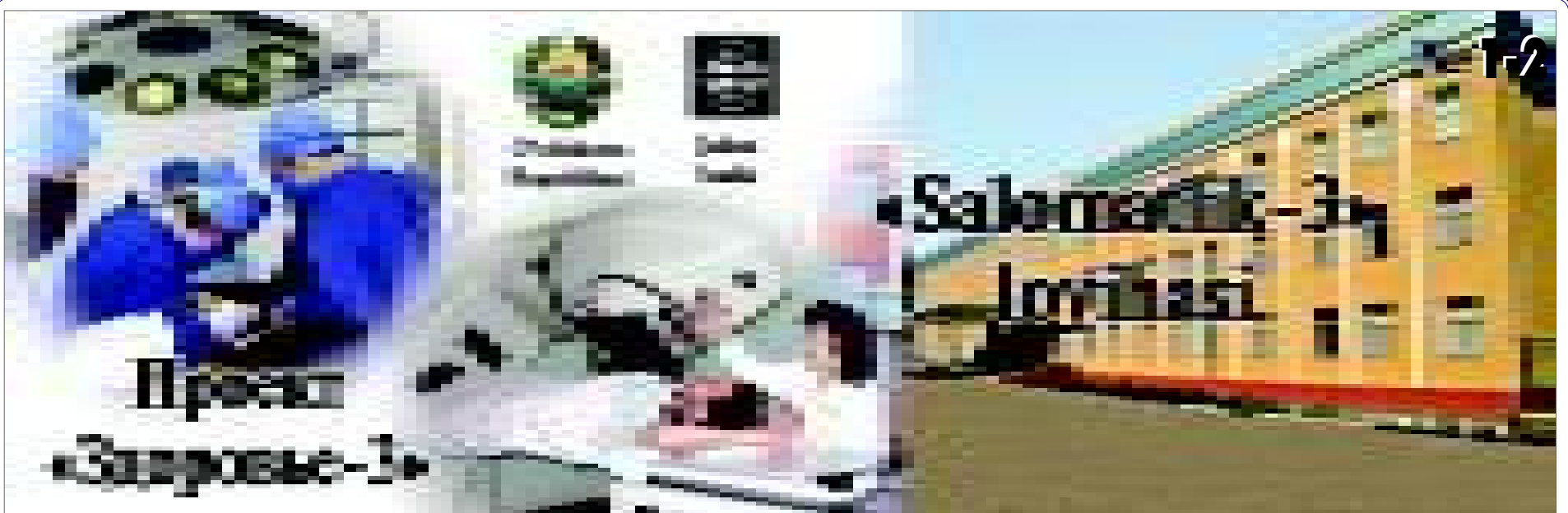


Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgt.uz, info@uzssgt.uz • 2012 йил, 13 июль • № 28 (893)

ТАҚДИРИМСАН, БАХТИМСАН, ОБОД ВА ЭРКИН ВАТАН!



ПРОЕКТ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЗДОРОВЬЕ-3)»

при финансовом сотрудничестве с Международной ассоциацией развития Всемирного банка

В настоящее время в Узбекистане создана эффективно действующая система высококвалифицированной медицинской помощи. Она включает, в числе других, Республиканские специализированные центры хирургии, урологии, кардиологии и микрохирургии глаза, специализированные научно-практические медицинские центры терапии и медицинской реабилитации, дерматологии и венерологии, акушерства и гинекологии, педиатрии, фтизиатрии и пульмонологии, эндокринологии и областные многопрофильные медицинские центры. Оснащение же лечебных учреждений районного уровня пока отстает от требуемого по стандартам оснащения, в связи с чем данный проект посвящен вопросам улучшения качества медицинских услуг в отобранных районных медицинских объединениях, совершенствованию системы финансирования и управления медицинскими учреждениями, развитию системы общественного здравоохранения и продолжения дальнейшего развития первичного звена здравоохранения.

санитарной помощи прошел обширную переподготовку по общей врачебной практике с уклоном семейной медицины.

Дальнейшее сотрудничество Правительства Республики Узбекистан и Всемирного банка планируется направить на улучшение качества услуг амбулаторного и стационарного звена на районном и городском уровнях.

Определены следующие ключевые стратегические направления и сферы для дальнейшей модернизации первичного звена здравоохранения:

– совершенствование стационарных медицинских услуг по



Қашқадарё вилояти Қамаш туман тиббиёт бирлашмасининг ташқи кўриниши.

Правительство Республики Узбекистан совместно с Всемирным банком на протяжении ряда лет оказывают значительные финансовые вливания и техническую поддержку, направленную на решение задач реформирования в первичном звене здравоохранения.

Все это позволило существенно улучшить инфраструктуру сельского здравоохранения и оснастить современным медицинским оборудованием большую часть (свыше 3000) сельских учреждений первичной медико-санитарной помощи. Была проведена реформа методики финансирования первичного звена здравоохранения, основанная на подушевом финансировании сельских учреждений первичной медико-санитарной помощи. Начата реформа городского звена



Қашқадарё вилояти Қарши туманидаги Мирмирон ҚВПнинг ташқи кўриниши.

первичной медико-санитарной помощи на уровне пилотных поликлиник в четырех городах – Ташкент, Самарканд, Гулистан и Маргилан. Медицинский персонал реформированных учреждений первичной медико-

средством оснащения районных медицинских объединений современным медицинским оборудованием; образование/обучение; разработка клинических руководств, разработка и внедрение новых технологий по

функциональному управлению больниц и улучшению системы технического обслуживания медицинского оборудования районных медицинских объединений и учреждений первичного звена здравоохранения; – дальнейшая поддержка реформ первичного звена здравоохранения в городских семейных поликлиниках посредством оснащения 50 семейных поликлиник г.Ташкента, 19 семейных поликлиник в Ферганской области и 7 семейных поликлиник в Самаркандской области современным медицинским оборудованием и подготовки врачей общей практики;

– содействие осуществлению общих принципов общественного здравоохранения посредством внедрения программ по пропаганде здорового образа жизни и скрининг программ по профилактике сахарного диабета и гипертонической бо-

лезни, совершенствования эпидемиологического надзора за факторами риска неинфекционных заболеваний;

– поддержка естественно-го развития реформ финансирования и управления здравоохранения с возможным упором на укрепление реформ финансирования и управления первичного звена здравоохранения, распространение реформ городской модели первичной медико-санитарной помощи и реформ управления, а также начало реформирования системы финансирования и управления стационарными учреждениями в пилотных регионах.

Основными целями и задачами проекта «Здоровье-3» являются:
* повышение качества медицинских услуг, оказываемых
(Окончание на 2-й стр.)



ПРОЕКТ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЗДОРОВЬЕ-3)»

при финансовом сотрудничестве с Международной ассоциацией развития Всемирного банка

(Продолжение.
Начало на 1-й стр.)

районными медицинскими объединениями;

* разработка программ по совершенствованию медицинских услуг в отобранных сферах (кардиология, пульмонология, общая педиатрия, инфекция);

* обеспечение финансовой устойчивости модернизированных районных медицинских объединений;

* доступ к недорогой спе-

Подкомпонент совершенствование больничного обслуживания

В рамках данного подкомпонента будут финансироваться следующие мероприятия: (а) оснащение не менее ста отдельных центральных районных больниц современным диагностическим оборудованием, оборудованием для утилизации и медицинской мебели; (б) улучшение планирования больничных услуг в РМО, включая пересмотр больничных строительных спецификаций и стандартов,

Данный подкомпонент направлен на развитие системы ПМСП посредством: (а) расширения охвата модели ПМСП на все городские поликлиники в пилотных Ферганской, Сырдарьинской, Самаркандской областях и в г. Ташкенте; (б) продолжение десятимесячных программ подготовки ВОП; (в) повышение квалификации врачей и медсестер ПМСП в вопросах ранней диагностики, скрининга и лечения, приоритетных неинфекционных заболеваний (НИЗ) и разработка оптимальной стратегии внедрения городской модели общей врачебной практики, посредством предоставления товаров, услуг консультантов и обучения.

10-месячная программа по обучению ВОП останется основным методом подготовки врачей городских поликлиник. Однако программа будет подвергнута внешнему обзору для обеспечения соответствия аспектов обучения практическим навыкам – стандартам высокого качества.

В рамках данного подкомпонента будут финансироваться следующие мероприятия: (а) техническое содействие по обзору 10-месячной программы по обучению ВОП; (б) предоставление медицинского оборудования городским учрежде-

практических стандартов лечения для педиатров и терапевтов РМО; и (г) создание механизмов повышения качества для мониторинга применения новых клинических стандартов лечения, посредством предоставления товаров, услуг консультантов и обучения.

Компонент 2: укрепление реформ финансирования и управления сектором здравоохранения

Настоящий компонент направлен на следующее: (а) консолидация и институционализа-

охранения; (б) техническое содействие и обучение для наращивания потенциала Минздрава и разработки национальных счетов здравоохранения, анализа расходов в секторе здравоохранения и разработки среднесрочных прогнозов; (в) техническое содействие в разработке контрактов на основе стоимости и объема услуг и блочных контрактов для возмещения затрат на предоставление больничных услуг и их пилотировании; (г) обучение персона-



циализированной стационарной и консультативно-амбулаторной помощи для пациентов районных больниц;

* укрепление системы медицинского образования и совершенствование устойчивого долгосрочного профессионального развития медицинских работников;

* укрепление потенциала системы здравоохранения в плане управления больницами (стратегическое планирование и управление на основе индикаторов эффективности, качества и доступности).

Структура проекта «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» предполагает следующие четыре компонента:

Компонент 1: повышение качества услуг здравоохранения

Данный компонент будет направлен на улучшение планирования услуг в РМО, их оснащение современным оборудованием и улучшение навыков и компетенций клинического персонала в вопросах ведения и лечения пациентов, с упором на наиболее распространенные педиатрические и неинфекционные заболевания. Этот компонент будет опираться на результаты проектов «Здоровье-1» и «Здоровье-2» в том, что касается реструктуризации первичного звена здравоохранения. Далее, он будет поддерживать углубленные реформы ПМСП путем расширения модели общей практики в ПМСП на городскую местность, укрепляя систему направления пациентов и улучшая навыки и компетенцию медицинского персонала в вопросах ранней диагностики, скрининга и лечения наиболее значимых неинфекционных заболеваний.

Компонент состоит из трех подкомпонентов.

и разработку правил направления и систем технического обслуживания оборудования; и (в) организация учебных поездок для сотрудников администрации органов здравоохранения для наращивания уровня знаний и компетенции в больницах.

Проект будет уделять особое внимание созданию возможностей для обзора и реструктуризации функциональных связей и организационной структуры предоставления клинических услуг на уровне РМО. Реконструкция многих РМО сохранит некоторые из первоначальных проектов, но расположение и структура дополнительных зданий, а также переназначение зданий будут планироваться таким образом, чтобы максимально повысить эффективность функциональных взаимосвязей и помочь снизить операционные расходы в дальнейшем. Насколько возможно, услуги будут консолидироваться (приемное отделение, диагностическое, отделение экстренной помощи, общей терапии и педиатрии и т.д.) и располагаться в меньшем количестве зданий.

Первоначально проект будет поддерживать все больницы в шести областях (Андижанская, Ферганская, Кашкадарьинская, Наманганская, Самаркандская области и Республика Каракалпакстан) и две-три больницы в других областях. В ходе реализации количества больниц, охватываемых проектом, может возрасти.

Подкомпонент развитие первичного звена здравоохранения



ям ПМСП (всем поликлиникам) в трех областях: Ферганской, Сырдарьинской, Самаркандской и в г.Ташкенте; (в) международное и местное техническое содействие для разработки оптимальной стратегии внедрения городской модели общей врачебной практики/семейной медицины с четко установленными сроками; (г) разработка нормативно-правовых и регуляторных документов для дальнейшего развертывания городской модели ПМСП; (д) международное и местное техническое содействие для дальнейшего развития системы подготовки медсестер и улучшения навыков тренеров медсестер.

Подкомпонент повышение качества клинических услуг

Ключевой целью этого подкомпонента является повышение качества услуг здравоохранения. Повышение качества клинических услуг посредством следующего: (а) предоставление повышения квалификации без отрыва от производства для педиатров, терапевтов и медсестер РМО на тему применения новых клинических стандартов лечения; (б) обучение ведению клинических случаев и администрированию больниц; (в) разработка и внедрение современных, актуальных и эффективных

ция реформ подушевого финансирования и управления первичным звеном здравоохранения путем разработки стратегии финансирования сектора здравоохранения и соответствующих мер регулирования для реализации этой стратегии путем предоставления услуг консультантов, и (б) укрепление роли Министерства здравоохранения в области разработки и мониторинга политики финансирования здравоохранения и наращивания потенциала на местах путем следующего: (а) проведение анализа расходов в секторе здравоохранения и составления среднесрочных прогнозов; (б) разработка национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и исследование схем использования больниц; (в) обучения соответствующих работников Минздрава, сельских учреждений ПМСП и РМО управлению финансами; и (г) разработки Информационной системы финансирования здравоохранения для поддержки апробации системы финансирования больниц посредством предоставления товаров, услуг консультантов и обучения.

В рамках данного компонента будут финансироваться следующие мероприятия: (а) техническое содействие по созданию общего видения и стратегии финансирования сектора здравоохранения и разработке соответствующих мер регулирования для обеспечения ведущей роли областных и районных органов здравоохранения в планировании бюджета здраво-

ла в сельских клиниках ПМСП и РМО управлению финансами и медицинскими учреждениями; (д) предоставление компьютеров, ИКТ-оборудования и разработка информационно-технического обеспечения для отдельных районных больниц и Минздрава; (е) исследование причин недоиспользования больничных услуг людьми среднего и старшего возраста; (ж) учебные поездки в страны с устоявшимися системами финансирования больниц на основе пролеченного случая.

Компонент 3: укрепление системы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

Целью данного компонента является наращивание потенциала учреждений общественного здравоохранения для эффективной профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Данный компонент состоит из двух подкомпонентов:

Подкомпонент формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний

Данный подкомпонент будет основан на осуществляемых мероприятиях по формированию здорового образа жизни. В частности, он направлен на укрепление потенциала учреждений общественного здравоохранения в вопросах эффективной профилактики и контроля неинфекционных заболеваний путем повышения осведомленности о факторах риска и изменения привычек, ведущих к повышенному риску гипертонии, диабета и прочих хронических заболеваний среди населения в двух пилотных областях – Кашкадарьинской и Ферганской.

(Окончание на 3-й стр.)

ПРОЕКТ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЗДОРОВЬЕ-3)»

при финансовом сотрудничестве с Международной ассоциацией
развития Всемирного банка

(Продолжение.
Начало на 1-2-й стр.)

Запланированные мероприятия помогут внедрить Национальный план по формированию здорового образа жизни (2011-2014 гг.) и будут основаны на усилиях, принятых в рамках проекта «Здоровье-2», которые были нацелены на улучшение знаний и навыков специалистов по формированию здорового образа жизни, необходимых для эффективной деятельности по формированию здорового образа жизни и изменению поведения. Конкретные направления деятельности включают: (а) определение ключевых проблем, связанных со здоровьем населения; (б) реализацию ряда целевых программ, основанных на доказательных принципах, для решения выявленных проблем (например, проведение «Дней здоровья» для информирования общественности, информационную работу в школах, разработку информационных брошюр для различных групп населения, эффективное использование СМИ для распространения информации, скрининг и т.п.); (в) оценку воздействия реализованных программ.

Для укрепления потенциала в вышеупомянутых сферах, данный компонент будет осуществлять финансирование следующих мероприятий: (а)

обучение более 150 специалистов по общественному здравоохранению принципам формирования здорового образа жизни, эпидемиологии НИЗ и эффективным стратегиям коммуникации, (б) обучение поставщиков услуг ПМСП скринингу и предотвращению гипертонии и диабета; (в) базовый пакет компьютерного/мультимедийного оборудования для отделений Института здоровья в двух экспериментальных областях и их районных/городских филиалах для использования при разработке коммуникационных материалов, мониторинга деятельности и подготовки отчетности.

Глобальный передовой опыт указывает на многоотраслевые меры как на наиболее эффективный способ решения проблемы НИЗ. Однако учитывая, что эти мероприятия представляют собой первоначальные шаги по улучшению реагирования системы общественного здравоохранения на НИЗ и что они формируют основу для изменения существующей системы общественного здравоохранения, было принято решение сконцентрироваться только на нескольких конкретных мероприятиях, связанных с общественным здравоохранением и при содействии ВОЗ строить активный диалог по НИЗ с лицами, принимающими решения, как в секторе здравоохранения, так и в других областях, что в дальнейшем позволит перейти к внедрению межсекторальных меропри-

ятий, когда будет повышена осведомленность о детерминантах НИЗ. Здесь также осознаются существующие нехватка производственных мощностей и ограниченная успешная практика настоящего проекта в сфере общественного здравоохранения, наблюдаемые в результате слишком большого количества сложных мероприятий.

Подкомпонент укрепление системы эпидемиологического надзора

Данный подкомпонент будет направлен на укрепление систем эпидемиологического надзора посредством: (а) развития системы эпиднадзора за НИЗ; (б) развитие возможностей системы общественного здравоохранения использовать собранные данные для эффективного формирования политики и планирования программ; и (с) разработка эффективных программ формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, посредством предоставления товаров, услуг консультантов, обучения и семинаров.

В рамках данного подкомпонента будет оказываться содействие в разработке системы эпидемиологического надзора (включая поведенческие факторы риска) за НИЗ, которая изначально будет внедрена в двух экспериментальных областях с дальнейшим распространением в системе регулярного государственного мониторинга. Система



будет основана на методологии ВОЗ "STEPS – Stepwise Approach to Surveillance" («Поэтапный подход к эпидемиологическому надзору»), специально разработанной для надзора за НИЗ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Деятельность будет включать в себя следующее: (а) определение индикаторов для регулярного эпидемиологического надзора и разработка национальной системы мониторинга и отчетности о НИЗ; (б) обучение медицинских специалистов по статистике (Институт здоровья и медицинской статистики) тщательному и точному сбору и анализу данных; и (в) предоставление необходимого оборудования и программного обеспечения. Также в период реализации проекта планируется провести базовое и последующее обследование (в трех областях) для сбора данных по отобранным индикаторам НИЗ. Усилия будут также направлены на повышение возможностей системы общественного здравоохранения использовать собранные данные при принятии действенных политических решений и планирования программ, а также при последовательной разработке эффективных программ формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний с целью решения определенных проблем. Запланированы регулярные обсуждения за «круглым столом» руководящих работников Минздрава и других основных партнеров для содействия

этой деятельности и повышению руководящей роли сектора здравоохранения в данной конкретной сфере, а также повышения осведомленности о НИЗ, как о многоотраслевом аспекте. Это также важно для дальнейшей доработки документов по борьбе с табакокурением и потреблением алкоголя и национальной стратегии по НИЗ.

Компонент 4: управление проектом

Компонент направлен на укрепление потенциала Министерства здравоохранения, Центрального бюро реализации проекта и областных бюро реализации проекта в целях управления, реализации, мониторинга и оценки проекта, а также закупок и финансового управления посредством предоставления товаров, услуг консультантов, обучения и операционных расходов.

Реализация проекта будет осуществляться в течение пяти лет, и из его бюджета будут финансироваться мероприятия по закупке товаров, консалтинговых услуг, обучение, а также дополнительные издержки производства. Правительство будет покрывать расходы, связанные с модернизацией физического состояния больницы, периодические эксплуатационные расходы, обучение ВОП и налоги.

Центральное бюро реализации проекта «Здоровье-3».

«САЛОМАТЛИК-3» ЛОЙИХАСИДАГИ ИЗЧИЛ ФАОЛИЯТЛАР

Барчамизга маълумки, 1999 йилдан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва «Саломатлик-1» лойиҳаси доирасида 2004 йилгача тиббиёт тизмининг бирламчи бўғинида ҳамкорликдаги фаолиятлар амалга оширилиб, узоқ худудларда истиқомат қилаётган аҳолининг соғлигини муҳофаза қилиш ҳамда уларга қулайликлар яратиш мақсадида замонавий қишлоқ врачлик пунктлари барпо этилиб, улар «Саломатлик-1» лойиҳаси томонидан тиббий асбоб-ускуналар, шунингдек, лойиҳа доирасида умумий амалиёт шифокори курсларида таъсил олган малакали кадрлар билан таъминланди.



2005 йилдан бошлаб, вазирлик ҳамда «Саломатлик-2» ва «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» қўшма лойиҳалари ҳамкорлигида фаолиятлар узвий тарзда давом эттирилди. Мазкур жараёнда Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри ва вилоятлар кенг қамраб олинди. Фахр билан айтиш жоизки, шу кунга қадар 3192 та

қишлоқ врачлик пунктлари ҳамда оилавий поликлиникаларнинг бугунги кундаги самарали фаолияти юқорида қайд этилган вазирлик ҳамда «Саломатлик-1, 2» ва «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» қўшма лойиҳалари ҳамжиҳатликда олиб борган ишларнинг амалий ифодасидир. Ушбу йўналишдаги ютуқларга эришиш осон бўлгани йўқ. Албат-

та, бунинг замирида машаққатли меҳнат, қолаверса катта масъулият ҳар бир соҳа мутахассисдан фидойиликни талаб этган бўлса, бунинг баробарида аҳолининг тиббиётга ҳамда ўз соғлиғига эътиборини янада оширди десак, муболаға бўлмайди. Эндиликда эса давлатимиз, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда «Саломатлик-3» (Жаҳон банки) лойиҳасининг ҳамкорликдаги фаолияти ўз ишини бошлаб экан, «Саломатлик-3» лойиҳаси томонидан туман тиббиёт бирлашмаларини замонавий тиббий асбоб-ускуналар, қаттиқ ва юмшоқ жиҳозлар билан таъминлаш, шунингдек, янги технологияларда ишлаш ҳамда назарий ва амалий кўникмаларни бойитиш мақсадида махсус ўқув курсларида мутахассисларни ўқитиш кўзда тутилган. Айни кунда туман тиббиёт бирлашмаларида Инвестиция дастури асосида фаолиятлар изчиллик билан олиб борилмоқда. Шундай экан, эзгу ниятларни мақсад қилиб олган «Саломатлик-3» лойиҳаси ходимлари ишига омадлар тилаган ҳолда 2012 йил якунигача мазкур лойиҳа фаолиятлари газетамиз саҳифаларида ёритиб боришни режалаштирдик ва илк хизмат сафаримизни Тошкент вилояти соғлиқни сақлаш бошқармасига қарашли Юқори Чирчиқ ва Паркент туман тиббиёт бирлашмаларидан бошладик.

(Давоми 4-бетда).

Семинар

МУҲИМ МАСАЛАЛАР ДОИРАСИДА



Ўзбекистон Республикаси ва Жаҳон банкининг Халқаро тараққиёт Ассоциацияси билан молиявий ҳамкорликдаги «Саломатлик-3» лойиҳасини амалга ошириш тадбирлари доирасида 2012 йил апрель-май ойларида Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳрида лойиҳани амалга ошириш марказий бюроси мутахассислари томонидан «Саломатлик-3» лойиҳасининг тақдироти бўлиб ўтди.

Тақдиротда Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳри ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаси раҳбарияти бош мутахассислари, Республика саломатлик ва тиббий статистика институтини ҳамда вилоят филиаллари раҳбарлари, вилоят кўптармоқли тиббиёт маркази, вилоят кўптармоқли болалар тиббиёт маркази, туманлар тиббиёт бирлашмалари ва туманлар марказий кўптармоқли поликлиникалари раҳбарлари, маҳаллий ҳокимият вакиллари, молия бошқармалари вакиллари, жойлардаги «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида ташкил қилинган «Соғлиқни сақлаш муассасасаларини қуриш, реконструкция қилиш Давлат инвестиция дастурининг бажарилишини назорат қилувчи ҳудудий комиссия» аъзолари

ҳамда маҳаллий оммавий ахборот воситалари вакиллари иштирок этди.

Юқори савияда ўтган мазкур йиғилишда «Саломатлик-3» лойиҳасининг мақсади, вазифалари ва тадбирлари, шунингдек, лойиҳани амалга оширишда маҳаллий бошқарув органлари, вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси ва туман тиббиёт бирлашмалари раҳбарларининг ўрни ҳамда вазифалари атрофлича ўрганиб чиқилди. Шу билан бирга, мутахассислар лойиҳа доирасида кўзланган мақсадларни амалга оширишда ҳар бир дақиқадан унумли фойдаланиш ҳамда ишининг самарадорлигида ходимларнинг масъулияти асосий ўринга эга эканлигини таъкидлаб ўтдилар.

Дилафруз ОРТИКОВА.



– Аввало, давлатимиз, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг саясий-ҳаракати ту-

файли Ўзбекистон тиббиёти дунёда ўз ўрнига эга бўлиб келмоқда. Айниқса, Инвестиция дастури бўйича амалга

Тошкент вилояти

МАҚСАД: ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ ОШИРИШ

дейди Тошкент вилояти Юқори Чирчиқ туман тиббиёт бирлашмаси бош шифокори Дамира Ешимбетова

ошириётган ишлар тезкорлик билан давом этмоқда. Инвестиция дастури бўйича биринчи этапда, яъни 2011 йилда шифо масканимизнинг мавжуд бўлимлари капитал таъмирдан чиқарилди, замонавий типдаги янги туғруқхона қуриб битказилди. Иккинчи этапда эса, йилнинг октябр ойигача болалар бўлими, дорихона, «Тез ёрдам» станцияси, қон тайёрлаш пункти, юқумли касалликлар, патоанатомия, марказий зарарсизлантириш ва кир ювиш хоналарини қайта таъмирлашни режалаштирганмиз.

Учинчи этап, яъни 2013

йилда қабулхона, операцион блок, хирургия, терапия, шошилич тиббий ёрдам, маъмурий биналари ҳамда марказий кўп тармоқли поликлиника таъмирлаш ишлари кўзда тутилган. Айни кунда шифо масканимизда 936 нафар тиббиёт ходимлари аҳолига тиббий хизмат кўрсатиб келмоқда. Бундан ташқари, шифохона ҳудуди катта қисмини ташкил этганлиги сабабли, у ерга мевали дарахтлардан тортиб, полиз экинларигача эканмиз. Бу албатта, беморларимиз соғлигини тиклашда, қолаверса ходимларимизга катта ёрдам. «Саломатлик-3»

лойиҳасининг иш бошлагани ҳам айтиш мумкин бўлди. Ҳадемай қурилиш ишлари битказилиб, улар томонидан замонавий аппаратуралар берилса, бунинг баробарида мутахассисларимиз ҳам жаҳон стандартлари асосида ўқиш имкониятига эга бўладилар. Бир сўз билан айтганда, мақсадимиз битта. У ҳам бўлса, жамиятимиз тараққиёти ва Ватанимиз равақини юксалтиришда халқимиз саломатлигини муҳофаза қилиш ва келажақда соғлом зурриётлар баркамоллигини таъминлашдан иборатдир.



Юқори Чирчиқ туман тиббиёт бирлашмасининг ташқи кўриниши.



Инвестиция дастури асосида амалга ошириётган қурилиш ишлари.



Юқори Чирчиқ туман тиббиёт бирлашмаси тасарруфидаги замонавий туғруқ мажмуаси шифохона чиройига янада чирой қўшди.

Паркент тумани

ҲАМЖИҲАТЛИК - ФАОЛИЯТ МЕЗОНИ



Лойиҳачилар иш устида.

Истиқлолимиз шарофати билан мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимида самарали фаолиятлар амалга оширилиб, соҳада ютуқли натижаларга эришилди. Бунда албатта, давлатимиз, қолаверса, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда ҳамкор ташкилотларнинг саясий-ҳаракатлари туфайли аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматнинг сифати ошди. Айниқса, «Саломатлик-1, 2» лойиҳаларининг ўрни ҳам алоҳида аҳамиятга эга бўлди.

Вилоятимизда «Саломатлик-2» лойиҳаси асосида 197 та ҚВП ва 2 та поликлиника замонавий тиббий жиҳозлар ва асбоб-ускуналар билан жиҳозланди. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 7 сентябрдаги «Ўзбекистон Республикаси ва Жаҳон банкнинг Халқаро тараққиёт Ассоциацияси билан молиявий ҳамкорликдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаш-

тириш (Саломатлик-3)» лойиҳасини татбиқ қилиш чоралари тўғрисида»ги ПҚ-1614-сонли Қарори қабул қилинди. Ҳукуматимиз ва Жаҳон банки ўртасидаги ҳамкорлик доирасидаги бу лойиҳа республикамиздаги тиббиёт бирлашмалари, оилавий поликлиникаларида аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини оширишга қаратилган. Шу билан бирга, аввалги лойиҳаларимизда амалга оширилган бирламчи бўғиндаги тиббий ёрдам сифатини яхшилашга қаратилган тадбирлар давом эттирилади. «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида вилоятимизнинг 3 та туманида Пискент, Паркент ва Юқори Чирчиқ туман тиббиёт бирлашмаларининг тўлиқ таъмирдан чиқарилиши ва замонавий тиббиёт асбоб-ускуналари билан жиҳозланиши режалаштирилган ва



Паркент туман тиббиёт бирлашмасининг янги кўриниши.



бугунги кунда бу ишлар амалга оширилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2007 йил 402-сонли буйруғи асосида вилоятимиздаги 14 та туман тиббиёт бирлашмалари «Саломатлик-2» лойиҳаси томонидан ўқув жиҳозлари билан таъминланган бўлиб, у ерда умумий амалиёт шифокорлари ҳамда ўрта



тиббиёт ходимлари тренерлар томонидан ўқитиб келинмоқда.

Олиб борилаётган ўқув-машғулоти таҳлил қилинганда, тингловчиларнинг билим ва касбий маҳорати ошиб, уларнинг аҳоли билан ишлаши халқимизнинг соғлиғига эътибори ва тиббиётга бўлган ишончи ортанлигини ифода қилади.

Юқорида таъкидлаганимдек, «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида вилоятимизнинг 3 та туманида Пискент, Паркент ва Юқори Чирчиқ туман тиббиёт бирлашмаларида айни кунда Инвестиция дастури асосида қурилиш ишлари жадаллик билан олиб борилаётган. Суратда кўриб турганингиздек, Паркент туман тиббиёт бирлашмасининг янгидан қад кўтарётган биносидан курув-

чи ташкилотлар томонидан ишлар қизғинлик билан олиб борилаётган. Марказий поликлиника 3 қаватдан иборат бўлиб, унда диагностика, қабул ва кундузги стационар бўлимлари ўрин олиши режалаштирилган. Шунингдек, поликлиникага узвий тарзда терапия, хирургия, педиатрия, режали хирургия бўлимлари қўшилган ҳолда, аҳоли учун кенг имкониятлар яратиш кўзда тутилган. Бундан ташқари, қамраб олинган ҳудудга юқумли касалликлар бўлими алоҳида бинога эга бўлади.

Яхши ниятлар билан иш бошлаган «Саломатлик-3» лойиҳаси фаолиятини янада жадаллаштириш ва ишларни сифатли амалга оширишда барчамиз масъул бўлган ҳолда ҳамкорлик қилсакки, кўзгалган мақсадларимизга эришамиз.

Г. ТҶХАНАЗАРОВА,
«Саломатлик-3» лойиҳасининг Тошкент вилояти бўйича регионал директори.

Жараён

ДАВР ТАЛАБИ: БИЛИМЛИ ВА ТАЖРИБАЛИ МУТАХАССИСЛАР ТАЙЁРЛАШ

Бугунги кундаги тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган самарали ислохотлар инсон манфаатлари ва унинг саломатлигини муҳофаза қилиш давлатимиз сиёсатининг устувор йўналишларидан бири эканлигининг ёрқин исботидир. Соҳа ходимларининг масъулиятли ва машаққатли меҳнатлари туфайли юртимиз аҳолисига сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси йил сайин ортиб бормоқда.

Барчамизга маълумки, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда “Саломатлик-1, 2” ва “Аёллар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш” (Жаҳон банки, Осие тараққиёт банки) лойиҳалари доирасида тиббиёт олий ўқув юртли қошидаги умумий амалиёт шифокорлари ўқув марказида қишлоқ врачлик пунктлари ҳамда оилавий поликлиникалар шифокорлари 10 ойлик ўқув курсларида таҳсил олишиб, умумий амалиёт шифокори деган номга эга бўлиб келмоқдалар. Мазкур йилда ҳам лойиҳа доирасида кўплаб шифокорларимиз ўшбу ўқув курсида таҳсил олдилар. Июнь ойида тингловчилар ўқишни тугатиб, назарий ва амалий синовлардан ўтдилар. Тошкент педиатрия тиббиёт институти тиббиёт амбулаторияси кафедраси қошидаги умумий амалиёт шифокорлари малакасини ошириш курсида Жиззах ва Тошкент вилоятлари қишлоқ врачлик пунктлари ҳамда пойтахтимизнинг Мирзо Улуғбек, Чилонзор, Шайхонтоҳур туманларидаги оилавий поликлиникаларнинг 40 нафар шифокорлари имтиҳонларни муваффақиятли топширдилар. Улар билан суҳбатда бўлар эканмиз, дарс жараёнлари ҳамда устозларнинг берган сабоқларидан мамнун эканликларини изҳор этдилар:

– Шунга айтиш жоизки, халқаро экспертларнинг эътирофи таъкидлаш мумкин, мамлакатимизда бирламчи тиббий тизим жаҳон тиббиётида ноёб модель ҳисобланади, – **деди биз билан суҳбатда тиббиёт амбулаторияси кафедраси қошидаги умумий амалиёт шифокорлари малакасини ошириш курси ассистенти Ф. Шокиров.** – Бундан бир неча йил аввал республикамиздаги замонавий технологиялар билан жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктларида фаолият юритадиган умумий амалиёт шифокорларининг ўқувини ташкил этган эдик. Таъкидлаш мумкин, 10 ой давомида мутахассислар икки ҳафта назарий билим олган бўлсалар, икки ҳафта иш жойларида амалий фаолиятни давом эттирдилар. Бу албатта, назария ва амали-

ётнинг узвий бирлиги бўлиб, мутахассис ўшбу жараёнда касбий маҳоратини оширади.

Шунга айтиш мумкин, тингловчиларимиз ҳар бир дарс машғулотида фаол иштирок этиб, имтиҳонлардан муваффақиятли ўтишга эришдилар. Уларнинг дастлабки билимлари марказлашган тест синовдан ўтказилди. Иккинчи босқичда ҳар бир тингловчи ўзи танлаган лойиҳасини ҳимоя қилди.

Жиззах вилояти Бахмал тумани Ибн Сино номли қишлоқ врачлик пункти шифокори Э. Очилов ўқиш ҳамда яратилган шароитлардан мамнун бўлиб, жумладан шундай деди:

– Туманимиздаги Ибн Сино номли қишлоқ врачлик пунктида салкам 30 йилдан буюн педиатр бўлиб фаолият юритаман. ҚВПмиз 7112 нафар аҳолига тиббий хизмат кўрсатади. Эндиликда узоқлиги 3 км бўлган 8 та қишлоқ аҳолисига сифатли тиб-

ёрдам кўрсатамиз. Қизиқарли ва сермазмун ўтган ўқув жараёнида тажрибали ўқитувчиларнинг дарсларини тингладик, амалиётни ўзлаштирдик ва албатта, турли жойлардан келган тингловчилар билан ўзаро тажриба алмашдик. Айниқса, доцентлар А. Жалилов, Г. Маҳкамова, А. Григорьян, ассистентлар М. Ниёзова, И. Умаров, Д. Мавлянова, Ф. Шокировлардан жуда миннатдоримиз. “Ўн икки бармоқли ичак яраси касаллигида ошқозондан қон кетиши” мавзусидаги лойиҳамни ҳимоя қилиб, яхши баҳо олдим. Бунинг



бий ёрдам кўрсатишимиз мумкин. 10 ой давомида умумий амалиёт шифокори дастури бўйича билим ва касбий кўникмамни оширишга муваффақ бўлдим. Тўғри, Олмазор, Марказий Қўрғон, Янги қишлоқ сингари қишлоқларимиз ҚВПга яқинроқ, лекин Қароқчи, Чангалчи қишлоқлари узоқроқ жойлашган. Мақсадимиз халқимиз саломатлиги йўлида астойдил меҳнат қилиш экан, қайси хонадонга кирмайлик, унинг турли ёшдаги аъзоларига сифатли тиббий

сабаби, икки ҳафта давомида фаолиятда бўлганимда аҳоли билан доимий мулоқот қилиб, касаллик тарихини аниқлаш, даво муолажалари, унинг олдини олиш бўйича ўз устимда мукамал ишладим. Эндиликда умумий амалиёт шифокори мутахассислигига эга бўлар эканман, халқимиз саломатлиги йўлида янада масъулият билан ишлашни ўз олдимга мақсад қилдим.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг умумий амалиёт шифокорла-



рини тайёрлаш кафедрасида ҳам имтиҳон жараёнлари қизгин давом этди. Бу ҳақда кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори М. Зоҳидова шундай дейди:

– Бу йил Тошкент шаҳридаги 50 та оилавий поликлиникалар “Саломатлик-3” лойиҳаси доирасида жиҳозланиб, бунинг баробарида мутахассислар малакасини ошириш мўлжалланган. Шунга алоҳида таъкидлаш жоизки, “Саломатлик-1, 2” лойиҳалари амалга оширилган, республикамиздаги замонавий қишлоқ врачлик пунктлари ҳавас қилса арзиғулик қиёфага кириб, зарурий технологиялар билан жиҳозланди. У ерда фаолият юритадиган шифокорлар эса махсус 10 ойлик ўқув курсларида ўқитилди. Эндиликда эса шаҳарлардаги оилавий поликлиникалар учун умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаёмиз. Кафедранимизда 50 нафар тингловчи таҳсил олди. Шунга алоҳида айтиш ўтишни истардимки, кафедрамизда ўз соҳасини мукамал билган мутахассислар дарс беришади. Айниқса, профессор А. Фозилов, тиббиёт фанлари докто-

ри Г. Қосимбекова, ассистент М. Машариповалар ҳар бир дарсни тингловчиларга тўлақонли етказишда ҳам назарий, ҳам амалий томондан ёндошдилар. Кафедранимиз тингловчилар учун монография, услубий қўлланма, клиник баённома тўпламларини чоп этди. Булар умумий амалиёт шифокорлари фаолиятида жуда зарурдир. Тингловчиларимизнинг барчаси интилувчан, билимга чанқоқ, ўқиб-ўрганишдан чарчамасликлар билан ажралиб турадилар.

– Аввало, биздек касб эгаларининг меҳнатини қўллаб-қувватлаётган ҳамда касбий маҳоратимизни оширишда кенг имкониятларни яратиб бераётган Юртбошимиз, Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳамда “Саломатлик-1, 2, 3” лойиҳалари мутасадди раҳбарларига ўз миннатдорчилигимни билдираман, – **дея сўз бошлади Тошкент шаҳар Мирзо Улуғбек туманидаги 8-оилавий поликлиника даволаш бўлими мудири Ф. Маметова.** – Ўқиш жараёни учун зарур қулайликлар яратилгани касбий маҳоратимизни оширишда муҳим роль ўйнади. Айниқса, кардиология, гинекология, хирургия, травматология, педиатрия, офтальмология, ЛОР йўналиши бўйича керакли билимга эга бўлдик. Бизга таълим берган профессор Машкура Зоҳидова раҳбарлигидаги барча ўқитувчиларимиздан жуда миннатдоримиз. Имтиҳонларни муваффақиятли топшириб, ўз оилавий поликлиникамизда умумий амалиёт шифокори сифатида аҳолига ҳар томонлама сифатли тиббий ёрдам кўрсатишни асосий мақсад қилиб олдик.

Ҳафиза КУРДАШЕВА, Дияра БОЗОРОВА.

Эътироф

ҒАМХЎРЛИК ВА ЭЪТИБОРДАН МАМНУНМИЗ

Фахр билан айтиш кераки, республикамизнинг чекка ҳудудларидаги қишлоқ врачлик пунктларининг замон талаблари даражасида фаолият олиб бораётганлиги ҳар биримизни қувонтиради. Айниқса, аҳолининг узоғи яқин бўлиб, улар ҚВПда фаолият юритаёт-

ган тиббиёт ходимлари меҳнатидан мамнунлар. Ҳадемай, мустақиллигимизнинг 21 йиллигини кутиб олар эканмиз, шу давр мобайнида Президентимизнинг бирламчи тиббиёт тизимига қаратган эътибор ва ғамхўрликлари боис, қишлоқларда замонавий тиббиёт масканларининг

ташқи кўриниши, унинг ичидаги жиҳозлар ва малакали ходимларнинг фаолиятдаги ўрни мақтаса арзиғулик. Давлатимиз, Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва «Саломатлик-1, 2, 3» лойиҳаларининг ҳамкорликдаги саъй-ҳаракатлари туфайли аҳоли ана шундай қулайликларга эга бўлди. Шу жумладан, Фарғона вилоят соғлиқни сақлаш бошқармасига қарашли қишлоқ врачлик пунктларидаги фаолиятлар ҳам бундан мустасно эмас.

Шавкат ШАМСИЕВ, ўқитувчи.

Обуна — 2012

Ҳурматли муштарийлар!
«Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш – Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2012 йилнинг иккинчи ярим йиллиги учун **обуна мавсуми давом этмоқда.**
Азиз тиббиёт ходимлари ва муштарийлар! Республика тиббиёт тизимида амалга оширилаётган ижобий ишлар, фаолиятлар ҳамда янгиликлардан хабардор бўлишни истасангиз севимли газетангизга **обуна бўлишни унутманг!**
Нашр индекси: 128.

Ҳурматли муштарийлар!
Сизга маълумки, расмий веб-сайтими (www.uzssgzt.uz) фаолият бошлагандан буюн доимий равишда газетадаги мақолаларни интернет саҳифаларида эълон қилиб келмоқдамиз. Сиз Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармон ва Қарорлари, шунингдек, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг барча буйруқ ва меъёрий ҳужжатлар матнини «Расмий ҳужжатлар» бўлимидан топиш имкониятига эгасиз. Ундан ташқари, сизда таҳририят билан яқин ҳамкорлик қилиш истаги бўлса, info@uzssgzt.uz, uzss@yandex.ru манзилига хатлар йўллашингиз мумкин.

Международный опыт

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В КАНАДЕ И СЕМЕЙНАЯ
МЕДИЦИНА

Зарождение системы

Как и во всех западных демократических странах, за исключением Соединенных Штатов Америки, система здравоохранения в Канаде финансируется государством. Система начала зарождаться в 1940-х годах с созданием небольшой регулируемой государством схемы медицинского страхования в Саскатчеване (одна из 10 провинций и территорий Канады), которая охватывала население данной провинции. Система была первой подобной системой в Северной Америке. Начиная с этого скромного старта, идея вскоре начала распространяться, и следующим шагом было создание в этой же провинции первой программы страхования медицинских услуг, оказываемых в стационаре. В конце 1950-х годов федеральное правительство ввело национальную программу страхования услуг, оказываемых стационарами учреждения, а в 1962 году в Саскатчеване приняли первую в Северной Америке государственную Программу медицинского ухода. Ей жестко оппонировали заинтересованные круги, включая врачей. Один из результатов конфронтации между врачами и правительством заключался в том, что врачи сохранили принцип оплаты за предоставленные услуги, который остался действующим до настоящего времени. Это повлияло на расходы на здравоохранение и стало источником продолжительного диалога с правительством, поскольку оплата труда врачей определяется в ходе переговоров между медицинскими ассоциациями, представляющими интересы врачей, и органами власти в каждой провинции. Следует отметить, что при существующей в Канаде в значительной степени децентрализованной системе управления, ответственность за предоставление услуг социальной сферы, включая здравоохранение, лежит большей частью на местных органах власти, то есть провинция примерно эквивалентна области. После уровня провинции каждый район имеет свой собственный совет по здравоохранению, который приближает решения, оказывающие влияние на здравоохранение к конечным получателям этих услуг.

В 1966 году федеральный парламент принял законодательство, которое ввело Программу медицинского ухода и первоначально была достигнута договоренность, что федеральное правительство будет финансировать 50 процентов затрат в каждой провинции из своих общих доходов. С того времени федеральное правительство сократило выплаты провинциям, что привело к напряженности в предоставлении услуг, и в настоящее время раздаются призывы к федеральному правительству восстановить более высокий уровень поддержки. В 1984 году федеральное правительство приняло Акт о здравоохранении Канады, который позволил федеральному правительству удерживать выплаты в случае несоблюдения

принципов Акта. Пять принципов здравоохранения должны быть публичными и некоммерческими, всеохватывающими, универсальными, перемещаемыми (между провинциями) и доступными. Несмотря на некоторые проблемы, уровень общественной удовлетворенности существующей в настоящее время системой здравоохранения высок.

Семейная медицина в системе здравоохранения

Семейные врачи образуют основу системы предоставления медицинских услуг, предлагая эффективные, высококачественные всеобъемлющие услуги, практикуя медицину, основанную на фактах, и используя экономически эффективные методы. Правительство считает это важным фактором, так как население стареет, давая рост числу больных с хроническими проблемами и заболеваниями нескольких систем, а расходы на здравоохранение растут. Чтобы обратиться за медицинской помощью, человек должен сначала обратиться к семейному врачу по своему выбору. Семейный врач определяет, является ли данная проблема разрешимой на этом уровне или же требуется направление к специалисту. Таким образом, семейный врач выступает в роли «охранника ворот» ко всем уровням и типам лечения. Единственным способом миновать эту систему является непосредственное обращение в отделение экстренной помощи в стационарных учреждениях. Тогда как большинство пациентов обращаются в эти отделения по экстренным случаям, некоторые из пациентов склонны использовать эти услуги постоянно, хотя это не поощряется.

Практикующие семейные врачи свободны создавать практику там, где пожелаю, хотя рыночные силы в значительной мере диктуют этот выбор. Заполнить практикующего семейного врача в более отдаленные регионы остается сложным в рамках такой системы, и правительство использует разные стимулы, чтобы побудить врачей работать в этих районах. Предполагается, что стимулы к переезду в сельские регионы могут усилиться с проведением обучения на местах.

Оплата работы семейного врача основана на принципе оплаты за услугу. Каждая услуга имеет тарифную структуру, которая, как было упомянуто выше, определяется при переговорах между правительством и медицинской ассоциацией провинции. Такие переговоры проводятся регулярно и временами бывают очень трудными и затянутыми, например, в настоящее время, когда уменьшились ассигнования на здравоохранение из-за обстоятельств экономического характера. Имеется потолок по числу пациентов, которых может принимать семейный врач каждый день, в настоящее время это 35 человек, за услуги которым полностью платит правительство. Если врач согласен принять более 35 пациентов в день, плата будет уменьшена, и, если врач принимает более 42 пациентов каждый день, он не получает компенсации за пациентов, обслуженных сверх нормы. Это удерживает врача от того, чтобы принимать избыточное число па-

циентов с целью получения большего дохода. Доход, получаемый от правительства, не является личным доходом, поскольку врач должен оплачивать из полученного дохода накладные расходы, связанные с практикой, в том числе арендную плату, зарплату сотрудников, материалы и коммунальные расходы. Таким образом, из полученного дохода около 45 процентов идет на покрытие расходов, а оставшаяся часть становится, таким образом, зарплатой, с которой должен быть уплачен подоходный налог. В настоящее время в правительстве обсуждается замена существующей системы оплаты труда на систему, в которой врачи будут получать фиксированный оклад, или на систему подушевого финансирования. Хотя индивидуальный семейный врач и оплачивается правительством, он обладает свободой выбора, где и как ему практиковать.

Одной из главных проблем для семейных врачей в Канаде является несоответствие доходов между семейными врачом и узким специалистом, который может зарабатывать в три раза больше, чем семейный врач. В настоящее время семейные врачи хотят провести отдельные переговоры с правительством по этому вопросу с тем, чтобы неравенство тарифной структуры могло быть сглажено. Ситуация является отражением постепенной эволюции семейной медицины как отдельной специализации и противоречит намерениям правительства подчеркнуть первичное медицинское звено. Напряженность между семейными врачами и узкими специалистами проявляется и в других областях, например, в области использования стационаров. В сельской местности стационарными учреждениями, как правило, управляют семейные врачи, но в крупных городских центрах им зачастую отказано в доступе к койкам, которые находятся под контролем узких специалистов, таких как хирурги, которые работают в стационарах.

Колледж семейной практики является профессиональным учреждением, отделенным от правительства, и его ключевые функции заключаются в осуществлении контроля над качеством и соблюдением стандартов и предоставлении непрерывного медицинского образования (НМО). Тогда как требование о поступлении в колледж для семейных врачей не является обязательным, это поощряется. Каждый член колледжа должен пройти обучение в течение 50 часов в год независимо от формы непрерывного медицинского образования, чтобы сохранить членство. Причем намечается тенденция роста к усилению повышению квалификации с периодическими аттестациями. Непрерывное медицинское образование можно получать различными способами, например, участвуя в посещениях стационаров и презентациях отдельных случаев, телеконференциях или, что становится все более популярным, встречи семейных врачей, на которых каждый участник должен представить результаты исследования по пробле-

ме, представляющей общий интерес. Эта система гарантирует сохранение стандартов и защиту общественных интересов.

Не существует совершенной системы предоставления медицинских услуг. Если бы такая система была, то каждый мог бы следовать ей. Везде системы находятся в состоянии постоянного развития, поскольку они отражают изменения в потребностях по уходу, изменения заболеваемости и экономической ситуации. Это верно как для Канады, так и для всех других стран, несмотря на то, что канадскую систему здравоохранения часто рассматривают как модель, в особенности, те, кто настаивает на реформе здравоохранения в Соединенных Штатах Америки, где нет системного подхода к здравоохранению. Системы здравоохранения в Канаде и Узбекистане объединяет один аспект – они обе финансируются правительством и оплачиваются из государственных доходов. Во всем остальном системы разительно отличаются.

Итак, что же есть в канадской системе, что может быть полезно в Узбекистане? Ответ на этот вопрос лежит в решении правительства принять семейную практику за основу новой системы предоставления медицинских услуг, поскольку она позволяет оказывать результативные и экономически эффективные услуги, и аналогична системе, существующей в Канаде и других западноевропейских странах, например, Великобритания.

Существуют две основные области, в которых канадский опыт может быть полезен для Узбекистана. Первая и наиболее основополагающая – это методика обучения врачей, которая направлена на подготовку, в первую очередь, семейных врачей, делая акцент на имеющиеся потребности. Узбекистан проводит структурную реорганизацию своей системы медицинского образования и ему необходимо извлечь для себя пользу из опыта других систем, цели которых совпадают с политическими целями правительства Узбекистана. Вторая область, не менее важная, чем первая, это организация такой системы здравоохранения, которая признает первенство семейной медицины. Здесь затрагивается широкий спектр вопросов, от отношения пациента до управления медицинскими учреждениями и распределения ресурсов, и охватывается целый комплекс решений, которые необходимо предпринять. Децентрализация ответственности за состояние здоровья и развитие контроля над медицинскими услугами на уровне сообщества приводит к тому, что решения, оказывающие влияние на услуги здравоохранения, принимаются на более близком к потребителю уровне.

Коренные изменения, подобные тем, которые происходят сейчас в Узбекистане, никогда не были легкими. Они встречают враждебное отношение и противостояние из-за страха перед переменами. Необходимы мужество и сильная политическая воля, чтобы через структурную реорганизацию сис-

темы медицинского обслуживания и в рамках имеющихся ресурсов прийти к такому уровню услуг, который будет приемлем и поддержан как общественностью, так и поставщиками этих услуг. Канада прошла через большие политические пертурбации, чтобы достичь существующего сейчас уровня медицинского обслуживания, и все еще переживает их, в особенности, когда это касается вопросов распределения ресурсов.

Укрепление независимой профессиональной ассоциации и наделение ее ответственностью и полномочиями руководить развитием медицинской профессии и решать такие вопросы, как аккредитация и поддержание качества и медицинских стандартов будет способствовать улучшению качества медицинской практики. Введение требования регулярно продолжать непрерывное медицинское образование приведет к постоянному повышению качества услуг и внедрению новых протоколов, новых препаратов и новых методов осуществления лечения. Эта система хорошо работает в Канаде, и принятие такого подхода в Узбекистане существенно облегчит нагрузку на правительство, а также будет более эффективным и результативным в повышении стандартов, чем те подходы, которые используются в ныне действующей системе.

Имеется еще одна область, которая еще не затронута, – это ответственность каждого человека за свое здоровье. Баланс между зависимостью от государства и принятием собственных решений, которые повлияют на состояние здоровья, охватывает совокупность тонких и сложных взаимоотношений. Государство может оказать влияние на эти решения напрямую через политику и законы налогообложения, к примеру, введение налога на табак и алкоголь, и требование использовать ремни безопасности в автомобилях. Или же оно может повлиять на принятие решений косвенным образом, через просвещение общественности о возможных рисках для здоровья и их минимизации, что дает пользу в виде здорового состояния людей и меньшей потребности в медицинских услугах, но предполагает долгосрочную программу с признаваемыми, но трудно измеряемыми результатами. Тем не менее, все эти разнообразные стратегии доказали свою эффективность в Канаде, где население постоянно и хорошо осведомляется о вопросах здоровья и тех мерах, которые может принимать человек для поддержания собственного здоровья. В конечном счете, большинство людей хотят жить долго и быть здоровыми, поэтому имеет смысл предоставлять им информацию для того, чтобы они сами принимали решение поддерживать свое здоровье в хорошей форме.

Майкл Дж. ПОРТЕР
консультант Всемирного
банка по вопросам
здравоохранения.

Непрерывное обучение

СЕСТРИНСКИЙ
ПРОЦЕСС

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

1. Сбор информации о пациенте (обследование) и оценка исходного уровня знаний и умений пациента или его родственников.

При каждом контакте с пациентом, начиная с первичного, медицинская сестра получает о нем какую-либо информацию. Таким образом, сбор информации о пациенте является непрерывным. Всю эту информацию медицинская сестра анализирует и оценивает. Медицинская сестра определяет, имеются ли у пациента знания и умения, касающиеся его состояния, желает ли он или его близкие получить соответствующие знания и умения, способен ли пациент к обучению, в состоянии ли он обучаться и т.д.

Пример сбора информации о пациенте. Больная, Елена Ивановна Самойлова, 56 лет, пенсионерка, страдает ишемической болезнью сердца. При беседе медицинская сестра выяснила, что последние 2 недели пациентка отмечала появление отеков на ногах, которые увеличивались к вечеру и уменьшались по утрам. Вызванный на дом участковый врач назначил лечение и рекомендовал в течение нескольких дней определять водный баланс. Пациентка принимала назначенные медикаменты, в том числе и мочегонные препараты, но особого улучшения не было. Она стала чаще и обильнее мочиться. Кроме того, ей часто хотелось пить, и она в больших количествах употребляла чай, молоко, компоты и воду. Что такое водный баланс и как его определить, больная не знала.

2. Определение проблем пациента.

Собрав и оценив информацию, медицинская сестра выделяет сестринскую проблему: дефицит знаний о водном балансе и технике его определения. После этого она должна определить способы решения данной проблемы, что и будет являться содержанием следующих этапов обучения.

3. Определение целей обучения, планирование его содержания.

Перед составлением плана обучения медицинская сестра должна поставить перед собой определенные цели. Формулировка целей обучения должна быть ориентирована на три сферы: познавательную, эмоциональную и психологическую. Цели отражают то, что необходимо сделать пациенту, чтобы достичь результата. Грамотно поставленная цель должна содержать три компонента (аспекта):

1) то, что необходимо сделать пациенту (то, что он должен суметь сделать, понять и т.д.), т.е. результат обучения;

2) временные рамки – интервал времени (или конкретная дата), в течение которого

будет достигнута цель обучения (к 3-м суткам, через неделю, к концу месяца);

3) с помощью кого или чего цель будет достигнута (самостоятельно, с помощью родственников, при помощи костылей).

Формулировка целей в приведенной ситуации может быть следующей:

● в познавательной сфере – Елена Ивановна будет знать и понимать суть определения водного баланса через 2 суток;

● психологической сфере – Елена Ивановна будет психологически готова самостоятельно



определять водный баланс через 5 суток;

● эмоциональной сфере – Елена Ивановна будет правильно понимать важность контроля за водным балансом ко вторым суткам.

В любом случае цели должны быть конкретными, реальными и достижимыми.

После определения обучения медицинская сестра планирует содержание и методы обучения. В план включаются время (утром, перед обедом, после ужина) и продолжительность обучения (по 10 минут в течение 3 суток, по 20 минут через сутки и т.д.). Содержание обучения может быть различным: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни.

Медицинская сестра должна привлечь пациента и/или его близких к составлению индивидуального плана обучения, учитывая его личностные особенности, социальные условия, интерес к изучаемым вопросам и физическое состояние. В рассматриваемой ситуации план обучения может быть следующим:

1) в течение 20 минут пациентке объясняют значение и суть определения водного баланса, чтобы убедить больную в необходимости его самостоятельно определения;

2) в течение 15 минут пациентке рассказывают о диурезе, правилах сбора мочи и подсчета ее суточного количества;

3) в течение 15 минут пациентке объясняют правила измерения и подсчета количества выпитой жидкости.

Формулировка целей в при-

веденной ситуации может быть следующей:

● в познавательной сфере – Елена Ивановна будет знать и понимать суть определения водного баланса через 2 суток;

● психологической сфере – Елена Ивановна будет психологически готова самостоятельно определять водный баланс через 5 суток;

● эмоциональной сфере – Елена Ивановна будет правильно понимать важность контроля за водным балансом ко вторым суткам.

В любом случае цели должны

быть конкретными, реальными и достижимыми.

После определения обучения медицинская сестра планирует содержание и методы обучения. В план включаются время (утром, перед обедом, после ужина) и продолжительность обучения (по 10 минут в течение 3 суток, по 20 минут через сутки и т.д.).

Содержание обучения может быть различным: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни.

Медицинская сестра должна привлечь пациента и/или его близких к составлению индивидуального плана обучения, учитывая его личностные особенности, социальные условия, интерес к изучаемым вопросам и физическое состояние. В рассматриваемой ситуации план обучения может быть следующим:

1) в течение 20 минут пациентке объясняют значение и суть определения водного баланса, чтобы убедить больную в необходимости его самостоятельно определения;

2) в течение 15 минут пациентке рассказывают о диурезе, правилах сбора мочи и подсчета ее суточного количества;

3) в течение 15 минут пациентке объясняют правила измерения и подсчета количества выпитой жидкости;

4) в течение 2 суток пациентке учат заполнять таблицу и подсчитывать водный баланс в процентах;

5) в течение 3 суток медицинская сестра контролирует правильность заполнения дневника самонаблюдения и проводит коррекцию знаний и умений па-



циентки;

б) на 6-е сутки медицинская сестра оценивает результаты обучения.

4. Реализация плана обучения.

Для реализации намеченного плана медицинская сестра совместно с пациентом и/или его родственниками создают благоприятную для обучения обстановку, выбирают время его проведения. Если микроклимат помещения неблагоприятен (плохое освещение, низкая температура, наличие посторонних) или состояние пациента оставляет желать лучшего (больной расстроен, у него усилились боли, одышка), то обучение лучше отложить.

Для успешного обучения можно использовать следующие методы:

● демонстрация – медицинская сестра показывает навыки самохода или взаимосохода (чистка зубов, использование костылей, инъекции, измерение АД и т.д.); четкая повторяющаяся демонстрация каждого этапа навыка является важным средством достижения целей обучения;

● консультирование – медицинская сестра наблюдает со стороны, как пациент выполняет конкретный навык и при затруднении или на сложных этапах оказывает ему консультативную помощь;

● разыгрывание ролей – очень эффективный метод обучения, особенно социальным навыкам; при этом методе лучше осознаются возможности пациента и трудности самохода в бытовой обстановке, вырабатываются новые навыки (умение вести разговор, уверенно вести себя в конкретной обстановке), повышается уровень самосознания, находят новые решения проблемы.

Схема обучения состоит из пяти этапов:

1) изложение необходимой информации;

2) повторение пациентом всего, что он запомнил;

3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;

4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;

5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.

Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.

В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу вопрос – ответ, подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.

Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.

5. Оценка результатов обучения.

После реализации плана обу-

чения медицинская сестра оценивает результат, т.е. соотносит его с поставленными целями. Оценка может быть следующей:

1) пациент осознает важность и значение информации и может самостоятельно выполнить навык;

2) пациент недостаточно усвоил информацию и навыки (путает показатели, неуверен в ответах и действиях, последовательности манипуляций); в этом случае медицинской сестре необходимо проанализировать правильность постановки целей и планирования, внести соответствующие коррективы;

3) пациент не усвоил информацию и/или не выработал навыки.

В последнем случае медицинская сестра неправильно построила весь процесс обучения, не учла состояние пациента, его интерес, не определилась с целями или составила нереальный и невыполнимый план обучения. Необходимо заново пересмотреть весь процесс обучения.

В любом случае медицинская сестра сообщает пациенту о результатах обучения, потому что он должен знать, насколько успешно справился с поставленной задачей. В свою очередь важно и то, как пациент сам оценивает результат обучения. Самооценка может быть:

● адекватной, совпадающей с оценкой медицинской сестры;

● завышенной;

● сниженной;

● нестабильной (вчера был доволен, сегодня доволен, или наоборот).

При любой оценке следует поощрить пациента и тем самым поддержать его интерес к обучению.

Таким образом, для достижения высоких результатов обучения необходимы:

1) четко сформулированная цель обучения;

2) убедительная мотивация к получению знаний пациентом;

3) доброжелательное отношение к пациентам и их близким;

4) создание ассоциативной связи между новой информацией и прошлым опытом и знаниями пациента и его семьи;

5) обязательная практическая отработка полезных знаний;

6) эффективное (терапевтическое) общение;

7) умение слушать;

8) терпеливость и настойчивость;

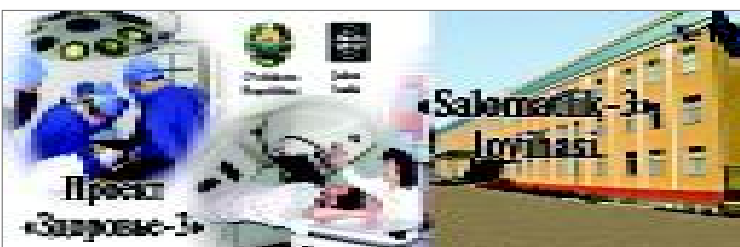
9) поощрение за успехи в обучении;

10) учет состояния пациента во время обучения.

Из этого следует, что понимание медицинской сестрой целей, задач и принципов обучения, умение использовать разнообразные методы, способы и средства обучения будут способствовать эффективному обучению больных и их близких.

По материалам
Интернета.

Международный опыт

КТО ТАКОЙ
СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ?

Семейная медицина, т. е. институт семейных врачей, давно известны за рубежом. Известно, что в 80% случаев, когда человек впервые обращается к доктору, проблема может быть решена врачом общей практики, без подключения узких специалистов и стационара. Система крайне удобна и экономически выгодна для пациента и его страховой компании, поэтому принята в таких странах, как США, Великобритания, а также в большинстве стран Евросоюза.

Кто такой «семейный доктор»? Как метко выразилась одна моя пациентка, это «врач широкого профиля и менеджер по вашему здоровью в одном лице». По определению, семейный врач – это дипломированный специалист, который систематически, постоянно осуществляет длительное наблюдение за состоянием здоровья пациента и/или его семьи, консультирует при возникновении необходимости. Семейный доктор организовывает необходимые консультации и обследования, стационарное лечение, а также занимается профилактикой возникновения болезней у своих пациентов.

У такого врача имеется, конечно же, специфическое образование – диплом и сертификат. Он хорошо обучен фундаментальным медицинским наукам, терапии, педиатрии, иммунологии, а также основам хирургических и некоторых других специальностей. Мне часто приходится отвечать на типичный вопрос: «... значит, Вы знаете все болезни?» Врач общей практики (синоним «семейного врача») не может и не должен знать все. Он хорошо знает только наиболее

распространенные недуги, компетентен в первичной диагностике, неотложной помощи. Это очень оправданно, т.к. в большинстве случаев не требуется обращаться к «узким специалистам».

Часто бывает, врач общей практики решает серьезную проблему со здоровьем пациента, разбирается в трудном диагнозе. Такое случается благодаря тому, что семейный врач имеет намного больше времени для анализа ситуации, а также благодаря своему статусу может узнать о пациенте очень многое (кроме жалоб и того, что связано с болезнью). Он хорошо осведомлен о привычках пациента (вредных и полезных), знает о некоторых частных моментах, о характере и натуре пациента, о психологическом климате на работе и дома, и о многом другом.

Удобно, не правда ли, когда вашу семью наблюдает ваш личный доктор? Консультирует ребенка, родителей, а также бабушек и дедушек. Это доктор, которому вы доверяете, который имеет статус близкого вам знакомого. Спокойна вся семья, т.к. знают, что в любой момент могут позвонить своему «медицинскому покровителю», и он обязательно решит проблему – даст совет, а если понадобится, организует консультацию или обследование. Семейного доктора ищут, чтобы он наблюдал беременность, или консультировать ребенка, или для наблюдения пожилых родителей. Вам не нужно беспокоить старых друзей или родственников-медиков, что бы организовать обследование и лечение.

Система «семейной медицины» в Украине только формируется. К сожалению, нет достаточного количе-



ства ни частных, ни государственных семейных врачей. Скорее всего, мы на пороге нового «эксперимента». Будем надеяться, что «блин» не будет «комом» и в течение пятилетки у каждого гражданина по-настоящему появится свой доверенный врач.

К. ЗЕЛЕНСКИЙ,
семейный врач, Украина.

Фоторепортаж

НАЗАРИЯ ВА АМАЛИЁТ БИРЛИГИ



Тиббиёт шундай фанки, у мутахассисдан тинмай изланиш, қолаверса, астойдил меҳнат қилишни талаб этади. Бунинг учун узлуксиз таълим жараёнлари, ўқув курсларининг ташкил этилиши ҳар бир тиббиёт ходимининг билим ва илмий салоҳиятини ошириб боради.

Шундай экан, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, «Саломатлик-1, 2, 3» ва «Аёллар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш» қўшма лойиҳалари томонидан кадрларни қайта тайёрлаш борасидаги олиб борган ишлари бугунги кунда ўзининг ижобий самарасини бераётганлигига ҳар биримиз гувоҳ бўлиб турибмиз. Бунинг ифодаси сифатида айтишимиз жоизки, лойиҳа доирасида 10 ойлик ўқув курсида тахсил олган шифокору ҳамширалар меҳнатидан халқимиз мамнун бўлмоқда. Ўз фаолиятини бошлаган «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида Сурхондарё, Сирдарё, Жиззах, Тошкент вилоятларидаги қишлоқ врачлик пунктлари

ҳамда Тошкент шаҳридаги оилавий поликлиникаларнинг шифокорлари 10 ойлик ўқув курсида тахсил олиб, умумий амалиёт шифокори мақомига эга бўлдилар. Улар олган билимлари бўйича тест топширдилар. Бўлиб ўтган ушбу синов дақиқалари ҳар бир тингловчининг билим доираси, касбий маҳорати нечоғлиқ муҳим эканлигини кўрсата олди десак, янглишмаган бўламиз. Аввало тингловчилар тест марказида яратилган шароитлар, қолаверса, замонавий технологиялардан оқилана фойдаланган ҳолда имтиҳонларни муваффақиятли топшириб, синовли дақиқаларда ўз билим ва



касбий маҳоратларини намойиш эта олдилар. Бу албатта, ҳар бир мутахассисни янада ўз устида ишлаш ҳамда доимий изланишга ундаб қолади.

Дилфуза МИРЗАЕВА.

Центральное бюро реализации проекта «Здоровье-3»,
Исполнительный директор
Дж. А. ДЖАБРИЕВ.
100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51,
ТашиУВ, административный корпус,
3-й этаж. Контактные телефоны:
268-08-19, 267-73-47.
Факс 268-25-39.
E-mail: office@jpib.uz
Лойиҳа материалларини
Ибодат СОАТОВА, Намоз ТОЛИПОВ,
Фарҳод ФУЗАЙЛОВ тайёрлади.
Суратлар муаллифи Ибодат СОАТОВА,
Анвар САМАТХОДЖАЕВ.



Газета
муассиси:
**Ўзбекистон
Республикаси
Соғлиқни
сақлаш
вазирлиги**

Бош муҳаррир Анвар АЛИМОВ
Нашр учун масъул
**Бош муҳаррир ўринбосари
Ибодат СОАТОВА**

Газета ўзбек ва рус тилларида чоп этилади. Ҳафтанинг жума кунлари чиқади. Мақолалар кўчириб босилганда «O'zbekistonda sog'liqni saqlash – Здравоохранение Узбекистана» газетасидан олинди, деб кўрсатилиши шарт.
Интернет саҳифаларидан фойдаланилган суратларга «!» шартли белгиси қўйилади.

Манзилимиз: 100060, Тошкент шаҳри,
Истикбол кўчаси, 30-уй, 2-қават.
Тел/факс: 233-13-22, тел.: 233-57-73. Газета
Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот
агентлигида 2009 йилнинг 11 март куни
рўйхатга олинган. Гувоҳнома рақами 0015.

Газета материаллари таҳририят
компьютер марказида
терилди ва саҳифаланди.

Адади 6453 нусха.
Буюртма Г-745.

Газета «ШАРҚ» нашриёт-матбаа акциядорлик компанияси босмахонасида
чоп этилди. Корхона манзили: Буюк Турон кўчаси, 41-уй.
Газета ҳажми 4 босма табоқ. Формати А3. Офсет усулида босилган.

Саҳифаловчи Бахтиёр ҚҶШОҚОВ. Навбатчи Владимир ПОЖОГИН.
Босмахонага топшириш вақти – 20.00.

