугунги кунда замонавий ва са-марали, тиббий ёрдам фақатгина олий маълумотли мутахас-сислар томонидан кўрсатилаётган, 2 босқичли, яъни ҚВП – ОПлар ва туман (шаҳар) марказий шифохоналаридан иборат тизим фаолият кўрсатмоқда.

Натижада бугунги кунда мамлакатимизда соғлиқни сақлашни бирламчи бўғинини миллий модели яратилди. Юқори малакали тиббий хизмат кўрсатадиган 10 та ихтисослаштирилган, замо-навий тиббий ускуналар билан жиҳозланган Марказлар фаоли-ят кўрсатмоқда. Соғлиқни сақлашни моддий-техник базасини мустаҳкамлаш мақсадида йил сайин маблағ сарфланиши ошиб бормоқда.

Жумладан, 2009 йилда инвестиция дастури кўламида 9,3 млрд сўм ажратилган бўлиб, 2010 йилда бу кўрсаткич 8,6 мартаға ошди, яъни – 79,1 млрд сўмга етди, 2011 йилда эса 135,8 млрд сўмни ташкил этди. Инвестиция дастурига биноан, 2010 йилда 67 та вилоят ва республика тибиёт муассасаларида қурилиш ва қайта таъмирлаш ишлари бажарилди. Жаҳон молиявий инқирозига қарамай, Республиkaning инвестиция дастурига мувофиқ, 2011 йилда худди шундай ишлар 100 дан ортиқ муассасаларда олиб борилди. Кўп шифохоналар фойдаланишга топширилди ва аҳоли соғлигини мустаҳкамлашга хизмат қилмоқда.



Аҳоли умрининг давомийлиги 1990 йилда 67,2 ёшдан 2013 йилда 73,4 ёшга етди, шу жумладан эркаклар ўргача ёши – 71,1, аёлларда эса – 75,8 ёш. 2014 йилга келиб аҳолининг ўргача ҳаёт давомийлиги 74 ёшга етди.

Мамлакатда профилактика ва эпидемиология ишларини сама-рали ўтказилиши сабабли, кўпгина юқумли касалликлар сонини камайиши ҳамда бартараф этилишига эришилди.

Юқумли бўлмаган касалликлар давлатимиздаги барча ўлимнинг 79% га тўғри келади, шу жумладан, юрак қон-томир касалликлари (54%) ўлим кўрсаткичининг асосий улушкини ташкил этади.

Республикамизда ўтказилган кенг кўламли «Юқумли бўлмаган касалликларнинг келиб чиқиши омилларининг таркалганилиги» деб номланган, миллий изланиш Тошкент шаҳрида 2013 йилда тақдим этилган, ҳамда 2014 йилнинг январ-апрел ойиларда Соғлиқни сақлаш Вазирлиги томонидан «Саломатлик-3» дастури кўламида ЖССТнинг STEPS услугига биноан, ҳалқаро мутахассислар ёрдами-да кўп босқичли, тизимли танлаш йўли билан аҳоли сўровномаси ва тиббий кўриги ўтказилди.

Унда 18 дан 64 ёшгача бўлган 4350 киши иштирок этган. Сўровнома ўз ичига уч босқични олди – респондентлар сўров қилинди ҳамда жисмоний (бўй, вазн, бел ва сон айланаси, қон босими) ва био-кимёвий (қондаги глюкоза ва холестерин даражаси) кўрсаткичлар баҳоланди.

Тақдимотда илмий тажрибалар Ўзбекистон аҳолиси учун қатор муаммолар ечимини топиш ва олдини олишга замин яра-тиши таъкидлаб ўтилди. Унда овқатланиш тартиби ва жисмоний камҳарақатлилик билан боғлиқ муаммолар етакчи ўрин тутиши келтирилган.

Ўзбекистон аҳолисининг ярмидан ортиғи (50,1%) ортиқча тана вазнига эга (тана вазни индекси (ТВИ) 25 кг/м² тенг ёки ундан ортиқ).

Шу билан бирга, семизлик билан ($TBI \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$) мамлакатимизнинг ҳар бешинчи фуқароси хасталанган (20,1%).

Аҳолининг учдан икки қисми (67,2%) ҳар куни етарли миқдорда мева ва сабзавот истеъмол қилмайди (кунда 400 г дан кам), уларнинг деярли ярми (46,3%) қондаги холестерин миқдорининг юқори кўрсаткичларига эга ($\geq 5,0 \text{ ммоль}/\text{л}$), учдан бир қисмидаги (30,8%) юқори артериал қон босими аниқланади ($\geq 140/90 \text{ мм рт. ст.}$), 9,1% қонида эса глюкоза миқдори меъёридан юқори (оч қоринга $\geq 6,1 \text{ ммоль}/\text{л}$).

Республикада спиртли ичимликлар ичишни суиистеъмол қилиш ва таъмаки маҳсулотларини чекиш даражасини 18-64 ёшли аҳоли орасида ўрганиш, эркакларни 30,7% охирги 30 кун ичida спиртли ичимлик истеъмол қилганлигини ва 42,4% тамаки маҳсулотлари (тутунли ёки тутунсиз, носвой) чекишини кўрсатди. Аёллар орасида бу кўрсаткичлар камроқ бўлиб 5,7% ва 1,5% ни ташкил қилади.

Сўровнома ва тиббий кўрик 40-64 ёшдаги аҳолининг 20% дан ортиғи юрак қон-томир касалликлари ривожланишига олиб келувчи юқори хавф гурухида эканлиги, бу эса яқин 10 йил ичida оғир асоратларга (миокард инфаркти, инсульт ва буйрак касалликлари) сабаб бўлишини тасдиқлади.

Маълумотларга кўра, 10 кишидан фақат биттасидан юкумли бўлмаган касалликлар ривожланишига олиб келувчи хавф омиллари мавжуд эмаслигини ва бу гурух асосан ёшлардан иборатлигини кўрсатди. Аҳолининг 66,4% уларни юзага келишига сабаб бўлувчи 1-2 та хавф омиллари аниқланди. «Шаҳар-кишлок» кесимида аҳоли ўртасида хавф омилларини тарқалиш фарки катта эмас. Шаҳарликларнинг спиртли ичимликларни суиистемол қилиши - 21% ва қишлоқ аҳолисиники 15,2% ни, қонда холестериннинг юқори кўрсаткичлари эса мос равишда - 51,4% ва 39,1% аҳоли орасида аниқланди. Бу натижалар самарали чора-тадбирлар режасини тузишда муҳим аҳамиятга эга. Ўтказилган тадқикот натижалари самарали тадбирлар режасини ишлаб чиқаришга каратилган аниқ мақсадли кўрсаткичларни ва устувор масалаларни аниқлаш учун асос булиб хизмат қилади.

Шунингдек, жароҳатланиш даражаси юқорилиги соғлиқни сақлаш тизимининг асосий йўналишларидан бири бўлиб келмоқда.

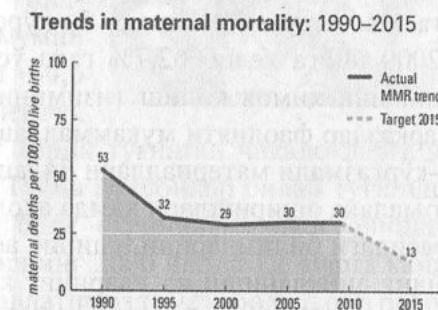
2012 йил маълумотларига кўра, Ўзбекистонда сил ва ОИВ/ОИТС билан касалланиш ҳамда оналар ва болалар ўлими даражаси 2000 йилдаги кўрсаткичларга нисбатан пасайиш кузатилмоқда.

Охиригина ўн йил ичida амбулатория-поликлиника муассасаларининг умумий сони 22,2% га ошди, шифохоналар сони эса 27,5% га камайди. Шунга кўра, аҳолини бирламчи тизимга қатнаши сони 15,3% га ошди ва бир фуқарога йилига 9,1 етди. Аҳолини шифохона ўринлари билан таъминлаш 12,8% га камайди ва 10 000 кишига 44,9 ни ташкил этди.

Оналик ва болаликни ҳимоя қилиш борасида, Республика ҳукумати томонидан ўтказилаётган ре-продуктив саломатликни кувватлаш дастурлари натижасида ижобий ўзгаришлар кузатилмоқда. Масалан, 20 ёшгача бўлган оналарнинг фарзанд кўриши 4,7% ни ташкил этади ва шарқий Европа ҳамда Марказий Осиё давлатларига нисбатан ижобий кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. 20-30 ёшлардаги аёллар орасида туғруқлар сони (энг муқобил ёш) 1991 йилда 69,3% дан 2009 йилда 83,3% га етди.

Аҳолининг исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш йўллари хакидаги маълумотга эгалиги, контрацепция маҳсулотларининг кенг тарқалганлиги Республикада абортлар эндиликда туғруқ сонини назорат қилиш усули сифатида қаралмаслигига ушбу дастурларни амалга оширишнинг катта ютуқларидан бири бўлди.

Республикада абортлар сони 1991 йилда 39,0 дан 2009 йилда 6,5 гача камайди. ЮНИСЕФ томонидан ўтказилган социал мониторингга асо-



сан, ҳомиладорликни сунъий равишида тўхтатиш юртимизда Эстонияга нисбатан 10, Россияга нисбатан 15 марта, ҳамда Қозоғистон кўрсаткичларга нисбатан 6 марта кам.

Оналар ўлими таркибида охирги йиллар ичида abort натижасидаги ўлим кўрсаткичи пасайиб бормоқда. Соғлом оилани ривожлантириш дастурлари амалга оширилаётган шу давр мобайнода, контрацепция маҳсулотлари барча бирламчи тиббий-санитария муассасаларига бепул берилмоқда.

Умуман олганда, туғиши ёшидаги аёлларни контрацепция маҳсулотлари билан давлат томонидан таъминланиши ижобий динамикага эга. Агар, 1991 йилда бу кўрсаткич 13% ни ташкил этган бўлса, 2009 йилга келиб 62,7% гача ўси. Аҳолининг репродуктив саломатлигини ҳимоя қилиш тизимини мустаҳкамлаш натижасида, ушбу марказлар фаолияти мукаммаллашиши, уларнинг аудио, видео ва ўкув-кўргазмали материаллари билан таъминланиши, мутахассисларнинг малака оширишлари ҳамда аҳолининг репродуктив саломатлик борасидаги билимларини ошиши, аёлларда экстрагенитал касалликларнинг аниқланиши ва уларнинг контрацепция воситалари билан таъминланиши республикада туғруқлар сонини камайишига олиб келмоқда.

Улар 1991 йилда 1000 фуқарога 34,5 ни ташкил этган бўлса, 2010 йилда бу кўрсаткич 22,5 гача камайди. Шу иили «Болаларни куткарамиз» халқаро ташкилоти томонидан тузилган 161 давлатни ўз ичига олган Жаҳон рейтингида Ўзбекистон фарзандлари ҳақида юқори даражада қайғурадиган давлатлар орасида 9 ўринни эгаллади.

Жаҳон соғлиқни саклаш ташкилоти бош директори Маргарет Чен ўз нутқида шуни таъкидлади, Ўзбекистонда соғлиқни саклаш тизимиға жуда катта эътибор берилмоқда, оналик ва болалик саломатлиги ҳимояси эса энг асосий йўналишлардан биридир. Бу нафақат ҳозирги кун балки келажак дунёқарашига мос равишида энг тўғри танланган йўлдир.

Жаҳон соғлиқни саклаш ташкилотининг Евropa худуди бўлими директори Жужанна Якаб айтишича, Ўзбекистон Биринчи Президенти И. А. Каримов ташаббуси билан соғлиқни саклаш тизимида жуда катта ишлар олиб борилмоқда, эришилган натижалар дунёнинг бошқа мамлакатлари учун яққол ўрнак бўла олади.

Ҳозирги кунда Евropa давлатларининг кўпчилиги Ўзбекистондаги соғлиқни саклаш тизими каби она ва бола саломатлигини ҳимоя қилиш миллий моделларини ҳисобга олиб ўз тизимларида ислохотлар олиб бормоқдалар.

Хукуматнинг аҳоли соғлиғига, жумладан оналик ва болалик даври ҳимоясига қаратилган сиёсати ҳамда чора – тадбирлари сабабли, оналар ва болалар ўлимини пасайиши турғун сакланиб келмоқда. Мустақиллик йилларида гўдаклар ўлими умумий коэффициенти 1990 йилда 34,6 дан, 2013 йилда 9,8 промиллекача, оналар ўлими эса 100 минг тирик туғилган чақалоқларга нисбатан 65,3 дан 20,0 гача камайди. Туғма нуқсонлар билан туғилиш хавфини камайтирувчи «Она ва бола скрининг» дастурининг амалга оширилиши, бундай касалларнинг 2000 йилда 1,8 марта камайишига олиб келди. Бугунги кунда давлатимизда 92% болалар ўз ривожланиши кўрсаткичлари бўйича Жаҳон соғлиқни саклаш ташкилоти стандартларига мос келади.

“Save the Children” ташкилотининг рейтингига асосан Ўзбекистон дунёда фарзандлари саломатлиги ҳақида энг яхши қайғурадиган давлатлар ўнталигига киритилган.

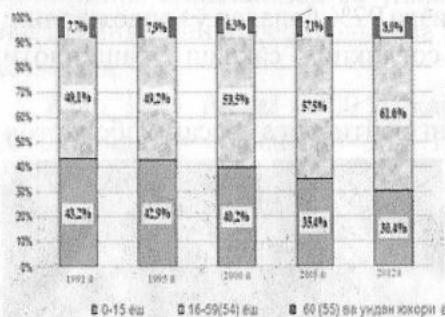
Мамлакатимизда спорт баркамол авлодни тарбиялашнинг ажralmas қисми ҳисобланади. Болалар ва ўсмирлар, айниқса қизлар орасида спортни кенг тарқатиш бўйича кенг кўламдаги ишлар олиб борилмоқда. Замонавий спорт комплекслари нафақат шаҳарларда, балки мамлакатимизнинг барча узоқ қишлоқларида ҳам барпо этилган. 2003–2013 йилларда 1816 та спорт мажмуалари ишга туширилди, бу эса ўз навбатида болалар ҳамда ўсмирларни спортга қизиқтириш ва уларни мунтазам равишида спорт билан шуғилланишларига, шу орқали саломатликларини мустаҳкамлашларига ундаша катта ёрдам кўрсатди.





Бугунги кунда Ўзбекистонда 2 миллион атрофида болалар бўлиб улардан 842 минг нафари қизлар, улар мунтазам равишда 30 дан ортиқ спорт турлари билан шуғулланмоқдалар.

Демографик ҳолат. Глобал демографик кўрсаткич бўлиб ҳаёт давомийлигининг ошиши ва фертилликни камайиши ҳисобланади. Бу эса ўз навбатида аҳоли таркибининг ўзгаришига, катта ёшли фуқаролар сонини ошишига олиб келади. 60 ёшли ва ундан катта фуқаролар сони 2000-2050 йиллар давомида жаҳон миқиёсида 3 баробардан ортиқ ошади яъни 600 млн дан 2 млрдга етади. Бундан ташқари, уларнинг кўп қисми ривожланаётган давлатларда бўлади, яъни 2050 йилга келиб катта ёшли аҳолининг сони 400 млн дан 1,7 млрд га етади.



Ўзбекистонда аҳоли сони 1950 йилгига нисбатан 4,7 марта ортди ва 2012 йилга келиб 29,6 миллион кишига етди. Келгусида аҳолини ёш тузилиши жаҳон миқиёси кўрсаткичларига яқинлашади. 2050 йилга келиб Республикада аҳоли таркибида ёши улут фуқаролар умумий аҳоли сонининг 21,5% ни ташкил этади.

Демографик вазиятнинг ўзгаришлари, тиббиётнинг ривожланиши, соғлиқни сақлаш тизимининг иқтисодий жиҳатлари, беморларнинг муҳтожликлари ҳамда кутаётган натижаларни ҳисобга олган ҳолда, тиббиёт ёрдам кўрсатиш ва даволашни янги самарали усуллари жорий этилмоқда.

Бу борада амбулатория – поликлиника хизмати соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим қисми ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг самараси ва сифати, мамлакатнинг меҳнат имкониятлари ҳамда оила даражасида ижтимоий томондан

ҳимояланмаган аҳоли катламларида – болалар, ногиронлар, ёши улуғларда юзага келадиган тиббий – ижтимоий муаммоларнинг ечими, амбулатория – поликлиника ёрдами даражасига боғлик.

Бугунги кунда хорижий ва мустақил ҳамдўстлик давлатлари худудида соғлиқни сақлаш тизимида ўтказилаётган ислоҳатлар, асосий ургуни шифохонадаги ёрдамдан ундан ташқарида кўрсатиладиган ёрдамга ўтказмоқдалар.

Соғлиқни сақлаш тизимини қайта тизимлаштиришнинг асосий таркибий қисми бўлиб, умумий шифокорлик амалиёти (оиласвий тиббиёт) ҳисобланади. Бу соғлиқни сақлаш тизими ислоҳатининг негизи бўлиб, уни ҳал қилиш бирламчи тиббий – санитария ёрдамини ислоҳ қилиш жараёни самарасини оширади, натижада соғлиқни сақлашнинг ички имконияларидан фойдаланиб, уларга суянган ҳолда аҳолига кўрсатиладиган тиббий ёрдам кўламини мувофиқлаштириш учун зарур шароитлар яратилади.

Қатор давлатлар соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш асосига оиласвий тиббиёт тамойилларини қўйишган. Бу ҳалқаро изланишлар шуни кўрсатдики, бирламчи тиббий ёрдам кам даражада ривожланган давлатларга нисбатан, у юкори малакали шифокорлар билан таъминланган давлатлар иқтисодий ҳамда клиник самарадорлик билан фарқланади.

Шунинг учун Ўзбекистонда стратегик мақсад қилиб, шифохонадан ташқари кўрсатиладиган тиббий ёрдам даражасини умумий кўрсаткичдан 80-90% гача кўтариш белгиланди.



Ўзбекистон Республикасида қишлоқ шароитида соғлиқни сақлаш тизимини бирламчи бўгинини бутун Республика бўйлаб УАШ орқали ислоҳ қилишга оид қатор меъёрий хужжатлар қабул қилинди. Хукуматнинг соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш сиёсатини асосий мақсади бу аҳоли саломатлигини тиббий – санитария ёрдамни сифатли ва

ҳамма учун етарли даражада таъминлаш асосида яхшилашдан иборатдир. Ўзбекистонда тиббий – санитария ёрдами кўрсатиш учун хукуқий, иқтисодий ва ташкилий шароитлар яратилган бўлиб, бу ўз навбатида замонавий тиббий илм ҳамда давлат ва аҳоли қўлида мавжуд бўлган ресурсларга мувофиқ даражададир.

Ўзбекистонда ўн йил давомида аҳоли саломатлигини ҳимоя қилиш борасида Республика Биринчи Президенти И.А.Каримовнинг қатор қарор ва фармонлари ҳамда ҳукумат қарорлари қабул қилинди.

Республика соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни асосий йўналтирувчи хужжатлари сифатида қуйидагиларни кўрсатиш мумкин: «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастури», Президентнинг 1998 йил 10 ноябрдаги ҳамда 2003 йил 20 февралдаги фармонлари билан тасдиқланган ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2007 йил 19 сентябрдаги ПФ-3923 сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастурини ривожлантириш тўғрисида»ги фармони, 2 октябрдаги ПҚ-700 сонли «Республика тиббиёт муассасаларининг фаолиятини ташкил этишни мукаммаллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори.

Шунингдек, охириг 10 йил ичida соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қуйидаги давлат дастурлари қаратилган: «Қишлоқ инфратузилишини ривожлантириш», «Она ва бола йили», «Соғлом авлод йили», «Саломатлик йили», «Ҳайрия ва тиббиёт ҳодимлари йили» ва бошқалар.

Масалан, 2016 йил Биринчи Президентимиз томонидан «Соғлом она ва бола» йили деб эълон қилинди. Ўзбекистонда давлат дастурларини амалга ошириш йилларида даволаш – профилактика муассасалари мувофиқлаштирилди.

Мамлакатда янги, замонавий жиҳозлар билан таъминланган тиббиёт муассасаларининг пайдо бўлиши, юқори малакали мутахассислар тайёрлашда янги ҳаётга татбиқ этилган тизим бўйича ўқитишни талаб этади.

Республикада Тошкент Тиббиёт Академияси ташкил этилди. Бундан ташқари олий маълумотли ҳамшираларни тайёрлаш ҳам янгиликлардан бири бўлди. Ҳозир Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш тизимида 80 мингдан ортиқ шифокор ҳамда 300 мингдан ортиқ ўрта маълумотли тиббиёт ҳодимлари фаолият кўрсатмоқдалар.

Оилавий тиббиётни ҳаётга татбиқ этиш – бу жуда мураккаб жараён бўлиб кўп масалаларни ечими топилиши лозим. Улардан бири, УАШ ва ҳамширасининг функционал мажбуриятларини ажратишдан иборат. Шунингдек, беморнинг муаммолари ҳақида ҳақиқий маълумотларни йиғиш ва ҳамширанинг жавобгарлиги даражаси, унинг ҳукуки ҳамда уни инсоний меъёrlарга мувофиқ белгилаш лозим.

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги ПҚ-2107 соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурига асосан 1999-2000 йиллардан бошлаб, тиббиёт олий ўкув юргларида «Олий ҳамширалиқ иши» факультетлари ташкил этилди. Ҳозирги кунда Тошкент тиббиёт академиясининг ҳамширалиқ иши кафедрасида 1-курс талабалари ҳамширалиқ иши, геронтологияда ҳамширалиқ иши, 2-курс талабалари – терапия ва ҳарбий-дала терапиясида ҳамширалиқ иши, оила тиббиётида ҳамширалиқ иши, диетология, 3-курс талабалари эса – эндокринологияда ҳамширалиқ иши фанларини ўзлаштирмоқдалар.

Умумий амалиёт ҳамшираси, биринчидан, беморда қайси талабни қондириш бузилганлигини аниқлаши лозим. Унинг фаолияти беморга ва унинг физиологик ҳолатига, жамиятдаги ўрнига ҳамда манавий қийинчиликларига қаратилган. Бемор билан шуғилланиш жараённида у ўз олдига аниқ мақсадлар қўймоғи ва унинг натижаларини таҳлил қилиши лозим. БундА унга bemor қариндошлари ёрдам беришлари мумкин. Оила тиббиёти хизматининг ўрта даражадаги ҳодимлари ўз фаолиятларининг кўп қисмини bemor ва унинг оиласи билан ўтказадилар. Улар bemorда ўзининг саломатлигини сақлаб қолиш муҳимлиги ҳамда зарур бўлган парваришини тушунтиришлари керак. Бу ўз навбатида, тиббиёт ҳодимларининг иши самарасини янада оширади.

Таълимнинг айнан шу йўналишини ривожлантириш жуда долзарб масала. 2015 йил 5 ноябрда Ўзбекистон Республикаси Конституциясини нишонлаш кунида Биринчи Президент И.А. Каримов шундай деди: «... биз алоҳида эътиборимизни

тиббиёт муассасаларининг моддий – техник базасини янгилаш ва кадрлар салоҳиятини оширишга, айниқса, перинатал ва скрининг марказларида, оиласий поликлиникаларнинг фаолиятини самарасига, ҚВП га, патронаж ҳамширалари сонини оширишга, педиатр, акушер – гинекологларнинг малакаларини оширишга қаратишимиш лозим».

Давлатимиз раҳбари томонидан таълим тизимиға қаратилаётган диққат ва эътибор Республика Биринчи Президенти И.А. Каримовнинг Вазирлар Маҳкамасининг кенгайган йиғилишида сўзлаган маърузасида ҳам ўз аксини топган. Бу маъруза, 2015 йилда мамлакатнинг социал – иқтисодий ривожланиш натижалари ва 2016 йилда амалга ошириладиган иқтисодиётнинг долзарб жабҳаларига бағишлиланган ва унда қўйидаги сўзлар айтилган: «ўтган йили бизнинг диққат марказимизда таълим тизимини кейинги босқич ислохотлари бўлди. Ҳар йилги таълимга ажратиладиган ҳаражатлар Ўзбекистонда ялпи ички маҳсулотнинг 10-12% ни ташкил этади. Бу UNESCO нинг мамлакатнинг равнақи ва ривожи учун таълимга сарфланадиган инвестицияларнинг стандартлари ҳажмидан деярли 2 марта юқори (6-7%). 2015 йилда кейинги ривожланиш ишлари ва моддий – техник базани мустаҳкамлаш борасида қатор ишлар олиб борилди. Яъни таълим тизимиға тегишли 384 обьектда 423 млрд сўмга яқин ҳаражат қилинди, шу жумладан 29 замонавий лойиҳали янги мактаблар курилди, 219 мактаб қайта таъмирланди ва 136 мактаб тўлиқ таъмирлашдан чиқарилди.

Ўзбекистон Жаҳон тиллари университетида 2,2 минг ўқув ўрин, спорт мажмуаси ҳамда чет элликлар учун меҳмонхонани ўз ичига олган янги ўқув биноси куриб ишга туширилди. Навоий давлат тоғ институтида янги ўқув мажмуаси курилди.

Олий таълим тизимида мутлақо янги, мукаммаллаштирилган профессор-педагогларни малакасини ошириш дастурлари жорий этилди. 15 олий таълим муассасаларида бошқарув ва педагогик кадрларни қайта тайёрлаш курслари ташкил қилинди. Уларда ҳозирги вақтгача 2,7 минг ўқитувчи қайта малака ошириш курсларини ўтдилар».

IV БЎЛIM. ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИННИГ РИВОЖЛАНИШИ

Ўзбекистонда тиббий таълимни ривожланиш тарихи 1920 йилда бошланади. Ўша пайтда Тошкент шаҳрида Ўрга Осиё

университетининг тиббиёт факултети ташкил этилди. Унинг вазифаси даволовчи шифокорлар, фармакологлар, гигиена йўналишлари бўйича мутахассислар тайёрлаш хисобланган. Ушбу факультет Тошкент Тиббиёт Институти деб номлана бошланган.

Ўтган асрнинг 90-йиллари бошида, унинг негизида иккита тиббиёт олий ўқув юрти ташкил этилди: I Тошкент Давлат Тиббиёт Институти ва II Тошкент Давлат Тиббиёт Институти.

2005 йилнинг 19 июляда ЎзР Президентининг ПҚ-3629 сонли қарорига биноан иккала тиббиёт институтлари бирлаштирилиб Тошкент Тиббиёт Академияси (TTA) ташкил этилди.



бошқаларни ўз ичига олади.

TTA нинг кадрлар потенциали 711 ходимлардан ташкил топган бўлиб, улар ўз навбатида қўйидагича: 3 та ЎзР ФА академиклари – Ш.И. Каримов, Т.О. Даминов, М.С. Абдуллаходжаева; 115 та профессорлар; 130 та доцент; 103 та катта ўқитувчи; 354 та ассистентлар.



Улардан 124 та фан докторлари, 264 та фан номзодлари ва хизмат кўрсатган фан арбоблари, хизмат кўрсатган шифокорлар, ҳамда хизмат кўрсатган таълим ходимлари мавжуд. ТТАнинг 2014-2015 ўкув йилида илмий даражаликлар сони 58,7 % ни ташкил этди.

Академиянинг асосий вазифалари:

- аҳолига сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш учун олий малакали тиббиёт ходимлари тайёрлашни ташкиллаштириш ва соғлиқни сақлаш тизимини мукаммаллаштиришда иштирок этиш;
- Республикадаги тиббиёт ходимларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш, ҳамда тиббиёт, соғлиқни сақлаш, соғлом турмуш тарзини ташкил этиш соҳасида илмий изланишлар олиб бориш бўйича етакчи ўринда турувчи таълим муассасаси сифатида мамлакатимизнинг бошқа тиббий олий ўкув юрглари фаолиятини мувофиқлаштириш ва услубий бошқариш;
- тиббиёт ходимларини тайёрлашда истикболли йўналишларни танлаш, шифокорлар фаолиятида атроф-мухит экологик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда профилактик ёндошишни шакиллантириш.

ТТА таркибида 6 та факултет, 52 та ижтимоий-гуманитар, тиббий-биологик, тиббий-профилактик, харбий-тиббий, малака ошириш ва клиник кафедралар ҳамда марказий илмий-текшириш лабораторияси мавжуд.

Клиник кафедралар академиянинг 3 та етакчи клиникалари, ихтисослаштирилган марказлар ва даволаш-диагностика бўлимларида жойлашган.



ТТА нинг ўкув-педагогик фаолияти қуидагилардан ташкил топган: даволаш ва тиббий-педагогика факултети; тиббий-профилактика факултети; олий маълумотли ҳамширалар факултети; харбий-тиббиёт факултети; малака ошириш ва тиббий биология факультети.

ТТА да 735 та магистратура талабалари 46 та йўналиш бўйича ўқитилади ҳамда клиник ординатурада 205 та шифокорлар 20 та йўналиш бўйича тайёрланилади.



Юқори малакали мутахассислар тайёрлаш 52 та кафедрада, амалий кўнинмаларни эгаллаш марказида, ОСКЭ маркази, 12 та ўкув лабораториялар, жамоат соғлигини сақлаш ва ахборот-ресурс марказида, 2 та қишлоқ врачлик пунктлари кўргазмали ўргатувчи моделлари ва Саломатлик мактабларида олиб борилмоқда.





Илмий-изланиш фаолияти. ТТАда 2005 йилдан ҳозирга қадар 64 та фан докторлари ва 388 та фан номзодлари тайёрланган. Айни пайтда 11 - амалий, 3 - фундаментал, 1 – инновацион, 2 – ёшлар ва 4 – халқаро грантлар асосида 17 та илмий изланиш лойиҳалари амалга оширилмоқда. Грантлар доирасида 147 та ходим иш олиб бормоқда.

Академия қошида 3 та Илмий Кенгаш фаолият олиб боради, улардан ҳар бири 5 дан ортиқ мутахассисликлар шифрига эга учта йўналишни қамраб олинган: хирургия, терапия, морфология ва гигиена (16.07.2013.Тиб.17.01; 16.07.2013.Тиб.17.02; 16.07.2013.Тиб.17.03).

ТТА чет эл олий ўкув юртлари билан илмий ҳамда таълим жараёни бўйича ҳамкорликни амалга оширади ва шу жумладан куйидаги институтлар билан халқаро алоқалар ўрнатилган:

- Гумболдт Университети (Берлин) – Шарите Клиникаси;
- Оилавий тиббиёт бўйича резидентура маркази (Оклахома, АҚШ);
- Шарқ Табобати Маркази «Ромста» Корея Республикаси шифокорлари уюшмаси, Сеул Университети;
- Чхоннам Давлат Университети (Корея);
- Гранада Университети (Испания);
- Нагоя Университети (Япония);
- Россия Давлат Тиббиёт Университети;
- И.М. Сеченов номли 1-Москва Давлат Тиббиёт университети;
- И.И. Мечников номидаги Санкт-Петербург Давлат Тиббиёт Академияси;
- Москва Давлат Тиббиёт Стоматология Университети;
- Самара Давлат Тиббиёт Университети.

2015 йилнинг декабр ойида ҳамкорлик алоқалари Томскдаги Сибир Давлат Тиббиёт Университети билан ўрнатилди. У ерда 2015 йилнинг 16 декабр санасида профессор-педагогларга ва талabalарга УАШ тайёрлаш ички касалликлар ва клиник аллергология кафедраси мудири т.ф.д., доцент Нуриллаева Н.М. томонидан “Ўзбекистонда оилавий тиббиёт асослари” мавзусида маъруза ўқилди.

Аҳамиятлиси шуки, ТТА халқаро даражага чиққанлигини исботи сифатида Ўзбекистонда умумий амалиёт шифокори асосларини



Жанубий Корея (Сеул, 15 феврал 2016 йил) олий тиббий аудиторияси учун ЎзР ФА академиги Ш.И. Каримов томонидан таърифлаб берилганини келтириш мумкин.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ РИВОЖЛANIШИНинг ДАСТЛАБКИ ШАРТ - ШАРОИТЛАРИ



соғлиқни сақлаш тизимининг асоси бўлиб хизмат қилади.

Буюк Британия 1948 йилдан бошлаб барча аҳолига бепул умумий амалиёт врачи хизмати кўрсатувчи соғлиқни сақлашни миллий тизими ташкил этилган давлат ҳисобланади. Ўтган асрнинг 70-йиллари охирида АҚШ ва Фарбий Европа мамлакатларида ихтисослаштирилган тиббий хизматнинг кучайиши бирламчи тиббий ёрдамни аҳолининг асосий эҳтиёжларидан узоқлаштириб, соғлиқни сақлашга кетадиган сарф-ҳаражатларни кўпайтиришини англаб етдилар.

Буюк Британияда амбулатория шароитда умумий амалиёт врачлари томонидан кўрсатиладиган ёрдам 90% ни, шифохоналарда кўрсатиладиган ёрдам – 9-10% ни ва ихтисослаштирилган марказларда кўрсатиладиган ёрдам 1,0 – 1,5% ташкил этади. У ерда куйидаги тиббий хизмат ва назорат тизимлари мавжуд:

❖ NHS - National Health System - Буюк Британиянинг Миллий соғлиқни сақлаш тизими (аҳолининг барча қатлами учун юқори сифатли тиббий ёрдам)

❖ Лондон Империал коллежи – Жанубий Кенсингтон олий ўкув юрти. Биринчи тиббий ёрдам бўлими (БТЁБ), умумий соғлиқни сақлаш факултети Император тиббий муассасаси қисми (соғлом миллат ва биринчи тиббий ёрдамни мустаҳкамлаш).

Тарихий маълумотлар.

Фарбда “оилавий тиббиёт” ихтинослиги 1970 йилларнинг бошларида пайдо бўлиб жадал ривожлана бошлади. Фарбий Европа, АҚШ ва бир қатор мамлакатлар университетларида оилавий шифокорларни тайёрлаш учун дастурлар яратилди. Англия, АҚШ ҳамда Канадада оилавий тиббиёт кенг тарқалган бўлиб, ҳозирги пайтда миллий

❖ Бирлашган Қиролликда биринчи ёрдам кўрсатиш бўйича шифокорлар – оилавий шифокорларни бирлаштирувчи ташкилот – қироллик коллежи. Лицензиялаш, таълим, тадқиқод ва текширув (клиник стандартлар) сифати билан биргаликда УАШ ни тақдим қиласи ва қўллаб-куватлади.

❖ WONCA - The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Буюк Британиядаги оилавий шифокорларнинг Умумжаҳон Ташкилоти, миллий коллажлар ва академиялардан иборат.

1991 йили оилавий врачлар академик ташкилоти ва миллий академиялар, коллажларининг Бутунжаҳон ташкилоти (WONCA) умумий амалиёт врачларига қўйилган талабларни аниқлаб берувчи хужжатни қабул қиласи. Мазкур хужжатда касалликларни даволаш, реабилитацияси, соғлиқни мустаҳкамлаш ва унинг профилактикасини ўз ичига олишдан ташқари тиббий ёрдамнинг комплекс характердалигига ҳам ургу бериб ўтилган.

Охирги йиллар давомида Европанинг кўплаб мамлакатларида соғлиқни сақлаш тизимларидаги ислоҳатлар кенг кўламли сиёсий ўзгаришларнинг соҳаси сифатида шуниндек, соғлиқни сақлаш хизматлари сифатини яхшилашга йўналтирилган алоҳида чоратадбирлар шакли тарзида бошланган.

Бирламчи тиббий санитария хизмати ислоҳати мазкур ҳаракатнинг бир неча мамлакатларда намоён бўлиши ҳисобланиб, қисман ўз ичига оилавий тиббиётдаги мавжуд тизимларни қайта қуриш ёки уларни илгари мавжуд бўлмаган минтақаларга тадбиқ этишдан иборатdir. ЖССТ Европа Регионал Бюроси умумий шифокорлик амалиётини соғлиқни сақлаш тизимига соғлом турмуш тарзини тарғиб этган ҳолда, касаллик профилактикаси ва даволаш тамойиллари, реабилитация соғлиқни сақлашнинг ўзаро боғлиқ фаолиятлари орқали потенциал таъсир кўрсатишига ишонган ҳолда 1995 йилнинг августида “Европада умумий шифокорлик амалиётида оилавий тиббиётни тадбиқ этиши бўйича иичи лойиҳа” деб номланган хужжатни муҳокамага кўйди.

Мазкур хужжат узоқ муддат Регионал Бюро томонидан умумий амалиёт врачининг интеграция жараёнлари дастурида бутун мамлакат бўйлаб юқумли бўлмаган касалликларни даволаш бўйича

шифокорнинг роли (Гейделберг шахри, 11-13 апрел 1991 й.); умумий амалиёт врачларининг аҳоли умумий соғлигини яхшилашдаги ўрни (1991 й. 22-25 май, Перуджий шахри. Италия); алоҳида туманларда ёрдамга бўлган талаб ва уларнинг тиббий ёрдам кўрсатишга таъсири (1991 й. 27-30 октябр Иерусалим шахри); Марказий ва Шарқий Европа мамлакатларида умумий амалиёт врачи ривожи (1992 й. 22-25 апрел Бенешев ш. Чехословакия); алкогол истеъмоли билан боғлиқ зарарни даволаш ва унинг профилактикасида умумий амалиёт врачи роли (1992 й. 19-22 октябр Вена шахри) ҳамда Марказий ва Шарқий Европа мамлакатларида умумий амалиёт ёки оиласий тиббиётда ислоҳатларнинг ўрни (1993 й. 25-28 октябр Синай шахри. Руминия) шунингдек оиласий тиббиёт стратегияси ривожи бўйича экспертларнинг ilk учрашуви (1995 й. 26-28 январ Любляна шахри) каби мавзуларга бағишлиланган бир қатор халқаро учрашувлардан сўнг юзага келди.

Европада умумий амалиёт врачи тизимини ривожлантириш дастурини (низомини) яратиш мақсадида маслаҳат учрашувлари давомида бирламчи тиббий-санитария хизмати кўрсатиш ва уни ривожлантиришни кўллаб-куватлашга бағишлиланган муаммолар кўриб чиқилди. Ниҳоят, 1994 йилнинг 9-11 июнида Нидерландияда дастурнинг бирламчи шаклини (низомини) яратиш мақсадида Европа умумий амалиёт врачи низомини ривожлантириш бўйича ишли гурухнинг давра учрашуви бўлиб ўтди.

Охириги 30 йилда бутун дунёда олиб борилган ислоҳатлар натижасида оиласий тиббиёт Канада, Франция Германия, Италия ҳамда Скандинавия мамлакатлари соғлиқни сақлаш тизими асосини ташкил этди. Ҳозирги вактда Европада тиббий хизматнинг 80% умумий амалиёт врачлари томонидан кўрсатилади.

АҚШда оиласий тиббиёт уч омил асосида ривожланди.

Улардан биринчиси – умумий амалиёт врачларини Америка тиббиёти ташкилотларидағи иштироки ҳисобланиб, бу юзага келган анъаналарни ва ихтисосликни сақлаб қолиш имкониятини яратди.

Иккинчиси – нафақат вакт давомида синалган анъаналар ва тамойилларни сақлаб қолиш, балки инсонлар тақдиди ва даволашга умумий амалиёт врачларини янгича, масъулият билан ёндошиши.

Учинчи омил бу – оиласий тиббиёт фалсафасининг илмий ривожи, бемор, оила ва жамият ҳаётида шифокор ролини кўтариш,

ҳар қандай вактда тиббий ёрдамнинг барча турларидан фойдаланиш имконини яратилишидир.

1970 йилларнинг бошига келиб қайд этиб ўтилган омилларга ягона “Оиласий амалиёт” ихтисослигига кетма-кетликда тегишли сертификат берувчи ва ёш врачларни ўқитиш дастурига бириктируви мустақил комитет томонидан амалга оширила бошланди. Кўплаб тиббиёт олий ўқув юртларида тегишли илмий мактаблар шакллантирилди ва янги оиласий тиббиёт курслари ёки факултетлари ташкил этилди. Қатор клиник шифохоналарда Америка оиласий врачларининг янги авлодини тайёрлаш учун ординатура дастури расмий тан олинди ва ривожлантирилди. Тиббиёт олий ўқув юртларининг битирувчилари борган сари оиласий тиббиёт билан шуғилланишга истак билдира бошладилар.

Мазкур фан 30 йил мобайнида оғишмасдан ўсиб ва ривожланиб борди. 90-йиллар охирида оиласий тиббиёт мутахассислари сонига кўра терапиядан сўнг иккинчи ўрини эгаллай бошлади. Оиласий тиббиёт врачлари фикри билан ҳукumat ва аҳолининг барча қатламлари ҳисоблаша бошладилар. Бошқа тиббий соҳадан кўра уларга кўпроқ кадрлар тайёрлаш учун барқарор молиявий ёрдам ажратилди. Айни пайтда мазкур соҳа илмий йўналиши ҳам мустаҳкамланмоқда; кўпроқ тадқиқод ишлари олиб борилиб, бу академик доираларда оиласий тиббиёт обрўйини оширмоқда. Талабаларга юзага келадиган қийинчиликларни бартараф этиш имконини берган ҳолда, танлаган соҳасига янада чукурроқ кириб бориш учун шароит яратилди. Бир сўз билан айтганда 30 йил давомида оиласий тиббиёт АҚШ соғлиқни сақлаш тизимининг ажралмас бир бўлаги тарзида ривожланди.

АҚШда ҳам оиласий тиббиётни ривожланиш ва сусайиш ҳолатлари кузатилди. Аммо 1969 йилда расмий жиҳатдан тан олингандан сўнг, мазкур мутахассислик Америка соғлиқни сақлаш тизимининг асосий ва муҳим таркибий қисмларидан бирига айланди. Ҳозир у ерда оиласий шифокорлар беморларга тиббий хизматнинг катта қисмини кўрсатишади. Мамлакатнинг кам сонли аҳоли яшайдиган кўп худудларида улардан бошқа врачлар йўқ. Тиббиёт олий ўқув юртлари ва ўқув шифохоналарида айнан улар ёш мутахассислар ва талабаларнинг таълим олишларини ўз зиммаларига олганлар. Мазкур соҳада олиб борилаётган тадқиқодлар тобора кўпроқ тиббиёт

фани ривожига катта таъсир кўрсатмоқда. Молиявий тўсиқларга қарамасдан кўплаб ёшлар уларни тиббиётга олиб келган ғояларни амалга оширишда оилавий тиббиёт энг мақул йўл, деб биладилар. Мазкур ихтисослик ривожи XXI асрда қайси йўналишдан бормасин, у АҚШ соғлиқни сақлаш тизимида марказий ўринни эгаллашни давом этмоқда.

Оилавий шифокор болалар, катта, ўрта ва кекса ёшдаги кишиларни даволашдан ташқари, уларни мунтазам равишда профилактика текширувидан ўтказади. Бунда у артериал гипертония, холестериннинг юқори даражаси, семириш ва чекиш каби оғир касалликларга олиб келувчи хавф омилларини аниқлаб, тегишли даво ва олдини олиш чора-тадбирларини ўтказади.

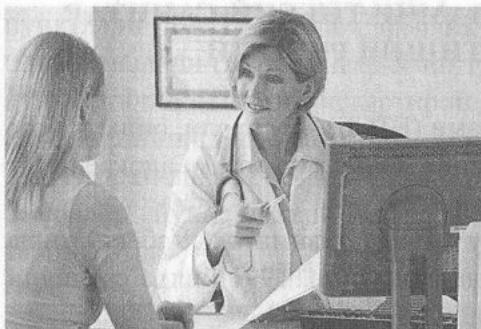
Шунингдек, оилавий шифокорлар нафақат артериал гипертония, артрит, диабет, қалқонсимон без касалликлари, гепатит ва ўсма каби кенг тарқалган касалликлар балки – нисбатан кам учрайдиган хасталикларни ҳам узоқ муддатли даволаш ишларини олиб борадилар. Одатда, кекса ёшли кишиларда бир неча касалликлар кузатилиб, оилавий шифокор уларни биргаликда назорат қиласди. Бундай беморларни амбулатория шароитида кузатиб боради, шунингдек ҳамшира муолажасини уй шароитида ўтказишини давом эттиради.

АҚШда оилавий шифокор ўз мижозлари олдида бўлиб, тиббий амалиётдан ташқари қатор бошқа хизматларни ҳам кўрсатади. Масалан, у спорт мактаби жамоасида врач (чунки, у врач ортопед кўнікмаларига ҳам эга), ҳамшира муолажаси уйларида бош врач ёки соғлиқни сақлаш кўмитаси маслаҳатчи\аъзоси бўлиб хизмат кўрсатиши мумкин (чунки, соғлиқни сақлашни ташкил этиш, ижтимоий гигиена, эпидемиология масалалари билан ҳам яхши таниш).

Беморлар кўпинча ўз докторлари ҳузурига унинг мажбуриятига кирмайдиган муаммолар билан келадилар – масалан депрессия, чарчоқ, ташвишли ёки стресс ҳолатлари билан боғлиқ масалалар. У ҳар томонлама тайёргарлик кўргани ва амалий кўнікмаларни эгаллаганлиги сабабли касалликни ilk белгилари намоён бўлганда ҳам уларни аниқлаб, ўз вақтида самарали даво олиб боради ва уни дастлабки ташхислашни амалга оширади. Америкадаги оилавий шифокорлар, асосий психологик билимларга ҳам эга. Бу уларга чекиш,



Улардан кўпчилиги акушерлик ёрдамини кўрсатадилар, гинекологик ҳамда педиатрик қабулини ҳам олиб боришади. Айрим оила шифокорлари кўпроқ вактларини маълум бир йўналишга – айтайлик гериатрия ёки спорт тиббиётига ажратишиб, ёки алоҳида бир жарроҳлик муолажаси ёки амалиёти билан машғул бўлишади. Бирок уларнинг барчаси кузатувидаги аҳолига, агар зарурият бўлса тор доирадаги мутахассисга мурожаат этган ҳолда ёрдам кўрсатадилар.



Ҳозирги вақтда АҚШда оилавий тиббиётни бир неча уюшмалари мавжуд бўлиб турли хил вазифаларни бажарсалар ҳам мунтазам ўзаро алоқада бўладилар. Уларнинг энг машҳурлари – оилавий шифокорларнинг Америка академияси, оила амалиёти бўйича Америка кўмитаси ҳамда тиббий таълимни тутгатганларнинг аккредитация Кенгаши қошидаги оилавий амалиёт соҳасидаги ординаторлар тайёргарлигини текшириш Комиссия ҳисобланади.

Умумий амалиёт врачлари сони ҳамда алоҳида мамлакатларнинг ялпи ички маҳсулоти доирасида соғлиқни сақлашга сарф-ҳаражатлар орасидаги муносабат куйидагича. Мисол учун, АҚШ 2002 йилда соғлиқни сақлашга қилинган сарф-ҳаражатлар ялпи ички маҳсулотлардан 15% (1,55 триллион долларни) ташкил этган. Бу соғлиқни сақлаш тизимида юқори ҳаражатлар қилувчи 13та мамлакат ичидаги 12 ўринда туради. 2014 йилда АҚШ 51 мамлакат орасида атиги

44 ўринни эгаллади. Бунинг сабаби АҚШда оилавий шифокорлар сочининг камлигидир.

Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш Вазирлиги ислоҳатларни амалга оширишга ҳаракат килинаётган бўлса ҳам хозирга қадар унинг биринчи бўғинида режалаштирилаётган ўзгаришлар тортишувларга сабаб бўлмоқда.

Юзага келган вазиятни инобатга олган ҳолда 1978 йилнинг сентябрида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ҳамда Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Болалар фонди (ЮНИСЕФ) Қозоғистон пойтахти Олма-Ота шаҳрида умумий амалиёт врачи фаолиятига муҳим ролни ажратган ҳолда, соғлиқни сақлаш сиёсатининг бош мезони этиб БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ кўйилади. Конференция “2000 йилда барча учун Соғлик”ни таъминлаш мақсадига эришишининг асоси бирламчи тиббий ёрдам эканлигини эълон қилиб ҳамда Олма-Ота декларациясини қабул қилди.

ЎЗБЕКИСТОНДА БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАР ЁРДАМИ КЎРСАТИШНИ РИВОЖИ

Бирламчи тиббий-санитар ёрдами (БТСЁ) - бу аҳоли, оила, жамоа билан соғлиқни сақлаш тизимининг ўзаро мунтазам алоқасининг БИРИНЧИ БОСҚИЧИ хисобланади.

Соғлиқни сақлашнинг ушбу янги тизимини Ўзбекистонда шакллантириш 1991-1995 йилларда бошланди. 1991 йилда соғлиқни сақлаш ислоҳати концепцияси ишлаб чиқилди ва у 1992 йилда тасдиқланган.

Республикамизда қишлоқ врачлик пунктларини (ҚВП) қуриш 1996-йилда бошланган. Соғлиқни сақлаш тизимида ислоҳат ўтказишга ilk қадам “Фуқаролар соғлиғини муҳофаза қилиш” тўғрисидаги Конуннинг қабул қилиниши орқали амалга оширилган эди. Ўзбекистон Республикаси Президентининг “1998-2005 йиллардаги соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг давлат дастури тўғрисидаги” фармонлари ислоҳатларнинг устивор йўналишларини аниклаб берди. БТСЁни мукаммаллаштириш, УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ тизимини тадбиқ этиш ва кучайтириш унинг асосий йўналиши қилиб танлаб олинди. УАШ тайёрлаш 2000 йилдан бошланди.

Мустақилликнинг ilk кунларида ёк Ўзбекистон Республикаси Ҳукумати аҳолига сифатли ва самарали тиббий ёрдам кўрсатиш борасида соғлиқни сақлаш тизимида кенг кўламли ислоҳатлар ўтказмоқда. Унинг таркибий қисмларидан бири БТСЁни ўзгартериш ҳамда УАШ институтини шакллантиришдан иборат. 1996 йили Ўзбекистон Ҳукумати қишлоқ инфраструктурасини яхшилаш бўйича умумдавлат Даствурини қабул қилди ҳамда қишлоқларда амбулатория хизматларини ижобий ўзгартериш учун асос яратилди.

Соғлиқни сақлаш тизими ислоҳатлари Давлат дастурининг муҳим хусусиятларидан бири тиббий ёрдам сифатини оширишга кўп босқичли ёндошувдир. Миллий моделнинг ўзига хослиги, профилактик тиббиётнинг устуворлиги ва соғлом турмуш тарзини тадбиқ этиш, жисмонан ва маънан соғлом ҳамда яхши ривожланган авлодни тарбиялаш, аҳоли ўртасида ўз соғлиғига жавобгарлик хиссини шакллантиришдан иборатdir.

Ўзгаришлар авваллари мавжуд бўлган фелдшерлик – акушерлик пунктлари (ФАП), қишлоқ врачлик амбулаториялари (ҚВА), қишлоқ шифохоналари (ҚШ) ва марказий туман шифохоналари (МТШ) каби кўп босқичли тизимни қисқартириш йўли билан ресурслардан оқилона фойдаланишни назарда тутиб, ҳукумат тиббий муассасаларнинг янги икки босқичли тармоғини – қишлоқ врачлик пунктларини қуришни, беморлар йўналишлари ҳалқасини қисқартиришни (ҚВП-МТШ) таклиф этди.



Кишлоқдаги соғлиқни сақлаш муассасаларини мавжуд бўлган тизимини 2-босқичлига ўзгариши тамойиллари ишлаб чиқилди.

ҚВП яхши меъморлик дизайнига, сув, электр тармоғи, канализация, иситиш тизимлари билан таъминланиши ҳамда телефон тармоқлари воситаларига эга бўлиши учун маҳсус мезон ва стандартлар ишлаб чиқилди. Ушбу муассасаларнинг курилиши ва қайта таъмирланиши учун режалар тузилди. ҚВПни куриш ва реконструкция қилиш масалалари ҳокимиятнинг худудий органларига юклатилди.

Жаҳон банки иштирокидаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998-йил 10 ноябрда тасдиқланган ПҚ 2107-сонли Соғлиқни сақлаш тизими ислоҳати давлат дастурини амалга ошириш доирасидаги фармони билан экспериментал худудларнинг (Фарғона, Навоий, Хоразм, Сирдарё вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикаси) мисолида “Саломатлик-1” биринчи лойиҳаси бажарилди, қишлоқ жойларда БТСЁ миллий модели шакллантирилди.

Ўзбекистондаги соғлиқни сақлаш соҳасидаги ислоҳатларнинг биринчи бўғини қўйидагилардан иборат бўлди:

- ШАҲАР ва ҚИШЛОҚ жойларида бир хил шароит ва даражада аҳолига биринчи тиббий ёрдам олиш имконини яратишга йўналтирилган соғлиқни сақлашнинг тамоман янги тизими;
- Оналик ва болалик масалаларига, СОҒЛОМ АВЛОДНИ дунёга келтириш ва тарбиялаш учун шароитлар яратишга янгича ёндошув;
- Барча худудларда аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатишнинг тамоман янги тизимини яратиш;
- Эски тизимлардан воз кечиб, соҳани молиявий манбааларини сезиларли кенгайтириш (шу жумладан, пуллик ва хусусий соғлиқни сақлаш таъминоти ҳисобига);
- Биринчи галда катта маблағ талаб этадиган самарасиз фондлардан фойдаланиш ўрнига маблағларни амбулатор-поликлиника шароитида даволаш ва профилактикага йўналтириш ҳисобига молиявий харажатларни мувофиқлаштириш.

2013 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 65 йиллиги ҳамда Олма-Ота декларациясининг 35 йиллиги нишонлади. Ушбу

оламшумул воқеялар шарафига охирги 10-15 йилдаги умумий амалиёт врачи ривожи бўйича Ўзбекистон Республикаси тажрибаси шархи ўтказилди. Унга ЎзР нинг “Саломатлик - 1 ва 2” лойиҳаси ҳисоботи асос қилиб олинди.

Мазкур таҳлилий шарҳ Ўзбекистондаги БТСЁ ислоҳатларининг, жумладан охирги 10-15 йилдаги умумий амалиёт врачи ривожининг асосий натижаларидан иборатdir. Ҳисобот Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ташабbusи билан 2010 йилнинг сентябрида ўтказилган БТСЁ ривожланишига бағишлиган, Республика конференциялари натижаларига асосланиб олиб борилди. У Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Европа худудий бошқармаси ва мазкур ташкилотнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси томонидан кўллаб кувватланди.

Хужжат БТСЁ (Primary Care Evaluation Tool - PCET) баҳолашни Жаҳон соғлиқни сақлаш талабларига асосланиб тайёрланди. Ушбу баҳолаш воситаларидан фойдаланиш БТСЁ тизимининг асосий 4 та соҳаси: бошқарув ресурсларини юзага келтириш, БТСЁ даражасида хизматларни молиялаштириш ва тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ишлашнинг кенг кўламли таҳлилини ўтказиш имконини яратди.

Ҳисоботда БТСЁ ислоҳати борасида мамлакатнинг асосий муваффақиятлари келтирилган бўлиб, айниқса соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғинига йўналтирилган ислоҳатлар, жумладан, оиласи тиббиётни жорий этилиши зарурӣ жиҳозлар билан таъминланганлик даражаси ва тиббий таълим соҳасидаги ўзгаришлар, шунингдек умумий амалиёт ўрта тиббиёт ходимлари институтининг жорий этилиши борасидаги ижобий ўзгаришлар қайд этилган. Меърий ва хуқуқий базанинг мукаммаллашуви ҳамда шархи, молиялаштиришнинг янги механизмлари жорий этилган, БТСЁ муассасалари бошқарувчиларини тайёрлаш ва молиявий менежерлар лавозимини жорий этиш ҳаракатлари олиб борилган. Нашрда эришилган сезиларли ютуқлар билан бир қаторда фактларга асосланган қарорларни қабул қилиш, тақдим этилаётган хизматлар сифатини яхшилаш, мониторинг ҳамда баҳолашнинг барқарор тизимини яратиш, бошқа ихтисослаштирилган касблар билан биргаликда БТСЁ фаoliyatiini мувофиқлаштириш ва изчилиги

сингари қўшимча эътиборни талаб этувчи йўналишлар ҳам кўрсатиб ўтилган. Шу билан биргаликда муаллифлар томонидан кейинчалик БТСЁ ислоҳатларнинг самарали ўтказишга кўмак берувчи ва соғлиқни сақлаш тизимини мукаммаллаштириш учун асосий тўсиқ бўлувчи омиллар ҳам қайд этилган.

Ўзбекистон Республикаси Ҳукумати ва Халқаро ривожланиш уюшмаси (ХРУ) ўртасидаги кредит келишувга биноан 2005 йилдан бўён “Саломатлик-2” лойиҳаси амалга оширилиб келинмоқда.

“Саломатлик-2” лойиҳаси 1998-2004 йилларда Жаҳон банки иштирокида бажарилган “Саломатлик-1” лойиҳасининг давоми саналади ва биринчи лойиҳани бутун мамлакат бўйлаб тарқалишига эришишни назарда тутади.

“Саломатлик-2” лойиҳасининг асосий вазифалари қўидагилардан иборат:

- Соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғини ислоҳатлари дастурини тўлиқ амалга ошириш ва уни мустаҳкамлаш ҳамда Ўзбекистон Республикасининг барча ҳудудларида умумий амалиёт врачи тизимини жорий этиш;

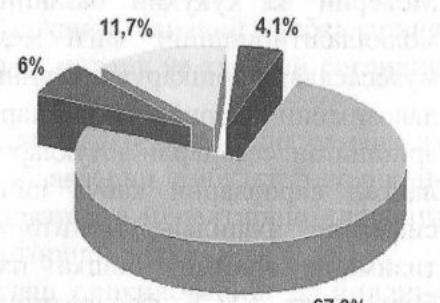
- Тиббий ёрдам кўрсатишнинг самарадорлиги ва таъсирчанлигини ошириш мақсадида соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимини молиялаштириш ҳамда бошқаришнинг янги механизmlарини жорий этиш ва кенгайтириш;

- Жамоат соғлиқни сақлаш тизимини мукаммаллаштириш ва яхшилаш, юкумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, юкумли касалликлар тарқалишини назорат қилиш ҳамда жамоат соғлигини сақлаш борасида юқори малакали мутахассислар тайёрлаш тизимини ташкил этиш.

Кўрсатиб ўтилган вазифаларни бажариш мақсадида лойиҳа таркиби тўрт қисмдан иборат қилиб белгиланган:

- ✓ Соғлиқни сақлашнинг БТМ ҳамда УАШ тайёрлаш таълим мини ривожлантириш (67,8%);

- ✓ БТСЁ молиялаштириш ва бошқариш ислоҳатлари (6%);



- ✓ Жамоа соғлиғини сақлаш хизматларини мукаммаллаштириш (11,7%);
- ✓ Лойиҳада бошқариш (4,1%).

Лойиҳада белгиланган мақсадларга эришиш учун Ўзбекистон Республикаси ҳукумати ва Халқаро Ривожланиш Уюшмасининг ўзаро ҳамкорлиги назарда тутилган.

ЛОЙИХАНИ “СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ БЎГИНИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ВА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИНИ ЎҚИТИШ” ҚИСМИ

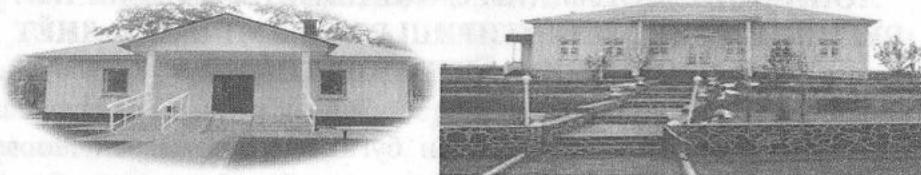
Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинини ривожлантириш ва умумий амалиёт врачларини ўқитиши такомиллаштириши асосий йўналишлари қўидагилардан иборат:

- ❖ ҚВПни ривожлантириш ва тиббиёт ускуналар билан жиҳозлаш;
- ❖ Умумий амалиёт врачини шаҳар моделини яратиш ва ривожлантириш;
- ❖ Шаҳар экспериментал поликлиникалари ва ҚВПда ишловчи умумий амалиёт врачларини тайёрлаш ва уларни қайта тайёрлаш;
- ❖ УАШнинг узлуксиз касбий таълим мини жорий этиш;
- ❖ Испотланган тиббиёт ва узлуксиз тиббий таълим марказини ташкил этиш ва унинг фаолиятини бошлаш;
- ❖ ҚВП ва марказий туман шифохоналари лаборантлари таълим мини ташкил этиш;
- ❖ Тиббий жиҳозларга кўрсатиладиган техник хизмат тизимини мукаммаллаштириш.

ҚВП ни тиббиёт ҳамда лаборатория жиҳозлари билан таъминлаш. 2010 йилда республикада 3182 та ҚВП фаолият олиб борган. Улардан 34% янги қурилишлар хисобига ишга туширилган бўлса, 66% мавжудларини қайта таъмирлаш натижасида ташкил этилган. Қишлоқ врачлик пунктлари ва шаҳарлардаги оиласий поликлиникаларнинг умумий миқдоридан 677 ҚВП “Саломатлик-1” лойиҳаси асосида, 114 таси Япония Ҳукумати лойиҳаси асосида, 2389 та ҚВП ҳамда 29 шаҳар поликлиникалари “Саломатлик-2” лойиҳаси асосида жиҳозланган.

Фаолият кўрсатадиган ҚВП лари жиҳозлар келтирилгунга қадар тўлиқ таъмирдан чиқарилиб зарур ташхисий ва тиббий жиҳозлар билан таъминланиши лозим.

ҚВП ларини жиҳозлашга 2014 йилда Республика Соғликни Сақлаш Вазирлиги маълумотига кўра 76 млн АҚШ долларига тенг маблағга тиббий асбоб-ускуналар олинган.



БТСЁ муассасаларини тиббиёт ходимлари билан таъминлашга бўлган талаблар

Шифокорлар	Ўрта тиббиёт ходимлари	Маъмурият ходимлари
УАШ	Патронаж ҳамшира	ҚВП мудири**
Стоматолог*	Муолажа хонаси ҳамшираси	Молия менежери
Акушер-гинеколог*	Акушерка (доя)	
	Лаборантка	Регистратор
	Иммунизация бўйича ҳамшира	
	Физиотерапия ҳамшираси	

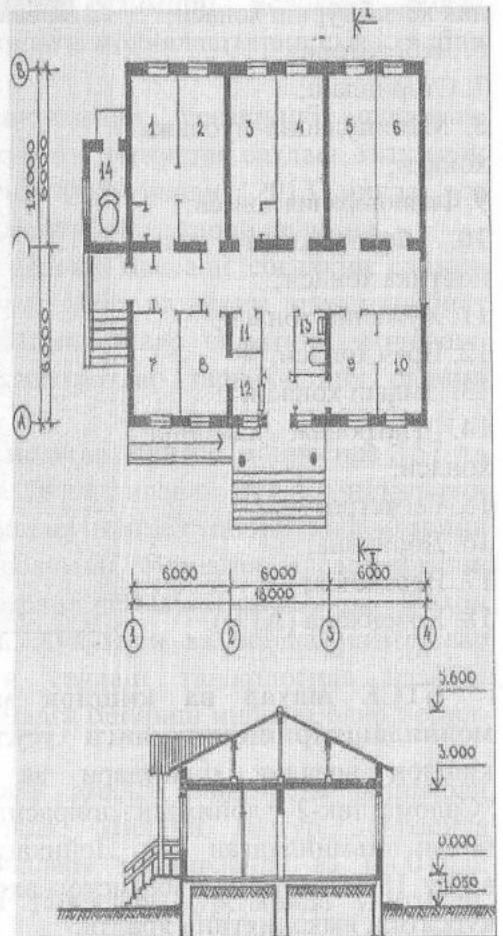
Эслатма: стоматолог ва акушер-гинекологлар марказий туман шифохонасидан 6000 дан ортиқ аҳолига хизмат қилувчи ҚВП юбориладилар; **ҚВП мудири мустақил лавозим тариқасида 3 500-6000 аҳолига хизмат кўрсатувчи ҚВПда мавжуд бўлади. Бир врач иш олиб борадиган ҚВПда у бир вақтнинг ўзида УАШ вазифасини бажаради ва маъмурий-бошқарув ходими ҳисобланади.

Республикада хизмат кўрсатилаётган аҳоли сонига мос равишда қишлоқ врачлик пунктларининг қуидаги тоифалари мавжуд:

- 1-тоифа – 1500 гача киши;
- 2-тоифа – 3500 гача киши;
- 3-тоифа – 6000 гача киши;
- 4-тоифа – 10000 гача ва ундан ортиқ аҳолига хизмат кўрсатувчи. Биринчи ва иккинчи тоифа ҚВП майдони ва тузилиши қуидагича.

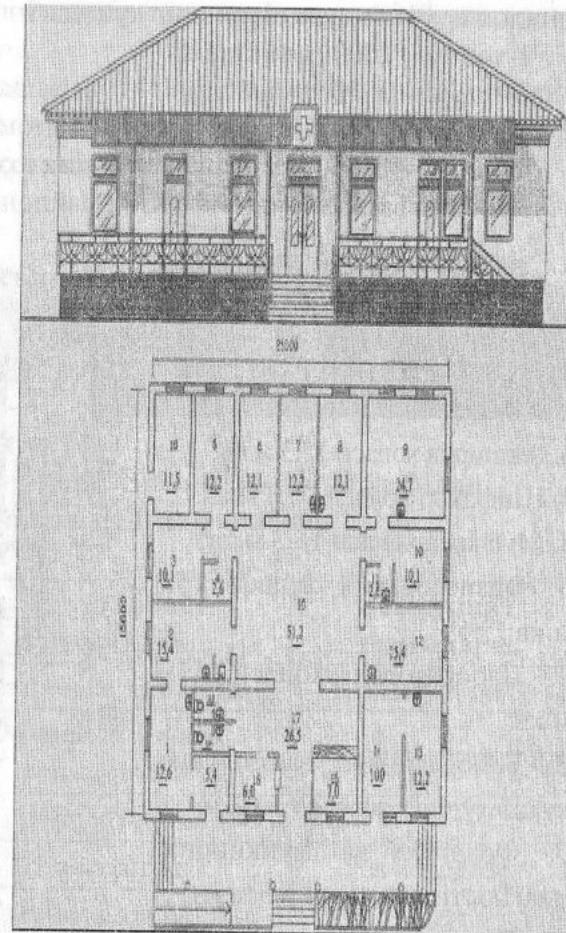
Биринчи тоифадаги ҚВП ва унинг таркиби

1. Регистратура 3,0 м. кв;
2. Акушер хонаси 15,3 м.кв;
3. Текширув хонаси 15,3 м.кв;
4. Шифокор хонаси 15,3 м.кв;
5. Муолажа хонаси 15,3 м.кв;
6. Физиотерапия хонаси 15,3 м.кв;
7. Лаборатория хонаси 15,3 м.кв;
8. Беморларнинг вақтинчалик кутиб туриш хонаси 9,5 м.кв;
9. Фелдшер ва функционал диагностика хонаси 9,5 м.кв;
10. Патронаж ҳамшира хонаси 9,5 м.кв;
11. Эмлаш хонаси 9,5 м.кв;
12. Дориларни тарқатиш ва сақлаш хонаси 4,4 м.кв;
13. Хўжалик хонаси 3,0 м.кв;
14. Хожатхона 4,5 м.кв;
15. Қозонхона (АГВ) 6,6 м.кв.



Иккинчи тоифа ҚВП ва унинг таркиби

1. Акушер хонаси;
2. Кузатув хонаси;
3. Беморларнинг вақтингчалик келиб туриш хонаси;
4. Инвентарни сақлаш хонаси;
5. Беморларни вақтингчалик келиб туриш хонаси;
6. Лаборатория;
7. Стериллаш;
8. Манипуляция-муолажа хонаси;
9. Физиотерапия хонаси;
10. Функционал диагностика хонаси;
11. Хўжалик хонаси;
12. Врач хонаси;
13. Эмлаш хонаси;
14. Патронаж ҳамшира хонаси;
15. Регистратура;
16. Дорихона;
17. Вестибюл;
18. Қозонхона (АГВ).



БТСЁ шаҳар ва қишлоқ муассасаларида бошқарув ва молиялаштиришнинг янги усулларини тадбиқ этиши. 2389 қишлоқ врачлик пунктлари ва 25 оиласий поликлиникалар “Саломатлик-2” лойиҳаси доирасида (2004-2011йиллар) жиҳозлар билан таъминланган эди. Лойиҳага асосан 3770 УАШ ўқитилди ва бу 18 млн ортиқ Ўзбекистон аҳолисига самарали тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятини яратди.

“Саломатлик-3” лойиҳаси юқоридагиларни мантиқий давоми бўлиб, бирламчи тиббий ёрдам хизматини янада яхшилаш ва

юқумли бўлмаган касалликларнинг кўпайишини олдини олишга қаратилган. Ҳозирги вақтга келиб 1000 дан ортиқ врачлар “Саломатлик-3” лойиҳаси дорасида УАШ ўқитиш курсларида таълим олдилар ва яна 3000 та врачларнинг таълим олиши режалаштирилган. Қишлоқдаги икки мингдан ортиқ тиббиёт муассасалари Саломатлик-2 лойиҳаси доирасида жиҳозланди, 10-ойлик курсларда 3770 тиббиёт ходимлари ўқитилдилар. Бунинг натижасида ҳозир барча ёшдаги аҳолига УАШ томонидан тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти туғилди. Лойиҳанинг муҳим ютуқларидан бири соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳати билан биргаликда соҳани аҳоли жон бошига молиялаштиришнинг тадбиқ этилганлигидир.

Саломатлик-2 лойиҳаси натижалари ўрганилиб чиқилгач, Жаҳон банки 2011 йилда Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимини модернизация қилиш лойиҳасини маъқуллади; 2013 йилда эса мазкур лойиҳани қўшимча молиялаштиришга қарор қилинди.

Саломатлик-3 лойиҳасининг асосий мақсади соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичи яъни туман ва айрим шаҳар тиббиёт бирлашмалари доирасида тиббий хизматлар сифатини яхшилаш, шунингдек юқумли бўлмаган касалликлар тарқалишини олдини олишдан иборатdir.

Соғлиқни сақлаш соҳасини модернизацияси доирасида 157 та туман тиббиёт бирлашмасини ва 70 та оиласий поликлиникаларни тиббий жиҳозлар билан таъминланаш, шунингдек тиббиёт ходимларини 2018 йилнинг сўнгига қадар юқумли бўлмаган касалликларни олдини олиш бўйича таълим бериш режалаштирилмоқда. Жаҳон банки Ўзбекистон республикаси Ҳукумати ва бошқа институтлар ҳамкорлигига Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотида назарда тутилганидек мазкур лойиҳани амалга ошириш ишлари олиб борилмоқда.

Охириги икки йилда лойиҳани амалга оширишда сезиларли ижобий ўзгаришлар кузатилмоқда. Миллий дастур доирасида 36 та туман марказий шифохоналари таъмирланди ва 1000 дан ортиқ врачлар 10 ойлик УАШ тайёрлаш курсларида ўқитилди. Соғлиқни сақлаш Вазирлиги томонидан юқумли бўлмаган касалликларни даволашнинг 5 та янги стандартлари ишлаб чиқилди ва 2018 йилга келиб улар сонини 20 тага етказиш кўзда тутилмоқда.

Республикамиздаги 243 та қишлоқ врачлик пунктлари самарасизлиги сабабли тугатилди. Вазирлар Маҳкамасининг қарори билан 2014 йилнинг 5 марта даги мазкур хужжат “Қишлоқ врачлик пунктлари фаолияти самарадорлигини ошириш ва кейинчалик оптималлаштириш чоралари тўғрисида” деб номланади. Айни пайтда 2958 та ҚВП ўз фаолиятини давом эттироқда.

УАШ моделининг ўзига хосликлари. Танланган модел у ерда яшовчи халқнинг одати, анъаналари ва менталитетига тўғри келиши, шунингдек ислоҳат ўтказилаётган мамлакатнинг бошқа хусусиятларига мос бўлиши лозим. Акс ҳолда тегишли ўзгаришларсиз турли мамлакатларда амалда тадбиқ этилган оиласиди тиббиёт одатда керакли тарзда фаолиятни давом эттироқда.

Фой битта, амалга тадбиқ этиш усуслари турлича!

ҚВП УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ ТЎҒРИСИДА НИЗОМ



I. Умумий низом.

ҚВП умумий амалиёт врачи – “даволаш иши”, “педиатрия иши”, “тиббиёт педагогика” соҳасида олий тиббий таълимга эга дипломли, кўп соҳали ёндашув асосида ҚВПга бириклирлган аҳоли орасида жинси

ва ёшидан қатъий назар профилактика ва даволаш тадбирларини амалга оширувчи мутахассисдир.

УАШнинг асосий вазифалари:

- ✓ Кўп учрайдиган хасталикларни даволаш ва профилактикаси бўйича бириклирлган аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш;
- ✓ Ўз вақтида тиббий маслаҳатлар бериш, кўрсатмаларга биноан беморларни ихтисослаштирилган тиббиёт муассасаларига юбориш;
- ✓ Амалда мавжуд бўлган воситалар ёрдамида ва даволаш стандартларига мувофиқ хизмат кўрсатилувчи худуд аҳолисига шифохонагача бўлган шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш;
- ✓ Комплекс санитария-эпидемиология чора-тадбирлари олиб бориш ва ташкил этиш;

✓ Аёлларни хомиладорлик даврида кузатиб бориш ҳамда туғишдан кейинги даврда чақалоқларни кўкрак сути билан эмизишни тарғиб этиш;

✓ Рационал овқатланиш, заарарли одатлар билан курашиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, шу жумладан ёш авлодни соғломлаштириш, оналар ва болалар саломатлиги ҳимояси, исталмаган хомиладорликни олдини олиш, оилани рационал режалаштириш бўйича чора-тадбирларни ташкил этиш ва ўтказиш;

✓ Патронаж ва ёлғиз, кекса, ногирон, сурункали касалликларга чалинган беморларга ижтимоий ёрдам ходимлари билан ҳамкорликда ижтимоий-тиббий ёрдам кўрсатишни назорат қилиш;

✓ Бириклирлган аҳолига: болалар, ўсмирлар, тўғиши ёшидаги аёллар, сурункали касалликлари бўлган шахслар ва айрим гурухлар билан умумий диспансеризация олиб бориш;

✓ Сил, таносил касалликлари, хавфли ўсмалар, кандли диабет, ВИЧ\ОИТС ҳамда гиёҳвандлик билан бир қаторда ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликлар билан курашиш бўйича даволаш-профилактика чора-тадбирларини амалга ошириш;

✓ Соғлиқни сақлаш Вазирлиги йўриқномасига асосан беморларни врачлик назорат комиссияси ва меҳнатга лаёқатсизликни аниқлаш тиббий экспертизасига йўллаш орқали вақтнчалик меҳнатга лаёқатсизлик экспертизасини ўтказиш;

Қайд этилган ҳажмдаги вазифаларни бажариш умумий амалиёт врачидан тегишли тажриба, билим ва кўникмаларни талаб этади. УАШ тайёрлаш ва қайта тайёрлашда тўпланган тажриба шуни кўрсатдики, умумий вақтнинг 60-65% ни клиник фанларга, шу жумладан умумий тоифадаги ихтисосликка – 55% ни; улардан терапия ва педиатрияга 30-35% ни; акушерликка – 20% ни; мост равишида жарроҳлик ва гинекологияга – 10% дан; гериатрияга – 15%; неврология, травматология ва реабилитацияга – 10% дан; қолган фанларга (ЛОР, офтальмология, дерматовенерология, кўшимча текширув ва даволашга) – 5% дан ажратиш мақсадга мувофиқ.

УАШ – бу нафақат умумий соҳа врачи, балки ўз кузатувидаги аҳоли ва бошқа ходимлар билан ўзаро ҳамкорлик ташкилотчисидир. У эпидемологияни, статистикани, врачлик-меҳнати

экспертизасини, иқтисодиётни билиши лозим. УАШ қишлоқ врачлик пунктларида, оиласый поликлиникаларда, тез тибий ёрдам хизматида, санатория ва профилакторияларда, шифононларнинг қабул бўлимларида ва тибиёт коллежларида ишлашлари мумкин.

Бакалавр билиши лозим:

- ✓ УАШ амалиётида кўп учрайдиган асосий клиник синдромларни. Малакавий таснифда кўрсатиб ўтилган ички аъзолар касалликларининг ташхисий мезони ва хавф омилларини. Уларда УАШ тактикасини ва даволаш стандартларини;
- ✓ Реабилитация, диспансеризация ҳамда меҳнатта лаёқатлилик экспертизаси асосларини.

УАШ малакавий таснифига мувофиқ:

1 тоифа хизматлари. УАШ имкон доирасида ҚВП\ОП даражасида мустақил равишда тўлиқ амалга ошириши лозим бўлган алоҳида хасталикларни эрта диспансеризация, реабилитация, профилактика, диагностика ва самарали даволашни амалга оширишни билиши; бемор аҳволи яхшиланмай, қўшимча маслаҳат ва даволашни амалга ошириш учун бошқа муассасага мутахассис хузурига жўнатилиши керак бўлган фавқулотда ҳолатларда ёрдам кўрсата олиши лозим;

2 тоифа хизматлари. Имкон доирасида оғир ҳолатдаги ёки УАШ олиб борадиган ҚВП\ОП даражасида касаллик ва даволашни тўлиқ ва тўғри ташхислаши мутахассисда даволаш ёки маслаҳат олиш учун bemорларни бошқа даволаш муассасаларига жўнатиши. Махсус парвариш ва даволашни талаб этувчи давомий хасталиклири бўлган ва бошқа тибиёт муассасаларида даволашни ўтаган bemорлар профилактикаси, реабилитацияси ҳамда диспансеризациясини амалга оширишлари лозим;

3.1 тоифадаги хизматлар. УАШ томонидан малакали компетент ва мустақил тарзда bemорларга тегишли (тўғри ва самарали) ҳамда зарурий муолажалар, манипуляциялар ва текширишларни амалга оширишни билиши лозим;

3.2 тоифасидаги хизматлар. УАШ кўрсатмаларини ва зарур бўлганда ўтказилиши лозим бўлган манипуляция ва текшириш жараёнлари ўтказиладиган бошқа муассасаларга ҚВП\ШВП дан

беморларни жўнатиши орқали тегишли зарур манипуляция ва текширувни амалга ошириш;

4 тоифа хизматлари. Алоҳида эҳтиёжга мухтоҷ ва хавф гурухидаги шахсларга ва турли хил сабабларга кўра ҚВП\ОП ташриф буюрувчи bemорларга алоҳида, профилактика ва таълим ёрдамларини кўрсатиш.

УАШ куйидаги кўникмаларга эга бўлиши лозим:

- ✓ Соғлом ва bemор кишиларга маслаҳатлар бериш;
- ✓ Аҳолининг алоҳида гурухларига якка ҳолда ёрдам кўрсатиш;
- ✓ Беморларни мустақил тарзда қабул қилиш;
- ✓ Тибий этика ва деонтологияга риоя этиш;
- ✓ Беморларни клиник текширувдан ўтказиш;
- ✓ Солиштирма ташхисни амалга ошириш;
- ✓ Дастлабки ташхисларни кўйиш;
- ✓ Максадга йўналтирилган текширувларни белгилаш;
- ✓ Якуний ташхисни кўйиш;
- ✓ Ҳаракат тартиби ва пархезни белгилаш;
- ✓ Рецептура кўринишида рационал терапияни белгилаш;
- ✓ Зарурий манипуляция ва даволаш ишларини олиб бориш йўли билан кечикириб бўлмайдиган врачлик ёрдамини кўрсатиш;
- ✓ Меҳнатта лаёқатлилик масаласини ҳал этиш. Зарурий тибий хужжатларни расмийлаштириш;
- ✓ Консультацияга юбориш, қўшимча тибий текширувга, касалхонага ётқизиш тўғрисидаги қарорларни қабул қилиш;
- ✓ Санатория ва дам олиш муассасаларига жўнатиши ва реабилитация муолажаларини олиб бориш;
- ✓ Беморлар ва аҳолининг ижтимоий ҳимояланмаган қатла-мига парваришни амалга ошириш;
- ✓ Диспансеризацияни амалга ошириш;
- ✓ Юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларда профилактика, соғломлаштириш, санитар-гиgienик ҳамда эпидемияга қарши чора-тадбирларни амалга ошириш;
- ✓ Бажарилган ишлар аудити;
- ✓ Мунтазам тибий адабиётлар билан шуғулланиш ва компьютер технологияларидан фойдаланиш.

УАШ КОНСУЛТАЦИЯСИ БҮЙИЧА КҮНИКМАЛАР – бу даволаш жараёнининг ажралмас қисми. Айниқса психотерапия, реабилитация ва бошқа түғри хулоса чиқариш имконини берувчи маслаҳатлар беришни назарда тутувчи ўзок муддатлик кузатувлар жараёнининг муҳим таркибий қисмидир.

Консультацияларнинг қуидаги турлари мавжуд:

✓ Директив маслаҳат – врач мижозга тайёр ечимни таклиф этади.

✓ Директив бўлмаган (кўрсатмасиз) маслаҳат – врач беморга фақатгина оғир вазиятларда мустақил қарор қабул қилишга кўмаклашади. Врач bemorning қайғуларини тушуниб, унда иштирок этади, шу билан бирга ўз фикрини очик-ойдин эълон қиласи, bemor даволашга тушунган ҳолда муносабатда бўлади.

Самарали консультация қуидаги қадамлар билан амалга оширилади:

✓ Бемор муаммолари ва ундан келиб чиқувчи ташвишлар ҳал этилишига ишонадими;

✓ Бемор билан унинг муаммолари ҳақида сұхбатлашиш ва у сизни тушунганига ишонч ҳосил қилиш;

✓ Бемор билан биргаликда қарор қабул қилиш;

✓ Бемор ўз соғлиғи тўғрисидаги жавобгарликни зиммасига олса уни кўллаб-куватлаш;

✓ Беморлар сизга ва унинг сирларини сақлай олишингизга ишонишлари ўта муҳим.

УАШ консультациянинг қуидаги вазифаларини билиши лозим:

1. Беморнинг шифокорга мурожаат этиш сабаблари жумладан қуидагиларни аниқлаш:

-Мазкур муаммо тарихи ва табиати;

-Этиологияси;

-Беморнинг ғоялари, қизиқишлиари ва кутаётган натижалари;

-Муаммо эффектлари.

2. Бошқа муаммоларни кўриб чиқиш:

-Узок давом этувчи характердаги муаммолар;

-Хавф омиллари.

3. Ҳар бир муаммони бартараф этиш борасида bemor билан ҳаракатлар мажмуасини танлаш. Бундай ёндошиш даво самарадорлигини ошириши ҳақида ишончли далиллар мавжуд.

4. Бемор билан муаммолари бўйича ўзаро келишишга эришиш. Консультация врача беморга ахборот бериш имконини яратади:

- Муаммони табиати ва муҳимлиги тўғрисида;

- Мақсадга мувоғиқ даво курси ёки касаллик хуруж қилганда у ўзини қандай тутиши тўғрисида.

- Муаммони бошқариш ва bemorга уни яхшиrok тушунтириш.

5. Беморни менежментга жалб этиб, ўз соғлиғига жавобгарлигини рағбатлантириш.

6. Вакт ва ресурслардан оқилона фойдаланиш:

-Консультация вактида;

-Узок муддатда.

7. Бемор билан ҳамкорлик муносабатлари ўрнатиш яъни бошқа қатор вазифаларга эришиш имконини беради:

- Консультацияяга ёндошувлар;

- Баззан самарали консультациялар олиб бориш касаллик ташхисини аниқлашдан оғирроқ бўлади.

Ҳозирги кунда касалликлар **консультациясини қуидаги моделилари** мавжуд:

1. Консультацияяга тиббий ёндошув;

2. Ижтимоий ёндошув;

3. Антропологик ёндошув;

4. Трансекцион ёндошув;

5. Психологик ёндошув;

6. Ижтимоий-психологик ёндошув.

Консультация – консультацияяга биотиббий ёндошув бўлиб, касаллик ва ташҳис концепцияларини аниқлашади. Классик ташҳислаш жараёни анамнез, объектив кўрик, лаборатория тадқиқодларини кетма-кетлиқда тўплашдан иборатdir. Дастлабки ташҳис bemor кўргиги ва анамнези тўплангандан сўнг шакллантирилади.

Консультацияяга ижтимоий ёндошувлар – яъни консультация вактида ташҳислашни ўtkазиш; bemor ҳатти-ҳаракатларини тушуниш; унинг қизиқишлиарини тушуниш ҳолатларидан иборат. Турли гурухдаги bemorлар касби, иқтисодий мавқеи, ҳаёт тарзи, маълумоти ва бошқа ҳолатлари билан боғлиқ ҳолдаги соғлиқ нуқсонларига эга бўладилар.

Консультация учун қуидагилар, яъни мслаҳат давомида, ташхис қилишда, беморнинг ҳатти-ҳаракатинини ва манфаатларини тушуниш ижтимоий ёндашувлари мавжуд.

УАШ консультация менеджменти қуидаги уч ҳолатни билиши лозим:

1. Ижтимоий омиллар – ўз таъсирини кишиларнинг ҳатти-ҳаракатлари орқали намоён қиласи (шифокорлар ва турли синфдаги беморларнинг ҳатти-ҳаракатлари турлича бўлиши мумкин);

2. Ижтимоий омиллар – кўплаб хасталикларни келтириб чиқариб, беморни тиббий ёрдамга мурожаат этишига таъсир қиласи;

3. Ижтимоий омиллар консультация оқибатига таъсир этиши мумкин.

Беморлар муаммосини ҳал этишнинг кейинги муҳим босқичи **ҚВП да ОЛИБ БОРИЛАДИГАН ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАРДАН** иборат. Улар:

Беморни кўрикдан ўтказиш, артериал босимини ўлчаш, ЭКГ олиш ва унга спинхайл ҳамда ингалятордан фойдаланишни ўргатиш;

Вакцинация, ревакцинация. Қокшолга қарши зардоб ва анатоксин юбориш;

Гемограммани текшириш учун қон олиш, копограммани ва сийдикни текшириш;

Янги туғилган чақалокни ювинтириш, суюклар синиши ҳолатида бойламлар қўйиш, орал регидратация;

Риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, офтальмоскопия.

Респиратор аппарат ва қўл ёрдамида сунъий нафас олдириш; Ошқозонни ювиш, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, сийдик пуфагини катетеризация килиш;

Майда жарроҳлик амалиётлари ўтказиш учун қўлларга ва жарроҳатларга бирламчи ишлов бериш;

Йирик бўғимлар жароҳатланганда юмшоқ боғламлар қўйиш, лангет, симли ва транспорт шиналарини ечиш ва боғлаш. Синишлар бўлганда маҳаллий оғриқсизлантириш;

Куйиш, бўғилиш, чўкиш, совук уриши, электротравмаларда, ҳайвон ва ҳашоратлар чақишида шифохонагача бўлган биринчи ёрдам кўрсатиш. Инъекциянинг барча турлари.

Акушерлик текшируви ва вагинал текширувни олиб бориш; Папаниколау бўйича суртма олиш, бачадон бўйни раки скрининги. Гинекологик текширув (бимануал ва кўзгуда текшириш). Гениталиялар жароҳатида касалхонагача бўлган биринчи ёрдам.

Хомиладорлик давридаги кечикириб бўлмайдиган ҳолатларда бирламчи врачлик ёрдами. Контрацепция усулларини ўз вақтида кўллаш. Бачадон ичи воситасини қўйиш ва уни олиб ташлаш.

Функционал ташхислаш синамаларини изоҳлаб бериш. Сут безларини текшириш.

ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ ТАМОЙИЛЛАРИ

«Ёшлигимда бурун, лаблар ва юз ифодани алоҳида тасвирладим. Мен нодон бўлган эканман, барчасини биргаликда тасвирлаш керак экан»
ОГЮСТ РОДЕН

Оилавий тиббиёт ўз негизи билан умумий амалиёт врачи тарихига бориб тақалади, бироқ мазкур соҳа ўзининг тарихий анъаналари билан бир қаторда замонавий илмий йўналишларига ҳам эга.

Оилавий тиббиёт алоҳида, бошқа тиббий ихтисосликлардан ажralиб турувчи ўзига хос тамойилларга асосланган мутахассисликдир. Унинг асосий тамойиллари қуидагилардан иборат:



1. КЕНГ КЎЛАМЛИЛИК:

✓ Диққатни жалб этмайдиган бемор шикояти ёки муаммо тоифаси йўқ;

✓ Инсон саломатлиги билан боғлиқ барча муаммолар ўрганилади;

✓ Оилавий тиббиёт чекловлар қилмасдан, аксинча ўз bemori ҳаётининг барча томонлари тиббий муаммолари ечимини бирга жамлайди.

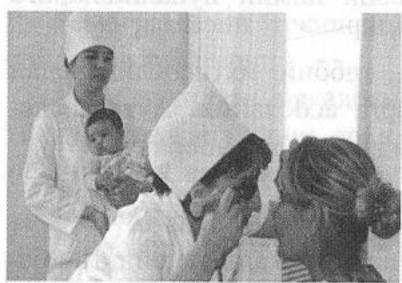


2. КУЗАТУВНИНГ ДАВОМИЙЛИГИ:

- ✓ Оилавий шифокор ўзига биринчирилган аҳоли саломатлигини туғилишидан ҳаётининг сўнгига қадар барча босқичларда кузатади;
- ✓ Узок вақт кузатиш хавф омилларини аниқлаш, даволаш ва профилактик чора-тадбирларни назорат қилиш учун имкон яратади;



✓ Соғлиқни сақлаш тизимининг барча босқичларида бемор даволанишини мувофиқлаштиради.



4. ИНТЕГРАЦИЯ:

- ✓ Тиббиётнинг барча соҳаларини қамраб олиш: тиббий, реабилитация, профилактика ва бирламчи тиббиёт бўғинида ҳар бир инсон ва жамоа соғлиғи муҳофазаси



5. ЎЗАРО ИШОНЧЛИ МУНОСАБАТЛАР:

- ✓ Кузатувнинг давомийлиги шифокор ва бемор ўртасида ўзаро ишончли муносабатлар ўрнатилишига замин яратади;
- ✓ Оилавий шифокор беморнинг хукуқ ва қадр-қимматини ҳимоя қиласди;

✓ Бемор уни хурмат қилишлари, эшитишлари ва тушунишларини хис этади.



6. ЖАМОА БИЛАН ИШЛАШ:

- ✓ Оила шифокори, ҳамшира ва барча тиббиёт ходимлари ягона жамоа тарзида иш олиб боради;
- ✓ Оилавий шифокорининг вазифаси – bemor қизиқишилари доирасида унинг билим ва кўникмаларига мос равишда

жамоанинг ҳар бир аъзоси ишини ташкил этади.



7. БИРЛАМЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ ОЛИШНИНГ ИМКОНИЯТИ:

- ✓ Ҳар бир оиланинг ўз оила шифокори бўлиши лозим;
- ✓ Иш ҳар бир бемор учун осон тиббий ёрдам олиш даражасида ташкил этилиши керак;
- ✓ Куннинг ҳар қандай вақтида кечик-тириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатишга мўлжалланган бўлиши зарур.



8. БЕМОРНИ ЎЗИ ВА ОИЛАСИ СОҒЛИГИГА МАСЬУЛИЯТИ ҲАМДА У БИЛАН ҲАМКОРЛИК:

- ✓ Оилавий шифокор ва бемор ижобий ютуқларга эришиш учун ўзаро ҳамкорлар каби иш олиб боради;
- ✓ Бемор ўзи ҳамда оиласи соғлигини тиклаш ва ҳимоя қилишнинг фаол иштирокчисига айланади.



9. ПРОФИЛАКТИКА ИШИ:

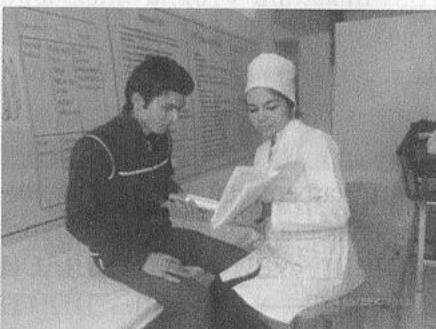
- ✓ Оилавий шифокор ва унинг жамоаси фаолиятининг асосий йўналишларидан бири. Оилавий тиббиёт соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишга, аҳоли ўртасида санитария маданиятини оширишга, касалликларни эрта ташхислашга алоҳида эътибор беради.

Барча турдаги профилактика босқичларини амалий қадамлари:



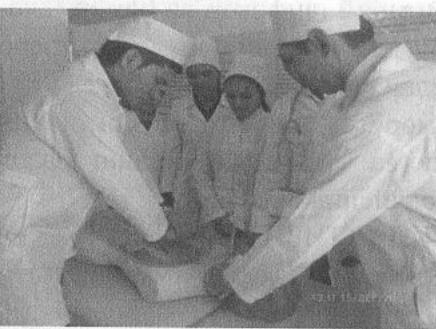
БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА – касалликни олдини олиш учун олиб бориладиган чора-тадбирлар:

- ✓ Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи ташвиқоти;
- ✓ Касаллик ривожланишига олиб келувчи хавф омилларини фаол эрта аниқланиши.



ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА:

- ✓ Касалликларни илк босқичларда фаол аниқлаш (профилактика кўриклари, скрининг);
- ✓ Дориларсиз даво ва янги аниқланган касалликларни самараси исботланган дорилар билан ўз вақтида самарали даволаш



УЧЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА:

- ✓ Ўткир ва сурункали асоратларни олдини олиш, беморларни ўз вақтида кўрикдан ўтказиш, зарур лаборатория – асбобий текширувлар мониторинги, самараси исботланган дорилар билан даволаш ва мавжуд хавф омилларини бартараф этишини давом эттириш, фаол кузатув;

✓ Даволашни давом эттириш ҳамда мавжуд асоратларнинг сифатли реабилитацияси



огоҳлантириш ва даволаш мумкин. Натижада сарф-харажатлар сезиларли пасаяди.



10. ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОРТИШИ БИЛАН БИР ҚАТОРДА УНИНГ ТАНАРХИНИ КАМАЙТИРИШ:

✓ Агар аҳолини оиласиди шифокор мунтазам ва самарали кузатиб борса, кўп касалликларни эрта босқичларда аниқлаш, уларни

УАШ ФАОЛИЯТИНИНГ ХУСУСИЯТИ. Клиник тиббиётнинг мураккаб вазифаси ҳар бир bemorга нисбатан ҳал этиш заруриятидан иборат: **БЕМОРГА НИМА БЎЛГАН?** Ушбу саволга жавоб беришга ёндошиш билан “тор мутахассис” ва “умумий амалиёт врачи” фарқ қиласи.

Биринчиси: **бемор меники ёки меники эмас?** эканлигини ҳал этади. Оила шифокори учун bemor “ҲАР ДОИМ МЕНИКИ”, бироқ қисқа муддатга у бошқа мутахассислар кўмагига муҳтожлик сезилиши мумкин.

Қайси мутахассислар? Ва қачон? – буни УАШ ҳал этади, бунинг учун унга билим, тажриба, кўнишка ва КЛИНИК ТАЖРИБА зарур. Бемор муаммоларини ҳал этишда УАШ ўрни ягона. У оила тиббиёти тамойилларини кузатиб, аҳоли билан доимо бирга ва мутаносиблиқда бўлади.

Нега тор мутахассис эмас, оила шифокори? Чунки у:

- Тежамкор;
- Бемор талабларини қондиради;
- Тез ва тўғри ташхис қўяди;
- Диққатини профилактикага қаратади;
- Беморни оила талқинида ҳамда кенг кўламда даволайди.

Нима учун тор мутахассис эмас, оила шифокори? Биз тор доирадаги мутахассисларга қарши эмасмиз, лекин муаммо



бошқа нарсада – бир гурух шифокорлар мен буюк кардиологман, бошқаси, мисол учун, буюк гастроэнтерологман деса, унда бизнинг бечора танамизни бир неча қисмларга бўлиб кўядилар.

Инсон организми ягона бир бутун бўлса, уни қандай мурожат этганимизда бизни турли хил тор мутахассислар хузурига жўнатадилар ва қандайдир берк доира ичига тушиб қоламиз, унинг ичидан чиқишига муваффақ бўлсакда, бизга камидা 10 та дорилар тавсия этадилар. Бир вақтнинг ўзида 10 хил препаратни қабул қилиб бўлмайди, ундан ташқари улар хамёнимизга ҳам зарар етказади. Ахир мазкур жараённи оила шифокори назорат қилиши мумкинку.

У беморнинг ёши, жинси ва касаллигининг у ёки бу босқичдалигидан қатъий назар оиласининг барча аъзоларига хизмат кўрсатади, аҳоли орасида кўп учрайдиган хасталикларни тушунади (*асосийси касалликнинг илк босқичларида аниқлаб, олдини олади*).

Шу билан барга иккиланиш ҳолатларида оила шифокори тор мутахассисларни ҳам беморни даволаш жараёнига жалб этиши мумкин. Оила шифокори ўз беморини уларга жўнатар экан келажакда уни хузурига қайтиб келишига ишонади. Оила шифокорининг устунлиги шундаки у оиласининг ишонган кишисига айланади.

Ўзбекистон ахолисининг келажак саломатлиги оиласий шифокорлар қўлида!

ОИЛАВИЙ ШИФОКОР ВА БЕМОР МУЛОҚАТИ ШАХСЛАРАРО МУНОСАБАТ КЎНИКМАЛАРИ

Беморлар билан мулоқат кўникмаларини барча ихтисосликдаги шифокорлар билиши лозим. Ўзаро ишонарли муносабатларсиз тўғри ташхис қўйиш, даволаш ва профилактика тадбирларини олиб бориш имконияти бўлмайди.

Бемор билан суҳбатлашиш шифокорга бир қатор муаммоларни ҳал этиш имконини беради:

- ишонарли муносабатларни мустаҳкамлаш, ташҳис учун зарурий маълумотлар олиш, даволаш режасини тузиш, bemorрга зарурий маълумотларни етказиш, уни зарарли одатлардан возкечиб, соғлом турмуш тарзи олиб боришга ишонтириш;
- оила шифокори фаолияти сифатини оширади;
- bemornинг қониқиши ҳосил қилишига кўмаклашади;
- даволаш натижаларини яхшилайди.

Оиласий тиббиёт bemор, оила ва ўзи яшаётган жамиятга йўналтирилган!

Умумий амалиёт шифокори қўйидаги шахслар аро мулоқат кўникмаларини билиши керак:

- юқори ахборотга эга бўлиш;
- мулоқотда bemор сўзларини охиригача эшита билиш;
- тўлиқ жавобни талаб этувчи саволлар беришни билиш;
- bemorга юқори баҳо бериб, уни хурмат қилишни кўрсата олиш;
- bemор нимани ҳис этиб, нималарни билишини тушуниш;
- bemор учун қарор қабул қилишни енгиллаштириш;
- ўзига ишонтириш ва bemорни фаол эшитиш;
- ҳалоллик;
- ўз эътиқодлари, қадриятлари ва тахминларини билиш;
- қулай шароит яратга олиш;
- bemорни рағбатлантириш ва йўналтирувчи саволлар бериш;
- bemорлар айтган: “жисм тили” ҳамда овоз оҳангини тинглай олиш;
- bemор учун қулай тезликда суҳбат юритиш;
- bemор вазиятни тўғри тушиниши учун сўзларни ўзгартириб гапиришни билиш;

- керакли вазиятларда бемор юзига тик қарай олиш;
- сизнинг “тана тилингиз” bemorga қизиқишингизни намоён этишига ишонч;
- саволдан сўнг bemor жавобини кутиб туриш;
- bemorni сухбатни давом эттиришга қизиқтириш;
- “нега?” сўзидан эҳтиёт бўлиш;
- bemor сизнинг саволингизни тушунганига ишонч ҳосил қилиш, агар тушунмаган бўлса, саволни бошқачасиги такрорлаш;
- bemor нима ҳақида гапиришни ҳоҳлаётганини айтишга ва ўз муносабатини ифода этишига кўмаклашиш;
- bemorга у ҳис этаётган ҳолат меъёрий ҳол эканлигини тушунириш.

ТТАда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида зарур бўлган амалий кўникмалар эгаллаш учун амалий машғулотлар, турли хил кўринишлар ҚВП моделида ўtkазилади.

Тиббий таълимда интерфаол хусусан “шифокор-бемор” усулидан фойдаланиш мавзуни ўзлаштириш самарадорлигини оширади. Машғулот мавзуси талабаларга олдиндан берилади ва сценарий гуруҳда муҳокама қилинади. Машғулотлар ўтишда умумий амалиёт врачи тавсифномасида келтирилган меъёрий-хукуқий хужжатлар асосида яратилган ҚВП модули вазифаси ва таркибий кисмларига алоҳида тўхтанилади;

- Интеграл амалий машғулотларда битта синдром икки кафедра иштирокида турли хил вазиятларда муҳокама қилинади;
- Тасдиқланган ўқув режасига мос равишда умумий синдром ўтадиган турли клиник кафедралар биргалиқда интеграл семинар машғулотлари ўтказадилар. Муҳокамада барча талабалар иштирок этадилар;
- Талабаларни керакли маълумотларни топишга фаол жалб этган ҳолда маълум бир муаммоларни ечиш учун муаммога йўналтирилган машғулотлар олиб борилади.

Кишлоқ врачлик пункти модели ўқув хоналарининг вазифалари

Амалий машғулотларни олиб бориш; мавжуд адабиётлар, электрон ва интернет имкониятларидан фойдаланган ҳолда талабаларнинг мустақил ишлари; амалий кўникмаларни ўзлаштириш; интерфаол ўйинларни олиб бориш; ҚВП таркиби ва иш тартибидан келиб чиқиб таълим бериш; УАШ нинг меъёрий-хукуқий хужжатларини ўрганиш.



Интеграл имтихонлар

Интеграл имтихон ўтказишдан мақсад 1-5 курсларда ўтилган фундаментал ва клиник фанлар бўйича жамланган билимларнинг талабалар томонидан ўзлаштирилганлик даражасини баҳолаш.

Тиббий олий таълим тизимида интеграл имтихон талабалар томонидан назарий билимлар ва амалий кўникмаларни сифатли ўзлаштирилишини баҳолаш, талабада унинг 5 курсдан кейин умумий амалиёт врачи тизимига ўтишга тайёр эканлик даражаси ва клиник фикрлаш ҳамда қарорларни ривожлантириш учун хизмат қиласи.



Интеграл имтихонни исботланган тиббиёт нуқтаи-назаридан ёндошиб фан, техника ҳамда илмий-асосланган технологияларнинг замонавий талабларига мувофиқ 1-5 курс талабалари ўтган машғулотлар бўйича УАШ кафедралари ўқитувчилари қабул қиласидар. 2010 йилдан бошлаб интеграл имтихон Олий ва ўрта маҳсус таълим вазирлиги томонидан республиканинг барча олий ўкув юртлари талабалари учун 6 курсга ўтиш имтихони этиб белгиланган.

Якуний Давлат Аттестацияси, Олий ўрта маҳсус таълим ва соғлиқни сақлаш Вазирлиги ҳамда ТТА ректори буйруғига мувофиқ икки босқичда ўтказилади:

❖ Давлат таълим стандарти ва тиббиёт олий ўкув юртлари бакалавриати ўкув дастурига мувофиқ тест синовлари (улар миқдори амалий машғулотларнинг ҳар соатига 5 та тестдан иборат бўлади);

❖ ОСКИ – битириувчининг клиник билимларини, беморлар билан шахслар аро мулокат кўникмаларини, амалий машғулотлар баҳосини, шунингдек КВХ УАШ га мувофиқ реал клиник ҳолатларга битириувчининг тайёрлигини аниқловчи объектив клиник имтихон (объектив-структурланган клиник имтихон).

ОСКИни олиб бориш учун маълум стандартлар ва йўриқномаларга риоя этиш лозим:

- ✓ Савол қисқа, тушунарли, аниқ жавобни талаб этиши;
- ✓ Топшириққа жавоб тахминан бир хил вақтни эгаллаши;
- ✓ Мураккаблигига боғлиқ ҳолда барча савол ва топшириқларни турли хил миқдордаги балларга эга бўлиши;
- ✓ Барча савол ва топшириқ-карталар мазкур фан ўкув дастурига қатъий риоя этилган ҳолда тузилган бўлиши;
- ✓ ОСКИ бўйича ҳар бир синов учун савол ёки машғулотларнинг янги тўплами тайёрланиши.

Аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифати сезиларли равишда тиббиёт ходимларининг касбий маҳорати ва соғлиқни сақлашда ўтказилган ислоҳатларга боғлиқ бўлиб, кадрлар тайёрлаш ва қайта тайёрлаш тизимининг мукаммаллашувида ўз аксини топади.

Дипломдан кейинги таълимнинг асосий мақсади – турли ихтисосдаги врачларни УАШ мутахассислиги бўйича Республика

врачларни (турли хил ихтисослик ва стажга эга бўлган) қайта тайёрлаш марказларида 10 ой мобайнида сертификат олиш билан якунланадиган кундузи ва сиртқи ўқитишдан иборатdir.



Сўнгра УАШ 5 йилда бир маротаба ТошВМО да, ундан ташқари малака ошириш курсларида уч ва бир ойлик малака ошириш курсларида ўқийдилар. Ўқитиш Ўзбекистон Республикаси ССВнинг 80 ва 100 сонли буйруқлари ва УАШ хизмати дастурига мувофиқ 32 йўналиш бўйича олиб борилади.

Шунингдек УАШ қисқа муддатли илмий йигилишлар, конференциялар, семинарларда қатнашиб маълум бир соатлар йиғиш шарти билан врачлик тоифасини олиш хукуқига эга.

Аҳолига УАШ томонидан малакали тиббий ёрдам кўрсатилиши, аҳоли турмуш сифатини ошириш борасида чора-тадбирлар ишлаб чикиш, ҚВПни молиялаштириш механизмларини мукаммаллаштириш, УАШни қайта тайёрлаш ва ўқитиш учун жавоб берадиган ЎзРдаги “Саломатлик-2” (1998-йилда ташкил этилган) лойиҳаси томонидан тартибга солинади. Бугунги кунга қадар 8000 врачга таълим берилиб, ҳар йили 650 шифокор ТТА ўкув марказларида қайта ўқитилмоқда.

Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида тиббий хизмат сифатини ошириш мақсадида ўкув дастурларига исботланган тиббиёт маркази иштирокида “исботланган тиббиёт”га бағишлиланган машғулот қўшилган.

2000-2011 йилларда ТТА жамоат соғлигини сақлаш мактабида далилларга асосланган тиббиёт бўйича 14 семинар машғулотлари ўтказилди.

ТТА талабаларини ўқитишда чет тилларини жорий этиш. Талабалар учун инглиз тилида ўкув дастурлари (амалий кўникмалар,

ишчи дастурлар, ўкув-услубий кўлланмалар, силабуслар, дарсликлар, видеоматериаллар) яратилган. 50% дан ортиқ маъруза ва амалий машғулотлар инглиз тилига таржима қилинганд. Шунингдек, ТТА мунтазам равишида таниқли халқаро мутахассисларни таклиф этиб инглиз тилида талабалар ва профессор – ўқитувчилар учун муаммоли ва интеграл маърузалар ўtkазилмоқда.



Талабалар илмий жамияти ва қизиқишилар бўйича «English club» аъзолари иштирокида ТТА ҳар йили инглиз тилида ўтказиладиган илмий конференцияларда Ўзбекистон, Европа, Россия ва бошқа мустакил ҳамдўстлик мамлакатларидан 800 га яқин ёш олимлар иштирок этадилар. Уларга ўз илмий изланишларини маъруза, конференция тўпламларида тезислар кўринишида чоп қилиш ва ҳакамлар ҳайъатига тақдим қилиш имконияти берилади. 2016-йилда клуб ташкил этилганлигини 5 йиллиги муносабати билан юбилей конференцияси ўтказиш режалаштирилмоқда.



Тиббиёт олий ўкув юртларида битирувчи курс талабаларининг клиник билимлари ва амалий кўникмаларни эгаллаш маҳоратларини ошириш учун зарурий қуроллар билан жиҳозланган

(ўкув фантомлари, муляжлар, компьютерлар) ўкув марказлари, марказий туман шифохоналари қошида эса узлуксиз професионал таълимни жорий этиш учун УАШ ўкув қуроллари билан жиҳозланган ўкув синфлари ташкил этилган.

Сўнгти йилларда соғлиқни сақлаш борасида Республика мизда сезиларли ижобий натижаларга эришилди. Босқичмабосқич турли йўналишда олиб борилган ислоҳатлар соғлиқни сақлашнинг янги модели шаклланишига олиб келди. У аввалги ташкилий модел ҳамда аҳоли хусусиятлари (кўп сонли қишлоқ аҳолиси орасида болалар ва ўсмиirlар сонининг кўплиги) эътиборга олинган ҳолда ташкил этилган сифатли тиббий ёрдам билан вақтнинг янги талабларининг оқилона уйғунаштириш ҳисобланади. Ҳозирги вактда Ўзбекистонда аҳолига бепул бирламчи тиббийсанитария ёрдами кўрсатувчи ва замонавий тиббий жиҳозлар билан таъминланган ҳамда малакали УАШ жамланган БТСЁ муассасаларининг кенг тармоғи шаклланади.

Маълумки, соғлиқни сақлашнинг самарадорлиги фақат соҳага ажратилган моддий ҳаражатлар миқдори билан эмас, балки даволаш жараёнини ташкил этиш ҳамда мутахассислар тайёргарлигини оширишга ҳам боғлиқdir. Касалликни даволашдан кўра унинг олдини олган маъқул. Шунинг учун аҳоли соғлигини сақлашни бевосита bemor ва uning oиласи билан шуғулланувчи поликлиникалар зиммасига юклитиши объектив зарурияти пайдо бўлди.

Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президенти И.Каримов айт-ган: “Соғлом она ва бола” Давлат дастурини ишлаб чиқишида бизнинг диққат марказимиз энг аввало оила, оналик ва болаликни муҳофазасига тегишли қонунчиликни келажакда мукаммаллаштиришга қаратилиши лозим. Биз узоқ ва этиб бориш қийин бўлган қишлоқ жойларида яшовчи аҳоли учун, биринчи галда зарурий, ижтимоий, майший ва тиббий шарт - шароитларга мухтоҷ аёллар учун намунали лойиҳа асосида қишлоқ жойларда замонавий турур жойлар, ижтимоий инфраструктура обьектларини яратиш, қишлоқ аҳолисини ичимлик суви, табиий газ билан таъминлаш, сервис ва хизматлар сифатини яхшилаш борасидаги изчил олиб бориладиган ишларимизни давом эттириш вазифаси турибди.

Ўйлаймизки, жамиятимизда соғлом турмуш тарзини мукум ўрнатиш учун ёшлар ўтасида жисмоний тарбия ва спортни

янада ривожлантириш уларни амалдаги моддий-техника баъзалини янада мустаҳкамлаш ҳамда янгиларини қуришга катта аҳамият бериш эканлигини гапириб ўтиришнинг зарурияти бўлмаса керак.

Соғлом ва ахил оила соғлом келажак пойдевори эканлигини инобатга олган ҳолда биз энг муҳим вазифаларимиздан бири сифатида бўлажак келин-куёвларни тиббий кўриқдан ўтказишни кучайтириш ва шу мақсадларда поликлиникаларни замонавий ташҳисий жиҳозлар билан таъминлаш, уларга кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини ошириш лозимлигини кўриб чиқишимиз лозим” дея таъкидлаган.

Халқаро тажриба шуни кўрсатмоқдаки, БТСЁ сарф-ҳаржатларининг ортиб бориши – зарур бўлсада, бирок у муким асосда аҳоли соғлигини яхшилашнинг асосий омили эмас. Соғлиқни сақлашга сарф-ҳаржатлар ва инвестициянинг ортиб бориши, тиббий ёрдами молиялаштириш ва бошқариш тизими самарорлигини оширишга йўналтирилган ташкилий таркибий ислоҳатлар билан биргаликда олиб борилиши ўта муҳимдир.

БТСЁ ислоҳатларини тезлаштиришга эришган мамлакатлар тажрибаси соғлиқни сақлаш тизими ривожи ва давлат сиёсати ўргасида ажралмас боғлиқлик мавжудлиги ҳақида гувоҳлик бермоқда. Мазкур ҳолатда соғлиқни сақлаш миллий тизимининг шаклланиши учун ҳукумат жавобгар бўлади.

Бундай ёндашишнинг ёрkin намунаси сифатида ҳар бири маълум жавобгарликга эга бўлган ва турли хил иштирокчиларнинг мураккаб уйғунлиги орқали бошқариладиган Ўзбекистондаги БТСЁ шаклланишини кўрсатиш мумкин. Бунда БТСЁ билан биргаликда соғлиқни сақлаш миллий тизими шаклланишида ҳукумат жавобгарликни ўз зиммасига олган. Соғлиқни сақлаш Вазирлиги тизимни ривожланиш стратегияси ва ресурслар шаклланиши, кадрлар тайёрлаш, тиббий муассасалар фаолиятини бошқарувчи меъёрий хужжатларни тайёрлаш ва молия сиёсати учун жавобгар бўлади. Соғлиқни сақлашни ҳудудий тузилмалари ва маҳаллий ҳокимиятлар вазифаси зарур ресурсларни ажратиши ҳамда хизмат ривожининг асосий йўналишларини амалга тадбик этишдан иборатdir.

Фуқоролик жамияти уюшмалари (маҳалла қўмита, БТСЁ муассасалари жамоат кенгашлари) илмий ва врачлар жамиятлари ҳамда ўрта тиббиёт ходимлари уюшмаси аҳолининг БТСЁ хизматлари сифатини яхшилаш борасидаги фикрларини жамлаб эълон килади. Бу эса келажакда тиббий хизмат кўрсатиш тизимини мукаммаллаштириш имконини яратади. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатишда жамоат соғлиқни сақлаш ташкилотлари билан ҳамкорлик масалалари алоҳида ўрин тутади. ЎзР Соғлиқни сақлаш Вазирлиги қўйидаги УАШ тизимини профессионал, илмий ва академик ривожланишининг **SWOT ТАҲЛИЛИНИ** тақдим этади.

Кучли тарафлар:

- Олий тиббий таълимнинг бакалавриат ҳамда магистратура шаклидаги икки даражали тизимига ўтиш амалга оширилган;
- Дипломгача бўлган тиббий таълимда тиббиётни бирламчи тизимига тиббий хизматларнинг асосий таъминотчиси сифатида умумий амалиёт врачларини тайёрлаш йўналтирилган;
- Дарс соатларини қайта тақсимлаш – уларни ички касалликлар (ТошПМИ) ҳисобига кўпайтириш ҳамда педиатрия (ТТАга) бўйича ошириш;
- Магистрларга институт клиникаридаги ихтисослаштирилган бўлимларда ва поликлиникалар шароитида амалий машғулотлар олиб бориш;
- Диплом олгандан кейинги – “Саломатлик - 2,3” лойиҳаси доирасида УАШ таълимининг ўн ойлик дастури асосида халқаро стандартларга ўтиш;
- УАШ ўқитувчиларини чет элларда қайта ўқитиш;
- УАШ тайёрлаш ва малакасини ошириш кафедралари фаолияти тўғрисидаги низом ҚВП фаолияти бўйича меъёрий хужжатлар ва умумий амалиёт врачи малакавий тавсифномаси яратилганилиги;
- Дипломдан кейинги таълимда УАШ малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш курслари ҳамда кафедраларининг яратилиши ва тасдиқланиши;
- Соғлиқни сақлаш Вазирлиги бош мутахассислари иштирокида яратилган клиник баённомалар ва стандартларни дипломга эга УАШнинг мутахассисларини таълим жараёнида фойдаланиш;

- УАШ цикларини ўқув дастурига тадбиқ этилиши;
- Ўқув жараёнида тиббиётни бирламчи тизими даражасидаги тиббий хизматлар бўйича лойиҳаларнинг бажарилишини тадбиқ этиш;
- Исполнитель тиббиётга асосланган сифат стандартларини БТСЕ мусассасалари фаолиятига тадбиқ этиш.

Кучсиз тарафлари:

- Дипломдан олдинги УАШ бакалаврларини тайёрлаш ўқув дастурини УАШ тайёрлаш борасидаги барча халқаро стандартларга тўлиқ мос келмаслиги. Дастурда талабалик даражасида профессионал муносабатларнинг шаклланиши етарлича эътиборга олинмаганлиги;
- Таълимнинг модулли ёки тизимли эмас, анъанавий шаклидан фойдаланилиши;
- Дипломгача бўлган таълимда “умумий шифокорлик амалиёти” фани мавжуд эмаслиги;
- Мунтазам касбий таълим дастурлари ва ўн ойлик дастурини самарадорлигини аниқлаш мақсадида баҳолаш олиб борилмаганлиги;
- Амалий тиббиёт ва бир вақтнинг ўзида талабалар билан шуғулланувчи УАШ ўқитувчилар сонининг етарли даражада эмаслиги;
- ОПҚВП шифокорининг касбий маҳоратини баҳолаш мақсадида индивидуал аудит олиб борилмаганлиги;
- Мунтазам касбий таълим дастурларида ҳам, ўн ойлик дастурларда ҳам лидерлик сифатлари ва бошқарув таълими, жамоавий иш ва УАШларда маъмурий бошқарув кўникмаларининг шаклланишига кераклича эътибор берилмаганлиги;
- Умумий амалиёт врачи доирасида илмий тадқиқодлар олиб бориш ва унинг натижаларини амалиётда қўллашнинг яхши ривожланмаганлиги;
- Патронаж ҳамширалар томонидан кўрсатиладиган тиббий хизматлар сифатини яхшилаш, жумладан ҳомиладорлар, тукқан аёллар, янги туғилган чақалоқлар парвариши, соғлом турмуш тарзи тарғиботи, шифокоргача бўлган кечикитириб бўлмайдиган ёрдам, кекса ёшдаги кишилар ва ногиронлар парвариши;

- Шифокорлар ва ҳамшираларни етарли даражада биргаликда иш олиб бормасликлари;
- “Умумий амалиёт врачи” шифри мавжуд эмаслиги сабабли Ўзбекистонда УАШ йўналиши бўйича илмий изланишларнинг етарлича эмаслиги.

Имкониятлар:

- Тиббиёт олий ўқув юртлари соғлиқни сақлаш вазирлиги тасарруфида бўлганли сабабли амалий ва таълим алоқаларини ўрнатиши енгиллаштиради;
- тегишли худудларда тиббиёт олий ўқув юртларининг мавжудлиги;
- дипломгача таълим УАШ (хозирги малака ошириш УАШ курслари, факултетлари) кафедраларининг тиббиёт ўқув юртлари қошидаги УАШ тайёрлаш ўқув марказлари билан узвий ҳамкорликлари;
- олий ўқув юртлари кутубхоналарининг оиласи тиббиётга оид адабиётлар билан бойлиги ва уларнинг мунтазам янгиланиб турилиши;
- тиббиёт институтларини интернет-ресурсларга эгалиги, УАШ мутахассисларини тайёрлаш миллий стандартларини халқаро талабларга мос равишда ишлаб чиқилганлиги;
- Жаҳон банки ва Осиё тараққиёт банкининг халқаро донорлик ва инвестиция лойиҳалари мавжудлиги;
- Мунтазам ўтказиладиган Оиласи тиббиёт ривожига бағишиланган конференциялар ёрдамида БТСЕ мавкеъини кўтаришга имконият яратилганлиги;
- Мамлакатлар ўргасида доимий алоқалар ва ҳамкорликларнинг ривожланганлиги;
- ЖССТ, WONCA, EGPRW ташкилотлари билан бирламчи тиббий-санитария ёрдами соҳасида халқаро ҳамкорлик;
- Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан илмий-тадқиқод шифри берилиб “Умумий амалиёт врачи” тизимини илмий кўникмаларига эга бўлган фан сифатида ривожлантириш имконияти.

Хавфлар:

- Таълимнинг икки тизими мавжудлиги – дипломгача каталар учун УАШ ва умумий педиатрларни тайёрлаш;

- Талабалар, шифокорлар ва кўп профессор-ўқитувчиларни мукаммал тарзда компьютер кўнгиллари, рус тили ва чет тилларни (инглиз) билмасликлари уларнинг касбий ривожланишида, исботланган тиббиёт ҳамда умумий амалиёт врачи соҳасидаги касбий маҳоратини оширишда мураккабликлар келтириб чиқариши;

- Дипломдан кейинги ва дипломгача бўлган таълимда ҳам “Умумий амалиёт врачи” мутахассиси тайёрлашнинг халқаро талабларига жавоб берадиган миллий стандартлар йўқлиги;

- УАШ нинг икки даражада (бакалавр ва магистратура) бўлиши қолган тиббий касблар билан таққослаганда унинг мақоми ва обрўйига хавф солиши;

- Масофадан ўқитиш таълим тизими йўқлиги (онлайн);

- Исботланган тиббиётга асосланган клиник тавсияларнинг ишлаб чиқилиши ва тадбиқ этилиши борасида миллий агентлик йўқлиги;

- Исботларга асосланган тиббиёт маркази ва УАШ уюшмасининг етарли даражадаги мақом ва таъсирга эга эмаслиги;

Шубҳасиз сўнгги ўн йиллик давомида БТСЁда ўтказилган кенг кўламли ислоҳатларни Ўзбекистондаги соғлиқни сақлаш тизими ривожида эришилган катта ютуқ деб ҳисоблаш мумкин.

Бугунги кунда фаолиятнинг барча тўрт йўналиши бўйича яни БТСЁни ташкил этиш ва стратегик бошқариш борасида, БТСЁ муассасаларини молиялаштириш принципларининг ҳамда янги механизмларининг тарқалишида ва бошқарилишида, биринчи бўғиннинг бошқа ресурслари шаклланиши ва кадрлар потенциалини ошириш соҳасида, ва ниҳоят, тиббий хизматларни тақдим этиш сифатини яхшилаш борасида, жумладан, унинг асосий тўрт талабни – бу тиббий ёрдамнинг ҳаммабоблиги, мувофиқлиги, узликсизлиги ҳамда комплекс тарзда бажарилиши борасида сезиларли натижаларга эришилди. Мазкур боскичда 10–15 йиллик ислоҳатларнинг барча ютуқ ва натижаларини қуйидагича умумлаштириш мумкин:

Қишлоқ жойларда ўзгаришлар бошлангандан ўтган давр бўйича БТСЁ ислоҳатлари ихтисослаштирилган стационар ёрдамдан умумий соҳа хизматларига ўтишни таъминлади ва шифохоналар ҳамда фуқоролик жамияти томонидан кўллаб-куватлашни

мувофиқлашга қодир эканлиги аниқ. Қишлоқ соғлиқни сақлаш муассасаларида умумий амалиётни олиб борувчи янги типдаги муассасалар сони 1999 йилдан 2011 йилга қадар 2,5 баробарга ошган. Ҳозирги пайтда Ўзбекистонда яшаётган 17,5 млн ёки умумий аҳолининг 61,4% БТСЁ муассасаларида умумий амалиёт шифокорлари томонидан биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади.

Соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғинида олиб борилган ислоҳатлар натижасида тиббий муассасаларга ташриф буориши киши бошига 1996 йилги 7,8 дан 2010-йилдаги 9,3 га қадар ортди. 2010 йил якунларига кўра қишлоқ жойлардаги БТСЁ муассасаларида аҳолининг ташрифи йилига 127 млн.га етди.

Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи бўғинидаги муассасаларни мустаҳкамлаш борасида олиб борилган чора-тадбирлар тизими марказини иккиласми тиббий ёрдамдан бирламчи бўғинга ўтказилиб, соғлиқни сақлаш тизимини иқдисодий самарадорлигини ошириди. БТСЁ қишлоқ муассасаларида тиббий хизматларнинг кулайлигининг ортиши ҳақида куйидаги мустақил тадқиқодлар тасдиқлаб турибди: ҳозирги пайтда 90% аҳоли туман шифохоналарига - 7% (2007 й 25%) ва бошқа тиббий муассасаларга – 2% (2007 й 5%) эмас, балки ҚВП га тиббий ёрдам учун мурожаат этишини афзал кўрадилар.

Ҳозирги кунда аҳолининг кўплаб мурожаатлари ҚВПда бошланиб текшириш ва даволаш ишлари якунига етказилади ва атиги 10-12% да МТШ га жўнатилади.

Ислоҳатлар даврида умумий амалиёт шифокори концепцияси амалга тадбиқ этилган бўлиб, тиббий таълим соҳасини тўлалалигича ислоҳ килишни талаб этди, масалан, умумий шифокорлик амалиёти бўйича врачларни қайта ўқитиш дастурини ишлаб чиқиш ҳамда Ўзбекистон учун янги тиббий кадрлар тайёрлашнинг узликсиз тизимини амалда тадбиқ этишини талаб этди.

БТСЁ хизматида олиб борилган сўровномалар шуни кўрсатадики, 93% дан 97% гача қишлоқ аҳолиси БТСЁ тиббий муассасаларидан мурожати пайтида тиббий сифатлар хизматидан мамнун бўлганлар. Ўз навбатида, ушбу муассасалар ходимлари фаолият юритиш шароитларидан ва аҳолига хизмат кўрсатишнинг кенг кўламлилигидан мамнуният билдиришган.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М.Мирзиёев томонидан 7 февраль кунги фармони билан 2017–2021 йилларда Ўзбекистонни ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегиясини тасдиқлади. 2017-2021 йилларда мўлжалланган стратегиянинг мақсади - амалга оширилаётган ислохатлар самарадорлигини тубдан ошириш, давлат ва жамиятни хар томонлама ва жадал ривожлантириш учун шароит яратиш, мамлакатни модернизация қилиш ва хаётнинг барча жабхаларини эркинлаштиришнинг устувор йўналишларини амалга оширишдир (илова).

ВВЕДЕНИЕ

Представленное для Вас учебное пособие по «Основам семейной медицины в Узбекистане» писалось накануне 25-летия независимости Республики Узбекистан. Это тот период, когда представляется необходимым подвести итоги пройденного пути, оценить положительный и отрицательный опыт, а также предоставить возможность молодому поколению понять причины, сущность семейной медицины или общеврачебной практики и опыт ее внедрения в Республике Узбекистан.

Студенты медицинских вузов должны знать, как организовать работу в первичном звене здравоохранения, в чем заключаются функции врача общей практики (ВОП). Необходимо понимание того, что только ВОП является врачом первого контакта. От знаний и опыта ВОП зависит осуществление и внедрение в жизнь людей принципов здорового образа жизни, предупреждение заболеваемости, своевременное выявление различных патологий, их целенаправленная диагностика, увеличение продолжительности жизни людей и рождение здорового поколения страны.

Начиная с 2000 года основополагающую роль в подготовке дипломированных ВОП сыграли ведущие медицинские институты Республики, а далее с 2005 года Ташкентская Медицинская Академия (ТМА), выпускники которых, оказывают свои услуги во всех уголках нашей страны. Структура обучения за эти годы позитивно менялась, подготовлено большое количество учеников, учебных программ и пособий, проведено большое количество научных исследований целью улучшения работы первичного звена здравоохранения. Активное внедрение компьютерных технологий, иностранного языка, учебных и научных программ по обмену опытом с зарубежными странами, повышение квалификации профессорско-преподавательского состава академии, оказали положительное воздействие на структуру обучения в ТМА и позволили занять ведущее место в рейтинговой таблице среди вузов республики.

РАЗДЕЛ 1. УСПЕХИ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



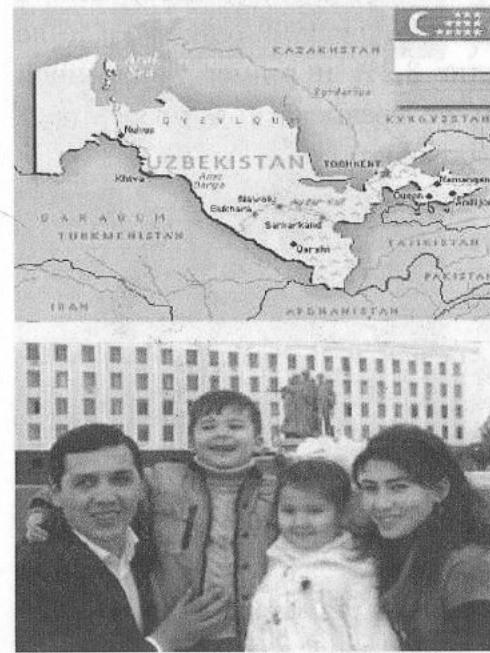
31 августа 1991 года Президентом республики Узбекистан И.Каримовым на внеочередной сессии Верховного Совета республики была провозглашена государственная независимость Узбекистана. 1 сентября 1991 года был объявлен днем Независимости республики

Узбекистан. Далее 2 марта 1992 года Узбекистан вступил в полноправным членом в Организацию Объединенных Наций.

Узбекистан – суверенная демократическая республика определяет национально-государственное и административно-территориальное устройство, систему органов государственной власти и управления, проводит свою внутреннюю и внешнюю политику. Республика Узбекистан обеспечивает уважительное отношение к языкам, обычаям и традициям наций и народностей, проживающих на ее территории, создает условия для их развития. Народ в нашей республике является единственным источником государственной власти.

И.Каримов сказал: «Узбекистан прошел огромный путь за 24 года независимого развития. Сегодня не будет преувеличением сказать, что Узбекистан за 24 года прошел путь, на который у многих государств ушли сотни лет. И главным фактором этого динамичного рывка вперед стали люди, понимавшие, что они не хотят жить по-старому и готовы отдать все свои силы для того, чтобы их дети и внуки жили в развитой, демократической и свободной стране. Независимость для нас имеет огромную, ни с чем не сравнимую ценность и значение. Ее обретение стало поистине

судьбоносным событием, в корне изменившим смысл и содержание нашей жизни, открывшим новую страницу в истории Узбекистана, освободившим нашу Родину и народ от оков бывшего тоталитарного строя. Благодаря ей, будучи полноправным членом мирового сообщества, мы получили возможность пойти по пути строительства национального демократического государства, создания для нашего народа никому и ни в чем не уступающей благополучной жизни. Вне всякого сомнения, независимость навечно останется в нашей истории. Именно она открыла нам путь для возрождения наших ценностей, религии, чести и достоинства, пробуждения национального самосознания, формирования нового общества, созидания такого будущего, которое отвечает интересам нашего народа, его надеждам и устремлениям».



По административно-территориальному признаку страна делится на 12 областей и Республику Каракалпакстан. Всего в республике -157 сельских районов, 119 городов и 114 городских поселков. Республика Узбекистан относится к числу государств с относительно «молодым» населением.

Доля детей в возрасте 0-15 лет на начало 2012 г. составила 28,1% от общей численности населения, а доля населения старше трудоспособного возраста – 5,9%. Средний уровень рождаемости по итогам 2012г.

составил 21,0, смертность – 4,9 на 1000 населения. Естественный прирост населения составил 16,1 на 1 000 населения.

Население Узбекистана на 1 января 2015 года составило 31 миллион 25,5 тысячи человек, численность городского насе-



ния на начало года составила 15 миллионов 746,8 тысяч человек (50,8%), сельского населения – 15 миллионов 278,7 тысячи человек (49,2%).

За короткий исторический срок страна из аграрной страны превратилась в индустриальную с экспортной ориентацией

своей продукции. Обеспечила зерновую и энергетическую независимость, решила транспортные и коммуникационные вопросы, обеспечила устойчивый рост экономики, даже в условиях мирового финансового кризиса, о чём свидетельствует прирост ВВП. Если в 1996 году прирост ВВП составил 1,7%, а к 1999 году 4,4%, то по итогам 2012 года рост ВВП достиг 8,2% и размер совокупной внешней задолженности страны не превысил 16,0 процентов к ВВП («менее чем умеренная» задолженность).



В 2012 году международно признанный Институт Легатум Королевства Великобритания, в своем Индексе благополучия и процветания поставил республику Узбекистан на 64-е место среди стран мира. В настоящее время в нашей стране активно работают представители различных агентств, фондов, программ и специализированных структур ООН: ООН Женщины, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), ООН по вопросам образования, науки и культуры (UNESCO), Фонда в области народонаселения, Всемирной организации здравоохранения, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), Управления ООН по наркотикам и преступности, Программы развития ООН, Регионального центра ООН по превентивной дипломатии для Центральной Азии.



К UNESCO Республика Узбекистан присоединилась 26 октября 1993 года. В области образования сотрудничество с этой организацией было сфокусировано на содействии успешной реализации Национальной программы Узбекистана по подготовке кадров.

Образование является ключевым инструментом для перехода Узбекистана к устойчивому развитию, обеспечивающим формирование у граждан знаний, умений, взглядов и ценностей, необходимых для их активного участия в общественно-экономической жизни.

Наиболее важным вопросом в системе непрерывного образования является эффективная и своевременная реализация Национальной программы по подготовке кадров, в которой предусмотрено решение целого ряда мер по совершенствованию образовательной системы республики, обеспечивающих формирование качественной структуры человеческого потенциала через осуществление государственной стратегии о непрерывном образовании во всех его структурах. Для достижения цели при реализации Национальной программы подготовки кадров (НППК) в республике принято более 50 правительственные решений (включая Указы и Распоряжения

Президента Республики Узбекистан, Постановления и Распоряжения Кабинета Министров, решения Республиканской Комиссии по осуществлению НППК и др.), затрагивающие все уровни образования.

Все они направлены на решение комплекса первоочередных задач по развитию системы образования, из них следующие, относятся к формированию и реформированию системы высшего образования:

Закон Республики Узбекистан «Об образовании», 29 августа 1997 г.;

- Закон Республики Узбекистан «О национальной программе по подготовке кадров», 29 августа 1997 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 576 «Об организации деятельности Фонда «Устоз», 30 декабря 1997 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 531 «О повышении заработной платы профессорско-преподавательскому составу высших учебных заведений», 2 декабря 1997 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 5 «О разработке и введении государственных образовательных стандартов для системы непрерывного образования», 5 января 1998 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 4 «О совершенствовании обеспечения системы непрерывного образования учебниками и учебной литературой», 5 января 1998 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 48 «О мерах по ускорению формирования рынка образовательных услуг и маркетинга в сфере подготовки кадров», 28 января 1998 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 109 «О создании в составе Государственного центра тестирования Управления по контролю за качеством подготовки кадров, аттестации педагогических кадров и образовательных учреждений», 11 марта 1998 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 224 «Об организации деятельности Ташкентского Исламского Университета», 6 мая 1999 г.;

- Указ Президента №2612 «О мерах по реализации программ по либерализации и углублению реформ в политической, экономической и духовной сферах общества, обеспечению безопасности страны», 2 июня 2000 г.;

- Программа реализации основных задач, намеченных в докладе Президента «О мерах по реализации программ по либерализации и углублению реформ в политической, экономической и духовной сферах общества, обеспечению безопасности страны», 15 июня 2000 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 283 «О совершенствовании порядка изготовления, учета, хранения, выдачи и использования официальных документов; Положения о порядке признания и нострификации (установления эквивалентности) документов об образовании, ученых степенях, выданных в зарубежных странах», 25 июля 2000 г.;

- Постановление Кабинета Министров №318 «О предоставлении образовательных кредитов для обучения в высших учебных заведениях на платно-контрактной основе», 26 июля 2001 г.;

- Постановление Кабинета Министров № 343 «Об утверждении государственных образовательных стандартов и нормативных документов системы высшего образования», 16 августа 2001 г.;

- Положение о высшем образовании;

- Положение о порядке приема на работу педагогических работников в высшие учебные заведения;

- Положение о магистратуре;

- Квалификационные требования к бакалаврам по направлениям высшего образования;

- Типовое положение о квалификационной практике студентов высших образовательных учреждений Республики Узбекистан;

- Государственные образовательные стандарты по направлениям и специальностям высшего образования;

- Постановление КМ РУз о дальнейшем совершенствовании системы переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров.

В сравнительно короткий срок сформирована новая модель системы образования, обеспечены первоначальные нормативно-правовые, материально-ресурсные, организационно-управленческие, содержательно-методические условия ее функционирования.

Таким образом, можно констатировать следующее: заложенные в Национальной программе по подготовке кадров макрозадачи первого этапа реализованы.

РАЗДЕЛ 2. СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Узбекистан гарантирует своим жителям получение бесплатного среднего образования. Если в 90-е годы XX столетия государство предусматривало лишь обязательное девятилетнее обучение, то нынешняя система образования в Узбекистане, нашедшая отражение в законе «Об образовании» и в Национальной программе подготовки кадрового состава, предусматривает возможность получения последующего трехлетнего профессионально-технического либо академического насыщения знаниями.

За годы независимого развития Республики Узбекистан расходы государственного бюджета на образование увеличились с 17,9% в 1990 году до 34,2% в 2013 году, на здравоохранение – с 9,6% до 14,4% соответственно.

В стране создана система непрерывного 12-летнего (формула 9+3) всеобщего обязательного бесплатного образования:

1. Дошкольное образование;
2. Общее среднее образование (9 лет), Согласно Указу Президента РУз Ш.М.Мирзиева с учетом проявленного желания нашего народа в 2017-2018 учебном году получение общего среднего образования продлено до 11 класса. В это же время, желающие могут продолжить обучение после 9 класса в профессиональных колледжах.
3. Средне-специальное, профессиональное образование (профессиональную подготовку по 2-3 востребованным на рынке труда специальностям – 3 года);
4. Высшее образование (не менее 4 лет);
5. Постдипломное образование;
6. Повышение квалификации и переподготовка кадров;
7. Внешкольное образование (создано 584 спортивно-образовательных учреждений, 211 внешкольных учреждений - «Бар-

камол авлод», 298 детских школ музыки и искусств, в которых получают дополнительное образование свыше 500 тыс. детей и подростков);

8. Высшее образование делится на 2 этапа: бакалавриат и магистратура (2-3 года).

9. Постдипломное образование составляет 3 года и включает в себя следующие виды:

- ✓ Институт старших научных сотрудников-соисследователей;
- ✓ Самостоятельные соисследователи.

Понятие «высшее образование» означает подготовку квалифицированных специалистов для различных отраслей хозяйства – научной, экономической, технической, культурной и прочих. Образование в Узбекистане позволяет систематизировать знания и полученные навыки для решения теоретических и практических задач в обучении с творческим использованием достижений современной научной мысли и технологий. Учреждения, входящие в вузовскую систему, следующие:

✓ Высшие учебные заведения, реализующие учебные и профессиональные программы по стандартам государства независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности;

✓ Научные и педагогические учреждения, осуществляющие исследовательские задания, нужные для развития вузов;

✓ Органы государственного управления образованием, подчиненные им предприятия, заведения и организации.

В системе образования Узбекистана предусмотрены две ступени аттестации:

1. Бакалавриат является базовым образованием, дающим основные и фундаментальные умения по разным направлениям с длительностью обучения не меньше 4 лет. Окончание программы для выпускников представляет вывод государственной комиссии о присуждении уровня «бакалавр» соответственно профилю подготовки с выдачей диплома установленного образца;

2. Высшее образование с прикладными и основательными знаниями по выбранной специальности с длительностью

обучения не меньше 2 лет реализует магистратура. Доступ к такому обучению осуществляется благодаря конкурсу и только по окончании бакалавриата. По окончании магистратуры выпускники получают степень «магистра» по определенной специальности с выдачей диплома предусмотренного образца.

Дипломы обеих степеней дают возможность выпускнику заняться профессиональной деятельностью, полученной в ходе подготовки по специальности или продолжать обучение в других образовательных заведениях.

В Узбекистане установлены три типа организаций высшего образования, каждое из которых выступает как юридическое лицо:

- **Университет** – предлагает программы для высшего образования или послевузовской подготовки по самой широкой полосе знаний, уровню и направлению;

- **Академия** – занимается реализацией педагогических программ высшего и постинститутского образования по отдельным отраслям знаний, уровням и направлению;

- **Институт** – работает в области реализации учебных программ высшего и послевузовской подготовки по определенным направлениям и уровням в границах конкретной отрасли знания.

На сегодняшний день в Узбекистане функционируют 64 высших учебных заведения, в которых обучается около 260 тысяч студентов, в том числе филиалы ведущих зарубежных вузов, таких как: Международный Вестминстерский Университет; Туринский политехнический институт; Сингапурский институт развития менеджмента; Университет Инха в г. Ташкенте; МГУ им. М.В. Ломоносова; Российский государственный университет нефти и газа им. М.И. Губкина; Российский университет экономики им. Г.В. Плеханова.

Национальная модель и программа подготовки кадров - это стратегически продуманная, научно-обоснованная модель (концепция), которая очень чутко воспринимает тенденции и нюансы социально-экономического развития страны. Такая модель заставляет постоянно искать наиболее эффективные пути ее реализации.

К положительным результатам реформы, характерным для всех уровней образования, можно отнести:

- ✓ поступательное развитие образовательной системы, как единого учебно-научно-производственного комплекса на основе государственных и негосударственных образовательных учреждений, формирование конкурентной среды в области образования и подготовки кадров с привлечением всех источников финансирования, разработку и введение в практику реальных механизмов привлечения внебюджетных средств, в том числе иностранных инвестиций, в систему непрерывного образования и подготовки кадров;
- ✓ реконструкцию системы образования, отдельных ее звеньев и элементов с обеспечением непрерывности и преемственности всех ступеней образования, повышение качества и эффективности образования и уровня знаний учащихся, с совершенствованием нормативно-законодательной базы и благоприятных финансовых условий для гарантированного и устойчивого повышения эффективности и качества их функционирования на уровне мировых стандартов;
- ✓ ориентацию на обеспечение гарантированных прав и свобод человека в получении образования с равенством стартовых возможностей и доступности к образованию в пределах государственных образовательных стандартов, поощрение образованности и таланта, социальная поддержка малообеспеченной молодежи;
- ✓ создание нормативной, материально-технической и информационной базы, обеспечивающей требуемые уровень и качество образования, гарантии функционирования и устойчивого развития, приоритетность системы подготовки кадров в новых социально-экономических условиях;
- ✓ переработку содержания обучения и воспитания, внедрение новых и усовершенствованных методик преподавания, направленных на повышение качества образования;
- ✓ разработку и внедрение государственных образовательных стандартов на различных уровнях образования, регламентирующих необходимые требования к общеобразовательному и профессиональному уровню подготовки обучающихся, а также системы показателей и методов контроля качества обучения и знаний студентов;
- ✓ реализацию мероприятий по решению проблем своевременного обеспечения учебных заведений учебной, учебно-методической литературой путем создания и издания новых и пересмотрения имеющихся учебников и учебных программ для учебных заведений и воспитательных учреждений республики с подбором авторских коллективов и рабочих групп;
- ✓ обновление содержания педагогического образования на основе гуманитарного синтеза всех учебных дисциплин, углубления психолого-педагогической подготовки, направленной на познание учащегося, на осознание внутренней логики и закономерностей образовательного процесса;
- ✓ создание условий для организации конкурентоспособной среды в системе воспитания, подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров, в преодолении деформаций в соотношении отдельных уровней образования, размещении сети образовательных учреждений, вызванных прежней ведомственной организацией образовательной системы, прежде всего профессионального образования, с гибким учетом как местных, так и республиканских интересов;
- ✓ обеспечение образовательных учреждений республики качественным составом преподавателей, осуществление их рейтинговой оценки, аттестации, подготовки, переподготовки и повышения квалификации;
- ✓ осуществление мероприятий по внедрению мониторинга развития и оценки эффективности непрерывного образования, что позволит устранить диспропорции между структурой и объемом подготовки кадров, и структурой и объемом спроса на них на рынке труда;
- ✓ осуществление мер по интеграции образования, науки и производства, разработка механизмов формирования потребностей

государства, а также заказа негосударственных структур, предприятий и организаций на количество и качество подготавливаемых кадров;

✓ совершенствование финансовых механизмов функционирования учреждений образования, имея в виду расширение их финансовой и хозяйственной самостоятельности, использование дополнительных источников финансирования, стимулирование их инновационной активности;

✓ усиление связей с мировым сообществом по подготовке, переподготовке и повышению квалификации кадров, по вовлечению иностранных инвестиций в процесс издания учебников, учебно-методических пособий и обеспечения ими образовательных учреждений республики, улучшение материально-технической базы образовательной системы, повышение эффективности управленческого и административного уровня, реализации экспериментальных методов с разработкой и реализацией проектов содружества по этим вопросам.

СИСТЕМА ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

За годы независимости в Республике Узбекистан в соответствии с Законом «Об образовании» и Национальной программой по подготовке кадров, принятых в 1997 году, была проделана огромная масштабная работа по реформированию всей системы образования, в том числе и кадровой инфраструктуры здравоохранения.

В частности, положения указанных нормативно-правовых актов, а также Указ первого Президента Республики Узбекистан № 2107 от 1998 года, определивший этапы Государственной программы реформирования системы здравоохранения, они позволили перевести рельсы высшего медицинского образования на международный стандарт – двухступенчатое высшее медицинское образование.

Так, при обучении на первой ступени образования бакалавриате – все медицинские вузы были переориентированы на подготовку

врачей общей практики (ВОП) (общего педиатра, общего гигиениста-эпидемиолога, общего стоматолога), которые могут работать в сельских врачебных пунктах (СВП), в семейных поликлиниках (СП). Это позволило обеспечить квалифицированной медицинской помощью все население, в первую очередь сельское население страны.

Вторая ступень медицинского образования – магистратура-предусматривает подготовку врачей по 46 узким специальностям (хирурги, кардиологи, офтальмологи, инфекционисты и другие), которые подготавливаются для работы в специализированных звеньях здравоохранения, медицинских образовательных и научных учреждениях. При этом чрезвычайно важная роль в улучшении качества медицинской помощи и становлении высококвалифицированного специалиста отводится вопросам повышения квалификации и переподготовки врачей.

Кроме того, ряд правительстенных решений позволил существенно модернизировать материально-техническую базу образовательного процесса в вузах, улучшить жилищно-бытовые условия студентов, ввести новые и реконструировать функционирующие спортивные сооружения. Одновременно продолжается внедрение новых педагогических технологий и инноваций, обязательными стали современные технические средства обучения с использованием информационных технологий.

Ведущие медицинские вузы страны, в том числе ТМА, начали внедрять так называемое модульное обучение, основанное на решении клинических проблем в целом. Данная технология в мировой практике медицинского образования является одной из наиболее прогрессивных и способствует развитию логического самостоятельного мышления, что крайне необходимо развивать на этапе обучения будущего врача.

Также руководством страны инициировано принятие решений о повсеместном внедрении информационно-коммуникационных технологий в процесс обучения и повышения уровня знаний иностранных языков профессорско-преподавательского состава.



Данные шаги представляются крайне важными, поскольку медицина признана одной из наиболее динамично развивающихся отраслей, и зачастую те методы и направления, которые сегодня являются общепринятыми, завтра могут утратить свою актуальность.

На сегодняшний день стали традицией проводимые в ТМА научно-практические конференции «Topical issues of theoretical and practical medicine» с участием молодых ученых (бакалавров, магистров, старших научных сотрудников соискателей и т.д.).

В ТМА также предусмотрены обучение, повышение квалификации магистров и молодых ученых академии, а также и работа в совместных проектах с международными организациями.



В связи с этим, учебные программы на всех этапах врачебного образования постоянно обновляются путем введения в образовательный процесс новых подходов в понимании причин и механизмов, диагностике и лечении болезней человека. Одним из важнейших современных требований является повсеместное внедрение стандартов и протоколов лечебно-диагностического процесса.

в лечебно-профилактических учреждениях как республиканского, областного, так и районного уровней. Указанные стандарты и протоколы разрабатываются силами ведущих медицинских образовательных и научных учреждений страны на основе так называемой доказательной медицины. Последняя подразумевает составление рекомендаций на основе анализа точных научных данных, размещенных на интернет-ресурсах.

Следует отметить, что более 80% интернет-ресурсов в сфере научной медицины составляют источники на английском языке. Полноценный подход к пользованию доказательной медициной, разработке стандартов и протоколов лечения, обновлению учебных программ и, в конечном итоге, расширению профессионального кругозора диктует необходимость знания английского языка, умения пользоваться научными интернет-данными.

Вместе с тем, одной из отличительных особенностей медицинского образования является обязательное освоение практических (клинических) навыков «у постели больного» (ведение больных, участие в клинических обходах, операциях, манипуляциях и т.д.). Обязательным условием качественной подготовки врачей является интеграция образования и производства, в данном случае медицинских вузов и клиник ведущих центров. То есть, медицинские вузы в качестве клинических баз используют ведущие медицинские учреждения.

В обучении студентов задействованы не только педагоги вузов, но и научные работники и опытные врачи. Как следствие, вышесказанное накладывает большую ответственность на профессорско-преподавательский состав медицинских вузов страны. Поэтому, педагоги активно изучают и внедряют в учебные программы рекомендации международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Глобальный фонд и другие) и высокоэффективную практику ведущих зарубежных государств в сфере охраны здоровья матери и ребенка, борьбы с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, обеспечения эпидемиологического благополучия в стране и другие.

На международном симпозиуме «Здоровая мать – здоровый ребенок», проведенном в ноябре 2011 года в городе Ташкенте ВОЗ и другими международными структурами, было единодушно отмечено, что в Узбекистане построена уникальная модель здравоохранения с акцентом на охрану здоровья матери и ребенка. Так, в докладе руководителя Педиатрического центра Сеульского национального университета (Республика Корея) прозвучала высокая оценка достигнутым результатам в области педиатрии и международного сотрудничества в вопросах подготовки медицинских кадров.

В Узбекистане существует 7 медицинских вузов и их филиалы. Указ первого Президента Республики Узбекистан №2107 от 1998 года, определив этапы Государственной программы реформирования системы здравоохранения, позволил перевести рельсы высшего медицинского образования на международный стандарт – двухступенчатое высшее медицинское образование (бакалавриат 5-7 лет; магистратура – 2-3 года, клиническая ординатура – 2 года).

К примеру, структура обучения в ТМА выглядит следующим образом:

- ✓ 1 курс – базовые дисциплины;
- ✓ 2 курс – базовые дисциплины + доклинические предметы;
- ✓ 3 курс – введение в клиническую практику;
- ✓ 4 курс – факультетский курс;
- ✓ 5 курс – госпитальный курс;
- ✓ 6,7 курсы – общеврачебная практика, далее магистратура или клиническая ординатура, курсы повышения квалификации.

Современные тенденции в развитии общества требуют перехода к принципиально новому уровню доступности высококачественного профессионального образования. Не вызывает сомнения важнейшая роль высшей школы в создании и обмене знаниями в целях решения глобальных проблем современности от искоренения бедности до устойчивого человеческого развития.

Согласно Докладу первого Президента РУз И.Каримова на расширенном заседании Кабинета Министров, посвященном итогам со-

циально-экономического развития страны в 2015 году и важнейшим приоритетным направлениям экономической программы на 2016 год было отмечено: «В 2015 году на строительство, реконструкцию, капитальный ремонт и оснащение 141 учреждения здравоохранения было затрачено около 500 миллиардов сумов. Завершены работы по реконструкции и обеспечен ввод Республиканского детского костно-туберкулезного санатория, Ургенчского филиала ТМА, областных много-профильных медицинских центров в Андижане и Бухаре, областных детских многопрофильных медицинских центров в Карши и Самарканде, а также медицинских объединений в ряде районов республики. Завершена оптимизация СВП с оснащением их современным диагностическим и лечебным оборудованием.

В результате осуществляемых мер за последние пять лет материнская смертность на 100 тысяч новорожденных сократилась с 23,1 до 19 случаев, смертность детей в возрасте до 5 лет – с 14,8 до 13,9, а младенческая смертность – с 11 до 10,7 случаев. По этим показателям наша страна полностью достигла соответствующих Целей развития тысячелетия ООН».

РАЗДЕЛ 3. СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

К началу 90-х гг. прошлого столетия Узбекистан имел достаточно развитую на тот момент систему здравоохранения. Этот период характеризовался экстенсивным развитием системы здравоохранения, централизованной структурой и несовершенством экономических механизмов управления отраслью.

Финансирование здравоохранения производилось на число коек в медицинских стационарах, что приводило к их наращиванию, при этом рост базы медицинских учреждений происходил без учета реальной потребности населения в медицинских услугах. Медицинские учреждения были оснащены устаревшим оборудованием, которое было не в состоянии обеспечивать высококачественную диагностику и, соответственно, лечение. Во многих случаях из-за отсутствия оборудования и недостаточной квалификации персонала не было возможности оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь даже в специализированных клиниках. Более того, система здравоохранения оказалась совершенно не готовой к новым требованиям времени в условиях перехода страны к рыночной системе экономических отношений.

На ранней стадии переходного периода в республике ухудшились отдельные показатели здоровья населения, так, например, отмечался рост материнской и детской смертности, увеличилось число инфекционных заболеваний, что привело к сокращению продолжительности жизни населения, являющейся интегральным и результирующим показателем состояния здоровья населения.

В Узбекистане на начало 1999 года 15 млн. 200 тыс., или 62,2% всего населения, проживало в сельской местности, в некоторых областях удельный вес жителей села доходил до 75-80%. Таким

образом, существующая система здравоохранения такого качества не отвечала требованиям времени и была не в состоянии обеспечивать население здравоохранением достойного уровня.

Наращивание количества больничных коек, при этом рост базы медицинских учреждений происходил без учета потребности населения в медицинских услугах (25% населения ежегодно получало госпитальную помощь). В сельских врачебных амбулаториях, участковых больницах не было возможности для оказания квалифицированной и непрерывной медицинской помощи.

Реформирование системы здравоохранения осуществлялось поэтапно с учетом высокой значимости сектора в качестве фактора социальной защиты населения. Целями подготовительного этапа (1991-1998 гг.) являлись подготовка к глубокому структурному реформированию системы здравоохранения и разработка базовой концепции. Усилия были сфокусированы на трех направлениях: охрана материнства и детства; борьба с инфекционными заболеваниями; рационализация коечной сети с расширением амбулаторно-поликлинической сети.

Реализация данных направлений осуществлялось в два этапа:

1991-1994 гг. – этап «горизонтальных» реформ: сокращение коечного фонда и перераспределение средств в рамках действующей структуры системы здравоохранения, постепенный отход от практики бюджетирования здравоохранения в расчете на койку, формирование бюджета в расчете на душу населения. Последнее еще не означало полного перехода на принцип нормативного подушевого финансирования, так как не было реформирования системы здравоохранения.

В 1991-1992 гг. Министерством здравоохранения при поддержке правительства Республики Узбекистан и с участием других ведомств была разработана Концепция развития здравоохранения, предусматривающая долгосрочные перспективы модернизации здравоохранения. Эта концепция явилась воплощением и выражением в сфере реформы здравоохранения основных принципов реформирования государства, выдвинутых первым Президентом

РУз И.Каримовым. Разработанная концепция предусматривала следующие долгосрочные перспективы модернизации здравоохранения.

Стратегическая цель реформ состояла в переходе от экстенсивного пути развития медико-санитарных и профилактических учреждений к интенсивному.

Приоритетные направления реформирования:

- ✓ охрана здоровья матери и ребенка;
- ✓ совершенствование и развитие первичной медико-санитарной помощи;
- ✓ профилактика инфекционных заболеваний;
- ✓ формирование здорового образа жизни.

Основные пути и задачи реформирования:

- ✓ формирование новых экономических механизмов по эффективному использованию ресурсов и развитие многоукладное в медицине;
- ✓ децентрализация системы управления здравоохранением;
- ✓ создание института врача общей практики;
- ✓ реструктуризация и интеграция медицинской помощи с развитием дневных форм медицинской помощи;
- ✓ реформа высшего медицинского образования, усиление подготовки медицинских кадров, создание системы непрерывного обучения;
- ✓ реформирование медицинской науки;
- ✓ создание и совершенствование национальной фармацевтической и медицинской индустрии, удовлетворяющей потребности в медикаментах и медицинском оборудовании.

1994-1998 гг. – этап децентрализации и начала реструктуризации: в рамках общих процессов либерализации экономики началась децентрализация системы управления здравоохранением, приватизация аптечной сети, сети стоматологических учреждений. Децентрализация осуществлялась путем делегирования ряда функций, прежде всего, по финансированию и определению структуры учреждений здравоохранения на региональный (областной) уровень. В этот же период началась рационализация коечной сети,

в результате которой средняя площадь на одну больничную койку достигла санитарного норматива 7-8 м². Высвобождающиеся от сокращения коечного фонда средства направлялись на развитие амбулаторно-поликлинического звена. Были также предприняты первые попытки внедрения платных медицинских услуг.



1998-2003 гг. – начальный этап структурного реформирования

С учетом задач, определенных в Указе первого Президента Республики Узбекистан УП-2107 от 10 октября 1998 г. «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» и «Концепции реформирования системы здравоохранения в 1998-2005 гг.», целью начального периода реформ стала глубокая реструктуризация всей системы здравоохранения.

При этом к приоритетам предыдущего этапа добавились следующие направления:

- реформирование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению путем создания системы общей врачебной практики и ее pilotирование в сельской местности;
- создание новой системы экстренной медицинской помощи;

- создание многоукладной системы здравоохранения (начало внедрения различных форм смешанного и частного финансирования, создание рынка медицинских услуг);
- реформирование системы высшего и среднего медицинского образования.

Система предоставления медицинских услуг населению стоит на 3-х «китах» – организационной структуре, системе управления и системе финансирования.

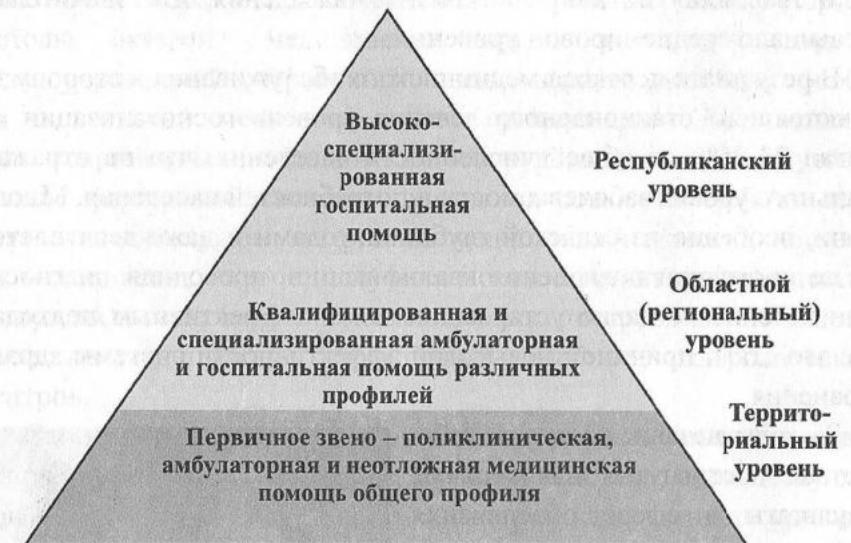
Система управления включает:

- а) учреждения здравоохранения, специально предназначенные для выполнения руководящих и контролирующих органов здравоохранения на государственном и территориальном уровнях;
- б) отдельные штатные должности санитарно-медицинских и лечебно-профилактических учреждений, несущие руководящие функции;
- в) структуру управленческих связей, обеспечивающую стабильное, устойчивое и эффективное управление всей системой.

Система финансирования является отдельной частью управления, которая обеспечивает компенсацию материальных и трудовых затрат по выполнению своих функций отдельными звенями и структурными подразделениями, компенсацию материальных затрат по выполнению своих функций отдельными подразделениями, компенсацию материальных затрат по обеспечению их дальнейшего развития.

Стандартом организационной структуры системы оказания медицинских услуг населению, признанным ВОЗ и большинством стран мира, является так называемый «золотой треугольник». В основании которого расположена амбулаторная и госпитальная помощь, а на вершине треугольника находится высоко-специализированная госпитальная помощь. На рисунке изображен треугольник, элементы которого названы в соответствии с их пониманием в рамках реформирования здравоохранения Узбекистана.

«Золотой треугольник» организационной структуры системы здравоохранения Узбекистана



За прошедшие 30 лет в мировом здравоохранении многое изменилось, а особенно – система оказания первичной медицинской помощи. Попытки сделать здравоохранение более эффективным, ограничив при этом государственные затраты на ее содержание определили необходимость следовать основной стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», которая рассматривает первичную медицинскую помощь в качестве одного из ведущих инструментов достижения этой стратегии. Практически во всех странах мира происходит реформирование системы здравоохранения.

После обретения независимости Узбекистан унаследовал громоздкую многоуровневую систему управления здравоохранением и многоэтапную систему обслуживания пациентов, большое количество разных типов медицинских учреждений, изношенность зданий и оборудования. Система финансирования сектора базировалась на принципе выделения средств территориям и медицинским учреждениям из расчета количества больничных коек. Это привело к тому, что число коек постоянно увеличивалось, но не за счет нового строительства, а в результате уплотнения в действующих учреж-

дениях. Так, к 1991 г. на 1 койку вместо минимального норматива 7 м² приходилось 2-3 м², количество больничных коек составило 256,6 тыс. или 122 койки на 10 тыс. населения, что значительно превышало среднемировой уровень.

В результате перекоса медицинского обслуживания в сторону дорогостоящего стационарного лечения уровень госпитализации достигал 23-25% от общей численности населения, что не отражало реального уровня заболеваемости и потребностей населения. Многие врачи, особенно из сельской глубинки, годами и даже десятилетиями не проходили повышения квалификации, проводили диагностику и лечение по давно устаревшим и малоэффективным подходам. Все это стало причиной невысокой эффективности системы здравоохранения.

За годы независимости в Узбекистане достигнуты значительные результаты в сфере обеспечения исполнения приоритетных задач по укреплению здоровья населения, воспитанию физически и духовно развитого молодого поколения.

В системе здравоохранения осуществлено 16 масштабных дм, создана структура медицинского обслуживания, отвечающая мировым стандартам.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года была принята Государственная программа по реформированию сферы здравоохранения в Узбекистане.

В целях совершенствования нормативно-правовой базы системы здравоохранения за годы независимости в республике принятые 14 законов, более 20 Указов и постановлений Первого Президента страны, постановлений Правительства и других документов.



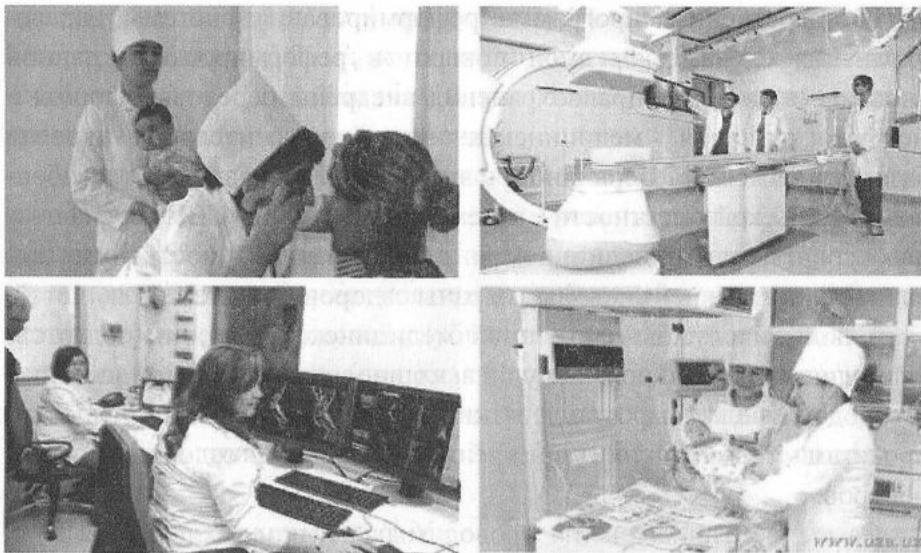
Государственная программа реформирования системы здравоохранения сделала коренной поворот в реформировании данной системы: в систему здравоохранения внедрены передовые формы и методы оказания медицинских услуг; значительно окрепла база учреждений первичного звена здравоохранения, особенно в сельской местности путем организации СВП, оснащенных современным медицинским оборудованием, достигнуто коренное улучшение системы охраны здоровья матерей и детей, деятельности службы экстренной медицинской помощи, подготовки медицинских кадров, получила мощное развитие фармацевтика. В городах и селах выросли десятки новых, построенных по типовым проектам медицинских учреждений, лечебных, оздоровительных центров.

Самое главное значение проводимых реформ заключается в их направленности на укрепление здоровья человека, способствующее повышению продолжительности жизни и ее качественного уровня.

Принятые первым Президентом Республики Узбекистан Указ от 19 сентября 2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» и Постановление от 2 октября 2007 года № 1111-700 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики», также направлены на дальнейшее развитие системы здравоохранения, на коренные изменения в ее первичном звене районного уровня, на совершенствование специализированной помощи, повышение качества оказываемых медицинских услуг.

В результате во всех областях республики были созданы оснащенные высокотехнологичным медицинским оборудованием и обеспеченные квалифицированными кадрами современные диагностические центры.

В стране работают шесть специализированных научно-практических медицинских центров, где сегодня опытные специалисты выполняют самые сложные операции, отвечающие современным мировым стандартам, спасая людей и продлевая им жизни. Это является практическим результатом проводимых реформ в сфере медицины.



Конкретным результатом последовательно проводимых по инициативе Президента РУз реформ, является явное улучшение качества жизни населения, ощущившего в полной мере внимание к себе со стороны государства. В Узбекистане вместо некогда существовавшей затратной и громоздкой пятиступенчатой системы сегодня создана современная и эффективная, оказывающая медицинскую помощь только специалистами с высшим образованием двух ступенчатая система, состоящая из СВП и районной (городской) центральной больницы.



В результате в республике на сегодняшний день создана национальная модель первичного звена здравоохранения. Сегодня для оказания высококвалифицированной медицинской помощи в республике созданы 10 специализированных медицинских Центров, оборудо-

данных современной медицинской аппаратурой. С каждым годом увеличиваются бюджетные средства, направляемые для укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения.

В частности, в 2009 году в рамках инвестиционной программы было выделено 9,3 млрд. сумов, в 2010 году этот показатель возрос в 8,6 раза – 79,1 млрд. сумов, а в 2011 году составил 135,8 млрд. сумов. Так, в рамках инвестиционной программы в 2010 году проведены работы по строительству и реконструкции в 67 региональных и республиканских медицинских учреждениях. Несмотря на мировой финансовый кризис, согласно инвестиционной программе Республики в 2011 году аналогичная работа проводилась в более ста учреждениях системы здравоохранения. Большинство из данных объектов уже приняты в эксплуатацию и служат укреплению здоровья граждан.



Показатель ожидаемой продолжительности жизни населения возрос с 67,2 лет в 1990 году до 73,4 лет в 2013 году, в том числе мужчин – до 71,1 лет, женщин – до 75,8 лет. На 2014 год средняя продолжительность жизни населения составила 74 года.

Благодаря целенаправленному и эффективному проведению профилактических и противоэпидемиологических мероприятий в стране достигнуты значительные успехи в снижении и ликвидации многих инфекционных заболеваний.

Неинфекционные заболевания становятся причиной 79% всех смертельных случаев в стране, в частности, сердечно-сосудистые заболевания (54%) являются главной причиной смертности.

Результаты первого в стране масштабного национального исследования «Распространенность факторов риска неинфекционных

заболеваний (НИЗ)» представленные в Ташкенте в 2013 году, а также опрос и обследование населения, проведенные в январе-апреле 2014 года Министерством здравоохранения в рамках проекта Всемирного банка «Здоровье-3» по методологии ВОЗ STEPS при поддержке международных экспертов показали следующее.

Исследование проводилось методом взвешенной, многоступенчатой, кластерной выборки и охватило 4350 человек в возрасте от 18 до 64 лет. Оно включило в себя три этапа: опрос респондентов, а также проведение физических (рост, вес, окружность талии и бедер, кровяное давление) и биохимических (уровень холестерина и глюкозы в крови) измерений.

Результаты исследования выявили ряд проблемных аспектов для населения Узбекистана, требующих активных мер по их решению и предотвращению, отмечалось на презентации. На первый план вышли проблемы, связанные с питанием и недостаточной физической активностью.

Более половины населения Узбекистана (50,1%) имеет избыточный вес (индекс массы тела (ИМТ) равен или превышает $25 \text{ кг}/\text{м}^2$). При этом ожирением ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг}/\text{м}^2$) страдает каждый пятый житель страны (20,1%).

Выяснилось, что две трети населения (67,2%) ежедневно потребляют недостаточное количество овощей и фруктов (менее 400 г в день, рекомендуемых ВОЗ), почти у половины жителей (46,3%) отмечается повышенный уровень холестерина в крови ($>5,0 \text{ ммоль}/\text{л}$). Почти у трети населения (30,8%) выявлено повышенное артериальное давление ($>140/90 \text{ мм рт. ст.}$), у 9,1% отмечен увеличенный уровень глюкозы в крови ($>6,1 \text{ ммоль}/\text{л}$ натощак).

Исследование позволило оценить масштаб потребления алкогольной и табачной продукции в стране. В возрасте 18-64 лет алкоголем и табаком злоупотребляют в основном мужчины – 30,7% из них употребляли за последние 30 дней алкоголь и 42,4% потребляли табачную продукцию (с дымом и без дыма, включая насвай). Среди женщин эти показатели заметно ниже – 5,7% и 1,5% соответственно.

Весьма настораживающим исследователи назвали факт, что более 20% населения в возрасте 40-64 лет имеет высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, что указывает на высокую вероятность развития серьезных осложнений (инфаркт миокарда, инсульт и заболевания почек) в ближайшие 10 лет.

Лишь 1 из 10 жителей страны (11%), согласно данным исследования, не имеет ни одного фактора риска НИЗ, эта группа в основном представлена молодыми людьми. 66,4% населения имеют 1-2 фактора риска НИЗ, а у 22,6% – сразу 3-5 факторов. В разрезе «город-село» факторы риска различаются не сильно, за исключением показателя употребления алкоголя – 21% жителей в городе и 15,2% на селе, а также повышенного уровня холестерина в крови – 51,4% на селе и 39,1% в городе. Результаты проведенного исследования послужат основой для определения целевых показателей и стратегических задач, направленных на разработку эффективного плана мероприятий.

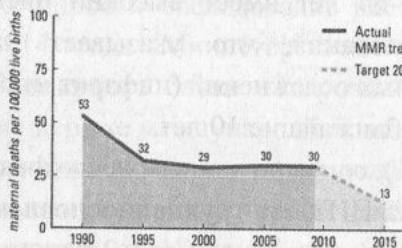
Высокий уровень травматизма также становится одним из приоритетных направлений деятельности в здравоохранении страны.

По данным 2012 года, уровень заболеваемостью туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, а также уровень материнской и детской смертности в Узбекистане значительно снизились по сравнению с данными 2000 года.

За последнее десятилетие общее количество амбулаторно-поликлинических учреждений выросло на 22,2%, а больничных учреждений уменьшилось на 27,5%. Соответственно, число посещений возросло на 15,3% и достигло 9,1 на одного жителя в год. Обеспеченность больничными койками снизилась на 12,8% и составила 44,9 на 10 000 населения.

В области охраны материнства и детства, благодаря программам, по поддержке репродуктивного здоровья осуществляемым Правительством Республики Узбекистан общая тенденция в репродуктивном здоровье отмечается как положительная. Например, доля рождения детей у матерей в возрасте до 20 лет составляла

Trends in maternal mortality: 1990–2015



1991 году до 83,3% в 2009 году.

Большим достижением реализации данных программ, а также доступность широкого ассортимента контрацептивных средств, повышение знания населения о методах предупреждения нежелательной беременности способствовала тому, что в республике аборты перестали быть методом регулирования рождаемости.

Количество абортов по республике уменьшилось с 39,0 в 1991 году до 6,5 в 2009 году. По данным социального мониторинга, проведенным ЮНИСЕФ искусственное прерывание беременности происходит в республике в десять раз меньше чем в Эстонии, в 15 раз меньше чем в России, в шесть раз меньше чем в Казахстане.



В структуре материнской смертности в последние годы аборты редко встречаются как причина материнской смерти. На протяжении всего периода программ по формированию здоровой семьи, методы контрацепции предоставляются бесплатно во всех учреждениях ПСМП.

В целом, имеется положительная динамика показателя охвата контрацептивов в стране. Если в 1991 году этот показатель составлял 13%, то к 2009 году возрос до 62,7%. В результате совершенствования системы охраны репродуктивного здоровья населения; расши-

рение сети и улучшению работы центров репродуктивного здоровья женщин, девочек и подростков; оснащения их аудио-визуальными и учебно-наглядными материалами; развития системы непрерывного обучения; повышения квалификации специалистов и уровня знаний населения в области охраны репродуктивного здоровья; выявления экстрагенитальных заболеваний у женщин и расширения охвата их контрацептивными средствами уровень рождаемости в республике имеет тенденцию к снижению.

Так, если показатель рождаемости в 1991 году составил 34,5 на 1000 населения, то в 2010 году данный показатель составил 22,5. Так, в мировом рейтинге 161 государства, составленном в текущем году Международной организацией «Спасем детей», Узбекистан занял 9-е место среди стран, где лучше всего заботятся о здоровье подрастающего поколения.

Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен в своей речи отметила, что в Узбекистане уделяется огромное внимание сфере здравоохранения, а защита здоровья матери и ребенка определена в качестве приоритетного направления, что является самой верной стратегией не только с точки зрения сегодняшнего дня, но и будущего.

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанна Якаб отметила также, что в Узбекистане по инициативе Президента И.Каримова проведена очень большая работа в этом направлении, достигнутые результаты служат примером для других государств мира. Сегодня многие страны Европейского региона разрабатывают свои стратегии реформ в этой области с учетом национальной модели охраны здоровья матери и ребенка, созданной в Узбекистане.

Благодаря мерам государственной политики, направленным на охрану здоровья, защиту материнства и детства, достигнуто устойчивое снижение уровня детской и материнской смертности. Так, за годы независимости общий коэффициент младенческой смертности сократился с 34,6 в 1990 году до 9,8 промилле в 2013 году, материнской смертности – с 65,3 до 20,0 на

100 тыс. живорожденных. Реализация программы «Скрининг матери и ребенка», предотвращающая рождение детей с врожденными аномалиями позволила сократить с 2000 года в 1,8 раза. Сегодня 92% детей в стране по параметрам своего развития соответствуют стандартам ВОЗ.

Согласно рейтингу международной организации «Save the Children» Узбекистан входит в десятку стран мира, где лучше всего заботятся о здоровье детей.

Спорт является в нашей стране неотъемлемой составляющей воспитания гармонично развитого поколения.

Создана уникальная система его популяризации среди детей и подростков, особенно девочек, широкого утверждения здорового образа жизни.

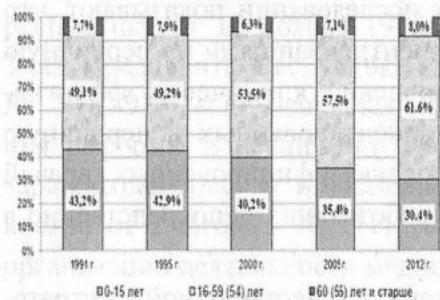


Не только в городах, но даже в самых отдаленных районах возведены современные спортивные комплексы. В 2003-2013 годах введены в эксплуатацию 1816 спортивных объектов, что способствовало массовому привлечению детей к систематическим занятиям спортом и укреплению их здоровья.

Сегодня в Узбекистане около двух миллионов детей, в том числе 842 тысячи девочек, регулярно занимаются более чем 30 видами спорта.



Демографическая ситуация. Глобальным демографическим трендом является рост продолжительности жизни и снижение фертильности, что ведет к изменению структуры населения, в которой растет удельный вес пожилых людей. Численность людей в возрасте 60 лет и старше в период 2000-2050 гг. увеличится в мире более чем в три раза с 600 млн. до 2 млрд. человек. Причем, преобладающая часть этого увеличения произойдет в развивающихся странах, где к 2050 году число пожилых людей увеличится с 400 млн. до 1,7 млрд. человек.



В Узбекистане численность населения по сравнению с 1950 годами увеличилась в 4,7 раза, достигнув к 2012 году 29,6 млн. человек. В долгосрочной перспективе структура населения будет приближаться к мировым трендам:

С учетом изменений демографической ситуации, развития медицины, экономических аспектов здравоохранения, потребностей и ожиданий пациентов разрабатываются новые методы обеспечения и оказания медицинской помощи.

В этом плане амбулаторно-поликлиническая служба является важнейшим сектором системы здравоохранения. От состояния амбулаторно – поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения: детей, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста.

Современные реформы, проводимые в здравоохранении зарубежных стран и на территории СНГ, отличаются смещением приоритетов со стационарной помощи на внебольничную.

Важным компонентом реструктуризации системы здравоохранения является общая врачебная практика (семейная медицина) – одна из ключевых проблем для реформы здравоохранения. Ее решение позволяет ускорять реформирование ПМСП и тем самым создать условия для оптимизации всей системы медицинской помощи населению, опираясь, в основном, на использование появляющихся при этом внутренних ресурсов здравоохранения.

Принципы общей врачебной практики/семейной медицины положены в основу реформирования систем здравоохранения большинства стран. Данные международных исследований показывают, что по сравнению с системами, слабо ориентированными на первичную медицинскую помощь, более экономически и клинически эффективна медицинская помощь в системах, ориентированных на первичную медицинскую помощь силами высококвалифицированных врачей общей практики (семейных врачей), работающих непосредственно в обществе.

Так, в здравоохранении Узбекистана, в качестве одной из стратегических задач, определено повышение объема нестационарной медицинской помощи до 80-90% от общего объема.



В Республике Узбекистан были изданы нормативные документы по реформированию первичного звена сельского здравоохранения с поэтапным переходом на систему общей врачебной практики по всей республике. Основной целью государственной политики в области реформирования здравоохранения в республике является улучшение здоровья населения на основе обеспечения всеобщей доступности и качества медико-санитарной помощи. В Узбекистане созданы правовые, экономические и организационные условия

предоставления медико-санитарной помощи, которая соответствует современному уровню медицинской науки и ресурсам, имеющимся у государства и граждан.

В Узбекистане за десятилетие принят ряд указов и постановлений Президента Республики Узбекистан И. А. Каримова и постановления правительства в области охраны здоровья населения.

Основополагающими директивными документами по реформированию системы здравоохранения республики явились: «Государственная программа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, утвержденная указами Президента республики от 10 ноября 1998 г. и от 26 февраля 2003 г., а также Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 г. № УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформы и реализации Государственной программы развития здравоохранения» и постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября № 1111-700 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики».

В течение последних 10 лет на развитие здравоохранения направлены также Государственные программы: «Развития инфраструктуры села», «Год матери и ребенка», «Год здорового поколения», «Год здоровья», «Год благотворительности и медицинских работников» и др..

Так, очередной 2016 год объявлен главой нашей республики «Годом здоровой матери и здорового ребенка». За годы реализации государственных программ в Узбекистане произошли структурные изменения, были оптимизированы сети лечебно-профилактических учреждений.

Появление в стране новых, уникальных, оснащенных современным оборудованием медицинских учреждений потребовало и новых подходов к вопросам подготовки высококвалифицированных медицинских специалистов по внедренной современной системе высшего медицинского образования.

В республике создана Ташкентская медицинская академия, и важным новшеством стала подготовка в вузах медицинских

сестер с высшим образованием. В настоящее время в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан работают более 80 тысяч врачей и более 300 тысяч медицинских работников среднего звена.

Внедрение службы семейной медицины в практику – это сложный процесс, поскольку необходимо найти решение многих задач, одной из которых является разделение функциональных обязанностей ВОП и сестры общей практики. Также следует установить истинные сведения о проблемах пациента и определить уровень ответственности медицинской сестры согласно правам и соответствующим моральным нормам ее деятельности.

Согласно УП-2107 Президента Республики Узбекистан, на основании программы по реформированию системы здравоохранения Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года, начиная с 1999-2000 годов в медицинских ВУЗах, были открыты отделения «Высшее Сестринское Дело» (ВСО). В настоящее время на кафедре сестринского дела ТМА студенты 1-курса факультета ВСО изучают сестринское дело, сестринское дело в геронтологии; студенты 2-курса сестринское дело в терапии и военно-полевой терапии, сестринское дело в семейной медицине, диетологию; студенты 3-курса сестринское дело в эндокринологии.

Медицинская сестра общей практики обязана, во-первых, определить, удовлетворение в каких потребностях нарушено у больного. Ее деятельность направлена на соответствующий субъект (больного) и на его физиологические, общественные и духовные проблемы. В своей работе с больным она должна ставить перед собой определенные цели и диагностировать результаты, для достижения которых ей необходимо тесное сотрудничество с родными и близкими больного. Средние медицинские работники службы семейной медицины значительный период своей деятельности проводят с больным и его семьей. Они должны сформировать мнение у пациента и его окружения о важности сохранения своего здоровья, заболевании и необходимости соответству-

ющего ухода. Данное мероприятие позволит обеспечить благополучный результат деятельности медицинского персонала.

Важность развития данного направления образования актуальна. В честь празднования Дня Конституции 5 ноября 2015 года Первый Президент РУз И. Каримов сказал, что: «... нам следует уделить особое внимание дальнейшему укреплению материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских учреждений, в частности, действующих на местах перинатальных и скрининг-центров, повышению эффективности работы семейных поликлиник, СВП, росту численности патронажных медицинских сестер и повышению квалификации акушеров-гинекологов, педиатров».

Оказываемое главой нашего государства внимание образовательному сектору выражается в Докладе Первого Президента РУз И.Каримова на расширенном заседании Кабинета Министров, посвященном итогам социально-экономического развития страны в 2015 году и важнейшим приоритетным направлениям экономической программы на 2016 год, где сказано, что: «В центре нашего внимания в истекшем году были вопросы дальнейшего реформирования и совершенствования системы образования. Ежегодные расходы на образование в Узбекистане составляют порядка 10-12% к ВВП, что почти в 2 раза превышает соответствующие рекомендации UNESCO (6-7%) по размерам инвестиций в образование, необходимых для обеспечения устойчивого развития страны. В 2015 году были осуществлены работы по дальнейшему развитию и укреплению материально-технической базы 384 объектов в сфере образования на общую сумму 423 млрд. сумов, в том числе построено по типовым проектам 29 новых общеобразовательных школ, реконструировано 219 школ и капитально отремонтировано 136 школ.

В Узбекском государственном университете мировых языков построен новый современный учебный корпус на 2,2 тысячи учебных мест, спортивный комплекс, а также гостиница для привлеченных иностранных специалистов. Завершено строитель-

ство нового учебного блока в Навоийском государственном горном институте.

В сфере высшего образования внедрена принципиально новая, усовершенствованная система регулярной переподготовки профессорско-преподавательского состава вузов. В 15 базовых вузах организованы курсы переподготовки и повышения квалификации руководящих и педагогических кадров вузов, на которых уже прошли переподготовку около 2,7 тыс. преподавателей».

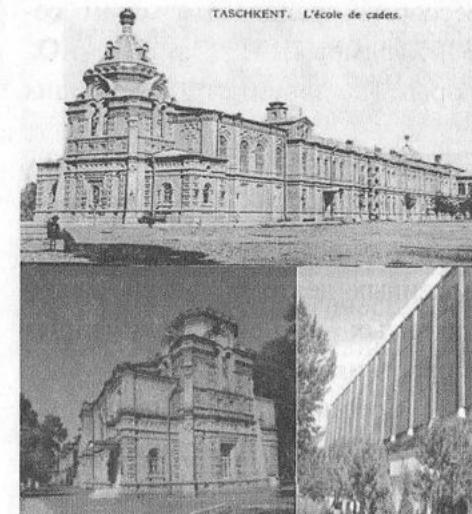
РАЗДЕЛ 4. РАЗВИТИЕ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

История развития медицинского образования в Узбекистане началась в 1920 году. Тогда в Ташкенте из медицинского факультета Среднеазиатского университета

был основан медицинский институт, специализировавшийся в подготовке дипломированных специалистов-врачей лечебных специальностей, фармакологов, гигиенистов. В последствии он стал называться Ташкентским медицинским институтом.

В начале 90-х годов было организовано два высших государственных медицинских учебных учреждения: I – Ташкентский Государственный Медицинский Институт (ТашГосМИ) и II – ТашГосМИ.

19 июля 2005 года Указом Президента Республики Узбекистан УП № 3629 была образована Ташкентская Медицинская Академия на базе упраздненных I – ТашГосМИ и II – ТашГосМИ.



ТМА сегодня является огромным образовательным комплексом, включающим в себя три клиники, множество учебных корпусов, сооружаемые клинические центры, научные лаборатории, спортивный стадион, общежития и т.д..



Кадровый потенциал ТМА на начало 2016 года состоит из 711 сотрудников со следующим профессорско-преподавательским составом: 3 академика АН РУз и РАН – Каримов Ш.И., Даминов Т.О., Абдуллахаджаева М.С.; 115 профессоров; 130 доцентов; 103 старших преподавателя; 354 ассистента.



Научный потенциал ТМА состоит из 124 докторов наук, 264 кандидатов наук, заслуженных деятелей науки, заслуженных врачей, заслуженных работников образования.

Средний научный потенциал ТМА на 2015-2016 учебный год составляет 58,7%. Основные задачи академии:

- ✓ обеспечение подготовки высококвалифицированных медицинских кадров с целью качественного улучшения оказания медицинской помощи населению и участие в совершенствовании структуры системы здравоохранения;
- ✓ координация и методическое руководство медицинскими вузами страны, как ведущего в республике образовательного учреждения по подготовке, переподготовке и повышению квалификации медицинских кадров, а также по проведению научных исследований в области медицины, здравоохранения, формирования здорового образа жизни;
- ✓ определение перспективных направлений подготовки медицинских кадров, формирование профилактической направленности в деятельности врачей с учетом экологических изменений в окружающей среде.

В структуру ТМА входят 6 факультетов, 52 кафедры социально-гуманитарного, медико-биологического, медико-профилактического, военно-медицинского, повышения квалификации и клинического профиля, а также центральная научно-исследовательская лаборатория.

Клинические кафедры ТМА находятся на базах специализированных центров и лечебно-диагностических отделениях 3-х ведущих клиник академии.



Учебно-педагогическая деятельность ТМА складывается из наличия: лечебного и медико-педагогического факультетов; медико-профилактического факультета; факультета высшего сестринского дела; военно-медицинского факультета; факультета повышения квалификации.

В ТМА проводится обучение 735 магистрантов по 46 направлениям и осуществляется подготовка 205 врачей в клинической ординатуре по 20 направлениям.



Подготовка высококвалифицированных специалистов ведется на 52 кафедрах, в центре освоения практических навыков, центре ОСКЭ, 12-учебных лабораториях, школе общественного здоровья, информационно-ресурсном центре, в 2-х демонстрационно-обучающих моделях сельского врачебного пункта, а также Школах здоровья.



Научно-исследовательская деятельность. С 2005 года в ТМА подготовлено 64 доктора наук и 388 кандидатов наук. Реализуются 17 исследовательских проектов, из них: 11 -прикладных, 3 – фундаментальных, 1 – инновационных, 2 -молодежных и 4 – запланированных международных грантов. В выполнении грантов принимает участие 147 сотрудников.

При академии функционирует три Ученых совета, каждый из них объединяет более пяти шифров специальностей по трем направлениям: хирургия, терапия, морфология и гигиена (16.07.2013.Tib.17.01; 16.07.2013.Tib.17.02; 16.07.2013. Tib.17.03).

ТМА активно поддерживает научные и учебные связи с зарубежными вузами, в частности установлены международные связи с нижеследующими мировыми институтами:

- ✓ Университет Гумбольдта (Берлин) – Клиника Шарите;
- ✓ Центр резидентуры по семейной медицине (Оклахома, США);
- ✓ Центр Восточной медицины «Romsta» Республиканской ассоциации врачей Кореи, Сеульский Университет;
- ✓ Чхоннамский государственный университет (Корея);
- ✓ Университет Гранада (Испания);

- ✓ Университет Нагоя (Япония);
- ✓ Российский Государственный медицинский Университет;
- ✓ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова;
- ✓ Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова;
- ✓ Московский Государственный медицинский стоматологический университет;
- ✓ Самарский Государственный медицинский университет.

В декабре 2015 года установлены сотруднические связи с Сибирским Государственным Медицинским Университетом в Томске, где 16 декабря 2015 года профессорско-преподавательскому составу и студенческой аудитории СибГМУ заведующим кафедрой подготовки ВОП с клинической аллергологией ТМА, д.м.н., доцентом Нуриллаевой Н.М. была представлена лекция на тему: «Основы семейной медицины в Узбекистане».

Примечательным является выход ТМА на международный уровень, который выразился в представлении основ общеврачебной практики в Узбекистане для высшей медицинской образовательной аудитории Южной Кореи в Сеуле 15 февраля 2016 года, академиком АН РУз, профессором Ш.И. Каримовым.



ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ



система семейной медицины получила широкое распространение и в настоящее время является основой национального здравоохранения.

Основоположницей общей врачебной практики является Великобритания, где в 1948 г. была создана Национальная система здравоохранения, оказывающая всестороннюю бесплатную медицинскую помощь всему населению Великобритании. В конце 70-х годов прошлого столетия медики в странах Западной Европы и США осознали, что усиление специализации отдаляет медицинскую помощь от конкретных нужд населения, увеличивает затраты системы здравоохранения на реализацию этих нужд.

Помощь оказываемая врачами общей практики в амбулаторных условиях Великобритании составляет 90%, помощь оказываемая в больницах – 9-10%. Помощь оказываемая в специализированных центрах – 1% больных.

В Великобритании существуют следующие системы медицинского контроля и обслуживания:

❖ NHS – National Health System – Национальная система здравоохранения Великобритании (пример высочайшего качества организации медицинских услуг для всего населения)

❖ Имперский колледж Лондона – высшее учебное заведение в Южном Кенсингтоне. Отдел первичной медицинской помощи (PCPH) часть Императорского училища медицинского факультета общественного здравоохранения (PCPH – здоровья нации и укрепление первичной медицинской базы).

Исторические данные. На западе специальность «семейная медицина» появилась и стала быстро развиваться в начале 1970-х годов. В странах Западной Европы, США и ряде других, в университетах начали создаваться программы (кафедры) для подготовки семейных врачей. В Англии, США и Канаде,

❖ Королевский колледж ВОП (RCGP) - организация, объединяющая ВОП/Семейных Врачей/Врачей по первичному уходу) в Соединенном Королевстве. Представляет и поддерживает ВОП по ключевым вопросам, включая лицензирование, обучение, исследования и отслеживание качества (клинические стандарты).

❖ WONCA – The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians. Всемирная Организация Семейных Врачей в Великобритании, состоит из национальных колледжей, академий.

1991 году Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций семейных врачей (WONCA) приняла документ, в котором определила требования, предъявляемые к врачу общей практики. В этом документе подчеркивался комплексный характер медицинской помощи, включающей в себя, помимо лечения заболеваний, реабилитацию, профилактику и укрепление здоровья.

В течение последних лет во многих странах Европы было начато реформирование систем здравоохранения, либо в качестве одного из аспектов широкомасштабных политических изменений, либо в форме отдельных мер, направленных на улучшение качества услуг здравоохранения.

Реформирование ПМСП является одним из проявлений этого движения в нескольких странах и зачастую включает в себя реорганизацию существующих систем общей врачебной практики или их внедрение там, где таковых ранее не существовало. Европейское Региональное Бюро ВОЗ, будучи убежденным в потенциальном влиянии общей врачебной практики на состояние здоровья в целом путем оказания широкого спектра взаимосвязанных между собой функций здравоохранения, включая пропаганду здорового образа жизни, профилактику и лечение заболеваний, реабилитационный и восстановительный уход, представило на обсуждение в августе 1995 г. документ, оглавленный «*Рабочий проект по внедрению общей врачебной практики/семейной медицины в Европе*».

Этот документ был выпущен в свет после длительного подготовительного процесса, в течение которого Региональным

Бюро было проведен ряд международных встреч, посвященных таким темам, как роль врача общей практики в программе интегрированных вмешательств по лечению неинфекционных заболеваний в масштабе всей страны (программа CINDI) (г. Гейдельберг, 11–13 апреля 1991 г.); вклад семейных врачей / врачей общей практики в повышение общего уровня здоровья населения (г. Перуджия, Италия, 22–25 мая 1991 г.); оценка потребностей в отдельных районах и их влияние на оказание медицинской помощи (г. Иерусалим, 27–30 октября 1991 г.); развитие общей врачебной практики в странах Центральной и Восточной Европы (г. Бенешов, Чехословакия, 22–25 апреля 1992 г.); роль системы общей врачебной практики в профилактике и лечении вреда, связанного с употреблением алкоголя (г. Вена, 19–22 октября 1992 г.), и реформы в семейной медицине или общей практике в странах Центральной и Восточной Европы (г. Синайя, Румыния, 25–28 октября 1993 г.), а также первая встреча сети экспертов по развитию стратегий семейной практики (г. Любляна, 26–28 января 1995 г.).

В ходе консультационной встречи с целью формулировки программы (устава) общей врачебной практики в Европе, рассматривались практические вопросы, посвященные поддержке и продвижению развития общей врачебной практики применительно к оказанию первичной медико-санитарной помощи. Наконец, 9–11 июня 1994 г. в Нидерландах была проведена встреча Рабочей Группы по Формулированию Программы (Устава) Общей Врачебной Практики в Европе с целью формулирования первого варианта программы (устава).

В результате реформ, которые проводились в последние 30 лет во всем мире, семейная медицина легла в основу здравоохранения Канады, Франции, Германии, Италии и Скандинавских стран. Сейчас в Европе на уровне семейной медицины решается порядка 80% всех случаев обращений к врачу. Лидирующие места этих стран в рейтинге ВОЗ наглядно подтверждают эффективность такой организации медицинской помощи.

История семейной медицины в США развивалась на основе трех факторов.

Первый из них – участие ВОП в медицинских организациях Америки, что позволило сохранить данную специальность и сложившиеся традиции.

Второй – стремление общества не только сохранить испытанные временем ценности и принципы работы семейного доктора, но и культивировать новый, ответственный подход к лечению людей, судьба которых вверена этим врачам.

Третий фактор – это научное развитие философии семейной медицины, повышение роли врача в жизни больного, семьи и общества, обеспечение доступности всех видов медицинской помощи большинству людей в любое время суток (причем помочь должна предоставляться с учетом того, что больной и члены его семьи – это единое целое, и сам он отнюдь не набор отдельных органов или просто представитель определенной демографической группы).

К началу 1970 годов перечисленные факторы были объединены в единую концепцию, что обусловило официальное признание специальности «семейная практика» с последующей разработкой программы обучения молодых врачей, предусматривающей выдачу соответствующего сертификата независимым комитетом. Многие медицинские вузы открыли курсы или факультеты семейной медицины, где началось обучение новой дисциплине и формирование соответствующих научных школ. В ряде клинических больниц были развернуты официально признанные программы ординатуры для подготовки нового поколения американских семейных врачей. Все больше выпускников медицинских вузов стали посвящать себя семейной медицине, активно взявшись за работу (особенно в мелких сельских общинах), возродив специальность ВОП.

В течение 30 лет данная дисциплина неуклонно росла и развивалась. К концу 90-х годов по числу специалистов семейная медицина стала занимать второе место после терапии. Авторитет ВОП неоспорим в медицинском мире, с их мнением считаются и власти всех уровней. Достаточно сказать, что семейная медицина получает на подготовку кадров более стабильную финансовую помощь от правительства, чем любая другая медицинская область. Укрепляется эта сфера и как

научное направление; проводится все больше исследовательских работ, что повышает престиж семейной медицины в академических кругах. Множатся преподавательские кадры, давая возможность студентам вникнуть во все нюансы избранной профессии и заложить фундамент своей будущей карьеры. Всего за 30 лет семейная медицина сформировалась как неотъемлемая часть системы здравоохранения США.

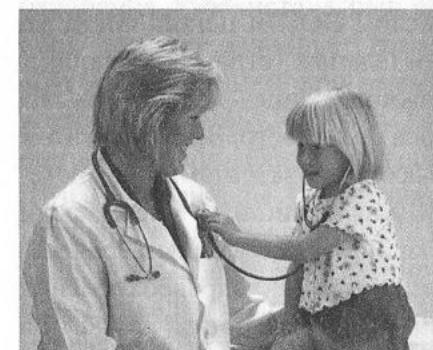
История семейной медицины в США знала падения и взлеты, но после формального признания в 1969 году данная специальность стала одной из важнейших составляющих американской системы здравоохранения. Семейные врачи предоставляют больным широкий круг услуг; во многих малонаселенных районах США нет других врачей, кроме них. В медицинских вузах и в учебных больницах именно они берут на себя задачу обучения студентов и молодых специалистов; исследования в этой области все больше влияют на развитие науки в целом. Несмотря на финансовые препятствия, многие молодые люди считают карьеру семейного врача наилучшим воплощением тех идеалов, которые привели их в медицину. В каком бы направлении ни пошло развитие данной специальности в XXI веке, она будет играть центральную роль в здравоохранении США.

Семейный врач, кроме того, лечит взрослых молодого, среднего и пожилого возраста и проводит их регулярные профилактические обследования. При этом он выявляет такие факторы риска тяжелых заболеваний, как артериальная гипертензия, высокие уровни холестерина, ожирение и курение, и рекомендует больным соответствующую профилактику и терапию.

Семейные врачи также обеспечивают длительное лечение больных с хроническими заболеваниями – не только с такими распространенными, как гипертония, артрит, эмфизема или диабет, но и с относительно редкими – с рассеянным склерозом, заболеваниями щитовидной железы, гепатитом и раком. У пожилых людей, как правило, наблюдаются несколько патологических состояний, и семейный доктор контролирует их в комплексе (тем самым предотвращая ситуации, когда

лечение одной болезни усугубляет другую), наблюдает таких пациентов и амбулаторно, и в стационаре, а также продолжает вести их после перевода в дом медсестринского ухода.

Семейный доктор в США, постоянно пребывая рядом со своими пациентами, предоставляет услуги, выходящие за традиционные рамки медицинской практики. Например, он может работать врачом школьных спортивных команд (поскольку владеет основами ортопедии и спортивной медицины), главным врачом домов медсестринского ухода (такой доктор основательно подготовлен по гериатрии) или членом/консультантом комитета здравоохранения (хорошо осведомлен в основных вопросах эпидемиологии, социальной гигиены и организации здравоохранения).

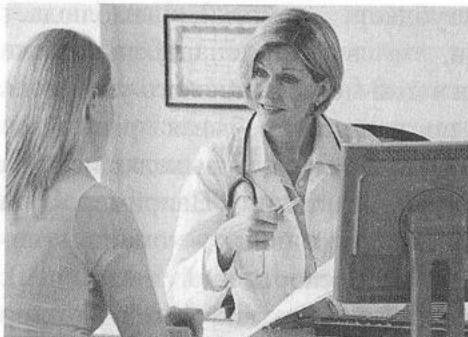


Больные часто приходят к своему доктору с проблемами, которые, казалось бы, не входят в сферу его компетенции – например, при депрессии, усталости, тревожных состояниях или стрессах. Благодаря разносторонней подготовке и полученным навыкам он осуществляет раннюю диагностику заболеваний, когда их проявления еще

неспецифичны, и своевременное начало эффективного лечения. Американские семейные врачи также владеют основами психологических знаний, что помогает им в борьбе с курением, алкоголизмом и наркоманией.

Таким образом, семейные врачи в США получают подготовку для ведения разнообразных больных с широким кругом заболеваний.

Многие из них оказывают акушерскую помощь; как правило, они также ведут гинекологический и педиатрический прием. Некоторые семейные врачи больше времени уделяют определенному направлению – скажем, гериатрии или спортивной медицине, либо занимаются отдельными процедурами и хирургическими вмешательствами. Однако все они оказывают помощь всем своим подопечным, при необходимости обращаясь к узким специалистам.



Сегодня в США действуют несколько организаций семейной медицины. Все они выполняют разнообразные функции, но при этом взаимодействуют между собой. Наиболее авторитетные среди них – Американская академия семейных врачей, Американский комитет по семейной практике и Комиссия по проверке подготовки ординаторов в области семейной практики при Совете аккредитации оканчивающих медицинское образование.

Процентное соотношение между числом ВОП и ценой затрат на здравоохранение в масштабах ВВП отдельных стран следующие. К примеру, затраты США на здравоохранение составляли на 2002 год 15% (1,55 триллионов долларов) от своего ВВП, при этом занимая 12 место среди 13 стран с высокими затратами на систему здравоохранения. В 2014 году США заняли лишь 44 место среди 51 страны. Причиной явилось меньшее количество семейных врачей.

Несмотря на взятый Министерством здравоохранения Российской Федерации и реализуемый в регионах курс на реформы в первичном звене здравоохранения, до сих пор не утихают дискуссии по поводу целесообразности этих преобразований.

Учитывая сложившуюся ситуацию, в сентябре 1978 года ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) провели в столице Казахстана Алма-Ате историческую международную конференцию по ПМСП, которая поставила ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ во главу угла политики здравоохранения, отводя общей врачебной практике важную роль. Конференция приняла Алма-Атинскую декларацию, провозгласившую первичную медико-санитарную помощь ключевым элементом достижения цели обеспечить “Здоровье для всех к 2000 году”.

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП) В УЗБЕКИСТАНЕ

ПМСП – это ПЕРВАЯ СТУПЕНЬ в контакте между: отдельными людьми, семьёй, сообществом людей, национальной системой здравоохранения и ПЕРВЫЙ ЭЛЕМЕНТ непрерывного процесса охраны здоровья.

Формирование новой системы здравоохранения было начато в 1991–1995 годах. Впоследствии в 1991 году была разработана, а в 1992 году утверждена концепция реформирования здравоохранения.

Строительство первых СВП в Узбекистане начало в 1996 году. Первый важный шаг на пути к реформированию сектора здравоохранения Узбекистана был сделан в 1996 году с принятием Закона «Об охране здоровья граждан». Указ Президента Республики «О государственной программе реформирования системы здравоохранения РУз в 1998–2005 гг.» (УП – 2107 от 10.11.98 г.) определил приоритетное направление реформы. Было выбрано совершенствование ПМСП, внедрение и усиление ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ. Выпуск первых врачей общей практики (ВОП) начался с 2000 года.

С первых дней Независимости Правительство Республики Узбекистан проводит полномасштабные реформы системы здравоохранения, направленные на повышение доступности населения к качественной и эффективной медицинской помощи. Одной из составляющих реформ системы здравоохранения в Республике Узбекистан является преобразование ПМСП и формирование института ВОП. В 1996 году правительство Узбекистана принимает общегосударственную Программу по улучшению инфраструктуры села и создает основу для положительных изменений амбулаторной службы на селе.

Важной особенностью Государственной программы реформирования системы здравоохранения является многоуровневый (многокомпонентный) подход к повышению качества медицинской помощи. Особенностью Национальной модели является приоритет профилактической медицины и внедрение здорового образа жизни, воспитание физически и нравственно здорового, гармонично развитого поколения, формирование у населения сознания ответственности за свое здоровье.

Изменения предусматривали также рациональное использование ресурсов путем сокращения многоступенчатой системы медицинских учреждений до двухуровневой: взамен ранее существовавших фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских врачебных амбулаторий (СВА), сельских участковых больниц (СБ) и центральных районных больниц (ЦРБ), правительство предложило построить сеть новых медицинских учреждений-сельских врачебных пунктов и снизить цепочку направлений пациентов (СВП-ЦРБ).



Реструктурирована сеть объектов сельского здравоохранения, существовавшая многоступенчатая система заменена в 2-х ступенчатую.

Были разработаны специальные критерии и стандарты, чтобы СВП имели хороший архитектурный дизайн, были обеспечены водой, электричеством, канализацией, отоплением и средствами телефонной связи. Были составлены планы строительства и реконструкции этих учреждений. Вопросы строительства и реконструкции СВП были делегированы региональным органам власти.

В рамках реализации государственной программы реформирования здравоохранения, утвержденной Указом Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 года № УП-2107 при участии Всемирного банка был выполнен первый проект «Здоровье-1» и на примере экспериментальных территорий (Ферганская, Навоийская, Сырдарьинская, Хорезмская области и Республика Каракалпакстан) сформирована национальная модель ПМСП в сельской местности.

Основными направлениями реформ первичного звена здравоохранения в Узбекистане стали:

- Принципиально новая структура системы здравоохранения, направленная на создание равных условий получения первичной медицинской помощи в ГОРОДСКОЙ и СЕЛЬСКОЙ местности;
- Новый практический подход к вопросам материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ;
- Создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех территориальных уровнях;
- Отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития платного и частного здравоохранения;
- Оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств в ПЗЗ, амбулаторно-поликлиническом лечении и профилактике, вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда.

В 2013 г. мировая общественность отметила 65-ю годовщину создания Всемирной организации здравоохранения и 35-летие Алма-Атинской декларации. В честь этих знаменательных событий был проведен и представлен аналитический обзор опыта Республики Узбекистан по развитию общей врачебной практики за последние 10-15 лет. В основу его положены официальные отчеты МЗ РУз, а также отчеты ВОЗ, проекта «Здоровье -1 и Здоровье -2» Всемирного банка.

Данный аналитический обзор представляет основные результаты анализа реформ ПМСП в Узбекистане, в частности, развития общей врачебной практики за последние 10-15 лет. Отчет был инициирован Министерством здравоохранения Республики Узбекистан по результатам Республиканской конференции развития ПМСП, проведенной в сентябре 2010 г., а также поддержан Европейским региональным бюро ВОЗ и Представительством ВОЗ в Узбекистане в рамках двухлетнего двухстороннего соглашения 2012-2013 гг..

При разработке документа был использован инструмент ВОЗ по оценке ПМСП (Primary Care Evaluation Tool - PCET). Использование оценочного инструмента позволило провести всесторонний анализ функционирования системы ПМСП по 4 основным сферам: управ-

ление, генерирование ресурсов, финансирование и предоставление услуг на уровне ПМСП.

В отчете представлены основные успехи страны по реформе ПМСП, особенно подчеркнуты достижения в области реструктуризации системы здравоохранения с фокусом на первичном звене здравоохранения (ПЗЗ), в частности: введение института общей врачебной/семейной практики и среднего медицинского персонала общей практики с преобразованиями в области медицинского образования и оснащением необходимым оборудованием. Проведен обзор и совершенствование нормативно-правовой базы, введены новые механизмы финансирования, приложены усилия к внедрению должности финансовых менеджеров и подготовке руководителей учреждений ПМСП. Наряду со значительными достижениями в данной публикации также представлены направления, требующие дополнительного внимания, такие как принятие решений, основанных на фактах, обеспечение качества предоставляемых услуг, создание устойчивой системы мониторинга и оценки, координация и преемственность деятельности ПМСП с другими специализированными службами. Вместе с этим, авторы попытались представить основные способствующие и препятствующие факторы для дальнейшего совершенствования системы здравоохранения, внимание к которым поможет в дальнейшем эффективном планировании продолжающейся реформы ПМСП.

В соответствии с кредитным Соглашением, подписанным между Правительством Республики Узбекистан и Международной ассоциацией развития (MAP) с 2005 года реализуется проект «Здоровье-2».

Проект «Здоровье-2» является продолжением проекта «Здоровье-1», выполненного при участии Всемирного банка в период 1998–2004 года и предусматривает распространение достижение первого проекта по всей стране.

Основными задачами проект «Здоровье-2» является:

➤ реализация программы развития и укрепления первичного звена здравоохранения и внедрение общей врачебной практики по всем регионах Республики;

➤ расширение и внедрение новых механизмов финансирования и управления ПЗЗ для повышения эффективности и действенности оказания медицинских услуг;

➤ улучшение и совершенствование системы общественного здравоохранения, профилактика неинфекционных и контроль за распространением инфекционных заболеваний и организация системы подготовки квалифицированных специалистов по общественному здравоохранению.

Для выполнения предусмотренных задач в структуру проекта были заложены четыре основных компонента:

- ✓ Развитие учреждений ПЗЗ и обучение ВОП (67,8%);
- ✓ Реформы финансирования и управления ПМСП (6%);
- ✓ Совершенствование служб общественного здравоохранения (11,7%);
- ✓ Управление проектом (4,1%).

Достижение поставленных целей проекта предусматривает двухстороннее участие в реализации проекта Правительства Узбекистана и Международной Ассоциации Развития.

КОМПОНЕНТ «РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

Основными направлениями деятельности развития первичного звена здравоохранения и обучение ВОП является:

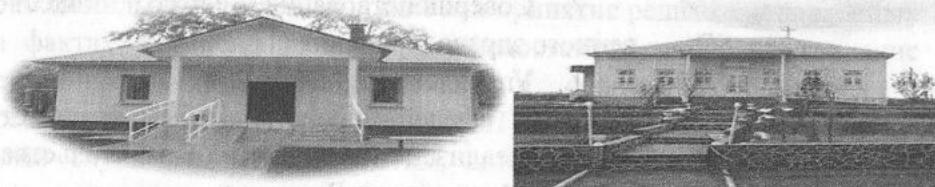
- ❖ Развитие и оснащение СВП медицинским оборудованием;
- ❖ Развитие и реализация городской модели общей врачебной практики;
- ❖ Подготовка и переподготовка ВОП СВП и городских экспериментальных поликлиник;
- ❖ Внедрение непрерывного профессионального образования ВОП;
- ❖ Организация и функционирование центра доказательной медицины и центра непрерывного медицинского образования;
- ❖ Обучение лаборантов СВП и ЦРБ (РМО);

❖ Совершенствование системы технического обслуживания медицинского оборудования.

Развитие и оснащение СВП медицинским и лабораторным оборудованием. В 2010 году в республике функционировало 3182 СВП. Из них 34% введены путем нового строительства и 66% путем реконструкции и преобразования. Из общего количества сельских и городских врачебных пунктов 677 СВП оснащены по проекту «Здоровье-1», 114 СВП по проекту Японского Правительства, 2389 СВП и 29 городских поликлиник оснащаются по проекту «Здоровье-2».

Действующие СВП доначала поставки оборудования в обязательном порядке проходят капитальный ремонт и реконструкцию, получают базовый комплект медицинского и диагностического оборудования.

На оснащение СВП в 2014 году по данным МЗ Руз было выделено медицинское оборудование на 76 млн. долларов США.



Требования к комплектации медперсоналом учреждений ПМСП

Врачи	Средний медицинский персонал	Администраторы
ВОП	Патронажная медсестра	Заведующий СВП**
Стоматолог*	Медсестра процедурного кабинета	Финансовый менеджер
Акушер-гинеколог*	Акушерка	
	Лаборантка	Регистратор
	Медсестра по иммунизации	
	Физиотерапевт м/с	

Примечание: *Стоматологи и акушеры-гинекологи направляются из ЦРМП в отдельные СВП, обслуживающие более 6 000 населения;

**Заведующий СВП как самостоятельная должность имеется в СВП, обслуживающих более 3 500-6 000 населения. В СВП, где работает один врач, он несет функцию ВОП и администратора-управленца

В республике существуют следующие типы СВП, разделенных в зависимости от количества обслуживаемого населения:

1-го типа – до 1500 человек;

2-го типа – до 3500 человек;

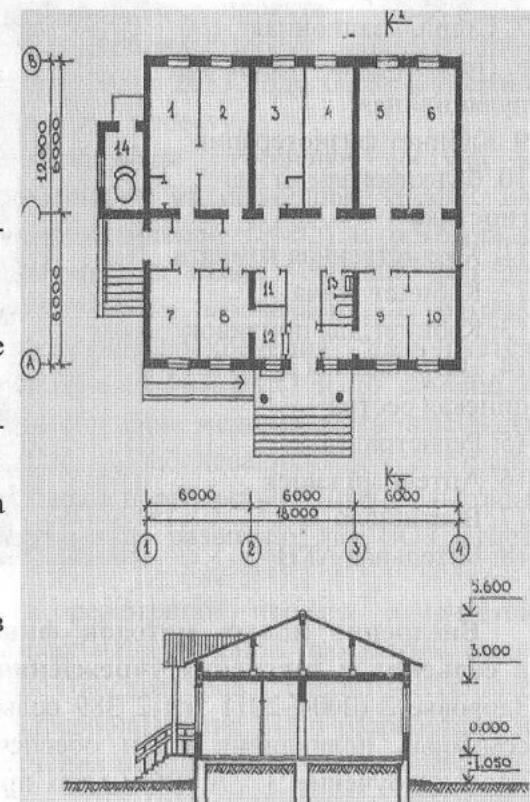
3-го типа – до 6000 человек;

4-го типа – до 10 000 человек и более обслуживаемого населения.

Из чего состоит СВП первого и второго типа и какова их структура?

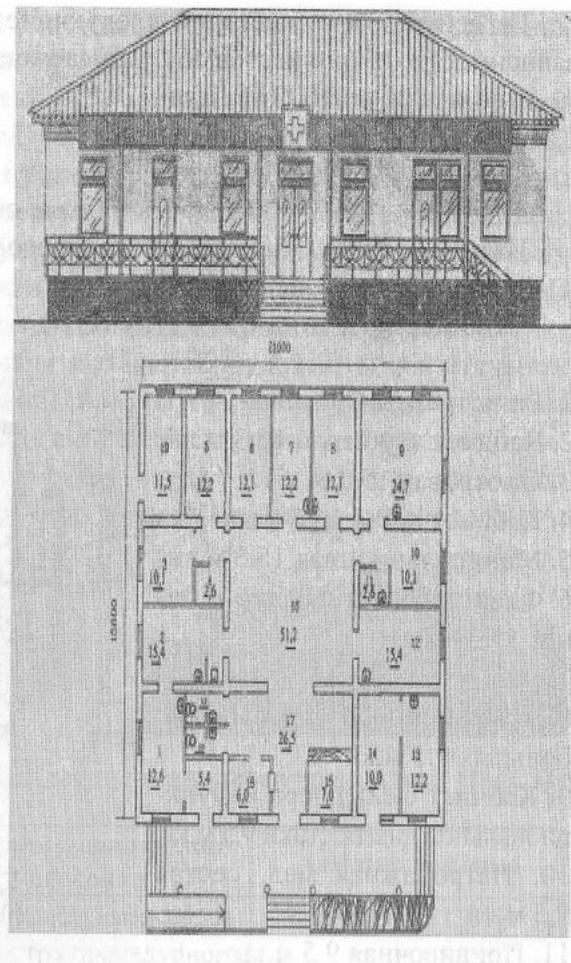
СВП первого типа и его структура

1. Регистратура 3,0 м. кв
2. Кабинет акушерки 15,3 м.кв
3. Смотровая 15,3 м.кв
4. Кабинет врача 15,3 м.кв
5. Манипуляционная 15,3 м.кв
6. Физиотерапевтический кабинет 15,3 м.кв
7. Лаборатория 15,3 м.кв
8. Временное пребывание больных 9,5 м.кв
9. Кабинет фельдшера и функциональной диагностики 9,5 м.кв
10. Патронажная мед. сестра 9,5 м.кв
11. Прививочная 9,5 м.кв
12. Хранение и выдача лекарств 4,4 м.кв
13. Хозяйственная комната 3,0 м.кв
14. Туалет 4,5 м.кв
15. Котельная (АГВ) 6,6 м.кв



СВП второго типа и его структура

1. Кабинет акушерки
2. Смотровая
3. Временное пребывание больных
4. Хранение инвентаря
5. Комната временного пребывания больных
6. Лаборатория
7. Стерилизационная
8. Процедурная - манипуляционная
9. Кабинет физиотерапии
10. Функциональная диагностика
11. Хозяйственная комната
12. Кабинет врача
13. Кабинет для прививок
14. Патронажная медицинская сестра
15. Регистратура
16. Аптечный киоск
17. Вестибюль
18. Котельная АГВ



Внедрение новых методов финансирования и управления в сельских и городских учреждениях ПМСП. В рамках Проекта Здоровье-2 (2004–2011 гг.) 2 389 сельских врачебных пунктов и 25 семейных поликлиник были обеспечены оборудованием. Проект провел обучение 3 770 ВОП, что принесло пользу более 18 млн. населения Узбекистана.

Проект Здоровье-3 (2011–2018 гг.), являющийся логическим продолжением, нацелен на улучшение доступа к первичным услугам здравоохранения и предупреждение роста неинфекционных заболеваний. К настоящему времени более

1 000 докторов прошли обучение на курсах ВОП в рамках проекта Здоровье-3 и еще 3 000 врачей будут обучены до конца 2018 года. Свыше двух тысяч сельских медицинских учреждений получили оборудование в рамках проекта Здоровье-2; на 10-месячных курсах ВОП обучено 3 770 медицинских работников, которые теперь оказывают медицинскую помощь пациентам всех возрастов. Одним из самых важных результатов проекта явилось его содействие реформе финансирования здравоохранения – введение подушевого финансирования в системе первичного звена здравоохранения.

После отслеживания результатов проекта Здоровье-2, Всемирный банк в 2011 году одобрил Проект модернизации сектора здравоохранения (Здоровье-3); в 2013 году было одобрено дополнительное финансирование этому проекту.

Целью проекта Здоровье-3 является улучшение доступа к качественным услугам здравоохранения на первичном уровне, на уровне районных медицинских объединений (РМО) и некоторых городских медицинских объединений, а также усиление мер по предупреждению роста неинфекционных заболеваний. В рамках Проекта модернизации сектора здравоохранения планируется оснастить медицинским оборудованием 157 РМО и 70 семейных поликлиник, а также продолжить обучение медицинского персонала вопросам управления неинфекциоными заболеваниями по всей стране до конца 2018 года. Всемирный банк в партнерстве с Правительством Узбекистана и другими институтами по развитию, как ВОЗ, ведет реализацию данного проекта.

За последние два года в реализации проекта отмечается значительный прогресс. В рамках национальной программы было реконструировано 36 РМО и более 1000 докторов прошли 10-месячные курсы ВОП. Министерством здравоохранения было разработано и одобрено 5 новых стандартов лечения неинфекционных заболеваний, в то время как к концу проекта в 2018 году планируется увеличить число стандартов до 20.

В Узбекистане ликвидировали 243 сельских врачебных пункта (СВП) по причине их маломощности и неэффективности, 2958 продолжают работу. Такое решение принято Кабинетом Министров 5 марта 2014 года в документе «О мерах по дальнейшей оптимизации

и повышению эффективности деятельности сельских врачебных пунктов».

Особенности модели ВОП. Избранная модель, должна соответствовать обычаям, традициям и менталитету людей, а также другим особенностям страны.

Семейная медицина, внедряемая в разных странах без соответствующих изменений, обычно не функционирует должным образом.

Идея одна, воплощений много!

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СВП

I. Общие положения.



ВОП СВП – врач общий педиатр, врач общей практики – педагог, врач общий педиатр-педагог (в дальнейшем ВОП) – дипломированный специалист с высшим медицинским образованием по профилям «лечебное дело» («врач общей практики»), «педиатрическое дело», имеющий

право проводить мероприятия по оказанию многопрофильной врачебной ПМП и профилактике заболеваний прикрепленному к СВП населению независимо от пола и возраста.

Основные функции ВОП:

- ✓ Оказание прикрепленному населению медицинских услуг по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся заболеваний;
- ✓ Своевременное медицинское консультирование, направление и госпитализация по показаниям пациентов в специализированные медицинские учреждения;
- ✓ Оказание до госпитальной экстренной медицинской помощи населению обслуживаемой территории в соответствии со стандартами и имеющимся оснащением;

✓ Организация и проведение комплексных санитарно-противоэпидемических мероприятий;

✓ Наблюдение женщин во время беременности и в послеродовом периоде, пропаганда грудного вскармливания;

✓ Организация и проведение мероприятий пропаганде рационального питания, борьбе с вредными привычками, привитии навыков здорового образа жизни, в том числе оздоровление подрастающего поколения, охрана здоровья матерей и детей, профилактика нежелательной беременности, рациональное планирование семьи;

✓ Контроль патронажа и оказания медико-социальной помощи одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, совместно с работниками социальной помощи;

✓ Проведение общей диспансеризации прикрепленного населения: детей, подростков, женщин детородного возраста, хронических больных, декретированного контингента;

✓ Проведение лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с социально значимыми заболеваниями, включая туберкулез, венерические болезни, злокачественные новообразования, сахарный диабет, ВИЧ/СПИД и наркомания;

✓ Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, путем направления больных на ВКК и ВТЭК в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения;

✓ Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, путем направления больных на ВКК и ВТЭК в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения.

Выполнение такого объема работы требует соответствующих знаний, умений и навыков ВОП. Накопленный опыт подготовки и переподготовки ВОП показал целесообразность выделения 60–65% всего времени на клинические дисциплины, в том числе на специальности общего типа – 55%; из них на терапию и педиатрию – 30–35%; акушерство – 20%; хирургию и гинекологию – по 10%; соответственно на специализированные дисциплины и гериатрию – по 15%; неврологию, травматологию, реабилитацию – по 10%, на остальные (ЛОР, офтальмология, дерматовенерология, вспомогательные обследования и лечение) – по 5%.

ВОП – это не только врач общего профиля, но и организатор всей работы с пациентами своей практики и взаимодействия с другими службами. Он должен знать эпидемиологию, статистику, врачебно-трудовую экспертизу, медицинскую экспертизу, экономику. ВОП должен быть востребован в сельских врачебных пунктах, семейных поликлиниках, службе скорой медицинской помощи, санаториях и профилакториях, приемном отделении больниц, медицинских колледжах.

Бакалавр должен знать:

- ✓ Основные клинические синдромы, наиболее часто встречающиеся в практике ВОП. Факторы риска и критерии диагноза заболеваний внутренних органов, указанных в КВХ. Клинику и раннюю диагностику заболеваний внутренних органов, указанных в КВХ. Тактику ВОП. Стандарты лечения;
- ✓ Основы реабилитации, диспансеризации и экспертизы трудоспособности ВОП должен уметь согласно **Квалификационной характеристике (КВХ) ВОП**:

1. КВХ, Услуги 1 категории. Осуществить по возможности раннюю диагностику и эффективное лечение, профилактику, реабилитацию и диспансеризацию при отдельных заболеваниях на уровне СВП/ГВП, которые ВОП должен уметь осуществить полностью и независимо; только в исключительных случаях, когда состояние больного не улучшается, больной должен быть отправлен к консультанту или специалисту в другое учреждение (поликлиника, больница) для получения дополнительной консультации или лечения;

2. КВХ, Услуги 2 категории. Осуществить по возможности диагностику или распознавание острого состояния или заболевания и назначения лечения на уровне СВП/ГВП, проводимого ВОП, и отправление больных к консультанту или специалисту в другое учреждение (поликлиника, больница) для проведения полной и правильной диагностики, получения дополнительной консультации или лечения у другого консультанта или специалиста. Осуществить профилактику, реабилитацию и диспансеризацию больных, проходивших лечение в СВП/ГВП или других учреждениях и имеющих продолжительные расстройства здоровья, требующие специального ухода и наблюдения;

3. КВХ, Услуги 3.1 категории. Осуществить соответствующие (правильные, адекватные, и эффективные) и необходимые процедуры,

манипуляции и исследования, больных на уровне СВП/ГВП, которое должно компетентно, квалифицировано и независимо выполняться ВОП.

КВХ, Услуги 3.2 категории. Осуществить соответствующие и необходимые процедуры, манипуляции и исследования, больных посредством направления из СВП/ГВП в другие учреждения, где такие процедуры, манипуляции и исследования могут проводиться, для которых ВОП должен знать показания и место их проведения.

4. КВХ, Услуги 4 категории. Предоставить индивидуальную профилактическую и образовательную помощь (обучение, консультации, демонстрации и т.д.) здоровым, лицам, подверженным специфическим рискам и со специфическими нуждами, и больным, посещающим СВП/ГВП по различным поводам.

ВОП должен владеть навыками:

- ✓ Консультирования здоровых и больных;
- ✓ Предоставления индивидуальной помощи отдельным группам населения;
- ✓ Самостоятельного приема пациентов;
- ✓ Соблюдения медицинской этики и деонтологии;
- ✓ Проведения клинического обследования больных;
- ✓ Проведения дифференциального диагноза (клиническая логика принятия решения);
- ✓ Постановки предварительного диагноза;
- ✓ Назначения целенаправленного обследования;
- ✓ Постановки окончательного диагноза;
- ✓ Назначения двигательного режима и диеты;
- ✓ Назначения рациональной терапии в виде рецептуры;
- ✓ Оказания неотложной врачебной помощи с проведением необходимых манипуляций и процедур;
- ✓ Решения вопроса о трудоспособности. Оформления необходимой медицинской документации;
- ✓ Принятия решения о направлении на консультацию, дополнительное медицинское обследование, госпитализацию;
- ✓ Проведения реабилитации и направления на санаторно-курортное лечение;

- ✓ Организации ухода за больными и социально-незащищенными группами населения;
- ✓ Проведения диспансеризации;
- ✓ Проведения профилактических, оздоровительных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при инфекционных и неинфекционных заболеваниях;
- ✓ Аудита проделанной работы;
- ✓ Работы с медицинской литературой. Работы на компьютере.

НАВЫКИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВОП - это важнейшая часть лечебного процесса, особенно в части психотерапии, реабилитации и длительного наблюдения, которая подразумевает дачу советов, позволяющих сформировать правильное мнение или поведение другого человека.

Существуют следующие виды консультации:

- ✓ Директивное консультирование – врач предлагает пациенту готовое решение.
- ✓ Недирективное консультирование – врач лишь помогает больному разобраться в трудностях и принять самостоятельное решение. Когда врач понимает переживание пациента и принимает в нем участие, не стремится доминировать и в то же время открыто выражает собственное мнение, то больной относится к лечению с пониманием и ответственностью за свое здоровье.

Эффективная консультация осуществляется следующими шагами:

- ✓ Верит ли пациент в разрешение проблемы, его предположения и ожидания от проблемы;
- ✓ Поделиться с пациентом своим мнением по проблеме и убедиться, что он вас понял;
- ✓ Принимать решения вместе с пациентом;
- ✓ Поощрять пациента, если он принимает на себя ответственность за свое здоровье;
- ✓ Очень важно, что пациенты поверили в Вас и были уверены в сохранении врачебной тайны.

ВОП необходимо знать следующие задачи консультации:

1. Определение причин, по которым пациент обратился, включая:
 - природу и историю данной проблемы;
 - этиологию;

- идеи, интересы и ожидания пациента;
 - эффекты проблемы.
2. Рассмотрение других проблем:
 - Проблемы, имеющие длительный характер;
 - Факторы риска.
 3. Выбор вместе с пациентом приемлемых действий по поводу каждой проблемы. Имеется доказательность необходимости более активного вовлечения пациентов в план лечения.
 4. Достижение взаимопонимания по проблеме с пациентом. Консультация дает возможность доктору информировать пациента:
 - о природе и важности проблемы;
 - о приемлемом курсе лечения или поведении в случае приступов болезни.

Достижение взаимопонимания по проблеме с пациентом. Консультация дает возможность доктору информировать пациента:

- о приемлемом курсе лечения или поведении для предупреждения приступов болезни.
- возможность регулирования проблемы дает лучшее ее понимание пациенту.

5. Вовлечение пациента в менеджмент и поощрение его за необходимую ответственность за свое здоровье.

6. Рациональное использование времени и ресурсов:
 - во время консультации;
 - в длительные сроки.

7. Установление партнерских отношений с пациентом позволяет достичь цели других задач:

- Подходы к консультации;
- Провести эффективную консультацию иногда бывает сложнее, чем установить сам диагноз заболевания.

На сегодняшний день существуют модели консультаций заболеваний:

1. Медицинский подход к консультации;
2. Социальный подход;
3. Антропологический подход;
4. Трансекциональный подход;
5. Психологические подходы;

6. Социально-психологические подходы.

Консультация – это биомедицинский подход к консультации базируется на определении концепций болезнь и диагноз. Пациенты различных классов имеют различные отклонения в здоровье, связанные с профессией, экономическим статусом, условиями жизни, образованием и др.

Существуют социальные подходы к консультации, т.е во время консультации необходимо: проводить диагностику; понимать поведение больного; понимать интересы больного.

ВОП должен знать три следующих момента менеджмента консультаций:

1. Социальные факторы распространяют свое действие на поведение (у докторов, пациентов разных социальных классов нормы поведения могут быть разными);

2. Социальные факторы вызывают множество заболеваний и влияют на решение пациентов обращаться ли за медицинской помощью;

3. Социальные факторы могут влиять на исход консультации.

Следующим важным этапом решения проблемы пациента является перечень МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕДУР, ПРОВОДИМЫХ В СВП.

К ним относится:

Осмотр пациента, измерение артериального давления, ЭКГ, обучение и пользование ингалятором и спирхайлером.

Вакцинация, ревакцинация. Введение противостолбнячной сыворотки и антитоксина.

Взятие крови для исследования гемограммы. Исследование копрограммы. Исследование мочи.

Проведение первичного туалета новорожденного, наложение фиксирующей повязки при переломах, оральная регидратация.

Риноскопия, фарингоскопия, отоскопия. Офтальмоскопия.

Проведение искусственного дыхания ручным способом и респиратором.

Промывание желудка. Пальцевое исследование прямой кишки. Катетеризация мочевого пузыря.

Техника обработки рук при малых хирургических вмешательствах; первичная хирургическая обработка ран.

Наложение мягких повязок при повреждении крупных суставов; наложение и снятие лангет, проволочных и транспортных шин. Методы местной анестезии при переломах.

Оказание догоспитальной помощи при ожогах, удушье, утоплении, отморожении, электротравме, укусе животных и насекомых. Все виды инъекций.

Акушерское обследование и проведение вагинального исследования. Акушерское обследование и проведение вагинального исследования; взятие мазка по Папаниколау: скрининг наличия рака шейки матки. Гинекологические обследования, (бимануальное и исследования в зеркалах). Догоспитальная помощь при травмах гениталий.

Первая врачебная помощь при неотложных состояниях во время беременности. Современные методы контрацепции. Вставление и удаление ВМС.

Интерпретация тестов функциональной диагностики. Обследование молочных желез.

ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

**«В молодости я рассматривал отдельно нос, губы и выражения. Я был невеждой, надо было бы смотреть на все в целом»
ОГЮСТ РОДЕН**

Семейная медицина уходит своими корнями в историю общей врачебной практики, однако эта область имеет и свои очень давние традиции, равно как и современные научные наработки.

Семейная медицина отдельная, единственная в своем роде специальность, построенная на особых, базовых принципах, отличающих ее от других медицинских специальностей.

Основными ее принципами являются нижеследующие:



решение медицинских проблем в единое целое со всеми сторонами жизни своего пациента.



профилактическими и лечебными мероприятиями;

- Повышается результативность работы ВОП.

1. ВСЕСТОРОННОСТЬ:

- Нет такой категории жалоб или проблем, которые не принимались бы во внимание;
- Рассматриваются все проблемы, связанные со здоровьем человека;
- Семейная медицина не делает ограничений, а объединяет

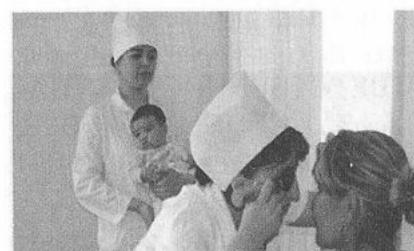
2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ:

- Семейный врач наблюдает своего пациента на всех этапах жизни от рождения до смерти;
- Длительное наблюдение создает возможность для выявления факторов риска, контроля над

158



пациента на разных уровнях системы здравоохранения.



- Пациент чувствует, что его уважают, слышат и понимают.



3. КООРДИНАЦИЯ:

- При необходимости семейный врач консультируется с узкими специалистами или направляет пациента на стационарное лечение;
- При этом не прекращает наблюдение за ним и осуществляет контроль над его лечением;
- Координирует все этапы лечения

4. ИНТЕГРАЦИЯ:

- Включение всех аспектов медицинской деятельности: лечебных, реабилитационных, профилактических, охраны здоровья человека в обществе в целом в условиях первичного звена здравоохранения.

5. ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ:

- Продолжительность наблюдения способствует доверительным взаимоотношениям между врачом и пациентом;
- Семейный врач защищает права и достоинства пациента;

6. КОМАНДНАЯ РАБОТА:

- Семейный врач, медсестра, весь медицинский состав работают как единая команда;
- Задача семейного врача – организовать работу каждого члена команды соответственно его знаниям и умениям в интересах пациента.



7. ДОСТУПНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

- У каждой семьи должен быть свой семейный врач;
- Работа должна быть организована таким образом, чтобы обеспечить пациенту легкий доступ к получению медицинской помощи;

- Должно быть продумано оказание неотложной помощи в любое время суток.



8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДОРОВЬЕ ЧЛЕНОВ ЕГО СЕМЬИ И СОТРУДНИЧЕСТВО С НИМ:

- Семейный врач и пациент работают как партнеры, прилагая усилия для достижения наилучших результатов;
- Пациент становится активным

участником восстановления и сохранения своего здоровья и здоровья своей семьи.



9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА:

Одно из основных направлений деятельности семейного врача и его команды. Семейная медицина акцентирует внимание на ведении ЗОЖ, на ранней диагностике заболеваний для систематического

поддержания здоровья и проведение санитарного просвещения среди населения.

Практические шаги всех видов профилактики:



ПЕРВИЧНАЯ профилактика – проведение ряда мероприятий для предупреждения заболевания:

- а) пропаганда ЗОЖ среди населения;
- б) активное раннее выявление факторов риска, предопределяющих возможность развития заболевания и их коррекция.



ВТОРИЧНАЯ профилактика:

- а) активное выявление заболеваний на ранних стадиях развития (профилактические осмотры, скрининг);

б) немедикаментозная коррекция и своевременное адекватное медикаментозное лечение вновь выявленного заболевания препаратами доказанной эффективности



ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

- а) предупреждение острых и хронических осложнений, своевременный осмотр пациентов, мониторинг необходимых лабораторно-инструментальных исследований, продолжение коррекции имеющихся факторов риска и базисного лечения препаратами доказанной эффективности, динамическое наблюдение;

б) продолжение лечения и качественная реабилитация уже имеющегося осложнения.

10. СНИЖЕНИЕ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАРЯДУ С ПОВЫШЕНИЕМ ЕЕ КАЧЕСТВА:

- Если пациента регулярно и эффективно наблюдает семейный врач, то большое количество заболеваний удается предупредить или выявить и излечить на ранних стадиях, результатом чего является значительное снижение затрат.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ВОП. Состоит в необходимости решать применительно к каждому пациенту сложнейшую задачу клинической медицины: **ЧТО С БОЛЬНЫМ?**. В этом кардинальное отличие методологии мышления семейного врача и «узкого специалиста».



нуждается в помощи других специалистов.



(В каких специалистах? И когда? – решает ВОП, для этого ему необходимы и знания, и умения, и навыки, и КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ). Роль ВОП в решении проблем пациента является уникальной, так как он, соблюдая принципы семейной медицины, находится в постоянной координации и интеграции с населением.

Почему семейный врач, а не узкий специалист? Так, как она:

- Экономична;
- Удовлетворяет потребности пациента;
- Быстро и правильно диагностирует;
- Акцентирует внимание на профилактику;
- Лечит в контексте семьи;
- Лечит пациента в целом.



Почему семейный врач, а не узкий специалист? Мы не против узких специалистов, но проблема в другом – когда один говорит, что он является гениальным кардиологом, а другой, к примеру, великим гастроэнтерологом, то получается, что наш несчастный организм делят на части.

Но как можно делить, если организм – единое целое?! Обращаясь к участковому, нас направляют на прием к разным узким специалистам, и мы попадаем в какой-то замкнутый круг, и даже если нам удается выбраться из этого, то нам назначают минимум 10 препаратов. Нельзя принимать сразу 10 наименований лекарств, к тому же это очень сильно бьет по карману. А ведь этот процесс может отрегулировать семейный врач.

Он обслуживает всех членов семьи, независимо от возраста, пола и стадии того или иного заболевания, разбирается во всех часто встречающихся заболеваниях среди населения (*главное умеет предупреждать или выявлять заболевания на ранних стадиях*).

При этом в случае затруднения семейный врач может привлечь узкого специалиста, он их не игнорирует. Направив своего пациента к узкому специалисту, семейный врач уверен, что тот вернется к нему и семейный врач сможет отрегулировать рецепт, который назначил ему узкий специалист с учетом особенностей его организма или хронических заболеваний. В этом и есть преимущество семейного врача, этот человек становится доверенным лицом семьи.

Будущее в УЗБЕКИСТАНЕ за семейной медициной!

ОБЩЕНИЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И БОЛЬНОГО. НАВЫКИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (МЛО)

Умение строить отношения с больным нужно врачу любой специальности. Без доверительных отношений невозможны ни диагностика, ни лечение, ни профилактика. Беседа с больным позволяет врачу решить целый ряд задач:

- укрепить доверительные отношения, получить данные, необходимые для диагноза, выработать план лечения, сообщить больному необходимые сведения, убедить его отказаться от вредных привычек и вести здоровый образ жизни;
- повышает качество работы семейного врача;
- способствует удовлетворенности больного;
- улучшает результаты лечения.

Семейная медицина ориентирована на пациента, его семью и общество, в котором он проживает!

ВОП должен владеть навыками МЛО:

- высокая информированность;
- умение услышать недосказанное;
- умение задавать правильные вопросы требующие детального ответа;
- умение показать пациенту, что его высоко ценят и уважают;
- умение понять, что чувствует и знает пациент;
- умение облегчить принятие решения для пациента;
- умение расположить к себе, быть активным слушателем;
- честность;
- знание своих убеждений, ценностей и предположений;
- умение создать удобную обстановку;
- умение поощрить пациента, задавать вопросы;
- умение слушать то, что говорят пациенты и как они это говорят: «язык тела» и тон голоса;
- умение вести разговор на скорости удобной пациенту;
- умение перефразировать пациента, чтобы удостовериться, что вы правильно поняли основные моменты;
- в подходящих моментах смотреть прямо на пациента;
- уверенность, что ваш «язык тела» проявляет вашу заинтересованность в пациенте;
- когда вы задаете вопрос, подождите ответа;
- поощрение пациента к продолжению разговора;
- остерегайтесь слова «почему?»;
- будьте уверены, что пациент понял ваш вопрос, если вы думаете, что нет, задайте тот же вопрос по другому;

- умение помочь пациенту рассказать то, о чем он чувствует, и выразить ему свое отношение;
- дайте пациенту понять, что все то, что он испытывает, является нормальным явлением.

В ТМА создана модель СВП, в которых студенты проходят различные виды практических занятий с целью выработки навыка работы в первичном звене здравоохранения (приближает к реальным условиям работы).

• Практические занятия с применением одного из видов интерактивных методов обучения лучше всего «врач-пациент». Тема занятия задается студентам заранее, сценарий обсуждается в группе. При реализации занятия останавливаются на функциях и предназначениях структурных подразделений модели СВП, созданных на основе нормативно-правовой документации ВОП с учетом КВХ;

• Интегрированные практические занятия совместно с двумя кафедрами на которых обсуждается один синдром с разных позиций;

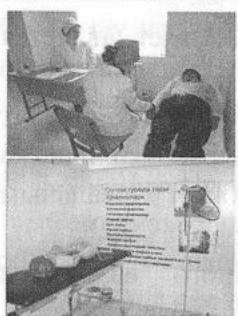
• Интегрированные семинары со смежными кафедрами имеющие общий синдром по утвержденному учебному плану. В обсуждении принимают участия все студенты;

• Проблемно-ориентированные занятия для решения определенной проблемы с активным привлечением студентов к поиску нужной информации.

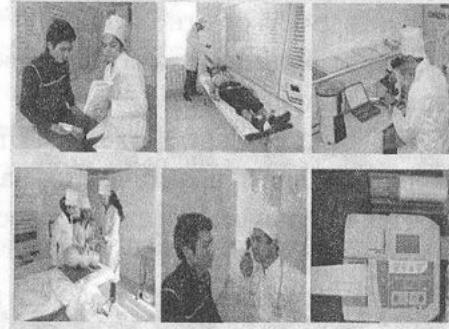
Функции учебных комнат СВП

Проведение практических занятий; самостоятельная работа студентов с использованием имеющейся литературы, электронных и интернет ресурсов; освоение практических навыков; проведение интерактивных игр; обучение принципам работы и структуры СВП; изучения нормативно-правовой документации ВОП.

Модель СВП



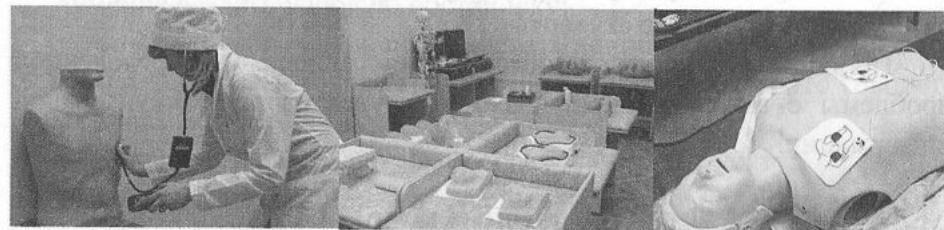
Функции учебных комнат СВП



Интегральный экзамен

Цель проведения интегрального экзамена оценка полученных студентом интегрированных знаний по фундаментальным и клиническим дисциплинам с 1 по 5 курс.

Интегральный экзамен в системе высшего образования предусматривает оценку качественного приобретения студентом теоретических и практических навыков, развитие у студента клинического мышления и решения вопроса о готовности студента 5 курса к переходу на общеврачебную практику.



Интегральный экзамен принимают преподаватели кафедр ВОП по разработанным для студентов 5 курса заданиям с целью оценки полученного результата согласно современным требованиям науки, техники и научно-обоснованных технологий с позиций доказательной медицины. С 2010 года интегральный экзамен утвержден МинВузом как обязательный переходной экзамен для всех медицинских вузов Республики Государственный Аттестационный Экзамен проводится в 2 этапа согласно приказу МинВуза, ректора ТМА:

1) Тестирование (количество тестов исходит из – 5 тестов на каждый час практических занятий) в соответствии с Госстандартом и учебной программой бакалавриата медицинских вузов;

2) OSCE – объективный структурированный клинический экзамен (objective structured clinical examination), определяющий наличие клинической компетентности выпускника, навыки МЛО с пациентом, оценку практических навыков, а также готовность выпускника к реальным клиническим ситуациям согласно КВХ ВОП.

Для проведения ОСКЭ необходимо придерживаться определённых стандартов или инструкций:

- Вопрос должен быть коротким, ясным, требующим конкретного ответа;
- Ответ на задание должен занимать приблизительно равное время;
- В зависимости от сложности все вопросы и карты-задач должны иметь разное количество баллов;
- Все вопросы и карты-задач должны строго соответствовать учебной программе по данной дисциплине;
- Для каждого экзамена по методу ОСКЭ должен готовиться новый пакет вопросов и заданий.

Качество медицинской помощи населению в значительной степени зависит от уровня профессионализма медицинских работников и реформы в здравоохранении, что не могло не отразиться в совершенствовании системы подготовки и переподготовки кадров.

Цель постдипломного образования – переподготовка врачей Республики (имеющих стаж работы в медицинском учреждении, врачи различного рода специальностей) в течении 10 – месяцев очно-заочного обучения в специализированных ВОП с получением сертификата.



Далее ВОП имеют право на повышение квалификации в ТашИУВ в 5 лет один раз, помимо этого на месячных и 3-х месячных курсах ФПК. Обучение ведется по 32 направлениям согласно пакету услуг ВОП по приказу № 80 и 100 МЗ Республики Узбекистан.

ВОП имеет право на получение категории врача с условием наличия определенных часов на краткосрочных научных съездах, конференциях, семинарах.

Оказание ВОП квалифицированной медицинской помощи населению регулирует в РУз проект «Здоровье-2» (организован в 1998 году) совместно с Всемирным банком, который отвечает за обучение и переобучение ВОП, совершенствование механизмов финансирования СВП, разработку мер по повышению качества жизни населения. До сегодняшнего дня обучено 8 тысяч врачей, ежегодно переобучается 650 врачей в главных учебных центрах ТМА.

При участии центра доказательной медицины, в программу обучения организаторов здравоохранения введены занятия по доказательной медицине и управлению повышением качества медицинских услуг в ПЗЗ. За 2008-2011 годы проведено 14 учебных семинаров по доказательной медицине в школе общественного здравоохранения в ТМА для преподавателей медицинских институтов.

Внедрение иностранного языка в обучение студентов ТМА. Созданы учебные программы для студентов (рабочие программы, учебно-методические комплексы, силabusы,

учебники, видеоматериалы по практическим навыкам и др.). Переведено и применяется более 50% лекций и практических занятий, в том числе впервые в ТМА регулярно проводятся проблемные и интегральные лекции на английском языке с приглашением известных международных специалистов.



Участие студентов в СНО. Клуб «English club» по интересам. Ежегодно в научных конференциях принимает участие около 800 молодых ученых из Узбекистана, стран Европы, России, СНГ и т.д.. Им предоставляется возможность представить жюри свои научные изыскания в виде устных, постерных докладов, а также публикации тезисов в сборниках данной международной конференции. В 2016 году планируется проведение 5-й юбилейной конференции.



Для повышения клинических знаний и навыков студентов выпускного курса в медицинских вузах организованы учебные центры, которые оснащены необходимым оборудованием (учебные манекены, манекены, компьютеры). При центральных районных больницах организованы и оснащены учебным оборудованием учебные классы для ВОП в целях их непрерывного профессионального образования.

В течение последних лет достигнут существенный прогресс в развитии здравоохранения. Поэтапно проводимые реформы различных организационных структур в итоге привели к формированию новой модели здравоохранения. Она является синтезом рациональных принципов предшествующей организационной модели и новых требований времени к качественной медицинской помощи с учетом специфики народонаселения (многочисленное сельское население и высокая доля детей и подростков). В настоящее время в Узбекистане сформирована широкая сеть государственных учреждений ПМСП, укомплектованных профессиональными врачами общей практики, оснащенных диагностическим и медицинским оборудованием и оказывающих населению бесплатную первичную медико-санитарную помощь.

Но эффективность здравоохранения зависит не только и не столько от материальных затрат на отрасль, сколько от организации лечебного процесса, качества подготовки специалистов. Ведь в идеале болезни проще, да и дешевле предупредить, чем лечить. Поэтому стало объективной необходимостью перенесение центра тяжести охраны здоровья на поликлинику, непосредственную работу с больным и его семьей.

На сегодняшний день Президент РУз И.Каримов говорит о том, что: «При разработке Государственной программы “Год здоровой матери и ребенка” в центре нашего внимания прежде всего должен находиться вопрос дальнейшего совершенствования законодательства, касающегося охраны семьи, материнства и детства. Нам предстоит продолжить последовательную работу по созданию для населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных сельских районах, в первую очередь для женщин, необходимых социальных, бытовых и медицинских условий, возведению в сельской местности современных жилых домов по типовым проектам, объектов социальной инфраструктуры, улучшению обеспечения сельчан питьевой водой, природным газом, повышению качества услуг и сервиса.

Думаем, нет необходимости много говорить о том, что для утверждения в нашем обществе здорового образа жизни большое значение имеет широкая популяризация среди молодежи физической культуры и спорта, строительство новых и укрепление материально-технической базы действующих спортивных объектов.

Учитывая, что здоровая и дружная семья является фундаментом здорового будущего, в качестве важнейшей своей задачи мы должны рассматривать усиление ответственности за проведение медицинских осмотров будущих супругов и в этих целях оснащение поликлиник современным диагностическим оборудованием, повышение качества предоставляемых ими медицинских услуг».

Международный опыт показывает, что увеличение объема расходов ПМСП – хотя и необходимый, но не самый главный фактор улучшения состояния здоровья населения на устойчивой основе. Крайне важно, чтобы увеличение инвестиций и расходов на здравоохранение сопровождалось проведением межсекторальной политики совместно со структурными и институциональными реформами, направленными на повышение эффективности и результативности системы организации, управления и финансирования медицинской помощи.

Результаты многочисленных исследований разных стран убедительно доказали, что в условиях глобального развития интересы государства, сектора здравоохранения и населения неразрывно связаны между собой и требуют непрерывного диалога для повышения эффективности руководства и управления в секторе здравоохранения. Опыт стран, сумевших ускорить реформы ПМСП, свидетельствуют о неразрывной связи между развитием системы здравоохранения и государственной политикой. При этом основную ответственность за формирование национальной системы здравоохранения несет правительство.

Ярким примером такого слияния является реформирование ПМСП в Узбекистане, которое управляет сложной сетью различных участников, каждый из которых выполняет определенные функции и несет определенную ответственность. При этом основную ответственность за формирование национальной системы здравоохранения, включая ПМСП, несет правительство. За Министерством здравоохранения сохранены функции формирования стратегии развития системы, формирования ресурсов, подготовки кадров, определения финансовой политики и подготовки нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских учреждений. Функция местных органов власти и региональных органов управления здравоохранением состоит в обеспечении выделения достаточных ресурсов и реализации основных направлений развития службы.

Организации гражданского общества (махаллинские комитеты, общественные советы учреждений ПМСП), научные сообщества и ассоциации врачей и среднего медицинского персонала аккумулируют и озвучивают мнение населения о качестве услуг ПМСП, что позволяет в дальнейшем совершенствовать систему оказания медицинских услуг. Особое место в системе первичной медико-санитарной помощи занимают вопросы взаимодействия с общественным здравоохранением; ПМСП является классическим примером пересечения клинической медицины и общественного здравоохранения.

МЗ РУз представлен SWOT АНАЛИЗ профессионального, научного и академического развития общей врачебной практики.

Сильные стороны:

- Осуществлен переход на двухуровневую систему высшего медицинского образования: бакалавриат и магистратура;
- Дипломное медицинское образование переориентировано на подготовку врачей общей практики, как основных поставщиков медицинских услуг в ПЗЗ;
- Перераспределение часов – их увеличение на терапию/ внутренние болезни (в ТашПМИ) и педиатрию (в ТМА);
- Обучение магистров как в условиях специализированных отделений в клинике института, так и практика в поликлинике;
- Переход на международный стандарт подготовки ВОП в последипломном образовании – десятимесячная программа обучения ВОП в рамках проекта «Здоровье – 2, 3»;
- Подготовка преподавателей ВОП за рубежом;
- Созданы квалификационная характеристика ВОП, нормативные документы по деятельности СВП, положение о деятельности кафедр (курсов) по переподготовке и повышению квалификации ВОП;
- Создание и утверждение кафедр и курсов переподготовки и повышения квалификации ВОП в последипломном образовании;
- Использование в процессе обучения клинических руководств, государственных стандартов качества и клинических протоколов, разработанных с участием главных специалистов Минздрава и сертифицированных специалистов ВОП;
- Внедрение в учебную программу циклов ВОЗ;

- Внедрение в процесс обучения выполнения проектов по ПК медицинских услуг на уровне ПЗЗ;

- Внедрение стандартов качества, основанных на ДМ, в деятельность учреждений ПМСП;

- Прогрессирующая/развивающаяся система непрерывного профессионального образования (НПО) ВОП и среднего медперсонала. Гибкая и доступная программа НПО;

Слабые стороны:

- Додипломная программа подготовки бакалавров ВОП не в полной мере соответствует международным стандартам подготовки ВОП. В программе не предусмотрено формирование профессионального отношения на уровне студенческой (дипломной) компетенции;
- Используется не модульная или системная, а традиционная модель обучения;
- Отсутствие предмета «Общая врачебная практика» в дипломном образовании;
- Не проводится оценка десятимесячной программы и программ НПО с целью определения их эффективности, результативности и качества регулярной основе;
- Невысокий процент преподавателей ВОП, занимающихся практической/ врачебной деятельностью;
- Не проводится аудит фактической индивидуальной деятельности врача СП/СВП как метод оценки его компетентности и профессионализма;
- Отсутствие должного внимание формированию у ВОП навыков административного управления, командной работы, обучения других лиц и лидерских качеств как в десятимесячной Программе, так и в программе НПО;
- Недостаточно развито как продвижение научных исследований в рамках общей врачебной практики, так и применение результатов и выводов научных исследований в повседневной практике;
- Качество услуг, предоставляемых патронажными медсестрами, требует значительного улучшения: работа с беременными, родильницами и уход за новорожденными, пропаганда

ЗОЖ, доврачебная неотложная помощь, уход за инвалидами и пожилыми людьми;

- Недостаточный уровень совместной работы медсестёр и врачей;
- Недостаточное количество научных работ по ОВП в Узбекистане по причине отсутствия шифра «Общая врачебная практика».

Возможности:

- Медицинские учебные заведения находятся в ведении Министерства здравоохранения, что облегчает налаживание взаимосвязи между практическим и образовательным звеньями;
- Наличие региональных медицинских вузов в подготовке кадров для своего региона;
- Тесное сотрудничество кафедр ВОП додипломного образования с УВЦ по подготовке ВОП (сейчас курсы, факультеты и кафедры ПиПК ВОП) при медицинских вузах;
- Библиотеки в вузах, богатые литературой, посвященной ОВП. Ее регулярное обновление и пополнение;
- Доступ к интернет-ресурсам в медицинских вузах;
- Разработанные, но не утвержденные национальные стандарты, соответствующие международным требованиям подготовки специалистов ВОП;
- Международные доноры и средства инвестиционных проектов Всемирного банка и Азиатского банка развития;
- Регулярные конференции, посвященные развитию ОВП (и к ним статьи, тезисы, доклады) создают возможности для поднятия престижа ПМСП;
- Развитие системно-сетевых связей и контактов между странами;
- Международное сотрудничество в области первичной медико-санитарной помощи с организациями: ВОЗ, WONCA, EGPRW;
- Развитие ОВП как предмета, имеющего свой базис научных знаний, необходимо придать ей статус с собственным научно-исследовательским шифром «Общая врачебная практика» в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан.

Угрозы:

- Две системы обучения: додипломная подготовка общих терапевтов и общих педиатров;
- Несовершенные компьютерные навыки, незнание русского и иностранного языка (английского) у большинства профессорско-преподавательского состава, врачей и студентов создает трудности в их профессиональном развитии в направлении общей врачебной практики и доказательной медицинской практики;
- Не установлены национальные стандарты подготовки ВОП как в последипломном (магистратура) так и в додипломном образовании, соответствующие международным требованиям подготовки специалистов в области «Общая врачебная практика/СМ»;
- Наличие двух степеней ВОП (бакалавра и магистра ВОП/СМ) ставит под угрозу статус и престиж специальности ВОП по сравнению с остальными медицинскими профессиями;
- Не разработана система дистанционного обучения (online);
- Отсутствие национального агентства по разработке и внедрению клинических рекомендаций, основанных на ДМ;
- Маломощность Ассоциации ВОП и Центра ДМ.

Несомненно, полномасштабные реформы ПМСП, проводимые в течение последнего десятилетия, уже можно оценить как большой успех в развитии системы здравоохранения в Узбекистане. Уже сегодня достигнуты значительные результаты преобразований системы здравоохранения в сельской местности по всем четырем направлениям деятельности, т.е. в плане стратегического управления и организации ПМСП, в отношении наращивания кадрового потенциала и формирования других ресурсов первичного звена, в pilotировании и распространении новых механизмов и принципов финансирования учреждений ПМСП, и наконец, в отношении качества предоставления медицинских услуг, в частности, выполнения четырех основных требований к ПМСП – это доступность, координация, непрерывность и комплексность медицинской помощи.

На данном этапе можно обобщить все достижения и результаты 10-15 лет реформирования следующим образом:

Однозначно, реформы ПМСП в сельской местности по истечении прошедшего периода от начала изменений обеспечили переход от специализированной стационарной помощи к амбулаторным услугам общего профиля и способны координировать поддержку со стороны больниц и гражданского общества. В сельском здравоохранении количество учреждений нового типа, осуществляющих общеврачебную практику, выросло с 1999 г. по 2011 г. в 2,5 раза. В настоящее время 17,5 млн. населения, или 61,4% от числа проживающих в Узбекистане, получают первую медицинскую помощь у врачей общей практики в учреждениях ПМСП.

В результате проводимых реформ в первичном звене здравоохранения количество посещений на одного жителя увеличилось с 7,8 в 1996 г. до 9,3 в 2010 г. Общее число визитов населения в сельские учреждения ПМСП по итогам 2010 г. выросло до 127 млн. в год.

Проведенные мероприятия по укреплению учреждений первичного звена здравоохранения позволили сместить фокус системы с вторичной медицинской помощи на первичное звено и повысить экономическую эффективность здравоохранения. О росте доступности медицинских услуг в сельских учреждениях ПМСП говорят следующие данные независимого исследования: в настоящее время 90% жителей сельской местности предпочитают обращаться за медицинской помощью в СВП (в 2007 г. 68%), а не в районные больницы – 7% (в 2007 г. 25%) и другие медицинские учреждения – 2% (в 2007 г. 5%).

Сегодня в большинстве обращений население начинает и завершает обследование и лечение в СВП, и лишь до 10-12 % случаев направляются в ЦРБ.

В ходе реформ внедрена концепция ВОП, что потребовало реформирование системы медицинского образования в целом, так, например, разработки программы переобучения врачей по основам общей врачебной практики и введения новой для Узбекистана системы непрерывной подготовки медицинских кадров.

Проведенные опросы населения, обслуживаемого в ПМСП, указывают на то, что от 93% до 97% сельского населения на выходе из медицинского учреждения ПМСП выражали удовлетворение качеством медицинских услуг. В свою очередь, персонал этих учреждений выражает удовлетворенность условиями труда и расширенными возможностями оказания услуг населению.

7 февраля 2017 года Президентом Республики Узбекистан Ш.М.Мирзиёевым была утверждена стратегия развития Республики Узбекистан по пяти приоритетным направлениям. Цель стратегии, рассчитанной на 2017–2021 годы - коренное повышение эффективности проводимых реформ, создание условий для обеспечения всестороннего и ускоренного развития государства и общества, реализация приоритетных направлений по модернизации страны и либерализация всех сфер жизни (приложение).

ИЛОВА
ПРИЛОЖЕНИЕ

**2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини
ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича
ҲАРАКАТЛАР СТРАТЕГИЯСИ**

I. Давлат ва жамият қурилиши тизимини такомиллаштиришнинг устувор йўналишлари

1.1. Демократик ислоҳотларни чуқурлаштириш ва мамлакатни модернизация қилишида Олий Мажлис палаталари, сиёсий партияларнинг ролини янада кучайтириши:

давлат ҳокимиюти тизимида Олий Мажлиснинг ролини ошириш, унинг мамлакат ички ва ташқи сиёсатига оид муҳим вазифаларни ҳал этиш ҳамда ижро ҳокимиюти фаолияти устидан парламент назоратини амалга ошириш бўйича ваколатларини янада кенгайтириш;

қонун ижодкорлиги фаолиятининг сифатини қабул қилинаётган қонунларни амалга оширилаётган ижтимоий-сиёсий, ижтимоий-иқтисодий ва суд-хукуқ ислоҳотлари жараёнига таъсирини кучайтиришга йўналтирган ҳолда тубдан ошириш;

сиёсий тизимни ривожлантириш, давлат ва жамият ҳаётида сиёсий партияларнинг ролини кучайтириш, улар ўртасида соғлом рақобат мухитини шакллантириш.

I. Приоритетные направления совершенствования системы государственного и общественного строительства

1.1. Дальнейшее усиление роли Олий Мажлиса, политических партий в углублении демократических реформ и модернизации страны:

усиление роли Олий Мажлиса в системе государственной власти, дальнейшее расширение его полномочий в решении важнейших задач внутренней и внешней политики страны, а также в осуществлении парламентского контроля за деятельностью исполнительной власти;

коренное повышение качества законотворческой деятельности, направленное на усиление влияния принимаемых законов на ход общественно-политических, социально-экономических, судебно-правовых реформ;

развитие политической системы, усиление роли политических партий в жизни государства и общества, формирование среди них здоровой конкурентной среды.

1.2. Давлат бошқаруви тизимини ислоҳ қилиши:

давлат бошқаруви ва давлат хизмати тизимини давлат бошқарувининг марказлаштиришдан чиқариш, давлат хизматчилигининг касбий тайёргарлик, моддий ва ижтимоий таъминоти даражасини ошириш, ҳамда иқтисодиётни бошқаришда давлат иштирокини босқичма-босқич қисқартириш орқали ислоҳ қилиш;

мамлакатни ижтимоий-сиёсий ва ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш бўйича вазифаларни амалга оширишда ўзаро манфаатли ҳамкорликнинг самарасини оширишга қаратилган давлат-хусусий шерикликнинг замонавий механизмларини жорий этиш;

давлат ҳокимиюти ва бошқарув органлари фаолиятининг очиқлигини таъминлаш, жисмоний ва юридик шаҳсларинг хукуқ, эркинлик ва қонуний манбаатларига оид ахборотни тақдим қилишнинг замонавий шаклларини жорий этиш;

«Электрон хукумат» тизимини такомиллаштириш, давлат хизматлари кўрсатишнинг самараси, сифати ва аҳоли ҳамда тадбиркорлик субъектлари томонидан фойдаланиш имкониятини ошириш.

1.2. Реформирование системы государственного управления:

реформирование системы государственного управления и государственной службы посредством децентрализации государственного управления, повышения уровня профессиональной подготовки, материального и социального обеспечения государственных служащих, а также поэтапного сокращения государственного регулирования экономики;

внедрение современных механизмов государственно-частного партнерства, направленных на повышение эффективности взаимовыгодного сотрудничества в реализации задач общественно-политического и социально-экономического развития страны;

обеспечение открытости деятельности органов государственной власти и управления, внедрение современных форм предоставления информации, касающейся прав, свобод и законных интересов физических и юридических лиц;

совершенствование системы «Электронное правительство», повышение эффективности, качества оказания и доступности государственных услуг для населения и субъектов предпринимательства.

1.3. Жамоатчилик бошқаруви тизимини такомиллаштириши:

халқ билан самарали муроқот механизмларини жорий қилиш; жамоатчилик назоратини амалга оширишнинг замонавий шаклларини ривожлантириш, ижтимоий шерикликнинг самарасини ошириш; фуқаролик жамияти институтларини ривожлантириш, уларнинг ижтимоий ва сиёсий фаолигини ошириш; маҳалла институтининг жамият бошқарувидаги ўрни ва фаолиятнинг самарадорлигини ошириш; оммавий ахборот воситаларининг ролини кучайтириш, журналистларнинг профессионал фаолиятини ҳимоя қилиш.

1.3. Совершенствование системы общественного управления:

внедрение эффективных механизмов диалога с народом; развитие современных форм осуществления общественного контроля, повышение эффективности социального партнерства; развитие институтов гражданского общества, повышение их общественной и политической активности; повышение значения и эффективности деятельности института мажхили в общественном управлении; усиление роли средств массовой информации, защита профессиональной деятельности журналистов.

П. Қонун устуворлигини таъминлаш ва суд-хукуқ тизимини янада ислоҳ қилишнинг устувор йўналишлари

2.1. Суд ҳокимиятининг чинакам мустақилларини таъминлаш, суднинг нуфузини ошириш, суд тизимини демократлаштириш ва такомиллаштириши:

судьялар ва суд аппарати ходимларининг мавқеини, моддий рағбатлантириш ва ижтимоий таъминлаш даражасини ошириш, судларнинг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш;

судьяларга ғайриқонуний тарзда таъсир ўтказишга йўл қўймаслик бўйича таъсирчан чоралар кўриш;

суднинг мустақиллиги ва беғаразлиги, суд процесси томонларининг тортишуви ва тенг ҳукуқлиги тамойилларини хар томонлама татбиқ этиш;

«Хабеас корпус» институтини кўллаш соҳасини кенгайтириш, тергов устидан суд назоратини кучайтириш; судларни янада ихтисослаштириш, суд аппаратини мустаҳкамлаш; судлар фаолиятига замонавий ахборот-коммуникация технологияларини жорий қилиш.

П. Приоритетные направления обеспечения верховенства законов и дальнейшего реформирования судебно-правовой системы

2.1. Обеспечение подлинной независимости судебной власти, повышение авторитета суда, демократизация и совершенствование судебной системы:

повышение статуса, уровня материального стимулирования и социального обеспечения судей и работников аппарата суда, укрепление материально-технической базы судов;

принятие действенных мер по недопущению неправомерного воздействия на судей;

всемерная реализация принципов независимости и беспристрастности суда, состязательности и равноправия сторон судебного процесса;

расширение сферы применения института «Хабеас корпус», усиление судебного контроля за следствием;

дальнейшая специализация судов, укрепление их аппарата;

внедрение современных информационно-коммуникационных технологий в деятельность судов.

2.2. Фуқароларнинг ҳукуқ ва эркинликларини ишончли ҳимоя қилиши кафолатларини таъминлаш:

фуқароларнинг мурожаатларини ўз вақтида ҳал этиш, мурожаатларни кўриб чиқишида сансалорлик, расмиятчилик ва бефарқ муносабатда бўлиш ҳолатларига йўл қўйганлик учун жавобгарликнинг муқаррарлигини таъминлаш, шунингдек, бузилган ҳукуқларни тиклашнинг барча зарур чораларини кўриш;

суд, ҳуқуқни муҳофаза қилувчи ва назорат қилувчи органлар фаолиятида фуқароларнинг ҳуқуқ ва эркинликларини ишончли ҳимоя қилиш кафолатларини таъминлаш;

фуқароларнинг хусусий мулкка бўлган ҳуқуқларини амалга ошириш кафолатларини мустаҳкамлаш;

фуқароларнинг одил судловга тўсқинликсиз эришишини таъминлаш; суд хужжатлари ва бошқа органлар хужжатлари ижроси самарадорлигини ошириш.

2.2. Обеспечение гарантий надежной защиты прав и свобод граждан: своевременное рассмотрение обращений граждан, обеспечение неотвратимости ответственности за допущение фактов волокиты, бюрократизма и безразличного отношения к рассмотрению обращений, а также принятие всех необходимых мер по восстановлению нарушенных прав;

обеспечение гарантий надежной защиты прав и свобод граждан в деятельности судебных, правоохранительных и контролирующих органов;

укрепление гарантий реализации прав граждан на частную собственность;

обеспечение беспрепятственного доступа граждан к правосудию; повышение эффективности исполнения судебных актов и актов иных органов.

2.3. Маъмурий, жиноят, фуқаролик ва хўжалик қонунчилигини такомиллаштириши:

жиноят ва жиноят-процессуал қонунчилигини такомиллаштириш ва либераллаштириш, алоҳида жиноий қилмишларни декриминаллаштириш, жиноий жазолар ва уларни ижро этиш тартибини инсонпарварлаштириш;

одил судловни амалга ошириш самарадорлиги ва сифатини ошириш, маъмурий, жиноят, фуқаролик ва хўжалик суд иш юритувининг процессуал асосларини такомиллаштириш;

жиноят, фуқаролик ва хўжалик ишларини кўриб чиқиш тартибини такомиллаштириш, бир бирини тақрорловчи ваколат ва инстанцияларни қисқартириш;

электрон суд иш юритуви ва ижро иши юритувининг замонавий шакл ва усувларини жорий этиш.

2.3. Совершенствование административного, уголовного, гражданского и хозяйственного законодательства:

совершенствование и либерализация норм уголовного и уголовно-процессуального законодательства, декриминализация отдельных уголовных деяний, гуманизация уголовных наказаний и порядка их исполнения;

повышение эффективности и качества отправления правосудия, совершенствование процессуальных основ административного, уголовного, гражданского и хозяйственного судопроизводства;

совершенствование порядка рассмотрения уголовных, гражданских и хозяйственных дел, сокращение дублирующих полномочий и инстанций;

внедрение современных форм и методов электронного судопроизводства и исполнительного производства.

2.4. Жиноятчиликка қарши курашии ва ҳуқуқбузарликларнинг олдини олиш тизимини такомиллаштириши:

жиноятчиликка қарши курашиш ва ҳуқуқбузарликларнинг олдини олиш борасидаги фаолиятни мувофиқлаштиришнинг самарадорлигини ошириш;

диний экстремизм, терроризм ва уюшган жиноятчиликнинг бошқа шаклларига қарши курашиш бўйича ташкилий-амалий чораларни яна-да кучайтириш;

коррупцияга қарши курашишнинг ташкилий-ҳуқуқий механизмларини такомиллаштириш ва коррупцияга қарши курашиш тадбирларининг самарадорлигини ошириш;

ахолининг ҳуқуқий маданияти ва ҳуқуқий онгини ошириш, бу борадаги чора-тадбирларни амалга оширишда давлат тузилмаларининг фуқаролик жамияти институтлари, оммавий ахборот воситалари билан ўзаро самарали ҳамкорлигини ташкил этиш.

2.4. Совершенствование системы противодействия преступности и профилактики правонарушений:

повышение эффективности координации деятельности по борьбе с преступностью и профилактике правонарушений;
усиление организационно-практических мер по борьбе с религиозным экстремизмом, терроризмом и другими формами организованной преступности;

совершенствование организационно-правовых механизмов противодействия коррупции и повышение эффективности антикоррупционных мер;

повышение правовой культуры и правосознания населения, организация эффективного взаимодействия в данном направлении государственных структур с институтами гражданского общества, средствами массовой информации.

2.5. Суд-хуқуқ тизимида қонунийликни янада мустаҳкамлаш:

хуқукни муҳофаза қилувчи ва назорат қилувчи органлар ишини самарали режалаштириш ва унинг натижаларини таҳлил қилиш, тизимли хуқуқбузарликларни аниқлаш ҳамда уларнинг сабаб ва шарт-шароитларини бартараф этиш;

суд, хуқукни муҳофаза қилувчи ва назорат қилувчи органлар ходимларини ўқитиш, танлаш, тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш, ротация қилиш тизимини такомиллаштириш; хуқукни муҳофаза қилувчи ва назорат қилувчи органлар ходимлари орасида хуқуқбузарликларни олдини олиш, профилактика қилиш ва бартараф этиш бўйича идоравий назоратнинг замонавий механизmlарини жорий этиш;

хуқукни муҳофаза қилувчи ва назорат қилувчи органлар фаолияти устидан жамоатчилик назорати механизmlари са- марадорлигини ошириш, фуқароларнинг хуқуқни муҳофаза қилиш тизимига бўлган ишончини мустаҳкамлаш.

2.5. Дальнейшее укрепление законности в судебно-правовой системе:

эффективное планирование и анализ итогов работы правоохранительных и контролирующих органов, выявление и устранение причин и условий системных нарушений;

совершенствование системы обучения, подбора, подготовки, переподготовки и повышения квалификации, ротации работников судебных, правоохранительных и контролирующих органов;

внедрение современных механизмов ведомственного контроля по предупреждению, профилактике и пресечению правонарушений среди работников правоохранительных и контролирующих органов; повышение эффективности механизмов общественного контроля за деятельностью правоохранительных и контролирующих органов, укрепление доверия граждан к правоохранительной системе.

2.6. Юридик ёрдам ва хизмат тизимини такомиллаштириши:

давлат ҳокимияти ва бошқарув органларининг юридик хизмати фаолияти самарадорлигини ошириш;

адвокатура институтини ривожлантириш, жиноят, фуқаролик, маъмурӣ ва ҳўжалик ишларини кўриб чиқиша адвокат ўрнини ошириш;

нотариат ва ФХДЁ органлари тизимини ислоҳ қилиш.

2.6. Совершенствование системы оказания юридической помощи и услуг:

повышение эффективности деятельности юридических служб государственных органов;

развитие института адвокатуры, повышение роли адвоката в рассмотрении уголовных, гражданских, административных и хозяйственных дел;

реформирование системы нотариата и органов ЗАГС.

III. Иқтисодиётни ривожлантириш ва либераллаштиришнинг устувор йўналишари

3.1. Макроиқтисодий барқарорликни янада мустаҳкамлаш ва иқтисодий ўсиши суръатларини сақлаб қолиш:

қабул қилинган ўрта муддатли дастурлар асосида макроиқтисодий мувозанатни сақлаш, таркибий ва институционал ўзгартирishларни чуқурлаштириш ҳисобига ялпи ички маҳсулотнинг юқори ўсиш суръатларини таъминлаш;

ҳаражатларнинг ижтимоий йўналтирилганлигини сақланган холда Давлат бюджетининг барча миқёсларида мувозанатни сақлаш, маҳаллий бюджетларнинг даромад қисмини мустаҳкамлашга йўналтирилган бюджетлараро муносабатларни такомиллаштириш;

илғор ҳалқаро тажрибага мувофиқ инструментлардан фойдаланиш ҳисобига пул-кредит сиёсатини янада такомиллаштириш, миллий валютанинг ва ички бозордаги нархлар-нинг барқарорлигини таъминлаш;

эркин конвертацияни таъминловчи валютага оид муносабатларни таркибга солиш, миллий валюта курсини шакллантиришда замонавий бозор механизмларни жорий этиш;

солиқ юкини камайтириш ва солиқка тортиш тизимини соддалаштириш йўлини давом этиш, солиқ маъмуриятчилигини такомиллаштириш ва рағбатлантиришнинг тегишли чораларини кенгайтириш;

банк тизимини ислоҳ қилиш, банклар депозит базасининг капитализациясини чуқурлаштириш ва барқарорлигини ошириш, уларнинг молиявий барқарорлигини ва ишончлигини мустаҳкамлаш, истиқболли инвестицион лойиҳалар ҳамда кичик бизнес ва тадбиркорлик субъектларини кредитлаштиришни янада кенгайтириш;

янги турлардаги суғурта, лизинг ва бошқа молиявий хизматларнинг ҳисобига уларнинг хажмини кенгайтириш ва сифатини ошириш, капитални жалб қилиш ҳамда корхона, молиявий институтлар ва ахолининг эркин ресурсларини жойлаштиришдаги муқобил манба сифатида фонд бозорини ривожлантириш;

ҳалқаро иқтисодий ҳамкорликни ривожлантириш, шу жумладан етакчи ҳалқаро ва хорижий молиявий институтлар билан алоқаларни кенгайтириш йўли билан, пухта ўйланган ташқи қарзлар сиёсатини амалга оширишини давом этиш, жалб қилинган хорижий инвестициялар ва кредитлардан самарали фойдаланиш;

III. Приоритетные направления развития и либерализации экономики

3.1. Дальнейшее укрепление макроэкономической стабильности и сохранение высоких темпов роста экономики:

обеспечение устойчиво высоких темпов роста валового внутреннего продукта за счет сохранения макроэкономической сбалансированности, углубления структурных и институциональных преобразований на основе реализации принятых среднесрочных программ;

обеспечение сбалансированности Государственного бюджета на всех уровнях с сохранением социальной направленности расходов, совершенствование межбюджетных отношений, направленные на укрепление доходной части местных бюджетов;

дальнейшее совершенствование денежно-кредитной политики путем применения инструментов в соответствии с передовым международным опытом, обеспечение стабильности национальной валюты и цен на внутреннем рынке;

поэтапное внедрение передовых рыночных механизмов валютного регулирования, формирования курса национальной валюты, обеспечивающих ее свободную конвертируемость;

продолжение курса на снижение налогового бремени и упрощения системы налогообложения, совершенствование налогового администрирования и расширение мер соответствующего стимулирования;

углубление реформирования и повышение устойчивости банковской системы, уровня капитализации и депозитной базы банков, укрепление их финансовой устойчивости и надежности, дальнейшее расширение кредитования перспективных инвестиционных проектов, а также субъектов малого бизнеса и частного предпринимательства;

расширение объемов страховых, лизинговых и иных видов финансовых услуг за счет внедрения их новых видов и повышения качества, а также развитие фондового рынка как альтернативного источника привлечения капиталов и размещения свободных ресурсов предприятий, финансовых институтов и населения;

дальнейшее развитие международного экономического сотрудничества, в том числе путем расширения связей с ведущими международными и зарубежными финансовыми институтами

ми, продолжение проведения взвешенной политики внешних заимствований, эффективное использование привлеченных иностранных инвестиций и кредитов;

3.2. Таркибий ўзгартишиларни чуқурлаштириши, миллий иқтисодиётнинг етакчи тармоқларини модернизация ва диверсификация қилиши ҳисобига унинг рақобатбардошлигини ошириши:

миллий иқтисодиётнинг мутаносиблиги ва баркарорлигини таъминлаш, унинг таркибида саноат, хизматлар кўрсатиш соҳаси, кичик бизнес ва хусусий тадбиркорлик улушкини кўпайтириш;

ишлаб чиқаришни модернизация қилиш, техник ва технологик жиҳатдан янгилаш, ишлаб чиқариш, транспорт-коммуникация ва ижтимоий инфратузилмадаги лойиҳаларни амалга оширишга қаратилган актив инвестиция сиёсатини олиб бориш;

саноатни юқори технологияли қайта ишлаш тармоқларини, энг аввало, маҳаллий хом-ашё ресурсларини чуқур қайта ишлаш асосида юқори кўшимча қийматли тайёр маҳсулот ишлаб чиқариш бўйича жадал ривожлантиришга қаратилган сифат жиҳатидан янги босқичга ўтказиш орқали янада модернизация ва диверсификация қилиш;

иқтисодиёт тармоқлари учун самарали рақобатбардош муҳитни шакллантириш ҳамда маҳсулотлар ва хизматлар кўрсатиш бозорларида монополияни босқичма босқич камайтириш;

принципial жиҳатдан янги маҳсулот ва технологиялар турлари-ни чиқаришни ўзлаштириш, бунга асосан ички ва ташқи бозорларда миллий товарларнинг рақобатбардошлигини таъминлаш;

ишлаб чиқариш маҳаллийлаштиришни рағбатлантириш сиёсатини давом этиш ҳамда энг аввало истеъмол товарлар ва бутловчи буюмлар импортининг ўрнини босиш, тармоқларaro саноат кооперациясини кенгайтириш;

иқтисодиётнинг энергия ва ресурс сарфини қисқартириш, ишлаб чиқаришга энергия тежайдиган технологияларни кенг жорий этиш, қайта тикланадиган энергия манбаларидан фойдаланишни кенгайтириш, иқтисодиёт тармоқларида меҳнат унумдорлигини ошириш;

эркин иқтисодий зоналар, технопарклар ва кичик саноат зоналарни ташкил этиш, амалдаги зоналарнинг самарадорлигини ошириш;

хизматлар кўрсатиш соҳасини жадал ривожлантириш, ялиничики маҳсулотни шакллантиришда хизматлар роли ва улушкини ошириш, кўрсатилаётган хизматларнинг тузилмасини энг аввало хизматларнинг замонавий юқори технологик турлари ҳисобига тубдан ўзгартириш;

экспорт фаолиятини либераллаштириш ва соддалаштириш, экспортнинг тузилмаси ва географиясини диверсификация қилиш, иқтисодиёт тармоқлари ва ҳудудларнинг экспорт салоҳиятини кенгайтириш ва сафарбар этиш;

йўл-транспорт инфраструктурунин янада ривожлантириш, иқтисодиёт, ижтимоий соҳага, бошқариш тизимига информацион-коммуникацион технологияларни жорий этиш;

3.2. Повышение конкурентоспособности национальной экономики за счет углубления структурных преобразований, модернизации и диверсификации ее ведущих отраслей:

обеспечение сбалансированности и устойчивости национальной экономики, увеличение в ее структуре доли промышленности, сферы услуг, малого бизнеса и частного предпринимательства;

проведение активной инвестиционной политики, направленной на модернизацию, технического и технологического обновления производства, реализации проектов производственной, транспортно-коммуникационной и социальной инфраструктуры;

дальнейшая модернизация и диверсификация промышленности путем перевода его на качественно новый уровень, направленного на опережающее развитие высокотехнологичных обрабатывающих отраслей, прежде всего по производству готовой продукции с высокой добавленной стоимостью на базе глубокой переработки местных сырьевых ресурсов;

создание эффективной конкурентной среды для отраслей экономики и поэтапное снижение монополии на рынках товаров и услуг.

освоение выпуска принципиально новых видов продукции и технологий, обеспечение на этой основе конкурентоспособности отечественных товаров на внешних и внутренних рынках;

продолжение политики стимулирования локализации производства и импортозамещение, прежде всего потребительских товаров

и комплектующих изделий, расширение межотраслевой промышленной кооперации;

сокращение энергоемкости и ресурсоемкости экономики, широкого внедрения в производство энергосберегающих технологий, расширение использования возобновляемых источников энергии, повышение производительности труда в отраслях экономики;

создание новых и повышение эффективности действующих свободных экономических зон, технопарков, малых промышленных зон;

ускоренное развитие сферы услуг, повышение роли и доли услуг в формировании валового внутреннего продукта, кардинальное изменение структуры предоставляемых услуг, прежде всего за счет современных высокотехнологичных видов услуг;

либерализация и упрощение экспортной деятельности, диверсификация структуры и географии экспорта, расширение и мобилизация экспортного потенциала отраслей экономики и территорий;

дальнейшее развитие дорожно-транспортной инфраструктуры, внедрение информационно-коммуникационных технологий в экономику, социальную сферу, системы управления.

3.3. Қишлоқ хўжалигини модернизация қилиши ва жадал ривожлантириши:

таркибий ўзгаришиларни чукурлаштириш ва қишлоқ хўжалиги ишлаб чиқаришни муттасил ривожлантириш, мамлакат озиқ-овқат хавфсизлигини янада мустаҳкамлаш, экологик тоза маҳсулотни ишлаб чиқаришни кенгайтириш, аграр секторининг экспорт салоҳиятини сезиларли даражада ошириш;

пахта ва бошоқли дон экиладиган майдонларни қискартириб, экин майдонларини янада мақбулаштириш, бўшаб қолган ерларга картошка, сабзавот, озиқ-овқат и мойли экинларни, шунингдек янги интенсив боғ ва узумзорларни жойлаштириш;

қишлоқ хўжалик экинларининг янги селекция навларини ҳамда юқори маҳсулдорликка эга, касаллик ва зааркундаларга чидамли, маҳаллий ер-иклим ва экологик шароитларга мослашган ҳайвонот турларини яратиш ва ишлаб чиқаришга жорий этиш бўйича илмий-тадқиқот ишларини кенгайтириш;

фермер хўжаликлар, энга аввало қишлоқ хўжалиги маҳсулотларни ишлаб чиқараётган, қайта тайёрланаётган, тайёрлаш, сақлаш, сотиш, курилиш ишлари ва хизматлар кўрсатиш билан шуғулланаётган кўп тармоқли фермер хўжаликларини рағбатлантириш ва ривожлантириш учун қулай шарт-шароитлар яратиш;

қишлоқ хўжалик маҳсулотларини чукур қайта ишлаш, ярим тайёр маҳсулотлар ва тайёр озиқ-овқат маҳсулотларини, шунингдек қадоқлаш буюмларини ишлаб чиқариш бўйича энг замонавий юқори технологияли ускуналар билан жиҳозланган, қайта ишловчи янги корхоналарни куриш, мавжудларини реконструкция ва модернизация қилиш юзасидан инвестиция лойиҳаларини амалга ошириш;

қишлоқ хўжалиги маҳсулотларни сақлаш, транспортировка қилиш ва сотиш, агрокимё, молиявий ва бошқа замонавий бозор хизматларни кўрсатиш инфратузилмасини янада кейгатириш;

сугориладиган ерларнинг мелиоратив ҳолатини янада яхшилаш, мелиоратив ва ирригация объектларнинг тармоғини ривожлантириш, қишлоқ хўжалиги ишлаб чиқариш соҳасига интенсив усулларни, энг аввало замоновий сув ва ресурсларни тежайдиган агротехнологияларни жорий этиш, унумдорлиги юқори қишлоқ хўжалиги техникасидан фойдаланиш; глобал иклим ўзгариши ва Орол денгизи куриб қолишининг қишлоқ хўжалиги ривожланиши ҳамда аҳолининг ҳаёт фаолиятига салбий таъсирини юмшатиш бўйича тизимли чора-тадбирларни кўриш;

3.3. Модернизация и интенсивное развитие сельского хозяйства:

углубление структурных реформ и динамичное развитие сельскохозяйственного производства, дальнейшее укрепление продовольственной безопасности страны, расширение производства экологически чистой продукции, значительное повышение экспортного потенциала аграрного сектора;

дальнейшая оптимизация посевных площадей, направленная на сокращение посевных площадей под хлопчатник и зерновые колосовые культуры, с размещением на высвобождаемых землях картофеля, овощей, кормовых и масличных культур, а также новых интенсивных садов и виноградников;

расширение научно-исследовательских работ по созданию и внедрению в производство новых селекционных сортов сельскохозяйственных культур и пород животных, обладающих высокой продуктивностью, устойчивостью к болезням и вредителям, адаптированных к местным почвенно-климатическим и экологическим условиям;

стимулирование и создание благоприятных условий для развития фермерских хозяйств, прежде всего многопрофильных, занимающихся как производством сельскохозяйственной продукции, так и переработкой, заготовкой, хранением, сбытом, строительными работами и оказанием услуг;

реализация инвестиционных проектов по строительству новых, реконструкции и модернизации действующих перерабатывающих предприятий, оснащенных самым современным высокотехнологичным оборудованием по более глубокой переработке сельхозпродукции, производству полуфабрикатов и готовой пищевой продукции, а также тароупаковочных изделий;

дальнейшее расширение инфраструктуры по хранению, транспортировке и сбыту сельскохозяйственной продукции, оказанию агрохимических, финансовых и других современных рыночных услуг;

дальнейшее улучшение мелиоративного состояния орошаемых земель, развитие сети мелиоративных и ирригационных объектов, широкое внедрение в сельскохозяйственное производство интенсивных методов, прежде всего современных водо- и ресурсосберегающих агротехнологий, использование высокоизводительной сельскохозяйственной техники;

принятие системных мер по смягчению негативного воздействия глобального изменения климата и высыхания Аральского моря на развитие сельского хозяйства и жизнедеятельности населения.

3.4. Иқтисодиётда давлат иштирокини камайтириши, хусусий мулкнинг ҳукуқларини ҳимоя қилиши ва унинг истиқболли ролини янада кучайтириши, кичик бизнес ва хусий тадбиркорлик ривожланнишини разбатлантиришига қаратилган институционал ва таркибий ислоҳотларни давом этиши:

хусусий мулкнинг ҳукуқ ва кафолатларини ишончили ҳимоя қилишни таъминлаш, барча турдаги тўсқинликлар ва чекланишларни бартараф этиш, хусусий тадбиркорлик ва кичик бизнесни ривожлантириш йўлида тўлиқ эркинлик бериш, амалиётда “Агар халқ бой бўлса, давлат ҳам бой ва кучли бўлади” деган принципни амалги ошириш;

кичик бизнес ва хусусий тадбиркорликни кенг ривожлантириш учун қулай ишбилармонлик муҳитини яратиш, тадбиркорлик тузилмаларининг фаолиятига давлат, назорат ва ҳуқуқни муҳофаза қилувчи органларнинг ноконуний аралашувини қатъий олдини олиш;

давлат мулкини хусусийлаштириш тартиб-таомилларни янада кенгайтириш ва соддалаштириш, ҳўжалик юритувчи субъектларнинг устав жамғармаларида давлат иштирокини камайтириши, давлат мулкининг хусусийлаштирилган объектларнинг базасида хусусий тадбиркорликни ривожлантириш учун қулай шартшароитларни яратиш;

корпоратив бошқарувининг замонавий стандартлар ва усулларни жорий этиш, корхонларни стратегик бошқаришда акциядорларнинг ролини кучайтириш;

тадбиркорлик субъектларининг муҳандислик тармоқларига уланиш тартиб-таомиллар механизмаларни такомиллаштириш ва соддалаштириш;

мамлакатни ижтимоий-иқтисодий ривожланиши тартибга солишда давлат иштирокини камайтириши, давлат бошқарув тизимини децентрализация килиш ва демократлаштириши, давлат-хусусий шерикликни кенгайтириши, нодавлат, жамоат ташкилотлар ва ўзини ўзи бошқариш органларининг ролини ошириш;

3.4. Продолжение институциональных и структурных реформ, направленных на сокращение присутствия государства в экономике, дальнейшее усиление защиты прав и приоритетной роли частной собственности, стимулирование развития малого бизнеса и частного предпринимательства:

обеспечение надежной защиты прав и гарантий частной собственности, устранение всех преград и ограничений, предоставление полной свободы на пути развития частного пред-

принимательства и малого бизнеса, реализация на практике принципа «Если богат народ, то и государство будет богатым и сильным»;

создание благоприятной деловой среды для широкого развития малого бизнеса и частного предпринимательства, строгое пресечение незаконного вмешательства государственных, контролирующих и правоохранительных органов в деятельность предпринимательских структур;

дальнейшее расширение и упрощение процедур приватизации государственной собственности, сокращение участия государства в уставных фондах хозяйствующих субъектов, создание благоприятных условий для развития частного предпринимательства на базе приватизированных объектов государственной собственности;

внедрение современных международных стандартов и методов корпоративного управления, усиление роли акционеров в стратегическом управлении предприятиями;

совершенствование механизма и упрощение процедур подключения субъектов предпринимательства к инженерным сетям;

сокращение роли государства в регулировании социально-экономического развития страны, децентрализация и демократизация системы государственного управления, расширение государственно-частного партнерства, повышение роли негосударственных, общественных организаций и местных органов самоуправления.

3.5. Вилоятлар, туманлар ва шаҳарларнинг комплекс ва мувозанатли ижтимоий-иктисодий ривожлантириши, улар-нинг салоҳиятидан самарали ва оптималь фойдаланиши:

социал-иктисодий жадал ривожланиши, халқнинг турмуш даражаси ва даромадларини ошириш учун ҳар бир худуднинг табиий, минерал ва ҳом ашё, саноат, қишлоқ ҳўжалиги, туризм ва меҳнат салоҳиятидан комплекс ва самарали фойдаланишни таъминлаш;

худудлар иктисодиётини модернизация ва диверсификация қилиш масштабларни кенгайтириш ҳисобига худудларнинг ижтимоий-иктисодий ривожлантириш даражасидаги фарқини камайтириш, энг аввало саноат ва экспорт салоҳиятини ўстириш йўли билан қиёсланган туман ва шаҳарларни жадал ривожлантириш;

янги саноат ишлаб чиқариш ва сервис марказлари ни ташкил этиш ҳисобига шаҳар типидаги кичик шаҳарлар ва шаҳарчаларни актив ривожлантириш, йирик ҳўжалик бирлашмаларнинг маблағларини, банкларнинг кредитларини ва хусусий хорижий инвестицияларни жалб қилиш;

субвенцион туман ва шаҳарларни камайтириш, саноат ва хизматлар кўрсатиш соҳасини жадал ривожлантириш ҳисобига маҳаллий бюджетларнинг даромад базасини кенгайтириш;

саноат ва бошқа ишлаб чиқариш объектларни жойлаштириш учун қулай шарт-шароитлар яратиш, хусусий тадбиркорликни кенг ривожлантириш ҳамда ахолининг турмуш даражасини яхшилаш мақсадида худудларнинг ишлаб чиқариш, муҳандис-коммуникация ва ижтимоий инфратузилмасини янада ривожлантириш ва модернизация қилиш;

3.5. Комплексное и сбалансированное социально-экономическое развитие регионов, районов и городов, оптимального и эффективного использования их потенциала:

обеспечение комплексного и эффективного использования природного, минерально-сырьевого, промышленного, сельскохозяйственного, туристского и трудового потенциала каждого региона для ускорения социально-экономического развития, повышения уровня занятости и доходов населения;

сокращение дифференциации в уровне социально-экономического развития регионов за счет расширения масштабов модернизации и диверсификации экономики территорий, ускоренное развитие сравнительно отстающих районов и городов, прежде всего посредством наращивания их промышленного и экспортного потенциала;

активное развитие малых городов и поселков городского типа за счет создания в них новых промышленных производств и сервисных центров, создание малых промышленных зон, привлечение средств крупных хозяйственных объединений, кредитов банков и частных иностранных инвестиций;

сокращение субвенционных районов и городов, расширение доходной базы местных бюджетов за счет ускоренного развития в них промышленности и сферы услуг;

дальнейшее развитие и модернизация производственной, инженерно-коммуникационной и социальной инфраструктуры территорий в целях создания благоприятных условий для размещения промышленных и других производственных объектов, широкого развития частного предпринимательства и улучшения условий жизни населения.

3.6. Туризм соҳасини ривожлантириш:

туризм тармоғини жадал ривожлантириш, туризм соҳасини бошқариш тизимини такомиллаштириш;
туризм соҳасида виза, лицензия бериш ва рухсат олиш тартиб-таомилларини соддалаштириш;
хорижий инвестициялар, жаҳон брендларини фаол жалб қилиш, туризм соҳасида бизнес юритиш учун қулай шарт-шароитлар яратиш;
янги туризм йўналишларини яратиш, туризмнинг замонавий турларини ривожлантириш, уларнинг жозибадорлигини ошириш.

3.6. Развитие сферы туризма:

ускоренное развитие туристской отрасли, совершенствование системы управления туристской сферой;
совершенствование визовой политики, лицензионных и разрешительных процедур в туристской сфере;
активное привлечение иностранных инвестиций, мировых брендов, создание благоприятных условий для ведения бизнеса в сфере туризма;
создание новых туристических маршрутов, развитие современных видов туризма, повышение их привлекательности.

IV. Ижтимоий соҳани ривожлантиришнинг устувор йўналишлари

4.1. Аҳолининг бандлиги ва реал даромадларини босқичма-босқич ошириши:

аҳолининг реал пул даромадларини ва харид қобилиятини ошириш, кам таъминланган оиласаларни ва аҳолининг даромадлари бўйича фарқланиши даражасини янада қисқартириш;

бюджет муассасалари ходимларининг иш ҳақи, пенсия, стипендия ва ижтимоий нафақаларнинг ҳажмини инфляция суръатларига нисбатан жадал миқдорда босқичма-босқич ошириш;

янги иш ўринлари яратиш ҳамда аҳолининг, энг аввало, ўрта маҳсус ва олий ўкув юртлари битирувчиларининг окилона бандлигини таъминлаш, меҳнат бозори инфраструктурасининг мутаносиблиги ва ривожланишини таъминлаш, ишсизлик даражасини қисқартириш;

меҳнатга қобилиятли аҳолининг меҳнат ва тадбиркорлик фаоллигини тўлиқ амалга ошириш учун шарт-шароитлар яратиш, ишчи кучи сифатини ошириш, ишга жойлаштиришга муҳтож шахсларни касбий тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини кенгайтириш;

IV. Приоритетные направления развития социальной сферы

4.1. Последовательное повышение реальных доходов и занятости населения:

повышение реальных денежных доходов и покупательской способности населения, дальнейшее сокращение малообеспеченных семей и уровня дифференциации населения по доходам;

последовательное повышение размеров заработной платы работников бюджетных учреждений, пенсий, стипендий и социальных пособий в размерах, опережающих темпы инфляции;

создание новых рабочих мест и обеспечение рациональной занятости населения, прежде всего выпускников средних специальных и высших учебных заведений, обеспечение сбалансированности и развитие инфраструктуры рынка труда, сокращение уровня безработицы;

создание условий трудоспособному населению для полной реализации их трудовой и предпринимательской активности, повышение качества рабочей силы, расширение системы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации лиц, нуждающихся в трудоустройстве.

4.2. Аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиши ва соғлиқни сақлаши тизимини такомиллаштириши:

аҳолига мажбурий ижтимоий кафолатларни таъминлаш, аҳолининг эҳтиёжданд қатламларини ижтимоий ҳимоялашни кучайтириш ҳамда кексалар ва имконияти чекланган шахсларни давлат томонидан қўллаб-куватлаш, ижтимоий хизмат кўрсатишни яхшилаш, аҳолига ижтимоий хизматлар кўрсатишида давлат-хусусий шериклигини ривожлантириш;

соғлиқни сақлаш соҳасини, энг аввало, аҳолига тиббий ва ижтимоий-тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини оширишга қаратилган дастлабки бўғини, тез ва шошилинч тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, аҳолининг соғлом турмуш тарзини шакллантириш, тиббиёт муассасаларининг моддий-техник базасини мустаҳкамлаш;

оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза килиш, оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматга эришишини кенгайтириш, уларга ихтисослашти-рилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада амалга ошириш;

пенсионерлар, ногиронлар, ёлғиз кексалар ва аҳоли бошқа эҳтиёжданд тоифаларининг тўлақонли ҳаёт фаолиятини таъминлаш учун уларга тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини янада ривожлантириш ва такомиллаштириш;

фармацевтика саноатини янада ривожлантириш, аҳоли ва тиббиёт муассасаларининг арzon, сифатли дори воситалари ва тиббиёт буюмлари билан таъминланишини яхшилаш, улар нархларининг асоссиз ўсишига йўл қўймаслик бўйича чора-тадбирларни амалга ошириш;

аҳоли касалланиш кўрсаткичлари пасайишини ва ҳаётининг давомийлиги узайишини таъминлаш.

4.2. Совершенствование системы социальной защиты населения и охраны здоровья:

обеспечение обязательных социальных гарантий населению, усиление социальной защиты уязвимых слоев насе-

ления и государственной поддержки пожилым людям и лицам с ограниченными возможностями, улучшение социального обслуживания, развитие государственно-частного партнерства в предоставлении социальных услуг населению;

дальнейшее реформирование сферы здравоохранения, прежде всего первичного звена, скорой и экстренной медицинской помощи, направленное на повышение доступности и качества медицинского и социально-медицинского обслуживания населению, формирование здорового образа жизни населения, укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;

дальнейшая реализация комплексных мер по укреплению здоровья семьи, охране материнства и детства, расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению младенческой и детской смертности;

дальнейшее развитие и совершенствование системы медико-социальной помощи пенсионерам, инвалидам, одиночным престарелым и другим уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности;

дальнейшее развитие фармацевтической промышленности и улучшение обеспеченности населения и медицинских учреждений доступными, качественными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, реализация мер по недопущению необоснованного роста цен на них;

обеспечение снижения показателей заболеваемости населения и повышения продолжительности жизни населения.

4.3. Арzon уй-жойлар қуриши бўйича мақсадли дастурларни амалга ошириши, аҳолининг ҳаёт шароитлари яхшиланишини таъминловчи йўл-транспорт, мұхандислик-коммуникация ва ижтимоий инфраструктузилмани ривожлантириши ҳамда модернизация қилиши:

аҳолининг, энг аввало, ёш оиласлар, эскирган уйларда яшовчилар ва фуқароларнинг уй-жой шароитларини яхшилашга муҳтоҷ бошқа тоифаларининг яшаш шарт-шароитларини имтиёзли шартларда ипотека кредитлари ажратиш ҳамда шаҳарлар

ва қишлоқ жойларда арzon уйларни куриш орқали янада яхшилаш;

коммунал-маший хизматлар билан таъминланганлик даражасини ошириш, энг аввало, янги сув ўтказиш тармоқларини куриш, замонавий тежамкор ва самарали технологияларни босқичмабосқич жорий этиш орқали қишлоқ жойларда аҳолининг тоза ичимлиқ суви билан таъминланишини тубдан яхшилаш;

одамлар яшашининг экологик хавфсизлигини таъминлаш, маший чиқиндиларни қайта ишлап комплексларини қуриш ва модернизация қилиш, уларнинг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш, аҳолини чиқинди йўқ қилишнинг замонавий обьектлари билан таъминлаш;

аҳолига транспорт хизмати кўрсатишни тубдан яхшилаш, йўловчи ташиш хавфсизлигини ошириш ва атмосферага заарли ифлослантирувчи моддаларни қисқартириш, янги ҳар томонлама қулай автобусларни сотиб олиш, автовокзал ва автостанцияларни куриш ҳамда реконструкция қилиш;

йўл инфраструктураси курилиши ва реконструкция қилинишини жадал давом эттириш, энг аввало, минтақавий автомобиль йўлларини ривожлантириш, хўжаликларо қишлоқ автомобиль йўлларини, аҳоли пункти кўчаларини капитал ва жорий таъмираш;

янги электр ишлаб чиқариш кувватларини қуриш ва мавжудларини модернизация қилиш асосида аҳолини электр энергияси билан таъминлашни яхшилаш, паст кучланишли электр тармоқлари ва трансформатор пунктларини янгилаш, шунингдек, аҳолини бошқа ёқилғи-энергия ресурслари билан таъминлашни яхшилаш ва қайта тикланадиган энергия манбаларидан фойдаланишини кенгайтириш бўйича чора-тадбирларни амалга ошириш;

театр-тамоша, маданий-маърифий ташкилотлар ва музейлар фаoliyatiini rivojlanтириш ҳамда такомиллаштириш, уларнинг моддий техника базасини мустаҳкамлаш.

4.3. Реализация целевых программ по строительству доступного жилья, развитию и модернизации дорожно-транспортной, инженерно-коммуникационной и социальной инфраструктуры, обеспечивающих улучшение условий жизни населения:

дальнейшее улучшение жилищных условий населения, прежде всего молодым семьям, жителям ветхих жилых домов и другим категориям граждан, нуждающихся в улучшении жилищных условий, путем предоставления ипотечных кредитов на льготных условиях и строительства доступного жилья в городах и сельской местности;

повышение уровня обеспеченности коммунально-бытовыми услугами, прежде всего кардинальное улучшение обеспечения населения в сельской местности чистой питьевой водой путем строительства новых водопроводных линий, последовательного внедрения современных экономичных и эффективных технологий;

обеспечение экологической безопасности проживания людей, строительство и модернизация комплексов переработки бытовых отходов, укрепление их материально-технической базы, обеспечение населения современными объектами утилизации отходов;

коренное улучшение транспортного обслуживания населения, повышение безопасности пассажирских перевозок и сокращение вредных выбросов в атмосферу, приобретение новых комфортабельных автобусов, строительство и реконструкция автовокзалов и автостанций;

дальнейшее строительство и реконструкция дорожной инфраструктуры, прежде всего развития региональных автомобильных дорог, капитальный и текущий ремонт межхозяйственных сельских автомобильных дорог, улиц населенных пунктов;

улучшение обеспечения населения электрической энергией на основе строительства новых и модернизации действующих электрогенерирующих мощностей, обновление низковольтных электрических сетей и трансформаторных пунктов, а также реализация мер по улучшению обеспечения населения другими топливно-энергетическими ресурсами и расширение использования возобновляемых источников энергии;

развитие и совершенствование деятельности театрально-зрелищных, культурно-просветительных организаций и музеев, укрепление их материально-технической базы.

4.4. Таълим ва фан соҳасини ривожлантириши:

узлуксиз таълим тизимини янада такомиллаштириш йўлини давом эттириш, сифатли таълим хизматларига имкониятларни ошириш, меҳнат бозорининг замонавий эҳтиёжларига мувофиқ юқори малакали кадрларни тайёрлаш;

таълим муассасаларини куриш, реконструкция қилиш, капитал таъмирлаш, уларни замонавий ўкув ва лаборатория ускуналари, компьютер техникаси ва ўкув-методик қўлланмалар билан жиҳозлаш бўйича ишларни амалга ошириш орқали уларнинг моддий-техник базасини мустаҳкамлаш юзасидан аниқ мақсадга қаратилган чора-тадбирларни кўриш;

болалар мактабгача таълим муассасалари тармоғини кенгайтириш, болаларнинг ҳар томонлама интеллектуал, эстетик ва жисмоний ривожланиши учун мактабгача таълим муассасаларида шарт-шароитларни тубдан яхшилаш, болаларнинг мактабгача таълим билан қамраб олинишини жиддий ошириш ва унинг қулайлигини таъминлаш, педагог ва мутахассисларнинг малака даражасини юксалтириш;

умумий ўрта таълим сифатини тубдан ошириш, чет тиллар, информатика, математика, физика, химия, биология каби бошқа муҳим ва талаб юқори бўлган предметларни чукурлаштирилган тарзда ўрганиш;

болаларни спорт билан оммавий тарзда шуғулланишга жалб қилиш, уларни мусиқа ва санъат олами билан боғлаш мақсадида янги болалар спорти объектларини, болалар мусиқа ва санъат мактабларини куриш, мавжудларини реконструкция қилиш;

касб-хунар коллежлари ўкувчиларини бозор иқтисодиёти ва иш берувчиларнинг эҳтиёжларига жавоб берадиган мутахассисликлар бўйича тайёрлаш ҳамда ишга жойлаштириш борасидаги ишларни таъмиллаштириш;

таълим ва ўқитиш сифатини баҳолашнинг халқаро стандартларини жорий этиш асосида олий таълим муассасалари фаолиятининг сифати ҳамда самарадорлигини ошириш, олий таълим муассасаларига қабул квоталарини босқичма-босқич кўпайтириш;

илмий-тадқиқот ва инновация фаолиятини рафбатлантириш, илмий ва инновация ютуқларини амалиётга жорий этишнинг самара-ли механизмларини яратиш, олий ўкув юрлари ва илмий-тадқиқот

институтлари ҳузурида ихтисослаштирилган илмий-экспериментал лабораториялар, юқори технология марказлари ва технопаркларни ташкил этиш.

4.4. Развитие сферы образования и науки:

продолжение курса дальнейшего совершенствования системы непрерывного образования, повышения доступности качественных образовательных услуг, подготовки высококвалифицированных кадров в соответствии с современными потребностями рынка труда;

осуществление целенаправленных мер по укреплению материально-технической базы образовательных учреждений путем проведения работ по их строительству, реконструкции и капитальному ремонту, оснащение современным учебным и лабораторным оборудованием, компьютерной техникой, учебно-методическими пособиями;

расширение сети дошкольных образовательных учреждений, коренное улучшение условий в дошкольных образовательных учреждениях для всестороннего интеллектуального, эстетического и физического развития детей, обеспечение доступности и значительного повышения охвата детей дошкольным образованием, повышение уровня квалификации педагогов и специалистов;

кардинальное повышение качества общего среднего образования, углубленное изучение иностранных языков, информатики, других важных и востребованных предметов, включая математику, физику, химию, биологию;

строительство новых, реконструкция существующих объектов детского спорта и детских школ музыки и искусства в целях привлечения детей к массовым занятиям спортом, приобщению их к миру музыки и искусства;

совершенствование работ по подготовке и трудоустройству учащихся профессиональных колледжей по специальностям, отвечающим требованиям рыночной экономики и потребностям работодателей;

повышение качества и эффективности деятельности высших образовательных учреждений на основе внедрения международных стан-

дартов обучения и оценки качества преподавания, поэтапное увеличение квоты приема в высшие образовательные учреждения; стимулирование научно-исследовательской и инновационной деятельности, создание эффективных механизмов внедрения научных и инновационных достижений в практику, создание при вузах и НИИ научно-экспериментальных специализированных лабораторий, центров высоких технологий, технопарков.

4.5. Ёшларга оид давлат сиёсатини тақомиллаштириши:

жисмонан соғлом, рухий ва интеллектуал ривожланган, мустақил фикрлайдиган, қатъий ҳаётий нұқтаи-назарига зга, Ватанға содиқ ёшларни тарбиялаш, демократик ислоҳотларни чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятими ривожлантириш жараённанда уларнинг ижтимоий фаоллигини ошириш;

ўрта маҳсус, қасб-хунар ва олий таълим муассасалари битирувчиларини ишга жойлаштириш ҳамда хусусий тадбиркорлик соҳасига жалб килиш;

ёш авлоднинг ижодий ва интеллектуал салоҳиятини қўллаб-куватлаш ҳамда амалга ошириш, болалар ва ёшлар ўргасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш, уларни жисмоний тарбия ва спортга кенг жалб этиш;

ёшларни ижтимоий ҳимоя қилиш, ёш оиласалар учун муносиб уйжай ва ижтимоий-маиший шарт-шароитлар яратиш;

ёшларга оид давлат сиёсатини амалга оширишда давлат ҳокимияти ва бошқаруви органлари, таълим муассасалари, ёшлар ва бошка ташкилотларнинг самарали фаолиятини ташкил этиш.

4.5. Совершенствование государственной молодежной политики: воспитание физически здоровой, духовно и интеллектуально развитой, самостоятельно мыслящей, преданной Родине молодежи с твердыми жизненными взглядами, повышение его социальной активности в процессе углубления демократических реформ и развития гражданского общества;

трудоустройство и привлечение в сферу частного предпринимательства выпускников средних специальных, профессиональных и высших образовательных учреждений;

поддержка и реализация творческого и интеллектуального потенциала молодого поколения, формирование здорового образа жизни среди детей и молодежи, широкое привлечение их к физической культуре и спорту;

социальная защита молодежи, создание для молодых семей достойных жилищных и социально-бытовых условий;

организация эффективной деятельности органов государственной власти и управления, образовательных учреждений, молодежных и иных организаций в реализации государственной молодежной политики.

V. Хавфсизлик, диний бағрикенглик ва миллатлараро тутувликни таъминлаш ҳамда чуқур ўйланган, ўзаро манфаатли ва амалий ташқи сиёсат соҳасидаги устувор йўналишлар

5.1. Хавфсизлик, диний бағрикенглик ва миллатлараро тутувликни таъминлаш соҳасидаги устувор йўналишлар:

Ўзбекистон Республикасининг конституцияий тузуми, суверентети, худудий яхлитлигини муҳофаза қилиш;

ахборот хавфсизлигини таъминлаш ва ахборотни ҳимоя қилиш тизимини тақомиллаштириш, ахборот соҳасидаги таҳдидларга ўз вақтида ва мутаносиб равишда қарши ҳаракатларни ташкил этиш;

фуқаролик, миллатлар ва конфессиялараро тинчлик ва тутувликни мустаҳкамлаш;

давлатнинг мудофаа салоҳиятини мустаҳкамлаш, Ўзбекистон Республикаси Қуролли Кучларининг жанговар қурдати ва қобилиятини ошириш;

атроф-табиий мухит, аҳоли соглиги ва генофондига путур етказувчи экологик муаммоларнинг олдини олиш;

фавқулодда вазиятларни олдини олиш ва бартараф этиш тизимини тақомиллаштириш.

V. Приоритетные направления в сфере обеспечения безопасности, религиозной толерантности и межнационального согласия, а также осуществления взвешенной, взаимовыгодной и конструктивной внешней политики

5.1. Приоритетные направления в сфере обеспечения безопасности, религиозной толерантности и межнационального согласия:
защита конституционного строя, суверенитета, территориальной целостности Республики Узбекистан;
совершенствование системы обеспечения информационной безопасности и защиты информации, своевременное и адекватное противодействие угрозам в информационной сфере;
укрепление гражданского, межнационального, межконфессионального мира и согласия;
укрепление обороноспособности государства, повышение боевой мощи и боеспособности Вооруженных Сил Республики Узбекистан;
предотвращение экологических проблем, наносящих урон состоянию окружающей среды, здоровью и генофонду населения;
совершенствование системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

5.2. Чуқур ўйланган, ўзаро манфаатли ва амалий ташқи сиёсат соҳасидаги устувор йўналишлар:

давлат мустақиллиги ва суверенитетини мустахкамлаш, мамлакатнинг ҳалқаро муносабатлар тўла хукуқли субъекти сифатида ўрни ва ролини кучайтириш, ривожланган демократик давлатлар қаторига кириш, Ўзбекистон теварагида хавфсизлик, барқарорлик ва ахил қўшичилик миңтақасини вужудга келтириш;

Ўзбекистон Республикасининг ҳалқаро нуфузини мустаҳкамлаш, жаҳон ҳамжамиятига мамлакатда олиб борилаётган ислоҳотлар ҳақида холис ахборотни етказиш;

Ўзбекистон Республикасининг ташқи сиёсий ва ташқи иқтисодий фаoliyatiни норматив-хукуқий базасини ҳамда ҳалқаро ҳамкорликнинг шартномавий-хукуқий асосларини такомиллаштириш;

давлат чегарасининг демилитизация ва демаркация масалаларини ҳал этиш.

5.2. Приоритетные направления в сфере осуществления взведенной, взаимовыгодной и конструктивной внешней политики:

укрепление независимости и суверенитета государства, дальнейшее укрепление места и роли страны в качестве полноправного субъекта международных отношений, вхождение в число развитых демократических государств, создание вокруг Узбекистана пояса безопасности, стабильности и добрососедства;

укрепление международного имиджа Республики Узбекистан, доведение до мирового сообщества объективной информации о проводимых в стране реформах;

совершенствование нормативно-правовой базы внешнеполитической и внешнеэкономической деятельности Республики Узбекистан, а также договорно-правовой основы международного сотрудничества;

урегулирование вопросов делимитации и демаркации Государственной границы Республики Узбекистан.

АДАБИЁТЛАР ЛИТЕРАТУРНЫЕ ССЫЛКИ

1. Указ Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 г. №УП-2107 «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»
2. Ш.Каримов. Здравоохранение Узбекистана-проблемы, перспективы. Изд. Дом «Мир экономики и права», 1998г.159 с.
3. Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 г. №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»
4. Постановление Кабинета Министров от 21 мая 1996 г. № 182 «О программе развития инфраструктуры села»
5. Ф. Фузайлов, С. Раут и др., Отношение населения к свободному выбору поставщика медицинских услуг, Ташкент, СБРП «Здоровье-2» и «Укрепление здоровья женщин и детей», Проект ЗдравПлюс/USAID, 2008
6. Республика Узбекистан. Оценка реформ в первичном звене здравоохранения: прозрачность, подотчетность и эффективность, Департамент сокращения бедности и экономического управления, регион Европы и Центральной Азии, Документ Всемирного банка, 2009
7. Менликулов П.Р., Маматкулов Б.М., Итоговый отчет по оптимизации планирования и управления кадровым потенциалом системы здравоохранения, Минздрав РУз, Международная ассоциация развития, 2007
8. Groenewegen P.P., Van Der Zee J., Van Haaften R. Remunerating General Practitioners in Western Europe / P.P. Groenewegen, J. Van Der Zee, R. Van Haaften.- Aldershot, Avebury, 1991. P.34 - 37
9. Grol R. Development of guidelines for general practice care / R. Grol // British Journal of General Practice. 1993. - N43. - P. 146-151
10. Leeuwenhorst working party. The contribution of general practitioner to undergraduate medical education // a statement by the working party appointed by 2 European conference on the teaching of general practice. London. 1997. - 112 p.

11. Всемирная организация здравоохранения (2009) Европейская министерская конференция ВОЗ «Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние» (www.euro.who.int)
12. W.G.W. Boerma, D.M. Fleming, Роль общей врачебной практики в первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенгаген, 2001
13. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, ВОЗ, 2008
14. Ян Бот, консультант АБР, Медицинские кадры в Республике Узбекистан, 2006
15. Майкл Мира, Обучение врачей общей практики и потребность Республики Узбекистан в медицинских кадрах, Отчет для Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Центральное бюро реализации проекта «Здоровье», финансируемого ВБ, 2001
16. Статистические материалы о деятельности медицинских учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2010 году, Минздрав РУз, Институт здоровья и медицинской статистики, Ташкент, 2011
17. Справочник врача общей практики, под ред. Икрамова А.И., раздел № 1 Нормативно-правовые аспекты общей врачебной практики (Цой Е.С., Фузайлов Ф.З.), СБРП «Здоровье-2», «Укрепление здоровья женщин и детей» Минздрава РУз в рамках реализации проекта Международной ассоциации развития «Здоровье-2», 2010
18. Отчет по финальной оценке Проекта «Здоровье-2», Центр социальных и маркетинговых исследований «Ekspert fikri», Ташкент, 2011
19. Отчет об исследовании: Эффективность патронажных визитов медсестер. Минздрав РУз, СБРП «Здоровье-2» и «Укрепление здоровья женщин и детей», Проект USAID ЗдравПлюс, Ташкент, Узбекистан 2007
20. Primary Care Evaluation Tool Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
21. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 www.euro.who.int

22. Smith, PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 www.euro.who.int
23. Murray C, Frenk J. world health report 2000: a step towards evidence-based health policy. Lancet, 2001, 357:1698-1700
24. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000 www.who.int
25. Health systems performance: glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2001 www.who.int
26. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working papers no. 23) www.oecd.org
27. Health Evidence Network. What are the arguments for community-based mental health care? Annex 2. Key principles for balanced community-based mental health services [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 www.euro.who.int
28. Boerma WG. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WG, eds. Primary care in the driver's seat?Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press, 2006 www.euro.who.int
29. Wienke Boerma, Dionne Sofia Kringos, Marieke Verschuuren, Martina Pellny, Луиза Баймирова Управление качеством первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане, ВОЗ/NIVEL/MЗ РУз, 2009
30. Азимова Н.Х., Рехлис Н., Якупов С.Т., Обследование медицинских учреждений в Узбекистане, Социологический центр SHARH VA TAVSIA, 2003
31. Martin McKee, Judith Healy, Jane Halkingham Healthcare in Central Asia. European Observatory on Health care systems series, 2002
32. Atun R. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях её большей ориентации на службы ПМСП, Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2004, www.euro.who.int
33. CSarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения. Серия исследований обсерватории, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010
34. Антонио Дюран. Организация и финансирование. Отчет проектов «Здоровье-2» и «Укрепление здоровья женщин и детей в Узбекистане», 2010
35. Отчет по финальной оценке мониторинга проекта «Здоровье-2», июль 2011. Центр социальных и маркетинговых исследований «Эксперт фикри», JPIB: HEALTH-II and WCHD project survey, июль 2011
36. D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, Y. Bourgueil et al. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 2010. www.ncbi.nlm.nih.gov

Назорат учун саволлар

1. Оилавий шифокор ким?
2. Оилавий тиббиёт ривожланишида ахамиятта эга булган меъерий хужжатлар?
3. Врач мулокотининг роли ва ахамияти?
4. Шахслараро муносабатлар нима?
5. Мулокотни ўрнатадиган омиллар?
6. УАШни турли гурухдаги ахоли билан ишлашни мақсади?
7. Турли гурухдаги ахолини профилактика турлари?
8. УАШ ишида хавф омилларининг ахамияти?
9. ОП ва КВПларнинг структураси нимадан иборат?
10. УАШнинг асосий тамойиллари?

ТЕСТЛАР

1. Қуйидагиларнинг қайси бири шахслар аро мулокотда самарали деб хисобланади?

- 1) икки ёки ундан ортиқ шахслар аро вербал ва новербал маълумот алмашиш
- 2) икки ёки ундан ортиқ шахслар аро вербал маълумот алмашиш
- 3) икки ёки ундан ортиқ шахслар аро новербал маълумот алмашиш
- 4) аниқ мавзу бўйича маълумот ёки фикр алмашиш.
- 5) маълумотни тушуниш жараёни.

2. Қуйидагиларнинг қайси бири мулокот шакли хисобланади?

- 1) вербал, новербал
- 2) вербал, тана тили
- 3) вербал, новербал, тана тили
- 4) новербал, тана тили
- 5) вербал, новербал, тана тили, оддий ва тушунарли тил

3. Агар сиз яхши тингловчи бўлсангиз сиз:

- 1) бемор сўзидан енгил чалғайсиз
- 2) факат ўз фикрларингизни маъқуллайсиз
- 3) нима гапиришингизни ўйлаб турасиз
- 4) беморни сўзларини диққат билан тинглайсиз
- 5) бемор сўзлаганда бошқа нарса билан машғулсиз

4. Сизни ишлаш жараёнингизни қўшимча ўқув куроллари енгиллаштиради, чунки:

- 1) беморга берган маълумотларингизга қараганда кўпроқ маълумот беради
- 2) сизнинг беморингизга тўлиқ, аниқ ва мукаммал маълумот таъминланади
- 3) беморга ажратиладига вақтни қисқартиради
- 4) китмир саволлардан йироқ бўлишни таъминлайди
- 5) сизнинг беморга нисбатан этиборингизни кучайтиради

5. Бемор хавотирини самарали акс эттириш керак, чунки:

- 1) қийин вазиятдан чиқиш мақсадида унинг хис туйғуларини аниқлаш, уларни анализ қилиш
- 2) унинг хис туйғуларини аниқлаш уларни тахлил қилиш
- 3) унинг хис туйғуларини аниқлаш ва уларга қарши чиқиш
- 4) унинг хис туйғуларини аниқлаш ва уларни умумлаштириш
- 5) унинг хис туйғуларини аниқлаш ва уларни этиборсиз қолдириш

6. Катта ёшдагилар қилга ишини, кўрганин ва эшитганини эслаб колиши частотаси:

- 1) 100%
- 2) 90%
- 3) 80%
- 4) 70%
- 5) 60%

7. Шахслар аро мулокот бу:

- 1) икки шахс ўртасидаги мулокот
- 2) бемор ва шифокор ўртасидаги мулокот

- 3) бир гурух шахслар билан мuloқot
- 4) оммавий ахборот воситалари орқали мuloқot (радио, телевидения, матбуот, телефон)
- 5) шахс сонидан қатъий назар юзма-юз мuloқot

8. Шахслар аро мuloқot ташкил этади:

- 1) новербал мuloқot алмашиниш
- 2) тўғри ва моментал жараён
- 3) вербал мuloқot алмашиниш
- 4) аниқ шахсга таклиф ва фикрларни матбуот орқали юбориш
- 5) икки шахснинг телефон орқали гаплашиши ва маълумот алмашиши.

9. Новербал мuloқotning кўникмалари қуйидагиларни ташкил этади:

- 1) тана тили
- 2) оддий тил
- 3) тушунарли тил
- 4) аниқ ва тўғри ташкил қилинган жумла
- 5) самарали саволлар

10. Тиббий кўрик ташкил этади:

- 1) номедекаментоз ва медекаментоз даво тавсия этиш
- 2) бемор билан тўлиқ юзма-юз боғланиш бўлиб, беморнинг соғлиги билан боғлиқ мавжуд муаммоларни аниқлашда ва тўғри хулоса чиқаришда тиббиёт ходимининг тўлиқ ва аниқ маълумот бериши
- 3) тиббиёт ходими беморнинг соғлиги билан боғлиқ бўлган муаммоларни аниқлаш ва унга даволаш тавсия этиш
- 4) лабаратор-инструментал текширувдан ўтишни тавсия бериш
- 5) тахминий ташхис қўйиб, бошқа мутахассисга юбориш

11. Вербал мuloқotning кўникмалари қуйидагиларни ташкил этади:

- 1) тўғри келадиган кўникмаларни кўллаш

- 2) bemor iшлатадиган атамаларни мuloқot жараёнида кўллаш
- 3) интонация
- 4) тана тили
- 5) перефразалаш

12. Қуйидагиларнинг қайси бири вербал мuloқotга киради?

- 1) bemorни кунт билан эшитиш
- 2) бетараф бўлиш ва bemorни айбламаслик
- 3) bemor жавоб бера олиши мумкин бўлган саволларни бериш
- 4) нигоҳли мuloқotни ўrnata bилиш

13. Қуйидагиларнинг қайси бири новербал мuloқotга киради?

- 1) bemor билан саломлашаман
- 2) bemor билан мuloқotда шошмайман
- 3) bemor ўзини эркин хис қилиши учун, хазил қиласман
- 4) bemorga tаниш бўлган гапларни кўллайман
- 5) bemorни исми билан мурожаат қиласман

14. Катталар эслаб қолади:

- 1) эшиганини 40%
- 2) қилган ишини, эшиганини ва кўрганини 80%
- 3) кўргани ва эшиганини 60%
- 4) эшиганини 30%
- 5) қилган ишини, эшиганини ва кўрганини 90%

15. Тиббий кўрик жараёнида қандай ишлар амалга оширилиши керак?

- 1) Беморни эшита билиш ва унинг фикрларини хурмат қилиш
- 2) мuloқotда шошилиш
- 3) bemorни этиборини жалб қилиш мақсадида шахсий фикрларни кўллаш
- 4) bemorни эркин ўтиришига йўл қўймаслик
- 5) bemorga исми билан мурожаат қилиш *

16. Қуйидагилардан қайсилари новербал мuloқотга киради?

- 1) беморнинг мухим бўлган муаммоларини перефразалаш
- 2) мuloқотда очик бўлиш
- 3) бемор томонига бироз эгилиш
- 4) нигоҳли мuloқотни ўрнатиш
- 5) очик ва текширувчи саволларни бериш

1) беморнинг мухим тартибни салтанде келинг түркменишада /
2) тўғрила оланчалик тарафдан көз осизатиб, ишломад ва шартни фасъ гид
3) ўзбек тартибни олдишада яхуди начоин ярд бечака беради /
4) йана ошкада обзифи и фарзандларни олдишада ишломади
5) йаън инсанни салбари олдишада ишломади да наъдумон
зинчаладиганда гидравлик ярд кийиб да олдишадиганда /

6. Ўарнербал мuloқотни кийибни салтандишига яхуди ярд (1
тадж.)
7. Ўарнербал мuloқотни кийибни салтандишига яхуди ярд (2
тадж.)
8. Ўарнербал мuloқотни кийибни салтандишига яхуди ярд (3
тадж.)
9. Ўарнербал мuloқотни кийибни салтандишига яхуди ярд (4
тадж.)
10. Ўарнербал мuloқотни кийибни салтандишига яхуди ярд (5
тадж.)

Нашириёт лицензияси AI №158. 14.08.09.

Босишига 2017 йил 27 декабрда руҳсат этилди. Мелованли қоғози.

Бичим 60x84¹⁶. Times New Roman гарнитурасида офсет усулида босилди.

Шартли босма табоги 12,59. Нашр табоги 12,41.

Адади 300 нусха. Баҳоси шартнома асосида.

Буюртма № 17-762.

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг
«O'zbekiston» нашириёт-матбаа ижодий уйи.

100129, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.

e-mail: uzbekistan@iptd-uzbekistan.uz

www.iptd-uzbekistan.uz