

Т.Г.Тулъчинский

Қуддусдаги «Хадасса» Университетининг Жамоат тиббиёти мактаби

Е.А. Варавикова

*И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академиясининг
Соғлиқни сақлашни бошқариш факультети*

Жамоат соғлиғини сақлаш

Янги фан асослари

II қисм

Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган
фан арбоби, профессор Ҳ. Ё. Каримов ва
доцент Р. И. Азимов таҳрири остида
таржима қилинди



Тошкент
II Тошкент Давлат тиббиёт институти
2003

УДК: 614.2

Т. Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова. Жамоат соғлиғини сақлаш: Янги фан асослари.

II қисм.

Тошкент: Тошкент Давлат иккинчи тиббиёт институти.

Ўқув қўлланмаси турли хил давлатлар соғлиқни сақлаш тизимининг классик ва замонавий моделини таҳлил қилишни тақлиф қилувчи замонавий жамоат тиббиётига асосланган. Ушбу китоб янги жамоат тиббиёти концепцияси доирасида кенг маълумотларга ҳамда батафсил библиографияга ва тақдим этиладиган адабиётлар рўйхатига эга.

Ушбу китоб тиббиёт институтлари талабаларига, соғлиқни сақлашни ташкил этувчи мутахассисларга, соғлиқни сақлашни иқтисодий таъминловчиларга ва сиёсий ҳамда жамоат арбоблари учун мўлжалланган.

Таржимонлар: А. Камолов, Б. Маматқулов, А. Фақиров, А. Шомахмудов

Ношир: Тошкент Давлат иккинчи тиббиёт институти

Компютер териш муҳаррири: Х. Пўлатов

Корректор: Ў. А. Ёдгоров

Муқова дизайни: В. Я. Литинецкий

© Т. Н. Tulchinsky, 1999

© 2-ТошДавТИ, 2003

ISBN 965-7031-13-3

Ушбу қўлланма матнини хоҳлаган усулда: босма, электрон ёки бошқа усуллар билан чиқаришга авторнинг ёзма розилигисиз рухсат этилмайди.

Барча саволлар тўғрисида қуйидаги манзилга мурожаат қилинсин: Т. Н. Tulchinsky MD MPH, School of Health, Hadassah-Hebrew University, Ein Karem, Jerusalem, Israel 91010.

АҲОЛИГА ИХТИСОСЛАШГАН ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Руҳий соғлиқ * Даволаш методларида тарихий ўзгаришлар * 2000 йилгача руҳий соғлиқни таъминлаш бўйича вазифалар * Руҳий соғлиқни таъминлашнинг маҳаллий жамоат (жамоа) дастурлари * Руҳий соғлиқ профилактикаси ва уни мустаҳкамлаш * Руҳий аномалиялар * Оғиз бўшлиғи соғлиғи * Сувни фторлаш * Функционал бузилишлар (ногиронликка олиб борувчи) профилактикаси ва реабилитация * Кўриш бузилишлари * Эшитиш бузилишлари * Буйрак касалликларининг охириги босқичи * Гомосексуал гуруҳлар соғлиғини муҳофаза қилиш * Ҳибсга олинганлар соғлиғини сақлаш * Мигрантлар соғлиғини сақлаш * Қочоқлар соғлиғини сақлаш * Ҳарбий тиббиёт * Табиий офатларда (фалокатларда тиббиёт) соғлиқни сақлаш муаммолари * Хулоса * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобнинг материали талабага:

- ҳар хил аҳоли гуруҳлари учун соғлиқни сақлашнинг специфик жиҳатларини ажратиш;
- аҳолининг бу гуруҳларида касалликларнинг зарарини камайтириш учун давлат масъулияти чегараларини аниқлаш;
- аҳолининг айрим гуруҳлари учун соғлиқни сақлашнинг специфик муаммоларини ечиш мақсадида ҳукумат ва ноҳукумат ташкилотларининг дастурларини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Кириш

Ҳар бир жамиятда соғлиқни сақлаш тизими томонидан алоҳида диққат-эътибор талаб этадиган айрим аҳоли гуруҳлари бўлади. Уларга, масалан, руҳий соғлиғида бузилишлари бўлган кишилар гуруҳлари; эт-

ник гуруҳлар; қочоқлар; уй-жойи йўқлар; ҳибсга олинганлар. Бироқ ихтисослашган соғлиқни сақлаш хизматлари ҳам бўлиб, уларнинг фаолияти умуман аҳоли соғлиғига таъсир қилади. Тарихан бу специфик жиҳатлар тиббий таъминотнинг умумий тизимига кирмайдиган алоҳида хизматлар ихтиёрида бўлган. Ҳатто бундай тақсимлашнинг дастлабки сабаблари ўз долзарблигини йўқотган бўлса-да, у анъана сифатида ёки шу хизматларнинг ички молиявий манфаатлари туфайли давом этиб келаяпти.

Соғлиқни сақлашни ташкил қилишнинг ҳозирги замон концепцияси соғлиқнинг специфик муаммолари бўлган одамга тиббий хизмат кўрсатиш оила миқёсида ҳам, тузилган жамият миқёсида ҳам кўздан кечирилиши керак. Мазкур боб жамоат соғлиқни сақлашининг аҳоли учун алоҳида аҳамияти бўлган психиатр, стоматологик ва бошқа турдаги ёрдам каби томонларини ўз ичига олган шу специфик муаммоларига бағишланган.

Ҳар бир кишининг, шунингдек умуман жамиятнинг соғлиғини қувватлашга қаратилган бир қатор давлат дастурлари мавжуд. Уларнинг айримлари специфик аҳоли гуруҳлари соғлиғини муҳофаза қилишга тааллуқли ва асосан психик аномалиялари бўлган шахсларни тиббий таъминлашга мўлжалланган. Бошқа дастурлар умуман аҳолига мўлжалланган, бироқ асосан бир ёки бир неча хавф гуруҳларига энг самаралидир. Бундай фаолият маҳаллий миқёсдаги қатор тадбирларни ўз ичига олади, масалан водопровод сувини фторлаш, овқат маҳсулотларига давлат стандартларини жорий қилиш (витаминлаштириш ва минераллаштириш), фалокатларда ва тиббий офатларда шошилиш ёрдам кўрсатиш дастурларини ўз ичига олади.

Психик соғлиқ

Психик касалликлар одам популяциясида касалликлар ва ногиронликнинг олдини олиш ва даволаш борасида замонавий жамиятнинг энг муҳим муаммоси ҳисобланади. ЖССТ битта ёки бундан ортиқ нейропсихиатрик касаллик билан оғриб келаётган 1,5 млрд одамни ҳисобга олган, уларнинг тўртдан уч қисми ривожланаётган мамлакатларда яшайди. Қисқа муддатли ёки давомли руҳий ва эмоционал бузилишлар-жаҳондаги касалликларнинг асосий сабабларидан бири-умр мобайнида улар ҳар бир кишига ёпишиши: хавотирлик, депрессия, изоляция ва ёлғизлик, психотик ҳолатлар, обсессив компульсив бузилишлар, хулқ-атвор ва овқатланишдаги бузилишлар, гиёҳвандлик, ҳуқуқбузарликка мойиллик, ўз жонига қасд қилишга мойиллик каби омиллар шулар жумласидан. Бу аномалиялар пациентнинг психологик ва социал аҳволига, унинг оиласи ва жамиятга таъсир қилади ва ҳозирги замон жамоат соғлиқни

сақлаш ваколлатига киради. Тўлиқ клиник манзарани кутиш ва кейинчалик узоқ вақтгача касалхонага ётқизиш ҳар қандай жамиятда кенг тарқалган нотўғри қарор ҳисобланади.

Одамнинг руҳий ҳолатига ҳам ташқи, ҳам ички (шахс структураси билан боғлиқ) омиллар таъсир қилади. Ирсий мойиллик ва оилада руҳий бузилиш ҳоллари ташқи омиллар таъсири остида симптоматик намён бўлиши мумкин. Оила ва жамиятдаги стресс шароитлари хатти-ҳаракат ва бошқа бузилишларнинг пайдо бўлишига имкон беради. Ҳаётдаги турли-туман воқеалар ва шароитлар (касаллик, яқин кишиларини йўқотиш, ишдан кетиш ёки пенсияга чиқиш, молиявий таъминланмаганлик, оилавий алоқаларнинг бузилиши, оиладаги зўравонлик, эрхотинларнинг хиёнат қилишлари ва ажралиш) социал ёки психологик тангликка олиб келиши ва шу тариқа хавф омилига айланади, уни ўз вақтида аниқлаш профилактик ва даволаш дастурларини ишлаб чиқишга ёрдам бериши мумкин. Оиладаги зўравонлик, социал-иқтисодий соҳада барқарорлик йўқлиги, оғир социал-иқтисодий шароитлар, жумладан қашшоқлик, бўлаётган воқеаларни назорат қилишни йўқотиш ҳам руҳиятни шикастлайдиган омиллардан ҳисобланади.

7.1 илова

РУҲИЙ СОҒЛИҚНИ АНИҚЛАШ

1. «Эмоционал ва социал хотиржамлик ва индивидуумнинг психологик ресурслари»
2. «Индивидуум, жамоа ва теварак-атрофдаги субъектив фаровонлик, оптимал ривожланиш ва ақлий қобилиятлардан фойдаланиш, қонунга ва тенгликнинг энг асосий тамойилларига суянган ҳолда ўзаро ҳаракат қилиш қобилияти» (Канада соғлиқни сақлаш ва социал таъминот вазирлиги, 1988).
3. «Шахснинг ўзига ўхшашлар билан ўзаро ҳаракат қилиб ва жиддий бузилишларсиз, силжишларсиз ва хатти-ҳаракатда хатоларга йўл қўймай қийинчиликларни енга оладиган ва жамиятда фаол рол ўйнашга қодир ҳолати».
4. «Руҳий соғлиқ — комплекс тушунча, у талайгина омиллар (социал, биологик, психологик ва б.) билан белгиланади ва жамоат соғлиқни сақлашнинг нерв-руҳий бузилишларни, жумладан депрессия, шизофрения, қариллик ақл пастлиги, эпилепсияни назорат қилиш имкониятларига боғлиқ».

Психик аномалияларнинг Америка психиатрик ассоциацияси жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти билан ҳамкорликда ва 40 қатнашчи мамлакатлар билан ишлаб чиқилган диагностикаси тамойиллари қуйидаги жадвалда келтирилган.

**Халқаро касалликлар таснифида (ICD-10) руҳий ва
хулқ-атвордаги бузилишлар**

Диагностик категориялар	Код ICD-10
Органик ва симптоматик психик бузилишлар	F00-09
Психотроп воситалар ичишдан келиб чиққан психик ва хулқ-атвор бузилишлари	F10-19
Шизофрения, шизоидал ва алаҳлаш ҳолатлари	F20-29
Аффектив ҳолатлар	F30-39
Стресс шароитлардан келиб чиққан неврозлар, психосоматик бузилишлар	F40-48
Физиологик ва жисмоний бузилишлар билан боғлиқ бўлган хулқ-атвор синдромлари	F50-59
Катта ёшдаги кишиларда шахсга оид ва хулқ-атвордаги бузилишлар	F60-69
Ақлий қолоқлик	F70-79
Психологик ривожланиш бузилишлари	F80-89
Болалар ва ўсмирларнинг хулқ-атворидаги ва эмоционал бузилишлар	F90-98
Аниқланмаган психик бузилишлар	F 99

Манба: *World Health Organization, ICD-10 Classification, of Mental and ehavioral Disorders, 1993.*

Жисмоний табиатга эга бўлган психик зарарланиш синдромлари: хотира, эътибор пасайиши, ўқишга қобилиятнинг, фикрлашга қобилиятнинг пасайиши, то хулқ-атвор тажовузкорлигигача эмоционал беқарорлик, деменция, Альцгеймер касаллиги, миянинг травматик зарарланишлари, инсультлар, Паркинсон касаллиги, алкоголизм, Крейтсфильд-Якоб касаллиги, захм, СПИД ва бошқа симптомлар билан юзага чиқади. ЖССТ жаҳонда стресс ҳодисалар ва руҳий касалликларнинг оқибатларига учраган 22 млн одамни ҳисобга олган.

Миянинг травматик касалликлари, инсультлар, энцефалитлар (айниқса вакцинадан олдини олса бўладиган касаллик натижаси сифатида) профилактикаси, алкоголь истеъмоли ва сифати устидан назорат қилиш ақлпаствликнинг тарқалишини камайтиришга ёрдам беради.

Эйфория ёки депрессия шаклида кечувчи аффектив ҳолатлар ер юзида 340 млн одамда учрайди ва ривожланаётган давлатларда умумий касалликлар орасида тўртинчи ўринда туради. ВОЗнинг маълумотларига кўра

ҳар йили АҚШда депрессияни даволаш учун 44 млн доллар сарф қилинади, бу эса барча юрак қон томир тизими касаллигига кетадиган сарф-харажатларга тенгдир.

Посттравматик синдром билан боғлиқ бўлган бузилишлар одатда стресдан олти ой ўтиб пайдо бўлади ва кўққисдан юзага келувчи совуқ хотиралар, алоқ-чалоқ тушлар, депрессия ва хулқ-атворнинг бузилиши билан кечади. Посттравматик синдром илк бора Вьетнам урушида қайд қилинган бўлиб, ҳозирги кунда ҳар қандай табиий офат, зўравонлик, геноцид, қийноқлар ва сексуал зўравонликдан кейин юзага келиши мумкин.

7.2 илова

ТУРЛИ ЁШ ГУРУҲЛАРИДА РУҲИЙ БУЗИЛИШ ОМИЛЛАРИ

1. Болалар:

- ирсий мойилликлар;
- туғруқ маҳалидаги жароҳат, туғилганда вазнининг кам бўлиши;
- яхши озиқланмаслик;
- руҳиятни жароҳатловчи ижтимоий-руҳий шароитлар;
- инфекциялар (вирусли энцефалитлар), захарли моддаларнинг таъсири (масалан кўргошин).

2. Ёсмирлар:

- жинсий жиҳатдан етилиш даврида стресснинг қўшилиб келиши;
- оила ёки тенгдошлари томонидан кўрсатиладиган зўравонликлар;
- мағлуб бўлишдан, муваффақиятсизликдан кўрқиш, қашшоқлик;
- ортиқча вазн орттиришдан кўрқиш.

3. Катталар:

- туғруқдан кўрқиш (аёллар);
- ота-оналар масъулияти;
- ишда стресс ҳолатларининг пайдо бўлиши, зўравонлик, қашшоқлик;
- кексайишдан кўрқиш, жинсий майлнинг сусайиши, менопауза.

4. Кексалар:

- нафақага чиқиш ва профессионал мавқеъни йўқотиш;
- изоляция;
- меҳнат қобилиятини йўқотиш;
- бировга қарам бўлиб қолиш, қашшоқлик, зўравонлик кўриш;
- ёмон озиқланиш;
- турмуш ўртоғини, дўстларини йўқотиш, ўлим кўркуви.

Кучли эмоция жисмоний ва руҳий саломатликка катта таъсир қиладиган физиологик ҳамда руҳий жавоб реакцияларини рағбатлантиради. Айрим реакциялар инсонни ҳаётини муаммоларни ечишга рағбатланти-

ради, аммо сурункали стресслар организмнинг физиологик тизимини зўриқтиради. Бунинг оқибатида жамиятда ёт хулқ-атвор пайдо бўлиши, оила бузилиши мумкин.

50-йилларда АҚШнинг Манхэттен штати аҳолиси руҳий саломатликка текширилганида фақат 19% гина қисми мутлақо соғлом деб топилди, 36% қисмида руҳиятнинг қисман бузилиши, 45% қисмида эса руҳий касалликнинг турли даражалари, 105 аҳолида эса иш қобилиятини тўла йўқотиш ва мустақил ҳаёт кечири олмасликка олиб келувчи оғир руҳий хасталиклар қайд қилинди. Бошқа Фарб давлатларида ўтказилган текширишлар ҳам Финляндия, Афина, Канберра (Австралия), Кемберуэлл (Буюк Британия) аҳолисининг 4,5%—7,2% қисмида клиник жиҳатдан кучли депрессия ҳолатлари борлигини аниқлади. 1985 йили Буюк Британияда руҳий касалликлар умумий стационар касалларнинг 29% қисмини ташкил этди, ва барча ётқизилганларнинг 4% қисми руҳий касалликлар билан оғриганлар ҳиссасига тўғри келди.

7.3 илова

АНЪАНАВИЙ ПСИХИАТРИЯ МЕТОДЛАРИНИНГ АСОССИЗЛИГИ

Дунё аҳолисининг катта қисмига кўрсатиладиган тиббий таъминот тизими (психиатрик хизматни ҳам қўшган ҳолда) аксарият ҳолда ўзини оқламайди. Тизимнинг кўпгина жабхалари ҳаддан ташқари марказлаштирилган, тиббий ёрдам эса асосан касалхоналарда, фақат ётқизилган беморларгагина кўрсатилади. Бундай тиббий таъминот айниқса ривожланаётган давлатларда ижтимоий тенглик принципларига мувофиқ эмас.

ВОЗнинг Европа бўлими баҳосига кўра ер шари аҳолисининг кам деганда 5% қисми невроз ва функционал психоз каби жиддий руҳий касалликлардан азоб чекади. Кам деганда яна 15% қисми қисман иш қобилиятининг йўқотилиши билан кечувчи руҳий бузилишларга учраб туради. Булар инсонларнинг яхши турмуш кечиришига тўсқинлик қилиб, оғир депрессия, сурункали руҳий ва руҳий эмоционал бузилишлар, жамият учун хавфли бўлган хулқ-атвор ўзгаришларига, айрим ҳолларда наркоманияга ёки ўзини ўлдиришига шароит туғдиради.

Даволаш методларида тарихий ўзгаришлар

Асрлар мобайнида руҳий хасталарга муносабат кўпол бўлиб, уларни ақлдан озганлар уйларида изоляциялаш билан кифояланилди. Бундай амалиёт ҳатто бугунги кунгача айрим давлатларда қўлланилиб келин-

моқда. ХУІ аср охирида Италияда Винченцо Чиаруджи, Англияда Уильям Тук, Францияда эса Филипп Пинеллар томонидан қилинган революцион ислохотлар ақлдан озганлар уйи мижозларини занжирбанд қилиш, оч-яланғоч сақлаш ва калтаклаш амалиётларига чек қўйди. ХХ асрда ҳам руҳий давохоналар изоляцияланган йирик даво муассасалари бўлиб, сақлаш ва даволашнинг оғир шароитлари сақланиб қолган эди.

ХІХ асрда Буюк Британиянинг маҳаллий ҳокимиятлари руҳий давохоналар очиб, ёмонотлик бўлган даво муассасаларининг устидан назоратни кучайтирди. 1930 йили мавжуд руҳий давохоналарга альтернатив сифатида ижтимоий психиатрик клиникалар очиш бўйича қарор қабул қилинди. 1948 йилда эса Буюк Британиянинг барча руҳий касалхоналари Соғлиқни сақлаш Миллий хизмати бошқармасига берилди. 50-йиллари АҚШ ва бошқа айрим давлатларда руҳий шифохоналардаги ўринлар сони шошилишч ёрдам бўлимлари ўринларига тенг эди. Руҳий касалликлар бўйича госпитализацияланганлар аксарият ҳолатларда умрбод касалхонада қолиб кетардилар. Ремиссиялар ва қўзиш даврлари алмашилиб беморлар мажбурий даво олиш учун қайта ётқизилар, бутунлай соғайиб кетишга умид кам эди. Даво тадбирлари эса оғир седатив воситалар, инсулин ва электр шоки, ва ҳатто лоботомияга асосланган эди. Учламчи захм ва шунга ўхшаш органик касаллар билан оғриш ҳолатлари камайганидан кейин АҚШ психиатриясида янги йўналиш пайдо бўлди.

Беморларни ёпиқ типдаги касалхоналардан чиқариш ва ҳаётга қайтариш самарали медикаментоз терапия ҳамда бошқа тиббий парвариш шаклларини талаб қилади. Жамиятда руҳий бузилишлар билан оғриган одамни қўллаб-қувватлаш, қайта қисқа ёки узоқ муддатли госпитализация қилиш учун ресурслар етарли бўлиши керак. Ижтимоий таъминот хизмати яхши йўлга қўйилмаган жамиятларда уй-жойсиз руҳий хасталарнинг сони кўпаяди ва улар замонавий дунёнинг мураккаб шароитларига бардош бера олмайдилар. Буюк Британияда 1959 йили қабул қилинган Психиатрик даво бўйича қонун психиатрик ўринларнинг тез қисқаришига олиб келди: 1952 йили 152 мингдан 1975 йилда 98 мингга, 1990 йилга келиб эса 59 мингга тушди. Бу давр ичида эса умумий профили касалхоналарнинг психиатрия бўлимларига қисқа муддат ётқизиш даволаш имкониятлари кўпайди.

Мажбурий ётқизиш даволашга асосланган психиатрик ёрдам ташкилоти қиммат ва самарасиздир. Аввалги йилларда психиатрик даво масканлари ҳар минг аҳолига 5 та ўринни ташкил қилиб, соғлиқни сақлаш тизимининг катта маблағини сарф қилиб юборарди. Узоқ муддатли ётқизиш даволаш тизими беморларнинг саломатлигига ижобий таъсир кўрсата олмаса-да, уларни уйига жавоб берилганидан кейин жамиятдаги меъёрий ҳаётга кўникишлари қийин бўлади.

60-йиллардан бошлаб руҳий хасталарни даволаш кўпроқ амбулатория шароитида мувофиқ ижтимоий ва тиббий ёрдам билан ўтказиладиган бўлди. Фенотиазин гуруҳидаги препаратларни қўллаш, ундан кейин антидепрессантлардан фойдаланиш, кейинчалик эса маниакал депрессив синдромларда кўрқув ва ташвишни йўқотувчи янги гуруҳдаги дори воситаларидан фойдаланиш хроник касалликларни даволаш йўлида катта аҳамиятга эга бўлди. Кризис маҳалида госпитализация қилиш беморларни психотерапия ва янги фармакологик препаратлар билан реабилитациялаш воситасига айланди. Маҳаллий руҳий саломатлик марказларини етарлича маблағ ва сиёсий жиҳатдан қўллаб-қувватлаш руҳий хасталарни даволашга катта ёрдам беради. АҚШда 1969—1990 йиллар мобайнида руҳий хасталарни округ ва штатларнинг психиатрик клиникаларига ётқизиб даволаш ҳиссаси камайиб, умумий профилдаги касалхоналарнинг психиатрик бўлимдарига ва хусусий психиатрик клиникаларга ётқизиш ҳиссаси ошиб борди.

7.2-жадвал

АҚШда руҳий касалларни госпитализациялаш кўрсаткичлари (1969—1992)

Даво муассасаси тури	1969 й.	1975 й.	1983 й.	1988 й.	1992 й.
Округ ва штат касалхоналари	244	205	146	125	109
Умумий шошилиш ёрдам профилидаги касалхоналар	240	257	337	359	377
Ветеранлар касалхоналарининг психиатрик хизмати	68	86	64	101	72
Хусусий психиатрик шифохоналар	46	59	71	156	186
Бошқа даво масканлари	46	130	83	78	86
Жами	644	737	701	819	830

Изоҳ: ҳар 100 минг аҳолига нисбатан кўрсаткичлар.

2000 йилгача аҳолини руҳий соғломлаштириш бўйича вазифалар

ЖССТнинг Европа бўлими тавсиясига кўра аҳолининг руҳий соғломлигини таъминлаш бўйича вазифаларни ечими анъанавий психиатрик тиббиёт усулларини такомиллаштириш ва патологик, деструктив хулқ-атвор ҳолатларини камайтиришдан иборат: «Руҳий хасталиклар билан оғриган беморлар турмуши сифатини яхшилаш, касалланиш суръатини босқичма-босқич камайтириш, ўз-ўзини ўлдириш ёки бировнинг жонига қасд қилиш суръатларини тўхтатиш». Бунинг учун:

— шахс руҳиятига салбий таъсир кўрсатувчи ишсизлик, ижтимоий яққаланиб қолиш каби ижтимоий-иқтисодий зўриқтириш омилларини камайтиришга эришиш;

— стресс ҳолатларида ёрдам берувчи ижтимоий қўллаб-қувватлаш муассасаларини ҳаммабплигини таъминлаш;

— руҳий хасталиклар билан оғриганларни, айниқса ақли заифларни расмий ва норасмий қўллаб-қувватлаш тадбирларининг ҳаммабплигини таъминлаш;

— бирламчи тиббий ёрдамни ҳам ўз ичига олган жамоат руҳий хизматини кучайтириш;

— наркомания ва алкоголизм каби саломатликка хавф туғдирувчи ҳолатларни камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини ишлаб чиқиш ва кенг қўллаш;

— ўз-ўзини ўлдиришнинг олдини олиш дастурларини киритиш.

АҚШ соғлиқни сақлаш хизматининг психиатрия соҳасидаги вазифалари аҳолининг хатар гуруҳига кирувчи қисмига тиббий назорат ва ёрдамни кучайтиришдан иборат. АҚШ руҳий саломатликни сақлаш тизими вазифалари қуйидагилардан иборат:

— ижтимоий таъминот хизматининг ҳаммабплиги;

— бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчи ҳамда тиббий-руҳий анамнез йиғувчи тиббий ходимлар ҳиссасини 60% гача ошириш;

— стресс ҳолатларида қўллаб-қувватловчи ташкилотлар тўғрисида аҳолининг 15 ёшдан катта бўлган қисмига ахборот етказишни ошириш;

— 15—24 ёшлар оралиғидаги шахслар орасида ўз-ўзини ўлдириш ҳолатларини камайтириш (ҳар 100 минг кишига 11 тадан кам);

— болалар орасида жароҳатланиш ва зўравонлик оқибатида юзага келадиган ўлимни 25% дан камайтириш.

Руҳий саломатликни таъминлаш бўйича маҳаллий (жамоат) дастурлари

Медикаментоз терапия борасидаги янгиликлар, узоқ муддатлик стационар даволашнинг самарасизлиги, йирик психиатрик клиникаларда даволаш ҳиссасининг камайиши руҳий саломатлик бўйича жамоат дастурлари ишлаб чиқиш заруриятини кўрсатди. Бу дастурлар руҳий саломатликнинг жисмоний соғломликка ва жисмоний баркамолликнинг руҳий соғломликка таъсири беқиёс эканлигини англаб етилганидан кейин айниқса жадал ривожланди. Аҳоли орасида руҳий касаллар кўпайиши муносабати билан таркибида психиатрлар, руҳшунослар, ижтимоий таъминот ходимлари ва жамоат соғлиғини сақлаш ходимлари бўлган профессионал хизмат қамровини кўпайтиришга эҳтиёж туғилди. Узоқ

муддатга мўлжалланган профессионал, оилавий ва ижтимоий қўллаб-қувватлаш шахснинг жамиятдан бегоналашишига тўсқинлик қилиб, уйига жавоб берилганидан кейин ҳам жамиятга мослашишини тезлаштиради. Бундай қўллаб-қувватлашни амалга оширувчи хизмат руҳий саломатлик марказига айлантирилди.

Руҳий саломатликни таъминлаш бўйича ижтимоий дастурлар бирламчи тиббий хизмат ва қасалхона даволаш дастурлари орасидаги боғловчи звено вазифасини бажариши лозим. Жамоат соғлигини сақлаш вазифаси руҳий саломатликни сақлаш муаммоларига профилактик ёндошишдан иборат.

7.4 илова

РУҲИЙ САЛОМАТЛИКНИ САҚЛАШ БЎЙИЧА МАҲАЛЛИЙ ИЖТИМОИЙ ДАСТУР

1. Профилактика ва маданий оқартув ишлари.
2. Эмоционал ва психологик кризислар маҳали қўллаб-қувватлаш.
3. Зўрлаш, интоксикация каби кризис ҳолатларида ёрдам бериш марказлари: оилада зўравонлик рўй берганида яшириниш жойлари: «иссиқ» телефон линиялари.
4. Тиббий, ижтимоий ва руҳий консультациялар.
5. Руҳий хасталар ва оилавий кризис қурбонлари учун умумий профилдаги қасалхоналарда шошилиш психиатрик ёрдам бўлимларини очиш.
6. Ўртача муддатли стационар даво.
7. Бир гуруҳ беморларнинг биргаликда яшашларини назорат қилиш.
8. Ижтимоий таъминот ва менежмент.
9. Гуруҳлар бўйича реабилитация ва терапия.

Руҳий саломатлик хизмати комплекс ҳолда фаолият кўрсатиши керак, чунки бемор уларнинг бирортасига мурожаат қилгани ҳолда барчасидан ёрдам олиши керак. Руҳий хасталикка чалинган аксарият беморлар биринчи навбатда участка шифокорларига мурожаат қиладилар, шу сабабли тиббий хизматнинг бошқа хизмат турлари билан чамбарчас боғлиқ бўлиши катта аҳамият касб этади.

Руҳий саломатликни сақлаш бўйича жамоат дастурлари аҳоли пунктларининг типига қараб турлича бўлиши мумкин: ўзининг тайёргарлиги ва штатларига кўра ходимлар аҳоли сони ва характериға мос бўлиши керак. Марказ касаллиги кўзиган, ёки узоқ муддат ётиб даволанишга муҳтож бўлган беморлар учун ҳам бирдек очиқ бўлиши керак. Масалан, оилавий кризис каби танг ҳолатларда беморларни қисқа муддатга госпитализациялашга тўғри келади.

Жамоат доирасида фаолият кўрсатувчи руҳий ёрдам дастурлари ходимларнинг профессионал тайёргарлигига катта талабларни қўяди, ишни мувофиқ ташкиллаштиришда қуйидаги мутахассислар қатнашиши талаб қилинади:

— бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчи врачлар, ҳамширалар, ижтимоий таъминот ходимлари;

— консультантлар ва мутахассис врачлар: психиатрлар, руҳшунослар, логопедлар, меҳнат билан даволаш бўйича мутахассислар, диетологлар;

— хизмат кўрсатувчи ходимлар: маъмурлар, қайдловчилар, лаборантлар, провизорлар;

— ўқитувчилар, тарбиячилар, илмий ходимлар;

— жамоат ходимлари; профессионаллар ва ихтиёрий ишловчилар.

Хатар гуруҳидаги мижозлар билан профилактик ишларни таъминлаш зарур; ўзаро ёрдам ва қўллаб-қувватлаш даволашнинг энг самарали шакли бўлиб хизмат қилади. Хатар гуруҳига кирувчи шахсларни аниқлаш врачлар, ўқитувчилар, полициялар, ижтимоий хизмат ходимлари, аскарлар ва иш билан таъминловчилардан катта тайёргарликни талаб қилади. Ўзаро ёрдам гуруҳи «аноним алкогольликлар», алкогольликларнинг оиласини қўллаб-қувватлаш гуруҳи, наркоманларни реабилитация қилиш, булимия билан оғриганларни реабилитация қилиш, «аноним шизофрениклар», руҳий касалликка чалинганларнинг ота-оналари гуруҳи, яқинини йўқотганлар гуруҳи кабиларни ўз ичига олади.

Руҳий саломатликни таъминлаш жамоат дастури бирламчи тиббий ёрдам ходимлари психиатрлар, руҳшунослар ва ижтимоий хизмат ходимлари билан биргаликда фаолият юритиши керак. Психиатрик ёрдам хизматининг замонавий бирлиги фақат турли идораларгина эмас, балки мутахассислар ҳамдир.

Маҳаллий жамоат соғлиғини сақлаш хизмати енгил руҳий бузилишлар пайдо бўлишининг олдини олишга қаратилган профилактик ва умумий дастурларга муҳтождир, чунки аксарият енгил руҳий бузилишлар кейинчалик оғир касалликларга айланиши мумкин. Психологик, ижтимоий омилларнинг жисмоний бузилишларга катта таъсири борлигини таъкидлаб ўтишимиз лозим.

Қуйида бирламчи тиббий ёрдам концепциясининг ЖССТ томонидан таклиф этилган руҳий аспекти келтирилади:

1. Бирламчи тиббий ёрдам (БТЁ) самарадорлигини таъминлаш учун руҳий саломатликка диққат-эътиборни ошириш керак.

2. Руҳий саломатлик муаммолари БТЁ учун юк бўлиб тушмайди, балки улар бир-бирининг самарадорлигини оширади.

3. Кундалик муаммолар бўйича қўллаб-қувватлаш ҳаёт сифатини оширади.

4. Одамлар фақат жисмоний парваришлагга эмас, балки руҳий реабилитацияга ҳам муҳтождирлар.

5. Руҳият бузилишлари ва неврологик касалликларнинг профилактикаси (ош тузини йодлаш билан йод танқислигининг олдини олиш каби), кризис ҳолатларида қўллаб-қувватлаш хизмати, болаларни интеллектуал ва эмоционал ривожланишини рағбатлантириш БТЁ нинг узвий бир қисмидир.

6. Руҳият бузилишлари ҳамма вақт фақат ихтисослашган ёрдамни талаб қилмайди.

7. Оғир руҳият бузилишларини стационардан ташқарида ҳам даволаш мумкин.

8. Соматик шикоятлар руҳият бузилишлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

9. Жисмоний ва эмоционал бузилишлар алкохол ёки наркотикларни суиистеъмол қилиш оқибатида бўлиши мумкин.

10. Соматик касалликлар руҳият бузилишларига олиб келиши мумкин.

11. Эмоционал эҳтиёжларга беписанд муносабатда бўлиш саломатликнинг ёмонлашишига олиб келади.

12. Жамиятнинг фаол роли: руҳий хизмат ходимлари ўзлари ёрдам кўрсатадиган аҳолини билишлари керак; ўзаро ёрдам гуруҳлари одамларга ўз саломатлиги учун шахсий масъулиятини англаш имконини беради.

13. Аҳолининг руҳий саломатлигини сақлаш учун давлат ва давлатга боғлиқ бўлмаган ташкилотлар фаолиятининг мувофиқлашиши, шунингдек, полиция ҳамда ўқитувчилар билан ҳамкорлик қилиниши талаб қилинади.

14. Ижтимоий фикрни шакллантириш.

15. Аллақачонлар шаклланиб бўлган стереотипларни ўзгартириш, руҳият бузилишларини аниқлаш маҳоратларини ривожлантириш.

16. Ҳамма руҳият бузилишлари ҳам медикаментоз давони талаб қилавермайди.

17. Бемор ҳақидаги маълумотларни қайдлаш мақсад ва вазифаларни аниқлаш, индивидуал тиббий парваришлаг ҳамда тиббий ёрдамнинг янги хизмат турлари самарадорлигини аниқлаш учун зарур.

18. Психиатрик ёрдам кўрсатишда шахс ҳуқуқларини ҳимоя қилиш, хусусий иззат-ҳурматини ўрнига қўйиш катта аҳамиятга эга.

19. Кўрсатиладиган ёрдам миждознинг индивидуал эҳтиёжларини эътиборга олиши керак.

20. Негатив иждимой муҳит руҳият бузилишлари учун шароит туғдиради.

Руҳий саломатликни қувватлантириш ва профилактикаси

Психиатрияда профилактика тиббий хизматнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи звеноларида катта аҳамиятга эга. Якка ўзи руҳий саломатлик хизмати барча талабларни бажара олмайди. Шунингдек, анъанавий даво ва профилактик муассасалар руҳий саломатлик хизматидан алоҳида фаолият кўрсата олмайди, яъни бир тизим бошқаси билан чамбарчас боғлиқдир. Руҳий саломатликни сақлашга жамоат ёндошуви ҳамкорликнинг янги йўлларини очиб беради.

7.5 илова

РУҲИЙ САЛОМАТЛИКНИ САҚЛАШ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

1. Бирламчи профилактика:

- алиментар етишмасликнинг (масалан, йод, темир ва витамин) профилактикаси;
- атроф муҳитдаги токсик моддаларнинг, масалан, қўрғошиннинг зарarli таъсирини камайтириш;
- таълим ва иждимой ҳолатлардаги фарқни камайтириш;
- оиладаги қўллаб-қувватлаш хизматларини кучайтириш, масалан, ёлғиз оналарга;
- ишга жойлашишга ёрдам бериш, масалан ўсмирларга;
- кексалар ва ногиронларни иждимой ҳимоялаш;
- оилада ва жамиятда зўравонликка қарши курашиш;
- иждимой профессионал ҳамкорликни кучайтириш.

2. Иккиламчи профилактика:

- бирламчи тиббий ёрдам даражасида кризис ҳолатларида малакали ходимларнинг самарали аралашуви;
- зўравонлик қурбонларига иждимой ёрдам тизими (қочоқлар учун сақланиш жойи яратиш);
- тестлар ва бошқа воситалар билан руҳий бузилишларни эрта ташхислаш;
- полицияга, судга, мактаб, касалхона, армия ва иш берувиларга ўз вақтида мурожаат қилиш;
- самарали даволаш ва узоқ муддатли кузатиш, руҳий саломатликнинг маҳаллий иждимой марказлари ёрдамида ҳам қўшган ҳолда;
- даво жараёни сифати ва вазифасини аниқлаш;
- даводан кейин мувофиқ кузатиш.

3. Учламчи профилактика:

- мижозлар билан мулоқотни соддалаштириш, уларнинг аҳволини мунтазам назорат қилиш;
- мижозни ижтимоий қўллаб-қувватлаш ташкилотлари билан алоқасини осонлаштириш;
- наркомания ёки зўравонлик оқибатида юзага келган бузилишларда мижоз, оила ва жамоатни ҳимоялаш ва реабилитациялаш;
- қўллаб-қувватлаш гуруҳи ва реабилитация таркиби;
- даволаш ва кейинги кузатишнинг боғлиқлиги;
- маҳаллий қўллаб-қувватлаш гуруҳи;
- мижозларнинг мустақил ҳаёт кечиришларига ёрдам бериш;
- зарурият туғилган ҳар қандай ҳолларда ёрдам олиш имконияти.

Профилактика биринчи навбатда хатар омилларини аниқлаш ва элиминациялашдан иборат бўлиб, профилактик дастурларни яратишда ижтимоий ҳамда давлат манбаларининг қўллаб-қувватлашлари зарур. Мактабда санитар билими олишлари учун имконият яратиш катта аҳамиятга эга. Маҳаллий аҳолининг руҳий ва ижтимоий эҳтиёжлари иқтисодий-ижтимоий шароитлардан, этник оилавий муносабатлардан ва миллий қадриятлардан келиб чиққан бўлиши керак.

Психик аномалиялар

ЖССТ руҳият бузилишларини таълим олишга қобилияти йўқлигидан келиб чиқадиган ақлий заифлик деб таърифлайди. Бутун дунёда илмий ишларда ва амалиётда турли атамалар қўлланилади. Шунинг учун ақлий заифлик атамасини аниқлаб олишимиз лозим, бунда асосан интеллектуал ривожланмаганлик, таълим олишга қобилиятсизлик ва ақл заифлиги каби асосий концепцияларга эътибор беришимиз керак. Бу учала йўналиш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Интеллектуал ривожланишдан ортда қолиш: ақлий кўрсаткичларнинг пастлиги (интеллект коэффиценти — IQ билан белгиланади). Оғир интеллектуал бузилишларда бу кўрсаткич 20 дан ошмайди, ўткир шаклида 20—34, ўрта оғирликдаги шаклида 35—49, енгил даражасида 50—69 лар атрофида бўлади. Булар мувофиқ равишда 3 ёшгача, 3—6 ёшгача ва 6—10 ёшгача бўлган болаларнинг интеллектуал коэффицентига тенгдир.

2. Таълимнинг дисфункцияси ва бузилиши; таълим олишнинг специфик бузилиши — дислексия баъзан ақлий ривожланишга боғлиқ бўлмаслиги ҳам мумкин, бу махсус диагностика усуллари қўллашни талаб қилади.

3. Ақлий заифлик: ижтимоий адаптация механизмлари бузилиши билан кечади ва жамиятда меъёрдагидек фаолият кўрсата олмайди.

Ақлий заифлик бир қанча касалликларга боғлиқ сабабларни ўз ичига олади. Улар орасида асаб тизимининг органик касалликлари, ирсий йўл билан берилган ҳамда таълим олишга қобилиятсизлик турлари мавжуд. Ақлий заифларни ижтимоий адаптациясига таъсир кўрсатувчи омилларга қуйидагилар киради: мувофиқ хизмат турларининг мақсадга қараб йўналиши, профессионал парваришlash ва тайёрlash, ишга жойлаштириш ҳамда таълим бериш, ижтимоий ва маданий ёрдам, оиладаги муносабат ва дўстлик алоқалари, соғлиқни сақлашдаги қонуниятлар, ижтимоий таъминот ва аҳолининг бу тоифасини ишга жойлаштиришдир.

Аксарият психик аномалияларни қуйидаги превентив чоралар билан бартараф этиш мумкин:

1. Ҳомила пайдо бўлгунига қадар ўтказиладиган профилактик тадбирлар хатар гуруҳидаги оилаларда ирсий касаллик билан дунёга келиш эҳтимолини бартараф этишга қаратилган тиббий таълим дастурларини ишлаб чиқиш. Генетик карта тузиш, никоҳдан ўтиш олдидан консултация қилдириш ва аҳолини тестлардан ўтказиш.

2. Ҳомиладорлик маҳали ва туғруқда профилактик чоралар: ҳомиладорларни тўлақонли озиқлантириш, (медулляр найчанинг яхши ривожланиши учун фолат кислота етарли бўлиши лозим), темир танқислиги ва йод етишмаслигининг олдини олиш: чекиш ва ичиш орқали ҳомилага тегадиган зарарни камайтириш: ақлий заифлик билан боғлиқ ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун тестдан ўтказиш: туғруқ жароҳати ва кислород етишмаслигини олдини олиш: К витамини етишмаслигини бартараф қилиш (мия ичига қон қуйилишига олиб келиши мумкин). Туғруқ маҳалида ҳомилани сканирлаш самарасиз эканлигини кўрсатди.

3. Туғилгандан кейин ўтказиладиган профилактик тадбирлар: инфекцион касалликларга қарши вакцинацияlash, гипотиреоз ва фенилкетонурияга эрта тестlash ва касаллик аниқланганида эрта даволаш; чақалоқни тўғри парваришlash ва озиқлантириш; болалар жароҳатланишини камайтириш

Хатар омилларини билиш, ҳомиладорни тўлақонли озиқлантириш, скрининг усулларини такомиллаштириш ҳомилани ташхисlashда ва зарурат бўлганда даволашда катта аҳамиятга эга бўлиб, ақлий заифлик ҳолларини камайтиришга ҳисса қўшади. Контрацепцияни кенг қўллаш, ҳомиладорлик сонини камайтириш, амниоцентез усулларини қўллаш билан Даун касаллиги билан туғилиш ҳолларини камайтириш мумкин. Бугун Даун синдроми билан туғилган болалар таълимга ва ижтимоий адаптацияга яхшироқ кўникадилар. Ижтимоий соғлиқни сақлаш ўз олдига беморларни касалхона деворлари орасида эмас, балки жамиятда адаптацияlashни мақсад қилиб қўйиши лозим.

Оғиз бўшлиғининг саломатлиги

Оғиз бўшлиғининг саломатлиги одамнинг умумий жисмоний ҳолатида катта аҳамиятга эга. Касал тишлар оғриқ бериб овқат ҳазм қилишга салбий таъсир кўрсатади. Мунтазам парваришlash ва ўз вақтида даволаш оғиз бўшлиғи касалликларини бартараф қилишга хизмат килади. Оғиз бўшлиғининг оғир касалликлари остеомиелит, бош мия абсцесси, қоннинг умумий йиринглаши ва ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин. Оғиз бўшлиғи соғлиғини таъминлашда муҳим рол ижтимоий саломатликнинг зиммасида ётади. Бу асосан тиббий саводхоникни ошириш, ичимлик сувини фторлаштириш, оғиз бўшлиғини санациялаш дастури-ни ривожлантиришдан иборат.

Стоматология атамаси грекча «стома» сўзидан келиб чиққан бўлиб, оғиз деган маънони англатади. Қадимий тамаддунларда оғиз бўшлиғи саломатлиги муҳим аҳамиятга эга эканлиги яхши англангани ҳолда турли даво усулларини таклиф этишган. Масалан, касал тишлар гижжалар ҳисобига пайдо бўлади деб тушунганлар. Миср мумиёларининг танасида стоматологик даво изларини кўриш мумкин. Гиппократ, кейинчалик эса Абу Али ибн Синолар оғиз бўшлиғи касалликларини олдини олишда гигиенанинг муҳим ўрнини таъкидлаб ўтганлар. 1672 йилда рус ҳарбий табиблари армия эҳтиёжларини қондириш мақсадида стоматологик тайёргарликдан ўтишганлар. Стоматология узоқ йиллар мобайнида умумий медицинанинг бир қисми сифатида фаолият кўрсатиб келди ва фақат XVII асрнинг охирига келибгина фаранг жарроҳи Пьер Фонар (1690—1761) оғиз бўшлиғи ва тишларнинг 130 дан ортиқ касалликларини илк бора ёзиб қолдирганлиги учун ҳақли равишда стоматологиянинг асосчиси ҳисобланади. Стоматология ривожланиши тарихидаги муҳим саналар 7.6 иловада келтирилган.

Ривожланган давлатларда ҳаёт тарзининг яхшиланиши билан ширинликларни истеъмол қилиш кўпайди, бу эса болаларда тишларнинг тез емирилишига олиб келди. Айрим давлатларда чақалоқларни тинчлантирувчи восита сифатида ширинлаштирилган сув ёки чой қўлланилади, бу ҳам ўз навбатида тишларга зарар келтиради.

Оғиз бўшлиғининг энг кўп учрайдиган касалликларига — тишлар кариеси, прикуснинг нотўғри ривожланиши ва оғиз бўшлиғининг раки киради. Уларнинг барчаси тишларнинг зарарланишига олиб келади. Кариес билан оғришнинг камайиши учун оғиз бўшлиғи гигиенасига катъий риоя қилиш, ширинликларни камроқ истеъмол қилиш, стоматологшифокорга тез-тез ташриф буюриш ва фторлаштирилган сув ичиш лозим.

Сувни фторлаштириш

Водопровод сувини фторлаштириш тишни пломбалаш ва олиб ташлаш заруриятини 60% гача камайтиради. Фтор сувда у ёки бу миқдорда учраб туради. Фторли бирикманинг 1:1000000 нисбати тиш эмалининг емирилишини камайтиради. Бу тишлар кариесининг олдини олишдаги энг самарали усуллардан биридир. Аммо ичимлик сувни фторлашда қатъий назорат олиб бориш лозим, чунки унинг миқдори меъёридан ошиб кетиши тишлар ранггининг ёмонлашиши ва синувчанлиги билан кечадиган флюороз касаллигига олиб келади.

Бошқа усули таркибида фтор сақловчи таблеткалар ва тиш пасталарини ишлаб чиқиш ҳамда туз ва сутни фторлашдир. Таркибида фтор сақловчи таблеткалардан фойдаланиш самарали воситага киради, аммо ичимлик сувини фторлашнинг унга қараганда таъсири кўпроқдир. Ичимлик сувини фторлаш таннархи аҳоли пункти ўлчамига боғлиқ бўлиб, аҳолиси 200 мингдан ортиқ пунктларда жон бошига 12—21 цент, кичик ҳудудларда эса 0,6—5,4 долларни ташкил қилади.

Одамларнинг сувни фторлашга муносабати турлича бўлганлиги сабабли, бу самарали усулни ҳамма жойда киритиш анча қийин кечди. Аммо йиллар ўтган сайин у кенг қўлланила борди. АҚШ аҳолисининг 60% дан ортиқ қисми фторлаштирилган сув билан таъминланган бўлиб, бу кўрсаткич 2000 йилга келиб 75% гача ошди.

Сувни фторлаш кенг йўлга қўйилган давлатларда кариес билан касалланиш анча камайган. Ер шари аҳолисининг 210 млн нафари таркибида фтор оптимал бўлган сувни истеъмол қилмоқда.

7.6 илова

СТОМАТОЛОГИЯ РИВОЖЛАНИШИДАГИ МУҲИМ САНАЛАР

- 1736 йил — олтин қоплама ихтиро қилинди
- 1819 йил — пломба учун кумуш амальгама қўлланилди
- 1844 йил — Орас Уэллс томонидан анестезия учун кислород азот аралашмаси қўлланилди
- 1857 йил — Буюк Британияда илк стоматология мактаби очилди
- 1858 йил — пломба цементи ишлаб чиқилди
- 1870 йил — тиш тешгичи ихтиро қилинди
- 1874 йил — тиш эмалини фтор билан ҳимоя қилиш кашф этилди
- 1878 йил — қоплама ва кўприклар ихтиро қилинди
- 1881 йил — Россияда илк стоматология мактаби очилди
- 1901 йил — Нью-Йоркда илк ихтисослашган стоматологик клиника иш бошлади
- 1901 йил — флюороз касаллиги баён қилинди

7.6 илова давоми

- 1918 йил — Россияда Семашко томонидан соғлиқни сақлаш хизматининг стоматологияга оид бўлими иш бошлади
- 1942 йил — АҚШда фторнинг оптимал концентрацияси, флюороз ва кариес этиологияси ҳамда патогенези очилди
- 1948 йил — Буюк Британияда стоматологиянинг Соғлиқни сақлаш Миллий хизмати компетенциясига ўтиши кузатилди
- 1988 йил — АҚШда 138 млндан ортиқ одамлар фторлаштирилган сув билан таъминланди

70- йилларда ишлаб чиқарилган фторлаштирилган пломба материалларининг юқори самара бериши яқинда ўз тасдиғини топди.

7.3-жадвал

АҚШда болалар орасида кариеснинг тарқалиши, % ҳисобида

Ёш	1980 й.	1987 й.
9	49	35
12	73	58
17	89	85

Пародонтнинг касалликлари

Тишларни тутиб турувчи юмшоқ тўқималарнинг касалликлари периодонтал касалликлар дейилади. Милкнинг яллиғланиши периодонтал боғламга тарқалиб жағ суяқларининг емирилишига олиб келиши мумкин. Зудликда даво ўтказилмаса, тишлар емирилади ва уларни олиб ташлашга мажбур бўлинади. Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслик, айниқса тиш тошларини тозаламаслик периодонтнинг асосий сабабларига киради. Тишларни мунтазам тозалаш, оғизни ҳар гал овқатланишдан кейин чайиш профилактик тадбирларга киради.

Стоматологик ёрдам

Стоматологик ёрдам катта сарф-харажатлар билан боғлиқ. АҚШда 1988 йилда тишларни даволашга 29 млрд доллар сарф қилинган, 6,4 млн ишга яроқсизлик, 14 млн иш қобилятининг чекланиши куни аниқланган. Аксарият давлатларда тиббий суғурта нархи қимматлиги учун стоматологик хизматни тўламайди. Кўпгина давлатларда малакали стоматологларнинг ҳамда маблағнинг етарли эмаслиги боис профилактик кўрувлар ва оғизни санация қилиш етарлича йўлга қўйилмаган. Канада-

да 15 ёшдан катта бўлган аҳолининг 75% қисми мунтазам стоматолог кўрувида бўлиб турадилар. Аммо бу кўрсаткич ҳам оиланинг даромадига қараб ўзгариб туради. АҚШда 1964 йилдан 1991 йилгача стоматологга ташриф буюриш 1,6 дан 2,1 гача ошди. Оиланинг даромадига қараб бу кўрсаткич 1,3 дан 3,1 гача ўзгаради.

Оила ва маҳаллий ижтимоий ташкилотлар учун профилактика дастурини ишлаб чиқиш лозим. Кексалар ва кам таъминланган оилаларда тишларни йўқотилиши ёмон овқатланишдан келиб чиққан бўлиши мумкин, шунинг учун оғиз бўшлиғи касалликлари ижтимоий соғлиқни сақлаш муаммосига айланиб бормоқда. Мактаб профилактик тадбирлари гигиеник маҳоратларни шакллантириш, фторли сув билан оғизни чайиш, мунтазам стоматолог кўрувида бўлишдан иборат.

60-йилларда кариес билан касалланишнинг болалар орасида кескин камайиши тиш врачларининг сонини қайта кўриб чиқишга олиб келди, аммо шунга қарамасдан янги стоматологлар мактабини очиш бўйича кўплаб ишлар амалга оширилди. Стоматологик хизмат қиммат туради, шунинг учун бу мутахассисларни меъёрдан кўпроқ тайёрлаш билан унинг нархини камайтириб бўлмайди.

Буюк Британия ва Россия каби стоматологик хизмат соғлиқни сақлашнинг узвий қисмига айлантирилган давлатларда водопровод сувини фторлаш билан касалланишни ҳамда тайёрланаётган мутахассислар сонини камайтиришга эришиш мумкин. Кичик тиббий ходим томонидан стоматологик хизматнинг йўлга қўйилиши ва оғиз бўшлиғи гигиенасига бағишланган мактаб дастурининг кенгайтирилиши Янги Зеландия ва Канадада муваффақият билан синаб кўрилди.

Оғиз бўшлиғи аъзоларининг раки

Оғиз бўшлиғи аъзоларининг раки билан курашиш фақат эрта ташхис қўйишни эмас, балки аҳолининг етарлича тиббий саводхон бўлишини ҳамда малакали мутахассислар тайёрланишини талаб қилади. Юқори хатар гуруҳига кирувчиларда (40 ёшдан катта кашандалар, мунтазам ичувчилар) пайдо бўлган ҳар қандай шубҳали яллиғланишда биопсия олиб текшириш лозим. Соғлиқни сақлаш тизими томонидан чекиш (айниқса трубка), ичиш ва оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслик каби хатар омилларига қарши максимал курашиш керак

Функционал бузилишлар(ногиронлик) профилактикаси ва реабилитацияси

Функционал бузилишларнинг катта қисми узоқ муддатли давони талаб қилади, бу эса асосан стационар даво муассасаларида ўтказилса-да,

тиббий хизматнинг маълум қисми оила ва жамоатнинг зиммасига тушади. Физиотерапевтлар, логопедлар ва меҳнат билан даволаш мутахассислари аҳолининг тиббий саводхонлигини кўтариш билан ҳам шуғулланишлари керак. Маҳаллий ижтимоий реабилитация юқори даражасини таъминлаш қуйидагилардан иборат:

1. Бемордаги функционал бузилишлар тўлиқ баҳоланиши ва кўрсатиладиган тиббий ёрдам ҳажми аниқланиши керак.
2. Даволаш ва реабилитациялашнинг аниқ режаси ишлаб чиқилиши керак.
3. Даволаш ва реабилитациялаш режаларининг бажарилиши учун зарурий хизматларни таъминлаш.

Функционал бузилишларнинг турли-туманлигини эътиборга олсак, бу ҳар қандай жамият учун улкан муаммо эканлигини англаб етамиз.

БМТ томонидан 1975 йилда қабул қилинган Ногиронлар ҳуқуқи Декларациясида 1983—1992 йиллар Халқаро ногиронлар йили деб эълон қилинди. Бу ўн йиллик ногиронлар ҳуқуқини ҳимоя қилиш ва ижтимоий таъминлаш учун ижобий таъсир кўрсатди. ВОЗ ҳисоб-китобига кўра жаҳонда 450 млн ногирон бор, бу ҳар бир давлат аҳолисининг 10% қисмини ташкил қилади. Бир бутунликда олиб қаралганда бу сон давлат аҳолисининг 65 ёшдан катта ёки 4 ёшдан кичик қисми сонига тенг. Кўрсатилаётган ёрдамга қарамасдан айрим давлатларга ногиронларга кексалардан кўра камроқ эътибор қаратилади.

Кўпгина Европа давлатлари учун умумий бўлган тамойиллар функционал бузилишларни олдини олиш муаммосига комплекс ёндошишни талаб қилади. Бирламчи профилактика касаллик ёки жароҳатланишни олдини олишга, иккиламчи профилактика эса юзага келган касаллик ва жароҳатнинг асоратларини имкон қадар камайтиришга қаратилган. Учламчи профилактика беморни максимал реабилитация қилишга қаратилган. Энг долзарб муаммолардан бири — ривожланиш нуқсонларини, туғруқ жароҳатларини ҳамда бахтсиз ҳодисалардан жароҳатланишларнинг олдини олишдан иборат бўлиб, бу борада кўплаб қонунлар қабул қилинган. Аммо кўпгина давлатларда турли дастурлар ва қўллаб-қувватлаш хизматларини мувофиқлаштиришда мураккабликлар келиб чиқмоқда.

Кўпгина давлатларнинг мувофиқ хизматлари томонидан ёрдам кўрсатиладиган ногиронларга нотўғри даволаниш оқибатида ногирон бўлганлар, профессионал касалликлар билан оғриганлар, ишлаб чиқариш маҳали ёки урушдан олинган жароҳатлар оқибатида фаолияти издан чиққанлар, кўрлар, карлар, руҳий хасталар ва ҳақозолар киради.

Йўл-транспорт ҳодисаси, ишлаб чиқариш жароҳатлари ва заҳарланишларнинг олдини олиш давлат дастурининг узвий қисмига киради.

80-йилларда ВОЗнинг Европа бўлими 2000 йилга йўлда-уйда ва ишлаб чиқаришда юз берадиган бахтсиз ҳодисаларни Европа региони бўйича 25% гача камайтиришни ўз олдига мақсад қилиб қўйган эди.

Буюк Британияда асосий эътибор фақат ижтимоий суғуртани таъминлашгагина эмас, балки озикланиш сифатини яхшилаш, асосий озик маҳсулотларини витаминлар ва минераллар билан тўйинтириш; чекишга қарши курашиш, кичик вазн билан туғилиш, перинатал касалланиш ва улардан нобуд бўлиш, инфекцион касалликлар тарқалишини назорат қилиш, ишчиларнинг саломатлигини муҳофаза қилиш кабиларни ўз ичига олади. Ногиронларни таъминлаш хизматини ташкиллаштириш ҳам маҳаллий бошқариш тизимига ўтди.

7.7 илова

НОГИРОНЛАР УЧУН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ДАВЛАТ ДАСТУРИ

1. Комплекс ёндошиш
2. Профилактик йўналиш
3. Жисмоний, руҳий ва ижтимоий функцияларни реабилитациялаш
4. Ижтимоий керак эканлиги ва тенглигини таъминлаш
5. Жамиятнинг ногиронларга нисбатан толерант муносабатига эришиши
6. Ногиронларга хизмат кўрсатишда даво муассасаларига қараганда жамоаларнинг афзаллиги
7. Маҳаллий ижтимоий соғлиқни сақлаш хизмати фойдасига маблағларни қайта тақсимлаш
8. Маҳаллий таъминот тизимининг масъулияти
9. Давлат даражасида маблағ билан таъминлаш тизими хизматини мувофиқлаштириш
10. Ногиронларнинг ўз эҳтиёжларини аниқлаш бўйича қарор қабул қилинишида иштироки
11. Ногиронларнинг таълим олишга, иш билан таъминланишга, меъёردаги яшаш шароитига эга бўлишга ва ихтисослашган ёрдам олишга имконини таъминлаш

Данияда сўнгги 100 йил ичида ногиронларни таъминлаш дастури қонунчилик асосида ўзгариб борди. 1933-йилда ногиронларга қаратилган бир қанча умумдавлат қонунлари ва ижтимоий дастурлар ишлаб чиқилди. Дания ва Буюк Британияда ижтимоий лойиҳалар ва соғлиқни сақлаш дастурлари марказий ҳокимиятдан графликларга ва маҳаллий ҳокимият таркибларига ўтказилди.

Финляндияда мувофиқ аҳолининг 99% қисми она ва болалар марказига ташриф буюрадилар, бу эса сўнгги 10 йилда кам вазн билан дунё-

га келиш ҳолларини 1% гача камайтириш имконини берди ва бугунги кунда бу кўрсаткич 4% ни ташкил этмоқда. Ҳомиладорлик маҳалида фин аёллари ўртача 12 марта гинеколог қабулида бўладилар. 125 долларлик туғруқ учун нафақа фақат ҳомиладорликнинг 4 ойгача гинеколог қабулида бўлган аёлларга берилади.

Францияда туғруқ маҳалида бола вазни камлигини ва у билан боғлиқ касалланишнинг олдини олишга қаратилган комплекс тадбирлар ишлаб чиқилган. Қуйидаги чоралар қабул қилинган, ҳомиладорликнинг эрта давридан бошлаб тиббий назорат остида бўлиш, туғилгандан 6 ёшгача даврда 20 марта врач назоратида бўлиш, ҳаётининг биринчи йилида 9 марта врач кўрувига келиш. Метаболизм бузилишига тестлашдан ташқари талассемия, гемофилия ва ўроқсимон ҳужайрали анемияга тестлаш ўтказилади. Функционал бузилишлари бор болаларни мактабларда интеграциясига ва катталарни жамиятда интеграциясига катта эътибор берилади.

Россияда ногиронлар аҳволи меҳнат ва ижтимоий таъминот вазирликларининг хизматини соғлиқни сақлаш вазирлиги хизмати билан мувофиқлаштиришни талаб қилади. Ногиронликни олдини олишдаги асосий муаммолар ўз-ўзини ўлдириш, бировнинг жонига қасд қилиш, захарланиш, йўл ҳаракат ҳодисалари, ишлаб чиқаришда бахтсиз ҳодисалар ва нотўғри даволанишлар билан боғлиқ. Юқорида тилга олинган ҳолатларда ўлим фоизи кўп бўлиши билан биргаликда иш қобилиятининг йўқолиши ва ногиронлик ҳам кўп кузатилади. 7% гача болаларда вазн камлиги билан туғилиш қайд қилинади, унинг оқибатида юзага келувчи перинатал касалликлар ва ўлим профилактикаси синчиклаб ўтказилиши бугунги кунда ривожланган давлатларникига қараганда икки баробар кўп бўлиб турган ўлимни ва ногиронликни камайтиришга хизмат қилади.

Сўнгги йилларда ногиронликни олдини олиш, уларни даволаш ва таъминлаш соҳаларида силжиш кузатилмоқда. Қонуний базаларни тақомиллаштириш, мувофиқ таъминот хизматини ташкиллаштириш, янги тиббий технологиялар ва даволаш усуллари бу жараённинг узвий бир қисми бўлиб хизмат қилади.

Кўришнинг бузилиши

Кўз касалликларининг ҳар бир жамият учун аҳамияти жуда катта. АҚШда катарактани олиб ташлаш энг кўп бажариладиган операциялар сирасига киради. 1978 йили АҚШда 498 минг кур одам болиги қайдланган. Ёш ўтган сайин кўрликнинг кўрсаткичлари ҳам кўпайиб боради. Ривожланган давлатларда (масалан, Буюк Британияда 65 ёшдан катта

одамларни кўрликка олиб келувчи асосий сабабларга тўр парда сарик доғнинг дегенерацияси 47% ни, катаракта 20% ни, глаукома 12 % ни, диабетик ретинопатия 2% ни ва бошқа касалликлар 19% ни ташкил қилади. 15—29 ёшлар оралиғидаги аҳоли орасида кўрлар 100 минг одамга 3 нафарни, 75 ёшдан катталар орасида эса 400 тани ташкил қилади. Кўрликнинг профилактикаси диабет ангиопатиясини, глаукомани синчиклаб даволаш, кўз жароҳатланишини олдини олиш, қуёш радиацияси юқори бўлган ҳудудларда қуёшдан асровчи кўзойнаклар тақишдан иборат.

ВОЗнинг ҳисоб-китобига кўра ер шарида 40 млнга яқин кўрлар бор, уларнинг аксарияти ривожланаётган давлатларга тўғри келади, айрим ривожланаётган давлатлар аҳолисининг 1—2% қисми кўрлардан иборатдир. Ривожланаётган давлатларда А витаминининг танқислиги, 5 ёшгача бўлган болалар кўрувининг ёмонлашишига олиб келувчи асосий сабаблардан бири бўлиб, ҳар йили ярим млн боланинг ўлимига ва 1 млн боланинг кўр бўлиб қолишига олиб келади. Турли давлатларда А гиповитаминози профилактикаси учун турли чора тадбирлар ишлаб чиқилган (16 бобга қаранг). Қора пашшанинг чақишидан келиб чиқадиган онкоцеркоз касаллиги ҳар йили Африка аҳолисининг 1 млн дан ортиғини кўр бўлишига олиб келади. Катаракта, сўзак глаукомаси, захм ва қизамиқ оқибатида кўзнинг яллиғланиши айрим давлатлар аҳолисининг қарийб 6% қисмида учрайди, Хламидия конъюнктивитидан келиб чиқадиган трахома касаллиги яхши даво ўтказилмаганда кўзнинг чандиқланишига ва кўришнинг ёмонлашишига олиб келади. Касаллик айниқса Яқин Шарқ, Африка ва Лотин Америкасида кенг тарқалган. У аҳолининг қашшоқлиги, зич жойлашиши ва санитар меъёрларининг сақланмаслигидан келиб чиқади.

Кўрликнинг профилактикаси ривожланаётган давлатларда ҳам катта аҳамият касб этади. Қуёш радиацияси кучли бўлган давлатларда ҳимоя кўзойнақларини тақиш, глаукомани ўз вақтида аниқлаб даволаш, курйишда синмайдиган ойналардан фойдаланиш, транспортда зарбага қарши ҳаволи ёстикчалардан фойдаланиш, юқумли ва венерик касалликларни олдини олиш кўз касалликларини ўз вақтида самарали даволаш каби чора-тадбирлар профилактикасига киради.

Эшитишнинг бузилиши

Эшитишнинг ёмонлашиши-муҳим функционал бузилишлардан бўлиб, айниқса гунг-карлик оғир шаклларида ҳисобланади ва бунда гунг-карлар алфавити ва брейлев хати алоқа воситаси бўлиб хизмат қилади. Гунглик билан қўшилиб келмаган карлик лабларнинг ҳаракатига қараб

ўқиш хусусиятини ривожлантиришни талаб қилади. Профилактик тадбирларни ишлаб чиқишда карликнинг индивидуал, оилавий ва жамоат даражаларидаги психологик стресслари эътиборга олиниши керак.

Эшитишнинг ёмонлашиши кенг тарқалган функционал бузилишларга кириб, аҳолининг катта қисмини қамраб олади. Профилактик дастурлар муаммо долзарблигини камайтирса ҳам, бутунлай йўқотиб юбора олмайди, тугма карлик йил ўтгани сайин кучайиб боради ва ўрта кулоқда орқага қайтариб бўлмайдиган ўзгаришларга олиб келади. Бундай бузилишларни электрон эшитиш аппаратлари ёки жарроҳлик муолажаси воситасида бартараф этса бўлади. Ички кулоқнинг зарарланиши оқибатида юзага келадиган асаб сенсор бузилишларни мувозанатлаш қийиндир, эшитиш нервининг издан чиқиши қизамиқ, ёки ўрта кулоқнинг иккиламчи бактериал яллиғланишидан келиб чиқади. Шунингдек эпидемик паротит ҳам карликка олиб келиши аниқланган. Бундай ҳолда жараён қўққисдан бошланиб қисқа муддатда тугаши ёки узоқ муддат давом этиши мумкин. Ўз вақтида паротитга қарши эмланса, карликнинг олдини олиш мумкин. Эшитишнинг бузилишига олиб келувчи антибиотикларни қўллашга фақатгина оқилона муқобил даво усули топилмаганда қўл уриш керак.

Шовқинларни назорат қилиш ҳам карликнинг профилактикасига киради. Қаттиқ шовқин, айниқса иш пайтида бўлса эшитишнинг пассивлигига олиб келади. Шовқиннинг баландлиги децибелларда, тебраниш частотаси эса герцларда аниқланади. Аэропортлар яқинида самолётларнинг учиши ва қўниши маҳали, шунингдек автомобил шовқинлари ҳамда рок музыкадаги шовқин болаларнинг эшитишига салбий таъсир кўрсатади. Шовқин ўтказмайдиган изоляцияларни кенг қўллаш, мувофиқ санитар меъёрларини қўллаш, шаҳарлар қурилишида архитектурани эътиборга олиш кабилар билан шовқиннинг зарарли таъсирини жиловлаш мумкин.

Буйрак касалликларининг охири босқичи

Буйрак касаллигининг охири босқичи — буйрак етишмаслиги деб аталади ва буйракни кўчириб ўтказишни ёки мунтазам диализ ўтказишни талаб қилади. Сурункали буйрак касаллиги 1988 йилда ер шари бўйича 1 млн аҳолига 327 ни (Австралия), 598 нафарни (АҚШда), ва 726 нафарни (Японияда) ташкил этганди. Энг юқори кўрсаткичлар мексикаликлар, Лотин Америкасидан чиққан америкаликлар, шимолий Америка ҳиндулари орасида кузатилади, бу ҳолат уларда қандли диабет ва гипертоник касалликнинг кўп учраши билан боғлиқ.

Буюк Британиянинг Миллий хизмати диabetологларнинг Сент-Вент декларациясига таянгани ҳолда буйрак касалликларини 30% гача камайтиришга қарор қилди. Гломерулонефритни профилактика қилиш ва қандли диabet давосини такомиллаштириш билан бу вазифани амалга ошириш мумкин. АҚШда бу касаллик қора танлилар орасида кўп учрайди, улар орасида қандли диabet ва гипертониянинг кўп учраши ҳамда профилактик тадбирларнинг кам қўлланилиши бунга сабаб бўлган. Буйрак касалликларининг 95% қисми инсулинга боғлиқ диabet оқибатида келиб чиқади.

Сурункали буйрак етимаслигини профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Қандли диabetга тестлар ёрдамида текшириш;
2. Қандли диabetни адекват даволаш ва мувозанатлаш;
3. пешоб-таносил тизими яллиғланишларини ўз вақтида даволаш;
4. стрептококкли фарингитларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш.

Сурункали буйрак касалликлари қисман орқага қайтариш мумкинлиги ва даволашнинг қимматга тушиши билан соғлиқни сақлаш тизими долзарб муаммоларига киради. АҚШда СБЕ билан оғриганларни даволаш 1988 йилда 5,4 млрд долларга тушган. Буйракни кўчириб ўтказиш ва узоқ муддатлик диализ ўтказиш бир йилда 35 минг долларгача сарфхаражатни талаб қилади.

1987 йилда АҚШ бўйича оқ танлилар орасида буйрак касалликлари билан оғриш ҳар 100 минг аҳолига 14 нафарни, қора танлилар орасида эса 32 нафарни ташкил қилди. АҚШ соғлиқни сақлаш тизими томонидан бу кўрсаткичларни яқин йилларда мувофиқ равишда 13 ва 30 тагача тушириш кўзда тутилган.

Айрим ривожланаётган давлатларда махсус тиббий марказларда қашшоқ оиладан чиққан донорларни буйракни кўчириб ўтказиш учун фойдаланилади, уларга бирламчи тиббий хизмат учун мўлжалланган маблағлар сарф этилади. 85 ёшдан катта бўлган одамларни диализ қилишда ахлоқий муаммолар юзага келиши мумкин, чунки бу муолажа бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг ягона усули ҳисобланади.

Гомосексуалистлар саломатлигини сақлаш

АҚШда ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра аҳолининг 10% га яқини ўзларини гомо ёки бисексуал деб ҳисоблайди. Аммо бу борада маълумотларни аниқлаш жуда қийин, чунки уларга ижтимоий жиҳатдан нафрат билан қараш ҳамма далилларни ҳам кайдланмаслигига олиб келади. Ундан ташқари сексуал ориентация сексуал хулқ-атвор билан бир хил бўлмаслиги мумкин (масалан, 70% гей-эркаклар уйланмаган

эркаклар билан алоқада бўлганлигини, 45% лесбиянка аёллар эркаклар билан алоқада бўлганлигини тан олишган). Маълумотлар аниқ бўлмаса ҳам гейлар, лесбиянкалар ва бисексуаллар аҳолининг сезиларли қисми-ни ташкил этади.

Гомосексуалистларнинг хусусий муаммолари: улар орасида венерик касалликларнинг, меъда ичак йўли инфекциясининг, жигар хужайра ва анал ракиннинг нисбатан кўп учраши қайд этилган. Шунингдек, лесбиянкаларда ҳам сут безларининг, эндометрийнинг ва тухумдонларнинг раки кўп учрайди. Гей ва лесбиянкаларга нисбатан зўравонлик ишлатилиши ҳоллари ҳам жиддий муаммоларни юзага келтиради. Шунингдек улар орасида наркомания, кашандалик, алкоголизм, депрессия, юрак қон-томир тизими касалликлари кўп учрайди, шу билан бирга ўз-ўзини ўлдириш ёки бировнинг жонига қасд қилиш ҳам бу гуруҳ орасида одадий ҳолдир.

АҚШда ўтказилган текширишлар шуни кўрсатадики, врачларнинг фақат 10—4% қисмига ҳар бир янги беморнинг сексуал тарихини қайдлайди, уларнинг 30% қисми гей мижозлар билан мулоқотда ўзларини яхши ҳис этишларини айтади. Гей ва лесбиянкалар тиббий ассоциацияси аъзоларини сўровдан ўтказганда 60% дан ортиқ қисмининг тан олишича, ўзларининг сексуал ориентациясини очиқ тан олганлар, кам ва ёмон сифатли тиббий ёрдам оладилар.

СПИД эпидемияси гомосексуалистлар орасида айниқса сексуал ориентациянинг долзарб муаммога айлантириб қўйди. Аммо шунга қарамадан талабаларнинг фақат 10% қисмига сексуал саломатлик дастури бўйича ўқитилди, бирламчи тиббий ёрдам шифокорларининг фақат 5% қисмига мижозларнинг сексуал ҳаёти тўғрисида маълумот йиғиб касаллик тарихига қайдлайди. 1980 йилдан бошлаб гейлар орасида презервативларни кенг қўллаш амалиёти яхши натижалар берди.

Гомосексуаллар ҳамда гетеросексуаллар СПИД ва гепатит каби оғир хасталикларни тарқалиши бўйича хатар гуруҳига кирдилар. Бу нуқсонли доирани узиш учун жамоат соғлигини сақлаш ходимларининг, бирламчи тиббий ёрдам берувчи шифокорларнинг ҳамда гей ва лесбиянкалар ташкилотларининг биргаликдаги саъй ҳаракатлари талаб қилинади.

Маҳбуслар саломатлигини сақлаш

Охирги 10 йил ичида АҚШ маҳбуслари соғлигини сақлаш бўйича жиддий ўзгаришлар амалга оширилди. Шаҳарларда синфсизлантириган унсурларнинг ошиши, наркотикларни ноқонуний қабул қилиш, қашшоқлик ва улар билан боғлиқ касалликлар АҚШ маҳбусларига ҳам ўз таъсирини ўтказди. Турма хизматининг тиббий таъминоти касалликлар билан курашишнинг олдинги сафига ўтиб олди.

АҚШда турмалар сони йил сайин кўпайиб бормоқда. 1991-йили АҚШ бўйича 4 млнга яқин маҳбус бор эди, бу кўрсаткич 1984 йилга қараганда 38% га кўпдир. Маҳбусларнинг миллий таркиби ҳам АҚШ аҳолисининг миллий таркибидан фарқ қилади: оқ танли эркакларнинг 6% қисми, қора танлиларнинг 23% қисми жазони ўташ жойларида бўлиб, маҳбусларнинг 47% қисми афроамерикаликлардир, улар орасида қашшоқлар ва ёшлар кўпчиликини ташкил қилади.

1970 йида маҳбуслар саломатлигининг ёмонлигидан ташвишга тушган АҚШ тиббий ассоциацияси ва Америка соғлиқни сақлаш ассоциацияси турма тиббий хизматини назорат қилишни ўз зиммасига олди, бу эса кўп штатлардаги турмаларнинг тиббий таъминоти яхшиланишига олиб келди. Турма тиббий ходимларининг профессионаллик савияси ошди, тўлиқ иш ўринларида фаолият кўрсатадиган медиклар кўпайди.

Маҳбуслар сил ва СПИД билан оғриш бўйича хатар гуруҳини ташкил қилади, улар орасида СПИД вируси ташувчилари ва силнинг яшин шакли билан оғриганлар кўплиги, зичлик, вентиляцияларнинг ёмонлиги, маҳбусларни тез-тез колониялардан бир-бирига кучирилиши бунга сабаб бўлади. Сил қўзғатувчиларининг антибиотикларга сезувчанлиги камайиб бораётгани, унинг СПИД билан тез-тез қўшилиб келаётгани бу борадаги назоратни кучайтиришни тақозо қилади. Жазони ўташ ойларидаги муҳим диагностик ва профилактик тадбирларга қуйидагилар қиради:

1. Маҳбуслар ва ходимлар мунтазам СПИД ва силга текширилиб туриши лозим. Анализлар мусбат чиққанда улар касалликнинг ривожланиб кетишига тўсқинлик қилувчи даво курсларини олишлари керак.

2. Сил билан оғриган маҳбусни эрта аниқлаш ва изоляциялаш.

3. Даво курсларини тўлиқ олиш ва бутунлай тузалиб кетиши учун беморни мунтазам кузатиш.

4. Беморни турмада ва озодликка чиққандан кейин мунтазам тиббий назорат қилиш.

Жазони ўташ жойларида узоқ муддат бўлувчи маҳбусларнинг сон жиҳатдан кўплиги боис улар жамиятнинг узвий бир қисми деб қаралиши лозим. Сил, В гепатити ва СПИД тарқатувчиси сифатида улар бу касалликларни бошқа маҳбусларга ҳам юқтириши, озодликка чиққандан кейин ҳам жамиятга тарқатиши мумкин. Россияда 1990 йилдан бошлаб сил касаллигининг кўпайиб бораётганига қайта қуриш йиллари кўплаб касал маҳбусларнинг озодликка чиқарилиб юборилиши ҳам сабаб бўлган. Сил АҚШ турмалари ходимлари учун ҳам жиддий хавф туғдирмоқда.

Турма психологик хизматида эҳтиёж ҳам борган сайин ортмоқда. Жамоат психологик хизматининг яхши фаолият кўрсатмаётанлиги сабабли

бевосита кўчадан турмага тушаётганларнинг сони ортиб бормоқда. Маҳбуслар саломатлигининг ахлоқий аспектига қийнаш, зўрлаш, ўлдириш, очлик, ахлоққа зид тиббий экспериментлар киради. Нюрнберг ва Хельсинкида қабул қилинган тиббий тадқиқотларни одамда ўтказиш бўйича кодекс катъий халқаро нормаларни белгилаб берган. Гражданлар урушидаги ҳарбий асирлар айрим ҳолларда ёппасига ўлдирилади, очлик билан қийналади ва зўрланади. Буни 90-йилларда Боснияда юз берган геноцидлардан ҳам кўриш мумкин. Халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотлари тинч даврда маҳбусларни, уруш вақтларида ҳарбий асирларни саломатлигини сақлаш бўйича вазифаларни ўз зиммасига олиши лозим.

Кўчманчиларнинг саломатлиги

Аксарият давлатларда кўп одамлар оилалари билан мавсумий ишлаш учун чиқадилар. Уларнинг аҳволи бутунлай иш берувчи -эксплуататорга боғлиқ бўлиб қолади. Қишлоқ хўжалик ходимлари, қурувчилар, шахтерлар ўз оилаларидан узоқ муддат олислашиб ишловчи мигрантларни ташкил қилади.

Бу амалиёт айниқса АҚШда кенг тарқалган. Мавсумий ишловчилар бошқаларга қараганда сил билан 6 баробар кўпроқ касалланадилар. Ижтимоий соғлиқни сақлаш тизими қашшоқликда, антимикробик шароитда ишловчи мигрантлар тиббий эҳтиёжларини қондиришга қаратилган бир қанча тавсияномалар ишлаб чиққан. Бундан ташқари, уларнинг фуқаролик ҳолатларини тасдиқловчи ҳужжатлари ҳам бўлмайди, бу ҳам тиббий ёрдам олишини қийинлаштиради.

Айрим тадқиқотчилар мигрантлар орасида сил, заҳм, СПИД кўп учрашини таъкидлаб, уларга хизмат кўрсатувчи тиббий ходимларни маҳсус тайёргарликдан ўтказиш заруриятини баён қиладилар.

Хориж ишчиларининг миграцияси халқаро ҳолат ҳисобланади. Ривожланган Европа давлатларида Шарқий Европа ва Африкадан ҳар йили юз минглаб одамлар вақтинча ишлагани келадилар. СССР тарқалганидан кейин миграция ва у билан боғлиқ муаммолар Россия учун ҳам долзарб бўлиб қолди.

Қочоқлар саломатлиги

90-йилларда олинган маълумотларга қараганда 35 млн дан ортиқ одамлар ўз давлатларини ташлаб чиққан, улардан 20 млндан ортиғи қочоқлар статусига эга бўлиб, 4 млн нафари Африка, Ғарбий Осиё, Яқин Шарққа тўғри келади. Одамларни ўз юртидан ёппасига кетиб қолишига

миллий ёки диний таъқиб, сиёсий можаролар, фуқаролик тартибсизликлари, атроф муҳитнинг кескин ёмонлашуви табиий ва иқтисодий ресурслар учун кураш оқибатида келиб чиқади. Ҳар йили миллионлаб одамлар ўз уйи, хўжалиги, ўлкаси ва давлатини озиқ-овқат ва ичимлик суви ҳамда хавфсиз жой топиш учун ташлаб чиқиб кетадилар.

Давлатнинг катта миқдордаги қочоқларни қабул қила олиш ва боқа олиш имконияти унинг инфраструктураси, иқтисодий ва ижтимоий барқарорлиги ривожидан дарак беради. Қочоқлар муаммосини мувофиқ ва ўз вақтида еча олиш юқорида тилга олинган омилларга ҳамда қочоқлар йигилган ҳудудларга зарурий озиқ-овқат ва жиҳозларни халқаро ёрдам томонидан етказиб берилишига боғлиқ. Шошилиш чора-тадбирлар қочоқларни озиқ-овқат, уй жой, кийим кечак билан таъминлаш, санитар нормаларини сақлаш, индивидуал профилактик чораларни қўллаш ва тиббий хизматни ташкиллаштиришдан иборат. Таълим, оилани режалаштириш ва тиббий хизмат ҳолати қочоқларни қўллаб-қувватлаш узоқ муддатлик дастурининг бир қисмидир.

Ҳарбий тиббиёт

7.4 жадвал

АҚШ армиясида 1860—1975 йиллар мобайнида касалланиш ва ҳарбий жароҳатланишдан кейинги ўлим

Ҳарбий кампания номи	Касалланиш сони	Жангда жароҳатланиш сони	Касалланиш ва жароҳатланиш нисбати
Фуқаролар уруши (Шимол армияси) 1861—1865	199,720	138,154	1,5:1
Испан-Америка уруши 1898	1,939	369	5,3:1
Америка-Филиппин уруши 1899—1901	4,356	1,061	4,1:1
Биринчи жаҳон уруши 1917—1918	51,447	50,510	1:1
Иккинчи жаҳон уруши 1939—1945	15,779	234,874	1:10
Кореядаги уруш 1950—1953	509	27,704	2:100
Вьетнамдаги уруш 1961—1975	1,433	30,900	5:100

Қуролланган кучлар учун масъулият умумдавлат масъулиятининг, тиббий таъминот масъулияти эса ижтимоий саломатлик масъулиятининг бир қисмидир. Одатда ҳарбий кучларга соғлом одамлар чақири-

ладилар, аммо хизмат шароити тинч даврда ҳам, уруш даврида ҳам касалликка олиб келиши мумкин. Ҳарбий тиббиётда ҳарбий хизматчилар саломатлиги учун профилактик тадбирлар аҳамияти таъкидлаб ўтилади.

Римликларнинг ҳарбий муваффақиятлари ҳарбий лагер шароитида ўтказиладиган профилактик тадбирларга, тартиб интизомнинг сақланишига ва гигиеник чораларга таянган эди. Ўзларига буюрилган вазифани бажариш учун армия ва флот мунтазам тиббий таъминот ва озиқ билан таъминотда бўлиши лозим. Ҳарбий денгизчиларнинг озиқ-овқат рационига Джеймс Линд томонидан қилинган эпидемиологик кашфиётдан кейин лимон қўшиладиган бўлди. Дженнер томонидан қилинган кашфиётдан кейин армияда мажбурий эмланиш қўлланиладиган бўлди.

XX асрнинг ўртасига қадар аксарият давлатларда жанговар ҳаракатлар сабабли ўлим юқори бўлган, Америкадаги фуқаролар урушидан Кореядаги компанияга қадар бўлган ҳисоботларда буни кўриш мумкин. Ҳарбий медицинада йиғилган тажриба фуқаролик секторидagi ўткир фавқулодда ҳодисалар тиббиётини ривожлантирди.

Ҳарбий хизматчиларни касалликлардан ҳимоялаш казарма ва матрос хоналарида енгил берилувчан касалликларга қарши мажбурий эмлашни ўз ичига олади. Бўғмага, қоқшолга, В гепатитига, шолга қизамиққа, паротитга, менингитга, А гепатитига қарши эмлашлар шулар сирасига киради. А гепатитига қарши курашда мавсумга қараб гамма глобулин буюриш керак. Рационал озиқланиш, сув ва овқат билан бериладиган касалликлар, амалиёт маҳалидаги жароҳатлар, заҳарланишлар, СПИД ва таносил касалликлар ташувчилари билан алоқани йўқотишбуларнинг барчаси тинчлик маҳалида қуролли кучлардаги соғлиқни сақлаш тактикасига киради. Машғулотлар маҳалида зўравонликлар ва шафқатсизликлар тез-тез учраб туради, буларнинг барчаси офицерлар ва кичик командирлар таркибидан зийракликни талаб қилади.

Урушларнинг олдини олиш-ҳарбийлар ва фуқаролар орасида ўлимни камайтиришдаги энг самарали воситадир. Уруш вақтида йўқотишлар сони армия қуролланиши даражасига, шахсий таркибнинг билимига, интизомига ва бошқарилиш тизимига боғлиқ. Уруш майдонида тиббий таъминот, жароҳатланганларни ажратиш ва эвакуация қилиш ҳарбий жароҳатларнинг оқибатида юз берадиган оғир ногиронлик ва ўлимни олдини олишда муҳим ўрин тутади. Тиббий таъминотни ташкиллаштириш-жанг майдонида санитарнинг фаолиятдан тортиб, сув ва дори-дармонлар билан таъминлашгача барча-барчасини ўз ичига олади. Ҳарбий қувватни сақлаш учун йўқотишни камайтириш, бирламчи тиббий ёрдамни кўрсатиш жангчиларни руҳий қувватлаб, жароҳатлар оқибатида юз берадиган

ўлимни камайтиради. Жароҳатланганларни жароҳат турига қараб ажратишдан мақсад уларни ҳар бирига имкон қадар чуқур ёрдам беришдир. Жароҳатлар қуйидаги даражаларга бўлинади:

- яшашга лаёқатсиз, ўлим билан тугайдиган жароҳатлар;
- қон тўхтатиш, плевра бўшлиғини дренажлаш, йўқотилган қон ўринини тўлдиришни талаб қиладиган ўткир ҳолатлар;
- жароҳатланганнинг аҳволи вақтинчалик барқарорлигига қарамасдан жароҳат оғир бўлса, фақат шошилиш жарроҳлик муолажасига унинг ҳаётини сақлаб қолади;
- жароҳат олганидан 8—19 соат ўтиб ҳам ёрдам кўрсатилган, асо-ратланмаган жароҳатлар;
- кичик жарроҳлик муолажаларини талаб қиладиган кам жароҳатлар, синиқларни фиксациялаш ва кузатиш.

Ядро, биологик ёки кимёвий қуролларни қўллаш эҳтимоли бўлган шароитларда ўзига хос тайёргарликлар ўтказилади. Биринчидан уларни қўллаш эҳтимолини йўқотиш керак. Аммо шунга қарамасдан уларни қўлланилиш хавфи мавжуд экан, бу турдаги қуроллардан жароҳатланганда кўрсатиладиган тиббий ёрдам бўйича тайёргарликлар ўтказилиши лозим.

Табий офатлар маҳалида соғлиқни сақлаш муаммолари (катастрофалар медицинаси)

Табий офатлар ва йирик авариялар тез-тез учраб турганлиги боис соғлиқни сақлаш тизимидан бу борада профессионал тайёргарликлар талаб қилинади. Урушлар, саноат авариялари, сув босиши, вулқонлар отилиши, қор босиши, бўронлар ва бошқалар табиий офатлардан ҳисобланади. Табиий офатлар табиий ва инсон фаолияти оқибатида юз берадиган, ҳамда қўққисдан ва аста-секин юзага келувчи турларга бўлинади. Аксарият ҳолларда улар орасидаги фарқ билинмайди, масалан инсоннинг ўйламасдан қилган фаолияти оқибатида табиий офатлар келиб чиқиши мумкин. Масалан, айрим ҳудудлардаги қурғоқчиликлар, инсоннинг табиатга етказган зиёни оқибатида бўлиши мумкин.

Сўнгги йилларда коммуникация ва транспорт воситаларининг етарли ривожланиши сабабли табиий офатларда ёрдам кўрсатиш такомиллашди. (ҳаво орқали палаталар, кўрпа ёстиқлар, электр генераторлари, озиқ-овқат, сувни хлорлаш воситаси). Шунингдек, янги вакциналарнинг пайдо бўлиши, перорал регидратация, антибиотиклар қўллаш натижасида ҳам ёрдам сифати яхшиланди.

Табиий офатлар оқибатларини бартараф этишда юқори малакали мутахассислар аралашуви талаб қилинади. Чунки бу ўринда кўплаб одамларни қутқариб қолиш муаммоси устида сўз кетаяпти. Табиий офатлар зич аҳоли пунктларида ҳам, жунглида ҳам юз бериши мумкин. Улар худудига ва ифодаланишига кўра турлича бўлса-да, асосий инсоний эҳтиёжларни таъминлаш бир хилда кечади. Биринчи навбатда одамларнинг ўлиши ва ногиронлашишини тўхтатиш, уларни жой билан таъминлаш; сув ва озиқ-овқат етказиб бериш лозим. Кейинги навбатда гепатит қорин тифи, вабо ва полиомиелитни ва ЎРВИ тарқалиши олдини олишга қаратилган тадбирларга катта эътибор бериш лозим. Эпидемиологик аҳволни назорат қилиш аввалдан режалантирилиши лозим, бу офатлар махали етарлича фаолият кўрсатиш имконини беради. Посттравматик синдром олган одамлар жамоат соғлигини сақлаш доирасида парвариш олишга муҳтож бўлади.

Ўлим, жароҳатланиш ва касалланиш ҳолларини табиий офатлар маҳалида эпидемиологик жиҳатдан текшириш юз берган тартибсизликлар сабабли мураккаблашади. Госпитализация ҳолларини қайд қилиш касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини, қорин тифи ёки вирусли гепатитлар каби касалликлардаги кўрсаткичларини белгилаб беради. 1980 йили Италиянинг жанубида юз берган zilзила оқибатида ичимлик суви орқали касаллик тарқалганди. Шунингдек, Руандада ичимлик суви орқали вабо касаллиги тарқалиб кўплаб одамларнинг ёстигини қуритганди. Шунинг учун бундай ҳолларда биринчи навбатда ичимлик сувини хлорловчи воситалар етказилиши лозим. Палаталар ва озиқ-овқатларни тарқатиш пунктлари армия томонидан қўриқланиши шарт. Меъда-ичак йўли инфекциялари ва юқумли касалликлар тарқалиши озиқ-овқатлар етарли бўлмаган ҳолларда болалар орасидаги ўлим ҳолларини кўпайтиради. Ёрдам ташкилотлари қизамиқ, полиомиелитга қарши ҳамда КДС вакциналари билан таъминлашлари лозим. Қорин тифи ва салмонеллез билан эса санитар тадбирлар воситасида курашиш лозим. Руандада юз берган фалокат ичимлик суви билан таъминлаш ва орал регидратациянинг беқийёс аҳамиятини кўрсатди.

ТАБИЙ ОФАТЛАРДА КЎРСАТИЛАДИГАН ТАДБИРЛАР

1. Жароҳатланганларга ёрдам кўрсатиш ва эвакуация қилиш.
2. Жароҳатланиш ногиронга айланиш ва ўлишни камайтириш.
3. Армия, полиция кучлари, расмий тиббий хизмат, маҳаллий ва халқаро нодавлат ташкилотлари билан тартибсизликларни олдини олиш.
4. Вақтинчалик уй жой билан таъминлаш, сув ва озиқ-овқат билан таъминлашни узлуксизлиги.
5. Хавфли омилларга қарши тадбирларни қўллаш, санитар қурилмалар яратиш.
6. Юқумли инфекцион касалликларнинг олдини олиш ва даволаш (диареяли, ўткир респиратор, қизамиқ, гепатит)
7. Касалланганларга ва жароҳатланганларга мунтазам тиббий ёрдам кўрсатиш.
8. Маҳаллий, давлат, миллий ва халқаро қутқарув хизматлари хизматини сафарбар қилиш ва мувофиқлаштириш.
9. Озиқ ва витаминлар етишмаслигини профилактика қилиш.
10. Оналар ва бола саломатлигини сақлаш.
11. Касалликларни аниқлаш ва эпидемиологик ҳолатни баҳолаш.
12. Жабрланган аҳоли орасидаги ихтиёрий тиббий ёрдамчиларни сафарбар қилиш.
13. Жароҳатдан кейинги стресс-синдромнинг олдини олиш.
14. Кечаётган ҳодисаларни баҳолаш, улар тўғрисида ҳисобот тузиш.
16. Хужжатлаштириш, нашр қилиш ва кейинчалик кузатиш.
17. Санитар оқартув ишлари.
18. Меҳнатга лаёқатлиларнинг ҳаммасини жалб қилиш.
19. Ташлаб кетилган уйларга қайтиш ва реабилитация.
20. Келажакда юз бериши мумкин бўлган табиий ҳодисаларга тайёргарлик.

Қабул қилинаётган тадбирлар самарадорлиги аҳоли орасидаги болаларнинг ёшига хос ўсиши ва вазн қўшишига қараб белгиланади. Табиий фалокатларда қутқарув ишларини ўтказиш болалар учун мўлжалланган озиқ моддаларини витаминлар, минераллар ва темир препаратлари билан бойитишни ўз ичига олиши керак. Асосий озиқ моддалари билан таъминлаш бирламчи ўринда туради, ammo шунга қарамасдан йирик миқёсдаги озиқ моддаларни етиштириш битта давлатнинг имкониятидан ташқари бўлиши мумкин. Аҳолиси овқатга мунтазам ёлчимайдиган қурғоқчил ҳудудлардаги ҳатто унча катта бўлмаган табиий офатлар ҳам давлат ичидаги мувозанатнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Яқин ўтмишда рўй берган антропоген ва табиий офатлар

Офат рўй берган хууд	Офат тури	Йил	Оқибати
Гватемала	Зилзила	1976	23 минг ўлим, 77 минг бедарак йўқолган
Италия Сервезо	Кимёвий комбинатда портлаш	1976	17 минг одам кўчирилган
Ҳиндистон Бхопал	Кимёвий актив мод- данинг оқиб кетиши	1984	2 минг одам ўлган, 70 минг одам кўчирилган
Мексика	Зилзила	1985	100 минг одам уйсиз қолди
Украина Чернобил	Ядро реакторида авария	1986	30 минг одам ўлган 100 минг одам кўчирилди
Руанда	Геноцид, ялписига қочиш	1994	500 минг одам ўлган

Озиқ-овқат маҳсулотларининг, сувнинг етишмаслиги санитар объек-ларнинг тақчиллиги ўлим ҳолларини кўпайтиради. Бундай ҳолат 1994 йили Руандадаги қочқинлар билан содир бўлганди. Қочоқлар лагерла-рини жойлаштиришда тупроқнинг дренажланиши, йўл ва сув ҳавзаларининг яқинлиги, санитар қурилмаларнинг мавжудлигини эътиборга олиш лозим.

Табиий офатлар билан курашиш натижаларини хужжатлаштириш келажакдаги тадбирлар самарадорлигини оширишга хизмат қилади. Аввалги офатлардан дарҳол хулоса чиқаришнинг имкони бўлмаса-да, улар барибир жамоат соғлиғини сақлашда катта аҳамиятга эга бўлади. Табиий офатлар маҳали фаолият кўрсатишни режалаштириш давлат, регионал, вилоят ва маҳаллий даражада соғлиқни сақлаш ишлари ораси-да катта аҳамиятга эга. Айниқса бундай ҳодисалардан аввал тафсилот-нома ва бошқа хужжат бланкаларни тайёрлаб қўйиш катта аҳамият касб этади.

Хулоса

Жамоат соғлиғини сақлашни ташкиллаштиришда аксарият ҳолларда биринчи навбатда аҳолининг айрим қатламларини, масалан ёш гуруҳи ва шунга ўхшаш хусусиятларни эътиборга олган ҳолда ёндошилади. Улар баъзан врачлик ёки стационар хизмати доирасидан чиқиб кетади.

Рефератлар мавзуси

1. Руҳий касалликлар-жамоат соғлиғини сақлашнинг объекти сифатида.
2. Руҳий саломатликни сақлашга асосий ёндошишлар.
3. Руҳият бузилишлари ва аклий заифликнинг олдини олиш.
4. Руҳий саломатликни сақлашда оила ва жамоанинг ўрни.
5. Жамоа ва соғлиқни сақлаш тизимида ақли заифларга ёрдам бериш.
6. Оғиз бўшлиғи абзолари касалликларини профилактика қилишда жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий функциялари.
7. Ижтимоий манбаларда сувни фторлашнинг муҳимлиги.
8. Ҳибсхоналарда хавfli омилларнинг ўзига хослиги.
9. Ногиронликни камайтиришда ижтимоий саломатликнинг ўрни.
10. Ногиронлар ва руҳий касаллар ҳуқуқларини ҳимоя қилишда қонунчиликнинг ўрни.
11. Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепциясига кўра ихтисослашган ёрдамга эҳтиёжи бўлган аҳоли гуруҳларини аниқлаш. Жамоат даражасида профилактика ва ихтисослашган ёрдам кўрсатиш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Centers for Disease Control. Famine-affected, refugee and displaced populations: recommendations for public health issues. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1992;41(RR-13):1-76.

World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.

World Health Organization. Is the Law Fair to the Disabled? World Health Organization, Regional Publication Series No. 29, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

World Health Organization. Health for All Targets: the Health Policy for Europe. European Health for all series No. 4. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1991.

Библиография

Mental Health

American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: The American Psychiatric Association, 1994.

- Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C (Eds). Traditional Medicine and Health Care Coverage. World Health Organization. Geneva, 1983.
- Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs*, 1992;1:186-196.
- Braddock D. Community mental health and mental retardation services in the United States: a comparative study of resource allocation. *American Journal of Psychiatry*, 1992;149:175-183.
- Buckner JC, Trickett EJ, Corse SJ. Primary Prevention in Mental Health: An Annotated Bibliography. Maryland: National Institute of Mental Health, 1985.
- Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiologic Reviews*, 1985;7:105-126.
- Fisher WH, Geller JL, Altaffer F, Bennett MB. The relationship between community resources and state hospital recidivism. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149:385-390.
- Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 1993;83:179-184.
- Geller JL, Fisher WH, Wirth-Cauchon JL, Simon LJ. Second Generation Deinstitutionalization: I. The Impact of Brewster vs. Dukakis on state hospital case mix. *American Journal of Psychiatry*, 1990,147:982-987.
- Green LW. Community Health, Sixth Edition. St Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing, 1990, pps 195-222.
- Hagedorn HJ, Beck KJ, Neubert SF, Werlin SH. A Working Manual of Simple Program Evaluation Techniques for Community Mental Health Centers. Maryland: National Institute of Mental Health, 1979.
- Lawrence RE, Copas JB, Cooper PW. Community care: does it reduce the need for psychiatric beds? A comparison of two different styles of service in three hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 1991;159:334-340.
- Lewis G, Booth M. Regional differences in mental health in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1992;46:608-611.
- Lieberman EJ. Mental Health: The Public Health Challenge. American Public Health Association. Washington, DC, 1975.
- Olfson M. Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990;41:634-641.
- United States Public Health Service. Disease Prevention/Health Promotion: The Facts. DHHS, Palo Alto, California: Bull Publishing Company, 1988, pps 308-312.

Wasylenki D, Goering P, Macnaughton E. Planning mental health services: I. background and key issues. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1992;37:199-206.

White K, Shields J. Conversion of inpatient mental health benefits to outpatient benefits. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991;42:570-572.

World Health Organization. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1990.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 1992. Geneva: WHO, 1992.

Zuckerman DM, Colby A, Ware NC, Lazerson JS. The prevalence of bulimia among college students. *American Journal of Public Health*, 1986;76:1135-1137.

Mental Retardation

Donaldson RJ, Donaldson LJ. *Essential Public Health Medicine*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers, 1993.

Durkin MS. Editorial: Beyond mortality - residential placement and quality of life among exchildren with mental retardation. *American journal of Public Health*, 1996;86:1359-1360.

Dental Health

Centers for Disease Control. Public health focus: fluoridation of community water supplies. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992;41:372-375.

Centers for Disease Control. Core public health functions and state efforts to improve oral health -United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1994;43:201, 207-209.

Centers for Disease Control. Engineering and Administrative Recommendations for Fluoridation, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995;44 RR-13:1-40.

Easley M. The status of community water fluoridation in the United States. *Public Health Reports*, 1990;105:348-353.

Hunt E. Water and turf: fluoridation and the 20th-century fate of waterworks engineers. *American Journal of Public Health*, 1996;86:13120-1317.

Ripa W. A half-century of community water fluoridation in the United States: review and commentary. *Journal of Public Health Dentistry* 1995;53:17-44.

Disability

Centers for Diseases Control. Prevalence of work disability - United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:757-759.

Centers for Diseases Control. Reduction in alcohol-related traffic fatalities-United states, 1990-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:905-909.

Centers for Diseases Control. Public health focus: impact of safety-belt use on motor-vehicle in juries and costs - Iowa, 1987-1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993,42:704-706.

Johnston I. Action to reduce road casualties. *World Health Forum*, 1992; 13:154-162.

Kaplun A [ed]. *Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a New Quality of Health*. World Health Organization Regional Publications, European Series, No.44, World Health Organization, Geneva 1992.

Health of Refugees and Displaced Populations

Elias CJ, Alexander BH, Sokly T. Infectious disease control in a long-term refugee camp: the role of epidemiologic surveillance and investigation. *American Journal of Public Health*, 1990;80:824-828.

Sandier R, Jones T. *Medical Care of Refugees*. New York: Oxford University Press, 1987.

Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990;263:3296-3302.

Health of Native Peoples

Gray D, Saggors S, Drandich M, Wallam D, Plowright P. Evaluating government health and substance abuse programs for indigenous peoples: a comparative review. *Australian Journal of Public Health*, 1995; 19:567-572.

Health Status of Canadian Indians and Inuit 1990. Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1991.

Jorgensen JG. Recent twists and turns in American Indian health care. *American Journal of Public Health*, 1996,86:1362-1364.

Kunitz SJ. The history and politics of US health care policy for American Indians and Alaska natives. *American Journal of Public Health*, 1996;86:1464-1473.

Shah CP. *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, Third Edition. Toronto: University of Toronto Press, 1994.

Prisoners' Health

Centers for Disease Control. Probable transmission of multidrug-resistant tuberculosis in a correctional facility - California. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:48-51.

Centers for Disease Control. Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1996;45 RR-8:1-27.

Gaiter J, Doll LS. Editorial: improving HIV/AIDS prevention in prison is good public health policy. *American Journal of Public Health*, 1996;86:1201-1203.

Shenson D, Dubler N, Michaels D. Jails and prisons: the new asylums? *American Journal of Public Health*, 1990;80:655-656.

Teplin LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 1990;80:663-669.

Military Medicine

Legters LJ, Llewellyn CH. *Military Medicine*, Chapter 71 in: Last JM, Wallace RB. Mac xy-Rosenau-Last, *Public Health and Preventive Medicine*, 13th edition. Norwalk CT: Appleton & Lange, 1992.

Health Protection in Disasters

Centers for Disease Control. Preliminary report: medical examiner reports of deaths associated with Hurricane Andrew - Florida, August 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992;41:641-644.

Centers for Disease Control. Rapid health needs assessment following Hurricane Andrew - Florida and Louisiana, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992;41:685-688.

Centers for Disease Control. Public health consequences of a flood disaster - Iowa, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:653-656.

Centers for Disease Control. Flood related mortality - Georgia, July 4-14, 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1994;43:526-530.

Centers for Disease Control. Deaths associated with Hurricanes Marilyn and Opal - United States, September-October, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1996;45:32-38.

Comfort LK [ed]. *Managing Disaster: Strategies and Policy Perspectives*. Durham NC: Duke University Press, 1988.

DuffEMW, Cooper ES. Neural tube defects in Jamaica following Hurricane Gilbert. *American Journal of Public Health*, 1994;84:473-476.

Logue JN. Disasters, the environment, and public health: improving our response. *American Journal of Public Health*, 1996;86:1207-1210.

World Health Organization. *Coping with Natural Disasters: The Role of Local Health Personnel and the Community*. Geneva WHO, 1989.

ОВҚАТЛАНИШ ГИГИЕНАСИ

Боб мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Овқатланиш ва жамоат соғлиғини сақлаш * Овқатланиш гигиенасининг халқаро жиҳатлари * Озиқ-овқат компонентлари функциялари * Овқатланиш билан боғлиқ бўлган бузилишлар * Витаминлар ва анорганик моддалар етишмаслигидан пайдо бўладиган касалликлар * Ортиқча овқатланиш билан боғлиқ бўлган касалликлар * Овқатланиш ва инфекция касалликлар * Аёлнинг ҳомиладорлик давридаги овқатланиши ва эмадиган бола овқати * Соғлом рацион ва ҳаёт тарзи * Тавсия этилган рационлар * Асосий озиқ-овқат маҳсулотларини витаминлар ва анорганик моддалар билан тўйинтириш * Озиқ-овқат таъминоти ва овқатланиш сиёсати * Жамоат соғлиғини сақлаш ходимларининг роли * Овқатланишни тадқиқ қилиш ва баҳолаш * Овқат маҳсулотларининг сифати ва хавфсизлиги * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этилган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобдаги маълумот талабанинг қуйидагиларни тушунишига ёрдам беради:

- овқатланиш ва саломатлик ҳолати ўртасидаги сабаб-оқибат боғланишлари;
- жамоат соғлиқни сақлашининг айрим кишилар ва умуман жамиятнинг яхши овқатланишини тартибга солиш ва таъминлашдаги роли;
- овқатланиш билан давлат ва жамоанинг ижтимоий социал-иқтисодий ривожланиши орасидаги сабаб-оқибат боғланишлари.

Кириш

Озиқ моддаларнинг организмга тушиши, моддалар (углеводлар, ёғлар ва оқсиллар) алмашинуви натижасида ишлаб чиқариладиган иссиқлик ва энергия билан таъминлаш, биокимёвий жараёнларни бошқариш (сув, маъдан элементлар, клетчаткалар, витаминлар, оқсиллар, шу жумладан алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталар ҳам) ва тўқималарнинг тузилиши ва янгилиниши (сув, оқсиллар ва маъдан тузлар) учун зарур

оқилона овқатланмаслик одам ва умуман аҳоли соғлиғига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Жамиятда овқатланиш ҳолатига озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлаш, озиқ-овқат маҳсулотларининг сифати, тақсимланиши, нархи ва озиқ-овқат маҳсулотларини харид қилиш имконияти таъсир кўрсатади. Мувозанатлашган овқатланишга, шунингдек маориф даражаси, бу масалага муносабат, овқатланишга бўлган одатлар, молиявий имкониятлар ҳам таъсир қилади.

Овқатланишнинг яхшиланиши сўнгги бир неча асрлар мобайнида аҳолининг умумий саломатлик ҳолатининг яхшиланишига улкан ҳисса қўшади. Бизнинг давримизга келиб диетология (парҳезшунослик) фан сифатида тез ривожланмоқда. Унинг тавсиялари организмда турли моддалар етишмаслиги ва ортиқча овқатланиш билан боғлиқ бўлган касалликларни профилактика қилиш бўйича замонавий жамоат соғлиғини сақлашнинг ривожланишида ҳаётий муҳим аҳамиятга молик шахсий ва давлат миқёсидаги овқатланиш гигиенаси, озиқ-овқатга бўлган кўникмалар, шунингдек иқтисодий ва техник омиллар аҳолининг овқатланиш ҳолатига бевосита таъсир кўрсатади.

Овқатланиш ҳолати одамнинг ўсиши, ривожланиши, насл қолдириши, фаровонлиги, жисмоний ва руҳий аҳволига тўғридан-тўғри таъсир қилади. У инсон ва умуман жамият соғлиғини белгилаб берадиган энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Тўйиб овқатланмаслик жаҳонда ҳанузгача кенг тарқалган. Овқатланиш тўғрисидаги фан — нутрициология — ва унинг амалий жиҳатлари ҳозирги замон жамоат соғлиқни сақлашининг муҳим қисми саналади. Ривожланган мамлакатлар хроник касалликлар авж олишига олиб келадиган нораціонал ва ортиқча овқатланишга қарши курашмоқдалар. Айни вақтда ривожланган мамлакатлар эса етарлича овқатланмаслик келтириб чиқарадиган касалликлар муаммоси олдида турибди. Сўнгги вақтларда турмуш даражасини ошганлиги шунингдек кўпгина ривожланган мамлакатларда «цивилизация» касалликлари сонининг ўсишга олиб келади, айни вақтда уларда юқумли касалликларнинг тарқалиши назорат остига олинган эди. Овқатланиш соҳасидаги рўй бераётган ўзгаришларга қарамай, бой мамлакатларда ҳам, қашшоқ мамлакатларда ҳам аҳолининг айрим гуруҳлари овқатланишга алоқадор бир қанча касалликларга мубтало бўлаётганлигини тушунтириш зарур.

Жамоат соғлиқни сақлаши аҳолининг ҳамма гуруҳларини тўла қимматли ва рационал овқатлантириш унинг меъёрида ўсиши, ривожланиши соғлиқ ва меҳнат қобилиятини сақлаб туриши учун керакли витаминлар ва анорганик моддалар билан таъминлашга уриниб келаяпти. Бу асосий озиқ-овқат моддалар суткалик истеъмол меъёрларини ва одамнинг ёшига, жинсига, тана оғирлигига, машғулотлари турига, индивидуал саломатлик ҳолатига ва бошқа шароитларга мувофиқ ҳолда суткалик энергия сарфини ишлаб чиқаришни ўз ичига олади, шунингдек

умуман аҳолини ва унинг айрим гуруҳларининг овқатланиш ҳолатига доир тадқиқотлар ҳам ўтказишни талаб этади.

Овқатланиш ва жамоат соғлиғини сақлаш

Оврўпода XVII—XIX асрларда кузатилган ўртача умр кўришнинг аста-секин ўсиши, афтидан, бундан олдинги асрларда аҳоли бошига тушган эпидемиялар сонининг қисқаришидангина эмас, балки қишлоқ хўжалигини юритишнинг такомиллашган методлари жорий қилиниши билан боғлиқ аҳоли овқатланишининг яхшиланиши туфайли рўй берган. XVIII аср ўртасида Жеймс Линд, шунингдек XX аср бошларида Жозеф Гольдбергернинг оламшумул эпидемиологик тадқиқотлари овқатланиш эпидемиологиясига доир нодир мисоллар саналади. Линднинг цингани тадқиқ қилиш бўйича илмий иши аскорбинат кислота кашф этилишидан юз йил муқаддам амалга оширилган. Парижда Антуан Лоран Лавуазье (1743—1794) метаболизмнинг асосий концепцияларини, организмнинг кислород истеъмолини баҳолаш ва карбонат ангидрид гази ажратишнинг миқдорий методларини ишлаб чиқди. «Овқатланиш тўғрисидаги фаннинг отаси» сифатида машҳур бўлган Юстус фон Либих (1803—1873) ёғлар, оқсиллар ва углеводлар организмда ёнишини исботлади ва озиқ-овқат маҳсулотлари, организм тўқималари, сийдик ва нажаснинг кимёвий таркибини анализ қилиш методларини ишлаб чиқди. XIX аср ўрталарида француз, немис, кейинчалик эса инглиз ва америкалик олимларнинг куч-ғайратлари туфайли биокимёвий тадқиқотлар тез ривож топди. 1897 йилда Христиан Эйкман бери-бери хасталигининг сабаби — витамин етишмаслиги эканлигини исботлади. У касаллик асосан оқланган гуруч маҳсулотларини овқатда истеъмом қиладиган аҳоли гуруҳларини қамраб олишини ва тозаланмаган донларни қобиғи билан ейдиган кишилар ўртасида кузатилмаслигини кўрсатиб берди.

XX аср бошларида ҳайвонлар ўртасида олиб борилган тадқиқотларда фақат оқсиллар, ёғлар ва углеводлардан ташкил топган, бироқ витаминлар тутмайдиган рацион ўсишнинг бузилишларига, кайфиятнинг ёмонлашувига ва ҳатто ўлимга олиб келиши аниқланган эди. Шу тариқа рационда «Ҳаёт учун зарур омиллар» бўлиши зарурлиги тўғрисидаги гоя юзага келди, кейинчалик улар витаминлар деган ном олди. Касалликларни олдини олиш ва соғлиқни қўллаб-қувватлаб туриш учун витаминларнинг зарурлиги тўғрисидаги кашфиёт бу билим амалда қўлланилаётган жараёнларда одам соғлиғининг мисли кўрилмаган даражада яхшиланишига олиб келади.

АҚШда соғлиқни сақлашдаги йўналиш сифатидаги овқатланиш гигиенаси ва диетологиянинг ривожланишига қишлоқ хўжалиги ва маориф Федерал департаментлари туртки бўлди, бироқ шунингдек АҚШнинг соғлиқни сақлаш Департаменти ва соғлиқни Хизмати ҳам

гоят катта ҳисса кўшди. Пеллагра бўйича тадқиқотлар тавсия этилган суткалик истеъмол нормаларининг қабул қилиниши ва озиқ-овқат таъминотига доир давлат дастурлари, мажбурий мактаб нонушталарининг жорий этилиши — буларнинг жами АҚШ жамоат соғлиқни сақлашида овқатланишнинг марказий ролини белгилаб берди. Сўнгги 100 йил мобайнида овқатланиш муаммосига ёндашув тўхтовсиз ўзгариб турди. Жаҳондаги кўпгина минтақаларда ҳаёт учун муҳим витаминлар ва маъдан кўшимчаларининг фундаментал аҳамияти тўғрисидаги тўпланган билимлар миллионлаб кишиларнинг овқатланишга дахлдор бўлган амалий соғлиқни сақлаш тадбирларини ишлаб чиқишда ҳанузгача қўлланилмай келяпти.

8.1 илова

ОВҚАТЛАНИШ СОҲАСИДАГИ ТАШАББУСЛАР, АҚШ (1862-1988)

- 1862 й. — АҚШ қишлоқ ҳўжалиги Департаменти (ҚХД) тузилди;
- 1867 й. — Овқатланиш соҳасидаги мактаб таълимига масъул маориф Бўлимига асос солинди.
- 1887 й. — Федерал тадқиқот лабораторияси очилди, кейинчалик саломатлик миллий институтига асос солинди (1930);
- 1893 й. — Нью-Йоркда ёзги диарея касалликлари тарқалишига курашга хизмат қиладиган сутни пастеризация қиладиган дастлабки станция очилди;
- 1899 й. — Инфекцион касалликлар, овқатланиш билан боғлиқ касалликларга қарши кураш учун АҚШ соғлиқни сақлаш хизматлари Корпуси тузилди;
- 1906 й. — Соф овқатланиш маҳсулотлари тўғрисидаги Қонун ва гўшт сифати устидан назорат тўғрисидаги Қонун қабул қилинди;
- 1914 й. — Гольдбергернинг пеллагранинг овқат этиологияси тўғрисидаги ишлари;
- 1917 й. — Овқатланиш ва озиқ-овқат маҳсулотлари бошқармаси. Биринчи жаҳон уруши даврида ҳаракатдаги армияга озиқ-овқат маҳсулотларини жўнатиш устидан назоратни амалга оширди ва парҳез тавсияномалари ишлаб чиқаришга киришди;
- 1922 й. — Аналик ва болалик хизматларини ривожлантириш учун штатларга Федерал ёрдам-грантлар тўғрисида Шеппард-Таунер Қонуни қабул қилинди;
- 1924 й. — АҚШда ош тузига йод кўшиш тўғрисида хусусий ташаббус (Мортон йодланган тузи);
- 1927 й. — Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситалари устидан назорат қилиш бўйича Бошқарма тузилди;
- 1935 й. — Социал таъминот тўғрисида Қонун қабул қилинди;
- 1935 й. — Америка Педиатрия академияси болалар соғлиғини муҳофаза қилиш социал дастурини ҳаётга татбиқ эта бошлади;
- 1940 й. — АҚШда овқатланиш бузилишлари тўғрисидаги ҳисобот чоп этила бошланди;

8.1 илова давоми

- 1941 й. — Овқатланиш масалалари бўйича миллий конференция ўтказилди — озиқ моддалари истеъмолининг суткалик нормалари ишлаб чиқилди;
- 1941 й. — Қишлоқ хўжалиги федерал Департаменти ун ва нонни В-витамини ва темир бирикмалари билан тўйинтириш комплекс стандартларини белгилади;
- 1942 й. — Сут ва маргаринга А ва D-витами́нлари қўшиладиган бўлди;
- 1946 й. — Мактабларда нонушта билан таъминлашнинг миллий дастури қабул қилинди;
- 1965 й. — Кексалар ва қашшоқларни тиббий сугурталашни ўз ичига олган «Медикайд» ва «Медикэр» кўринишидаги социал таъминлаш тўғрисидаги қонунга тузатишлар қабул қилинди, кам таъминланган оилалардаги болаларни тиббий текширувлар жорий этилди;
- 1971 й. — Мамлакатда соғлиқни сақлаш ва овқатланиш ҳолати тўғрисида биринчи ҳисобот, иккинчиси — 1976—1980 йил, учинчиси — 1988 йилда чоп этилди;
- 1972 й. — «Она — янги туғилган чақалоқ» — қўшимча овқатланиш дастури;
- 1972 й. — Озиқ-овқат маҳсулотлари солинадиган идишларда озиқ моддалари таркибининг миқдорий кўрсаткичларини албатта кўрсатиш жорий этилди;
- 1972 й. — Болалар овқати аралашмалари ва бўтқаларни В₁, В₂ ва В₃ витаминлар билан, десертлар тайёрлаш учун салқин ичимликлар кукунларини С-витами́нли ва темир бирикмалари билан тўйинтириш;
- 1979 й. — Овқатланиш масалалари бўйича миллий сиёсат Комитети тузилди, «Соғлом аҳоли» китоби нашр қилинди;
- 1980 й. — Овқатланиш соҳасида миллий вазифалар ишлаб чиқилди;
- 1988 й. — Тиббий хизмат раҳбарининг овқатланиш ва саломатлик тўғрисидаги ҳисоботи;
- 1996 й. — Унни фолиатлар билан тўйинтиришга федерал талаблар;
- 1998 й. — Кексалар овқатига В гуруҳидаги витаминлар қўшиш бўйича тавсиялар.

Овқатланиш гигиенасининг халқаро жиҳатлари

1990 йилда ривожланаётган мамлакатларда 1,1 млрд дан зиёд кишининг қашшоқликда, улардан қарийб ярми ўта қашшоқликда яшаган, бу аёллар ва болаларга таъсир қилмасдан қолмайди, албатта. Ҳомиладорлик даврида тўйиб овқат эмаслик бола соғлиғига унинг бутун ҳаёти даврида ўз салбий таъсирини кўрсатади. Профилактик тадбирнинг арзонлигига қарамай, микроэлементлар етишмаслиги ҳамон кенг тарқалган. Жаҳонда ҳаммани тўйдирса бўладиган озиқ-овқатлар етарли миқдорда тўпланганига қарамай миллионлаб кишилар очликда яшайдилар ёки суткасига тўйиб овқатлана олмайдилар. Қашшоқлик, даромаднинг тенг тақсимланмаслиги, ночорлик, кўп болали оилалар, ўтқир ва хроник касалликлар ва ҳукуматларнинг фаол эмаслиги — жаҳондаги очликнинг асосий омилларидир. «Тўйиб

овқатланмаслик — инфекциян касаллик» патологик ҳалқаси туфайли ҳар йили болалар ўлимининг олдини олса бўлади. Масалан, қизамиққа қарши профилактик тарбирлар ва диарея касалликларида перорал регидратация кўплаб болалар ўлиmidан қутқариб қолиши ва миллионларча гўдакларнинг овқатланиш даражаси яхшиланиши мумкин эди.

Тўйиб овқатланмаслик билан бир қаторда ривожланган мамлакатларда ва ривожланаётган мамлакатлардаги аҳолининг айрим гуруҳларида кўпчилик кишилар ортиқча овқатланиш касалига мубтало бўлганлар. Ривожланаётган мамлакатларда шу билан боғлиқ хроник касалликлар сони тез ўсиб борапти. Айни вақтда ривожланган мамлакатларда улар камайиб борапти, статистика эса юрак-томир касалликларидан ўлим даражаси камайиб бораётганлигини кўрсатмоқда.

Аҳоли соғлигининг умумий ҳолатига бир вақтнинг ўзида кўпгина омиллар: қашшоқлик, аҳолининг тифиз яшаши, атроф муҳитга ёвуз муносабатда бўлиш, экстенсив деҳқончилик, тупроқ эрозияси, тупроқ юқори қатламлари шамолда учиб кетиши, қишлоқ хўжалигини нотўғри юритиш, қишлоқ хўжалиги маҳсулотларини сақлаш ва ташишдаги камчиликлар таъсир қилади.

8.1 жадвал

Ривожланаётган ва ривожланган мамлакатларда овқатланиш

Жиҳатлари	Ривожланаётган мамлакатлардаги омиллар	Ривожланган мамлакатлардаги омиллар
Қашшоқлик	Овқат маҳсулотларининг етишмаслиги, уларинг бир хиллиги.	Умумий фаровонлик, бироқ аҳолининг айрим гуруҳларидаги қашшоқлик, қашшоқлар учун мактаб таомлари, овқатга патта берилиши.
Билим етишмаслиги	Овқатланиш гигиенасига оид билимлар етишмаслиги.	Тўғри овқатланиш тўғрисида умумий маълумот юқори, бироқ ёғ босиш, айниқса аҳолининг қашшоқ қатламларида тарқалган.
Микроэлементлар етишмаслиги	А, В, С ва Д гипервитаминозлари кенг тарқалганлиги, темир ва йод етишмовчилиги	Овқат маҳсулотларини А, В, С ва Д витаминлари, темир ва йод бирикмари билан тўйинтирилиши
Етарли овқатланмаслик ва инфекциян касалликларнинг бир-бири билан боғлиқлиги	Санитария меъёрларига риоя қилмаслик, вакцинация билан олдини олиш мумкин бўлган касалликлар устидан назорат йўқлиги. Паразитар касалликлар Ич бузилишлари. Респиратор касалликлар СПИД (ОИТС), сил.	Санитария меъёрларига риоя қилишнинг юқорилиги, овқатланиш ҳолати яхшилигидан аҳолининг вакцинация гигиеник тадбирлар билан кенг қамраб олинганлиги; ВИЧ, ОИТС, сил, хавфи юқори гуруҳлар, турар жойсиз кишилар, гиёҳвандлар, ичкиликбоз гуруҳлар

Жиҳатлари	Ривожланаётган мамлакатлардаги омиллар	Ривожланган мамлакатлардаги омиллар
Овқат маҳсулотларининг хавфсизлигини таъминлаш	Қолоқ қишлоқ хўжалик методлари Экстенсив чорвачилик ва деҳқончилик Тупроқ эрозияси, шахсий фойдаланилаган ер участкасининг кичиклиги, омборхоналар муаммоси, даромадга нисбатан овқат маҳсулотларининг қимматлиги	Қишлоқ хўжалагида илмий асосланган технология Юқори ҳосилдорлик Овқат маҳсулотларининг мўллиги ва турли-туманлиги Даромадга нисбатан овқат маҳсулотларининг арзонлиги
Рационал овқатланиш ва ноинфекцион касалликлар	Тўйиб овқат емасликнинг тарқалганлиги Қашшоқлик, организмнинг энергетик таъминоти етишмаслиги, шаҳарлардаги ўрта синф вакиллари орасидаги ортиқча овқатланиш	Ҳайвонат ёғларини кўпроқ истеъмол қилган ҳолда ортиқча овқатланиш тарқалганлиги Социал тафовутлар, қашшоқлик ва алиментар етишмовчилиги бўлган гуруҳлар
Кўкрак сути билан боқиш (аёл организмнинг бунга тайёрлиги)	Организмни озиқ моддалар билан таъминлаш етарли бўлмаганда тарқалган ва ортиқча даражада давомли	Кўрсаткичларнинг ошишга мойиллиги ва давомлилиги бўйича камроқ тарқалганлиги
Овқат маҳсулотлари сифати, танлаш ва қиймати	Кўпинча ифлосланган ва янги эмас Хилма-хиллиги, миқдори етишмайди, протеин, сабзавотлар, мевалар кам, қиммат	Таъминот келтирилиши ва маркетинг назорати тизимининг ривожланганлиги, идишда маҳсулот таркиби албатта батафсил баён этилганига нисбатан арзон
Мониторинг	Тадқиқотлар сонининг ўсишга мойиллиги	Овқатланиш ҳолати тўғрисида мунтазам ҳисоботлар
Давлат сиёсати ва вазифаларини белгилашдаги зарурати	Ҳайдалмаган ерларда ўрмонлар йўқотилишига йўл қўймаслик Тупроқни сақловчи тадбирлар Қашшоқлик Билимлар етишмаслиги Қишлоқ хўжалигини кредитлаштириш ва қўллаб-қувватлаш тизимининг ривожланмаганлиги Эскирган деҳқончилик методлари Пестицидлардан назоратсиз фойдаланиш	Қишлоқ хўжалигини юритишнинг замонавий методларини қувватлаш Транспорт ва маркетинг инфратузилмасининг ривожланганлиги Пестицидлардан чекланган ҳолда фойдаланиш Механизациялашган деҳқончилик

Манба: *International Conference on Nutrition, Nutrition the Global Challenge. FAO/WHO, 1992.*

Бу ечиб бўлмайдиган тугунда касалликка тез чалинадиган жамият аъзо-лари — болалар, аёллар ва қарияларнинг тўйиб овқатлана олмаслигига сабаб бўлади. Овқатга тўймаётган болалар вакцинация ёрдамида сақла-ниши мумкин бўлган диарея ва ўткир респиратор инфекцияларга айниқса берилувчан бўладилар. Чақалоқлар ва гўдак болалар ўлими ва яшаб кетаётган болаларнинг ўсиш ва ривожланишдан орқада қолиши бунинг салбий оқибатлари ҳисобланади. Етарлича билимга эга бўлмаган аёллар-нинг тез-тез ҳомиладор бўлиши, алиментар ҳолдан тойиши ва кам қонлиги, оналар ўлимининг кўрсаткичлари юқорилиги ва инфекцияга ортиқча сезгир чақалоқлар вазнининг кичиклиги, мустақил терморегуля-цияга лаёқатсизлиги ва жисмоний ҳамда руҳий жиҳатдан орқада қолиши — буларнинг жами меҳнат унумдорлигини пасайиб кетишига ва иқтисо-дий ривож-ланишнинг секинлашувига сабаб бўладиган кўшимча омиллар ҳисобланади.

Аҳвол шаҳарлар чеккасидаги аҳолиси зич яшайдиган харобаларга қишлоқ аҳолисининг кўчиб келиши билан қийинлашади, бу ерларда иш топиб бўлмайди ва санитария меъёрларига амал қилишга ҳеч қандай шароит йўқ.

Овқат таркибий қисмларининг функциялари

Овқатнинг асосий функцияси сарфланаётган энергияни қоплаш, организм тўқималарини ҳосил қилиш ва янгилаш учун уни зарур моддалар билан таъминлашдан иборат. Инсон организми қувватни овқатдан олади ва уни кундалик жисмоний фаолликни таъминлаш, тана ҳароратини, метаболизм ва ўсиш жараёнларини бир хил даражада ушлаб туриш учун сарфлайди. Овқат таркибидаги кимёвий моддалар орқали организмнинг ўсиши ва барча функцияларини бажариши учун уни зарур миқдордаги энергия билан таъмин этади. Энергия мувозанатини сақлаб туриш учун истеъмолни назорат қилган ҳолда тана вазни устидан кузатув олиб бориш лозим. Жисмоний машқлар ва овқат кўникмаларининг мўътадиллиги вазни бир меъёрда сақлаб туришга имкон беради ва ортиқча вазн билан боғлиқ хроник касалликлар: диабет, гипертония ва бошқа юрак қон-томир касалликлари ва раkning айрим турлари билан оғриш хавфини камайтиради.

Турли хил озиқ моддалари организмда ўзига хос роль ўйнайди, бироқ уларнинг функциялари бир-бирига ўзаро боғлиқ. Муайян аҳоли гуруҳларининг овқат маҳсулотларида оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар ва анорганик бирикмаларнинг манбаларини фарқ қилиш муҳимдир. Асосий озиқ моддалари гуруҳлари макроэлементлар (аминокислоталардан тузилган углеводлар, ёғлар ва оқсиллар), микроэлементлар (витаминлар ва анорганик бирикмалар) ва сувни ўз ичига олади. Макроэлементлар

организмни энергия билан таъминлайди, бироқ уни озод қилиш учун етарли миқдордаги микроэлементларни талаб этади.

Овқат таркибидаги моддалар инсон организмга тушиб, ҳазм йўлида узоқ вақт механик ва кимёвий ишланиш жараёнида осонроқ ҳазм бўладиган бирмунча оддий шаклларга айланади. Овқат оғизда эзилиб ва чайналиб бирмунча гомогенизацияга учрайди, шунинг учун тишларнинг соғлом бўлиши ниҳоятда муҳим, бинобарин оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, кариес ва периодонт касалликларининг олдини олиш ва даволаш зарур. Сўлак билан аралаштириш — бу ҳазм жараёнларининг бошланиши ва овқат луқмаси ҳосил бўлишидир, у ютиш натижасида меъдага, сўнгра ингичка ичакка тушиб, бу ерда ферментатив ҳазм объектига айланади ва тобора кўпроқ фрагментацияланади. Натижада органик моддалар ингичка ичак девори орқали сўрилади ва улар қон айланиш тизимига тушади.

Жигарда ёғда эрувчан витаминлар, шунингдек углеводлар йиғилади, масалан, қонда қанд даражасини сақлаб турадиган гликоген қон айланиш тизимига тушади. Жигарда шунингдек айрим ферментлар, холестерин, оқсиллар, А витамини, қонни ивитиш омиллари ишланади. Оқсил молекулаларининг парчаланишини катализлайдиган протеазалар, амилазалар ва липазалар ёрдамида ёғларнинг парчаланиши рўй беради, панкреазалар — меъда ости безининг ингичка ичакка тушадиган ферментларидир. Меъда ости безида, шунингдек қонда қанд миқдори идора қиладиган инсулин ҳам ишлаб чиқарилади.

Гавда оғирлиги 65 кг бўлган одам тўқималарининг кимёвий таркиби куйидаги жадвалда келтирилган.

8.2 жадвал.

Одам гавдасининг кимёвий таркиби

Таркиби	Ўртача миқдори, кг	Улуши, %
Сув	40	62
Оқсиллар	11	17
Ёғлар	9	13
Анорганик моддалар	4	6
Углеводлар	1	2
Жами	65	100

Стрессларда ва овқатланиш тартиби ўзгаришларида организмнинг кимёвий таркиби ўзгаради. Етарлича овқатланмасликда организм ички заҳиралардан фойдаланади. Узоқ вақт оч қолишда углеводга етишмаслик углеводларни оқсиллар ва ёғлардан синтез қилиш билан қопланади. Организмнинг 10% га сувсизланиши жиддий оқибатларсиз кечиши мумкин, бироқ ёш болаларда бўсаға тўсиғи пастроқ.

Овқатдан олинган энергия механик иш (25% гача) ва тўқималарни тузишга сарфланади ва иссиқлик кўринишида тарқалиб, организмнинг терморегуляциясини таъминлайди. Энергияни ўлчов бирлиги жоуль (СИ системаси), бироқ энергияни калорияларда (СГС системаси) ўлчаш кенгроқ тарқалган. Организмнинг энергияга (овқатга) эҳтиёжи гавда оғирлигига боғлиқ, у юқори фаоллик даврларда ошади, уйқу вақтида ёки тинчликда организмнинг энергияга талаб даражасининг пасайиши кузатилади. Ўтириб ҳаёт кечирадиган кишилар мўътадил ёки юқори жисмоний фаол кишиларга нисбатан камроқ энергия сарфлашади.

Оқсиллар — аминокислоталар занжирларидан иборат полипептидлар, улар ҳазм жараёнида озод аминокислоталар босқичига қадар парчаланadi. Инсон организми 20 та энг муҳим аминокислоталардан 8 тасини синтез қилиш қобилиятидан маҳрум, шунинг учун улар овқат рационида ҳайвонот оқсиллари ёки дуккаклилар ва донлардаги оқсиллар ҳисобига таъминланиши керак.

Оқсиллар болаларнинг меъёрида ўсиши ва ривожланиши учун зарур. Инсон организми азотнинг бирдан-бир манбаи бўлган 9 та соф аминокислоталар аралашмасидан фойдаланиб азот мувозанатини сақлаб туриши мумкин. Инсон организмда оқсиллар ва тўқималарнинг, кимёвий реакцияларини катализлайдиган ферментлар ва кимёвий воситачи вазифасини бажарувчи гормонларнинг таркибий қисмини ташкил қилади. Ёғлар (липидлар) концентрланган энергия манбалари ҳисобланади, улар оксидланганда 9 ккал/г миқдориди энергия ажралади. Таққослаймиз: углеводлар ва оқсиллар оксидланганда 4 ккал/г ажралади. Ёғлар сувда эримайди, бироқ органик эритувчиларда (хлороформ ёки бензол) эрийди. Тўйинган, бирдай тўйинган ва ярим тўйинмаган ёғлар тушишини таъминлайдиган мувозанатлашган овқатланиш соғлиқни сақлаб туриш учун гоят муҳим. Рационда ёғлиқ гўштнинг мўллиги организмга тўйинган ёғларнинг ортиқча тушишига сабаб бўлади, бу эса юракнинг ишемик касаллиги ривожланишига олиб келади.

Олимлар тўғри ичак раки, эркакларда простата беши раки ва аёлларда сут беши раки билан касалланиш хавфининг юқори бўлишини ҳам рационда ёғларнинг ортиқча миқдори билан боғлашади. Организмда липидлар овқат оқсиллари, ёғлар, углеводлар билан тушадиган ортиқча энергияга айланиши натижасида ҳосил бўлади. Озиқ-овқат маҳсулотларида ва ҳайвонларнинг ёғ қатламида ёғларнинг асосий шакли триглицеридлар бўлиб, улар тўйинган ва тўйинмаган бўлиши мумкин ва шунга мувофиқ ҳолда турли даражада атеросклероз ва юрак ишемик касаллиги ривожланиш хавфини туғдиради. Ёғ кислоталари ўсимлик ва ҳайвонот ёғларида бўлади. Ёғлар ҳазм жараёнида ёғ кислоталари

молекулалари ва уларнинг таркибий қисмларигача парчаланиб, улар ичакда сўрилади, сўнгра турли ўлчамдаги ва вазифадаги молекулаларга айланади. Асосий ёғ кислоталарининг қон ивиш жараёнида ва юрак ишемик касаллиги ривожланишида муҳим ўрин тутиши исботланган.

Углеводлар энг муҳим метаболизм жараёнларини энергия билан таъминлаш манбаи ва ҳужайра моддаларининг таркибий қисми ҳисобланади. Углеводларга ва клетчаткага бой рацион рақ ва юрак-томир касалликлари хавфини камайтиради. Овқат билан тушадиган асосий углеводлар моносхаридлар шаклидаги қандлар (глюкоза, фруктоза), дисахаридлар (сахароза, лактоза) ва полисахаридлар (крахмал) ҳисобланади. Полисахаридлар ҳазм жараёнида механик ва кимёвий жиҳатдан парчаланиб, ичак деворлари орқали сўрилади ва қонда глюкоза миқдори даражасини кўтариб жигар қопқа венасига тушади. Глюкозадан энергия ҳосил қилиш учун фойдаланилади, унинг ортиқчаси эса жигарда гликоген кўринишида йиғилади ёки ёғ тўқимасига айланади.

Витаминлар — соғлиқ, яхши кайфият, ўсиш, насл қолдириш ва организмнинг инфекцияларга чидамани оширишни таъминлашда ҳаётий муҳим, ўзига хос функцияларини амалга ошириш учун гоаят кам миқдорларда керак бўладиган органик моддалар. Улар физик ва кимёвий таърифи ва биологик аҳамияти бўйича фарқланади. Витаминлар махсус метаболик жараёнларда қатнашади ва организмга томонидан етарли даражада синтез қилинмайди, бироқ улар организмга овқат маҳсулотлари билан ёки овқатга қўшимчалар ҳолида тушиши керак. Организмда витаминлар заҳираси чекланган, шу туфайли витаминларнинг овқат билан етарлича тушмаслиги аста-секин унинг етишмовчилигига олиб келади, бу ҳол гиповитаминознинг клиник манзараси пайдо бўлишидан илгари ўзига хос симптомлар (тез чарчаш, беҳоллик, невритлар, организмнинг инфекцияга чидамлилиги пасайиши) кўринишида юзага чиқади. Ҳатто биргина витамин тақчиллиги соғлиққа жиддий хавф солиши эҳтимол. Витаминлар табиий озиқ-овқат маҳсулотларида бўлади ва оқилона тузилган рацион уларга бўлган эҳтиёжнинг кўп қисмини қондиради, лекин кўпинча бундай рационлар тузиш қийинлигидан овқатни сунъий тарзда тўйинтириш зарурати туғилади. Тўйинтириш деганда овқат маҳсулотларидаги витаминлар миқдорини уларга иссиқлик билан ишлов берилмасдан олдинги табиий даражасига етказиш тушунилади. Масалан, унни тўйинтириш В гуруҳидаги витаминлар, Д витаминлари ишлов беришда камайиб кетадиган кальций ва темир тузларини ўз ичига олган 22 та табиий ун маҳсулотига қайтаришни назоратда тутати.

Асосий витаминлар

Витаминлар	Биологик роли	Гиповитаминоз кўринишлари
А витамини, ретинол	Ёгда эрувчан, эпителий ва шиллиқ пардаларнинг хужайра мембранасининг фаолият кўрсатишида қатнашади, оқшомда кўриш қобилиятини таъминлашда рол уйнайди	Суяклар ва тишлар шаклланишидаги бузилишлар. Организмнинг инфекцияларга мойиллиги. Гемералопия Ксерофтальмия
В ₁ витамини (Thiamin)	Сувда эрувчан, углеводлар парчаланишида фермент тизимларида энергияни озод қилишда иштирок этади.	Анорексия, эмоционал, беқарорлик, депрессиялар, тез чарчаш, қабзият. Бери-бери Полиневритлар Вернике касаллиги Кардиомиопатия, юрак этишмовчилиги.
В ₂ витамини (Riboflavin)	Сувда эрувчан, оқсиллар ва углеводлар метаболизми фермент тизимларида қатнашади.	Хейлоз, стоматитлар, ёруғликка қарай олмаслик. Хира кўриш (кўз олдида парда кўриниши), полиневритлар.
В ₆ витамини (Pyridoxine)	Сувда эрувчан, оқсиллар метаболизми фермент тизимларида қатнашади.	Депрессия, носпецифик мушак сустлиги, кардиомиопатия, жигар зарарланиши, силни изониазид билан даволашда невропатиянинг олдини олади.
В ₉ витамини фолат кислотаси (Folic Acid)	Сувда эрувчан, эритроцитлар ҳосил бўлиш жараёнида қатнашади	Ҳомиладорлар мегалобластик анемияси, нерв найчаси ривожланиш нуқсонлари, болалар церебрал фалажи (БЦФ) ва анэнцефалия
РР витамини, ниацин (Nicotinic Acid)	Сувда эрувчан, меъда-ичак йўли ва нерв тизимининг меъерий фаолиятини таъминлайди	Меъда-ичак йўлида, эпителийда ўзгаришлар ва неврологик бузилишлар Пеллагра
В ₁₂ витамини (Cobalamin)	Сувда эрувчан, эритроцитлар ҳосил бўлиш жараёнида қатнашади	Пернициоз анемия, ақдан қолоқлик
С витамини (Ascorbic Acid)	Сувда эрувчан, пролин ва коллаген синтезида қатнашади	Суяклар ва тоғайлар шаклланишидаги бузилишлар. Анемия, ўсишдан орқада қолиш, инфекцияларга берилувчанлик Цинга
Д витамини (Calciferol)	Ёгда эрувчан, кальций ва фосфор сингишини яхшилайди, найсимон суяклар ўсишини таъминлашда иштирок этади.	Ўсишдан орқада қолиш, суяклар юмшаши, оёқнинг Х- ёки О-симон қийшайиши, кариес. Болаларда рахит, катталарда остеомаляция
К витамини	Ёгда эрувчан, протромбин	Узоқ вақтгача қон ивимаслиги.

Витаминлар	Биологик роли	Гиповитаминоз кўринишлари
Е витамини (Tocopherol)	Ёғда эрувчан, ёғларнинг оксидланишига ва гемолизига тўсқинлик қилади.	Чақалоқларда гемолиз. Дегенератив бузилишлар, туғилишда вазн пастлигининг олдини олади.

Манба: *Canada's Food Guide Handbook 1982, Passmore and Eastwood, 1986, The Surgeon General's Report on Nutrition and Health, 1988, USDHEW.*

Витаминнинг эрувчанлигига асосланган тасниф уларни ёғда эрувчан ва сувда эрувчан турларга ажратади. Ёғда эрувчан витаминлар (А, Д, Е ва К) озиқ-овқат ёғларида етарлича юқори концентрацияларда бўлади. С витамини ва В гуруҳидаги витаминлар сувда эрувчан, кундузги рацион уларни керакли миқдорда тушишини таъминлаши лозим, чунки улар сийдик билан осон чиқарилади.

Анорганик бирикмалар кўпгина маҳсулотларда, бироқ одатда кичик миқдорда бўлади. Уларга суткалик эҳтиёжни қоплаш учун рацион таркибида турли хил озиқ-овқат маҳсулотлари бўлиши керак. Организмнинг ҳаёт фаолиятини қувватлаб туриш ва регулятор функциясини амалга ошириш учун айрим кимёвий унсурлар зарур. Улардан еттитаси: кальций, йод, темир, магний, фосфор, селен ва рух учун суткалик истеъмол меъёрлари белгиланган. Натрий, хлор, калий, хром, кобальт, мис, фтор, магний, молибден, селен, олтингугурт ва ванадий биологик фаол унсурлар саналади. Нормал ўсиш ва мембрана ўтказувчанлигини таъминлаш учун шунингдек бор, кремний, никель ва мишьяк зарур микроэлементлардан ҳисобланади. Нормал ривожланиш ва ҳаёт кечириш учун организм бу унсурларнинг чекланган миқдорда, бироқ доимо тушиб туришига муҳтожлик сезади.

8.4 жадвал.

Асосий анорганик моддаларнинг биологик роли

Асосий анорганик моддалар	Биологик роли	Етишмагандаги ҳолатлар	Озиқ-овқат манбалари
Кальций	Суяк тўқимаси ва тишлар шаклланишида, мушак ишини бажаришда, юрак фаолиятини идора қилишда, қон ивишида, нерв импульси ўтказилишида қатнашади.	Суяклар ва тишлар шаклланиши бузилишлари. Болаларда рахит. Катталарда остеопороз	Тўйинтирилган сут, қаттиқ пишлоқлар, тухум сариғи, карам, устрица, гул-карам, ловия, исмалоқ

Асосий аорганик моддалар	Биологик роли	Етишмагандаги ҳолатлар	Озиқ-овқат манбалари
Темир	Мушак ва суяк тўқимаси оқсиллари, гемоглобиннинг таркибий қисми, қизил қон таначаларининг кислород ташишида қатнашади.	Анемия, чарчаш, болаларда ўсишдан орқада қолиш, иш қобилиятига ва ўқишга салбий таъсир этадиган психомотор бузилишлар	Жигар, қизил гўшт, курка гўшти, дуккаклилар, тухум сариғи, шафтоли, олмалар, майиз, олхўри, қиём
Йод	Тироксин таркибий қисми, ўсишга масъул тиреоид гормонлар фаолиятини амалга оширишда қатнашади.	Ўсишдан орқада қолиш, ривожланишда кечикиш, кретинизм	Йодланган туз, балиқ ва денгиз маҳсулотлари
Фосфор	Суяклар ва тишлар шаклланишида қатнашади, хужайра моддаси ва биологик суюқликлар таркибига киради.	Тишлар шаклланиши бузилишлари, ўсишдан орқада қолиш, рахит	Сут, пишлоқ, тухум сариғи, гўшт, дуккаклилар, ёрмалар, ёнғоқлар, сабзавотлар
Хлоридлар	Ҳазмда қатнашади, кислота-ишқор ва осмотик мувозанатни қувватлаб туради.	Диареяда суюқлик йўқотиш, организм сувсизланиши, болалар ва кексаларда шок ва оқибатда ўлим	Сут, туз, балиқ, пишлоқ
Мис	Марказий нерв тизмининг меъёрий фаолиятини таъминлайди, гемоглобин синтезида қатнашади.	Анемия, жигар функцияси бузилишлари, аскорбинат кислота метаболизми бузилишлари	Балиқ ва денгиз маҳсулотлари, ёнғоқлар, майдаланмаган ёрмалар, жигар, гўшт, дуккаклилар, сабзавотлар
Фтор	Тиш эмалининг сақланишига, суяк тўқимаси сақланишига ёрдам беради.	Кариес	Ичимлик сув
Магний	Суяк тўқимаси, кўпгина ферментлар таркибига киради	Аритмия, неврозлар, жиззакилик	Сут, пишлоқ, тухум сариғи, гўшт, ёрмалар, сабзавотлар
Натрий	Ички ва хужайралар орасида ион мувозанатини қувватлаб туриш, мушак қисқариши ва нерв ўтказувчанлигини таъминлашда қатнашади	Суюқлик йўқотиш, томирлардаги етишмовчилик	Ош тузи, гўшт, сут

Асосий аорганик моддалар	Биологик роли	Етишмагандаги ҳолатлар	Озиқ-овқат манбалари
Калий	Ички ва ҳужайралар орасида ион мувозанатини қувватлаб туриш, мушак қисқариши ва нерв ўтказувчанлигини таъминлашда қатнашади	Электролитик мувозанат бузилишлари, аритмия	Сабзавотлар, ёрмалар, мевалар (бананлар)

Манба: *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health, 1988.*

Ўсиш ва ривожланиш

Ўсиш жараёни кўп жиҳатдан генетик омиллар, овқатланишнинг қандайлиги ва соғлиқ ҳолатига боғлиқ. Ўсиш аъзолар ва тўқималарга оқсил ва бошқа моддалар молекулаларининг синтези учун озиқ моддалар тушган шароитдагина рўй беради. Энергия ва оқсилларнинг етарлича тушмаслиги ўсишдан орқада қолишнинг энг тарқалган сабаби ҳисобланади, лекин организмга асосий аорганик моддалар ва витаминларнинг етарлича тушмаслиги ўсиш жараёнига салбий таъсир кўрсатади. Йод етишмовчилиги тиреоид гормон синтези жараёнларини секинлаштиради ва ривожланиш жараёнларига таъсир қилади. А ва Д гиповитаминозлари, аорганик моддалар етишмовчилиги (темир, йод, кальций ва фосфор) эпителий ҳужайралари, суяк тўқимаси ва қизил қон таначаларининг ўсиш ва ривожланиш жараёнларига салбий таъсир қилади.

Суткада истеъмол қилишнинг тавсия этиладиган меъёрлари

1941 йилда Иккинчи Жаҳон уруши даврида озиқ-овқат танқислигидан ва унинг аҳоли соғлиги учун хавф туғдириши мумкинлигидан хавотирланган АҚШ Миллий мудофаа Кенгаши буюртмаси бўйича АҚШ Миллий илмий тадқиқот Кенгаши ҳузуридаги озиқ-овқат билан таъминлаш Қўмитаси суткалик истеъмол қилишнинг тавсия этиладиган меъёрларини (СТЭМ) ишлаб чиқди. Буларда амалда соғлом одам организм эҳтиёжларига жавоб берадиган асосий озиқ моддалари даражаси белгиланган. СТЭМ ишлаб чиқиши шунингдек аҳолини фавқулодда ҳолатларда овқат билан таъминлашни режалаштириш ва махсус муассасаларда бўлган шахсларни овқат маҳсулотлари билан таъминлашга имкон беради.

Билимлар тўплана борган сайин СТЭМ ўзгартириб борилди ва ўз соғлиги устидан гамхўрлик қиладиган ҳар бир кишининг рационал овқат-ланиши учун пойдевор яратилди. Улар одатдаги кундузги

рационимизга нималар киритилишини эслатади ва овқат унсурларини асоссиз катга миқдорда истеъмол қилишнинг зарарли эканлигини кўрсатади. 1980 йилги СТЭМ аниқлаштириш 10 та витаминларга, 6 та аорганик моддаларга ва оқсилларга тааллуқлидир. Рўйхатда яна 12 та аорганик бирикма бўлиб, уларга ҳозирча аниқ меъёрлар белгиланганича йўқ.

СТЭМ аҳамиятига доир ҳар хил фикрлар мавжуд. Улар овқатланиш соҳасидаги сиёсатни белгилашда ва озиқ-овқат саноатидаги технологик жараёнларни стандартлашда ҳисобга олинади. Улар ҳамма озиқ моддалари учун белгиланмаган. Турли жинслар ва гуруҳларига ўзига хос бўлса-да, уларда касаллик даврида, яраланишларда, жисмоний стрессларда ва қарилликда юз берадиган алоҳида эҳтиёжлар ҳисобга олинмаган. Айрим тадқиқотчиларнинг фикрича, озиқ-овқат маҳсулотларини тўйинтириш, овқатни витаминлаштириш ва маъдан қўшимчалар керагидан ортиқ овқатланишга олиб келади.

Шунга қарамай, РНСП касалхоналарда овқатланишни ва овқатланиш стандартларини таъминлашнинг ажралмас қисми сифатида халқаро миқёсида қабул қилинган.

8.5 жадвал

Жинс ва ёшга мувофиқ ҳолда суткалик истеъмолнинг тавсия этиладиган меъёрлари (АҚШ)

Аҳоли гуруҳи	Ёши, йил	Оғирлиги, кг	Бўйи, см	Оқсил, г	Ёғда эрувчан витаминлар (А, Д ва Е)	Сувда эрувчан витаминлар (С, В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, фолат кислота), мг	Аорганик бирикмалар (кальций, фосфор, магний, темир, рух, йод), мг
Бир ёшгача болалар	0-0,5	6	60	Вазн × 2,2	А-420-400	С 35	Са 360-540
	0,5-1,0	9	71	Вазн × 2,0	Д 10 Е 3-4	В ₁ 0,3-0,5 В ₂ 0,4-0,6 РР 6-8 В ₆ 0,3-0,6 Фолат кислота 30-45 мкг В ₁₂ 0,5-1,5	Р 240-360 Mg 50-70 Fe 10-15 Zn 3-5 I 40-50
Болалар	1-3	13	90	23	А 400-700 Д 10 Е 6-8	С 45	Са 800 Р 800 Mg 150-250 Fe 10 Zn 10 I 70-90 мкг
	4-6	20	112	30		В ₁ 0,3-0,5	
	7-10	28	132	34		В ₂ 1,0-1,4 РР 11-16 В ₆ 0,9-1,6 Фолат кислота 100-300 В ₁₂ 3 мкг	

Аҳоли гуруҳи	Ёши, йил	Оғирлиги, кг	Бўйи, см	Оқсил, г	Ёғда эрувчан витаминлар (А, Д ва Е)	Сувда эрувчан витаминлар (С, В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, фолат кислота), мг	Анорганик бирикмалар (кальций, фосфор, магний, темир, рух, йод), мг
Эркаклар	11-14 15-18 19-22 23-50 50 ва ундан юқори	45 66 70 70 70	157 176 177 178 178	46 46 44 44 44	А 1000 Д 5-10 Е 10	С 50-60 В ₁ 1,0-1,2 В ₂ 1,0 РР 15-13 В ₆ 1,8-2,0 Фолат кислота 400 В ₁₂ 3	Са 1200-800 Р 1200-800 Mg 300 Fe 300 Zn 10 I 120-150
Аёллар	11-14 15-18 19-22 23-50 51 ва ундан юқори	46 55 55 55 55	157 163 163 163 163	46 46 44 44 44	А 1000 Д 5-10 Е 8	С 50-60 В ₁ 1,4-1,7 В ₂ 1,2 РР 14-13 В ₆ 1,8-2,0 Фолат кислота 400 мкг В ₁₂ 3 мкг	Са 1200-800 Р 1200-800 Mg 300 Fe 18 Zn 15 I 150 мкг
Ҳомиладорлар ва лактация давридаги аёллар				+30 +20	А 1000 Д +5 Е +2-3	С +20-40 В ₁ +0,4 В ₂ +0,3-0,5 РР +2-5 В ₆ +0,6-0,5 Фолат кислота 400 -100 В ₁₂ +1 мкг	Са +400 Р +400 Mg +150 Fe +30-60 Zn +5-10 I +25-50

Эслатма: + ҳомиладор аёл учун меъерий рационга қўшимчани англатади.

Манба: *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health? 1988 (1-6 жадваллар).*

Овқатланиш билан боғлиқ бузилишлар

Нотўғри овқатланиш оқибатида бир ёки бир неча асосий озиқ моддаларнинг нисбий ёки мутлоқ етишмаслиги сабабли патологик ҳолатлар — алиментар бузилишлар пайдо бўлиши мумкин. Клиник кўринишлари жисмоний ҳолатини текшириш ёки биокимёвий, антропометрик, физиологик тестлар ёрдамида диагностика қилинади. Қуйида овқат етишмаслиги турларининг Желлифф бўйича таснифи (1990 й.) келтирилган:

- етарлича бўлмаган вазн/озиб кетиш;
- ортиқча вазн/ёғ босиши;

- ўзига хос етишмовчиликлар;
- мувозанат бузилишлар.

Асосий озиқ моддалардан — оқсиллар, витаминлар, ёғлар ва анорганик бирикмаларидан бири етишмовчилиги билан боғлиқ қарийб 15 та касалликлар маълум. Битта озиқ унсури етишмовчилигига (рахит ёки темир танқислиги анемияси) қараганда кўп сонли унсулар етишмовчилиги кўпроқ тарқалган, гарчи типлардан бири устунлик қилади, чунки етишмовчилик келтириб чиқарган бузилиш клиник жиҳатдан юзага чиқмаслиги ва хос белгилари бўлмаслиги мумкин.

Пасайган вазн — оқсил-калория етишмовчилиги

Пасайган вазн организмнинг асосий эҳтиёжларини таъминлаш учун зарур энергиянинг (калория ёки жоулларда ўлчанадиган) озиқ моддалар билан етарлича тушмаслиги оқибати ҳисобланади. Ривожланган мамлакатларда сурункали пасайган вазн қашшоқлик, касалликлар ёки ўз вақтида ва тўғри овқатланишга аҳамият бермаслик оқибати сифатида юқори хавф бўлган гуруҳларда учрайди. Унинг асосий кўрсаткичлари вазни йўқотиш ва мушаклар ҳамда ёғ қатлами дистрофияси саналади. Оғир шакли катталар ва болалардаги дистрофия бўлиб, ривожланишдан орқада қолиш, маразлик ва квашиоркорга олиб келади. Катталарнинг вазн йўқотиши иштаҳа бўлмаслиги, рўза тутиш (атайин овқат емаслик), асабга боғлиқ анорексия, қайта-қайта қусиш, ютиш бузилишлари, овқатнинг тўлиқ сингимаслиги, асосий модда алмашинувининг тезлашуви (давомли иситмада, гипертиреоз, рак, қандли деабет ва бошқа хасталикларда) натижаси бўлиши эҳтимол.

Болаларда оқсил-калория етишмовчилиги етарлича овқат емаслик ва инфекциян касалликлар натижасида ривожланади. Асосий сабаблари — қашшоқлик, оналарнинг саводсизлиги, кўп туғиши, яшаш шароитининг ёмонлиги ва турмуш даражасининг ночорлигидир. Ривожланаётган мамлакатларда тўйиб овқатланмаслик сабаблари — қашшоқлик, озиқ-овқат танқислиги бўлиб, бу жамоат соғлиқни сақлашининг кўкрак ёшида-ги болалар, кичик ёшдаги болалар, ҳомиладор аёллар ва қариялар хусуси-даги асосий муаммоларидан бири саналади.

Ориқлаб кетган болалар чидами пасайиб кетганидан инфекциян касалликларга тез чалинади, натижада улар ривожланишдан орқада қолишнинг оғир формаларига дучор бўладилар. Очлик Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка, Ҳиндистон Яримороли ва Жануби-Шарқий Осиё аҳолиси ўртасида айниқса кенг тарқалган. Тўйиб овқат емасликдан азоб чекаётган айрим аҳоли гуруҳлари дунёнинг ҳамма қисмларида мавжуд. Озиқ-овқат билан етарлича таъминланмаганлик, овқат маҳсулотлари етказиб

бериш ва тақсимлаш тизимининг такомиллиги етмаганлиги кенг миқёсда тўйиб овқатланмаслик ва очликка сабаб бўлиши мумкин.

Очликда асосий алмашинувининг компенсатор пасайиши рўй беради, пульс секин ва суст, артериал босим пасайган бўлади, организмнинг ёғ захиралари йўқотилади, мушаклар гипертрофияланган, мушак тонуси ва тери қайишқоқлиги пасайган, одам бефарқ бўлиб қолади ва тез чарчайди. Специфик гиповитаминоз ва маъдан моддалар етишмовчилиги симптомлари одатда кам. Алиментар дистрофия айниқса 2 ёшгача болалар, шунингдек аёллар ва кексаларни кўпроқ зарарлайди.

8.6 жадвал

Етарлича овқатланмасликдаги синдромлар

Синдром	Ривожланиш шароитлари ва кўринишлари
Оқсил-калория етишмовчилиги	Нормал жисмоний фаоллик учун зарур озиқ моддалари, гипотрофия (паст вазн) ва ўсишдан орқада қолиш, тез чарчаш, иш қобилияти ва ўқишга лаёқатнинг пастлиги
Квашиоркор	Оилада кейинги бола туғилгандан сўнг ва етарлича боқилмаганда одатда 2-4 ёшдаги болаларда ривожланадиган энергетик, витамин ва оқсил танқислиги. Шишларга олиб келадиган зардоб альбуминлари даражаси пастлиги. Боланинг суяклари ингичка тортади, қорни шишган, жигари катталашган.
Маразм (ҳолдан тойиш)	Оқсиллар ва энергия етарлича тушмаслиги натижасида ривожланадиган гипотрофик касаллик. Одатда онасининг бефарқлиги, сунъий овқат билан боқиш, шаҳарлардаги пастқам жойларда тарқалган. Бола эти устихонига ёпишган чолга ўхшаб қолади. Касаллик ақлий ривожланиш бузилишига олиб келади. Бола иссиққа, эътиборга, рисоладаги овқатларга муҳтож. Оналарни билимли қилиб тарбиялаш, инфекцияли касалликларни профилактика қилиш, ижтимоий қувватлаш зарур.
Хос етишмовчиликлар	А гиповитаминози – ксерофтальмия В гиповитаминози – пеллагра Фолат кислота етишмовчилиги – анемия ва туғма иллатлар С гиповитаминози – цинга Д гиповитаминози – рахит К гиповитаминози – чақалоқлар геморрагик касаллиги Темир танқислиги анемияси Йод танқислигидан бузилишлар
Туғилишда вазн пастлиги	Туғилишдаги вазн 2500 г ва ундан паст
Гипотрофия (мазкур ёш учун паст вазн)	Оқсил-калория етишмовчилиги кўрсаткичи ҳисобланади (ҳам сурункали, ҳам ўткир етишмовчилиги)
Ўсишдан орқада қолиш (мазкур ёш учун паст бўй)	Ўсиш даврида муайян вақтга чўзилган хроник тўйиб овқатланмаслик текшириш чоғидаги овқат етишмовчилигидан ҳамиша далолат беравермайди.

Синдром	Ривожланиш шароитлари ва кўринишлари
Мазкур бўй учун паст вазн	Бўйига нисбатан вазни паст ориқ кишилар, давом этаётган тўйиб овқатлана олмасликдан азоб чекадилар.
Инфекциялар ва етарлича овқатланмасликнинг ўзаро алоқадорлиги.	Яхши овқатланмаслик инфекцияли жараён кечишини оғирлаштиради, бу ўз навбатида иштаҳага ва овқат сингишига салбий таъсир қилади.

Ўсишдан орқада қолиш — боланинг ўсишда мазкур ёш учун нисбий ўсиш меъёрларидан орқада қолиши. Бу ҳодиса ривожланаётган мамлакатларда тўйиб овқатланмайдиган болаларда тарқалган, диарея, ўткир респиратор касалликлар ёки қизамиқ каби касалликлар сабабли кейинчалик ҳам ўсишдан орқада қолишни камайтиришнинг иложи йўқ.

Оқсил-калория етишмовчилиги — бу ўткир ва хроник овқат танқислиги ҳолатларининг катта бир гуруҳи, ўткир етишмовчилик оғир инфекциялар оқибати бўлиши эҳтимол. Хроник етишмовчилик узоқ давом қиладиган манфий азот баланси натижасида ривожланади, бунга оқсилнинг ноадекват тушиши, ошган протеин катаболизми ёки овқат сингишининг бузилишлари сабаб бўлиши мумкин. Профилактикаси ва даволаш жадал оқсил парҳезини талаб этади.

Маразм (ҳолдан тойиш) — оқсил-калория етишмовчилигининг ва умуман қувватсизликнинг ўзига хос асорати. Кўкракдан эрта ажратилган чақалоқ ўсиш ва жисмоний фаоллик таъминланиши учун етарлича овқат ва энергия ололмайди. Бола ҳолсизланган ва инжиқ бўлади, ўсишдан кескин орқада қолади. 3—9 ойлик болалар касалликка энг кўп чалинади. Хроник тўйиб овқатланмасликнинг оғир даражасида тери ости ёғ қатлами йўқолади ва қонда глюкоза даражасини қувватлаб туриш учун мушак тўқимаси сарфланади.

Квашиоркор — узоқ муддат оқсил етишмаслигининг оқибати сифатида пайдо бўладиган моддалар алмашинуви касаллиги, у керагича овқатланмасликдан ва ортиқча энергия сарфланганда ривожланиши мумкин. Болани кўкракдан ажратилгандан кейин, айниқса оилада кейинги фарзанд туғилгач бола аксарият кам миқдорда овқат олади. Квашиоркор ўсиш ва ривожланишдан орқада қолиш, лаёқатсизлик, тез-тез ич бузилиб туриши, сочлар пигментсизланиши, шишлар (қорин истисқоси), жигарнинг ёғли инфилтратланиши ва тери қатламларининг қуруқлиги билан тавсифланади. Квашиоркор — 6 яшаргача бўлган болалар

рационда углеводлар миқдори мўл, оқсиллар эса кам бўлганда бошланадиган кенг тарқалган оқсил етишмовчилигидир. У инфекцион касалликларга тез чалинади. Даволаш организмга оқсилларнинг керакли миқдорда тушишига имкон берадиган парҳез овқатлар тайинлашдан иборат. Даво қилинмаган тақдирда леталлик ҳоллари юқори.

Ортиқча вазн, ёғ босиш

Иқтисодий ривожланиш аҳолининг озиқ-овқатга бўлган одат ва кўникмаларига ўзгартиришлар киритади. «Мўл-қўлликка эришган жамият» ёки ғарб турмуш тарзига хос одатлар ёғлар ва озод қандларга бой турли-туман углеводлари эса кам овқатларни ортиқча истеъмол қилиш билан тавсифланади. Мамлакат иқтисодий аҳолининг кам яхшиланиши овқатланишда муайян ўзгаришларга олиб келади, бу ҳол ўрта ва катта ёшдаги кишилар орасида хроник касалликлар сонининг кўпайиши билан тавсифланди. Ривожланаётган мамлакатларда бу одатда, у ёки бу озиқ моддаларининг етишмаслиги билан боғлиқ анъанавий муаммолар билан бирга учрайди. Ортиқча вазн ва ёғ босишнинг тиббий ва эпидемиологик аҳамиятига нисбатан яқин вақтларда англаб етилди.

Ёғ босиш – организмнинг энергияни сарфлашидан истеъмол қилиши устунлиги натижасида вужудга келадиган ортиқча ёғ йиғилишидир. Бўйга нисбатан ортиқча вазн вақтидан илгари ўлимга маҳкум этади ва юрак ишемик касаллиги, қандли диабет, гипертония ва меъда-ичак бузилишлари сингари касалликлар пайдо бўлишининг хавfli омили ҳисобланади. Ёғ босишга қарамай, ортиқча вазн тўпланишида овқат рациона, ўтириб ишлаш тарзи ва бошқа ташқи омиллар муҳим роль ўйнайди.

Озиқ моддаларининг ортиқча истеъмоли қисқа муддатли ва узоқ муддатли бўлиши мумкин. Аёллар ва эркеклар учун бўйига мос келадиган гавда вазнининг мувозанатлашган меъёрлари ишлаб чиқилган. 8.7 жадвалда 1983 йилда АҚШ эркек ва аёл аҳолисининг бўйи ва вазнининг ўртача кўрсаткичлари келтирилган. 1959 йилга солиштирилганда паст бўйли одамлар вазнининг ўртача кўрсаткичлари 4–6 кг га ошган.

АҚШ да катта ёшдаги кишилар вазни ва бўйининг ўртача кўрсаткичлари

Бўйи, см	Эркаклар учун вазн, кг	Аёллар учун вазн, кг
156	57—62	52—59
162	59—64	55—61
167	61—66	58—64
172	64—69	60—67
174	65—70	62—68
179	68—73	64—71
182	69—75	—
185	70—77	—
187	72—78	—
190	73—80	—
192	75—83	—

Эслатма: маълумотлар аҳолининг турли гуруҳларини текшириш бўйича келтирилган.
Манба: *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health, 1988.*

Ортиқча вазндан қутулмоқчи бўлган кишиларга ёғлар ва углевод тушишини қисқартириш ва жисмоний машқлар тавсия этилади, чунки ёғ босиш билан касалланганлар одатда камҳаракат бўладилар. Жисмоний машқлар билан шуғулланиш сезиларли ижобий натижалар беради. Бу ёндошув зарарли овқат кўникмаларидан воз кечиб, ўз хатти-ҳаракатларини ўзгартиришни тақозо этади. Дори-дармонлар, жарроҳлик усуллар ва турли туман парҳезлар вазндан вақтинча қутулишга олиб келади, холос ва зиён келтириши мумкин. Илмий жиҳатдан асосланган овқатланиш, ёғлар миқдори паст бўлган парҳез таомлар, айниқса, бунга жисмоний машқларни қўшиб олиб бориш бирмунча фойдали саналади.

8.2 илова

ГАВДА ОФИРЛИГИНИНГ АНТРОПОМЕТРИК МЕЗОНЛАРИ

$$\text{Гавда оғирлиги индекси (ГОИ)} = \frac{\text{Гавда оғирлиги, кг}}{(\text{бўйи, м})^2}$$

Ёғ босиш: эркаклар учун ГОИ 27,7 дан юқори; аёллар учун 27,2 ва ундан юқори

Ориқлаш: ГОИ 18,4 дан паст

Ёғ босишнинг давоси қийинлигидан бирламчи профилактика жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий вазифаларидан ҳисобланади. Бу оналар ва болаларда тиббий билимларни ҳамда озиқ-овқатга бўлган соғлом кўникмаларни шакллантиришни талаб этади. Овқатга болаларда орттирилган одатларни ўзгартириш жуда қийин кечади. Овқатланиш маҳсулотларини танлашга доир ахборот ёғлар ва туз истеъмол қилишни қисқартириш ва клетчатка ва турли-туман углеводлар истеъмолини кўпайтириш зарурлигини таъкидлайдиган бўлиши керак. Маҳсулот солинган идишда ундаги ёғлар миқдори ва энергетик қуввати тўғрисидаги ахборот истеъмолчи учун муҳим ҳисобланади.

Овқатланишнинг бузилиши

Иқтисодий ривожланган мамлакатларда ориқлаш билан алоқадор овқат бузилишлари ўсмир қизларда, шунингдек спорт ва балет билан шуғулланувчиларда, гўзаллик салонларида ишлайдиган қизларда кўп учратилади. Бу бузилишлар мода орқасидан қувиш ва мудом реклама қилинаётган турмуш тарзига тақлид қилиш оқибатида рўй бериб, ўсмир қизлар ва ёш жувонлар орасида кенг тарқалган.

Асаб билан боғлиқ анорексия: ўзини овқатдан қаттиқ чеклаш, хроник ёки ўткир ва вақтинча бўлиши мумкин. Анорексиянинг хос белгилари тошининг ошиб боришига патологик сезувчанлик ва қабул қилинаётган овқат миқдори устидан назоратни йўқотиш, ўзини ниҳоятда чеклаш ва овқат ейишдан воз кечиш, вазни анчагина йўқотиш, ҳайзининг тўхташи ва жигар ҳамда миокард зарарланишига олиб келадиган оқибатлар ҳисобланади. Агар даволаш олиб борилмаса, беморнинг очликдан ўлиши муқаррар. Қийин даволанадиган бу ҳолат беморнинг ўз олдига қўйган мақсадга патологик интилиши, мукамал бўлиш орзуси ва семириб кетишдан кўрқишидан келиб чиқади. Бундай ҳолларда антидепрессант терапия ва психологик таъсир ёрдамида стационарда даволаш тавсия этилади.

Булимия: қондириб бўлмайдиган очлик қисқа вақт оралиқларида (одатда, икки соатда бир марта ва бундан ҳам тезроқ) катта миқдордаги овқатни ейиш билан ўтади, бемор вазнини камайтириш ёки уни маълум даражада сақлаб туриш учун меъдасини ейилган таомдан ҳоли қилиш мақсадида атайин қусади. Асабдан бўладиган булимия ва анорексиянинг кўпгина аломатлари жуда ўхшаш. Бу овқат бузилишларининг жисмоний ва психологик оқибатлари ғоят оғир бўлиши мумкин (масалан, кўп марта қусиш сабабли қизилўнгач деворлари шикастланади). Улар одатда анорексияга нисбатан булимияда бирмунча енгил бўлади, қўшилиб келадиган депрессия антидепрессант даво-чоралари, руҳий даволаш ва гуруҳ-гуруҳ бўлиб жадал психотерапия ўтказишни талаб этади.

Ёғ босиш: кўпинча оилавий белги ҳисобланиб, унинг ривожланишида, афтидан, ирсий омилнинг аҳамияти катта бўлса керак. Кўп овқат ейиш овқат бузилиши сифатида кўздан кечирилиши мумкин, бироқ бу кўпроқ ташқи омиллар таъсири билан боғлиқ бўлади. Шунингдек, стресс, депрессия, овқатга бўлган одатлардаги ўзгаришлар ва феъл-атвордаги бошқа омилларнинг ҳам аҳамияти бор. Камбағал оилаларда маблағларнинг ночор аҳволдалиги юқори калорияли ун маҳсулотлари ва арзон ёғлар ишлатилган бир хил дастурхондан овқатланишга сабаб бўлади, бунда ҳар хил зираворлар, алкоголь кўпроқ истеъмол қилинади ва бу ўз навбатида иштаҳани очади. Ривожланган мамлакатларда аҳолининг бой қатлами учун ёғ босиш унчалик хос эмас.

Витаминлар ва анорганик моддалар етишмаслигидан келиб чиқадиган касалликлар

Бир ёки бир неча озиқ моддаларининг етишмаслик ҳолати соғлиқни сақлашнинг муҳим муаммоси ҳисобланади. Ривожланаётган мамлакатларда танқислик ҳолатларининг тарқалганлиги қишлоқ ва шаҳар жойларда ва турли ижтимоий гуруҳларда бир хил эмас, бироқ бу ҳолатлар қишлоқ аҳолиси ва шаҳар аҳолиси ўртасида ҳам касалланиш ва ўлим даражаси юқорилигининг асосий сабаби ҳисобланади. Ривожланган мамлакатларда ёғ босиш овқатланишда устунлик қиладиган муаммо ҳисобланади, лекин аҳолининг айрим гуруҳ вакиллари орасида етишмовчиликнинг ҳар хил турлари билан оғриган кишилар сони анчагина. Ривожланган мамлакатлар бу муаммони турмуш даражаси стандартларини ошириш, асосий овқат маҳсулотларини витаминлаштириш ва уларни зарур маъдан моддалар билан тўйинтириш вазифаси ҳисобига эришди.

Ривожланган мамлакатларда специфик етишмовчиликлар ривожланишининг қўшимча омили айрим кишиларнинг овқат ейишдан ўзини тийиши ёки айрим озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилишдан воз кечиши, масалан, вегетарианликка интилиши ҳисобланади.

Канадада овқатланиш ҳолатига оид ҳисобот маълумотларига кўра 70-йилларнинг бошларида мамлакатнинг турли минтақаларида гиповитаминозлар ва минерал моддаларнинг етишмовчилигидан азият чекаётган кишиларнинг миқдори ўсмирлар, аёллар ва қариялар орасида айниқса кўпчилиқни ташкил қилади.

Гиповитаминозлар ва маъдан моддаларга танқислик ҳолатлари ҳатто ривожланган мамлакатларда ҳам кенг тарқалган бўлиши эҳтимол. Бироқ Иккинчи жаҳон уруши вақтида Буюк Британия ва Шимолий Америкада сутни Д витамини билан тўйинтириш бошланмагунча муаммо ҳал

қилинмай қолаверди. Рахитнинг Буюк Британия, айниқса Шимолий Англия ва Шотландиянинг индустриал шаҳарларида тарқалганлиги кескин камайди. Канадада овқатланишнинг аҳволи тўғрисидаги 1971 йил ҳисоботида Д гиповитаминозининг мамлакатдаги муайян минтақаларда аҳолининг айрим ёшга, жинсга оид ва этник гуруҳлари вакиллари орасида анчагина тарқалганлиги кўрсатиб ўтилган эди. Иккинчи жаҳон уруши даврида рахитга қарши чоралар (балиқ мойи таъминлаш ва сутни витамин билан тўйинтириш) кенг тарқалган бўлса-да, 50—60-йилларда бу амалиёт тўхтатилган эди. Монреалда рахит бўйича госпитализация кўрсаткичлари сутни Д витамини билан тўйинтириш Иккинчи жаҳон уруши тугагач тўхтатилиши билан ўсиб кетди. 1992 йилда мамлакатда аҳоли соғлиги ҳолати тўғрисидаги Россия Президентига юборилган докладда йод етишмовчилиги, темир танқислиги анемияси ва ҳатто оқсил-калория етишмовчилигининг кенг тарқалганлигига эътибор қаратилган эди. Мавжуд аҳвол мамлакатдаги иқтисодий шароит туфайли янада оғирлашиб бораяпти, бунда аҳолининг талайгина қатламлари асосий озиқ-овқат маҳсулотларини харид қилиш имкониятидан маҳрум бўлиб қолаяпти. Бунинг оқибати сифатида юқори хавф гуруҳларида, айниқса, аҳолининг кам таъминланган қатламлари, кекса кишилар ва фаол ўсиш ёшидаги болалар орасида бевосита тўйиб овқатланмаслик хавф-хатари мавжуд.

А гиповитаминози (ксерофтальмия)

А витамини кўрув фаолиятини ва нормал кўрув қобилиятини амалга ошириш учун зарур. А витаминининг озиқ-овқат манбалари: тухум сариғи, жигар, сут маҳсулотлари ва кўкрак сути, шунингдек провитаминлар-каротинлар сақловчи сабзавотлар ҳисобланади. А гиповитаминоз симптомлари ўсишнинг тўхташи, цереброспинал суюқлик босимининг ошиши, эпителиал ва мезенхималь тўқималар хужайралари тахассуслаши ва морфологиясининг бузилишлари, насл қолдиришнинг пасайиши ва кўрув бузилишларини ўз ичига олади. Гиповитаминозда организмнинг инфекцияларга қаршилиги пасаяди, ҳар хил хасталиклар оғир ўтади, асоратлар эҳтимоли ва ўлим юз бериш хавфи ошади. Гиповитаминоз гемералопия ривожланишига ва ксерофтальмиянинг бошқа белгиларига сабаб бўлади. У болаларда кенг тарқалган, болалар овқатида сабзавотлар кам бўлганда оғирлашади. А гиповитаминози қизамиқдан ўлим кўпайишига олиб келади, шу туфайли қизамиқ эпидемияси даврида профилактика мақсадида А витаминини катта дозаларда қабул қилиш лозим.

ЖССТ ва ЮНИСЕФ маълумотларига кўра, А гиповитаминозининг ҳар хил даражалари билан жаҳонда кўп сонли болалар касалланган (млн. киши ҳисобида):

Субклиник формалари	562
Инфекцияларга сезувчанлик ошиши	231
Гемералопия	13,5
Ксерофтальмия	3,1
Оғир кўз касалликлари ёки кўр бўлиб қолиш	0,5

Профилактик чоралар эрта ташхис қўйиш ва гиповитаминоз энгил формаларини даволашни тақозо этади, бу меъда-ичак бузилишлари, респиратор касалликлар ва қизамиқдан ўлимни камайтиради. А витамини билан таъминлашни яхшилаш усуллари: А витамини катта дозаларини капсулада тайинлаш (ёшга қараб), истеъмолга тайёр овқат маҳсулотларини А витамини билан тўйинтириш ва А витаминига энг бой маҳсулотлар истеъмолини оширишдан иборат. Сут ва сут маҳсулотларига А ва Д витаминларини қўшиш амалиёти АҚШ, Канада ва Буюк Британияда Иккинчи Жаҳон уруши даврида қўлланилган. Ҳозирги вақтда у Канада ва АҚШнинг деярли ҳамма штатларида мажбурийдир.

Д гиповитаминози (рахит)

Бизнинг асримизнинг ўзидаёқ Д гиповитаминози кўпгина ривожланган мамлакатларда кенг тарқалган касаллик эди. Рахит найсимон суяклар ўсишини кечиктирадиган, оёқлар қийшайиши, чаноқ суяклари деформацияси ва оғир ҳолларда мушак тортишиши каби оғир асоратлар берадиган энг жиддий болалар касалликларидан биридир. Сутда Д витамини миқдори жуда кам ва фақат кўкрак сути билан боқиладиган ва қуёш нуридан баҳраманд бўлмайдиган болада рахитнинг клиник формаси ривожланиши мумкин.

Ультрабинафша нурлар таъсиридан фойдаланиб қуёшда кераклича вақт бўлганда Д гиповитаминози осонликча йўқолади. Илгари унинг профилактикаси болаларга рахитга қарши яхши восита балиқ мойи тайинлашдан иборат эди. Ҳозир эса болалар овқатига Д витамини қўшимчаларини киритиш одат бўлди. Исроилда 70-йилларнинг охирида рахит 1,8 % ҳамма кўкрак сути эмадиган болаларда ва болалар поликлиникаларига қатнайдиган энди юра бошлаган болаларнинг ҳаммасидан аниқланган. 80-йилларда рахит бўйича госпитализация ҳоллари аниқланган эди. Исроилда олиб борилган тадқиқотлар кўкрак сутида Д витамини миқдорининг пастлиги ва Д гиповитаминозининг ёши ёши улфайган аҳоли ўртасида, айниқса қиш ойларида маълум

даражада тарқалишини кўрсатди. Бу шундан далолат берадики, ҳатто қуёшли иқлим шароитларида қуёш радиациясининг интенсивлигидаги мавсумий тафовутлар ва ёпиқ кийим кийиш анъанаси ҳамда болаларни ёпиқ хоналарда сақлаш аҳолининг айрим гуруҳлари ўртасида рахит ривожланишига олиб келар экан. 1979 йилда озик-овқат маҳсулотларини D витамини билан албатта витаминлаштириш жорий этилган, шундан сўнг рахит касаллиги ҳоллари тўхтатилди, D гипервитаминоз ҳоллари рўйхатга олинмади. D гипавитаминози болалар ва қариялар соғлиғи муаммоси бўлиб, уни D витамини тайинлаш билан эмас, балки ҳамма овқат маҳсулотларини витаминлаштириш йўли билан ҳал этиш мумкин.

8.3 илова

СУТНИ D ВИТАМИНИ БИЛАН ТҶЙИНТИРИШ

Ҳозир кўпчилик шаҳарларга келтириладиган сутни 400 мкг D витамини билан тўйинтириш оммавий профилактиканинг энг таъсирчан чораларидан ҳисобланади. Бу витаминнинг мунтазам истеъмолини таъминлайдиган оддий ва тежамли воситадир.

D ВИТАМИНИНИ ОРТИҚЧА ДОЗАЛАШ ХАВФИ

Озик-овқат маҳсулотларини ортиқча тўйинтириш оқибатида D витаминдан интоксикация камдан-кам учрайди. Бундан хавотирланмаслик керак. Шу мақсадда сутни танлаш мантқан тўғри, чунки D витамини ёгда эрувчан ва кислотали муҳитда беқарор; сутда кальцийнинг катта миқдорда бўлгани яхши.

Манба: *Last J. M. Public Health and Preventive Medicine. 12-нашри, 1986.*

D витамини юра бошлаётган болалар, шунингдек катталар учун ҳам зарур, чунки унинг етишмовчилиги, айниқса ёши ўтган аёлларда остеомалация ва остеопорозга олиб келади. D витаминизи профилактикаси бир ёшгача бўлган болалар учун мўлжалланган овқатларни A ва D витаминлари билан режали витаминлаштириш, болалар аралашмалари, ёрмалар ва сут маҳсулотларини тўйинтиришдан иборат бўлиши керак. Сутни превентив витаминлаштириш афзалликлари D витаминини ортиқча қабул қилиш оқибатида ривожланиш эҳтимоли бўлган D витамини дозасини ошириб юбориш ва гипервитаминоз хавфини жуда ортда қолдиради. Ҳар қандай ҳолда ҳам озик-овқат маҳсулотларида D витамини миқдорини тестдан ўтказиш ҳаминша ўзини оқлайди.

С гиповитаминози (цинга)

С гиповитаминози рационда С витамини (аскорбинат кислота) миқдори етишмаганда ривожланади. Янги сабзавот ва мевалар етишмаслигидан азият чеккан денгизчилар ва аҳолининг бошқа гуруҳ вакиллари орасида тарқалган эди. Бунда тери қопламлари зарарланади, ҳолсизлик, тез чарчаш, вазн камайиши, мушаклар оғриши, организмнинг инфекцияларга сезувчанлиги ошиши, юрак аритмияси, астения юз беради ва ҳатто ўлим содир бўлади. Касаллик нораціонал овқатланиш оқибати сифатида ҳар қандай ёшда бошланиши эҳтимол. Цинга қадимда сунъий боқиладиган гўдакларда кузатилган, бироқ болаларга бериладиган овқат аралашмаларини витаминлаштирилиши муносабати билан у ривожланган мамлакатларда жуда кам учрайди. Чақалоқ болалар С витаминини ҳаётининг биринчи ойдан бошлаб (апельсин шарбати билан) олишлари керак. Инфекцион касалликларда С витамини истеъмолини ошириш тавсия этилади. Кўпгина тадқиқотчилар С витаминини холестерин даражасини камайтириш учун тавсия қиладилар, бироқ бу фикр кўпчилик томонидан эътироф этилгани йўқ.

К гиповитаминози (чақалоқларнинг геморрагик касаллиги)

К гиповитаминози чақалоқларда асосий қон ивиш омили-протромбин синтези бузилиши оқибатида вужудга келади. Профилактик чораси сифатида чақалоқ дунёга келганда К витамини бир марта инъекция қилинади ва болалар овқатига тегишли витаминлар қўшилади.

РР гиповитаминози (пеллагра)

РР витамини (никотинат кислота) углевод алмашинувининг хос фермент тизимлари фаолиятида муҳим роль ўйнайди. Гиповитаминоз диарея, дерматитлар, невропатия ва деменция билан бирга кечади. Алкоголизмда ёки етарлича овқатланмасликда (Вернике касаллиги) деменция В гуруҳидаги витаминлар етишмаслиги билан бирга ривожланиши мумкин. Пеллагра инфекцион касаллик эмас, балки овқат етишмаслиги билан боғлиқ касаллик эканлиги 1917—1922 йилларда АҚШ жанубидаги болалар уйларида ва шифохоналарида ўтказилган тадқиқотлар натижасида исботланган эди. Пеллагра витаминланган нон, жигар, гўшт, балиқ, уй паррандаси, помидор,

кўк сабзавотлар, ерёнғоқ ва ёрмалар таркибида бўладиган РР витамини ва унинг ўрнини босувчилар етарли миқдорда истеъмол қилинганда бартараф бўлади. РР витамини шунингдек, қонда липидлар миқдорини пасайтириш ва зичлиги юқори липопротеинлар миқдорини ошириш учун фойдали, атеросклероз ривожланишига ва аортокоронар шунтлаш мақсадида жарроҳлик операциясини бошидан ўтказган кишиларда тож артериялари зарарланишига тўсқинлик қилади.

В гиповитаминози (бери-бери)

В гиповитаминози углевод алмашинуви бузилишини келтириб чиқаради. Бери-берининг қуруқ формаси нерв системасини ва меъда-ичак йўлининг бузилишлари билан юзага чиқиб, ўлимга гирифтор қилади. Унинг шишлар билан ўтадиган формаси ўлим билан якунланиш хавфи бўлган ўткир юрак етишмовчилиги билан тавсифланади. Бу касаллик Иккинчи Жаҳон уруши даврида овқати асосан оқланган гуручдан иборат бўлган япон ҳарбий асирлари орасида тарқалган эди. Профилактикаси овқатда жигар, калла-поча, ачитқилар, ундирилган буғдой, майдаланмаган буғдой ёрмаси ва донлар, оқланмаган гуруч, сут, дуккаклилар, соя ва ерёнғоқ бўлишини талаб этади. Нон, ёрмалар ва бошқа ун маҳсулотларини витаминлаштириш ва тўйинтириш Канада, Буюк Британия ва АҚШда мажбурий ҳисобланади.

Темир танқислиги анемияси

Темир моддаси кислородни одам қони билан ташишда асосий роль ўйнайди. Овқатда унинг иккита шакли мавжуд. Биринчиси — гем таркибидаги темир фақат ҳайвонот маҳсулотларида бўлади. Агар сўрилиш овқатнинг бошқа таркибий қисмлари томонидан қийинлашмаган бўлса, у жуда енгил ўзлаштирилади. Иккинчи шакли анорганик темирнинг сингиши айни вақтда меъда-ичак йўлига тушган бошқа овқат омилларига кўпроқ даражада боғлиқ. Демак, овқат таркибида сўриладиган темир ҳажмини кўпайтириш аҳамиятлидир. Таркибида гем сақлаган овқатни истеъмол қилиш анорганик темир ўзлаштирилишига имкон беради. Темир сўрилиши жараёнларининг тезлашувига ҳам С витамини ёрдам беради.

ЮНИСЕФ маълумотлари бўйича, ривожланаётган мамлакатларда болаларнинг учдан бир қисми ва фарзанд кўрадиган ёшдаги аёллар темир

танқислиги ҳолатлари билан касалланган: уларнинг учдан биридан кўпроғида бузилишнинг оғир шакли — анемия ривожланади. Рангпарлик, бўшашиш ва салга чарчаш уларнинг энгил белгилари ҳисобланади. Бу озикли унсур даражасининг пастлиги бош миянинг қайтмас зарарланишларига олиб келиши мумкин. Камқонликда болаларнинг ақлий ривожланиши секинлашади ва болалар ҳамда катталарнинг жисмоний фаоллиги пасайиб кетади. Кейинчалик гемоглобин даражасининг пасайиши ва иммун бузилишлар оқибатида диарея ва респиратор касалликлар билан касалланишнинг кўпайиши кузатилади. Бунинг олдини олиш учун темир танқислиги анемиясига учраган болалар соғлиғини тўлиқ тиклаш ва овқатига темир қўшимчаларини киритиш, уларни доимо тегишли рацион билан таъминлаб бориш ва тиббий билим даражасини ошириш зарур.

Сўнгги йилларда жамоат соғлиқни сақлашнинг муаммоси бўлган темир танқислиги анемиясига ЮНИСЕФ ва ЖССТ каби халқаро ташкилоотлар катта аҳамият бериб келмоқда. Бу муаммо айниқса, ривожланаётган мамлакатлар учун айниқса долзарб, бироқ ривожланган мамлакатларда ҳам асосий озик-овқат маҳсулотларини темир билан тўйинтириш соғлиқни муҳофаза қилишнинг муҳим чораси ҳисобланади. Темир танқислиги анемияси аҳолининг ҳамма гуруҳларида, айниқса аёлларда кенг тарқалган. 1985 йилда Қуддус шаҳрида соғлом деб топилган донорлар қони текширилганда, улардан 21 фоизида зардоб ферритини даражаси, тахминан 30 фоизида аскорбин кислота пастлиги маълум бўлган. Темир танқислигидаги ўзгаришларни тадқиқ қилиш психомоториканинг пасайганлигини аниқлади. Бу мия фаолиятининг энгил бузилишлари оқибати ёки ҳатто анемия бўлмаганда ҳам бош миянинг зарарланишлари деб тахмин қилинади.

Темир танқислиги анемиясининг профилактикаси бўйича халқаро жамият ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда ҳам қуйидаги профилактика чораларини жорий қилади: асосий озик-овқат маҳсулотлари (нон, қанд, туз) ни темир билан тўйинтириш ва болалар ҳамда ҳомиладор аёллар рационига темир қўшимчаларини режа билан қўшиш.

Йод етишмовчилиги билан боғлиқ касалликлар

Йод муҳим озикли унсур ҳисобланади, унинг табиий манабаларда етишмаслиги клиник ва субклиник тироид бузилишларга олиб келади. Йод етишмаслиги ёки унинг организмга мунтазам тушиб турмаслиги ҳомила ривожланишида бузилишларга сабаб бўлиб, болаларда туғма

гипотиреоз (кретинизм) ва турли оғирликдаги мия фаолияти бузилишлариغا олиб келади.

Қалқонсимон безнинг катталашуви (буқоқ) жаҳондаги жуда катта ҳудудларда ҳужжатлар асосида қайд қилинган, уларда ер ости ва юза сувларда, шунингдек шу ҳудудларда яшовчи аҳоли сийдигида йоднинг паст миқдордалиги аниқланган. Биринчи Жаҳон уруши давридаёқ кўпгина мамлакатларда профилактик чора сифатида тузни йодлаштириш стандарт соғлиқни сақлаш тадбирига айланган. Канадада у 1979 йилдан буён мажбурий ва Фарбий Оврупада ҳам кенг тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти 80-йилларда жаҳоннинг талайгина минтақаларида, айниқса, Хитой, Россия ва собиқ шўроларнинг кўпгина мамлакатларида, жануби-шарқий Осиё ва ривожланаётган кўпгина мамлакатларда тобора ошиб бораётган табиий йод етишмаслигидан ўз хавотирлигини билдира бошлади. Жаҳон саломатлик ассамблеяси 1986 йилда бу сокин пандемияни тўхтатиш учун ҳамма мамлакатларни тузни йодлаштириш ёки бошқа тегишли технологияларни жорий қилиш учун ҳамма чораларни кўришга чақирди. 1994 йилга келиб 94 та мамлакатда тузни йодлаштириш миллий режалари ишлаб чиқилди. Шундай қилиб, бу соҳада муайян силжиш бўлди, бироқ ҳали ҳам ҳукм суриб келаётган бепарволик мақсадга эришишга тўсқинлик қилиб келяпти. Болалик муаммолари бўйича халқаро анжуман (1990 й.) ҳамма жойда тузни йодлаштиришга чақирди, 1995 йилга келиб, ҳар бир мамлакатда аҳолининг 95 фоизини йодлаштириш бўйича миллий режалар ишлаб чиқилди, яна 58 мамлакатда (уларда жаҳондаги болаларнинг 60% яшайди) бу тадбирни яқин келажакда ўтказиш мўлжалланмоқда. Шундай қилиб, муайян ютуқлар қўлга киритилди, бироқ нофаоллик ва бепарволик ҳанузгача бу мақсадга эришишга тўсқинлик қилмоқда.

Тасдиқланмаган маълумотларга кўра, 1990 йилда Россия Федерациясида эндемик буқоқ билан касалланган 300 минг бемор бўлган, ҳақиқатда эса бу рақам 3—5 марта юқори бўлиши мумкин. Россиянинг аҳоли яшайдиган 50% гача ҳудуди эндемик буқоқ тарқалган районлар ҳисобланиб, уларга саноат ва қишлоқ хўжалиги ривожланган минтақалар киради. Ўрта Волга бўйи, Шимолий Кавказ, Урал, Байкал бўйи, Олтой ва Краснояр ўлкаси, Амур бўйи, Шарқий Сибир ва Узоқ Шарқнинг бошқа ерлари эндемик буқоқ энг кўп тарқалган районлар ҳисобланади. Уларнинг айримларида касалланиш ўсиб борапти.

Йод етишмовчилиги марказий нерв тизими ривожланишига таъсир этади, у енгил шаклдаги ақлий қолоқликдан то рўй-рост ифодаланган кретинизмгача олиб боради. Йод танқислигидан бўладиган касалликлар профилактикасини 1988 йилда АҚШ тиббий хизмати бошлиғи куйидагича ифодалаган эди: «Профилактикага давлат миқёсида 10—20 минг қисм

тузни 1 қисм йод концентрациясида йодлаштириш йўли билан эришилади».

8.4 илова

ЙОД ТАНҚИСЛИГИ КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА БИЛИМЛАР ЭВОЛЮЦИЯСИ ВА АМАЛИЙ ЧОРАЛАР РИВОЖИ

- 1811 й. — Йод кимёвий элементи очилди.
- 1850 й. — Тупроқда йод этишмаслиги эндемик буқоқ билан боғлиқ.
- 1895 й. — Тоғли жойлар эндемик буқоқ тарқалган ерлар, деб тан олинган.
- 1910 й. — Сувга йод қўшиш балиқларда касаллик камайишига олиб келган.
- 1917 й. — Экрон (Огайо штати) да ўтказилган текшириш овқатни 22% дан камида 1% гача йодлаштирилганда мактабда ўқийдиган қизларда касаллик камайганлигини кўрсатди, Цюрих (Швейцария) да ҳам шундай маълумотлар олинди.
- 1924 й. — Огайо штатида, кейинроқ бутун АҚШ бўйлаб, Канада ва бошқа мамлакатларда тузни йодлаштириш бошланди.
- 1970 й. — ЖССТ йод танқислиги касалликлари бўйича хавотирдалигини изҳор қилди.
- 1980 й. — ЖССТ ва ЮНИСЕФ йод танқислиги касалликларини йўқотишга даъват қилди.
- 1990 й. — Болалар муаммолари бўйича Халқаро форум ҳамма жойда тузни йодлаштиришга чақирди.
- 1993 й. — ЖССТ ва ЮНИСЕФ баҳолари бўйича жаҳонда йод танқислиги касалликлари қуйидагича тарқалган:
- преклиник шаклида 1,6 млрд. кишида;
 - ақлий қобилиятнинг бузилишлари билан 655 млн. кишида;
 - бош миянинг қайтмас зарарланишлари билан 26 млн. кишида;
 - кретинизм 5,7 млн. кишида.

Ортиқча овқатланиш билан боғлиқ касалликлар

Диабет

Қандли диабет бутун жаҳонда аҳолининг амалда ҳамма гуруҳларида учрайдиган хроник-метаболик касаллик ҳисобланади. Касаллик меъда ости безида инсулин синтези бузилишлари бўлган кишиларда ривожланади, бунинг натижасида углеводлар, гликоген миқдори устунлик қиладиган маҳсулотлардан глюкозани сингдириш даражаси, организмда ва озиқ-овқат маҳсулотларидаги оқсиллардан глюкозани синтез қилиш пасаяди. Биринчи типдаги инсулинга қарам ёки ювенил диабет болалик ва ўсмирлик ёшида инсулин ишланишининг тўхташи оқибатида пайдо бўлади ва парҳездаги бузилишларга боғлиқ бўлмайди, бироқ даволашда парҳезга

амал қилиш ва инсулин киритиш шарт. Инсулинга қарам бўлмаган диабет (2-тури) одатда навқирон ёшда диабетга генетик мойилликда айниқса, ёғ босиш каби ташқи омиллар бирга келганда ривожланади. Овқатда тўйинган ёғлар миқдорининг юқорилиги ва клетчатка миқдорининг етарли эмаслиги инсулинга сезувчанлик ва глюкозага патологик толерантликнинг пасайишига олиб келиши мумкин.

Диабетнинг инсулинга қарам бўлмаган шаклида ҳам тегишли парҳезга амал қилиш талаб этилади. 1921 йилда Торонтода Бантинг ва Бест кашф қилган инсулин гормони диабетнинг инсулинга қарам шаклини даволашга имкон берди. Қонда қанд миқдорини меъёردа сақлаб туриш учун бундай беморларга ҳар куни инсулин юборилади. Даволаш парҳез ва жисмоний машқлар билан биргаликда олиб борилади. Диабетнинг инсулинга қарам бўлмаган шаклида одатда парҳез ва жисмоний машқларнинг ўзи кифоя қилади, айрим ҳолларда қонда қанд даражасини пасайтириш учун дори-дармонлар қўлланиш зарур. Замонавий жамоат соғлиқни сақлаш юрак ишемик касаллиги ва инсультларнинг юқори хавфини камайтириш учун диабетикларда гавда оғирлигини пасайтиришнинг аҳамиятини таъкидлайди.

Диабетнинг инсулинга боғлиқ бўлмаган шакли билан касалланган беморлар тахминан 80 фоизи гавда оғирлиги меъеридан анча юқори бўлади, улар ўртасида юрак ишемик касаллиги, инсультлар, инфекция, буйрак ва кўз касалликларининг ривожланиши ва вақтидан илгари ўлим юз бериш эҳтимоли бирмунча юқори. Уларнинг овқатида тўйинган ёғлар миқдори кам, айрим тўйинмаган ёғ кислоталарида турли-туман углеводлар юқори бўлиши лозим. Диабетни тўғри даволаш, қонда қанд даражасини доимий назорат қилиб бориш меъерий гавда оғирлигини тутиб туриш, оёқларни парваришлаш, мунтазам тиббий кузатув олиб бориш ва юқумли касалликларни даволаш асоратлар юзага келишига йўл қўймайди.

Юрак қон-томир касалликлари

Овқатланишнинг қандайлиги турмуш тарзи ва юрак-томир касалликлари ЮҚТК ривожланиш хавфи ўртасида чамбарчас боғлиқлик мавжуд. Қонда холестерин даражаси юқорилиги ошган артериал босим, чекиш ва гиподинамия ЮҚТК ривожланишида асосий омиллар ҳисобланади. Овқатда тўйинган ёғлар миқдорининг юқорилиги ва юрак-томир касалликлари орасида бевосита алоқадорлик мавжуд. Гавда оғирлигининг камайтирилиши ва туз истеъмол қилишини қисқартириш аниқ ижобий натижа беради. Артериал босимни пасайтиради, бу юрак касаллиги хавфини камайтиради. Қонда холестерин даражасини овқатда холестерини мўл маҳсулотлар улушини камайтириш ва клетчатка ҳамда

зичлиги юқори липопротеинлар, масалан зайтун мойи ва овқатда холестерини мўл маҳсулотлар ҳисобига камайтириш мумкин.

Кўпчилик ривожланган мамлакатларда юрак ишемик касаллиги билан касалланишнинг пасайишига қарамай, у ўлим сабаблари рўйхатида барибир биринчи ўринни эгаллайди. АҚШда ҳар йили қарийб 1,5 млн. миокард инфаркти рўйхатга олинади, улардан деярли 0,5 млн. ўлим билан якунланади. 80-йилларнинг ўрталарида тиббий хизматга бевосита харажатлар ва меҳнат қобилиятини йўқотиш билан боғлиқ бўлган зарарлар 49 млрд долларни ташкил қилди.

Ғарб мамлакатларида инсультлар сони ҳам кескин камайди, бироқ Америка Қўшма Штатларида ҳанузгача ҳар йили тахминан 0,5 млн ҳодисаларни ташкил этади, улардан 150 мингга ўлим билан якун топади. Кўпчилик ҳоллар меҳнат қобилиятини йўқотишга олиб келади. Инсультларни даволаш билан боғлиқ сарф-харажатлар 80-й.да 11 млрд. долларда баҳоланган. Юрак қон-томир касалликлари ва инсультлар юз бериш хавфи билан чамбарчас боғланган асосий омил ортиқча овқатланиш туфайли пайдо бўлган гипертония ҳисобланади. Даволанишнинг асосий йўли туз миқдори чегараланган паст калорияли парҳез овқатлар ҳисобланади.

Рационал овқатланиш ва тегишли парҳезлар юрак-томир касалликларини клиник даволашда ва жамоат соғлиқни сақлашнинг озиқ-овқат маҳсулотлари, овқатланиш ва аҳолининг билимини ошириш соҳасидаги сиёсатида муҳим роль ўйнайди. Алкоголни кам истеъмол қилиш юрак ишемик касаллиги ривожланишининг олдини олади, бироқ уни суиистеъмол қилиш бу касалликка кўп дучор бўлишга олиб келади.

Остеопороз

Бу аксарият ёши қайтган аёлларда сон суяги, бўйни, умуртқа поғонаси ва билак суяклари синиши каби оғир оқибатларга олиб келадиган жиддий касалликдир. Сон суяги, бўйни синганда ўлим умумий ҳодисалар сонидан 12—20 % атрофида бўлади, қолган ҳолларда беморлар асоратлар сабабли ихтисослашган тиббий муассасада даволанишга эҳтиёж сезадилар. Овқат кальций ва D витамини билан тегишли даражада тўйинтирилганда, бола ҳаётининг биринчи йилларида қуёшдан етарлича баҳраманд бўлганда остеопорознинг олди олинади. Сувни фторлашнинг ҳам аҳамияти бор. Жисмоний машқлар суяклар массаси катталашувига имкон беради.

Рак

Тажрибалар етарлича боқилмаган ҳайвонларнинг рак билан камдан-кам касалланишини кўрсатди. Суғурта компанияларининг маълумотларига

кўра, раkning ривожланиш хавфи вазни ортиқча кишиларда гавда оғирлиги меъёрий кишиларга қараганда юқори бўлиши исботланди. 60-йиллардан бошлаб тадқиқотчилар орасида онкогенезда овқатланишнинг муҳим роли тўғрисида ҳал қиладиган даражада бўлмасда, фикр шаклланган. Тахмин қилишларича, айрим озикли унсурларнинг етишмаслиги ёки ортиқчалиги раkning муайян турлари билан касалланиш эҳтимолини оширади. Баъзи бир эпидемиологлар ахборотларига биноан, нораціонал овқатланиш эркакларда 30—40% ҳолларда ва аёлларда 60% ҳолларгача рак билан касалланишга сабаб бўлади.

Ҳозирги вақтда тарқалган кўпгина рак формаларининг хавфи камайишини «Ўрта Ер денгизи парҳези» билан боғламоқдалар, чунки унда ёғлар ва тўйинган ёғ кислоталари кам, ўсимлик маҳсулотлари, айниқса кўкатлар, қизил сабзавотлар ва цитрусли мевалар улуши кўп, алкоголь, дудланган, тузланган маҳсулотлар ва маринадлар кам истеъмол қилинади.

8.8 жадвал

Рак ривожланишининг айрим овқат турларига алоқадорлиги

Жойлашуви	Ёғлар	Гавда оғирлиги	Мевалар ва сабзавотлар	Алкоголь	Дудланган, шўр, маринадланган маҳсулотлар
Ўпка	-	-	манфий	-	-
Сут безлари	ўрта	ўрта	-	ўрта/манфий	-
Оғиз бўшлиғи аъзолари	-	-	манфий	ўрта	-
Қизилўнғач	-	-	манфий	кучли	ўрта
Меъда	-	-	манфий	-	кучли
Чамбар ичак	кучли	-	манфий	-	-
Тўғри ичак	ўрта	-	манфий	ўрта	-
Простата беzi	кучли	-	-	-	-
Қовуқ	-	-	манфий	-	-
Эндометрий	-	кучли	-	-	-
Бачадон бўйни	-	-	манфий	-	-

Эслатма: Кучли — рўй-рост бевосита боғлиқлик, яъни истеъмол юқорилиги — юқори касалланиш; ўрта — кучсиз ифодаланган бевосита боғлиқлик; манфий — тесқари боғлиқлик, яъни истеъмол юқорилиги — касалланиш пасайиши (ҳимоя таъсири).

Аҳолини умумдавлат ва жамоат даражаларида соғлом овқатланиш масалаларидан хабардор қилиш соғлиқни муҳофаза қилиш хизматлари

фаолиятининг муҳим қисми ҳисобланади. Илгариги тасаввурдан кўра бирмунча соғлом овқатланиш, озиқ-овқат маҳсулотларининг ҳамма-боплиги ва қиймати, аҳолининг билим даражаси ва жамиятда тарқалган меъёрларга боғлиқ. Соғлом овқатланишни таъминлаш дастурлари у ёки бу озиқ-овқат маҳсулотларининг афзаллиги тўғрисидаги маслаҳатларни кўзда тутаяди. Ҳар бир одамнинг ўз соғлиги учун шахсий жавобгарлиги энг асосий масала саналади. Жамоат аъзолари ўртасида овқатга оид соғлом одатларнинг шаклланишини рағбатлантирмоқ лозим. Бошланғич мактабдаёқ болаларга озиқ-овқат маҳсулотлари қимматини тушунтириб бериш керак. Бунинг учун муаллимларнинг ўзлари тегишли тайёр-гарликдан ўтишлари зарур. Мактаб таълими дастурлари ва шунингдек, катталарни ўқитиш дастурлари мувозанатланган ва рационал овқатланишнинг она ва бола соғлиги учун алоҳида аҳамияти борлигини очиб бериши керак. Бу дастурлар турли ёш гуруҳлари учун муайян рационлар хусусида анъанавий стереотиплар ва қарашларни, иқтисодий аҳволни ва турли хил овқат маҳсулотларининг мавжудлигини ҳисобга олиши керак. Бунда оммавий ахборот воситалари имкониятларидан ҳам оқилона фойдаланиш лозим.

Соғлиқни сақлаш, халқ таълими, қишлоқ хўжалиги вазирликлари ва нодавлат ташкилотлари аҳолини соғлом овқатланиш масаласидаги саводхонлигини тарбиялашга имкон беришлари керак.

Айрим маҳсулот турларига ўрганиб қолиш хавfli ўсмалар ривожланиши билан бевосита боғлиқ бўлиши мумкин, чунки овқат ёки ичимликларда канцероген моддалар борлиги оғиз бўшлиғи аъзолари, ҳалқум, қизилўнғач, меъда, жигар ва қовуқ ракига сабабчи ҳисобланади. Нотўғри ва сифатсиз овқатланиш ва организмдаги ёғ йиғилмалари гормонлар синтези ва метаболик жараёнларни идора қиладиган ички секреция безлари фаолияти билан боғлиқ омилларга таъсир қилади, бу эса сут бези, бачадон ва простата бези ракига олиб келиши мумкин. Овқатда ёғлар миқдори ошишини сут бези ва чамбар ичак раки билан кўп касалланиш билан боғлайдилар. Тадқиқотчилар натижалари овқат рациони билан касалланиш ўртасида ва рақдан ўлим ўртасида алоқа борлигини тахмин қилиш имконини берса-да, бу алоқанинг сабаб-оқибат табиатига доир далиллар ҳозирча етарли эмас. Чамбар ичак раки хусусида сабзавотлар, майдаланмаган ёрмалар ва мевалардан иборат рационларнинг профилактик аҳамияти, афтидан, бу маҳсулотларда рўй-рост антиоксидант таъсири бўлган А ва С витаминларининг миқдори кўплигига боғлиқ бўлса керак. Ҳозирги вақтда рақ касалликлари профилактикаси бўйича парҳез таомларга тавсиялар қуйидагилардан иборат:

- сабзавотлар, мевалар ва майдаланмаган ёрмаларга бой рационлар;
- тузланган, маринадлар ва дудланган маҳсулотларни кам истеъмол қилиш;

- алкоголь истеъмол қилишни кескин камайтириш;
- калорияли ўртача овқатлар тановул қилиш, ёғ босишига имкон бермайдиган жисмоний фаоллик.

Овқатланиш ва инфекцияцион касалликлар

Етарлича овқатланмаслик ва инфекцияцион касалликларнинг ўзаро таъсири айниқса ривожланаётган мамлакатларда жиддий муаммога айланган. Ҳомиладорлик даврида онанинг етарлича овқатланмаслиги вазни кам бола туғилиш эҳтимолини оширади ва ҳаётий муҳим витаминлар ва маъдан моддалар билан тўлиқ таъминлайдиган кўкрак сутининг озиклилик қимматига салбий таъсир қилиб, озик моддаларнинг ўзлаштирилиши бузилишларига олиб келади. Бу танқислик ҳолатлари тўқима метаболизмига, қоннинг кислородга тўйиниш даражасига, мушакларнинг шаклланиши ва фаолият кўрсатишига, найсимон суякларнинг ўсишига ёмон таъсир кўрсатади. Оқсил-калория етишмовчилиги оқсиллар ва аминокислоталар диссимилияция жараёнларининг устун келиб, азот, А ва С витаминлари, рух ажралиб чиқишига ва озик моддалар, масалан аминокислоталарнинг қайта тақсимланишига олиб келади.

Организмнинг қаршилиқ кўрсатиш ва инфекция жараённинг оғир-енгиллиги даражаси тўғрисида аниқ маълумотлар йўқ. Инфекцион касаллик натижасида озик моддаларнинг йўқотилиши касаллик давом қилган даврдан 2—3 марта кўпроқ вақт ичида тўлдирилади. Овқатланиш шароити паст бўлган кишилар инфекцияцион касалликларга кўпроқ берилувчан бўладилар, уларни оғирроқ ўтказадилар, уларда асоратлар кўпроқ қолади. Болаларда инфекцияцион касалланишни пасайтиришга доир соғлиқни сақлаш чоралари ҳам овқатланиш шароитини яхшилашга олиб келишини кўзда тутиши муқаррар. Бола вазнининг нормал орта бориши инфекцияларга чидами юқорилигини кўрсатади ва бу ҳолат ривожланиб улгурган касалликни тезроқ енга олади. Жамоат соғлиқни сақлашининг вазифаси инфекциянинг оғирлик даражасини пасайтириш ёки умуман инфекцияцион касалликларни ва тўйиб овқат емасликнинг олдини олишдан иборат, шундагина гўдакнинг жисмоний ва ақлий ривожланишини таъмин этишга эришилади.

Аёлнинг ҳомиладорлик даврида овқатланиши ва эмадиган боланинг овқатланиши

Ҳомиладорлик даврида она вазнига вазн қўшилиши ва боланинг туғилган вақтидаги вазни ўртасида бевосита боғланиш мавжуд. Модомики, туғилгандаги нормал вазн боланинг яшаб кетиши ва кейинги нормал ривожланишининг гарови экан, ҳомиладор аёлда вазннинг ошиб

боришига доир тавсия этилган меъёрларни таъминлаш ғоят муҳим. Гавда оғирлиги нормал аёлларда ва вазни оз-моз ортиқ бўлган аёлларда ҳомиладорлик вазни паст бўлган аёллардагига нисбатан кўпроқ омон-эсон яқунланиши билан фарқ қилади. Ҳомиладор аёл овқати озиқ-овқат маҳсулотларининг ҳам энергетик ҳам озиқлилик қимматини ҳисобга олган бўлиши керак. Вазннинг ошиб бориш даражасига таъсир қиладиган бошқа омилларга чекиш, оғир жисмоний меҳнат ва хроник касалликлар киради. Хушбичим қоматли бўлиб қолиш талаб этиладиган аёлга социал жиҳатдан тазйиқ қилиш кўпчиллик аёлларда вазннинг етарли даражада ошишига имкон бермайди.

Соғлом рацион ва турмуш тарзи

Овқатланиш одам турмушининг ҳамма томонларига жиддий таъсир қилади. Озиқ-овқат маҳсулотлари таркибида бўладиган баъзи бир моддалар муайян дегенератив бузилишлар (ақлий қолоқлик), юракнинг ишемик касаллиги ва айрим рақ формаларининг ривожланишида бевосита рол ўйнаши исботланган. Овқатланиш организмнинг ҳаёт фаолиятига, ақлий қобилиятларига, жисмоний қувватига ва чидамлилигига ҳамда ҳомиланинг нормал ривожланишига таъсир кўрсатади. Организмда кечадиган биокимёвий жараёнларда озиқ моддалари муҳим аҳамиятга эга бўлганлигидан парҳезшунослик ва генетика ўртасидаги ўзаро таъсир ўсиб бормоқда.

Тўла қимматли ва рационал овқатланиш соғлиқни яхши ҳолатда сақлаб туради, ҳаёт учун муҳим озиқ моддаларга бўлган эҳтиёжни қоплайди. Калориялар ва тўйинган ёғларнинг, айниқса ҳайвонот маҳсулотларининг ортиқча тушиши эса юрак-томир касалликлари ва рақнинг айрим турлари билан касалланишга сабаб бўлади.

Тавсия этилган рационлар

Мутахассислар тавсияларига кўра, кундалик рацион қуйидаги озиқли унсурларни сақлаши лозим:

- ёғлар, мойлар ва ширинликлар — кам тўйинган ёғ кислоталарининг энг кам миқдори; монотўйинтирилган ёғ кислоталари афзалроқ;
- сут, қатиқ ва ёғи кам пишлоқ;
- гўшт, парранда, балиқ, тухумлар, ёнғоқлар — оқсиллар тушишини таъминлайди, уларда ёғ миқдори чегараланган бўлиши лозим;
- сабзавотлар — айниқса клетчатка ва витаминлар билан таъминлайдиган яшил ва тўқ қизил турлари;
- мевалар — клетчатка ва витаминлар тушишини таъминлайди;

— нон, кам ишлов берилган, майдаланмаган дондан тайёрланган ёрмалар, гуруч, макаронлар, витаминлар ва маъдан моддалар тўйинган бўлса, яна ҳам яхши.



1-расм. Овқат истеъмолининг ўртача суткалик меъёрлари (граммларда)

Канада соғлиқни сақлаш ва фаровонлик Федерал департаментининг овқатланишга доир тавсиялари қуйидагиларни ўз ичига олади:

— Гавда оғирлигини норма атрофида қувватлаб туриш учун энергия тушиши

— Тавсия қилинган миқдордаги асосий озиқ-овқат таркибий қисмлари

— Энергиянинг турли хил ёғлар билан тушиши 30% дан ошмаслиги (30 г/1000 ккал, ёки 39 г/5000 кЖ) ва тўйинмаган ёғлар (11 г/1000 ккал, ёки 13 г/5000 кЖ) кўпи билан 10%

— Энергиянинг углеводлар билан умумий тушиши кўпи билан 55% (138 г/ккал, ёки 165 г/кЖ)

— Энергиянинг алкоголь билан умумий тушиши кўпи билан 5% (қунига икки рюмка, бироқ қанча кам бўлса, шунча яхши)

— Кофеин қунига 4 чашкадан ошмайдиган кофе кўринишида

— Натрий тушишини камайтириш

— Истиқомат жойида водопровод сувини фторлаш (фтор миқдори даражаси 1 мг/л гача).

Манба: *Health and Welfare. Nutrition Recommendations: Report of the Scientific Review Committee. Ottawa, 1990.*

Тавсияларда кўкатлар ва қизил сабзавотлар, қулубнай, цитруслар, майдаланмаган дон ва ёрмалар истеъмол қилиш, шунингдек овқатда канцерогенлар (масалан, грилда ёки кўмирда қовурилган гўшт) миқдорини қисқартириш зарурлиги таъкидланади.

Асосий овқат маҳсулотларини витаминлар ва анорганик моддалар билан тўйинтириш

Тиббиёт нуқтаи назаридан соғлом овқатга бўлган одатлар юқори хавфга эга гуруҳларда (ҳатто ривожланган мамлакатларда) ўз-ўзидан гиповитаминоз ва маъдан моддалар етишмаслиги ривожланишининг олдини ололмайди. Жамоат соғлигини сақлаш ҳамма аҳолининг молиявий имкониятлари ва мазкур масаладан хабардорларлигидан қатъий назар, зарур витаминлар ва маъдан моддаларининг бир кеча-кундузги меъёрини олиш учун жавоб беради. Бу мақсадга асосий озиқ-овқат маҳсулотларини витаминлар ва маъданлар билан тўйинтириш йўли билан эришилади. Бу мақсадга асосий овқат маҳсулотлари-нон, сут ва тузни витаминлар ва минераллар билан тўйинтириш йўли билан эришилади. Озиқ-овқат маҳсулотларини асосий микроэлементлар билан тўйинтириш Шимолий Америкада кенг тарқалган.

8.5 илова

АСОСИЙ ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИНИ МАЖБУРИЙ ТЎЙИНТИРИШ, КАНАДА (1979 й.)

Канадада овқатланиш аҳолини текшириш натижаларига асосланиб, биз овқат маҳсулотларини тўйинтириш факультатив эмас, балки жамоат соғлиги манфаатларини кўзлаб мажбурий бўлиши керак, деган хулосага келдик.

Буюк Британияда бугдой унини тиамин ва никотинат кислота билан витаминлаштириш ва уни темир ҳамда кальций билан тўйинтириш Иккинчи Жаҳон уруши даврида мажбурий қилинди. Канадада аҳолининг овқатланиш ҳолати тўғрисидаги ҳисоботи (1971 й.) ҳатто гуллаб- яшнаётган бой мамлакатда ҳам гиповитаминозлар маъдан моддалар етишмовчилиги кенг тарқалган бўлиши мумкинлигини кўрсатди. 1979 йилда озиқ-овқат ва дори-дармон воситалари бўйича Канада Федерал бошқармаси А ва В витамини билан тўйинтирилмаган сут маҳсулотлари, темир қўшимчаси бўлмаган нон, йодлантирилмаган туз сотишни тақиқлайдиган қарор қабул қилди.

90-йилларнинг бошларида Буюк Британияда фолат кислотани ҳомиладорлик бошлангунча медулляр найча бузилишларини, жумладан анэнцефалия ва умуртқа йиртилишини профилактика қилиш сифатида тайинланганда наф бериши исботланган. Бу туғма аномалияларни овқатланишни тартибга солиш билан профилактика қилиш имкониятларини очиб берди. Фолат кислотани одатдаги овқат маҳсулотларига кўшимча қилиш оқилона ёндашув ҳисобланади. Фарб мамлакатларида ичимлик сувни хлорлаш ва фторлаш долзарб чоралар бўлиб, улар ўз таъсирчанлигини намойиш қилди.

Овқатланиш ва озиқ-овқат таъминоти сиёсати

Овқат этиологияси касалликларнинг олдини олишга қаратилган аҳолининг овқатланиши соҳасидаги давлат сиёсати соҳалараро изчил ҳамкорлик бўлган тақдирдагина муваффақиятли бўлиши мумкин. Соғлиқни сақлаш хизматининг озиқ-овқат маҳсулотлари сифатини назорат қилиш умумдавлат, минтақавий ва маҳаллий ҳокимиятларининг қўллаб-қувватлашига таянади.

Аҳолига бу соҳадаги билимларни бериш учун давлат департаментлари ва вазирликлар, озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчилар, соғлиқни сақлаш мутахассислари, маориф ходимлари, аёллар ташкилотлари ва оммавий ахборот воситаларининг ходимларининг фаол қўллаб-қувватлашлари зарур бўлади.

Ривожланаётган мамлакатлар ва овқатланиш муаммолари

Аҳолиси турли даражада тўйиб овқатлана олмайдиган суист ривожланган мамлакатлар ва минтақалар ривожланиш дастурларини ишлаб чиқишда аҳолининг озиқ-овқатга эҳтиёжини назарда тутишлари лозим. Иқтисодий ривожланиш ва овқатланишнинг ҳолати бир-бирига ўзаро боғланган, чунки етарлича овқатланмасликда меҳнат унумдорлиги паст бўлади. Водопровод сувини тозалаш, санитария тадбирлари ва озиқ-овқат маҳсулотларининг хавфсизлигини ошириш айниқса болалар ўртасида диарея билан касалланишнинг пасайишига имкон беради. Қишлоқларда, камбағал шаҳар туманларида кичик корхоналарни қарзлар кўринишидаги молиявий қўллаб-қувватлаш ва техника билан таъминлаш аҳолининг кам таъминланган қатламларини озиқ-овқат билан таъминлашнинг яхшиланиши ва овқат сифатини ошириши мумкин.

Овқат маҳсулотларини витаминлаштириш ва маъдан унсурлари билан бойитиш катта аҳамият касб этади, бироқ уларни ишлаб чиқарувчилар, сотиш бўйича мутахассислар ва истеъмолчиларнинг саводхонлиги ҳам ғоят муҳимдир.

**ОВҚАТЛАНИШ ВА ОЗИҚ-ОВҚАТ ТАЪМИНОТИ СИЁСАТИ:
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ДАВЛАТ ТАШКИЛОТЛАРИНИНГ МАСЪУЛИЯТИ**

Давлат миқёсида соғлиқни муҳофаза қилиш хизматлари: ўзига озиқ-овқат маҳсулотларининг хавфсизлиги, идишда уларнинг таркибини кўрсатиш, овқатга қўшимчалар киритиш стандартлари ва меъёрларини ишлаб чиқиш масъулиятини олади; импорт қилинадиган озиқ-овқат маҳсулотларини назорат қилади; овқатланиш соҳасида давлат таълим дастурлари ва тадбирларини амалга оширади; қишлоқ хўжалиги, савдо ва саноат вазирликлари, шу соҳада иш олиб бораётган халқаро ташкилотлар (масалан, БМТ идоралари) фаолиятини мувофиқлаштиради.

Минтақавий миқёсда соғлиқни муҳофаза қилиш хизматлари: давлат стандартларини қонунчилик билан мустақкамлашни таъминлайди; озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчиларнинг фаолиятини бошқаради; назорат ва текширув олиб боради. Қишлоқ хўжалиги ва саноат давлат департаментлари фаолиятини мувофиқлаштиради: озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш, ишлов бериш ва сотишга ихтисослашган хусусий корхоналар билан алоқалар боғлайди.

Маҳаллий миқёсда соғлиқни муҳофаза қилиш хизматлари: озиқ-овқат маҳсулотларни маҳаллий ишлаб чиқарувчилар устидан назорат олиб боради, сут ва гўшт маҳсулотлари, яримфабрикатлар сифатини текширади; ўқувчиларни мактаб нонушталари билан таъминлашга баҳо беради, соғлом овқатланиш соҳасида маслаҳатлар ва таълим дастурлари ишлаб чиқади, умумий овқатланиш муассасаларини мунтазам текшириб боради. Аҳолига овқатланиш, кўкрак бериб боқиш масалаларида билимлар беради. Соғлом болаликни таъминлайди.

Давлатнинг режалаштириш бўйича мутахассислари ва овқатланиш соҳасидаги маъмурият кўпинча биринчи навбатда овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчиларнинг сиёсий ва иқтисодий мафаатларига, маҳсулотларнинг борлиги ва уларнинг нархлари, хорижий валюта олиш учун товарлар экспортига асосланадилар. Нима бўлганда ҳам танқислик ҳолатлари муаммосини озиқ-овқат маҳсулотлари ишлаб чиқаришни шунчаки кўпайтириш ва таълим дастурларини ишлаб чиқиш билан ҳал қилиш мумкин эмас. Аҳолининг социал-иқтисодий даражаси ҳам катта аҳамиятга эга. Бу соҳадаги тадбирлар озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқишни ривожлантиришда, уни транспортировка қилишда, сотишда, шунингдек овқат истеъмоли билан боғлиқ социал ва иқтисодий омилларга баҳо беришда комплекс ёндошувни талаб этади.

Фақат озиқ-овқат таъминоти ва маҳсулотлар сифатига эмас, балки қишлоқ хўжалигини юритишнинг у ёки бу вақтинчалик ва кейинги оқибатларига ҳам аҳамият бериш керак. Хавфсиз овқатланиш сиёсати

бутун аҳолини озиқ-овқатга бўлган энг кам эҳтиёжларини қондиришни таклиф этади. Бу тегишлича таъминотни, шунингдек аҳолининг харид қилиш қобилиятини кўзда тутати. Тўғри режалаштириш ва тегишли тадбирларни ўтказиш аҳолининг мавжуд овқат мақомига баҳо бериш ва коррекция қилишни ўз ичига олган тескари алоқа тизимини вужудга келтиришни талаб этади.

Хусусий ва нодавлат ташкилотларининг роли

Озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш, ишлов бериш ва сотиш билан банд бўлган хусусий корхоналар озиқ-овқат таъминотида ва хавфсиз овқатланишни йўлга қўйишда муҳим роль ўйнайди. Бу фермер хўжаликларига ҳам, озиқ-овқат саноати ходимларига ҳам тааллуқлидир. Хусусий сектор аҳолининг маҳсулотларга бўлган эҳтиёжларини қондиради, шу билан бирга, овқат маҳсулотлари солинган идишларда тегишли ахборотни бериб, аҳолини овқатланиш масалалари билан таништиради. Болалар овқатини ишлаб чиқарувчилар ҳатто қонунда кўрсатилмаган ҳолларда ҳам унга витамин ва маъдан овқат қўшимчаларини киритишлари мумкин. Озиқ-овқат маҳсулотларини албатта витаминлаштиришга доир давлат стандартлари белгиланмаган мамлакатларда ишлаб чиқарувчилар ташаббусни ўз қўлларига олишлари мумкин.

8.7 илова

ОВҚАТЛАНИШ СОҲАСИДАГИ ДАВЛАТ СИЁСАТИ ЖИҲАТЛАРИ

1. Давлат сиёсатини ишлаб чиқишда аҳоли овқат мақомини биринчи даражали муҳим масалага айлантириш.
2. Давлат ва жамоат миқёсларида соҳалараро ҳукмронликни ривожлантириш.
3. Озиқ-овқат таъминотини яхшилаш ва асосий овқат маҳсулотларига нархларни пасайтириш.
4. Аҳолининг соғлом овқат одатларини тарбиялаш.
5. Озиқ-овқат маҳсулотларини витамин ва маъдан билан албатта тўйинтириш амалиётини жорий этиш: тузни йодлантириш, нон ёки унни В гуруҳидаги витаминлар ва темир билан бойитиш, сутни — А ва Д витаминлари, ҳар хил маҳсулотларни С витамини билан тўйинтириш.
6. Озиқ-овқат маҳсулотларини сақлаш, ишлаб чиқариш, идишларга солиш ва ташишда хавфсизликни назорат қилиш йўли билан овқатдан бўладиган ўткир ва сурункали касалликлар сонини қисқартириш.
7. Ҳомиладорлар ва болалар рациониди зарур миқдорда темир ва витаминлар бўлишини таъминлаш.

8. Давлат аҳамиятига молик вазифа сифатида болаларнинг самарали ривожланишини таъминлаш.
9. Тўйинган ёғлар истеъмолини қисқартириш.
10. Туз, қанд ва ёғлар миқдори кам, клетчатка ва сабзавотлари мўл рационларни кўпайтириш ва жорий қилиш.
11. Аҳоли овқатини текшириш ва баҳо бериш миллий дастурларини мунтазам ўтказиш, унинг ҳаммабплиги, тарқалганлиги ва соғлом овқатланиш меъёрларига, айниқса, ошган хавф гуруҳларида мослигини сақлаш. Бу дастурлар маданий, феъл-атвор, иқтисодий, антропометрик, биокимёвий ва гематологик текширишларини ўзида жамлаши.
12. Тиббиёт ҳамширалари ва бошқа тиббиёт ходимлари тайёрлаш дастурига жамоат соғлиқни сақлаши ишлаб чиққан соғлом овқатланиш курсларини киритиш.
13. Қишлоқ хўжалик ишлаб чиқариши технологиясини ривожлантириш ва овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчилар билимларини ошириш ҳисобига зарарли овқат қўшимчалари ва пестицидлар таъсирини пасайтириш.

Аҳолининг нормал овқатланишини таъминлашга нодавлат (айниқса, аёллар) ташкилотлари, оммавий ахборот воситалари, хусусан аёллар журналлари катта ҳисса қўшиб келмоқда.

Жамоат соғлиғини сақлаш ходимларининг роли

Жамоат соғлиғини сақлаш ходимлари аҳолининг умуман тўла қимматли ва рационал овқатланиши ва шубҳасиз, касаллик вақтида овқатланиш масалаларида билимдон қилиб тарбиялашда энг муҳим роль ўйнайди. Тиббиёт ходими бемор ишончини қозонган бўлади ва ўз билимларини беморга керак пайтда бера олади. Бу овқатланиш омили билан боғлиқ бўлган юрак ишемик касаллиги, диабет, гипертония касаллиги ва бошқа хасталиклар ривожланиш хавфи ортиқ бўлган кишиларга айниқса тааллуқлидир.

Етарлича овқатланмаслик инфекцион ва хроник касалликлар билан касалланишнинг ўсишига, ўз навбатида овқат етишмаслигининг тағин ҳам кучайишига олиб келиши мумкин. Тиббиёт ходимлари бундай ўзаро боғланиш ва унинг оқибатларини ҳисобга олишлари лозим. Овқат етишмаслиги хавфи ошган ва бўйи ўсишдан орқада қолган болаларни аниқлаш қўшимча диққат-эътибор ва оналарга тўғри овқатлантириш бўйича маслаҳатлар беришга ундайди.

Овқатланишни текшириш ва баҳо бериш

Доимий мониторинг ва назорат гуруҳларни текшириш йўли билан аҳолининг озиқ-овқат статусига баҳо бериш аҳоли соғлиғини сақлашни ва назорат қилишнинг муҳим қисми ҳисобланади. Бунга овқат етишмаслиги ёки ортиқча овқатланишни аниқлаш учун аҳолининг айрим гуруҳларини танлаш усули билан текшириш орқали эришилади. Олинган натижаларни таҳлил қилиш бутун аҳоли учун рационал овқатланиш соҳасида давлат тавсияномаларини жорий этиш бўйича аниқ чораларни ишлаб чиқишга имкон беради.

8.9 жадвал

Аҳолининг овқатланишини текширишларда стандартлар ва назорат гуруҳлари

Стандартлар танлаш	Омиллар
Стандарт аҳоли	Халқаро қабул қилинган кўрсаткичлар маҳаллийсидан афзал; вақтинчалик ўзгаришларни кузатишда «идеал бўй» («олтин стандарт») гуруҳининг кўрсаткичлари билан солиштириш баҳолаш мезони ҳисобланади.
Репрезентатив гуруҳлар	Умуман хавф даражаси ошиқ аҳоли ҳолатига баҳо бериш учун эпидемиологик репрезентатив гуруҳлар
Аҳолининг ўрганиладиган гуруҳлари	Аниқ текширишлар дастурида ўтказиладиган аҳоли гуруҳи (масалан, озиқ-овқат таъминотини текшириш дастури ёки она ва бола соғлиғини қувватлаш бўйича Федерал профилактика тадбирлар дастури).
Назорат марказлари	Кўп сонли кишилар қатнайдиган жойлар ва муассасалар, бундай текшириш дастурлари устувор фаолият (масалан, она ва бола марказлари, касалхоналарининг қабулхона бўлимлари, хусусий амалиёт билан шуғулланадиган врачларнинг қабулхоналари) билан баб-баробар амалга оширилиши мумкин.

Бўй, вазн ва тери бурмасининг қайишқоқлигини текширишлар, шунингдек гематология (темир, ферритинга) ва биокимёвий анализлар (наҳорга текшириладиган холестерин, липидлар, қанд, витаминлар) овқатланиш ҳолати тўғрисида қимматли маълумот беради. Катта аҳоли гуруҳларини қамраб олган текширишлар қимматга тушади, шунинг учун умуман аҳолининг овқатланиши тўғрисида хулоса чиқаришга имкон берадиган кичик-кичик ташкилотлардан фойдаланган афзал.

Аҳоли овқатланишига баҳо бериш мезонлари

Мезонлар	Ўрганиш соҳаси	Кўрсаткичлар
Билвосита	Маълумот даражаси ва маданий кўникмалар	Саводхонлик, неча йил ўқиган, айниқса, аёллар билим даражаси, чунки бевосита ва билвосита чақалоқ ва болага парвариш қилиш, оила даромади ўсиши билан тарбиялаш ва парваришлаш сифатининг яхшиланишига таъсир қилади. Анъанавий одатлар ва қизиқишлар.
	Даромад даражаси	Жон бошига ялпи миллий маҳсулот, оила даромадининг ўртача даражаси ва харид қилиш қобилияти (аҳолини рўйхатга олиш ва махсус статистик текшириш маълумотлари асосида ҳисоб қилинади)
	Овқат маҳсулотлари истеъмоли баланси	Овқатланиш ҳолатининг билвосита кўрсаткичи, овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш ва импорти йиғиндиси сифатида ҳисоб қилинади. Энергетик эквивалент кўринишида тақдим қилиниб, аҳоли жон бошига калориялар истеъмолини ҳисоб қилишга ёрдам беради.
	Чақалоқлар ўлими, кичик вазнда туғилиш	Кўрсаткичларнинг юқорилиги етарлича овқатланмаслик тарқалган деб тахмин қилишга мажбур этади.
Бевосита	Паразитар касалликлар	Паразитар касалликларнинг кенг тарқалганлиги етарлича овқатланмасликни қийинлаштиради.
	Ҳолатни клиник баҳолаш	Овқатланиш муаммолари билан боғлиқ касалликлар бўйича касалхонага ётқизишнинг юқори кўрсаткичлари (рахит, диабет ва ҳ.к.)
	Антропометрик текширишлар	Мазкур ёш учун бўй ва вазн кўрсаткичларини ЖССТ/NCHS ишлаб чиққан. Ҳозирги вақтда бутун дунёда қўлланишга тавсия этилган ва «олтин стандарт» деб тан олинган. Елкадаги тери бурмаси қалинлиги кўрсаткичи ҳам кенг қўлланилади. Бу кўрсаткичлар айрим бола ва умуман болалар аҳолиси оқсил-калория статусини белгилайди.
Бевосита	Биокимёвий текширишлар	Биологик суяқликлар (қон ва сийдик) анализлари ва улардаги айрим озиқли унсурлар миқдорини аниқлаш мураккаб метаболик жараёнларга баҳо бериш учун қўлланилади. Анемияда гемоглобинга анализ қилинади. Тиронид гормонларга функционал анализлар ва йод бирикмалари миқдорини билиш йод статусини аниқлаш учун қилинади.

Мезонлар	Ўрганиш соҳаси	Кўрсаткичлар
		Шунингдек, қон ҳужайралари ва плазмасида витамин С миқдори, қон плазмасидаги В ва Д витаминларга анализлар қилинади. Қонда қўрғошин миқдорига баҳо бериш ва анемияга экспресс-тестлардан, масалан, рух сақловчи протопорфиринга тестдан фойдаланилади. Ҳомиладор аёл оч қолганда қонини қандга одатдаги текшириш глюкозани кўтара олмаслик тўғрисида тасаввур бериши мумкин.
	Рационга баҳо	Кишиларни муассасаларда ва уйда рационини ўрганиш бир кеча-кундузги ёки ҳафталик истеъмолини ёки тайёрлаб қўйилган ва ейилмаган овқатнинг тафовутини қайд этишга асосланган.

Аҳолининг ўрганилаётлаган гуруҳида болаларнинг бўй ва ривожланиш кўрсаткичларини, қонда холестерин миқдори кўрсаткичини нормал кўрсаткич билан солиштирилгани каби, аҳолининг стандарт гуруҳидаги худди шундай кўрсаткичлар билан солиштириш мумкин.

8.11 жадвал

Болаларнинг ривожланишини баҳолаш тизимларида фойдаланиладиган тасниф

Тасниф	Тизимнинг баёни
Гomez тизими (мазкур ёш учун вазн)	1956 йилда Филиппин аҳолисини текширишда ишлаб чиқилган, 10% дан ошмайдиган четга чиқиш кўрсаткичининг ўртача қийматини аниқлашда норма ҳисобланади. 11—24% га четга чиқиш алиментар етишмовчиликнинг энгил формасидан (1-даражаси); 25—38% га четга чиқиш-ўртача оғирликдаги тўйиб овқат емасликдан (2-даражаси); 39% дан юқори — оғир дистрофиядан (3-даражаси) дарак беради.
Вотерлоу тизими (мазкур бўй учун вазн ва мазкур ёш учун бўй)	Мазкур ёш учун паст бўй илгари овқат етарли бўлмаганидан, мазкур бўй учун кичик вазн — ҳозирги пайтда овқат етишмаслигини кўрсатади. Норма сифатида аҳоли гуруҳлари учун ЖССТ/NCHS ишлаб чиққан стандартлардан фойдаланилади.
Шакир методи — билак айланасини ўлчаш	Яхши овқат олаётган бола билагининг айланаси 1—6 ёшларда ўзгармайди. Шакир бу кўрсаткичдан оғир формадаги тўйиб овқат емайдиган мактабгача ёшдаги болаларни аниқлашда фойдаланган. Ўрта ва оғир даражадаги етарлича овқатланмаслик ҳолларини аниқлашга яради.

Озиқ-овқат маҳсулотларининг сифати ва хавфсизлиги

Овқатдан бўладиган касалликлар жиддий муаммо ҳисобланади. Ривожланаётган мамлакатларда улар асосий ўлим сабабларидан бири

саналади, бироқ, ҳатто ривожланган мамлакатларда ҳам ҳукумат, озиқ-овқат саноати ва оддий истеъмолчилар бу касалликлар профилактикасига катта эътибор қаратишлари керак. Одатда, ҳукуматлар ҳам, озиқ-овқат саноати ҳам аҳолини нархи қиммат бўлмаган хавфсиз озиқ-овқатлар билан таъминлашдан энг кўп манфаатдор ҳисобланадилар. Озиқ-овқат саноати, шунингдек маҳсулотнинг харидоргирлигига ва жойлашишига, сақлаш муддатлари давомлилигига, овқат маҳсулотларининг экологик софлиги масалаларига аҳамият беради. Модомики, озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчи уларни сотишдаан ва имкон борича кўпроқ фойда олишдан манфаатдор экан, маҳсулот сифатини ички назорат қилиш кифоя қилмайди. Жамият манфаатларини ҳимоя қилиш учун назоратнинг кучли давлат органлари бўлиши шарт.

8.12 жадвал

Овқатланишдан келиб чиқадиган касалликлар ривожланишининг биологик ва кимёвий омиллари, кўзгатувчилари ва ташувчилари.

Омил	Кўзгатувчиси (ёки модда)	Юқишнинг озиқ-овқат манбалари
Вируслар	Полимиелит, А ва В гепатитлари вируслари ва бошқалар	Озиқ-овқат маҳсулотлари, сабзавотлар, мевалар, оқова сувлар суғориш системасига тушганда
Бактериялар	Клостридия кампилобактериялар, E.coli бактерияси, салмонеллёлар, вабо вибриони	Хом маҳсулотлар ва яримфабрикатлар, улар одам ва ҳайвон чиқиндилари билан ифлосланганда
Моғор замбуруғлар	Микотоксинлар, афлатоксинлар, охратоксинлар	Ёнғоқларда ва ёрмаларда узоқ вақт сақланганда ривожланади.
Оддий жониворлар	Амёба, лямблия, криптоспоридия	Сабзавотлар, мевалар, сув, пастерланмаган сут
Гижжалар (ичак паразитлари)	Аскарида, фасциола, тениида, трихина, трихурис ва описторхоз кўзгатувчилари	Етарлича иссиқ ишлов берилмаган сабзавотлар, гўшт, зарарланган сув ҳавзаларидан тутилган хом балиқ, тозаланмаган оқова сувлар ва суғориш системалари
Кимёвий воситалар, ўғитлар, қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг ўсиш стимуляторлари	Пестицидлар, фунгицидлар, бошқа кимёвий моддалар	Қишлоқ хўжалигини нобудгарчилик ва хавф туғдирадиган методлар билан юритиш
Оғир металлар	Симоб, кадмий, қалайи	Саноат чиқиндилари билан ифлосланган жойлардаги балиқ ва денгиз маҳсулотлари
Радиактив изотоплар	Радиактив моддалар	Атмосфера ёғинлари ёки тупроқнинг ифлосланиши натижасида зарарланган маҳсулотлар

Манба: Овқатланиш бўйича халқаро конференция. Озиқ-овқат ва қишлоқ хўжалиги масалалари бўйича ташкилот/ ЖССТ, 1992.

Озиқ-овқат маҳсулотлари билан боғлиқ бўлган хавф-хатарлар ҳукумат, озиқ-овқат саноати ва оддий истеъмолчиларнинг доимий диққат-этиборида бўлиши керак. Озиқ-овқат маҳсулотларини хусусий ишлаб чиқарувчилар озиқ-овқат таъминотини яхшилашда ва озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини оширишда муҳим рол ўйнайди. Бироқ, охир оқибатда хавфсиз овқатланишга истеъмолчининг ўзи жавобгар бўлади (гигиена меъёрларига, озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлашга, сақлашга ва уларни овқатда ишлатишга амал қилиш).

Овқатдан келиб чиқадиган касалликларнинг авж олиб туриши янги озиқ-овқат маҳсулотлари, гўшт ва сут маҳсулотлари, ярим фабрикатлар сифатини синчиклаб назорат қилиш умумдавлат ва маҳаллий даражада амалга оширилиши керак.

Кўпгина қишлоқ хўжалиги соҳаларида одам соғлиғига таҳдид соладиган икки турдаги хавф-хатарларни ажратиш мумкин. Биринчидан, ичишга яроқли сув етишмаслиги ва канализация тизимининг ривожланмаганлигидир. Аксарият озиқ-овқат маҳсулотлари тозаланмаган ёки етарли даражада тозаланмаган оқава сувлардан фойдаланилганда патоген микроорганизмлардан ифлосланади. Шу тариқа ифлосланган мева ва сабзавотларни овқатда хомлигича ейилганда фекал-орал йўли билан касалланиб қолиш ҳолларига сабаб бўлади. Иккинчидан, озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш жараёнида ишлатиладиган кимёвий моддаларнинг овқатга тушиши. Механизациялашган қишлоқ хўжалиги сунъий ўғитлар ва пестицидлардан кенг фойдаланишни талаб этиб, улар тупроқда йиғилади ва озиқ-овқат маҳсулотига тушади. Чорвачилиқда ишлатиладиган ўсиш стимуляторлари, антибиотиклар, гормонлар ва бошқа препаратлар охириги маҳсулотлар сифатига таъсир кўрсатиши мумкин.

8.13 жадвал

Озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш, қайта ишлаш ва сақлаш учун ишлов бериш технологиялари

Ишлов бериш тури	Технологияси
Қуритиш	Офғобда, қуритиш, музлатиш, вакуумда қуритиш
Ферментация	Йогуртлар, сироплар, соя соуси, сирка, вино, пиво, тузланган қарам тайёрлаш технологияси
Кимёвий таъсир	Тузлаш, маринадлаш, иссиқ ва совуқ дудлаш, специфик овқат қўшимчалари.
Иссиқлик билан ишлов бериш	Қайнатиш ва қовуриш (турлари кўп), бланшлаш, пастерлаш, асептик ишлов бериш; юқори ҳарорат билан таъсир этиш; ҳайдаш
Совуқ билан таъсир қилиш	Музлатиш, совутиш
Радиация	Микротўлқинли, ионловчи

Манба: *Journal of Public Policy, Summer 1993.*

Озиқ-овқат маҳсулотларининг хавфсизлигини таъминлашда ҳукумат ва озиқ-овқат саноатининг муҳим роли бўлса-да ўз соғлиғига масъулият истеъмолчининг зиммасига тушади. Бозор иқтисодиёти шароитларида қайси товарларни харид қилишни истеъмолчининг ўзи ҳал қилади, унинг талаблари бозорга, рекламага ва нархларга таъсир кўрсатади.

Истеъмолчи сифати паст ёки тўйимлилиқ қиймати бўлмаган маҳсулотларни сотиб олишдан воз кечиб бозорга таъсир кўрсата олади. Бу таъсир қилишнинг жуда нозик воситаси бўлиши мумкин, бироқ истеъмолчиларнинг танлови маҳсулот сифатини назорат қилишда ўзининг таъсирчанлигини кўрсатди. Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситалари тўғрисидаги Қонун Америка Қўшма Штатларида бу соҳадаги идора қилиш механизмларини тартибга солди, бу қонун газеталардаги чиқишлар таъсири остида қабул қилинган эди (Эптон Синклернинг «Чангалзор» романи). Истеъмолчиларнинг у ёки бу маҳсулотларни олмай қўйиш имконияти ишлаб чиқарувчиларнинг ижтимоий эҳтиёжларга бир мунча ҳушёр бўлишларини даъват қилади.

Хулоса

Сўнгги ўн йил ичида соғлиқни сақлашнинг инфекцияли касалликларга қарши курашда эришган ҳайрон қоларли муваффақиятлари билан бирга соғлиқ даражасини оширишда овқатланишни яхшилаш катта роль ўйнади. Инфекцияли касалликлар натижасида ўлимни кўшиб ҳисоблаганда умумий ўлим бирмунча камайди. Бу қишлоқ ҳўжалигини юритишда илғор усулларни қўллаш оқибатида овқатланишнинг яхшиланиши туфайли юз берди.

Ҳозирги вақтда овқатланиш ривожланган мамлакатларда жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий жиҳатларидан ҳисобланди. Бу ўринда муаммо асосан, юқори калорияли мувозанатланмаган ортиқча овқатланишга бориб тақалади. Ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимининг фаолияти оқсил, калория етишмовчилигига, анорганик моддалар етишмовчилигига ва гиповитаминозларга олиб келадиган етарлича овқатланмаслик каби қатор муаммоларни ҳал қилишни ўз олдига мақсад қўяди. Айни вақтда ривожланишнинг ўрта поғонасида турган мамлакатларда аҳолининг камроқ қисмининг ҳаёт даражаси ўсганлиги сабабли юзага келган ҳайвон оқсилларини ортиқча истеъмолига боғлиқ юрак-томир касалликларидан ўлимнинг тез ўсиши кузатилади.

60-йилдан бошлаб энг ривожланган мамлакатларда кишилар шахсий овқатланиш муаммоларига аҳамият бера бошладилар. Бу жамиятнинг, оммавий ахборот воситаларининг тиббиёт ходимлари даъватларига жавоби эди. Кўпчилик фарб мамлакатларида профилактик тиббиётга диетологик

ёндашув юрак ишемик касаллиги, инсультлар, меъда ракидан ўлимни кескин қисқартиришга ҳисса қўшди.

Умуман давлат ва хусусан жамоат соғлиғини сақлаш овқатланиш сиёсатида, жумладан аҳоли ва тиббиёт ходимларининг соғлом озиқ-овқатга бўлган одатларини сингдириш масалаларида, озиқ-овқат маҳсулотлари сифати устидан назорат ўрнатишда, асосий озиқ-овқат маҳсулотларини муҳим витаминлар ва минерал моддалар билан тўйинтиришда асосий рол ўйнаши керак.

Рефератлар мавзулари

1. Аҳоли соғлиғини шакллантиришда овқатланишнинг роли.
2. Ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда овқатланиш муаммолари.
3. Озиқ-овқатлар таркиби, уларнинг вазифалари ва аҳоли соғлиғига таъсири.
4. Овқатланиш билан боғлиқ бўлган функционал бузилишлар ва касалликлар.
5. Овқатланиш ва юқумли касалликлар, уларнинг ўзаро таъсири.
6. Ҳаётнинг турли даврларида самарали овқатланиш хусусиятлари.
7. Соғлом турмуш тарзи ва овқатланиш (профилактик дастур режаси).
8. Аҳолини самарали овқатланишини ташкил этиш ва жамоат соғлиғини сақлашдаги аҳамияти.
9. Аҳолининг тўғри овқатланиши методологиясига баҳо бериш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Anderson SH, Vickery CA, Nicol AD. Adult thiamine requirements and the continued need to fortify processed cereals. *Lancet*, 1986;2:85-89.

DeMaeyer EM, Dallman P, Gurney JM, Hallberg L, Sood SK, Srikantia SQ. Preventing and Controlling Iron Deficiency Anemia through Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1989.

Dunn JT [editorial]. Iodine deficiency - the next target for elimination? [Editorial] *The New England Journal of Medicine*, 1992,326:267-268.

Foster P. *The World Food Problem: Tackling the Causes of Undernutrition in the Third World*. London: Boulder Adamantine Press, 1992.

Qorstein J, Akre J. The use of anthropometry to assess nutritional status. *World Health Statistics, Quarterly*, 1988;41:48-58.

National Academy of Sciences-National Research Council. *Recommended Dietary Allowances, Seventh Edition*, Food and Nutrition Board, Washington, D.C., 1968.

Passmore R, Eastwood MA. Davidson and Passmore Human Nutrition and Dietetics, Eighth Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.

Surgeon-General's Report on Nutrition and Health 1988. United States Department of Health and Human Services, DHH (PHS) Pub No 88-50210, Washington, DC. pp. 34, 1988.

Библиография

Beghin I, Cap M, Dujardin B. A Guide to Nutritional Assessment. Geneva: World Health Organization, 1988.

Bothwell TH, Charlton RW. Iron Deficiency in Women. International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG), 1981.

Centers for Disease Control. CDC criteria for anemia in children and child bearing-aged women. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1989;38:400-404.

Centers for Disease Control. Epidemic neuropathy - Cuba 1991-1994. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994;43:183, 189-192.

Centers for Disease Control. Daily dietary fat and total food energy intakes - Third National Health and Nutrition Examination Survey, Phase 1, 1988-91. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994;43:116-117, 123-125.

Delange F, Burgi H. Iodine deficiency disorders in Europe. Bulletin World Health Organization, 1989;67:317-325.

Dunn JT, van der Haar F. A Practical Guide to the Correction of Iodine Deficiency. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Netherlands, 1990.

Editorial. Prevention and control of Iodine Deficiency Disorders. Lancet, 1986;2:433-434.

Food and Agriculture Organization. The Fifth World Food Survey. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1987.

Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. New York: Oxford University Press, 1990. Health Protection Branch, Health and Welfare Canada. Addition of Vitamin and Mineral Nutrients to Foods 1974;426:1-4.

Hetzel BS. Iodine deficiency disorders and their eradication. Lancet. 1983;2:1126-1129.

Krebs-Smith SM, Cook DA, Subar AF, Cleveland L, Friday J. US adults' fruit and vegetable intakes, 1980 to 1991: a revised baseline for healthy people 2000 Objectives. American Journal of Public Health, 1995;85:1623-1629.

Last JM. Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine, Twelfth Edition. Connecticut:

Appleton-Century-Crofts, 1986.

Marshall JR. Editorial.: improving American diet - setting public policy with limited knowledge. American Journal of Public Health, 1995;85:1609-1611.

Mertz W. The essential trace elements. Science, 1981;213:1332-1338.

Morley JE, Mooradian AD, Silver AJ, Heber D, Alfin-Slater RB. Nutrition in the elderly. Annals of Internal Medicine, 1988,109:890-904.

National Research Council. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington: National Academy Press, 1989.

Paiti H, Tulchinsky TH. Anemia as a public health problem in Israel. *Public Health Reviews*, 1988,16:215-250.

Pinstrup-Andersen P, Pelletier D, Alderman H [eds]. *Child Growth and Nutrition in Developing Countries: Priorities for Action*. Ithaca: Cornell University Press, 1995.

Scrimshaw NS. Iron deficiency. *Scientific American*, 1992;265:46-52.

Tonglet R, Bourdoux, Minga T, Ermans AM. Efficacy of low oral doses of iodized oil in the control of iodine deficiency in Zaire. *The New England Journal of Medicine*, 1992;326:236-241,

West KP [ed]. *Bellagio Meeting on Vitamin A Deficiency and Childhood Mortality*. New York, NY:

Helen Keller Foundation, 1993.

Willett W. *Nutritional Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1990.

World Health Organization. *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases*. Technical Series Report 797. Geneva: World Health Organization, 1990.

World Health Organization. *National Strategies for Overcoming Micronutrient Malnutrition*. Agenda item document, Forty-Fifth World Health Assembly: Geneva, 16 April, 1992.

World Health Organization and Food and Agricultural Organization of the United Nations. *Major issues for Nutrition Strategies, 1992: International Conference on Nutrition*. Italy: FAO and WHO, 1992.

АТРОФ МУҲИТНИНГ АҲОЛИ СОҒЛИФИГА ТАЪСИРИ ВА КАСБ КАСАЛЛИКЛАРИ

Боб мазмуни

Атроф муҳит ва аҳоли соғлиғи

Кириш * Атроф муҳит ҳолатининг айрим жиҳатлари * Географик эпидемиология ва атроф муҳит эпидемиологияси * Атроф муҳитни муҳофаза қилишнинг мақсади ва вазифалари * Санитария-гигиеник тадбирлар * Атроф муҳит ҳолатидаги глобал ўзгаришлар * Аҳолини сув билан таъминлаш * Канализация системаси ва оқава сувларга ишлов бериш * Қаттиқ чиқиндилар * Токсинли моддалар * Тератоген моддалар * Қишлоқ хўжалиги ва атроф муҳит билан боғлиқ омиллар * Радиация * Антропоген таъсирлар натижасида фавқулодда ҳодисалар * Соғлиқни муҳофаза қилиш бўйича экологик ташкилотлар * Экологик талаблар

Меҳнат гигиенаси ва касб касалликлари

Кириш * Ишлаб чиқариш травматизми муаммолари * Меҳнат гигиенасининг миллий ва индустриал жиҳатлари * Касб касалликлари натижасида ўлим * Заҳарловчи моддаларнинг иш жойига таъсири ва уларнинг атроф муҳитга таъсири * Иш жойидаги зулм * Меҳнат гигиенасининг клиник жиҳатлари * Ишлаб чиқаришда хавфсизлик техникаси * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

Мазкур бобни ўрганишни тамомлаб, талаба қуйидагиларни:

- Соғлиққа хавф соладиган атроф муҳит омилларини аниқлаш ва таърифлаш;
- Касб касалликлари ва соғлиқ бузилишларини аниқлаш ва таърифлаш;
- Тегишли профилактик тадбирлар стратегиясини ишлаб чиқишни билиб олади.

Атроф муҳит ва аҳоли соғлиғи

Кириш

Ташқи муҳитнинг хавфсизлиги аҳоли соғлиғини қувватлаб туришнинг асосий омили ҳисобланади. Ҳаво ва сув – соғлиқни сақлаш учун зарур ва одамнинг яшаб кетиши учун овқат ва бошпанадан аҳамияти кам бўлмаган омиллар ҳисобланади. Ичимлик сув сифати ва чиқиндиларни безарар қилиш ҳанузгача жамоат соғлиқни сақлаши ва социал гигиенанинг жиддий муаммоларидан ҳисобланади. Атроф муҳитнинг зарарланганлигига қарши микробиологик, токсик, физик ва бошқа касаллик кўзгатувчи омиллар билан курашиш соғлиқни сақлашнинг муҳим жиҳати ҳисобланади ва ҳозирги замон жамиятининг энг муҳим муаммоси ҳисобланади. Атроф муҳитнинг ифлосланиши ва иш жойида санитария-гигиеник шароитининг паст даражаси XX аср охирида жамоат соғлиқни сақлаш фаолиятида ва сиёсатида катта ўрин тутди. 60-йй. бошлаб жамиятнинг экологик муаммолардан хавотирга тушиши ва бу масалалардан хабардорлиги ошади. Аҳолининг атроф муҳит экологик ҳолати тўғрисида ахборот олиш ҳуқуқи, онгли равишда овқатланиши ва жамоат соғлиқни сақлаши ғояларининг тарғибот қилиниши натижасида кўпгина мамлакатларда экологик масалаларга кенг маънода эътибор берилди бошланди. Атмосфера, сув ва тупроқнинг ифлосланиши, иш жойида санитария-гигиеник шароитларнинг даражаси оммавий ахборат воситалари, ноҳукумат ташкилотлари ва давлат органларининг диққат-эътиборини тортиб, замонавий маданиятнинг бир қисми бўлиб қолди.

Экология муоммолари бирмунча комплекс бўлиб қолди ва касалланиш профилактикаси ва анъанавий жамоат соғлиқни сақлаши доирасидан олисга тарқалиб, табиий Ер шароитларида инсониятнинг глобал сақланиб қолиши билан боғлиқ қатор масалаларни ўз ичига қамраб олади. Кўпгина ифлосланиш омиллари узоқ муддат таъсир қилади ва дастлабки жойидан талайгина олисликдаги ҳудудларни зарарлантиради.

Атроф муҳит ҳолатининг айрим жиҳатлари

Табиат ва жамият ўзаро боғлиқ ва бир-бирига қарам инсоният олдида битта мамлакатнинг кучи талаб этиладиган муаммолар билан бирга бутун халқаро ҳамжамиятнинг бирлашган кучларини талаб қиладиган вазифалар мавжуд. Локал тадбирлар атроф муҳитни сақлаш учун глобал масъулиятнинг бир қисми ҳисобланади. Хусусий муаммоларни ечиш турли хил давлат идоралари, ноҳукумат ташкилотлари, оммавий ахборот воситалари ва соғлом табиий шароитларни асраб қолишдан манфаатдор кўнгилли ёрдам гуруҳлари билан яқин ҳамкорлик қилишни талаб этади.

Аҳолининг қашшоқлиги ва ортиқча ўсиши билан боғлиқ масалалар энг қашшоқ мамлакатларнинг инсоният олдида турган умумий муаммоларининг бир қисми ҳисобланади. Иқтисодий ўсиш ва аҳоли саломатлиги қишлоқ хўжалиги, овқат маҳсулотларини ишлаб чиқаришнинг ривожланиши ва уларнинг тақсимланиши, шунингдек қишлоқ хўжалиги майдонларидан оқилона фойдаланиш билан чамбарчас боғланган. Кўпгина мамлакатларда дуч келинадиган кўп муаммолар орасида сувдан ортиқча фойдаланиш ва ер ости сувларининг ифлосланиши оқибатида камайиб бораётган сув ресурсларини сақлаш, ичимлик сув сифатини сақлаб қолиш масалалари сезиларли ўрин эгаллайди. Атмосфера ва тупроқнинг ифлосланиши, ўрмонларни ва қишлоқ хўжалиги майдонларини йўқотиш маҳаллий, давлат ва халқаро миқёсларида аралашув ва режаларни мувофиқлаштиришни талаб этади.

Атроф муҳит омилларининг таъсирини ҳозирги вақтда аниқлаш ва миқдорий баҳолашга ҳамиша ҳам муваффақ бўлинмайди ва, шу тариқа, тегишли соҳалар фаолиятини режалаштиришда доимо ҳисобга олиб бўлмайди. Сўнгги ўн йилликлар мобайнида жамоатликнинг бу масалаларда хабарлик даражаси ўсиб бораёпти. Атроф муҳитни муҳофаза қилиш бўйича ғамхўрлик кўпгина ривожланган мамлакатларда жамоат фалсафасининг ажралмас қисми бўлиб қолаяпти. Иқтисодий ўсишда жиддий муаммолар кузатилаётган ривожланаётган мамлакатларда атроф муҳитни муҳофаза қилиш масалаларига иккинчи ўрин ажратилган.

9.1 илова

XXI АСРДА АТРОФ МУҲИТНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШНИНГ ГЛОБАЛ МУАММОЛАРИ

1. Аҳолининг ўсиши.
2. Иқтисодий ривожланиш ва унга боғлиқ экологик муаммолар.
3. Овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш ва тақсимлаш.
4. Энергетик ресурсларнинг камайиб кетиши.
5. Тупроқ эрозияси/ қишлоқ хўжалиги ерларининг путурдан кетиши.
6. Ўрмонларни йўқотиш.
7. Сув ресурсларининг путурдан кетиши.
8. Атмосферанинг ифлосланиши.
9. Кимёвий фаол/токсик чиқиндилар.
10. Урушлар/ ядро уруши хавфи/, террорчилик, қуролланишга сарф-харажатлар.
11. Атмосфера озон қатламининг камайиб кетиши.
12. Глобал исиб кетиш.

Географик эпидемиология ва атроф муҳит эпидемиологияси

Географик эпидемиология (Россия адабиётида-тиббиёт географияси) ўлим ва касалланишнинг регионал тақсимланишини баён қилади. У, умуман олганда, минтақаларда ва турли вақтда аҳолининг хавф даражаси ошган ҳар хил демографик гуруҳлари таърифига биноан касалликлар тарқалганлигини текширишлар билан шуғулланадиган тасвирий эпидемиологиянинг бир қисми саналади.

Атроф муҳит шароитлари ва касб касалликлари эпидемиологияси, шунингдек амалий соғлиқни сақлаш янги гипотезлар ишлаб чиқишга имкон берадиган географик эпидемиология натижаларига таянади. Кейинчалик булар бирмунча батафсил ва аниқ текширишларда синаб кўрилади.

Атроф муҳитни муҳофаза қилишнинг мақсади ва вазифалари

1985 йилда ЖССТ Оврўпо бюроси илмий жамоатчилик томонидан маъқулланган 2000 йилгача соғлиқни сақлаш соҳасидаги вазифалар рўйхатини тасдиқлади, унда жамоатнинг атроф муҳитни муҳофаза қилиш муаммоларидан кенг кўламда қайғуриш ўз аксини топган. Бу вазифалардан айримлари 9.1 жадвалда келтирилган.

9.1 жадвал

ЖССТ Оврўпо бюросининг соғлиқни сақлашда атроф муҳитни муҳофаза қилиш соҳасида таърифлаган вазифалари

Атроф муҳитни муҳофаза қилиш бўйича комплекс тадбирлар	Халқаро, давлат, регионал ва маҳаллий миқёсларда фаолиятни идоралараро мувофиқлаштириш
Атроф муҳитни муҳофаза қилиш бўйича комплекс тадбирлар	Халқаро, давлат, регионал ва маҳаллий миқёсларда фаолиятни мувофиқлаштириш
Ноқулай атроф муҳит омиллари устидан мониторинг ва назорат механизмлари	Кимёвий моддалар, ионловчи радиация, биологик агентлар, шовқин даражаси, истеъмол товарлари, истеъмолчи манфаатларини ҳимоя қилиш, хавф-хатар даражаси
Аҳолини ичимлик сув билан таъминлаш	Сув ресурслари миқдори ва сифати, халқаро ва миллий дастурлар, ер ости ва юза сувларни текшириш, сув таъминоти системаларининг сифатини назорат қилиш, сув таъминоти системасини бошқариш соҳасидаги стандартлар

Атмосфера ифлосланишининг олдини олиш	Атмосфера ва саноат корхоналари ҳамда турар жойлар ичида ҳавонинг ифлосланишига қарши кураш бўйича қонунчилик, маъмурий ва техник чоралар
Озиқ-овқат маҳсулотлари, жумладан зарарли овқат қўшимчаларига юқум тушиши хавфини пасайтириш	Озиқ-овқат маҳсулотларига ва зарарли овқат қўшимчаларига юқум тушишининг олдини олиш бўйича қонунчилик, маъмурий ва техник чоралар; озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш, сақлаш, ташиш, сотиш ва фойдаланишда стандартларга риоя қилишни таъминлаш
Зарарли чиқиндилардан келиб чиқадиган хавфни йўқотиш	Ахлатхоналар аҳволини назорат қилиш бўйича эффектив қонунчилик, маъмурий ва техник чоралар
Шаҳар атрофининг соғлом ва хавфсизлиги	Турар жой ва шаҳар қурилиши стандартлари, маиший чиқиндилар, сув таъминоти, дам олиш масканлари, боғ зоналари, йўл ҳаракати қодалари, санитария-гигиеник меъёрлар
Касбга алоқадор хавф даражасини пасайтириш	Биологик, кимёвий ва жисмоний таҳдидлардан ҳимоя; ишчиларни тегишли тайёрлаш, корхоналарда ички назорат ва давлат назорати

Санитария-гигиеник тадбирлар

Инфекцион касалликларга қарши курашда жамоат соғлиқни сақлаши санитарияга ва турар жой ва шаҳар қурилишини режалаштиришда санитария-гигиеник меъёрларга риоя қилишга биринчи даражали аҳамият берган. Санитариянинг асосий тамойиллари XIX асрдаёқ ишлаб чиқилганига қарамай, ичимлик сувни дезинфекция қилиш, қаттиқ ва суяқ чиқиндиларни утилизация қилиш долзарблигича қоляпти. Кўпгина мамлакатларда токсик ва радиоактив чиқиндилар билан боғлиқ янги ва фавқулодда жиддий муаммолар пайдо бўлди. Бу муаммолар ривожланаётган ва энг ривожланган мамлакатлар олдида кўндаланг бўлиб турибди. Локал, давлат ва халқаро миқёсдаги экологик бұхронлар — 90-йилларда Жанубий Америкада ва Россияда вабонинг такрор авж олиши ва ичимлик сув зарарланиши натижасида АҚШда лямблиоз авж олиши ичимлик сув сифати масалалари жамоат соғлиқни сақлаши сиёсатида ҳозирда ҳам муҳим ўрин эгаллашини кўрсатади.

Атроф муҳит ҳолатида дунё миқёсидаги ўзгаришлар

Сўнгги ўн йилликлар ичида атроф муҳитга антропоген таъсир табиий офатлар қаторига киради ва шу сабабли юзага келаётган муаммолар тобора ташвишлантираяпти. Парник эффекти (иқлимнинг исиб бориши) — замонавий экологиянинг шундай муаммоларидан бири бўлиб, қуёш радиациясининг тобора кучайиб ер юзасига етиб келишидир. Умуман илиқ ҳаво оқимлари қисман стратосфера озон қатлами юпқалашиб унинг емирилишидан юзага келмоқда. Ҳосилдор ерларнинг айниши, тупроқ юқори қатламининг емирилиши, ўрмонлар йўқотилиши, ер ости сувлари камайиб кетиши, сув ва тупроқ кислоталик даражасининг ошиши аҳоли соғлиғи ҳолати белгилайдиган экологик омиллардан ҳисобланади.

Бу дунё миқёсидаги ҳодисаларни олдиндан тўлиқ башорат қилиб бўлмайди, уларнинг оқибатлари доимо ёмон, шунинг учун уларга қарши курашда халқаро бирлашган кучлардан фойдаланиш талаб этилади.

Чунончи, масалан, иссиқлик электр станцияларида тошкўмир ёқилганда ҳосил бўладиган олтингугурт бирикмалари ва азот оксидлари ўта узунликдаги қувурлар орқали атмосферага тушади ва узоқ масофаларга тарқалиб, марказий ва Шарқий Оврупода кислотали ёмғирлар ёғишига сабаб бўлади. Бирор Оврупо мамлакатларида ҳосил бўлган бундай ёмғирлар бошқа мамлакатларга ёғиб, ўрмонлардан ташқари, сув ҳавзалари ва ҳайвонларни зарарлантирган.

Совитиш системалари, рефрижераторлар ва турли аэрозол аралашмаларда ишлатиладиган хлорофлуорокарбонлар(улар фреон номи билан ҳам юритилади) деб аталадиган турли-туман органик эритувчиларнинг атмосферага тушиши Ернинг озон қатламига салбий таъсир кўрсатади, бу илгари чекланган миқдорда кирадиган ультрабинафша нурланишнинг кучайишига олиб келади. Бу тери раки ва катаракта билан касалланиш кўрсаткичларининг ўсишига сабаб бўладиган тери шикастланишлари кўпайишнинг натижаси саналади. Фреонларни алмаштириш озон қатламига салбий таъсирни пасайтиришнинг ҳаётий муҳим муаммоси ҳисобланади.

Тошкўмир ёқилганда атмосферага карбонат ангидрид газининг жадал тушиши рўй беради, натижада парник эффекти пайдо бўлади. Карбонат ангидрид газининг концентрациясининг ошиши Ер сатҳининг инфрақизил нурланишига тўсқинлик қилади, натижада иссиқлик унинг яқинида тўпланади. Шундай қилиб, карбонат ангидрид газининг таъсири буғхонада уни ойнаванд қилиш ёки рангсиз пластик қоплама қўлланиш ҳисобига эришиладиган эффектни эслатади. Парник эффекти иқлимнинг дунё миқёсида иссиқлиги олиб келиб, бу Ернинг ҳарорат баланси

(мувозанати) учун энг жиддий оқибатлар билан тугаши мумкин. Бу ҳодиса инсон соғлиғига бевосита ёки билвосита таъсир этади. Парник эффектани пасайтириш халқаро ва миллий куч-ғайратларини ва ҳар бир одамнинг шахсий иштирокини талаб этади. Ушбу ҳодиса билан боғлиқ хавф-хатарни камайтириш мақсадида жамиятни экология масалаларидан хабардор қилиш шарт.

Аҳолини сув билан таъминлаш

Чучук сув юксак даражада чегараланган табиий бойликлар қаторига киради. Санитария меъёрларига риоя қилинмаганда сув таъминоти аҳоли соғлиғи учун жиддий хавф туғдиради. Сув орқали тарқаладиган касалликлар сувнинг сифати ва миқдори аксарият халқаро стандартлардан йироқ бўлган ривожланаётган мамлакатларда ҳанузгача касалланиш ва ўлимнинг жиддий сабабчиси ҳисобланиб келади. Ривожланган мамлакатларда ичимлик сувнинг тозалик даражаси устидан назорат қилиш, оқова сувларни иккиламчи тозалаш ва сув таъминоти системаларини лойиҳалаш миллий иқтисодиётни ва жамоат соғлиқни сақлашини режалаштиришнинг ҳаётий муҳим қисми ҳисобланади.

9.2 илова

СУВ ТАЪМИНОТИ СОҲАСИДАГИ СТАНДАРТЛАР

1. Халқаро миқёсда: Бирлашган Миллатлар Ташкилоти ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти: ичимлик сув сифати ҳамда сув таъминоти системаларини ташкил қилишнинг аниқ стандартларини ишлаб чиқиш.
2. Давлат, регионал ва маҳаллий миқёсларда: тегишли сиёсат олиб бориш, ичимлик сув сифатини назорат қилишни молиялаштириш ва оқилона ташкил этиш.
3. Сув таъминотининг муниципал системалари: сув таъминоти соҳасидаги стратегия ўзгартирилиб турилади ва сув таъминоти системаси таъминлайдиган ичимлик сувни профилактик дезинфекция қилишни амалга оширишда табиий сув манбаларининг сифати билан белгиланади. Булар қуйидагиларни ўз ичига олади:
 - сув олинadиган табиий юза манбаларни танлашга доир юксак стандартлар;
 - физик тозалаш усуллари (коагуляция ва фильтрация);
 - дезинфекция (хлорлаш) — мунтазам ва мажбурий;
 - сувдаги хлор даражасини сақлаб туриш ва назорат;
 - сунъий резервуарлар ва водопроводлар қуриш ва эксплуатация қилиш;
 - сув орқали ўтадиган касалликлар авж олишининг шубҳали ҳолларини текшириш;

9.2 илова давоми

- бактериологик ва кимёвий синамалар натижаларини доимий мониторинг қилиш;
 - канализация ва сув таъминоти системалари ўртасидаги хавфсиз масофани таъминлаш;
 - сувнинг ташқаридан ифлосланишига йўл қўймайдиган сув таъминоти системаси элементларининг мустақкамлигини таъминлаш;
4. Қудуқлар ва майда манбалар:
- қудуқларга одам ва ҳайвонлар нажаси тушишининг олдини олиш;
 - мунтазам хлорлаш;
 - аҳолига санитария-гигиеник билимлар бериш;
5. Ҳукумат, ноҳукумат ташкилотлари, идоралараро ҳамкорликни ўз ичига олган жамоатчилик, қасаба ташкилотлари мактабларда санитария-гигиеник маорифи

Сув орқали ўтадиган касалликлар (АҚШ ва Исроил)

Сабабчилари сув билан ташиладиган касалликлар шу қадар кўп тарқалганки, уларнинг айрим авж олишлари ҳақида гапириш қийин. Гепатит эндемик характерда бўлган кўпгина мамлакатларда аҳвол шундай бўлса керак, гастроэнтеритлар билан касалланиш эса илгари каби юқори. Ривожланган Фарб мамлакатларида ушбу касалликлар билан касалланиш сув таъминоти системаси иши устидан назорат олиб боришнинг юксак даражада йўлга қўйилганлиги туфайли пасайтирилган.

Сувнинг зарарланиши ва меъда-ичак касалликлари ҳозирги вақтда тезда усулида аниқланмайдиган микроорганизмлар томонидан чақирилиши мумкин. Масалан, кампилбактерия ва лямблия, шунингдек энтеровирусларни сувда текшириш ўтказилмайди, бироқ бирон-бир сув манбаига юқумли тушганига шубҳа туғилганда тест усулидан фойдаланилади. Ичимлик сув сифатини таъминлаш физик тозалаш методлари ўтказиш ва ер устидаги ҳамма ҳавзалар сувини дезинфекция қилишни талаб этади. Бу соҳадаги тадбирлар ҳатто нисбатан ривожланган мамлакатларда ҳам меъда-ичак касалликлари билан касалланишни пасайтириши мумкин.

1989—1990 йилларда АҚШ нинг 16 та штатида 26 марта касалликлар авж олгани қайд этилган, буларга ичимлик сувга қўзғатувчиларнинг тушиши сабаб бўлган. 4288 нафар одам касалланган. Бироқ ярмидан ортиқ ҳолларда қўзғатувчи-микроорганизм аниқланмаган, бу эпидемиологик нуқтаи назардан касалликнинг вирус табиатидан далолат берган.

50-йилларда тез суръатлар билан ривожланган Исроилда аҳолининг маиший ва қишлоқ хўжалик эҳтиёжларини қоплашга хизмат қиладиган давлат томонидан водопровод қурилишига асосий эътибор қаратилган.

Кўпгина жойларда сув хлорланмаган ва канализация системаси етарлича ривожланмаган эди. 1975—1985 йй. да Исроилда сув орқали юқадиган инфекциян касалликларнинг авж олиши аҳоли жон бошига ҳисоблаганда АҚШ даги шундай кўрсаткичдан 18 баробар юқори бўлган.

1988 йилда Исроилда сувни албатта хлорлаш жорий қилинди, бу ичимлик сув сифатининг яхшиланишига имкон берди, сув билан ўтадиган юқумли касалликлар авж олиш миқдорини, диарея касалликлари сонини анча қисқартирди.

1994 йилда АҚШ да криптоспоридиянинг сув орқали юқиш манбалари катта ташвиш туғдирди. Бунда иммунитетни паст беморларда касаллик ўлим билан якун топди.

Криптоспоридия фақат одамдан одамга ва ҳайвондан одамга юқибгина қолмай, балки сув билан, масалан сузиш бассейнларида ҳам тарқалади.

9.3 илова

АТРОФ МУҲИТНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШ БЎЙИЧА АМЕРИКА АГЕНТЛИГИНИНГ ТАСНИФИГА БИНОАН СУВНИНГ ИФЛОСЛАНИШ ОМИЛЛАРИ

Микроорганизмлар: ичак таёқчаларининг ҳар хил шакллари, лямблия, легионелла, вируслар.

Учувчанлиги юқори органик кимёвий моддалар: трихлорэтилен, тетрахлорэтилен, карбонтетрахлорид, винилхлорид, этилен, метиленхлоридбензен, этан унумлари.

Синтетик органик моддалар: пестицидлар (линден, эндрин 2—4D), тригалометанлар, диоксинлар, полихлорбифенил).

Анорганик кимёвий моддалар: мишьяк, барий, кадмий, хром, кўрғошин, симоб, нитратлар, нитритлар, селен, кумуш, фторидлар, мис, рух, таллий, бериллий, цианидлар, алюминий.

Радиактив омиллар: радий, альфа ва бета заррачалар билан боғлиқ нурланиш манбалари, табиий уран, радон.

Эслатма: *Ифлосланишнинг йўл қўйса бўладиган энг юқори даражаси санаб ўтилган ҳамма омиллар учун белгиланмаган.*

Манба: *Nadakavukaren A. Man and Environment. Изд. 3-е. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1990.*

Сув манбаларининг зарарланганлигини эрта аниқлаш учун конкрет микроорганизмларни аниқлашга имкон берадиган тегишли лаборатория текширувлари зарур. Ичимлик сув сифати мониторинги табиий ман-

балардан ҳам, сув таъминоти системасининг ўзидан ҳам мунтазам равишда синамалар олишни кўзда тутати. Сувда ичак таёқчаси борлиги фекал зарарланиш ва аҳоли соғлиғига катта хатар мавжудлигидан далолат беради, бу санитария врачларига сув, масалан дизентерия таёқчаси, энтеровируслар, гепатит вируси каби хавфли микроорганизмлар билан ифлосланган бўлиши мумкинлигидан хабар беради. Сувда криптоспоридия, лямблиялар ва бошқа микроорганизмлар борлигига синама олиш қийин, катта сарф-харажатлар талаб қилади ва ҳамини ишончли эмас, шунинг учун кўп ҳолларда ундан воз кечилади. Хлорлаш ва дезинфекциянинг бошқа усуллари микроорганизмлар кўзгатадиган касалликларни профилактика қилиш воситасида наф бермаслиги мумкин. Шу туйғайли тестлаш ва дезинфекциянинг янги усуллари ишлаб чиқиш талаб этилади. Ҳозирги вақтда ичимлик сув ичишда хавфсизликни тегишлича таъминлашнинг асосий усули хлорлаш ва фильтрация ҳисобланади. Шунингдек, инфекция касалликлар авж олган вақтда сувни қайнатиб ичишни унутмаслик лозим.

Канализация системаси ва оқава сувларга ишлов бериш

Канализация системаси ва оқава сувларни тозалаш ичимлик сувни тозалаш бўйича чоралар билан бир қаторда аҳоли соғлиғини яхшилашга замонавий дори-дармонлар ва вакциналар қўлланишга нисбатан улкан ҳисса қўшди. Оқава сувлар жиддий хасталикларга олиб келиш эҳтимоли бўлган касаллик кўзгатувчи оддий микроблар, бактериялар, вируслар ва бошқа патоген омиллар сақлайди. Чиқиндилар ва оқава сувларнинг ер ости сувларига тушишининг олдини олиш учун уларни йиғилади ва безарар қилинади. Бунинг учун оқава сувлар таркибидаги патоген микроорганизмларни йўқотиш кўзда тутилади.

Оқава сувларга турли-туман усуллар билан ишлов беришда чўкма компост қилинади ва табиий фильтрация амалга оширилади. Ҳар бир усулнинг ўз афзалликлари ва камчиликлари бор. Оқава сувларга ишлов бериш технологияси жамоат инфраструктураси техник таъминотининг бир қисмидир. Қиммат бўлса-да, оддий технологияга тегишлича аҳамият берилмайдиган жамият жуда катта зарар кўриши муқаррар — аҳолисининг соғлиқ ҳолати ёмонлашади.

Оқава сувларни таркибидаги йирик қаттиқ нарсалардан ҳоли қилиш учун катта филтрлардан, сўнгра эса қаттиқ моддаларни майдалаш учун гриндерлар орқали ўтказилади. Оқава сувлар оқими кум, шағал ёки бошқа анорганик филтрловчи агент билан тўлдирилган панжарасимон камералардан ўтказилади. Камераларга шунингдек эриган газларни ҳайдаш ва аэроб шароитлар вужудга келтириш мақсадида ҳаво ҳайдалади. Кейинчалик оқава сувларга бирламчи ишлов беришда қаттиқ муаллақ

заррачаларнинг деярли ярмиси чиқарилади, шундан кейин оқава сувлар иккиламчи ишловга тахт ҳисобланади.

Иккиламчи ишлов органик моддаларнинг табиий парчаланиш жараёнларини эслатадиган механик усуллар билан бирга биологик тозалаш усулларини қўллашга асосланган. Оқава сувлар синчиклаб тозалайдиган филтрларга ёки турли хил микроорганизмларни сақлайдиган биопарда билан қопланган камераларга тушади. Микроорганизмлар органик моддаларни адсорбциялайди ва уларни турли таркибий қисмларга парчалайди. Шундан сўнг оқава сувларга активлаштирилган тиндириш методи билан ишлов берилади, бу — резервуарга бактериялар ва қисилган ҳавоси бор лой қўшиш ҳисобига активлаштирилади. Олинган аралашма чайқатилади ва 4—10 соат аралаштирилади. Микроорганизмлар қаттиқ заррачаларда адсорбиланади ва органик моддаларни оксидлантиради. Сўнгра бактериялар массасини сақлаган лой резервуардан оқава сувлар билан бошқа резервуарда такрор фойдаланиш учун ҳайдалади.

Бирламчи ва иккиламчи ишловдан кейин муаллақ ҳолдаги қаттиқ зарралар миқдори ва кислородга биокимёвий эҳтиёж 90% гача қисқаради. Жараённинг кечиши метаболизмга таъсир қилувчи ҳарорат ва органик кимёвий моддалар парчаланишида қатнашадиган микроорганизмлар активлигига боғлиқ. Иккиламчи ишлов оддий жонзотлар, бактериялар ва гижжаларни йўқотиш учун фойдали.

Оқава сувлар ичимлик сув сифатида такрор фойдаланишда, суғориш ёки аҳолининг дам олиш масканларида сув ҳавзаларини тўлдириш учун ишлатилганда учламчи тозалаш амалга оширилади. Учламчи ишлов бериш физик, кимёвий ва биологик жараёнлар мажмуаси бўлиб, уни қўлланish натижасида муаллақ заррачалар миқдори ва кислородга биологик эҳтиёж дастлабки даражадан 1% гача пасаяди.

Қаттиқ чиқиндилар

Қаттиқ чиқиндилар ва ахлатни утилизация қилиш муаммосига одамзот жуда қадимдан дуч келган ва бу келажақда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмайди. Грек шаҳар-давлатларида ахлат уюмларини шаҳар ҳудудида ёки шаҳар яқинида йиғиш қонунлар билан ман этилган, бу мақсад учун шаҳардан четда махсус жойлар ажратилган. Ўрта асрларда бу ишлар тўхта-тилган. XIII асрга келиб, Парижда шаҳар кўчаларига ахлат ташлаш ман қилинган, ахлатхоналар шаҳардан ташқари ҳудудларда очилган. 1388 йилда инглиз парламенти жамоат сув ҳавзаларига ахлат ташлашни тақиқлаган. Аҳолининг тиғизлиги, турар жой шароитларининг нобоплиги, санитария аҳолининг ёмонлиги сабабли маҳаллий ҳокимликлар ахлатхоналарнинг нохуш таъсирини пасайтириш бўйича чоралар кўришга мажбур бўлганлар.

Урбанизация жараёнлари ва аҳоли сонининг тез ўсиши кузатилаётган ривожланаётган мамлакатларда тифизлик ва кўп сонли хароба, пастқам уйлар қаттиқ чиқиндилар ва ахлатни утилизация қилиш масаласини мушкуллаштиради. 80—90 йилларда айрим мамлакатларда чиқиндиларни йўқотиш ва чиқинди ҳамда ахлатдан қайта фойдаланиш зарурлигидан аҳоли бохабар бўлди. Қаттиқ чиқиндиларни ер остига кўмиш кўламини пасайтиришга қаратилган чоралар ишлаб чиқиладиган бўлади.

Қаттиқ чиқиндилар ва ахлат қишлоқ хўжалик фаолияти жараёнида, шахта ва карьерларда, саноатда ва шаҳарларда ҳосил бўлади.

Илгари овқат қолдиқларини чўчқаларга озуқа сифатида бериш расм бўлган эди, ҳозирги вақтда бунга йўл қўйиб бўлмайди, чунки бунда чўчқа гўштига трихинеллез қўзғатувчиларининг юқиш хавфи юзага келади. Чиқиндиларни ер тагига кўмишда санитария талабларига қаттиқ риоя қилинади, бироқ уларни ташиш, ишчи кучига сарфланадиган харажатлар кўп маблағ ажратишни кўзда тутаяди. Чиқиндиларни компостлаш ёки чиритишни айрим хўжаликлар ва маҳаллий миқёсда амалга ошириш мумкин, холос.

Чиқиндиларни ёқиш усули ҳам катта қизиқиш туғдиради, бироқ кўп харажатлар қилиш зарурлиги ва атмосферага токсинли кимёвий моддалар, масалан оғир металллар ва карбонат ангидрид гази тушиш хавфи туфайли кам қўлланилади.

Токсинли моддалар

Атроф муҳитда бўлгани ҳолда одамда касаллик ёки зарарланишга сабаб бўла оладиган моддага токсинли модда дейилади. Токсикология — шундай моддаларни ва уларнинг одамга таъсирини ўрганадиган фандир. Тоза сувни ҳам ўз ичига олган ҳамма кимёвий моддалар муайян шароитларда, миқдори, концентрацияси ва мазкур биологик турнинг конкрет моддага бўсага сезувчанлигига боғлиқ ҳолда токсинли бўлиши мумкин.

Тератоген моддалар

Онада гемостаз бузилиши ёки ҳомилага бевосита таъсир натижасида эмбрионда ёки ҳомилада ривожланиш нуқсонлари, касалликлар ва бузилишлар келтириб чиқарадиган моддалар тератоген моддалар дейилади. Қадимда туғма нуқсонларга инсу-жинс тегиши ёки онанинг ахлоқий ёки жисмоний номукамаллиги сабабли берилган жазо деб қаралар эди. XX асрнинг 40-йилларидан бошлаб, ҳомиланинг ривожланиш жараёнига таъсир кўрсатадиган кўп сонли омилларнинг ривожланиш нуқсонларига сабаб бўлиши мумкинлигини илмий тадқиқотлар яққол исботлади. Тератоген қўзғатувчиларнинг айримлари 9.2 жадвалда келтирилган.

**Айрим тератоген кўзгатувчилар
ва уларнинг ҳомилага ҳамда чақалоққа таъсири**

Тератоген кўзгатувчи	Ҳомила ва чақалоққа таъсири
Онанинг инфекцион касалликлари	
Қизилча Захм, оддий учуқ Цитомегаловирус Токсоплазмоз ВИЧ-инфекция	Туғма қизилча синдроми, карлик, катаракта, туғма юрак нуқсонлари Ақлий қолоқлик, микроцефалия Буйрак, жигар, ўпканинг инфекцион зарарланишлари Марказий нерв системасининг зарарланишлари ВИЧ - инфекция
Овқатланиш мувозанати бузилиши	
Оқсил етишмаслиги Фолат кислота етишмаслиги	Бола ташлаш, муддатига етмай туғилиш, туғилишда кичик вазн Анэнцефалия, умуртқа поғонаси тиртиғи (Spina bifida)
Ионловчи радиация	
Рентген нурланиши, ядро радиацияси, тешиб кирадиган нурланиш	Марказий нерв системасининг зарарланишлари, микроцефалия, ақлий қолоқлик, лейкоз
Кимёвий моддалар	
Алкогол Кокаин Талидомид Дилантин, вальпроат кислота Диэтилстилбэстрол Анестезия Барбитуратлар	Ақлий қолоқлик, микроцефалия, майиб-мажруҳлик Муддатига етмай туғилиш, ривожланишда орқада қолиш, наркотик қарамлик ривожланиши Фокомелия (оёқ-қўллар проксимал бўлимларининг йўқлиги ёки ривожланмай қолиши) Туғма юрак нуқсонлари, танглай тиртиқлиги, «қуён-лаб», ақлий қолоқлик, микроцефалия Қиз болаларда қин раки, ўғил болаларда ташқи тано-сил аъзолар шакли бузилишлари Ҳомиладорлик нормал кечилишининг бузилиши, аъзоларнинг структур деформацияси Юрак туғма нуқсонлари, микроцефалия, ривожланишдан орқада қолиш
Кимёвий моддалар ва оғир металллар	
Симоб, кўрғошин, кадмий бирикмалари Диоксин Тамаки чекиш, «пассив чекиш»	Муддатига етмай бола ташлаш, ақлий қолоқлик, неврологик бузилишлар Жисмоний мажруҳлик, муддатига етмай бола ташлаш Муддатига етмай бола ташлаш, ой-қуни тўлмай туғилиш, туғилишда вазн камлиги

Манба: Nadakavukaren A. Op. cit. 160 б.

Қишлоқ хўжалиги ва атроф муҳит билан алоқадор хавф омиллари

Ҳосилдорликни ошириш учун пестицидлар ва гербицидлардан фойдаланиш ҳамма жойда кенг тарқалган ҳодиса бўлиб қолди. Бу моддаларни ортиқча ишлатиш пестицидларнинг озиқ-овқат занжирига кириши, кейин ер ости сувларига тушиши ҳисобига экосистемани зарарлантиради. Зараркунандаларда доимий қўлланиладиган химикатларга чидамлик юзага келади. Бу янги кимёвий воситаларни излаб топишга ундайди. Гербицидлар ва пестицидлар ичимлик сув манбаларида топилади, бу узоқ келажакда жиддий оқибатларга сабаб бўлиши мумкин.

Қишлоқ хўжалик химикатларининг қисқа муддатли таъсири ўткир заҳарланишга олиб келиши мумкин. Бу ҳодиса ривожланаётган мамлакатларда айниқса тарқалган. Сут безларининг ёғ тўқимасида пестицидларнинг ортиқча миқдорда бўлиши кўп учратилаётган кўкрак ракига сабабчи бўлиши мумкин.

Атмосферанинг ифлосланиши

Ҳавонинг ифлосланиши

Ҳаво унга тутун, қаттиқ заррачалар ва кимёвий моддалар тушиши оқибатида ифлосланиб, экологик ва эстетик жиҳатлардан атроф муҳитга ва жамиятга катта зиён етказиши мумкин. Ифлослантирадиган омилларга битта ҳудуд чегарасида ёйиладиган ва катта масофаларга, жумладан бир мамлакат чегараларидан ҳам ошиб, тарқалиб кетадиган олтингугурт ва азот оксидлари киради. Ҳодисанинг кўлами бензинда ишлайдиган ичдан ёнар двигателдан оммавий фойдаланиш, уйларни иситиш ва электр энергия ишлаб чиқариш учун тошкўмир ва нефтни қайта ишлаш маҳсулотларини ишлатишнинг айниқса ўсиши туфайли кенгайди.

XIX асрда турар жойларни кўмир билан иситиш Лондон ҳавосининг қора қуюнлар эгаллаб олишига сабаб бўлди, фақат 1950 йилларга келиб уйларни иситишга юмшоқ қўнғир кўмирни ишлатиш қисқартириш бошлангандан сўнг бундай қуюнлар камайди.

ЭПТОН СИНКЛЕР «ЧАНГАЛЗОР»

«Компания шаҳарга етиб келишидан анча олдин улар ҳавода тушунтириб бўлмайдиган ўзгаришларни сеза бошладилар. Яқинлашган сайин у қорароқ тусга кира бошлади ва ҳатто ердаги ўт ҳам ўз яшиллигини йўқотаёзган эди. Поезд ҳаракатининг ҳар дақиқаси ўтиши ҳамона дераза орти хиралашар, майдонлар гуё куйдирилган ва сарғайгандек кўринарди, умуман ҳаммаёқ жонсиз ва хунук эди. Ва, қуюқ булутдан ташқари, улар яна бир нарсага, ғалати ўювчи ҳидга аҳамият беришди. Бу енгил шабада билан келаётган зўрга илғаб олинадиган ҳид эди; уни фақат ҳидини сезиш мумкингина эмас, балки таъми оғизга ўтириб қолганди...»

Тошкўмирда ишлайдиган иссиқлик электр станцияларини қуришда ёниш маҳсулотларининг концентрланиб чиқишига тўсқинлик қиладиган баланд қувурлар лойиҳалаштирилиши мумкин. Бу яқин ҳудудларда яшовчи аҳоли соғлиғига зарарли таъсир даражасини пасайтиради, бироқ катта ҳудудларни қамраб оладиган нохуш эффектни кучайтиради: олтингутурт ва азот бирикмалари катта масофаларга тарқалиб, ўрмон ва сув ҳавзаларини сульфат ва нитрат билан зарарлайди (кислотали ёмғирлар). Кислотали ёмғирлар у ёки бу даражада оқова сувлар ва пестицидлардан зарарланган дарёлар ва денгизлар ҳолатига зарарли таъсир қилади. Булар биргаликда табиий экосистемани бузиб, ҳайвонот ва ўсимлик ҳаётини йўқотади. Атроф муҳитнинг ифлосланиши бевосита одам соғлиғига, ҳаёт сифатига таъсир қилади.

Атмосферани ифлослантирувчи моддалар озиқ-овқат занжирига кириб, балиқлар ва ёввойи ҳайвонларни касаллантиради. Сув кислоталигининг ўзгариши водопровод қувурларини коррозия (занглаш)га учратади, натижада сувга қўрғошин, симоб, алюминий, кадмий ва мис тушади. Металлларнинг оксидлари специфик кимёвий токсиклик хусусиятига эга, уларни эпидемиологик методлар билан аниқлаш мушкул. Шундай қилиб, ифлосланишни чегаралаш ва сувнинг кимёвий ифлосланиш стандартларини белгилаш ифлосланиш омилларининг одам соғлиғига ноҳўя таъсирининг олдини олишга қодир чоралардан саналади.

Ифлосланган атроф муҳитнинг зарарли таъсир қилишига одамнинг бурун-ҳалқуми ва нафас йўллариغا физик ва кимёвий таъсир мисол ҳисобланади. Нафас йўллари раки ва хроник ўпка касалликлари билан касалланишнинг ўсиши нафас йўллари ўтказувчанлигининг пасайиши билан боғлиқ, бу атмосфера ифлосланиши омилларига учраган аҳоли орасида аниқланади. Касалликлар турли хил респиратор таъсирловчилар: масалан, кўмир чанги (антракоз), пахта чанги (пахта пневмоко-

ниози), ўпка раки ва муайян касб гуруҳларига хос бошқа касалликларнинг қатор синдромлари билан намоён бўлади.

Атмосферанинг маҳаллий ифлосланиш манбаи автотранспорт ҳисобланади. Шаҳарлар ҳавосининг қўрғошин, олтингугурт диоксиди ва азот оксиди билан ифлосланиши автомашиналарга ўрнатилган каталитик конвертерлардан фойдаланилганда пасайиши мумкин. Ис гази (СО) қон гемоглобини билан маҳкам боғланиб, қизил қон таначалари томонидан кислород ташилишига тўсқинлик қилади, бу ҳасталикка тез чалинадиган аҳоли гуруҳлари — болалар, қариялар, ҳомиладор аёллар ва иммунитети пасайиб кетган кишиларда, ҳатто психомотор функциясининг пасайиб кетишигача олиб борадиган оқибатларга сабаб бўлади. Атмосферага ичдан ёнар двигателлар чиқиндисидан атмосферага тушадиган полициклик углеводородлар канцероген моддалар ҳисобланади, азот оксидлари юқори нафас йўллари ва ўпка альвеолаларини зарарлайди ва болаларда қуйи нафас йўлларида инфекцион касаллик юз бериш эҳтимолини оширади.

Хоналар ҳавосидаги зарарли моддалар

Турар жой хоналари ҳавосидаги нохуш омиллар атмосферанинг ифлосланиш омилларига нисбатан одам соғлиғи учун катта таҳдид солади. Турар жой хоналарини тошкўмир ва ўтин билан иситишда ҳосил бўладиган ифлосланиш ва радон миқдорининг ошган ҳолда бўлиши кишилар саломатлигига, айниқса аёллар ва кичик ёшдаги болалар, касаллар ва қариялар соғлиғига салбий таъсир кўрсатади. Изоляциянинг кучлилиги, қўшалок ромлар ўрнатиш, герметик ёпиладиган эшиклар ва чекиш турар жой хоналарида бензол, формальдегид, ис гази, радон, шунингдек ҳар хил бактериялар, замбуруғлар ва вируслар концентрациясининг ошишига олиб келади. Чекиш — кенг тарқалган зарарли одат, пассив чекиш, яъни бошқа одам чекканида ҳосил бўладиган тамаки тутунидан нафас олиш одам соғлиғига ёмон таъсир қиладиган омил саналади.

9.3 жадвал

Хоналар ичидаги ҳавонинг ифлосланиши

Ифлосланиш омилли	Манба
Асбест	Девор ва шифтларнинг эски қопламаси, марказий иситиш батареяларидаги изоляция, ўтин ёқиладиган печлардаги эски қопқоқлар, линолеумнинг айрим турлари, қуруқ сувоқнинг айрим таркибий қисмлари, мато бўяладиган бўёқлар, ички асбест тўсиқлар, пўлат тўсинларга тегиб турадиган шифтларнинг эски сувоғи

Ифлосланиш омили	Манба
Ёниш маҳсулотлари, угле-род оксиди, азот (II)-оксид, олтингургурт (II)-оксид, курум заррачалари, азот бирикмалари	Керосин плиталари, ўтин ва кўмир ёқиладиган печлар, газ ва пропан двигателлар, ўчоқ мўриси яхши тортмайдиган ёки мўрисиз ўчоқ, шамлар ва ёнувчан ароматик моддалар
Радон ва унинг унумлари	Радон бино пойдевори ёриқлари ва тешиклари орқали сизиб чиқадиган тупроқ, қоя жинслари ва сувдан ажралиб чиқади. Шунингдек, қудуқ суви, табиий газ резервуарлари, айрим қурилиш материаллари, масалан гранитдан чиқади
Тамаки тутуни: углеводород оксид, азот (II) - оксид, карбонат ангидрид вази, водород цианид, нитрозаминлар, ароматик углеводородлар, бензопирен, бензол, формальдегид ва никотин	Сигарет, сигара, трубка чекиш
Формальдегид	Ёғочдан тайёрланадиган материаллар: фанера, ёғоч қириндисидан плиталар, гилам, қоплама материал ва мебел, формальдегид ва мочевинадан изоляцияловчи кўпиклар, маиший тозалагичлар ва дезодорантлар, ёпиш маҳсулотлари, тамаки, ёғоч, елим ва резина, тамаки тутуни, пардоз буюмлари, прессланган мато
Тирик организмлар, замбуруғлар, споралар, бактериялар, вируслар, ўсимлик чанги, бўғимёқлилар ва оддий жонзотлар	Моғор, замбуруғлар, ҳаво намлатгичлари, кўлмак сув; сувдан емирилган юза ва материаллар; нам йиғиладиган иситиш қувурлари, сув сизиб чиқадиган батареялар; совутгич системалар ва совутгич тиндиргичлари; кондиционерлар, иситиш системасининг узоқ вақт тозаланмаган термоэлементлари; ҳайвонлар, кемирувчилар, хашаротлар, кишилар
Учувчан органик кимёвий бирикмалар, алкенлар, ароматик углеводородлар, эфирлар, спиртлар, альдегидлар ва кетонлар	Эритувчилар ва тозалагичларнинг таркибий қисмлари, елим, резина, аэрозол, антистатиклар, дезодорантлар, ёниш маҳсулотлари, қуруқ тозаловчи материаллар, айрим мато ва аппретурлар, баллонланган газолин, айрим қурилиш материаллари, ручка ва фломастерлар, елимловчи моддалар ва пластилин

Манба: Spengler J.D. Sources and concentrations of indoor air pollution, Chapter II in Samet J.M. Spengler J.D. Indoor air Pollutin: A Health Perspective: Baltimore: John Hopkins Press, 1991.

Органик ёқилғи — бу ўтин, тошқўмир ва мол чиқиндиларидан тайёрланадиган тезак. Оғирлик бирлигига иссиқлик ҳосил қилиш кўрсаткичига кўра тошқўмир ва нефтга нисбатан кам эффектив. Бироқ арзонлиги ва ҳаммабоплигидан ривожланаётган мамлакатларнинг қишлоқ жойларида кўп ишлатилади. Ер қуррасидаги аҳолининг тахминан ярми маиший эҳтиёжларини қоплаш учун шу турдаги ёқилғидан фойдаланади.

Ўтин ва пистакўмир ёнғин чиқиши нуқтаи назаридан хавфли, бунда одам димоғига доимо тутун кириб туради ва хоналар ичидаги ҳаво ифлосланган бўлади. Органик ёқилғидан фойдаланишнинг яна бир хавфи уйқу вақтида ис газидан заҳарланиш ҳисобланади. Бундай ёқилғи ишлатилганда ҳавога кўп сонли кимёвий бирикмалар, масалан учиб юрадиган қаттиқ заррачалар, ис гази, азот ва олтингугурт оксидлари, альдегидлар, углеводородлар, бензол, феноллар ва мураккаб углеводородлар тарқалади. Хоналар ҳавосидаги зарарли моддалардан кўпроқ аёллар ва қиз болалар азият чекадилар, чунки улар ҳар кун ичун бир неча соатлаб овқат пишириш билан банд бўладилар. Доимо онасининг бағрида бўладиган кичик ёшдаги болалар ҳам аҳолининг гулдек нозик табақаси ҳисобланади. Бирмунча такомиллашган ўтин ёқиш печларидан фойдаланиш, эҳтимол, муаммони бир қадар енгиллаштира керак.

Радон гази

Радон солиштирма оғирлиги катта газ бўлиб, изотоплари альфарадонуклидлар манбаи ҳисобланади. Радоннинг ошган концентрацияси уран сақлаган геологик жинс ётган жойларда кузатилади. Радон тупроқда ва тоғ жинсларида масалан гранит, сланец ва фосфатларда, уран табиий радиоактив парчаланганда ҳосил бўлади, у ер ости бўшлиқларида йиғилади ва атмосферада осон тарқалади. Радон бинолар ертўласига ва ер ости сувларига сизиб ўтади ва сув таъминотига тушади. Радон унсурлари одам ўпкасига таъсир қилади.

Чекиш синергетик таъсир кўрсатиб, ўпка раки ривожланиш радонга қарам хавфини 10 баробар оширади. Миқдори ошган уйларда радон концентрациясини пасайтиришга доир чораларни кўриш лозим. Улар ҳамма топилган манбаларни пухта беркитиш, ертўла хоналарида вентиляторлар ўрнатишни ўз ичига олади.

Хоналар ичида ва ташқарисида таъсир қиладиган ифлосланиш манбалари

Углерод оксид, азот оксид, бошқа кимёвий бирикмалар ва қаттиқ заррачалар ҳавони ифлослантириб турадиган доимий омиллардан ҳисоб-

ланади. Улар ҳамиша керосин ва ўтин ишлатиладиган турар жой хоналарида, шунингдек ёнига гараж қурилган уйларда ва тамаки чекиладиган хоналарда йиғилади. Пассив чекишда чекмайдиган одам канцероген бўлган бензол таъсирига учрайди. Формальдегид изоляция материалларидан, ДСП, фанер ва линолеум, айниқса кўчма уйларда ажралиб туради. Маиший химикатлар тутган кимёвий моддалар, масалан дизинфекцияловчи эритмалар, пардоз буюмлари, мебел учун лок, қуруқ тозалагичлардаги кимёвий моддалар хоналар ичида ифлослантирадиган омиллар саналади, улар айрим ҳолларда болаларда заҳарланишга сабаб бўлади. Ис газидан заҳарланиш носоз иситгичлар ишлатилганда содир бўлади.

Биологик заҳарланиш омиллари

Бактериялар ва замбуруғларнинг споралари одатда вентиляция системаси орқали бинога кириб, истиқомат қилувчиларни зарарлантириши мумкин, «легионерлар касаллиги»да шундай бўлади. Бинода яшовчилар замбуруғ споралари, каналар, бактериялар, ҳайвонот жунлари ёки кана ажратмаларидан ҳосил бўладиган аллергиялар билан касалланишлари эҳтимол. Кўпинча бу ифлос сувда ишлайдиган намлатгич ёки буглатгичлар фойдаланиладиган биноларда рўй беради.

«Касал бинолар» синдроми

Мазкур термин муайян бинода ишлайдиган кишиларда комплекс симптоматикани (бош оғриши, кўз ва бурун шиллиқ пардалари ачишиши, бош айланиши, тез чарчаш, аксириш ва тез-тез респиратор касалликлар учраши) ифодалаш учун қўлланилади. Бундай ҳодисага янги ҳаво киришини таъминлаб бера олмайдиган вентиляция, вентиляция системасидаги специфик микрофлора ёки ҳаво намлиги, ҳаво ўтадиган жой орқали кирадиган ичдан ёнар двигателларнинг чиқинди газлари, ксерокопия машиналарида ишлашда озон ҳосил бўлиши, яхши шамоллатилмайдиган хонадаги сигарет тутуни сабаб бўлади.

Шундай шароитлар кўпинча табиий шамоллатилмайдиган, узоқ вақт ёпиқ ҳолда турадиган нотурар жой биноларида ҳам пайдо бўлади.

Токсинли чиқиндилар

Саноатда қўлланиладиган токсинли моддалар ишлаб чиқариш, сақлаш, ташиш ва фойдаланиш жараёнида кишилар соғлиқ ҳолатида бузилишларга сабаб бўлиши мумкин. Улар шунингдек турмушда улар билан ишлайдиган кишиларга ёки атроф муҳитга узоқ муддат таъсир қилиш натижасида, масалан атмосфера, сув ресурслари ва бошқалар ифлос-

ланганда нохуш таъсир кўрсатиши мумкин. Мазкур ҳодиса билан боғлиқ ҳамма муаммолар мажмуи ва одам соғлиғига нохуш таъсири атроф муҳит энг хавфли омиллар билан жиддий зарарланган ҳолларни ўрганишда аниқланади.

Зарарли чиқинди деганда кишилар соғлиғига хавф туғдирадиган ёки уни нотўғри йўқотишда атроф муҳит ҳолатига хавф соладиган ҳар қандай материал тушунилади. Токсинли чиқиндилар жумласига, масалан, мишьяк, оғир металлар, соғлиқда ўткир ёки хроник бузилишлар пайдо қиладиган пестицидлар, осон алангаланадиган моддалар, жумладан органик ва мойли эритувчилар, шунингдек бўёқ қолдиқлари, металл контейнерлар ва тирик тўқималарни емириш хусусияти бўлган чиқиндилар кириди.

Кимёвий актив чиқиндиларга яроқлилик муддати ўтган препаратлар ва кислоталар киритилади, улар сув, ҳаво таркибидаги моддалар билан кимёвий реакцияга киришиб, портлашга ёки заҳарловчи моддалар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Аҳоли соғлиғига шунингдек, радиоактив ёки патоген микроорганизмлар билан зарарланган касалхона чиқиндилари катта хавф туғдиради. Сўнгги вақтларда В гепатити ва ВИЧ инфекцияси эҳтимоли борлигидан бундай чиқиндиларга катта аҳамият бериляпти. Зарарли чиқиндиларни қайта ишлаш ҳозир жамоатчиликни ташвишга солаётган экологик муаммо ҳисобланади.

Минамато касаллиги

Бу касаллик симобнинг метил бирикмалари пайдо қиладиган хроник неврологик бузилишлар билан ифодаланади. Биринчи марта касаллик 1968 йилда Япониядаги Минамато кўрфази ҳудудида тасвирланган. Кўрфаз сувларига маҳаллий кимёвий корхонадан симоб оксиди тутган чиқиндилар ташланади. Кўрфаз балчиғида яшайдиган микроорганизмлар таъсирида симобнинг метил ҳосилалари — органик бирикмаси ишлаб чиқилган, буларни эса балиқлар истеъмол қилган ва муайян концентрацияда балиқни овқатда истеъмол қилган кишиларда заҳарланишлар рўй берган. 1990 йилда 2248 касаллик ҳодисаси рўйхатга олинди, 1004 ўлим ҳодисаси билан яқунланган. Аҳолига компенсациялар тўлаш ва кўрфаз сувини тозалаш бўйича тадбирлар юз миллионлаб долларга тушган.

Радиация

1895 йилда немис врачлари Вильгельм Рентген катод-найча ва фотопластинка билан тажриба ўтказиб, унеча номаълум нурланишни кашф

қилди, кейинчалик у рентген номини олди ва тиббиётда энг машхур кашфиёт бўлиб қолди.

Радий ва уран ҳамда уларнинг ҳосилалари табиатдаги радиоактив элементларга мисол ҳисобланади. Радиациянинг уч типи мавжуд: альфа- ва бета- заррачалар эмиссияси, шунингдек гамма - нурланиш. Альфа- заррача гелий атоми ядросига эга, у қўшалок мусбат зарядга ва нисбатан катта массага эга. Бета- заррачалар электронларга мос келади. Гамма- нурланиш - рентген нурланишига ўхшаш электромагнит нурланиш. Альфа- заррачалар оқимини юпқа қоғоз варағи билан тўхтатиш осон, айти вақтда бета- ва гамма- нурланиш одам гавда юзасига ва организм ичига тушганда хавфли бўлиши мумкин. Электр магнит нурланиши атомлар ва молекулалардан электронларни тортиб олади, бу тирик мавжудотларга, айтиқса ривожланаётган ҳомила ҳужайраларига нохуш таъсир кўрсатиб, мутация айтишларига ва хавфли ўсмалар ривожланишига олиб келади.

Ионловчи радиация

Радиациянинг шу хилдаги шакллариининг ортиқча таъсири нурланиш дозаси ва нурланишга учраган тўқимага боғлиқ ҳолда бир вақтнинг ўзида ҳам давомли таъсир кўрсатади. Бир вақтнинг ўзида юқори дозада нурланиш олиш меъда-ичак йўли, қон яратиш аъзолари ва нерв система-сининг ўткир зарарланишларидан ўлимга гирифтор қилиши мумкин. Узоқ муддатли таъсир хавфли ўсмалар ва лейкемия ва ирсий ахборот ўтишининг бузилишлари каби касалликлар билан боғлиқ, булар туғма нуқсонларга сабаб бўлади. Аҳолининг радиациядан нурланишининг асосий манбаи ернинг табиий радиацион фони ва очиқ космосдан келадиган нурланиш, тиббий мақсадларда ишлатиладиган атом саноати корхоналарининг радиоактив чиқиндиларидир.

Нурланишга алоқадор соғлиқ бузилишлари унинг дозаси ва давомлилигига боғлиқ. Қисқа муддатли жадал нурланиш паст интенсивликдаги давомли нурланишдан хавфлироқ. Хиросима ва Нагасакидаги ядровий бомбардимон натижасида, тиббий нурлантириш жараёнида ва ядро реакторларидаги авариялар вақтида нурланишга йўлиққан кишилардаги бу нур касаллиги оғир-енгиллик даражаси ва айти вақтдаги таъсир нисбати бўйича фарқ қилади.

Ионловчи радиация мутаген, канцероген ва тератоген таъсир кўрсатиши мумкин. У катаракта, фарзанд кўриш функциясининг бузилишлари, барвақт қариб қолиш ва тери касалликларини кўзғатиши мумкин. Нурланишга алоқаси бўлган рак ўсмалари нурланишдан 2 — 5 йил ўтгач, бошқа ёмон сифатли касалликлар — 25 йилгача давом қиладиган латент

(яширин) даврдан кейин ривожланиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида ҳомиланинг нурланиб қолишида хавfli касалликларга учраш эҳтимоли айниқса юқори.

Ионланмайдиган радиация

Ионланмайдиган радиациянинг икки тури — ёруғликдан нурланиш ва электр магнит майдони мавжуд. Ёруғликдан нурланиш спектрининг ультрабинафша ва инфрақизил қисмларини ўз ичига олади. Электрмагнит майдонига микротўлқинли печда ишлашда ёки радиацияда ҳосил бўладиган майдонлар мисол бўлиб хизмат қилиши мумкин. Улар тўлқиннинг муайян узунлиги ва частотаси билан тавсифланади. Ионланмайдиган радиациянинг нохуш таъсири учта асосий типга бўлинади: фотокимёвий (қуёшдан куйиш ва қордан кўрмай қолиш), термик ва электр.

Ультрабинафша нурланиш ясси ва базал ҳужайрали карцинома ва фоят хавfli тери меланомаси авж олишга сабаб бўлиши мумкин. Нурланишнинг бу тури тўғри тушадиган қуёш нурлари ёки сунъий нурланиш манбалари остида кўп фурсат бўлиши билан боғлиқ ва, кўрсатиб ўтилган рақдан зарарланишдан ташқари, тери ва кўзларнинг офтобдан куйишини, катаракта ва қон томирлар зарарланишини келтириб чиқаради.

Антропоген таъсирлар натижасида фавқулодда ҳодисалар

Антропоген таъсирга алоқадор экологик фалокатлар

II жаҳон урушидан кейин бутун дунёда ишлаб чиқарилаётган ва турмушда қўлланилаётган кимёвий моддалар миқдорининг ўсиши кузатилди. Ҳозирги вақтда 60 мингдан зиёд ҳар хил химикатлар мавжуд, йил сайин қарийб 600 та кимёвий воситалар ишлаб чиқарилаяпти, улар ичида одам соғлигига зиён етказадиган турларининг улуши номаълум. Атроф муҳитга ташланаётган кимёвий моддаларнинг одам саломатлигига таъсири аксарият номаълум. Саноат корхоналарининг маъмурияти атроф муҳитга зарар етказган ҳоллар учун жавобгардир, бу фуқаролик ва жиний қонунчиликда белгилаб қўйилган. Бепарволик, лоқайдлик натижасида авария ва табиий офатлар юз бериб, аҳоли ҳаёти таҳдид остида қолганда тайёргарликдан ўтган қутқарувчилар ва фавқулодда ҳолатлар вазирлигининг мутахассислари зудлик билан ёрдам қўлини чўзадилар.

БХОПАЛДАГИ ФОЖЕА (ҲИНДИСТОН)

1984 йилда Бхопалда «Юнион-Карбайд» компаниясига тегишли пестицидлар ишлаб чиқариладиган корхонада атмосферага захарли метилизоцианид гази тасодифан тарқалди. Тахминан 8 минг киши нобуд бўлди, корхона яқинида яшовчи 300 мингдан зиёд кишилар зарарланди. Текшириш натижалари корхонада техника хавфсизлиги чоралари АҚШдаги худди шундай корхонадагидан паст даражада эканлиги аниқланади.

ЯДРО РЕАКТОРЛАРИДА ЯҚИНДА БЎЛИБ ЎТГАН АВАРИЯЛАР (ПЕНСИЛВАНИЯ, 1979 ВА ЧЕРНОБИЛ, 1986)

3 миляли орол. 1979 йилда Пенсильваниядаги 3 миляли оролдаги ядро реакторида кучли авария содир бўлди. Натижада реактор тамомила ишдан чиқди. Шундан сўнг техника хавфсизлиги қайта кўриб чиқилди, жамият ядро энергиясидан фойдаланаётган корхоналарда хавфсизлик масалаларига кўпроқ эътибор берадиган бўлди.

Чернобил. 1986 йилда Чернобилдаги атом электр станциясида ернинг чўкиши юз берди, натижада реактор кожухи ўз герметиклигини йўқотди ва портлаш юз берди. Ходимлар хатоси сабабли реактор иши назорат қилинмай қолди, жараёнлар кучи нормадан 120 баробар ошди. Реактор қисмлари эрий бошлади, совитиш системаси ортиқча ишлаши натижасида ишдан чиқди. Юз берган портлашда буғ билан юз тонна қаттиқ чўкма отилиб чиқди ва ёнғин бошланди. Авария оқибатини тугатувчилар ва электр станция ходимларининг фидокорона хатти-ҳаракатларига қарамай, ёнғинни тез ўчириш имконияти бўлмади. Авариянинг дастлабки кунлари ёнғинни ўчиришда қатнашган 33 нафар киши нобуд бўлди, 273 кишида ўткир нур касаллиги ривожланди. Майдони 19 квадрат милядан 135 минг киши эвакуация қилинди.

Йод-131, цезий-137 ва ксенон изотоплари Оврўпо худудининг кўп қисмига тарқалди. Радиоактив ёнғинлар 20 та мамлакатда ёғиб, аҳоли саломатлигига халқаро миқёсда жиддий хавф солди. Иқтисодий зиён 19 млрд долларни ташкил қилди. Реакторни алмаштиришга яна шунча миқдорда маблағ сарф бўлади.

Радиация таъсирининг оқибатлари кузатилиб турибди. Қалқонсимон без раки ва лейкокемия билан касалланишнинг ўсанлигидан далолат берадиган маълумотлар бор. Фақат собиқ шўролар давлати 3 млрд. доллардан зиёд иқтисодий зарар кўрди. Бутун дунёда атом энергетикасига бўлган ишонч пасайиб кетди.

Ядровий ва кимёвий ҳалокатларни олдиндан айтиб бериш ва бинобарин олдини олиш мумкин. Халқаро экологик ташкилотлар ва соғлиқни сақлаш ташкилотлари фожеаларнинг олдини олиш ва уларнинг оқибатларига қарши курашиш, экологик омиллар ва касб касалликларини аҳоли соғлиғига таъсири масалаларига бағишланган тадбирлар ишлаб чиқишга катта аҳамият бермоқдалар.

Фавқулоддаги экологик шароитларда олиб бориладиган профилактика ва қутқарув тадбирлари

1986 йил Бхопалдаги фалокатдан сўнг ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда заҳарловчи кимёвий моддалар ажралиши билан ўтадиган авариялар юз бериши мумкинлигига катта аҳамият берила бошланди.

1986 йилда АҚШ конгресси фавқулодда шароитларда ёрдам уюштириш ва жамиятнинг ахборот ҳуқуқига доир Қонунлар қабул қилди. Шу қонунчиликка биноан штатларда ва жойларда фавқулодда кимёвий шароитлар туғилганда ҳаракат қилишга ваколати бўлган махсус орган ташкил қилинди. Заҳарловчи кимёвий моддалардан фойдаланадиган кимёвий корхоналар ва муассасалар жамиятни тўлиқ ахборот билан таъминлашлари шарт.

Саноатнинг ҳозирги ривожланиши даражасида авария шароитларининг вужудга келиш хавфи борлиги билан боғлиқ корхоналар рўйхати бениҳоя катта. Бунга кимё саноати корхоналари, жумладан кимёвий тозалаш корхоналари, мебель фабрикалари ва бошқаларни киритиш мумкин. Давлат идоралари, профессионал ташкилотлар, савдо компаниялари, касаба уюшмалари, илмий жамоатчилик, оммавий ахборот воситалари, атроф-муҳит муҳофазаси бўйича ҳаракатлар, шунингдек, кенг жамоатчилик тегишли ахборот олишлари керак. Ахборот олиш ҳуқуқи ахборотга эҳтиёжга айланди.

9.7-илова

КИМЁВИЙ ВА РАДИАЦИОН ФАЛОКАТЛАРДА ҚУТҚАРУВ ТАДБИРЛАРИ

Улар қуйидагиларни ўз таркибига олади:

- аҳолини эвакуация қилиш ва унга ёпиқ хоналар ичида қолиш зарурлиги ҳақида хабар бериб, зарарли таъсирни имкон борича камайтириш;
- эвакуация, зарарланган районларни ажратиш, карантин зоналарни жорий қилиш;
- таъсир даражаси ва радиацияни ўлчаш;
- зарарланиш омиллари ва антидотларни аниқлаш

9.7-илова давоми

- кимёвий моддалардан зарарланишдаги тадбирлар, жумладан кийим-бош-ни алиштириш, душ, антидотлар;
- авария бўлган жойда зарар кўрганларни саралаш ва тиббий ёрдам кўрсатиш учун эвакуация қилиш;
- уларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва шифохонага жойлаштириш;
- кимёвий моддаларни йиғишни ташкил этиш ва дегазация;
- аҳолига ахборот беришни таъминлаш;
- эвакуация жойларида тиббий ёрдам кўрсатиш ва қўллаб-қувватлаш хизматларини ташкил этиш;
- касбга оид ва суд суриштириш ишларини ўтказиш;
- компенсациялар тўлаш;
- фуқаролик ва жиноий ишлар бўйича судларда раҳбар ходимларни бепарволиги учун жавобга тортиш;
- ҳужжатлаштириш ва хулосалар чиқариш;
- ўтказилган тадбирларни таҳлил қилиш ва фалокат юз берган тақдирда қандай ҳаракат қилишни билиш.

Фавқулодда экологик шароитлар заҳарли кимёвий моддалар атмосферага тушганда пайдо бўлади. Тушган зарарлантирувчи моддаларнинг тарқалиш даражаси авария вақтидаги иқлим шароитларига боғлиқ. Зарар кўрган фуқаролар ва қутқарувчиларга тиббий ёрдам соғлиқни сақлаш хизматлари томонидан таъминланади, улар эвакуопунктлар очадилар ва зарар кўрган кишиларни эвакуация қиладилар.

9.8 илова

АҚШ ФЕДЕРАЛ ҲУКУМАТИДАГИ ЭКОЛОГИК ИДОРЛАР

Агроф муҳит муҳофазаси бўйича агентлик	Кенг истеъмол моллари хавфсизлиги бўйича Комиссия
Ташқи муҳит сифати муаммолари бўйича Кенгаш	Жамоат соғлиқни сақлаш хизмати
Атом энергиясини бошқариш бўйича Комиссия	Касалликларга қарши кураш марказ-лари
Илмий ва технологик ривожланиш Бошқармаси	Овқат маҳсулотлари ва дори моддалари бўйича Бошқарма
Технологияни баҳолаш бўйича Бошқарма	Техника хавфсизлиги ва касб касал-ликлари бўйича Бошқарма
Очиқ конлардан фойдаланиш бўйича бошқарма	Ёввойи ҳайвонлар ва балиқни муҳо-фаза қилиш хизмати
Давлат ер Бошқармаси	Тупроқни муҳофаза қилиш ва сақлаш хизмати

Экологик талаблар

1870 йилда АҚШда қабул қилинган атроф муҳитни муҳофаза қилиш соҳасида миллий сиёсат тўғрисидаги Қонун табиатни муҳофаза қилиш муаммосини миллий муҳим масала муаммосига айлантирди. Шу қонунга биноан барча федерал идоралар ривожланиш бўйича қабул қилинадиган дастурларнинг экологик оқибатларини ҳисобга олишлари ва уларни ҳаётга тадбиқ этишлари шарт. Ҳар қандай йирик қурилиш режаларини ишлаб чиқишда ва жамоат ишларини амалга оширишда рўй бериши эҳтимол тутилган ҳам қулай, ҳам ноқулай экологик оқибатлар таҳлил қилиниши, муқобил қарорлар ва ҳар қандай қайтмас оқибатлар кўриб чиқилиши зарур.

Меҳнат гигиенаси ва касб касалликлари

Кириш

Меҳнат гигиенаси инсониятни Рим империяси давридаёқ қизиқтириб келган жамоат соғлиқни сақлашининг энг қадимий элементлари ҳисобланади. 1700 йилда меҳнат гигиенаси масалаларини биринчи марта батафсил баён қилган ва касб касалликларини тасвирлаган олим Б.Рамаццини ҳисобланади. Фаолият тури билан боғлиқ касалликларга денгизчилар ўртасидаги цинга, Англияда XIX асрда мўри тозаловчилар орасидаги ёрғоқ раки, шахтёрлар пневмокониози, шляпа тикадиганлардаги симобдан хроник заҳарланиш, пахтани қайта ишлаш устахоналаридаги ишчиларда учрайдиган биссиноз ва асбест корхоналари ишчилари ўртасидаги мезотелиома тарихий мисоллардан бўла олади. Бу рўйхат жуда узун ва касалхона ходимларидаги В гепатитини, машинисткалардаги спинал бузилишларини ва компьютерда ишлайдиган кишиларда тирсак нерви невритини ўз ичига олади. Уларни даволаш ва профилактика қилиш усуллари турли-туман — асбестдан фойдаланишни тақиқлашдан идора жиҳозларининг янги турларини ишлаб чиқариш, қулай стуллар ясаш ва жисмоний машқлар учун танаффуслар жорий қилишгача боради.

9.9-илова

ТАРИХИЙ ВОҚЕАЛАР ВА МЕҲНАТ ГИГИЕНАСИ ВА КАСБ КАСАЛЛИКЛАРИ, ТИББИЁТ СОҲАСИДАГИ АСОСИЙ КАШФИЁТЛАР

- Эрамизгача — қадимги Миср, Юнонистон, Рим: қуллар ҳаёти ҳеч нимага XV аср арзимамайди, шахтёрларнинг касалланганликлари ҳақида ёзма маълумотлар, нафасга олинадиган чангни камайтириш учун буқа пуфагидан фойдаланиш
- Эрамизгача — Гиппократ кўрғошиндан хроник заҳарланишни тасвирлаган 370 й.
- 1556 й. — Георг Агрикола «Тоғ иши ҳақида» асарини чоп этган
- 1700 й. — Б. Рамаццинининг «Хунармандлар касалликлари тўғрисида» китоби чоп этилди
- 1747 й. — Ж. Линд цинга ва денгизчилар касалликларини тасвирлади
- 1775 й. — П. Потт мўри тозаловчиларда ёрғоқ ракини тасвирлади
- 1835 й. — Англия: фабрика қонуни ишчиларнинг ёшини аниқлаш учун врачлик текшируви талабларини жорий қилди, болалар меҳнатидан фойдаланиш чекланди, болалар ва аёллар соғлиғи учун хавfli касблар рўйхати ишлаб чиқилди.

- 1881 й. — Отто фон Бисмарк корхонада зарарланган ишчиларга ва оиласига албатта компенсация тўлашни ва зарарли омилар учун қўшимча ҳақ тўлашни жорий қилди
- 1898 й. — Т. Ледж — Буюк Британияда саноат корхоналарининг биринчи бош тиббиёт инспектори, Ледж аксиомалари
- 1905 й. — Онтарио ишчиларига компенсация тўлаш Қонуни қабул қилинди; АҚШ: шахталар бошқармаси уларда техника хавфсизлигини ошириш ҳақида қарор қабул қилди.
- 1910 й. — Алиса Гамильтон АҚШда қўрғошиндан заҳарланиш мониторингини бошлади
- 1920 й. — симпатик нерв системаси токсик фалажини тадқиқ қилиш натижасида И. П. Павлов «Минимал токсик доза» тушунчасини таърифлади ва замонавий нейротоксикологияга асос солди
- 1927 й. — У. И. Кук Британия парламентига маърузасида асбестозни тасвирлади
- 1935 й. — У. И. Линч — асбестоз ва ўпка раки тўғрисида илк илмий маъруза қилди
- 1935 й. — АҚШда ижтимоий суғурта тўғрисида қонун чиқарилди
- 1935 й. — меҳнат қонунчилигини қабул қилиш йўли билан меҳнат шароитлари ва меҳнат муносабатлари стандартлаштирилди
- 1941—
—1945 йй. — АҚШ: ҳукумат ҳарбий корхоналарида меҳнат стандартларини жорий қилди; асбест ишлаб чиқариш зарарли деб тан олинди; иш ҳақини бир маромда сақлаш, тиббий суғурта ва хавфсиз меҳнат шароитлари масалалари бўйича жамоа шартномалари
- 1960 йй. — ўлчов приборлари технологиясини такомиллаштириш — миллионнинг бир улуши ва миллиарднинг бир улуши миқдорини аниқлаш имконияти
- 1962 й. — Клэр Паттерсон — қўрғошин токсинлигини аниқлаш бўйича дастлабки ишлар ва унинг заҳарланган одам соғлиғига таъсири
- 1965 й. — Ирвин Зеликов асбест таъсирининг келажакдаги оқибатларига доир эпидемиологик мониторинг киритди (20—30 йил ўтгач)
- 1970 й. — АҚШ: ишлаб чиқаришда ва касб касалликларида техника хавфсизлиги тўғрисида Қонун қабул қилинди, меҳнат гигиенаси ва касб касалликлари бўйича Бошқарма ва Меҳнат гигиенаси ва касб касалликлари Миллий институти очилди
- 1970 йй. — касб касалликлари ва атроф муҳитни муҳофаза қилиш муаммолари билан шуғулланадиган идораларнинг ўзаро ҳамкорлиги
- 1980 йй. — касбга доир хавфни қисқартириш соҳасида халқаро вазифаларни аниқлаш (ВОЗ Оврупо бюроси ва АҚШ Тиббий хизмати)
- 1990 йй. — жаҳон иқтисодиётида глобал алоқалар шаклланиши, касбга доир хавф асосий муҳитининг ривожланган мамлакатлардан ривожланаётган мамлакатларга ўтиши.

1833 йилда Буюк Британияда корхоналарда биринчи марта фабрика қонун-қоидаларига риоя қилиш учун инспектор лавозими жорий қилинди. 1898 йилда Т. Ледж бош тиббиёт инспектори лавозимига тайинланган биринчи врач бўлди. У ишчилар соғлиғини сақлашнинг асосий тамойилларини, жумладан корхона директорининг ишчилар соғлиғига масъуллиги тамойилини ишлаб чиқди. Бу Ледж аксиомалари номини олди ва ҳозирги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган.

«Соғлом ишчи эффеќти» — буни меҳнат гигиенаси соҳасидаги ўтказиладиган ҳамма тадқиқотларда эътиборга олиш зарур.

9.4-жадвал

Ишчилар соғлиғини муҳофаза қилишнинг асосий тамойиллари

Ледж аксиомалари	Замонавий талқини
Агар иш берувчи ҳамма зарурий чораларни кўрган бўлса, ишчи ўз хавфсизлигини таъминлаш учун ҳеч нима қилмаслиги мумкин	Айбни зарар кўрган киши зиммасига юкламаслик керак
Ишчилар назорат қила олмайдиган раҳбариятга таъсир ўтказилгандагина муваффаќиятга эришиш мумкин	Ишчиларнинг хавфсизлиги ва соғлиғига корхона маъмурияти жавобгардир
Корхонада кўргошин ва хроник заҳарланишнинг деярли ҳамма ҳолларида чанг ва қурум сабабчи бўлади	Одамга зарарли таъсирининг олди олинса заҳарланиш содир бўмайди
Ишчилар у ёки бу моддаларнинг хавфлилигини билишлари, уни ўзларича, баъзан шахсий ҳаётлари ҳисобига кашф эмасликлари керак	Ходимлар мазкур корхонада ва мазкур касб турида соғлиғига таҳдид соладиган хавф-хатар эҳтимоли ҳақида ахборот олиш ҳуқуқига эгадирлар

Ишлаб чиқариш травматизми муаммолари

Касб касалликлари ва травматизм (шикастланиш) иқтисодиётга ва тиббиёт тизимига катта зарар етказди. Қуйидаги жадвалда АҚШда йўқотилган иш кунлари жадвали келтирилди.

АҚШда (1980—1991) тўлиқ маош оладиган 1 минг ишловчи ишлаб чиқаришда шикастланиши сабабли йўқотилган кунлар сони

Хўжалик соҳаси	1980	1982	1984	1986	1988	1991
Умуман хусусий сектор бўйича	637	582	618	639	726	798
Қишлоқ хўжалиги, ба-ликчилик, ўрмон ишлари	813	842	894	924	998	1046
Тоғ-қончилик саноати	1628	1367	1593	1244	1503	1278
Қурилиш	1161	1146	1267	1333	1411	1462
Қайта ишлаш саноати	840	724	742	802	964	1011
Транспорт, алоқа, жамоа хизматлари	1033	958	1042	1010	1175	1368
Улгуржи савдо	571	516	548	620	684	765
Чакана савдо	441	421	479	500	562	670
Молия соҳаси, суғурта иши	116	128	132	160	163	215
Хизмат кўрсатиш со-ҳаси	345	351	403	422	471	577

Манба: *Health United States and Prevention Profile, 1991 and Health United States, 1993.*

Ҳозирги кунда меҳнат гигиенаси муаммолари халқаро аҳамиятга эга, чунки ишлаб чиқаришни бир мамлакатдан бошқасига тез ва катта харажатларсиз ўтказиш мумкин. Ҳозирги замонда халқаро иқтисодий интеграция жараёнида зарарли корхоналар техника хавфсизлиги ва социал ҳимоя даражаси юқори мамлакатларда ривожланиш даражаси бирмунча паст, ишчилар иш ҳақи учун ўзини хавф остига қўядиган мамлакатларга ўтказиляпти.

9.10 илова

МЕҲНАТ ГИГИЕНАСИНИНГ ХАЛҚАРО ЖИҲАТЛАРИ

1. Индустириал мамлакатлардан ривожланаётган мамлакатларга технологиялар экспорти
2. Ривожланаётган ва ривожланган мамлакатларда болалар меҳнати
3. Пестицидлар: ортиқча ишлатиш, токсинлиги, овқат маҳсулотларини зарарлаши
4. Токсинли чиқиндилар ташлаш ва чиқиндиларни йўқотиш

9.10 илова давоми

5. Индустириал мамлакатлардан ривожланаётган мамлакатларга токсинли чиқиндиларни ташиш
6. Юқори технологияга алоқадор токсинли чиқиндилар
7. Атом энергияси, ҳарбий-саноат тизимида фалокатлар ва радиоактив чиқиндилар
8. Меҳнат гигиенаси билан соғлиқни сақлашнинг экологик жиҳатлари ўрта-сида чегаранинг йўқолиши
9. Собиқ иттифоқ республикаларида ва ривожланаётган мамлакатларда техника хавфсизлиги ва кимёвий назорат меъёрлари даражасининг пастлиги
10. Ишчиларнинг психологик бегонасираши, ишга қизиқиш йўқлиги ва чарчашнинг кучайиши

9.11 илова

МЕҲНАТ ГИГИЕНАСИНИНГ АСОСИЙ ВАЗИФАЛАРИ

1. Касалликлар ва шикастланишлар эҳтимолини олдиндан аниқлаш, янги корхоналар қуришда ва мавжудларини реконструкция қилишда уларнинг олдини олиш бўйича чоралар ишлаб чиқиш
2. Кузатиш: Касб касалликлари ва шикастланишларни кунт билан аниқлаш ва қайд этиш, пассив ва актив тиббий кузатув, ишлаб чиқариш гигиенаси ва техника хавфсизлигини таъминлаш
3. Йиғилган маълумотлар таҳлили: нохуш омиллар таъсирини аниқлаш, яъни зарарланиш ҳоллари, сабаб-оқибат алоқалари, касалланиш ва шикастланиш сабабларини аниқлаш, булар чуқур тадқиқотлар ва профилактик чоралар ишлаб чиқишга йўл очади.
4. Назорат: таъсирлар йўл қўйса бўладиган меъёрга яқинлашганда ёки улардан ошганда таъсирни чегаралашни ўз ичига олади.
5. Токсинли материалларни альтернатив материаллар билан алмаштириш

Мазкур соҳада текширувлар олиб бориш осон иш эмас, чунки асбест таъсирига алоқадор кўпгина касалликлар (масалан, силикоз, асбестоз ва мезотелиома) нохуш омил таъсиридан 20-30 йил ўтгач ривожланиши мумкин. Таъсирга учраган одамларни узоқ вақт кузатиш қийин кечади, бунда компенсациялар тўлашда муаммолар пайдо бўлади.

Стандартлар ва мониторинг

Меҳнат гигиенаси соҳасидаги мониторинг техника хавфсизлигини кучайтириш ва ходим соғлиғини муҳофаза қилиш, шунингдек ходим

манфаатларини таъминлаш учун маъмуриятнинг ҳуқуқий ва маънавий масъулиятини оширишга қаратилган турли хил тадбирларни ўз ичига олади.

Токсик материаллар саноатда бевосита ишлаб чиқаришдагина эмас, балки қўшимча хизматларда, лабораторияларда ҳам кенг қўлланилади ва гигиена ҳамда экология соҳасидаги мутахассисларнинг диққат марказида туради.

9.6 жадвал

Маъмурият ва давлатнинг ходимлар соғлиғини муҳофаза қилишдаги масъулияти

Маъмурият ваколатлари	Давлат масъулияти
Кам хавfli материаллардан фойдаланиш	Қонунчилик
Ажратиш/бошқа моддалар ва ишлаб чиқаришни ажратиш	Стандартлар ишлаб чиқиш ва уларга риоя қилиш
Зарарли саноат чиқиндилари	Судлов масъулияти – фуқаролик шикоятлари ва компенсациялар тўлашга қарши
Умуман хоналар вентиляцияси	Ахборот/қайд этиш тест натижалари – ташқи муҳитга ва айрим кишилар соғлиғига таъсир эффекти
Ишлаб чиқаришда тозалик ва тартибни сақлаш	Хавfli материалларни таъминлаш
Ходимлар соғлиғи мониторинги	Ходимлар соғлиғи мониторинги
Ходимларнинг индивидуал муҳофазаси	Раҳбар ва оддий ходимларни мунтазам ўқитиш ва қайта тайёрлаш
Бахтсиз ҳодисалар ва касб касалликларини сўраш-суриштириш	Илмий ва амалий тадқиқотлар
Ишлаб чиқаришнинг стандартларнинг юксак даражасига мувофиқлиги	Соғлиқ ҳолати йўқотилганда даромад пасайгани учун компенсация тўлаш

Касб касалликлари оқибатида ўлим

1978—1991 йилларда АҚШда шикастланиш ва иш кунларини йўқотиш кўрсаткичлари амалда ўзгармади. Бу меҳнат гигиенаси ва техника хавфсизлиги стандартлари яхшиланмаганлигидан ва «2000 йилга келиб ҳамма соғлом бўлсин» деган ЖССТ дастурида қўйилган вазифалар ҳал қилинмаганлигидан далолат беради.

**КАСБ ФАОЛИЯТИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ЭНГ КЕНГ ТАРҚАЛГАН
КАСАЛЛИКЛАР ВА ШИКАСТЛАНИШЛАР**

- ўлка касалликлари;
- суяк-мушак аппарати касалликлари;
- хавfli ўсмалар;
- шикастлар;
- юрак-томирлар бузилишлари;
- туғиш функцияси бузилишлари;
- нейротоксик бузилишлар;
- шовқин таъсирига алоқадор эшитиш бузилишлари;
- тери касалликлари;
- руҳий зўриқиш, стресслар, ишга қизиқиш йўқолиши, тез чарчаш.

Меҳнат гигиенаси токсинли ва канцероген омилларни аниқлашга ва уларнинг одамга зарарли таъсирини имкон борича камайтиришга эътибор бериб келган. Сўнгги мақсадларда иш жойи бўйича тиббий хизмат системасини вужудга келтиришга аҳамият берилляпти, бу ишлайдиган аҳоли учун қулайдир. Бу соғлом турмуш тарзини қарор топтиришга ва шу аҳоли гуруҳида хавф омилларини қисқартиришга ҳам имкон беради.

**Заҳарловчи моддаларнинг иш жойидаги зарари
ва уларнинг атроф-муҳитга таъсири**

Токсик таъсири

Меҳнат гигиенаси ижтимоий фойдали фаолият тури сифатида ўз куч-имкониятларини ишлаб чиқаришда токсинли моддаларни аниқлашга, зарарли таъсирнинг олдини олиш ва қисқартиришга сарфлаб келди, бироқ сўнгги вақтларда атроф муҳитнинг умумий ифлосланишига ҳам аҳамият бериб келинляпти.

ТОКСИКОЛОГИЯНИНГ АСОСИЙ ТУШУНЧАЛАРИ

Биологик ҳаммабплиги. Кимёвий модданинг одам организмига тушганда ўзининг табиий ташувчисидан (сув, органик мато, тупроқ) ажралиш ва унинг қони ҳамда тўқималарига тушиш қобилияти.

Дозаси ва реакция даражаси нисбати. Одамга тушган токсик модда нисбати ва тўқима ҳамда аъзоларда унинг хавфли концентрацияси ҳосил бўлиш эҳтимоли.

Оралик алмашинуви. Кимёвий модда организм ҳужайраларига тушиб метаболик ўзгаришларга учрайди. Моддани зарарсиз таркибий қисмларга парчалаш йўли билан токсиндан ҳоли қилиш ёки биологик зарарли метаболитлар ҳосил қилиши мумкин.

Таъсир механизми. Кимёвий модданинг ҳужайра ва субҳужайра даражаларида емирувчи таъсири. Айрим токсинли моддалар метаболик заҳарлар ҳисобланади, бошқалари ҳужайра мембраналарига таъсир этади, кимёвий реакцияларни катализлайди ёки нуклеин кислоталарни зарарлайди.

Сезувчанлик. Токсинли агентнинг организмга таъсир даражаси ёшга, жинсга, генетик мойиллик ёки ташқи омиллар — овқатланиш, олдинги зарарланишлар, иммун статус, умумий соғлиқ ҳолати, стресслар, иш шароити, вентиляция, ташқи ҳарорат ва намликка боғлиқ ҳолда ўзгариб туради.

Бўсага қиймати. Кимёвий модданинг аниқласа бўладиган эффе́кт кўрсатадиган энг кичик дозаси.

Токсик эффе́кти. Функцияни йўқотиш, пасайиши ёки ўзгариши орқали ўлчанадиган емирувчи таъсир, зарарланишнинг клиник симптомлари ва белгилари. Таъсир қилганда бир организм зарар кўриши мумкин, айти вақтда иккинчиси зарарланмайди.

Кўрғошин

Кўрғошин пластиклиги ва юмшоқлиги туфайли турли-туман ишларда қўлланилади. Организмга у нафас олганда ва овқат билан тушади. Қадим замонлардаёқ кўрғошиндан заҳарланиш одам соғлигига хавф соладиган ҳодисалардан бири бўлиб келган. Кўрғошин меъда-ичак йўли, нерв системаси, қон ва қон айланиш системасини зарарлантиради. Кўрғошиндан заҳарланишда ичак санчиғи, энцефалопатиялар, делириоз синдроми ва ҳатто кома кузатилади. Кўрғошиндан сурункали заҳарланиш онгни хиралаштиради, бошни оғритади, хотирани йўқотади, неврологик бузилишлар, анемия ва милклар цианозига сабаб бўлади.

XVII ва XVIII асрларда вино ва ром ичимликлари кўрғошиндан ясалган идишларда тайёрланган ва қалайи билан кўрғошин қотишмасидан тайёрланган идишларда сақланган. Кўрғошиндан сурункали заҳарланиш

ойна солувчилар ва кулолларда тез-тез содир бўлиб турган, чунки ишлаб чиқаришда албатта қўрғошиндан фойдаланганлар.

XX асрнинг 60-йилларида қўрғошин кичик концентрацияларда овқат маҳсулотларида, ичимликларда ва ҳавода топилганидан сўнг бу металлнинг аҳоли соғлиғига таъсири соғлиқни сақлаш идоралари учун жиддий муаммога айланган. Атроф муҳитни зарарлантирадиган асосий манба автотранспортлардан чиқадиган чиқинди газлар ва таркибида қўрғошин сақлайдиган бўёқлар бўлган. Саноатда қўрғошин сақловчи бензин 60-йилларда кенг кўламда ишлатилиб келган ва дунёнинг кўпчилик минтақаларида ҳозиргача қўлланилади.

Ҳозирги вақтда одам организмида қўрғошиннинг йўл қўйиш мумкин бўлган концентрацияси меъёрлари қабул қилинган, унинг меъёридан ошиб кетиши халқ саломатлиги учун катта хавф туғдиради.

Куйидаги мисолни келтирамиз: 1983—1984 йилларда Йордан дарёсининг Фарбий қирғоғида бир неча кишилар оғир аҳволда касалхонага ётқизилган. Ўтказилган тергов ишлари маҳаллий тегирмонларда тортилган унда қўрғошин миқдори кўплигини аниқлади. Маълум бўлишича, жиҳозларнинг ишдан чиққан темир қисмлари қўрғошиндан ишланган қисмлар билан алмаштирилган экан. Натижада қўрғошин ун маҳсулотига тушган ва бир неча юзлаб одамларнинг қўрғошиндан заҳарланиб қолишларига сабаб бўлган. Тегирмон ускуналари алиштирилгандан сўнг масала тез орада ҳал қилинган.

9.14 илова

АҚШДА ҚЎРҒОШИН ҚЎЛЛАНИШНИНГ ПАСАЙТИРИЛИШИ (1977—1994)

1988—1991 йилларда қондаги қўрғошин миқдори 1976—1980 йилларга нисбатан 78% га пасайган. 1—2 яшар болаларда қонда қўрғошин даражаси 88% дан кўпроққа пасайган. Бунга бир неча омиллар сабаб бўлган:

- 1976—90 йилларда қўрғошин сақловчи бензиндан фойдаланиш 99,8% га қисқарган;
- қўрғошин сақловчи маиший бўёқлардан фойдаланиш камайтирилган;
- ишлаб чиқаришда қўрғошиннинг йўл қўйса бўладиган меъёрларини белгиладиган давлат стандартлари кучайтирилган;
- водопровод қувурларини тайёрлаш учун қўрғошин сақлайдиган қотишмалардан фойдаланиш тақиқланган;
- болаларни тестдан ўтказиш;
- маҳаллий соғлиқни сақлаш органларининг эски уйларда қўрғошин сақлайдиган бўёқларни кўчириб ташлашга қаратилган дастурлари;
- тиббиёт ходимлари ва ота-оналарнинг бу масаладан хабардорлигининг ошиши;

9.14 илова

- гўдак бола ҳуқуқини ҳимоя қиладиган Америка педиатрия академияси, штатлардаги соғлиқни сақлаш ташкилотлари ва маҳаллий кенгашларнинг таъсири;
- педиатр ва ота-оналарнинг қўрғошин таъсирида бош миянинг зарарланиш хавфи борлигидан яхши хабардорлиги.

Юқоридаги ижобий ҳодисаларга қарамай, 1—5 ёшдаги 1,7 млн америка болалари қонида қўрғошин миқдори ҳали ҳам 10 мкг дан ошади. Бунинг учун турмушда ва ишлаб чиқаришда қўрғошиндан жуда кам фойдаланиш керак.

Асбест

Асбест таъсири билан алоқадор касб касалликлари муаммоси иккинчи жаҳон урушида асбестдан фойдаланиш кескин ошиши муносабати билан қийинлашди. Асбест таъсирида касалланиш ва ўлим кўп йил ўтгач содир бўлиши эҳтимол. Ўпкага асбест таъсири натижасида ривожланган пневмокониозни У. Кук 1927 йилда асбестоз деб номлаган.

Ўпка раки ривожланиши билан асбест таъсири ўртасида алоқадорлик бўлиши мумкинлигига XX асрнинг 30-йилларида тахмин қилинди. 1965 йилда Нью-Йоркда Ирвин Зеликов тадқиқотлари ҳарбий денгиз флотида ишлаган кишиларда ўпка раки билан касалланишнинг юқори даражада эканлигини аниқлади. Олим ва унинг ходимлари кўп чекиш асбест билан ишлайдиган ишчиларда ўпка раки билан оғриш хавфини оширишини исботладилар.

9.7 жадвал

Асбест чанги таъсирига учраган ишчиларда ва чекувчиларда ўпка ракидан ўлимнинг стандартланган кўрсаткичлари, 100 минг аҳолига

Гуруҳ	Асбест таъсири	Чекиш	Ўлим кўрсаткичи	Ўлим кўрсаткичидаги фарқ	Ўлим кўрсаткичлари фарқи
Назорат	-	-	11,3	-	1,0
Асбест корхоналари ишчилари	+	-	58,4	+17	5,2
Назорат	-	+	122,6	+511	10,9
Асбест корхоналари ишчилари	+	+	601,6	+590	52,2

Силикоз

Силикоз энг қадимги замонлардан маълум касб касалликларидан бўлиб, асосан шахтёрларда учрайди. Табиатда кремний ё эркин шаклда ёки кварцлар, кремнезем ёки қум таркибида учрайди. Кремний чанги таъсирига касб фаолиятининг ҳар хил турларида шахталарда, очиқ конларда фойдали қазилмалар олишда, ер ости тоннеллари қуришда, тошни силлиқлашда, чўян ва пўлат ишлаб чиқаришда, қумни оқим билан пуркайдиган аппарат билан бинолар юзасини тозалашда, гишт ишлаб чиқаришда, ойна саноатида, металлургияда ва бошқаларда учраш мумкин.

Силикоз кремний чангидан узоқ вақт нафас олишда келиб чиқадиган массив ўпка фиброзидир. Пневмокониоз — узоқ вақтгача ишлаб чиқариш чангидан нафас олишга алоқадор бўлган хроник касбга доир ўпка касалликлари гуруҳидир. Бу касалликлар олдинга кам симптомли бўлиб, кейин ўпка етишмовчилиги юз беришига олиб келади, рентгенда ўпкада зичланиш аниқланади, аксарият сил ривожланади.

Кремний чангининг канцероген таъсири исботланмаган.

9.15 илова

РАМАЦЦИНИ СИЛИКОЗ ҲАҚИДА

1700 йилда силикозни қуйидагича тасвирлаган:

«Бизнинг тоштарошлар, ҳайкалтарошлар карьер ишчилари ва шунга ўхшаш касблар билан банд бўлган кишиларни қамраб оладиган касалликларга етарлича баҳо бермасликка ҳаққимиз йўқ. Шахталарда мармар парчаларни ўйиб олишда, ҳайкаллар яшашда ёки бошқа буюмлар тайёрлашда улар ўткир тишли қирралари бўлган дағал заррачалардан ташкил топган ҳавода нафас олишга мажбур бўладилар, шунинг учун улар кўпинча йўталдан азият чекадилар, кўпларида эса астма ва сил бошланади».

Винилхлорид

Винилхлорид — кимё саноатида кўпгина технологик жараёнларнинг муҳим қисми ҳисобланади. Рак ва бошқа хроник касалликлар пайдо қилиши мумкин, шунинг учун у айниқса ривожланаётган мамлакатларда аҳоли соғлиғи учун хавф-хатар солади. Одам организмга нафас ва овқат билан кирганда хавфлидир. Поливинилхлорид таъсири Рено феноменига, кейинчалик эса хавфли астмаларга, масалан жигар ангиосаркомасига олиб келади.

Поливинилхлориднинг канцероген хоссалари ҳамма мавжуд маълумотларни таҳлил қилиш натижасида 1974 йилда аниқланди. Олимлар

фикрича, винилхлоридлар таъсирида йўл қўйса бўладиган минимал хавфсиз дозалар бўлмади.

«Зарғалдоқ айғоқчи»

«Зарғалдоқ айғоқчи» — Вьетнам уруши даврида ўсимликларни йўқотиш учун Америка қуролли кучлари томонидан кенг қўлланилган гербицид ҳисобланади. У гексан моддасини сақлайди ва канцероген таъсирга эга. Диоксиннинг юқори даражаси аёл сутида, Вьетнам аҳолисининг ёғ тўқималарида ва қонида топилган эди. 1984—1992 йилларда Вьетнам аҳолисининг айрим гуруҳларини танлаб текширилганда уруш вақтида «Зарғалдоқ айғоқчи» таъсирига учраган одамлар қонида диоксинсимон кимёвий модда миқдорининг юқори даражаси аниқланди. Вьетнам урушида қатнашган Америка фахрийларининг соғлиқ ҳолати текширилганда ўзгаришлар топилмади.

Иш жойидаги зўравонлик

Зўравонлик (жумладан иш жойида ҳам) ҳозирги замон жамиятининг энг ўткир муаммоларидан бирига айланган. Иш жойида рўй берган ўлим ҳоллари кишини ташвишлантиради ва ходимлар учун ҳам, иш берувчилар учун ҳам хавфсиз иш шароитини яратишга мўлжалланган қаттиқ чоралар кўришни тақозо этади. Тиббиёт муассасаларидаги зўравонлик ўзининг қадимий тарихига эга. Биринчи ҳодиса 1849 йилда рўй берган эди. Руҳий касалликлар шифохонасидаги бемор психиатр-врачни отиб ўлдирган. Ўшандан буён тиббиёт ва бошқа жамоат муассасаларида ҳужумлар, гаровга олишлар, зўрлашлар, босқинчилик ва бошқа зўравонлик ҳоллари кўплаб рўйхатга олинди.

Иш жойидаги зўравонликларнинг олдини олиш гоят муҳим вазифа бўлиб, буни давлат миқёсида ҳал қилиш даркор. Иш жойида гиёҳванд модда ва алкогольлар қабул қилишга йўл қўймаслик ва жинсий тажовузкорликка қарши қаттиқ кураш гоят муҳим масала ҳисобланади.

Меҳнат гигиенасининг клиник жиҳатлари

Беморни текшириш анамнез йиғишдан бошланади. Меҳнатнинг тури билан боғлиқ соғлиғидаги муаммоларни аниқлаш беморни текширишнинг муҳим қисми бўлса керак. Агар беморнинг ҳозир ишлаб турган жойидаги маълумотлар касаллиги сабабини аниқлашга имкон бермаса, унинг бундан олдинги жойлардаги ишини суриштиришга тўғри келади. Бу масалалар керакли ахборот йиғишга ёрдам беради.

АНАМНЕЗНИНГ САВОЛЛАРИ

1. Ишингиз нимадан иборат? Нималарга қизиқасиз? Иш жойида, уйда, турмушда қандай нохуш омилларга дуч келасиз? (Нима?)
2. Қаерда ишлайсиз/яшайсиз? (Қаерда?)
3. Нохуш омиллар таъсирига қанча вақт учрагансиз? Қачон ва қандай ҳолатларда соғлигингиз ёмонлашди (яхшиланди)? (Қачон?)
4. Шундай муаммолардан шикоят қиладиган бошқа одамлар ҳам борми? (Яна кимлар?)

Манба: *Richter E.D. – Personal Communication.*

Ишлаб чиқаришда техника хавфсизлиги

Ишлаб чиқаришда техника хавфсизлиги бир неча ёндашувларни ўз ичига олади. Уни таъминлаб беришга корхона маъмурияти масъулдир, бироқ ишчиларнинг ўзлари ва жамият бу жараёнда албатта қатнашишлари керак. Бу оддий ва раҳбар ходимларнинг тегишли тайёргарлигини ва корхона маъмуриятининг юридик жавобгарлигини тақозо этади. Жамият ишлаб чиқаришда ҳуқуқий, техник ва санитария меъёрларини таъминлайдиган тизим учун масъулдир, у токсик материаллар ишлатилишини назорат қилиб боради ва ишлаб чиқаришда шикастланиш ва касб касаллиги юз берган ҳолларда компенсация (товон) тўлайди.

9.8 жадвал

Ишлаб чиқаришда меҳнат шароитларини ташқи назорат қилиш омиллари

Маркерлар	Кузатиладиган шароитлар ва натижалар
Сенсор эффектлар	Кўз таъсирланиши, ёритилганлик, шовқин, металл таъми, тун, қурум, чиқинди газлар
Хавфсизликни таъминловчи мослама воситалар	Ҳимоя каска, коржома ва пойабзал, шовқин протектори, химоя кўзойнак, пайвандчиларда химоя қалқонча, биринчи ёрдам аптечкаси, респиратор, мониторинг учун жиҳоз
Ҳарорат	Иссиқ/совуқ
Материалларни сақлаш	Токсинли кимёвий моддаларни сақлаш учун контейнерлар, шиша ва контейнерлардаги тегишли ёрликлар
Ҳожатхоналар	Тозалик жиҳозлари, совун, туалет қоғози, идишлар борлиги
Шахсий гигиена	Ечиниш хонаси, душ, қулфланадиган шкафчалар

Маркерлар	Кузатиладиган шароитлар ва натижалар
Ошхона	Алоҳида хона, столлар борлиги, озодалик, қўл ювиш учун раковина
Ходимлар ёши	Болалар, ўсмирлар, қариялар
Ходимлар шикоятлари	Бош оғриши, тез чарчаш, бош айланиши, кўнгил айнаши, на-фас қисиши, тери зарарланиши
Ишга кечикиб келиш/ кадрлар кўнимсизлиги	Кадрлар кўнимсизлиги
Ишлаб чиқариш хоналарининг жойлаштирилиши	Хом ашё ва маҳсулот ташишдаги хавфсизлик, вентиляция
Зарарли омиллар назорати	Ёрликлар борлиги, ишлаб чиқариш жараёни назорати, шахсий тиббий карталар юритиш, ходимларни вақти-вақтида тиббий текширувдан ўтказиш
Тозалик	Чиқиндиларни ташиб кетиш, пол ва столларнинг мой ва кимёвий маҳсулотлардан ифлосланиши, йиғиштириб-тозалаш, овқат ейиш учун алоҳида хоналар.

Манба: *Richter E.D. – Personal Communication.*

Оддий сифатни назорат қилиш шу корхонадаги санитария меҳнат шароитлари назоратини кўрсатиб беради. У корхона маъмурияти соғлиқни сақлаш ходимлари ва ишчиларнинг вакиллари томонидан амалга оширилиши мумкин ва мониторингга корхонада хавфсизлик даражасини оширишга ва ишчилар соғлиқ ҳолатини яхшилашга имкон беради.

Кимёвий фалокатлар — кимё саноати корхоналарида корхонада ҳам, унга алоқадор бўлмаган шароитларда ҳам кўп учраб турадиган ҳодиса. Аҳолининг кимёвий моддалардан ялпи зарарланиш шароити ҳужум учун кимёвий дори моддаларидан фойдаланилганда, масалан 1988 йилда Ироқнинг курд аҳолисига қарши ҳарбий ҳаракатларида, 1995 йилда Токио метросидаги террорчилик ҳужумлари вақтида вужудга келган. Бундай шароитлар кимёвий моддаларни ишлаб чиқариш, сақлаш ва ташиш жараёнидаги бепарволик ва хатолар оқибатида юзага келиши мумкин. Кимёвий чиқиндилар таркибида хлор, метилхлорид, аммиак, сульфат кислота, ўювчи натрий, хлорид кислота, винилхлорид, толуол, креозит ва бошқа моддалар бўлиши мумкин. Ишлаб чиқариш жараёни тегишлича назорат қилиб турилганда ва ходимлар кунт билан тайёрланганда саноат корхонасида кимёвий моддалар ажралиб чиқиши-

нинг олдини олиш мумкин. Ҳар бир ҳодиса албатта текширилиши, тарқалиш сабабларини аниқлаш учун таҳлил қилиниши керак.

9.9 жадвал

Саноат корхоналарида аварияларда ва фавқулодда шароитларда хавфсизлик чораларини таъминлаш

Фаолият йўналиши	Кўрсаткичлар
Маъмурий соҳа	Ходимлар соғлиғига жиддий хавф билан ўтадиган ҳаракатлар дастури Биринчи ёрдам кўрсатиш тизими Тез-тез ўқув машқлари ўтказиш Субпудратчилар фаолиятини кунт билан текшириш
Тадқиқотлар	Ходимларнинг шикоятларини, токсик материаллар ажралиб чиқиш ҳодисаларини, зарarli чиқиндиларни кунт билан текшириш
Мониторингни таъминлаш	Травматизм, касб касалликлари билан касалланиш, токсик моддалар миқдори даражаси мониторинги
Технология	Аварияларда қутқарув операциялари учун жиҳозлар Реал вақт режимидаги мониторинг Ишлаб чиқариш хоналарида энг кам миқдорда хом ашё сақлаш Фавқулодда шароитларни аниқлаш ва хабар бериш учун автоматик ускуна Хавфли моддаларни жойида нейтраллаш
Ташиш	Транспорт воситаларини эксплуатация қилиш ва контейнерлар хавфсизлигига риоя қилиш Ҳайдовчилар тайёрлаш Ҳайдовчиларнинг чарчаш муаммоси. Ҳайдовчиларнинг гиёҳванд моддалар ва алкоголь ичиш муаммоси
Ахборот тизими	Ходимларнинг хабардорлиги Ходимлар ва жамиятнинг ахборот олиш ҳуқуқи Аҳолига таҳдид соладиган аварияларда ҳаракатлар дастури

Манба: Richter E. D., Deutsch p. V., Fdler J. Recognition and use of sentinel markers in preventing industrial disasters. Prehospitfl and Disaster Medicine. 1992; 7:389-395

Хулоса

Экология ва меҳнат гигиенаси муаммолари жамоат соғлиқни сақлашининг муҳим элементларидан ҳисобланади. Уларнинг аҳамияти XX асрнинг 60-йилларидан экология масалалари ўзига кенг жамоатчиликни жалб этаётган даврдан бошлаб жамият кўз ўнгида айниқса ўсди. Сўнгги

бир неча ўн йилликлар ичида экологик муаммолар бирмунча мураккаб бўлиб қолди. Улар орасида иқлимнинг глобал иссиши, Чернобилдаги каби атом реакторларидаги аварияларнинг оқибатлари ёки дунёда тез-тез учраб турадиган кимёвий фалокатларни эслатиб ўтиш кифоя. Бошқа экологик муаммолар (чўлларнинг тарқалиши, ўрмонларнинг йўқолиши ва атмосферанинг жадал ифлосланиши) фақат соғлиқни муҳофаза қилишга тааллуқли бўлибгина қолмай, балки жиддий ижтимоий муаммолардан ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш тизими экология ва меҳнат гигиенаси масалаларини бир ўзи ҳал қилишга қодир эмас. Бунинг учун турли даражадаги давлат органларининг иштирок этиши, шунингдек, кенг ижтимоий қўллаб-қувватлаш керак. Касалланиш, ўлим ва физиологик ўзгаришлар кўрсаткичларидан фойдаланадиган эпидемиологик таҳлил қониқарсиз аҳволда. Ҳозирги вақтда озодлик ва хавфсизликни таъминлаш учун атроф муҳит сифатига ва меҳнатни ташкил қилиш меъёрларига бирмунча юксак талаблар қўйилмоқда.

Рефератлар мавзулари

1. Жамоат соғлиқни сақлаши учун сув билан ўтадиган касалликларнинг аҳамияти.

2. Жамоат соғлиқни сақлаши учун атроф муҳитни давлат бошқаршининг аҳамияти.

3. Маҳаллий маъмурият ва жамоат ташкилотларининг сувни санитария муҳофазасидаги роли. Овқат маҳсулотлари сифати, канализация ва тозалаш иншоотларининг аҳволи, корхоналарни лицензиялаш устидан назорат.

4. Иш берувчи, ҳукумат ва ходимнинг ишлаб чиқаришда техника хавфсизлиги ва соғлиқни муҳофаза қилишни таъминлашдаги улушини баён этинг.

5. Меҳнат муҳофазаси ва хавфсизлиги ҳукумат хизматининг давлатнинг қонунчилик билан белгиланган ва назорат қилинадиган функцияларининг аҳамияти.

6. «Ишчининг билиш ҳуқуқи».

7. «Соғлом ишчи эффекти»

8. Ишлаб чиқаришда ишчининг шикастланиш хавфини камайтириш ва унинг хавфсизлигини таъминлаш учун иш берувчи қандай чоралар кўриши керак.

9. Ишчида касалликнинг клиник белгилари давомли инкубацион давр ва зарарли корхонада ишини тўхтатгандан кейин касаллик пайдо бўлганда (токсик модда таъсирида) ким жавобгар бўлади? Мисоллар келтиринг.

10. Фавкуллда шароитларда ва корхоналарда авария содир бўлганда қайси ташкилотлар профилактика ва тадбирларни режалаштиришда қатнашиши керак?

Тавсия этиладиган адабиёт

Elliott P, Cuzick J, English D, Stern R [eds]. Geographic and Environmental Epidemiology: Methods for Small Area Studies. World Health Organization Regional Office for Europe, Oxford University Press, 1992.

Last JM, Wallace RB [eds]. Public Health and Preventive Medicine - Maxey-Rosenau-Last 13th Edition. Norwalk, CT: Appleton and Lange. 1992.

Nadakavukaren A. Man and Environment: A Health Perspective, 3rd Edition. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1990.

Weeks JL, Levy BS, Wagner GR [eds]. Preventing Occupational Disease and Injury. Washington DC: American Public Health Association, 1991.

World Health Organization. Drinking Water and Sanitation, 1981-1990: A Way to Health: A WHO Contribution to the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade. Geneva: WHO 1991.

World Health Organization. Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment. Geneva: WHO, 1992.

Bibliography -and Waterborne Disease

Centers for Disease Control. Update: cholera hemisphere, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1993;42:89-91.

Centers for Disease Control. Assessment of inadequately filtered public drinking water - Washington, D.C., December 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994;43:661-663.

Centers for Disease Control. Vibrio cholerae 01 - western hemisphere, 1991-1994, and V. cholera 0139 -Asia, 1994. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1995;44:215-219.

Centers for Disease Control. Surveillance for Waterborne-Disease Outbreaks - United States, 1993-94. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1996;45 SS-1:1-33.

Craun GF [Ed]. Waterborne Diseases in the United States. Boca Raton: CRC Press, 1986.

Esrey SA, Potash JB, Roberts L, Shiff C. Effects of improved water supply on ascariasis, diarrhoea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. Bulletin of the World Health Organization, 1991;69:609-621.

Fagliano J, Berry M, Bove F, Burke T. Drinking water contamination and the incidence of leukemia: an ecologic study. American Journal of Public Health, 1990;80:1209-1212.

Hayes EB, Matte TD, O'Brien TR, McKinley TW, Logsdon GS, Rose JB, Ungar BLP, Word DM, Pinsky PF, Cummings ML, Wilson MA, Long EG, Huraitz ES, Juranek DD. Large community outbreak of cryptosporidiosis due to contamination of a filtered public water supply. *The New England Journal of Medicine*, 1989;320:1372-1376.

Hurst CJ. Presence of enteric viruses in freshwater and their removal by the conventional drinking water treatment process. *Bulletin of the World Health Organization*, 1991;69:113-119.

MacKezie WR, Hoxie NJ, Proctor ME, Gradus MS, Blair KA, Iverson DE, Kazmierczak JJ, DG, Fox KR, Rose JB, Davis JP. A massive outbreak in Milwaukee of cryptosporidium infection transmitted through the public water supply. *The New England Journal of Medicine*, 1994;331:161-167.

Payment P, Richardson L, Siemiatycki J, Dewar R, Edwardes M, Franco E. A randomized trial to evaluate the risk of gastrointestinal disease due to consumption of drinking water meeting current microbiological standards. *American Journal of Public Health*, 1991;81:703-708.

Tulchinsky TH, Burla E, Halperin R, Bonn J, Ostroy P. Water quality, waterborne disease and enteric disease in Israel, 1976-92. *Israel Journal of Medical Sciences*, 1993;29:783-790.

Weeks JL, Levy B, Wagner GR [eds]. *Preventing Occupational Disease and Injury*. Washington DC: American Public Health Association, 1991.

World Health Organization. *Guidelines for Drinking Water Quality Volumes I-III*. Geneva: WHO, 1984.

Библиография

Agency for Toxic Substances and Disease Registry. *Toxicological Profile for Lead*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, April 1993.

Attfield MD, Castellan RM. Epidemiological data on US coal miners' pneumoconiosis, 1960 to 1988. *American Journal of Public Health*, 1992;82:964-970.

Behrens V, Seligman P, Cameron L, Mathias CG, Fine L. The prevalence of back pain, hand discomfort, and dermatitis in the US working population. *American Journal of Public Health*, 1994; 84:1780-1785.

Centers for Disease Control. Lead poisoning in a foundry - New Jersey. 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1991;40:810-811, 817.

Centers for Disease Control. Surveillance of elevated blood lead levels among adults - United States, Fourth Quarter 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1996;45:333-334.

Centers for Disease Control. Lead ingestion associated with ceramic glaze - Alaska, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992;41:781-783.

Centers for Disease Control. Lead poisoning associated with use of traditional ethnic remedies -California, 1991-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:521-524.

Centers for Disease Control. Prevalence of work disability - United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42:757-759.

Centers for Disease Control. Surveillance for emergency events involving hazardous substances - United States. 1990-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1994;43 (SS-2):1-6

Centers for Disease Control. Occupational injury deaths - United States, 1980-1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1994;43:262-264.

Centers for Disease Control. Agriculture auger-related injuries and fatalities - Minnesota 1992-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995;44:660-663.

Centers for Disease Control. Mercury exposure among residents of a building formerly used for industrial purposes - New Jersey, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1996; 45:422-424.

Chiazze L, Lundin FE, Watkins D. *Methods and Issues in Occupational and Environmental Epidemiology*. Ann Arbor: Ann Arbor Science, 1983.

Corn JK. *Response to Occupational Health Hazards: A Historical Perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992.

Deutsch PV, Adler J, Richter ED. Sentinel markers for industrial disasters. *Israel Journal of Medical Sciences*, 1992; 28:526-533.

Doll R. Epidemiology of cancer: current perspectives. *American Journal of Epidemiology* 1976;104:396-404.

Doll R. Health and the environment in the 1990s. *American Journal of Public Health*, 1992-82:933-941.

Dwyer JH, Flesch-Janys D. Agent Orange in Vietnam. *American Journal of Public Health* 1995;85:476-4-3.

Editorial. Environmental pollution: it kills trees but does it kill people? *Lancet*, 1992;340:821-822.

Edling C [editorial]. Radon exposure and lung cancer. *British Journal of Industrial Medicine*, 1985;42:721-7i2.

Elliott P, Cuzick J, English D, Stern R [eds]. *Geographical and Environmental Epidemiology- Methods for Small-Area Studies*. Oxford: Oxford University Press, for World Health Organization Regional Office for Europe, 1992.

Elling RH. Workers health and safety (WHS) in cross-national perspective. *American Journal of Public Health*, :388;78:769-771.

Environmental Protection Agency. Why Accidents Occur: Insights from the Accidental Release Information Program. Chemical Accident Prevention Bulletin, Washington, DC: US EPA, Series 8 number 1, July 1989.

Froines JR, Dellentaugh CA, Wegman DH. Occupational health surveillance: a means to identify work-related risks. American Journal of Public Health, 1986;76:1089-1096.

Ginsberg GM, Tulcinsky TH. Regional differences in cancer incidence and mortality in Israel: possible leads to occupational causes. Israel: Journal of Medical Sciences, 1992;28:534-543.

Herz-Picciotto I. Epidemiology and quantitative risk assessment: a bridge from science to policy. American Journal of Public Health, 1995;85:454-491.

Kvale G, Bjelke E, Heuch I. Occupational exposure and lung cancer risk. International Journal of Cancer, 1986;37:185-193.

Landrigan PJ. Environmental disease - a preventable epidemic. American Journal of Public Health, 1992;82:941-943.

McMichael AJ. Global environmental change and human population health: a conceptual and scientific challenge for epidemiology. International Journal of Epidemiology, 1993;22:1-8.

Rossner D, Markowitz G. A "Gift of God?": the public health controversy over leaded gasoline in the 1920's. American Journal of Public Health, 1985;75:344-352.

Steenland K [ed]. Case Studies in Occupational Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1993.

Stern C, Young OR, Druckman D [eds]. Global Environmental Change: Understanding the Human Dimensions. National Academy Press, 1992.

Sundin DS, Pederson DH, Frazier TM [editorial]. Occupational hazard and health surveillance. American Journal of Public Health, 1986;76:1083-1084.

Tulchinsky TH, Ginsberg GM, Shihab S, Goldberg E, Laster R. Mesothelioma mortality among former asbestos-cement workers in Israel, 1953-90. Israel Journal of Medical Sciences, 1992;28:543-547.

United States Congress, Office of Technology Assessment. Preventing Illness and Injury at the Workplace. Washington DC: Office of Technology Assessment, OTA Publications #OTA-H256, 1985.

Wartenberg D, Simon R. Comment: Integrating epidemiologic data into risk assessment. American Journal of Public Health, 1995;85:491-493.

Wegman DH. The potential impact of epidemiology on the prevention of occupational disease. American Journal of Public Health, 1992;82:944-954.

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ ТИЗИМЛАРИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Боб мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Соғлиқни сақлаш органлари назорати ва фаолияти * Давлат ва аҳоли соғлиғини сақлаш * Давлат ва шахс * Бошқаришнинг турли даражаларида соғлиқни сақлаш соҳасидаги функцияларнинг тақсимланиши * Давлат ва давлат томонидан кафолатланган тиббий хизмат кўрсатишни таъминлаш * Соғлиқни сақлашда ноҳукумат ташкилотларининг роли * Тиббиётда хусусий ва жамоат секторларини тартибга солиш ва рағбатлантириш * Аҳоли соғлиғи ҳолати мониторинги * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография

Ўқув мақсадлари

Ушбу бобни ўрганишни тугаллаб, талаба қуйидагиларни қила олади:

- ҳукумат ва ноҳукумат ташкилотларининг турли даражалардаги функцияларини кўрсатиш.
- давлат идораларининг уларнинг масъулият мезонларига ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги фаолиятига биноан статусини аниқлаш.
- конкрет тиббиёт муассасалари ишига аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш тамойилларини жорий қилиш.

Кириш

Давлат аҳоли соғлиғини муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш учун масъулиятлидир. Тарихий ривожланиш жараёнида давлат мажбуриятлари доираси кенгайди.

Жамият махсус тадбирлар воситасида касалликларнинг олдини олишни ўрганган.

Жамият демократия ва эркин бозор тамойиллари асосида қурилганми ёки марказлашган бошқарув ва буйруқбозлик тамойилларига асосланганми, бундан қатъи назар, давлат бу жараёнга муқаррар равишда тортилади. Давлатнинг соғлиқни сақлашда қатнашиши ҳуқуқларнинг

чекланиши сифатида қаралаши мумкин, бироқ жамоат соғлиқни сақлаши олдида турган муаммоларнинг йиғиндиси ва уларни рўёбга чиқариш бўйича амалий тадбирлар одамнинг индивидуал ҳуқуқлари ва умуман жамият манфаатлари ўртасида муайян келишув заруратини тақозо қилади. Бу, масалан, солиқлар солишда, ичимлик сувини хлорлаш ёки фторлашда, болаларни мактабга кириш шарти сифатидаги албатта иммунизация қилиш, техника хавфсизлигига риоя қилмайдиган ёки атроф муҳитнинг ифлосланишига йўл қўядиган саноат корхоналари раҳбарлари хусусида жарималар солиш ёки бошқа чоралар қўлланишга тааллуқлидир.

Соғлиқни сақлаш органларининг назорати ва фаолияти

Соғлиқни сақлаш тизимининг турли қисмлари тарихан турли вақтларда ва сиёсий, иқтисодий ва жамоат қувватлашининг турли даражасида ривожланган. Жамоат соғлиқни сақлаши соҳасида тўпланган тажриба бу таркибий қисмларнинг ҳаммаси ўзаро боғланишда қабул қилиниши кераклигини ва улардан бирига аҳамият бериш умуман жамият фаровонлигига хавф туғдиришини кўрсатди. Ёмон овқатланиш ва ёмон санитария шароитлари касалликлар пайдо қиладиган омиллар ҳисобланади, уларни даволаш катта сарф-харажатлар талаб этади ва профилактик чораларга қараганда кам эффектив бўлади.

Соғлиқни сақлаш хизматларининг ташкилоти тиббий хизмат кўрсатиш ягона тизимининг бир қисми бўладими ёки даволаш муассасалари тизимидан алоҳида фаолият кўрсатадими, бундан қатъи назар, марказланган, марказлашмаган ва маҳаллий бошқарув механизмларининг бирга қўшиб олиб борилишини талаб этади. Соғлиқни сақлашда умумий миллий вазифалар марказлашмаган тизимда ва маҳаллий соғлиқни сақлаш органларига мустақил ҳаракат қилиш имконияти, зарур маблағлар ва молиявий мадад берилганда яхши адо этилади.

Давлат ва аҳоли соғлиғи

Федератив ва унитар давлат

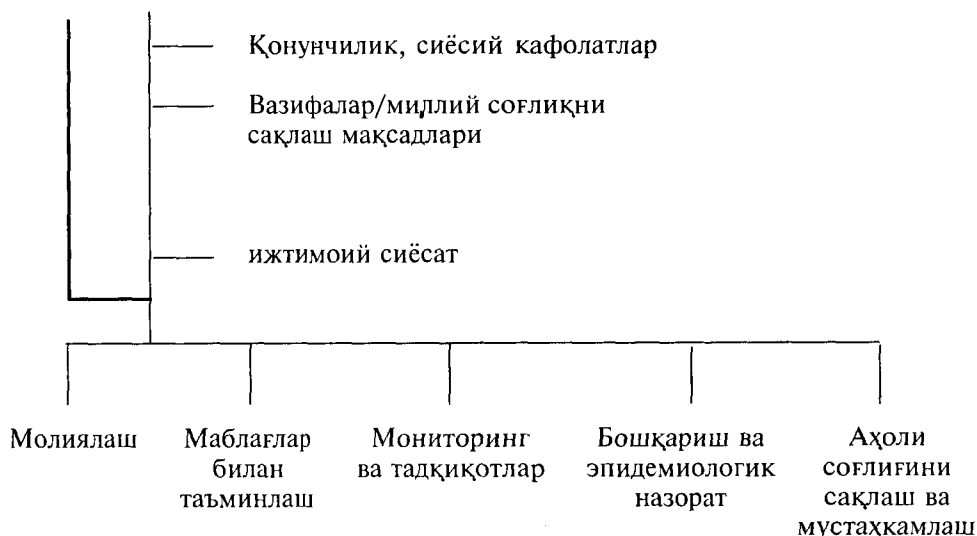
Жамоат соғлиқни сақлаш тизими муқаррар давлат характерига эга, чунки у ўзининг яшаши учун қонунчилик базасига, жамоат назоратига ва молиялашга муҳтож. Давлат қурилиши шакли турли мамлакатларда турлича бўлиши мумкин, айрим мамлакатлар унитар, бошқалари федератив бўлади. Федерал, регионал ва маҳаллий ҳокимиятларнинг функциялари аниқ белгиланган бўлса-да, соғлиқни сақлаш соҳасида улар қисман мос келади ва бир-бирини тўлдиради. Уларнинг ваколатларига тиббий таъминотни режалаштириш ва молиялаш, уни бир текис

тақсимлаш, санитария-эпидемия назорати ва атроф муҳитни муҳофаза қилиш, озиқ-овқат маҳсулотлари сифатини ва аҳолининг овқатланишини назорат қилиш ва ҳар бир кишининг турмушига таъсир кўрсатадиган жамият ҳаётининг бошқа жиҳатлари киради.

10.1 илова

ДАВЛАТ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ОРГАНЛАРИНИНГ АСОСИЙ ФУНКЦИЯЛАРИ

Халқ соғлиғини сақлаш соҳасидаги давлат сиёсати



Молиялаш — жамоат ва хусусий секторларда ҳаммабопликни таъминлаш, иқтисодий таҳлил, қиймат ўсишини жиловлаш, иқтисодий рағбатлантириш;

Маблағлар — кадрларнинг касб маҳоратини сифатли таъминлаш ва уларни оқилона тақсимлаш, даволаш муассасалари (касалхона, клиника, лаборатория, ижтимоий хизматлар, узоқ вақт парваришлаш муассасалари), дори-дармонлар ва вакциналар;

Мониторинг ва илмий тадқиқотлар — эпидемиология, соғлиқни сақлашда ахборот технологиялари, таҳлил ва баҳо бериш, тадқиқотлар (фундаментал, клиник ва эпидемиологик);

Бошқариш — касб стандартлари, овқат маҳсулотлари ва дори воситалари, атроф муҳит, касб касалликлари хавфи ва хулқ-атворининг муайян стереотиплари билан боғлиқ хавф, муассасалар ва мутахассислар аккредитацияси;

Аҳоли соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш — соғлиқни сақлаш тизими ва бошқа жамоат секторларининг алоҳида кишилар ва умуман аҳоли соғлиғини яхшилашга қаратилган бутун фаолияти.

Унитар давлатга давлат қурилишининг қуйидаги шакли хос: унда марказий ҳукумат ва маҳаллий ҳокимиятлар бўлади ва қонун чиқарувчи органлар бўлмайди. Бундай давлат қурилиши Буюк Британия каби мамлакатлар, шунингдек конституцияси Наполеон Кодексига асосланган давлатларда мавжуд.

Федератив давлат қурилишида қонунчилик ҳокимияти учта: федерал, регионал ва маҳаллий даражаларда амалга оширилади, улар орасидаги ваколатлар амалдаги конституцияга биноан тақсимланади. Федератив давлат қурилишига асосланган мамлакатларга АҚШ, Канада, Россия, Аргентина, Нигерия мисол бўла олади. Ҳокимиятнинг учала (федерал, регионал ва маҳаллий) даражаларида соғлиқни сақлаш органлари бўлади.

Давлат ва шахс

Давлатнинг аҳоли соғлиғини сақлаш учун масъулияти соғлиқни сақлаш тизимини ташкил қилиш, молиялаш ва зарур маблағлар билан таъминлашда ўз ифодасини топади. Бунда функциялари ва структур тузилиши ўзаро боғлиқ; тизим структураси соғлиқни сақлашда миллий мақсадларга эришишни таъминлашни ўз олдига мақсад қилиб қўяди. Бу ҳар бир мамлакатда соғлиқни сақлаш тизимини қўллаб-қувватлашни таъминлайдиган қонунчилик, ижро, инвестицион ва оператив функциялар воситасида амалга оширилади. Айрим мамлакатларда аҳоли соғлиғини сақлаш асосан давлат идоралари томонидан амалга оширилади. Шундай мамлакатлар борки, уларда тиббий таъминлашни молиялаш сиёсати қонун асосида белгиланади, бошқаларида аҳоли соғлиғини сақлаш тизими айрим аҳоли гуруҳларини молиялашга асосланади, бунда асосий эътибор тиббиёт муассасаларини ва соғлиқни сақлаш соҳасида тадқиқотлар дастурини ривожлантиришга қаратилади.

Аҳоли соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш давлатнинг бевосита жавобгарлигини талаб этадиган кўп сонли жиҳатларга эга ва аҳолининг овқатланиши, озиқ-овқат ва дори воситалари сифатини назорат қилиш, санитария назорати, иммунизация, йўл ҳаракати қоидалари, ўқотар қуроли соҳасидаги назорат ва аҳолини соғлом турмуш тарзида тарбиялашни ўз ичига олади. Давлат таъсири стандартлар ва меъёрлар белгилаш, шунингдек, рағбатлантириш, ҳисобот, аккредитация ва лицензиялаш йўли билан амалга оширилади. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги молиялаш ва ижтимоий фондларни тақсимлаш тиббиёт муассасалари ва соғлиқни сақлаш хизматлари фаолиятига таъсир ўтказадиган муҳим омил ҳисобланади.

Федерал ёки миллий ҳукумат

Ўтган бир аср ичида миллий ҳукуматнинг роли ўзгарди. Давлат қурилиши федератив бўлган баъзи бир мамлакатларда давлатнинг ҳуқуқларига катта эътибор берилаётган вақтда конституциялар қабул қилинди, тиббий хизмат кўрсатиш эса «врач-бемор» муносабатлари билан боғлиқ хусусий ишга айланиб қолди. Бунинг натижасида соғлиқни сақлаш учун бирламчи масъулият регионал ёки маҳаллий ҳокимиятлар зиммасига юкланиб қолди, бироқ федерал ҳукумат бирмунча катта маблағларга эга бўлганлиги боис унинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги роли вақт ўтган сайин ўсиб борди.

Ҳокимият марказий ҳукумат қўлида жам бўлган унитар давлатларда соғлиқни сақлашнинг аҳволи учун бутун масъулият давлатга, регионал ва маҳаллий ҳокимиятлар зиммасига юклатилган, регионал ва маҳаллий ҳокимиятлар амалда ҳокимиятнинг ташкилий структурасида қатнашмайди. Тиббий жиҳатдан таъминлаш дастурлари бевосита давлат ташаббуси бўйича амалга оширилиши мумкин. Бироқ жамоат соғлиқни сақлаши маҳаллий ҳокимият байроғи остида шаклланган.

Тиббий хизматларни молиялаш аксарият федерал, регионал ва маҳаллий ҳокимиятлар билан ҳамкорликда амалга оширилади. Федерал ҳукуматнинг аҳамияти беқиёс, чунки у одатда катта имкониятларга ва солиққа тортиш ва бошқа манбалардан тушадиган катта маблағларга эга. Федерал ҳукумат соғлиқни сақлашга оид дастурларни рўёбга чиқариш учун ўз молиявий ҳокимиятидан бевосита регионал, район ва маҳаллий миқёсларда ёки билвосита мустақил инстанциялар (масалан, нодавлат университетлари, ўз ташаббуси билан таълим ва профилактик тадбирларни амалга оширадиган касалхоналар, шунингдек хусусий ноҳукумат ташкилотлари) орқали фойдаланиши мумкин.

Давлат қурилишининг ҳамма шаклларида давлатнинг аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишга доир масъулияти бу соҳада назорат ва бошқарув функцияларини кучайтиришга даъват этди. Давлат ваколатига шунингдек ҳаётий муҳим миллий хизматлар: тиббий лабораториялар, эпидемиологик назорат ва юқумли касалликларга қарши кураш, тиббиёт статистикаси миллий хизматлари, дори воситалари ва биологик фаол моддалар импорти, ўқув ва даволаш муассасалари сифатини назорат қилиш, шунингдек бошқа федерал, регионал ва маҳаллий идоралар фаолиятини мувофиқлаштириш масалалари киради.

**ДАВЛАТ ҚУРИЛИШИНING ФЕДЕРАТИВ СИСТЕМАСИДА РЕГИОНАЛ
МАЪМУРИЯТНИНГ АҲОЛИ СОҒЛИҒИНИ МУҲОФАЗА ҚИЛИШГА ДОИР
МАСЪУЛИЯТИ**

1. Бошқа давлат идоралари билан фаолиятини мувофиқлаштириши: режалаштириш ва устувор йўналишларни белгилаш, таълим, социал таъминот, бандлик, қишлоқ хўжалиги, психиатрия, олий ўқув юртларини молиялаш.
2. Маҳаллий соғлиқни сақлаш муассасаларини ривожлантириш, молиялаш, консультация бериш ва фаолияти устидан назорат қилиш, стандартлар белгилаш
3. Соғлиқни сақлаш билан боғлиқ соҳаларда қонунчилик ва бошқариш тайёргарлик иши, қўллаб-қувватлаш ва умумий таъминот.
4. Режалаштириш ва устувор йўналишларни аниқлаш.
5. Маҳаллий тиббиёт ва соғлиқни сақлаш муассасаларини бевосита таъминлаш: эпидемиологик, лаборатория ва биологик хизматлар, режалаштириш ва ривожлантириш дастурлари билан.
6. Соғлиқ статистикаси маълумотлар базаси, нашрлар.
7. Парвариш бўйича диагностик марказлар ва хизматлар, фаолият стандартлари.
8. Касб касалликлари.
9. Ташқи муҳит муҳофазаси.
10. Тиббиёт ходимлари ва даволаш муассасаларини лицензиялаш ва ихтисослаштириш.
11. Давлат хизматчилари учун бошқарма ва индивидуал тиббий хизматлар.
12. Яқин бошқармалар билан ҳамкорлик: социал хизмат, руҳий бузилишлар ва ривожланишдан орқада қолишда қувватлаш хизмати, фармацевтик хизматлар ва реабилитация хизмати, маҳбуслар соғлиғини сақлаш бўйича бошқарма, соғлиқни сақлашнинг маҳаллий органлари ва бошқа регионлар, вилоятлар соғлиқни сақлаш тизимининг муассасалари.

Маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари

Соғлиқни сақлашнинг маҳаллий органларига тарихан санитария меъёрларига риоя қилиш ва аҳолининг кам таъминланган қатламлари ва бошқа юқори хавф гуруҳларини бевосита тиббий хизмат билан таъминлаш масъулияти юкланган эди. Соғлиқни сақлашни ташкил қилишда марказий ҳокимиятнинг роли кескин ошганлигига қарамай, АҚШ соғлиқни сақлаш маҳаллий органлари ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлашнинг ҳаётий муҳим таркибий қисми ҳисобланади. Дарҳақиқат, «Саломатлик ҳамма учун» ҳаракати ташаббуси, округ соғлиқни сақлаш тизимларидаги «Соғлом шаҳарлар» каби дастурларда маҳаллий соғлиқни сақлаш органларига ҳатто кўпроқ ўрин берилади.

1940 йилда Америка жамоат соғлиғини сақлаш ассоциацияси стандарт ишлаб чиқиб, маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари учун олти асосий масъулият соҳаларини белгилаб берди:

1. Тиббий демографик статистика.
2. Инфекцион касалликларга: болалар касалликлари, сил, таносил йўл билан ўтадиган касалликлар ва тропик касалликларга қарши кураш.
3. Атроф муҳит ва санитария-эпидемиологик назорат: сув ресурслари, озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш ва сотиш шароитлари, умумий овқатланиш жойлари, канализация, чиқиндиларни утилизация қилиш ва ишлаб чиқаришда санитария шароитлари.
4. Лаборатория хизматлари.
5. Она ва бола соғлиғини сақлаш.
6. Аҳолининг тиббий санитария маорифи.

1950 йилда Америка жамоат соғлиғини сақлаш ассоциацияси маҳаллий соғлиқни сақлаш органларининг кенгайтирилган дастурини ишлаб чиқди, бу дастурга биноан санаб ўтилган масъулият соҳаларига қуйидагилар қўшилди:

1. Хроник касалликларга қарши кураш.
2. Турар жой қурилиши ва шаҳар қурилиши.
3. Бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш.
4. Бошқа идоралар билан фаолиятни мувофиқлаштириш.
5. Аҳоли соғлиғи умумий ҳолатини назорат қилиш: туғилиш, ўлим, хроник касалликларнинг тарқалганлиги, касалланиш тўғрисидаги маълумотлар, танлаб текширишлар ўтказиш, ўлим ҳақида маълумотларга доир ҳисобот ва айрим гуруҳларнинг эҳтиёжларига ва муҳтожлигига баҳо бериш.
6. Аҳоли маорифи ва мутахассисларнинг аҳоли соғлиқ ҳолатига ва унинг эҳтиёжларига баҳо бериш масаласида малакасини ошириш.
7. Соғлиқни сақлаш тизимини, жумладан айрим тиббиёт ходимлари функциясини назорат қилиш ва бошқариш.
8. Индивидуал тиббий хизмат: бевосита таъминлаш ва аҳолига тиббий хизмат кўрсатишнинг умумий дастурларидан то айрим аҳоли гуруҳларини таъминлашга қаратилган мақсадли хизматларгача.
9. Тиббий хизмат кўрсатишда эҳтиёжларни аниқлаш соҳасидаги режалаштириш: тиббиёт муассасалари, шаҳар қурилишини режалаштиришда уларни яратиш заруриятини ҳисобга олиш, мавжуд тиббий муассасаларни реконструкция қилиш.
10. Таносил йўл билан ўтадиган касалликлар, сил, рак, болаларнинг ривожланишдан орқада қолишини аниқлаш учун махсус диагностик хизматлар, стоматология ёрдами.

Маҳаллий соғлиқни санлаш органларининг асосий вазифалари

Масъулият доираси	Вазифаси
Жамоа соғлиқни сақлаш ва тиббий хизматлари	Инфекцион касалликларга қарши кураш, хроник касалликларга қарши кураш ва тиббий реабилитация (тикланиш); оила соғлиғи, жумладан, пренатал тиббий кузатув, бола соғлиғи тўғрисида ғамхўрлик, ривожланишдан орқада қолган болалар учун дастурлар, мактаб ўқувчилари соғлиғи ва оилани режалаштириш; стоматология ёрдами; гиёҳванд моддалар, тамаки ва алкоголь суиистеъмоли; овқатланиш ҳолати устидан назорат хизмати ва бу соҳада аҳоли билимини ошириш.
Ташқи муҳитни муҳофаза қилиш хизматлари ва санитария-эпидемиология хизматлари	Овқат маҳсулотлари сифатини таъминлаш, соғлиққа таҳдид соладиган кимёвий моддалар ва овқат маҳсулотлари хавфсизлиги, ичимлик сув таркибининг санитария назорати, сув йўқотиш профилактикаси; ичимлик сув манбалари ифлосланишига қарши кураш; чўмилиш бассейнларининг санитария назорати, корхонада техника хавфсизлиги; радиацион фон даражасини назорат қилиш, атмосферанинг ифлосланиш даражаси назорати, шовқин даражаси назорати; инфекцион касалликлар ташувчиларига қарши кураш; ахлат уюмлари ҳолати устидан санитария назорати, муассасаларда санитария шароитларини яхшилаш, дам олиш жойлари санитария назорати; турар жойларни нормал ҳолатда сақлаш ва уларни реконструкция қилиш; атроф муҳит муҳофазаси.
Психологик ва психиатрик хизматлар	Руҳий бузилишларнинг бирламчи профилактикаси; жамоа даражасида консултациялар ўтказиш; диагностик ва даволаш хизматлари; амбулатория хизмати, ошиғич ёрдам, қисқа муддатли госпитализация муассасалари, кундузги ва тунги парвариш хизматлари, стационар даволашдан кейинги реабилитация хизматлари, диагностик хизматлар ва ақлий қолоқ беморлар ҳолатига баҳо бериш хизматлари.
Индивидуал тиббий хизмат кўрсатиш	Индивидуал тиббий ёрдам; тиббий муассасалар фаолияти; ошиғич ёрдам хизмати; меҳнатни муҳофаза қилиш; маҳбусларни ва ёпиқ типдаги шифохоналардаги беморларги тиббий хизмат.
Ҳамма хизматлар учун умумий	Статистик маълумотлар олиш ва ишлаш; турли ташкилотлар фаолияти дастурларини ишлаб чиқиш; идоралараро режалаштириш; миллий ва маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари фаолиятининг мувофиқлашган режалари; табиий офатлар учун дастурлар; аҳолини соғлом турмуш тарзига ўргатиш; тиббиёт ходимларини юридик ҳимоялаш; жамоани жалб этиш; тиббий муассасани ташкил этиш ва структураси; тиббий муассаса сиёсатини аниқлаш; кадрлар сиёсати; молиялаш; федерал ва регионал соғлиқни сақлаш органлари билан алоқа.

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги функцияларнинг турли бошқарув даражаларида тақсимланиши

10.3 илова

ФЕДЕРАЛ ВАЗИРЛИК/СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ БОШҚАРМАСИ

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги давлат режаси
Соғлиқни сақлашни давлат молиялаши
Тиббий сугуртанинг давлат хизмати
Регионларнинг бир текис ривожлантиришни таъминлаш
Устувор йўналишлар, мақсад ва вазифаларни аниқлаш
Тиббий хизмат стандартлари ва сифати
Илмий-тадқиқот фаолияти
Касбга доир стандартлар/лицензиялаш
Атроф муҳит муҳофазаси бўйича бошқарма
Овқат маҳсулотлари ва дори воситалари сифати стандартлари
Эпидемиология
Тиббий статистика
Тиббиёт саноатини ривожлантириш
Аҳоли соғлиғи профилактикаси ва уни мустаҳкамлаш
Овқатланиш/озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлаш соҳасидаги сиёсат
Стандартлар ва тавсияномалар ишлаб чиқиш бўйича давлат лабораториялари
Ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва/ёки таъминлаш

10.4 илова

РЕГИОНАЛ/ПРОВИНЦИАЛ БОШҚАРУВ ДАРАЖАСИ

Ресурсларни тақсимлаш
Соғлиқни сақлашни режалаштириш
Эпидемиология
Тиббий-демографик статистика
Инфекцион касалликлар назорати
Аҳоли соғлиғи профилактикаси ва уни мустаҳкамлаш
Мутахассислар малакасини ошириш, уларни лицензиялаш
Тиббиёт муассасаларини лицензиялаш
Лабораториялар
Санитария - гигиена маорифи
Хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш
Атроф муҳит ҳолати мониторинги
Овқатланиш
Она ва бола соғлиғи
Руҳий соғлиқ

МАҲАЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ОРГАНЛАРИ

Бирламчи тиббий ҳужжатларни қайд этиш
Эпидемиология
Оналик ва болалик
Ресурсларни тақсимлаш
Режалаштириш ва бошқариш
Профилактик амбулатория тиббий ёрдами
Тиббий муассасаларни лицензиялаш
Касалхоналар ва уйда тиббий парвариш қилиш
Ногиронларни парвариш қилиш
Реабилитация/узоқ муддатли тиббий парвариш
Тиббиёт ва соғлиқни сақлаш хизматлари фаолиятини мувофиқлаштириш
Идоралараро ҳамкорлик
Руҳий соғлиқ
Ижтимоий қўллаб-қувватлаш
Санитария-гигиена маорифи
Атроф муҳитни муҳофаза қилиш
Овқатланиш
Жамоани жалб этиш

Жамоат соғлиғини сақлаш функциялари

Давлат (ёки регионал) ёки соғлиқни сақлашнинг маҳаллий бошқарув органларига юклатилган кўпгина функцияларни рўёбга чиқариш учун ҳар хил методлар ва ёндашувларни кўшиб олиб бориш талаб қилинади. Тиббий маълумот фақат тиббиёт ходимларини бевосита расмий тайёрлаш дастурларини эмас, балки аҳолининг, мутахассислар ва турли инстанцияларнинг жамоат соғлиқни сақлашидан хабардорлигини оширишни ҳам кўзда тутати. Тиббий хизмат соғлиқни сақлаш органлари томонидан тегишли назоратни амалга оширишда бевосита ёки билвосита ихтисослашган фондлар тузиш йўли билан кўрсатилади. Моддий рағбатлантириш тиббий хизматнинг миллий ва регионал стандартларига мувофиқ келиши керак ва янги ишлаб чиқилган ташаббусларни жорий қилишнинг муҳим методи ҳисобланади. Жамоат соғлиқни сақлаш тизимининг фаолияти қонунчилик асосида тузилиши керак, бу — тиббий хизматнинг турли соҳаларида кенг жамоа хизматларини назорат қилиш ва бошқариш имкониятини таъминлайди.

Соғлиқни сақлаш органларининг бўйсундирувчи функциялари

Жамоат соғлиқни сақлашининг бўйсундирувчи функциялари қонунчилик асосига таянади, бу аҳолини унинг соғлиғига хавф соладиган нохуш ҳодисалардан ҳимоя қилишга ва тиббий хизмат кўрсатишда муайян стандартларга амал қилишни таъминлашга имкон беради. Жамоат соғлиқни сақлашининг кўпгина жиҳатлари бўйсундирувчи характерга эга.

АҚШда Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситалари бўйича бошқарма-мамлакатда фойдаланиладиган озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори препаратлари сифатига жавоб берадиган федерал идора ҳисобланади. Савдога тушадиган ҳар қандай дори воситасига рухсат берилиши керак.

АҚШ жамоат соғлиқни сақлаши идора қиладиган масалаларга қуйидагилар киради:

— туғилиш ва ўлим тўғрисида гувоҳномалар бериш — маҳаллий, регионал ва миллий марказлар томонидан амалга оширилади;

— касб фаолиятига лицензия ва рухсатномалар бериш — маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари;

— қурилиш меъёрларига риоя қилиш устидан назорат — маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари;

— эпидемиологик назорат ва атроф муҳитни муҳофаза қилиш — муниципал, регионал ва миллий марказлар;

— профессионал тиббиёт ходимлари фаолиятини бошқариш — профессионал миллий кенгашлар ва штатдаги кенгашлар орқали;

— тиббиёт мусасаларини лицензиялаш ва сертификатлаш — маҳаллий, регионал ва миллий марказлар;

— инфекция касалликлар устидан назорат — маҳаллий, регионал ва миллий марказлар касалликларни назорат қилиш бўйича Марказлар билан ҳамкорликда;

— озиқ-овқат маҳсулотларининг хавфсизлиги — маҳаллий, регионал ва миллий стандартлар ва инспекцион тадбирлар;

— фармацевтика соҳасидаги стандартлар, жумладан дори воситаларининг хавфсизлик ва эффективлик меъёрлари, уларни ишлаб чиқариш стандартлари ва жойлаш — Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситалари бўйича Бошқарма;

— касб касалликлари ва корхонада техника хавфсизлиги;

— маҳаллий, регионал ва миллий стандартлар ишлаб чиқиш, инспекцион тадбирлар ўтказиш. Бу фаолият касб касалликлари ва техника хавфсизлиги Миллий институти ва Касб касалликлари ва техника хавфсизлиги бўйича Бошқарма томонидан амалга оширилади.

Давлат тиббий хизмати ва давлат томонидан кафолатланган тиббий хизматни таъминлаш

Турли мамлакатларда давлат идоралари ўзлари тиббий хизмат кўрсатади ёки унинг бошқа ташкилотлар томонидан таъминланишига жавоб берадилар. Скандинавия мамлакатларида тиббий таъминот регионал ижроия ҳокимияти ихтиёрида бўлади, айти вақтда марказлашган иқтисодиёт марказий ҳукумат томонидан бу соҳани юксак даражада назорат қилиш вазифасини кўяди.

Ҳозирги вақтда тиббий таъминот тизимининг марказлашмаган бошқарувга мойиллиги кузатиляпти.

Ҳатто ривожланиш даражаси юксак мамлакатларда ҳам специфик вазифаларни бажариш учун, масалан гипертания касаллигини ёки туғма ривожланиш нуқсонларини аниқлаш соҳасида қўшимча тиббий хизматлар зарурати туғилади. Давлатнинг ихтиёридаги вазифа бўлган санитария-профилактика билимлари кенг аҳоли ўртасида ҳам, мутахассислар ўртасида ҳам, ёхуд айрим специфик аҳоли гуруҳлари ўртасида ҳам жамоат соғлиқни сақлашининг дастурлари ва тадбирларидан саналади. Бу вазифа жамоат соғлиқни сақлаши тизими ҳамма соҳаларининг асоси ҳисобланади.

Иқтисодий рағбатлантириш дастурлари бўлиб, уларга биноан соғлиқни сақлаш органлари грантлар беради ёки молиялашнинг бошқа усулларидан фойдаланади. Иқтисодий рағбатлантириш кўпинча янги тадбирлар тизимини таъминлаш, жамоат соғлиқни сақлашининг кам ривожланган соҳаларида аҳволни яхшилашнинг энг кенг тарқалган усули ҳисобланади.

Соғлиқни сақлашда ноҳукумат ташкилотларининг роли

Жамоат соғлиқини сақлаш тизими сиёсатини белгилашда хусусий ва жамоа секторларининг нисбати масаласи марказий ҳисобланади. Жамоат соғлиқни сақлаши тизими фаолиятининг биринчи тамойили шундан иборатки, у умуман аҳолига қаратилган, бунда специфик муҳтожликлари бўлган аҳоли гуруҳларига алоҳида эътибор берилади. Бундай ёндашув кўпинча ялпи тиббий хизмат кўрсатиш тизимларини яратишни талаб этади, чунки тиббий эҳтиёжлари юқори аҳоли гуруҳларининг вакиллари анъанавий хусусий сектор ёки тиббий суғурта берадиган хусусий компаниялар доирасидаги тиббий хизматни олиш имкониятига эга бўлмайд қоладилар.

Ривожланган мамлакатларда ҳам, ривожланаётган мамлакатларда ҳам давлатнинг тиббий таъминлашдаги роли беқийёсдир. Ҳатто давлат умумий тиббий суғуртани таъминлаши учун масъулиятни ўз зиммасига олган тақдирда ҳам тиббий хизматни амалга ошириш хусусий ҳамда жамоат ноҳукумат ташкилотлари ихтиёрида қолади.

Тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида мутахассислар тайёрлаш асосан давлат ва регионал таълим органлари назорат қилиб турадиган университетларда ва коллежларда амалга оширилади. Бундай тайёрлаш амалий тиббиёт ходимлари таълимнинг академик даражаси ошишига имкон беради. Илмий тадқиқот ишлари амалий фаолият билан боғлиқ ўқув юртларида амалга оширилганда яхшироқ натижалар беради.

Тиббиётда хусусий ва жамоат секторлари

Юқори сифатли тиббий хизмат кўрсатишнинг ҳаммабоплиги аҳолининг ажралмас ҳуқуқлари сирасига киради ва соғлиқни сақлаш тизимининг яхши ташкил этилганлигидан далолат беради. Бу клиник ва профилактик хизмат кўрсатиш билан боғлиқ хизматларни амалга оширишга тааллуқли. Тиббиётда хусусий амалиёт анъаналари талайгина мамлакатларда, жумладан тиббий хизмат давлат томонидан молиялаштирилладиган Канада ва Германияда кучли. Жамоат секторидан ишлайдиган врачлар хизматига хусусий ҳақ тўлаш тизими кенг тарқалган, бунда давлат даволаш муассасаларида ишлайдиган врачларнинг бўш вақтларида хусусий амалиёт билан шуғулланиши, асосий иш жойида иш соатларининг чегараланишига ва даволаш жараёни кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади. Бу ҳодисага чек қўйиш қийин, бироқ уни назорат қилса бўлади.

Бошқариш ва рағбатлантириш

Давлат тиббиёт муассасаларининг мос ҳолда жиҳозланишига ва уларнинг фаолият стандартларига риоя қилиши учун масъулиятлидир. Тизимни молиялаш унинг фаолият ҳажмига мувофиқ келиши ва жамоат воситаларини кенг жалб қилиш йўли билан амалга оширилиши керак. Тиббий хизматлар кимга тегишли ва уларни ким бошқаришидан — давлатми, ноижорат ташкилотларими ёки ҳомийлар кенгашларими — бундан қатъи назар, тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида аҳоли эҳтиёжларини қондиришга давлат соғлиқни сақлаш органлари жавобгар ҳисобланади.

Минг аҳолига ҳисоб қилинадиган касалхона ўринлари ва тиббиёт ходимлари миқдори эҳтимол соғлиқни сақлаш иқтисодиётида энг муҳим кўрсаткич бўлиши мумкин. Миллий ва регионал соғлиқни сақлаш органлари давлат ва хусусий касалхоналар миқдорини қисқартириш ваколатига эга. Врачлар сонининг ошиб кетганлиги кўпгина ривожланаётган мамлакатларда, масалан Лотин Америкасида жиддий муаммодир. Қонунчилик ва молиялаш соҳасидаги ваколатлар, шунингдек

молиявий назорат усулларида тиббиёт факультетларига ўқишга кираётган абитуриентлар сонини қисқартиришда фойдаланиш мумкин.

Тиббиёт муассасалари фаолиятини бошқариш

Эркин бозор шароитида ҳар бир корчалон хусусий даволаш муассасасини очиши мумкин, бундай жойлардаги тиббий хизмат сифати ва стандартлари жуда хилма-хил бўлиши мумкин. Шимолий Американинг кўпгина жамоаларида узоқ вақт парвариш қиладиган хусусий даволаш муассасалари фаолияти устидан назорат қилинмаганлиги тиббий хизмат сифати пасайиши сабабли айрим ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келди. Соғлиқни сақлаш органлари ўзининг лаёқатсизлигини кўрсатиб, шундай ташкилотларнинг ишига аралашмай қўйди. 60-йилларда жамоатчиликни бу муаммо жуда ташвишга солди ва назоратнинг бирмунча таъсирчан механизмлари ишга туширилди. Қарияларни тиббий парвариш қилиш ва қашшоқларга тиббий ёрдам кўрсатиш федерал инстанцияларнинг тегишли идоралари томонидан амалга оширилди.

Даволаш муассасалари фаолиятини назорат қилишнинг бошқа воситаси даволаш масканини кенгайтириш ёки реконструкция қилишга доир зарурлиги тан олинган ҳар қандай режани маъқуллайдиган тегишли сертификат олиш ҳисобланади.

Тадқиқот ва ўқитувчилик фаолиятининг ривожланиши

Тиббиёт фани ва тиббиёт факультетидаги ўқитувчиларнинг юқори малакаси келажак тиббий таъминотини ривожлантиришнинг гаровидир. Келажакда ВИЧ-инфекция ва безгакка қарши янги вакциналар, генетик ва хроник касалликларни даволаш методикалари ишлаб чиқилади. Фақат янги тиббиёт кадрларигина тайёрланиб қолмай, уларни тайёрлаш сифати оширилади ва тиббий аралашув методлари хавфсизлиги таъминланади. Бу мамлакатда тиббий таъминот стандартлари ошишига олиб келади.

АҚШ да Саломатлик миллий институтлари (биринчиси 30-йилларда очилган рак институти) тиббий таълимни ривожлантиришда ва илмий-тадқиқот ишларида муҳим роль ўйнади. Саломатлик миллий институтларида ишлаб чиқилган грантлар тизими АҚШ да илмий-тадқиқот ва ўқув тиббиёт муассасаларини молиявий таъминлаб, тиббий таълим стандартларини оширишда муҳим омил бўлиб хизмат қилди. Бу институтлар иккинчи жаҳон урушидан кейин АҚШ ни биомедицина тадқиқотлари бўйича етакчи давлатга айлантиришда муҳим аҳамиятга эга бўлди.

Бошқа мамлакатлардаги етакчи миллий марказлар қаторига Франциядаги Пастер институти ва Буюк Британиядаги Кембриж лабораториялари киради. Улар давлат томонидан молияланади ва ўзининг кўп сонли юксак малакали тадқиқотчилари билан ажралиб туради. Улар ўз асарларини фаол чоп этадилар ва ахборотлар билан алмашадилар, етакчи халқаро илмий нашрлардан баҳраманд бўладилар, халқаро анжуманларда ва илмий ҳамкорликнинг бошқа шаклларида, масалан талабалар билан алмашинувда ва меҳмон профессорлар билан маърузалар ўқишда иштирок этадилар.

Грантлар олишнинг рақобат тизими тиббий таълимни академик даражагача ошириш стандартлари учун таъсирчан бўлиши мумкин. Собиқ совет республикаларида тиббиёт ўқув юртарининг давлат томонидан маблағ билан таъминланиши мустақил манбалардан дотациялар олиш билан бирга олиб борилган бўлиши эҳтимол. Касбга доир тиббиёт журналлари ва ҳозирги замон стандарт дарсликларидан фойдалана олиш, илмий-тадқиқот фаолиятининг ривожланиши ва хорижий тилларни чуқур ўрганишга талаблар бунга мезонлар бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Аккредитация ва тиббий хизмат сифатини таъминлаш

Соғлиқни сақлаш идоралари тиббиёт муассасаларини бошқариш учун етарли даражада ваколатларга эга бўлсалар-да, мазкур муассасалар фаолиятида стандартлар даражасининг муваффақиятли ўсиши учун касбга доир тавсияномалар ва мезонлар асосида уларнинг аккредитациядан ўтиши ғоят муҳим. Кўнгилли аккредитация қилиш давлат соғлиқни сақлаш идоралари амалга оширадиган назорат бўйича расмий фаолиятга муҳим кўшимча ҳисобланади.

АҚШ ва Канадада кўнгилли аккредитация ва коллегиял назорат тизими Шимолий Американинг ҳамма стационар даволаш муассасаларини қамраб олади, 20-йилларда тузилган касалхоналар аккредитацияси бўйича Бирлашган Комиссия томонидан амалга оширилади. Тиббий таъминот ва тиббий қўллаб-қувватлаш тизимлари аккредитациядан ўтмаган касалхоналар кўрсатадиган тиббий хизматларга ҳақ тўламайди. Исроилда узоқ вақт парвариш қиладиган тиббий муассасалар фаолияти устидан миллий назорат тизими яратилган эди, бу ўтган ўн йил ичида мазкур муассасалар фаолиятида стандартларни ва тиббий хизмат кўрсатишни яхшилашга олиб келди.

Сўнгги ўн йил мобайнида Буюк Британия ва Австралияда даволаш муассасаларини ихтиёрий аккредитация қиладиган ноҳукумат тизими вужудга келди.

Аҳоли соғлиғи ҳолатининг мониторинги

Жамоат соғлиғини сақлаш тизими доимо ахборотга асосланди. Соғлиқни сақлаш сиёсатини онгли ўтказиш учун ахборотларни йиғиш, ишлаб чиқиш ва таҳлил қилиш зарур, ахборот маълумотлари соғлиқни сақлашга доир масалаларининг кейинги таҳлили ва муҳокамаси учун ҳамма манфаатдор ташкилотларга етиб борадиган бўлиши керак.

Миллий Соғлиқни сақлаш бошқармаси инфекцион ва хроник касалликлар эпидемиологияси, демографик статистика, мавжуд хизматлардан фойдаланиш даражаси ва аҳоли соғлиқ ҳолати мониторинги бўйича ахборот маълумотларини ишлаб чиқиш ва таҳлил қилишга масъулиятли ҳисобланади. Мазкур ахборотлар йиғилган, ишлаб чиқилган, нашр этилган ва соғлиқни сақлашни бошқариш ва режалаштириш соҳасидаги мутахассислар, эпидемиологлар, тиббиёт ходимлари ва кенг аҳолига етиб борган тақдирдагина қимматли ҳисобланади. Фарб мамлакатларида ва Америка Қўшма Штатларида ахборотни ишлаш ва таҳлил қилиш соҳасида бой анъаналар мавжуд.

Тиббий-демографик статистика, касалланиш ва ўлим тўғрисидаги маълумотлар ва стандартлар ҳамда тавсияномалар ишлаб чиқиш бўйича маълумотлар аҳолининг соғлиқ ҳолати мониторинги учун долзарб ахборот беради. Шу тариқа айрим касалликлар ва аҳолининг айрим гуруҳлари бўйича касалланиш мониторинги таъминланиб, бу қимматли эпидемиологик ахборот манбаи ҳисобланади. Масалан, туғма ривожланиш нуқсонлари, таносил йўл билан ўтадиган касалликлар, сил ва ВИЧ-инфекцияларга оид ахборотлар шулар қаторига киради.

Модемлар, телефонлар ва факслар билан жиҳозланган персонал компьютерларнинг арзон технологияси мавжуд ҳозирги даврда маҳаллий соғлиқни сақлаш органларида «Интернет» тизими орқали ўз вақтида ахборот олиш имконияти пайдо бўлди. Ахборот манбаларига қуйидагилар киради:

— тиббий статистика ва тиббий-демографик статистиканинг миллий марказлари;

— инфекцион ва ҳисобот учун мажбурий касалликлар бўйича эпидемиологик ҳисоботлар ва касалликларни назорат қилиш ва уларга қарши курашиш бўйича марказлар;

— аҳолини рўйхатга олиш маълумотлари;

— специфик касалликлар, масалан рак бўйича маълумотлар;

— беморларни шифохонадан чиқариш маълумотларини қайд этадиган касалхона ахборот тизимлари;

— етакчи лабораториялар;

— заҳарловчи моддаларни назорат қилиш бўйича марказлар;

- «Medline» тиббий ахбороти тизимига кира оладиган марказий тиббиёт кутубхоналари;
- врачлар, тиббиёт ҳамширалари ва стоматологлар тўғрисидаги маълумотлар;
- миллий фармакопея.

Хулоса

Соғлиқни сақлаш ташкилоти аҳоли соғлиғини мустақкамлашнинг асосий омили ҳисобланади. Соғлиқни сақлашнинг вазифалари ва мақсадларини, уларнинг ютуқларини аниқлаш учун соғлиқни сақлашда маҳаллий, регионал ва миллий даражалар бўлиши зарур. Бир мамлакатда тўпланган ташкилий тажриба бошқа мамлакатларда фойдали бўлиши мумкин. Халқаро миқёсларда тарқаладиган ахборот ва маълумотлар ўз соғлиқни сақлаш тизимини яратишга куч сарфлаётган ҳар бир мамлакатнинг бойлиги ҳисобланади.

Янги жамоат соғлиқни сақлаши касалликларнинг олдини олиш ва профилактикаси ҳамда соғлиқни мустақкамлашни ўз олдига мақсад қилиб қўяди.

Рефератлар мавзулари

1. Давлатнинг ҳар хил даражалари (федерал, регионал ва маҳаллий) ўртасида соғлиқ учун масъулият ва ҳокимликнинг тақсимланиши.
2. Бу даражалардан ҳар бирида соғлиқни сақлашни молиялаш тамойиллари ва хусусиятлари.
3. Соғлиқни сақлаш департаментларининг қуйидаги функциялар: бошқариш, молиялаш, мувофиқлаштириш; бевосита хизматларни рўёбга чиқариш йўли билан соғлиқ профилактикаси ва уни мустақкамлаш дастурини ташкил қилиш.
4. Давлатнинг NGO ролини рағбатлантириш, масалан университетлар ва хусусий даволайдиган врачлар, таълим стандартларини яхшилаш ва тиббий ёрдам кўрсатиш.
5. “Идеал тизим” мисолида Янги жамоат соғлиқни сақлашини ташкил қилиш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

— Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Ўқув қўлланма/ Ю.П. Лисицин, Н. В. Полянина, К. А. Отдельнова/ Ю. П. Лисицин таҳрири остида, М., 1998. 698 бет. American Public Health Association/ Model Standards: A Guide for Community Preventive Health Services.

— American Public Health Association. Model Standards: A Guide for Community Preventive Health Services. Washington, DC: APHA, 1985.

— American Public Health Association. *Healthy Communities 2000: Model Standards*. Third Edition. Washington, DC: APHA, 1991.

— Pickett G, Hanlon JJ. *Public Health Administration and Practice*, Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing, 1990.

— Health People 2000 Review, 1994. DHHS Publication No. (PHS) 94-1256-1.

Библиография

— Buttery CMG. *Handbook for Health Directors*. New York, NY: Oxford University Press, 1991.

— Centers for Disease Control. *Profile of State and Territorial Public Health Systems: United States, 1990*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, 1991.

— Green LW, Ottoson JM. *Community Health*, Seventh Edition. St. Louis: Mosby, 1994.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМЛАРИДА РЕЖАЛАШТИРИШ ВА БОШҚАРИШ

Боб мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Соғлиқни сақлаш сиёсати ва режалаштириш масалалари * Бошқариш назарияси * Муайян вазифаларни бажаришга мўлжалланган бошқарув * Одам хулқ-атвори стереотипларининг ўзгариши * Ташкилий моделлар * Соғлиқни сақлаш тизимини стратегик бошқариш * Соғлиқни сақлаш тизими ташкилот сифатида * Касалхона ташкилот сифатида * Тиббиёт муассасасини ташкил қилиш моделлари * Соғлиқни сақлашда маркетинг * Янги ташкилий моделлар * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография

Ўқув мақсадлари

Ушбу бобни ўрганиб, талабалар куйидагиларни ўзлаштирадilar:

- Соғлиқни сақлаш тизимининг ҳамма даражаларида бошқаришнинг роли;
- Соғлиқни сақлаш тизимида бошқариш назариясини амалда татбиқ қилиш масалалари;
- Соғлиқни сақлаш тизимида раҳбар ходимлар фаолиятининг тамойиллари ва вазифалари.

Кириш

Ташкил қилиш тамойилларидан қатъи назар, турли мамлакатлардаги соғлиқни сақлаш тизимлари тармоқлаган структурадан иборат бўлиб, унинг фаолиятини таъминлаш катта молиявий харажатлар ва кўп сонли ходимларни жалб этиш билан боғлиқ. Бундай тизимларни бошқариш тамойиллари кўп жиҳатдан бошқа хўжалик соҳаларидаги бошқариш тамойилларига ўхшаш. Бу соғлиқни сақлаш ўз-ўзини қоплаш тамойилига ўтиши керак деган гап эмас, бироқ бошқарув назариясини соғлиқни сақлашга ҳам татбиқ этса бўлади. Энди иш бошлаётган тиббиёт ходими соғлиқни сақлаш фахрийси сингари раҳбарлик лавозимига кўтарилиш

ва соғлиқни сақлаш тизимининг ҳар қандай бўғинида қатнашиш эҳтимоли борлиги туфайли бошқарувнинг асосий тамойилларини ўрганиши лозим.

Соғлиқни сақлаш сиёсати ва режалаштириш масалалари

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсатнинг асосий мақсади шуки, у аҳолининг эҳтиёжларини имкон борича қондириши лозим. Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг стратегик йўлини танлаш одатда давлат устувор йўналишлари ва эпидемиологик маълумотлар асосида олинган аҳолининг тиббий хизматга эҳтиёжига баҳо бериш натижаларини ўз ичига оладиган бир неча омиллар таъсири остида амалга оширилади. Тиббиёт ходимлари ва бошқа ташкилотларнинг группавий манфаатларини ҳимоя қилиш ҳам соғлиқни сақлаш соҳасидаги стратегияни аниқлаш жараёнининг бир қисми ҳисобланади ва тиббий таъминот тизимларини режалаштириш ва бошқаришда муҳим роль ўйнайди.

Соғлиқни сақлаш сиёсати, соҳадаги бошқарув ва режалаштириш кўп жиҳатдан ўзаро боғлиқ ва ўзаро қарамдир. Ҳар қандай вазифанинг қўйилиши уни бажариш методларини ишлаб чиқиш билан бирга олиб борилиши керак. У ёки бу вазифани амалга ошириш методлари соғлиқни сақлаш сиёсатининг бир қисми ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш сиёсатини ишлаб чиқиш тиббий хизматнинг муқобил шаклларига баҳо бериш учун харажатларни ва натижаларни қиёсий таҳлил қилишни кўзда тутлади. Тиббий хизматларнинг структураси бўйича ҳам, улар фаолиятининг мазмуни бўйича ҳам қарорлар қабул қилинади. Бунда тиббий таъминот тузилишини молиялаш, ресурсларни тақсимлаш ва бирламчи, иккиламчи ва учламчи тиббий хизматлар нисбатлари масалаларини ўз ичига олган турли-туман омиллар назарда тутилиши керак. Иқтисодий таҳлил, мониторинг ва баҳо бериш соғлиқни муҳофаза қилиш соҳасида аҳоли эҳтиёжларини аниқлаш жараёнининг ажралмас қисми ҳисобланади. Тиббий хизматлар миқдори ва сифати ҳам давлат, идоралар ва профессионал (касаба) ташкилотларнинг иштирокида тартибга солинади. Мақсадлар, вазифалар ва устувор йўналишлар одатда тегишли органлар томонидан белгиланади, бошқарма ходимлари эса қабул қилинган қарорларни амалиётда ҳаётга жорий қилиш учун жавоб берадилар.

Сиёсий жиҳатлар соғлиқни сақлашни режалаштиришнинг муҳим таркибий қисми бўлиб қолади. Давлат маблағларини тақсимлашда соғлиқни сақлаш эгаллаб турган жой, шунингдек давлат бюджетидан соғлиқни сақлаш эҳтиёжлари учун бериладиган маблағларнинг процент (фоиз) улуши сиёсий қарорлардан ҳисобланади. Воситаларни соғлиқни сақлаш тизими ичида тақсимлаш ва уни давлат, регионал ва маҳаллий миқёсларда молиялаш амалиёти ҳам сиёсий қарорлардан ҳисобланади.

Ҳар бир конкрет тадбир ёки дастур вазифа кўламларига мос келадиган ресурслар билан таъминланиши лозим.

Соғлиқни сақлаш сиёсати давлат вазифаси сифатида мафкуравий таъсирга берилувчан бўлади, бунда у ҳукмрон партиянинг социалистик ориентациясини ёки унинг эркин ишбилармонлик тамойилларига мойиллигини акс эттириши шарт эмас. 1881 йилда Германияда Бисмарк томонидан антисоциалистик қадам сифатида давлат тиббий суғуртаси жорий қилингандан сўнг кўпгина индустриал мамлакатлар ўзларида давлат тиббий суғуртаси дастурларини қабул қилди. Одатда бу социалистик партияларнинг ташаббуси эди, бироқ либерал ва консерватив партиялар ҳокимиятга чиққандан сўнг кўпинча жорий этиб бўлинган дастурларини бекор қилмадилар. Ҳатто 1990 йилдаги консерватизмнинг янги тўлқинида ва иқтисодиётда асосан бозор механизмларига ўтилганда давлатнинг соғлиқни сақлаш тизимини молиялашдаги роли ва унинг аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш учун масъулияти танқид остига олинмади.

Бозор иқтисодиёти тараққий қилган кўпчилик мамлакатларда соғлиқни сақлаш миллий вазифа ва ижтимоий фаровонлик гарови сифатида қабул қилинади. Бу мамлакатларда тарихан давлат бюджетида соғлиқни сақлашга ажратиладиган маблағлар улуши нисбатан юқори ва шунингдек врачлар ва тиббиёт ходимларининг даромади ҳам ғоят юқоридир. Бундай мамлакатларда соғлиқни сақлашга харажатлар ЯММ дан 7—14%ни ташкил қилади. Айрим индустриал мамлакатлар, айниқса собиқ социалистик мамлакатлар соғлиқни сақлашга «ноишлаб чиқариш» соҳаси сифатида қарайдилар, уни жамоат бойлигини ишлаб чиқарадиган соҳа эмас, балки воситалар ва ресурсларни сарфлайдиган соҳа деб ҳисоблайдилар. Шу сабабли уларда давлат бюджетидан соғлиқни сақлашга ажратиладиган маблағлар улуши саноати тараққий қилган бошқа мамлакатларга нисбатан паст бўлиб келган. Тиббиёт ходимларининг иш ҳақи саноатдаги ишчиларга қараганда кам бўлган.

Бошқариш назарияси

Бошқариш назарияси ўз олдига қўйилган мақсадларига энг мақбул усулда эришиш учун ташкилий ресурсларни (масалан, пуллар, моддий ва инсон ресурслари, вақт ва маконни) мувофиқлаштириш ва интеграция қилишдан иборат.

Бошқариш худди тиббиёт каби ҳам фан, ҳам санъатдир. Тиббиётда илмий ва технология билимларини амалиётда татбиқ қилиш учун муайян назарий билимларни эгаллаш ва уларни ҳаётга жорий қилиш зарур. Шу тариқа бошқарув назарий асосга қурилади, бу ўз навбатида одам хулқ-

атвори тўғрисидаги фанларга (социология, психология, антропология), ижтимоий фанлар (иқтисодиёт, тарих, сиёсатшунослик, этика)га таянади ва миқдорий таҳлил методларидан (статистика, эпидемиология) фойдаланади. Ижтимоий фанлар мотивация, статус, группавий динамика, ўзаро таъсирлар, ҳокимият обрўси ва етакчилик каби ижтимоий- психологик омилларни тушунишга имкон беради. Ижтимоий фанлар тизимлар структураси концепцияларини ишлаб чиқиш учун пойдевор ҳисобланади. Қиёсий таҳлилни илмий негизда ташкил қилиш ва бошқариш тамойиллари ишлаб чиқилади, фалсафа ва группавий қадриятлар йўналишини тушунишнинг гарови ҳисобланади.

Бошқарувнинг тадбиркорликда (бизнесда), саноатда, ҳарбий ва ҳукумат доираларида ва уларнинг айрим кенжа тизимларида аҳамияти катта. Ҳар бир киши бошқариш билан боғлиқ муайян вазифаларни, ҳаттоки оила миқёсида амалга оширади. Соғлиқни сақлаш шу қадар мураккаб ва қимматбаҳо ташкилий тизимки, бошқариш, шубҳасиз, унинг интеграл қисмларидан бири саналади, бошқариш бўлмаса, нормал фаолият олиб бора олмайди.

Ташкил қилиш назарияси нисбатан янги фан ҳисобланади. Соғлиқни сақлашни ташкил қилиш тобора қийинлашиб бораяпти, у назария, технология ва амалий тиббиётнинг туташган жойи ҳисобланади, шунинг учун ташкил қилиш усулларини тадқиқ этиш соғлиқни сақлаш тизимини бошқариш ва унинг нормал фаолият кўрсатиши учун катта аҳамиятга эга.

Бошқариш ўз таркибига режалаштириш, раҳбарлик ва назоратни, қарорлар қабул қилиш жараёнини олади. Бундан ташқари, яна ресурслардан фойдаланиш соҳасидаги тадқиқотлар, тизим амалий фаолиятининг субъектлари бўлган ишлаб чиқарувчи, тиббиёт ходимими ёки истеъмолчимми, мижоз ёки бемормми, бундан қатъи назар, кишилар мотивациясини ўрганиш киради. Бу жараёнларнинг жами ахборат ёрдамисиз бўлмайди.

Бошқаришнинг илмий негизи

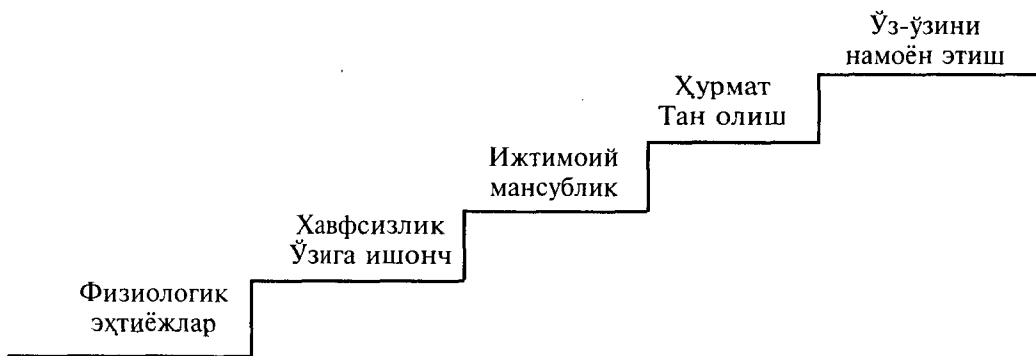
Бошқарув соҳасидаги илмий ёндошувга Фредерик Уинслоу Тейлор (1856—1915) асос солган. Унинг ишлари амалий вазифалар билан белгиланган ва меҳнат умумдорлигини ошириш вазифа қилиб қўйилган тадқиқотлари натижасида олинган эмпирик кузатувларга асосланган. Тейлор саноат корхоналарида меҳнатни илмий ташкил қилиш тамойилларини жорий этиш қоидаларини ишлаб чиққан. Унинг фикрича, меҳнат умумдорлигини оширишнинг энг яхши усули ишчининг амалий фаолиятига янги технологик методларни жорий этиш ҳисобланади. Мазкур назария ишчига қурол сифатида қарайди ва раҳбарият ундан

истаганча фойдалана олади. Бунда оқилона режалаштириш методлари саноат маҳсулотини ишлаб чиқариш кўрсаткичларини яхшилашга олиб келади, деб ҳисобланган. Тейлор ҳар бир ишчининг меҳнат унумдорлигини оширишга ва бошқаришни илмий негизга қуришга ҳаракат қилган. Бу ходимларнинг ҳам, ишбилармонларнинг ҳам даромадлари кўпайишига олиб келади деган. Тейлор, агар ходим шахсий меҳнатининг эмас, балки ўз фаолиятининг охир-оқибатдаги мақсадидан хабардор бўлса, унинг меҳнат унумдорлиги ошишини аниқлаган. Мазкур ёндашув XX асрнинг дастлабки ўн йилликлари мобайнида бошқарув назариясида устунлик қилиб келган.

А. Маслоу бўйича эҳтиёжларнинг иерархик шкаласи

Бошқариш назариясига психолог Абрахам Маслоу (1908—1970) муҳим ҳисса қўшди. У одамнинг шахсий эҳтиёжлари устуворлигини, шу жумладан яшаб кетиш учун уларни қондириш зарурлигини аниқлади; буларга: севги, ижтимоий мансублик, шон-шухрат ва шахсан муҳимлигини ҳис қилиш киради. Яшаб кетиш билан боғлиқ физиологик эҳтиёжлар хавфсизликка, турар жойга, овқатга, иссиқликка ва бошқаларга, шунингдек тиббий таъминотга эҳтиёжларни ўзида мужассам этади. Буларнинг ҳаммаси инсон қадриятлари иерархиясида биринчи ўринларни эгалайди. Бу эҳтиёжлар қондириладиган бўлса, инсон ўз хулқ-атвори билан ўз-ўзини намоён қилишга ва ўз-ўзини танишга эҳтиёж сезади.

Бу концепция бошқаришда муҳим роль ўйнади. Бундай ёндашув бошқарув тамойилларини тадқиқ қилиш соҳасида, саноатда ва хизмат кўрсатиш соҳасида янги имкониятлар очиб беради. Қуйидаги диаграмма Маслоунинг инсон эҳтиёжларининг иерархик шкаласини кўрсатади.



1-расм. А. Маслоу бўйича инсон эҳтиёжлари шкаласи.

Хоторн эффекти

1927—1932 йилларда Гарвард бизнес мактабида ишлаган олим Элтон Мэйо Хоторнда Иллинойс фабрикасининг Фарбий Электр компаниясида бир қанча тажрибалар ўтказди. Мэйо ва унинг ҳамкасблари, муҳандислар ва психологлар бошқариш назарияси ривожланишига талайгина ҳисса қўшдилар. Мэйо тажрибалари конвейердаги деталларни кўпроқ ёритишнинг меҳнат унумдорлигига таъсирини ўрганишдан бошланди. Шундан сўнг меҳнат шароитлари бошқа йўллар билан яхшиланди, иш куни қисқартирилди, дам олиш учун танаффуслар узайтирилди, ишлаб чиқариш хоналари рангли ёруғлик билан безатилди, иш жойида мусиқа ва ташқи муҳитнинг бошқа омиллари ўрнатилди. Тадқиқотлар иш шароитларидаги ижобий ўзгаришларнинг ҳар бири меҳнат унумдорлиги ошишига олиб келишини кўрсатди. Бироқ, олимлар у ёки бу омил дастлабки ҳолатига қайтарилганда меҳнат унумдорлиги пасайиб кетмаганлигидан таажжубда қолдилар. Устига-устак, меҳнат шароитлари яхшиланмаган контрол гуруҳда меҳнат унумдорлиги бутун тадқиқотлар даврида ўсди. Мэйонинг хулосаси шундан иборат бўлдики, ишчиларда меҳнат унумдорлиги корхона маъмурияти томонидан уларга кўрсатилган ғамхўрликка жавобан кўтарилган.

Бундан олдинги назария меҳнат унумдорлиги меҳнат шароитлари ва ишчиларнинг унинг натижаларидан манфаатдорлигига боғлиқ деб ҳисобланган эди. Хоторн эффекти деб ном олган кашфиёт меҳнат унумдорлигига социал-психологик омиллар билан таъсир қилишнинг муҳимлигини кўрсатди.

Х назарияси — Ҳ назарияси

«Х назарияси — Ҳ назарияси» концепцияси Дуглас Мак-Грегор томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, одам табиатининг ташкилланган фаолият таъсирига иккита қарама-қарши ёндошув борлигини кўздан кечиради. Марказий раҳбариятнинг қарорлар қабул қилиш учун масъулият тамойили, ташкилот структураси негизида ётган иерархик пирамида ва ташкилот фаолияти устидан ташқи назорат қилиш тамойили муайян нуқтаи назардан қараганда одам табиатига ва одам хатти-ҳаракатлари мотивациясига асосланган. Мак-Грегор назарияси Маслоу эҳтиёжлари иерархик шкаласининг давоми бўлиб, кўпчилик кишиларнинг ўз-ўзини назорат қилиши ва ўз-ўзини бошқаришини тан оладиган муқобил асос тизимини таклиф этди.

Аввалидан негатив Х назарияси ўз табиатига кўра хатти-ҳаракатларида бойлик орттириш ва эҳтимол тутилган жазо олдидан қўрқувга тушадиган кишиларга ишониб бўлмайдиган деб ҳисоблайди. Ҳ назарияси эса, аксинча, позитив ёндошиб, одамда ўз-ўзини назорат қилиш қобилияти ва оқилона

раҳбарлик қилинганда юзага чиқадиган ижод ибтидоси яширинган деб ҳисоблайди. Бу назарияга мувофиқ раҳбарлик функцияси одамда бу потенциални очишдан иборат. Ҳ назарияси одам потенциали ва мотивациясига бирмунча оптимистик қараш билан ажралиб туради.

11.1 жадвал

Одам табиатининг уюшган фаолиятга таъсири

Х назарияси	Ҳ назарияси
Одамларга меҳнатга нисбатан туғма жирканиш хос	Қулай шароитлар яратилганда одам учун меҳнат ўйин каби табиийдир
Кўпчилик кишилар паст мотивация, ўзига масъулият олишни истамаслик ва биров раҳбарлиги остида ишлашга интиладилар	Ташкилий муаммоларни ҳал қилишда ички назорат аксарият шарт
Кўпчилик кишиларда ташкилий муаммоларни ижодий ҳал қилиш потенциали кучсиз.	Аҳолининг катта қисми ташкилий муаммоларни ҳал қилиш учун ижодий потенциалга эга.
Кишилар мотивацияси физиологик эҳтиёжларни қондириш ва хавфсизликни таъминлаш заруриятига боғлиқ.	Мотивация ижтимоий сабабларга, атрофдагиларнинг уни юқори баҳолашига ва ўз-ўзини намоён қилишига, шунингдек физиологик эҳтиёжларининг қондирилишига ва хавфсизлик таъминланиши зарурлигига боғлиқ.
Кўпчилик кишиларнинг ишини қунт билан назорат қилиш ва уларнинг олдига қўйилган вазифалар бажарилганда рағбатлантириш керак.	Тўғри раҳбарлик қилинганда кишилар ўз ишига ижодий ёндошуви ва ўзининг юксак интизомини намойиш қилиши мумкин.

Етилмаган ва етилган реакциялар назарияси

Йель университетидан Крис Эйгирис «Х назарияси — Ҳ назарияси» концепциясини ишлаб чиқишни давом эттирди. У корхонани эффектив амалий бошқариш ишчиларнинг хулқ-атвориغا ва ривожланишига таъсир кўрсатишини тадқиқ қилди. Олим Х назариясига қўшилмади, чунки унга биноан бошқариш ишчи томонидан етилмаган реакциялар: пассивлик, қарамлик, қизиқишларнинг саёзлиги ва камлиги, олдинга қарай билмаслик, уни кимдир бошқаришига интилиши ва ўзини шахс сифатида етарлича ҳис қилмаслиги пайдо бўлишини чақиради. У ривожланиш натижаси сифатида ишчининг етилган ва етилмаган реакциялари кўламнинг қарама-қарши сифатлари: ишга фаол ёндошиш, фикрларнинг мустақиллиги, қарорлар қабул қилиш қобилияти, чуқур ва жиддий қизиқишлар, кейинги оқибатларни кўра билиш, ўзини тенг деб ҳисоблай олиш ва бошқаларга бошчилик қилиш, юксак даражадаги ўз-ўзини англаш, ўз-ўзини назорат ва ўз-ўзини интизомли қилишни ажратди.

Меҳнат гигиенасида мотивация назарияси

Инсон хулқ-атворини изоҳлаб бериш бирмунча баракали иш шароитини яратиш мақсадида одам имкониятларини аниқлаш, ўзгаришлар ва янгиликларга қаршилиқни сусайтириш, ихтилофларнинг олдини олиш ва шу тариқа ишни бирмунча таъсирчан уюштириш учун кўпгина бошқа назариялар яратилган эди. Кейз-Вестерн-Резерв университетидан Фредерик Хейцберг гигиенада ўзининг мотивация назариясини муҳандислар ва бухгалтерлар касб фаолиятини кўп йиллар мобайнида тадқиқ қилганидан сўнг таклиф қилди. Буйруқбозлик ва назорат тамойиллари, молиявий масалалар, техника хавфсизлиги муаммолари ва мутахассислар статуси мазкур назарияда меҳнат гигиенаси омиллари сифатида кўздан кечирилган. Олим мотивацияни ошириш омилларига бажарган ишидан қониқиш ҳисси, қийин ва топшириқлардан ташқари лойиҳалар устида ишлаш имконияти, масъулиятнинг ошиши ва касб бўйича ўсиш ва юқорироқ лавозимга кўтарилиш имкониятини киритди.

Пул одамнинг физиологик эҳтиёжларини қондириш имконини беради, бироқ юксак масъулият, касб бўйича ўсиш имконияти ва одатдагидан қийин топшириқларни адо этиш каби мотивациянинг ошиш омиллари инсоннинг ўз-ўзини баҳолаши ошишида ва ўз-ўзини намоён этишида катта роль ўйнайди.

Бу назария шунга олиб келдики, мотивацияни ошириш учун sanoatda оддий «турли-туман ишлар» дан фарқ қиладиган ёндошувлар қўлланила бошланди, яъни ходимлар масъулияти жиддий ва изчиллик билан ошириб борилди, кишиларга йирик ва ўта қийин вазифаларни адо этиш мажбурияти юкланди.

Бошқариш тизимлари

Ҳатто кичик меҳнат жамоатлари ҳам бошқаришга муҳтожлик сезади. Бу кўп жиҳатдан жамоа олдидаги вазифаларни бажаришга қодир ходимлар тайёрлаш заруратини туғдиради, шу тариқа кадрларни бошқариш корхона муваффақияти учун ҳаётий муҳим бўлиб қолади. Мичиган университетидан Ренсис Ликерт ўз тадқиқотларини инсон омилига бағишлади. Бошқаришнинг турли тизимлари назарияларини у қуйидагича тасниф қилди:

1-тизим. Маъмурият ходимларга ишонмайди ва уларнинг маъмурий вазифаларни ҳал қилишга ва мақсадларни аниқлашга жалб этмайди. Маъмурият муайян вазифаларни бажаришни мўлжал қилиб олган, ўзи ишлаб чиққан структура ва зўравонликка асосланган. Кўрқитиш, жазолашлар, таҳдид қилиш ва аҳён-аҳёнда рағбатлантириш унинг асосий методлари ҳисобланади. Маъмурият ва ходимларнинг ўзаро муносабатлари

қўрқув ва ҳадиксираш асосига қурилган. Корхона ичида норасмий ташкилотлар тузиш қаршиликка учрайди.

2-тизим. Раҳбар ходимлар қўл остидаги ходимларга маълум даражада ишонч билан қарайди. Кўпчилик қарорлар маъмурият томонидан қабул қилинади, бироқ оз бўлса-да марказлашмаган ҳолатга йўл қўйилган. Рағбатлантиришдан ҳам, жазо беришдан ҳам фойдаланилади. Норасмий ташкилотлар умумий структурада катта ўрин эгаллай бошлайди.

3-тизим. Маъмурият қарорлар қабул қилишда қатнашган ходимларга анчагина ишонади. Умумий стратегия ва сиёсат кенг маънода маъмурият ихтиёрида бўлади.

4-тизим. Маъмурият ходимларга батамом ишонади. Қарорлар қабул қилишда ҳамма қатнашади, юқоридан пастга ва пастдан юқорига эркин фикр алмашинади. Иқтисодий рағбатлантириш қўйилган вазифаларнинг бажарилиши ва ишлаб чиқариш усуллариининг яхшиланишига боғлиқ. Раҳбар ва оддий ходимлар ўртасидаги ўзаро муносабатлар эркин, дўстликка ва ўзаро ҳурма-иззатга асосланган.

Тадқиқотлар бошқариш тизими биринчи моделдан тўртинчи моделга кескин ўзгарганда меҳнат унумдорлиги яхшиланишига, маҳсулот таннархи ва кадрлар қўнимсизлиги пасайишига, жамоада интизомнинг ошишига олиб келишини кўрсатди.

Муайян вазифаларни бажаришга мўлжалланган бошқариш

Унумдорликка эришиш мақсадида мавжуд куч-қудрат ва ресурслар билан бошқариш тизимларини ривожлантириш муаммоларини ечишга ва қўйилган вазифаларни бажариш учун янги методикаларни жорий қилишга имкон берадиган ишларни ташкил этиш билан борди. Бу хизматлар соҳасида ҳам, саноатда ҳам бошқариш тизимлари табиатини аниқлашга тааллуқли.

Тезкор қарорлар қабул қилиш

Тезкор қарорлар қабул қилиш концепцияси иккинчи жаҳон уруши йилларда ҳарбий ҳаракатлар олиб боришда юзага келадиган специфик муаммоларни ҳал қилиш учун Британия олимлари ва ҳарбийлари томонидан ишлаб чиқилди. Бу ёндошув кўп ихтисосли мутахассислар жамоаларини тузишга асосланган бўлиб, улар конкрет жанговар шароитларда тирик жон ресурслари ва техникадан фойдаланиб, юзага келадиган муаммоларни ечишга қаратилган эди.

Жамоа бўлиб ишлашнинг бу методи уруш шароитларида ўзининг жуда ҳам таъсирчанлигини кўрсатди. Урушдан кейинги йилларда у амалий фанлар соҳасида ва компьютерларни ишлаб чиқишда ўзини тўлиқ оқлади.

Мақсадли бошқариш (Management by Objective — МБО)

Тадбиркорликни мақсадли бошқариш концепцияси дастлаб 60-йилларда пайдо бўлиб, соғлиқни сақлашни бошқаришда кенг тарқалди. МБО бошқаришнинг шундай жараёнидирки, бунда раҳбар ходимларнинг ҳар бири корxonанинг умумий мақсадларини ҳамкорликда аниқлаб, индивидуал масъулият соҳаларини тақсимлайди, ҳар бир бўлимнинг фаолият йўналишини белгилайди ва жамоа ҳар бир аъзосининг ҳиссасига баҳо беради.

Ҳар бир бўлинма учун бош мақсадлар ва вазифалар белгилаши лозим. Умумий ташкилий тузилма қўйилган мақсадларнинг бажарилишига имкон борича ёрдам бериши керак. Мақсадлар охириги натижа сифатида белгиланиши керак, масалан, болалар ва оналар ўлимининг муайян кўрсаткичларини пасайтиришга эришиш. Мақсадлар сифатида қуйидаги фаолият кўрсаткичларидан, масалан, 95% болаларни иммунлаш тадбирлари билан қамраб олиш ёки 100% ҳомиладорларни пренатал тиббий кузатув билан қамраб олиш, шунингдек тиббий хизматнинг ҳар қандай бошқа стандартларидан фойдаланиш мумкин.

11.1 илова



Кибернетика ва бошқариш

Кибернетик тизимлар ёки тескари алоқа тизимлари 50-йиллар бошида техник лойиҳалаш соҳасида мутахассисларнинг ишончини қозониб, кейин ҳозирги замон саноат ишлаб чиқаришининг ҳамма соҳаларида стандарт бошқариш тизимларининг ажралмас қисми бўлиб қолди. Кейинчалик улардан хизмат соҳасидаги бошқарувни амалга оширишда ахборотни сақлаш, ишлаб чиқиш ва уни олишда фойдаланиладиган бўлди. Вақт ўтиши билан кибернетик тизимлар соғлиқни сақлаш соҳасида ҳам қўлланила бошланди. Персонал компьютерлар ёрдамида интернет тизимига чиқиш соҳасидаги тез бораётган ривожланиш ва керакли ахборотни кўп миқдорда олиш бу жараённи тезлаштирди.

Бу тиббий хизмат кўрсатишдаги тизимлар фаолиятини бошқаришда тиббий ахборотлардан фойдаланишнинг қўшимча имкониятларини очиб берди. Ҳар бир минтақа учун маълумотлар базасини яратиш қўшни туманлар, минтақалар ва мамлакатларга қараганда эпидемиологик шароитнинг жорий ўзгаришларини баҳолаш имконини беради.

Тиббий ва тиббий-демографик кўрсаткичлар тўғрисидаги маълумотлар регионал ва давлат миқёсларида ишлаб чиқилиши ва қиёсий таҳлил ўтказиш имконини берадиган универсал шаклда тақдим этилиши керак.

Сифатни тўлиқ назорат қилиш (Total Quality Management — TQM)

Иккинчи жаҳон уруши даврида АҚШда Эдвард Деминг саноат маҳсулоти сифатини назорат қилишнинг иқтисодий ва статистик методлари тизимини ишлаб чиққан эди. Урушдан кейин Деминг шу мавзу бўйича маърузалар ўқиш учун Японияга таклиф қилинган эди. Олим у ерда ўзининг назарий фикрларини саноат корхоналарини реал бошқариш соҳасига татбиқ қилди. Япон саноатчилари унинг бошқариш методларини қабул қилдилар ва саноатнинг ҳамма соҳаларида қўлладилар. Бу методлар ўн йил ичида ақл бовар қилмайдиган ютуқларга олиб келди. Кейинчалик бу концепция АҚШ саноатининг айрим соҳаларига татбиқ этилди. Ҳозир уни соғлиқни сақлаш ва тиббий хизмат кўрсатиш соҳасида қўлланиш масаласи муҳокама қилинмоқда.

Деминг фикрича, маҳсулот сифатини таъминлаш учун жавобгарлик айрим ишчиларнинг эмас, балки корхона маъмуриятининг энг биринчи ва муҳим вазифасидир. Маъмурият бу ишга ўзи бош-қош бўлса, ишчиларни шу ишга чорласа, маҳсулот сифати яхшиланади, унинг таннархи пасаяди, истеъмолчининг қониқиш даражаси ва фирма маҳсулотига ишончи ошади. Ишчиларда ўз маҳсулотларидан фахрланиш ҳисси пайдо бўлади, ишчининг ҳар бир қадами назорат қилинмайди ва у ҳар бир йўл қўйган хатосига

жазо олмайди. Раҳбарият корхонада қўрқув руҳи ҳукмрон бўлишини истамайди, балки иш натижаларидан ишчиларнинг манфаатдор бўлишларига жавоб беради. Ҳар бир компания олдидаги асосий вазифа ходимларни тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳисобланади.

11.2 илова

СТАНДАРТ БОШҚАРИШ НАЗАРИЯСИ

1. Сифатни таъминлаш қимматбаҳо иш.
2. Сифатни таъминлашда назорат асосий омил ҳисобланади, фақат контролёрлар ва инспекторлар етарлича сифат даражасини таъминлашлари мумкин.
3. Тизимларни профессионал бошқариш ташқаридан амалга оширилади, бошқариш жараёнида ишчиларнинг иштироки талаб этилмайди.
4. Белгиланган ишлаб чиқариш стандартлари ва вазифалар, шунингдек маҳсулот тайёрлаш меъёрлари меҳнат унумдорлиги ошишига имкон беради.
5. Ходимлар ишдан осон бўшатилади ёки осон ёлланишади.
6. Рағбатлантириш ва жазолаш бирга олиб борилганда меҳнат унумдорлиги ошишига олиб келади ва ижодий фикрлаш ривожланишига имкон беради.
7. Энг паст нархларда харид қилиш.
8. Нарх мулоҳазаларидан келиб чиқиб, мол етказувчиларни тез-тез алмаштириб туриш.
9. Фойда маҳсулот таннархи паст даражада ва тайёр маҳсулот юқори нархларда бўлгандагина олинади.
10. Фойда компания фаолиятининг энг муҳим кўрсаткичи ҳисобланади.

11.3 илова

СИФАТНИ ТЎЛИҚ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

1. Маҳсулот сифати таннархи пасайишига имкон беради.
2. Ишчиларнинг сифатни назорат қилишда иштироки бракни бартараф этишга имкон беради; охириги назорат, одатда, кечиккан назорат бўлади.
3. Сифатга бошқариш туфайли эришилади.
4. Бракнинг катта қисми айрим ишчиларнинг айби эмас, балки ташкилий тизимдаги камчиликларга боғлиқ.
5. Ҳамма ишлаб чиқариш стандартлари ва маҳсулот тайёрлаш меъёрларини бекор қилиш лозим.
6. Қўрқув ҳалокатга олиб келади.
7. Ишчи хавфсизлигини ҳис қилиши ва иш жойида хотиржам бўлиши керак.
8. Сифатни яхшилаш ва харажатларни камайтириш учун доимий мол етказиб берувчилар билан ишлаш керак.
9. Фойда доимий истеъмолчилар билан кафолатланади; фақат фойда олишни мақсад қилиб қўйган компания бошқаруви орқа тарафдаги кўзгуга қараш имкони бўлган автомобилни бошқаришга ўхшайди.

Одам хулқ-атворидаги одатларни ўзгартириш

Ташкилий муаммоларни аниқлай олиш соғлиқни сақлаш тизимидаги раҳбар учун саноатдаги каби муҳимдир. Маъмурият ишлаб чиқариш жараёнида муайян ўзгаришлар қилиш зарурлигига ишониши керак.

Одам тизим ичидами ёки ундан ташқаридами, барибир унинг хулқ-атворини ўзгартириш ҳар бир кишининг сезгилари ва муносабатларини ўзгартиришдан бошланади. Ўзгаришлар бир неча элементлардан иборат:

- билимлар;
- муносабатлар;
- индивидуал хулқ-атвори;
- кишилар гуруҳи ёки ташкилотнинг хулқ-атвори.

Ўзгаришлар қотиб қолган муносабатларни «юмшатиш»ни талаб этади, натижада одам ёндашувни ўзгартириш зарурлигини тушунади; ҳаракат фаолиятини ўзгартириш ёки янгича ёндашувни қарор топтиришдан иборат. Бу хулқ-атворни ўзгартириш имконини беради, чунки одам бунга тайёр бўлади, уни пайдо бўлган эҳтиёжлар билан боғлайди ва хулқ-атворнинг янги қирраларини ўзлаштиради.

Жамоа фаолияти шаклларини ўзгартириш бирмунча мураккаб ҳисобланади ва раҳбарият учун ўзига хос имтиҳон ҳисобланади. Индивидуал миқёслардаги ўзгаришлар яшаш жамоа даражасида мазкур мақсадга эришишнинг асосий омили бўлади. Бу, масалан, тиббиёт муассасасининг (масалан, касалхона) фаолияти ёки айрим бир кишининг чекишни ташлаши бўлиши мумкин. Аҳоли соғлиғининг умумий аҳволи айрим кишиларнинг шахсий хатти-ҳаракатлари ва интилишларига, тиббий таъминот тизимининг фаолияти эса айрим тиббиёт ходимларига боғлиқ.

Ташкилий моделлар

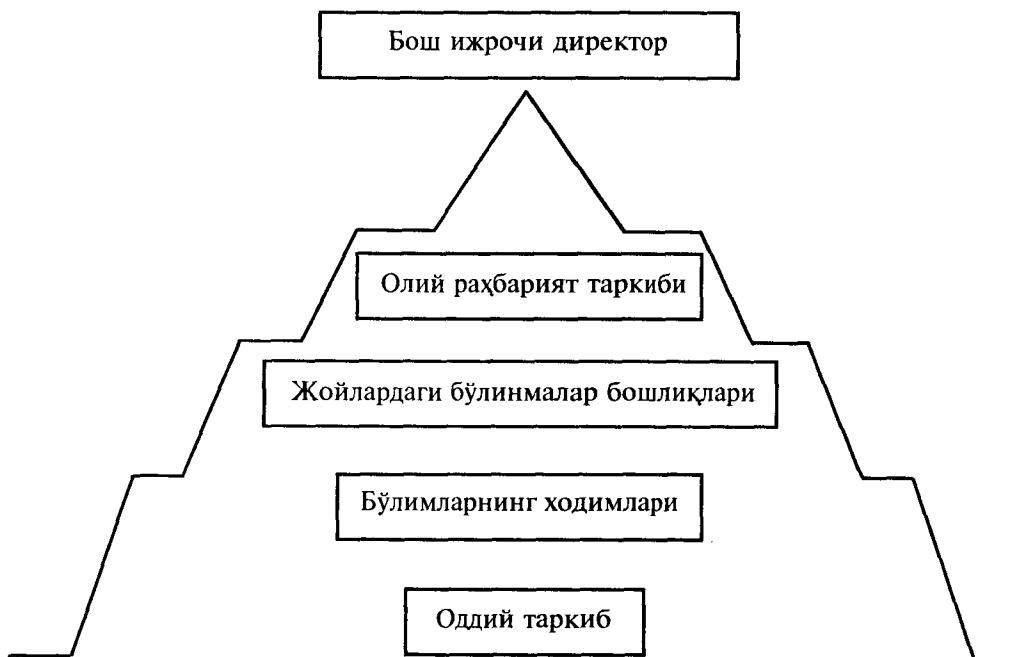
Ҳар қандай тижорат ёки саноат корхонаси сингари соғлиқни сақлаш тизими ҳам нормал фаолият кўрсатиши учун структура жиҳатидан ташкилланган бўлиши керак. Ташкилот деб, умумий вазифа ёки ишни бажариш учун бир-бири билан функционал боғланган шахслар гуруҳига (иккита ва бундан ортиқ) айтилади. У ноёб жонли тизимдан иборат бўлиб, унинг асосий бойлиги одам ҳисобланади. Ташкилот ўз фаолият турини аниқлаб олиши ва ўз олдига қўйилган вазифаларни қандай бажараётганини миқдорий баҳолаш учун ахборот йиғиши, харажатлар ва олинадиган натижалар хусусида ҳисобот бериб бориши керак. Ташкилот структураси унинг зиммасига юклатилган вазифаларнинг ҳажмига ва мураккаблигига мувофиқ келиши керак.

Асосий ташкилий моделларига пирамидасимон (бюрократик) ва тармоқсимон структуралар киради. Пирамидасимон тузилишда умумий

раҳбарликни ўз қўлига олган раҳбар ва ижрочи ҳокимият функциясини бажарувчилар, раҳбариятнинг ўрта бўғини, профессионал ва умумий таъминот ҳамда режалаштириш хизматлари ва охириги маҳсулотни ишлаб чиқаришда банд бўлган оддий ходимлар бўлади. Тармоқ структураси асосида, аксинча, специфик дастур ёки лойиҳани амалга ошириш билан банд бўлган профессионал ва техник жамоалар бирлашмаси ташкил қилади.

Пирамидасимон ёки бюрократик ташкилот

Макс Вебер тасвирлаган бюрократик ташкилий модель муайян вазифаларни бажариш учун зарур расмий рационаллик билан тавсифланади. Бунда меҳнат фаолияти аниқ қилиб бўлиб берилади, раҳбарлик бир одам қўлида жамланади ва ваколатлар тақсимлаб берилади, белгиланган қоидалар ва стандартларга амал қилинади, ходимлар уларнинг афзаллиги ва билимдонлигига қараб ишга қабул қилинади, уларнинг хизмат пиллапоясидан кўтарилиш истиқболлари белгилаб қўйилади, ходимларнинг шахсий ҳаёти умуман ташкилот фаолиятдан ажратиб қўйилади. Булар иш фаолиятига ўзгартишлар киритишга ва янги гояларни жорий қилишга тўсқинлик вужудга келтиради.



2-расм. Ташкилотнинг пирамидасимон тузилиши.

Мазкур ҳарбий ва бюрократик моделдан хизмат соҳасида ҳам, саноатда ҳам фойдаланилади. Буйруқлар занжири аниқ қилиб белгиланган ва ташкилотнинг ҳар бир аъзоси кимга бўйсунганини, қандай функцияларни бажариши кераклиги ва тизим ичидаги вазифаларни миридан сиригача билади. Бундай тузилманинг афзаллиги аниқлик ва масъулиятнинг қатъий белгиланганидир.

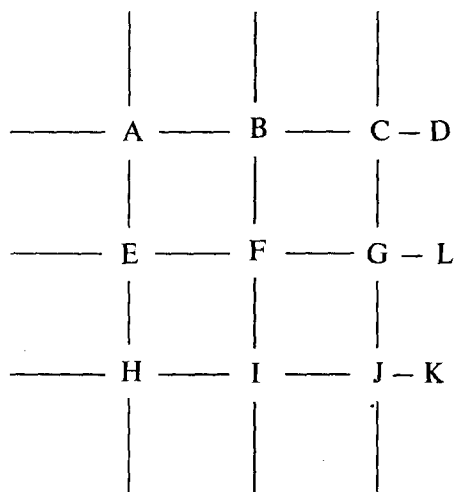
Ташкилотнинг тармоқсимон тузилиши

Ташкилий структуранинг иккинчи типи тармоқ ёки мақсадли ёхуд ишчи гуруҳлари структураси деб аталади. Умуман олганда, бундай ташкилот раҳбарлик ваколатлари эмас, балки ўзаро муносабатлар структураси ҳисобланади. Тармоқ структурасида раҳбарнинг бўлиши шарт эмас, баъзан гуруҳнинг ўзи вақтинчалик ёки доимий бўладиган муайян вазифани бажаришга қодир бўлади. Мақсадли гуруҳ аъзоларининг ҳар бири ўз пирамидасимон тузилмаси доирасида ҳисобот бериши мумкин, бироқ қўйилган вазифани адо этиш учун улар гуруҳ сифатида бирга ишлайдилар. Бу ишчи гуруҳлари идоралараро бўлишлари ва фаолиятни мувофиқлаштира олишлари, қилинган ишни таҳлил этишлари ва келажакда ҳамкорликдаги лойиҳаларни рўёбга чиқаришни режалаштиришлари мумкин.

Амалдаги тармоқ структурасига давлат сиёсатини ва турли хил давлат идоралари ишини мувофиқлаштириб турадиган ҳукумат маҳкамаси ёки турли-туман қўшин турлари фаолиятини мувофиқлаштирадиган бош штаб мисол бўлиши мумкин.

Касалхона бўлимининг иши кўп жиҳатдан тармоқ тузилмаси тамойили бўйича ташкил этилиши лозим, бунда жамоада ишлайдиган турли соҳа мутахассисларининг бирлашган куч-ғайрати пирамидасимон моделга нисбатан бирмунча таъсирчан ва фойдали бўлади. Соғлиқни сақлашда тармоқ тузилмалари тармоқ ахборот тизимини ўз таркибига олиши керак, бу ҳолда турли ихтисосликдаги врачлар айрим беморни даволаш масалалари бўйича консултация ёки бўлим ходимлари кенгашини ўтказишлари мумкин.

Худди шу тариқа иккита вазирлик-соғлиқни сақлаш ва қишлоқ хўжалиги вазирликлари асосий озиқ-овқат маҳсулотларини витаминлаштириш ва уларни минерал моддалар билан тўйинтириш учун биргаликда ишчи гуруҳи тузишлари мумкин.



3-расм. Соғлиқни сақлаш тармоқ тузилмасига мисол:

А — катта туман ҳамшираси; В — бош санитария врач; С — маъмурий/молиявий директор; Д — фармаколог; Е — туман касалхонаси педиатрия бўлимининг бошлиғи; F — бошланғич мактаб маъмурий директори; G — тиббиёт ва соғлиқни сақлаш масалалари маорифи соҳасининг мутахассиси; H — врачлар ассоциацияси вакили; I — лаборатория хизмати директори; J — моддий таъминот бўлими директори; L — ижтимоий ходим — (раҳбар — бош врач).

Кўпчилик ташкилотлар тармоқ ва пирамидасимон тузилмалар тамойилларини қўшиб олиб борадилар. Пирамидал тузилма бошқа структуралар билан бирга фаолият юритганда кўпинча қийинчиликларга дуч келади. Шу тариқа тармоқ тузилмаси элементларини жорий қилиш бу ташкилотга нисбатан ташқи ҳисобланган тузилмалар билан ишчи алоқалар ўрнатиш учун зарур бўлиб чиқади. Тармоқ тузилмаси специфик вазифага эришиш учун мутахассислар ва ташкилотларнинг функционал бирлашмаси ҳисобланади.

Ташкилот тармоқ тузилмаси фаолиятини таъминлаш соғлиқни сақлаш тизими ходимининг қолақ, эскирган функциялари қаторига киради. Тармоқ тузилмаси доирасидаги норасмий муносабатлар расмий ишчи гуруҳлари доирасида ҳамкасбларидан маслаҳат олишга мажбур бўлган ҳар бир врач учун одатдаги ҳол ҳисобланади. Касбга алоқадор муаммоларни очик ва бемалол муҳокама қилиш гуруҳ аъзоларига юзаки қаралганда ишга алоқаси йўқдек бўлиб туюлган янги ғоялар баён қилишга имкон беради. Кейинчалик бундай ғоялар ҳақиқатдан ҳам фойдали бўлиб чиқиши ва бажарилиши керак бўлган вазифаларни адо этишга ёрдам бериши мумкин. Мажлис баённомаларини ёзиб бориш ва кенгашдан

сўнг бир неча кун ўтгач ходимлар орасида тарқатиш керак. Баённомаларда вазифалар ва уларни бажариш муддатлари ёзилган бўлиши керак.

Агар бир неча шаҳарлар шу шаҳарлар ҳудуди орқали оқиб ўтадиган дарёнинг ифлосланишидан ташвишга тушган бўлса, бу ҳолда ҳамма манфаатдор туманларнинг вакиллари шу масалада махсус ташкилот тузиш ҳақида ўйлаб кўришлари керак. Бундай ташкилотга ҳокимият органлари ва вакиллари, соғлиқни сақлаш, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш, қурилиш ва қишлоқ хўжалиги вазирликларининг вакиллари жалб этилиши керак.

Ҳар бир касалхона бўлими турли соҳалардаги мутахассисларни йиғиб, даволаш жараёни ва бўлим фаолиятига доир кенгашлар ўтказилиб туришига эҳтиёж сезади. Маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари мунтазам равишда ходимлар билан кенгашлар ўтказиб туриши керак, бу ходимлар орасида ҳамкорлик муносабатларини ўрнатишга, улар ўртасида бир-бирига ишонч уйғотишда катта ёрдам беради.

Раҳбар ишининг хусусиятлари

Ҳар бир ташкилот фаолиятида кишиларнинг ўз вазифаларини, ҳисобот тамойилларини ва ташкилотнинг умумий мақсадларини билишлари ғоят муҳимдир. Ходимларда ташкилотнинг мақсади ҳақида тасаввур бўлиши учун раҳбарият вазифалар белгилаб беришга масъул бўлади. Раҳбарият шунингдек янги ғоялар пайдо бўлишини аниқлаш учун оддий ходимларнинг фикрига қулоқ солиши лозим. Янгиликларни жорий этиш малакали раҳбарлик қилиш, ходимларга нисбатан ғамхўр бўлиш талаб этилади, бу — корхона ва унинг буюртмачилари учун таклиф этилаётган янгиликларнинг долзарблиги ва зарурлигидан далолат беради.

Янгиликлар негизида ҳамиша хавф-хатар бўлади: улар қайта қуришни, ўзгаришларни, усулларни янгилашни, мақсадларни ўзгартиришни ва амалий ёндошувларни талаб қилади. Қабул қилинган дастурни рўёбга чиқариш жараёнида кўпинча айрим ўзгартириш зарурати туғилади, бунда эса, шубҳасиз маълум қаршиликларга дуч келинади. Қаршилик касбга доир, психологик, сиёсий ёки эмоционал табиатга эга бўлади ёки бошқа омиллар йиғиндисидан вужудга келиши мумкин. Тиббиёт муассасаси ёки хизмати раҳбарияти ислохотлар ўтказиш даврида пайдо бўладиган муаммоларни енгиш учун тегишли бошқариш кўникмаларига эга бўлиши керак.

Тиббий хизмат сифатини яхшилаш соҳасидаги қийин вазифалардан бири тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида малакали раҳбар ходимларни тайёрлаш ҳисобланади. Тиббий хизматларнинг инфраструктураси ўзгариши билан боғлиқ муаммоларни муваффақиятли ҳал қила оладиган маъмурий ва тиббий кадрлар ҳам шулар қаторига киради. Соғлиқни

сақлаш раҳбарлари мавжуд тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг глобал, кенг қамровли манзарасини кўра билишлари ва қабул қилинган қарорларни ҳаётга татбиқ қила олишни билишлари керак. Бошқа соҳаларда бўлгани каби соғлиқни сақлашда ҳам фаолият режаларини ишлаб чиқиш ва қабул қилиш уларни рўёбга чиқаришдан кўра осон кечади.

Маъмурий ишни амалга ошириш учун махсус билимларни эгаллашга тўғри келади. Клиник фанлар соҳасида юқори малакага эга бўлган тиббиёт ходимлари кўп ҳолларда тиббий муассаса инфраструктурасини эгаллайдилар. Клиник тиббиёт соҳасидаги иш тажрибаси автоматик тарзда жамоани бошқаришни билишга, бюджет ресурсларини тақсимлашга ва тадқиқот ишларига бошчилик қилишга имкон бермайди. Шунинг учун бу соҳадаги тиббиёт ходимларини тегишлича етиштириш долзарб зарурат саналади.

Маъмурий ходим ўз лавозими тақозосига кўра ҳар куни қарорлар қабул қилишга мажбур. Бу зарур далилий материалларни йиғиш ва таҳлил қилишни билишни талаб этади. У шахсий таркибга баҳо бериш қобилиятига эга бўлиши, иш режалари ва омилларни билиши шарт. Муаммони бус-бутунлигича кўра билиш ва шуларга асосан раҳбарликни амалга ошириш маъмурий фаолиятнинг муҳим қисми ҳисобланади. Қўл остидаги ходимлар ва ташқи ташкилотлар билан доимий алоқада бўлиш маъмурий ходимнинг кундалик вазифалари қаторига киради. Раҳбарнинг оғзаки ва ёзма фармойишлари унинг ихтиёрида ишлайдиган ходимларга тушунарли ва бажарса бўладиган қилиб баён этилиши лозим.

Кишилар билан мулоқотда бўлиш санъати амалий маъмурий ишнинг муҳим шarti ҳисобланади. Тажрибали раҳбар ўзига бўйсунадиган ходимлар билан ҳар қандай шароитларда ва тенгма-тенг мулоқотда бўлиши мумкин. Бунда иккала томон ҳам бир-бирни тушунади. Жамао аъзолари умуман муассаса фаолияти тўғрисида тўлиқ тушунчага эга бўлишлари керак.

Соғлиқни сақлаш тизимини стратегик бошқариш

Умумий фаолият йўналишини ишлаб чиқиш мақсадлар ва устувор йўналишларни аниқлаб олишни кўзда тутаяди. Стратегия деганда тизим олдида турган вазифаларни бажариш бўйича узоқ муддатли режаларни ишлаб чиқиш тушунилади. Анъанавий тарзда ҳарбий соҳага тааллуқли бу термин бошқариш назариясининг ажралмас қисми бўлиб қолди ва ҳам саноатни, ҳам соғлиқни сақлашни бошқаришда қўлланилади. Тактика деганда ишлаб чиқилган стратегияни рўёбга чиқаришнинг амалий методлари тушунилади. Бу бошқариш шакли бўлиб, соғлиқни сақлаш

тизимида қўлланилади, мақсадлар ва вазифалар ҳамда уларни қўлга киритиш методларини белгилаб беради.

11.4 илова

БОШҚАРИШ ЖАРАЁНИНИНГ СТРАТЕГИК ЖИҲАТЛАРИ

1. Сиёсат ва режалаштириш.

- мақсад ва вазифаларни аниқлаш;
- назорат остида бўлиш;
- теварак атрофдаги омилларни таҳлил қилиш;
- имкониятларга баҳо бериш;
- муқобил ёндашувларнинг стратегик таҳлили-қисқа муддатга прогноз қилиш;
- ишлаб чиқилган дастурларни жорий қилиш жараёнини бошқариш;
- умумий фаолият йўналишига мувофиқлик.

2. Жорий қилиш:

- мотивация: ташкилотларнинг мақсад ва режаларини аниқ белгилаш;
- жорий ва истиқболдаги мақсад ва вазифаларни тақсимлаш;
- ҳар-бир ходимнинг ўз мажбуриятларини пухта билиши;
- монанд моддий таъминот;
- ҳар бир ходимда шахсий даҳлдорлик сезгисини тарбиялаш;
- зарурат пайдо бўлганда ташкилот тузилмасини ўз вақтида ўзгартириш;
- ваколатлар ва масъулиятни тақсимлаш;
- бўлимлар ўртасидаги фаолиятни мувофиқлаштириш ва ходимлар орасида ўзаро қўллаб-қуватлаш муносабатларини ўрнатиш;
- ўзгаришларда ва янгиликлар киритилганда мослашиш кўникмаларини тарбиялаш;
- қўйилган вазифалар адо этиб борилган сайин сиёсатни қайта кўриб чиқиш;
- ўзгаришлар қилиш заруратини тушуниш ва янги шароитларга мослашиб кетиш қобилиятини тарбиялаш.

3. Мониторинг:

- эффе́ктивликка баҳо бериш;
- натижаларга баҳо бериш, камчиликлардан хулосалар чиқариш;
- стратегик ражани қайта кўриб чиқиш;
- камчиликлардан хулоса чиқарган ҳолда ресурсларни қайта тақсимлаш.

Бошқариш назариясидаги стратегия ташкилот мақсадларига эришишга қаратилган фаолият режасини ишлаб чиқишни кўзда тутди. Бунда қўйилган вазифаларга таъсир этадиган теваракдаги табиий ҳодисаларни, мақсадлар, маблағлар ва амалдаги муҳтожликни ҳисобга олиш лозим. Бундан ташқари, амалий хатти-ҳаракатлар тактикага, иш натижаларга баҳо бериш маълумотлари ва тактикаси, ўзгаришлар киритиш зарурлиги ва маблағларни тақсимлашни назарда тутиш керак. Бу маъмурият фаолиятининг қатор методлар ва приёملардан фойдаланишини тақозо этади:

1. Тиббий хизмат кўрсатишда юқори сифатни таъминлаш.
2. Ўз вақтида ислохотларни ўтказиш ва янги методларни жорий қилиш.
3. Жамоа аъзолари ўртасида яхши муносабатлар ўрнатиш.
4. Одамлар ва моддий ресурслардан оптимал фойдаланиш.
5. Назорат остида бўлиш.
6. Тиббий хизматдаги маркетинг, унинг ҳаммабоплик даражасини ошириш.
7. Молия маблағларидан оқилона фойдаланиш.
8. Моддий ресурслардан тўғри ва эффектив фойдаланишни таъминлаш.

Ҳар қандай ташкилот фаолиятида ўзгаришлар қилиш осон вазифа эмас. Аввало улар одам хатти-ҳаракатининг одат тусига кирган жиҳатларига, юқорида эслатилган кўп сонли психологик, ижтимоий ва иқтисодий омилларга боғлиқ. Янги ўзгаришлар ишдан бўшатиш, маошни қисқартириш ва ходимларни юқори лавозимдан пасайтиришга боғлиқ.

Соғлиқни сақлаш тизими ташкилот сифатида

Жамоат соғлиқни сақлашининг янги концепцияси тиббиёт муассасалари фаолиятини интеграциялаш ва мувофиқлаштиришни кўзда тутуди. Шу концепцияга биноан соғлиқни сақлаш тизимини тармоқ тузилмаси билан таққослаш мумкин. Шунга қарамай, специфик тиббий хизмат гуруҳлари ҳам иерархик, ҳам тармоқ тузилма тамойили бўйича ташкил қилиниши мумкин.

Бошқача қилиб айтганда, соғлиқни сақлаш тизими бир қатор кенжа тизимлардан ташкил топган.

Ҳар бир мамлакат ўзининг соғлиқни сақлаш ва тиббий хизмат кўрсатиш тизимини ўз жамоат қурилиши, тарихи, сиёсий фалсафаси ва иқтисодий омилларга биноан ташкил қилади. Соғлиқни сақлаш тизимида ислохотлар ва янгиликлар одатдаги ҳодисалар ҳисобланади. Агар улар мавжуд маблағлар даражасида қўйилган мақсадларни қўлга киритиш учун ўтказилаётган бўлса, улардан чўчимаслик керак.

Тармоқ модели тизим комплекси ҳисобланса ва бир-бирига алоқадор бўлмаган ҳаракатдаги бирикмалардан иборат бўлса, фаолият кўрсатиши мумкин.

Соғлиқни сақлашнинг турли соҳаларида ислохотлар ўтказиш функционал-амалий ҳамда маъмурий соҳаларни қамраб олади. Бунини қуйидаги конкрет мисолда кўрсатиш мумкин. Ҳомиладорлик даврида врач кузатувида бўлган соғлом ҳомиладор аёлда ҳомиладорлик даврида ўз соғлиғига беписанд қараган аёлга қараганда узоқ вақт стационарда даволашни талаб этадиган ва туғруқда ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин

бўлган асоратларнинг ривожланиш эҳтимоли камроқ бўлади. Тиббий хизмат кўрсатиш тизимидаги функционал муносабатлар ҳар бир аёлга репродуктив ёшда оилани режалаштириш масалалари бўйича маслаҳатлар олиш, ҳар бир ҳомиладор аёл учун эса-монанд тиббий кузатувда бўлишни таъминлаши керак.

Чақалоқни имунлашни ҳам қўшиб ҳисоблаганда парваришга кетадиган харажатлар болаларни қизамиқ, полиомиелит, дифтерия ва бошқа инфекцион касалликлардан даволаш ва уни парвариш қилиш харажатлари касалхона зиммасига тушади. Агар касалхона бюджети ўринлар миқдорига биноан белгиланадиган бўлса, бу ҳолда касалхона касалликларни профилактика қилишда иқтисодий жиҳатдан манфаатдор бўлмайди. У касалхона ўринларини тўлдиришнинг юқори кўрсаткичларидан манфаатдор бўлади, шунинг учун олдини олса бўладиган касалликлар билан касалланишнинг ўсиши касалхона ва унинг ходимлари учун иқтисодий жиҳатдан ижобий омил бўлиши табиий. Бироқ соғлиқни сақлашнинг регионал тизими шу минтақадаги аҳоли сонига мувофиқ молияланса, бу ҳолда касалхоналар ҳам, бирламчи тиббий кузатув хизматлари ҳам касалланиш ва ўлимни қисқартиришга ўзаро манфаатдор бўладилар. Аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар фаолиятининг асосий тамойили (НМО) ана шундан иборат бўлиб, бу ҳозирги вақтда ҳамма жойда муҳокама қилинмоқда.

Касалхона ташкилот сифатида

Касалхона тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг асосий, аҳоли учун энг қимматбаҳо элементи ҳисобланади. Касалхоналарда нисбатан кўп сонли ходимлар банд ва энг жиддий ҳолларда тиббий ёрдам кўрсатилади. Шундай қилиб, касалхонани бошқариш умуман соғлиқни сақлаш тизимини бошқаришнинг асосий омили ҳисобланади. Тиббий таъминот тизими ташкилий тизимдан иборат бўлгани каби касалхоналарни структуравий ташкил қилишни, бошқариш ва режалаштиришни талаб этадиган жонли ташкилий тузилмалар ҳисобланади.

Шаҳар касалхонаси маъмурий жиҳатдан мустақил, ўзига хос эркин ташкилий ва иқтисодий бирликлардан иборат йирик муассаса бўлиши мумкин, у бошқариладиган тиббий хизмат тизимларида суғурталанган шахслар хизмат кўрсатади. Бошқариладиган тиббий хизмат (МС) тизимлари иштирокида касалхона беморнинг эҳтиёжларини ва бу тизимларнинг иқтисодий манфаатларини қондириш учун ҳамма куч-қувватларини сарфлайди.

Касалхонанинг мақсади-мавжуд билимлар ва ресурслар доирасида даволаш ва тиббий парвариш сифатини таъминлашдан иборат. Бундан

ташқари, касалхонада ташкилот сифатида бошқа қатор вазифалар мавжуд. Улар ихтисослашган муассаса сифатида яшаб кетиши, ижтимоий ва касбга доир обрў-эътиборга эга бўлиши, ўқитиш ва ўргатиш кўникмалари бўлиши, тадқиқотлар олиб бориши ва иш натижаларини тиббий матбуотда мунтазам чоп эттириши керак. Касалхоналар фаолияти жамоатнинг иқтисодий ҳолатига таъсир қилади, иш жойлари билан таъминлайди, иқтисодий барқарорликни вужудга келтиради, таълим ва тадқиқот ишларини бажаради.

Касалхонанинг фаолият кўрсатишига янги талаб унинг эффективлигидир. Хизматларининг бир-бирини такрорлаши, моддий таъминот даражасининг пастлиги ва ихтисослашган хизматлар ва жиҳозларни ўз ўрнида ишлатмаслик, порахўрлик, беморларга лоқайдлик билан қараш ва ўғрилик касалхона фаолиятида тоқат қилиб бўлмайдиган ҳодисалардир.

Касалхона доирасида кўп сонли мураккаб структуралар фаолиятини мувофиқлаштириш бўлимлар ўртасида горизонтал ва ҳамма даражалардаги ходимлар фаолиятида вертикал мувофиқлашувни талаб этади, акс ҳолда тизим анчайин фаолият кўрсатмай қўяди. Касалхонанинг нормал иши ходимларнинг ғайрат-шижоати ва ҳамкорликда яхши ишлашига, шунингдек турли хил бўлимлар ўртасида ва касбга доир турли даражаларда эркин ва ортиқча сан-салорларсиз ўзаро мулоқотлар ўрнатилишига кўп жиҳатдан боғлиқ.

Касалхонанинг ўзгариб турадиган роли

Соғлиқни сақлаш тизимининг асосий қисми сифатидаги касалхоналар бошқариш технологияси ва назарияси ривожланиб боришига боғлиқ ҳолда уларни ташкил қилиш ва фаолиятида ўзгаришларга учрамоқда. Тиббий хизматда беморларни касалхонада ётиш муддатларини қисқартириб, истиқболли тиббий хизмат методларининг жорий этилиши касалхона хизматларини қайта тузишни талаб этади, бунинг учун хирургик операциялар амбулатория негизида ўтказилади, беморлар уйда парвариш қилинади ва амбулатор диагностик хизматларидан кўпроқ фойдаланилади. Келажакда касалхоналарда ва жамоат тиббий хизматлари орасидаги ўзаро алоқалар, қисман стационар тиббий хизматнинг қимматлиги, шунингдек амбулатор тиббий хизмат кўрсатиш таъсирчанлигининг ўсиши натижасида мустақамланиб боради. Сўнги йилларда тиббий хизмат кўрсатиш сифатини тўлиқ назорат қилиш ёндашуви татбиқ этилиши муносабати билан соғлиқни сақлаш соҳасидаги бошқариш маданияти кўп жиҳатдан кўтарилди. Бутун жамоани намунали ва сифатли ишлашга тортиш бошқариш маданиятининг бир қисми бўлиб қолди.

Кўпгина мамлакатларда давлат соғлиқни сақлаш органларига қарашли касалхоналарни мустақил иқтисодий бирликларга айлантириш тенденцияси кузатиляпти. Шу муносабат билан бемор учун рақобатли кураш ва тиббий хизматларга ҳақ тўлашнинг янги шакллари зарурлигининг ўсишига олиб келаяпти. Тиббий хизмат сифатини тўлиқ назорат қилиш концепцияси касалхонанинг иқтисодий жиҳатдан яшаб кетиши, обрўсининг ошиши ва муқобил тиббий хизмат олиш вариантлари бўлган ҳолларда унинг афзал топилиши ўз таъсирчанлигини кўрсатди. АҚШ, Буюк Британиядаги ўзгаришлар йўналиши шундай, сўнгги вақтларда бошқаришни марказлашни пасайтириш ва соғлиқни сақлаш соҳасида бозор муносабатларини фаоллаштириш чораларини кўраётган Россияда ва Шарқий Оврупонинг бошқа мамлакатларида муҳокама қилиняпти.

Қисқа муддатли ва бирмунча жадал тиббий хизмат бемор учун таъсирчан ва қулайроқ бўлгани туфайли, бу ҳол соғлиқни сақлаш тизимида касалхоналар ролининг ўзгаришига олиб келди. Бунда ятроген касалликлар ривожланиши қисқаради (яъни бунга врачлик аралашуви сабаб бўлади), масалан касалхона ичи инфекцияси, бахтсиз ҳодисалар, йиқилишлар, даволашдаги хатоликлар ёки дори моддаларига реакция. Касалхонада камроқ муддат ётиш тез соғайиб кетишга имкон беради.

Тиббий тикланиш (реабилитация) бўйича ва узоқ муддат парвариш қиладиган ихтисослашган муассасаларнинг тарқалганлиги, уйда даволаш ва парвариш қилиш, амбулатория шароитларида хирургик операциялар ўтказиш тиббий хизматларда касалхоналар улушининг қисқаришига олиб келди. Ўлим кўрсаткичларида ҳам ўзгаришлар рўй берди, масалан, бош мия инсультдан ўлим пасайтирилди. Бу омилларнинг барчаси касалхоналарни рақобат курашига тортади ва улар тиббий технология сифатини ошириш йўллариини излай бошлайди.

Горизонтал ва вертикал интеграция

Тиббий хизматнинг юқори сифатлилиги билан ажралиб турадиган шаҳар тиббий марказлари иши туфайли қишлоқ жойлардаги тиббий муассасаларнинг молиявий аҳволи унчалик яхши эмас. Америка Қўшма Штатларидаги қишлоқ тиббий муассасаларининг инқирозга учрашининг асосий сабабчиси ана шундадир. Маҳаллий миқёсдаги тиббий хизматларнинг яшаб кетиши учун бошқариш тамойилларини қайта кўриб чиқиш зарур. Тиббий муассасалар ва хизматларни ягона функционал тармоқ тузилмаси сифатида горизонтал интеграция қилиш бунинг негизи ҳисобланади. Бу ҳол стационарда тиббий хизмат кўрсатишга эмас, балки узоқ муддат парвариш қиладиган муассасалар, уйда парвариш

хизматлари ва амбулатория хизматларига катта эътибор қаратилишига имкон беради.

Шаҳар касалхоналари аксарият жамият тазйиқига бўйсунушга ва тиббий хизмат таъсирчанлигини оширишга, хизматлар қийматини назорат қилиш механизмларини ишга солишга ва вертикал интеграция тизимларини яратиш мақсадида ислоҳотлар ўтказишга мажбурдирлар. Шунинг натижасида касалхоналар тармоқ тузилмаларини ташкил қиладилар, бироқ бошқа маҳаллий тиббий хизматлар билан алоқалар ўрнатмайдилар. Бу касалхоналар ва уларга бошчилик қилаётган бош ижрочи директорлар учун бирмунча осон, бироқ бу ҳолда касалхоналар ўлчамларини кичрайтириш муаммоси ва уларнинг маҳаллий тиббиёт хизматлари билан бирлашуви ҳал қилинмай қолади.

Ҳаммабоп қишлоқ тиббий муассасалари тизимини тузиш муаммоси айниқса ривожланаётган мамлакатлар учун долзарб ҳисобланади. Ривожланаётган мамлакатлар назорат қилинадиган тиббий хизмат тизимини модел сифатида қабул қилишлари керак. Унинг негизи-амбулатория тиббий хизмати, шунингдек тиббий хизмат кўрсатишда касалхоналар улушини қисқартириш ва амбулатор ҳамда профилактик хизматларни яхшилашга қаратилган чоралар саналади.

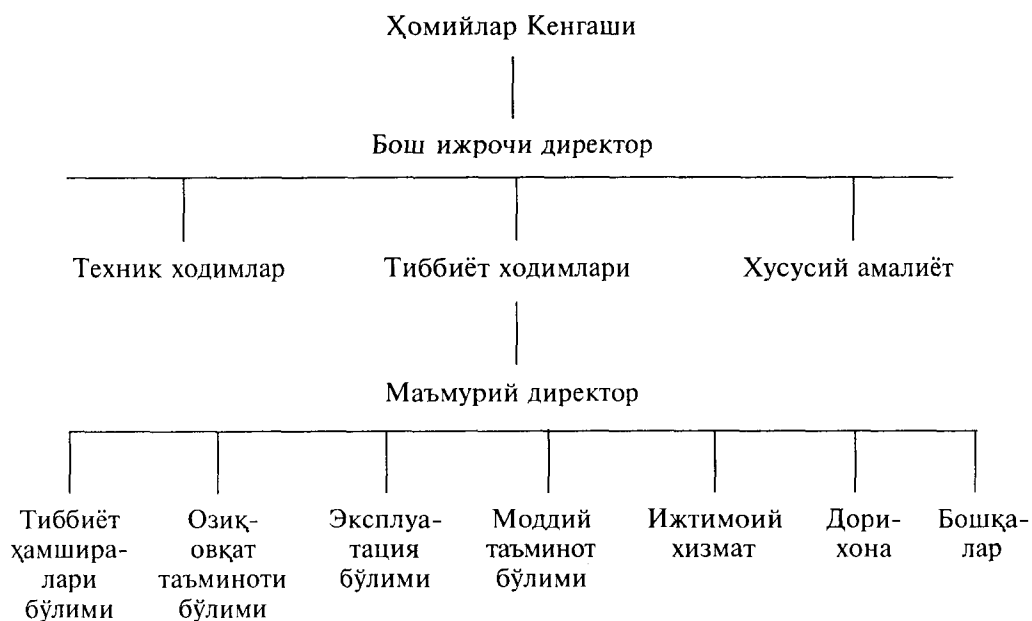
Тиббиёт муассасасини ташкил қилиш моделлари

Тиббиёт муассасалари катта-кичиклигига, структурасига, мансублигига, беморларнинг қатлами (контингенти) га, хизмат кўрсатадиган турларига ва жойлашган ўрнига кўра фарқ қилинади. Шунга қарамай, мазкур муассасанинг ролини белгилайдиган вазифалари ва структураси бўйича аниқ тасаввур ҳосил қилиш учун бундай муассаса ўзининг мақсадлари ва ташкилий тамойилларини белгилай оладиган ҳолатда бўлиши керак.

Функционал модел

Унча катта бўлмаган касалхона мақсадларига мос келадиган оддий функционал модел, афтидан, ихтисослашган функционал бўлимлар ўртасидаги вазифаларни тақсимлашга имкон берадиган, масалан, тиббиёт, ҳамширалар бўлими, молия, дорихона, моддий таъминот бўлимларидан иборат бўлади. Уларнинг ҳар бири ягона маъмурий занжир доирасида касалхона маъмуриятига (бош ижрочи директорга) ҳисобот беради. Маҳаллий нотижорат ташкилоти ёки соғлиқни сақлаш миллий тизими ихтиёрида бўлиши эҳтимол ташқи бошқарув касалхонанинг фаолияти ва молиявий аҳволи, шунингдек касалхона хизматларини

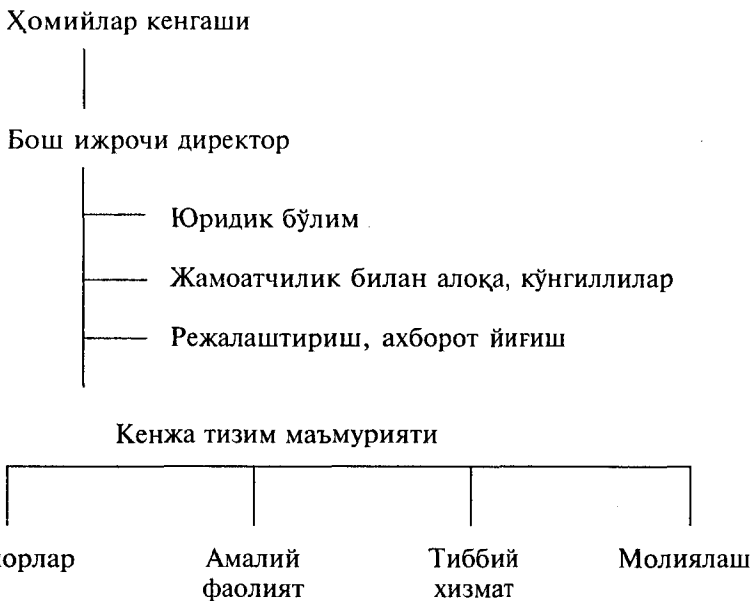
яхшилаш учун зарур маблағлар билан таъминлаш учун асосий масъулиятни ўз зиммасига олади. Тиббиёт ходимлари касалхонада ишлаш билан бир қаторда хусусий амалиёт билан шуғулланишлари мумкин. Бунинг учун улар ўз малакасига биноан даволовчи врач мартабасини олишлари керак. Уларнинг касалхонада ишга жойлашиши қолган ходимларнинг ишга жойлашишига ўхшайди, бу врачлар маъмурият, патолого-анатомлар, анестезиологлар ва рентгенологлар таркибига киришлари мумкин. Уларга ишни касалхонанинг ўзи бериши мумкин. Шундай қилиб, эркин бозор шароитларида кўпгина тиббиёт ходимларига иш берувчи касалхонанинг ўзи ҳисобланади. «Кўнгилли», ноҳукумат ва ноижорат ташкилот бўлган хайрия (ҳомийлик) Кенгаши муниципал ва жамоат вакиллари иштирокида диний ташкилот ёки касалхонани молия билан таъминлайдиган жамият томонидан тайинланиши мумкин.



4-расм. Функционал модел тузилмаси

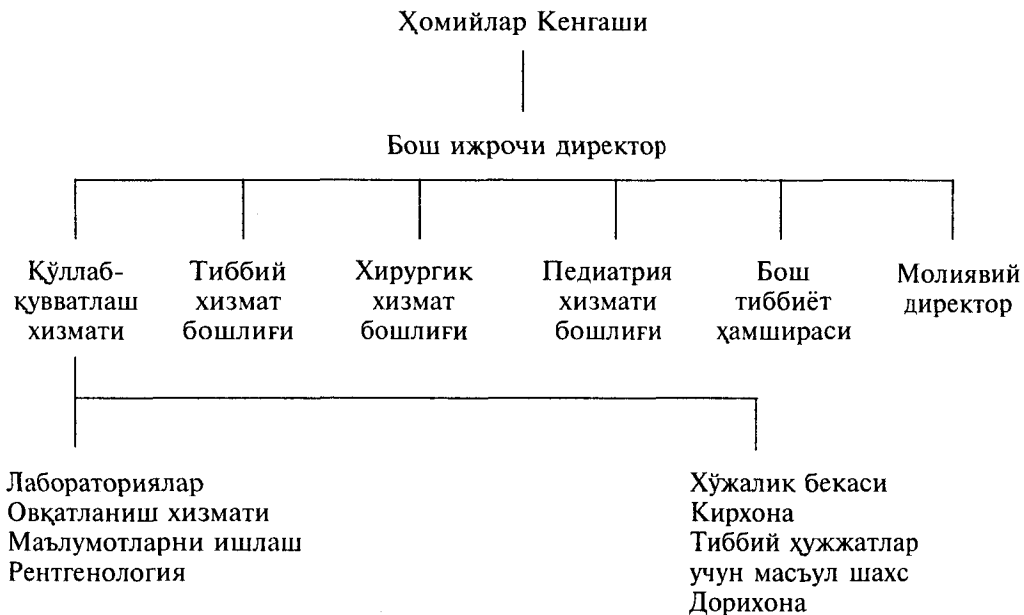
Уюшма (корпорация) модели

Тиббиёт муассасасининг корпорация модели кўпинча йирик касалхоналар ва бошқа тиббиёт муассасалари қўшилганда қўлланилади. Бу бош ижрочи директордан олий раҳбарликнинг касалхона ишининг у ёки бу жиҳатларига жавоб берадиган бошқа аъзолари билан масъулиятни тақсимлашни талаб этади.



5-расм. Корпорация модели тузилмаси.

Филиал модели

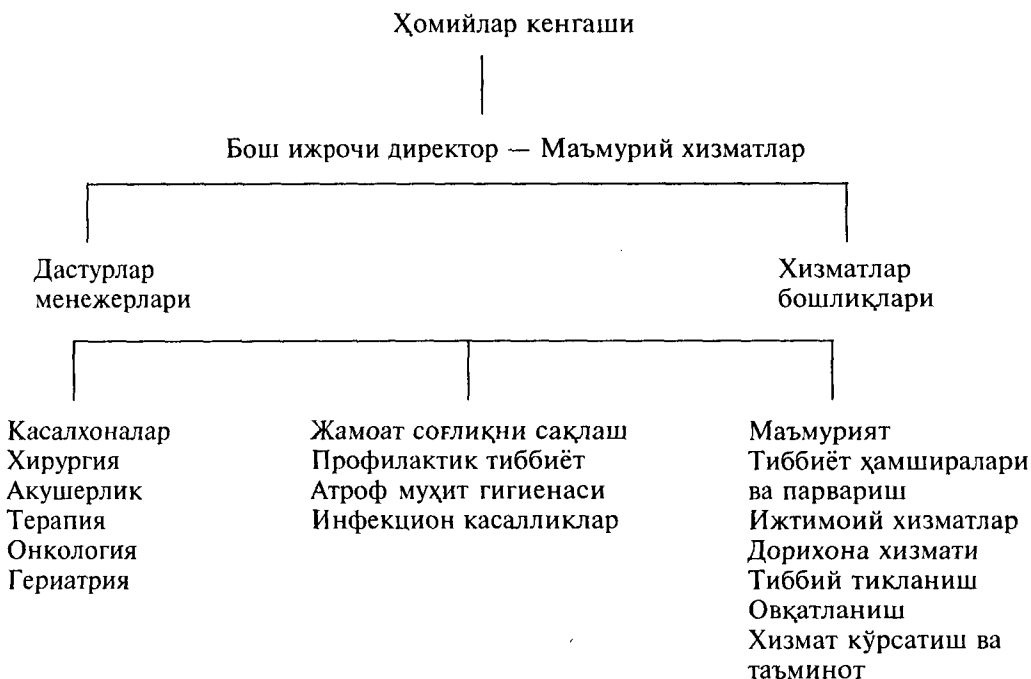


6-расм. Филиал модели тузилмаси.

Тиббиёт муассасаси структур тузилмасининг бу модели мустақил иқтисодий филиал сифатида фаолият юритадиган, ҳар бир хизмат учун кўпинча бюджетдан молия оладиган индивидуал хизматларга асосланган.

Матрицасимон модел

Даволаш масканининг матрицасимон модели ташкилотнинг иерархик ва тармоқ структураси тамойилларини қўшиб олиб бориш асосида қурилади. Бу модел АҚШ да штат, регион ёки шаҳар соғлиқни сақлаш департаменти учун тўғри келади. Ҳар бир маҳкаманинг бюджети муайян тушумлар ва харажатлардан ташкил топади. Бюджетни маҳкама функционал бўлинмалари даражасида шакллантиришнинг айрим афзалликлари бўлади. Жамоатнинг ҳар бир аъзоси ўз ишида юқорида турган раҳбарликка ҳисоб беради, айти вақтда унинг фаолияти специфик дастурлар ёки лойиҳаларни амалга ошириш учун қаратилаган кўп ихтисосли жамоа иши доирасида рўёбга чиқарилади. Гериатрия бўлимидаги диетолог овқатланиш хизмати бошлиғига ҳисобот беради, бироқ функционал жиҳатдан гериатрия бўлими жамоасининг қисми ҳисобланади.



7-расм. Матрицасимон модел тузилмаси.

Мазкур моделда бемор тиббиёт ва маъмурий хизматларнинг диққат марказида туради, бу тиббий хизмат кўрсатиш тизимини профессионал ва молиявий ташкил қилиш тўғрисидаги ҳозирги замон тасаввурларига мувофиқ келади. Ташкилий тузилма муайян шароитлар бир-бири билан қўшилгандагина тизимнинг фаолият кўрсатишига имкон беради ва бошқа ҳолларда у яроқсиз чиқиб қолиши мумкин. Касалхоналар соғлиқни сақлаш иқтисодиётидаги ўзгаришларга ва ривожланишга мувофиқ ташкилий тузилмаси тамойилларини тўхтовсиз қайта кўриб чиқишлари керак.

Ҳомийлар кенгаши бошчилик қиладиган мустақил касалхона модели АҚШда, Канадада ва бошқа кўпгина мамлакатларда кенг тарқалган, бироқ у соғлиқни сақлаш марказлашган ҳолда бошқариладиган мамлакатларда қабул қилинмаган. Буюк Британия ҳомийлар кенгаши тузиб, бу моделга қайтиб келмоқда, Исроилда ҳам шундай ҳодиса кузатилмоқда, собиқ совет республикаларида ҳам шунга мойиллик кўзда тутилмоқда.

Бош ижрочи директор функцияси (Chief Executive Officer - CEO)

Сўнгги ўн йилликлар мобайнида касалхоналар жадаллик билан ривожланди, бу бош ижрочи директор функцияларида ўзгаришларга олиб келди. Ҳозирги вақтда у касалхона фаолиятини оқилона ташкил қилишга жавоб беради ва маъмурдан кўра кўпроқ янгиликлар киритадиган одам ҳисобланади. Касалхонани самарали бошқариш бош ижрочи директор функциялари ва ролини қайта кўриб чиқишни талаб қиладди. Ҳозирги вақтда соғлиқни сақлаш соҳасида замонавий ёндашувларни яхши биладиган раҳбар ходимларнинг янги авлодига эҳтиёж пайдо бўлди. Улар ривожданган мамлакатларда ҳам, ривожланаётган мамлакатларда ҳам тиббий таъминот тизимини тараққий эттиришда жуда катта рол ўйнашлари керак.

Менежер сифатидаги бош ижрочи директор концепцияси АҚШ да 50-йилларда тарқалган эди, у вақтларда бош ижрочи директор маъмур ёки бош врач деб аталган. У ҳомийлар кенгашига бўйсунган. Вақт ўтган сайин касалхонанинг ташкилий структураси мураккаблашуви ва бўлимларнинг кўп ихтисослашуви туфайли бош ижрочи директор фаолиятида координатор (мувофиқлаштирувчи) функцияси тобора катта аҳамият касб эта бошлади. 70—80-йилларда касалхона директори функцияси тобора тижорат ёки саноат корпорацияси бошлиғи лавозимига мос келадиган бўлиб қолди.

Агар бош ижрочи директорнинг тиббий маълумоти бўлмаса (бу Шимолий Америка касалхоналарида жуда кенг тарқалган), кўпинча маъмурият ва касалхонанинг тиббиёт ходимлари ўртасида ихтилоф вужудга келади. Бу баъзи бир даволаш муассасаларида тиббиёт ходимлари раҳбари

маоши билан параллел раҳбарлик структурасининг тузилишига олиб келди. Оврўпо касалхоналарида бош ижрочи директор вазифасини одатда врач бажаради. Кўпгина мамлакатларда бу ҳолат қонун билан белгилаб қўйилган. Маъмурий функцияларни тиббиёт ходимлари фаолиятини бошқариш билан қўшиб олиб бориш энг тарқалган модел ҳисобланади. Бош ижрочи директор врач ёки врач эмаслигидан қатъи назар, тенглар орасида биринчи шахс бўлгани учун жамоага бошчилик қилиши керак.

Ҳозирги вақтда раҳбар ходимларни тайёрлашда мавжуд моделларни ўрганишга катта аҳамият берилади. Бу моделлар аксарият реал шароитларда тузилиб, корпоратив ташкилотларнинг фаолият меъёрлари ўзгариши билан боғлиқ бўлади. Бу эса раҳбардан мазкур ўзгаришларга мослашишни билишларини талаб этади. Янгиликлар структур ўзгаришларга таааллуқли бўлиши маблағларни тежаш мақсадида маъмурий аппаратни қисқартиришга олиб келиши мумкин. Бюджетни шакллантириш режалашуриш жараёнининг интеграл қисми ҳисобланиб, у тўртта асосий омилни ўз таркибига олади:

- бюджет тушумлари;
- доимий қўшимча чиқим сарфлари;
- бир маргалик қўшимча чиқим сарфлари;
- капитал харажатлар.

Даволаш маскани бош ижрочи директорининг (касалхонами, маҳаллий саломатлик марказими ёки бошқа тиббиёт хизматими) бир талай вазифалари бор. Уларнинг айримлари 11.5 иловада акс эттирилган. Бош ижрочи директор ташкилий структурага ва стандартлар ишлаб чиқишга, шунингдек номувофиқликларни бартараф этиш чораларини кўришга жавоб беради.

11.5 илова

БОШ ИЖРОЧИ ДИРЕКТОР ФУНКЦИЯЛАРИ

1. Ташкилот вакили ҳисобланади.
2. Ташкилот етакчиси ҳисобланади.
3. Ташкилотнинг асосий вазифаларини, унинг мақсади ва функцияларининг умумий манзарасини белгилайди.
4. Ташкилотнинг ички ва ташқи алоқаларини таъминлайди.
5. Ташкилот фаолияти устидан доимий назорат олиб боради.
6. Ташкилот ходимлари ўртасида ахборот тарқалишига жавоб беради.
7. Қабул қилинган қарорларга жавоб беради.
8. Қийин масалаларни ҳал қилади.
9. Ресурсларни режалаштиради ва тақсимлайди.
10. Маблағларни жалб қилади ва ташкилот номидан музокаралар олиб боради.

Бош ижрочи директор ташкилотда шундай қулай муҳит яратиши керакки, ходимлар ташкилот фаолиятида иштирок этаётганликларидан мамнун бўлсинлар, у билан фахрлансинлар, ишни яхшилаш учун улар саволлар беришга қўрқмайдиган ва таклифлар кирита оладиган бўлишлари керак. Қаттиқ меъёрлар ва стандартлар бўлиши унумдор ишлашга халақит беради ва иш сифати пасайишига олиб келади. Ходимларни қайта тайёрлаш ва уларнинг янги кўникмаларни эгаллаши уларнинг ўзини-ўзи намоён этишига имкон беради, акс ҳолда улар замонавий талабларга жавоб бера олмайдилар.

11.6 илова

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИГА ВА ХИЗМАТЛАРГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР

1. Аҳолини тиббий хизмат билан тўлиқ қамраб олиш.
2. Тиббиёт муассасаларининг географик ҳаммага қулайлиги.
3. Ошкоралик-тиббиёт ходими беморга ўзининг қарорларини ва хатти-ҳаракатларини тушунтириши лозим.
4. Тиббий хизматлар ҳақининг бемор учун ва тиббий суғурта компанияси учун мақбуллиги.
5. Тиббиёт ходимларининг беморга ва унинг оила аъзоларига яхши муносабатда бўлиши.
6. Жамоатчиликнинг соғлиқни муҳофаза қилиш соҳасидаги стандартларни ишлаб чиқишда ва риоя қилишда иштироки.
7. Бемор эҳтиёжларини қондириш учун тизимда қатор хизматларнинг мавжудлиги.
8. Тиббиёт ходимлари ва бошқа хизматдаги ходимлардан фойдаланиш самарадорлиги.
9. Касбга оид этика ва ижтимоий ахлоқ меъёрларига мос келиши.
10. Аттестация қилинадиган идоралар талаблари ва тавсияларини бажариш.
11. Иқтисодий асосланганлик-қабул қилинган мажбуриятларни бажариш қобилияти.
12. Режалаштириш ва назорат асоси бўлиб хизмат қиладиган мақсад ва вазифаларни қайд этиш ва қайта кўриб чиқиш.
13. Янги клиник ва профилактик даволаш методларини жорий қилиш.
14. Сифатни ички назорат қилиш методларидан фойдаланиш ва қабул қилинган стандартларга риоя қилиш.

Алоҳида беморни даволаш беморнинг ўзини, даволовчи ходимлар иштирокини, тиббий хизматлар ва молиялаш тизими бўлишини талаб қилади. Бемор хизмат кўрсатувчи ходимлар билан дуч келади, унга даволаш масканининг қандайлиги ҳам таъсир қилади. Касалхонага ётқизилган беморнинг оиласи ҳам даволаш жараёнига тортилган бўлади.

Ходимларнинг етарлича меҳрибонлик қилмаслиги, лоқайдлиги беморда ва даволовчи врачда қўшимча стресслар пайдо қилади. Даволаш масканининг раҳбарияти касалхонадаги умумий муҳит учун жавоб беради. Охир-оқибатда ҳамма нарсага бош ижрочи директор жавоб беради. Бошқача қилиб айтганда, даволаш масканининг раҳбари унинг фаолиятига доимо баҳо бериб бориши ва назорат қилиб туриши керак.

Соғлиқни сақлашда маркетинг

Соғлиқни сақлаш тизимларида режалаштириш ва бошқариш янги жамоат соғлиқни сақлашининг муҳим жиҳатларидан ҳисобланади. Бу масала тегишли бобларда, жумладан соғлиқни сақлаш иқтисодиёти бобида (12-боб) ва миллий соғлиқни сақлаш тизимларида (13-боб) муҳокама қилинган эди. Тиббий хизматлар тарихан хусусий, хайрия, диний ёки давлат ташкилотлари сифатида пайдо бўлган. Сўнгги йилларда соғлиқни сақлаш ҳатто давлат томонидан молияланадиган мамлакатларда ҳам бозор муносабатларига тобора катта аҳамият берилмоқда. Бу истеъмолчиларга тиббий хизматни тиббий хизматлар бозорида танлаш имкониятларини кенгайтиради. Бундай ёндашув Буюк Британия миллий соғлиқни сақлаш хизматини ислоҳ қилишнинг негизини ташкил этди. Бунда бирламчи тиббий хизмат хизмат қилинадиган қатлам сонига кўра молияланади, касалхона эса бемор учун имкон борича фойдали деган мулоҳазаларга асосланиб бирламчи тиббий муассаса томонидан танланади. АҚШ касалхоналарида бемор тиббий-суғурта дастурларини таққослайди, стационар даволаш масканларини танлашда эса даволовчи врач билан маслаҳатлашади ва беморнинг розилиги билан қарор қабул қилинади. Бу тенденция ҳозирги вақтда Россия Федерацияси тиббий таъминоти тизимида кузатилмоқда.

Касалхоналар ва бирламчи ҳалқа тиббий хизматлари яшаб кетишининг асосий шарти аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатиш саналади. Бемор даволаш маскани фаолиятининг мазмуни ва охириги мақсади ҳисобланади. Бу талаб вужудга келтирадиган реклама эмас, балки истеъмолчи эҳтиёжларини қондириш шарт бўлган принцип ҳамдир. Шу жиҳатдан маркетинг таҳлили хизматни тегишлича ташкил қилиш ва унинг фаолияти тартибига ўзгартишлар киритишни кўзда тутади.

Соғлиқни сақлашда бозор муносабатлари

Тиббий хизмат кўрсатиш кафолатланган умумий ҳуқуққа айланган баъзи бир мамлакатларда соғлиқни сақлаш соҳасидаги ислоҳотларнинг моҳияти рақобатнинг бозор механизмларига ўтишидан иборат. Соғлиқни

сақлашда бозор муносабатлари ғоясининг душманлари улар тиббий хизматнинг ҳаммабплиги тамойили билан мос келмайди ва истемолчида малакали танлаш учун етарлича ахборот бўлмайди ва бозор шароитларида тиббий хизматлар нархининг ошишини жиловлаб бўлмайди деб ҳисоблайдилар. Аслини олганда ҳозирги вақтда соғлиқни сақлашда кўпгина бозор омиллари аллақачон ишлаб турибди, масалан, талаб даражасига кўра тиббий хизматлар яратиш ва кадрлар тайёрлаш, врачлик ва касалхона хизматларига ҳақ тўлаш методлари ва бошқа масалалар соғлиқни сақлаш иқтисодиёти тўғрисидаги бобда батафсил муҳокама этилади. Бундай ёндашувнинг муайян афзалликлари бор, масалан, беморга даволаш масканини танлаш имкониятини беради.

Бошқариладиган тиббий ёрдам (МС) билан бирга беморнинг даволаш масканини ёки врачни танлаш ҳуқуқи АҚШ, Буюк Британия ва Исроил каби мамлакатларда қўлланилади, уларнинг соғлиқни сақлаш тизими шу йўналишда ривожланиб келяпти. Касалхоналар жамоат шартномаларини тузадилар ва соғлиқни қувватлаб турадиган ташкилотлар (НМО) аъзоларига, тиббий хизматларни молиялаш фондларига (Буюк Британия) ёки мижозларига керакли даражада тиббий хизмат кўрсатиш учун жавоб берадиган касалхона кассаларига (Исроил) тиббий хизматлар кўрсатадилар.

Бу бошқаларини кучайтириш ҳисобига тиббий хизматнинг ортиқча ривожланган секторларини қисқартиришга олиб келади. Соғлиқни сақлаш тизимларининг таъсири, фаолияти ва унинг натижаларига аҳо беришда жорий «эпидемиологик» силжишни назардан қочирмаслик керак. Бу инфекцион касалликларга қараганда хроник касалликлар билан касалланишнинг ўсишидан иборат бўлиб, кўпгина хроник касалликлар уларнинг этиологиясини аниқлаш қийинлигига қарамай, бартараф этиладиган касалликлардан ҳисобланади. Бу жараён «технологик» инқилобни ҳам назарда тутиши лозим, натижада илгари фақат стационарда бажариладиган тиббий муолажалар ҳозирги вақтда амбулатория шароитларида, ҳатто яхшироқ натижалар билан ўтказилиши мумкин.

Даволаш маскани раҳбарияти унинг фаолиятини шундай ташкил этиши керакки, у фақат беморларни қабул қилиш ва даволаш билан шуғулланиб қолмай, балки умуман соғлиқни муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш соҳасида аҳолининг эҳтиёжларини қондирадиган бўлиши лозим. Бу вазифани адо этишда бош ижрочи директорнинг раҳбарлик маҳорати ва ғайрати жамоат соғлиқни сақлаши янги концепциясини амалда муваффақиятли рўёбга чиқаришнинг гарови ҳисобланади.

Истемолчининг ахборот билан таъминланганлиги мазкур ўзгаришларни амалга оширишда муҳим омил саналади. Тиббий хизматни эркин танлаш ёки Буюк Британиядаги врачлик амалиётини молия билан таъминлаш фондлари Канада, Нидерландия ёки Германиядаги хусусий

врачни танлашга умумий ҳуқуқ билан бир хил эмас. Қарияларга тиббий хизмат кўрсатиш тизимлари Бошқармаси (Medicare) беморнинг врач танлашга бўлган ҳуқуқини чеклайди, танлов врачлар-ташкилот аъзолари ўртасида амалга оширилади. Даволовчи врачнинг беморни қачон ёки қайси мутахассисга юборишни ўзи ҳал қилиши беморнинг эркин танлаш ҳуқуқини чеклаб қўяди.

11.7 илова

КАСАЛХОНА ЁКИ БОШҚА ДАВОЛАШ МАСКАНИНИНГ ЖАМОАТЧИЛИК РОЛИ

Жамоат тиббий эҳтиёжларини қондиришда ўз ролини ошириш мақсадида касалхона ёки бошқа даволаш маскани бошқармаси:

- бошқа маҳаллий жамоат ташкилотлари билан алоқа ўрнатади;
- бошқа ҳамма тиббий хизматларнинг жалб этилишини амалга оширади;
- фақат даволаш масканида эмас, балки ундан ташқари жойларда ҳам тиббий хизматлар кўрсатади ва молиялайди;
- доимо ходимлар малакасини ошириб боради ва касб-маҳорати ўсишини таъминлайди;
- жамоани тиббий хизматлар фаолиятига ва молиялашга жалб этади;
- тиббий хизмат кўрсатишга энг кўп зарурат сезаётган аҳоли гуруҳлари билан алоқалар боғлайди;
- аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича узоқ муддатли режалар ишлаб чиқади;
- жамоа иштирокида, айниқса махсус лойиҳаларни амалга оширишда (масалан, ёнғинга қарши хизматнинг куйганлар бўлими билан ҳамкорлиги) фондлар тузади.

Янги ташкилий моделлар

Ҳозирги вақтда даволаш масканларини ташкил қилишнинг янги моделлари жадал суръатда тузилмоқда ва ишлаб чиқилмоқда. Қисман бу бирмунча тежамкор тиббий хизматлар кўрсатиш методларини излаш, қисман қўйилган вазифалар ва мақсадларнинг оптимал йўлларини топишдан иборат. Тараққий қилган мамлакатлар тиббий хизматлар қиймати ўсишини чегаралаш усулларини изламоқдалар, ривожланаётган мамлакатлар эса аҳоли соғлиғи ҳолатининг тез ва арзон оширишнинг таъсирчан йўлларини қидирмоқдалар.

Соғлиқни сақлашнинг туман тизимлари

Туман соғлиқни сақлаш тизими конкрет географик туман аҳолисига тиббий хизмат кўрсатадиган ўзаро боғланган ва ўзаро бир-бирига қарам тиббий хизматлардан иборат. Туман умумий иқтисодий манфаатларига

асосланган ва ягона дастур бўйича иш олиб борадиган, ўз ваколатлари билан соғлиқни сақлаш тизимини тузадиган ва ривожлантирадиган, тиббий хизматни таъминлаш учун масъул бўлган маъмурий бирлик ҳисобланади. Туман соғлиқни сақлаш тизими таркибига кирадиган тиббий муассасалар ўртасидаги муносабатлар кўлами етарли даражада кенг — ягона маъмуриятдан то беморлар ва маблағларни оддий алмаштиришгача боради.

Кўпгина мамлакатларда 90-йиллардан ишлаб чиқиладиган соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотлар жараёнида тиббий хизматнинг мақбул даражасини таъминлайдиган, тиббий хизматлар нархи ўсишини чеклайдиган ва беморларга касалликнинг шу босқичида ёки шу ёшда керак бўлган клиник ёки профилактик ёрдам беришга имкон яратадиган ташкилий моделлар ишлаб чиқишга алоҳида эътибор берилляпти. Бу мақсадга эришиш учун турли-туман хизматлар ўртасида аниқ ташкилий алоқани қарор топтириш лозим, бу эса ўз навбатида маблағлар ва ходимларни қайта тақсимлашни талаб этади.

Бу шаҳар ва қишлоқ даволаш масканларига тааллуқли. Туман тиббий хизмати шохобчалари маҳаллий аҳоли эҳтиёжларини қондиришга мўлжалланган дастурлар асосида иш юритиб, туман аҳолисига тиббий хизматлар кўрсатади.

11.8 илова

ТУМАН ТИББИЙ ХИЗМАТЛАРИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР

1. Туман аҳолисининг эҳтиёжларини бажариш.
2. Тегишли хизматлар — касалхоналар, узоқ муддат тиббий парвариш қилиш масканлари, уйда парваришлаш хизматлари, амбулатор тиббий хизмат, профилактик хизматлар, аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш хизматлари ва психиатрик ёрдам хизмати мавжудлиги.
3. Беморлар соғлиғи ҳолати билан умуман туман аҳолиси ўртасидаги молиявий ўзаро алоқадорлик.
4. Беморлар ва жамоа аҳолиси эҳтиёжларини тўлиқ қондириш мақсадида маблағларни қайта тақсимлаш.
5. Зарурат бўлганда беморларни транспортда ташишни уюштириш.
6. Профилактик хизматлар ва аҳоли соғлиғини қувватлаш бўйича хизматлар (НМО).
7. Жамоа манфаатларига хизмат қилиш.
8. Ижтимоий хизмат билан алоқа.
9. Туман соғлиқни сақлаш органларининг тиббий хизмат кўрсатишга масъуллиги.

10. Молиявий ҳисобот беришга ва аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишга жавобгарлик.

11. Миллий соғлиқни сақлаш органларидан хизмат кўрсатиладиган аҳоли сонига мувофиқ давлат томонидан молиялаш.

12. Туман миқёсида тиббий хизматларни танлаш имконияти.

13. Касалхоналар, узоқ муддат тиббий парвариш қиладиган масканлар, хусусий врачлар, бошқа тиббий хизматлар билан тиббий хизмат кўрсатиш тўғрисида шартномалар тузиш имконияти.

14. Даволаш масканларини хусусийлаштириш имконияти ва тиббий ходимларга қатъий маош тўлаш тамойили бўйича ёки қабул қилинган беморлар сонига кўра бериладиган тиббий хизмат.

15. Истеъмолчининг муайян хизматлар «йиғинди»сига ҳуқуқи.

Туман соғлиқни сақлаш тизимига умумий бошқариш ва бюджет билан тиббий хизматлар мажмуи киради. Тиббий хизматлар бунда битта бинода жойлашиши ёки элементлари ташкилий, функционал ва молиявий жиҳатдан ўзаро боғланган тармоқ структурасидан иборат бўлиши мумкин.

Улар шаҳар ва қишлоқ ташкилотлари бўлиши мумкин ва шаҳар ёки қишлоқ тиббий марказларида аҳоли соғлиғини сақлаш ва қувватлаш бўйича (НМО) ҳудудий ташкилотлар сифатида қаралиши мумкин.

Бошқариладиган тиббий хизмат тизимлари

Замонавий соғлиқни сақлаш амалий тиббий хизмат кўрсатиш доирасида тиббий хизматлар кўринишидаги янги иттифоққа эга бўлди, бунини умумлаштириб бошқариладиган тиббий хизмат (МС) дейилади. Бошқариладиган тиббий хизмат тизими (МС) бутун аҳоли соғлиғи ҳолатини яхшилашдан манфаатдор, чунки мазкур йилда суғурта қилинган аҳоли сонига биноан молияланади ва беморларга сарфланадиган ҳамма харажатлар шу бюджет маблағлари ҳисобидан тўланади. Ва аксинча, олдини олса бўладиган омилларга боғлиқ касалликлар билан кўп касалланиш ҳоллари касалланганларни даволашга жавоб берувчи назорат қилинадиган тиббий хизмат тизимини ортиқча харажатлар қилишга олиб келади.

Кўпгина мамлакатларда касалхоналар фаолияти амалиётида тиббий хизматларга ҳақ тўлашнинг янги системалари жорий қилинган. Қолдиқ принципи ёки госпитализация кунлари миқдори бўйича бюджетдан молиялаш тамойиллари эскирди, чунки давлат соғлиқни сақлаш тизимлари бошқариладиган тиббий хизмат (МС) принципларини қўллаб, тиббий хизматлар қиймати ўсишини чегаралаш йўлларини изламоқдалар. Ҳақ

тўлашнинг перспектив аниқлаш тизимида касалхона хизматлари госпитализация кунлари миқдори бўйича эмас, балки бемор диагнозига мувофиқ ёки клиник-статистик гуруҳлар (DRG) принципи бўйича тўланади.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиётидаги янгиликлар ҳамма мамлакатларда даволашни ташкил этишнинг янги методларини доимий қидириш билан ўтамоқда. Бунга «деворларсиз касалхона» концепцияси мисол бўла олади. Бу касалхонадаги интенсив терапия бўлими бўлиб, унда даволаш бир қанча ташқи хизматлар — уйда парвариш қилиш, бирламчи тиббий ёрдам, узоқ муддатли тиббий парвариш қиладиган муассасалар биргаликда жалб этилади ва ҳамма муассасалар бир-бири билан тўлиқ қўшилиб кетади. Жамоат саломатлик маркази функциялари бўлган маҳаллий касалхона беморларни стационарда даволашга ўрганган анъанавий касалхонани сиқиб чиқаради.

Аҳоли соғлиғини қувватлаш бўйича ташкилотлар (НМО) — тиббий хизматларни мустақил кўрсатадиган ёки уларни бошқа даволаш масканлари билан шартномалар асосида таъминлайдиган хизматлардир. Саломатликни қувватлаш бўйича ташкилотлар ва бошқариладиган тиббий хизмат АҚШ да миллий тиббий суғурта тизимининг ташаббусларидан бири ҳисобланади. Аҳоли саломатлигини сақлаш бўйича Ташкилотлар муассасаларининг бир қисмида ўзининг штатдаги тиббий ходимлари бўлади, бошқаларида шартнома бўйича ишлайдиган хусусий врачларнинг хизматларидан фойдаланилади. Бундай ташкилий структуранинг афзаллиги шундаки, тиббий хизматлар бир жойда жамланган, ходимлар тажрибали ва малакали бўлади, бу назорат қилинадиган тиббий хизмат(МС) ривожини таъминлашга имкон беради. Аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича Ташкилотнинг айрим принциплари Буюк Британия миллий хизмати томонидан қабул қилинган ва жорий этилган, бу ерда тиббий молиялаш фондлари рўйхатга олинган ўз аъзоларининг касалхона хизматларини тўлайдилар.

Хулоса

Тиббий таъминот ҳар қандай мамлакат халқ хўжалигининг энг йирик соҳаларидан биридир. Гарчи у ишлаб чиқариш соҳасига эмас, балки хизматлар соҳасига кирса-да ҳар бир алоҳида одам ва умуман аҳоли соғлиғи ҳамда фаровонлигининг энг нодир омили бўлгани боис мамлакат иқтисодиётига катта таъсир кўрсатади. Жуда катта миқдордаги юқори малакали ва малакаси бўлмаган кадрларни иш билан банд этиб, мазкур соҳа айниқса маҳаллий миқёсда муҳим иқтисодий омил ҳисобланиб, кўпинча айрим майда жамоаларнинг иқтисодий яшаб кетишига имкон беради.

Даволаш масканларини бошқариш уларнинг фаолиятини таъминлаш, қўйилган вазифаларни бажариш беморларни ҳам, тиббиёт ходимларини ҳам мамнун қилиш учун ҳаётий муҳимдир.

Жамоат соғлиқни сақлашининг янги концепцияси ҳақиқатан ҳам мураккаб ва кўп қиррали. У анъанавий соғлиқни сақлаш дастурларини қабул қилади, айти вақтда хизмат кўрсатишни бошқариш ва режалаштириш муаммолари билан шуғулланади, устувор йўналишлар бўйича мақсадлар ва вазифалар белгилайди. Буларга эришишнинг ўзи бўлмайди, буларнинг ҳаммаси мавжуд имкониятларга боғлиқ. Замонавий технологиялар ҳатто касалланиш ва ўлимнинг энг кўп сабабчиси бўлган айрим касалликларни таг-туғи билан йўқотишга имкон беради. Бироқ ишни тегишлича ташкил қилмай ва режалаштирмай, ҳатто энг замонавий технологиялар бўлганда ҳам қўйилган вазифаларни бажариш мумкин эмас.

Рефератлар мавзулари

1. Бошқариш назариясининг соғлиқни сақлаш тизимларини бошқариш билан муносабати: хоторн эффекти, эҳтиёжлар иерархияси, «Х назарияси — Y назарияси», мақсадли бошқариш, сифатнинг умумий назорати.

2. Раҳбар ходимларнинг соғлиқни сақлаш соҳасида махсус тайёргарлигининг муҳимлиги.

3. Соғлиқни сақлаш соҳасида пирамидасимон ва тармоқ ташкилий структуралари (мисоллар билан).

4. Даволаш маскани ташкилий структурасининг унинг фаолиятига таъсири.

5. Тиббий таъминот соҳасида бозор механизмларининг иши.

6. Тиббий хизмат кўрсатишда монанд бўлмаган методлар қўлланишни қисқартириш усуллари ва давлат миқёсида монанд методлар қўлланиш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Vaughn JP, Morrow RH. Manual of Epidemiology for District Health Management. Geneva: World

Health Organization, 1989.

Kirsch T. Local area monitoring (LAM). World Health Statistics Quarterly, 1988;41:19-25.

McMahon R, Barton E, Piot M, Gelina N, Ross F. On Being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care, Second Edition. Geneva: World Health Organization, 1992.

Woodall JP. Epidemiological approaches to health planning, management and evaluation. World

Health Statistics Quarterly, 1988;41:2-10.

Библиография

Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1993.

Aguayo R. Dr Deming: The American Who Taught the Japanese About Quality. New York: Simon & Schuster, 1990.

Bennet S, Woods T, Lianage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries/ World Health Statistics Quarterly, 1991;44:98-106.

Cohen J. Health policy, management and economics. in Lambo T, Day SB [eds]. Issues in Cjntemporary Internacionai Health. Plenum Publishing Co., 1990.

Darr K, Rakich JS. Hospital Organization and Management, Fourth Edition. National Health Publishing, Owings Mills, Maryland, 1989.

Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, Boston, 1976.

Dutton DB. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. Medical Care, 1979; 17:221-243.

Ellencweing AY. Analysing Health Systems: A Modular Approach. Oxford: Oxford University Press, 1992.

Goldbloom RB, Lawrence RS [eds]. Preventing Disease: Beyond the Rhetoric. New York: Springer-Verlag, 1990.

Griffith JR. The Moral Challenges of Health Care Management/ Ann Arbor: Health Administration press, 1993.

Glynn JJ, Perkins DA [eds]. Managing Health Care: Challenges for the 90s. London: WB Saunders Co., 1995.

Hersey P, Blancard KH. Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources. second Edition. Prentice-Hall, London. 1972.

Katzenbach JR, Smith DK. The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization. Harvard Buseness School Press, Cambridge MA, 1993.

Luft HS. How do health maintenance organizations achieve their «savings?» The New England Journal of Medicine, 1978;298:1336-1343.

Mooney G. What does equity in health mean? World Health Statistics Quarterly, 19887;40:296-303.

Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press, 1993.

Robbins SP. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1990.

Sheridan DP, Winogron IR [eds]. *The Preventive Approach to Patient Care*. Amsterdam: Elsevier, 1987.

Shortell SM, Richardson Ws, LoGerfo LP, Diehr P, Weaver B, Green KE. The relationships among dimensions of health services in two provider systems: a causal model approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 1977;18:139-159.

Sloan MD, Chmel M. *The Quality Revolution and Health Care: a Primer for Purchasers and Providers*. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press, 1991.

Tarimo E. *Towards a Healthy District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1991.

Taylor CE. Surveillance for equity in primary care: policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology*, 1992;21:1043-1049.

World Health Organization. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: WHO, 1994.

ТИББИЁТДА ВА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШДА ХАРАЖАТЛАРНИ АНИҚЛАШ: СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ИҚТИСОДИЁТИ

Боб мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Соғлиқни сақлаш ва тиббий таъминот тизимларининг иқтисодий жиҳатлари * Соғлиқни сақлашни молиялаш * Соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг асосий тамойиллари * Соғлиқни сақлашни давлат молиялаши — макродаража * Тиббий хизмат қиймати * Касаллик қиймати* Тиббий хизматлар қийматидаги тафовутлар * Соғлиқни сақлашда умумий харажатлар структураси * Тиббий хизмат ва стационарда даволаш иқтисодиёти — микродаража * Касалхона хизматига ҳақ тўлаш * Янги жамоат соғлиқни сақлаш концепциясига мувофиқ бозор механизмларининг ўзгариши * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография *

Ўқув мақсадлари

Ушбу бобни ўрганиб, талаба:

- иқтисодий муаммоларни аниқлаш ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги устувор йўналишларни ажратиш;
- иқтисодий таҳлил методларини тиббий таъминотнинг муқобил тизимларига қўлланиш;
- аҳоли соғлиқ ҳолатига умумий баҳо беришни ўрганadi.

Кириш

Ҳамма тиббиёт ходимлари ва соғлиқни сақлашни режалаштириш соҳасидаги мутахассислар соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг асосий тамойилларини билишлари ва қандай қилиб иқтисодий омиллар тиббий хизмат кўрсатишга ва унинг қийматига ҳамда унга бўлган эҳтиёжга таъсир кўрсатишини тушунишлари керак. Бундай билимлар фақат касалланиш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтиришда ифодаланадиган тиббий хизматнинг иқтисодий самарадорлигига баҳо беришгина эмас, балки тибби-

ёт ходимларини тайёрлаш, касалхоналар қуриш, дори препаратлари, вакциналар ва тиббий жиҳозлар билан таъминлашга сарфланадиган харажатларни ҳам билишга имкон беради. Бу чекланган ресурсларни оптимал тақсимлаш учун ҳам айниқса муҳим. Иқтисодий нуқтаи назардан даволаш ва парваришнинг энг қиммат, бироқ энг самарадор тизимига кетадиган харажатлардан воз кечиш ниҳоятда зарур.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиёти бу соҳада стратегия (макроиқтисодиёт) ва тактика жиҳатидан (микроиқтисодиёт) фаолиятнинг асосий йўналишини ишлаб чиқишнинг муҳим элементи ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги иқтисодий таҳлил оптимал бошқариш даражасини таъминлаш ва зарурат бўлганда мавжуд муқобил вариантлардан бирини танлашда асосланган қарорлар қабул қилиш имконини беради. Қарорлар қабул қилишда у соғлиқни сақлаш сиёсатини белгилайдиган элементга айланиб қолади. Баъзан соғлиқни сақлашнинг иқтисодий жиҳатлари профилактик ва клиник тиббиётнинг кундалик муаммоларини ҳал қилишда профессионал ва этик тамойилларга қарама-қарши чиқиб қолади. Бу тамойиллар ўртасида мувозанат қарор топдириш ҳозирги замон соғлиқни сақлашини бошқариш ва ташкил қилишнинг ва бинобарин, Янги жамоат соғлиқни сақлашининг мақсади ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш ва тиббий таъминот тизимларининг иқтисодий жиҳатлари

Турли мамлакатларда соғлиқни сақлашга харажатлар жуда ҳар хил. Улар ВВП (ЯММ)нинг 4 дан 14% гача қисмини ташкил қилади. Сўнги вақтларда тиббий хизматнинг юқорилиги ва тобора қимматлашиб бораётганлиги жамоатчиликнинг ва иқтисодий таҳлилнинг диққат марказида бўлиб қолди. Харажатларнинг умумий қиймати ва сарфлаш усули ҳар қандай соғлиқни сақлаш фаолияти тизимига баҳо беришда марказий масалалардан ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги, айниқса соғлиқни сақлаш ва тиббий хизматни режалаштиришни бошқариш соҳасидаги мутахассислар ўз қабул қилган қарорларини ҳаётга татбиқ этишга кетадиган иқтисодий харажатларни ҳисобга олишлари керак.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ МУАММОЛАРИ: ЖАҲОН РИВОЖЛАНИШ БАНКИ

1. **Ресурсларни номонанд тақсимлаш:** ижтимоий маблағлар иқтисодий кам самара берадиган тиббий аралашувларга, масалан, сут беги ракида кўмикни кўчириб ўтказиш ёки простата ракини аниқлаш учун аҳолини ялпи текширишга сарфланади, ваҳоланки кўп тарқалган касалликларни (масалан, сил ва таносил йўл билан ўтадиган касалликлар) даволаш учун самарали методикалар писанд қилинмайди.

2. **Тиббий таъминот хизматларини нотекис тақсимлаш:** кам таъминланган аҳоли яшайдиган туманлар ва қишлоқ жойлар ёмон тиббий хизмат олади, айти вақтда кўпинча учламчи тиббий хизматлар билан таъминланган секторга ижтимоий маблағлар сарфланади.

3. **Самарасизлик:** тиббий таъминот соҳасига воситаларни беҳуда сарфлаш, машҳур фармацевтика фирмаларининг препаратларидан пала-партиш фойдаланиш, тиббий ходимлар ва касалхона ўринлари фондидан самарасиз фойдаланиш.

4. **Тиббий хизмат қийматининг кескин ошиши:** ривожланган ва ўрта даражада ривожланаётган мамлакатларда тиббий хизмат қийматининг ўсиш суръатлари иқтисодий ўсишнинг умумий суръатларига қараганда юқори: аҳоли жон бошига кам даромадли кам ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлашга ажратиладиган маблағлар чегараланган ва самарасиз фойдаланилади.

Манба: *World Development Report, 1993.*

Давлат ва хусусий тиббий хизматларнинг вазифаси—касаллик ва ўлимни қисқартиришдан иборат. Соғлиқни сақлаш ресурсларидан фойдаланишда муайян молиявий харажатлар қилиб ва мавжуд бўлган тиббиёт кадрлари ёрдамида имкон борича кўпроқ самарадорликка эришиш керак. Соғлиқни сақлаш ресурсларидан фойдаланишда назоратни яхши йўлга қўйиш лозим, бу тиббий таъминот тизимини бошқаришнинг муҳим таркибий қисми саналади, чунки чегараланган маблағларни битта секторга йўналтириш бошқасига ажратиладиган маблағларнинг қисқаришига олиб келади.

Турли мамлакатларнинг соғлиқни сақлаш тизимлари иккита асосий иқтисодий муаммога дуч келадилар — бу тиббий хизматнинг бир тизимини етарлича молиямаслик ёки бошқасини ортиқ даражада молиялаш ёки аниқроғи, ресурсларни нотўғри тақсимлашдан иборат.

Қайта тиклаш ва ривожлантириш Жаҳон банкининг 1993 йил тайёрлаган ҳисоботи ривожланаётган мамлакатлардаги соғлиқни сақлаш тизимлари дуч келаётган муаммоларга асосий эътиборни қаратади. Ҳисо-

ботда аҳолининг соғлиғини муҳофаза қилиш тўғрисидаги ғамхўрлиги бирмунча юксак меҳнат унумдорлиги ва иқтисодий ўсишни таъминлашнинг зарур шарт-шароити эканлиги таъкидланади ва чекланган ресурсларнинг катта қисмини қимматбаҳо ва нисбатан кам самарали тиббий хизматларни таъминлашга асоссиз сарфлаш туфайли кўпгина мамлакатларда аҳолининг асосий тиббий хизматларга эҳтиёжини қондириш даражаси пастлигича қоляпти.

Соғлиқни сақлашни молиялаш

12.2 илова

РИВОЖЛАНАЁТГАН МАМЛАКАТЛАР УЧУН ИҚТИСОДИЙ ЖИХАТДАН ЎЗИНИ ОҚЛАЙДИГАН ЭНГ МУҲИМ ТИББИЙ ХИЗМАТЛАР, ҚАЙТА ТИКЛАШ ВА РИВОЖЛАНТИРИШ ХАЛҚАРО БАНКИ (ЖАҲОН БАНКИ) МАЪЛУМОТЛАРИ БЎЙИЧА

1. Жамоат соғлиқни сақлаши:

- иммунизация-кенгайтирилган иммунизация дастури (РПИ), шу жумладан БЦЖ, АКДС, қизамиқ, кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси, полиомиелитга, қизамиққа, В гепатитига, сариқ иситма билан бирга А витамини ва рационни йод билан тўйинтириш билан;
- мактабларда амбулатор тиббий хизматлар;
- оилани режалаштириш ва рационал овқатланш тўғрисида маълумот тарқатиш;
- алкогольга ва никотинга қарши дастурлар;
- СПИД профилактикаси.

2. Клиник тиббиёт:

- пренатал тиббий кузатув;
- силга қарши кураш;
- жинсий йўл билан ўтадиган касалликларга қарши кураш;
- болалар касалликлари-ОРЗ, диарея касалликлари, қизамиқ, безгак, етарлича овқатланмасликни даволаш.

Эслатма: *ОРЗ-ўткир респиратор касалликлар (ЎРК).*

Манба: *World Bank World Development Report, 1993.*

Жаҳон банки 1993 йил учун жаҳон тараққиёти тўғрисидаги ўз Ҳисоботида мамлакатларнинг иқтисодий ривожланишида соғлиқни сақлашнинг муҳим роли борлигини таъкидлайди. Шу нуқтаи назардан, соғлом аҳоли фақат ижтимоий мақсадгина эмас, балки таълим билан бир қаторда кучли ва соғлом иқтисодиётни вужудга келтиришда муҳим ўрин тутаети. Соғлом кишилар яхшироқ ва самаралироқ меҳнат қиладилар, уларнинг

иқтисодий ўсишни таъминлашга қўшган ҳиссаси кўпроқ бўлади. Ҳисоботда айрим мамлакатларнинг ҳукуматларига соғлиқни сақлашга ажратиладиган маблағларни кўпайтириш тўғрисида мурожаатнома бор. Ҳисоботда соғлиқни сақлаш соҳасида рақобатни вужудга келтириш ва кўпроқ аҳолини бир текис қамраб олишга чақиради. Бу Ҳисобот соғлиқни сақлашни молиялашни давлат ва халқаро инвестициялари учун устувор соҳалардан бири сифатида кўздан кечиради.

12.3 илова

ЖАҲОН РИВОЖЛАНИШ БАНКИ МАЪЛУМОТЛАРИ БЎЙИЧА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШГА АЖРАТИЛАДИГАН МАБЛАҒЛАРНИНГ ИҚТИСОДИЙ АСОСЛАНГАНЛИГИ

1. Мустаҳкам соғлиқ фаровонликнинг асосий қисми ҳисобланади;
2. Соғлиқни сақлашга харажатлар соф иқтисодий мулоҳазалар билан оқланиши мумкин;
3. Аҳолининг мустаҳкам соғлиғи иқтисодий ўсишга имкон беради:
 - ходимларнинг касалликлари сабабли унумли вақт йўқотилмайди;
 - касалликлар сабабли илгари амалда ишлатиб бўлмайдиган табиий ресурслардан фойдаланиш имконияти юзага келади;
 - болаларнинг мактабга қатнаши ва таълим олиши яхшиланади;
 - илгари даволашга сарф бўладиган маблағлар тежаб қолинади.
4. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги тўғри сиёсат мустаҳкам соғлиқ гарови бўлади.

Манба: *World Development Report, 1993.*

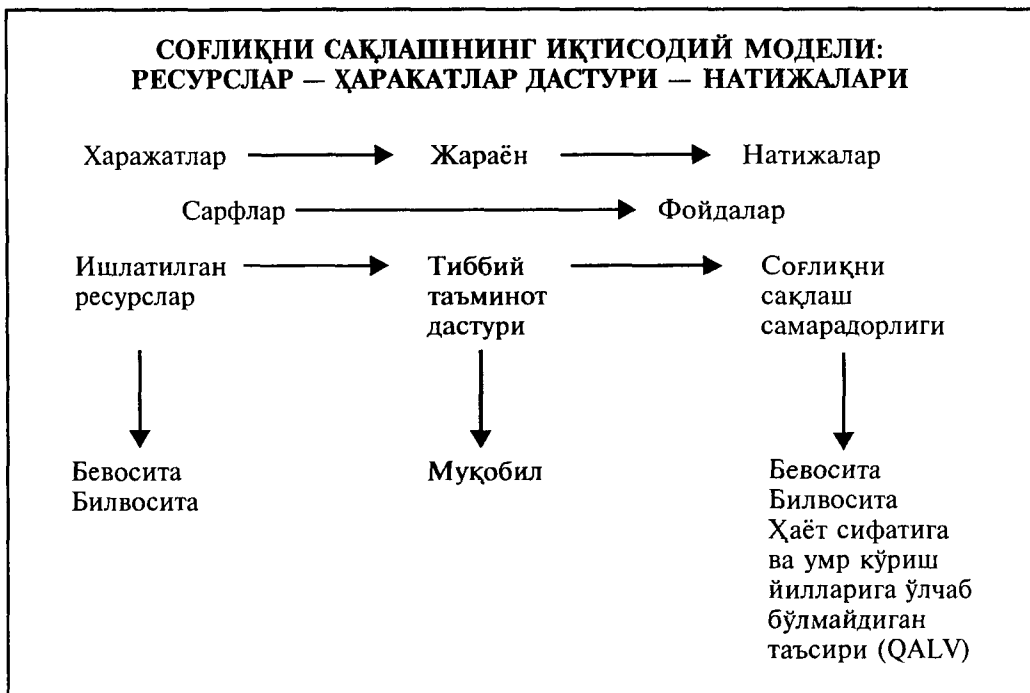
Соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг асосий тамойиллари

Соғлиқни сақлаш иқтисодиёти соҳани молиялашга кетадиган умумий харажатларнинг таҳлили, шунингдек ресурсларни бир текис, самарали ва мақсадга мувофиқлик нуқтаи назаридан тақсимлашни ўз таркибига олади. Ҳар қандай жамиятнинг ресурслари чегараланган, шунинг учун соғлиқни сақлашга маблағлар ижтимоий устувор йўналишлар бўйича белгиланади ва маориф, муҳофаза, қишлоқ хўжалиги каби бошқа соҳаларни молиялаш билан рақобатга киришади. Соғлиқни сақлаш иқтисодиёти ҳам ривожланган, ҳам ривожланаётган мамлакатларда ҳам унга баҳо бериш ва режалаштириш учун зарур масалаларни ўрганиш билан шуғулланади.

Ресурслардан (молиявий ва инсонлар)дан бевосита ва билвосита фойдаланиш соғлиқни сақлаш дастурларини адо этишга қаратилган. Бунда муайян мусбат натижага эришиш кўзда тутилиб, бу ҳам бевосита ва

билвосита бўлиши мумкин. Мусбат натижа касалланиш ва ўлимнинг пасайиши ёки умумий ҳаёт сифати яхшилангани ҳолда меҳнат унумдорлигининг ўсишида ўз ифодасини топиши мумкин.

12.4 илова



Соғлиқни сақлаш ва тиббий таъминот тизимини бошқаришнинг муҳим қисми харажатлар ва натижаларга миқдорий баҳо бериш ҳисобланади. Харажатларга вакцинацияга харажатлар, тиббий текширувлар ва даво тадбирлари, касалхона ўринларига, ходимларга харажатлар, қисқа муддатли даво курслари, уйда парвариш қилиш ва бошқа тиббий хизматлар ва профилактик тадбирлар киритилади.

Тиббий хизматга эҳтиёж, унга бўлган талаб ва ундан фойдаланиш даражаси

Тиббий хизматга эҳтиёжлар билан унга бўлган талаб ҳамisha мос келавермайди. Одамда касаллик симптомлари ёки функционал бузилишлар бўлганда, улар муайян даво методикалари қўлланилганда даво қилинганда тиббий таъминотга эҳтиёж мавжуд бўлади.

Одамда тиббий хизмат олишга зарурат ва уни олишга истак бўлганда талаб вужудга келади. Одам ҳақиқатда монанд тиббий хизмат олганида тиббий хизматлардан *фойдаланади*.

Ташқи омиллар, масалан, олинган хизматлар миқдорига ёки госпитализация давомлилиги мезонига кўра врач хизматларига ҳақ тўлаш методи қўшимча муолажалар тайинлаш ёки госпитализация муддатини керагидан кўпга узайтиришга сабаб бўлиши мумкин. Бундай даво тadbирлари тиббий хизматларга талабни ошириши ва ҳақиқатдан ҳам зарур тиббий хизматнинг, уни таъминлаш ва қийматининг қадрсизланишига (девальвация) олиб келиши мумкин.

Меъерий (*норматив*) эҳтиёжлар — мазкур аҳоли гуруҳи учун специфик тиббий тadbирларга стандарт эҳтиёж саналади ва мутахассислар томонидан белгиланади. Клиник тиббиёт соҳасида ҳам стандарт тиббий хизматлар «йиғинди»ларига кўплаб мисоллар мавжуд, масалан, пренатал тиббий кузатув, иммунизация, чақалоқлар ва кичик ёшдаги болаларни тўғри парварииш қилиш, диабетли беморларни даволаш, гипертония касаллиги, сут бези раки ва катта ёшдаги аёлларда бачадон бўйни ракини аниқлаш мақсадида текширишлар ўтказиш шулар қаторига киради.

Меъерий эҳтиёжлар соғлиқни сақлаш ва тиббий таъминот тизимини бошқаришда банд бўлган фақат мутахассислар ва илмий ходимларнинг эмас, балки тор ихтисосликдаги врачлар, шунингдек, тиббий таълим, соғлиқни сақлаш иқтисодиётини режалаштирувчи мутахассислар ва социологларнинг доимий назорати остида бўлиши керак.

Тиббий ёрдамга мурожаат қиладиган кишиларнинг жинси ва ёшини ҳам ҳисобга олган индивидуал таърифларини ўрганиш талаб этиладиган тиббий хизматлар турини ва миқдорини аниқлашга имкон беради. Масалан, 40 ёшдаги аёллар 50 ёш ва бундан катта аёллар сингари маммографиядан тез-тез ўтиб турмасликлари керак. Эмадиган чақалоқ уч яшар болага қараганда кўпроқ профилактик текширувлардан ўтиб туриши керак. Қирқ беш ёшли эркакларда қон босимини йиғирма беш ёшлик эркакларга қараганда кўпроқ ўлчаб туриш лозим.

Ҳис қилинадиган эҳтиёж бемор ёки жамиятнинг субъектив идрок этиши ҳисобланади, у ҳақиқатдан ҳам физиологик эҳтиёжга асосланган бўлиши шарт эмас. Субъектив омил бўлгани ҳолда у бемор тиббий ёрдамга мурожаат қиладими-йўқми, шунини аниқлайди. Аҳолининг тиббиётдан саводхонлигини оширишнинг тобора тан олинishi шундан далолат беради. Аҳолининг ахборотларни яхши эгаллаши жамиятнинг профилактик дастурларини қабул қилишида муҳим аҳамият касб этади. Масалан, иммунизация ва хроник касалликларни даволашда даво муолажаларининг тавсия этиладиган мажмуи дастурлари шулар қаторига киради. У шунингдек соғлиқни сақлашни режалаштиришга таъсир кўрсатади. Масалан, жамият ва потенциал инвестор янги касалхона қуришга

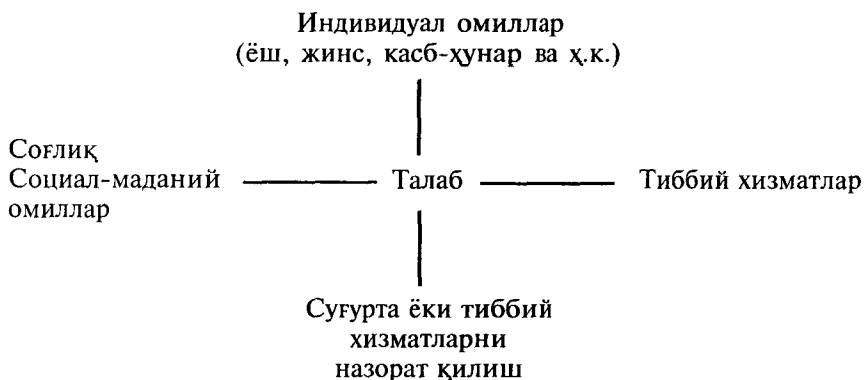
зарурат бор деб ҳисоблайдилар, айнаи вақтда худди шу маблағлар бирламчи тиббий ёрдам хизматларини ривожлантиришга ёки тиббий маориф дастурларини жорий қилишга йўлланса кўпроқ фойдали бўлар эди.

Масалан, беморда врач хизматларига ҳақ тўлаш учун маблағ бўлмаса тиббий хизмат олиш имкониятидан маҳрум бўлади. Жуғрофий томондан узоқда яшаш ёки ишлаш, ҳатто тиббий хизмат бепул бўлганда ҳам вақт етишмаслиги ва йўл ҳақи тўлаш, сафар билан боғлиқ ноқулайликлар, иш ҳақини йўқотиш сингари сабаблар тиббий ёрдамга мурожаат қилиш кўрсаткичларини пасайтиради. Ресурсларни таъминлашдаги ва тиббий хизматларнинг жуғрофий жойлашувидаги ўзгаришлар тиббий ёрдам олиш имкониятига муҳим таъсир кўрсатиши мумкин. Ёши қайтган одамлар тиббий ёрдамга эҳтиёж сезганлари ҳолда ўзларини касал деб тан олишни истамай ва ўз яқинларига товон бўлмаслик учун баъзан тиббий ёрдамга мурожаат қилишдан воз кечадилар. Иқтисодий, социал ёки психологик сабаблар одамнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилишига тўғаноқ бўлиши эҳтимол.

Эҳтиёжларни ўрганишга қийёсий ёндашув ўхшаш икки аҳоли гуруҳи, масалан, аҳолининг ёши, жинсий ва этник таркиби ва социал-иқтисодий аҳоли бир хил қўшни туманлар аҳолиси эҳтиёжларини ўрганишни кўзда тутати. Битта туманда муайян соғлиқни сақлашги доир тадбирлар, масалан ичимлик сувни фторлаш, бошқасида эса бу ўтказилмайди. Шундай қилиб, иккинчи туманнинг аҳолиси бу муолажа билан таъминланишга нисбий эҳтиёж сезади. Зарур тиббий ёрдам кўрсатишнинг мутлоқ мезонлари йўқ, бироқ аҳоли соғлиғини яхшилашга қаратилган халқаро стандартларга мувофиқ келадиган асосий стандартлар мавжуд.

Тиббий хизматга бўлган талаб тиббий ёрдамга мурожаат қиладиган кишиларнинг рўй-рост ифодаланган эҳтиёжларига асосланади. Одам тиббий хизматга эҳтиёж сезиши мумкин, айнаи вақтда мутахассислар талабга рационал сабаблар йўқ деб ҳисоблайдилар. Бемор вирус инфекциясига қарши антибиотиклар қўлланишни талаб этиши мумкин, маълумки бу инфекцияда антибиотиклар фойдасизгина эмас, балки очиқдан-очиқ зарар етказиши мумкин. Эркин танлаш тамойили, шунингдек, соғлиқни сақлашни режалаштиришнинг меъёрий тамойилларига қарама-қарши чиқиб қолиши мумкин, масалан, унчалик катта бўлмаган туман касалхонаси беморларнинг талабларига асосланиб, унга юксак технологик ускуналар берилишини талаб қилади. Врачлар обрў-эътибор ва қулайлик учун ўз касалхоналарида шундай асбобларнинг ўрнатилишини талаб қилишлари мумкин, гарчи иқтисодий мезонларга ва реал тиббий эҳтиёжларга қараладиган бўлса, бундай қадам ўзини оқламайди, албатта. Бундай ихтилофлар—тиббий таъминотни режалаштириш жараёнининг муқаррар белгисидир.

ТИББИЙ ХИЗМАТЛАРГА БЎЛГАН ТАЛАБГА ТАЪСИР ҚИЛАДИГАН ОМИЛЛАР



Талаб, шунингдек, тиббий хизматни таъминлашнинг ўзидан пайдо бўлиши мумкин. Чунончи, касалхона ўринлари миқдорининг кўпайиши улардан мавжуд заруратдан кўра ортиқча фойдаланишга олиб келиши мумкин. Муайян хизматларни бепул кўрсатиш бу хизматларга ҳақиқат зарур бўлганидан кўпроқ муурожаат этишга имкон бериши мумкин. Шундай қилиб, муҳимлиги камроқ хизматлар бирмунча фаол ривожланиши мумкин, айти вақтда бирмунча муҳим тиббий хизматлар ресурсларнинг чекланганлиги сабабли етарли даражада таъминланмаслиги мумкин. Баъзан тиббиёт ходими ўзи кўрсатаётган хизматларга талабнинг ошишидан манфаатдор бўлади, чунки ҳар бир ўтказилган тиббий муолажа учун ҳақ олинади. Бундай шароит, масалан, хирурглар сони кўп бўлганда вужудга келади ва хирургик операциялар сонининг ўсишига ёки акушер-гинекологлар сони кўпайиб кетганда кўп сонли кесар қирқиш операциялари амалга оширилишига олиб келади.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиёти, шунингдек, аҳоли соғлиғига таъсир этадиган омилларнинг систем таҳлилига ҳам эътибор беради. Кўпинча Гроссман тасвирлаган талабни моделлаш методи қўлланилади. Тиббий хизматларга индивидуал талабга кўпгина омиллар, масалар, тиббий ёрдам олишга тўсиқ бўладиган социал-иқтисодий, таълим ва маданий хусусиятлар ҳам таъсир этади. Гроссманнинг талаб модели қуйидаги негизлар асосига қурилган:

1. Ҳар ким вақт ўтиши билан камайиб борадиган муайян соғлиқ заҳираси билан туғилади. Ёш ўтган сайин аҳолининг касалланиши ва

ўлими, шунингдек тиббий ёрдам олиш учун мурожаатлар мақдори кўпайиб боради. Соғлиқ заҳирасининг камайиб бориш қонуниятлари одамнинг ёшига кўра соғлиғи ёмонлашувига оид эгри чизиқда берилган.

2. Бу соғлиқ заҳираси тегишли тадбирлар, жумладан соғлиқни сақлаш бўйича чоралар, масалан, фаол дам олиш, жисмоний тарбия ва спорт туфайли тўлдирилиши мумкин. Соғлиқ ҳолатидаги ўзгаришлар тиббий хизмат кўрсатиш билан таъминланадиган фаолият, шунингдек одамнинг жисмоний қуввати ва кўриниши, тураржой шароитлари, овқатланиши, чекишдан ўзини тийиши ва таъсирини миқдор билан ўлчаб бўлмайдиган бошқа социал-атвор омиллар ҳисобланади. Кишилар ўз ҳаёти мобайнида соғлиқ ҳолатидаги заҳиралар йўқотилишини тиббий хизматларга аста-секин ошиб борадиган харажатлар билан қоплашга ҳаракат қиладилар.
3. Самарадорлик функцияси (соғлиқ ҳолатига нисбатан) кўпгина ўзгариб турадиган ташқи омилларга, масалан, унга таъсир кўрсатадиган маълумот даражасига боғлиқ.
4. Одамнинг соғлиғи фақат ташқи омилларга эмас, балки унинг ўзига ҳам, саломатлигини сақлаш учун, масалан, ёғ миқдори кўп овқатлардан ёки чекишдан онгли воз кечишига боғлиқ.
5. Соғлиқ тиббий хизматларни истеъмол қилувчилар томонидан сарфланган кучнинг ҳаракатлар ва қилинган маблағлар натижаси сифатида қабул қилинади. Иш вақти йўқотилиши ёки меҳнат ундорлигининг пасайиши сабабли беморлар ўз даромадларини йўқотади.
6. Соғлиқни ҳам истеъмол товари сифатида кўздан кечириш мумкин. Ҳеч ким касал бўлишни хоҳламайди, ҳар ким соғлом бўлишни афзал кўради.

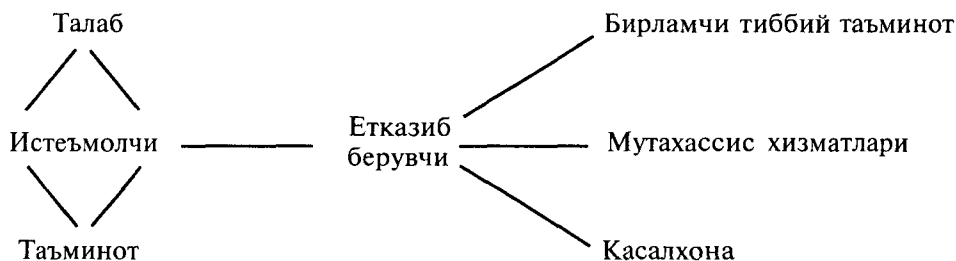
Мазкур ёндошув атрофдагилар, хулқ-атворнинг индивидуал кўринишлари ва тиббий хизматлардан фойдаланишнинг қандай таъсир қилишига доир қарашларни қайта кўриб чиқишга олиб келади. Гроссман моделига биноан даромадлар ҳажмининг ошиши соғлиқ ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин, чунки бу шароитда ошган хавф билан ўтадиган носоғлом ҳаёт тарзи ва хулқ-атвордаги кўринишлар устунлик қилади. 50—60-йилларда ёғ миқдори мўл маҳсулотлар истеъмол қилиниши, чекиш, алкогольни суистеъмол қилиш ва йўлдаги транспорт ҳодисалари бунга мисол бўла олади. Собиқ совет республикаларида ва тараққий қилаётган мамлакатларда шундай ҳодисалар кузатилган: аҳоли жон бошига даромадлар ҳажми ошиши билан бир вақтда юрак-томир

касалликларидан ва йўл-транспорт травматизмидан ўлим сони кўпайган. Бундай шароитда аҳолиси биринчи навбатда хроник тўйиб овқат емасликдан азият чекаётган ва инфекцион касалликлар профилактикасига муҳтож бўлган сушт ривожланган мамлакатларга караганда бошқача профилактик чоралар кўрилиши зарур. Баъзи бир ривожланаётган мамлакатларда оила даромадлари миқдорининг ошиши овқатланишга кўпроқ маблағ сарфлаш имконини бериб, бу аҳолининг соғлиқ ҳолатига ижобий таъсир этади.

Социал-демографик таълимотга биноан тиббий хизмат билан таъминлашдан ҳамма баҳраманд бўлиши, аҳоли соғлиғини яхшилашга сарфланадиган маблағлар эса ижтимоий жиҳатдан ҳам, иқтисодий жиҳатдан ҳам мақсадга мувофиқ бўлиши керак. Миллатчилик мафкураси миллат куч-қудратини ошириш ва унинг қуролли кучларини мустаҳкамлаш учун аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишга эътибор қаратган эди. Жаҳон банкининг 1993йил учун «Соғлиқни сақлашга инвестициялар» ҳисоботи бу соҳани молиялашни иқтисодиётдан маблағларнинг оқиб кетиши эмас, балки уларни иқтисодиётни ривожлантиришга қўйилган маблағлар деб кўздан кечиради.

Талабнинг ўзгариб туриши

Талаб истеъмолчи, ишлаб чиқарувчи, хизмат тизимининг таъминланиши ва жуғрофий тақсимланиши билан боғлиқ омиллар таъсири остида ошиши мумкин. Капиталистик иқтисодиётнинг классик назариясига биноан истеъмолчи ўз муҳтожлиги ва эҳтиёжларини қондириш жиҳатидан олий ҳакам ҳисобланади ва нимани сотиб олиш кераклигини ўзи мустақил ҳал қилади (истеъмолчи мустақиллиги тамойили). Бундай истеъмолчи товарлар ва хизматларни эркин бозорда бюрократик тизимнинг ҳеч қандай таъсирисиз, яъни ўзининг субъектив эҳтиёжларини ташки режаларсиз харид қилади. Эркин бозор назарияси истеъмолчини қарор қабул қилишга масъул асосий инстанция деб тан олади. Бундай нуқтаи назар тиббий хизматлар сотиб олиш билан пойабзал сотиб олиш ўртасидаги фарқни кўзда тутмайди, иккала ҳолда ҳам ҳамма нарса истеъмолчининг ўз танлови ва мулоҳазалари бўйича белгиланади. Индивидуал қарорлар айрим олинган истеъмолчининг тушунчаси, ахборотга эгаллиги ва молиявий имкониятларига биноан қабул қилинади. Бунда кимдир кўп миқдордаги ва қутилаётган фойдага мувофиқ бошқа хизматларни сотиб олишни истаб қолади (фойданинг охирги чегараси).



1-расм. Тиббий хизматларни истеъмол қилиш модели.

Бироқ бозор ёндошувини тиббий хизмат кўрсатиш соҳасига татбиқ этиб бўлмайди, чунки истеъмолчи малакали кадрлар қабул қилиш учун етарли билимлар ва ахборотга эга бўлмайди. Истеъмолчи ўз врачлари ёки маслаҳатчисига ишонади; бу ҳодиса воситачилик ўзаро муносабатлари деган ном билан юритилади. Бу ҳол врачнинг психологик ва иқтисодий жиҳатдан асосий мавқега эга бўлишини таъминлайди, бунда врач ҳар бир тиббий муолажага алоҳида ҳақ тўлаш қоида-сига мувофиқ ишлайдиган бўлса, бу муайян ҳолларда шубҳали тиббий муолажалар ўтказилишига олиб келиши мумкин. Тиббий хизматларга ҳақни учинчи томон, масалан, тиббий суғурта ёки давлат дастурига биноан тўланадиган бўлса, бу ҳолда истеъмолчи амалда ўз ҳисобидан ҳақ тўламайдиган бўлади.

Соғлиқни сақлашда бозор ёндошуви аҳолининг, айниқса унинг кам таъминланган қатламларининг ҳаётий муҳим профилактик тиббий тадбирлар билан етарлича таъминланмай қолишига олиб келиши мумкин. Агар тиббий хизматларнинг эркин бозори мавжуд бўлса, истеъмолчи умуман аҳоли фойдасини эътибордан соқит қилади ва ўз шахсий эҳтиёжларини қондириш тўғрисида қайғуради, холос (ташқи шароитлар). Масалан, полиомиелитга қарши тирик перорал вакцина билан вакцинация қилиш фақат пулли бўлса, кўпчилик кишилар бу муолажа ўтказилишидан воз кечган бўладилар. Бу умуман аҳолининг касалланиш хавфини оширади эди, чунки ҳар бир айрим гўдакни вакцинация қилиш жамоа иммунитетини вужудга келтириш омили ҳисобланади. Умумий сиёсатни белгилашда умуман жамиятнинг ташқи шароитлари ва манфаатлари инобатга олинishi лозим.

Хусусий секторнинг улуши юқори бўлган тиббий таъминот тизимларида, масалан Америка Қўшма Штатларида тиббий хизматга талаб тиббий хизмат қиймати, беморнинг хизматга ҳақ тўлашдаги иштироки даражаси ёки суғурта тизими илгари сурган чеклашлар билан тартибга солиб турилади. Тиббий хизматнинг давлат тизимида унга бўлган талаб

тиббий хизматларининг чегараланган миқдори ёки маслаҳат олишни истаган ҳар бир беморга умумий амалиёт врачининг қатнаши зарурлиги билан тартибга солиб турилади, бунда мазкур маслаҳатнинг зарурлиги тўғрисидаги узил-кесил қарорни умумий амалиёт врачининг ўзи ҳал қилади.

Тиббий хизмат тизимини эркин бозор тамойилларига биноан ташкил қилинганда даромад манбалари бўлмаган кишилар тиббий хизматларга истеъмолчи бўлолмайдилар ёки уни сотиб олишга жазм қила олмайдилар. Бунинг устига улар хайр-эҳсонга асосланган тиббий хизматларга бутунлай боғланиб қоладилар. Бу муаммони ҳал қилиш учун бир неча иқтисодий ёндошувлар мавжуд, масалан кам даромад қиладиган шахсларни тиббий хизмат билан таъминлаш, бепул тиббий суғурта ёки тиббий ёрдам олишга йўлланмалар бериш.

Кўпинча тиббий ёрдамга кўпроқ муҳтож бўлган одамлар уни олиш учун энг кам имкониятга эга бўладилар. Беморларнинг тиббий ёрдам олишга қарор қилиши фақат нархига эмас, балки беморнинг бу соҳадаги билимларига ва умуман тиббиётга муносабатига боғлиқ. Контрацепциянинг ҳозирги усулларида бехабар ёки уни диний ёки сиёсий мулоҳазалар бўйича маъқуллайдиган ёки чеклаб қўядиган жамиятда яшайдиган одам улардан фойдаланиш хусусида малакали хулоса чиқариш имкониятига эга бўлмайди.

Соғлиқни сақлаш харажатларининг миқдорий таҳлили

Соғлиқни сақлашда харажатларни турли даражаларда таҳлил қилиш мумкин: бемор учун хизмат қилиш қиймати; тиббий суғурта тизими ёки беморларга ёрдам фондларининг харажатлари; касалхона ёки бошқа тиббий муассасаларнинг харажатлари; касаллик ва меҳнат ундорлиги пасайиши оқибатида иш куни йўқотилишини ҳам қўшиб ҳисоблаганда касалликнинг жамиятга етказадиган ижтимоий зарари. Харажатлар тиббий хизматга фақат бевосита харажатларнигина эмас, балки бошқа бевосита ва бавосита хусусий ва жамоат харажатларини ҳам ўз ичига олади.

Муқобил (альтернатив) харажатлар — бошқа ижтимоий аҳамиятли мақсадларни қўлга киритиш учун фойдаланиши мумкин бўлган харажатлардир. Касалхоналар қуриш ва кенгайтиришга сарфланган маблағлар бошқа вазифаларни бажаришга, масалан, бирламчи тиббий ёрдам масканлари ёки тиббиётга бевосита алоқаси бўлмаган муассасалар (қарияларни қувватлаш жамоат хизматлари каби)га йўналтирилиши мумкин эди. ВВПда (ялпи миллий маҳсулот) соғлиқни сақлашга қилинадиган

харажатлар улушининг ортиқ даражада кўпайиб кетиши маориф ва бошқа энг муҳим ижтимоий дастурларни молиялашда жамиятнинг имкониятларини чеклаб қўйиши мумкин.

Социал харажаталар аҳоли соғлиғини муҳофаза қилиш билан боғлиқ билвосита харажатларни, масалан, иш вақтини йўқотиш ёки касаллик туфайли соғлиғи ва иш қобилияти зарар кўрган шахсларни социал қўллаб-қувватлаш учун сарфланган харажатларни ўз ичига олади.

Шахсий харажатлар — одамнинг даволанишга сарфланган индивидуал харажатлар ва шу билан боғлиқ тиббий суғуртага ўтказилган маблағлар, касаллик сабабли даромаднинг камайиши, дори воситаларини сотиб олишларига қилинган харажатлар ва тиббий хизматларга ҳақ тўлашда иштирок этиш киради.

Соғлиқни салашда иқтисодий самарадорлик таҳлили

Соғлиқни сақлашга қилинадиган харажатлар — қиймати ва маблағларгина эмас, балки тиббий таъминот натижалари, яъни касалланиш, ўлим, функционал бузилишларнинг тарқалганлиги ва умр кўриш давомлиги ҳам таҳлил қилинади. Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг асосий мақсади кишиларнинг функционал фаоллигини ошириш, уни кекса ёшда сақлашдан иборат. Бундай ёндошув миллий ресурслардан фойдаланишга доир иқтисодий таҳлилнинг бир қисми бўлиши мумкин. Соғлиқни сақлаш соҳасида турли ёндошувларни таҳлил қилиш ва касалликнинг терминал босқичларида беморларни тиббий парвариш қилишга нисбатан бирламчи профилактиканинг устуворлигини тасдиқлаш учун яшаш йиллари ногиронликка тузатиш билан (DALY), яшаш йиллари яшаш сифатига тузатиш билан (QALV) каби кўрсаткичлардан фойдаланилади (12.6 иловага қаранг).

Организм ҳар хил функцияларининг зарарланиш даражасига баҳо бериш учун экспертлар жалб қилиш (норма, функционал бузилиш, функциянинг тўлиқ бузилиши) энг оддий ёндошув ҳисобланади. Бунда ҳамма функционал бузилишларга, масалан, дислексия, уйқу бузилиши, оғриқ, депрессия, жинсий бузилишлар, овқат ҳазми бузилишлари ёки ҳаракат бузилишларига бир хил аҳамият берилади. Бундай ёндошувнинг камчилиги шуки, ҳамма бузилишлар бир хил аҳамиятли ҳисобланади, ваҳоланки уларга субъектив баҳо бериш турли кишиларда ҳар хил бўлади.

КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ ЗАРАРНИНГ ИҚТИСОДИЙ ТАҲЛИЛИДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ЎЛЧОВ БИРЛИКЛАРИ

Яшаш йиллари, ногиронликка тузатиш билан (DALY) — касалликлар билан боғлиқ умумий зарарни ўлчаш бирлиги ва касалланиш кўрсаткичларининг пасайишида ифодаланадиган тиббий аралашув самарадорлиги. Ногиронликсиз ва функционал бузилишларсиз яшашнинг келажак йиллари миқдорининг кўрсаткичи сифатида ҳисобланади.

Яшаш йиллари, яшаш сифатида тузатиш билан (DALY) — соғлиқни сақлаш дастурини амалга ошириш натижасида таъминланган яшаш сифатида ҳам, умр давомлилигини ҳам акс эттирадиган ўлчов бирлиги. Тиббий хизматлар фаолияти натижаси сифатида яшаш давомлилигининг ўсиши билан яшаш сифатига миқдорий баҳо бериш учун қўлланилади. Соғлиқ ҳолатининг иккита ва ундан ортиқ жиҳатларини — оғриқ, функционал бузилишлар, психик ҳолат ва ўз-ўзини эплаш қобилияти, шунингдек ижтимоий фойдали фаолият — уй-рўзгор ишларини ёки ҳақ тўланадиган ишни бажара олиш қобилиятини ҳисобга олишда қўлланилади.

Муаммо бузилишларининг нисбий аҳамиятлигини белгилаш билан ҳал қилинади. Бу қиёсий таҳлил ўтказиш имконини беради. Ушбу методнинг камчилиги унинг субъективлигидир, чунки натижалар тадқиқотчининг идрокига боғлиқ ва турли тадқиқотларда турли хил натижалар олиниши мумкин. Мазкур методнинг мақсади — касалликлар ва фуқуоанл бузилишларининг иқтисодий параметрларини аниқлашдан иборат.

Харажатлар ва самарадорлик таҳлили

Тиббиётда харажатлар ва самарадорлик нисбати — бу харажатлар қилинган муайян даволаш тактикасини қўллаш натижасида соғлиқни нисбатан яхшилаш ва касалланиш билан ўлимни пасайтиришдан иборат. Бу кўрсаткич дастлабки натижага олиб келадиган энг арзон методикаларни танлаш имконини беради. Муқобил методикалар шу тариқа таққосланиб, энг маъқулини танлаб олинади. Сирасини айтганда, иқтисодий жиҳатидан ўзини оқлайдиган методика — зарур натижага (масалан, беморнинг соғайиши) кам харажатлар қилиб (масалан, касалхонада кам вақт ётиш) эришиш ҳисобланади. Профилактика билан даволаниш орасида танлов ўтказилиши лозим, оқибат натижа битта мақсадга эришишга олиб келади. Муқобил даволаш методлари, масалан терапевтик ва хирургик ёки амбулатор ва стационарда хирургик даволаш ёки жамоа соғлиқни сақлаш муассасаларида стационар шароитида даволаш ўртасида қиёсий таҳлил ўтказилиши керак.

**Ривожланаётган мамлакатларда болаларнинг энг тарқалган касалликлари
ва харажатлар ва натижалар мезони бўйича тиббий аралашув
методикаларининг устуворлигини аниқлаш (1990)**

Касаллик	DALV да йўқотишлар		Тиббий аралашув чоралари	Харажатлар ва натижалар, 1DALV га дол. ҳисобида
	млн.	%		
Вакцинацияда олди олинадиган болалар касалликлари	65	10	Кенгайтирилган вакцинация дастури (РПИ) РПИ+	12—30
	12	2		12—30
А гиповитаминози	9	1	Овқатни йод билан тўйинтириш	19—37
Йод танқислиги ҳолатлари	27	3	Мактабда тиббий хизмат Комплекс даволаш	20—34
	92	14		30—100
Диарея касалликлари	12	2	—	20—150
Оқсил-энергия етишмовчилиги	96	15	Оилани режалаштириш	30—100
Перинатал касаллиниш ва ўлим			Пренатал тиббий кузатув, профессионал туғруққа ёрдам кўрсатиш	
Респиратор инфекциялар	98	15	Комплекс даволаш »	30—100 30—100
Безгак	31	5		
Туғма ривожланиш нуқсонлари	35	5	Хирургик аралашув	Юксак иқтисодий самарадорлик
Бошқалари	193	28	—	—
Жами	660	100	—	—

Манба: *Bobadilla J.-L., Cowley P., Musgrove P., Saxenian H. Desing, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin World Health Organization, 1994; 72: 653-662.*

Жаҳон банкининг 1993 йилдаги ҳисоботининг бир қисми ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш хизматлари ва клиник даволашни муассасалари негизида ўтказилаётган ҳар хил даволаш тадбирларининг қимёвий таҳлилига бағишланган. Улардан айрим жойлари 12.1

жадвалда келтирилган. Бундай аналитик тадқиқотлар иқтисодий самарадорликни таққослаш асосида амалга ошириладиган асосий тиббий хизматлар йиғиндисини ишлаб чиқишда зарур бўлади.

Харажатлар ва уларнинг натижалари муаммоси DALV ни даволашга кетган харажатлар билан таққослаб кўздан кечирилади. Қимматбаҳо самарадор методлар овқатни А витамини билан тўйинтириш, қизамиққа қарши кураш тадбирлари ва силда кимётерапия қилиш билан тақдим этилган. Қимматбаҳо, лекин тиббий аралашувнинг энг таъсирчан методикаси 15 ёшдан кичик болаларда лейкемияни даволаш учун кимётерапия методини қўлланиш бошқа бир мисол ҳисобланади. Бу метод ёрдамида даволаш иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлайди, чунки у юксак самарали ҳисобланади. Худди шу методни 75 ёшдаги кишиларни даволашда қўллаш паст кўрсаткичлар беради.

Буйрак касаллигининг терминал босқичидаги беморларда яшаш йилларини узайтиришга доир қиёсий тадқиқот буйракларни кўчириб ўтказиш (ҳаётни бир йилга узайтириш 3600 доллар) уй шароитидаги диализга (ҳаётни бир йилга узайтириш 4200 доллар) ёки стационар шароитдаги диализга (116 минг доллар) қараганда арзонга тушишини кўрсатди. Бунинг устига буйракни кўчириб ўтказишда ҳаёт сифати юқори бўлади. Бошқача қилиб айтганда, мазкур тадқиқотда даволаш методининг иқтисодий самарадорлигини яшаш йиллари ва унинг сифатини (DALV) тузатиш билан бирга ўрганишни аниқлаш мумкин. Бироқ бунда ташқи шароитларни, масалан, керакли донор буйрагини олишнинг қийинлиги ёки буйракни самарали кўчириб ўтказишга олишга қодир мутахассислар ва даволаш муассасаларининг етишмаслиги билан боғлиқ масалаларни ҳам назарда тутиш лозим.

Ўт пуфагини эндоскопик олиб ташлаш ва анъанавий абдоминал холецистэктомияга бағишланган тадқиқот қиёсий иқтисодий таҳлилга мисол бўла олади. Эндоскопик олиб ташлашда тахминан учдан бир мартага ортиқ операция вақти талаб қилинади, бироқ бемор тезроқ соғаяди, у операциядан кейин эртасигаёқ касалхонадан уйига жўнатилиши, икки-уч кундан кейин ишга тушиши мумкин.

Анъанавий абдоминал холецистэктомиядан ўтган бемор эса икки-уч кун касалхонада ётиши, сўнгра тўлиқ соғайгунча бир неча ҳафта мобайнида уйда ётиши керак.

Геронтологик тадқиқотлар қари кишини функционал бузилишларнинг маълум босқичига қадар уйда парваришlash — иссиқ овқат билан таъминлаш, ҳамшира хизматлари, физиотерапия, махсус ходимлар қатнаши — худди шу беморни стационарда, қариялар уйида ёки касалхонада боқишга қараганда арзонроққа тушишини кўрсатди. Бироқ функ-

ционал бузилишларнинг сони кўп, ҳамширанинг доимий парвариши ва врачнинг кузатуви талаб қилинадиган беморлар учун шифохонада боқиш уйда парвариш қилишга қараганда иқтисодий жиҳатдан ўзини кўпроқ оқлаши мумкин.

Баъзан унчалик қиммат бўлмаган метод шунингдек кам самара берадиган бўлади. Текширишларнинг кўрсатишича, ҳомиладорликнинг олдини олиш методи сифатидаги атайлаб тўхтатилган жинсий алоқа бошқа ҳамма бўйида бўлдирмайдиган воситаларга қараганда кам харажат талаб қилади, бироқ у бўйида бўлдирмайдиган пилюлялар қўлланишга нисбатан камроқ самара беради. Аборт туғилишни камайтириш методи сифатида бўйида бўлдирмайдиган воситалар қўлланишига нисбатан кам харажат қилиш билан боғлиқ бўлиши мумкин, бироқ уларнинг юз бериш эҳтимоли бўлган асоратлари бор. Булар кейинги ҳомиладорликларда оналар ва янги туғилган чақалоқлар ўртасида касаллик ва ўлимнинг кўпайишига олиб келади.

Иқтисодий самарадорлик таҳлилида харажатларга ҳам, врачлик аралашуви методининг самарадорлигига ҳам баҳо берилади, бу — харажатларнинг нисбий самарадорлигини аниқлашга имкон яратади. Бу методнинг асосий камчилиги шундан иборатки, шу врачлик аралашувининг ўзи ҳақиқатдан ҳам зарурми-йўқми деган саволга жавоб бера олмайди.

Сарфлар ва фойдалар таҳлили (Cost Benefit Analysis)

Сарфлар ва фойдалар таҳлили жараёнида ўзига хос дастур ўтказишга қилинган харажатларнинг унинг қўтилган иқтисодий натижа билан тугалланиши таққосланади. Бевосита фойдаларга касалланиш ва ўлимнинг камайганлиги ва шу туфайли тиббий хизматга — касалхонага жойлаштириш, врачлик хизмати, дори препаратларига харажатларнинг қисқарганлиги, шунингдек умр кўришининг узайтирилиши ва шу билан боғлиқ иқтисодий ўсиш киради. Билвосита фойдаларга бемор ва оиласининг индивидуал молиявий харажатлари — врач ташрифига ҳақ тўлаш, беморни транспортда олиб боришга харажатлар, касалланган фарзанд ёки ота-онани парвариш қилишга сарфланадиган иш вақти киради. Бошқа билвосита фойдалар ҳам жамият билан боғлиқ ва ходим ёки унинг оила аъзоларининг касаллик сабабли йўқотилган иш вақтини қисқартиришдан иборат. Сарфлар меҳнат унумдорлигининг пасайиши ва жамият ривожланишига фойдали улушнинг кам қўшилиши билан боғлиқ бевосита ва билвосита харажатларни ўз ичига олади.

Сарфлар ва фойдаларни таҳлил этиш жараёнида учта босқич фарқ қилинади: харажатнинг айрим бандлари ва натижаларини аниқлаш, миқдорий баҳо бериш ва аниқ таҳлил. Конкрет тиббий методикани ба-

ҳолаш бемор саломатлиги ҳолатидаги ўзгаришларни, фойдаланилган ресурслар қийматини, шунингдек бемор иш қобилиятидаги ижобий ўзгаришларни миқдорий аниқлашни талаб этади. Иқтисодий баҳолаш тегишли чоралар кўрилишини талаб этадиган касаллик омилларини таърифлашга ва шу муносабат билан кутилган харажатларни аниқлашга боғлиқ. Мазкур тадбирларни ўтказиш қийматига баҳо бериш бу омилларнинг иқтисодий қимматини аниқлашга боғлиқ. Кўпинча тасниф талаб қиладиган талайгина омилларни эътиборга олишга тўғри келади, шундай қилиб, гап аниқ рақамлар тўғрисида эмас, балки тахминий баҳолар бериш устида боради.

АҚШда янги туғилган чақалоқларни фенилкетонурияни тестлаш дастурининг сарфлар ва фойдалар таҳлили янги туғилган чақалоқлардан 660 мингини тестлашга сарфлар, такрорий контрол тестлар, беморлар учун махсус парҳез ва дастурни ўтказишга ташкилий харажатларни қўшиб ҳисоблаганда 1,4 млн долларни ташкил қилишини кўрсатди. Шундай қилиб сарфланган ҳар бир доллар жамиятга 1,66 долларни тежаб қолди. В гепатити ва вирусига қарши вакцинация натижалари ҳатто ўртача даражада эндемик (4,5:1) мамлакатларда ҳам сарфлардан ошиб кетади, гарчи уларнинг каттагина қисми соғлиқни сақлаш соҳасидан ташқарига чиқади, чунончи, мия фаолияти бузилишлари бўлган болалар учун махсус ўқув юртлари сонининг қисқартирилиши бунга мисол бўла олади. Соф тиббий нуқтаи назардан натижалар ва сарфлар нисбатлари паст бўлиб чиқди.

Сарфлар ва фойдаларни таҳлил қилишда пулларнинг қиймати ҳозирга нисбатан келажакда кам бўлишини, яъни пулларнинг қадрсизланишини ҳисобга олиб воситаларнинг бошланғич қўйилмалари ва жорий харажатларни инобатга олиш лозим. Дастур тугагандан кейин кутилаётган сарфлар ва фойдалар натижа қисман янаги йилда, қисман кейинги йилларда олинини назарда тутилган ҳисоб-китоблар қилиниши керак.

Қийматга баҳо беришнинг типга оид схемаси ва тиббий аралашув дастурларининг натижаллиги

Соғлиқни сақлаш дастурларининг қиймати ва самарадорлигига баҳо бериш ушбу соҳада қарорлар қабул қилиш жараёнининг асосий қисми саналади. Бундай ёндошув касалликларга қарши кураш марказларида ғоят кенг қўлланиладиган бўлди. Бундан мураккаброқ метод дастурнинг самарадорлигини, унинг қийматини, жумладан бевосита харажатларни, ишлаб чиқариш сарфларини (яъни иш вақти ва бўш вақтни йўқотишни), пул билан ифодалаб бўлмайдиган зарарни (масалан, жисмоний изтироб ва оғриқ) ҳисобга олишни кўзда тутати.

Сарфлар доимий харажатлар (яъни натижаларнинг миқдорий ифодаланишига алоқадор бўлмаган харажатлар) билан тақдим этилган. Ўртача харажатлар олинган натижанинг миқдорий ифодасига тақсимланган дастурни амалга оширишга кетган умумий харажатлар сифатида аниқланади. Ўзгарадиган харажатларга ижара ҳақининг бир қисми, дастурни рўёбга чиқариш учун зарур хизматлар ва ускуналар қиймати киради. Қўшимча харажатлар — дастур ўтказиш қийматининг, масалан, қўшимча ходимлар ёки муассасаларни жалб этиш ҳисобига ошиши, бу дастурни амалга оширишда фаолият доирасини кенгайтиришга имкон беради.

12.2. жадвал

Профилактик соғлиқни сақлаш табириларини ўтказишда сарфлар ва натижаларнинг таҳлили

Таҳлил элементлари	Баёни
Дастурнинг номи	Дастурнинг мақсади ва вазифалари, аҳоли гуруҳлари: методиканинг самарадорлиги; ташқи тўсиқлар; зарур воситалар; бошқарув тузилмаси; амалга ошириш стратегияси; ўзини оқлашига илмий далолат
Соғлиққа кутилаётган таъсири	Яшаш сифатини яхшилашга, касалликнинг тарқалганлиги ва оғирлигини пасайтиришга, вақтидан олдин бўладиган ўлимни қисқартиришга йўналтирилган профилактик дастур
Касаллик билан боғлиқ умумий зарар	Мазкур дастурни ўтказишга қадар бирламчи ва умумий касалланиш
Методиканинг самарадорлиги	Амалда ҳамма тиббий методикалар келишилмай ўтказилиши ёки етарлича самарадор эмаслиги оқибатида камдан-кам юз фоиз муваффақиятли чиқади
Натижа бирлигига нисбий сарфлар	Дастурни амалга ошириш учун зарур воситалар, жумладан доимий, ўзгарувчан ва умумий харажатлар, шунингдек натижа бирлигига харажатлар
Дастурни амалга оширишда ноқулай оқибатлар юз берганда соғлиқни сақлаш тизимининг бевосита харажатлари	Тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг тиббий аралашув натижасида авж олган касалликларни даволашга бевосита харажатлари

Манба: *Modified from Centers for Disease Control, Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention Programs: Costs and Consequences. Morbidity Mortality Weekly Report, 1995; 44 RR-10: 1-10. Op. cit.*

Бу схема тиббий дастурни амалга ошириш қийматини аниқлаш ва бевосита у билан боғлиқ умумий сарфларни пасайтиришга хизмат қилади, бунда дастурнинг таннархи қуйидагича ҳисоб қилинади:

***Таннархи = дастурнинг қиймати +қўшимча
эфектлар қиймати — олди олинган ноқулай
тиббий оқибатлар қиймати***

Кейинги босқичда 12.2 жадвалда кўрсатилган элементларни ҳисобга олган ҳолда таннархи ҳисоб қилинади.

Қадрсизланиш. Соф жорий қиймат

Бугун пул бирлигининг жорий қиймати бир оз вақт ўтгандан кейин худди шу пул бирлиги қийматидан ошиб кетади. Хатто агар инфляцияни инобатга олинмаганда ҳам психологик жиҳатдан бугунги харажатлар келажакдаги албатта бўладиган харажатлар билан солиштирилганда бир мунча юқори деб қабул қилинади. Пулнинг қадрсизланиш омилини ҳисобга олиш тиббий хизматнинг ҳақиқий нетто қийматини ҳисоблаш учун зарур шарт ҳисобланади.

Инсон ҳаётининг қиммати

Инсон ҳаёти қимматини ҳисоб-китоб қилишга биринчи марта 1699 йилда Уильям Пеппи уриниб кўрган ва сиёсий арифметика ғоясини ривожлантирган.

1876 йилда Уильям Фарр иқтисодий эквивалентларни ҳисоб-китоб қилиш учун умрнинг давомлилиги жадвалларидан фойдаланган. XX асрда кўпгина иқтисодчилар инсон капиталининг пул билан ифодаланишини ҳисоб-китоб қилганлар ва инсон ҳаёти қимматини миқдорий ифодалашнинг турли хил методларини таклиф қилганлар.

Тиббий аралашувнинг асосий ижобий натижаларидан бири одам ҳаётини кутқариш ҳисобланади. Инсон ҳаёти қимматини пул билан ифодалаб аниқлаш у ёки бу тиббий методикаларнинг нечоғлик натижа берганлигини ёки бошқа кишининг ҳаракати ёки ҳаракатсизлиги, масалан, врач ёки саноат корхонаси маъмуриятининг беларволиги натижа-сида ҳалок бўлган киши оиласига тўланадиган компенсация (товон) миқдорини ҳисоб-китоб қилишда қўлланилади.

Инсон ҳаёти қимматининг иқтисодий эквивалентини ҳисоб-китоб қилишда мутахассислар турлича, кўпинча бир-бирига зид келадиган фикрларда бўлсалар-да, соғлиқни сақлаш иқтисодиётида чегараланган ресурслардан фойдаланишнинг муқобил йўллари намоиш қилиш учун миқдорий ўлчовларнинг айрим контрол методлари қўлланилади. Бу ахлоқ ва, эҳтимол, сиёсий муаммолар пайдо бўлиши билан алоқадор осон вазифа бўлмаслиги мумкин. Материалистик ёндошув инсон ҳаётини айрим олинган ҳар бир кишининг жамият ривожига қўшиши

мумкин бўлган ҳиссаси меҳнати қийматига асосланиб баҳо беради. Гуманистик (инсонпарварлик) ёндошув инсон ҳаётининг узил-кесил қиматини ахлоқ тамойилларига биноан аниқлашдан амалда воз кечади. У битта ҳаётни қутқариб қолиш бутун оламни қутқариш билан тенг, деб ҳисоблайди. Модомики, ахлоқий нуқтаи назардан инсон ҳаётининг қиммати чексиз улуғлигидан битта одам ҳаётини қутқариш бошқа кишиларнинг ҳаётларини қутқариш ҳисобига қилинаётган экан, врачлар жуда катта маблағларни сарфлашлари мумкин. Масалан, битта одам ҳаётини узайтиришга қодир бўлган юракни кўчириб ўтказиш операциясини бажариш учун зарур маблағлар юрак-томирлар касалликларини профилактика қилиш дастурларига йўналтирилиши мумкин эди, натижада кўпгина кишиларнинг ҳаётлари сақлаб қолинган бўларди.

12.7 илова

ЧЕКИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ ДАСТУРИНИНГ ЖОРИЙ СОФ ҚИЙМАТИ

Келажакда сарф қилинадиган долларнинг бугунги қиймати бир доллардан ошади ва қуйидагича ҳисоб қилинади: $(1+r)^n$, бу ерда r — бир йиллик фоиз, n — йиллар миқдори. Шундай қилиб, бир долларнинг қиймати n йиллар ўтгач $1:(1+r)^n$ марта пасаяди. Мазкур пасайиш дисконтлаш номини олган. Мисол келтирамиз. Чекишни ташлаш бўйича олти ҳафталик курс ўтказиш учун 25 нафар иштирокчига инструктор, хона, реклама, олдиндан тайёргарлик ва ҳар бир иштирокчи ҳолатидаги ўзгаришларнинг шахсий картасини юритиш талаб этилади. Дастурни ўтказиш қийматига шунингдек иштирокчиларнинг вақтинчалик сарфлари, уларнинг транспорт харажатлари, иш ҳақидаги йўқотишлари ва бошқа қўшимча харажатлар киритилиши керак. Бундай дастурни ўтказишнинг умумий қиймати 1 минг одам учун 86,130 долларни ташкил этади. Кутилаётган натижа 1 минг чекувчилар орасида чекиш билан боғлиқ касалликларнинг тарқалганлиги 10 дан чекишни ташлаган 1 минг шахслар орасида 2 гача пасайгани маълум бўлди. Даволашнинг тежаб қолинган қиймати бир кишига 55 минг доллар, ёки чекишни ташлаганлар учун умуман олганда 440 минг долларни ташкил қилади. Жорий тежаб қолинган қиймат 24 йил мобайнида бўлажак харажатлар даврига қайта ҳисоб қилинганда ва долларнинг йилига 3% га қадрсизланиш суръати ҳисобга олинганда 310470 долларни ташкил этади. Дастурнинг соф жорий қиймати қуйидагича: 310470 доллар — 224340 доллар = 86130 доллар. Шундай қилиб, дастурга сарфланган доллар 224 340:86 130=2,06 долларни олиб келади.

Манба: *Centers for Disease Control, Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention Programs: Costs and Consequences. Morbidity Mortality Weekly Report, 1995; 44 RR-10: 1-10.*

Инсон ҳаётининг имплицит социал қиммати соғлиқни сақлаш дастурларига баҳо беришнинг кишилар ҳаётини сақлашга йўналтирилган мезони ҳисобланади. Бу мезон демократик жамиятда ҳар бир одамнинг ҳаёти бир хил даражада қимматли деган қоидага асосланади.

АҚШда 70- йилларда ўтказилган турли хил тиббий-социал дастурларда битта инсон ҳаётини қутқариш қиймати 12.8 иловада келтирилган.

12.8 илова

ИНСОН ҲАЁТИНИНГ ИМПЛИЦИТ СОЦИАЛ ҚИММАТИ (ИСЦ) (мисол)

ИСЦ қуйидагича ҳисоб қилинади:

$$\text{ИСЦ} = \frac{\text{Сарфлар йиғиндиси} - \text{Фойдалар йиғиндиси}}{\text{Қутқарилган яшаш йилларининг умумий миқдори}}$$

Масалан, 60-йилларда Буюк Британияда диализ ўтказишга социал сарфлар социал фойдалардан 5 минг долларга ортиқ бўлса-да, у уйда ўтказиларди. Бошқача қилиб айтганда, жамият битта беморнинг ҳаётини бир йилга узайтириш учун йилига 5 минг доллар тўлашга тайёр эди. Мазкур методикани қўлланиш тўғрисидаги қарордан англашиладики, инсон ҳаёти ИСЦ ўша вақтда камида 5 минг доллар бўлган. Мазкур метод самарали бўлиб чиқди, устига-устак технологиясининг такомиллашуви ва йиғилган тажриба уй шароитларида диализ қилишнинг стационар шароитларидагига қараганда арзонлиги ва хавфсизлиги исботланди.

Иқтисодий самарадорликни қиёсий таҳлил қилиш ҳозирги пайтда жамиятда оммабоп бўлган у ёки бу тадбирларнинг муҳимлигини кўрсатади. Масалан, автотранспортда хавфсизлик камарларидан албатта фойдаланиш ва унга риоя қилиш чоралари тўғрисидаги қонун жорий қилиниши туфайли битта қутқарилган ҳаёт 40 долларга тушади, ваҳоланки кўприкни кенгайтириш битта қутқарилган ҳаётга 5 млн доллар сарф қилинишини талаб этади. Бундай ёндошув соғлиқни сақлаш дастурининг бошқа эҳтимол тутилган фойдаларини инобатга олмайди, бироқ ҳамма имкониятлар таққосланганда, эҳтимол тутилган соғлиқни сақлаш дастурларига бирмунча кенгроқ баҳо беришга имкон ҳозирлайди.

Инсон капиталининг қимматини аниқлашга доир бу метод ҳисобкитоб қилиш нисбатан осонлигидан бугунги кунда ҳам ишлатилиб туради. Бироқ унда яқин кишисини йўқотган оиланинг қайғуси ва ғамғусаси ҳисобга олинмайди, «моддий бойликларни ишлаб чиқарувчи»

бўлмай қолган пенсионернинг ҳаёти эса мусбат қиймат сифатида кўздан кечирилади. Унда шунингдек уй-рўзғор ишлари қиймати, хусусан: овқат пишириш, хўжалиқни юритиш ва келажакнинг меҳнат потенциали — ўсаётган авлодни тарбиялаш ҳам ҳисобга олинмайди.

12.3 жадвал

Американинг айрим тиббий ва соғлиқни сақлаш методикалари бўйича қутқарилган яшаш йилининг қиймати (1970 йиллар)

Тиббий-социал тадбирлар	Битта одам қутқарилган яшаш йилининг қиймати, дол.
Хавфсизлик камарларидан албатта фойдаланиш	400
Сут бези ракига скрининг	600
Тож томир етишмовчилигида ошиғич ёрдам хизмати	800
Автотрассаларда тезликни соатига 90 км гача чегарлаш	900
Буйрақларни кўчириб ўтказиш	30 минг
Автомобил чиқиндисидан ис газини миқдорини 15 г/мл гача пасайтириш	40 минг
Шаҳар кўчалари ёритилишини яхшилаш	800 минг
Кўприкларни кенгайтириш	5 млн
Тезкор автотрассаларда ёритилишни яхшилаш	9 млн

Манба: *Ginsberg G. M. Personal Communication, 1994.*

Инсон ҳаёти қимматини аниқлашга бошқа ёндошув компенсациялар тўлаш ҳақидаги суд қарорларини таҳлил қилишга асосланади. Бу метод ниҳоятда субъектив ҳисобланади, чунки суд ҳулосалари йўл қўйилган бепарволикнинг даражаси ва оқибатларини аниқлашга ёки хавфсизлик техникаси қоидаларига амал қилмаслик даражасига (масалан, йўл-транспорт ҳодисасида шикастланган одам хавфсизлик камарини тақмаганда) боғлиқ бўлади ёки шикастланган кишига иқтисодий қарам кишиларнинг миқдори ҳисобга олинади.

Асосий мезон *сарфларга тайёрлик* ҳисобланади, бунда яшашнинг қиммати кишилар ўз ўлимининг эҳтимолини камайтириш учун қанча пул тўлашга тайёр эканликларига қараб аниқланади. Масалан, одам ўз автомобилига янги покришка харид қилиш учун қанча сарфлашга тайёр ёки у учишлар хавфсизлигига риоя қилиш хусусида бирмунча қаттиқ талаблари билан маълум авиакомпания самолётига билет олиш учун

қанча тўлашга тайёр. Бундай тадқиқотлар ўтказиш осон иш эмас ва аксарият сўровлар ўтказилишини талаб этади. Бунда одамлардан гипотетик ўзига хос қийин шароитларда ўз хатти-ҳаракатини таърифлаб бериш таклиф этилади. Жавоблар кўпинча унинг даромадларига ва хавфга бўлган муносабатига боғлиқ бўлади. Масалан, пессимист одам бошқа тенг шароитларда бирмунча ишончли авиакомпания рейси учун чиптага оптимист одамга қараганда кўпроқ пул тўлашга тайёр бўлади.

Соғлиқни сақлашни давлат томонидан молиялаш — макродаража

Соғлиқни сақлашни молиялаш фақат маблағлар топиш масалаларини эмас, балки мавжуд ресурслардан фойдаланиш йўллари ва усуллари аниқлашни ўз ичига олади. Соғлиқни сақлашга давлат сарфлари ҳажми турли-туман дастурларни амалга ошириш ва турли хизматларни таъминлашга имкон берадиган давлат ва ноҳукумат молиялаш манбаларига боғлиқ. Ҳар қандай тизимда унинг элементлари ўртасида маблағлар олиш учун муайян рақобат кураши бўлади, бундан ташқари, маблағларни қандай тақсимлаш, хизматларни таъминлашга нималар таъсир қилиши, устувор йўналишларни танлаш ва пировард натижаларнинг қандайлиги қўндаланг бўлиб туради (12.9 иловага қ.).

Турли мамлакатларда сарфларни таққослаш ва уларнинг ялпи миллий маҳсулотдаги улуши 12.5 жадвалда келтирилади. 1990 йилда Канада давлат соғлиқни сақлаш тизимлари бўлган мамлакатлар орасида соғлиқни сақлашга қиладиган сарфлари даражаси бўйича биринчи ўринга чиқди, соғлиқни сақлаш бюджетининг мутлоқ миқдори бўйича эса Америка Кўшма Штатларидан кейинги ўринни эгалади.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг макродаражадаги асосий жиҳатлари бу соҳани молиялашнинг методлари ва умумий ҳажми, шунингдек тизимнинг ўзаро рақобат қиладиган турли хил элементлари орасидаги маблағларни тақсимлаш ҳисобланади. 13-бобда соғлиқни сақлаш тизимини молиялашни ташкил қилиш усуллари, шу жумладан бюджетдан молиялаш, социал суғурта хизматидан молиялаш, ходимлар ва иш берувчилар томонидан молиялаш, шунингдек тиббий хизмат кўрсатилган беморларнинг ўзлари ҳақ тўлашлари муҳокама қилинади. Соғлиқни сақлаш тизимини молиялашнинг умумий ҳажми ва ресурсларни тақсимлаш соҳа иқтисодиёти ва уни режалаштиришнинг марказий масалаларидан ҳисобланади.

1. **Рёмер қонуни:** «Очилган касалхона ўрни банд бўлмай қолмайди». Бу фикр касалхона ўринлари миқдори соғлиқни сақлашда ресурсларни ишлатишнинг кўрсаткичи эканлигидан далолат беради. Бу қонуният ўзгаришларга учради ва касалхона ўринлари миқдори қисқартирилганда ҳақ тўлаш тизимидаги ўзгаришлар соҳасида тўпланган тажриба асосида унга аниқлик киритилди. 80-йилларда АҚШ да DRG системаси бўйича тиббий хизматларга ҳақ тўлаш методи жорий қилинган, касалхона ўринлари сони қисқартирилди.
2. **Банкер қонуни:** хирурглар сонининг ошиши ва хирургик муолажалар қийматининг ўсиши хирургик операция сонининг кўпайишига олиб келади.
3. **Саттон қонуни:** «Мен банкларни ўмараман, чунки пуллар худди ана шу жойда бўлади». Бу ибора яхши молияланадиган тиббий хизмат секторларига кўпроқ аҳамият берилишининг сабабларини тасвирлайди. Агар клиник хизматларнинг ривожига катта маблағлар ажратилса, профилактик тиббиёт эса етарлича молия билан таъминланмаса, асосий эътибор клиник тиббиёт соҳасига берилади.
4. **Капоне қонуни Чикагода ҳокимиятни тақсимлаш учун:** «Сен ўзинга шимолни ол, менга эса жануб қолади» — ёки кел ҳудудни шундай тақсимлаб олайликки, бу сенга ҳам, менга ҳам фойда бўлсин. Бу иборадан режалаштиришда асосан тиббиёт ходимлари ва муассасаларнинг манфаатлари ҳисобга олинади, эҳтимол бу жамият манфаатларига зиддир, деган маъно англашилади. Мазкур ёндашувнинг иккинчи салбий томони шундаки, режалаштириш макродаражада, биринчи навбатда, умуман жамият манфаатларини ўйлаб ҳисоб қилинади, айрим бемор манфаатлари инobatга олинмайди.

Соғлиқни сақлашга ажратиладиган маблағларнинг умумий ҳажми тиббий хизматларни режалаштиришда муҳим кўрсаткич ҳисобланади. У одатда ЯММ (ВВП) дан фоизларда ифодаланади. Бу кўрсаткич турли мамлакатларда турлича ўзгариб туради. 1994 йилда АҚШ тиббий таъминотга ЯММ дан 13,7% сарф қилган; Канада 10,1%, Буюк Британия 7,1% , Скандинавия мамлакатлари 6,5—9%, собиқ совет республикалари тиббий таъминотга ЯММ дан ўрта ҳисобда 3—3,5%, ривожланаётган мамлакатлар эса соғлиқни сақлашга ЯММ дан 2% дан кам сарфлаганлар.

Соғлиқни сақлашни молиялаш манбалари

Давлат манбалари	Хусусий манбалар	Халқаро манбалар
Федерал, регионал ва маҳаллий ҳокимиятлар: даромад солиғи, акциз йиғими, кўчмас мулкка солиқ, мулкни ворислик бўйича ўтказишга солиқ, қўшимча қийматлар учун солиқ, ресурсларга солиқ. Социал суғуртага умумий чегирмалар Мажбурий тиббий суғурта Лотереялар Тамаки маҳсулотларига, алкогольли ичимликларга, кимор ўйинларига солиқ	Хусусий тиббий суғурта Хусусий сарфлар Хусусий эҳсонлар Хусусий фондлар Кўнгилчилар иши Жамоа хизматлари Беморларнинг тиббий хизматларга ҳақ тўлашлари	БМТ ҳомийлигидаги ташкилотлар Ноҳукумат ташкилотлари Тикланиш ва ривожланиш Миллий Банки Икки томонлама давлатлараро келишувлар доирасидаги ёрдам Хусусий фондлар Диний ташкилотлар

Соғлиқни сақлашни молиялашнинг оптимал ҳажми қандай бўлиши керак? Бу қарор умумий сиёсий йўналиш ва аҳоли соғлиғига қаратилган социал ва иқтисодий қимматга боғлиқ. Бунга бошқа соҳаларга қараганда врачлар ва бошқа тиббиёт ходимларига ҳақ тўлаш даражаси, соҳани моддий маблағлар билан таъминлаш ва мазкур жамиятда тиббий кадрларни тайёрлаш даражаси ҳам киради. Умуман олганда, ҳамма ривожланган мамлакатларда аҳоли соғлиғини давлат миқёсида муҳофаза қилишнинг муҳимлиги ва тиббий хизматни ҳаммабоп қилиш учун молиялаш тизимларининг аҳамияти тан олинган.

Соғлиқни сақлашга ЯММ дан 4% дан кам сарф қиладиган мамлакатларда берилаётган маблағлар самарали фойдаланаётганлиги ва тақсимланаётганлигидан қатъи назар, тиббий таъминот тизимининг ривожланиш даражасининг пастлиги кузатиляпти. Соғлиқни сақлаш ишларига ЯММ нинг 3—5% дан кам қисмини сарфлаётган мамлакатларнинг аҳолини тиббий хизмат билан умумий қамраб олишларига сабаб врачлар ва тиббиёт ходимларига тўланадиган иш ҳақининг камлиги ва даволаш масканларининг яхши жиҳозланмаганлиги сабаб бўлса керак. Бунга берилаётган маблағларнинг етарлича эмаслиги ва уларнинг тарқоқ сарфланиши сабабчидир. Бу ҳодиса стационар даволаш муассасалари секториинг номутаносиб ривожланганлиги ва врачлар миқдорининг ортиқчалиги умуман соғлиқни сақлашга бериладиган маблағларнинг кўп қисмини олиб қўйишини исботлайди.

ЯММ дан 6 дан 14% гача соғлиқни сақлашга сарф қиладиган ривожланган мамлакатлар аҳоли соғлиғини муҳофаза қилиш жамият олдида турган ҳаётий муҳим вазифа деб ҳисоблаб, маънавий ва кадр-қимматлилиги жиҳатидан оқилона иш қилдилар. Аҳолига тиббий хизмат харажатларининг даражаси юксак мамлакатларда, масалан АҚШда врачларнинг даромадлари ҳатто юқори ҳақ тўланадиган бошқа матахассисларга қараганда жуда юқоридир.

12.10 илова

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҲАСИДАГИ ХАРАЖАТЛАРНИНГ АСОСИЙ БАНДЛАРИ

1. **Стационар тиббий хизмати:** ўқув марказларидаги касалхоналар; умумий ихтисосликдаги касалхоналар; ихтисослашган касалхоналар; узоқ муддат парваришлашни таъминловчи тиббий муассасалар; уйда доимий тиббий парвариш қилиш.
2. **Дорихоналар:** фармацевтик препаратлар ва вакциналар.
3. **Амбулатор тиббий хизмати:** бирламчи тиббий ёрдам; ихтисослашган тиббий хизмат кўрсатиш; амбулатор хирургик хизмат кўрсатиш; уйда парвариш қилиш.
4. **Ихтисослашган тиббий дастурлар:** она ва бола соғлиғи; оилани режалаштириш; руҳий соғлиқ; сил; иммунизация; стоматология.
5. **Аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш:** тиббий маориф; санитария ва гигиена; овқатланиш; сув таъминоти; хавфли гуруҳлар билан ишлаш.
6. **Уйда ёрдам бериш.**
7. **Илмий тадқиқот дастурлари.**
8. **Касб бўйича ўқитиш ва таълим.**

1981 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг глобал стратегиясини ишлаб чиқди, бунга кўра мавжуд ресурслардан фойдаланишнинг ҳаётий муҳимлиги таъкидлаб ўтилган эди. ЖССТ бирламчи ва иккиламчи тиббий ёрдам кўрсатишни ва аҳолиси тиббий хизматни етарлича олмаётган қишлоқ туманларидан тиббий хизматни ривожлантиришни устувор вазифа деб қарашни тавсия этган.

Молиялаш манбалари кўп бўлган мамлакатларда турли социал-иқтисодий аҳоли гуруҳларида ресурсларни рационал тақсимлаш, шунингдек шаҳар ва қишлоқ туманлари аҳолисини тиббий таъминлаш асосида қурилган соғлиқни сақлашнинг миллий ривожланиш дастурини ишлаб чиқиш амримаҳол.

Молиявий маблағлар аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишга умумий харажатлар доирасида тақсимланганда ҳар хил муқобил вариантлар ўртасида танлаш муаммоси вужудга келади. Молиявий маблағларни тақсимлашга битта ташкилот жавоб берадиган мамлакатларда ресурсларни қайта тақсимлашни амалга ошириш осон, бироқ бунда ҳам жараён ҳамийша силлиқ кечмайди, чунки баҳо беришнинг аниқ механизмлари ишлаб чиқилмаган, шунингдек соғлиқни сақлаш тизимида айрим специфик дастурларни ривожлантиришга манфаатдорлик йўқ. Соғлиқни сақлаш ресурсларидан фойдаланишга маҳаллий ҳокимиятлар жавоб берадиган шароитда бу соҳада бирмунча тўғри сиёсат олиб бориш учун имкониятлар кўпроқ бўлади. Айни вақтда бу ҳолда асосий устувор йўналишларни аниқлаш зарур бўлган алоҳида олинган регион бўйича аналитик маълумотлар етишмайди. Аҳолининг айрим гуруҳлари эҳтиёжларини қондириш учун зарур соғлиқни сақлашнинг айрим хизматлари ва дастурлари 12.7 иловада келтирилган.

Тиббий хизмат кўрсатиш қиймати

Соғлиқни сақлашга харажатлар турли ривожланган мамлакатларда кенг кўламда ўзгариб туради. 12.5 ва 12.6 жадвалларда ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлашга аҳоли жон бошига 1960 дан 1992 йилгача бўлган ЯММ га нисбатан фоизлардаги харажатлар бўйича маълумотлар келтирилган. Маълумотлар нисбий харажатларнинг ўсишидан ва санаб ўтилган мамлакатларда аҳоли соғлиғини муҳофаза қилиш масаласи нечоғлик муҳимлигидан далолат беради.

12.5 жадвал

Айрим мамлакатларда соғлиқни сақлашга сарфлар (1960—1992), ЯММга нисбатан %

Мамлакат	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1992 й.
АҚШ	5,2	7,4	9,3	10,5	14,0
Канада	5,5	7,1	7,4	8,5	10,1
Франция	4,2	5,8	7,6	8,5	9,4
Германия	4,8	5,9	8,4	8,7	8,7
Швеция	4,7	7,2	9,4	8,8	7,9
Япония	2,9	4,4	6,4	6,5	6,9
Дания	3,6	6,1	6,8	6,3	6,5
Буюк Британия	3,9	4,5	5,8	6,0	7,1

Манба: *Health United States, 1993. Data for 1992 from OECD. The REform of Health Care System, op cit.*

Айрим индустриал мамлакатларда жон бошига соғлиқни сақлашга сарфлар (1960—1991), дол.

Мамлакат	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1991 й.
АҚШ	143	346	1063	1711	2868
Канада	109	253	743	1244	1915
Франция	75	203	648	1083	1650
Германия	98	216	811	1175	1699
Швеция	94	271	855	1150	1443
Япония	27	127	517	792	1267
Дания	70	212	582	807	1151
Буюк Британия	79	147	458	685	1043

Манба: *Health United States, 1993.*

1987 йилда АҚШ да фуқаро аҳолисига касалхоналар типлари бўйича ностационар тиббий хизмат кўрсатишга кетган бевосита харажатларни миқдорий ўлчаш ўтказилган. Сўров ўтказилиб, унда тиббий хизматга сарфлар даражаси аниқлаб чиқилган. Бевосита сўровда 35 минг одам ва 14 минг оилалар қатнашган. Саволлар респондентларнинг тиббий хизматга харажатларини субъектив баҳолашга тааллуқли бўлган. Касалликлар орасида даволашга сарфлар бўйича биринчи ўринни юрак-томир касалликлари, сўнгра шикастланишлар, учинчи ўринни хавфли ўсма-лар эгаллагани маълум бўлган. Тиббиёт муассасалари бўйича таҳлил қилинганда юрак-томир касалликлари сарфларининг 15% ини, стационар даволаш муассасаларида даволаш ва шикастланишлар — 10% ини ташкил қилган, айни вақтда амбулатор шароитларда шикастланишларни даволашга харажатлар умумий сарфлар ҳажмидан 46% ни, юрак-томир касалликларини даволашга эса 5% ни ташкил этган.

Тиббий хизматлар қийматидаги тафовутлар

Тиббий хизматларга сарфларнинг тобора ошиб кетаётганлиги жамоатчиликни ташвишга солаётганлигидан мазкур соҳа қаттиқ назорат остига олинган. Турли аҳоли гуруҳларининг турлича эҳтиёжларига боғлиқ тиббий хизматларнинг қийматидаги тафовутлар ўзини оқлайди деб ҳисоблаш мумкин. Бироқ агар эпидемиологик тадқиқотларнинг натижалари бундай тафовутларнинг аниқ сабабини кўрсатиб бера олмаса, бу маъмурий муаммо тусини олади ва уни ҳал қилиш махсус ёндашувларни талаб қилади. Шундай қилиб, аҳолининг турли хил гуруҳларига кўрсатиладиган тиббий хизматнинг ҳажми ва сифати эпидемиологик ва маъ-

мурий тиббий фаолият миқёсларида таққосланиши ва таҳлил этилиши керак.

Тиббий статистика маълумотлари ва госпитализация кўрсаткичлари асосида амалга ошириладиган тиббий хизмат стандартларининг таҳлили шаҳарлар, регионлар ва мамлакатлар ўртасида жиддий тафовутлар борлигидан далолат беради. Маълум турдаги хирургик аралашувлар (масалан, бачадон, ўт қопи ва муртак безлари) миқдорининг юқори кўрсаткичларида тиббий таъминот самарадорлиги ошади деган ишончли кўрсаткичлар йўқ. Соғлиқни сақлаш тизимининг асоратларни даволашга сарфлари жуда юқори ва уларни аниқ ҳисоб-китобини қилиш мумкин. Масалан, Канада, АҚШ ва Буюк Британияда хирургик аралашувлар кўрсаткичлари жуда турли-туман. 90-йилларда Канадада холецистэктомия кўрсаткичлари 100 минг аҳолига 600 ни, АҚШ да 370 ни ва Буюк Британияда 100 минг аҳолига 122 ни ташкил этган. Ўт қопчаси операцияларининг Канада ва АҚШ даги бирмунча юқори кўрсаткичлари, афтидан, хирурглар миқдорининг кўплиги ва врачларнинг даромадлари ўтказилган операцияларнинг миқдориغا, шунингдек операцияларга ҳақ тўлашда учинчи томон, яъни тиббий суғурта тизимининг иштирокига боғлиқлигидан бўлса керак.

Соғлиқни сақлашда умумий сарфларнинг структураси

Сарфлар структураси соғлиқни сақлашнинг энг катта масаласи бўлиб қолди, чунки тиббий хизмат қийматининг ўсиши умумий иқтисодий ўсишдан илгарилаб кетяпти. Шунинг учун ҳукуматлар ҳамма жойда тиббий хизматлар қиймати ўсишини чегаралайдиган йўллارни изламоқдалар. Сарфлар ва натижаларнинг таҳлили ҳам техник, ҳам глобал сарфларни аниқлаш учун мавжуд ва янги тиббий методикаларни режалаштиришда ва бошқаришда муҳим элемент бўлиб қолди.

Соғлиқни сақлашда сарфларнинг кўп қисми (турли мамлакатларда 35—60%) стационар тиббий хизматга тўғри келиши ҳисобга олинандиган бўлса, асосий эътибор стационар тиббий хизмат улушини қисқартиришга ва амбулатор ҳамда жамоа хизматлари негизида муқобил даволаш муаммоларини ишлаб чиқишга қаратилмоқда.

Тиббий хизмат тизими марказий молиялашган мамлакатлар тиббий хизматлар қийматининг ўсишини қисқартириш учун сарфлаш тузилмасини аниқлашга айниқса манфаатдор бўладилар. Провинциал ва регионал тиббий суғурта дастурларини сарфларда федерал қатнашишни бирга қўшиб олиб боришга имкон берадиган Канадада қабул қилинган тизим 1940 йилдан бошлаб ишлаб чиқилган ва 1972 йилда қабул қилинган (ҳозирги кунда ҳам мавжуд). Шундан буён провинциал ва федерал ҳоки-

миятларнинг асосий вазифаси тиббий хизмат кўрсатилишини ҳаммабоп қилиш эмас, балки тиббий хизмат саҳасидаги сарфлар таркибига тобора кўпроқ эътибор беришдан иборат бўлиб қолмоқда. 80-йиллардан бошлаб, тиббий хизматлар қиймати 12,5% га ўсди, иқтисодий ўсиш кўрсаткичлари эса бутун шу давр ичида ҳам номинал, ҳам ҳақиқий бирликларда орқада қолади.

12.7 жадвал

Соғлиқни сақлаш хизматларининг тузилмалар ва сарфлар таҳлилидан фойдаланадиган дастурлари

Дастур	Фойдаланиш натижалари
Уйда парвариш қилиш	Стационар шароитларда терапевтик ёки хирургик даволашдан кейин касалхонада ётиш даври давомлилигини камайтиради. Касалхона ичида инфекция юқиш ҳоллари тарқалганлигини пасайтиради
Узоқ муддат парвариш қиладиган даволаш муассасалари	Уй шароитида тегишлича парвариш қилиш мумкин бўлмаган ҳолдагина; ўткир инфекцион касалликлар оқибатидаги касалхонага ётқизиш ҳоллари миқдорини қисқартиради
Гемодиализ	Сунъий гемодиализ ўтказилишининг ёшга қараб чегараланиши, Буюк Британияда шундай қилинади
Амбулаторияда хирургик хизмат	Касалхонада ётиш муддатларини ва иккиламчи инфекция ҳоллари миқдорини қисқартиради.
Тиббий ходимнинг беморга кундалик ташрифи	Қизамиқ ва вакцинация методлари билан бартараф этиладиган бошқа касалликлар бўйича касалхонага ётқизиш сонини қисқартиради
Профилактика (иммунизация дастурлари)	Водопровод сувини хлорлаш диарея касалликлари билан касалланишнинг пасайишига ва шу касалликлар бўйича касалхонага ётиш кўрсаткичларини камайтиради
Ташқи муҳит омилларига боғлиқ касалликлар	Ичимлик сувни фторлаш кариес тарқалишининг камайишига олиб келади
Аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш бўйича дастурлар	Чекишнинг тарқалганлигини камайтиради, ўпка раки ва юрак ишемик касалиги билан касалланишни қисқартиради
Диагностик боғланган гуруҳлар (DRG) таомли бўйича тиббий хизматларга ҳақ тўлаш	Касалхонада ётиш муддатларини қисқартиради
Аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш бўйича ташкилотлар (НМО)	Тиббий таъминот конвенционал тизимлар доирасида амалга ошириладиган касалхонага ётишга муқобилликни таъминлайди

Касалхона ўринлари сонини қисқартириш ва госпитализация кўрсаткичларини пасайтириш режалари амалга олмади, тиббий хизматлар қийматининг ўсиши қишлоқ ҳокимиятлари олдида турган муҳим масала бўлиб қолаверди. Федерал ҳукумат соғлиқни сақлашга харажатларда ўз иштирокини чегаралаб қўйди. Харажатларни қоплашда федерал органларнинг улуши 50 дан 30% гача ва бундан ҳам пастга тушиб қолди.

Харажатлар тузилмасини рационал режалаштириш ва юксак даражада тиббий хизмат кўрсатишни амалга оширса бўлади. Сирасини айтганда, соғлиқни сақлаш соҳасида харажатлар тузилмасини тўғри режалаштириш мавжуд ресурслардан оқилона ва самарали фойдаланишга олиб келади. Айрим чоралар арзон тиббий услубларни қимматлари билан алмаштириш жараёни билан боғлиқ; бошқалари — муайян тиббий хизматлар кўрсатиш билан алоқадор, масалан, катарактани амбулатория шароитларида хирургик олиб ташлаш ёки касалхонада узоқ ётиш муддатини уйда тиббий парваришни уюштириш билан алмаштиришдан иборат.

Тиббий хизмат ва стационарда даволаш иқтисодиёти — микродаража

Тиббий хизмат

Врачлик хизматларига ҳақ тўлашнинг турли шакллари мавжуд: ҳар бир кўрсатилган хизматга ҳақ тўлаш, даволаш курсига, қабул қилинган беморлар миқдори бўйича, белгиланган ҳақ тўлаш ва буларнинг бирга учраши. Уларнинг ҳар бири ўз ривожланиш тарихига, ўз душманлари ва тарафдорларига эга. Ҳақ тўлашнинг қабул қилинган шакллари кўрсатиб ўтилган методлар билан бирга учраши ва аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилашни рағбатлантирадиган йўللарни излаш жараёнида ўзгариши мумкин.

Ҳар бир кўрсатилган хизматга ҳақ тўлашда ҳар қандай муолажа, масалан, врачнинг бемор ҳузурига боришига алоҳида пул тўланади. Бу шунингдек айрим даво муолажаси-хирургик, акушерлик ва ҳоказо бўлиши ҳам мумкин. Ҳақ тўлашнинг бошқа методи хизмат учун ҳақ тўлаш номини олган. Даволаш хизматларига ҳақ тўлашнинг биринчи баён қилинган бу усули Шимолий Америкада ва бошқа регионларда ҳанузгача кенг қўлланиб келинади. Айрим мамлакатларда врач меҳнати тиббий суғурта тизими ва врачлар манфаатларига хизмат қиладиган бошқа ташкилотлар ҳамкорликда ишлаб чиққан қатъий тарифлар асосида тўланади.

Ҳар бир кўрсатилган хизматга ҳақ тўлаш тизими қимматбаҳо тиббий методикаларнинг ҳаддан ташқари ривожланишига ва улардан фойдаланишга олиб келади. Жумладан, аксарият ҳақиқий кўрсатмалар бўлмага-

ни ҳолда хирургик аралашувлар ҳам қўлланилади. Бу кўпинча беморни даволашни тиббий суғурта тизими тўлиқ тўлайдиган ҳоллар учун айниқса хос. Бунда тиббий муассаса эса суғурта қилинмаган беморни даволашга қараганда суғурта қилинган беморга хизмат кўрсатганига кўпроқ ҳақ олади. Тиббий суғуртанинг айрим тизимлари тиббий хизматларга ҳақ тўлашга беморнинг муайян иштирокини талаб қилади (беморнинг врачлик хизматларига ва даволаш харажатларига ҳақ тўлашда иштироки), натижада бемор врачга ҳуда-беҳудага мурожаат қилавермайди, шунингдек харажатлар қисман бўлса-да қопланади.

Қабул қилинган беморлар миқдори бўйича ҳақ тўлаш (капитация тамойили) маълум вақт оралиғида мазкур врачда ҳисобда турган ҳар бир одам учун белгилаб қўйилган баҳоларга биноан амалга оширилади. Ҳақ тўлашнинг бундай меъёридан айрим тиббий хизматларда ёки умуман тиббий хизмат тизимида фойдаланиш мумкин. Буюк Британияда мазкур тизим 1911 йилдан — давлат тиббий суғуртаси жорий қилингандан буён қўлланилиб келяпти.

Аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар (НМО)

Аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар (НМО) тиббий таъминланиш тизимида муҳим янгилик бўлди. АҚШ да бундай ташкилотларнинг фаолияти кенг тарқалган, уларда тиббий хизматларга олдиндан ҳақ тўлаш методи қўлланилади: тиббий суғуртаси бўлган одамга шу компанияда суғурта қилинган ҳар бир мурожаат асосида белгиланган ҳақ тўланадиган муассасада тиббий хизмат кўрсатилади. Ҳақ тўлашнинг бу усули АҚШ да саноат корхоналари, касаба уюшмалари иштирокида ва врачлик амалиёти гуруҳлари номини олган ширкат бирлашмалари негизда ишлаб чиқилган. Калифорния, Орегон, Колорадо ва мамлакатнинг бошқа туманларидаги «Kaiser Permanente» ташкилоти бунга мисол бўла олади.

60-йиллардан бошлаб, НМО АҚШ да тиббий таъминлаш тизимининг бир қисми бўлиб қолди, бундай ташкилотлар бошқа мамлакатларда ҳам тузилмоқда. Айримлари, айниқса йириклари шахсий касалхоналарига эга, уларда ўринлар миқдори 1 минг аҳолига 1,5 гача боради, бу Америка Қўшма Штатлари бўйича ўрта ҳисобда бирмунча паст. Бу тизимда 1 минг аҳолига 1,2 врач тўғри келади, ҳар бир олинган хизмат учун ҳақ тўланадиган тизимда 1 минг аҳолига 4,5 врач тўғри келади. Бу тизим муҳолифлари сарфларни пасайтиришга уриниш беморларга тиббий хизмат кўрсатиш савиясининг пасайишига олиб келиши мумкин деб ҳисоблашади. Бироқ мавжуд маълумотлар НМО доирасида тиббий хизмат кўрсатишнинг сифати юксак, хизматлар нархи эса арзонлигини эътироф қилади.

АҲОЛИ СОҒЛИҒИНИ ҚУВВАТЛАБ ТУРИШ БЎЙИЧА ТАШКИЛОТЛАРНИНГ ТУРЛАРИ (НМО)

1. **Аҳолига жамоа ёки мутахассислар гуруҳи билан хизмат кўрсатиш** — мутахассислар гуруҳининг тиббий хизматга олдиндан ҳақ тўлаш тамойилига асосланган анъанавий НМО тури, бунда НМО иш берувчи саналади ёки НМО аъзоларига тиббий ёрдам кўрсатиш мажбуриятини олган мутахассислар гуруҳлари билан НМО га тегишли саломатлик марказларида, уларнинг хусусий ёки ижарага олган касалхоналарида тиббий ёрдам кўрсатади.
2. **Хусусий амалиёт врачлари ассоциациялари (ПА)** — НМО аъзоларига олдиндан келишиб олинган шартларга биноан ёки қабул қилинган беморлар миқдори бўйича ҳақ тўлаш тамойили бўйича хизмат қилиш мажбуриятини олган врачлар гуруҳидан иборат.
3. **Хизмат кўрсатишни афзал кўрадиган ташкилот (РРО)** — НМО қатнашчиларига тиббий ёрдам кўрсатишга розилик бериб, контрактга имзо қўйган врачларнинг гуруҳлари, касалхоналар (ёки бошқа даволаш муассасалари), бу ҳолда ҳақ тўлаш капитация тамойили бўйича ёки имтиёзли нархлар бўйича амалга оширилади. Ҳар бир врач (касалхона, даволаш муассасаси) мустақил ишлайди, бироқ нархлар ва ҳисоботларни ҳам назарда тутган ҳолда контракт шартларига рози. Беморлар врач танлашга ҳақлидирлар.

НМО да ишлайдиган врачларга қатъий маош белгиланиши мумкин ёки уларнинг меҳнатига капитация тамойили бўйича ҳақ тўланади. Хусусий амалиёт врачлари Ассоциациясига тегишли НМО да ҳар бир кўрсатилган хизматга алоҳида ҳақ тўлаш тамойили бўйича иш ҳақи тўланади.

АҚШ соғлиқни сақлаш тизимидаги ислоҳот бўйича таклифлар тиббий хизматни бошқариш системаларига таянади, улар ўз таркибига НМО ёки НМО га ўхшаш бошқа назорат механизмларини олиб, ҳар бир муолажа учун ҳақ тўлаш амалиётини чегаралашга қодир. НМО модели бошқа мамлакатларда ҳам ривож топмоқда.

Регионал тиббий хизмат тизимлари

Кўп йиллар мобайнида Буюк Британияда ва Скандинавия мамлакатларида тиббий таъминлашнинг регионал тиббий хизмат тизимлари кўринишидаги комплекс модели мавжуд. Айрим туманлар аҳолисига тиббий хизмат кўрсатиш бевосита жойлардаги соғлиқни сақлаш хизматлари томонидан амалга оширилади ёки маҳаллий ҳокимиятлар томонидан тўланади. Маҳаллий соғлиқни сақлаш тизими ресурсларни тез ва самарали қайта тақсимлаши ва тиббий суғурта тизимининг молиявий манфаатла-

рига эмас, балки ҳақиқий эҳтиёжларга асосланиб беморларни бир да-
волаш муассасасидан бошқасига кўчириши мумкин.

Айрим регионларда ресурсларни тақсимлашда ягона ва тўғри қарор-
га келинган: маҳаллий соғлиқни сақлаш органларига маблағлар ажра-
тишда хизмат кўрсатиладиган беморлар миқдори, шу регионда стан-
дартланган ўлим нисбатининг даражаси (SMR), шунингдек ёш струк-
тураси ва касалланиш даражаси асосий мезон сифатида олинади.

Ҳозирги вақтда маҳаллий ва регионал соғлиқни сақлаш органлари
касалхоналарга, беморларга шартномавий нотижорат асосда амалга
ошириладиган тиббий хизмат кўрсатиш қийматини, масалан, йилига
ўтказиладиган 500 та холецистэктомиялар ёки 500 та аппендэктомия-
лар қийматини тўламоқдалар, бу диагностик боғлиқ гуруҳларни молия-
лаш варианты ҳисобланади. Шартнома маҳаллий ҳокимиятлар ва касал-
хона раҳбарияти ўртасида тузилиши мумкин. Яқингинада фондлар учун
жавобгарлик умумий ихтисосликдаги врачларга юкланган эди. Уларнинг
ҳисобига шу врач кузатувчи остида бўлган ҳар бир беморга стационар
шароитларда муолажа ўтказиш харажатлари киритилган белгиланган
пуллар ўтказилади. Бу врачлар дигностик боғлиқ гуруҳларни молиялаш
тамойили бўйича ишлайдиган касалхоналар билан шартномалар туза-
дилар.

Тиббий хизматларга у ёки бу тамойил асосида ҳақ тўлашнинг камчи-
ликлари ва афзалликлари тиббий хизматларнинг амалий фаолияти ха-
рактерига каттагина таъсир кўрсатади. Ҳозирги пайтда хизмат кўрсатил-
ган беморлар миқдорига урғу берилган ҳақ тўлашнинг аралаш шаклла-
ри тобора кенг тарқалиб бормоқда.

Касалхона хизматига ҳақ тўлаш

Касалхоналарда ўрин-жойлар сонини аниқлашда тегишли тиббий
жиҳозлар ва ходимлар билан таъминланган ҳамма ўринлар ҳисобга оли-
нади. Касалхона ўринлари сони одатда ҳисобот даври охирида ҳисоб-
китоб қилинади. ЖССТ таърифига кўра ўрин-жой — зарур тиббий жи-
ҳозлар ва ходимлар билан таъминланган ва касалхона биносининг узоқ
вақт тиббий хизмат кўрсатиладиган қисмида жойлашган стационар тиб-
бий хизмат бирлигидир.

Стационар тиббий хизмат билан таъминлаш бир минг аҳолига ўрин-
жойлар сони билан ўлчанади. Бу кўрсаткич битта мамлакат ичида ва
турли мамлакатлар орасида кенг миқёсларда ўзгариб туради. Тарихий
нуқтаи назардан, касалхоналарнинг ривожланиши черков ва диний гу-
руҳлар, шаҳар ҳокимликлари ва хайр-эҳсон жамиятлари билан боғлиқ,
у шунингдек миллий режаларни ишлаб чиқиш мезонлари бўлмагани

ҳолда давлат миқёсида амалга оширилган. Ҳамма соғлиқни сақлаш тизимларида, бошқариш ва молиялаш усулларида қатъи назар, касалхона ўринлари сони ва улардан фойдаланиш даражаси соғлиқни сақлашнинг иқтисодиёти ва режалаштиришнинг асосий жиҳатларидан ҳисобланади.

Касалхона ўринларини очиш сиёсий масала ҳисобланади, чунки иш жойлари шу тариқа тузилади ва аҳоли учун тиббий хизматнинг ҳаммабплиги таъминланади. Айрим мамлакатларда касалхоналар анъанавий ўзига хос панажой вазифасини бажариб, бу ерда оғир турмуш шароитларидан, ёғин-сочинлардан ва ижтимоий зулмдан қутулиш мумкин бўлган. Бундай ҳолат қишлоқ жойларда ҳам тарқалган, чунки у ерда шаҳарга нисбатан тиббий хизмат кўрсатиш кам ривожланган. Врачлар ва жамоатчилик қўшимча касалхона ўринларини яратиш учун тегишли органларга тазйиқ ўтказишлари мумкин. Сиёсатчилар жамиятда фаровонликни кўтариш фикрини оммага тарқатиш учун кўпинча касалхона ўринлари миқдорини кўпайтириш тўғрисидаги маълумотлардан фойдаланадилар. Касалхоналар очиш ва ёпиб қўйиш соғлиқни сақлаш иқтисодиётидаги ва режалаштиришдаги энг бир-бирига зид масалалардан ҳисобланади. Қаршилиқ кўрсатиш қийин бўлган сиёсий тазйиқ ҳатто объектив молиявий қийинчиликларда ҳам қўшимча касалхона ўринларини яратишга қаратилади. Ортиқча касалхона ўринлари миқдорини қисқартириш тўғрисида қарор қабул қилиш бундан ҳам мушкулдир.

Касалхона ўринларини очиш соғлиқни сақлаш тизими учун муҳим иқтисодий оқибатларга эга. Ўрин-жойни очиш сарфлари одатда уни 2—3 йил мобайнида сақлаб туришга кетадиган сарфларга тенг бўлади. Касалхона ўрнини очиш тўғрисидаги қарор соғлиқни сақлаш тизимига муайян сарфлар қилиш мажбуриятини юклайди.

Касалхона ўринларидан фойдаланиш даражаси қатор омиллар билан белгиланади: стационар тиббий хизматнинг ҳаммабплиги учун молиявий чегараланишлар, жуғрофий омиллар, беморларни транспортировка қилишдаги қийинчиликлар, психологик (маданий) стереотиплар, бемор мотивацияси ва хулқ-атвори, айрим даволаш муассасаларининг хусусиятлари ва тиббий хизмат олишнинг муқобил имкониятлари мавжудлиги. Соғлиқни сақлаш тизимлари ҳатто бозор муносабатларига энг мослашган мамлакатларда ҳам касалхона фаолиятини режалаштириш мажбурияти касалхонанинг ўз раҳбарияти доирасидан чиққан.

Тиббий хизмат кўрсатишни ташкил қилишнинг янги шакллари ва соғлиқни сақлашни молиялаш ривожланиши натижасида аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар тузилиши (НМО) ва диагностик боғлиқ гуруҳлар(DRG) тамойили бўйича молиялаш шакллари жорий

қилиниши туфайли АҚШ да ва бошқа мамлакатларда муайян тажриба тўпланди. Бу тажриба амбулатория хизмати, уйда парвариш қилиш ва бошқа муқобил тиббий хизматлар сифатини оширишга йўналтирилган иқтисодий чоралар госпитализация кўрсаткичлари ва муддатларининг жиддий қисқартирилишига олиб келади.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг асосий жиҳатларидан бири — *минг аҳолига касалхона ўринлари миқдори билан белгиланадиган стационарда тиббий хизмат кўрсатишни таъминлашдир*. Имкон борича кўпроқ сонли касалхона ўринлари яратишга мойиллик кўпгина соғлиқни сақлаш тизимлари учун хос, уларни сақлаб туришдаги қийинчиликлар эса ривожланган мамлакатларда ҳам кузатилмоқда. Касалхона ўринлари миқдорининг ортиқчалиги стационар хизматнинг юқори кўрсаткичлари ва касалхонада ётиш муддатларининг давомлилиги билан боғлиқ. Касалхона ҳам, врач ҳам самарадорликни оширишга манфаатдор бўлмаган жойда беморлар касалхонада узоқ муддат ётиб қоладилар. Бу тиббий хизмат кўрсатиш умумий қийматини оширади ва даволаш жараёнида тиббий хатолар қилиш хавфи кўпроқ бўлади (дорилар тайинлашда ва анестезияда хатолар), натижада булар ҳатто обрўли тиббиёт марказларида ҳам летал оқибатлар сонининг ўсишига олиб келади. Ортиқча касалхона ўринлари бир неча усуллар билан қисқартирилиши мумкин. Бунинг учун касалхона хоналаридан фойдаланишнинг бошқа йўллари излаш ёки ўзини оқламаган касалхонани бутунлай ёпиш керак.

Кўпгина мамлакатларда госпитализация кўрсаткичларини пасайтириш учун хавфлилик даражаси юқори бўлган хирургик методикалар жорий қилиш (масалан, кўкрак раки бўйича тежаш операциялари, эндоскопик хирургия), шунингдек амбулатор жарроҳликни ривожлантиришга (масалан, кўз, қулоқ ва бурун-қалқумнинг кўпгина операциялари учун) катта аҳамият бериляпти. Жарроҳлик амалиёти меъёрларини қайта кўриб чиқиш ўзини оқламайдиган жарроҳлик операцияларининг олдини олишга имкон беради (II-бобга қаранг).

Уйда жадал парвариш қилиш каби муҳим янгилик узоқ муддат стационарда даволашга муқобил усул ҳисобланади, бунда бемор касалхонадан эрта чиқарилади, сўнгра уни уйда тиббий ҳамшира ўз кузатувига олади, физиотерапия қилинади (тегишли мутахассислар мунтазам бемор уйига қатнайди). Чаноқ-сон ва тизза бўғимларини алиштириш каби операциялардан кейин беморни стационар шароитида узоқ муддат соғайиб кетгунча даволашдан кўра уни реабилитацион муассасаларга ётқизиш бирмунча арзонга тушади. Гериатрик беморлар учун узоқ муддат парвариш қилинадиган тиббиёт масканлари жуда ҳам қулай ҳисобланади. Бироқ тиббий хизматнинг бу янги методларини ривожлантириш со-

глиқни сақлашнинг соҳаларидан бирида маблағлар қандай тежаб қолинаётганига боғлиқ. Швецияда 80-йилларда касалхона ўринлари миқдори қисқартирилиши ҳисобига соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига ажратиладиган ЯММ улуши пасайтирилган эди. Америка Қўшма Штатларида тиббий хизмат кўрсатишни бошқариш тизимлари худди шундай роль ўйнайди, хизмат кўрсатиладиган беморлар миқдори мезон қилиб олинган тиббий масканларни маъмурий-худудий белги бўйича молиялашнинг жорий қилиниши эса Буюк Британияда касалхона ўринлари сонининг қисқаришига олиб келди. Бу мураккаб ва баҳсли масаладир.

Стационар шароитларида даволашга ҳақ тўлаш шакллари

Стационар даволаш муассасалари — тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг энг қимматбаҳо бўлагидир. Стационар даволашга ҳақ тўлашнинг анъанавий шакли касалхонада бўлган кунлар миқдорига мувофиқ ҳақ тўлаш эди. Касалхонада бўлган бир кун қиймати — энг тарқалган кўрсаткич, чунки битта беморни даволаш қиймати даволаш учун ҳақиқий ҳақдан юқори ёки паст бўлиб чиқиши мумкин. Бундай ҳақ тўлаш шаклида ёмон жиҳозланган касалхоналар технология даражаси юксак касалхоналар учун қўшимча ҳақ тўланмагани ҳолда мос келмайдиган юқори ҳақ оладилар.

Бундан ташқари, касалхонада бўлиш давомлилиги узаяди, чунки бу молиявий мулоҳазаларга боғлиқ бўлади. Даволашга тиббий суғурта ҳақ тўлайдиган шароитда беморнинг касалхонада бўладиган ўртача вақтини қисқартиришга иқтисодий манфаатдорлик йўқ. Касалхонада ётиш давомлилигига биноан ҳақ тўлашда ускуналардан самарасиз фойдаланилади, беморлар профилактик текширувлар учун касалхонага жойлаштирилади, кейин қўшимча диагностик текширувлар ўтказиш учун уларнинг касалхонада бўладиган вақти узайтирилади. Иккинчи томондан, ҳақ тўлашнинг бундай шакли жиҳозларни такомиллаштиришни ва тиббий хизматларни кенгайтиришни таъминлайди, чунки бу мақсадлар учун харажатлар беморнинг касалхонада бўлиш кунлари қийматини ҳисоб қилишда назарда тутилади.

Касалхонада ҳақ тўлашнинг бошқа усули — *кўрсатилган ҳар бир хизматга тўлашдир*. Бунда мажбурий бўлмаган ва оддий муолажаларга номутаносиб ҳақ тўланади ва госпитализация кўрсаткичлари ошади, чунки госпитализация миқдорини кўпайтиришга, беморнинг касалхонада бўладиган муддатларини узайтиришга, даво тадбирлари интенсивлигини оширишга ва муолажаларни ўринсиз такрорлашга ва ортиқча ўтказишга иқтисодий рағбат бўлади. Бундан ташқари, ҳақ тўлашнинг мазкур шакли ижтимоий тенгсизликни чуқурлаштиради, шу сабабли, шунинг-

дек унинг қимматлиги боис уни қўлланиш мақсадга мувофиқ эмас. АҚШ да кўп сонли тиббий суғурта тизимлари мавжудлиги туфайли бу метод кенг тарқалган эди, бироқ сўнгги вақтларда тўловнинг бу шакли диагностика боғланган гуруҳлар тамойилига асосан молиялаш тизимидан қисиб чиқариляпти.

Бюджетдан молиялаш методи тарихан касалхона бюджетига биноан ўтган йилги инфляция ва янги технологиялар ҳамда жиҳозлар қийматини ҳисобга олган ҳолда маблағ ажратишга асосланган. Бу маблағлар ўзига ривожланишнинг асосий фондини қамраб олиши мумкин. Бундай тизимдан кўпинча бошқарув бевосита соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан амалга ошириладиган касалхоналарни молиялаш учун фойдаланилади. Назарий жиҳатдан у госпитализация муддатларини қисқартиришни рағбатлантиришга ва ажратиладиган воситалардан самаралироқ фойдаланишга имкон беради. Бундан ташқари, ҳақ тўлашнинг бу шаклида беморларга хизмат кўрсатишда камроқ самарали, лекин мавжуд ресурслардан кўпроқ фойдалана оладиган касалхоналар моддий жиҳатдан рағбатлантирилади, айтилиши вақтда бирмунча юқори самарадорликка эришиб ресурслардан ногўлиқ фойдаланган касалхоналарнинг бюджетдан молияланиши қисқартирилади.

Аҳолининг диагностика боғланган гуруҳлари (DRG) тамойили бўйича ҳақ тўлаш тизими стационарда тиббий хизмат кўрсатишни молиялашнинг нисбатан янги шакли ҳисобланади. Бунда беморнинг касалхонада бўлган кунлари миқдори эмас, балки госпитализациядаги диагноз (ташхис) асосий мезон ҳисобланади. Бу метод АҚШ да тиббий хизмат кўрсатиш қийматининг ва ресурслардан фойдаланиш кўрсаткичларининг ўсишидан хавотирга тушган аҳоли учун муқобил молиялаш методларни тўхтовсиз излаш натижасида пайдо бўлди. Диагностика боғланган гуруҳлар тамойили асосидаги ҳақ тўлаш тизими 1983 йилда тиббий хизматни молиялаш бўйича Агентлик томонидан жорий этилган ва «Медикэр» тизимига тааллуқли беморларга тиббий хизмат кўрсатиш ва госпитализация қилишга ҳақ тўлашнинг негизи бўлган, айрим штатларда у «Медикэйд» тизими бўйича ҳам қўлланилади ва хусусий тиббий суғурта кампанияларида тиббий хизмат кўрсатишга ҳақ тўлашнинг стандарт методи ҳисобланади.

Диагностика боғланган гуруҳлар тамойили бўйича ҳақ тўлаш тизими илғор молиялаш тизими ҳисобланади, касалхонага ётқизиш ва стационар даволаш ҳақи 470 турдаги касалликлар ва даволаш муолажалари учун белгиланган тарифларга мувофиқ амалга оширилади. Бу беморларнинг касалхонада бўлиш муддатларини қисқартиришга, диагностика ва даволаш хизматларидан бирмунча самарали фойдаланишга ва касалхо-

на ўринлари умумий миқдорини камайтиришга имкон беради. Сўнгги ўн йилликлар мобайнида АҚШ да касалхона ўринларининг бандлиги кўрсаткичлари пасайди, амбулатор тиббий хизматлар тез ривож топмоқда ва минг аҳолига касалхона ўринлари сонининг доимий пасайиб бориши кузатилмоқда.

Беморлар миқдорига асосланган ҳақ тўлаш тизими у ёки бу специфик хизмат бўйича тиббий хизмат олиш учун беморларни олдиндан рўйхатга олиш тамойилига асосланган (капитация тамойили). Бу касалхонага ётқизишни молиялаш соҳасини умуман тиббий таъминлашни молиялаш билан боғлайди. Беморлар Соғлиқни қувватлаб туриш бўйича Ташкилотлар (НМО) ёки тиббий хизматга олдиндан ҳақ тўлаш тизимлари ёхуд ҳудудий белги бўйича, масалан, регионал соғлиқни сақлаш тизимлари маълумотлари асосида ҳисобга олиниши мумкин. Сўнгги пайтларда бундай тизим Бошқариладиган тиббий хизмат кўрсатиш Тизими (Managed Care) деб аталадиган бўлди. Молиялашнинг мазкур методида конкрет регион аҳолиси ёки конкрет даволаш муассасасида тиббий хизмат олишга ёзилган контингент (қатлам) нинг жинс-ёш таркиби ҳисобга олинади. Ресурслардан фойдаланиш кўрсаткичлари хизмат кўрсатиладиган аҳолининг жинс-ёш таркиби ва диагностик гуруҳлар билан нисбатланади. Бу метод госпитализациянинг юқори кўрсаткичларини қисқартиришга, беморларнинг касалхонада бўлиш муддатларини камайтиришга имкон беради, бироқ у шунингдек даволаш тадбирлари самадорлигининг пасайишига ҳам олиб келади, деган тахминлар бор. Касалхона беморнинг вақтидан илгари уйига жўнатилишидан манфаатдор бўлмаслиги керак, чунки бунинг оқибатида бемор қўшимча даволашни учун қайтадан касалхонага тушиб қолиши мумкин, бу эса тиббий хизмат кўрсатиш қийматини кескин ошириб юборади.

Бу мамлакатда тиббиёт ходимларининг учдан бир қисми хизмат кўрсатиладиган беморлар миқдорига ҳақ тўлаш тизими билан диагностик боғлиқ гуруҳлар тамойили бўйича ҳақ тўлаш тизими қўшиб олиб бориладиган соғлиқни сақлаш Миллий хизматидан молия олади. Шу тизим бўйича оилавий врачларнинг гуруҳлари улардан рўйхатдан ўтган беморлар миқдорига биноан бюджет оладилар. Улар касалхоналар билан шартномалар тузадилар, булар мазкур ҳолда врачлар — мутахассисларнинг манфатларига ишлайдилар. Оилавий врачлар ихтиёридаги фондлардан DRG тизими бўйича касалхона харажатлари тўланади. Бу тизим биринчи марта 80-йиллар охирида киритилган эди ва уни кўпчилик кенг қўллаб-қуватлаган. Бу Миллий Хизматга касалхоналар учун ажратиладиган маблағларни қисқартириш ҳисобига касалхоналардаги ўринлар сонини қисқартириш ва ресурсларни профилактик ва амбулатор хизматлар фойдасига қайта тақсимлаш имконини беради.

Касалхоналарнинг бюджетдан фойдаланиш тизимларининг турли-туманлиги ўзининг афзалликлари ва камчиликларига эга. DRG методи-касалхона хизматларидан энг оқилона фойдаланишни таъминласа керак, айтилиши вақтда госпитализация муддатларига биноан молиялаш беморнинг касалхонада бўлиш давомлилигини узайтиришга имкон беради, бу уларга кўрсатиладиган хизмат қийматини оширади. Тиббий таъминлаш методларини излаш ҳанузгача соғлиқни сақлашни бошқаришнинг муҳим жиҳати бўлиб қолаяпти.

Капитал сарфлар

Даволаш муассасасини ривожлантиришга сарфланган капитал маблағлар узоқ муддатли режалар ва ҳисоб-китоблар билан белгиланади, бироқ ундан фойдаланишга кетадиган жорий харажатларга катта таъсир кўрсатади. Даволаш муассасасини 2—3 йил мобайнида сақлаб туриш бўйича харажатлар янги даволаш муассасасини яратишга кетадиган сарфлар билан тенг бўлиши мумкин. Федерал ёки регионал ҳокимиятларнинг айрим лойиҳаларни амалга оширишга мўлжалланган махсус дотациялари, маҳаллий маблағлар ва даволаш муассасасини сақлаб туриш бўйича жорий харажатларни молиялаш учун хизмат қиладиган фондлардан тўланадиган узоқ муддатли қарзлар молиялаш манбаи бўлиши мумкин.

Айрим мамлакатларда капитал сарфлар давлат томонидан кафолатланган қарзлардан қопланиб, кейинчалик улар даволаш муассасасини сақлаб туришга бериладиган маблағлардан тўланади. Лойиҳа экспертизаси ўтказилгандан ва даволаш муассасаси сертификациясидан сўнг ҳукумат уни қуриш ва жиҳозлаш тўғрисида қарор қабул қилади, шунингдек турли манбалардан молиялаш режасини ва капитал сарфларни қоплашга олинган узоқ муддатли қарзларни тўлаш харажатларини ўз ичига олган бюджетни тасдиқлайди. АҚШ да бу Хилл-Бартон қонунига биноан, Канадада — миллий тиббий суғурта тизими назорати остида содир бўлади.

Капитал сарфлар давлат бюджети томонидан қопланадиган тақдирда давлат стационар даволаш муассасалари фаолиятини яхшироқ назорат қилади, ресурсларни тўғри тақсимлайди ва зарур жиҳозлар билан таъминлайди.

Касалхона талабларига эҳтиёж, улардан фойдаланиш ва қиймати

Касалхоналар соғлиқни сақлаш тизимининг «юз-кўзи» ҳисобланади ва кўп жиҳатдан унинг обрўсини белгилайди. Улар юксак технология

қўлланиб тиббий хизмат кўрсатади, кадрлар ва илмий-тадқиқот фаолияти учун шароитлар тайёрлайди. Бундан ташқари, улар мамлакатдан истеъдодли олимлар кетиб қолмаслигининг олдини олиш учун уларни профессионал иш жойлари билан таъминлайди. Сиёсий арбоблар кўпинча янги, каттакон касалхонани жамиятга «ҳадя» этиб, ўзларини жамият учун ғамхўрликларни намойиш қилмоқчи бўладилар. Бундай одат ғарб мамлакатларида 40—60-йилларда тарқалган эди, бироқ, касалхоналар қуриш харажатларни фақат қайта тақсимлашгагина олиб келишини, касалхонани 2—3 йил мобайнида сақлаб туришга сарфлар янги касалхона қурилишига кетадиган сарфлар билан тенглиги тушунилганидан кейин у ўзгаришларга учрай бошлади. Соғлиқни сақлаш тизимида янги касалхоналар қуриш соҳасида таъсир қиладиган кучлар 12.12 илова келтирилган.

12.8 жадвал

Ўрин-жойлар миқдори ва бандлиги, АҚШ (1940—1991)

Кўрсаткичлар	1940 й.	1950 й.	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1991 й.
1 минг аҳолига ўринлар миқдори	5,2	3,3	3,6	4,3	4,5	4,2	3,6
Кунига 100 беморга ходимлар миқдори	---	---	226	302	394	472	583
Касалхонада бўлишнинг ўртача давомлиги, кунлар	---	---	----	----	7,3	6,5	6,4
Ўринлар бандлиги %	70	---	75	77	75	65	67

Манба: *Health United States, 1993.*

Стационарда тиббий хизмат кўрсатиш — соғлиқни сақлаш тизимининг энг қимматбаҳо бўлаги ҳисобланади, касалхона ўринлари сонининг умумий кўрсаткичи соғлиқни сақлаш соҳасидаги ресурсларни тақсимлашда асосий омил саналади. АҚШ да Хилл-Бартон қонуни қабул қилиниши натижасида касалхона ўринлари миқдори 40-йилдан 80-йилгача бўлган даврда реал ўсади. Бу қонун туман касалхоналарини молия-

лашни таъминлади, бироқ худди шу қонуннинг ўзи мамлакатнинг ай-рим туманларида жон бошига касалхона ўринлари сонининг энг кўп йўл қўйса бўладиган кўрсаткичини белгилади. (12.8 жадвалга қ.).

12.12 илова

ХИЛЛ-БАРТОН ҚОНУНИ: АҚШДА КАСАЛХОНАЛАР ҚУРИШ ФЕДЕРАЛ ДАСТУРИ (1946—1975)

Хилл-Бартон қонуни тиббий таъминлаш етарлича бўлмаган туманларда касалхоналар қуриш ва модернизациялашга маблағ ва дотациялар федерал дастури асосида АҚШ Конгресси томонидан тасдиқланган. Зарур капитал мабғалар ҳажмини аниқлаш учун қонун касалхона ўринлари сони меъёрларини — қишлоқ туманларида 1 минг аҳолига 4,5 ва шаҳарларда 1 минг аҳолига 4 та қилиб белгилаган. Маҳаллий жамоа касалхона штати ва режасини ҳамда унинг зарурлигани асослаб бериши, шундан кейин режа кадрлар, жиҳозлар билан таъминлашнинг минимал стандартларини ҳисобга олиб, ошириш ёрдам ва жадал терапия хизматини тузиш билан тўлдирилиши керак эди. Шундай қилиб, миллий миқёсда хизмат сифатини керакли ҳажмда ва минимал стандартларда таъминлаш учун зарур маблағлар ажратиш механизми ишга туширилди. 1975 йилда бу қонун соғлиқни сақлаш хизматлари қонуннинг бир қисми бўлиб қолди. (§XVI: «Соғлиқни сақлаш миллий тизимини режалаштириш ва моддий базасини ривожлантириш»). Бунга кўра касалхона ўринлари сони чегараланиши, ходимлар тайёрлаш сифати ва касалхоналарнинг жиҳозланганлиги замонавий стандартларга мос келиши керак эди. Бошқача қилиб айтганда, стационарда тиббий хизмат кўрсатиш сифати алоҳида бемор учун ҳам, умуман аҳоли учун ҳам миқдоридан кўра муҳимроқ эди.

Касалхона ўринлари сони 1 минг аҳолига юқори кўрсаткичларга эга бўлган соғлиқни сақлаш тизимларида касалхоналарни сақлаб туришга номутаносиб катта маблағлар кетади, айтилиши вақтда бошқа хизматлар маблағларга жуда муҳтож бўлади. Хилл-Бартон қонуни негиздаги ёндошувни тиббий таъминлаш сифатини оширган ҳолда унинг кўламидан пасайтириш деб тушунмоқ лозим. Капитал сарфларни қоплашда федерал иштирок тизими касалхона ўринлар миқдорини камайтиришга ва умумий ихтисосликдаги касалхоналар таркибига туғруқ, психиатрик, гериатрик ва фтизиатрик бўлимларни киритишга замин тайёрлади. Молиялашда федерал иштирок маҳаллий ҳокимиятларга маблағларнинг бир қисмини даволаш муассасаларини давлат стандартлари ва тавсияномаларига мувофиқ келтириш учун зарур чоралар ишлаб чиқишга сарфлаш имконини яратди.

Касалхона ўринларининг миқдори ва фойдаланиш даражаси тиббий хизмат кўрсатишнинг арзонроқ шакллари, масалан, амбулатор ва жамоа миқёсида амалга ошириладиган шакллари излашни иқтисо-

дий рағбатлантириш натижасида ўзгариб туради. 1980—1991 йилларда АҚШ да госпитализациянинг кўрсаткичлари ва ўртача муддатлари, шунингдек битта беморга тиббий ходимлар сони пасайтирилади. Шунга қарамай, кунига 100 беморга ходимларнинг умумий сони 1960 йилда 583 кишигача ошди, бу техник ва ёрдамчи хизматларнинг ривожланишига ва оғирлигига боғлиқ бўлади. Бу жараён, шунингдек кўп сонли янги технологиялар ва кучли таъсир қиладиган дори воситаларининг жорий қилиниши тиббий хизмат кўрсатиш қийматининг ўсишига олиб келди.

80-йиллар мобайнида ва 90-йилларнинг бошида Америка Қўшма Штатларида касалхонада бўлиш кўрсаткичлари ва муддатлари тўхтовсиз пасайиб борди. 1980 дан 1992 йилгача касалхонадан жўнатилган беморлар ва туққан аёллар миқдори 1 минг аҳолига 29% га, касалхонада бўлиш давомлилиги 1 минг аҳолига кунлар ҳисобида 48% га пасайди.

12.9 жадвал

Айрим диагностик боғлиқ гуруҳлар бўйича касалхонага жойлашиш кўрсаткичлари, АҚШ (1980—1992)

Касалхонага ётиш сабаби	Касалхонадан жўнатиш кўрсаткичлари, 1 минг аҳолига		Касалхонада ётиш давомлилиги, 1 минг аҳолига	
	1980 й.	1992 й.	1980 й.	1992 й.
Жами	159	112	1137	670
Юрак касалликлари	13	13	124	670
Хавфли ўсмалар	8	6	91	47
Пневмония (ҳамма шакллари)	4	4	28	31

Эслатма: Маълумотлар касалхонада қисқа вақт ётиладиган хусусий касалхоналар бўйича.

Манба: *Health United States, 1993.*

Аҳолининг қаришига қарамай, касалхона ўринлари бандлигининг пасайиш даражаси биринчи навбатда госпитализация давомлилигининг қисқариши, сўнгра эса госпитализация кўрсаткичларининг пасайиши билан изоҳланади. Бу ҳодиса қатор омилларга, жумладан касалланишнинг ўрнини стационар даволаш муассасаларининг ўрнини босаётган амбулатор хизматларининг ривож топиши, беморнинг касалхонада ётиш давомлилигини қисқартиришга имкон берган DRG тамойили бўйича ҳақ тўлаш тизимининг жорий қилиниши, соғлиқни сақлаш иқтисодиё-

ти ва соғлиқни сақлашга сарфлар структураси масалаларига кўпроқ эътибор қаратилиши, самарали даволаш усуллари кўпроқ қўлланиш, аҳолининг тиббиёт масалаларидан кўпроқ хабардорлиги, ўз-ўзини парвариш қилишнинг яхшиланиши ва профилактик тадбирларга боғлиқ. АҚШ да юракнинг ишемик касаллигидан ўлимнинг пасайиши — бу таъсирчан даволаш методларининг натижаси, шунингдек кишиларнинг шахсий саломатлигига ва профилактик тадбирларга кўпроқ эътибор бераётганлигининг натижаси ҳисобланади.

12.13 илова

ОРТИҚЧА КАСАЛХОНА ЎРИНЛАРИ МИҚДОРINI ҚИСҚАРТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

- 1. Касалхоналарни узоқ муддат хизмат кўрсатадиган муассасаларга айлантириш:** кенгайтирилган тиббий парвариш, тикланиш ва хроник беморларни даволаш муассасалари, қариялар уйлари.
- 2. Умумий ихтисосликдаги касалхоналарда туғруқ бўлимлари очилгандан кейин туғруқхоналарни ёпиш.**
- 3. Умумий ихтисосликдаги касалхоналарда ўткир бузилишлари бўлган беморлар учун психиатрик бўлимлар ташкил этиш:** унчалик банд бўлмаган мавжуд касалхона ўринларидан фойдаланиш, узоқ муддат ётиладиган психиатрия шифохоналарини ёпиш, жамоа хизматлари ва амбулатория муассасаларини ривожлантириш.
- 4. Умумий ихтисосликдаги касалхоналарда ўткир бузилишлари бўлган беморларни қисқа муддатга госпитализация қилиш учун гериатрия бўлимлари очиш:** уйда парваришлаш хизматлари ва узоқ муддатга тиббий хизмат кўрсатиш муассасалари билан таъминлаш.
- 5. Умумий ихтисосликдаги касалхоналарда фтизиатрик бўлимлар очиш:** узоқ муддат ётиладиган ихтисослашган касалхоналарни ёпиш ҳисобига қисқа муддатли текширувлар ва даволашни бошлаш учун, жамоа қувватлаш хизматларини мустаҳкамлаш.
- 6. Тегишли жамоа хизматлари кўмагида умумий ихтисосликдаги касалхоналарда алкоголизм ва наркоманияни даволаш бўлимлари сифатида бу касалликларни даволаш ва реабилитация марказларини очиш.**
- 7. Касалхоналарни уй-жойсиз, жисмоний ва жинсий тазйиққа учраган шахслар учун ихтисослашган панажойларга айлантириш.**
- 8. Касалхоналарни амбулатория тиббий муассасаларига айлантириш.**
- 9. Касалликнинг терминал босқичларида беморларни парвариш қилиш учун хоспислар очиш.**
- 10. Касалхоналарни бошқа социал фойдали муассасаларга:** жамоа марказлари, мактаблар, касб-ҳунар таълими марказлари, мактаблар, касб-ҳунар таълими марказларига айлантириш.
- 11. Ҳозирги замон стандартларига мос келмайдиган муассасаларни ёпиш.**

Диагностик боғланган гуруҳлар бўйича маълумотлар таҳлил қилинганда юракнинг ишемик касаллиги сабабли касалхонага ётқизилган беморни уйига жўнатиш кўрсаткичларининг ошмаган бўлса-да пасаймаганлиги маълум бўлди, айна вақтда госпитализация кунлари миқдори 1980—1992 йилларда 38% га қисқарган. Госпитализация даври давомлигининг бу қисқариши, эҳтимол, бу вақтда жадал даволаш методлари қўлланилиши билан боғлиқ бўлса керак. Масалан, ўткир миокард инфарктида ҳозирги вақтда жисмоний фаолиқка эрта қайтариш ва айниқса хирургик операциядан сўнг тез тикланиш усуллари қўлланилади. Туғруқлардан кейин эрта уйга жўнатиш ҳам тиббий ва социал меъёрларнинг ўзгаришини, шунингдек иқтисодий омилнинг таъсирини акс эттиради. Рак сабабли госпитализация кўрсаткичлари пасайди, бу касалликда госпитализация кунлари миқдори эса амбулатория даволаш методларига кўпроқ эътибор берилиши ҳисобига 42% га қисқарди.

DRG тамойили бўйича молиялаш тизими беморнинг касалхонада бўлиш муддатларини қисқартиришга ва амбулатория хизматларининг ривожланишига олиб келади. Аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар госпитализация кўрсаткичлари қисқаришига ҳам, унинг давомлилиги қисқаришига ҳам имкон беради.

Касалхоналар таснифи

Касалхоналар деб, асосий вазифаси ташхис қўйишдан ва беморларни стационар шароитда даволашдан иборат муассасаларга айтилади. Касалхонада кам деганда олтита ўрин, врачлар кечаю кундуз дипломли тиббиёт ҳамширалари бошчилигида парваришни таъминловчи тиббиёт ҳамшираларидан ташкил топган штатли ходимлар бўлиши керак. ЖССТ лоақал битта врач доимий ишлайдиган ва бемор касалхонага ётқизилганда врачлик ва тиббиёт ҳамширалари фаол хизматини таъмин қила оладиган даволаш муассасасини касалхона деб тан олади.

Касалхоналар нотижорат ва тижорат асосида иш юритишлари мумкин. Касалхоналарнинг кўпчилиги нотижорат асосида ишлайди ва давлат, маҳаллий ҳокимиятлар, диний ва жамоат ташкилотлари томонидан таъминланади. Тижорат асосида очилган хусусий касалхоналар улуши тўхтовсиз кўпайиб бормоқда, бироқ улар бари-бир касалхоналарнинг камроқ қисмини ташкил қилади, улар орасида хроник беморларни парвариш қиладиган шифохоналар улуши анча залворли. Буюк Британияда касалхоналар илгари соғлиқни сақлаш Миллий хизмати ихтиёрида бўлган, ҳозирги вақтда улар нотижорат муассасалар сифатида иш юритиб, васийлик кенгашлари қарамоғига ўтказилмоқда. Бундай модель Исроилда тарқалган. Скандинавия мамлакатларида регионал касалхо-

налар ва бошқа даволаш муассасалари регионал соғлиқни сақлаш департаментлари томонидан бошқарилади.

АҚШ, Канада ва Исроилда хроник беморлар ва кекса кишилар учун узоқ муддатли парваришни таъминлайдиган даволаш муассасалари асосан тижорат асосида ишлайдиган хусусий шифохоналарни ташкил этади. Бу мамлакатларда хусусий даволаш муассасалари бундай тиббий хизматни бевосита кўрсатиш учун давлат ресурслари етишмаслиги оқибатида очилган. Аҳолига тиббий хизмат кўрсатишга ҳақ тўлаш тизими қарор топиши билан хусусий даволаш муассасаларини очиш учун шароитлар вужудга келди.

12.14 илова

ТИЖОРАТ ВА НОТИЖОРАТ КАСАЛХОНАЛАРИ

Нотижорат касалхоналар — давлат, кўнгилли, диний, университет ва бошқа ташкилотлар ихтиёрида бўлиб, улар фойда олишни мақсад қилиб қўймайди.

Тижорат касалхоналар — тижорат асосида очилган ва хусусий шахслар, компаниялар ёки корпорациялар томонидан бошқарилади.

Касалхоналар шунингдек уларда кўрсатиладиган тиббий хизмат типи, хизмат қилинадиган аҳоли тоифаси ва госпитализация муддатлари бўйича белгиланади. Беморларнинг ярмидан кўпрогининг госпитализация давомлиги 30 кундан ошмайдиганлари қисқа муддат госпитализация қиладиган касалхоналар дейилади. Бу тоифага кенг кўламда тиббий хизматлар кўрсатадиган клиник, жамоа ва туман касалхоналари, шунингдек фаолияти асосан жинсий ёки ёш белгисига кўра фарқ қилинадиган аҳолининг айрим тоифаларини ёки муайян гуруҳдаги касалликларни даволашга мўлжалланган ихтисослашган касалхоналар киради.

Беморларнинг ярмидан кўпрогининг ўртача госпитализация давомлиги 30 кундан ошадиган касалхоналарга *узоқ муддат госпитализация қиладиган касалхоналар* дейилади.

Учта ва бундан ортиқ ўринга эга бўлган ва кексайган, мадори қуриган ва хроник касал кишиларни парвариш қилишни таъминлайдиган муассасалар *қариялар уйлари* дейилади. Бу уйларда жуда бўлмаганда битта тажрибали ҳамшира бўлади ва шу уйда яшовчиларнинг камида ярми тиббий ҳамшира парваришидан баҳраманд бўлади. Тиббий марказлар қошида амбулатория шароитларида текширувдан ўтаётган ва даво курси олаётган беморлар тунайдиган жойга *хостел* дейилади. Тиббий марказ қошида ўлаётган беморларни шахсан ва авайлаб парвариш қиладиган

ган, унинг оиласи билан яқин алоқа боғлаб, бемор эҳтиёжларини қондиришга хизмат қиладиган муассаса *хоспис* деб аталади*.

Умумий ихтисосликдаги касалхоналарда диагноз қўйилади ва беморлар турли-туман касалликлардан даволанади, бунда касалхона тиббиётнинг бир неча соҳаси бўйича ихтисослашади (масалан, умумий ва ихтисослашган терапия, умумий ихтисослашган хирургия, акушерлик ва гинекология). Бу тоифага касалликларнинг чегараланган гуруҳлари бўлган беморларга хизмат кўрсатадиган касалхоналар кирмайди. Жамоа (шаҳар) касалхоналари одатда битта каттароқ ёки кичикроқ шаҳар аҳолисига хизмат қилади, одатда булар умумий ихтисосликдаги қисқа муддат госпитализация қиладиган (беморлар касалхонада 30 кундан кам бўладилар) касалхоналардир.

Регионал касалхоналар ҳам умумий ихтисосликдаги касалхоналар ҳисобланиб, муайян жуғрофий туман аҳолисига хизмат қилади. Уларда кам деганда 4 та асосий бўлим бўлади: умумий терапия, умумий хирургия, акушерлик ва гинекология, шунингдек педиатрия. *Клиник касалхоналар* деб, университетларнинг тиббиёт факультетларида ёки тиббиёт институтларида фаолият кўрсатадиган касалхоналарга айтилади. Ихтисослашган касалхоналар одатда ихтисослашган тиббий хизмат кўрсатади, масалан, болалар касалликлари, она ва бола саломатлиги, психиатрия, сил, гиёҳвандлик, хроник касалликлар ва алкоголизмни даволаш каби. Учламчи тиббий ёрдам кўрсатадиган касалхоналар одатда намунали клиник касалхоналар ҳисобланишади; бу иккиламчи тиббий ёрдам кўрсатадиган касалхоналар-одатда турли касалликлари бўлган беморларини даво қиладиган жамоа касалхоналари; бирламчи тиббий ёрдам имкониятлари чекланган кичикроқ қишлоқ касалхоналарида кўрсатилади.

Касалхоналар фаолиятини бошқариш

Давлат аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш стандартларини таъминлаш учун масъул ҳисобланади ва мақсадга эришиш учун тўлиқ раҳбарлик қилиш ҳуқуқига эга. Даволаш масканларини лицензиялаш жамоат манфаатларини таъминлашнинг анъанавий усулларида бири ҳисобланади ва беморга зарар етказиш эҳтимоли бўлган даволаш методларини қўлланишга йўл қўймаслик унинг асосий бурчи саналади. Лицензиялаш тиббий хизмат кўрсатиш стандартларига амал қилиш негизини ташкил этади, давлат шу йўл билан ҳозирги вақтда қабул қилинган стандартларга

*Бу Америка касалхона ассоциацияси таърифига асосланган тасниф. Манба: *Health United States, 1993.*

жамоат соғлиқни сақлашида нечоғлик амал қилинаётганини назорат қилади, масалан, ҳақ тўлашга лаёқатлиликлдан қатъи назар ошиғич тиббий ёрдам кўрсатилиши.

Касалхоналарнинг фаолияти учун масъулият давлат ихтиёрида бўлганда бу фаолиятни бошқаришнинг иккита усули бўлади: биринчидан, тиббий хизматга ҳақ тўлаш механизмлари устидан назорат олиб бориш, иккинчидан, лицензиялаш ва тегишли стандартлар ишлаб чиқиш воситасида касбга доир фаолиятни идора қилиш. Даволаш муассасаларига яқинлиги туфайли маҳаллий ҳокимиятлар касалхоналарга энг кўп таъсир кўрсата оладилар.

Соғлиқни сақлаш тизимини битта идорада юксак даражада марказлаштиришда турли хил давлат функцияларини, масалан, молиялаш, бошқариш ва тартибга солиш касалхоналар фаолияти самарадорлигини оширишга олиб келади, бироқ тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш учун бу функцияларни тақсимлаш бирмунча муҳим ҳисобланади.

Даволаш муассасаларини давлат томонидан бошқариш ва ноҳукумат ташкилотлари томонидан аккредитациялаш ҳам масъулиятнинг ўртада тақсимлаши ғоят фойдали бўладиган соҳа ҳисобланади. Агар ноҳукумат ташкилотлари таклиф қиладиган стандартлар давлат идоралари учун маъқул бўлса, жамият буни яхши кутиб олади.

Янги жамоат соғлиқни сақлаш концепциясига мувофиқ бозор механизмларининг ўзгариши

Адам Смитнинг классик таърифига кўра ҳар бир истеъмолчининг ўзаро рақобат қилаётган ишлаб чиқарувчилардан энг арзон ва (ёки) энг яхши товарлар ва хизматларни танлашга ҳуқуқи бозор муносабатларининг негизини ташкил қилади. Тиббий таъминот соҳасида соғлиқни сақлаш тизимида бозор ислоҳотларини ўтказишга таъсир кўрсатадиган бир неча омиллар мавжуд. Уларнинг айримлари бошқариладиган омиллар ҳисобланади, ривожланиш даражаси (касалхона ўринлари сони), хизматдан фойдалана олиш (мутахассислар), хизматларнинг қиймати (баҳоси ва ҳақ тўлаш усули). Бошқа омиллар аҳолининг юқори сифатли ва самарадор тиббий хизмат кўрсатиш эҳтиёжлари билан белгиланади.

Соғлиқни сақлаш иқтисодиётида бозор механизмларининг ўзгариш омиллари

Талабни белгилайдиган омиллари	Талабни ўзгартирадиган омиллари
Классик бозор омиллари	<p>Талаб-таклиф: олдиндан тўлов тамойили талабни кучайтиради, тиббиёт ходимларининг бирлашмаси таклифни кучайтиради.</p> <p>Хизматнинг қиймати ва сифатидаги рақобат: даволашга компенсация тўлаш дастурларига муқобил сифатида бошқариладиган тиббий хизмат</p> <p>Тизимнинг умумий самарадорлиги: муайян гуруҳга хизмат қиладиган кўп таркибли тизимларда элементларнинг вертикал интеграцияси, масалан регионал соғлиқни сақлаш тизимлари, НМО; касалхоналар тармоғи фаолиятини яхшилайдиган горизонтал интеграция</p> <p>Тизимни микродаражада яхшилаш: тиббий хизмат сифатига баҳо бериш ва яхшилаш, компьютерлаштириш, жадвал ва қабул соатлари. Иқтисодий рақобатлантириш: DRG тизимига муқобил сифатида госпитализация куни учун касалхона тиббий хизматига ҳақ тўлаш.</p> <p>Обрў: истеъмолчи ва ишлаб чиқарувчини ўзаро қониқтириш.</p>
Бошқариладиган омиллари	<p>Таклифни тартибга солиш: минг аҳолига касалхона ўринлари миқдорини камайтириш; етиштириб чиқарилаётган врачлар сонини чегаралаш.</p> <p>Талабни тартибга солиш: тор мутахассисга юбориш устидан назорат, истеъмолчининг хизматга ҳақ тўлашда иштироки</p> <p>Хизматлар қийматини ва уларга ҳақ тўлаш усулини тартибга солиш: назорат қилинадиган баҳолар, даромад солиғига чегирмалар, врачларнинг иш ҳақи ёки капитация тамойили бўйича ҳақ тўлаш, DRG, касалхоналар бюджетини чегаралаш</p> <p>Овқатланишни тартибга солиш, йўлларда хавфсизлик чоралари; овқат маҳсулотларини микроэлементлар билан тўйинтириш, автомобилнинг хавфсизлик камарлари</p>
Соғлиқни сақлаш омиллари ва аҳолини тиббий таъминлашнинг социал-этик эҳтиёжлари	<p>Демографик ва эпидемиологик ўзгаришлар</p> <p>Тиббий хизматларга талабни пасайтиришга олиб келадиган инфраструктурани яхшилаш, масалан, канализация қуриш, ичимлик сувни тозалаш, йўлларда хавфсизликни таъминлаш ва ҳоказо</p> <p>Социал-иқтисодий шароитларни яхшилаш: масалан оиланинг ўртача даромадларини ўстириш</p> <p>Жамиятнинг социал сиёсати: пенсиялар ва ёрдам пуллари тўлаш, ресурсларни тақсимлаш, соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш</p> <p>Профилактик тадбирлар ўтказиш: бирламчи, иккиламчи ва учламчи тиббий хизмат кўрсатиш.</p> <p>Билимлар даражасини ошириш, врачларда, бюджет фондларини ажратувчиларда, истеъмолчиларда муносабатларни, феъл-атворга оид одатларни ўзгартириш</p>

Талабни белгилайдиган омиллари	Талабни ўзгартирадиган омиллари
Тиббий таъминотга эҳтиёжга таъсир қилдиган соғлиқни сақлаш омиллари	<p>Ресурсларни стационар тиббий хизмат соҳасидан жамоа соғлиқни сақлаш хизматлари фойдасига қайта тақсимлаш</p> <p>Технологияни ривожлантириш: орал регидратация, янги вакциналар, диагностик жиҳозлар, соғлиқни сақлашнинг жамоа ходимларини тайёрлаш</p> <p>Анъанавий усулларни муқобил усулар билан алиштириш: уйда парвариш қилиш, тиббиёт ҳамшираси парвариши</p> <p>Тиббий хизмат сифатини тўлиқ таъминлаш (TQM): ташқи аккредитация, ички назорат тизимлари, беморлар ва тиббиёт ходимларининг бошқарув жараёнида, малака ошириш тизимида иштироки</p>

Хулоса

Иқтисодий таҳлил эпидемиологик шароитга баҳо бериш билан олиб борилганда соғлиқни сақлашни бошқаришда, хусусан соғлиқни сақлаш тизими ичида ресурсларни тақсимлашда муҳим восита ҳисобланади. Таҳлилни амалга оширишга лаёқатсизлик соғлиқни сақлашни самарасиз режалаштиришга сабаб бўлади.

Тизимни умуман мониторинг қилишга имкон берадиган ҳамма тиббий таъминот тизимининг барча структур элементларининг иқтисодий самарадорлигини таҳлил қилиш жуда муҳим бўлиб, бу унинг фаолиятини назорат остига олишнинг гарови ҳисобланади.

Жаҳон ривожланиши тўғрисидаги 1993 йил ҳисоботининг яқунлари 1978 йилда Олмаота анжуманида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти қабул қилган Декларацияда ҳар қандай соғлиқни сақлаш тизими бирламчи ва стационар тиббий хизматининг биргаликда мувозанатлашуви асосида тузилиши кераклиги тўғрисидаги қонидани тасдиқлади. Бирламчи тиббий хизмат ва аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш бўйича чоралар — аҳоли соғлиғини яхшилашга қаратилган иқтисодий жиҳатдан ўзини энг кўп оқлаган тадбирлар ҳисобланади. Стационар тиббий хизматга ортиқча эҳтибор берилган соғлиқни сақлаш тизимларида ҳозирги вақтда ресурсларни қайта тақсимлаш ва бирламчи тиббий хизматнинг ривожланишига диққатни қаратиш ва аҳоли соғлиғини сақлаш соҳасида стандартлар ишлаб чиқишга реал имконият бор. Бу вазифа кўпгина мамлакатларда соғлиқни сақлашни ислоҳ қилишнинг асосий дастури бўлиб қолиши керак.

Тиббий таъминот тизимини ташкил қилишнинг янги шакллари ва методлари (НМО, бошқариладиган тиббий хизмат (Managed Care), капитация тамойили бўйича молиялаш тизими, тиббиёт ходимларининг бюджет фондлари, касалхоналар бюджетини чегаралаш ва DRG тамойили) мавжуд ресурслардан унумлироқ фойдаланиш ва тиббий хизматлар қийматининг ўсишини чеклаш соҳасидаги тинимсиз изланишларнинг бир қисмидир. Такомиллашган тиббий услубиятлар (эндоскопик жарроҳлик, амбулаторияда жарроҳлик муолажалари, уйда парвариш қилиш) соғлиқни сақлаш иқтисодиётига таъсир кўрсатади. Аҳолининг бундан кейинги қариб беришида ва янги технологиялар ривожланганда тиббий хизматлар қиймати муқаррар равишда орта боради. Аини вақтда ресурсларни хроник беморларда асоратларнинг олдини олишга ва профилактик тадбирларга ўтказиш аҳоли соғлиғини мустаҳкамлашга олиб келади.

Соғлиқни сақлаш бюджетдан молияланишда ўз улуши учун кўрашда бошқа давлат дастурлари билан мурасасозлик қилиши керак, чунки у чегараланган маблағларни ўзига «тортиб оладиган» анъанавий ноишлаб чиқариш соҳаси сифатида қаралади. Янги жамоат концепциясига бинонан тиббий хизмат кўрсатишга маблағлар ажратиш — бу мамлакатнинг ривожланишига имкон берадиган инсон капиталига инвестициялар ҳисобланади. Бундан ташқари, бундай инвестициялар — жамиятнинг ўз аъзоларига нисбатан маънавий бурчидир. Янги жамоат соғлиқни сақлаш концепцияси ҳозирги замон тиббий таъминотининг ҳамма соҳаларида иштирок этади, шунга кўра аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишда инфекция касаллик табиатини ёки тиббий фаолият доирасидаги бошқа ҳар қандай масалани тушуниш нечоғлик зарур бўлса, соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг асосий масалаларини тушуниш ҳам амалий жиҳатдан ниҳоятда муҳимдир.

Рефератлар мавзулари

1. Соғлиқни сақлашда иқтисодий таҳлилнинг аҳамияти.
2. Тиббий методиканинг иқтисодий қимматига баҳо бериш усуллари.
3. Шу регион аҳолисига касалхона хизматларини молиялашда қуйидаги усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари:
 - капитация тамойили бўйича (аҳоли сонига қараб хизмат кўрсатилишига мувофиқ);
 - федерал бюджетдан молиялаш;
 - чегараланган дотациялар;
 - марказлашган бевосита бошқарув;
 - ҳар бир кўрсатилган хизматга ҳақ тўлаш.

4. Врач меҳнатига ҳақ тўлашда қуйидаги усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари:
 - ҳар бир кўрсатилган хизматга ҳақ тўлаш;
 - капитация тамойили бўйича (қабул қилинган беморлар сонига кўра);
 - қатъий маош;
 - фонддан молиялаш (Font Holding).
5. Касалхона хизматлари учун ҳақ тўлашда қуйидаги усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари:
 - госпитализация куни учун (per daim);
 - ҳар бир кўрсатилган хизмат учун;
 - DRG;
 - умумий бюджет;
 - марказлашган бевосита бошқарув.
6. Битта одам, оила, жамият учун касаллик қийматини белгилайдиган омиллар.
7. Даволаш ва профилактик муолажаларнинг сарфлари ва фойдаларини таҳлил қилиш усули.
8. Ташкил қилиш ва назоратнинг қуйидаги усулларининг афзалликлари ва камчиликлари:
 - бошқариладиган тиббий хизмат (Managed Care);
 - аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш бўйича ташкилот (НМО);
 - туман соғлиқни сақлаш тизимлари.
9. Сарфлар структураси, ресурсларни тақсимлаш, устувор йўналишлар ва аҳолини тиббий хизмат кўрсатиш билан бутунлай қамраб олишни аниқлаш муаммолари.
10. Ортиқча стационар тиббий хизмат соҳаси билан соғлиқни сақлаш жамоа хизматларини такомиллаштириш ўртасида, шунингдек аҳоли соғлиғини мустаҳкамлашда ресурсларни қайта тақсимлаш усуллари.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Bobadilla J-L, Cowley P, Musgrove P, Saxeanian H. Desing, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin of the World Health Organization, 1994;72:653-662.

Centres for Disease Control. Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention Programs: Costs and Consequences. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1995;44 RR-101:1-10.

Elixhauser A, Luce BR, Taylor WR, Reblando J. Health Care CBA/CEA: an update on the growth and composition of the literature. Medical Care, 1993;31 (Supplement) JS1-11, 118-149.

Evans RG, Lomas J, Barer ML, Labelle RJ, Fooks C, Stoddart GI, Anderson GM, Feeny D, Gafni A, Norranse GW, Tholl WG. Controlling health expenditures: the Canadian reality. *The New England Journal of Medicine*, 1989;320:571-577.

Murray CJL, Govindaraj R, Musgrove P. National health expenditures: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994;72:623-637.

Vayda E. A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. *The New England Journal of Medicine*, 1973;289:1224-1229.

Wennberg JE. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *The New England Journal of Medicine*, 1990;323:1202-1204.

World Bank. *World Development Review*, 1993: Investing in Health. New York NY: Oxford University Press, 1993.

Библиография

Abel-Smith B. *Value for Money in Health Services: A Comparative Study*. London: Heinemann, 1976.

Abel-Smith B. *The Economics of Health Care*. in Lambo T, Day SB [eds]. *Issues in Contemporary International Health*. Plenum Publishing Co., 1990.

Abel-Smith B. *Financing Health for All*. *World Health Forum*, 1991;12:191-200.

Arrow KJ. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. *American Economic Review*, 1963;53:941-973.

Berger SA, Ginsberg GM, Slater PE. *Cost-benefit analysis of routine mumps and rubella vaccination for Israeli infants*. *Israel Journal of Medical Sciences*, 1990;26:74-80.

Bunker JP. *Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales*. *The New England Journal of Medicine*, 1970;282:135-144.

Campbell C. *The social and economic cost of stage renal disease. A patient's perspective*. *The New England Journal of Medicine*, 1978;299:386-392.

Card WI, Mooney GH. *What is the monetary value of a human life?* *British Medical Journal*, 1977;2:1627-1629.

Centers for Disease Control. *A Framework for Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992;41 RR-3:1-12.

Chassin MR, Kosecoff J, Park RE, Winslow CM, Merrick NJ, Keesey J, Fink A, Solomon DH, Brook RH. *Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services?* *Journal of the American Medical Association*, 1987;258:2533-2537.

Cooper BS, Rice DP. *The economic cost of illness revisited*. *Social Security Bulletin*, 1976;39:21-36.

Council on Ethical and Judicial Affairs. Ethical issues in managed care. *Journal of the American Medical Association*, 1995;237:330-335.

Creese AL, Henderson RH. Cost-benefit analysis and immunization programmes in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 1980;58:491-497.

Creese A The economic evaluation of immunization programmes. In: Lee K, Mills A. [eds]. *The Economics of Health in Developing Countries*. Oxford University Press, 1983.

Cullis J, West P. *The Economics of Health: An Introduction*. Oxford: Martin Robertson & Co., 1979.

Culyer AJ, Maynard AK. Cost-effectiveness of duodenal ulcer treatment. *Social Science and Medicine*, 1981;15C:3-11.

Drumond MF, Stoddart GL. Principles of economic evaluation of programmes. *World Statistics Quarterly*, 1985;38:355-367.

Drumond MF. Survey of cost-effectiveness and cost-benefit analyses in industrialized countries. *World Health Statistics Quarterly*, 1985;38:383-401.

Drumond MF, Stoddart GL, Labelle R, Cushman R. Health economics: an introduction for clinicians. *Annals of Internal Medicine*, 1987;107:88-92.

Fenton FR, Tessier L, Contandriopoulos AP, Nguyen H, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1982;27:177-187.

Francis A. M. Polissar L, Lorenz AB. Care of patients with colorectal cancer: a comparison of a health maintenance organization and fee-for-service practices. *Medical Care*, 1984;22:418-429.

Friede A, Taylor WR, Nadelman L. On-line access to a cost-benefit/cost-effectiveness analysis bibliography via CDC WONDER. *Medical care*, 1993;31 (Supplement):JS12-17.

Fuchs VR. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books, Inc., 1974. Ginsberg GM, Viskoper RJ, Oren S, Bregman L, Mishal Y, Sherf S. Resource savings from nonpharmacological control of hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 1990;4:375-378.

Ginsberg GM, Tulchinsky TH. Costs and benefits of a second measles inoculation of children in Israel, the West Bank, and Gaza. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1990;44:274-280.

Ginsberg GM, Berger S, Shouval D. Cost-benefit analysis of a nationwide inoculation programme against viral hepatitis B in an area of intermediate endemicity. *Bulletin of the World Health Organization*, 1992;70:757-767.

Hollingsworth JR. *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1986.

Jacobs P. *The Economics of Health and Medical Care*, Third Edition. Gathersburg, MD: Aspen Publishers, 1991.

Keiley JE, Burrus RG, Burns RP, Graham LD, Chandler KE. Safety, efficacy, cost and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy; a prospective analysis of 228 consecutive patients. *American Surgeon*, 1993;59:23-27.

Kinnon CM, Velasquez G, Flori YA. *World Health Organization Task Force on Health Economics. Health Economics: A Guide to Selected WHO Literature*. Geneva: WHO, 1994.

Levine OS, Ortiz E, Contreras R, Lagos R, Vial P, Misraji A, Ferreccio C, Espinoza C, Adierstein L, Herrera P, Casar C. Cost-benefit analysis for the use of Hemophilus influenza type b conjugate vaccine in Santiago, Chile. *American Journal of Epidemiology*, 1993;137:1221-1228.

Lieu TA, Cochi SL, Black SB. Cost-effectiveness of a routine varicella vaccination program for U.S children. *Journal of the American Medical Association*, 1994;271:375-381.

Mach EP, Abel-Smith B. *Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries*. Geneva: World Health Organization, 1983.

Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid practice on use of services. *The New England Journal of Medicine*, 1984;310:1505-1510.

Mcguire A, Henderson J, Mooney G. *The Economics of Health Care: An Introductory Text*. London Routledge and Kegan Paul, 1988.

Mills F. Economic evaluation of health programmes: application of the principles in developing countries. *World Health Statistics quarterly*, 1985;38:368-382.

Mills A. Survey and examples of economic evaluation of health programmes in developing countries. *World Health Statistics quarterly*, 1985;38:402-431.

Mitchell JB. Physician DRG's. *The New England Journal of Medicine*, 1985; 313:670-675.

Mooney GH, Drummond MF. Essentials of health economics: part 1 — What is economics? *British Medical Journal*, 1982;285:949-950.

Muller A, Reutzel TJ. Willingness to pay for reduction in fatality risk: an exploratory survey. *American Journal of Public Health*, 1984;74:808-812.

Reinke WA [ed]. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press, 1988.

Robinson R. Cost-benefit analysis. *British Medical Journal*, 1993;307:924-926.

Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals*, 1961;1:35-42.

Roos NP, Flowerdew G, Wajda A, Tate RB. Variations in physicians' hospitalization practices: a population-based study in Manitoba, Canada. *American Journal of Public Health*, 1986;76:45-51.

Russel IT, Devlin HB, Fell M, Glass NJ, Newell DJ. Day-case surgery for hernias and haemorrhoids: a clinical, social, and economic evaluation. *Lancet*, 1977;1:844-847.

Thompson MS. willingness to pay and accept risks to cure chronic disease. *American Journal of Public Health*, 1986;74:392-396.

Ware JE, Brook RH, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Sherbourne CD, Goldberg GA, Camp P, Newhouse JP. Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. *Lancet*, 1986:1017-1022.

Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *The New England Journal of Medicine*, 1977;296:716-721.

Wennberg JF, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*, 1973;182:1102-1108.

White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks and costs of immunization for measles, mumps and rubella. *American Journal of Public Health*, 1985;75:739-744.

World Health Organization Study Group. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Geneva: WHO, 1993.

World Health Organization, Regional Office for Europe, European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, Summary. Copenhagen: WHO, 1996.

МИЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМЛАРИ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Ривожланган мамлакатлар * Соғлиқни сақлаш тизимларининг эволюцияси * Миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг иқтисодий жиҳатлари * Ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимлари * Соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш муаммолари * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобдаги материал талабага қуйидаги масалаларни ўрганишга ёрдам беради:

- тиббий суғурта ва тиббий хизмат кўрсатиш миллий тизимларининг асосий типларини аниқлаш;
- турли мамлакатлар, шу жумладан собиқ совет иттифоқи ва ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлашдаги ислохотлар сиёсатиغا аҳолининг ҳамма қатламларини қамраб олиш мезони бўйича баҳо бериш;
- ўзлаштирилган материални турли мамлакатларда тиббий суғурта муаммоларини муҳокама қилишда қўлланиш;
- ривожланиш даражалари ҳар хил мамлакатларда жамоат соғлиқни сақлаш ислохотларини ишлаб чиқиш.

Кириш

Ҳозирги замон тиббий ёрдами техник жиҳатдан тобора ўсиб бораётганлиги боис оддий бемор учун жуда қимматга тушади, шу сабабли кўпчилик ривожланган мамлакатлар тиббий суғурта тизими ёки миллий тиббий хизматлар тизимлари сингари миллий соғлиқни сақлаш дастурларини жорий қилганлар. Уларнинг ҳар бири мазкур мамлакатнинг социал-иқтисодий ва сиёсий шароитида шаклланган ва ўзининг тўпланган шахсий тажрибасида халқаро тажрибани ҳисобга олган ҳолда ривожланиб бормоқда.

Ҳамма мамлакатларга мос келадиган тиббий хизматни ҳаммага бир хил кўрсата оладиган идеал ҳаммабоп режанинг ўзи йўқ. Ҳар бир давлат соғлиқни сақлашнинг миллий дастурини ўзининг социал-иқтисодий,

тарихий, маданий ва бошқа шароитлари ҳамда мавжуд ресурсларига мувофиқ ишлаб чиқади.

Кўпгина ривожланаётган мамлакатлар ижтимоий суғурта тизимини яратиб ва ишловчиларга имтиёзлар бериб, ҳаммани тиббий хизмат билан таъминлашга уринадилар. Бундан ташқари, ривожланаётган мамлакатлар тиббий хизматни оммабоп қилиш муаммасини ҳал қилишга, шунингдек, иқтисодий ўсиш бўлган сайин миллий тиббий суғурта ёрдамида соғлиқни сақлашнинг миллий муаммасини ҳал қилишга ҳаракат қиладилар. Шундай қилиб, соғлиқни сақлашнинг ҳар бир миллий тизими муайян хусусиятлари билан ажралиб туради ва ўзига хос муаммолари бўлади. Уни бошқариш учун ахборот тизимига асосланган шароитга доимо баҳо бериб туриш, бошқарув ходимларининг юқори малакали бўлишлари ва жамият—турли касаб ташкилотлари ва қўллаб-қуватлаш гуруҳлари иштирок этиши лозим.

Янги жамоат соғлиқни сақлаш тизимининг асосий тамойилларидан бири тиббий хизматни ҳаммабоп қилиш ҳисобланади. Турли-туман касалликларнинг кечишини пасайтирадиган ва уларнинг олдини оладиган самарали методлар ўз ихтиёрида бўлган соғлиқни сақлаш тизими фақат индивидуумга эмас, балки жамиятга ҳам керак. Ўзининг гоят аҳамиятли эканлигига қарамай, ҳатто энг мукамал тиббий хизмат ҳам ўз-ўзидан аҳолининг яхши соғлиғини таъминлай ололмади. Тиббий хизматдан жамиятнинг ҳар бир аъзоси фойдаланиши мумкин, чунки шахсий ёки ижтимоий хавф омиллари даволаб юборишга уриниб кўриш тўғри келадиган касалликлар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Тиббий хизмат билан қамраб олиш масаласи умуман жамият ва унинг айрим аъзоларининг касалликларнинг олдини олиш ва саломатликни яхшилаш бўйича саъй-ҳаракатлари билан амалга оширилиши мумкин.

Бу мақсадга эришиш йўлида жуғрофий, маданий, ижтимоий, психологик, шунингдек моддий омилларга боғлиқ бўлган тўсиқлар вужудга келиши мумкин. Молиявий тўсиқларни бартараф этиш зарур, бироқ бу аҳоли соғлиғини яхшилаш учун кифоя қилмайдиган шароит ҳисобланади. Умуман соғлиқ ҳақидаги тушунчани тубдан ўзгартириб юборадиган касалланиш ва ўлим хавфи специфик омилларни пасайтиришга қаратилган махсус миллий дастурлар талаб этади. Кўрсатиладиган тиббий хизматлар мажмуаси фақат бемор томонидан бўладиган талаб бўйича эмас (даволаш мақсадлари), балки умуман аҳоли эҳтиёжларига биноан шаклланиши лозим (профилактик мақсадлар).

Тиббий хизмат билан ҳаммани таъминлаш бўйича дастур, агар унга атроф муҳит муҳофазаси ва меҳнат муҳофазаси соҳасидаги қонунчиликни мустаҳкамлаш қўшиб олиб борилмаса, ичимлик ва овқат маҳсулотлари

сифати стандартларига қатъий амал қилинмаса, қишлоқ жойларда тиббий ёрдам яхшиланмаса, аҳолига тиббий билимлар сингдирилмаса, ўз олдига қўйган мақсадларини қўлга кирита олмайди. Фуқароларнинг соғлиғи учун жавобгарлик фақат шифокорлар зиммасига эмас, балки умуман жамиятга ҳам, шунингдек ижро тузилмаси-ҳукуматга ҳам юклатилади.

Айрим фуқароларнинг «асосий хизматлар корзинаси» деб аталадиган бепул хизмат олиш имконияти соғлиқни сақлаш миллий дастури муваффақият қозонганининг ажралмас қисмидир. Бу масала ҳар бир мамлакатда шахсий имкониятлари ва анъаналарига мувофиқ ҳал қилинади, бироқ нархи қиммат бўлмаган юқори сифатли хизмат кўрсатилиши асосий мезон бўлиши керак. Юракни кўчириб ўтказиш бўйича операцияларга соғлиқни сақлаш тизими ҳақ тўлай олмаслиги мумкин, бироқ ўткир миокард инфарктининг илк босқичларида олдини олиш кам харажат қилиб, бемор умрини сақлаб қолишнинг самарали усули ҳисобланади. Оқилона тузилган парҳез овқатлар, чекишдан воз кечиш ва яхши жисмоний ҳолатни қўллаб-қуватлаш бу касалликларни даволашга қараганда бир мунча таъсирчан ва арзондир. Касалликларни профилактика қилиш таъсирчан ва «хизматлар корзинаси» нинг афзал таркибий қисмларини ривожлантиришда назарда тутилиши лозим.

Мазкур бобда соғлиқни сақлаш тизимларини ташкил қилишнинг бир неча тахминий моделлари келтирилган, бу моделлар ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда, шунингдек бу тизим қайта ислоҳ қилинаётган мамлакатларда шундай тизимларни ривожлантириш режаларини тузишда асқотиши мумкин. Тиббиётнинг бошқа соҳалари каби соғлиқни сақлашни ташкил қилиш ва молиялаш доимо ҳаракатда бўлади, чунки давлатлар ривожланиб бораётган тиббий технологияни ҳисобга олиб, ҳамма фуқароларнинг соғлиғини харажатларни кўпайтирмасдан таъминлашга интиладилар. Миллий тиббий сугурта ёки миллий соғлиқни сақлаш хизмати ўз тажрибаси ва бошқа мамлакатларда тўпланган тажрибани назарда тутиб ривожланади. Бу соҳада ўзининг бой терминологияси шаклланганлиги туфайли, қуйидаги жадвалда миллий соғлиқни сақлаш тизимлари тўғрисидаги масалага алоқадор бўлган айрим асосий тушунчалар келтирилган. Бу тушунчаларнинг маъноси матнда ва терминлар луғатида аниқлаштирилган.

Ривожланган мамлакатлар. Соғлиқни сақлаш тизимлари эволюцияси

Тиббий хизматларга олдиндан ҳақ тўлаш анъанаси жуда қадимдан вужудга келган. Ўрта асрларда черков қашшоқларга хайр-эхсон ёрдамини кўрсатарди. Уйғониш даврида цех бирлашмалари (гильдиялар) ўз аъзоларига даволаш хизматлари учун ҳақ тўлардилар.

1881 йилда Германия канцлери Отто фон Бисмарк ишчилар ва уларнинг оила аъзолари, шунингдек ўша вақтдаги қонунларга (1838 й. — темир йўл ишчиларига компенсация тўғрисидаги қонун, 1854 й. — шахтёрлар жамиятлари тўғрисидаги қонун) асосланган потенциал ҳарбий хизматчилар соғлиқ ҳолатини яхшилашга қаратилган биринчи миллий суғурта дастурини тақдим этган. Бу дастур тиббий хизматга ҳақ тўлаш, ишсиз қолган тақдирда пул тўлаш, шунингдек меҳнаткашлар учун пенсиялар тўлаш социал суғурта тамойилига асосланган эди.

13.1 илова

«МИЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМЛАРИ» МАВЗУСИНИ ЎРГАНИШДА Фойдаланиладиган айрим тушунчалар

Аккредитация

Мустақил врачлар ассоциациялари
Худудий бошқарув ассоциациялари
Блок-бюджет

Касалхона кассалари
«Велфер»(АҚШ да соцтаъминот тизими)
Ҳаммабоп фойдаланиш
Ҳаммани қамраб оладиган ёрдам
Ҳамма фаровон яшайдиган давлат
Диагностик боғланган гуруҳлар
Тиббий ёрдам олиш имконияти
Капитация
Хизмат кўрсатиш сифати

Мижоз
Ишчиларга компенсациялар
Хизматлар корзинаси

Бюджетга эгалик қиладиган шахслар
Пул жамғармаларига эгалик қиладиган шахслар
«Медикэйд»
«Медикэр»
Тиббий ҳисоботлар
Уйда тиббий хизмат кўрсатиш
Бевеиж модели
Бисмарк модели

Миллий соғлиқни сақлаш хизмати

Соғлиқни миллий суғурталаш
Нотижорат ташкилотлари
Ноҳукумат ташкилотлари

Ўзаро ёрдам жамиятлари

Жамоа соғлиқни сақлаш хизматлари
Хизматлар бирлиги учун ҳақ тўлаш
Соғлиқни қувватлаб туриш бўйича ташкилотлар
Хизмат билан қамраб олиш
Фойдаланиш учун ҳақ тўлаш
Соғлиқни қувватлаб туриш
Нафақалар
Хизматлар истеъмолчиси
Олдиндан ҳақ тўлаш
Гуруҳлаб ҳақ тўлаб хизмат кўрсатиш
Мукофотларга ҳақ тўлаш
Провайдер (хизмат кўрсатадиган мутахассис)

Туман соғлиқни сақлаш тизимлари
Ихтисослашган хизматни бошқарувчи

Регионализация
Бозор кучлари
Ўз-ўзини бошқариш
Социал таъминот
Соғлиқни суғурталаш
Суғурта қилувчи
Трестлар (концернлар)
Мижознинг хизматга ҳақ тўлашда иштироки
Тиббий ёрдамни қийинлаштирадиган омиллар
Хусусий амалиёт

Бисмарк жорий қилган мажбурий тиббий суғурта тизими «касалхона фондлари» орқали сумманинг 2/3 қисмини тўлаган ходимнинг ўзи ва бадалнинг 1/3 қисмини тўлаган иш берувчи томонидан молияланган. Ҳукумат ишчилар ва иш берувчиларнинг пай билан иштирок этишини ва уларнинг ҳуқуқларини қонунлаштирган, шунингдек касалхона фондлари ишини назорат қилган. Бу фондлар иш берувчилар уюшмалари ва ассоциациялари ихтиёрида бўлишлари, улар турли хил тиббий хизматлар кўрсатиш ва ўз пайчилари ва уларнинг оилаларини касалхоналарга ётқизиш имкониятига эга бўлишлари мумкин эди. Бу уюшмалар ва ўзаро ёрдам жамиятлари шунингдек бахтсиз ҳодисаларда пул компенсацияларини берар, ўлик кўмишга харажатларни кўтарар ва бева қолганларга нафақалар тўлар эдилар. Кейинчалик бундай модел амалда бутун аҳолига тарқалди ва Германияда ҳозирги социал ва тиббий суғурта тизими учун асос бўлиб хизмат қилди. Беморнинг иш жойи бўйича касалхона фондлари орқали миллий тиббий суғурта модели тўловларни суғурта қилувчидан даволовчи врачга ёки врачлик ёрдамани кўрсатган бошқа шахсга ўтказиш учун тузилган эди. Биринчи жаҳон уруши арафасида Марказий ва Шарқий Оврўпонинг кўпгина мамлакатлари шундай тизимларини жорий қилди. Бундай модел Оврўпо, Исроилда тарқалган ва Америка Қўшма Штатларига миллий тиббий суғурта тизими сифатида таклиф этилган. У шунингдек Шарқий Оврўпо мамлакатларида соғлиқни сақлаш «постсовет» ислоҳ қилиш ижодкорларига таъсир кўрсатган.

1911 йилда Буюк Британия бош вазири Дэвид Ллойд-Жорж ишчилар ва уларнинг оила азоларини миллий суғурта қилиш тизимини жорий қилган. Бу тизимда ишлайдиган умумий амалиёт врачларига капитация тамойили бўйича ҳақ тўланган. Капитация — тиббий хизматларга ҳақ тўлаш методи бўлиб, бунда тиббиёт ходими шартномада кўрсатилган вақт мобайнида ҳар бир эҳтимолий бемор учун белгиланган ҳақ олади, бунда шартномада кўрсатиладиган хизматлар мажмуаси ҳам белгиланган бўлади. Аввалига бу тизим инглизларнинг учдан бир қисмини қамраб олган эди, бироқ 1940 йилга келиб аҳолининг ярмига тарқалган. Бу тизимга раҳбарлик суғурта компаниялари ва касаба уюшмаларида мавжуд бўлган тажрибадан ўтган ўзаро ёрдам жамиятлари томонидан амалга оширилган.

Турли мамлакатларда ижтимоий ва социал таъминот тизимлари аввалига Германияда бўлганидек ваколатига фақат меҳнатни ва ишчилар соғлиғини муҳофаза қилиш масалалари кирган. Бироқ вақт ўтган сайин улар хизмат компенсацияларининг бирмунча кенг доирадаги турларини бера бошлаган. Ҳозирги вақтда социал суғурта ишчилардан ва иш берувчилардан ундириб олинadиган мажбурий давлат тўловларидир. Бу тўловлар ходимларга улар касал бўлиб қолган ёки шикастланган тақдирда иқтисодий ёрдам бериш, бевалар ва етимларга ёрдам пуллари ва

нафақалар тўлаш учун хизмат қилади. Социал муаммолар ва соғлиқни сақлаш муаммоларини ҳал қилишга бошқа ёндашув давлатнинг бу масалада масъулиятни ўз зиммасига олишини кўзда тутди. Бу ҳолда давлат социал таъминот тизими ишсизлик бўйича нафақа тўлаш, меҳнат қобилиятини йўқотганда нафақалар тўлаш, кўзи ожизлар, бевалар, етимларга махсус нафақалар, кекса одамларга пенсиялар, шунингдек болаларга тиббий хизмат кўрсатишни яхшилаш ва овқатлантириш учун махсус суммаларни тўлаш сингари муаммолар билан шуғулланади.

Октябр инқилоби ва фуқаролар урушидан кейин Совет Иттифоқида давлат томонидан ҳаммабоп соғлиқни сақлаш тизими жорий этилган эди. Н. А. Семашко ишлаб чиққан совет модели бўйича бепул тиббий ёрдам кўрсатиларди, мазкур тизимни молиялаш ва ташкил қилиш масалалари билан давлат шуғулланарди. Бу режанинг асосий мақсади бутун аҳолига бепул тиббий ёрдам кўрсатиш, бир меъёردа ишлайдиган бирламчи ва иккиламчи ёрдамни амалга ошириш ва мамлакатнинг ҳамма ҳудудлари бўйлаб беморлар учун текинга хизмат қиладиган касалхоналар тармоғи ва амбулатор-поликлиника муассасасаларини вужудга келтиришдан иборат эди.

Иккала жаҳон урушлари орасидаги даврда соғлиқни миллий суғурталаш дастурлари кўпгина индустриал ривожланган мамлакатларда тарқалди ва тараққий қилди. Кўпчилик Оврўпо давлатлари хусусий врачлик амалиётини тиббий фондлар орқали хизматлар бирлиги учун тўлашга кўшиб, Бисмарк моделини асос қилиб олдилар. Кейинроқ, 70-йилларга келиб, бу дастурларнинг бир қисми сарфларнинг ошиб бориши муносабати билан жиддий ўзгаришларга учради. Скандинавия мамлакатлари умумий мажбурий тиббий суғуртани ва ҳокимиятлар томонидан муниципал ёки регионал миқёсда кўрсатиладиган хизматлар тизимини аста-секин ривожлантириб бордилар.

13.2 илова

МИЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМЛАРИ ОЛДИДА ТУРГАН МАҚСАДЛАР

1. Аҳоли соғлиқ ҳолати кўрсаткичларини яхшилаш.
2. Тиббий хизмат кўрсатишнинг ҳаммабоплиги.
3. Миллий соғлиқни сақлаш вазибаларини ҳал қилиш.
4. Хизматларнинг ҳаммабоплиги масалаларида регионал социал-демографик тенг ҳуқуқлилиқ.
5. Молиялашни ошириб боришни хизматлар таннархи ўсишини жиловлаш билан қўшиб олиб бориш ва ресурслардан самаралироқ фойдаланиш.
6. Истеъмолчи (бемор) талабларини қондириш.

13.2 илова давоми

7. Хизмат кўрсатадиган мутахассис (провайдер) — тиббиёт ходимининг ўз ишидан қониққанлиги.
8. Иш жойи ёки яшаш жойи ўзгарганда нафақани ўтказиш имконияти.
9. Жамият томонидан раҳбарлик ёки назорат.
10. Юксак сифатли хизмат кўрсатишга интилиш.
11. Хизмат қилишнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи даражаси.
12. Касб таълими, малака ошириш ва тадқиқотларни ўтказиш масалаларида стандартларнинг ошишига кўмаклашиш.
15. Давлат ва хусусий хизмат кўрсатишни амалга ошириш.

Бўлажак ислоҳот учун асос бўлиб хизмат қилган саноат ишчиларига социал суғурта типи бўйича соғлиқни суғурта қилиш ва аҳолининг бирмунча кенг қатламларга хизматлар кўрсатиш кўпгина мамлакатларда, жумладан Америка Қўшма Штатларида ва Лотин Америкасининг қатор давлатларида сезиларли даражада тарқалди. 1935 йилда АҚШ да ишчиларга, беваларга, етимларга ва ногиронларга компенсациялар, шунингдек пенсиялар бериш учун социал суғурта тўғрисида қонун ишлаб чиқилган эди. Социал суғурта тизими давлат ихтиёрида бўлади ва ходим ҳамда иш берувчи томонидан тўланадиган мажбурий бадалларга таянади. Бу қонун 1965 йилда «Медикэр» ҳукумат дастурлари (қарияларга тиббий хизмат кўрсатиш ва касалхонага ётқизиш) ва «Медикэйд» (қашшоқлар учун) жорий қилиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

13.3 илова

ТИББИЙ СУҒУРТА МИЛЛИЙ ТИЗИМЛАРИНИ ЖОРИЙ ЭТИШ ВА УЛАРНИ ИСЛОҲ ҚИЛИШ

- 1883 й. — Германия
- 1888 й. — Австрия
- 1891 й. — Венгрия
- 1910 й. — Норвегия
- 1911 й. — Буюк Британия — ишчиларни мажбурий тиббий суғурталаш
- 1918 й. — Совет Россияси — умумий бепул давлат тиббий хизмати
- 1920 й. — Польша
- 1922 й. — Югославия, Греция, Япония, Чили.
- 1925—28 йй. — Италия, Франция
- 1933 й. — Дания
- 1938—45 йй. — Янги Зеландия, Коста-Рика, Мексика, Бразилия
- 1946 й. — Канада — регионал умумий касалхона суғуртаси

13.3 илова давоми

1948 й. — Буюк Британия — Миллий соғлиқни сақлаш хизмати

1956—61 йй. — Канада — Миллий тиббий суғурта

1965 й. — АҚШ — «Медикэр» (қариялар учун федерал дастур), «Медикэйд» (қашшоқлар учун федерал/штатларда/маҳаллий дастур)

70-йй. — Скандинавия мамлакатлари — суғурта тизимининг ислоҳи

80-йй. — Буюк Британия — Миллий соғлиқни сақлаш хизматини ислоҳ қилиш

80-йй. — Оврўпо соғлиқни сақлаш тизимларини ислоҳ қилиш

1993 й. — Россия — давлат тиббий хизмат кўрсатишидан миллий тиббий суғурта тизимига ўтиш

1995 й. — Исроил — давлат касалхона кассаларидан миллий тиббий суғурта тизимига ўтиш

Иккинчи жаҳон уруши бошланиши олдидан Буюк Британия ҳукумати бўлажак урушга тайёргарлик кўриш мақсадида Миллий ошиғич тиббий ёрдам кўрсатиш хизматини таъсис қилди, чунки аҳоли орасида кўп сонли қурбонлар бўлиши кутилган эди. Шу тариқа соғлиқни сақлашда миллий режалштириш тизими вужудга келди ва кўпгина касалхоналар «улуғ депрессия» даврида банкротга учрамасдан қолди. Иккинчи жаҳон уруши вақтида Уинстон Черчилл ҳукуматининг топшириғига биноан Уильям Бевериж урушдан кейинги социал тикланиш дастурини ишлаб чиқди. Социал таъминотнинг бўлажак давлат тизими ришталарини чизиб берган, шунингдек миллий соғлиқни сақлаш хизматини ўз ичига олган «1942 йилдаги Бевериж ҳисоботи» тиббий ёрдам кўрсатишни умумий социал сиёсат даражасига кўтарди. Ҳукумат маҳкамаси аъзолари миллий тиббий хизмат тамойилининг тарафдорлари эдилар, уни халқ оммаси ҳам кенг қўллаб-қувватларди, бироқ у шифокорлар қаршилигига учради. 1948 йилда Клемент Этли бошчилигидаги лейбористлар ҳукумати давлат томонидан молияланадиган умумий бепул соғлиқни сақлаш-Миллий соғлиқни сақлаш хизматини таъсис қилди, унда умумий амалиёт врачлари ва мутахассислар, касалхоналар ва жамоат соғлиқни сақлаш хизматлари фаолият олиб бордилар.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ БИЛАН БОҒЛАНГАН МАНФААТДОР ТОМОНЛАР

Ижроия ҳокимият органлари — миллий, регионал, маҳаллий.

Иш берувчилар.

Суғурта қилувчилар — хусусий ва жамоат.

Мижозлар (истеъмолчилар) — хусусий шахслар ва гуруҳлар.

Тиббий хизматлар кўрсатадиган нотижорат муассасасалар.

Тиббий хизматлар кўрсатадиган тижорат муассасасалар, ассоциациялар ва хусусий шахслар.

Ижтимоий манфаат, қувватлаш гуруҳлари, оммавий ахборот воситалари.

Миллий регионал ва маҳаллий иқтисодиётлар.

Канада миллий тиббий суғурта тизими провинцияларда 1946 йилда пайдо бўлган ташаббус натижасида шаклланди. Бу ташаббус госпитализация учун ҳақни суғурта ҳисобига тўлашни, сўнгра тиббий ва бошқа хизматларни регионал соғлиқни сақлаш дастурлари орқали кўрсатишни кўзда тутган эди, кейинчалик федерал ҳукумат бу режа бўйича харажатларларни қисман ўз бўйнига олди.

Дастурлар солиқларга тортиш ва мукофотлар ҳисобига молияланди. Бу тизим 1946 йилдан 1971 йилгача регионал ҳокимиятлар ҳомийлигида ривожланди ва федерал стандартлар, хизматларнинг тўлиқ рўйхати ва харажатларда биргаликда қатнашиш бўйича мажбурий тиббий суғуртани ўз таркибига олган эди. Тиббий ёрдам хизматлар бирлигига ҳақ тўлаш тамойили бўйича хусусий врачлар томонидан кўрсатиларди. Касалхоналарга раҳбарлик кўнгилли нотижорат ташкилотлари ёки муниципал ҳокимиятлар томонидан ҳақ тўлаш эса ҳукумат тиббий суғурта органлари томонидан белгиланган тарифларга биноан амалга ошириларди.

Соғлиқни суғурта қилиш ҳамма миллий тизимларнинг қатнашчилари ҳукумат, иш берувчилар, суғуртачилар, истеъмолчилар, хизмат кўрсатадиган муассасасалар ёки шахслар, шунингдек жамоатчилик ҳисобланади. Турли мамлакатларнинг ҳукуматлари аҳоли соғлиғини яхшилашнинг иқтисодий ва социал аҳамиятига тобора кўпроқ ишонч ҳосил қилганлар. Аҳоли соғлиғининг асосий кўрсаткичларини таъминлаш, шунингдек жамоат ташкилотлари ва хусусий суғурта муассасасалари кўрсатадиган тиббий суғурта жиҳатларини юридик таъминлаш бўйича чоралар кўрилган эди.

Иккала моделда-инглиз Бевериж тизимида ва совет Семашко тизимида-давлат тиббий хизматларни бевосита молия билан таъминлаган

ва ўзи хизматларни кўрсатган. Бисмарк моделида тиббий суғурта мижознинг иш жойи бўйича ташкил қилинади, касалхона фондлари эса хусусий врачлар ва нодавлат касалхоналари томонидан кўрсатиладиган хизматларга ҳақ тўлайди. Канада тизимида тиббий хизмат ҳукумат томонидан одатдаги солиқ тушумлари ҳисобига молияланади, хизматларнинг ўзи эса нотижорат асосида ишлайдиган хусусий врачлар ва жамоа касалхоналари томонидан кўрсатилади.

Миллий соғлиқни сақлаш тизимининг таснифи

Тиббий хизмат кўрсатишнинг ҳаммабплигини таъминлайдиган бир неча йўллар мавжуд. Ушбу бобда Буюк Британия, Скандинавия мамлакатлари, Япония, Канада, Россия, АҚШ ва Исроил соғлиқни сақлаш тизимларининг ривожланиши ва ҳозирги тузилишини тавсифлайдиган турли хил ёндашувлар мисоллар сифатида келтирилган. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари, одатда, ўз олдига аниқ таърифланган, специфик (эксплицит) вазифалар ва одатда таъриф берилмайдиган, лекин айрим кишилар ва умуман жамият томонидан юклатиладиган вазифалар (имплицит) қўядилар.

Касалланиш, ўлимнинг қисқариши, социал физиологик функциялар суръатларинг ўсиши каби кўрсаткичлар билан таърифланадиган кишилар соғлиқ ҳолатининг яхшиланиши миллий соғлиқни сақлаш тизимининг энг муҳим вазифаси ҳисобланади. Турли гуруҳларинг, шу жумладан ҳукумат ташкилотлари, хизмат кўрсатадиган муассасалар манфаатларини акс эттирадиган тортишувлар вақтида бу вазифа ҳақида кўпинча унутадилар. 13.1 жадвал бўйича соғлиқни сақлаш тизимларини таснифлаш ва турли мамлакатларда қабул қилинган бошқариш ва молиялаш тамойилларини қиёсий таҳлилдан ўтказиш мумкин.

Миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг молиялаш ва маъмурий идора қилиш тамайиллари бўйича типлари

Соғлиқни сақлаш тизими	Молиялаш манбаи	Маъмурий идора қилиш тамайили
<p>Миллий соғлиқни сақлаш хизмати (Буюк Британия, Норвегия, Швеция, Дания) – Бевериж модели</p> <p>Соғлиқни сақлашнинг совет модели (собиқ СССР, Фарбий Оврупо мамлакатлари)</p> <p>Аралаш хусусий/жамоат соғлиқни сақлаш тизими (АҚШ, Лотин Америкаси, Осиё ва Африка мамлакатлари)</p> <p>Миллий социал суғурта тизими орқали тиббий суғурталаш (Германия, Исроил) – Бисмарк модели</p> <p>Хукумат органлари томонидан тиббий суғурта (Канада, Австралия)</p>	<p>Хукумат (солиқлар ва тушумлар) социал суғурта ва касалхона кассалари тизими</p> <p align="center">—«—</p> <p>Хусусий суғурта – иш жойи бўйича, жамоат суғуртаси – соцтаъминот хизматлари орқали</p> <p>Ходим ва иш берувчининг мажбурий бадаллари ва социал таъминот хизмати орқали миллий суғурталаш</p> <p>Солиққа тортиш, провинцияларининг харажатларда иштироки</p>	<p>Марказлашган режалаштириш; регионал соғлиқни сақлаш органлари номига капитация тамайили бўйича хизматга ҳақ тўлашдан фойдаланилган марказлашмаган режалаштириш</p> <p>Марказлашган давлат режаси ва бошқаруви; масалан, ўринлар ва тиббиёт ходимларининг аниқласа бўладиган нисбати билан молиялаш; 1990 йилдан – капитация тамайили бўйича ҳақ тўлаш ва мажбурий тиббий суғурта қўлланилган децентрализация</p> <p>Давлатнинг қаттиқ идора қилиши (АҚШ); хусусий тиббий хизматлар, жамоат касалхоналари ва давлат профилактик хизматлари биргаликда; хизматларни кексалар ва қашшоқларнинг социал суғуртаси ҳисобига қоплаш («Медикэр» ва «Медикэйд»); соғлиқни қувватлаш бўйича ташкилотлар ва бошқариладиган рақобат сиёсати</p> <p>Хукумат идора қилиши; касалхона кассалари хусусий врачлар хизматига ҳақ тўлайди (Германия) ёки соғлиқни қувватлаш ташкилотлари каби иш юритади</p> <p>Федерал хукумат томонидан идора қилинади; хизматлар бирлигига ҳақ тўланади; касалхоналар блок-бюджетлар доирасида иш юритади.</p>

Миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг иқтисодий жиҳатлари

Юқорида айтилгандек, тиббий хизмат кўрсатиш қиймати миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг энг катта муаммосига айланди. Қисман бу тиббий технологияга сарфларнинг доимий ошиб бориши, шунингдек стационарда хизматлар кўрсатишга ортиқча аҳамият берилаётганига боғлиқ. Тиббиётнинг профилактик хизматга, соғлиқ потенциалини

мустақамлашга ва соғлом атроф муҳитга харажатлари кўпинча яхши молияланмайди, шунингдек оддий иқтисодий кўрсаткичларга қараганда ёмонроқ таҳлил қилинади. Бу иқтисодий анализни ва қилинган хатти-ҳаракатларни таққослашни қийинлаштиради, бу эса ўз навбатида бирмунча тежамли усулларни излашга халақит қилади.

Миллий соғлиқни сақлашга харажатлар одатда АҚШ долларларида ифодаланadi. Улар миллий ялпи маҳсулот (НВП-МЯМ) ва ички ялпи маҳсулот (ВВП-ИЯМ) фоизини ташкил қилади. НВП ва ВВП мамлакатда ишлаб чиқариладиган товарлар ва хизматлар умумий миқдорининг кўрсаткичлари ҳисобланади, бироқ ВВП халқаро фондлар алмашинувини ҳисобга олмайди. Соғлиқни сақлашга харажатлар шунингдек йилига ҳар бир одамга ва мавжуд ресурслар бўйича ҳисоб-китоб қилишда, масалан, 1 минг ёки 10 минг кишига касалхона ўринлари ёки тиббиёт ходимлари миқдори бўйича аниқланади. Соғлиқни сақлашга ВВП дан ажратилган маблағлар албатта тиббий кўрсаткичлар (масалан, болалар ўлими ва умр кўриш давомлилиги) билан бевосита боғланган бўлиши шарт эмас. Маблағлар кам самара берадиган ёки қимматбаҳо даволаш хизматларига ажратилиши мумкин. НВП паст мамлакатлар соғлиқни сақлашга аҳоли жон бошига кўпинча 4% дан кам сарфлайдилар ва ҳамма фуқароларга асосий тиббий хизматларни кўрсатиш соҳасида молиялашнинг етарлиича эмаслигидан ёмон тиббий кўрсаткичларга эга бўладилар. Етарлича молияланмаслик ва маблағларнинг нораціонал сарфланиши собиқ Иттифоқда, шунингдек кўпгина ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимининг жиддий муаммоси бўлган.

Соғлиқни сақлаш соҳасида хизматлар кўрсатиш тиббий режалаштиришнинг энг мураккаб ва қарама-қаршилиқларга тўла жиҳатларидан бири бўлиб қолмоқда. Касалхона стационарларидан ортиқча фойдаланиш иқтисодий томондан ўзини оқламайди. Ремер қонуни (12-бобга қ.) стационарлардан самарали фойдаланишни ўрин-жойларга мурожаат қилишга боғлиқ қилиб кўяди. Шунга қарамай, бу мутлақо тўғри тамойил, фақат касалхона хизматларига ҳақ тўлаш тизимини ўзгартириш зарур. Бунинг учун ўзини оқламайдиган касалхонага ётқизишга чек қўйиш ва стационарда бўлиш муддатини қисқариш ва бунда имкон борича муқобил даволаш усулларида фойдаланиш лозим. Амбулаторияда хизмат кўрсатишни кенгайтириш ҳисобига госпитализация қилиш сонини қисқартириш 70—80-йилларда кўпгина мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимининг асосий хусусиятларидан бири бўлиб келмоқда.

Иқтисодий ҳамкорлик ва ривожланиш Ташкилотнинг (ОЭСР) аъзоси ҳисобланган бозор иқтисодиёти ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш ресурсларининг кўрсаткичлари жуда ўзгариб туради. «Ўрин-жойларнинг умумий миқдори» тушунчаси учун халқаро стандарт ҳозирча ишлаб чиқилмаган. Японияда касалхона ўринларининг умумий миқдори

жуда юқори, чунки бу мамлакатда аҳоли орасида кексалар фоизи ниҳоятда юқори ва узоқ муддат тиббий кузатув олиб бориш учун муқобил воситаларнинг етишмаслиги сезилади. Бошқа мамлакатлар (Буюк Британия, Швеция, АҚШ ва Исроил) муқобил тиббий хизматларни ривожлантириш йўли билан, узоқ муддатга кўзланган хизматлар улушини кўпайтириш, шунингдек амбулатор даволашни рағбатлантириш, кундузги стационарлар очиш ва шунинг ҳисобига беморларнинг касалхонада бўлиш давомлилигини қисқартириш дастурига кўра касалхона ўрин-жойларини фаол қисқартирмоқдалар.

Ҳатто ривожланган мамлакатларда ҳам касалхоналар ёки амбулаториялар жиҳозланишининг умум қабул қилинган стандартлари йўқ. ОСЭР аъзолари бўлган мамлакатларда госпиталларнинг ўткир касалликлари бўлган беморлар учун ўрин (койка)ларнинг жиҳозланиши Туркияда 1 минг аҳолига 1,7 дан Норвегияда 3,7 гача; АҚШда 3,8; Данияда 5,0; Австрияда 6,5 ва Швейцарияда 6,7.

Койко-ўринлар миқдори кўпинча анъаналар, тиббий амалиёт услуби ва усулларига, иқтисодий рағбатларга ёки самарали ёрдам кўрсатишга тўсқинлик қиладиган сабабларга боғлиқ.

Бу тафовутларга таъсир кўрсатадиган яна бир омил аҳолининг ёш таркиби ҳисобланади, чунки кексайган одамлар ёшларга қараганда тиббий хизматларни бирмунча фаол истеъмол қилувчилар саналади. Стационар хизмат кўрсатишга муқобил соҳаларга инвестициялар киритиш ва соғлиқни қувватлаб туришга қаратилган ҳаракатлар шахсий хавф омилларини, бахтсиз ҳодисалар миқдорини қисқартириш, овқатланишни яхшилаш, гипертония, диабет, остеопороз билан касалланиш ҳолларида яхши парвариш қилиш ўлимни қисқартиришга олиб келади ва одатдаги стационарга нисбатан қарияларни тиббий парвариш қилишнинг арзонроқ шакли ҳисобланади, бироқ бу таълимга, қонунчилик фаолиятига маблағлар ажратишни, назорат ва таҳлилни, овқатланиш масалаларида билимларни, гуруҳ бўлиб маслаҳатлар бериш, уйда кўрсатиладиган хизматни ташкил қилиш ва умуман жамият соғлиқ ҳолатини мустаҳкамлашда зарур бўладиган бошқа чоралар кўришни талаб этади.

Миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг қийматини белгилайдиган муҳим омилларга хизмат кўрсатадиган муассасасалар ёки хусусий шахсларнинг маошлари ёки даромадлари даражаси, хизмат кўрсатишнинг технологик аҳволи, тиббий режалаштиришнинг меъёр ва мезонлари, касалхона ўринлари борлиги ва улардан фойдаланиш, уйда парвариш қилишнинг ҳаммабоплиги ва умуман жамоа тиббий хизматининг ҳолати, хизмат кўрсатишнинг комплекс моделларидан фойдаланиш, госпитализацияга ҳақ тўлаш усуллари ва турлари, ресурсларни ишлатиш самардорлиги оширилганда мукофотлар тўлаш тизими, шунингдек соғлиқни профилактика қилиш ва мустаҳкамлашга аҳамият берилиши киради.

Айрим мамлакатларда — ОЭСР аъзоларида соғлиқни сақлаш ресурсларининг кўрсаткичлари (1970—1996й.)

Мамлакат	Соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига ажратиладиган ВВП улуши, %				1 минг аҳолига ўрин (қойка)ларнинг умумий миқдори		
	1970й	1980й	1990й	1996й	1970й	1985й	1996й
АҚШ	7,3	9,1	12,6	14,1	7,3	5,5	4,0
Канада	7,0	7,2	9,2	9,3	7,0	6,7	4,4
Франция	5,8	7,6	8,9	9,8	11,0	10,5	8,7
Германия	6,3	8,8	8,7	10,8	11,3	11,0	9,6
Финляндия	5,7	6,5	8,0	7,8	15,1	14,0	9,2
Дания	5,9	9,3	8,3	8,1	8,1	7,0	4,7
Буюк Британия	4,5	5,6	6,0	6,9	9,4	7,4	4,7

Манба: Schieber G.J., Poullieer J-P, Greenwald L.M. Health care systems in twenty-four countries. Health Affairs, Fall 1991 (from OECD Health Data, 1991), and OECD; and OECD Health Data 1999 (website <http://www.oecd.org>).

13.2 жадвалда ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлашдаги ислохотни акс эттирадиган стационарларда қойка-ўринлар миқдорининг (1 минг аҳолига) пасайишга мойиллиги кўрсатилган. 1 минг одамга қойка-ўринларнинг умумий миқдори стационарлардаги ихтисослашган гериатрик парваришдан ташқари, мавжуд ҳамма ўринларни ўз ичига олади.

Жон бошига ВВП ва баъзи бир мамлакатларда соғлиқни сақлаш кўрсаткичлари (1960—1993)

Мамлакат	Аҳолиси, млн. киши	Жон бошига ВВП (1992), дол.	Соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига ВВП улуши, %	Болалар ўлими		Қутилаётган умр кўриш давомлиги	
				1960 й.	1993 й.	1960 й.	1993 й.
АҚШ	258	23240	14,0	26	9	70	76
Канада	28	20710	10,8	28	7	71	77
Франция	9	27010	7,9	16	5	73	78
Германия	81	23030	8,7	34	6	70	76
Финляндия	5	21970	9,4	22	4	68	76
Дания	5	26000	6,6	22	6	72	76
Буюк Британия	58	17790	7,4	23	7	71	76
Ривожланган мамлакатлар	—	19521	—	36	9	69	76
Исроил	5	13220	7,9	32	7	69	77
Россия	148	2510	3	—	28	—	69

Манба: UNICEF. State of the world's Children, 1995. OECD and Central Bureau of Statistics for Israel.

Турли мамлакатларда шароитни солиштириш фойдали бўлиши эҳтимол, бироқ белгилловчи омил бўла олмайди. АҚШ ва Канадани ўхшаш жўғрофий социологик, демографик, конституционал, сиёсий ва бошқа таърифлар бирлаштириб туради. Соғлиқни суғурта қилишнинг Канада тизими жамоатчилик томонидан бошқариладиган регионал дастурлар доирасида бутун аҳолига хизмат кўрсатади. Америка Қўшма Штатларида қариялар ва камбағаллар учун давлат суғуртаси, аҳолининг бошқа қатламлари учун кўнгилли суғурта мавжуд, бироқ тахминан 30% аҳоли суғурта билан умуман қамраб олинмаган. Канадалик ва америкаликларнинг соғлиқ ҳолатидаги айрим кўрсаткичлар тенденцияси таққослаб кўрилганда ўтган бир неча ўн йиллар ичида Канада аҳолиси АҚШ аҳолисига қараганда ўз саломатлигини кўпроқ даражада яхшилаб олди. 60-йилларда Канадада болалар ўлими кўрсаткичи АҚШ дагига нисбатан юқори бўлган, бироқ ўша даврдан буён Канадада шароит жиддий равишда яхшиланди. 1993 йилда Канада болалар ўлими даражаси бўйича дунёда 14-ўринда эди, айни вақтда АҚШда 25-ўринда бўлган. Аҳоли жон бошига ҳисоб қилинганда тиббий хизматга сарфлар ва ВВП дан фоиз Канадада АҚШ дагига нисбатан бирмунча пастлигича қолган. Кўрсаткичлардаги фарқни иммиграцион тафовутлар каби омил билан тушунтириш мумкин.

Скандинавия мамлакатлари соғлиқни сақлаш тизимлари, айниқса қизиқарли. Улар социал ҳимоя масалаларида ғарб мамлакатлари орасида етакчи бўлиб ҳисобланишади. Бу тизимларни ўрганиш ва таққослаш ўз режалаштириш стратегиясини ишлаб чиқаётган давлатлар учун қимматли материал саналади.

Соғлиқни сақлаш тизимларини таҳлил қилишда қашшоқлик — инсульт, юрак-томирлар касалликлари, астма ва рак касалликлари билан касалланиш ўлимнинг ўсишига таъсир қиладиган энг муҳим омилдир. У — соғлиқ учун кўпгина специфик хавфли омиллар: билим, савиянинг пастлиги, ёмон турар жой шароитлари, ёмон овқатланиш, депрессия, чекиш, ичкилик ва наркотиклар истеъмол қилиш, эрта ҳомиладорлик, чала оилалар, ғамгинлик, ташлаб кетилган оилалар, туғруққача парвариш қилинмаслиги, чақалоқларнинг кам вазнда туғилиши, оилада ва уйдан ташқаридаги зулм ва бошқалар манбаидир. Анъанавий тиббий хизматнинг ҳаммабплиги бу омиллардан айримларини юмшатиши мумкин, бироқ уларни бартараф қилмайди. Социал сиёсат ва тиббий дастурлар бири бири билан мустаҳкам боғлиқ, ҳар иккаласи ҳаёт сифати (ва давомлилиги)ни яхшилашга қаратилган. Иқтисодий кўрсаткичларда ифодаланадиган соғлиқни сақлашни режалаштириш бу омилни биринчи ўринга қўйиши керак.

Ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимлари

Буюк Британия

1993 йилда Буюк Британия аҳолисининг сони 57,8 млн кишини, жон бошига ВВП — 17790 долларни ташкил этиб, иқтисодий жиҳатдан у Шимолий Америка, Скандинавия ва бошқа Оврупо мамлакатларидан кейинги ўринда турарди. Миллий соғлиқни сақлаш хизмати 1948 йилда тузилган эди, бироқ унинг қарор топиш тарихи 1911 йилдаги соғлиқни миллий суғурталаш Қонуни ва XVIII—XIX асрлардаги камбағаллар тўғрисидаги Қонун билан боғланган. 1920 йил «Лорд Доусон Ҳисоботи»да маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари ҳомийлиги остида регионал тиббий марказлар тизимини тузиш тавсия этилган эди Иккинчи жаҳон уруши вақтида Уильм Бевериж социал таъминот тизимининг урушдан кейинги ривожланиш режасини таърифлаб берди, у шунингдек ўз таркибига соғлиқни сақлаш хизматини ҳам олган эди. Бунда уруш даврида госпиталлар фаолиятининг муваффақиятли тажрибасидан фойдаланилган эди. Ушандан буён «Бевериж модели» атамасидан миллий соғлиқни сақлаш хизматини ташкил қилиш тури сифатида фойдаланиб келинмоқда.

Миллий соғлиқни сақлаш тизими (НСЗ) Буюк Британиянинг ҳамма аҳолисига кенг тармоқли хизматлар кўрсатади, унинг фаолияти солиқ тушумлари ҳисобига молияланади. НСЗ аввалига учта параллел хизматлар: штатдаги врачлар ишлайдиган касалхона хизмати; капитация тамойили бўйича ҳақ тўланадиган терапевтик ва тиш врачлиги хизмати; штатда ходимлари бўлган жамоат соғлиғи хизматидан иборат бўлган. Касалхона ва терапевтик хизматлар айрим жамоат кенгашлари ёки бирлашмалари бошчилиги остида ишлаган; жамоат соғлиғи хизматига раҳбарлик маҳаллий ҳокимиятларга юкланган.

70—80-йилларда ўтказилган ислоҳотининг бир неча босқичларида НСЗ қайта тузилган: маъмуриятдаги ходимлар сони қисқартирилган, регионал соғлиқни сақлаш бошқармалари тугатилган. 1990 йилда жамоа соғлиқни сақлаши тўғрисидаги қонунга биноан соғлиқни сақлаш тизимида маъмурий органларнинг 3 типи жорий қилинган: регионал соғлиқни сақлаш бўлимлари, округ соғлиқни сақлаш бўлимлари ва оилавий тиббиёт бошқармаси. Регионал ва округ соғлиқни сақлаш бўлимлари бирламчи маъмурий миқёсдаги органлар ҳисобланади. НСЗ Уэльсда, Шотландия ва Шимолий Ирландияда шу зайлда тузилган.

14 соғлиқни сақлаш бўлимларининг ҳар бирини бошқарма бошқаради, у соғлиқни сақлаш вазири тайинлайдиган раис, аъзолари, шунингдек регионал маъмуриятдан иборат. Регионал соғлиқни сақлаш бўлими даволаш хизматлари кўрсатмайди, балки соғлиқни сақлаш эҳтиётларига

баҳо беради, тиббий хизмат кўрсатишни ривожлантириш стратегиясини ишлаб чиқади, бошқариш ва хизматлар сифати устидан кузатиб боради, шунингдек тежамкор ва сифатли даволаш методларини молиялайди. Бу органлар тиббий ҳисоботни, махсус дастурлар ривожланишини (масалан, трансплантация хизматлари) назорат қилади, шунингдек даволаш хизмати кўрсатадиган муассасаларга (ночор касалхоналарга) ёрдам кўрсатади. Округ бўлимларини ҳам бошқарма идора қилади ва улар касалхоналардан ва бошқа провайдерлардан хизматни сотиб оладиган йирик харидорлар ҳисобланади — госпиталлар билан контрактлар тузадилар. Улар шунингдек касалхона ишига НЗС тизимидан ёки бошқа хизматлардан (масалан, ошиғич ёрдам хизмати) жалб этишлари мумкин.

1990 йилдан касалхоналарнинг НЗС корпорацияларига ёки васий кенгашлар бошқарадиган нотижорат жамоат бирлашмаларига кириши рағбатлантирилмоқда, кенгашларни ҳукумат тайинлайди, уларга одатда маҳаллий ҳокимиятлар киради. Касалхоналар НЗС бюджетидан умумий амалиёт врачлари йўлланмалари асосида маблағ билан таъминланади. Ҳақ тўлаш клиник-статистик гуруҳлар (КСГ) тамойилига мувофиқ бўлади, бу касалхоналарга иқтисодий мустақил бирликлар сифатида фаолият кўрсатиш имконини беради: хизмат учун ҳақ олиш ходимлар иш шароитини аниқлаш, пул маблағларини оборот қилиш йўли билан фойдани кўпайтириш, шунингдек моддий ресурслар ва кўчмас мулкни қисман харид қилиш, сотиш ва ҳ.к. Округ ёки регионал соғлиқни сақлаш органлари касалхоналарга юборилган ўз беморлари учун ҳақ тўлайдилар. Соғлиқни сақлаш вазири бу тиббий бирлашмалар ишини назорат қилишга ва зарурат бўлганда уларнинг фаолиятига аралашшига ҳақлидир.

Оила тиббиётини қонун кучга кирган 1990 йилдан регионал ва округ соғлиқни сақлаш бўлими каби васий кенгашлар раҳбарлиги остида бошқарилади. Оилавий тиббиёт бошқармаси умумий амалиёт врачлари, стоматолог-врачлар, жамоа фармацевтлари ва контракт бўйича ишлайдиган бошқа мутахассисларнинг ҳақ тўлашига жавоб берадиган оила врачлари коллегиялари ўрнида ташкил этилган.

Оила тиббиёти бошқармасининг функциялари кенгайтирилган, энди улар асосий ривожланиш йўналишларини шакллантирадилар, хизма кўрсатиш ва ресурслар ҳолатини назорат қиладилар ҳамда контракт бўйича ишлайдиган врачларга ҳақ тўлайдилар. Оила врачлари қабул қилинган беморлар сони бўйича капитация тамойилига асосан анъанавий ҳақ оладилар, беморлар эса хоҳласалар бошқа врачга ўтишга ҳақлидирлар.

Умумий амалиёт врачларига, бундан ташқари, алоҳида профилактик тадбирлар (масалан, иммунизация, рақ касалликларига илк босқичда ташхис қўйиш учун қирма олиш) учун қўшимча мукофотлар тўланади.

Оила врачлари қабулига келадиган беморлар зарурат бўлганда уларни касалхоналарга ёки мутахассис-врачлар қабулига юбордилар. Оилавий тиббиёт бошқармалари шунингдек умумий амалиёт врачлари хизматларига ва касалхона хизматларига капитацион блокнинг бюджетига мустақил эгаллик қиладиган врачлар учун маблағлар ажратилишига бошчилик қиладилар.

Оила врачлари ва округ тиббиёт ҳамшираларининг кўпчилиги соғломлаштириш марказларида ишлайдилар. 1995 йилда бу тоифадаги шифокорларнинг учдан бир қисми Миллий соғлиқни сақлаш тизими томонидан амбулатор ва стационар даволаш учун ажратилган маблағларга мустақил эгаллик қилган. Бу амалиётдаги врачларга касалхоналар билан бевосита алоқада бўлишга имкон беради, бу тиббий хизмат кўрсатиш вақтини тежайди ва тиббий хизматнинг бошқа жиҳатларини яхшилайди, чунки касалхоналар умумий амалиёт врачларидан буюртмалар олиш учун ўзаро рақобатлашишга мажбурдилар.

13.5 илова

КАПИТАЦИЯ

Капитация — хизматлар олувчи сифатида рўйхатдан ўтган ҳар бир кишига ҳисобланган пул маблағларини ажратиш. Капитацияни ҳисоблашда: соғлиқни сақлаш хизматларида эҳтиёжга таъсир қиладиган жинс, ёш ва ўлим кўрсаткичлари (касалланишга баҳо бериш учун) ҳисобга олинади. Миллий соғлиқни сақлаш хизмати капитацион молиялаш учун ўлим даражаси стандарт кўрсаткичидан фойдаланади. Соғлиқни сақлашни бошқариш бўйича ташкилотлар ҳам соғлиқни суғурталаш дастурлари бўйича ҳақ олиб, бунда беморларнинг жинси ва ёши каби омилларни назарда тутиб, хизматларнинг кенг доирасини кўрсатадилар.

Тиббий хизмат кўрсатиш сифатини кўтариш ва унинг қиймати ўсишининг олдини олиш мақсадида умумий амалиёт врачлари орқали стационар ёрдамни молиялаш экспериментлари ўтказилган. Умумий амалиёт врачлари стационар хизматлар қиймати ва сифатига бевосита таъсир ўтказиш имкониятига эга бўлади.

Касалхонадаги бошқарув эркинлиги иш самарадорлигини оширишга, госпитализация муддатини қисқартиришга имкон берди, аудит эса тиббиёт ташкилотларида кўрсатиладиган ёрдамлар сифатини яхшилади.

НСЗни молиялаш давлат бюджетидан таълим, социал таъминот ва миллий хавфсизлик сингари солиқ тушумлари ҳисобига амалга оширилади. Пул маблағлари қисман бошқа манбалардан, жумладан миждозлар тўлайдиган (масалан, дорилар сотиб олишда ёки стоматологик хизматлар учун ҳақ тўлаш) суммалардан тўланади.

Регионал соғлиқни сақлаш органлари ихтиёридаги жорий бюджет касалхона хизматларини қоплашга, жамоа соғлиқни сақлаши эҳтиёжларига ва биринчи ёрдам кўрсатишга сарфланади. Маблағлар миқдори аҳоли сонига, ўртача ўлим кўрсаткичлари ва айрим қўшимча маҳаллий омилларга боғлиқ. Округ соғлиқни сақлаш бўлимлари, ўз навбатида, ҳисоб қилинган капитация тамойили бўйича регионал соғлиқни сақлаш бошқармалари томонидан молияланади, бунда аҳолининг ўртача ёши ва ўлим даражаси ҳам ҳисобга олинади. Регионал соғлиқни сақлаш бўлимлари ўз бюджетига эга бўлган умумий амалиёт врачлари гуруҳларига раҳбарлик қиладилар, оилавий тиббиёт бирлашмасига эса кўрсатилган биринчи ёрдамга ҳақ тўлаш учун зарур суммалар ажратилади.

НСЗ узоқ давргача матбуот ва сиёсий доираларнинг диққат марказида турганига қарамай, унинг қиймати ўртача бўлгандагина тиббий хизматни ҳаммабоплигини таъминлайди ва унинг сифатини юксак даражада тутиб туради. 1949 дан 1960 йилгача Буюк Британияда соғлиқни сақлашга харажатлар 4 дан 3,5% гача пасайди, 1970 йилда улар 4,7% гача ўсди, 1977 дан 1992 гача 5,6 дан 7,4% гача ўсди. Шунга қарамай, бу кўрсаткич кўпчилик саноати ривожланган мамлакатлар соғлиқни сақлашига сарфланадиган харажатларга нисбатан пастлигича қолмоқда.

Кўпгина мамлакатларда 70-йиллардан бошлаб, касалликлар профилактикасига ва соғлиқни муҳофаза қилишга катта аҳамият берилади. Буюк Британияда бунга етарли даражада аҳамият берилмас эди, эҳтимол, бу юрак-томирлар касалликларидан ўлим кўрсаткичлари пасайишида орқада қолишга, шунингдек соғлиқни сақлашда социал тенгсизлик кучайишига имкон берган бўлса керак. 80-йиллар охирида ва 90-йиллар бошида Буюк Британияда касалликларнинг профилактикаси борасида бир неча йirik ташаббуслар ўртага ташланди. Оила врачларига мукофот пуллари тўлаш тизимининг жорий қилиниши аҳолини иммунизация қилишни кескин яхшилади. Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошида профилактика ва соғлиқни муҳофаза қилиш бўлимининг очилиши соғлиқни сақлаш муаммоларига кўпроқ аҳамият беришга олиб келди. Маҳаллий ҳокимиятлар ташаббуси бўйича махсус тайёргарликдан ўтган хавфсизликни таъминловчи гуруҳлар тузилганлиги боис сўнгги 15 йил ичида йўл-транспорт ҳодисаларида ўлим камида учдан бирга қисқарди. 1990 йилги атроф муҳитнинг муҳофазаси тўғрисидаги Қонун ҳукуматнинг назорат бошқарув функцияларини кучайтирди, атроф муҳитни муҳофаза қилиш Департаменти тузилди.

БУЮК БРИТАНИЯДА БЕВЕРИЖ МОДЕЛИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ ЭВОЛЮЦИЯСИ

1400й. ва кейин	Ўзаро ёрдам гильдиялари ва жамиятлари	Ўзаро ёрдам ва суғурта
1601 й.	Қашшоқлар тўғрисида Елизавета қонуни	Черковнинг қашшоқлар учун масъулияти
1800 й. ва кейин	Муниципал бошқармалар	Кўнгилли соғлиқни сақлаш ташкилотлари кейинчалик қонунчилик ваколатларига эга бўлган
1848 й.	Миллий бошқарма	1852 йилда тугатилган
1911 й.	Миллий соғлиқ суғуртаси	Ишчилар ва уларнинг оилаларига тиббий хизмат учун капитация тамойили бўйича ҳақ тўлаш
1919 й.	Соғлиқни сақлаш вазирлиги тузилган	Соғлиқни сақлаш масалаларини бутун мамлакат миқёсида ҳал қилиш
1929 й.	"Улуғ депрессия"	Молиявий қийинчиликлар
1938 й.	Миллий госпитал хизмати	Уруш вақтида ноционализация қилинган
1943 й.	"Бевериж ҳисоботи"	"Давлат социал таъминот" концепцияси
1948 й.	Миллий соғлиқни сақлаш тизими	Оила врачлари хизмати, госпитал ва жамоат соғлиқни муҳофаза қилиш хизмати, солиқ тушумлари ҳисобига умумий тиббий ёрдамлар кўрсатиш.
70-йй.	Ислоҳот/интеграция	Регионализация
80-йй.	Миллий (зонал) регионал (округга бўлиниш)	
80-йй.	РОЗташқил топиши	Капитация тамойили бўйича молиялаш (УПСни аниқлаштириш)
1989 й.	Сув ҳақида қонун	Сув сифатини кузатиш ва назорат
1990 й.	Атроф муҳит муҳофазаси тўғрисида қонун	Атроф муҳитни муҳофаза қилиш департаменти тузилган
1990 й.	Миллий ва жамоа соғлиқни сақлаш хизматлари тўғрисида Қонун	Касалхона бирлашмалари; врач-терапевтлар молиялашга мустақил эгалик қилади, РОЗва ООЗни капитация тамойили бўйича молиялаш
1994 й.	Бемор ҳуқуқлари декларацияси	Хизматлар бемор "кетидан" келади
1995 й.	Соғлиқ бўлими	Соғлиқни қувватлаш ва муҳофаза қилиш

90-йиллар бошида НСЗ ислоҳотлари беморлар ҳуқуқларини таъминлашга, оила врачларининг иккиламчи ва учламчи хизмат кўрсатишда манфаатдорлигини оширишга қаратилган эди. Буюк Британия болалар ўлими кўрсаткичи бўйича паст даражани қўлга киритишга муваффақ

бўлган, бу кўрсаткич бўйича у ривожланган мамлакатлар орасида 12-ўринни эгаллайди. 1980—1992 йилларда Буюк Британияда 100 минг тирик туғилишларга 8 ҳоллардагина она ўлими рўйхатга олинган. Шунингдек, бу мамлакатда кутилаётган умр кўриш давомлилиги кўрсаткичлари ҳам энг юқори (1993 йилда туғилганлар учун 76 ёш). Стоматологик хизмат яхшиланган, инфекциян касалликлар назорат остига олинган. НСЗ касалхоналарида ғоят ўртача молиялашга қарамай, юксак касб маҳорати ва техник даража сақланиб турибди. Яқин вақтларгача инглиз соғлиқни сақлашида жуғрофий ва социал тафовутлар бор эди, касалликларнинг профилактикасига ва соғлиқни муҳофаза қилишга етарлича аҳамият берилмасди. Умумий амалиёт врачларига миллий иммунизация дастурини бажарганлиги ва бачадон бўйни ракини эрта аниқлаганлиги учун мукофот пули берила бошлагандан сўнг аҳвол сезиларли ўзгарди.

Турли партияларнинг вакилларида таркиб топган ҳамма инглиз ҳукуматлари танқидий фикрларга қарамай, 1948 йилдан бошлаб НСЗ ни қўллаб-қувватлаган. Тахминлар ҳар ўн йилда ўтказилган ислохотлар туфайли миллий соғлиқни сақлаш тизими ривожланди ва тиббиётнинг мамлакатада ўзгариб турадиган иқтисодий шароитларга мослашувига олиб келди.

Афсуски, НСЗ фаолияти кутилганидек натижа бермади. Яқин вақтлардан буён катта аҳамият берилаётган профилактик дастурларга таяниш деярли ярим асрдан буён тиббий хизматдан ҳамма аҳолининг фойдаланишига қарамай, мавжудларини қисқартиришга ёрдам бериши мумкин. Буюк Британия миллий соғлиқни сақлаш тизими солиқ тушумлари ҳисобига молияланадиган нисбатан қиммат бўлмаган ва сифатли тиббий хизматлардан ҳамманинг фойдаланишига имкон яратиб берди. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатувчи умумий амалиёт врачлари алоҳида рол ўйнайдиган бу модел ғарб дунёсида энг самарали моделлардан ҳисобланади. Бевериж ишлаб чиққан миллий соғлиқни сақлаш тизими бошқа мамлакатлардаги соғлиқни сақлаш тизимларига намунали модел бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Скандинавия мамлакатлари

Сўнгги ўн йилликлар мобайнида Скандинавия мамлакатларида социал таъминот ва тиббий хизмат кўрсатишдаги ютуқлар гуллаб-яшнаётган бозор иқтисодиёти шароитларида социал ҳимоянинг муваффақиятли мисоли бўлиб ҳисобланади.

Иқтисодиётнинг ижтимоий сектори молиялайдиган тиббий хизмат кўрсатиш XX асрнинг кўп қисмида Шимолий Оврупо мамлакатларида устувор йўналиш бўлган эди.

Соғлиқни сақлаш тизими воситаларининг қарийб 50—70% ини тўловчилардан регионал (Швеция, Норвегия, Дания) ёки муниципал

миқёсда (Финляндия) олинадаган маблағлар ташкил қилади. Қолгани миллий ҳукумат томонидан деярли тўлиқ молияланади. Булар қўшимча қийматга ёки акциз йиғим кўринишида олинадиган солиқ, шунингдек даромад солиқлари ёки корпорациялардан олинадиган маблағлардир. Миллий касалхона фондлари амбулатор хизматга ҳақ тулайди. Муниципал ҳокимликлар кексаларга узоқ муддат хизмат кўрсатишни молиялашни ўз зиммаларига олади. Беморларнинг хизмат кўрсатишда молиявий иштироки Швецияда 2—3%ни ташкил қилади. Финляндияда беморнинг шахсий молиявий иштироки 1993 йилда жорий қилинган эди. Беморлар учун тиббий хизмат кўрсатишга ҳақ тўлаш оғирлик қилмайди, чунки Скандинавияда аҳолининг моддий аҳволи етарли даражада юқори ва социал ҳимоя тизими ҳам тараққий қилган.

Скандинавия мамлакатларининг ҳар бирида соғлиқни сақлаш тизими ўз хусусиятларига эга. Бу соҳадаги ислоҳотлар ҳам бир мамлакатда ўтказилмоқда. Швецияда асосий тиббий хизмат кўрсатиш муниципал даражада шаклландиган модел юзага келди.

Финляндияда 1993 йилда соғлиқни сақлашни молиялаш ислоҳоти бошланди. Ислоҳот жараёнида тузилган соғлиқни сақлаш бўйича миллий кенгаш соғлиқни сақлаш ва социал таъминот вазирликлари билан бирга солиқ тушумларининг қўшимча сифатида капитацион грантлар ажратиб, улар муниципалитетларга тиббий ва социал хизматлар учун ўтказилади. Пул маблағлари маҳаллий ҳокимият органларининг молиявий аҳволига биноан «сирпанувчи» шкала бўйича ўтказилади. Муниципалитет олинган маблағларга мустақил эгалик қилади: бунинг учун унда маъмурий ва молиявий ходимларнинг керакли штати бўлади.

1982 йилда Швеция ва Данияда соғлиқни сақлашга харажатлар ВВПдан фоиз нисбатида пасайиб кетди, Норвегия ва Финляндияда ошди. Скандинавия мамлакатларида она ва бола соғлиғига катта аҳамият берилади, бу болалар ўлими кўрсаткичларининг паст бўлишига имкон берди.

Скандинавияда юрак-томирлар касалликларидан ўлим даражаси бирмунча юқори. Тахмин қилинишича, бу ҳол кўп миқдорда ёғлар сақлаган анъанавий овқатланиш, ичкилик ичиш ва чекиш билан боғлиқ.

Швеция

1992 йилда Швеция аҳолиси 8,7 млн кишини ташкил қилган. ВВП жон бошига 27010 доллардан иборат бўлган. 1993 йилда чақалоқлар ўлими 1 минг болага 5 нафарни, ўртача умр кўриш эса 78 ёшни ташкил қилган. Тахминий туғилиш коэффициенти 1 минг аҳолига 14га тенг бўлган. 100% туғруқлар тиббий муассасаларда ўтган ва ўлим ҳоллари сони туғадиган аёллар орасида 100 мингга 5тани ташкил қилган.

Швед соғлиқни суғурталаш тизими тиббий хизматларга ва хусусий амбулатор даволашга ҳақ тўлашни кўзда тутди. Ҳукумат томонидан бериладиган кўнгилли суғурталаш режаси 1955 йилгача давом қилган, шундан сўнг у мажбурий бўлиб қолган. Швед соғлиқни сақлаши асосан солиқ тушумлари ҳисобига молияланади, беморлар кўрсатилган хизматларга фақат қисман ҳақ тўлайдилар. Шундай қилиб, тўловчиларнинг катта қисми иш берувчиларга ва ҳукуматга тўғри келади.

Регионал ёки муниципал ҳокимиятлар соғлиқни сақлашга раҳбарликка жавоб берадиган асосий давлат органлари ҳисобланади. 1993 йилда улар тиббиётни 75% молияладилар, бу асосан солиқ тушумларидан инвестиция кўринишида берилди, 7% маблағлар ҳукуматдан тушди, 5% миллий суғурта тизимидан, 2—3% беморларнинг ўз бадалларини ташкил қилди, қолган пул турли манбалардан тушди. Ҳозирги вақтда ўтказилаётган ислохотлар бирламчи тиббий хизмат кўрсатишни яхшилаш ва касалхоналарда койка-ўринларини қисқартиришга йўналтирилган. Биринчи ёрдам бюджетдан маош оладиган умумий амалиёт врачлари, тиббиёт ҳамширалари ва бошқа ходимлар билан таъминланган тиббий марказларда кўрсатилади. Ҳар бир марказ тахминан 15 минг аҳолига хизмат қилади. 1993 йилда хусусий врачларга қатнашлар сони умумий мурожаатларнинг қарийб 20 %ини ташкил қилди. 1990—1993 йилларда 99% болалар полиомиелитга, 99 % — КДС га ва 95% болалар қизамиққа қарши эмланди.

Швецияда касалхоналарда койка-жойлар миқдори илгаридан кўп бўлган. 60-йилларнинг охирида мамлакатда 1 минг кишига «ўткир» беморлар учун 5 ўрин, узоқ вақт ётадиган беморлар учун 5 ўрин ва психиатрия шифохоналарида 6 ўрин бўлган. Даволаш муассасалари аҳоли пунктидан катта масофада бўлган, айниқса аҳолиси сийрак туманларда касалхонага жойлаштириш тиббий ёрдам кўрсатишнинг оддий воситаси бўлиб қолган эди.

1940 йилдан бошлаб Швецияда койка-ўринлар миқдорини узоқ муддатга камайтириш қулоч ёзди: терапия, хирургия ва хроник беморларни парваришlash ўринлари, шунингдек психиатрик касалхоналардаги жойларнинг доимий қисқартирилиши кузатилди. Бундан ташқари, узоқ муддатли социал хизмат ва қарияларни парвариш қилиш социал хизматлар кўрсатадиган агентликлар зиммасига юкланди. Шундай сиёсат туфайли Швеция тиббий эҳтиёжларга сарфланадиган ВВП фоизини ҳақиқатдан қисқартирган унчалик кўп сонли бўлмаган мамлакатлардан бири бўлиб қолди. Бунда хизматлар сифати юксак поғонага чиқди, миллий соғлиқни сақлаш кўрсаткичлари яхшиланди, чақалоқлар ва оналар ўлими даражаси дунёда энг кам миқдорни ташкил қилди.

Швецияда касалхона стационарларидаги ўрин-жойлар миқдори (1973—1993)

Тиббий ёрдам турлари	1973 й.	1985 й.	1990 й.	1992 й.	1993 й.
Кечиктирилмайдиган ёрдам (терапия, хирургия), 1 минг аҳолига ўринлар	5,3	4,4	3,8	3,4	3,1
Психиатрия касалхоналаридаги ўринлар миқдори	4,2	2,5	1,7	1,4	1,2
Давомли госпитализация, шу жумладан педиатрия бўлимларидаги	—	6,1	—	1,4	1,3
1 минг аҳолига умумий ўринлар миқдори	14,4	13,6	11,4	6,7	6,1

Элатма: 1992 йил ислоҳотида қариялар учун уйлардаги 31 минг ўрин-жойларни социал хизматлар кўрсатиш бўйича фирмалар ихтиёрига ўтказилган.

Манба: *Statistical Yearbook of County Councils, Sweden, 1995 [in Swedish]*.

Финляндия

Финляндия аҳолиси 5 млн одамни ташкил қилади. 1991 йилда аҳоли жон бошига ВВП 23980 доллар бўлган. Финляндияда давлат тузилмалари уч поғонага бўлинган. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсат, капитал қурилишга ажратилган ҳажмлар, маҳаллий ҳокимият органларига бериладиган маблағлар тиббий ва социал хизмат кўрсатиш учун сарфланиб умуммиллий даражада белгиланади. Ҳукумат ва маҳаллий ҳокимият органлари Финляндияда бошқа мамлакатларга нисбатан юқори бўлган солиқлар умумий миқдоридан тахминан ярмини оладилар: улар ВВП 46% ни ташкил қилди. 90-йилларнинг аввалида мамлакат иқтисодиёти инқирозга юз тутган эди: ВВП пасайган, бунинг натижасида соғлиқни сақлашга харажатлар 1982 й.да 6,8% дан 1992 йилда 94 % гача кескин ошди.

Финляндияда муниципал бошқарув органлари ихтиёрида — бирламчи, иккиламчи ва учламчи хизмат кўрсатиш бўйича хизматларни таъминлаш, жамоат соғлиқни сақлаши ва бошқа социал хизматлар кўрсатиш бўлган. Муниципал ҳокимиятларга бу мақсадлар учун зарур маблағларни давлат ажратади, бу суммаларни бошқариш эса сайлаб тайинланадиган маҳаллий ўз-ўзини бошқариш органлари зиммасига юкланган. Солиқлардан тушган даромадлар муниципал ҳокимиятлар ва ҳукумат ўртасида тақсимланади. Ҳаммага тиббий хизмат кўрсатиш кафолатланади. 50—60 йй.да касалхона ўринлари миқдорига катта аҳамият берилган эди, бироқ кейинчалик бирламчи тиббий хизматга ва қисқа муддатли госпитализацияга эътибор қаратиладиган бўлди. 70 йй.даги ислоҳотлар айниқса қашшоқ туманларда бирламчи хизмат кўрсатишни яхшилашга йўналтирилган эди.

Финляндияда чақалоқлар ўлими даражаси жаҳонда энг кам — 1960 йилда 1 минг кишига 22 дан, 1993 йилда 4 гача пасайди. Болаларга тиббий хизмат бепул ва муниципал ҳокимиятлар томонидан амалга оширилади; иммунизация даражаси 96% (қизамиқ, қизилча, тепки) ни ташкил қилади. 1990—1993 йй.да полиомиелитга қарши 1 ёшгача бўлган 100% болалар, АКДС вакцинаси — 99% ва қизамиқ, тепки ва қизилчага қарши вакцина билан худди шунча бола эмланган.

Умр кўриш давомлилиги 1971 йилдан 1991 йилгача эркакларда 5,5 йилга ва аёлларда 5,1 ёшга узайди ва 1993 й.да ўрта ҳисобда 76 ёшни ташкил этди. Юрак-томир касалликларидан, шикастланиш ва жонига суиқасд қилиш натижасида ўлим ўрта ёшдаги эркаклар орасида жуда юқори. Юрак касалликлари хавфи омилларини камайтиришга қаратилган кенг маълум бўлган «Шимолий Карелия лойиҳаси» (5-бобга. қ.) умуммиллий интилишларни рағбатлантирди ва шундай касалликлардан ўлим ҳолларини бирмунча камайтирди. 70-йилларда юрак-томир касалликларидан ўлим 25% га камайтирилди. Бу қисман рациондаги ўзгаришларга боғлиқ: гўшт истеъмол қилиш камайтирилди, сабзавотлар истеъмол қилиш даражаси эса ошди. 70-йй. бошларида эркаклар орасида чекувчилар миқдори 50% га етган эди, бироқ 1993 йилга келиб, у учдан бирга қисқарди. Чекувчи аёллар сони 20% ни ташкил қилади. Алкоголнинг умумий истеъмоли юқори эмас, бироқ ичкилик ичиш билан ўтадиган ғоят кенг тарқалган кечки зиёфатлар оқибатида шикастланиш ва суиқасд қилишлар ўлим даражасининг кўтарилишига олиб келади.

Финляндияда то 40-йилларгача касалхоналарда ўрин-жойлар миқдори жуда юқори эди, соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсат ўзгаргандан кейин стационарда даволашни чегаралаш заруратига тушуниб етилди. Бунинг ўрнига бирламчи хизмат кўрсатишга, касалликлар профилактикасига, соғлиқни муҳофаза қилиш ва социал таъминотга кўпроқ эътибор берилди. Ўрин-жойлар миқдори ва касалхонада ётиш муддати илгари бўлганидек қисқармоқда, айти пайтда амбулатор ва хирургик даволаш улуши кўпайиб бормоқда. Психиатрия касалхоналарида ўринлар миқдори 80 йй. мобайнида 50% га камайди.

80-йилларда ўтказилган бирламчи тиббий ёрдамни ислоҳот қилиш ишнинг самарадорлигини оширди, сансалорликлар миқдорини камайтирди, беморларнинг кутиш вақтини қисқартирди ва уларнинг хизматидан қониқиш ҳиссини оширди. Хизматларга ҳақ тўлаш учун капитация тамойиллари ва кўрсатилган хизматларга ҳақ тўлаш тизими кўшиб олиб бориладиган комбинациялашган тизимдан фойдаланилади. 1993 йилда молиялаш тизими ўзгартирилди: давлат маблағлари ўрнига муниципалитетларга капитация тамойили бўйича блок-грантлар ажратилади. Муниципал ҳокимиятлар, ўз навбатида, госпитализацияни

ва бирламчи ёрдам кўрсатишни молиялайди. Маҳаллий соғлиқни сақлаш марказлари тиббий ва ўхшаш хизматларнинг кўп қисмини, жумладан гиёҳвандларни реабилитация қилишни амалга оширдилар. Касалхоналарда ишлайдиган врачларга хусусий амалиёт билан шуғулланишга рухсат берилган.

90% дан кўпроқ оила врачлари жамоат тиббий муассасаларида, улардан қарийб учдан бир қисми касалхонадаги ишдан ташқари вақтда, шунингдек хусусий амалиёт билан шуғулландилар. Врач-терапевтлар соғлиқни сақлашдаги ўзгаришлардан ва хизматга ҳақ тўлаш ҳамда капитация тамойили бўйича ҳақ тўлашдан мамнун бўлмоқдалар.

Финляндияда соғлиқни сақлашдаги ислоҳот марказлашган режалаштириш ва молиялаш сақланиб қолгани ҳолда бошқарувнинг бундан кейин ҳам децентрализация қилиш йўналишида давом этади.

Германия

1992 йилда Германия бирлашганидан сўнг мамлакат аҳолиси 80,3 млн кишини, ВВП жон бошига 23650 долларни ташкил этди.

1993 йилда чақалоқлар ўлими даражаси 1 минг кишига 6, туғруқларда летал ҳодисалар эса 100 минг кишига 5 та эди (1980—1992 йй. маълумотлари).

Бу кўрсаткичлар жаҳонда энг паст кўрсаткичлар саналади. 1993 йилда умр кўриш давомлилиги 76 ёшни ташкил этган. Иммунизацияни хусусий врачлар ўтказди, даражаси нисбатан паст: КДС — 75%, полиомиелит — 90%, қизамиқ — 70% (1990—1993 йй. маълумотлари бўйича).

Бисмарк дастури бўйича асос солинган немис миллий суғурта тизими 1883 йилда кам даромад қиладиган ишчилар учун жорий этилган, ходим ва иш берувчининг ҳамкорликдаги бадаллари ҳисобига социал суғурта тизими орқали молияланади. 1883 йилда давлат соғлиқ суғуртаси тўғрисидаги қонун қабул қилингандан кейин 1884 йилда қарилик бўйича суғурта ва меҳнат қобилятини йўқотганлигига доир суғурта киритилган. Касалхона суғуртаси қуйида келтирилгандан кам даромад оладиган ҳамма ходимлар тиббий ёрдам фондида суғурталаниши ва унга иш берувчи билан бирга бадаллар тўлаб туриши кераклигини талаб қилди. Давлат томонидан бошқариладиган тиббий ёрдам фондлари амбулатория ва стационар хизматлар кўрсатишган, дорилар билан таъминлашган ва қўшимча ҳақ олмай бошқа хизматлар кўрсатишган. Бу тизим бўйича тиббий хизматлар кўрсатиш бандлик билан боғлиқ бўлган. Тиббиёт ва ҳукумат ўртасида ёки касаба уюшмалари ўртасида бевосита алоқа бўлмаган. Ходим томонидан тиббий ёрдам фондларига тўловлар унинг даромадларига биноан амалга оширилган ва тиббий хизматлардан фойдаланиш миқёсига боғлиқ бўлмаган.

1914 йилга келиб Германиянинг 13% аҳолиси тиббий суғуртага эга эди. 1932 йилда бу улуш 32%, 1960 йил 85%гача, 1986 йилда эса 90%гача ўсди. 1993 йилда Германия аҳолисининг 85% маҳаллий ёки миллий тиббий ёрдам фондлари тизими орқали мажбурий суғурта билан қамраб олинган эди, 15% хусусий кўнгилли суғуртага эга эди. Суғурта терапевтик, стоматологик, стационар хизмат кўрсатиш ва соғломлаштирувчи марказларда реабилитацион даволашни қўшиб ҳисоблаганда катта афзалликларга эга. Госпиталларнинг ярми муниципал ҳокимият органлари ихтиёрида, учдан бири нотижорат нодавлат ташкилотлар, қолганлари эса тижорат муассасалари томонидан бошқарилади.

Ҳукумат соғлиқни сақлаш харажатлари умумий миқдорининг 21%ини ўз зиммасига олади, ходим ва иш берувчининг ҳамкорликдаги тўловлари 60%ини қоплайди, беморлар иштироки 11% беради, 7% хусусий суғурта улушига тўғри келади. 1986 йилда касалхоналарни тўлиқ молиялаш жорий қилинди. Германияда стационарларда ўрин-жойлар миқдори юқори бўлиб, улар унчалик тўлдирилмасди. 1988 йилда, сўнгра 1993 йилда соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш тўғрисида қонунлар қабул қилинди. 1990 йилда соғлиқни сақлашга харажатлар ВВПнинг 8,7%ини ташкил қилди. Жон бошига бу 1486 доллар, Канада ва АҚШда 1770 ва 2566 долларни ташкил этади.

Нидерландия

1993 йилда Нидерландия аҳолиси 15,3 млн кишини ташкил қилган, ВВП миқдори жон бошига 20480 минг долларга етган. Чақалоқлар ўлими даражаси 1 минг тирик туғилганларга 6, умр кўриш давомлилиги — 77 ёш — энг яхши жаҳон кўрсаткичларидан биридир. 12 йил ичида (1980—1992 йй.) туғруқларда летал ҳоллар 100 мингга 10 тани ташкил қилган. 1990—1993 йй.даги маълумотларга кўра гўдаклик ёшида иммунизация даражаси 95—97% ни ташкил этган (КДС, полиомиелит, қизамиқ). 1987 ва 1992 йй.да Голландияда полиомиелит икки марта авж олган, унга хориждан мамлакатга келтирилган вирус сабаб бўлган; эпидемия аҳолининг вакцинация олмаган диний гуруҳларида бўлиб ўтган.

Голландияда соғлиқни сақлаш тизими жамоат ва хусусий молиялаш ҳисобига фаолият кўрсатади. Тиббий хизмат хусусий йўл билан кўрсатилади. Соғлиқни суғурталаш иш берувчи ва ходимнинг тиббий ёрдамнинг нотижорат Фондлари ёки индивидуал суғурта дастурлари орқали тўлаш асосида амалга оширилади.

1993 йилда бундай гуруҳлар 41% аҳолини тиббий суғурта билан қамраб олди. Соғлиқни миллий суғурталаш 1941 йилда жорий этилган эди; у касалхона кассалари томонидан жуғрофий тамойил бўйича амалга оширилган ва аҳолининг катта қисмларини эгаллаган. Ходимлар маош

миқдоридан 4,95%, иш берувчиларнинг ўзлари эса — 3,15% тўлайдилар. Агар бемор шахсий суғурта дастурига эга бўлса, умумий амалиёт врачлари ишига кўрсатилган хизматга яраша ҳақ тўлашади, касалхона кассасида суғурта қилинган беморлар учун капитация тамойилига асосланган ҳақ тўланади.

Мутахассис-врачга бориш учун бемор оила врачидан йўлланма олиши мажбур (шу тариқа умумий амалиёт врачлари «назоратчи» вазифасини бажаради). Бу тизим мутахассисларга бўлар-бўлмасга мурожаат қилаверишнинг олдини олади ва тиббий хизмат қийматини назорат қилиб туради. Кўпчилик врачлар касалхоналарда ишлайдилар ва кўрсатилган хизматларни учун ҳақ оладилар. Касалхоналар нотижорат ташкилотлари ҳисобланади ва касалхона кассалари ҳамда хусусий суғуртачилари билан шартномаларда белгиланган бюджетга эгаллик қиладилар. Касалхоналарда ўрин-жойлар миқдори ва технологик ускуналар сотиб олиш ҳукумат томонидан идора қилинади, бу тиббий хизмат қийматининг ўсиб кетишига йўл қўймайди.

Голланд соғлиқни сақлаш тизими хизматларга нархлар ўсишини жиловлаб туриши, ҳаммага тиббий хизмат кўрсатишни таъминлаш, бирламчи хизмат кўрсатиш тизимини ва умуман тиббий кўрсаткичларни жаҳон миқёсида сақлаб туришни қувватлаш масаласида ўз самарадорлигини исботлади.

Канада

Канада 10 провинция ва 2 та шимолий ҳудудлардан ташкил топган федерация ҳисобланади. Аҳолиси 27,8 млн киши, жон бошига ҳисоблаганда ВВП 20710 долларни ташкил қилди. Умр кўриш давомлилиги 77 ёш, туғруқларда оналар ўлими 100 мингга 5 ҳодиса, чақалоқлар ўлими 1000 га 7 та. 1990—1993 йилларда 85% болалар иммунизация (КДС, полиомиелит ва қизамиқ) билан қамраб олинган. 1990—1991 йилларда Квебек ва Онтарио провинцияларида қизамиқнинг йирик авж олишлари кузатилган.

Канадада соғлиқни сақлаш масалалари учун жавобгарлик провинциялардаги ҳокимият органларига юклатилган, бироқ 30-йилларда ажратила бошлаган федерал грантлар провинцияларда жамоат соғлиқни сақлаш дастурлари ёки онкологик касалликларга қарши кураш дастурларини амалга ошириш учун қатъий белгиланган дастурларга мўлжалланган эди. Бу ҳол Канадада миллий соғлиқни сақлаш дастурини шакллантириш учун негиз бўлиб хизмат қилди. Бу дастур 1946 дан 1971 йилгача босқичма-босқич ривожланди, ҳозир «Медикэр» номи билан машҳур бўлган тиббий хизматни тўлиқ суғурта қилиш амалга оширилган.

Ҳамма канадаликлар жамоат маблағларидан молияланадиган соғлиқни сақлаш тизими билан қамраб олинган, айна вақтда хусусий тиббий амалиёт ҳам мавжуд. Госпитал хизматлар асосан ноҳукумат нотижорат касалхоналари орқали кўрсатилади.

Канада соғлиқни сақлаш тизими худди шундай инглиз ва америка дастурларидан фарқ қилади. «Она Британия» анъанавий кучли ҳукуматга эга эди, сўнги вақтларда эса у «социал таъминот давлати»га айланиб қолди. Соғлиқни сақлашнинг ҳар учала тизими ўз мамлакатларининг сиёсий ва маданий анъаналарини акс эттиради. Бу тизимлар ислоҳотлар даврини бошидан кечирмоқда ва хизмат қиймати ўсишини тўхтатиш ва ҳаммабоп тиббиётни сақлаб қолиш (ёки АҚШ даги каби вужудга келтириш) ҳар бир мамлакатда энг муҳим сиёсий муаммо бўлиб қолди.

Канадада миллий соғлиқ суғуртаси тизимини яратишга дастлабки уринишлар 20-йиллардаёқ бошланган эди, бироқ Иккинчи жаҳон урушидан кейингина қатъий ҳаракатлар қилинди. 30-йиллардаги «улуф депрессия» тажрибаси, аграр ширкатларининг кучли ҳаракати ва урушдан кейин бутун жамиятнинг ўзгаришларга интилиши натижасида соғлиқни суғурталаш масаласида силжишлар кўзга ташланди. 1946 йилда камбағал Канада провинцияси Саскачуан ҳокимияти касалхона хизмати учун суғурта дастурини тасдиқлади, натижада 1 млн одамдан иборат бу провинция аҳолиси хизматлар ҳақини олдиндан тўлаш асосида госпиталларда тиббий ёрдам олиш имкониятига эга бўлди. Кейинги йилларда бу бошқа провинцияларга ёйилди, 1956 йилда эса федерал ҳукумат касалхона хизмати ва диагностика хизматлари тўғрисида Қонун қабул қилди. Бунга кўра касалхона хизматларини олиш учун умумий суғурта дастури кучга кирди. Бу дастурни федерал ҳукумат ва провинциялар бюджетидан биргаликда молиялаш кўзда тутилган эди. 1961 йилда Канаданинг ҳамма 10 провинцияси ишлаб чиқилган мезонларга биноан касалхона хизмати учун суғурта дастурларини ишлаб чиқди.

1961—1962 йй.да Саскачуан провинцияси яна тиббий хизмат умумхалқ дастурини ишлаб чиқиш ташаббуси билан чиқди («Медикэр»), натижада бу врачларнинг иш ташлашига сабаб бўлди. Забастовка врачлар билан бир неча масалалар бўйича келишувга эришилгач тугалланди. Шунга қарамай, янги дастур ҳаётга татбиқ этила бошлади, кўрсатилган тиббий ёрдамга ҳақ эса ҳар бир хизмат учун тўланадиган бўлди. Бу дастур ҳам ҳаммани тиббий хизмат билан қамраб олиш, хизматлар рўйхатининг катталиги ва жамоат томонидан бошқарилишига асосланган эди.

Бу соҳадаги қарама-қаршиликларни назарда тутиб, тиббий хизмат кўрсатиш бўйича Қироллик комиссияси (Холл комиссияси) бундай дастурларни харажатларда федерал ҳукумат иштироки билан кучга киритишни тавсия қилди.

1966 йилда ҳукумат «Медикэр» тўғрисида қонун тайёрлади. Қонунга биноан ҳукумат соғлиқни сақлашга умумиллий харажатларнинг 25% ни ва алоҳида олинган ҳар бир провинцияда жорий тиббий харажатларининг 25% ни қоплайдиган бўлди. 1971 йилда бу дастур Канаданинг ҳамма провинцияларида кучга кирди.

Тиббий хизматларининг тез ўсиши 1979 йилда соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсатни ўзгартиришга олиб келди. Бу масала билан тиббий хизматлар қиймати бўйича Комитет шуғулланди. Комитет нашр қилган ҳисоботда касалхона ўринлари сонини қисқартириш, қиммат бўлмаган муқобил хизмат турларини-уйда даволаш ва узоқ муддат тиббий парваришни ривожлантириш зарурлиги ёритилди. Квебекда жамоа хизматининг Регионал бошқармалари ва Маҳаллий марказлари тузилди. Улар турли хил тиббий ёрдамларни кўрсатдилар.

1974 йилда Канада соғлиқни сақлаш вазири Марк Лалонд «Канадаликлар соғлигининг янги истиқболлари» деган янги ҳужжат билан чиқиб, бу ижтимоий сиёсатни юргизишда мўлжал бўлиб хизмат қилди. Бу ҳужжат Соғлиқ соҳалари назариясидан иборат бўлиб, унда соғлиқни сақлашга генетик, экологик муаммолар ва ҳаёт тарзи хусусиятлари, шунингдек асл тиббий хизмат сифатида қаралди. Канада социал сиёсатининг асоси фуқароларнинг зарарли одатларини (чекиш, кўп овқат ейиш, жисмоний фаолликнинг йўқлиги) ўзгартириш йўли билан соғлиқни муҳофаза қилиш ҳисобланади.

13.7 илова

КАНАДА МИЛЛИЙ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ДАСТУРИНИНГ АСОСЛАРИ

1. Ҳамма канадаликларга тиббий хизматлар кўрсатиш.
2. Турли хил имтиёзлар: тиббий, стационар ва узоқ муддатли тиббий хизмат.
3. Провинциялардаги жамоат ўз-ўзини бошқариш органлари бирдан-бир тўловчи ҳисобланади.
4. Солиқлар солиш ҳисобига тўлиқ молиялаш.
5. Тиббий суғурта иш жойи билан боғлиқ эмас.
6. Провинциялар ўртасида эркин ҳаракат қилинганда тиббий суғурта имтиёзлари йўқотилмайди.
7. Федерал ҳокимиятларининг соғлиқни сақлашни молиялашда қатнашуви, бунда провинцияларда актив фаолият рағбатлантирилади ва регионал миқёсда тенг имкониятлар таъминланади. Харажатларда ўз улуши билан қатнашиш провинцияларнинг мураккаб молиявий аҳволига ижобий таъсир қилди.
8. Хусусий амалиёт, кўрсатилган хизматларга ҳақ тўлаш; ягона прејскурант жорий этиш муҳокама этилмоқда, врачларнинг қўшимча ҳақ олиши таъминланган.

9. Блок-бюджет асосида молияланадиган нотижорат шаклдаги касалхоналар.
10. Касалхоналар аккредитацияси кенг тарқалган.
11. Тиббий маълумотни (6 йил) университетларнинг тиббиёт факультетларида ва университетга қарашли госпиталларда олиш мумкин.
12. Врачлик аттестациясини (лицензиялаш) олиш учун имтиҳонларни махсус тузилган комиссия қабул қилади. (Канада тиббий кенгаши).
13. Тиббиёт соҳасидаги ҳамма-мутахассисларни лицензиялаш провинциялардаги ҳокимият органлари ихтиёрида бўлади.
14. Университетда ўқиш тугагандан кейин дипломдан кейинги ўқитиш (4—5 йил)дан сўнг Канада Қироллиги терапия ва хирургия коллежидаги махсус Комиссияда имтиҳон топшириш.
15. 70-йилдан бошлаб-турли профилактик дастурлар, масалан овқат маҳсулотларини албатта бойитиш.
16. Аҳолининг кўрсатилган хизматдан юксак қониқиш ҳосил қилиши, миллий соғлиқни сақлаш дастурини қўллаб-қувватлаш.
17. Социал сугурта бўйича пенсиялар ва муҳтож қарияларга қўшимча тўловлар кекса кишиларнинг қашшоқланишига йўл қўймайди.
18. 80-йиллардан бошлаб, провинциялар бюджети ўсиб бораётган тиббий хизматлар қийматига дош беролмаяпти.

Касалхоналарнинг жиҳозланганлиги ва улардан фойдаланиш коэффиценти юқорилигича қолмоқда. Ҳозирги вақтда Канада соғлиқни сақлашида хизмат кўрсатиш қиймати ўсишининг юқори суръатлари кузатиляпти. Соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига умуммиллий харажатлар 1992 йилда ВВП дан 10,1%га етди. Бу суммадан 40%дан зиёдроғи касалхоналарга ва бошқа тиббиёт муассасаларига, жумладан узоқ муддат парвариш қиладиган муассасаларга ажратилган. Айни вақтда 70-йилдан бошлаб, федерал ҳукуматнинг соғлиқни сақлашга харажатларда иштироки аста-секин пасайиб борган, шу сабабли провинцияларда ҳокимият органлари тиббиётни ҳозирги даражада молиялашни сақлаб қолишда доимий қийинчиликларни сезмоқдалар. Маҳалий ҳокимиятлар соғлиқни сақлашда нархлар ўсишини тўхтатиш йўллари изламоқдалар.

Касалхоналарда ортиқча койка-ўринлар сонини қисқартириш масаласи қўйилмоқда.

Чақалоқлар ўлими даражаси бўйича бошқа мамлакатлар орасида Канаданинг аҳволи яхшиланди. Агар 60-йилда бу кўрсаткичлар америкаликларнинг шундай кўрсаткичларидан ошган бўлса (1 мингга 28 ва 22), 1993 йилда улар АҚШ га қараганда паст бўлган (1 мингга 7 ва 9).

Туғруқларда оналар ўлими Канадада 100 мингга 5га бўлса, айни вақтда АҚШ ва Буюк Британияда 100 мингга 8га. Аммо болаларни иммунизация қилиш даражаси бу мамлакатларга ва Скандинавияга қараганда паст.

Сўнги 10 йилликлар мобайнида канадаликлар соғлигининг бирмунча яхшиланганлиги кузатилди. 1992 йилда чақалоқлар ўлими кўрсаткичлари бўйича мамлакат жаҳонда 14-ўринни эгаллаган эди (1 мингга 7та). Умр кўриш давомлилиги бўйича ҳам Канада етакчи мамлакатлар қаторида туради. Инсулт, юрак касалликлари ва шикастланишлардан ўлим камайди, специфик «ёшга оид» касалликлар натижасида ўлим кўрсаткичлари яхшиланди. Соғлиқни сақлашнинг бундай тизими мамлакат ичкарисида жуда оммабоп бўлганлиги туфайли молиявий қийинчиликларга қарамай, Канада ҳукуматининг ҳаммага тиббий ёрдам кўрсатишда жамоат назоратини сақлаб қолиш мажбурияти албатта ўз кучини йўқотмайди.

13.5 жадвал

Мамлакатлар	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1993 й.
Япония	31	13	8	6	5
АҚШ	26	20	13	11	9
Канада	27	19	10	8	7
Швеция	17	11	7	7	5
Буюк Британия	23	19	12	9	7

Манба: UNICEF материаллари бўйича. *State of the Worlds Children, 1994 and 1995.*

Америка Қўшма Штатлари

АҚШ — 50 та штатларни ўзида бирлаштирган федератив республика, ўз ҳукумати ва солиқ муассасалари бор. Конституция соғлиқни сақлаш ва социал таъминот учун мажбуриятни штатларга юклайди. Шунга қарамай, федерал ҳукумат бу соҳада етакчи роль ўйнайди, чунки у механизмларни ахборот тизимларни идора қиладиган умуммиллий стандартларни ишлаб чиқиш билан шуғулланади. Шунингдек тадқиқотлар тиббий хизматлар ва экспериментал дастурларни молиялайдиган энг муҳим манба ҳисобланади. 1797 йилда федерал ҳукумат денгизчиларга тиббий хизмат кўрсатиш тўғрисида ғамхўрликни ўз зиммасига олиб, Денгиз госпиталлари (кейинчалик — АҚШ жамоат соғлиқни сақлаш хизмати)га асос солган. Кейинчалик ҳукуматнинг бошқариб борадиган роли 1906 йилда овқат ва дорилар тўғрисида Қонун қабул қилинганидан кейин савдо устидан назорат жорий қилишда намоён бўлган. XIX аср охирида — XX аср бошларида қишлоқ хўжалиги Департаменти мамлакатнинг қишлоқ туманларида озиқ-овқат ва санитария-гигиеник маориф масалалари билан шуғулланган. Кейинроқ қонунга доир чоралар кўрилган: штатлар, шаҳарлар ва округлар даражасида соғлиқни сақлаш департаментларини тузиш учун моддий база яратилган.

Америка Қўшма Штатларида эркин бозор манфаатлари кўпинча озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори-дармонлар, хусусий шифохоналар, қариялар

ва камбағалларни яхши парвариш қилмаслик, ишончсиз автомобиллар, атроф муҳитнинг ифлосланиши ва тиббий хизматларнинг тақчиллиги сингари соҳаларда хавф-хатарлар вужудга келишига сабабчи бўлди, шунинг учун жамоат манфаатларини ҳимоя қилишга ҳукуматнинг аралашувига тўғри келди.

20-йй.да тиббий хизмат кўрсатиш қиймати бўйича Президент комиссияси соғлиқни сақлашнинг миллий дастурини ҳаётга татбиқ этишни тавсия қилди. Бунинг учун турли ихтисосликдаги врачларнинг гуруҳлари олдиндан ҳақ тўлаш тамойили асосида ҳамма аҳолини тиббий ёрдам билан таъминлай оладиган беморларга самарали тиббий хизмат кўрсатишни ўз олдига мақсад қилиб қўйди. 20-йй.да соғлиқни сақлаш имтиёзларидан хизмат ва соғлиқ суғуртасини жамоат учун тўлашни амалга оширган қасаба уюшмалари фойдаландилар. Бироқ бу амалиёт 1929—1936 йй.даги ҳалокатли «улуғ депрессия» натижасида тугатилди. 1935 йилда социал таъминот тўғрисидаги Қонун ишлаб чиқаришда бахтсиз ҳодисалар натижасида шикастланган миллионлаб ногиронлар, ходимлар, бевалар, етимлар ва қарияларга ижтимоий ёрдамни яхшилади, уларнинг депрессия сабабли ғам-андуҳларини бирмунча енгиллаштирди.

Иккинчи жаҳон уруши даврида ҳарбий хизматга чақирилган миллионлаб америкаликлар, шунингдек уларнинг қарамоғидаги кишилар ва олдиндан тўланган тиббий хизмат олиш учун илгари чегараланган имкониятлари бўлганлар бепул хизмат олиш миллий дастури билан қамраб олинган эдилар. Айни вақтда соғлиқни кўнгилли суғурталаш доирасидаги ходимларнинг имтиёзлари жиддий равишда кенгайтирилган эди. Бу ҳарбий даврнинг федерал қарорлари билан тақиқланган иш ҳақини ошириш ўрнига қилинган эди. Уруш тугагандан кейин миллионлаб фахрийлар, Фахрийлар уюшмаси орқали тиббий ёрдам билан қамраб олинган эди. Федерал ҳукуматнинг ҳарбий хизматчиларга ва уларнинг оила аъзоларига, шунингдек фахрийларга ва тубжой америкаликларга (индеецлар)га берадиган тиббий хизматлари америка тиббий хизматларининг бир қисми ҳисобланади.

1946 йилда президент Гарри Трумэн миллий соғлиқ суғурта тизимини киритишга уриниб кўрди, бироқ бу режани конгресс бир нечагина овоз етишмаганлиги туфайли рад этди. Ҳукумат бунинг ўрнига Хилл-Бартон Қонунига биноан касалхоналарни замонавийлаштириш учун мамлакатдаги ҳамма касалхоналарга пул ёрдамини беришни амалга оширди. Миллий саломатлик институтлари орқали хусусий ва жамоат тиббий мактабларида, университет госпиталларида тадқиқотлар ўтказиш ва зарур жиҳозлар сотиб олиш учун катта инвестициялар ажратилди. Федерал ҳукумат шунингдек касалликларни назорат қилиш бўйича Марказлар таъсис қилди ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги лойиҳаларни қувватлаб туришга махсус грантлар ажратди.

60-йилларнинг ўрталарида иш жойларида сотиб олинган суғурта дастурларининг улуши кўпайишига қарамай, кўпгина америкаликлар ҳар қандай суғуртадан маҳрум бўлган эдилар. 1965 йилда президент Линдон Жонсон социал таъминот тўғрисидаги Қонунга (1935 й) биноан 65 ёшдан ошган қариялар учун «Медикэр» дастурини жорий қилди. Шу туфайли аҳолининг тахминан 10% чегараланган шаклда соғлиқни суғурталаш билан қамраб олинган эди. 1965 йилда бояги Қонун асосида «Медикэйд» дастури киритилган эди. Бу дастурга мувофиқ давлат штатларидаги ҳукуматлар ишлаб чиққан лойиҳаларни молиялашда қатнашди ва бу лойиҳалар камбағалларга тиббий хизмат кўрсатишга мўлжалланган эди. Шу туфайли яна 25% америкаликлар соғлиқни суғурта қилиш имкониятига эга бўлдилар. Шундай қилиб, илгари тиббий хизмат олиш имконияти бўлмаган одамлар энди бунга эришдилар.

13.6 жадвал

АҚШда соғлиқни сақлашга ижтимоий фондлардан хизматлар типлари бўйича ва умуман харажатлар (1960—1995 йй)

Харажатлар,%	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1995 й.
Аҳоли жон бошига ҳисоблаганда	143	346	1063	1711	3621
ВНП дан	5,3	7,4	9,2	10,5	13,6
Жамоат фондларининг умумий суммасидан	24,5	37,2	42,0	41,3	46,2
Касалхоналар	34,5	38,2	41,5	39,3	35,4
Врачлар	19,7	18,5	18,3	19,5	20,4
Ҳамшира парвариши уйлари	3,2	5,8	7,1	7,2	7,9
Уйда тиббий хизмат кўрсатиш	0,2	0,3	1,0	1,3	2,9
Дорилар билан таъминлаш	15,8	12,0	8,7	8,7	8,4
Жамоат (давлат) соғлиқни сақлаши	1,4	1,8	2,7	2,7	3,2
Илмий тадиқотлар ва ривожланиш	6,3	7,3	4,7	3,8	3,1
Стоматологик хизматлар	7,3	6,4	5,4	5,1	4,6
Тиббий суғурта тармоғи маъмурияти ва таннархи	4,3	3,7	4,8	5,6	4,8
Умуман, млрд дол.	26,9	73,2	247,2	428,2	988,5

Манба: Health United States, 1996—97.

АҚШ да тиббиётни ижтимоий молиялаш кексаларга ва ногиронларга тиббий суғурта бериш («Медикэр» ва «Медикэйд»), тадқиқотларни ва санитария маорифини молиялаш, маҳаллий саломатлик марказларини қўллаб-қувватлаш, шунингдек камбағал районларда ва соғлиқни сақлаш етарлича ривожланмаган районларда хизмат турларини кўрсатишни ўз таркибига олади. 1994 йилда соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига харажатларнинг ижтимоий фондлар ва ижтимоий тиббий грантлардаги улуши деярли 44% га етди.

1928 йилда АҚШ да соғлиқни сақлашга харажатлар аҳоли жон бошига 29 долларни ташкил қилди, улардан 13% ижтимоий фондларга тўғри келди. 1949 йилда бу кўрсаткич 78 долларгача, ижтимоий молиялаш улуши эса 28% гача ўсди. 1960 дан 1992 йилгача соғлиқни сақлашга ажратиладиган ЯММ улуши деярли уч бараварга (1992 йилда — 13% дан кўпроқ) ўсган, яъни жаҳондаги бошқа бир мамлакатдан кўп бўлган. Харажатларнинг умумий миқдори 838 млрд. долларни, яъни аҳоли жон бошига 3 минг доллардан кўпроқ бўлган ва шунга қарамай, ҳеч қандай тиббий суғурта бўлмаган. 30 млн америкаликларда 1993 йилда касалликларнинг гуруҳлари бўйича харажатлар қуйидагича тақсимланган: юрак-томир касалликларига қарши курашга умумий суммадан 14%, шикастланишларга қарши — 12% ва рак касалликларига қарши — 8,7% ажратилган.

«Медикэр» ва «Медикэйд» дастурларининг қабул қилиниши соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига харажатларнинг ошишига олиб келди, чунки илгари тиббий хизматлар олмаган кўпчилик кишилар, жумладан катта маблағ сарфланишини талаб қиладиган махсус даволашга муҳтож кишилар соғлиқни суғурта қилиш тизимига тортилганлиги маълум бўлиб қолди. Соғлиқни сақлашга сарфланаётган харажатларнинг мамлакатдаги умумий иқтисодий ўсишдан илгарилаб кетганлиги жамоат соғлиғини сақлаш муҳолифларини ҳам, тарафдорларини ҳам доимо ташвишлантириб келган. Умумий ҳаммабоп тиббий таъминот муҳолифларининг асосий далили бу эҳтиёжларга маблағлар сарфлашнинг ошиб бораётганлиги бўлса, Конгрессдаги консерваторларнинг кўпчилиги «Медикэр» дастури томонидан бериладиган имтиёзларни камайтиришни таклиф қиладилар. Ҳаммабоп тиббий хизмат кўрсатиш тарафдорлари тўловлар устидан назоратни кучайтириш ва бўлар-бўлмасга касалхонага жойлаштиришдан воз кечиш йўли билан харажатларни камайтиришга чақирадилар. Хизмат кўрсатиш қийматининг назорат қилинмай ошиб бориши миллий соғлиқни сақлаш тизимига зарар келтиришини ҳаммалари ҳам яхши англайдилар.

Соғлиқни сақлашда нархларнинг тобора ўсиб бориши кўпгина омиларга: тиббий технологиянинг юқори даражаси ва қимматлиги, бу соҳада рақобатнинг кучлилиги, аҳолининг умумий таркибида қари кишилар улушининг кўпайиб бориши, соғлиқни суғурта қилиш соҳасида банд бўлган кўп сонли хусусий агентликларда маъмурий харажатларнинг кўплигига боғлиқ. Бундан ташқари, харажатларнинг ошишига тиббий таълимга берилаётган кенг миқёсдаги давлат инвестициялари, тиббиётдаги тадқиқотлар, техник жиҳозлар, қурилиш, СПИД тарқалганлиги; кам таъминланган аҳоли қатламлари ўртасида ўлим даражасининг юқорилиги, ихтисослаштиришнинг юксак даражаси ва бинобарин, лаборатория текширишларининг қимматлиги; шифокорнинг нотўғри хатти-ҳаракатлари оқибатида суғурта қийматининг юқорилиги олиб келади. Касалланишни пасайтиришнинг бир мунча тежамкор методларини излаш соғлиқни сақлаш соҳасидаги умуммиллий мақсадларга эришишда муҳим ўрин тутади. Бундай мақсадларга юрак-томир касалликлари миқдорини камайтириш ва чекишни ташлаш йўли билан травматизмни пасайтириш, гўшт истеъмол қилишни камайтириш, автомобилларда хавфсизлик тасмаларидан ва мотоцикллар, велосипедлар ҳайдашда шлемлардан фойдаланиш киради (2-бобга қ).

Касалхоналарнинг кўпчилиги нотижорат ташкилотлар, жумладан федерал ва маҳаллий ҳокимият органлари, кўнгилли ва диний жамиятлар ихтиёрида ва бошчилигида иш юритади. Тижорат асосида ишлайдиган хусусий касалхоналарда 1960 дан 1992 йилгача койка-ўрин улуши умумий койка-ўринлар сонидан 5 дан 10% гача кўпайган. «Хизматлар бўйича ҳақ тўлаш» тамойилига асосланган хусусий тиббиёт амалиёти хизмат кўрсатишнинг асосий шакли ҳисобланади. Яқин вақтлардан бошлаб, Саломатликни қувватлаш бўйича ташкилотлар номини олган тузилма кенг қулоч» ёймоқда. Уларнинг ўтмишдоши 20-йиллардаги олдиндан ҳақ тўланадиган врачлар гуруҳлари, шунингдек соғлиқни сақлашни тежамкор ва сифатли бошқариш методларидан фойдаланишни ўз олдига мақсад қилиб қўйган соғлиқни сақлаш ташкилотлари ҳисобланади. Саломатликни қувватлаш бўйича ташкилотлар тиббий хизматнинг қўйидаги тўлиқ мажмуасидан иборат: бирламчи ёрдам, стационар ёрдам, сўнгги вақтларда эса олдиндан ҳақ тўлаш йўли билан аҳоли гуруҳига муайян шартномага кўра профилактик кузатув олиб бориш ва хизматлар кўрсатишидир.

Бироқ, XX асрнинг охирида АҚШ да ҳар еттинчи аҳолида (аҳолининг 15%) ҳанузгача тиббий суғурта йўқлигини, яна 15% эса тиббий хизматларга энг паст дотация олишини унутмаслик керак. Шундай қилиб, АҚШ аҳолисининг деярли учдан бир қисми учун тиббий ёрдамни олиш амримаҳол.

Юқорида айтилгандек, АҚШ да 20 й.дан бошлаб мавжуд бўлган олдиндан ҳақ тўланадиган гуруҳий тиббий хизмат иш жойидан олдиндан даво хизматларини кўрсатади. Соғлиқни сақлашни ташкил қилишнинг бу типи тиббий хизмат кўрсатиш шартномага асосланган (асосан, олисдаги конларда) корхоналар ва компанияларда тиббий хизматни ташкил қилиш амалиётидан бошланган эди. 1929 йилда Элк-Ситида ташкил қилинган (Оклахома штати)жамоа госпитали хизматларга олдиндан ҳақ тўланадиган дастлабки тиббий ширкат ҳисобланади. Касаба уюшмаси томонидан маблағ билан таъминланадиган тиббий ёрдам тизими Аппалач тоғларидаги ночор шахтёр районларида хизмат кўрсатишга мўлжалланган ва 1937 йилдан бошлаб, Вашингтонда (Колумбия округи) шаҳар ширкати сифатида фаолият кўрсатар эди. 40 й.да шаҳар ҳокимияти Катта Нью-Йорк аҳолиси саломатлигини суғурталаш режасини амалга ошириш учун маблағ ажратди, шу режага биноан камбағал аҳоли яшайдиган қайта қурилаётган районлар ва мавзелар аҳолиси, шунингдек кейинроқ ташкил этилган касаба уюшмаларининг аъзоларига олдиндан ҳақ тўланган тиббий хизмат кўрсатилар эди.

30-йилларда бу тизим Генри Кайзер заводларининг ходимлари учун жорий қилингандан сўнг олдиндан ҳақ тўланадиган гуруҳий тиббий хизмат ҳаммага кенг ёйилди. Бу тажриба кейинроқ Калифорниядаги Сан-Франциско кўрфази райониға ёйилди, бу ерда Кайзер улкан кемасозлик корхоналари ва бошқа саноат корхоналарига эгалик қиларди. Бу корхоналар Иккинчи жаҳон уруши даврида ва ундан кейин жадал ривожланди. Калифорния, Орегон, Колорадо ва бошқа штатларда истиқомат қиладиган миллионлаб америкаликлар шу тизим туфайли тиббий хизматлардан фойдаланиш имкониятларига эга бўлдилар. Аввалига бу режа соғлиқни суғурталаш хусусий индустриясида банд бўлган шифокорларнинг уюшган норозилигига дуч келди, бироқ, ўзининг юксак сифати ва арзонлиги билан аста-секин оммавий тус олди. У шунингдек иш берувчилар ва касаба уюшмалари учун, кейинроқ эса соғлиқни сақлашга харажатларнинг ўсиб боришини тўхтатиш йўлларини излаётган ҳокимиятларга ҳам қўл келди.

Эслатиб ўтилганидек, 70-йиллардан бошлаб соғлиқ суғуртасини тиббий хизмат кўрсатиш билан бирга олиб борадиган ва 1973 йилда президент Никсон таклиф қилган Саломатликни қувватлаш бўйича ташкилот ҳамманинг эътиборини қозонди ва ҳукумат томонидан маъқулланди. Соғлиқни қувватлаш бўйича ташкилотлар тизими АҚШ да тиббий хизматнинг таркибий қисми бўлиб қолди ва хусусий тиббиётда «хизматга ҳақ тўлаш» бўйича муҳим муқобил тамойилга айланди. 80-йиллар охирида тиббий хизматнинг ҳам тижорат, ҳам нотижорат тизимларини бирлаштирган тиббий хизматнинг асосий тамойили тиббий

хизматни бошқариш ва тақсимланиши устидан назорат қилиш модели (кейинроқда МС деб юритилади) бўлиб қолди. Бу тамойил америка соғлиқни сақлашининг ҳамма шакллари ва моделларига тобора кўпроқ тарқалмоқда. 90-йилларда МС ёндошуви кенг қўллаб-қувватланди ва тарқалди, ҳозир у америка Конгресси томонидан «Медикэр» ва «Медикэйд» мижозлари учун хизматлар қийматини пасайтиришнинг ва суғуртаси умуман йўқ ёки қониқарсиз тиббий ёрдам олаётган кўп сонли америкаликларни қамраб олган асосий йўналиши бўлиб қолди.

13.7 жадвал

Америка Қўшма Штатларида соғлиқни қўллаб-қувватлаш бўйича ташкилотлар миқдорининг ўсиши (1976—1996)

Кўрсаткич	1976 й.	1980 й.	1985 й.	1990 й.	1996 й.
Ташкилотлар миқдори	174	235	478	572	628
Аҳолини хизматлар билан қамраб олиш млн киши	6,0	9,1	21,0	33,0	52,5

Манба: *Health United States, 1996—97.*

Хизмат кўрсатиш қиймати ўсишини тўхтатиш йўллари излаш АҚШ да тиббий хизматларни тарқатишда ва ҳақ тўлашда ва ахборот тизимларини ривожлантиришда бирмунча муҳим янгиликларни жорий қилишга имкон берди. Соғлиқни қувватлаш бўйича ташкилотлар «хизматлар учун ҳақ тўлаш» тизимига қараганда стационарга ётқизиш даражаси паст бўлганда хизмат кўрсатишнинг сифати юксак бўлишини намоён қилди. Шу билан бирга стационарда ўтказилган кунлар сони учун анъанавий ҳақ тўлаш тизими ёки тиббиёт муассасаларини блок-бюджет тамойили бўйича молиялашга муқобил сифатида олинган касалхона хизматларига ҳақ тўлашнинг янги мезонлари изланди. Анъанавий ҳақ тўлаш методлари наф бермайдиган даволаш методларидан фойдаланиш ва стационарда узоқ муддат ётишни тақозо қиларди.

80-йилларда самарали касалхона хизматини рағбатлантириш мақсадида Буюк Британияда соғлиқни сақлаш тизимини муҳокама қилишда айтиб ўтилганидек, клиник-статистик гуруҳлар (КСГ) тамойили бўйича ҳақ тўлаш амалиёти қўлланилган. Бу тизимга кўра суғуртачи беморнинг стационарда бўлган кунлари миқдорига қараб эмас, балки ташхисга кўра касалхонага пул ўтказар эди. Бу тизим шифокорларнинг жадалроқ даволаши ва бинобарин, беморнинг стационардан тезроқ чиқиб кетишига имкон яратарди. «Медикэр» ва «Медикэйд» беморлари учун ҳақ тўлаш ҳам шу тамойилга асосан амалга оширила бошланди. Кўпгина штатларда

суғуртанинг хусусий турига эга бўлган беморлар ҳам шу тизимдан фойдалана бошладилар. Соғлиқни сақлаш мониторинги ва хизматларини (ва айниқса касалхона хизмати) режалаштириш учун зарур ахборотни олиш мақсадида кўпгина штатлар ўзларида ахборотнинг ягона касалхона тизимларини жорий қилдилар.

1980—1990 йилларда АҚШ да КГС тамойили бўйича ҳақ тўлаш, уйда даволаш, тиббий ёрдамни бошқариш ва тақсимлаш устидан назорат ўрнатиш, соғлиқни қувватлаш ташкилотлари (НМО), шунингдек хирургик касалликларни амбулатор усулда даволашнинг самарали воситалари пайдо бўлиши туфайли стационар ёрдам улуши камайтирилди. Шунга қарамай, бу даврда соғлиқни сақлашга умумий харажатлар кўпайди, стационар ёрдам улуши қисқармаган тақдирда бу харажатлар янада юқори бўларди.

Америка Қўшма Штатларининг ахборот тизимларини ривожлантиришга доир тажрибаси катта халқаро аҳамиятга эга. АҚШ Жамоат соғлиқни сақлаш хизмати қошидаги касалликлар назорати бўйича Марказ касалланиш ва ўлим тўғрисида Ҳафталик ҳисобот эълон қилиб, унда касалланишни қайд қилиш ва анализи бўйича халқаро стандартларни белгилайди. АҚШ соғлиқни сақлаш Жамоат хизмати, озиқ-овқат маҳсулотлари ва медикаментлар устидан назорат бошқармаси, Саломатлик миллий институтлари ва кўпгина ноҳукумат муассасалари ахборотлар йиғадилар, тиббиёт технологияси ва илмий тадқиқотларни ривожлантиришнинг кўпгина соҳаларида мониторингни амалга оширадилар ва олинган маълумотларни нашр этадилар. АҚШ, бундан ташқари, тиббиёт технологияси ва тиббиётдаги илмий тадқиқотларнинг кўпгина соҳаларида илгаригидек етакчи бўлиб қолмоқда. Овқатланиш мониторинги миллий тизими (8-бобга қ.) ва соғлиқни сақлашдаги ишларни ўрганиш билан банд бўлган яхши ривожланган бошқа ахборот тизимлари ўз фаолиятини профессионал нашрларда ва касалликларни назорат қилиш бўйича марказ ҳафталикларида эълон қиладилар. Стационар хизмат маълумотларини ҳисобга олиш Миллий хизмати стационар ресурслардан фойдаланиш ва касалланиш хусусиятларини акс эттиради.

1979 йилда АҚШ тиббиёт хизмати раҳбари «Соғлом халқ» сарлавҳаси остида ҳужжат эълон қилиб, унда миллий соғлиқни сақлашнинг вазифалари муаммоларининг катта рўйхати бўйича 226 та вазифа баён этилиб, улар уч тоифага: профилактика, соғлиқни муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлашга бўлинган. Соғлиқни сақлашнинг касалликлар профилактикаси соҳасидаги вазифалари тиббий хизмат кўрсатадиган шахслар (провайдерлар) фаолиятига тааллуқли бўлган. Соғлиқни муҳофаза қилишга доир вазифалар турли даражадаги ҳукумат

муассасалари, саноат ва бошқа агентликлар учун ишлаб чиқилган эди. Соғлиқни мустаҳкамлаш соҳасидаги вазифалар жамоалар ва айрим шахслар фаолияти учун ишлаб чиқилган эди. Бу ҳамма мақсадлар ва вазифалар 1979 йилда Жамоат соғлиқни сақлаш хизмати ташаббуси бўйича анжуманга йиғилган турли соҳалардаги 167 нафар мутахассислардан сўроқ ўтказилгандан кейин баён қилинган эди. Анжуман қатнашчиларининг умумий келишуви энг нуфузли профессионаллар ва миллий соғлиқни сақлаш ҳукумат ташкилотлари: шунингдек Америка педиатрия Академияси ва Америка акушерлик ва гинекология коллежининг тадқиқотлари ва мунозаралари натижаларига асосланган эди. Кўпгина хусусий шахслар ва айрим ташкилотлар, жумладан истеъмолчилар гуруҳлари номидан тиббиёт агентликлари ёки врачлар ҳамда соғлиқни сақлаш соҳасидаги бошқа ходимлар вакиллигидаги ташкилотлар, академик марказлар ва кўпгилли ташкилотлар бу лойиҳага ўз ҳиссаларини қўшдилар.

Тахминий ҳисоб-китобларга кўра АҚШ да йил сайин 1 млн.га яқин ўлим юз беради, ваҳоланки бунинг олдини олса бўлади. Хулқ-атворга боғлиқ хавфни пасайтириш, корхонада меҳнатни муҳофаза қилиш, тиббий хизмат кўрсатишда минтақалар ўртасидаги тенгсизликни қисқартириш, соғлом турмуш тарзи масалалари бўйича аҳолининг маърифатини ошириш — бу омилларнинг барчаси соғлиқ ҳолатини яхшилаш ва соғлиқни сақлашга сарф бўлаётган харажатларнинг ўсиш суръатларини тизгинлашга имкон беради. 80- йилларда шундай сиёсат туфайли ўлимнинг асосий сабаблари — юрак-томирлар касалликлари ва шикастланишлардан ўлимни пасайтиришга муваффақ бўлинди.

1979 йилдан бошлаб бу мақсадлар АҚШ соғлиқни сақлаш тизими фаолиятларининг акси сифатида аниқлаштирилди ва баҳоланди. Кўпгина штатларда бу мақсадлар маҳаллий соғлиқни сақлаш тизимлари ҳолати ва фаолиятининг мезонлари сифатида қабул қилинди. АҚШ жамоат соғлиқни сақлаши хизматининг Миллий тиббиёт статистикаси маркази билан ҳамкорликдаги йиллик нашрлари соғлиқни сақлашга доир ахборотнинг батафсил рўйхатидан иборат, уларда миллий тиббиётнинг юқорида кўрсатилган вазифаларига биноан шароитга баҳо берилади. Соғлиқни сақлашнинг фаолиятига ва уни ривожлантиришни режалаштиришга баҳо бериш тамойили ҳам жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Оврупо бюроси томонидан қабул қилинган.

Соғлиқни мустаҳкамлашга йўналтирилган фаолият Кўшма Штатларда сўнгги йигирма йил мобайнида ижтимоий, ҳукумат томонидан ва профессионал жиҳатдан кенг қўллаб-қувватланди. Қисман бу кишлоқ жойларда ва мактабда кўп йиллик санитария маорифининг анъаналари туфайли вужудга келган. Рационал овқатланиш ва чекишга қарши курашнинг муҳимлигини тушуниш, шунингдек, оммавий ахборот воситаларининг бир

қатор муҳим эпидемиологик тадқиқотларга катта аҳамият берганлиги туфайли кучайди. 1965 йилда эълон қилинган «АҚШ тиббий хизмати Бошлиғининг чекиш тўғрисидаги Ҳисоботи» да чекиш билан ўпка ракиннинг боғлиқлигига доир фикр жамоатчилиқни ларзага солди.

13.8 жадвал

АҚШ да «Ҳамма учун саломатлик»: категориялари, фаолият доираси ва дастурий мақсадлари (1979—1995)

Категориялари	Фаолият доираси	Мўлжалланган мақсадлар сони
Профилактика (Health Prevention)	ВИЧ-инфекция	14
	Диабет ва бошқа хроник касалликлар	20
	Ўсмалар	16
	Юрак-томир касалликлари	17
	Она ва бола соғлиғи	16
	Иммунизация ва инфекция касалликлар	19
	Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар	15
	Клиник профилактик хизматлар	8
Соғлиқни муҳофаза қилиш (Health Protection)	Дорилар ва овқат маҳсулотларининг сифати	6
	Меҳнат ва соғлиқни муҳофаза қилиш	15
	Бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш	22
	Оғиз бўшлиғини соғломлаштириш	15
	Саломатлик ва атроф муҳит	16
Соғлиқни мустаҳкамлаш (Health Promotion)	Чекиш	16
	Алкогол ва наркотикларни суистеъмол қилиш	19
	Овқатланиш	21
	Жисмоний фаоллик ва жисмоний қомат	12
	Оилани режалаштириш	11
	Руҳий саломатлик ва руҳий бузилишлар	14
	Хавфли ва тажовузкор хулқ	18
	Таълим ва тегишлича йўналтирилган дастурлар	14
Ахборот билан таъминлаш	Информацион тизимлар ва аҳолидан сўровлар	7
	Умумий миқдори	332

Манба: *Zwick DI. Public Health Reports, 1983, 96:416, 423; and Public Health Service. The 1990 Health Objectives for the Nation.*

Юрак-томир касалликларининг хавф омиллари тўғрисидаги Фрэммин-хэм тадқиқоти туфайли шифокорлар ва аҳоли тўғри овқатланишнинг муҳимлигини тушуниб етдилар.

Миннесота штатининг «Соғлом юрак» лойиҳаси каби тадқиқотлар социал-иқтисодий аҳвол ва шахсий одатларни ўз ичига олган хавф

омилларини намоёиш қилибгина қолмай, балки жамоатчиликни соғлиққа хавф соладиган омилларни қисқартиришга йўналтирдилар. Фейл-атвор стереотипларини ўзгартиришга қаратилган жамоа фаолияти аҳолининг қон босими, тўғри овқатланиш, яхши жисмоний бақувватликни сақлаш, шахс ва жамоат соғлигининг бир қисми бўлган чекишдан воз кечиш устидан назорат ўрнатишни англаб етишига таъсир қилди. АҚШ тиббий хизмати бошлиғининг 1988 йилда эълон қилинган овқатланиш муаммолари бўйича ҳисоботи жамоат соғлиғини сақлаш учун кенг қўламли ҳаётий муҳим мавзунинг умумлашмаси ҳисобланади.

АҚШ да истеъмолчи ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳаракати жамоат соғлиғини сақлаш билан боғлиқ бўлган ҳукумат фаолиятининг ҳамма жиҳатларига сезиларли таъсир қилди (2-бобга қ.). Бу йўл ҳаракати хавфсизлиги ва чиқинди газлар устидан назорат, атроф муҳит муҳофазаси соҳасидаги стандартлар, «Оналар рулни бошқаришда алкоголь истеъмол қилишга қарши» жамияти фаолияти, асосий маҳсулотларни озиқли моддалар билан тўйинтириш ва маҳсулотларни уларнинг таркиби тўғрисидаги батафсил ахборот билан таъминлаш, шунингдек ёғ миқдори кам маҳсулотлар ишлаб чиқариш масалаларини ўз ичига олади.

Масалан, маҳсулотларни озиқли моддалар билан бойитиш тўғрисидаги қарор Америка Қўшма Штатларида қабул қилинган эди, бироқ у ерда Канададаги каби мажбурий ҳисобланмайди, лекин у ҳамма жойда тарқалган. Бу фаолият истеъмолчи ҳуқуқларини ҳимоя қилиш, жамоатчиликни овқатланиш индустриясидаги янгиликлар билан таништириб бориш асосида олиб борилади. Штатларда ва федерал ҳукуматда фаолият кўрсатаётган махсус хизматлар заҳарли моддалар чиқарилишини камайитириш ва ўз автомобилларининг ишончилигини ошириш учун автомобилсозларга тазйиқ ўтказадилар. Ўтказилаётган тадқиқотлар ва соғлиқни сақлаш муаммоларига жамоатчиликнинг доимий қизиқиши соғлиқни қувватлаб туриш бўйича фаолиятга қулай шароит яратади ва бу масалада шахсий ва жамоат онгининг юксак даражада шаклланишига имкон беради.

Тиббий хизмат қийматининг ўсаётганлиги, соғлиқни мустаҳкамлашга саъй-ҳаракатлар ва тиббий технологиянинг такомиллашувиغا қарамай, америкаликларнинг соғлиқ ҳолати бошқа ғарб мамлакатлардагига қараганда секин яхшиланмоқда. АҚШ да чақалоқлар ўлими даражаси 24 та мамлакатларга қараганда юқори ва ҳатто оқ танли аҳоли орасида тиббиётга камроқ маблағ сарфлайдиган 16 та мамлакатларнинг худди шундай кўрсаткичларидан юқори. АҚШ оқ танли ва қора танли аҳолисида чақалоқлар ўлими ўртасидаги тафовут ҳанузгача катта. Бу тафовут тиббий суғурта маблағлари миқдори ва социал-иқтисодий омилларнинг бир хил эмаслиги билан изоҳланиши мумкин. АҚШ да иммунлаш даражаси КДС

бўйича 83%, полиомиелит бўйича 72% ва қизамиқ бўйича 83% ни ташкил этади. Вакциналаш бўйича қамраб олишнинг бундай паст даражаси шаҳардаги пастқам жойларда ва қашшоқ қишлоқларда кўпчилик рангли болаларга яхши хизмат кўрсатилмаслиги билан боғлиқ бўлиб, 1991-1992 йилларда асосан шаҳар ҳудудида қизамиқнинг йирик эпидемияларига сабаб бўлди. Ҳамма штатларда мактаб ёшидаги болаларни мажбурий иммунизация қилиш мактабга қабул қилишнинг қонун билан белгиланган шарти ҳисобланиб, бу чора муаммони қисман ҳал қилди.

13.9 жадвал

**АҚШ да оқ ва қора танли аҳоли ўртасида чақалоқлар ўлими
(1950—1990)**

Кўрсаткич	1950 й.	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1990 й.
Оқ танлилар орасида чақалоқлар ўлими	26,8	22,9	17,8	11,0	8,2
Жумладан:					
ННЎ	19,4	17,2	13,8	7,5	5,2
ПННЎ	7,4	5,7	4,0	3,5	3,0
Қора танлилар орасида чақалоқлар ўлими	43,9	44,3	32,6	21,4	17,7
Жумладан:					
ННЎ	27,8	27,8	22,8	14,1	11,3
ПННЎ	16,1	16,5	9,9	7,3	6,4

Эслатма: ННЎ — неонатал ўлим: ҳаётининг 1 ва 28 кунлари оралиғида юз берган ўлим, 1 минг тирик туғилишларга ҳисоб қилинади; ПННЎ — 28 кундан 12 ойгача ёшдаги болалар ўртасидаги постнеонатал ўлим, 1 минг тирик туғилишларга ҳисоб қилинади.

Манба: *Health United States, 1993.*

АҚШ да «2000 йилга келиб соғлом халқ» дастурини амалга ошириш тўғрисидаги 1995 йил ҳисоботида аҳоли соғлиғини сақлаш ҳолатидаги ҳам позитив, ҳам негатив ўзгаришлар қайд қилинади. Ижобий ўзгаришлардан юрак-томир ва рақ касалликларидан ўлимнинг камайтирилиши ва автомобилни маст ҳолатда бошқариш билан боғлиқ масаланинг ечимини қайд этиш мумкин. Мамлакатнинг катта ёшдаги аҳолиси камроқ чекади, ёғ миқдори камайтирилган овқат истеъмол қилади, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланишга кўпроқ вақт ажратади; организмда холестерин миқдори пасайгани қайд этилган. Қизамиқ ва сўзак билан касалланиш пасайиб бормоқда. Кўпчилик кишилар ҳавоси тоза ҳудудларда яшайдилар, болалар қонида кўрғошин даражаси камайиб борапти. Салбий ҳодисалар орасида — жамоат соғлиғига хавф туғдирувчи СПИД 25—24 ёшдаги аҳоли ўртасида ўлим

кўпайишининг асосий сабабчиси ҳисобланади: 100 минг кишига 16,3 дан 23,4 гача кўпайган. Эрта ҳомиладорлик тарқалган: йил сайин ҳар ўнта ўсмир қиздан биттаси ҳомиладор бўлади. 1993 йилда АҚШ катта ёшдаги аҳолисининг учдан бири вазн ортиқлигидан азият чеккан. 2000 йилга келиб, бу кўрсаткични 20% га камайтириш миллий соғлиқни сақлашнинг мақсади деб эълон қилинган эди. 1994—1995 йилларда кўпгина шаҳарларда ўз-ўзини ўлдириш камайган бўлса-да, бундай ҳодисалар сони яна кўпайди.

90-йилларнинг бошларида соғлиқни сақлаш аҳволи миллий ва давлат сиёсатининг марказий вазифаси саналар эди. Иш жойини ўзгартирган кишилар учун тиббий хизматга ҳақ тўлаш муаммоси, АҚШ аҳолисининг тахминан 15% ида соғлиқни тўлиқ суғурталашнинг йўқлиги муаммоси, шунингдек хусусий тиббий суғурта қийматининг юқорилиги сиёсий ҳаракатга сабаб бўлди-унинг мақсади миллий соғлиқни сақлаш дастурини қабул қилиш эди. 1992 йилда Билл Клинтон ўз сайловолди компанияси вақтида шундай ҳаракат режасини киритишга ваъда берди. 1993 йилнинг кузида Клинтоннинг соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш дастури америкаликларга муҳокама учун қўйилди ва унинг Конгрессда тасдиқланиш жараёни бошланди.

Соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш дастури иш жойи томонидан амалга ошириладиган умумий мажбурий тиббий суғурта, қиймати ҳар хил кўпгилли муқобил суғурта дастурларини ўз таркибига олган эди. Хизматларнинг ягона тўловчиси бўлган штат соғлиқни сақлаш тизимини шакллантириши ва ҳатто жамоат соғлиғини сақлаш Департаментини бу функцияларни бажаришга мажбур қилишга ҳақли эди. Врачлар турли суғурта дастурлари доирасида белгиланган нарх бўйича хизматлар кўрсатишга ёки ташкилотлар билан шартномалар тузишлари мумкин эди.

15% америкаликларда тиббий суғурта йўқ, АҚШ да соғлиқни сақлаш жаҳонда энг қиммат бўлса-да, яна 15% мутлақо етарли бўлмаган суғурта дастурига эга. Бундан ташқари, қуйидаги муаммолар мавжуд: иш жойини ўзгартирадиган одамлар ўз тиббий суғуртасини йўқотишлари мумкин; аҳолининг талайгина қисмида суғурта маблағи кам ёки умуман йўқ; бундан ташқари, тиббий хизматга нархлар жуда тез ўсиб бормоқда. Майда миллатларнинг катта қисмида тиббий суғурта йўқ ва улар одатдаги тиббий хизматларни олишдан маҳрумдирлар. Ҳатто америкаликларнинг ўрта синфи ҳам нархларнинг юқорилиги ва хусусий суғурта дастурлари ўртасидаги катта тафовутлар туфайли мавжуд тизим билан муайян қийинчиликларни бошдан кечиришмоқда. Ҳатто «Медикэр» суғуртаси бўлган кекса одамлар ҳам узоқ вақт касалхонада бўлганларида хизматларга ҳақ тўлаш учун ўз мол-мулкани сотишга мажбур бўладилар. «Медикэр» дастури даромадларининг эҳтимол тутилган чекланишлари тиббий ёрдамни бошқариш ва тақсимланишини назорат қилиш тизимини ҳукумат

учун ҳам, истеъмолчи учун ҳам жозибали қилиши мумкин. Штатлар ҳаммабоп тиббий суғуртанинг шахсий шакларини яратишлари керак, чунки умумиллий миқёсда бундай тизимни яратиш учун ҳамон жиддий тўсиқлар мавжуд. «Медикэр» бўйича хизматлар қийматининг кескин ўсиши ҳатто кансерватор қонун чиқарувчиларнинг ҳар бир кўрсатилган хизматга алоҳида ҳақ тўланадиган муқобил тиббий ёрдамни бошқариш ва тақсимлашини назорат қилиш дастурини қувватлашларига мажбур этди.

Соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш бўйича Клинтон режасини 1994 йил охирида Конгресс маъқулламади. Штатларнинг ҳаммабоп тиббий хизматни ташкил этиш бўйича тавсиялари муқобил ёндошувлар сифатида муҳокама қилинди. Федерал ёрдам ва ҳар бир штатнинг соғлиқни суғурталаш соҳасида кўпроқ мустақиллик бериш фойдасига ён босишлари штатлар томонидан қўллаб-қувватланиши, шунингдек кенг сиёсий шуҳрат қозонишига имкон яратиши мумкин. Бундай ёндошувни давлатдан ёрдам оладиган провинциялардаги соғлиқни сақлаш дастурларининг Канада тизими билан қийслаш мумкин. Конгрессдаги ҳозирги консерватив кўпчилик маъқулламаси, «Медикэр» ва «Медикэйд» томонидан мурасага эришиб бўлмади, улар мижозларни бу дастурлардан штатлар томонидан молияланадиган суғурта дастурларига ўтказишга имкон берган бўлур эди. Бундан ташқари, жамоа меҳнат шартномаси ёрдамида ходимлар ҳуқуқини ҳимоя қиладиган мазкур қонун давлатнинг тиббий суғурта имтиёзларини тартибга солиш масалаларига аралашувининг олдини олади. Суғурта бизнеси ва шифокорлар ассоциациясининг вакиллари ҳам мавжуд статус-квонинг сақланиб қолишидан манфаатдор бўладилар. Бундан ташқари, яхши тиббий суғурталари — «Медикэр» ёки иш жойи бўйича расмийлаштирилган страховкаларга эга бўлган аҳолининг талайгина қисми бунга бефарқ қарайди. Ҳаммабоп тиббий суғурта режасига қарши кишилар минтақавий миқёсда ҳам ҳамон кучли. Шунга қарамай, сиёсий кучларнинг нисбатига кўра жамоат тиббий суғуртаси муаммоси АҚШ да ҳозир ҳам кун тартибда турибди, кансерваторларнинг «Медикэр» каби мавжуд тиббий дастурларга ҳужуми эса давом этапти.

Америка соғлиқни сақлаш тизими эркин бозордан иборат деб ҳисобланади, бироқ бу шундай эмас. Камбағалларга ва қарияларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам ижтимоий сектордан молияланади ва катта харажатлар талаб этади. 1992 йилда соғлиқни сақлашга 46% миллий харажатлар ижтимоий фондларга тўғри келган. Шунга қарамай, ҳатто амалдаги «Медикэйд» дастурлари ҳисобга олинганда ҳам кўп сонли америкаликлар ҳамон нархларнинг ўсишидан ҳимояланмаган ва тиббий хизмат ололмайди ва бу ўринда «номунтазамлик» атамаси жуда мос келади. Қўшма Штатларнинг биотиббийёт тадқиқотлари ва технологияларидаги пешқадамлиги уларнинг миллий соғлиқни сақлаш институтлари томонидан катта маблағлар билан таъминлашга боғлиқ, тиббий

тайёргарлик даражаси шу тариқа ошиб бормоқда. Бундан ташқари, АҚШ овқатланиш масалаларини назорат қилиш ва тартибга солишда, меҳнатни ва атроф муҳитни муҳофаза қилишда, шунингдек соғлиқни сақлашдаги маориф муаммоларида етакчи ўринларни эгаллаб келганлар. Мамлакат АҚШ тиббий хизмати бошлиғининг 1979 йил «Соғлом халқ» маърузасида кўйилган масалаларнинг жуда кўп қисмини ҳал қилган.

Соғлиқни сақлаш масалаларида социал ва регионал тафовутлар ҳанузгача мавжуд, бироқ улар ҳаммабоп тиббий хизмати бўлган мамлакатлардагидан ошмайди. Соғлиқни умуммиллий суғурта қилишга доир масала федерал миқёсда муҳокама қилинади. ХХI аср бошларида соғлиқни сақлашни ислоҳ қилишнинг штатлар миқёсидаги янги регионал ташаббуслари пайдо бўлиши мумкин.

Япония

Япония — аҳолиси 124 млн киши бўлган марказлашган, саноати ривожланган демократик мамлакат. Аҳоли жон бошига ЯММ 1993 йилда 28190 долларга етган. 1993 йилда Япония чақалоқлар ўлими даражаси бўйича жаҳонда тўртинчи ўринни эгаллаган (1 мингга 5 та). Умр кўриш давомлилиги 79 ёш, оналарнинг туғруқ вақтида ўлим кўрсаткичи 1 мингга 11 тани ташкил қилган.

Японияда 1922 йилда 1874 йилдан буён мавжуд ишловчиларнинг социал суғуртаси тўғрисидаги Қонунга кўшимча сифатида базали соғлиқ суғуртаси дастури жорий қилинган эди. 1938 йилда қонун қайта кўриб чиқилди, 1958 йилда у универсал деб эълон қилинди. Японияда овқатланиш муаммолари, сил профилактикаси, инфекция касалликлар устидан назорат, руҳий саломатлик, атроф муҳит санитарияси, тиббий режалаштириш сингари соҳаларни идора қилувчи жуда кўп қонунлар амал қилади.

Иккинчи жаҳон урушидан кейин японлар она ва бола соғлиғи масалаларига катта эътибор бериб, уларга бепул тиббий хизмат кўрсатилган. Ҳомиладор аёллар туғруқгача тиббий кузатувни рағбатлантирадиган махсус нафақалар оладилар. Болаларга хизмат кўрсатиш катта иммунизация дастурини, чақалоқларни касалликларни эрта аниқлаш учун текшириш, ривожланишни тестлаш, шикастланган ва вазни кам чақалоқларни махсус парвариш қилиш ўз ичига олади. 90—95% болалар ҚДС ва полиомиелитга қарши эмланган, бироқ қизамиққа қарши фақат 65—70% болалар эмланган.

60-йилларнинг ўрталарига келиб, деярли ҳамма аҳоли иш жойи бўйича, касаба уюшмалари ёки маҳаллий бошқарув органлари орқали соғлиқни суғурталаш дастури билан қамраб олинган. Ходимлари 700 дан ортиқ йирик компаниялар ёки концернлар шахсий режасига давлат дастурига муқобил

сифатида ходимларни суғурталашни амалиётга жорий қилишлари мумкин. Ўзаро ёрдам жамиятлари давлат хизматчилари, маориф ходимлари ва баъзи бир тоифадаги ходимларни суғурта билан таъминлайди. 1972 йил қонунига биноан соғлиқ суғуртаси кекса кишиларга берилади, 1992 йилдаги миллий тиббий суғурта тўғрисидаги Қонун эса кекса ва кам таъминланган японларни суғурта билан таъминлайди ва маҳаллий ҳокимиятлар ва касаба уюшмалари ихтиёрида бўлади.

Японияда соғлиқни сақлаш тизимини молиялаш ходимдан олинadиган махсус солиқ (3,6—4,55%) ва иш берувчидан олинadиган солиқ (4,1—4,7) ҳисобидан амалга оширилади. Тиббий суғуртага ҳукумат маблағлари тиббий харажатлар умумий миқдорининг 65% ини ташкил қилади. Соғлиқни сақлашга харажатлар 1972 йил ЯММ нинг 4,8% идан 1982 йил 6,8 гача ўсган ва шундан буён барқарорлигича қолаёпти. 1992 йил кўрсаткичлари — ЯММ дан 6,9% — ривожланган мамлакатлар орасидаги энг паст кўрсаткич ҳисобланади.

Беморлар врачларни эркин танлаш ҳуқуқига эга, врачларнинг учдан икки қисми давлатга қарашли ва хусусий касалхоналарда, 20 ўринли кичик клиникаларда ишлайдилар. Қолган бир қисми кўрсатилган хизматларга биноан иш ҳақи оладиган индивидуал ишлайдиган оилавий врачлар ҳисобланади, бу бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни рағбатлантиради. Касалхоналардаги тиббиёт ходимлари қатъий маошга ишлайди, клиника эгалари бундан мустасно. Врачга мурожаат қилишлар миқдори фарб мамлакатларидаги тегишли кўрсаткичлардан икки баравар ошади.

Юрак коронар касаллиги натижасида ўлим даражаси паст ва 100 мингга 25 ни ташкил қилади (таққослаш учун: Канада, АҚШ, Швеция ва Буюк Британияда бу кўрсаткич 118 дан 164 гача ўзгариб туради). Бироқ цереброваскуляар касалликлар бу мамлакатлардагига қараганда кўпроқ ўлимга сабаб бўлади, меъда раки касалликлари миқдори кўпроқ, бироқ ўпка раки натижасида ўлим даражаси пастроқ.

Японияда ўрин-жойлар миқдори жуда катта, бироқ уларнинг озгина қисмигина узоқ вақт даволаниш ва ҳамшира парвариши учун мўлжалланган, бинобарин стационар ёрдам кўрсаткичлари бошқа мамлакатларникидан бошқачароқ. Госпитализациялар миқдори фарб мамлакатларига нисбатан паст, бироқ стационарда даволанишнинг ўртача давомлилиги 4—8 марта кўп.

50-йиллардан бошлаб, Японияда туғилиш даражаси жуда паст. Яқин келажакда аҳолининг қариши соғлиқни сақлаш тизими учун катта муаммога айланади. Бошқа муаммо замонавий тиббий технологиянинг тарқалиши билан боғлиқ, чунки ҳозирги вақтда хизмат кўрсатиш қийматининг ўсишини жиловлаш ва ҳукуматнинг соғлиқни сақлашни идора қилишда фаол қатнашуви энг муҳим вазифа ҳисобланади.

Японияда соғлиқни сақлаш тизимининг аҳволи (1960—1993)

Кўрсаткич	1960 й.	1993 й.
Чақалоқлар ўлими	31	5
Болалар ўлими	40	6
Ўртача умр кўриш давомлилиги	-	79
Умумий фертиллиқ кўрсаткичлари	2,0	1,7
Оналар ўлими	-	11 (ўртача, 1980-1992)

Манба: *UNICEF. The State of the Worlds Children, 1995.*

Совет модели

Соғлиқни сақлашнинг совет модели 1918 дан 1991 йилгача ҳукм сурди (кейинги ислохотлар 16-бобда батафсил муҳокама қилинади). Инқилобдан кейин совет Россияси соғлиқни сақлаш соҳасида жиддий муаммоларга ва инфекцион ҳамда бошқа касалликларга қарши курашиш учун зарур маблағлар етишмаслигига дуч келди. Биринчи жаҳон ва фуқаролар урушларидан сўнг мамлакатда бундай касалликлар кўпайиб кетган эди. Марказлашган молиялаш, хизматлар кўрсатилиши устидан назорат, илмий-текшириш институтлари учун кадрлар етиштириш тизими бўлган совет соғлиқни сақлаш модели ҳаммабоп бепул тиббий хизмат кўрсатиш учун масъулиятни ўз зиммасига олди. 20 й.дан бошлаб, инфекцион ва касб касалликлари устидан профилактика ва назоратга алоҳида аҳамият берилди. Тиббий хизмат мамлакат аҳолисининг ҳаммасига кўрсатилган, касалхоналар ва поликлиникаларнинг жиҳозланганлик даражаси ошган, врачлар ва тиббиёт ҳамшираларининг сони кўпайган.

1917 йил революциясига қадар Россия ўлим даражаси Овруро мамлакатларидаги худди шундай кўрсаткичлардан анъанавий ошадиган аграр мамлакат бўлган. Кўпчилик деҳқонлар учун жамоат тиббиёти ва бошқа ижтимоий хизматлар чор Россиясида 1864 йилда ташкил қилинган эди, улар маҳаллий ўз-ўзини бошқариш сайлов органлари — земстволар ҳомийлиги остида иш юритарди ва солиқ солиш ҳисобидан молияланадиган тиббий ёрдам кўрсатадилар. Тиббий суғурта 1912 йилда жорий қилинган эди. У тахминан 20% саноат ишчиларини қамраб олган ва социал суғуртанинг Бисмарк моделига асосланган эди.

Биринчи жаҳон уруши, 1917 й. октябр инқилоби ва фуқаролар урушидан кейин Россия оммавий эпидемиялар ва очликдан изтироб чекар эди.

1918 йилда биринчи соғлиқни сақлаш халқ комиссари Николай Александрович Семашко совет соғлиқни сақлаш концепциясини таърифлади. У қуйидаги тамойилларга асосланган эди: давлатнинг тиббий ёрдам кўрсатиш учун масъулияти; ҳаммага ва бепул хизмат; социал касалликлар профилактикаси; профессионал, юқори сифатли парвариш; тиббиёт фани ва амалиётининг узвий боғлиқлиги; соғлиқни қувватлаш, даволаш ва тиббий тикланиш бўйича тадбирларни ўзида мужассам қилган хизмат; жамиятнинг соғлиқни сақлаш муаммоларини ечишда иштироки.

Давлат соғлиқни сақлашнинг ягона давлат тизимини яратиш йўли билан аҳолининг ҳаммасига тиббий хизмат кўрсатиш тўғрисидаги гамхўрликни ўз зиммасига олган. Пайдо бўлиши ва тарқалиши асосан ноқулай социал-иқтисодий шароитларга боғлиқ социал касалликлар гуруҳига кўпинча инфекцион ва касб касалликлари киради. Айниқса сил, тошмали тиф ва ич терлама, безгак ва вабони аниқлаш учун эпидемик назорат жорий қилиш зарурлиги биринчи галдаги вазифа бўлди. Аксарият профилактик тадбирлар жойларда тазйиқ остида яроқсиз методлар билан ўтказилди. Улар карантин, шаҳар санитарияси ва гигиенасини яхшилаш, безгакка сабаб бўладиган ботқоқликларни қуритиш каби тадбирларни ўз ичига олди. Социал касалликларнинг тиббий профилактикаси хавф гуруҳига мансуб шахсларни мунтазам текширишларга (диспансерлашга) қаратилган эди.

Соғлиқни сақлаш тизими марказий ҳукуматнинг қаттиқ назорати остида ривожлантирилди, молиялаштирилди ва бошқарилди. Коммунистик партия раҳбарлиги остида фаолият кўрсатган комиссариат (кейинчалик — вазирлик) тиббиёт муассасаларини асбоб-ускуналар ва ходимлар билан таъминлашнинг мажбурий нормаларини бажаришни талаб қилди. Партия анжуманларида бу нормалар хизматларни тобора кенгайтириш нуқтаи назаридан вақти-вақтида қайта кўриб чиқиларди. Соғлиқни сақлаш тизимини молиялаштириш давлатнинг социал-иқтисодий ривожланиш режаларига биноан давлат маблағлари ҳисобига таъминланди. Ҳукумат тиббиётнинг зарур эҳтиёжларини қондириш мақсадида шунингдек давлат касалхона тармоғини ривожлантириш ва ҳамма даражалардаги тиббиёт ходимларини тайёрлаш масалалари билан ҳам шуғулланди. Давлат тиббий ходимларга бевосита иш берувчи эди, у яна иш ҳақини тўлар ва даволаш, илмий текшириш муассасалари ва ўқув юртлари учун керакли асбоб-ускуналар етказиб берар эди. Шундай қилиб, тиббиёт муассасаларининг раҳбарияти хизмат кўрсатиш қийматини режалаштиришга қатнашишда ҳеч қандай имконияти бўлмаган ҳолда тақсимланиш тамойили бўйича техник воситалар ва ходимлар билан таъминланиб турди.

Аср бошидан фаолият кўрсатиб келган, тиббий хизматлар қийматини назорат қилиш имкониятини берадиган суғурта касалхона кассалари 1938 йилга келиб ёпилди, касалхоналар ва бошқа тиббиёт муассасалари национализация қилинди ва маҳаллий ҳамда регионал соғлиқни сақлаш бўлимларига бўйсундирилди. Ҳамма тиббиёт ходимлари энди давлат хизматчилари бўлиб қолдилар. Алоҳида тоифадаги фуқароларга-асосан, партия масъул ходимлари, айрим вазирликларнинг ходимлари, ҳарбий хизматчилар ва хавфсизлик органлари ходимлари, оғир, кўмир саноати ва транспорт ходимлари учун параллел тиббий хизмат жорий қилинди. Иккинчи жаҳон уруши даврида совет соғлиқни сақлаш тизими фаолияти ҳарбий эҳтиёжларга бўйсундирилади ва кўп сонли ҳарбий хизматчилар ҳамда аҳолига ёрдам кўрсатишдан иборат бўлди. Мамлакатда оғир турмуш шароитларига қарамай, оммавий эпидемиялар бўлмади. Хорижий кузатувчилар (20-й.да Гаррисон, 40-й.да Сигерист, 60-й.да Филд ва яқин ўтмишда Ромэр) ҳамда Россия тиббиёт тарихчилари М. Я. Яровинский, Е. И. Смирнов ва бошқалар ўта хавfli инфекцион касалликларни тугатиш борасида қўлга киритилган ютуқлар, соғлиқни сақлаш тизимининг ҳарбий давр талабларига мослашганлиги ва бутун мамлакат аҳолисининг тиббий хизмат билан таъминлаганлигини кўрсатиб ўтганлар.

Урушдан кейинги барқарорлик соғлиқни сақлаш тизимини тиклаш ва урушнинг оғир оқибатларини тугатишга имкон берди. Тиббиётнинг ҳаммабоплигини таъминлаш учун туман соғлиқни сақлаш хизматлари тизими барпо қилинди, унинг таркибидаги *Санитария-эпидемиология станциялари (СЭС)*, касалхоналар, поликлиникалар ва ихтисослашган тиббий ёрдам муассасалари маҳаллий аҳоли миқдорини ҳисобга олган нормаларга биноан маблағ билан таъминланди. СЭС сув таъминоти, канализация, атмосфера ва тупроқ ҳолати устидан кузатувни амалга оширдилар, шунингдек инфекцион касалликларнинг эпидемиологик текширувини ва болаларнинг соғлиқ ҳамда овқатланиш ҳолатини кузатиб бордилар. Саноат корхоналарида жойлаштирилган *тиббий санитария қисмлари* жойларда даволаш ва меҳнат муҳофазаси масалалари билан шуғулландилар, *профилактика* эса тиббий реабилитация, санаторий ва курорт ёрдами соҳасида турли-туман хизматларни кўрсатдилар.

Ҳар бир туман поликлиникаси туман касалхонасига бириктирилган эди ва тиббиёт ходимлари бу муассасаларда ҳамкорлик қилардилар, бу хизмат кўрсатиш узлуксизлигини таъминлар ва тиббиёт ходимларининг касб маҳоратини оширарди. Бироқ поликлиникалар сони тез кўпайиб, бу амалиёт наф бермай қолди. Касалликларни профилактика қилиш ҳамон

ишчилар ва фуқароларнинг бошқа гуруҳларининг одатдаги кўрикларига асосланди.

60-й.нинг ўрталарида хроник касалланиш кўпайганлиги сабабли 1983 йил КПСС МК Пленуми қарорига кўра ҳар йили умумий диспансерлаш жорий қилинди, унинг мақсади поликлиника, касалхоналар ва махсус клиникаларда бутун аҳолини профилактик кўрикдан ўтказишдан иборат эди. Диспансерлаш клиник текширувни ўз ичига олиб, унга кўра амбулатор ёки касалхонада даволаш, санаторийда даволаш ёки зарурат бўлганда иш жойини ўзгартириш тайинланарди. Диспансерлаш дастурини киритиш учун госпитализация қилишга эҳтиёжни оширди, чунки амбулатория-диагностик имкониятлар чекланган эди.

Тиббиёт мақсадларига ажратиладиган маблағлар чекланганлигига қарамай, режалаштириш ўрин-жойлар ва ходимлар сонини кўпайтиришга қаратилган эди. 80 й. охирида соғлиқни сақлаш вазирлиги КПСС нинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсатининг асосий йўналишларини таърифлаб берди, бунда «профилактик тиббиётни ривожлантириш ва умумий ҳамда махсус тиббиёт муассасаларини қуриш йўли билан соғлиқни сақлаш ресурсларини қуриш йўли билан соғлиқни сақлаш ресурсларини мустақамлашга» алоҳида аҳамият берилди.

Тиббиёт давлат назорати остида бўлган 150 миллион аҳолиси бўлган Россияда соғлиқни сақлашга харажатлар ЯММ нинг 3—3,5% ини ташкил қилган, ваҳоланки саноати ривожланган бошқа мамлакатлар бу мақсадларга 7—9% сарфлаганлар. АҚШ эса тиббиётга харажатлар жадал ўсиши туфайли соғлиқни сақлашга инвестициялар ЯММ нинг 15% ини ташкил қилишига интилди. Россияда харажатларнинг 60% дан кўпроғи стационар ёрдамга тўғри келди, бу касалликларнинг профилактикаси дастурлари етарлича молия билан таъминланмаган эди, деган гапдир. 80-йиллар ўртасида ўрин-жойлар ва тиббиёт ходимлари сони ошиб борди ва бу 1990 йилгача давом этди. Ўрин-жойлар миқдори 1 минг кишига 13,7 га кўпайди, тиббиёт ходимлари сони эса 1 минг кишига 4,7 га ошди. Бу иккала кўрсаткич жаҳонда энг юқори эди. 1991 йилдан бошлаб, жаҳон банки баҳоларига кўра ЯММ қисқариши бошланди: 1991 йил аҳоли бошига 3220 доллардан 1992 йилда 2510 долларгача қисқарди, бу инфляция даражасининг юқорилиги, ишсизлик ва аҳоли турмуш даражасининг, айниқса пенсионерлар ва бюджет, жумладан тиббиёт соҳасидаги ходимлар турмуш даражасининг пасайиши билан ўтди.

Россияда касалхона ўринлари ва врачлар миқдори (1913—1996), 10 минг кишига

Ресурслар	1913 й.	1940 й.	1950 й.	1960 й.	1963 й.	1980 й.	1996 й.
Касалхона ўринлари	14,8	43,3	59,2	82,2	91,9	135,0	116,0
Врачлар	4,0	7,2	14,0	18,6	20,5	32,9	40,7

Манба: *Адаптация қилинган маълумотлар. 110, 143 б, Россия ССВ, 1996.*

Таассуфки, эпидемик касалликларга қарши курашдаги ютуқлар ноинфекцион касалликлар профилактикаси бўйича тегишли ҳаракатлар билан қўшиб олиб борилмади. 60 й.га келиб, умр кўриш давомлилиги узайди ва 69 ёшни ташкил қилди. Лекин 1993 йилга келиб бу кўрсаткич 65,8 йилгача пасайди (эркаклар — 59 ва аёллар — 72), бу бошқа мамлакатлардагига қараганда анча паст эди. Инфекцион касалликлар устидан назорат совет соғлиқни сақлаш тизимининг асосий тамойили эди, бироқ сўнгги йилларда бирмунча сусайди ва 1991 йилда Россияда катта ёшдаги одамларда дифтерия билан касалланиш кескин ўсди, қизамиқ, венерик касалликлар билан касалланиш кўпайди, мамлакат жанубида эса вабо, безгак ва куйдирги каби касалликлар ҳоллари қайд этилди.

Россияда стандартланган ўлим кўрсаткичлари иқтисодий ривожланган бошқа мамлакатларнинг кўрсаткичларидан 1,5 барабар ошади. Инфекцион ва паразитар касалликлардан ўлим Япония ва АҚШ дан икки марта юқори, Германия, Канада ва Буюк Британиядан 3—5 марта юқори. Юрак-томир касалликларидан ўлим иқтисодий ҳамкорлик ва ривожланиш Ташкилотига кирадиган мамлакатларга қараганда икки барабар юқори. Эркаклар орасида шикастланишдан ўлим бошқа ривожланган мамлакатларнинг кўрсаткичларидан 2,5—3 марта ошади. 1992—1993 й.да шикастланиш ва юрак-томир касалликларидан ўлимнинг кўпайишига стресс, депрессия, алкогольни, чекишни суиистеъмол қилиш, зўравонлик, тиббий хизмат кўрсатишнинг етарли эмаслиги, нораціонал овқатланиш ва атроф муҳитнинг ифлосланганлиги каби омиллар сабаб бўлган. Кўпгина эркаклар пенсия ёшига етмай вафот этадилар.

**Собиқ СССР да ва айрим Оврупо мамлакатларида танланган ўлим сабаблари
бўйича ўлим кўрсаткичлари (1988—1990), 100 минг кишига**

Мамлакат	Умуман рақ касалликлари	Ўпка рақи	Юрак-қон томир касалликлари	Мия қон айланиши бузилиши	Нафас йўллари касалликлари	Инфекцион касалликлар	Автохалокатлар
Собиқ СССР	189	41	331	217	76	17	23
Англия\Уэльс	219	53	219	86	81	4	9
Шотландия	240	67	240	113	104	5	10
Швеция	169	24	169	69	56	5	9
Италия	209	44	209	102	47	3	14

Эслатма: Маълумотлар Оврупо ёш структурасига биноан стандартланган.
Манба: *World Health Statistics Annual 1991*. P. 312—315.

Россияда туғилиш даражаси пасайди ва 1993 йилда 1 минг аҳолига 9 дан камни ташкил қилди. Бу аҳолининг зарур туғилиш даражасидан паст (умумий фертилик кўрсаткичи — 1,8). Чақалоқлар ўлими даражаси Оврупо мамлакатлари кўрсаткичидан 3—4 барабар ошади: ЮНИСЕФ маълумотларига кўра 1993 йилда 1 минг тирик туғилишларга 28 ҳодисани ташкил қилган. Туғилишни тартибга солишнинг асосий усули абортлар бўлиб қолди, замонавий контрацепция методлари эса ҳамон кенг тарқалмади ёки аҳолининг ишончини қозонмаган. Туғруқларда оналар ўлими ҳатто йирик шаҳарларда 1992 йилда 100 мингга 52 ҳодисани ташкил этган. Туғруққача тиббий хизмат кўрсатиш кескин янгиланишни талаб этади, туғруқхоналарни эса умумий ихтисосликдаги касалхоналар билан қўшиш керак. Туғилиш сезиларли пасайгани ҳолда ўлимнинг жуда юқорилиги аҳоли сонининг камайиб кетишига олиб келди. 1993 йилда ўлим миқдори туғилишлар миқдоридан 800 мингга кўпайган. Сифатсиз тиббий хизмат, нораціонал овқатланиш ва атроф муҳитнинг ифлосланганлиги тиббиётда танглик ҳолатини келтириб чиқарди.

80-й.нинг ўрталарида айрим регионларда соғлиқни сақлаш хизматларини ислоҳ қилиш бўйича экспериментлар ўтказилган эди. Совет иттифоқи парчаланиб кетган сўнг ҳар бир республика оғир ўтиш даври ва иқтисодий танглик шароитларида соғлиқни сақлаш соҳасидаги ўз сиёсатига ўзи йўналиш танламоқда. Россия Федерацияси ҳамма

фуқароларга социал таминот ва тиббий хизмат кўрсатишни ҳамон амалга ошириб турибди. 1990 йилгача ҳамма социал имтиёзлар давлат бюджети ҳисобидан берилган.

1990 й.дан соғлиқни сақлаш тизимида Россия хўжалигининг бозор иқтисодига ўтиши билан боғлиқ йирик ўзгаришлар рўй берди. 1990 йилда социал суғурта тизими, 1993 йилдан эса иш берувчилар томонидан ва регионал соғлиқ суғурта фондлари иштирокида тўланадиган мажбурий тиббий суғурта жорий қилинди. Тиббиётни бошқаришни ўзгартириш ва молиялаш натижасида регионал ва маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари бевосита маҳаллий sanoat корхоналари томонидан молияланади ва хизматлар кўрсатиш масалаларида мустақил бўладилар. Таассуфки, 1996 йилга келиб, мамлакатда иқтисодиётнинг умумий инқироzi сабабли бу тизим зарур молиялаш билан таъминланмаяпти. Бироқ валюта заҳираларининг қисқариши дорилар, жиҳозлар ва шу кабилар билан таъминлашга таъсир кўрсатмоқда. Иммунизация, овқат маҳсулотлари сифатини назорат қилиш ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги бошқа базали стандартларни таъминлаш масалаларида марказлашган раҳбарлик йўқ.

Тиббиётда, айниқса мураккаб иқтисодий шароитларда ислохотлар ўтказиш аниқ иқтисодий таҳлил ва қабул қилинадиган қарорларнинг самарадорлигини ҳисоб-китоб қилишни талаб этади. Соғлиқни сақлашнинг регионал ёки туман муассасаларини ривожлантиришда хизмат қийматини ҳисоблаш ғоят муҳим, бундан ташқари, пул маблағларини тақсимлаш ва стационар хизмат ўрнига профилактика ва амбулаторияда даволашга урғу бериш учун молиявий жавобгарлик ва ваколатлар зарур. Бу ахборот тизимларини ривожлантириш ва бошқарувнинг ҳозирги назарияси ва амалиётига биноан бошқарув ходимларини тайёрлашни талаб қилади. Касалхона секторини қисқартириш ва ресурсларни тиббий хизматнинг бирламчи звеносига ўтказиш унинг самарадорлиги ва сифатини оширишга имкон беради. Бу мақсадларга эришиш учун соғлиқни сақлашга харажатлар ЯММ нинг 4,5—6% гача кўпайтирилиши эҳтимол. Афсуски, ҳозирча қарама-қарши ҳолат кузатиляпти: И. Н. Денисов маълумотларига кўра 1991 йилдан 1996 йилгача соғлиқни сақлашни молиялашга харажатлар ЯММ нинг 3,2 дан 1,3% игача пасайиб кетди (Россия соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотлар дастури 16-бобда кўриб чиқилади).

Санитария-эпидемиология станциялари (СЭС) туман ва регионал миқёсларда аҳоли соғлиғини қувватлаб туриш ва мустаҳкамлаш дастурларини уюштириш ва бошчилик қилишда илгариги каби катта қувватга эга. Бу кадрлар тайёрлаш тизимига маблағлар ажратиш ва лаборатория текширишлари технологиясини янгилаш, овқат маҳсулотларини, сув, ҳаво, тупроқ ва бошқа экологик кўрсаткичларни,

назорат қилишни талаб этади. СЭС, замонавий ахборот тизимларини яратиш, бундан ташқари, соғлиқни сақлаш масалалари бўйича жамоатчилик фикрини шакллантиришда ижобий роль ўйнаши мумкин. Замонавий талаблар асосида қайта тузилган санитария-эпидемиология станциялари Россиянинг келажак тиббий тизимининг муҳим қисми бўлиб қолиши мумкин.

Соғлиқни сақлашни ташкил қилиш ва молиялашнинг ҳозирги тизими замонавий тузилмага айланиши учун, эҳтимол, Оврупо ва Америка соғлиқни сақлашни қувватлаш ташкилотларидаги (НМО) каби ҳисоб-китобларда капитация тамойилига ўтиши талаб қилинади. Соғлиқни сақлаш бўйича ташкилотнинг тузилиши маълум маънода касалхона ва поликлиникани ягона тиббиёт муассасасига бирлаштирадиган Россия касалхона-поликлиника моделига ўхшаб кетади. Соғлиқни сақлашнинг бу моделини маҳаллий шароитларга татбиқ қилишга уриниш Тула шаҳрида эксперимент сифатида амалга оширилди. Соғлиқни мажбурий суғурталашни жорий қилиш ва соғлиқни сақлашни бошқаришни марказлаштиришдан воз кечиш ислоҳотлар ўтказиш учун зарур шарт ҳисобланади. Бу экспериментлар, синовлар ва хатолар қилинадиган узоқ жараёндр.

Ҳар қандай ислоҳот умуммиллий ва маҳаллий миқёсларда олиб борилиб, касалликлардан азият чекишни, юрак-томир касалликлари, бахтсиз ҳодисалар ва она ҳамда боланинг касалликларидан барвақт ўлимни қисқартириш мақсадида ўтказилади. Шу муносабат билан чекиш, овқат рационида ёғлар мўллиги, алкоғолни суиистеъмол қилиш, абортлар ва замонавий контрацепция методлари йўқлиги, йўлларда ва ишлаб чиқаришда хавфсизлик даражасининг пастлиги, етарлича эмламаслик каби хавф омилларига катта эътибор қаратилиши лозим.

Миллий соғлиқни сақлашнинг мақсадлари ва касалланиш ҳамда ўлимни камайтиришга қаратилган ҳаракатлар стратегияси пухта бошқарув назариясини ва мақсадларни танлаш методологиясини талаб қилади. Бу жараёнда аҳолининг тиббий саводхонлиги ва тиббий хизматлар соҳасида мутахассислар тайёрлаш биринчи қадам бўлиши керак. Эски ва янги муаммолари бўлишига қарамай, Россия соғлиқни сақлаши ҳозирги тангликни енгиш учун зарур салоҳиятга эга. Соғлиқни сақлаш сиёсати аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш ва сақлаб қолишга мўлжалланиши лозим. Бу вазифаларни адо этиш учун федерал ҳукумат соғлиқни сақлашни ривожлантиришнинг янги йўналишларини ишлаб чиқиши, бошқаришни ва молиялашни марказлаштиришдан воз кечиши, асосий касалликларнинг ривожланиш хавф омилларини пасайтириш масаласини ҳал қилиши керак.

Исроил

Исроил соғлиқни сақлаш тизими мамлакат мустақилликни (1948 й.) қўлга киритишидан бир неча ўн йилликлар олдин шакллана бошлаган. Ҳозирги вақтга келиб, профилактик ва касалхона хизматларини кўрсатиш бўйича бир неча параллел марказлашган тизимлар томонидан амалга ошириладиган амалда ҳаммабоп тиббий суғурта жорий қилинган эди. Бу тизимни асосан соғлиқни сақлаш вазирлиги бошқаради; суғурталаш ва даволаш бўйича хизматлар касалхона хизматлари томонидан амалга оширилади.

Оврупо модели бўйича ишчилар тузган ўзаро ёрдам жамиятлари сифатидаги дастлабки касалхона кассалари 1912 йилда пайдо бўлди. Бу бирлашмалар 95% аҳолига хизматлар ва суғурта кўрсатганлар. Хизматлар турар жой бўйича ихтисослашган поликлиникалар ёки шу касса билан ишлайдиган врачлик хоналари томонидан кўрсатилади; стационар хизмат давлат ёки нодавлат касалхоналари томонидан кўрсатилади.

Профилактик тиббий хизмат 1911 йилда пайдо бўлган. «Хадасса» аёллар ташкилоти туғадиган аёллар ва чақалоқ болаларга ёрдам бериш учун Қуддусга тиббиёт ҳамшираларини юборган. 1918 йилда Хадасса ташаббусига биноан АҚШ да Америка сионистик тиббиёт бирлашмаси очилган, унинг мақсади яҳудийлар истиқомат қиладиган жойларда тиббий муассасалар тармоғини яратишга ёрдам бериш эди. Бу гуруҳ 44 кишидан — врачлар, тиббиёт ҳамширалари, стоматолог ва ходимлардан иборат эди. У тиббий жиҳозлар, дори-дармонларга эга ва Хадасса ҳамда Яҳудий Жойнт тақсимлаш қўмитасининг молиявий қўллаб-қувватлашидан баҳраманд эди. Бу гуруҳ шаҳарларда касалхоналар очди, тиббиёт ҳамшираларини ўқитишни ташкил қилди, иммигрантлар, мактаб ўқувчилари, шунингдек «Она ва бола станциялари» (типат халав) пациентларига профилактик ёрдам кўрсатиш бўйича дастурлар ишлаб чиқди. Бу муассасалар мамлакатнинг ҳамма шаҳарларида ва қишлоқларида мавжуд эди ва оналарга туғруққача бўлган даврда, шунингдек чақалоқларга хизматлар кўрсатарди. Ҳозир ҳам улар иммунизация ўтказадилар ва мамлакатда деярли ҳамма чақалоқларнинг ривожланиши ва овқатланиши устидан кузатув олиб борадилар.

1912 йилдан 1948 йилгача соғлиқни сақлаш тизими «Типат халав» ва ишчиларнинг касалхона кассаларига тегишли бирламчи хизмат кўрсатишга асосланган эди. Аини вақтда хусусий кўнгилли ташкилотлар молиялайдиган касалхоналар ҳам очилди. 1948 йилда Исроил Давлати эълон қилингандан сўнг янги тузилган соғлиқни сақлаш вазирлиги бутун мамлакат бўйлаб британия қўшинларидан кейин қолган ҳарбий лагерлар ҳудудида касалхоналар ташкил қила бошлади. Касалхоналар шошилинич

ёрдам кўрсатган, реабилитация ишларини амалга оширган, ақлдан озганларга ва хроник касалликлари бўлган шахсларга хизмат кўрсатган. Уруш тугаши билан Оврупо ва Яқин Шарқ мамлакатларидан мустақиллик учун бошланган оммавий иммиграция туфайли миллий соғлиқни сақлаш тизими олдида талайгина муаммолар пайдо бўлди; бундан ташқари, ярадорларга тиббий ёрдам кўрсатиш талаб қилинарди.

Касалхона кассаларига тегишли клиникалар биринчи ёрдам кўрсатар ва ихтисослашган хизматларни бажарар эди. Стационар хизмати асосан соғлиқни сақлаш вазирлиги ихтиёридаги касалхоналар, йирик касалхона кассалари ва ҳукуматга тегишли бўлмаган ташкилотлар томонидан кўрсатилган. Психиатрик касалхоналар соғлиқни сақлаш вазирлиги ва йирик касалларнинг қарамоғида бўлган. 70-йилларда аҳоли жон бошига ўрин-жойлар сонини қисқартириш сиёсати ўтказила бошлади, бу амбулатория ва бирламчи ёрдамнинг кучайтирилиши ва касалхонадан ташқари ҳамда госпитал хизмат самарадорлигини ошириш билан қўшиб олиб борилди.

1993 йилда Исроилда 4 288 600 нафар яҳудий ва 972 700 нафар яҳудий бўлмаган (мусулмонлар, насронийлар, друзлар) аҳоли истиқомат қилган. Аҳоли соғлиғининг индикаторлари бўйича Исроил фаровон давлатлар қаторига киради. Умумий ўлим 1 минг яҳудий аҳолига 6,9 ни ва 1 минг яҳудий бўлмаган аҳолига 3,4 ни ташкил қилган. Яҳудий бўлмаган аҳоли ўртасида чақалоқлар ўлими яҳудийлар ўртасидаги шундай кўрсаткичдан икки баравар кўп бўлган (тегишлича 12,8 ва 5,7%), яҳудий аёлларнинг фертиллиги бошқа гуруҳларга қараганда анча паст бўлган (1 минг аёлларга тегишлича 2,6 ва 4,2). 1992 йилда исроил эркакларнинг ўртача умр кўриши 76,6 йил, аёлларники — 78,5 йил бўлган. Оврупода шу даврдаги тегишли кўрсаткичлар 74,7 ва 80 ёш бўлган, яъни Исроилда эркаклар Овруподагига қараганда деярли 2 йил кўп, аёллар эса — 1,5 йил кам яшаганлар. Туғруқларда оналар ўлими даражаси жаҳон бўйича энг паст даражалардан биридир (1992 йил маълумотларига кўра 100 мингга 5,5).

Соғлиқни сақлашга харажатлар ЯММ дан 1980 йилда 6,9% дан 1993 йилда 8,2% гача ўсди (таққослаш учун: 1992 йилда бу кўрсаткич Буюк Британияда 7,0%, Нидерландияда эса 8,4% эди). Исроил шошилинич ва психиатрик ёрдамнинг ўрин-жойларини доимо қисқартириб келди, бироқ узоқ вақт даволашга мўлжалланган ихтисослашган ўринлар миқдори кўпайиб бормоқда. Соғлиқни сақлаш ходимларининг маоши бошқа секторлардаги ходимларникига қараганда катта эмас эди; бу соҳага капитал қўйилмалари ҳам нисбатан юқори эмас. Ишлаб чиқиладиган тиббий суғурта миллий дастурига биноан тиббий хизматларга нархларнинг ўсиши жиловланади, тиббиётнинг инфраструктураси ва технологик жиҳозланиш яхшиланади.

**Исроилда яхудий аҳолиси ўртасида ўлим кўрсаткичлари
(1950—1992), 100 минг кишига**

Сабаби	1950— 1954 й.	1960— 1964 й.	1970— 1974 й.	1980— 1984 й.	1985— 1989 й.	1990— 1992 й.
Инфекциялар	31	8	3	0	1	0
Мия қон айланиши бузилишлари	64	68	100	78	67	66
Юрак-томир касалликлари	102	151	213	172	159	139
Рак	85	106	131	138	141	156
Бошқа сабаблар	-	-	-	36	49	41
Умумий миқдори	646	580	730	725	725	697

Манба: *Statistical Abstract of Israel, Central Bureau of Statistics, 1994.*

1975 йилдан бошлаб, ўрин-жойлар миқдори қисқаришига қарамай, касалхоналарни ишлатишга харажатлар соғлиқни сақлашга умумий сарфлар миқдоридан 34 дан 41% гача ўсди. Бу моддий базага капитал қўйилмалар миқдорининг кўпайиши ва хизмат қийматининг ошганлиги билан изоҳланади.

1975 йилдан амбулатория ёрдамига харажатлар ошади, улар ҳозирги вақтда соғлиқни сақлашга умумий харажатларнинг учдан бирини ташкил қилади. 70-йй.дан бошлаб асосий капиталга қўйилмалар қисқарган.

13.14 жадвал

Исроилда соғлиқни сақлашга ажратилган ресурслардан фойдаланиш (1960—1995)

Фойдаланиш ўналиши	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1990 й.	1995 й.
Соғлиқни сақлашга харажатлар, ЯММ дан %	5,5	5,4	6,9	7,5	7,8	8,4
Ўтқир ва шошилиш ёрдам учун ўрин- жойлар, 1 минг аҳолига	3,1	3,2	3,0	2,8	2,6	2,3
Госпитализация (ўтқир касалликлар), 1 минг аҳолига кунлар	954	1148	997	911	533	816

Фойдаланиш йўналиши	1960 й.	1970 й.	1980 й.	1985 й.	1990 й.	1995 й.
Касалхонадан чиқарилган (ўткир ҳолатлар), 1 минг аҳолига	115	129	158	163	174	177
Госпитализациянинг умумий давомлиги (ўткир ва шошилиш ёрдам), 1 минг аҳолига кунлар	8,3	8,9	6,3	5,6	4,8	4,5
Руҳий беморлар учун ўрин-жойлар, 1 минг аҳолига	2,1	2,4	2,2	1,8	1,5	1,2
Стационарда руҳий беморларнинг бўлиш давомлиги, 1 минг аҳолига кунлар	615	631	721	623	496	407

Манба: *Statistical Abstract of Israel, 1975 and 1994, Ministry of Health.*

Аҳоли билан яқин алоқада ишлайдиган исроил профилактика хизматлари қадимий анъаналарга эга. Инфекцион касалликларни назорат қилиш унумли олиб борилади. 1990—1993 й. маълумотлари бўйича иммунлаш кўрсаткичлари юқори: ҚДС ва полиомиелит учун 92%, қизамиқ учун 96%. Шунга қарамай, 1988 йилда полиомиелитнинг 15 ҳодисаси, 1990—1992 й.да эса қизамиқ ва туғма қизилчанинг бир неча марта авж олгани рўйхатга олинган, бу соғлиқни сақлаш органларига иммунлаш сиёсатини такомиллаштириш бўйича чоралар кўришга мажбур қилади. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг иммунлаш дастури полиомиелитга қарши орал ва инактивланган вакцинани биргаликда қўлланиш, қизамиқ, тепки ва қизилчага қарши икки дозада (ММЯ илк гўдаклик ёшида ва мактабга кирганда, В гепатитига қарши ва гриппга В вакцина ишлатишни кўзда тутган. 1990—1994 й.да мактаб ўқувчиларини қизамиққа қарши умумий ревакцинация қилиш кампанияси ўтказилган. Ҳозирги вақтда А гепатитига қарши вакцина устида клиник тадқиқотлар ўтказилляпти. Социал нотенглик ҳамон фуқаролар соғлиқ ҳолатига таъсир ўтказмоқда, бироқ янги қонунчиликнинг жорий қилиниши эҳтимол бу вазиятни ўзгартиради. Касалхоналарни мустақил иқтисодий бирликларга айлантириш ва профилактика хизматини соғлиқни сақлаш вазирлиги ихтиёридан касалхона кассалари ихтиёрига ўтказиш мунозараларга сабаб бўлмоқда. Шунга қарамай, ислоҳ қилиш жараёни давом этмоқда.

**Исроилда хизмат кўрсатиш тури бўйича соғлиқни сақлашга
харажатларни тақсимлаш (1975—1995), %**

Тифаси	1975 й.	1985 й.	1995 й.
Касалхоналар	33,9	42,7	40,6
Жамоат поликлиникалари (профилактика)	28,6	32,5	34,5
Стоматология ёрдами	11,5	11,0	11,1
Хусусий врачлар	3,1	3,4	4,5
Хусусий шахслар сотиб олган дорилар ва жиҳозлар	4,5	4,7	3,5
Харажатларни молиялаш	17,4	4,9	4,7
Маъмурий аппарат	1,0	0,8	1,4
Умуммиллий харажатлар, ЯММ дан %	6,0	6,8	8,6

Манба: Statistical Abstract of Israel, 1993.

Соғлом турмуш тарзи ва соғлиқни қувватлаб туриш концепцияси Исроилда тобора кенг ёйилмоқда, аҳолининг тиббий саводхонлиги умуман ўсган. Автомобилларда хавфсизлик камарларидан албатта фойдаланиш билан бирга велосипедчи ва мотоциклчиларнинг ҳимоя шлемлардан фойдаланишлари тўғрисида қонун қабул қилинган; бу чоралар йўлларда ўлим билан тугайдиган шикастланиш ҳолларини камайтирди. Айни вақтда йирик магистралларда йўл қўйиладиган ҳаракат тезлиги оширилиши муносабати билан автомобил ҳалокатларида ўлим ҳоллари кўпайди. Ишлаб чиқариш сабабли шикастланиш даражаси анча паст: у Германия ва Италияга қараганда тахминан учдан бирни ташкил қилади. Никотинга қарши қонунчилик катта ёшдаги кишилар, айниқса кашандалар сонининг камайишига ёрдам берди. Бу қонунга кўра жамоат биноларида ва иш жойларида чекиш тақиқланган. 1973 дан 1991 йилгача чекадиган эркаклар ва аёллар сони 10% га камайган. Шунга қарамай, катта ёшдаги тахминан 30% аҳоли чекишни давом эттирмоқда. Аҳолининг ҳамма ёш гуруҳларида наркотикларни истеъмол қилиш пасайиб бормоқда. Исроилда алкоголь истеъмоли анъана бўйича кам ва яна пасайиб бормоқда. Сўнгги 20 йил ичида овқатланиш структураси сезиларли ўзгарди: ҳайвонот ёғлари истеъмоли кескин камайди, сабзавотлар ва меваларни тановул қилиш эса, аксинча, ўсди ва ўсмоқда. Қанд истеъмол қилиш

камайиб бормоқда. Ёғлар миқдори кам бўлган маҳсулотлар одатдаги ҳодисага айланди. Овқат маҳсулотларини хусусий ишлаб чиқарувчилар ўз маҳсулотларини — болалар аралашмаси ва ёрмаларни витаминлар ва микроэлементлар билан тўйинтирмоқдалар. Бироқ нон, сут ва тузни асосий минерал қўшимчалар ва витаминлар билан бойитиш одат тусига кирмаган. 45 ёшдан ошган аёллар ортиқча вазндан азият чекадилар; спорт тобора оммалашиб бораётганига қарамай, кўпчилик у билан мунтазам шуғулланмайди. Аҳолининг турли қатламлари орасида ҳамон тенгсизлик мавжуд. Соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни мустақамлаш стратегиясини ҳисобга оладиган яхлит режа ишлаб чиқмаган. Бошқаришни марказлаштиришдан воз кечиш миллий соғлиқни сақлаш органларига асосий эътиборни фуқаролар соғлиғини мустақамлаш билан боғлиқ масалаларга қаратишга имкон беради.

1995 йилнинг 1 январидан кўп йиллик баҳслардан ва айрим янгиликлардан кейин Исроилда умуммиллий тиббий суғурта тизими қабул қилинди, у мамлакатнинг 5,5 млн аҳолисини ўзига қамраб олди. Бунда ҳар бир оила истаган касалхона кассаларидан бирининг аъзоси бўлади. Ҳар бир фуқаро иш ҳақидан 3% ни ташкил этадиган солиқни Миллий суғурта тизимига тўлаб боради. Миллий суғурта институти пул маблағларини капитация тамойили бўйича касалхона кассаларига ўтказди, бунда кексалар ва ривожланаётган шаҳарлар аҳолиси учун бирмунча каттароқ миқдорда пул тўланади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги касалхона кассаларининг ишини назорат қилади, улар янги қонунга биноан мижозларга таркиби турли-туман бўлган хизматлар йиғиндисини таклиф қилишлари шарт. Касалхона кассалари эслатиб ўтилган ҳамма хизматларни кўрсатишлари ва ўзлари кўрсата олмайдиган хизматларга ҳақ тўлашлари керак. Касалхона кассалари тиббий хизматни тураржой бўйича поликлиникалар ёки капитация тамойили бўйича ҳақ тўланадиган хусусий врачлар тармоғи орқали кўрсатадилар. Касалхона кассалари кўрсатган хизматлари учун ҳисоб берадилар. Беморлар ярим йилда бир марта бир кассадан иккинчисига ўтишлари мумкин. Бевосита соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан бошқарилиб келинаётган давлат касалхоналари ҳозирги вақтда нодавлат ташкилотлари назорати остига ўтмоқдалар. Улар ўз эҳтиёжларига кўра молияларига эгалик ва ўзаро рақобат қила оладиган мустақил иқтисодий бирлик сифатида фаолият кўрсатадилар.

ИСРОИЛ АҲОЛИСИ СОҒЛИҒИНИ МУСТАҲКАМЛАШГА ҚАРАТИЛГАН ТИББИЙ-СОЦИАЛ ТАДБИРЛАР ВА УЛАРНИНГ ОҚИБАТЛАРИ		
Фаолият доираси	Тадбирлар	Натижалар
Чекиш	Никотинга қарши қонунларга асосланиб чекланишлар, тамаки маҳсулотлари рекламасига чекланишлар	Тарқалган чекиш замирида кашандалар сонининг камайиши
Рак касалликларининг олдини олиш	Маммографияни кенг ёйиш, офтобда кам бўлишни тавсия этиш	Аҳоли саводхонлигини ўстириш
Хавфсизлик камарлари	Кўлланиши устидан назорат	Бажарилляпти
Автомагистралларда максимал тезлик	Транспорт вазирлиги қарори билан оширилган	Ўлим билан тугайдиган йўл-транспорт ҳодисалари миқдори кўпайди
Автомагистралларда патруллик қилиш	Йўл ҳаракати қоидаларининг бажарилиши устидан назорат	Етарли эмас
Сув сифати	1988 йилдан бошлаб сувни албатта хлорлаш	Сув сифати пастлиги билан боғлиқ касалликларни қисқартириш, сув мажбурий филтрация ва коагуляция қилинмайди
Канализация	Оқава сувларни тозалашни яхшилаш	Такрор ишлатиладиган сув миқдори ўсиши
Асосий овқат маҳсуотларини витаминлар ва микроэлементлар билан бойитиш	Фақат хусусий ишлаб чиқарувчилар ташаббуси бўйича	«Ўрта синф» га мансуб маҳсулотларни тўйинтириш, лекин асосий овқат маҳсулотлари (нон, туз, сут) тўйинтирилмайди
Овқат маҳсулотлари сифати	Маҳсулотлар устидан назорат	Маҳсулот сифатини назорат қилишни яхшилаш, ёғи кам овқатларни кўпайтириш, овқат стандартлари халқаро даражага етказилган
ОИТС ва таносил касалликларининг олдини олиш	Мақтабларда тиббий гигиена маорифи	«Ўз баданингни бил» дарслари

Ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимлари

Ривожланаётган мамлакатлар ҳам соғлиқни сақлаш соҳасида ислохотлар ўтказиш зарурлигини биладилар. Колониал режимлардан мерос қолган ва етарли маблағлар ололмайдиган тиббий хизматлар 50—60-й.да ўзларида совет соғлиқни сақлаш моделининг таъсирини ҳис қилганлар. Бирламчи хизматнинг ривожланишига йирик шаҳарларда университет госпиталларига ортиқча маблағлар ажратилиши тўсқинлик қилган, қишлоқ жойларда тиббий хизмат маблағ билан таъминланмай қолаверган. Аҳоли маълумотининг пастлиги, урушлар, диний ва этник ихтилофлар ва зўравонлик бу мамлакатларга нормал ривожланиш имконини бермайди. ОИТС кўпгина ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларни ишғол қилган, Саҳрои Кабир чўли минтақасида ВИЧ инфекцияланганлар сони 9 млн кишига етган, ОИТС нинг клиник тури билан касалланган беморлар миқдори 1994 йил маълумотларига кўра 2 млн кишини ташкил қилади. Бу пул маблағлари етишмаётган соғлиқни сақлашга яна бир оғир зарар бўлиб қўшилади. ОИТС эпидемияси сил, безгак ва осонликча олди олинадиган қизамиқ ва қоқшол туфайли етадиган катта йўқотишлар замирида ривожланишини унутмаслик керак.

1978 йилда Олмаота конференцияси ва «Ҳаммага саломатлик» лойиҳаси таъсири остида 80-й.да бирламчи тиббий ёрдамга кўпроқ эътибор бериладиган бўлди. Кўп одамларни вакцинация қилиш, санитария шароитининг яхшиланиши, орал регидратацион терапияни кенг қўлланишни бу даврнинг ютуқлари қаторига киритиш мумкин. Бу даврда жаҳоннинг кўпгина минтақаларида туғилиш камайди, кейин бу ҳодиса Саҳрои Кабир билан чегарадош Африкада ҳам қайд қилинди. Туғилишнинг пасайиш муаммоси иммунлаш, орал регидратацион терапия, кўкрақдан эмизиш билан бирга миллий соғлиқни сақлаш дастурларида марказий ўрин эгаллаши керак. 80 йилда бошланган иқтисодий инқироз Саҳрои Кабирда ҳамон давом қилмоқда, бироқ бошқа ривожланаётган мамлакатларда ишлаб чиқариш ҳажми кўпайиб, ялпи маҳсулот ўсмоқда, саводсизликни тугатиш бўйича иш олиб бориляпти ва иқтисодий потенциал ошмоқда, аҳолининг соғлиқ ҳолатини доимо яхшилаш учун имкониятлар кенгаймоқда. Болалар ўлимининг ошиши билан ўтадиган очлик, яхши овқатланмаслик ва туғилишнинг юқори даражаси («Камбағаллик — аҳоли сонининг кўпайиши-атроф муҳит» муаммоси) миллий ривожланиш имкониятларига салбий таъсир кўрсатади.

Ривожланаётган мамлакатлар эпидемиологик ўтиш даврида бўладилар, яъни фақат инфекцион эмас, балки ноинфекцион касалликлар ҳам — гипертония, диабет, инсультлар, юрак тож томирлари касалликларининг тарқалиши билан дуч келадилар; йўллардаги шикастланишлар муаммоси

жиддий хавф туғдиради. Бу муаммолар ғарб турмуш тарзи, парҳез ва технологиялар билан боғлиқ. Буларнинг жами, тиббий технологиянинг қиймати тобора ошиб бораётган шароитда соғлиқни сақлашга оғир юк бўлиб тушади. Кўпгина ривожланаётган мамлакатлар ўзининг шундай ҳам паст миллий даромадининг қарийб 4% ини соғлиқни сақлашга сарфлайдилар, яна шуниси диққатга сазоворки, бу маблағларнинг талайгина қисми шу мамлакатларнинг бош шаҳарларида муҳташам касалхоналар қуришга сарфланади.

Нигерия

Нигерия Ғарбий Африкадаги энг аҳолиси кўп мамлакат ҳисобланади. 1993 йилда мамлакатда 90 млн одам бўлган, уларнинг учдан икки қисми 97 минг қишлоқларда истиқомат қиладиган қишлоқ аҳолиси эди. Ҳар йили мамлакатда 3,8 млн болалар туғилади. Туғилиш даражаси маълумотли шаҳар аҳолиси ўртасида пастроқ, бироқ шимолда (аҳолиси мусулмонлар) ва жанубда (аҳолиси насронийлар) юқори. Бу районларда оналарнинг фарзанд кўриш кўрсаткичи битта аёлга тахминан 6,6 ни ташкил қилади. Туғруқларнинг атиги 37% ини малакали тиббий ходимлар қабул қиладилар.

1993 йилда янги туғилган чақалоқлар ўртасида ўлим 1 мингга 114 ни ташкил қилган, яъни бу кўрсаткич 1960 йил кўрсаткичига қараганда пасайган — 1 мингга 122. Туғруқларда оналар ўлими 1980—92 й. маълумотлари бўйича 100 мингга 800 ни ташкил қилган.

Ўлимнинг энг кўп тарқалган сабабларидан бири инфекцион касалликлар, улар 1985—1989 йилда қуйидаги нисбатларда летал оқибатларга олиб келган: безгак (25%), қизамиқ (16%), менингит (13%), зотилжам (9%), сариқ иситма (8%), дизентерия (6%) ва сил (2%). Ҳар йили тахминан 250 минг болалар ва 42 минг аёллар туғруқлар вақтида нобуд бўладилар.

1990-1995 й.да қоқшолга қарши 33% ҳомиладор аёллар эмланди. Болаларни иммунизациялаш қуйидаги миқёсларда ўтказилди: 57% — БЦЖ, 29—34% — КДС, полиомиелит ва қизамиқ (олдинги кўрсаткичлар — 44—46%). 80-йилларнинг бошларида иммунизация қилиш кўпайди, бироқ кейинроқ яна пасайди. Тахминан 12% болалар ўлими қизамиқ билан боғлиқ, бу касалликни эса профилактика қилса бўлади. Ғарбий Американинг бошқа мамлакатларидаги каби ОИТС нигерия тиббиётининг жиддий муаммоси ҳисобланади.

Тиббий суғурта миллий хизмати ва миллий ёрдам давлат орқали рўёбга чиқади. Ҳарбий хизматчилар ёки транспорт ходимлари каби алоҳида аҳоли тоифаларига махсус группавий суғурта мавжуд. Етарлича жиҳозлан-

маганлиги, бошқаришнинг нобоплиги ва тиббиёт ходимлари меҳнатига кам ҳақ тўланиши жамоат соғлиқни сақлаш хизматларига хос қийинчиликлар ҳисобланади. Шаҳарларда асосан ўрта синф вакилларига мўлжалланган хусусий врачлик амалиёти тарқалган. Дори-дармонлар қиммат, ва уларнинг импорти назорат қилинмайди.

Британия колониал сиёсатининг мероси-соғлиқни сақлаш тизими шаҳарларда чегараланган стационар ресурслар ва тиббиёт соҳасида мутахассислар тайёрлаш бўйича бир неча марказларга эга. Мамлакат 1960 йилда мустақил бўлгандан кейин бошланғич таълим давлат тизимининг ривожланиши билан параллел равишда соғлиқни сақлаш давлат тизими доирасида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатадиган муассасаларнинг кенг тармоғи ривож топди. 1992 йил маълумотларига кўра жон бошига тиббий ёрдамга 1,50, яъни миллий бюджетнинг 5% сарфланди. Нигерия соғлиқни сақлашининг ҳозирги аҳволи маблағлар етишмаслиги ва мамлакат аҳолисининг учдан икки қисмигина тиббий ёрдамга қамраб олинганлиги, кўп сонли қишлоқ аҳолисининг тиббий хизмат ололмаётганлиги билан тавсифланади. ЮНИСЕФ маълумотларига кўра 1985—1992 йй.да 85% шаҳар аҳолиси ва 62% қишлоқ аҳолисининг тиббий хизмат олиши мумкин бўлган.

Биринчи ёрдам госпиталлари ва клиникаларида даволаш бўлинмалари молиянинг кўп қисмини олади. Нигерияда тиббий ресурсларни тақсимлаш қуйидагича:

15% — ихтисослашган давлат касалхоналарига;

25% — давлат округ касалхоналарига;

60% — маҳаллий биринчи ёрдам поликлиникаларига, жумладан она ва бола поликлиникаси, мактаб тиббиёт пунктлари ва бошқа жамоат соғлиғини сақлаш тизими муассасаларига.

Тиббиёт ходимларининг аҳолининг умумий сонига нисбати 10 минг кишига 1, кўпчилик врачлар шаҳарларда яшайдилар. Тиббий таълим стандарти юқори ҳисобланса-да, тиббий хизмат сифати ва бошқарув самарадорлиги паст. Федерал ҳукумат тиббий хизматдан тушадиган даромадларни кўпайтириш ва тиббий хизматларни ҳамма оладиган қилиш учун тиббий суғурта тизимини кенгайтиришга интилмоқда; қуйидаги манбалардан молияланадиган миллий соғлиқни сақлаш фонди таъсис қилинган:

— федерал ҳукумат тушумлари;

— қишлоқ хўжалиги ширкатлари аъзоларининг суғуртадан даромадлари;

— ходимларни тиббий суғурталашдан тушадиган даромадлари.

2000 йилга келиб, шаҳар ва қишлоқдаги камбағал аҳолини тиббий хизматнинг асосий турлари билан қамраб олиш кутилмоқда.

Нигерия соғлиқни сақлаш олдида турган муаммолар ҳатто ривожланаётган мамлакатлар андозалари бўйича ҳам жиддий. Тиббиёт таълимнинг энг устувор ва эътиборли соҳаси ҳисобланади, мамлакатда 12 та тиббиёт институтлари бор, шунга қарамай, улардан бирортаси ҳам жамоат соғлиғини сақлаш ташкилотчилари ва эпидемиолог врачларни етиштирмайди. Бундай ҳолат шифокорларда шаклланган устувор тизимга мос келади, бироқ афсуски, мамлакатда яхши маълум ва иқтисодий маъқул восита — иммунизацияни қўлланишни талаб этадиган эпидемиологик шароитни ҳисобга олмайди. Айни вақтда ноинфекцион касалликлардан ва шикастланишлардан ўлимнинг ўсиши тегишли профилактик ва даволаш хизматларини кучайтиришни талаб қилади. Чегараланган имкониятлари бўлган колониал соғлиқни сақлаш структурасидан марказлашган тиббий хизматга ўтиш ривожланаётган кўпгина мамлакатларга хос ҳозирги тенденцияларни акс эттиради. 80-йилларда африка мамлакатлари туғилишнинг кўпайиши ва иқтисодиёт таназзулига дуч келиб, жуда оғир даврни бошдан кечирдилар. Профилактика қилса бўладиган касалликларга қарши курашиш учун тармоқ ёйган бирламчи тиббий хизмат тизими мустақкамланган бўлиши керак. Айни вақтда сўнгги йилларда аҳолини иммунизация билан қамраб олиш пасайиб бормоқда. Соғлиқни сақлаш тизимини марказлашмаган тизимга ўтказиш ҳукумат ва маҳаллий ҳокимиятларнинг ролини оширади, муаммога жамоат қизиқишини рағбатлантиради ва кўрсатиладиган хизматлар самарадорлигини оширади. Шунингдек, маҳаллий маъмуриятларга соғлиқни сақлашдан тушадиган даромадларни кўпайтиришга имкон беради.

Колумбия

Колумбия Жанубий Американинг шимолида жойлашган, аҳолиси 33,4 млн киши бўлган ривожланаётган мамлакат. Аҳолисининг 71% шаҳарликлар ва 29% қишлоқда яшовчилар. Бошланғич таълим умумий, саводхонлик даражаси юқори ва 1990 йил маълумотлари бўйича 87%. 1992 йилда шаҳар аҳолисининг 30% ва қишлоқ аҳолисининг 70% қашшоқликда кун кечирган.

Колумбия ЯММ 1992 йилда жон бошига 1330 доллар бўлган; чақалоқлар ўлими даражаси — 1 мингга 16 (1960 йилда 1 мингга 82 бўлган), болалар ўлими эса 1960 йилда 1 мингга 132 дан 1993 йилда 1 мингга 19 тагача пасайган. 1960 йилда ўртача умр кўриш 57 ёш, 1992 йилда эса 69 ёш бўлган. Туғруқларда ўлим ҳоллари ҳамон юқори, 1980—1992 й.да бу кўрсаткич 100 мингга ўртача 200 га тенг бўлган ва ҳатто Кали сингари йирик шаҳарларда у 1992 йилда 100 мингга 80 ни ташкил этган.

Колумбия маъмурий жиҳатдан 32 департаментга бўлинади, улар ўз навбатида 107 регион ва кўп сонли маъмурий бирликлардан иборат. Маҳаллий ҳокимиятлар ихтиёрида саломатлик марказлари, тиббиёт пунктлари, санитария хизматлари, соғлиқни қувватлаш бўйича дастурлар, ишчилар учун соғломлаштирувчи дастурлар бор. Врачлар қатъий иш ҳақи оладилар, бироқ кўпинча бир неча жойда ишлайдилар ёки хусусий амалиёт билан шуғулланадилар.

Биринчи касалхоналар Колумбия ҳудудидаги испан колониясида 1513 йилда очилган, 1564 йилда лепрозорий очилган. 1798 йилда чиқарилган испан қонуни ҳамма провинцияларда катологик черкови раҳнамолигида касалхоналар таъсис этиш кераклигини вазифа қилиб қўйган. 1601 йилда соғлиқни сақлашнинг асосий жиҳатларини идора қиладиган дастлабки қонунлар пайдо бўлган; 1636 йилда биринчи тиббиёт мактаби очилган. 1825 йилда санитария комиссиялари тузилган, сўнгра 1848 йилда ҳомийлик Департаменти таъсис этилиб, унинг ихтиёрида қашшоқлар ва қуллар учун касалхоналар бўлган. 1887 йилда тузилган Марказий гигиеник комиссия кейинчалик тиббиёт маъмурияти шаклланиши учун асос бўлган, 1946 йилда у соғлиқни сақлаш вазирлиги бўлган.

1938 йилдан Колумбияда тиббий хизматларнинг кенг турларини кўрсатадиган саноат ва савдо ходимлари, хусусий ишбилармонларнинг миллий суғурта тизими бор эди. Давлат хизматчилари, полиция ва ҳарбийлар, шунингдек уларнинг оила аъзолари учун параллел суғурта тизими ишлар эди. Ҳозирги кўринишдаги соғлиқни сақлаш тизими социал таъминот хизматлари ва социал суғурта институти орқали фаолият юритади; ҳарбий хизматчилар, ўқитувчилар, вазирликларнинг ходимларига алоҳида хизматлар кўрсатилади. Умуман Колумбиянинг ярмидан кўп аҳолиси тиббий суғуртага эга, бироқ маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари ўз округлари ҳудудларида болаларга ва қатор ҳолларда оналарга кўпинча ўз бюджетидан тиббий хизматлар кўрсатадилар.

Миллий соғлиқни сақлашнинг ўн йиллик (1968—1977) режаси аҳолини оммавий вакциналаш ва безгак, таносил касалликлар, тўғри овқатланиш, касб касалликлари, стоматологик ёрдам устидан назорат қилиш бўйича дастурларни бажариш воситасида касалланиш ва ўлимни камайтиришга қаратилган.

1970 йилда аҳоли соғлиғининг асосий муаммолари: диарея касалликлари, болаларда инфекцион касалликлар, ёмон овқатлариш, сил ва безгак аниқлаб олинди. 1986 йилда Колумбияда асосан эпидемиологик бурилиш юз берди. Ўлимнинг асосий сабаблари зўравонлик, юрак-томир касалликлари, ўсмалар, ёмон овқатланиш бўлиб қолди. Безгак қирғоққа яқин жойларда жамоат соғлиқни сақлашининг асосий муаммоси бўлиб қолди, бироқ махсус ўқитилган, бу касалликка ташхис қўйиш ва даво-

лашни олиб бора оладиган ходимлар бўлган жойда ижобий ўзгаришлар рўй бермоқда.

1975 й.дан бошлаб, Колумбия соғлиқни сақлаш тизимининг тузилиши учта таркибий қисмдан иборат. Тиббиёт масалалари билан 33 та департаментларда бўлимлари бўлган соғлиқни сақлаш вазирлиги умуммиллий миқёсда шуғулланади. Вазирлик ўз ихтиёрида 470 маҳаллий касалхоналар ва 3 минг даволаш марказлари ва тиббиёт пунктлари бўлган 107 та регионал бўлинмалари орқали тиббий хизматлар кўрсатади. Социал таъминот тизими Колумбия аҳолисининг қарийб 24% ини қамраб олган. 40% колумбияликлар учун тиббий хизматлар олиш қийинлашган, айти вақтда аҳолининг унчалик катта бўлмаган қисми учун хизматлар қўлами кенг ва ортиқчалиги сезилиб туради. Касалхона ва бирламчи тиббий ёрдам алоқаси суст йўлга қўйилган. Касалхона ресурсларидан ортиқча фойдаланилади, бирламчи хизмат кўрсатиш эса етарлича ривожланмаган. Соғлиқни сақлашга харажатлар ЯММнинг 4% дан камини ташкил қилган.

Маълум даврда тиббиёт институтлари сонининг назорат қилин-майдиган ўсиши кузатилган ва тиббиёт ходимлари керагидан кўп тайёрланган; мутахассислар тайёрлаш миқёсларининг қисқартирилиши кутилмоқда. Хусусий тиббиёт мактаблари аввалига қараганда яхшироқ назорат қилинади ва аккредитация қоидалари ҳам кучайтирилади. Умуммиллий лицензион имтиҳонлар жорий қилиш тўғрисидаги масала кўриб чиқилмапти. Оила врачлари миқдорини кўпайтириш кўзда тутилган, бу ортиқча ихтисослашишдан ҳоли қилади ва терапевтлар сони камаяди, натижада ёш врачлар орасидаги ишсизлик камаяди.

1990—1993 йй.да соғлиқни сақлаш сиёсатини қайта кўриб чиқиш янги миллий стратегияни ишлаб чиқиш имконини берди, шу тариқа хизматлар самарадорлиги ошади ва уларни қўлланиш доираси кенгаяди. Бу ислоҳот турли хил миллий дастурларни интеграция қилишга қаратилган. У иш берувчи ва ходимдан тушадиган махсус тушумларга, шунингдек солиқни қўллаб-қувватлашга асосланади. Ислоҳот ҳаммага тиббий хизмат кўрсатишни назарда тутди.

Соғлиқни мажбурий суғурталаш тўғрисидаги қонун Бисмарк модели бўйича суғурталаш тизимини жорий қилишни кўзда тутди, бунда иш берувчи 67%, ходим эса 33% ини тўлайди. Қонун соғлиқни сақлаш вазири тайинлайдиган социал таъминот бўйича миллий кенгаш томонидан тақсимланади. Кенгаш таркибига маъмурий органлар вакиллари ҳам, истеъмолчилар ҳам киритилади. Уларга аъзо бўлиш ихтиёрий, ҳақ тўлаш эса капитация тамойили бўйича амалга оширилади. Тиббий хизматлар институтлари тиббий хизмат кўрсатишни таъминловчи иқтисодий ва маъмурий мустақил муассасалар ролини бажаради. Уларнинг фаолияти

бир неча ўлчовлар бўйича назорат қилинади. Бирламчи тиббий хизмат терапевт-врачлар томонидан кўрсатилади, улар, бундан ташқари, беморларни мутахассис-врачларга юбориш вазифасини бажарадилар.

Ислоҳот тиббий хизматни ҳамма оладиган даражада таъминлаши лозим. Ислоҳотнинг бош ғояси — бозорга асосланган муқобил тиббий муассасаларга ҳамманинг боришини таъминлашдан иборат.

Хитой

Қадимги Хитойдаёқ тиббиётда ва сататистикасида бой анъаналар мавжуд эди. Бу мамлакатда тиббиёт ва соғлиқни сақлаш қадимги Хитойнинг етакчи диний ва фалсафий таълимотлари бўлган конфуцианчилик ва даосизм таъсири остида шаклланган. Қадимги хитой тиббиёти «инь» ва «янь» тушунчаларига асосланган, даволаш муолажалари специфик методикалар бўйича амалга оширилган: Профилактик тиббиётда парҳезга, санитария ва шахсий гигиена асосларига риоя қилишга, чечакка қарши эмлаш, қутурган ҳайвонларни йўқотиш ва соғлиқнинг гарови бўлган фаровонлик ва соғлом ҳаёт тарзига муҳим ўрин берилган. Шунга қарамай, тиббиётнинг бу тури феодал жамиятнинг киборларигагина насиб қилган. Асосан деҳқонлар тиббий воситалар ва бошқа анъанавий амалиёт қўлланилган халқ табобатигагина суянар эдилар.

Мамлакатда фаол миссионерлик фаолияти бошлангандан кейин XIX асрда ғарб тиббиёти Хитойга маълум бўлди. Шу тариқа Хитойда тиббиётнинг яна бир, ғарб тури тури пайдо бўлди ва XX аср бошларида тиббиёт ўқув юртлари очила бошлади. 1911 дан 1930 йилгача хорижийлар кўп бўлган порт шаҳарларига ғарб тиббиётининг кириб келиши кузатилди. Соғлиқни сақлаш вазирлиги тузилгач (1927) 1911 ва 1949 йй. орасида хитой тиббиётининг қадимий анъаналари мустаҳкамланди, 30 та тиббиёт мактаби очилди, ҳарбий-тиббий хизмат ва корхоналарда санитария назорати хизматлари пайдо бўлди. Қишлоқларда касалхоналар қурилди, жамоат соғлиқни сақлашининг профессионал муассасалари, жумладан она ва бола бўлимлари ва провинцияда кўп сонли тиббий марказлар вужудга келди. Бу вакцинация ўтказишга, аҳолига хирургик ёрдам кўрсатишга имкон берди. Мамлакатда ғарб типигаги касалхоналар, қишлоқларда тиббиёт мактаблари очилди. Бироқ 1936 дан 1948 йилгача давом қилган япон интервенцияси ва фуқаролик уруши бу жараённи тўхтатиб қўйди. 1949 йилда урушда ғалаба қозонган коммунистлар Мао Цзе-Дун раҳбарлигида Хитой Халқ Республикасини эълон қилдилар.

ХХР тузилгандан сўнг турмуш шароитларини яхшилаш ва қишлоқ аҳолиси ўртасида тиббий хизмат кўрсатиш савиясини ошириш энг муҳим миллий устувор йўналишга айланди. 1949 дан 1965 йилгача бўлган даврда

совет маслаҳатчилари ёрдамида Хитойда ўрта бўғинга мансуб малакали тиббий кадрлар-тиббиёт ҳамширалари, фармацевтлар, фельдшерлар ҳамда врачлар сони 13 дан (1945) 150 минггача (1966) ошди. Касалхоналарда ўринлар миқдори тез кўпайди. 1965 й.га келиб ҳар бир провинцияда лоақал битта замонавий касалхона бор эди. Мамлакат бўйлаб поликлиникалар ва санитария-эпидемиология станциялари ташкил қилинди. Соғлиқни сақлашни қўллаб-қувватлаш учун беморлардан кўрсатилган хизматлар учун ҳақ олинарди.

Шистосомозни элиминация қилиш бўйича умуммиллий кампаниялар натижасида касалликлар миқдори сезиларли камайди. Эпидемияга қарши назорат қишлоқ аҳолисининг оммавий чиқишлари билан ўтди. Хитой сиёсатини қайта кўриб чиқишни билдирган «маданий инқилоб» даврида (1966) анъанавий тиббиётга ва жамоа соғлиқни сақлашига кўпроқ мустақиллик беришга алоҳида эътибор қаратилди. Мутахассисларни тайёрлашнинг фарб дастурлари қисқара бошлади, «Ялангоёқ докторлар» номини олган врачларнинг ёрдамчилари ҳам фарб, ҳам анъанавий хитой тиббиёти элементларини ўзида жамлаган аралаш тайёргарликдан ўтдилар. «Ялангоёқ докторлар» 27 минг коммуналар ва шаҳар туманларига тиббий ёрдам кўрсатар, туғилишни чеклаш, иммунизация ва умумий касалликлар бўйича санитария, маориф масалаларига алоҳида эътибор қаратар эдилар. 60-йиллардан оилани режалаштириш бўйича ҳаракатлар натижалар бера бошлади ва аҳолининг ўсиши секинлашди. «Битта оилага — битта фарзанд» сиёсати ҳар хил санкциялар билан мустаҳкамланар эди, натижада ўлдириш ва янги туғилган чақалоқлардан воз кечиш каби социал муаммолар пайдо бўлди.

Хитойнинг қарийб 80% аҳолисини қишлоқда яшовчилар ташкил қилади. Қишлоқ хўжалик коммуналарида аҳолининг бу тоифасига Тиббий ширкатлар (ТШ) тиббий ёрдам кўрсатарди, уларининг ихтиёрида «Ялангоёқ докторлар» ишларди. 60—70-йилларда бу ташкилотлар кўп сонли хитой деҳқонларига профилактик ва даволаш хизматларини кўрсатарди. Бироқ қишлоқ хўжалигида бозор иқтисодиётига ўтиш доирасида ўтказиладиган иқтисодий ислоҳот қишлоқ хўжалик коммуналарини амалда тугатди. Натижада тиббий ширкатлар тизими ташкилий ва молиявий базадан маҳрум бўлди, унинг ўрнини кўрсатилган хизматларга ҳақ тўлаш амалиёти эгаллади. Хизматлар 80-йилларда хусусий амалиёт билан шуғулланаётган собиқ «Ялангоёқ докторлар» томонидан кўрсатилди. 1986 йилга келиб, қишлоқда яшовчиларнинг атиги 9,5% ҳамон ТШ хизматларидан фойдаландилар. Шунга кўра госпитализация ва шошилиш ёрдам хизматининг аҳамияти ошди, профилактик тадбирлар ўтказишга эса камроқ эътибор берилди. Мамлакатининг айрим районларида тиббий ширкатлар маҳаллий аҳоли ташаббуси бўйича

тикланди. Юксақ даражада автоном бўлган умуммиллий соғлиқни сақлаш вазирлиги, шунингдек провинция ёки муниципал жамоат соғлиғини сақлаш Департаментлари ўзига тегишли районларда тиббий ёрдам кўрсатишга жавоб берадилар.

1976 й.дан кейин «Маданий инқилоб» тез иқтисодий ўсиш билан боғлиқ янгича қараш билан алмашинди. 1988 й.да аҳоли жон бошига ЯММ 300 долларни, 1990 й.да эса 370 долларни ташкил қилди. «Ялангоёқ докторлар» қайта тайёрлов курсини битирдилар ва қишлоқ жойларда ишлаш ҳуқуқини берадиган ихтисосга оид ва лицензион имтиҳонларни топширдилар. Ўринлар сони 1 минг кишига 2,1 гача кўпайди. Фармацевтика саноати экспортга маҳсулот чиқара бошлади. Жаҳон банки маълумотлари бўйича 1984 йилда соғлиқни сақлаш ва тахминий сарфлар ЯММ дан 3,3% ни ташкил қилди. Тиббиётга харажатларнинг 30% миллий ёки маҳаллий давлат органлари, 31% — иш жойи бўйича суғурта ҳисобига қопланган, хусусий харажатлар 32% ни ташкил этган ва коммуналар улушига 7% тўғри келган.

90-йилларда полиомиелит эрадикацияси бўйича умуммиллий кампания бошланди, у яхши натижалар берди: 4 ёшгача болаларга орал поливакцина қўлланиш туфайли касалликлар миқдори 1990 й. да 5065 дан 1992 й. да 1191 гача қисқарди. Умумий ўлим даражаси 1985 й.да 1 минг кишига 25 дан 6 гача пасайди (13.17 жадвалга ҳам қ.). Оналар ўлими даражаси 1985 й. да 100 минг туғруққа 150 дан 50 гача камайди, 1980—1992 йй. да умумий кўрсаткич эса 100 минг туғруққа 95 ни ташкил қилади.

13.17 жадвал

Хитойнинг айрим тиббий-демографик кўрсаткичлари (1960—1996), 1 минг аҳолига

Кўрсаткичлар	1960 й.	1993 й.	1996 й.
Чақалоқлар ўлими	194	35	38
Болалар ўлими	210	43	47
Умр давомлилиги	44	71	69
Умумий туғилиш кўрсаткичи	37	21	17

Манба: UNICEF. *State of the World's Children*, 1995.

Бошланғич таълим мажбурий ҳисобланади ва катта ёшдаги кишилар ўртасида саводхонлик даражаси 73% ни ташкил қилади. 1991 йилда 94% туғруқлар малакали тиббиёт ходимлари томонидан қабул қилинди. Туғилиш ва ўлим пасайиши натижасида аҳолининг ёш таркиби ўз структурасига кўра ривожланган мамлакатлардаги даражага яқинлашади.

Экологик ифлосланган саноат районларида ўпка раки билан касалланиш даражасининг юқорилиги, кашандалар фоизининг кўплиги хитой соғлиқни сақлаши учун жиддий муаммо ҳисобланади ва бу касалликнинг тарқалишига йўл очади, айти пайтда меъда раки касалликлари миқдори пасайди. Ўлим сабаблари ривожланган мамлакатларникига ўхшаш, қишлоқ аҳолиси орасида ўлим шаҳардагидан юқори. Хитойда шаҳар соғлиқни сақлаши ҳамиша афзал ўринни эгаллаб келган. Иқтисодий ўсиш жадал кечаётган ҳозирги даврда қишлоқ аҳолисининг шаҳарларга кўчиши кучаймоқда. Бу жараённинг соғлиқни сақлашга қандай таъсир кўрсатиши ҳозирча номаълум.

13.18 жадвал

XXP нинг асосий демографик кўрсаткичлари

Кўрсаткич	1949 й.	1952 й.	1965 й.	1970 й.	1980 й.	1990 й.	1992 й.
Фертилик (фарзанд кўриш)	36	34,0	37,8	33,4	18,2	21,1	18,2
Умумий ўлим	25,0	10,9	5,5	7,6	6,3	6,7	6,6
Табиий ўсиш	16,0	23,1	28,3	25,8	11,9	14,4	11,6

Манба: Ministry of Public Health, Beijing, 1994.

Хитойнинг инфекциян касалликлар устидан назорат, туғилишни бошқариш, мамлакатдаги жуда кўп сонли аҳолини тиббий хизмат билан таъминлаш соҳасидаги ютуқлари беқиёс юқори. Хитой қатор ривожланган мамлакатларга қараганда соғлиқни сақлашга кам харажатлар қилган ҳолда (ЯММ дан 3,5%) болалар ўлими ва умр кўриш кўрсаткичлари бўйича ўз натижаларини яхшилади. Ҳозирги вақтда Хитой бозор иқтисодиётига ўтиш даврини бошдан кечирмоқда, бунинг оқибатида аҳолининг бир қисми тиббий хизмат кўрсатилишидан маҳрум бўлади. Хитой аҳолиси соғлигини яхшилашнинг талайгина имкониятлари мавжуд, улар тиббий суғурталаш дастурлари жорий қилинганда амалга оширилиши мумкин.

Бошқа ривожланаётган мамлакатларининг тажрибасига қараганда Хитой тажрибаси мақбул бўлиб кўринади. Хитойда шунингдек фертилик кўрсаткичларини пасайтиришга муваффақ бўлинди, бу аҳолининг ўсишини чеклади, чақалоқлар, болалар ўлими ва умумий ўлим кўрсаткичларини қисқартирди. Бу қишлоқ аҳолисига ва шаҳарларда яшайдиган камбағал аҳолига тиббий хизмат кўрсатишни ривожлантириш бўйича узоқ муддатга мўлжалланган дастурни рўёбга чиқариш натижаларидан бири бўлса, ажаб эмас.

Соғлиқни сақлаш тизимларини ислоҳ қилиш муаммолари

Соғлиқни сақлаш тизимлари узлуксиз ривожланиб борапти. Ислохотлар ўтказишга қуйидаги омиллар: хизмат кўрсатиш қиймати ўсишини тизгинлаш, ҳаммани тиббий хизмат билан таъминлаш, ресурслардан самарали фойдаланиш ёки мижозлар эҳтиёжларини ёки тиббий хизмат кўрсатадиган шахсларнинг истагини қондириш асос бўлиб хизмат қилади. Ислохотлар ўтказиш учун шунингдек аҳоли соғлиқ ҳолатини яхшилаш зарурлиги туртки бўлди, бунга тиббиётни ҳаммабоп қилиш, хизматларни тақсимлашдаги одиллик, хизмат кўрсатиш самарадорлиги, сифати ва тежамкорлигини ошириш йўли билан эришилади.

Тиббий суғурталаш ва соғлиқни сақлашнинг ҳаммабоплиги ҳали миллатнинг саломатлик ҳолати жуда яхшиланди деган гап эмас. Бу имкониятлар билан бирга ҳар бир киши соғлиғини қўллаб-қувватлаб туриш учун жамият меҳнат шароитлари ва йўлларда хавфсизликни таъминлаши, яхши овқатланиш, зарарли одатлардан (ичкиликни суистеъмол қилиш, чекиш) воз кечиши ва атроф муҳитни муҳофаза қилиш муҳим аҳамият касб этади. Соғлиқни сақлаш миллий тизимининг яхши фаолият кўрсатиши учун бундай шароитлар ҳаётий муҳим ҳисобланади. «Саломатик ҳамма учун» дастурининг сиёсий мақсадлари тиббий хизмат кўрсатиш қийматининг ошиб бориши билан тўқнашар экан, ислохотларининг бориши ва шу туфайли мунозаралар тобора кучайиб боради. Ҳар қандай соғлиқни сақлаш тизимининг энг муҳим муаммоларига ресурслардан оқилона фойдаланиш, аҳолини хизматлардан қониқиш ҳосил қилиш киради. Давлат ёки «бозор» тиббиёти тарафдорларининг мафкуравий нафсониятга берилишларига қарамай, соғлиқни сақлашнинг ягона, бирдан-бир тўғри тизими йўқ. Бутун тизимдан кўр-кўрона нусха кўчириб бўлмайди, чунки бу тизимнинг ривожланиши у ёки бу мамлакатнинг сиёсий, ижтимоий ва профессионал маданиятининг ажралмас элементлари бўлган жуда кўп сонли омилларга таъсир ўтказди.

Кўпинча тиббиётга бозор муносабатлари нуқтаи назаридан ёндошув хизмат кўрсатиш сифатини яширади, деган фикр билдирилади.

Бу фикр ҳар бир айрим одамнинг даромадларини тақсимлаши ва унинг танлаш имкониятлари нуқтаи назаридан тўғридир. Масалан, ихтисослашган хизматлар марказига яқин жойда яшайдиган, маълумот савияси юқорироқ шаҳар аҳолиси бирмунча яхши мавқега эга. Истеъмолчилар учун танлаш эркинлиги ва тиббий хизмат кўрсатувчиларнинг мустақиллиги — бозор муносабатларининг икки томонидир. Улар бирга қўшилганда тиббий хизмат тизимини танлашда истеъмолчи ва провайдер ҳуқуқларини ҳимоя қилишни таъминлайди. Айни вақтда

бу тизимнинг кўрсатилган хизматлар, жумладан профилактик хизматлар учун масъулиятини пасайтиради, натижада туғруққа қадар кузатув, иммунизация, кексаларни парвариш қилиш сингари муҳим дастурларга зарар етказилади. Профилактик тиббиётнинг бу энг муҳим жиҳатлари баъзан тиббий хизмат қиймати устидан назорат қилиш зарурлиги билан зиддиятга киришади ва ёқимсиз оқибатларга, масалан, асосланмаган, қимматбаҳо ва хавф туғдирадиган хирургик операцияларга олиб келиши мумкин. Ҳам индивидуал, ҳам соғлиқни сақлаш тизимининг масъулиятини таъминлайдиган бозор муносабатлари соғлиқни яхшилашга катта ҳисса қўшиши мумкин.

Ҳукуматнинг соғлиқни сақлаш учун масъулияти айрим кишиларнинг ҳуқуқларини чеклаши мумкин бўлган ташаббусларни амалга оширишни талаб этади. Масалан, сувни хлорлаш ва фторлаш, тузни йодлантириш ёки нонга фолат кислота қўшиш бу методикага қарши одамлардан уни жамиятининг бошқа аъзолари манфаатларида қабул қилишни талаб этади. Давлат органлари соғлиқ учун хавф туғдириши мумкин бўлган хизмат кўрсатадиган муассасани ёпиб қўйишга ҳақли. Масалан, антисанитария ҳолатдаги умумий овқатланиш муассасаси бунга мисолдир. Соғлиқни сақлашни бошқариш муаммолари макро- ва микроиқтисодий самардорликни ҳисобга олган ҳолда ҳал қилиниши лозим. Жамоалар ва бутун-бутун регионлар кўпинча соғлиқни сақлаш соҳасида унинг бизнесга, иш жойлари минбарига ва умуммиллий ёки регионал режалар ва устувор йўналишларга таъсири нуқтаи назаридан режалаштириш билан шуғулланадилар.

90-йилларда миллий соғлиқни сақлаш тизимларида йирик ўзгаришлар рўй берди. Ривожланган мамлакатлар тиббий хизматнинг ҳаммабоплигини сақлаган ҳолда тиббий хизмат қийматининг ўсишини тизгинлашга уринадилар. Швеция касалхоналарда койка-ўринлар миқдорини қисқартириш йўли билан соғлиқни сақлашга харажатларни пасайтирган. Америка Қўшма Штатларида қариялар ва камбағаллар учун социал таъминот тизимига таянадиган тиббий суғурталашни жорий қилиш йўли билан мамлакатнинг бутун аҳолисининг тиббий хизмат олишини таъминлаш бўйича кескин мунозаралар бўлиб ўтмоқда; айна вақтда хизмат кўрсатиш қийматини назорат қилишга уринишлар бўлаяпти. Канадада миллий тиббий суғурталаш қийин даврини бошдан кечирмоқда, чунки федерал дотацияларининг тўхтатилиши провинцияларга хизматларга ҳақ тўлаш ва касалхона ресурсларини таъминлаш учун катта маблағлар ажратиш заруратини келтириб чиқармоқда. Исроилда касалхона кассаларида кўнгилли аъзолик тизими ўрнини миллий тиббий суғурталаш эгаллади, шу туфайли касалхона кассалари хизматлар кўрсатиш

учун бир-бирлари билан рақобат қилмоқдалар. Шарқий Оврупо мамлакатларида 1990 й. гача амал қилган совет моделидан хизматлар доираси марказлашмай бошқариладиган миллий суғурталашга ўтишдан фойдаланилмоқда. Хитойда 70% қишлоқ аҳолиси учун кўрсатилган хизматлар учун ҳақ тўлаш тизими жорий этилган. Ҳамма мамлакатлар соғлиқни сақлаш тизимини банкротликка олиб келувчи омиллардан сақлаш учун профилактик хизматнинг монанд моделларини ишлаб чиқаришга уринмоқдалар.

70-йй. дан бошлаб, хроник касалликлардан кўриладиган зарарни, уларни даволашга харажатларни камайтириш йўлларида бири бўлмиш соғлиқни мустаҳкамлаш ва соғлом турмушни қарор топтириш сиёсатига катта аҳамият берилмоқда. Бу тенденция Лалонднинг (1974) «соғлиқ майдони» Концепцияси, бирламчи тиббий хизмат муаммолари бўйича 1978 й. Олмаота анжумани, ЖССТнинг «Саломатлик ҳамма учун» лойихаси (1978), АҚШ да алоҳида «Тиббий вазифалар» ишлаб чиқиш («2000 йилга келиб соғлом халқ», 1979) ва ЖССТ Оврупо бюроси таъсири остида ривожланди (2-бобга қ.). Кўпгина ривожланган мамлакатларда 60-йй. дан бошлаб, соғлиқни қувватлаш туфайли ва хроник касалликларнинг пайдо бўлишига имкон берадиган омиллар йўқотилгандан сўнг юрак коронар касаллиги ва инсултдан ўлим пасайди.

Фуқароларнинг географик ва социал тенглик билан тиббий хизматлар билан таъминланишга ҳуқуқини бирга қўшиб олиб бориш мураккаб масала. Молиявий тўсиқларни енгиб ўтишнинг ўзи соғлиқнинг яхши ҳолатини кафолатлай олмайди. Социал, маданий ва жисмоний атроф муҳити, шунингдек тиббий тузатиш ёки профилактика ёрдам бермайдиган хавф омиллари борлигининг ҳам аҳамияти муҳим. Шунингдек, тиббий хизмат умумий соғлиқ муҳитининг бир қисми бўлиши (2-бобга қ.) ва соғлиқни сақлашни ислоҳ қилишнинг фаол жараёнида қатнашиши зарур.

Саноати ривожланган мамлакатларда тиббий суғурталаш тизимлари тиббий хизматларга ҳақ тўлаш ва соғлиқни сақлашни ҳаммабоплигини таъминлаш мақсадида пайдо бўлган. Тиббиётнинг жиҳозланганлиги даволаш хизматларидан фойдаланишга ва қийматига таъсир қиладиган энг муҳим омил ҳисобланади. Кўрсатилган хизматларга ҳақ тўлашни жорий қилиш режалаштириш ва сифатни назорат қилиш учун миллий масъулиятининг шак-шубҳасиз кучайишига олиб келади. Хизматлар қийматининг тез ўсиб боришини тизгинлай оладиган ва касалликлар устидан таъсирчан назорат усуллари излаб келаётган мамлакатларда соғлиқни сақлашдаги ислохотлар яхши натижалар беради.

Бозор иқтисодиёти ривожланган мамлакатлар миллат саломатлигини ва даволаш хизматларининг қиймати устидан назоратни яхшилашга қаратилган тадбирларнинг зарурлигини тушуниб етдилар. Бу касалхона

хизмати улушининг қисқариши, уйда даволашнинг кенгайтирилиши, жамият томонидан соғлиқни сақлашнинг қўллаб-қувватланиши билан ўтди. Иккинчи томондан, ҳар бир шахснинг ўз соғлиғи учун индивидуал жавобгарлигига ва шу тариқа соғлиқни сақлашга қарамлигини камай-тиришга катта аҳамият берилади.

13.19 жадвал

Соғлиқни сақлашда миллий сиёсат стратегияси ва тактикаси

Мақсадлар	Муаммолар	Стратегия ва тактика
Миллат соғлиғини яхшилаш соҳасидаги сиёсий мажбуриятлар	Тиббиётнинг ҳаммабоплиги миллат соғлиғи — ҳукуматнинг масъулият соҳаси. Халқаро стандартларга мувофиқлик. Соғлиқни сақлашнинг ҳаммабоплиги асосида регионал ва социал тенг ҳуқуқлилиқ. Истеъ-молчилар ва провайдерлар учун танлаш эркинлиги. Соғлом турмуш тарзи миллий сиёсат сифатида.	Миллий соғлиқни сақлаш мақ-садларини ишлаб чиқиш. Соғлиқни қувватлаб туриш сиёсати. Қо-нунчилиқ ва тартибга солиш. Тиббий хизматлар истеъмолчи-ларининг ҳуқуқларини ишлаб чиқиш. Аҳолини соғлиққа оид масалалар билан кенг таништириш (соғлиқни сақлашнинг ахборот функцияси). Жамоат ва профес-сионал қувватлаш гуруҳлари
Социал фаровонлик тў-рисидаги миллий ту-шунчаларга мувофиқ молиялаш	Етарлича умумий молиялаш (ЯММ дан 6%). Режалаштириш тизимидан капитация тамойили бўйича ҳақ тўлаш тизимига ўтиш. Хизмат кўр-сатиш қиймати ўсишини тизгинлаш. Соғлиқни мустаҳкамлашнинг иқтисодий самарали дастурларини қўллаш. Соғлиққа миллий устувор йўналишларни ажратиш ва уларни мақсадли молиялаш	Умумдавлат, регионал ва маҳаллий даражаларда молиялашни кў-пайтириш. Қўшимча сифатида тиб-бий сугурталаш. «Хизматлар йиғин-диси» ва истеъмолчиларнинг ҳу-қуқларини аниқлаш. Ўтқир ва шо-шилинич ёрдам учун мўлжалланган ўринларни 1 минг кишига 4 гача қисқартириш. Соғлиқни сақлашни, унинг регионал органларини мар-казлашишдан ҳоли қилиб капита-ция тамойили бўйича молиялаш.
Самарадорлик негизида бошқариш	Бошқаришни марказлаштирмаслик. Стандартлар ва мониторингни амалга ошириш бўйича миллий агентликлар. Мониторинг (ахборот тизимлари). Муниципал соғлиқни сақлаш тизимлари.	Бирламчи хизмат улушини кў-пайтириш, уйда даволаш улуши ва узоқ муддатли даволаш стан-дартларини яратиш; хирургик амбулатор даволаш улуши. Тиббий ахборот тизимлари жорий қилиш. Йўналтирилган рақобат ва диаг-ностик боғланган гуруҳлар. Соғ-лиқни сақлашда социал омиллар таҳлили, Аҳолини тиббиёт муам-моларидан хабардорлигини оши-риш, унга ишончини кучайтириш. Жамоанинг соғлиқни қувватлаш масаласига муносабати. Жамоат соғлиғи, овқатланиш, атроф муҳит муҳофазаси, иммунизация ишини такомиллаштириш

Ҳамма ривожланган мамлакатлар узоқ вақтгача ўз фуқароларини тиббий хизмат билан таъминлаш усулини топишга интиланлар. Ҳар бир мамлакатда мавжуд сиёсий шароит, маданий анъаналар, тиббий хизматларни молиялаш имкониятларига мувофиқ ўз соғлиқни сақлаш тизимлари шаклланган. Аҳолида тиббий хизматларга ҳақ тўлаш имконияти пайдо бўлган сайин кўпчилик мамлакатларда тиббий хизматларни молиялашнинг самарали шакллари ва уларни уюштиришни излаш фаоллашиб боради. Ривожланаётган мамлакатларда бевосита давлат томонидан молиялаш тиббий хизматларни ривожлантиришга халақит беришини тушунадилар, шунинг учун миллий тиббий суғурталашни молиялашни яхшилаш ва кўпроқ аҳолини қамраб олиш имконияти сифатида кўздан кечириш тенденцияси кузатилади. Соғлиқни сақлашда доимо маблағлар етишмаслигидан қийналган собиқ иттифоқ мамлакатларида ҳозирги вақтда тиббий суғурталаш жамоат соғлиғини сақлаш олдида турган муаммоларни ҳал қилиш йўли сифатида кўздан кечирилмоқда. Юқорида зикр қилинган соғлиқни сақлаш тизимлари бошқа мамлакатлар учун модел бўлиб хизмат қилган ва шундай бўлиб қолади, шунинг учун бу тизимларнинг қандай пайдо бўлгани ва ривожланганини тушуниш фоят муҳим.

Ислоҳ қилишнинг эҳтимол тутилган йўллари излаш иккита асосий йўналишлар бўйича олиб борилиши мумкин, улар баъзан бир-бири билан ихтилоф ҳолатида бўлади. Битта йўл — ЖССТ, ЮНИСЕФ ва бошқа бир қанча халқаро ташкилотлар қўллаб-қувватлаган бирламчи тиббий хизматга «Олмаота» ёндошувидир. Бунинг моҳияти шундаки, ривожланаётган мамлакатларда вужудга келадиган соғлиқни сақлашнинг асосий муаммолари марказлашмаган бошқарув асосидаги жамоат хизмати сифатида бирламчи тиббий ёрдамни ривожлантириш туфайли ҳал қилиниши мумкин. Бозор иқтисоийётига асосланган муқобил ёндошув соғлиқни сақлаш базаси сифатидаги миллий тиббий суғурталаш, ходим ва иш берувчининг ҳамкорликда молия билан таъминлашлари ёки умумий солиқ тушумларидан таркиб топади. Бу, шубҳасиз, соф тиббий ёндошув бўлиб, касалхона ва врачлик хизматларига таянади, бунда жамоат соғлиқни сақлашининг профилактик функциялари тўла -тўқис юзага чиқмайди ва асосан хусусий амалиёт врачлари томонидан амалга оширилади.

Бу иккала ёндашувлар ўртасидаги асосий тафовутлар ривожланаётган мамлакатлар учун дилемма ҳисобланади, чунки улар даволаш қийматини пасайтириш учун доимий кураш олиб борадилар. Бу муаммони осонликча ҳал қилиб бўлмайди. Суғурта тиббиёти хизматлар қийматининг эҳтимол тутилган ўсиши билан боғлиқ, у ҳаммабоп бўлмаслиги мумкин, бунда профилактикага нисбатан даволашнинг роли ошади. Иккинчи томондан, бозор ёндошуви провайдерлар ўртасида рақобатнинг кучайиши ва

хизматлар сифатининг ошиши, шунингдек истеъмолчи эҳтиёжларини тўлиқ қондириш деган гапдир. Дарҳақиқат, бозор ёндошуви кўпинча қимматбаҳо даволаш методларини асоссиз қўлланиш билан ўтади, улар фақат жуда бой мамлакатларга тўғри келади, бироқ ҳатто ана шунда ҳам ҳамма учун баб-баравар имкониятларни таъминлаш мумкин эмас.

Жамоат соғлиғини сақлашнинг давлат томонидан молияланиши кўпинча миллий соғлиқни сақлаш дастурини зарур маблағлар билан таъминлай олмайди ва провайдерда ҳам, истеъмолчида ҳам ахлоқ ва сифат муаммоларининг пайдо бўлишига имкон беради. Шунга қарамай, бу ривожланаётган ёки ривожланган мамлакатлар учун ислохотлар даврида муқаррар ҳол ҳисобланади. Ҳатто ривожланган мамлакатларда талайгина аҳоли гуруҳлари қашшоқлик билан кун кечиради ва соғлиқни сақлаш хизматидан баҳраманд бўла олмайди. АҚШ да ҳеч қандай тиббий суғуртаси бўлмаган қарийб 30 млн киши бор, ва тахминан шунча кишилар зарур даволаш хизматларини ололмайдилар. Қишлоқ районларида соғлиқни сақлаш иқтисодий қийинчиликларни бошдан кечирилганлиги сабабли паст даражада турибди, қишлоқ жойларидаги умумий ва ихтисослашган даволаш хизматлари турғунлик ҳолатида.

Соғлиқни сақлаш тизимлари тўплаган халқаро тажрибани ўрганиш бу соҳада халқаро стандартлар ва мезонлар ишлаб чиқишга ёрдам беради. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари ҳаммага ва баб-баравар тиббий хизмат кўрсатишни таъминлаши, айтилиши вақтда жамоат соғлиғини сақлашнинг энг муҳим элементи бўлган профилактика ва соғлиқни мустаҳкамлаш бўйича дастурларни бажариши керак. Турли тизимларни таққослаш ресурсларнинг дастлабки ҳолати ва фаолият натижаларига боғлиқ. Тиббий таълимнинг юқори стандартлари ҳали соғлиқнинг яхши кўрсаткичларига кафолат бера олмайди. Уларга шунингдек жамоат соғлиғини сақлашнинг юқори стандартлари ва бу соҳада менежерларни яхши тайёрлаш мос келиши керак. Соғлиқни сақлаш тизимининг самарадорлиги фақат даволаш хизматларини кўрсатишдан иборат эмас, аҳоли кексайиб борган сайин хавф гуруҳларига мўлжалланган профилактик дастурларнинг роли ошиб боради.

Соғлиқни сақлашнинг идеал модели йўқ. Турли мамлакатларнинг тажрибаларини ўрганиш ва у ёки бу моделни бутунлай қабул қилмай, ўз муаммоларини ечиш учун ўзига хос модификацияни излаш зарур. Прагматик, тадқиқот ёндашуви бир неча универсал шароитлар — масалан, хусусийлаштириш, рақобат ёки умумий давлат тиббий хизматини аниқлайди. Умуман олганда соғлиқни сақлаш бутун жамиятнинг ва ҳар бир одамнинг баб-баравар манфаатдорлигидан иборат. Индивидуум ҳуқуқлари унинг соғлиқ учун хавфни пасайтириш масъулиятини ошириши керак. Миллий тиббий суғурталаш тизими — шахс саломат-

лигини қувватлаб туриш учун зарур тиббий хизматга шахсий ҳуқуқини рўёбга чиқариш ҳуқуқидир, бу хизматлар сифатининг юқори бўлишига кафолат бера олмайди. Сифат жиҳатидан паст, яхши молияланмайдиган соғлиқни сақлашнинг ҳаммабплиги, айниқса ноқулай социал ва жисмоний шароитларда соғлиқнинг яхши ҳолатини таъминлаб бера олмайди. Умуман аҳолининг ва хусусан индивидуумнинг соғлиқ ҳолатини яхшилаш учун миллий тиббий тизимдаги структура ва уни сақлаб туриш муаммоларига тегишлича аҳамият берилиши зарур.

Хулоса

Ўтган асрда социал суғурта ва социал таъминот тизимлари ўз зиммаларига ҳаммага тиббий хизмат кўрсатиш тамойилини амалга оширишни вазифа қилиб қўйдилар. Пайдо бўлган миллий соғлиқни сақлаш тизимлари даволаш, касалхона ва профилактика хизматларини кўрсатардилар. Прогрессив даромад солиғи, акциз ва ресурс йиғимларни ўз ичига олган умумий солиқ солиш асосида бу хизматларни молиялаш соғлиқни сақлаш фондларини кўпайтириш учун оптимал ҳисобланади. Шунга қарамай, кўпгина мамлакатларда тиббий хизматлар ходимлар ва иш берувчиларнинг бадаллари ҳисобига социал таъминот органлари орқали тўланади. Соғлиқни сақлашнинг ҳаммабплиги мамлакат аҳолисининг ҳаммаси тегишли хизматлардан фойдалана олиши мумкин деган маънони англатади, бироқ бу тамойил ўз-ўзидан кишилар сломатлик ҳолатининг яхшиланишига олиб келмайди. Ҳозирги вақтда ресурсларни жойлаштириш муаммоси асосий масала ҳисобланади. Чунончи, масалан, чегараланган бюджет шароитларида юксак технологиялари бўлган тиббиётни молиялаш, хусусан, болаларни зарур иммунизация қилиш дастурларидан маҳрум қилиши мумкин.

Бироқ соғлиқни сақлаш ва мустақкамлаш муаммолари, табиийки, молиялаш ва ресурсларни жойлаштириш масалалари билан чегараланиб қолмайди. Тиббий тизими ривожланган юксак даражада тараққий этган Буюк Британияда ижтимоий аҳвол, тураржой, маълумот даражаси ва этник мансублик кўп жиҳатдан касалланиш ва ўлим даражаларини белгилайди. Қисман бу овқатланиш, чекиш ва жисмоний ҳолат каби классик хавф омиллари билан изоҳланади. Бундан ташқари, кўпинча бу социал тафовутлар аниқланиши қийин бўлган, бироқ қашшоқлик билан бирга келадиган, яхши сезиладиган ҳодисалар натижасида вужудга келади: депрессия, қўрқувлар, ўз ҳаётига ишончи йўқлиги ва уни режалаштира олмаслиги шулар жумласидан. Бу муаммоларни ҳал қилиш миллий соғлиқни сақлаш мақсадларига эришиш ва тиббий хизматлар олишда тенгликни таъминлаш учун муҳим.

Соғлиқни сақлаш тизимлари фаолиятига доимий баҳо бериб туриш зарур. Чақалоқлар, болалар ва оналар ўлими, шунингдек специфик касалликлар натижасида ўлим кўрсаткичлари муҳим, бироқ етарли эмас. Вакцинация ёрдамида олди олинган касалликлардан бирламчи касалланиш сингари кўрсаткичлар, 1 ёшгача болаларни иммунизация қилиш маълумотлари, чақалоқлар ва ҳомиладор аёллар ўртасидаги анемия, шунингдек ногиронлик ҳақидаги маълумотлар ҳам бўлиши керак. Яқинда расм бўлган DALV ва QALV каби индикаторлар (3 ва 12 боблар) фақат ўлимга эмас, балки диққатни ҳаёт сифати кўрсаткичларига қаратади. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари доимий мониторинг учун зарур ахборот беришга қодир маълумотлар банкига эга бўлишлари ҳамда эпидемиологик, социологик ва иқтисодий таҳлил учун, тиббиёт муассасалари учун ташкилотчилар ва маъмурлар, шунингдек зарур тадқиқотлар учун обрўли академик марказларга эга бўлишлари керак.

Давлат томонидан молиялаш ёки социал таъминот тизими орқали суғурталаш соғлиқни сақлаш тизимидан ҳаммининг фойдаланишига қаратилган. Шунга қарамай, миллий тиббиёт тузилмасини унинг мазмунидан келиб чиқиб кўздан кечириш зарур. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари амалий мақсадларни ишлаб чиқишлари ва уларни қўлга киритиш учун қандай ресурслар ва дастурлар кераклигини белгилаб олишлари керак. Бу фақат касалланиш ва ўлимнинг глобал масалалари бўлмай, балки амалий ҳал қилишни талаб этадиган муаммолар бўлиши ҳам мумкин. Вакцинация йўли билан профилактика қилса бўладиган касалликларни тугатиш, болаларнинг диарея ва респиратор касалликлардан ўлимини қисқартириш, витамин ва минерал етишмовчилигини бартараф қилиш шундай қарорларга мисол бўла олади. Ноинфекцион касалликларнинг зарарини камайтириш мураккаб профилактик тадбирлар тизимини қўлланиш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатиш, йўл-транспорт ҳодисалари оқибатида ўлимни камайтириш ва шошилиш тиббий ёрдам сифатини оширишни талаб қилади.

Профилактик ёки даволаш тадбирларини миллий соғлиқни сақлаш тизимини тегишлича молияламасдан ўтказиб бўлмайди. Тиббиётга қилинаётган харажатлар жамиятнинг соғлиқни сақлашга кўрсатаётган ғамхўрлигининг кўрсаткичи ҳисобланади. Айрим мамлакатлар, масалан Скандинавия мамлакатлари кам миқдорда пул сарфлаб, бошқа давлатларга нисбатан ажойиб натижаларни қўлга киритмоқдалар. Бунинг боиси шундаки, бу мамлакатларда соғлиқни мустаҳкамлаш ва сақлаш социал таъминот тизимининг таркибий қисми ҳисобланади. Америка Қўшма Штатлари соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига бошқа ҳар қандай мамлакатга нисбатан кўп маблағ сарфлайдилар, бироқ шунга қарамай, кўпчилик америкаликлар зарур тиббий хизмат олишдан маҳрумлар ёки бу соҳада

чегараланган имкониятлари бор. Соғлиқни сақлаш хизматларидан ҳам-манинг фойдалана олмаслиги жиддий камчилик ҳисобланади, бироқ шунга қарамай, АҚШ да тиббий хизматлар юқори сифатлилиги билан ажралиб туради. Совет соғлиқни сақлаш тизими ҳаммабоплигига қарамай, яхши натижаларни қўлга кирита олмади, чунки унинг аҳамиятига етарлича эътибор берилмади, шунингдек у яхши молияланмади, натижада даволаш сифати пастлигича қолди. Ривожланаётган мамлакатлар соғлиқни сақлашга харажатлар устувор мавқени эгаллаши учун бюджетни қайта кўриб чиқишлари лозим. Бу ўринда Жаҳон банкининг соғлиққа бериладиган инвестициялар иқтисодий ўсиш учун ҳаётий муҳимлиги тўғрисидаги қоидасини тан олмасдан илож йўқ.

Соғлиқни сақлашни молиялаш ҳамма мамлакатлар — бой, камбағал социалистик, бозор иқтисодиёти буйруқбозликка асосланган ёки марказлаштирилмаган мамлакатлар учун муаммолар ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш тизимини молиялашда ҳамма давлатлар ҳам қийинчиликка дуч келадилар. Ҳодимлар ва иш берувчиларнинг бадалларидан тўланадиган социал суғурталаш механизмидан фойдаланиш бир-биридан фарқ қиладиган Германия, АҚШ, Франция, Исроил ва кўпгина Лотин Америкаси мамлакатларида кенг тарқалган ёндашувлардан ҳисобланади. Миллий соғлиқни сақлашни солиққа тортиш тизими ва ҳукумат йиғимлари орқали молиялаш совет модели, провинцияларда амал қиляётган британия миллий соғлиқни сақлаш хизматининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Хизматларни бир текис тақсимлаш ва уларни молиялашни яхшилашдан ташқари, молиялашнинг адекватлиги (монандлиги) муҳим масала саналади. Маблағлар қандай сарфланяпти, устувор йўналишлар ва уларнинг муқобил вариантлари қандай, танлаб олинган усул иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлайдими — ҳамма гап ана шунда.

Миллий соғлиқни сақлаш тизимининг сифати ҳам аҳамиятли. Муаммонинг марказида таълим тизимини ташкил қилиш катта ўрин эгаллайди. Тизим тиббий хизмат кўрсатишни идора қилиши ва яхши ҳолатда сақлаб туриши керак. Бу тизимдаги маблағларга ва провайдерлардаги хизматлар, шунингдек иккала томонлар учун молиявий назорат имкониятлари билан белгиланади.

Миллий соғлиқни сақлаш тизими — ҳамма вақт ҳам тиббий тузилмага бевосита киритилавермайдиган, ҳар хил элементларни ўзида жамлаган кенг қўламдаги тушунчадир. Бирламчи инфраструктура сифати (канализация, сув, йўллар, коммуникациялар), овқатнинг миқдори ва сифати, маълумот савияси ва касб маҳорати бу тизимнинг таркибий қисмлари ҳисобланади. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари — бу фақат молиялаш методлари ва хизмат кўрсатилишини таъминлашгина эмас,

улар жамият социал ва иқтисодий ривожланишининг бир қисми сана-
лади ва унинг ҳаёт сифатини яхшилашга энг кўп ҳисса қўшади.

Рефератлар мавзулари

1. Касалхонанинг, шунингдек бутун туман соғлиқни сақлаши фаоли-
ятининг соғлиқни қўллаб-қувватлаш ва мустақкамлашга қаратилган
иқтисодий тамойилларини тасвирлаб беринг. Уларнинг ҳар бирида тўлов
ва молиялаш методлари.

2. Миллий соғлиқни сақлаш тизимларининг асосий моделлари:

- Бисмарк модели;
- Миллий соғлиқ хизмати (Буюк Британия);
- Н. А. Семашконинг совет модели (давлат соғлиқ хизмати);
- солиққа тортиш ҳисобига миллий суғурталаш тизими;
- социал суғурта;
- аралаш модели.

3. Миллий соғлиқни сақлаш тизимларини солиштириш учун қуйида-
ги кўрсаткичларнинг аҳамияти:

- соғлиқни сақлашда ЯММ дан чегирмалар фоизи;
- 1000 аҳолига касалхона ўринлари миқдори;
- даволаш муассасасида ўрта ҳисобда бўлиш давомлилиги;
- соғлиқни сақлашга умумий чегирмалардан госпитал ёрдамига ха-
ражатлар фоизи.

4. Миллий соғлиқни сақлаш тизимларида соғлиқни сақлашда ресурс-
лардан самарали фойдаланиш ва устувор мақсадларга эришиш методла-
ри.

5. Ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш
тизимлари.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Социальная гигиена (медицина и организация здравоохранения): Учебное руко-
водство/ Лисиции Ю. П., Полунина Н. В., Отдельнова К. А. и др. Под ред. Лисицина
Ю. П. М.: Медикосервис, 1998. 698 с.

Centers for Disease Control. Mortality in developed countries. Morbidity and Mortality
Weekly Report, 1990;39:205-209.

Murray CJL, Govindaraj R, Musgrove P. National health expenditures: a global analy-
sis. Bulletin of the World Health Organization, 1994;72:623-627.

Roemer MI. National health systems throughout the world. Annual Review of Public
Health, 1993;14:335-353.

Russel LB. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 1993;329:352-354.

Saltman RB [ed]. *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press, 1988.

Schieber GJ, Poullier JP. International health care expenditure trends: 1987. *Health Affairs*, 1989;8:169-177.

Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 1991;10:22-38.

Young QD. Health care reform: a new public health movement. *American Journal of Public Health*, 1993;83:945-946.

Библиография

Abel-Smith B. Cost containment and new priorities in the European community. *The Milbank Quarterly*, 1992;70:393-416.

Abay LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1993.

Avian R, Abel-Smith B, Tombari G. *Health Insurance in the Developing Countries - the Social Security Approach*; ILO, Geneva, 1990.

Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with health systems in ten nations.

Health Affairs, 1990;9:185-192.

Chernikovsky D. Health system reform in industrialized democracies: an emerging paradigm.

Milbank Memorial Fund Quarterly, 1995;73:339-372.

Dutton DB. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 1979;17:221-243.

Ellencweig AY. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press,

Kirsch T. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 1988;41:19-25.

Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I [eds]. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization, 1990.

Organization for Economic Cooperation and Development. *Health Care Systems in Transition: The iStarch for Efficiency*. Social Policy Studies No. 7. OECD: Paris, 1990.

Rormer MI. *National Health Systems of the World*. Volumes I and II. New York: Oxford University Press, 1991 and 1993.

Taylor CE. Surveillance for equity in primary care: policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology*, 1992;21:1043-1049.

World Health Organization Technical Report Series No. 829. Evaluation of Recent Changes in the financing of Health Services. Report of a WHO Study Group. Geneva: WHO, 1993.

United States

Bergner L. Race, health, and health services. *American Journal of Public Health*, 1993;83:939-941.

Blumenthal D [editorial]. Administrative issues in health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 1993;329:428-429.

Brown ER. Health USA: a national health program for the United States. *Journal of the American Medical Association*, 1992;267:552-558.

Editorial. Clinton's new deal for health care. *Lancet*, 1993;342:815-816.

Fries JF, Koop E, Beadle CE, Cooper PP, England MJ, Greaves RF, Sokolov JJ, Wright D. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine*, 1993;329:321-325.

Graig LA. Health of Nations: An International Perspective on U.S. Health Care Reform. Washington DC: Congressional Quarterly Inc., 1993.

Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington DC: Government Printing Office, 1991. (DHHS publication number (PHS) 91-50213).

Iglehart JK. The American health care system: teaching hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 1993;329:1052-1056.

Levit KR, Lazenby HC, Sivarajan L. Health care spending in 1994: slowest in a decade. *Health Affairs*, 1996;15:130-144.

Public Health Service. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. United States Department of Health and Human Services. Boston: Jones and Bartlett, 1992.

Wegman ME. Annual summary of vital statistics - 1993. *Pediatrics*, 1994;94:792-803.

Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 1993;328:621-627.

Canada

Canadian Public Health Association. Focus on health: Public health in health services restructuring: an issue paper. Ottawa: CPHA, 1996.

Deber RB, Hastings JE, Thompson GG. Health care in Canada: current trends and issues. *Journal of Public Health Policy*, 1991;12:72-82.

Deber RB, Thompson GG [eds]. *Restructuring Canada's Health services system: How do We Get There from Here? Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics* Toronto: University of Toronto Press, 1993.

Evans RG. Controlling health expenditures - the Canadian reality. *The New England Journal of Medicine*, 1989;320:571-577.

LaLonde M. *New Perspectives on the Health of Canadians*. Department of National Health and Welfare, Ottawa, 1974.

Pineault R, Lamarche PA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL. The reform of the Quebec health care system: potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*, 1993; 14:198-219

Rachis M, Kushner C. *Strong Medicine: How to save Canada's health care system*. Toronto:

Harper-Collins, 1994.

Roos LL, Fisher ES, Brazauskas R, Sharp SM, Shapiro E. Health and surgical outcomes in Canada and the United States. *Health Affairs*, 1992; 11:56-72.

Saskatchewan Health. *A Saskatchewan Vision for Health; Introduction of Needs-Based Alkloxxation of Resources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-1995; and Planning Guide for Saskatchewan Health Districts*. Regina: Government of Saskatchewan, 1992-1995.

United Kingdom

Bone MR. International efforts to measure health expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1992;46:555-558.

Day P, Klein R. Variations in budgets of fundholding practices. *British Medical Journal*, 1991;303:168-170.

DayP, Klein R. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 1991;10:39-59.

Donaldson RJ, Donaldson LJ. *Essential Public Health Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993.

Qlynn JJ, Perkins DA [eds]. *Managing Health Care: challenges for the 90s*. London: WB Saunders, 1995.

Pocock SJ, Shaper AG, Cook DG, Phillips AN, Walker M. Social class differences in ischemic heart disease in British men. *Lancet*, 1987;11:197-201.

Secretary of State for Health. *The Health of the Nation*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1991, reprinted 1995.

Smith GD, Bartley M, Blane D. The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 1990;301:373-377.

Europe

Chenet L, Osier M, McKee M, Krasnik A. Changing life expectancy in the 1980s: why was Denmark different from Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996; 50:404-407.

Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care systems in Western Europe. *American Journal of Public Health*, 1995;85:1397-1401.

Hermanson T, Aro S, Bennett CL. Finland's health care system: universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 1994;271:1957-1962.

Hurst JW. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 1991,10:7-21.

Iglehart JK. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine*, 1991; 324:1750-1756.

Saltman RB. Competition and reform in the Swedish Health System. *The Milbank Quarterly*, 1990;68:597-618.

Westerling R, Smedby B. The European community «avoidable death indicators» in Sweden 1974-1985. *International Journal of Epidemiology*, 1992;21:502-510.

Van Vliet RCJA, Van de Ven WPMM. Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis. *Social Science and Medicine*, 1992;34:1035-1048.

World Health Organization, Regional Office for Europe. *European Health Care Reforms: Analysis of current Strategies, Summary*. Copenhagen: WHO European Office, 1996

Israel

Ministry of Health. *Health in Israel: Selected Data*, 1996. Jerusalem: Ministry of Health, 1996.

Penchas S, Shani M. Redesigning a national health-care system: the Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1995;8:9-18.

Tulchinsky TH. Israel's health system: structure and content issues. *Journal of Public Health Policy*, 1985;6:244-254.

World Health Organization Regional Office for Europe. *Highlights on Health in Israel*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.

Japan

Ikegami N. Japanese health care: low cost through regulated fees. *Health Affairs*, Fall 1991,87-109.

Ingelhart JK. Health policy report: Japan's medieval catre system, parts 1 and 2. *Health Policy Report*, 1988;319:807-812 and 1166-1172.

Developing Countries

Abel-Smith B. Health economics in developing countries. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1989;92:229-241.

Barnum H, Kutzin J. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 1993.

Evans JR, Hall KL, Warlord J. Shattuk Lecture: Health care in the developing world: problems of scarcity and choice. *The New England Journal of Medicine*, 1981 ;305:1117-1127.

Klein R. Health care reform: the global search for Utopia. No single solution is likely to work everywhere. *British Medical Journal*, 1993;307:752.

Mills A. Exempting the poor: the experience of Thailand. *Social Science and Medicine*, 1991,33:1241-52.

Roemer MI. The changeability of health care systems: Latin American experience. *Medical Care*, 1986;24:24-29.

Ron A, Abel-Smith B, Tamburri G. *Health Insurance in Developing Countries: the Social Security Approach*. Geneva, the International Labor Office, 1990.

Tarimo E, Creese A [eds]. *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences*. Geneva: World Health Organization, 1990.

China

Grogan CM. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Repuli lie of China. *Social Science and Medicine*, 1995;41:1073-1084.

GuXY, Bloom G, Tang S, Zhu Y, Zhou S, Chen X. Financing health care in rural China: preliminary report of a nationwide study. *Social Science and Medicine*, 1993;36:385-391.

lawson JS, Lin V. Health status differentials in the People's Republic of China. *American Journal of Public Health*, 1994;84:737-741.

Leiyu S. Health care in China: a rural-urban comparison after the socio-economic reforms. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993;71:723-736.

Xingzhu L, Huaijie CAO. China's Cooperative Medical System: it's historical transformations and the trend of development. *Journal of Public Health Policy*, 1992;Winter:501-511.

Zheng X, Hillier S. The reforms of the Chinese health care system: the Jiangxi study. *Social Science and Medicine*, 1995;41:1057-1064.

Colombia

Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo. *La Seguridad Social en Colombia*, Ley 100 de 1993:

Pan American Health Organization/World Health Organization. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000. Seventh Report on the World Health Situation Volume 3 Region of the Americas*. Washington, DC: PAHO, 1986.

Yepes FJ in Saltman R [ed]. *The International Handbook of Health Care Systems* New York-Greenwood Press, 1988; pps. 57-72.

Russia

Centers for Disease Control. *Public health assessment - Russian Federation*, 1992. *MMWR*, 1992;41:89-91.

Centers for Disease Control. *Diphtheria outbreak - Russian Federation, 1990-1993*. *MMW* 1993;42:840-842.

Centers for Disease Control. *Diphtheria epidemics - new independent states of the former Soviet Union, 1990-1994*. *MMWR*, 1995;44:177-181.

Dowd JE. *An overview of relevant data sources in the former USSR for studies in demographic trends, aging and non-communicable disease problems*. *World Health Statistics Quarterly*, 1992;45:68-74.

Editorial. *Life expectancy in Russia falls*. *British Medical Journal*, 1994;308:553. Field MG. *Soviet Socialized Medicine: an Introduction*. MacMillan Co., Toronto, 1967.

Golovoteev VV, Pustovoj IV. *Public health finance and planning in the Soviet Union*. *World Health Statistics Quarterly*, 1984;37:364-374.

Mezentzeva E, Rimachevskaya N. *The Soviet country health profile: health of the USSR population in the 70s and 80s - an approach to a comprehensive analysis*. *Social Science Medicine*, 1990; 31:867-877.

Oganov RG. *Epidemiology of coronary heart disease and its risk factors in the USSR*. [editorial] *Annals of Medicine*, 1991,22:211-212.

Rowland D, Telyukov AV. *Soviet health care from two perspectives*. *Health Affairs*. Fall 1991:71-86

Schultz DS, Rafferty MP. Soviet health care and perestroika. *American Journal of Public Health*. 1990;80:193-197.

Tulchinsky TH, Varavikova EA. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union:

strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health*, 1996;86:313-320.

Willikens F, Scherbov S. Analysis of mortality data from the former USSR: age-period-cohort analysis. *World Health Statistics Quarterly*, 1992;45:29-49.

World Health Organization, Regional Office for Europe. *Highlights on Health in the Russian Federation*, Copenhagen, 1992.

References in Russian

Elpiner LI. Influence of hydrological situation on sanitary life conditions and population health in Beljakov VD [ed]. *Regional Problems of Population Health in Russia*. Moscow: VENETE, 1993 [in Russian].

Kochurov BI, Saravajskaja LI, Denisova TB. Ecological situation in connection with population health in Beljakov VD [ed]. *Regional Problems of Population Health in Russia*. Moscow: VENETE 1993 [in Russian].

Oganov R,G, Zhukovsky GS, Constantinov VV, Kapustina AV. Features of epidemiology and pos

sibilities of cardiovascular disease prevention. In: Beljakov VD [ed] *Regional Problems of Population Health of Russia*. Moscow: VENETE, 1993 [in Russian].

Uganov RG, Khalitov RI, Zhuikovskij GS [eds]. *Toward Health Russia: the Policy of Improving Health and Prophylaxis of Diseases: Priority Main Non-Infectious Diseases*. Moscow: Governmental Scientific Research Center of Prophylactic Medicine, Ministry of Health and Medical Production, 1994 [in Russian].

Ogrezko EV, Dedova NG. Some indicators of health women in Russia 1992. In *Health of the Russian Population and Ways to Improve It*. Moscow: Proceedings of the First Scientific Practical Conference, MedSocEconInform, May 1994 [in Russian].

Serenko AF, Ermakov W [eds] *Social Hygiene and Organization of Public Health*, Second Edition. Moscow: Meditsina [in Russian].

Smirnov YI. *Medicine and Organization of Public Health*. Moscow: Meditsina, 1987 [in Russian].

Srioldna TS. *History of Medicine: A Textbook, Second Edition*. Moscow: PAEMC, 1994 [in Russian].

State Report on *Population Health in the Russian Federation in 1991*. Office of the President, Moscow, 1992 [in Russian].

USSR. Health Protection in the USSR: 1989 Yearbook of Health Statistics. Moscow: Ministry of Health, 1990 [in Russian].

Vinokurov BL.Konev AN. Regional system of municipal public health during transition to health insurance. Russian Academy of Science Bulletin. Scientific Research Institute of Social Hygiene, Economics and Management in Health Care (NA Semashko), 3, 1993 [in Russian].

Yarovinski MY. Health Care of Moscow, 1581-2000. Moscow: Meditsina, 1988 [in Russian]

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ХОДИМЛАРИ ЗАҲИРАЛАРИ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Профессионал ходимлар * Тиббиёт ва соғлиқни сақлашдаги умумий қоидалар * Тиббий таъминот тизимининг инфраструктураси * Профессионал ходимлар тайёрлаш соҳасини режалаштириш * Тиббиёт фанларининг классификацияси * Тиббиёт ходимларини базали тайёрлаш * Тиббиёт ходимларини дипломдан кейинги тайёрлаш * Ўрта тиббиёт ходимини тайёрлаш * Ишдан узилмаган ҳолда малакани ошириш ва узлуксиз профессионал таълим * Тиббий ўқув муассасаларини аккредитациялаш * Жамият соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассисларини тайёрлаш принциплари * Жамият соғлиқни сақлаш соҳаси менежерларини тайёрлаш * Соғлиқни сақлаш ходимларини бошқариш * Лицензиялаш ва назорат * Тиббиёт ходими олдига қўйиладиган талаблар * Маҳорат орттиришга интилиш * Соғлиқни сақлашдаги янги профессиялар * Хулоса * Рефератлар мавзуси * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

Мазкур бобни ўрганганидан кейин талаба қуйидагиларни бажара олади:

- соғлиқни сақлаш соҳасидаги ходимлар сиёсати тамойилини кўрсатиб беради;
- тиббиёт ходимларини тайёрлаш дастурини баҳолаш мезонларини аниқлайди;
- янги тиббий ўқув муассасалари ва тиббиёт ходимларини тайёрлаш тенденциялари ривожини кўрсатади;
- тиббиёт ва соғлиқни сақлашдаги мутахассисларни лицензиялаш, аккредитациялаш ва узлуксиз ўқитиш тизимини баён қилиб беради.

Кириш

Соғлиқни сақлаш тизими аҳоли саломатлигини муҳофаза қилувчи, касалликларни профилактикаси, давоси ва реабилитацияси билан юқори савияда шуғулланувчи, тиббий этика меъёрларини сақловчи яхши тайёр-

ланган тиббиёт ходимлари бўлишини кўзда тутади. Шунинг учун тиббиёт ходимларни тайёрлаш фақат клиник фанларни ўрганишни эмас, балки соғлиқни сақлашни бошқаришда ҳам мунтазам маҳорат ошириб боришни талаб қилади. Тиббиёт ходимлари ўз фаолиятлари мобайнида эпидемиология, иқтисод, бошқариш санъати каби ёндош фанларни ҳам теран ўрганишлари лозим. Тиббиёт ходимларнинг профессионал даражаси бу жабҳага иқтидорли ва фаол шахсларнинг жалб этилишига, уларнинг назарий ва амалий маҳоратлари юқори бўлишига, иш шароити ва соғлиқни сақлаш тизими таркибини юқори бўлишига боғлиқдир.

Профессионал ходимларга бўлган эҳтиёжни тўғри баҳолаш соғлиқни сақлашни режалаштиришнинг муҳим аспектидандир. Айрим давлатлар учун хос бўлган тиббиёт ходимлари сонининг ҳаддан ортиқ кўпайиб кетиши соғлиқни сақлаш тизими ва иқтисодиётининг номутаносиб ривожланишига олиб келади. Тиббий таълим тизимининг анъанавий режалаштириш усулида айрим врачларни бошқа, камроқ эҳтиёж туғиладиган ихтисосликлар ҳисобига кўпайтириш йўлга қўйилганди. Сўнгги йилларда ривожланган ва ривожланаётган давлатларда ўрта тиббиёт ходими ва жамоа тиббиёт ходимларини кўпроқ тайёрлаш зарурати анланмоқда.

Турли ихтисосликдаги мутахассисларга эҳтиёжни тўғри аниқлаш на фақат аҳоли саломатлигини тўғри баҳолашга имкон беради, балки соғлиқни сақлаш харажатларини ҳам тўғри йўлга қўйишга шароит яратади. Клиник фанлар ва соғлиқни сақлаш раҳбарлиги соҳаси мутахассислари жамият соғлиғини сақлаш принциплари ва стандартларига таянишлари лозим; асосий диққат-эътибор профилактик тадбирларга, жамоада ишни ташкиллаштиришга, бошқариш ва режалаштиришга, юқори сифатни таъминлашга, харажатларни камайитиришга ва ахлоқкий меъёрларга амал қилинишига қаратилиши лозим.

Аксарият давлатларда клиник фанлар мутахассисларини тайёрлаш устувор йуналиш бўлиб қолган, жамият соғлиғини сақлаш аналитиклари ва соғлиқни сақлаш тизими раҳбарларини тайёрлашга эса етарлича аҳамият берилмайди. Ундан ташқари, бу жабҳаларнинг мутахассислари малакасини оширишга ҳам етарлича эътибор қаратилмайди. Соғлиқни сақлаш тизими ислохотларини ўтказишда айниқса бу аспектиларнинг аҳамияти ошади.

Соғлиқни сақлашнинг замонавий тизими кўпгина янги профессионал вазибаларни ўз ичига олади, тиббий таъминот тизими ташкилотининг таркибини янгилайди, ва аҳоли саломатлигини яхшилашга қаратилган бўлади. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш тушунчаларининг кенгайиши янги тиббий касбларнинг пайдо бўлишига олиб келади, таълимнинг узлуксизлиги тиббий хизмат тизимининг умумий қисмига айланиб ке-

тади. Тиббиёт ходимларининг юқори касбий маҳоратини сақлаш ва малакасини оширишнинг омилларидан бири адекват ҳисобот, тиббиёт ходимлари тайёрлашнинг барча аспекти бўйича базис ахборотлар билан таъминлаш учун замонавий ахборотлар базаси яратишдадир.

Касб ходимлари; тиббиёт ва соғлиқни сақлашда умумий қондалар

Турли мамлакатларда тиббиёт касби ходимларини тайёрлашнинг асосий муаммолари қуйидагилардир:

— турли профил мутахассисларини тайёрлашдаги воситаларни адекват эмаслиги оқибатида шифокорларнинг кўпайиб, ҳамширалар ва парамедикларнинг камайиб кетиши;

хусусий тиббиёт амалиётига қараганда давлат тиббиёт тизимида етарли маблағ билан таъминланмаслик; бунинг оқибатида меҳнат шароитининг ёмонлашуви, маошларнинг камлиги, касбий маҳоратларни ошириш ва хизмат пиллапояларидан кўтарилиш имкониятининг камлиги, даволаш жараёнининг самарадорлиги пастлиги, аҳолининг тиббий хизматга бўлган эҳтиёжларининг ёмон қондирилиши;

— битирувчилар сонининг кўпайиши учун давлат лицензиялаш стандартларининг пасайиши — бунга йўл қўймаслик учун тайёрланган мутахассисларни аттестациялаш функцияси ва ҳуқуқини касб бирлашмаларига бериш керак; бу тиббиёт ходимларнинг юқори малакасини ва тиббий хизмат стандартларининг юқори бўлишини таъминлайди; касб бирлашмалари ва давлат лицензиялаш комиссияси вакиллари касбий ва ижтимоий манфаатларини ҳимоя қилади;

— бўлғуси шифокорларни номувофиқ танлаш ва паст таълим стандартлари оқибатида тиббиёт ходимларни тайёрлаш даражасининг пасайиб кетиши; бунинг оқибатида жамиятдаги ҳар бир мижоз ҳуқуқининг, қолаверса бутун бир жамиятнинг юқори тиббий хизмат олишдаги ҳуқуқининг поймол бўлиши;

— соғлиқни сақлаш раҳбарлари тайёрлашнинг қониқарсиз мезонлари ва етарли бўлмаган ўқитиш муддатлари;

— ходимларни нотўғри географик тақсимлаш оқибатида қишлоқ жойларида шифокор ва ҳамшираларнинг етишмаслиги;

— тор соҳа мутахассислари кўплаб тайёрланиши эвазига умумий амалиёт шифокорларининг етишмаслиги, бунинг оқибатида эса соғлиқни сақлашга ажратиладиган харажатнинг ошиши ва тиббий хизмат оммабоплигининг пасайиши, жамоат соғлиғини сақлаш соҳаси мутахассислари, эпидемиологлар, ижтимоий ходимлар, психологлар, соғлиқни сақлаш сиёсатининг аналитиклари, администраторларнинг етишмаслиги; бунинг оқибатида эса тиббий таъминотни, ўз фаолияти натижа-

ларини, заҳираларни тақсимлашни ва соғлиқни сақлаш самарадорлигини баҳолашнинг сусайиб кетиши.

Шифокорлар ва ҳамшираларнинг етарли миқдорда эмаслиги ЖССТнинг «Саломатлик — барча учун» дастурини ривожланаётган мамлакатларда амалга оширишни секинлаштириши мумкин, аммо уларнинг ҳаддан ташқари кўплиги соғлиқни сақлаш тизимида жиддий муаммоларни келтириб чиқаради. Бу ҳолат соғлиқни сақлашни режалаштириш жараёнини баҳолашда умумий тизим хатоликларининг кўпайишига, аҳоли саломатлигини сақлашда клиник тиббиётгагина диққатни жалб этиб, муҳтож аҳолини қўллаб-қувватлашда қўл келувчи бирламчи тиббий хизматнинг пасайишига олиб келади. Муаммога бундай ёндошиш учламчи тиббий хизмат кўрсатиш тизимини ривожланишида тиббий заҳираларнинг номувофиқ тақсимланишини, катта шаҳарларда кўшимча шифокор ўринларини кўпайишини ва қишлоқ жойларда бирламчи тиббий хизматнинг камайиб кетиши муаммоларини яратади. Бу ҳолатни фақатгина Бангладеш, Ҳиндистон, Покистон, Мексика, Колумбия каби ривожланаётган мамлакатлардагина эмас, балки Австралия, Италия каби ривожланган давлатларда ҳам кўриш мумкин. Аксарият ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлашнинг асосий муаммоларидан бири зарурий миқдордаги шифокорларга маош тўлаш учун маблағнинг етишмаслигидадир. Ёш шифокорлар орасида ишсизлик кўплигига қарамасдан аксарият ривожланган мамлакатларда шифокорлар етишмайди.

Бутун дунёда тиббий ҳамшираларнинг етишмаслиги муаммоси мавжуд, бу айниқса ривожланаётган мамлакатларда ўткир сезилади. Бундай жойларда ҳамшира касби қадрли эмас, аммо шифокорлик юқори ижтимоий ҳолатни эгаллашга ёрдам берувчи шарафли касб ҳисобланади. Ресурсларни географик тақсимланишидаги номувофиқликлар даражасини айрим регионларни таққослаш орқали билиш мумкин. Шунга қарамасдан жамланган маълумотларнинг қиёсий таҳлили ҳам катта фарқни кўрсатади: 1984 йилнинг маълумотларига қараганда Жанубий ва Шимолий Америкада ҳар 10 минг аҳолига 56 та, Жануби-Шарқий Осиёда эса 3,3 та ҳамшира ва доялар тўғри келади.

Мамлакатдаги сиёсий ўзгаришлар ва соғлиқни сақлашни режалаштиришдаги ислохотлар тиббиёт ходимларини тайёрлаш ҳамда тиббий таъминотни ташкиллаштиришга бевосита таъсир кўрсатади. Соғлиқни сақлашга ажратиладиган миллий харажатлар у давлат тизимида қандай ўрин тутишига боғлиқ. Аниқ фаолият дастури бўлса, самарали соғлиқни сақлаш сиёсати қашшоқ давлатларда ҳам ўтказилиши мумкин. 50-йилларда Хитойда умумий дастур ва қишлоқларда соғлиқни сақлаш сиёсати бир қанча қисмларга бўлинган эди; қишлоқ туманларида ишлаш учун оилавий шифокорлар тайёрловчи уч йиллик курслар: қишлоқдаги бир-

ламчи қабулда фаолият кўрсатувчи шифокорлар хизматини рағбатлантириш учун уларга ёрдамчи сифатида «ялангоёқ докторлар» малакасини оширувчи курслар (1,13 бобни қаранг). Бу дастур ёрдамида мамлакатнинг айнан шу иқтисодий аҳволига кўра анча юқори бўлган тиббий хизмат тизими яратилган эди. Аммо 80—90- йиллардаги иқтисодий ислохотлар натижасида Хитой соғлиқни сақлаш тизими жиддий ўзгаришларга учради.

«Саломатлик — барча учун» дастуридаги бирламчи тиббий хизматни таъминлаш мақсадига эришиш давлат соғлиқни сақлаш тизимида фаолият кўрсатувчи самарали ва координациялашган турли профил хизматларини талаб қилади.

50—70-йилларда аксарият давлатларда врачлар ва ўрта тиббиёт ходимларини кўпайтиришга қаратилган интилишлар бўлди, бунинг натижасида мавжуд ўқув муассасалари кенгайтирилди ва янгилари очилди. Аммо бу ҳолат мавжуд тиббий муаммоларнинг ечимига ёрдам бера олмади. Айрим давлатларда тиббиёт ходимларининг ҳаддан ортиқ кўпайиб кетиши врачлар орасида ишсизлик каби салбий оқибатларга олиб келди. Бунинг натижасида 80-йиллардан бошлаб тиббий ўқув юртларига қабул камая бошлади.

1950—80 йиллар орасида тиббий ўқув юртларининг сони уч баробар ошди, 2000 йилга келиб эса бу суръат бироз пасайди. (14.1 жадвалга қаранг)

14.1 жадвал

**АҚШдаги тиббий таълим соҳасидаги ўзгаришлар
(1950—2000 йиллар)**

Кўрсаткич	1950	1960	1970	1980	1985	1992	2000
Тиббий ўқув юртлари сони	79	86	103	126	127	126	—
Биритувчилар сони минг киши	5,6	7,1	8,4	15,1	16,3	15,5	16,5
Амалиётдаги врачлар	14,1	14,0	15,6	19,7	22,0	23,6	27,1

Канадада соғлиқни сақлаш давлат тизими ҳар бир провинциянинг қонун йўли билан асосланган тиббий суғурта режаларига асосланган бўлиб, федерал ҳокимият томонидан қисман маблағ билан таъминланади. Бу модель давлат тиббий суғуртасининг бошқариш тизимини децентрализацияланиши билан уйғунлашиши мисолида келтирилади, у хусусий тиббий амалиётнинг тиббий хизмат сифати устидан назорат механизмларини ўз ичига олади. Аммо аҳоли жон бошига нисбатан ка-

салхона ўринларининг ҳамда тиббиёт ходимларининг кўпайиб кетиши жиддий муаммоларни келтириб чиқаради.

Кўрсатиладиган ҳар бир хизмат учун алоҳида тўланадиган тиббий таъминот тизимида ҳам, қатъий маош белгиланган ҳолларда ҳам тиббиёт ходимлари сонининг кўпайиб кетиши соғлиқни сақлаш харажатларининг ошиб кетишига олиб келади. Талаб ва таклифларнинг бозор қонунлари тиббий хизматлар соҳасида чегараланган бўлади. Бунинг сабаби шундаки, мижоз тиббий ходим жавобгарлигини максимал оширишга ҳаракат қилади (масалан, қайта врач қабулида бўлиш, лаборатория таҳлилларини ўтказиш, госпитализация қилиш тўғрисида), тиббий хизматлар нархи эса тиббий суғурта доирасида жамоа битимлари билан аниқланади. Тўлов эса учинчи шахс томонидан ўтказилади.

14.2 жадвал

Канада аҳолисининг врачлар ва ҳамширалар билан таъминланганлик даражаси (1971—1992 йиллар)

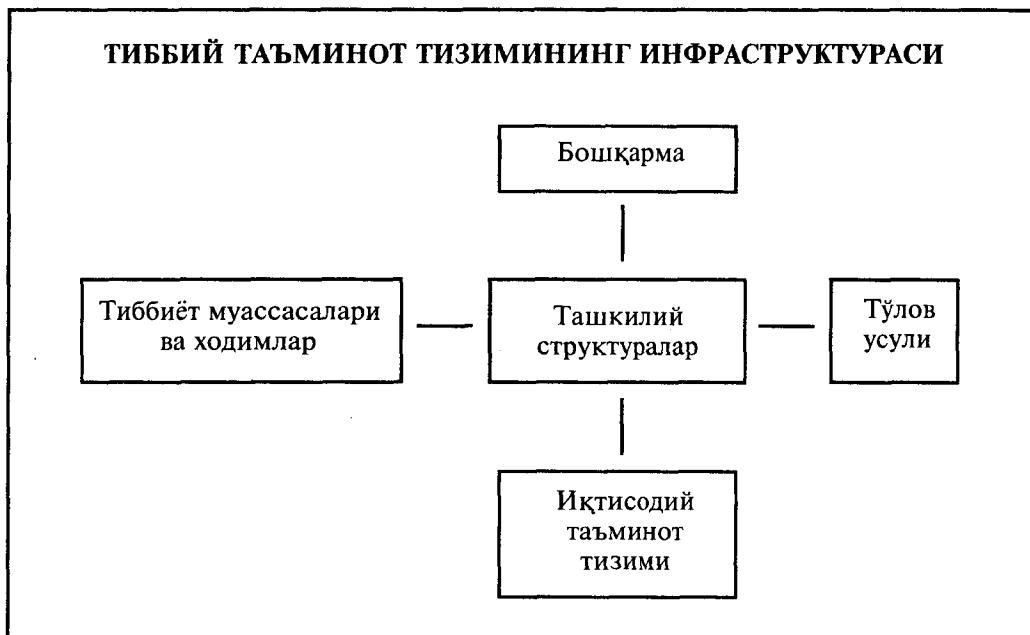
Кўрсаткич	1971 й.	1976 й.	1981 й.	1986 й.	1992 й.
Битта врачга тўғри келади	659	577	538	495	464
Битта ҳамширага тўғри келади	149	129	119	129	122

Изоҳ: тўлиқ ёки қисман ставкадаги дипломли ҳамширалар эътиборга олинган

Ҳар бир давлатда тиббиёт ходимларининг сони ва малакасини белгиловчи мезонлар бор, аммо уларнинг миқдори ҳақида гапирганда тиббиёт ходимларининг ўзлари, назорат тизими ва соғлиқни сақлаш раҳбарлари амал қиладиган умумий ахлоқий ва касбий принципларни ҳам эътиборга олиш керак. Шундай қилиб, тиббиёт ходимлари миқдори соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг муҳим аспектларидан бири бўлиб, тиббий таъминотнинг мувозанатлашган тизимини яратади.

Тиббий таъминот тизимининг инфраструктураси

Мамлакатнинг тиббий таъминоти тизимининг инфраструктураси мавжуд ресурсларга, аҳоли эҳтиёжларига кўра улардан фойдаланишни ташкиллаштиришга таянган бўлиши керак. Тиббиёт ходимлари билан таъминлаш тизимининг инфраструктураси бешта таркибий қисмдан ташкил топган (14.1 иловага қаранг).



Манба: *Reviewing Health Manpower Development, WHO, 1987.*

Ресурс деганда тиббий муассасалар ва ходимлар, яъни медицинанинг барча соҳаларида мутахассисларни тайёрлаш тизими тушунилади. Тиббий таъминот тизими таркибини ташкиллаштириш давлат ва хусусий секторларни, тиббий хизматнинг тўлов тизими ва тиббий таъминот тизими турли таркибий қисмлари фаолиятини назорат қилиш устидан масъулиятни децентрализациялаш ва тақсимлаш тушунилади.

Тиббиёт ходимларини тайёрлаш муаммоси соғлиқни сақлашни режалаштиришнинг интеграл қисми бўлиши, тиббиёт ходимларини лицензиялаш эса давлат соғлиқни сақлаш инстанциясининг масъулияти бўлиши керак. Соғлиқни сақлашнинг ҳар қандай тизими тиббиёт ходимларини базали тайёрлаш дастурининг иқтисодий таъминланишини, уларнинг малакаси узлуксиз ошишини талаб қилади.

Профессионал ходимларни тайёрлаш соҳасини режалаштириш

Танлаш ва касбга тайёрлаш

Жамоат соғлигини сақлаш медиклар ва медицина билан боғлиқ му-тахассисликларни танлаш ҳамда касбга тайёрлашга катта эътибор бера-ди. Бунинг тагида базали тиббий таълим ва врачларни дипломдан кей-инги ўқитиш, лицензиялаш, малака ошириш жараёнининг узлуксизли-гини таъминлаш тиббиёт ходимлари фаолияти устидан назорат қилиш тушунилади.

Бу функцияларнинг амалга ошиши учун масъулият давлат, давлат-дан ташқари ва профессионал ташкилотларга юклатилиши мумкин. Про-фессинал фаолият нормалари ва стандартлари тиббий хизмат сифати-ни таъминлашда давлат аҳамиятига эга бўлган омиллардандир. Бу яна зарурий миқдордаги тиббиёт ходимлари тайёрлашдаги масъулиятни ҳам ўз ичига олади.

Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи турли-туман омилларни эъти-борга олиб соғлиқни сақлашни режалаштириш тиббиёт ходимларини тайёрлаш тизими ривожланиш жараёнининг дастлабки босқичи бўлиб хизмат қилади. Бу давлат миқёсидаги социал иқтисодий режалаштиришни зиммасига олган давлат ташкилоти олдидаги алоҳида вазифа ҳисобла-нади. Режалаштириш билан шуғулланувчи идора, бошқарма, комиссия, ёки кўмита, махсус таълим устидан давлат миқёсида назорат олиб бо-рувчи ваколатли идоралар ҳам шу вазифани бажаришлари мумкин. Бу-ларнинг барчаси академик ўқув марказлари орасида мазкур масала бўйича ўзаро келишишни талаб қилади. Соғлиқни сақлаш кўрсаткичлари асо-сий умумий режаларини эътиборга олган ҳолда тиббиёт ходимлари тай-ёрлашни режалаштиришда соғлиқни сақлашнинг бошқа аспектларига қараганда кўпроқ эътибор беришни талаб қилади. Мамлакатнинг соғ-лиқни сақлаш тизимида банд бўлган тиббиёт ходимларининг сони ва ихтисослиги аввалги йиллардаги тизим фаолиятининг натижасидир.

Медицина ва соғлиқни сақлаш билан фаолияти боғлиқ бўлган одам-ларни вақти-вақти билан қайдлаш ва ҳисобдан ўтказиш керак. Амалиётдаги тиббий ходим кексайиб нафақага чиқиши, ўлиши, яшаш жойини ўзгартириши, кўчиши ёки тиббий фаолиятини тўхтатиши мум-кин, буларнинг барчаси қайд этилиши лозим. Синчиклаб ўтказилган қайдлаш ва маълумотларни ўз вақтида аниқлаш тиббиёт ходимлари-нинг ихтисослиги, худудий тақсимланиши, ёшига ва жинсига кўра тақ-симланишини ўз ичига олади. Ўхшаш ижтимоий иқтисодий шароитлар-га ва соғлиқни сақлаш стандартларига эга бўлган турли давлатлар тиб-биёт ходимлари ҳақидаги маълумотларнинг қиёсий таҳлили мазкур мамлакатдаги тиббиёт даражаси тўғрисида тушунча беради. Тиббиёт хо-

димлари мамлакатнинг ресурслари ва соғлиқни сақлаш тизими олдидаги вазифага мувофиқ бўлиши керак. Агар анъанавий касб аҳолининг тиббий хизматга бўлган эҳтиёжларини қондира олмаса, муқобил вариантларни қидириш керак.

Талаб ва таклиф

Тиббиёт ходимларини тайёрлашни режалаштиришнинг сифат ва миқдор аспекти бор. Тиббиёт ходимларини тайёрлашнинг миқдорий режаси бозор услуби бўлиб, тиббий ўқув юртларининг яхши тайёрланган мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қондириш имкониятига асосланган. Врачларга эҳтиёж катта бўлиши, ўқув юртларининг эса талабалар сонини иқтисодий наф ва обрў орттириш учун кўпайтириш мумкин. Қачон талаб катта бўлса уни қондириш учун мутахассислар сонини кўпайтиришга интилиш бўлиши ҳам табиий. Бу эса ўқув юртлари сонининг ошиши ва тиббиёт ходимлари миқдорининг ҳаддан ташқари кўпайишига олиб келади. Бунда ёш врачлар ўз-ўзидан олис районларда иш қидиришлари ва ёки тор соҳа ихтисослигини олишга уриниши табиий. Врачлар сонини кўпайтириш тадбирлари кўп жиҳатдан мавжуд ўқув юртларининг имкониятлари, уларни кенгайтириш потенциаллари ва жамиятнинг булар учун ажратиладиган маблағига боғлиқ. Талабалар сонини кўпайтиришга ажратиладиган харажатни ҳисоб китоб қилишда уларни регионал тақсимлашни ҳам эътиборга олиш керак, чунки битирувчилар одатда катта шаҳарларда қолиб ишлашни лозим топадилар. Сўнгги йилларда ишга бундай ёндошиш эркин бозор иқтисодиёти ҳукм сурган мамлакатларда ҳам оммалашиб кетган, чунки у қўлланилганида тиббий хизмат учун аҳолининг сарф-харажатлари кескин ошиб кетади, шифокорлар етишмаган районларда эса эҳтиёжлар керакли миқдорда қондирилмайди, бу тор соҳа ихтисослигига ҳам тегишли.

60-йилларда кўпгина мамлакатларда тиббий хизматнинг оммабоплиги соғлиқни сақлашдаги барча муаммоларни ҳал этади деган тушунча мавжуд бўлиб, бу мақсадлар учун йилдан-йилга кўп врачлар етиштириш мўлжалланганди. Тиббий хизмат таклифининг кўпайиши талаб ва таклифлар қонуниятига асосан тиббий хизматнинг оммабоплигини ошириб, шифокорларни камроқ талаб этиладиган соҳаларга ҳам ихтисосланиш (масалан, бирламчи тиббий ёрдам) учун, ёки улар тиббий хизмат кам бўлган туманларга ҳам бориб ишлашлари учун рағбатлантиради деб ҳисобланарди. 80-йилларга келиб эса шифокорлар сонининг кўпайиши барча муаммолар ечимига олиб келмаслигига ва тиббиёт асосан профилактик йўналишга эга бўлиши зарурияти англанилди. Шундан кейин талаба медиклар сонини камайтириш, шифокорлар иммиграциясига

тусқинлик қилиш каби тадбирлар ишлаб чиқилдики буларнинг барчаси тиббиёт ўқув юртларида тор соҳа мутахассисларини тайёрловчи ўринларнинг камайишига олиб келди.

Режалаштириш мезонлари

Тиббиёт ходимлари тайёрлашни режалаштиришга бошқача ёндошиш-аҳоли жон бошига тўғри келадиган медиклар сонини оширишга қаратилгандир. Ўсишнинг режали кўрсаткичлари маълум вақт оралиғида 5% ёки 10% га кўпайиши билан ифодаланади. Агар бир мамлакатнинг 100 минг аҳолисига 50 та ҳамшира тўғри келган бўлса, режа келаси беш йилликда улар кўрсаткичини 55 тага етказишни ўз ичига олиши мумкин. Бундай ёндошишда шифокорларнинг ҳаддан ортиб кетишига йўл қўйил-масада, тиббиёт ходимлари сони юқориликча сақланиб қолади, аммо тиббий хизмат самарадорлиги пасаяди. Масалан, сил касаллиги камай-иши билан уларни даволовчи мутахассисларга ҳам эҳтиёж камаяди, ам-мо касалликнинг янги ўчоқлари пайдо бўлиши билан мазкур соҳа мута-хассисларини кўпайтириш ва тайёрлаш сифатини ошириш зарурияти пайдо бўлади.

Соғлиқни сақлашни режалаштириш юқори даражада марказлашган мамлакатларда давлат назорат механизми сақланиб қолган ҳолда оддий норматив усуллар қўлланилади, яъни таҳлил ва назоратнинг аниқ ти-зимлари асосида стандарт ваа меъёрлар тасдиқланади. Стандартлар аниқ географик туманларда тиббиёт ходимларини эмпирик кузатиш ва баҳо-лаш асосида ўрнатилади. Стандартлашнинг бошқа усули шуки, бунда соғлиқни сақлаш муаммолари нисбатан муваффақиятли ҳал этилаётган мамлакат ёки регионларнинг аҳоли жон бошига тўғри келадиган тибби-ёт ходимлари миқдори ўрганилиб тадқиқ этилади. Аксарият мамлакат-ларда тиббиёт ўқув юртларининг битирувчилари бир ёки бир неча йил-лаб қишлоқ ҳудудларида ишлашга мажбур бўлади, бу жойда назорат ва зарурий профессионал ёрдам бўлмаганлиги боис алоҳидалашиб қола-дилар. Бошқа томондан олиб қаралса, улар реал шароитда бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишларига тўғри келади,бу эса улар касбининг уз-вий бир қисмидир.

Тиббиёт ўқув юртларини яратиш ва сақлаш соғлиқни сақлаш тизими томонидан катта сарф-харажатларни талаб қилади, бу эса тиббиёт хо-димлари сони ошиб кетган ҳолатларда ўзини оқламайди. Янги ўқув юрт-ларини яратиш ва мавжудларини юқори савияда сақлаш соғлиқни сақ-лаш тизими учун тиббиёт ходимларининг аниқ сонини тайёрлаш сама-радорлигини синчиклаб ўрганишни талаб қилади. Тиббиёт ходимларини тайёрлашни режалаштириш қуйидаги аспектларни талаб қилади:

— аҳолининг ўсиши ва ёшига хос таркибининг мавжуд ва келажакдаги кўрсаткичлари;

— тиббиёт ходимларига аҳолининг ҳозирги кундаги ва келажакдаги эҳтиёжлари ва уларнинг ихтисослигига кўра ҳудудий тақсимланиши;

— тиббий хизмат кўрсатишда соғлиқни сақлашнинг ёндош ходимларидан фойдаланиш потенциали, масалан оптометристлар (окулистнинг 1 ёрдамчиси), руҳшунослар, ижтимоий ходимлар, доялар, тиш врачининг ассистенти, ҳамширалар ва соғлиқни сақлашнинг жамоатчи ходимлари

иммиграция ва эмиграция жараёнарини тиббиёт ходимлари билан таъминланишга таъсири

— тиббиёт ходимларининг аҳоли жон бошига нисбатан кўпайиши харажатларини бошқа тadbир харажатлари билан қиёслаш (масалан, аҳоли саломатлигини яхшилаш ва касалликларнинг олдини олиш)

— эпидемиологик ҳолатнинг узгариши, масалан, ичимлик сувни фторлаш натижасида аҳолининг тиш врачларига эҳтиёжи камайиши, туғилиш кўрсаткичларининг пасайиши, аҳолининг кексайиши ҳисобига сурункали касалликлар тарқалишининг кўпайиши.

Профессионал ходимларни ҳаддан кўп тайёрлаш натижасида мувозанатнинг бузилиши

Аксарият мамлакатларда врачлар сонининг ҳаддан ортиб кетганлиги кузатилади, бу эса ўз навбатида ҳар хил тиббий хизматни тақсимлаш ва таъминлашнинг ва уларга харажатнинг номувофиқлашишига олиб келади. Тиббий таълим тизимини режалаштиришда ўрта звенодаги тиббиёт ходимларини тайёрлашга борган сайин кўпроқ эътибор берилмоқда. Бунга соғлиқни сақлаш учун ажратилаётган маблағнинг ўсишига йўл қўймаслик ва хавфли омил гуруҳидаги одамларга тиббий хизматнинг оммабоплигини ошириш сабабчидир. Тиббиёт ходимларини тайёрлашнинг режалаштиришда фақат клиник медицина билан эмас, балки бутун соғлиқни сақлаш билан боғлиқ фанларга катта эътибор қаратилиши лозим. Тиббий таъминот таркибини ташкиллаштиришда турли ихтисосликка эга бўлган тиббиёт ходимларининг зарурий сони ҳам аҳамиятга эга. Хусусий тиббий хизмат кўрсатиш тизимининг ривожланиши ва врачларнинг фаолият соҳасини танлашга имконияти борлиги турли ихтисосликка эга бўлган врачлар билан таъминлашда мураккабликларни келтириб чиқаради. Режалаштиришда фақат сон жиҳатига эмас, балки сифат жиҳатига ҳам эътибор бериш керак. Базали тиббий таълим ўқув дастурининг ҳамда малака оширишнинг, шу билан бирга лицензиялаш принципи ва тиббиёт ходимлари ихтисослиги сифатли бўлиши давлат соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим элементларидан ҳисобланади.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ ЕТИШМАСЛИГИ: ТАЛАБ ВА ТАКЛИФ

Тиббиёт ҳамшираларининг Америка Миллий ассоциацияси баҳосига кўра 1970-йилда мамлакатдаги 850 минг ҳамширадан фақатгина 530 мингги тиббиёт соҳасида фаолият кўрсатган. 1988 йилда ҳамшираларнинг сони 2,1 млн га етган, уларнинг аксарият қисми тўлиқ ўринда бўлмаса-да, ўзининг ихтисослиги бўйича ишлаган. Ҳамшираларнинг аҳоли жон бошига нисбатан сони икки баробар ошган. АҚШ давлат инстанциялари баҳосига кўра 1990 йилга келиб уларнинг сони 1,5 млн га туриб қолган. Диагностик боғланган (клиник-статистик гуруҳ) концепцияси киритилганидан кейин касалхоналардаги ўринлар 40 мингга камайганига қарамасдан Америка касалхоналари ва Медицина ассоциациялари ҳамширалар сонини кўпайтиришни талаб қилди.

Ҳамширалар ва врачлар орасида ҳамшираларнинг сони ва роли хусусида азалдан зиддият мавжуд бўлиб келган. Ҳамширалар кўпроқ мустақил ишлашлари ва яхши академик тайёргарлик учун курашган бўлсалар, врачлар Ассоциацияси тиббий хизмат кўрсатишга жамоа бўлиб ёндошишни эмас, балки ҳамширалар сонини кўпайтириб уларнинг бўйсунувчан ролини сақлаб қолишга ҳаракат қилганлар. Шундай қилиб талаб ва таклиф орасидаги зиддият нуқтаи назар ва нуфуз жиҳатдан таърифга эга.

Давлат соғлиқни сақлаш инстанциялари мутахассислар позициясини эътиборга олиб, тиббиёт ходимларининг ҳар бирининг манфаатларига мос келувчи «олтин оралиқ» ни топиши, шу билан бирга касалхонадаги ўринларнинг сони ва фойдаланиш даражаси, муқобил медицина усулларини кенг-роқ қўллаш, аҳолининг кексайишини, турли касалликлар тарқалишини, ўзгарувчанлигини, аҳоли саломатлигини сақлаш ва даволашда қўл келадиган технологик ўзгаришларни эътиборга олиши лозим.

Шундай қилиб, сўнги йилларда тиббий таъминот тизими соғломроқ аҳоли ва тобора ошиб бораётган кексалар ҳиссасининг эҳтиёжларини қондиришга қаратилган. Сурункали хасталикларга дучор бўлганларга бирламчи тиббий ёрдам даражасига кўпроқ эътибор берилиши лозим. Шу билан бирга беморларнинг уйида хизмат кўрсатиш соҳасида ва хатар гуруҳидаги беморларга махсус тиббий тадбирларни ўтказишда (масалан, гипертония ва қандли диабет билан оғриган беморларда иккиламчи профилактика ўтказиш) врач ва ҳамшираларнинг ҳиссаси ошмоқда.

Соғлиқни сақлаш соҳасига кетадиган харажатлар ва ходимлар билан таъминлаш

Юқоридан бошқариладиган ва бозор иқтисодиёти ҳукм сурган мамлакатларда тиббиёт ходимларини тайёрлаш соғлиқни сақлашга катта сарф-харажатларни талаб қилади. Турли мамлакатларда соғлиқни сақ-

лашга ажратиладиган маблағнинг чегараланган даврлари бўлган, бу даврларда тиббиёт ходимлари сонини мунтазам ошириб бориш, бепул ёки суғурга ҳисобига тўланадиган тиббий хизмат турларини кўрсатиш ўзини ҳеч бир жиҳатдан оқламайди. Тор соҳа ва умумий амалиёт шифокорлари орасидаги номуносиблик шошилини ёрдам кўрсатиш зарурияти туғилганда бирламчи тиббий ёрдам сифатининг пасайишига олиб келади. Шунинг учун ҳам Америкадек бозор иқтисодиёти ривожланган мамлакатда ҳукумат томонидан маблағ билан таъминлаш ва назоратнинг давлат механизмлари томонидан ўқув юртларида тор соҳа мутахассислари тайёрловчи ўринларни камайтиришга қаратилган тадбирлар қўлланилади, бунинг натижасида бирламчи тиббий хизмат тизими кучаяди.

Тиббиёт фанларининг таснифи

Клиник медицина бирламчи врачлик ва ҳамширалик ёрдамлари кўрсатишдан бошланиб, бугунги кунда турли тор соҳа фанларидан иборат уйғунлашма ҳолига келган. Жамоат соғлиғини сақлаш турли касбларнинг кенг қаторидан иборат. Алоҳида касалхона ёки тиббий хизмат бўлимининг тиббий хизмат сифати медик мутахассислар жамоаси фаолиятига боғлиқлигининг кучайиши билан турли фанлар чорраҳасидаги тиббий таълимнинг муҳимлиги ошади.

Медицина ва соғлиқни сақлаш билан боғлиқ касблар турли-туман бўлиб, раҳбарлик лавозимида ишловчиларни турли фанлар кесишган соҳаларда босқичма-босқич узоқ ўқитиш талаб қилинади.

Тиббиёт ходимларини базали тайёрлаш

Давлат медицина ва соғлиқни сақлаш соҳасини зарурий миқдордаги юқори малакали мутахассислар билан таъминлаш учун масъулдир. Бу масъулият соғлиқни сақлаш бошқармаси, ва ўқув юртлари орасида университет ва медицина ўқув юртларида ўқув стандартларига амал қилинган ва зарурий маблағ билан таъминланган ҳолда тақсимланади. Ўқув юртларига абитуриентларни танлаш тиббий таълимни маблағ билан таъминловчи инстанциялар ва ўқув юртларининг вазифаларига киради.

Аксарият индустралашган мамлакатларда ва уларнинг ҳозир мустақилликка эришган собиқ колонияларида университет тиббий таълими анъаналари мавжуд бўлиб, юқори дарс бериш даражаси ва академик шароитда илмий тадқиқотлар олиб бориш имкониятига эга. Аммо бундай таълим давлат томонидан ёки маориф учун масъул маҳаллий идоралардан катта маблағ ажратишни талаб қилади. Давлат аниқ таълим стандартлари, абитуриентларни танлаш, клиник тайёргарлик соатларининг миқ-

дори, ўқитувчилар таркибига талаблар бўйича масъулиятга эга, аммо бу функциялар тиббий факультетлар таркибий қисмига мос келган ҳолда амалга оширилади. Таълим бериш, илмий ва даволаш фаолиятининг уйғунлаштириб олиб борилиши ҳам таълимнинг юқори даражада бўлишини таъминлайди. Илмий тадқиқотларни олиб бориш шароитлари ва унинг натижаларини тажрибали ҳамкасаблар билан муҳокама қилиш имконияти ўқув юртида академик муҳитни яратади ва талабалар учун бир умрга касбий фаолиятнинг юқори бўлишини таъминлайди. Университет таълими касбни янада нуфузлироқ қилади ва ҳамкасблар орасида тан олишга интилишни кучайтириб талаба ва ўқитувчиларни танлашнинг юқори мезонларини ўрнатади. Аксарият тиббий касблар учун университет таълимининг ҳожати йўқ, ихтисослашган ўқув юрти даражаси олдида турган вазифаларга кўпроқ мувофиқ келади, аммо бундай ҳолда ҳам бир неча ихтисослашган факультетларни ўзаро бирлаштириш яна кенгроқ таълим беришга имконият яратади.

XIX асрда АҚШда тиббий фанлардан таълим бериш хусусий тиббий мактабларнинг зиммасида бўлиб, тижорат асосларига эга эди. Улар ёмон жиҳозланган, етарли уйғунлаштирилмаган бўлиб, таълимнинг юқори стандартларига жавоб бера олмас эди. 1910-йилда Абрахам Флекснер Карнеги фондининг маблағи ҳисобига АҚШ ва Канада тиббий таълими тизимини тадқиқ қилди ва улардаги тиббий мактабларнинг даражалари ўта пастлигини аниқлади. Тадқиқот натижалари нашр этилганидан кейин Джон Хопкинснинг тиббий мактабига ўхшаш университет ўқув марказлари очилди, уларни очиш учун ўзининг илмий нуқтаи назари билан ҳурмат қозонган ва танилган немис тиббий марказлари асос қилиб олинди. Флекснер тадқиқотларининг натижалари эълон қилинганидан кейин орадан кўп вақт ўтмасдан хусусий тиббий мактаблар ёпилди. Флекснернинг тадқиқотлари тиббий таълим тизимида ислохотлар бошланишига олиб келди, бу эса ўз навбатида федерал ҳокимият томонидан етарли маблағ билан таъминланиши натижасида илмий тадқиқотлар қўламининг кенгайишига ва юқори таълим стандартлари яратилишига олиб келди. 50-йиллардан бошлаб, тиббий тадқиқотларнинг маблағ билан таъминланиши ва мутахассис медикларни тайёрлаш ҳукуматга тегишли бўлмаган манбалар-шахсий эҳсонлар ва алоҳида жамғармалар ҳисобидан ва Миллий саломатлик институти тизимидан амалга ошириладиган бўлди.

Тиббиёт ўқув юртлари жамият олдида академик илмий марказларникидан кам аҳамиятга эга эмас. Уларнинг вазифалари таълим, илмий ва клиник фаолиятни академик муҳитда адекват уйғунлаштириш билан аҳолининг тиббий эҳтиёжларини сифатли қондира оладиган малакали мутахассислар тайёрлашдан иборат. Масалага бундай ёндошиш соғлиқ-

ни сақлашнинг клиник, биотиббийёт, демографик ва ижтимоий жиҳатларига бирдек диққат билан ёндошишни талаб қилади. Ўқув юртлари қамровидаги таълим талабаларни бирлаштириб уларда соғлиқни сақлаш ходимлари учун муҳим бўлган коллегиял ишлаш маҳоратини тарбиялайди.

14.3 илова

ФЛЕКСНЕРНИНГ ҲИСОБОТИДАН (1910 ЙИЛ)

25 йил мобайнида жамият эҳтиёжларини умуман эътиборга олмаган ва унинг манфаатларини ўйламаган ҳолда саводхонлиги паст ёмон тиббийёт ходимлари жуда кўп тайёрланган. Қўшма Штатларда врачларнинг аҳоли жон бошига нисбати бошқа мамлакатларнинг, масалан Германиянинг кўрсаткичларидан 4-5 баробар ошади. Сифати паст мутахассисларни кўп тайёрланишига асосий сабаб тижорат асосига эга бўлган хусусий тиббий мактабларнинг кўплигидандир. Тиббий коллежлар ва университетлар ўз вақтида тиббий фанларни замонавий даражада ўқитишнинг афзаллигини тушуниб етмадилар. Тиббий ўқув юртлари қошидаги клиник касалхоналар, баайни кимёвий ва патологик лаборатория каби ўқитишнинг ажралмас базаси бўлиши керак. Шундай қилиб, умумий ва хусусий касалхоналарнинг васийлар кенгаши ўқув жараёнларини касалхоналарга кўчириш лозимлигига қаршилиқ қилмасликлари керак. Тиббий таълим соҳасида ривожланиш келажақда тиббий мактаблар сонини камайтириш ва жиҳозланишини яхшилашни талаб қилади. Аҳолининг тиббий эҳтиёжларини сифатли қондириш эса юқори даражада назарий ва амалий билимлар бериш ҳисобига йилдан-йилга врачлар сонини камайтиришга боғлиқ.

Манба: *Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910). Reprinted New York, Arno Press and the New York Times, 1972. From the introduction of Pritchett H.S.*

Олти йиллик таълимни кўзда тутувчи олий тиббийёт мактабига қабул қилиш мезонлари турлича бўлиши мумкин. Масалан, АҚШ тиббийёт университетларининг тиббийёт факультетларидаги каби етуклик аттестат ўртача баллининг юқорилиги, аниқ ва гуманитар фанлар бўйича биринчи даражага эга бўлиш ва ҳоказо. Йилдан-йилга тиббийёт мактабларда врачнинг ижтимоий жиҳатларига, унинг жамиятдаги ролига кўпроқ эътибор берилмоқда. Сўнгги йилларда АҚШда бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш малакалари ҳосил қилишга эътибор берилмаган ҳолда тор соҳа ва илмий мутахассислар тайёрлашга катта аҳамият берилмоқда. Тиббий таълим тизимини ислоҳ қилиш тиббий хизмат сифатини оширишда катта аҳамиятга эга.

Буюк Британия тиббиёт мактабларининг ҳар бири ўзининг алоҳида нуфузи ва анъаналарига эга бўлган, алоҳида факультетлар учун база ҳисобланган клиник касалхоналар қошида фаолият кўрсатган. Аммо 60-йиллардан бошлаб бу мактаблар аста-секинлик билан Лондон университетининг тиббиёт факультетига жипслашдилар ва 90-йилларга келиб клиник касалхоналар ёпилди. Тиббий ходимлар малакасини ошириш Соғлиқни сақлаш миллий Хизмати фаолиятининг вазифасига киради. Кўплаб тадқиқотлар ўтказилиши ҳисобига сўнгги йилларда ихтисослашиш дастурига камроқ эътибор берилмоқда, умумий амалиёт шифокорлари эса 50%ни ташкил қилади. Аксарият мамлакатларда умумий амалиёт врачларини тайёрлашга эътибор кучаймоқда.

14.4-илова

ДЖОН ЛАСТ ТИББИЙ ТАЪЛИМ ТЎҒРИСИДА

Тиббий таълим ахборотларни ва назарий билимларни берувчи пассив жараён бўлиб қолмасдан касалликлар, уларнинг этиологияси ва даволаш усуллари ҳақида билимлар ва таълимлар билан тўла ҳаётга фаол тайёргарлик бўлиши керак.

Манба: *Last J. M. Public Health and Human Ecology, op. cit.*

Жамият соғлиғини сақлаш манфаатларини ҳимоя қилган ҳолда абитуриентлар олдида қўйиладиган талаблар қандай бўлишидан қатъий назар максимал юқори савияда бўлиши керак. Бу талаблар баъзан ижтимоий ва сиёсий нуқтаи назар билан зиддиятга ҳам бориши мумкин-аҳолининг барча қатламлари вакиллари тиббий таълим олишга имконият бўлиши учун абитуриентлар тайёрлашдаги талабларни енгиллаштиришни талаб қилишади, бу эса охир оқибатда тиббий хизмат сифатининг пайсишига олиб келади. Халқаро илмий адабиётлардан фарқ қиладиган тилларда таълим бериладиган мамлакатнинг медиклари янги информациялар олишда имкониятлари чегараланган бўлади. Араб мамлакатларининг тиббиёт институтларида таълим инглиз тилида олиб борилади, аммо айрим Европа давлатларининг тиббиёт ўқув юртларида у фақат иккинчи тил сифатида ўқитилади. Инглиз тилини яхши билмаслик нафақат тиббиёт ходимларини жаҳон тиббиёт адабиётидан баҳра олишни камайтириб қолмасдан, балки халқаро илмий фикр алмашинув жараёнларига қатнашишини ҳам чегаралаб қўяди.

Аксарият мамлакатларда умумий даволаш фанлари, стоматология, фармацевтика, ўрта тиббиёт ходими ва тиббиёт ҳамда соғлиқни сақлашнинг бошқа соҳалари бўйича битирув имтиҳонларини топшириш давлат дастури мавжуд. Бу меъёрлар битирувчиларнинг билимига бўлган юқори талабни таъминлаб, ўқув жараёнлари учун масъул ўқув юртлари томонидан имтиҳон олинганида юз бериши мумкин бўлган ноҳоликнинг олдини олади. Халқаро талабларга асосланган давлат имтиҳонлари ва ўқув дастурлари аҳолига тиббий хизмат кўрсатишнинг стандартларига мос бўлиб, жамият манфаатларини назарда тутди.

Тиббий таълим учун харажатлар юқори эканлиги давлат томонидан қисман бўлсада маблағ билан таъминланишни талаб қилади. Стипендиялар бўйича университет комиссиялари таълим учун масъул бўлган давлат инстанциялари томонидан қўллаб-қувватланадиган ярим мустақил ташкилот сифатида фаолият кўрсатади. Бундай амалиёт тотал давлат назорати ва бошқаришнинг бутунлай децентраллашиши ўртасидаги оралиқ вазиятни эгаллаб, масъулият ва ҳокимиятни тақсимлаш принципини таъминлайди.

Давлат инстанциялари каби профессионал ташкилотлар ҳам таълимнинг юқори стандартларини аниқлаб берувчи ягона омил бўлмасдан, тиббий ўқув юртларида билим беришнинг юқори профессионал даражада бўлишини таъминлашда масъулиятни тақсимлаши керак. Врачларни ва соғлиқни сақлаш ходимларини ўқитишнинг мустақиллашиши ва назорат этилиши университетлар, профессионал ташкилотлар давлат инстанциялари ҳамда жамоат вакиллари ўзаро чамбарчас фаолият кўрсатганида самарали бўлади.

Ўқитиш ва профессионал тайёрлаш жараёни мавжуд тиббий структураларнинг эҳтиёжларидан келиб чиққан бўлиши керак; ташкилий жиҳатдан улар академик таълим ва илмий фаолиятнинг юқори стандартларини таъминлаш учун тиббий структураларга боғлиқ бўлмаслиги шарт. Профессионал медиклар фаолияти ташкилотнинг принциплари ва маблағ билан таъминланиши билан аниқланувчи мавжуд тиббий структуралар доирасида ишлайдилар. Бунда профессионал, академик ва тадқиқот фаолиятларининг юқори стандартларини таъминловчи мувозанат ўрнатилиши лозим.

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ ТАМОЙИЛЛАРИ:
ЭДИНБУРГ ДЕКЛАРАЦИЯСИ (1988) ВА ТИББИЙ ТАЪЛИМ
БОРАСИДАГИ ХАЛҚАРО УЧРАШУВЛАР ҚАРОРИ**

1. Тиббий таълим ўқитиш вазифаларига жавоб берувчи касалхона, иш жойи ва яшаш жойида ўтказилиши керак.
2. Ўқув дастурлари мазкур мамлакат аҳолисининг соғлиқни сақлаш ходимларига бўлган эҳтиёжини эътиборга олиши керак.
3. Асосий эътибор аҳоли саломатлигини яхшилаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилади.
4. Бутун профессионал фаолият билан боғлиқ ҳаёти мобайнида малакасини оширишда фаол қатнашишади.
5. Малакали ўқитиш принципларига мос равишда таълим берилади.
6. Ўқитувчиларнинг педагогик тайёрланиши таъминланади.
7. Илмий фаолият клиник амалиёт билан уйғунлаштириб олиб борилади.
8. Абитуриентлар интеллектуал қобилияти ва одамлар билан ишлашдаги шахсий сифатларига кўра танланади.
9. Тиббий таълим тиббий хизмат ривожига мувофиқ бўлади.
10. Аҳолининг эҳтиёжларига кўра турли ихтисослик шифокорлари тайёрланади.
11. Тиббиёт билан ёндош соҳаларнинг билимларига эга бўлиши талаб этилади.
12. Узлуксиз тиббий таълим ва малака ошириш.
13. Талабаларнинг тиббий таълим ва унинг сифатини баҳолашни режалаштириш ва ишлаб чиқишда иштироки таъминланади.
14. Фанларо ёндошиш ва кенг илмий дунёқарашга эга мутахассислар тайёрланади.
15. Даволаш фаолиятининг этик ва ахлоқий асослари сақланади.
16. Таълим дастури яратишда талабаларнинг имкониятлари эътиборга олинади.
17. Аҳоли эҳтиёжларини эътиборга олган ҳолда дипломдан кейинги ўқитиш йўлга қўйилади.
18. Фанларо таълим ва фаолиятнинг бригада усули йўлга қўйилади.
19. Тиббий таълим жараёнида жамиятнинг иштироки таъминланади.
20. Популяцион ёндошиш-аҳолининг бутун эҳтиёжлари асосида алоҳида миқдори даволашга асосланган ўқитиш.

Манба: *World Federation for Medical Education. World Summit on Medical Education: the Changing Medical Profession, Edinburgh, 12 August, 1993.*

Мавжуд касблар малакасининг (масалан, доялар ва ҳамширалар) нормативларини аниқлашда уларни тайёрлашга кетган харажатлар эътиборга олиниши керак, шунинг учун юқори малакали қилиб тайёрлашга катта эътибор берилиши лозим. Ўрта звено вакилларининг бакалавр даражасига етиш амалиёти бу касбнинг нуфузини ва масъулиятини оширишга, таълим беришнинг эса илмий ва педагогик потенциали кучайи-

шига олиб келди. Касалхоналарда амалий стажировкалар, университетларда академик таълим бериш касалхоналарнинг консерватив руҳдаги маъмурлари томонидан қаршиликлар бўлишига олиб келди, шунга қарамасдан ўрта звенодаги тиббиёт ходимлари қобилиятларининг ошиши ва мазкур жабҳада илмий ҳамда технологик ютуқларга олиб келди.

Тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳаларида янги ихтисосликларни тайёрлаш (масалан, амалиёт ҳамшираси, оптометрист-офтальмолог ёрдамчиси, жамоат соғлиғини сақлаш ходими) тиббий таълим тизими эҳтиёжлари, аҳоли манфаатларига мос келади.

Тиббиёт ходимларини дипломдан кейинги ўқитиш

Базали тиббий таълим мустақил фаолият кўрсатувчи медик-мутахассис учун етарли эмас. Малакани ошириш бирламчи тиббий ёрдам, клиник фаолият, эпидемиология ва бошқариш тизимини ўз ичига олувчи тиббий хизматнинг юқори даражасини таъминловчи омил ҳисобланади. Ихтисослик тиббиёт ўқув юртларида таълим талаблари учун масъул давлат, регионал ва маҳаллий органлар томонларидан регламентланиши керак. Ўрта тиббиёт ходимларини тайёрлашда ҳам шундай ёндашув талаб қилинади.

Тиббиёт ходимлари ва мутахассисларини аккредитациялаш давлат масъулияти доирасида ётсада, айрим мамлакатларда унинг учун масъулият профессионал ташкилотлар зиммасидадир. АҚШда малака ошириш дастурлари алоҳида штатлардаги департаментлар ва федерал инстанциялар томонидан регламентланади. Канада ва Буюк Британияда тиббиёт ходимлари давлат имтиҳонлари топширадилар ва регионал даражадаги махсус идоралар томонидан аккредитцияланади. Малака ошириш курсларидан кейинги имтиҳонлар-ва аккредитациялар Қирол Тиббий жарроҳлик Коллежи қошидаги профессионал комиссиялар томонидан ўтказилади. Собиқ совет республикаларида малака ошириш бўйича таълим давомлигини аниқловчи бундай мезонлар бўлмаган.

Ихтисослашган таълим стандартлари мутахассисларни бу соҳадаги нуқтаи назарлари, шу билан бирга ижтимоий манфаатларни ўз ичига олади ва ҳар бир алоҳида мамлакатда индивидуал ёндошиш лозимлигини ўқтиради. Аммо шуни ҳам таъкидлаш лозимки, аҳоли эҳтиёжларига мувофиқ ҳуқуқий ҳимоя ва давлат ҳамда профессионал назорат уйғунлашганида тўлароқ қондирилади. Булар ҳар бир жамоада ахлоқий нормалар ва профессионал стандартларга қатъий риоя қилинган ҳоллардагина амалга ошади.

Таълимнинг ва дипломдан кейинги ўқитиш тизимидаги сифат унинг давомлиги, ўқувчиларнинг масъулият ҳисси даражаси ва ўқитувчилар таркибининг профессионал даражасига боғлиқ. Жарроҳ ва терапевт-

ларни тайёрлаш умумий тиббий таълимдан кейин 3—4 йилни талаб қилади. Вақт ва тажриба омили врач интерналарни профессионал ходим сифатида шаклланишлари учун зарур. Клиник ва тадқиқий тажриба орттириш, илмий журналларда чоп эттириш, профессионал муаммоларни жамоа бўлиб муҳокама қилиш имкониятларининг мавжудлиги ўқитиш жараёнида зарурий бўлиб замонавий тиббиётнинг тобора мукамаллашиб бораётган стандартларига мослашишга олиб келади.

Янги ижтимоий соғлиқни сақлаш концепцияларига мувофиқ раҳбар лавозимида ишлай оладиган мутахассисларни тайёрлаш учун тиббиёт, иқтисод, ижтимоий фаолият каби соҳаларни яхши эгаллаган дунёқараши кенг шахслар танланиши лозим. Янги ижтимоий соғлиқни сақлаш соҳасидаги мутахассислар жамият ҳаёти аспектларига катта таъсир кўрсатади.

Соғлиқни сақлаш соҳаси раҳбарлари ва маъмурлари эпидемиология, иқтисодиёт, информацион технология, коммуникация ва раҳбарлик бўйича чуқур билимларга эга бўлиши ҳамда пайдо бўладиган муаммоларни бартараф этишда тажрибага эга бўлиши лозим. Яхши тайёрланган мутахассислар тиббий таъминотнинг ташкилий ва профессионал аспектларига тааллуқли ўзгаришларга тез мослашади. Врачлар учун диплом берадиган қисқа ихтисослашиш курслари врач амалий маҳоратнинг кучайишига ва хизмат пиллапояларидан тез юқорилашишига олиб келади. Булар ўз навбатида тез тиббий ёрдам ва реанимация, травматология ва оилавий шифокор каби ихтисосликларнинг пайдо бўлишига олиб келади.

14.6 илова

ДИПЛОМДАН КЕЙИНГИ ТАЪЛИМНИНГ ТАВСИЯ ЭТИЛГАН СТАНДАРТЛАРИ

Профессионал ва ижтимоий ташкилотлар вакиллари иштирокида давлат томонидан идора этилади.

Мутахассислик турига қараб 4-6 йил мобайнида ихтисослаштирилади
Мустақил клиник тажриба моҳир мутахассис қўл остида орттирилади
Аккредитацион комиссиянинг академик ва амалий мезонларига мувофиқ ўқув марказлари лицензияланади.

Профессионалларнинг қўли остида эпидемиологик тажриба ёки базали тадқиқот лабораториясида илмий тажриба орттирилади

Халқаро профессионал адабиётлар билан мунтазам танишиб борилади

Ўқув мобайнида бир қанча тиббий марказларда стажировка ўтилади.

Таълим мобайнида халқаро таълим стандартларига асосан ёзма имтиҳон топширилади

Таълимдан кейин халқаро таълим стандартлари асосида клиник ва ёзма имтиҳон топширилади

Давлат профессионал кенгаши(комиссияси)томонидан имтиҳон олиниб сертификат берилади.

Қайта аттестациялаш бўйича талабномалар ишлаб чиқилади

Ўрта тиббиёт ходимини тайёрлаш

Ўрта тиббиёт ходими стационар ва маҳаллий тиббий таъминотнинг асосий звеноси ҳисобланади.

Ҳар қандай ҳолда ҳам ўрта тиббиёт ходими жамиятда қабул қилинган маънавий қадриятларни акс эттириб, соғлиқни сақлаш ишига жиддий таъсир кўрсатади. Агар Финляндия ва Швецияда битта врачга 4 та ҳамшира тўғри келса, Ҳиндистон ва Бангладеш каби ривожланаётган давлатларда 1—2 та тўғри келади. Бу эса уларда ўрта тиббиёт ходими тайёрлашга етарли аҳамият берилмаётганлигини кўрсатади.

Врач касби юқори нуфузли, ҳамширалик эса кам обрўли ҳисобланади, шу боисдан ҳам халқ орасида ҳамширалик қилаётган аёлларга паст назар билан қаралади. Ўрта тиббиёт ходимларининг етарли эмаслиги бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда катта камчиликларни келтириб чиқаради, бу эса ўз навбатида иккиламчи ва учламчи тиббий ёрдам маҳалида сарф-харажатларнинг кўпайишига олиб келади. Бундан ташқари, ўрта тиббиёт ходимларининг етишмаслиги учламчи тиббий хизматнинг сифати пасайишига олиб келади. Бундай тенденция кузатилаётган мамлакатларда тиббий хизмат сифати ўта паст бўлади.

Ҳамма мамлакатларда турли малакали тиббий ходимлар орасида ҳамширалар энг кўпчиликни ташкил қилади. Ҳамширалар ва уларнинг ёрдамчиларини тайёрлаш учун алоҳида ўқув юрглари ташкил қилиниши, ёки битта ўқув юртининг турли бўлимларида ихтисосликка тайёрлаш мумкин. Профессional тайёрланган ҳамширалар университет даражасида таълим ва тайёргарликдан ўтиб бакалавр, магистр, доктор каби академик даражалар олиши мумкин.

14.3 жадвал

АҚШда 1950—95 йиллар мобайнида тиббиёт ҳамшираларини тайёрлаш билим юрглари ва уларни битириб чиққанлар ҳамда 2000 йилга прогноз

Кўрсаткич	1950	1960	1970	1980	1985	1992	2000
Тиббиёт билим юрглари	1770	1137	1346	1340	1385	1515	—
Биритувчилар сони, минг киши	25,8	30,1	43,1	75,5	82,1	97,1	79,7
Шулардан бакалавр даражаси билан минг киши	0	4,1	9,1	25,1	31,1	26,5	—

1950 йилдан 1995 йилга қадар АҚШда ҳамширалар тайёрлаш қарийб уч баробар ошди ва 1985 йилдан бошлаб пасая бошлади. Бу тенденция 2000 йилгача давом этди. Ҳамшираларнинг профессионал даражаси ошганлиги 1965 йилда 4 % қисми бакалавр даражасини, 1995 йилда эса қарийб 30% қисми олганлигидан ҳам кўриниб турибди. Бу кўрсаткич 2000 йилда 26% ни ташкил этди. Ҳамширалар тайёрловчи мактабларнинг 1950 йилдан камая бориши алоҳида клиникалар қошида мактабларнинг бирлашиши ҳисобига бўлди.

Тобора врачлар бажарадиган муолажаларнинг катта қисми ҳамширалар вазифасига айланиб бормоқда. Ҳамширалар енгил касалликларда ўзлари ташҳис қўйиб даво буюрадиган даражада тайёргарликдан ўтадилар. Айрим ривожланаётган мамлакатларда айниқса, қишлоқ жойларида аксарият кенг тарқалган касалликларни ташхислаш ва даволаш масъулияти ўрта тиббиёт ходимининг зиммасида бўлади. Айрим қишлоқ жойларида даво, профилактика, реабилитация, аҳоли саломатлигини сақлаш жараёнларида уларнинг ҳиссаси бениҳоя катта.

Ихтисосликка ўқитилган ҳамшира малакаси ҳақида гувоҳнома ёки университет дипломига эга бўлади. Ихтисослаштириш курслари эса интенсив терапия ва реанимация каби ҳамшира назоратини айниқса талаб қилувчи тор соҳаларда ишлаш имкониятини беради. Магистр даражаси билан диплом берилувчи ихтисослаштириш курслар дастури тиббиётнинг педиатрия, гериатрия, умумий терапия каби соҳаларида кенг тарқалган бўлиб мустақил клиник, тадқиқий ва ўқитувчилик фаолиятлари билан шуғуллана олувчи мутахассисларни тайёрлаш имконини беради.

Ишдан узилмаган ҳолда малака ошириш ва узлуксиз тиббий таълим

Тиббий фанларнинг жадал ривожланиши ҳар қандай тиббий хизмат стандартларини юқори даражада бўлишини таъминлаш учун ходимларни амалиётдан узилмаган ҳолда малака оширишларини талаб қилади. Профессional фаолият жараёнида малака ошириш ходимнинг юқори профессионал даражасини таъминовчи тиббий хизматни режалаштиришнинг муҳим интеграл қисмидир. Шу тариқа мавжуд билимларни фаоллаштириш, илмий ва амалий жиҳатдан янги ахборотлар олиш, даво муассасаси шароитини ўзгартириш имконияти туғилади. Амалиётга янги даво дастурларини ва услубиётини киритиш тиббий ходим ориентациясининг мувофиқ ўзгаришига ва малакасининг узлуксиз ошишига олиб келади.

Узлуксиз тиббий таълим деганда — ихтисослашган курсларда (масалан, соғлиқни сақлашни ташкиллаштириш, жадал терапия бўйича, компьютер, ахборот техникаси, тиббий таъминотни бошқариш) каби кўплаб тадбирлар кўзда тутилади. Аниқ соҳалар бўйича ихтисослик ўтаган тиббиёт ходимлари, айниқса жадал ривожланаётган жабҳа бўлса вақти-вақти билан малака ошириш курсларини ўтаб туришлари лозим. Соғлиқни сақлаш тизимида аксарият шифокорлар ёзда жамоат соғлиқни сақлаш факультетлари ёки алоҳида клиникаларда эпидемиология бўйича малака ошириш курсларини ўтайдилар.

Тиббий таълимнинг узлуксизлиги, тиббиёт ходимлари малакасини оширишда давлат идоралари, профессионал ташкилотлар, тиббиёт ходимлари уюшмалари, давлатга алоқаси бўлмаган ташкилотлар ва кенг жамоатчилик манфаатдор бўлиши керак. Бу соҳадаги тадбирлар ҳар бир тиббий муассаса фаолияти дастурининг узвий бир қисми бўлиб, бюджетни режалаштиришда эътиборга олиниши лозим. Ҳамма даражадаги тиббиёт ходимлари — касалхона кир ювувчиларидан тортиб касалхона раҳбарлари, жамоат тиббиёт ходимларидан тортиб регионал санитар инспекторларигача малакаси ошишини таъминлаш лозим.

Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш бўйича тадбирлар фақат ходимлар билимини юксалтириб амалий маҳоратларини кучайтириб қолмасдан, балки Хоторн эффекти ва Маслоу принципларига мувофиқ уларнинг ўз-ўзини такомиллаштиришга интилувчанлигини ҳам оширишига сабаб бўлиши аниқланган. Тиббий муассасаларнинг раҳбарлари ва барча ходимларнинг малакасини мунтазам ошириб боришлари учун шароитлар яратиш профессионал тиббий фаолиятнинг узвий бир қисми бўлиши лозим.

Тиббий ўқув юртларини аккредитациялаш

Барча тиббий ўқув юртлари давлат ва регионал ҳокимиятларнинг ва бу турдаги фаолиятни назорат қилувчи ташкилотларнинг аккредитациясини олишлари керак. Канадада тиббий ўқув юртлари фаолиятини назорат қилиш, имтиҳонларни ўтказиш ва талаба медикларнинг профессионал аккредитациялаш Канада Тиббий Кенгаши зиммасидадир. Канада провинцияларида профессионал лицензиялаш ташкилотлари Канада Лицензион Тиббий кенгаши тавсияларини асос қилиб олганлар. Америкада Тиббий коллежлар ассоциацияси тиббий ўқув юртларининг аккредитацияланиши учун жавоб беради. Имтиҳонлар ўтказиш ва битирувчиларни профессионал аккредитациялаш масъулияти эса давлат зиммасида бўлади.

Янги касб-корлар мутахассисларини тайёрловчи ўқув юртлари(масалан, амалиёт ҳамшираси) олий маълумот олган ва университет даражасига эга бўлганларга кўпроқ эътиборни қаратишлари керак. Айрим тиббий фанларни теран урганишга ихтисослашган мактабларга эга университет ва коллежларга олий таълим учун масъул давлат идоралари томонидан мувофиқ талаблар қўйилиши керак. Универстет тиббий, стоматологик, ҳамшира, доришунос каби ихтисосликка ўқитиши учун шу мутахассислик кераклиги ва уни маблағ билан таъминланишига асосланган жиҳатларни кўрсатиши, ўқув дастури, ўқитувчилар таркиби, таълим мақсади ва вазифаси, битирувчиларни иш билан таъминланишини асослаб кўрсатиши керак. Абитуриентларни қабул қилиш қоидалари ва меъёри, кутубхонанинг сифати ва ўқув базаси синчиклаб текширилиб чиқиши керак. Ўқитувчилар таркиби, ўқув дастури, тадқиқот ишлари, илмий чоп этиладиган нашрлар, халқаро тиббий адабиётлар ва дарсликлар билан таъминланиш даражаси,уларни талабалар хориж тилида ўқий олишлари ихтисослашган ўқув юртларини очишда албатта муҳокама қилинишлари керак. Мақсад ва вазифалар турлича бўлиши мумкин. Яқинда очилган айрим тиббий мактаблар асосий эътиборни бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишга, ихтисослашган врачлар тайёрлашга қаратганлар, аммо улар бунга қай даражада эришди, аниқ эмас.

Сўнги йилларда ўқув дастурларини қайтадан кўриб чиқиш, базали тиббий предметларга кўпроқ эътиборни жалб қилиш кузатилмоқда, аммо оилавий ва жамоа врачлари тайёрлашга кам эътибор берилаётгани туфайли бу жабҳа заифлигича қолмоқда. Методологик жиҳатдан таълим шу даражада ўтказилиши лозимки, бунда ўқув дастурлари максимал бажарилишига эришиш керак. Аксарият тиббий мактабларда катта аудиторияларда ўқиладиган маърузалар асосий таълим шакли бўлиб хизмат қилади, аммо клиник тажриба берувчи амалиётлар жуда чегараланган, шу боисдан ҳам бундай битирувчилар мижоз билан ишлашда муаммоларга дуч келадилар. Тиббиётдаги бундай дидактик ёндошиш турли профил мутахассислари жамоасида етарли тайёрланмаган мутахассиснинг пайдо бўлишига олиб келади, бундай битирувчилар клиник медицина соғлиқни сақлашнинг фақат узвий бир қисми эканлигини тушуниб етмайдилар.

Талабаларни тайёрлаш жараёнида, қандай мутахассисликка ўқиётганидан қатъи назар улар фақат клиника доирасидагина эмас, балки маҳаллий даво муассасаларида амалиёт ўташлари лозим. Барча медик-талабалар клиник касалхона, амбулатория, район поликлиникаси каби турли тиббий муассасаларда стажировка ўтаб сурункали беморлар ва ногиронлар билан ишлаш амалиётини ҳам ўрганишлари керак. Бундан

ташқари, тиббий таълим мобайнида уларга ижтимоий саломатлик иқтисодиёти ва ташкиллаштириш, жамоат фанлари, клиник ва маҳаллий тиббий муассасалар фаолияти бўйича ҳам билимлар берилиши керак.

Таълим услубиёти ва имтиҳонлар ўтказиш-клиник ёки ёзмалигидан қатъий назар давлат стандартларига жавоб бериши керак. Булар тиббиёт ўқув юртлари битирувчиларини мамлакатнинг барча ҳудудларида ишга қабул қилиш имкониятини берса-да, перифериядан шаҳарларга кўплаб мутахассисларнинг оқиб келиши каби салбий оқибатларга сабаб бўлади.

Жамоат соғлиғини сақлаш соҳасидаги мутахассисларни тайёрлаш

Турли мамлакатларда таълим тизими ўзининг таркиби ва ўқув дастурига кўра бир-биридан фарқланади. Саломатликни сақлаш мавзуси ва соғлом турмуш тарзи мактаб таълими дастурига киритилган бўлиши ва олий ўқув юртларида давом эттирилиши лозим.

АҚШда тиббий мактабларга фақат университет даражаси бўлганлар ҳамда махсус миллий кириш имтиҳонларини топширганлар қабул қилинади ва танлов жуда катта бўлади. Европа, Канада ва бошқа кўплаб давлатларда олти йиллик таълим дастури қабул қилинган бўлиб, дастлабки икки йил тиббиёт олди фанларига, навбатдаги икки йил тиббиётнинг назарий асосларига, қолган йиллар эса клиника базаларида амалиётни ўрганишга бағишланади. Сўнгги йилларда талабаларни эртароқ клиникага олиб кириш амалиёти тажриба қилинмоқда, бу эса ишлаш маҳоратини эртароқ ошириш каби ижобий самара бермоқда.

Тиббий ходимлар тайёрлайдиган ўқув юртлари

Тиббий ўқув юртларидаги таълим сифати битирувчиларнинг тиббий даражасига таъсир қилади. Тиббий мактабларнинг, факультет ва ўқув юртларининг тиббий дастурлари маблағ билан таъминлаш идоралари томонидан белгиланиб, тиббий ўқув юртлари ассоциацияси томонидан назорат қилинади. Тиббиёт ходимларини ўқитиш битирувчиларга университет даражаси ва диплом ҳамда клиник ва маҳаллий касалхоналарда ишлаш ҳуқуқини берувчи академик ўқув юртларида олиб борилади. Тиббий ўқув юртлари давлат ва хусусий бўлиши мумкин. Давлат тиббий ўқув юртларида академик фанлар ва тадқиқотлар давлат соғлиқни сақлаш инстанцияларига бўйсунди. Иккинчи томондан бозор иқтисодиёти мутахассисларни кўплаб тайёрланишига сабаб бўлади, бу эса тиббий хизмат сифати ва унинг таннархига салбий таъсир кўрсатади. Ўқув жа-

раёнлари клиник ҳамда илмий тадқиқотларни уйғунлаштириб олиб борувчи муассасаларда ўтказилиши лозим.

Маблағ билан таъминланиш ва унинг назорати давлат томонидан бўлиши бозор иқтисодиёти ва аҳоли манфаатлари орасидаги зиддиятларни бартараф қилишга имкон беради. Давлат имтиҳонлари ва лицензиялаш тиббий ўқув юртлари ва унинг ҳар бир битирувчисининг тайёрланиш даражасини белгиловчи стандартлар ўрнатади. Тиббиёт ходимлари ўта кўпайиб кетган давлатларда уларни тайёрлаш дастури қисман камайтирилган.

Жамоат соғлиғини сақлаш менежерларини тайёрлаш

Жамоат соғлиғини сақлаш ва тиббий таъминотни бошқариш малака ошириш курсларида амалга оширилиши ва узлуксиз тиббий таълимга асосланган бўлиши керак. Янги ижтимоий Соғлиқни Сақлаш концепциясини ҳаётга тадбиқ қилиш турли ихтисосликдаги тиббиёт ходимларининг биргаликда фаолият кўрсатиши орқали амалга оширилади. Маъмурий тиббиёт ходимларини ўқитиш дастури турли фанлар чорраҳасидаги муаммоларни, шу билан биргаликда соғлиқни сақлаш бўйича фундаментал ҳамда амалий тадқиқотларга асосланган бўлиши лозим. Янги ижтимоий соғлиқни сақлаш тиббиёт ходимларидан клиник медицина, эпидемиология, экономика, ижтимоий фанлар, атроф муҳитни муҳофаза қилиш, тиббий таъминотни бошқариш ва улар фаолиятини таҳлил қилиш бўйича билимларни талаб қилади.

Буюк Британияда жамоат соғлиғини сақлаш шифокорлари илк бор 1871-йили Дублиндаги Тринити коллежида бошланган. Битирувчилари жамоат соғлиғини сақлаш врачлари дипломини олган ва 1848 йилда чиқарилган жамоат соғлиғи сақлаш Қонунига асосан комиссия раҳбарлари бўлиб фаолият юритганлар. Жамоат соғлиғини сақлаш тиббиётнинг тан олинган соҳасига айланганидан кейин бошқа тиббий ўқув юртлари ҳам шундай таълим дастурларини яратдилар. Уларни назорат қилиш Тиббий ва хирургик коллежлар томонидан амалга оширилди. 1924 йил аксарият тиббий ўқув юртлари Лондон гигиена ва тропик медицина институтига бирлашиб, жамоат соғлиғини сақлаш бўйича йирик илмий текшириш марказига айланди.

АҚШда ҳам жамоат соғлиғини сақлашга ихтисослашган ўқув марказлари кенг тарқалган бўлиб, уларга Гарвард университетида 1913 йили Джон Хопкинс томонидан асос солинган. Сўнгра аҳоли эҳтиёжлари эътиборга олиниб Мичиган, Йел ва Пенсилвания штатларида ҳам шундай университетлар очилган. Бу мактабларнинг асосий мақсадлари биринчи навбатда жамоат соғлиғини сақлаш мутахассислари тайёрлаш

бўлиб, академик мутахассисликлар, ўқитувчилар ва илмий ходимлар тайёрлаш иккинчи даражали эди. Жамоат соғлиғини сақлаш ривожланиши билан бу соҳада, мустақил ўқув марказлари ташкил этиш заруряти ҳам пайдо бўлди. Жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари АҚШда бу соҳа ривожига муносиб ҳисса қўшган олимларнинг бир қанча авлодларини тайёрлаб берди.

14.7 илова

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ БЎЙИЧА МУТАХАССИСЛАР ТАЙЁРЛАШНИНГ ТАРИХИЙ БОСҚИЧЛАРИ

- 1842 й. Чедвикнинг Британия ишчилари ҳаётининг санитар ҳолати бўйича ҳисоботи
- 1844 й. Чедвикнинг «Шаҳар жамоалари саломатлиги» китобининг нашрдан чиқиши
- 1848 й. Саломатликни муҳофаза қилиш бўйича қонун қабул қилиниши, Соғлиқни сақлаш бош комитетининг ташкил топиши
- 1871 й. Буюк Британияда жамоат соғлиғини сақлаш соҳаси бўйича дипломдан кейин врачларни тайёрлаш
- 1872 й. Америка Жамоат соғлиғини сақлаш ассоциациясининг тузилиши.
- 1875 й. Буюк Британия соғлиқни сақлаш қонунига асосан соғлиқни сақлаш регионал бошқармаси директори унвони таъсис қилинди
- 1900 й. Кубада ва Панамада сариқ лихорадка ва безгак эпидемияларининг АҚШ Жамоат соғлиғини сақлаш хизмати томонидан бостирилиши
- 1910 й. Карнеги фонди томонидан Флекснернинг тиббий таълим тўғрисида ҳисоботи
- 1914 й. Ижтимоий саломатлик соҳаси бўйича олий тиббий таълим дастурининг Рокфеллер фонди дастури қабул қилиниши, Джон Хопкинс, Гарвард, Колумб, Йель, Мичиган, Миннесот, Шимолий Каролина ва Калифорния университетларида жамоат соғлиғини сақлаш мутахассисларини тайёрловчи мактабларнинг очилиши
- 1918 й. Буюк Британиянинг 21 университетида жамоат соғлиғини сақлаш соҳасида дипломли мутахассислар тайёрланади
- 1922 й. Лондон университетида жамоат соғлиғини сақлаш бўйича мутахассислар тайёрлана бошланди
- 1924 й. Лондонда гигиена ва тропик медицина институти очилди.
- 1924 й. Рокфеллер фонди Канада, Хитой, Бразилия, Афина, Манила, Загреб, Токио, Прага, Варшава, Копенгаген, Осло, Будапешт, Калькуттада жамоат соғлиғини сақлаш мактабларини очди
- 1936 й. АҚШда жамоат соғлиғини сақлаш бўйича 10 та мактаб очилди.
- 1972 й. Буюк Британиядаги хирургик коллеж ва қироллик медицина коллежларида жамоат тиббиёти факультетлари очилди
- 1995 й. АҚШда жамоат соғлиғини сақлаш бўйича 27 та аккредитацияланган мактаб фаолият кўрсатади

1960 йилда клиницистлар тайёрловчи ўқув марказлари билан етарли алоқада бўлмаганлиги учун жамоат соғлиғини сақлаш мутахассисларини тайёрловчи мактаблар танқид остига олинди ва уларни ёпиш, ўрнига эса университетларнинг тиббиёт факультетларида ижтимоий тиббиёт билимларини очиш таклиф қилинди. Аммо бундай ёндошиш мазкур соҳа мутахассисларини тайёрлаш даражасининг пасайишига сабаб бўлди.

80 йиллардан АҚШда бундай мактабларни қайтадан очиш ва битирувчиларини иш билан таъминлаш бўйича кўплаб ишлар қилинди. Сўнгги йилларда бундай мактабларда врачлар, стоматологлар, ҳамширалар, муҳандислар, иқтисодчилар, ижтимоий ходимлар, статистлар, руҳшунослар, ветеринарлар таҳсил кўрадилар. 1991 йилдаги Эчесоннинг Британиядаги жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари ҳолати бўйича ҳисоботидан кейин кўплаб университетларда турли номлар билан бундай йўналишдаги мактаблар очилди.

Европада жамоат соғлиғини сақлаш мутахассисларини тайёрлаш амалий фаолиятга таянганлиги анъана бўлиб қолганди. Профессional ихтисослаштириш эса давлат ёки мустақил институт курсларида ўтказиларди. Буюк Британия ҳудудидан ташқарида кенг профилдаги жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари унчалик кўп эмасди, аммо 80-йиллардан бошлаб Германия, Голландия, Испания ва Польшада янги мактаблар очилди. Бу мактабларнинг йўналишлари соғлиқни сақлаш тизими ва тиббий таъминот фаолиятини таҳлил қилишга қаратилган бўлиб, америка мактабларига қараганда эпидемиология ва соғлиқни сақлаш амалиёти бўйича анча заиф эди.

Европа Иқтисодий Ҳамжамияти давлатларида соғлиқни сақлашни ташкил этиш бўйича илмий даражалар бериш ва мактаблар орасидаги мулоқот кўлами бўйича стандартлашган талаблар бор.

14.8 илова

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ СОҲАСИДА МУТАХАССИСЛАР ТАЙЁРЛАШ

Вазифа:

- соғлиқни сақлашнинг аниқ вазифаларини бажаришга қаратилган амалиёт ходимларини, илмий ходимларни ва аналитиклар, менежерларни тайёрлаш;
- раҳбар ходимларни қайта тайёрлаш;
- жамоат соғлиғини сақлаш соҳаси бўйича аналитик тадқиқотларни таъминлаш;
- жамиятни миллий саломатлик муаммолари ва уларнинг ечими билан таништириш.

Талаблар:

- мутахассисларни дипломдан кейинги ўқитиш академик ўқув юртларида амалга оширилади;

- фанлараро ёндошиш аниқ вазифаларни қўйиш ва уларни бажариш ҳамда менежмент учун йўналишли дастурга ўргатиш;
- жамоат соғлиғини сақлаш фаолиятида илмий тадқиқот ва амалиётни уйғунлаштириб олиб боришга ўргатиш;
- атроф-муҳитнинг хавф омиллари ва касбу корнинг хавф омиллари;
- овқатланиш;
- соғлом турмуш тарзи, таълим;
- информацион тизим, мониторинг ва илмий тадқиқотлар ўтказиш усуллари;
- соғлиқни сақлаш миллий тизими ва фаолияти;
- глобал саломатлик;
- менежмент-фалсафа ва кўникмалар.

АҚШда соғлиқни сақлашни ташкил этиш мутахассисларини тайёрлашга 27 та мактаб ихтисослашган. Улар менежмент принциплари, инфекция ва ноинфекцион касалликлар соҳаси, биологик статистика, индивидуал тиббий хизмат кўрсатиш, атроф муҳит муҳофазасининг тиббий аспекти, она ва бола саломатлиги, соғлиқни сақлаш иқтисодиёти, санитария-тиббий билимлар ва бошқа саволлар бўйича кенг қамровли мутахассислар тайёрлайди. Соғлиқни сақлашнинг фанлараро аспекти талабаларни базали тайёрлаш, амалиёт ва ихтисосликнинг турли-туманлигида намоён бўлади. Эпидемиология, социология ва бошқа фанлар саволларини таҳлил қилиш уларни турли муаммолар ечимига тайёрлайди. Бу мактаблар жамоат соғлиғини сақлаш миллий ассоциацияси томонидан аккредитациялашган. Янги мактабларни очиш соғлиқни сақлашда махсус тайёрланган ташкилотчиларга эҳтиёж ва уларни профессионал бозорда ишга жойлаштириш имкониятлари туфайли амалга оширилади. Мавжуд мактаблар фаолият кўрсатаётган идораларни яхши тайёрланган мутахассислар билан таъминлайди.

Жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари давлат ва маҳаллий соғлиқни сақлаш идоралари билан узвий алоқада бўлишлари, талабаларга мазкур идорадаги амалий ва илмий тадқиқот ишлари билан шуғулланишлари учун имконият яратиб бериши зарур. Бу мактаблар соғлиқни сақлашни ташкиллаштиришда аҳоли саломатлиги билан боғлиқ муаммолар ечимига катта ҳисса қўшишлари мумкин. Жамоат соғлиғини сақлаш бўйича ихтисослик ўтамоқчи бўлган врачлар 2—3 йиллик клиник тажрибага эга бўлишлари ва «Жамоат соғлиғини сақлаш мастери» дастури бўйича икки йил ўқиши керак.

Университетларнинг бундай мактабларни малакали ўқитувчилар ва менежмент, социал ва аниқ фанлар каби курслар билан таъминлаш

имконияти муҳим аҳамиятга эга. Олий ўқув юртига боғлиқ бўлмаган мактабларда талаблар юқори эмас, академик муҳит йўқ, иқтисодиёт, менежмент, биология каби фанлардан тайёрлаш имконияти йўқ.

1988-йилда АҚШ Медицина Институтида чоп этилган «Жамоат соғлиғини сақлашнинг келажаги» маърузасида айтилишича, бу мактабларнинг келажакдаги дастурлари умумий талаблардан ташқари профессионал ва амалий характерга эга бўлиши, шу билан бирга талабалар ҳар бир фаннинг жамоат соғлиғини сақлашдаги аҳамиятини тушуниб етишлари, соғлиқни сақлаш бутун жамият саломатлиғига эришилгандагина ўзини оқлашини тушуниб етишларига асосланади.

14.9 илова

АҚШнинг ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШНИНГ ОЛИЙ МАКТАБЛАРИ РЎЙХАТИ

Жамоат соғлиғини сақлашнинг аккредитацияланган матаблари (ҳаммаси университетлар қошида)

Бирмингемдаги Алабама штати университети
Бостон университети
Калифорния штатидаги Беркли университети
Калифорния штатидаги Лос-Анжелес унив.
Нью-Йоркдаги Колумбия унив.
Атлантадаги Эмори унив.
Бостондаги Гарвард унив.
Гонолулудаги Гавай унив.
Чикагодаги Иллинойс унив.
Жон Хопкинс унив.
Калифорниядаги Лом Линд унив.
Амхерстдаги Массачусетс унив.
Энн-Арбордаги Мичиган унив.
Миннеаполисдаги Миннесот унив.
Шимолий Каролина штатидаги Чэпел-Хилл унив.
Оклахомадаги Оклахома-Сити унив.
Сан Хуандаги Пуэрто-Рика унив.
Сент-Луисдаги унив.
Сан-Диегодаги давлат унив.
Нью-Йоркдаги Олбани давлат унив.
Жанубий Каролина штати унив.
Тампдаги жанубий Флорида унив.
Техас штатидаги Хьюстон унив.
Янги Орлеандаги Тулэйн унив.
Вашингтондаги Сиэттл унив.
Нью-Хейвендаги Йель унив.

Ривожланаётган мамлакатларда жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари катта рол ўйнайди, чунки бу мамлакатларда соғлиқни сақлашни тўғри ташкиллаштириш катта аҳамиятга эга. Ҳиндистон, Нигерия, бошқа аҳолиси кўп мамлакатларда соғлиқни сақлашнинг асосий муаммоларидан бири-инфекцион касалликлар тарқалишининг олдини олишдир. Аммо шунга қарамасдан бирорта ҳам жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари йўқ. Бу соҳа бўйича талабаларга базали билим бериш учун мўлжалланган ижтимоий ва жамоат медицина бўлимлари етарлича академик билим беролмаслиги билан бирга реал шароитда мустақил ишлаш учун зарурий ихтисослик бера олмайди. Ривожланаётган мамлакатларда соғлиқни сақлаш раҳбарлари тайёрлашга қаратилган мактаблар яратиш биринчи навбатдаги вазифалардан ҳисобланади.

Собиқ совет республикаларида жамоат соғлиғини сақлаш мутахассислари тиббиёт институтларида тайёрланади, аммо уларнинг даражалари жаҳон стандартларига мос келмайди. Ижтимоий саломатлик бўйича тадқиқотлар ўтказишга мўлжалланган илмий текшириш институтлари академик даражадаги фан докторлари ва номзодлари билан таъминланади. Тиббиёт институтларида таълимнинг жамланиши мавжуд эҳтиёжларни қопласа-да, аммо дипломдан кейинги тайёрланиш имкониятини бермайди.

Соғлиқни сақлаш ходимларини бошқариш

Тиббиёт ходимлари соғлиқни сақлаш бюджетдаги асосий таркибий қисмлардан ҳисобланади, шунинг учун уларни бошқариш катта амалий аҳамиятга эга. Мутахассисларни танлаш, тайёрлаш, ва улардан фойдаланиш шундай амалга оширилиши керакки, бунда аҳоли эҳтиёжлари максимал қондирилиши зарур. Медиклар ва соғлиқни сақлаш мутахассислари фаолиятини самарали уюштириш, мавжуд тажриба ва билимлардан максимал фойдаланиш шулар сирасига киради. Раҳбар лавозимларида ишловчи врачлар, ҳамширалар ва бошқа тиббиёт ходимларини тиббиёт ходимларини бошқариш бўйича алоҳида таълим олишлари керак. Тиббиёт муассасасини бошқариш мутахассисни бу борадаги фаолиятининг узвий бир қисми бўлиб, ташкилотни молиявий ва замонавий маъмурий бошқаришни ҳам билиши керак.

Тиббиёт ходимларини бошқариш қонунлар, қоидалар, лицензиялар, интизом ҳамда тиббий хизмат сифатини назорат қилиш мавжудлигини тақозо қилади. Конкуренцияни камайтириш учун, профессионал жамоа ходимларини баъзан қисқартиришга тўғри келади. Мутахассислар сонининг кўпайиб кетиши сарф-харажатларнинг ошиб кетишига ва баъзан тиббиёт ходимларини самарасиз ишлашига олиб келади. Жарроҳлик амалиётини кузатиш шуни кўрсатадики, уларнинг миқдори ошиб кетиши

операцияларнинг кўпайишига сабаб бўлади, бу эса ўзини оқламайди. Шу билан бирга бирламчи тиббий ёрдам звеносида фаолият кўрсатувчи врачларнинг етишмаслиги даво самарадорлигининг кескин ёмонлашувига олиб келади. Ўрта тиббиёт ходими сифатининг етарли эмаслиги стационар ва бирламчи тиббий ёрдам даражасининг пасайишига олиб келади.

Тиббиёт ходимлари соҳаси оптимал сиёсат юргизиш-соғлиқни сақлашни режалаштиришнинг муҳим аспектларидан бири бўлиб, ортиқча стационар тиббий муассасалар пайдо бўлишининг олдини олади ва мавжуд ресурсларни мақсадга мувофиқ тақсимланишига олиб келади. Амалиётдаги врачлар сонининг кўпайиб кетиши мавжуд муаммоларнинг ечимига жиддий салбий таъсир кўрсатиб, самарали тиббий хизмат кўрсатишга тўсқинлик қилади.

Лицензиялаш ва назорат

Соғлиқни сақлаш ходимларини назорат қилиш, лицензиялаш ва фаолиятини регламентлаш учун масъулият давлат зиммасидадир.

Тиббий ўқув дастурларининг ҳамда имтиҳонларнинг стандартларини қиритиш билан бирга давлат профессионал лицензиялаш ташкилоти томонидан хайфсанлар берилиши ҳам тиббий хизмат даражасини юқори бўлишида рол ўйнайди. Ташқи коллегиял назорат принциплари тобора кўпроқ тан олиниб борилмоқда, чунки у тиббий хизматнинг барча аспекти сифатининг юқори бўлишига ҳамда сифатининг мунтазам яхшиланиб боришига сабаб бўлади.

Канаданинг ҳар қандай қишлоқларида тиббий амалиёт билан шуғулланиш учун барча тиббий мактабларнинг битирувчилари Канада тиббий Кенгашига давлат лицензион имтиҳонлари топшириши керак. Бундан ташқари, ёш врач мазкур провинция терапевтлари ва хирурглари Корпорациясидан мазкур ҳудудда ишлаш учун рухсат олиши керак. Ихтисослашиш мезонлари Канаданинг мустақил хирурглари ва терапевтлари Корпорацияси томонидан ўрнатилади. Интернет ихтисослашиш мобайнида икки бора махсус имтиҳонлар топшириши шарт.

Амалий фаолиятга кириша туриб, ёш шифокор касалхона комиссияси олдида ўз билимларини намойиш қилиши керак. Ишни бундай ташкиллаштириш тиббий таъминот тизими секторларининг кучайишига олиб келади.

**КАНАДА ТИББИЙ АМАЛИЁТИНИ ПРОФЕССИОНАЛ
НАЗОРАТЛАШ**

ЛИЦЕНЗИЯЛАШ
Провинция врачлари
тиббий корпорацияси

ИХТИСОСЛАШТИРИШ
Хирурглар ва терапевтлар
корпорацияси

МОЛИЯ ҲИСОБОТИ
Провинциянинг тиббий
суғурта хизмати

КАСАЛХОНАЛАР
Бўлим фаолияти норма
ва стандартларини
касалхона томонидан
аккредитациялаш

**ТИББИЁТ
АССОЦИАЦИЯСИ**

ИЖТИМОЙ ФИКР
Мижозлар

КОЛЛЕГИАЛ НАЗОРАТ
Хизматдошлар
Профессионал нуфуз
Тиббий жамоатчилик

«ДОКТОР ДЖОНС»

**ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ
САҚЛАШ БОШҚАРМАСИ**

**ЖИНОЙ ИШЛАР
БЎЙИЧА СУД**
Жинояткорона лоқайдлик
Ахлоққа зид хулқ-атвор
Наркомания
Алкоголизм

**ФУҚАРОЛИК ИШЛАРИ
БЎЙИЧА СУД**
Лоқайдлик
Фуқаролар даъвоси
Шифокорлик хатоси

ТИББИЙ ҲИМОЯ
Шифокор хатоси
Суғурта

Тиббиёт ходимиغا қўйиладиган талаблар

Канада провинцияларида тиббий суғурта хизмати ўз фаолиятини врачлар маош учун тақдим этадиган тиббий хизмат кўрсатганлигини тасдиқловчи ҳисобномаларни таҳлил этиш асосида назорат қилади, аммо бу борада ҳам қаллоблик ҳоллари учраб туради. Врачлар томонидан тиббий меъёрларнинг бузилиши административ, ёки айрим ҳолларда жиноий тартибда жазоланади. Хирургик муолажаларни синчиклаб текшириб чиқилганида паст профессионал даража аниқланади, булар дисциплинар тадбирлар кўрилишига сабаб бўлади. Врач айбдорлигини суд томонидан исботланиши уни ўз-ўзидан тиббий фаолиятдан четлашишига олиб келади. Мабодо врач хатоси туфайли иш судга ошириладиган бўлса, суғурта компаниялари томонидан уни ҳимоялаш жуда катта харажат талаб қиладиган иш бўлиб, врачнинг ихтисослигига боғлиқ, шу сабабли суғурта компаниялари юқори даражада хатарли тиббий касб-кор соҳибларини суғурталашда жуда эҳтиёткорликка йўл қўйишадилар.

Канада профессионал тиббий тизим ҳисоботи модели ўзининг хусусиятларига эга бўлсада, инглиз тилида сўзлашувчи ва Европа давлатлариникига ўхшаб кетади. Буюк Британияда Бош Тиббий кенгаш давлат даражасида врачларни лицензиялаш ва ихтисосликка рухсат беришга ваколатланган бўлиб, мижоз хартияси (ҳужжатномаси) мижознинг ҳуқуқлари ҳамда тиббий хизмат қоидалари ва стандартларини ўз ичига олади. Бу тадбирлар мижозни оилавий врачни ўз ихтиёрига кўра танлаб олиш ва зарурат туғилганида маънавий зиённи ундириб олишларига имкон беради. Касалхонадаги тиббий хизмат сифати устидан берилган шикоятлар бир неча даражаларда текширилади. Аҳоли эҳтиёжларини тўлароқ қондириш учун Буюк Британияда даволовчи врач томонидан белгиланувчи пул жамғармаси бўйича янгиликлар киритилган бўлиб, унга кўра мижоз касалхона ёки бошқа тиббий хизмат турини танлаши мумкин.

Барча мамлакатларда ёш врач тиббий фаолият билан шуғулланишга рухсат олишдан аввал бажариши шарт бўлган қонуний талабномалар ишлаб чиқарилган. Турли мамлакатларда бу талабномаларнинг мазмуни ва ҳажми турличадир. Айримларида таълим курсини тугатган тиббиёт ходимлари қўшимча профессионал лицензиялаш курсидан ўтишлари керак бўлса, бошқаларида курсни битиргани заҳотиёқ бу лицензиялар қўшиб берилади. Стоматология, фармацевтика ёки ҳамширалик ишларида профессионал фаолиятга рухсатнома олиш бошқа соҳаларга қараганда мураккаброқ. Тиббиёт ходимларининг айрим тоифалари, масалан провизор ёрдамчиси ёки кичик тиббий ҳамширалар расмий аттестациядан ўтишлари шарт эмас. АҚШда врачларни лицензиялаш билан давлат ва миллий инстанциялар шуғулланишадилар. Врачлар ва бошқа тиббий му-

тахассисларни мунтазам лицензиялаш АҚШ ва бошқа кўпгина давлатларда қонун тусига кирган. Бу тадбирларнинг барчаси тиббий хизмат стандартларининг юқори бўлишига олиб келади.

14.11 илова

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МИЛЛИЙ ХИЗМАТИ (1992) МИЖОЗ ҲУҚУҚЛАРИ ХАРТИЯСИ

1. Ҳақини олдиндан тўлай олмаслигидан қатъий назар клиник кўрсатмаларига кўра тиббий ёрдам олиш.
2. Аниқ даволовчи врач ҳисобида бўлиш.
3. Даволовчи врач ёки шошилинч тиббий ёрдам врачлари қарорига кўра бахтсиз ҳодисаларда шошилинч тиббий ёрдам олиш.
4. Даволовчи врач лозим топганида консултацияга бориш, агар миждоз буни истаса қайта консултация қилдириш.
5. Миждоз даво курси ўтагунига қадар таклиф этилаётган даво услуби ва унинг муқобил вариантлари ҳамда эҳтимол тутиладиган асоратлари хусусида аниқ ахборот олиш.
6. Ўзининг касаллик тарихи билан танишиш ҳуқуқи бор, Миллий Соғлиқни сақлаш хизмати доирасида барча тиббиёт ходимлари сир сақлашга мажбур.
7. Талабаларни илмий ва амалий тайёргарликларида миждоз иштироки унинг хоҳиши билан амалга оширилади.
8. Маҳаллий соғлиқни сақлаш ва тиббий хизматлари, хизмат кўрсатиш стандартлари ва бирорта тиббий муолажани қанчалик кутиш мумкинлиги хусусида аниқ информация олишга ҳуқуқи бор.
9. Мазкур муолажани кутиб турган миждозга икки йилдан ортиқ бўлмаган муддат ичида муолажа олиш имкониятларини бериш.
10. Миллий тиббий хизмат доирасида миждознинг ҳар қандай шикоятни максимал тез муддатларда текширилиши ва миждоз тез фурсатларда хизматнинг бош директоридан жавоб олиши лозим.

Маҳоратга интилиш

Аксарият мамлакатларда тиббий хизмат қандайдир даражада малакали тиббиёт ходимларини тайёрлашга, тиббий суғурталаш орқали соғлиқни сақлаш тизимини маблағ билан таъминлашга қўшган ҳиссаси учун ижтимоий фаолият турига киритилади. Давлат ва суғурта компаниялари бугунги кунда қабул қилинган стандартлар асосида тиббий хизмат сифатининг юқори бўлиши учун масъулдирлар. Тиббий хизмат сифатининг юқори бўлиши тиббий таъминот соҳасида ва хусусий фаолият кўрсатувчи медиклар касб фаолиятлари меъёрини ишлаб чиқиш, шакллантириш орқали амалга оширилади.

Тиббий хизматни маблағ билан таъминлаш ва унинг харажатларини қоплаш давлат даражасида зарурий стандартларга эришиш учун етарли эмас. Тиббий хизмат сифатининг паст бўлиши алоҳида мижозларни ҳам, бир бутун жамиятни ҳам саломатлигига салбий таъсир қилади. Тиббий хизмат сифатининг қониқарсиз бўлиши ходимлар малакасининг пастлиги, тиббиёт ходимларининг маҳоратга етарлича интилмаслиги, хизмат турларини кўпайтириш ҳисобига моддий манфаатдорликдадир. Ўз навбатида тиббий хизмат сифатининг пастлиги мижоз саломатлигининг ёмонлашиши ва азоб, уқубат манбаига айланиши мумкин.

АҚШ соғлиқни сақлаш тизими яхши ташкил этилмаганлиги боис кўплаб танқидга учраган, шу сабабли Иккинчи жаҳон урушидан кейин тиббий таълим ва тадқиқотлар учун катта маблағ ажратилган. Бугунги кунда АҚШ соғлиқни сақлаш тизими халқаро даражада нуфузга эга. Университетлардаги клиник касалхоналарда ва тиббий ўқув марказларида намунавий тиббий тадқиқотлар марказларининг очилиши соғлиқни сақлаш миллий дастурларининг асосий аспектларидан ҳисобланади. Мазкур марказларда эришилган стандартлар мамлакатнинг бутун тиббий таъминоти тизимига ғоявий таъсир қилиб, бошқа марказларга ўқув адабиётлари, илмий нашрлар орқали тарқалади.

Буларнинг барчаси врачлар тайёрлаш ва уларни ўқитишгагина боғлиқ бўлмасдан тиббиёт ва соғлиқни сақлашнинг бошқа йўналишларига ҳам тааллуқлидир. АҚШ ва Канадада ўтган ўттиз йил мобайнида ўрта тиббиёт ходимларини тайёрлашда академизация жараёнлари бўлиб ўтди. Ўрта тиб ходимларини академизациялаш ва уларни тиббий хизмат ва таъминотга таъсири ҳали ҳам айрим жойларда мунозарага сабаб бўлсада, барибир Шимолий Америка, Буюк Британия ҳамда Европада тиббий хизмат сифатининг ошишига сабаб бўлди.

Тиббий ҳамшира касби ишлаш мобайнида ўрганиш мумкин бўлган касбу қорларга киритилганлиги боис жуда мураккаблашди. Ҳамширалар тайёрлаш марказларида бу борада тадқиқотлар ўтказилиб, тиббий хизмат сифатига ижобий таъсир қилувчи билим, маҳоратларни ўз ичига олган комплекс дастурлар ишлаб чиқилди.

Тиббий услублар ва жиҳозларнинг тез эскириши жамоат соғлиғини сақлаш жабҳасига бевосита тааллуқлидир. Замонавий даво услубларини ва профилактик тадбирларни қўлламаслик юракнинг ишемик касалликлари ва инсулт каби юқумли бўлмаган касалликлар билан хасталаниш даражаси ҳамда ўлимнинг кўп бўлишига олиб келади. Таълим сифатининг пастлиги тиббий таъминот тизими механизмнинг ахлоқий жиҳатдан эскириши оқибатида бўлиб, жамиятнинг тиббиёт ходимларига ишончи пасайишига олиб келади.

Соғлиқни сақлашда янги касб-корлар

Жамоат соғлиғини сақлашда янги технологиялар ва ташкилий тизимларнинг ривожланиши билан янги услублар ишлаб чиқилади. Профессional ихтисосланишнинг янги йўналишлари пайдо бўлади. Тиббиёт ходимлари тизимининг ривожланиши учун масъулият professional ташкилотлар, ўқув юртлари ва миллий соғлиқни сақлаш инстанциялари орасида тақсимланади. Кўп ташкилотларнинг иштироки, аниқ чегараланган давлат стандартларининг йўқлиги тиббиёт ходимларига бўлган талаб борасида кўпгина қийинчиликларни келтириб чиқаради. Тиббий хизматнинг ҳаммабплигини таъминлашга қаратилган соғлиқни сақлаш тизими, бир томондан, тиббий хизмат сифатининг юқори бўлишига олиб келса, иккинчи томондан, амалий фаолият ва стандартлар ўрнатишни боғловчи сфера ҳисобланади. Юқорида келтирилган икки вазифа бир-бири билан зиддиятда бўлмасада, ўзаро уйғунлашиши ҳам шарт эмас.

Тиббиёт ва соғлиқни сақлашда маҳаллий даражада зарурият туғилганда янги профессиялар ва соғлиқни сақлаш ташкилотлари пайдо бўлади. Жамият соғлиқни сақлаш ходими касбининг пайдо бўлиши бунга мисол бўла олади. Жамоат соғлиғини сақлашда маъмурий ва бошқариш ишлари ва тиббий таъминот — бошқа-бошқа нарсалардир. Бу профессиялар замонавий соғлиқни сақлаш тизимида зарурий бўлиб, жамиятнинг эҳтиёжларини қондиради.

Вақт ўтгани сайин янги даражадаги тиббиёт ходимлари тайёрлаш зарурияти кўпроқ англамоқда. Россияда қишлоқ жойларда тиббий ёрдам кўрсатишга ихтисослашган фельдшерлар тайёрлаш борасида катта тажриба тўпланган. Тиббий таъминот тизими прогрессив ҳисобланган кўпгина давлатларда жамоа соғлиқни сақлаш ходими тайёрлаш бўйича катта тажриба тўпланган бўлиб, ривожланаётган мамлакатларда ҳам қўлланилиши мумкин. Сўнгги 20 йил мобайнида ўрта тиббиёт ходими ва врач ёрдамчиси каби касблар АҚШда янги тиббиёт ходимлари сифатида мустақил ажралиб чиқди ва қишлоқ жойларда, айрим ҳолларда кексалар, оналар ва болалар каби аҳолининг айрим гуруҳларига ёрдам кўрсатишда катта аҳамият касб этмоқда.

Фельдшер

Фельдшер-Россия тиббиёт ходимларининг ўрта бўғинига тааллуқли бўлиб, XVII асрда Буюк Петр томонидан ҳарбий жарроҳ сифатида киритилган. Армиядан қайтганларидан кейин фельдшерлар врачлар етишмаган жойларда ягона мутахассис сифатида донг таратганлар. Фельд-

шерлар совет Россияси даврида ҳам олис ҳудудларда, врачлар танқис бўлган жойларда аҳолига тиббий хизмат кўрсатганлар.

Фельдшерлар тайёрлаш 2—3 йилга чўзилади. Улар шаҳар ва қишлоқларда, кичик амбулатория пунктларида, тез ёрдам хизматида врач ўрнида фаолият кўрсатадлар.

Тиббиёт ҳамширалари

60-йилларда АҚШда соғлиқни сақлашни режалаштириш учун масъул мутахассислар, медицинанинг тор соҳа мутахассислари кўпайиб умумий амалиёт шифокорлари камайиб кетишидан ташвишга туша бошладилар. Бу ҳолат тиббий хизмат учун тўловнинг ошиши билан бирга врач бажариши керак бўлган нисбатан содда муолажаларни ҳамшира елкасига ташлади. 1965 йилда Колорадо университетиде ҳамширалар тайёрлашнинг илк дастури ишлаб чиқилди. Бу дастурга кўра ҳамширалар томонидан махсус тиббий муолажаларнинг бажарилиши врач функцияси ва ҳуқуқининг ҳамширага берилишида эмас, балки мижозларга кенгроқ хизмат кўрсатишга қаратилган эди. 1971 йилда Федерал ҳукумат тиббий ходим бажариши керак бўлган функцияларни кенгайтириш заруриятига асосан тиббий ҳамширалар тайёрлаш бўйича қонун қабул қилди.

Ҳамширалар беморларнинг бирламчи текширишларини амалга оширади, уларни лаборатор ва диагностик текширишларга юборади, провизорга бемор учун қандай дори-дармон кераклиги хусусида маслаҳат беради ва алоҳида врач муолажаларини бажаради. Ҳамшира бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда врач ўрнини олиши мумкин ва врачнинг ҳар кунги кўригида тегишли даво муолажаларини ўтказиши.

Бугунги кунда АҚШда ҳамшира тайёрлашнинг 140 дан ортиқ дастурлари бор. Ҳар бир штатда ҳамшира фаолияти меъёрлари умумий қонунчилик асосида олиб борилади. Бундай қоидалар ўқув дастурлари ва имтиҳонлар, диплом бериш стандартлари ва ишлаш ҳуқуқини бериш талабларини аниқлаб беради.

Ҳамширалар АҚШ тиббиёт ходимларининг энг катта гуруҳини ташкил қилади. Ҳамшира профессионал фаолиятининг кенгайиши айниқса врачлар етишмайдиган ҳудудларда тиббий хизмат сифатининг яхшиланишига олиб келди.

Врач ассистенти

1923 йилда АҚШ врачларининг 89% қисми умумий амалиёт шифокорлари эди. 60-йилларга келиб бу кўрсаткич 25% гача камайди. Бирламчи тиббий хизмат кўрсатишга ихтисослашган врачларнинг етишмасли-

гини ҳисобга олиб Юджин Стед, Шимолий Каролинанинг Дюкс университети 1965 йилда врач ассистенти тайёрлаш бўйича илк ўқув дастурини яратди. Бундай дастурларни ишлаб чиқишда учта мезонга таянилди: сўнгги йилларда сезилиб бораётган бирламчи звено врачлари танқислигини бартараф этиш; врачларнинг ҳудудий ва соҳа жиҳатдан номутаносиб тақсимланишини мувозанатлаш; тиббий хизмат тўловининг ошиб кетишини тўхтатиш.

Сўнгги йилларда АҚШда врач ассистенти тайёрлаш бўйича 52 та аккредитацияланган дастурлар бор. Таълимнинг йўналиши неонаталогия, педиатрия, шошилинич ҳолатларни даволаш, профессионал касалликлар ва хирургияни ўз ичига олади. Булардан ташқари, врач ассистенти касалликлар профилактикаси усулларини, мижозларни мувофиқ маҳоратларга ўргатишни, аҳоли саломатлигини яхшилаш усулларини ўз ичига олади. Врач ассистенти тайёрлашда асосий йўналиш бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш жабҳасида мижозларни парваришлашга қаратилган. Таълимнинг дастлабки 6—9 ойлари клиника олди фанлари ва клиник лабораторияга бағишланган бўлса, кейинги 9—15 ойлари клиник тайёргарликларга қаратилган. Бундан ташқари, дастур тиббиёт эҳтиёжларига кўра мунтазам ўзгаришларга учраб туради.

Курс тугаганидан кейин бўлғуси врач ассистенти врачлар ассистентини сертификатлаш бўйича Миллий комиссияга имтиҳон топширади. Имтиҳон топширганидан кейин талаба ўз фамилиясини олдига РА-С (врачнинг дипломли ассистенти) деган белгини қўйишга ҳуқуқи бор. Ҳар икки йилда врачнинг ассистенти 100 соатлик клиник квалификациядан ўтади. Бундан ташқари, улар ҳар олти йилда қайтадан профессионал имтиҳонлар топширади.

Врач ассистенти фаолиятига касаллик тарихи тўлдириш, врач учун зарур информацияларни йиғиш, ташхисни аниқлаш, даво муолажаларини бошлаш, ўткир ва шошилинич ҳолатларни, барқарор сурункали ҳолатларни даволаш, бемор оила аъзоларини консултация қилиш ҳамда АҚШнинг 18 та штатида қисман дори-дармон буюриш ҳуқуқи киради. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, врач ассистенти врачнинг ўрнини босмайди, фақат у билан бирга ишлайди. Врач ассистенти дипломсиз бўлганида у томондан содир этилган барча хато ва оқибатлар учун шахсан врачнинг ўзи жавоб беради. Бундан ташқари, ассистент бажариши мумкин бўлган врачлик функциясини аниқлаш ҳар бир штатнинг тиббий имтиҳонлар бўйича давлат комитети зиммасидадир.

Врач мутахассислик соҳасини тиббий марказларга мос танлаб унда стажировка ўтиши маҳалида, унинг ассистенти ишга кириш эҳтимолини ўйлаб кўриши керак. Кўпол қилиб айтганда врач ассистентининг

ихтисослик танлаши унинг ишга қабул қилиниши билан боғлиқ. У ишга қабул қилинганидан кейин масъулиятнинг бир қисми врачдан ассистетга ўтади, ammo шунга қарамасдан ҳар бир беморни даволашдаги асосий жавобгарлик врачнинг зиммасида бўлади.

Кўплаб ўтказилган текширишларнинг натижалари шуни кўрсатдики, врач ассистенти врач функциясининг ярмидан тўртдан уч қисмигача бажариши мумкин, фақат шундагина у ўзини оқлайди. Врач ассистентининг маоши врач маошининг уч ва тўртдан бир қисмини ташкил қилади, шунинг учун ассистентлардан фойдаланиш ўзини оқлайди. Анализлар шуни кўрсатадики, врач ассистенти кўрсатадиган тиббий хизматнинг сифати врачнинг хизматида паст эмас.

Врач ассистентининг роли зиддиятлидир. Ҳамширалар нуқтаи назари билан қаралса, врач ассистентини амалиётга жорий қилиш врачлар даромадининг ошишига ва ҳамширалар ролининг пасайишига олиб келади. Врач фикрига кўра ассистентларни амалиётда қўллаш аҳолига кенг-роқ тиббий хизмат кўрсатиш имкониятини очади.

Жамоа соғлиқни сақлаш ходими

Соғлиқни сақлаш жамоа ходимини тайёрлаш гоёси азалдан бор бўлса-да, асосий ҳаракатлар 1970 йилдаги Олмаота конференциясидан кейин бошланди. Жамоа соғлиқни сақлаш ходими қандайдир даражада табибларнинг ўрнини босса-да, замонавий тиббий хизмат концепциясининг бир қисми ҳисобланади. Профессиянинг асосий принциплари қисқа муддатли тайёргарлик, синчиклаб назорат қилиш, қатъий ўринда ёки ихтиёрий ишлашга асосланган.

Жамоа соғлиқни сақлаш ходими замонавий концепцияси ривожланаётган мамлакатларнинг қишлоқ ҳудудларидаги аҳолига хизмат кўрсатишга ихтисослашган. Кейинчалик улар профилактик тадбирлар яхши йўлга қўйилмаётган катта шаҳарларда ҳам пайдо бўлди. Уларнинг хизмати анъанавий медицина қондирилмаётган эҳтиёжларни қоплашга қаратилган.

Жамоа соғлиқни сақлаш ходимини тайёрлаш ва уларнинг фаолиятини назорат қилиш бирламчи тиббий хизмат сифатини яхшилаш мақсадларига қартилган. Жамоа соғлиғини сақлаш ходимини тайёрлаш аниқ вазибаларни ечишга қаратилган, улар фаолиятини назорат қилиш эса тиббий таъминот тизими назоратини ичига киради.

Жамоа соғлиқни сақлаш ходими фаолиятининг бир қанча дастурлари мавжуд. Айримларида асосий диққат-эътибор даволаш жараёнларига қаратилади. «Врачлар йўқ ҳудудда», «Ялангоёқ докторлар» каби Хитой дастури ана шулар жумласига киради. Иордан дарёсининг Фарбий қир-

гогидаги Хевронда жамоа соғлиғини сақлаш дастури биринчи навбатда профилактик тадбирлар ўтказишга қаратилган бўлиб, пренатал тиббий кузатув, бола соғлиғини сақлаш тадбирлари, бирламчи тиббий звеноларда, район касалхоналарида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни ўз ичига олади. Айрим касалликлар билан курашишга ихтисослашган жамоа соғлиқни сақлаш ходимлари ҳам бор. Айрим мамлакатларда эса улар ихтиёрий равишда фаолият юритиб, медик мутахассислар томонидан қўллаб-қувватланмайди, мустақил фаолият юритади, аммо етарлича назорат ҳам қилинмайди.

14.12 илова

ЖАМОА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ХОДИМИДАН ФОЙДАЛАНИШ ДАСТУРИ МОДЕЛЛАРИ

1. Хитойдаги «Ялангоёқ докторлар».
2. Тиббиёт ходимлари етарли бўлмаган ҳудудларда фаолият кўрсатишга ихтисослашган «Врач йўқ жойларда» дастури.
3. Жамият соғлиғини сақлаш тизимининг бир қисми сифатида қишлоқларда ўтказиладиган профилактик тадбирлар.
4. АҚШда камбағаллар яшайдиган шаҳар районларидаги соғлиқни сақлаш регионал-хизмати ёки ҳукуматга тааллуқли бўлмаган ташкилот.
5. Жамоа соғлиғини сақлаш махсус дастурлари (масалан, Колумбияда безгакка қарши кураш, Нью-Йоркда сил ва СПИД билан курашиш).

Сўнгги йилларда жамоа соғлиғини сақлаш ходими концепциясига муносабат турлича бўлиб, баъзан мақтовларга, бошқа пайт эса танқидга дуч келади. Универсал хизмат кўрсатувчи ходимни тайёрлашнинг имкони йўқ, алоҳида ёндошиш эса мумкин бўлиб, осон амалга оширилади. Қишлоқ соғлиқни сақлаш ходимлари фаолиятининг самарадорлигини баҳолаш касалланиш, ўлим даражасининг ўзгариши туфайли қийинчиликларни келтириб чиқаради. Қишлоқ жамоа ходимлари Колумбияда безгак, Африкада эса дракункулёз ва онхоцеркозга қарши курашишда катта хизмат кўрсатганлар.

АҚШда йўлга қўйилган анъаналарга кўра тиббий ҳамширалар уйларда тиббий парваришлар, саломатлик бўйича жиддий муаммоларга дуч келган оилаларда тиббий саводхонликни ошириш масалалари билан шуғулланади. Муаммога бундай ёндошиш уйларда кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатини оширишга қаратилган. Маҳаллий эҳтиёжларга чамаланган бирламчи тиббий таъминот мазкур концепциянинг кенгайтишига олиб келди ва аҳоли орасидан жамоа соғлиғини сақлаш ходимини

танлаб олиб тайёрлашга имкон берди. Штатлардаги ихтиёрий жамоа ходимлари уйларда ётиб парваришга муҳтож бўлган одамларга, масалан ҳомиладорларга, ёки чақалоғи бор оилаларга уйма-уй юриб ёрдам кўрсата бошладилар.

АҚШда Жамоа соғлиқни сақлаш ходимидан фойдаланишнинг бошқа дастурларига йирик шаҳарлар аҳолисининг ҳамда Техас ва Аляска каби қишлоқ ҳудудлари аҳолисининг саломатлигини сақлашга қаратилган Навахо жамоаси дастури, саломатликни сақлаш марказ дастури киради. Сўнгги йилларда бу дастур асосан шаҳар камбағалларига ёрдам беришни ҳам ўз ичига олмақда. Жамоа соғлиқни сақлаш ходими аҳолига тиббий муассасалардан ташқарида ёрдам беришга ихтисослашган махсус тайёргарликлардан ўтади. Эпидемиологик нуқтаи назардан мураккаб жойларда тиббий таъминот етарли бўлмаганда тиббий ёрдам кўрсатишда иштирок этади. Жамоа соғлиқни сақлаш ходимидан фойдаланиш дастури жамиятнинг бирламчи тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжларини қондиришга қаратилган муҳим тадбирдир.

14.13 илова

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҲАСИ БЎЙИЧА ҚИШЛОҚ КОНСУЛЬТАНТЛАРИ, ХЕВРОН

1. Иордан дарёсининг Фарбий қирғоғидаги Хеврон округида жамоа соғлиқни сақлаш ходимларини тайёрлаш дастури 1985 йилдан ривожлана бошлаган бўлиб, қишлоқ жойларда бирламчи тиббий хизмат ва профилактикани йўлга қўйиш мақсадида ташкил этилган.
2. ЮНИСЕФ уни маблағ билан таъминлашни зиммасига олганидан кейин у фаолиятини бошлади. Кейинчалик Исроил Соғлиқни Сақлаш вазирлиги доирасида бирламчи тиббий хизмат дастурида давом эттирилди.
3. Мактабни яхши битирган ва 4—6 ойлар мобайнида ихтисосликни ўтаган ёш аёллар соғлиқни сақлаш бўйича қишлоқ консултантлари бўлиб хизмат қилишлари мумкин. Ҳар бир қишлоқ аҳолисининг тиббий хизмати учун биттадан қишлоқ консултантлари тайинланади.
4. Мазкур дастур соғлиқни сақлашнинг интеграл қисми бўлиб хизмат қилади, қишлоқ консултантлари мазкур тизим томонидан мунтазам назорат қилинади.
5. Дастур маҳаллий тиббий муассасалари йўқ бўлган кичик қишлоқлар аҳолисининг профилактикаси ва тиббий таъминоти учун хизмат қилади.
6. Қишлоқ жамоаси қишлоқ консултантларини сайлайди ва унинг учун хона ажратади (қишлоқ саломатликни сақлаш хонаси).
7. Дастлабки харажатлар бир йилга аҳоли жон бошига 3,66 доллардан, тизимни таъминлаш эса 6,18 доллардан киши бошига тўғри келади; 51 та консултант 40 минг аҳолига хизмат кўрсатади; кейинчалик Иордан дарёсининг

- Фарбий қирғоғидаги бошқа округларга ҳам бу амалиёт тарқала бошлади (Иордан водийсида 7та, Дженинда эса 15 та қишлоқ бор).
8. Дастур маҳаллий аҳоли томонидан яхши кутиб олинди, у маҳаллий тиббий пунктлар яратиш ва жамоа иштирокида тиббий хизматни ривожлантиришга олиб келди.
 9. Мувофиқ тадқиқотлар шуни кўрсатадики, дастур қишлоқ аҳолиси учун ижобий таъсир қилади. Ҳомиладор аёлларнинг учдан икки қисми тиббий консулациялар олиш учун саломатлик хонасига ташриф буюрадилар. Янги туғилган чақалоқларнинг 90% дан ортиғи саломатлик хонасида тиббий кўрикдан ўтадилар. Гўдакнинг ўсиши ва ривожланиши бўйича мониторинг ўтказилади, озиқлантириш ва иммунизация бўйича тадбирлар ўтказилади.
 10. Дастур бошланишида чақалоқлар ўлими ҳар мингтага 80 та, 1990 йилда 40 тага, 1994 йилда эса 16 тага тўғри келди.

Жамоа соғлиғини сақлаш ходимини тайёрлаш

Улар профессионал медиклар эмас, аммо санитар инструкторлар, қишлоқ тиббий техниклари, тиббиёт ходимларининг кичик ёрдамчилари, қишлоқ соғлиқни сақлаш ходими ва «ялангоёқ докторлар» жамоа соғлиғини сақлаш ходими вазифасини бажариши мумкин. Уларнинг профессионал вазифалари, тайёрланишининг давомлилиги, доирасида фаолият юритиши мумкин бўлган ташкилий таркиби бир-биридан катта фарқ қилади. Жамоа соғлиғини сақлаш ходимининг асосий вазифаси бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда бўлиб, турли мамлакатларда уларнинг роли кучайиб бормоқда. Уларни тайёрлаш одатда бирламчи тиббий таъминотнинг саккизта йўналишини ўз ичига олади.

Жамоа соғлиғини сақлаш ходимини тайёрлаш оддий тиббий марказлардан фарқли равишда фаолият кўрсатувчи ўқув марказларида амалга оширилади. Уларни ўқитиш марказлари одатда қишлоқ саломатлик маркази ёки касалхоналар бўлиб, талабаларнинг яшаши ва ўқиши учун шароитларга эга бўлиши керак. Уларни тайёрлаш соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан маблағ билан таъминланади, баъзан халқаро ташкилотлар билан ҳамкорликда амалга оширилади. Бундай тайёргарликдан ўтиш учун жамоа томонидан тақлиф этилган ёшлар қабул қилинади, улар тайёргарлик даврида тўлиқ таъминотда бўлиб, битирганларидан кейин қишлоқларига қайтадилар.

Хулоса

Тиббий хизмат сифати ва унинг оммабоплиги ривожланаётган ва ривожланган мамлакатларда ҳаётий муҳим масалалардан ҳисобланади. 50—60-йилларда тиббиёт ходимларини кўплаб етиштириш аввалги йиллардаги тиббиёт ходимлари танқислигига бўлган реакция ҳисобига эди. Бундан ташқари, тиббий ўқув юртлари битирувчиларининг кўпайиши айниқса қишлоқ жойларда кўрсатиладиган тиббий хизмат ҳажмини оширади деб умид қилинганди. Бунинг оқибатида тиббий мактабларга қабул кескин кўпайди, аммо битирувчиларнинг асосий қисми тор соҳага ихтисослашиб шаҳарда қолиб кетдилар. Лотин Америкасида юз берган бундай ҳолат шаҳарда ва соҳа ходимлари орасидаги ишсизликни келтириб чиқарди.

Тиббиёт ходимларини етиштиришнинг сифати ва уларнинг миқдори миллий даражада синчиклаб режаланиши зарур. Айрим даврларда малакали тиббиёт ходимларини етиштиришни кўпайтиришга қаратилган фавқулоддаги ҳодисалар ҳам бўлиб туради, аммо бошқа босқичларда шароитни янгидан баҳолашга қаратилган тадбирлар ўтказилиши натижасида уларнинг эҳтиёждан ошиб кетиши ва профессионал стандартнинг тушиб кетишининг олди олинади. 50—60-йилларда Шимолий Америкада врач ва ҳамширалар етишмаслиги катта ташвишларни келтириб чиқарган эди. Давлат университетлар ва уларнинг қошидаги мактабларни рағбатлантириб етиштириладиган мутахассислар сонининг кўпайишига сабаб бўлди. 80-йилларда эса аксинча бўлди, тиббиёт ходимлари сони ҳаддан ошиб кетди, бунинг оқибатида тиббиёт ходимлари иммиграцияси ва абитуриентлар сони чеклаб қўйилди. Тиббий ҳамширалар сонини кўпайтиришга қаратилган тадбирлар уларни ихтисослиги бўйича ишлашга қаратилган чораларга чамбарчас олиб борилди, чунки ҳамшираларнинг аксарияти таълим тугаганидан кейин соҳада узоқ муддат ишламайдилар.

Россияда тиббиёт ходимларини тайёрлаш, уларни лицензиялаш, аккредитациялаш, профессионал фаолиятни назорат қилиш бўйича ислохотлар ўтказишга эҳтиёж бор. Россия соғлиқни сақлаш тизими советлар даврида яратилган бўлиб, аҳолини имкон қадар кўпроқ тиббиёт ходимлари билан таъминлашга қаратилган. Бу тадбирлар бепул тиббий хизматни мамлакатнинг барча ҳудудларда йўлга қўйишга имкон берди. Бундан ташқари, Россия тиббиёти фельдшерлар тайёрлаш бўйича ҳам ўз тажрибаларига эга. Бу амалиёт Америка тиббиётига ҳам кўчирилган бўлиб, унинг асосида амалиёт ҳамширалари кўплаб тайёрланди.

Тиббиёт ходимларининг сифати ва сони давлат даражасида синчиклаб режалаштирилиши керак. Тиббий ўқув юртларида қабул қилинган стандартлар, таълим ва тарбия дастури, лицензион имтиҳонларга та-

лаблар клиник соҳалардаги ихтисослик, тиббиёт ходимлари малакасини ошириш тиббиёт ходимларининг профессионал фикрлашининг узвий бир қисми бўлиши керак.

Рефератлар мавзулари

1. Тайёрланаётган профессионал тиббиёт ходимлари сифати ва сонининг соғлиқни сақлаш иқтисодиёти ва сифатига таъсири.
2. Тиббиётнинг бир соҳасида мутахассислар миқдорининг ошиб кетиши алтернатив даволашни танлашдаги негатив омилдир.
3. Жамоа тиббий ходими томонидан ва касалхонада тиббий хизмат кўрсатиш сифатлари ва ўрта тиббий ходимнинг уларга таъсири. Имкониятларининг чегараланиш сабаблари.
4. Ривожланаётган ва ривожланган мамлакатларда жамоа соғлигини сақлаш ходимининг функцияси.
5. Тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида лицензиялаш ва сертификатлаш, таълим тизими. Тиббий ўқув юртларига халқаро стандартлар ва талаблар.
6. Узлуксиз тиббий таълим ва менежмент тизимлари.
7. Клиник медицина соҳасидаги таълим ва ижтимоий соғлиқни сақлаш орасидаги алоқа.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Денисов И. Н., Мелешко В. П., Душенков П. А. Медицинские кадры: социальная гигиена (медицина и организация здравоохранения): Учебное пособие/ Под ред. Ю. П. Лисицина. М.: Медикосервис, 1998. С. 443-463.

Council on Graduate Medical Education. Fourth Report: Recommendations to Improve Access to Health Care Through Physician Workforce Reform. Rockville MD: United States Department of Health and Human Services, 1994.

Fulop T, Roemer MI. Reviewing Health Manpower Development: A Method of Improving National Health Systems. Public Health Papers, 83. Geneva: World Health Organization, 1987.

Rachlis M, Kushner C. Strong Medicine: How To save Canada's Health Care System. Toronto: Harper-Collins, 1994.

Weiller P, Hiatt H, Newhouse J, Brennan TA, Leape L, Johnson WP. A Measure of Malpractice. Cambridge MA: Harvard University Press, 1993.

Werner D. Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook. The Hesperian Foundation, Palo Alto, USA, 1977.

Библиография

Bender DE, Pitkin K. Bridging the gap: the village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine*, 1987;24:515-528.

Berman PA, Watkin DR, Burger SE. Community-based health workers: head start or false step toward Health for All? *Sociat Science and Medicine*, 1987;25:443-59.

Deber RB, Thompson GG [Eds]. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here*. Toronto: University of Toronto Press, 1992.

Fee I, Acheson RM [eds]. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1991.

Feil EG, Welch HG, Fisher ES. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *Journal of the American Medical Association*, 1993; 269:2659-2663.

General Medical Council: *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: GMC, December 1993.

Gilson L, Walt G, Heggenhougen K, Owuor-Omondi L, Perera M, Ross D, Salazar L. National community health worker programs: how can they be strengthened. *Journal of Public Health Policy*, 1989;10:518-532.

Handler A, Schieve LA, Ippoliti P, Gordon AK, Turnock BJ. Building bridges between schools of public health and public health practice. *American Journal of Public Health*, 1994; 84:1077-1080.

Huang S.M. Transforming China's collective health care system: a village study. *Social Science and Medicine*, 1988;27:879-888.

Kahn K, Tollman SM. Planning professional education at schools of public health. *American Journal of Public Health*, 1992;82:1653-1657.

Kindig DA, Cultice JM, Mullan F. The elusive generalist physician: can we reach a 50% goal. *Journal of the American Medical Association*, 1993;270:1069-1073.

Kohler L. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health*, 1991;1:2-9.

Legnini MW. Developing leaders vs training administrators in the health services. *American Journal of Public Health*, 1994;84:1569-1572.

McKee M, Clarke A, Komitzer M, Gheysens H, Krasnik A, Brand H, Levett J, Bolumar F, Chambaud L, Herity B, Auxilia F, Castali S, Lanheer T, Lopes Dias J, ria T. Public health medicine training in the European community: is there scope for harmonization? *European Journal of Public Health*, 1992;2:45-53.

Miullan F, Rivo ML, Politzer RM. Doctors, dollars and determination: making physician work force policy. *Health Affairs*, 1993; 12 Supplement:138-151.

Patnaik SK, Narasimham MV, Ghosh TK, Rao CK, Kaur R, Narayana MV. Feasibility of controlling filarial diseases through primary health care system. *Journal Community Disease*, 1989;21:107-10.

Richards R, Fulop T, Bannerman J, Greenholm G, Guilbert JJ, Wunderlich M. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences. Volume 102.* Geneva: World Health Organization, 1987.

Roemer MI. Health manpower allocation in developing countries. *Asia-Pacific Journal Public Health*, 1987;1:20-24.

Walt G, Gilson L [eds]. *Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes PA: Open University Press, 1990.

World Health Organization. *The Community Health Worker: Working Guide: Guidelines for Training: Guidelines for Adaptation. Third Edition.* Geneva: WHO, 1987.

World Health Organization. *Report of the International Conference on Primary Care, Alma-Ata, Russia, 1978.* World Health Organization: Geneva, 1978.

World Health Organization. *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000 -Second Evaluation.* Geneva: WHO, 1993.

World Health Organization. *Primary Health Care Review: Guidelines and Methods.* Geneva: WHO, 1992.

World Health Organization. *Specialized Medical Education in the European Region. Euro Reports and Studies 112.* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1989.

World Health Organization. *Reviewing and Reorienting the Basic Nursing Curriculum.* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1993.

World Health Organization. *Nursing Beyond the Year 2000.: Report of a Study Group.* Geneva: WHO, 1994.

ТЕХНОЛОГИЯЛАР, СИФАТ ВА АХЛОҚИЙ МЕЪЁРЛАР

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Сифатни бошқариш ва назорат қилиш * Адекват технология * Технология баҳоси * Сифатни таъминлаш * Сифатни тўлиқ назорат қилиш менежменти * Жамоат соғлиқни сақлашининг этик жиҳатлари * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

Мазкур бобни ўрганганидан кейин талаба қуйидагиларни эгаллайди:

- соғлиқни сақлашда замонавий технологиялар ривожланиши ҳамда уларни баҳолаш ва назорат қилиш учун давлат масъулиятини;
- тиббий муассасаларни аккредитациялаш усуллари, уларни коллегиал баҳолаш ва назорат қилиш;
- тиббий хизмат сифати устидан тўлиқ назорат қилиш концепцияси;
- миллий соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг этик жиҳатлари
- ўрганганларини келажакдаги амалий фаолиятида қўллаш.

Кириш

Тиббий хизмат даражаси аксарият ҳолларда алоҳида одамларни ҳамда бутун жамият саломатлигини белгилайди, чунки у давлат соғлиқни сақлаш тизими олдида қўйилган вазифаларга, тиббий хизматни ташкиллаштириш ва маблағ билан таъминлаш принципларига, тиббиёт ходимларини тайёрлаш даражасига, тиббий хизматнинг оммабоплигига, профилактик, диагностика ва даволаш тадбирларининг мувофиқлигига, тиббий хизмат сифатини юксалтиришнинг ички механизмларига боғлиқ. Тиббий хизмат сифати соғлиқни сақлаш фаолиятининг миқдорий кўрсаткичлари ҳамда харажат ва олинган натижалар даражаси билан ўлчанади.

Юқори стандартлар аксарият ҳолларда профессионал ва ташқи назорат орқали ўрнатилади. Стандартларни сақлаш устидан мазкур тиббий муассасаларда ишлайдиган ходим томонидан ҳамда ташқи томондан ўтказиладиган мунтазам назорат тиббий хизмат сифати устидан масъулият ҳиссини кучайтиради. Тиббий хизмат сифатининг юқори бўлишида тиббиёт ходимлари жамоаси масъулияти катта аҳамиятга эга. Сифатни таъминлаш механизмлари қўйидагиларни ўз ичига олади: профессионал фаолиятнинг олинган натижаларини кутилган натижалар билан қиёслаш, йўл қўйилган хато ва камчиликларни бартараф қилишга қаратилган тадбирларни қўллаш, пайдо бўлаётган муаммоларни ечиш, зарурий ўзгартишлар киритиш, мувофиқ тадбирлар ўтказиш ва уларнинг натижаларини назорат қилиш.

Сифатни таъминлаш ва технологияларни баҳолаш замонавий жамоат соғлиқни сақлаш концепциясининг узвий қисми ҳисобланади. Стандартлар даражасининг мувофиқлиги ва уни юксалтириш динамик жараёнлардан бўлиб, даволаш жараёнига зарурий ўзгартишлар киритиш ва мунтазам баҳолаб боришга имкон беради. Жамият соғлиғини сақлаш тизими аксарият ҳолларда идора этувчи фаолият кўрсатади. Бу аспектилар ҳар бир мижозга ва бутун бир жамиятга кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатининг юқори бўлишига олиб келади. Янги ижтимоий соғлиқни сақлаш сифатини баҳолашга ёндошишнинг фарқи натижаларни марказлашган ва тоталитар назоратни бартараф этиш, комилликка интилишни рағбатлантириш, тиббий хизмат сифатини назоратида тиб ходимларининг ўзларини ва бутун жамиятни жалб этишдир. Шимолий Америкада касалхоналарни аккредитациялашнинг кўп йиллик амалиёти шифокорларни ташқи назорат ва коллегиял баҳолашга мослашиб қолганлигини кўрсатди.

Сифатни назорат қилиш ва бошқариш

Фармацевтик саноат ва ишлаб чиқариш технологияси маҳсулотларига стандартлар киритиш тиббий хизмат ва жамоат соғлиғи стандартларининг юқори бўлишига олиб келди. Масалан, аҳолини иммунизациялаш, ичимлик сувини хлорлаш ва фторлаш, озиқ-овқат маҳсулотларини ҳаётий муҳим минерал элементлар ва витаминлар билан тўйинтириш, сурункали касалликларнинг эрта даврларида, ҳали самарали даво усулларини қўллаш мумкин бўлган даврларида аниқлашга қаратилган диагностик тадбирлар шулар сирасига киради.

Фармацевтик ва биологик маҳсулотлар, дори воситалари, озиқ-овқат маҳсулотларининг юқори сифатларини таъминлаш учун масъулият давлат зиммасида ётади. Айрим давлатларда масъулият матлубот саноати,

соғлиқни сақлаш ва атроф муҳитни ҳимоя қилиш вазирликлари орасида тақсимланган. Федерал бошқарув тизими ҳукм сурган давлатларда эса масъулият федерал, регионал ва маҳаллий ҳокимият орасида тақсимланган, аммо умумдавлат стандартларини урнатиш ва бу соҳадаги умумий раҳбарлик марказий ҳокимият зиммасидадир.

АҚШдаги озиқ-овқат ва дори воситаларини бошқариш (Food and Drug Administration — FDA) сифатни назорат қилишнинг модели ҳисобланади. FDA ва касалликларни назорат қилиш маркази Америка тиббий хизмат бошлиғига, унинг таркибий идораси бўлмиш Ижтимоий ва соғлиқни сақлаш департаменти орқали ҳисобот беради. Бу департамент ўз навбатида озиқ-овқат, фармацевтика, косметика маҳсулотлари, кадоқлаш меъёрлари ҳақида қонун, ижтимоий соғлиқни сақлаш, юқумли касалликлар билан кураш, радиация даражаси устидан тиббий назорат қоидаларининг сақланиши устидан жавоб беради.

Озиқ-овқат, фармацевтик ва косметика маҳсулотлари тўғрисидаги АҚШ қонунлари мазкур маҳсулотларнинг тозалиги, хавфсизлиги, уларни ишлаб чиқаришдаги санитария меъёрларининг сақланиши: тиббий жиҳозлар ва дори воситаларининг хавфсизлиги, маҳсулотларнинг идишидаги ёзувлар ҳақиқатга қанчалик мос келишини назорат қилиш учун жавоб беради.

Агар FDAнинг инспекторлари Қонуннинг бузилиш ҳолатларига дуч келса, ишлаб чиқарувчи учун ёзма ҳисобот тайёрлаб хатоларни барта раф этиш бўйича тавсиялар беради. Агар FDA стандартларига бўйсунилмаса, улар маҳсулот ишлаб чиқаришни тўхтатиб қўйишлари ёки номини ўзгартиришни талаб қилишлари мумкин. Дори воситалари ва тиббий жиҳозлар барча дори ва диагностик препаратларни, қон ва унинг ҳосилаларини, биологик, ветеринар ҳамда ҳайвонлардан олинган тиббий маҳсулотларни ўз ичига олади. Барча ишлаб чиқарувчилар ва импортерлар импорт ва маркетинг билан шуғулланишлари учун ўз маҳсулотларини FDA да қайд эттиришлари керак.

Маҳсулотларни FDA да қайдловдан ўтказиш халқаро даражада «олтин стандарт» ҳисобланиб, унинг юқори самарадорлиги ва хавфсизлигини билдиради. Қонун томонидан ўрнатилган стандартларга бўйсуниб замонавий илмий анализларга асосланиб текширилади. Таркибни, ишлаб чиқариш стандартлари технологиясини, препаратнинг заҳарлилиги ва таъсирини текшириш нуфузли лабораториялар текширишига асосланади.

Одамларни даволаш учун ишлаб чиқилган янги дори воситалари бозорга чиқарилишдан аввал синчиклаб текширишдан ўтказилади. Дори воситаларини қайдловдан ўтказиш бўйича ишлаб чиқарувчилар ва инвесторларнинг мурожаатлари фақат мувофиқ илмий тестлардан ўтказ-

ганидан кейингина қабул қиладилар. Бу тестлар препаратни айнан бирор касалликни даволашдаги самарадорлиги ва хавфсизлигини ҳам аниқлаб бериши керак. Дори воситаларини барча ишлаб чиқарувчилари FDA да қайддан ўтиб, қадоқлаш стандартларига амал қилиши ва препаратнинг ножўя таъсири тўғрисида маълумотларни билиши керак. Барча ишлаб чиқарувчилар фармацевтика саноати стандартларига қатъий амал қилишлари шарт. FDA айни кунларда қабул қилинган стандартлар тўғрисида мунтазам тавсиялар чоп этиб боради. АҚШ фармакопеяси ва Дори воситаларининг Миллий рўйхати ишлаб чиқаришга рухсат берилган тиббий препаратларни қўллашнинг тан олинган рўйхатларидир.

FDA тиббий асбоб ускуналар ва жиҳозларнинг ҳам назоратини амалга оширади: тиббиётга алоқадор, термометр ва шпателга ўхшаш оддий асбоблардан тортиб кардиомонитор, кардиостимулятор, диализ аппаратларигача бўлган минглаб асбоб ускуналарни ўз ичига олади. Имплантатлар ва ҳаётий функцияларни бажариб берувчи асбоблар сотишга рухсатномаси бўлиши керак.

1962 йилдан бошлаб, дори воситаларни қўлланганида юзага келадиган ножўя таъсирларни самарали аниқлашга қаратилган қатор тадбирлар йўлга қўйилди. Масалан, эстерогенлар узоқ муддат қўлланилганидан уларнинг канцероген ва мутаген таъсирлари аниқланди. 60-йилларда FDA да қайддан ўтмаган талидомид препаратлари Европа мамлакатларида кенг қўлланилди. Унинг тератоген таъсири аниқланганидан кейин барча мамлакатларда қўллаш таъқиқланди. 80-йилларда илк бор қон ва унинг препаратлари орқали В, С гепатит вируслари, СПИД юқиши аниқланди ва бу борада назорат кучайтирилди. Сут безларининг силиконли имплантатлари канцероген таъсирга эга, шу боисдан унинг сифатига бўлган талаблар кучайтирилди.

Бошқариш ва назорат мақсадлари — жамият манфаатларини ҳимоялаш учундир, аммо ҳаддан ташқари қаттиқ талаблар янги тиббий воситалар ва асбоб-ускуналар ишлаб чиқариш йўлида тўсқинлик қилиши табиийдир. Шунинг учун жамият манфаатларига ҳам зид келмайдиган, шу билан бирга тиббий асбоб ускуналар яратишга тўсқинлик қилмайдиган «олтин ўрталик»ни топиш муҳимдир.

Соғлиқни сақлаш тизими технологияларни баҳолашга 70-йиллардан бошлаб катта эътибор берди. Тиббий технологияни баҳолашнинг иқтисодий, этик, ижтимоий, ҳуқуқий ва сиёсий жиҳатлари бор. Баҳолаш соҳалараро бўлиши ва врачлар, иқтисодчилар, эпидемиологлар, социологлар томонидан ўтказилиши керак.

Жамоат соғлиғини сақлаш аҳоли жон бошига нисбатан катта харажатларга сабаб бўлмайдиган технологияларга мурожаат қилади, аммо шунга қарамасдан аҳолининг катта қатламига қўллаш барибир харажатлар-

нинг ошишига олиб келади. Шу билан бирга терминал ҳолатдаги беморларга юқори технологияларни қўллаш ҳам аҳоли жон бошига катта сарф-харажатларни келтириб чиқаради. Бу иккала технологиялар орасидаги зиддият жиддий ахлоқий, ҳуқуқий, иқтисодий ва сиёсий муаммоларни келтириб чиқаради. Қайси технологиялардан фойдаланиш аниқ ахборотларга, харажатларнинг таҳлилига асосланган бўлиши керак.

Сўнги 40 йил мобайнида ижтимоий соғлиқни сақлаш тиббиётдаги бир қанча революцион янгиликларга сабаб бўлди. Диарея касалликларида перорал регидратацион терапия қўлланилиб юз минглаб одамларни ўлимдан олиб қолишини мисол келтириш мумкин. Соғлиқни сақлашнинг таркиби ва моддий таъминоти бўйича Янги ташкилий йўналишлар тиббий таъминот технологиясининг бир қисми бўлиши керак. Ҳар қандай янги технология кенг амалиётга жорий қилинишидан аввал синчиклаб текширишдан ўтказилиб, баҳоланиши керак. Бунинг учун махсус тадқиқотлар ўтказилиб натижалари ҳужжатлаштирилади.

Технологияларни баҳолаш жуда мураккаб кўп омилли ёндошиш бўлиб, катта сарф харажатларга сабаб бўлувчи юқори технология (масалан магнит резонанс) ва кам харажатли оддий технологияларни (масалан, чекишга қарши кампания) ўз ичига олади. Тиббий таъминотдаги янги технологиялар аҳоли саломатлигини яхшилашга хизмат қилади.

Ҳатто юқори индустриалашган мамлакатларда ҳам соғлиқни сақлаш ресурслари чегараланган. Янги технологияларни ривожлантиришда даставвал яхши синаб кўрилган ва арзон профилактик усуллар учун мўлжалланган маблағ ажратилади. Аксарият ҳолларда кўпроқ даво муолажасининг ўтказилиши мижоз умрининг узунлиги ва сифатига умуман таъсир қилмайди. Бу мураккаб муаммо бўлиб, врачнинг мижоз умрини сақлаб қолиш ва узайтириш учун имкон қадар кўпроқ иш қилиш истаги билан натижалар ўртасида зиддиятларни келтириб чиқаради. Терминал ҳолатда ётган беморга радикал усулларни қўллаш воситасида умрини бир неча соат-кунга узайтириш учун азоб уқубат бериш зарурияти врачнинг «зиён келтирма» этикаси билан зиддиятга киришади. Ўлим бўсағасида турган беморнинг ҳаётини сақлаб туришнинг этик масалалари бугунги кун тиббий дилеммаси ҳисобланади. Агар муаммонинг иқтисодий аспектларини эътиборга олсак муаммо долзарблиги янада ошади. Реал иқтисодий шароитлар билан мижоз, унинг оиласи ва жамиятга фойда келтиришга қаратилган врач вазифаси орасида ҳам потенциал зиддиятлар бор.

Технологияларни баҳолаш тиббий таъминотнинг муҳим таркибий қисмларидан бирига айланди. У хавфсизликни, самарадорликни, янги усулларнинг харажатлари ва самарадорлиги нисбатини, уларни мувофиқ қўллашни ўз ичига олади. У яна янги ғояларни тиббиёт амалиётига

жорий қилишни ҳам ўз ичига олади. Стетоскоп Лаэннэк томонидан 1817 йилда ихтиро қилинган, аммо шунга қарамасдан орадан 30 йил ўтибгина тиббиётда кенг қўлланила бошланди. Компьютер томографияси 60-йилларда ишлаб чиқарилган бўлиб, ўзининг самарадорлигини тез орада кўрсатди. Компьютер томографияси жуда қиммат муолажа бўлса ҳам кўпгина беморларни ўлимдан олиб қолди. У бошқа усуллар самара бермаган, ҳали даво юқори наф қиладиган ҳолларда ташхисни ойдинлаштиришга имкон беради.

15.1 илова

ТИББИЁТДА ЯНГИ ТЕХНОЛОГИК ЁНДОШИШ МИСОЛЛАРИ

Йил	Ихтиро	Ихтирочи
1673	Микроскоп	Левенгук
1714	Термометр	Фаренгейт
1742	Термометр	Цельсий
1747	Цинга профилактикаси	Линд
1796	Вакцинация	Женнер
1817	Стетоскоп	Лаэннэк
1829	Кўрлар учун шрифтлар	Брайль
1847	Акушерликда асептика	Земмельвейс
1867	Хирургияда антисептика	Листер
1895	Рентген нурлари	Рентген
1960	Перорал регидратация	ЮНИСЕФ/ЖССТ
1960	Компьютер томография	ЖССТ
1970	Адекват технология	Француз хирурглари
1980	Эндоскопик хирургия	Франция, Германия

Янги технологияларни етарли қўлламасликка перорал регидратацияни мисол келтириш мумкин. Бу усул 60 йилларда очилган бўлиб, «XX аср медицинасининг энг буюк кашфиётларидан бири» деб ҳисобланган, аммо 1992 йилга келиб Жануби-Шарқий Осиёда болалар диареясида бор-йўғи 29% ҳолда, Африка ва Сахарада 59% ҳолда ва ниҳоят Лотин Америкаси мамлакатларида 58% ҳолда қўлланилган. Технологияни баҳолашда қиммат харажатли технология қўлланиш мўлжалланган аҳолининг нисбий ва мутлақ сони эътиборга олиниши ва муқобил, яъни нисбатан арзон технологиялар қўлланилганида кетадиган сарф харажатлар билан солиштириш керак.

Содда технологияларга бўлган медицина эҳтиёжларини қондириш илк бор ЖССТнинг концепцияси сифатида олға сурилган эди. ЖССТнинг

баҳосига кўра радиологик текшириш усулларини талаб қилувчи диагнозларнинг 80% дан ортиғи бошқа, арзон ва хавфсиз жиҳозлар билан ташхисланиши мумкин. Жаҳоннинг кўзга кўринган клиницистлари ва рентгенологлари бу фикрга қўшилганлари боис ЖССТнинг ташаббуси билан шундай жиҳозлар билан таъминлаш кўзда тутилди. Албатта қолган 20% беморларда ҳам даставвал компьютер томографияси ва магнит резонанс билан ташхисни ойдинлаштиришга ҳаракат қилиб кўриш керак. Шунингдек, соғлиқни сақлаш тизимининг заҳиралари етарли бўлмаган ҳолларда муаммонинг ахлоқий аспектларига ҳам катта эътибор бериш лозим.

Тиббий муолажалар, янги усуллар ва жиҳозлар технологиясини баҳолашга бундай ёндошиш комплекс тиббий муолажаларнинг самарадорлигини баҳолашга айланади. Технологияларни баҳолаш нисбатан янги соҳа бўлишига қарамасдан тиббиётдаги тараққиётнинг омили бўлиб келган. Янги тиббий усуллар аксарият ҳолларда катта мунозараларга сабаб бўлган, уларни амалиётга жорий қилиш ноаниқ муддатларгача орқага сурилган, аммо тиббиёт тарихида баъзан самарасиз, ҳатто инсон ҳаёти учун хавфли усулларни ҳам зудликда амалиётга жорий қилиш, уни ўн ва юз йиллаб қўллаш ҳоллари маълум. Ёки аксинча, Женнер томонидан таклиф этилган вакцинация, ёки перорал регидратация каби самарали усуллар узоқ муддатли илмий мунозарага сабаб бўлган ёки эътиборга олинмаган.

Аммо технологияларни баҳолашни фақат янги жиҳозлар самарадорлигини ўрганишга бағишламаслик керак. Технологияларни баҳолашнинг узвий қисми профилактика ва давонинг янги усулларини жорий қилиш ва баҳолашдир.

Эндоскопик жарроҳлик муолажаларининг ишлаб чиқарилиши ва қўлланилиши жарроҳликнинг ривождаги муҳим босқичлардан биридир. Бу усул бир қанча тиббий марказларда ишлаб чиқарилган бўлсада, фақат Францияда 100 тадан ортиқ эндоскопик операцияларнинг натижалари 1990 йилда эълон қилинганидан кейингина бутун дунёда тан олинди. Сўнгги йилларда у абдоминал жарроҳликнинг энг хавфсиз, кам жароҳатли ва юқори самарали усуллари билан бири ҳисобланади. Операция вақти узоқроқ муддатни талаб қилса-да, беморга кам жароҳат етказиши натижасида эртароқ касалхонадан чиқиши ва профессионал фаолиятига киришиши мумкин. Анъанавий жарроҳликда эса беморнинг аҳволи операциядан кейинги даврда анча оғирлигича қолади, беморга узоқ муддат парвариш ва айрим ҳолларда реабилитация ўтказиш лозим бўлади. Бугунги кунда ўт қопини олиб ташлаш, тўғри ва чамбар ичакда, қизилўнгачда муолажа ўтказиш, ички чурраларни тикиш эндоскопик хирургияда одатдаги ҳол бўлиб қолди. Бу усулда асоратлар жуда кам

учрайди. Операцияларнинг сони кўпайиши билан уни йирик операцияларда қўллаш муаммоси кўндаланг туриб қолди. Аксарият беморларда эндоскопик муолажалардан кейин беморларнинг амбулатор кузатувда бўлиши катта иқтисодий самарадорликка сабаб бўлади.

Медик мутахассислар ва тиббий жиҳозларни ишлаб чиқувчилар янги тиббий усулларни амалиётга жорий қилиниши учун мувофиқ идораларга жадал ва узоқ муддатли таъсир кўрсатиши мумкин. Улар тиббий хизмат сифати яхшиланади деб янги технологияларни жорий қилинишига ҳаракат қиладилар, аммо аксарият ҳолларда улар етарли даражада амалий синовлардан ўтмаган бўлади. Янги технологияларни жорий қилиниши бўйича мижозлар ҳам талаб қилишлари мумкин. Аксарият ҳолларда янги технологияларни баҳолаш ва амалиётга жорий қилиш бўйича комиссия таркибига кирувчи профессионал ходим ҳам ижобий қарор чиқариш учун тарафдор бўлади, чунки бундан у билвосита манфаатдор бўлади.

Алоҳида ҳолатларни ўрганиш — миокард инфарктини даволаш

80-йиллардан бошлаб врачлар ўткир миокард инфарктини даволашда сезиларли муваффақиятларга эришдилар. Вашингтондаги Спокен тиббий марказида ёппасига қўлланилган коронар ангиография усули аксарият беморларда миокард инфарктининг сабаби тромботик окклюзияда эканлигини кўрсатди. Бу врачларни коронар томирнинг бевосита ўзига стрептокиназа ферментини киритиб даволаш ғоясига олиб келди. Аммо аксарият касалхоналарда юрак томирларини катетерлашга имкон берувчи лаборатория йўқлиги боис ўткир ҳолатларда венага юбориб даволаш кенг тарқалди. Инфаркт белгилари бошланганидан 4—6 соат ўтиб стрептокиназа ва аспириини уйғунлаштириб қўллаш беморлар ўлимини икки баробар камайишига олиб келди.

80-йилларнинг охирида америка тадқиқотчилари ТРА (тромбопластин активатор) деб аталган янги дори моддасини ишлаб чиқдилар. У ген муҳандислиги билан олинган тўқима плазминогени бўлиб, уни ишлаб чиқариш стрептокиназага қараганда беш баробар катта сарф-харажатларни келтириб чиқаради. Буюк Британия ва Италия тиббий марказлари базасида ТРАнинг анъанавий тромболитик терапия билан қиёсий таҳлили ўрганилди ва самарадорлик унчалик ошмаган ҳолда сарф харажатларнинг кескин ошиши аниқланди. Аммо шунга қарамасдан узил-кесил хулоса ҳали чиқарилмади, чунки уни узоқ муддат қўллаганда ножўя таъсирлари ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Миокард инфарктида яшовчанлик ижтимоий соғлиқни сақлаш учун катта аҳамиятга эгадир, чунки ҳанузгача у ўлимга олиб келувчи сабаб-

лар орасида биринчи ўринни эгалламоқда. Тромболитик терапия ўлим ҳолларини 50% гача камайтириши эътиборга олиниб уни кенг қўллаш тавсия этилган. Стрептокиназа ва ТРА нинг самарадорлиги унчалик фарқланмайди, буларнинг барчаси кардиологлар ва соғлиқни сақлашни режалаштириш мутахассислари диққат-эътиборида туриши лозим.

Эҳтиёжларни сертификатлаш

Эҳтиёжларни сертификатлаш АҚШда 60-йиллардан бошлаб қўлланилиб келинаётган технологияларни баҳолашнинг бир қисми бўлиб, касалхона хизматларини назоратлаш ва баҳолашга қаратилган. Бунинг учун қиммат турувчи замонавий технологияларни тақсимлашнинг рационал мезонлари ишлаб чиқилади ва қўлланилади. Бу ёндошиш билан тиббий таъминотга кетаётган сарф-харажатлар ошиб кетиши олди олиниб, юқори технологияли тиббий жиҳозларни ортиқча ишлаб чиқаришга кетадиган сарф-харажатларга барҳам берилади. Муаммога бундай ёндошиш тиббиётдаги юқори технологияларнинг ривожланишига тўсқинлик қиладими деган савол мунозаралидир. Эҳтиёжларни сертификатлаш стационарларда қимматбаҳо технологияларни кўплаб ҳаддан ташқари кўп қўллашни чегаралаш учун фойдаланилади, аммо бундай жиҳозларни амбулатория шароитида қўллаш ҳеч қандай ижобий натижаларни бермайди.

Бу усулни қўллаш чегараланган бўлиб, тиббий эҳтиёжларни бевосита назорат қилиш йўлга қўйилмаган жойларда тиббий хизмат ривожланиши нотекис бўлишининг олди олинади.

Эҳтиёжларни сертификатлаш тиббий таъминот тизимини режалаштиришнинг узвий бир қисми бўлиб, юқори технология усулларида оптимал фойдаланиш имконини беради.

Профилактик тиббий таъминот технологияларини баҳолаш

Технологияларни баҳолаш усуллари қўллаш соҳасига профилактик медицина ҳам киради. Харажат ва натижаларни таҳлил қилиш иқтисодий харажатларни камайтиради. Жаҳон банкининг ҳисоб-китобида кўра Бангладешда қизамиққа қарши эмлаш аҳолининг 80% га яқин қисмида қўлланилганида 11 мингга яқин инсон ҳаётини сақлаб қолишга имкон берди ва иммунизация натижалари ҳамда харажатларга нисбатан олиб қаралса, 60% аҳолига қўлланилганидан юқори бўлди. Мактаб ёшида ўтказиладиган қизамиққа қарши иккиламчи эмлаш бу касаллик билан оғриш ва ундан ўлишни анча камайтиради, ва ўзини оқлайди. 1990—1991 - йилларда Канадада эмлаш яхши йўлга қўйилганига қарамасдан икки

марта қизамиқнинг катта эпидемиялари тарқалди, шу сабабли 1993 йил Канадада ўтказилган мутахассисларнинг халқаро конференциясида 31 давлатнинг мутахассислари фикрини эътиборга олиб икки босқичли эмлашни йўлга қўйди.

Бозорга вакциналарнинг янги турлари мунтазам тушиб тургани боис уларнинг самарадорлигини, ишлаб чиқаришдаги харажатларни ва қўлланилишдаги афзаллигини баҳолаш зарурияти пайдо бўлади. В гепатитига қарши уч босқичли эмлаш даставвал ҳар бир кишига нисбатан 100 долларни ташкил қилган эди, бу харажат бугунги кунда 2 долларгача тушди, шундай қилиб, вакцинани сурункали гепатитлар ва жигар ракини олдини олиш учун қўллаш ҳар жиҳатдан ўзини оқлайди.

Гипертонияни аниқлаш бўйича ўтказиладиган текширишлар иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлайди, аммо Папаниколау бўйича бачадон бўйинчасидан суртма олиб раққа текшириш эса фақат юқори хатар гуруҳга мансуб беморлардагина ўзини оқлайди. Маммографияни эса 35 ёшдан ўтган аёлларда икки йилда бир марта ўтказиш мақсадга мувофиқ. СПИДни олдини олиш ва чекишга қарши курашиш усуллари ва технологиялари осон бўлишига қарамасдан харажатлар жуда катта бўлади. Гипертонияни текшириш ва аниқлаш оддий технология бўлишига қарамасдан, инсульт ва кўр бўлиб қолишнинг олдини олишда муҳим ўрин тутади.

Бу мисоллар технологияни баҳолаш усуллари бўйича юқори малакали клиницистлар, эпидемиологлар ва иқтисодчилар орасида яхши тан олинган.

Маҳаллий жамоат соғлиғини сақлаш технологияларини баҳолаш

Сўнгги йилларда оддий ва ўрта технологиялар соҳасидаги янги ишлаб чиқаришлар ўлимни ва жароҳатланишни камайтиришда катта ўрин тутди. Буларга автомобилларда хавфсизлик тасмасини тақиш, болалар ўриндиқларини жойлаштириш, зарбага қарши ёстиклар ўрнатиш, велосипедлар ва мотоциклларда юрганда шлем тақиш киради. Кўпгина мамлакатларда ўтказилган тадқиқотлар уларнинг инсон ҳаётини сақлаб қолишдаги муҳим ролини аниқлади. Талассемия генини аниқлаш бўйича ўтказилган тестлар ва аҳолини етарли даражада саводхонлигини ошириш касалликнинг клиник шаклларини бутунлай йўқолишига олиб келди, аммо Кипр ва Жанубий Грецияда ген ташувчилар ҳанузгача кўпчиликни ташкил қилмоқда. Фенилкетонурия, гипотиреоз, Тей-Сакс касалликларини эрта аниқлаш ва тегишли тадбирлар ўтказиш бўйича ишлар бундай беморларни парваришlashга қараганда камроқ харажат талаб қилади.

Тузни йодлаш, А витамини билан озиқ-овқат маҳсулотларини бойитиш ўсишдан ортда қолиш ва кўр бўлиб қолиш каби ҳолларни олдини олади. Юрак қон томир касалликлари бўйича аҳолига ўтказиладиган соводхонликни ошириш тадбирлари бу касалликлар билан оғриш ҳамда уларда эрта ўлиш ҳолларида кўрсатиладиган ҳаражатларга қараганда камроқ бўлади. Бугунги кунда инфаркт ва инсултларни даволаш соғлиқни сақлаш харажатларининг 40% дан ортиғини ташкил қилмоқда.

СПИДнинг олдини олишда донор қонларини текшириш энг самарали усуллардан бири ҳисобланади.

Технологик ютуқларни тақсимлаш

Янги технологияларни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий қилиш бўйича давлат сиёсати жамоат соғлиғини сақлаш дастури ва янги профилактик ва даво усулларини мувофиқ тақсимлашга қаратилган аниқ иқтисодий механизмларни талаб қилади. Янги усул ва муолажаларни алоҳида тиббий марказларда чегараланган ҳолда қўллаш тиббиёт таъминоти тизимига ёппасига қўллашдан аввал унинг афзалликлари ва камчиликларини аниқлашга имкон беради. Аммо муаммога бундай ёндошиш аҳолини янги технологиялар билан боғлиқ афзалликлардан жудо қилишга, эркин савдо-сотиқни чегаралашга ва ишлаб чиқарувчиларнинг иқтисодий фойда олишларини чегаралашга олиб келади. Тиббий таъминотнинг маблағ жиҳатлари ҳамма вақт эътиборга олинishi керак, шунинг учун муҳим қарор қабул қилинаётганида компенсация механизмлари ишга тушиши керак. Профессионал адабиётларда битилган даво усулларининг илмий қийматларини баҳолаш жуда мураккабдир. Аксарият ҳолларда бирорта усул назорат гуруҳи билан таққосланмасдан амалиётга жорий қилинади, шу сабабли олинган маълумотлар ишончли бўлмайди. Чоп этиладиган маълумотларнинг шарҳи танқидий бўлиши ва унинг илмий қийматини баҳолайдиган бўлиши керак. Амалиётга жуда тез киритиб кенг тарқалган баъзи даво усуллари илмий жиҳатдан теран таҳлил қилинганида ҳафсалани пир қилиши мумкин. Алтернатив тиббий муолажаларнинг нисбий қийматини аниқлаш учун кенг қамровли текширишлар ўтказилиши лозим.

Тиббий янгилик тўғрисидаги илк ахборот дастлабки чоп этилган мақоладан кейин пайдо бўлади. Аксарият йирик рўзнома, ойномаларда тиббиёт соҳасига ихтисослашган журналистлар бўлиб, тиббиётдаги янгиликка бағишланган мақола пайдо бўлиши билан аҳолини унга нисбатан талаби ошади. Бу ҳолат ўзининг камчиликлари ва афзалликларига эга, аммо янги тиббий усулга фақат тиббиёт ва соғлиқни сақлашдаги миллий комиссия холисона баҳо бера олади.

АҚШда тиббий суғурта компаниялари харажатлар ва натижалар нуқтаи назаридан технологияларни баҳолаш усулини ишлаб чиқди. Бу жаъонга суд қарорлари ва ижтимоий фикрлар ҳам ўз таъсирини кўрсатади. 1993-йилда ташкил топган саломатлик қўллаб-қувватлаш ташкилоти — СҚҚТга қарши суд даъвоси кўриб чиқилган бўлиб, аёлларнинг қариндошларига 29 миллион доллар тўлашга ҳукм чиқарилган эди. Бу беморлар сут безининг раки билан оғриган бўлиб, уни даволаш учун қўлланиладиган суяк кўмигини трансплантация қилиш ҳали эндигина синов босқичида бўлиб, СҚҚТ уни беморларга қўллаш учун рухсат бермаган эди. Бундай ҳолат Клинтон маъмуриятини давлат тиббий суғуртаси дастурининг бир қисми сифатида тиббий амалиётдаги хатолар чегарасини аниқлаш заруриятини англашга мажбур қилганди. Маблағ заҳиралари чегараланган давлатларда тиббий амалиёт хатоларини аниқлаш яна ҳам қаттиқроқдир.

Тиббий хизмат тўловларини аниқлаш тизими технологияларни тақсимлашда яна ҳам самарали бўлиши мумкин. Касалхоналарни юқори технологиялар билан таъминлашни ҳаддан ошиб кетишини олдини олиш мақсадида касалхона маблағларини чегаралаш АҚШга қараганда Канадада кўпроқ самара берди, аммо касалхона ўринларини камайтиришда устунликка эриша олмади. АҚШда диагностик боғланган гуруҳлар концепцияси жарроҳлик муолажаларини ўтказишда амбулатор тиббий муассасалари ҳиссасининг ошишига олиб келди, 80 йиллардан бошлаб бугунги кунга қадар жарроҳлик муолажаларининг ярмидан кўпроғи амбулатория шароитларида бажарилади. СҚҚТ тиббий муолажалар учун харажатларни камайтиришдан манфаатдордир, шунинг учун ўзини оқламайдиган тиббий текшириш ва муолажалар сонининг кескин камайтиришга қаратилган бир қатор тадбирлар ишлаб чиқилган.

Жарроҳлик муолажасини талаб қилувчи ҳолатларни танқидий анализ қилиш стационар шароитидаги бажарилаётган аксарият муолажаларни амбулаторияда ўтказиш мумкинлигини кўрсатди. Катарактани олиб ташлаш операциялари бугунги кунда амбулаторияларда кенг қўлланилмоқда. 60-йилларда энг кенг тарқалган муолажалардан бири — бодомсимон муртакларини олиб ташлаш операциялари бугунги кунда кам самарали эканлиги аниқланиб кам қўлланилмоқда. Беморлар касалхонадан эрта чиқариб юборилган ҳолларда уйда парваришлаш, рак билан оғриганда кимё ва радиотерапия усулларини амбулатор шароитида қўллаш айниқса кенг тарқалмоқда. Америка врачлари оқ танли эркакларни даволашда коронар шунтлаш операцияларини айниқса кенг қўлламоқдалар. Аёллар ва қора танлиларда бу операциялар кам қўлланилмоқда, бунинг сабаби тиббий суғуртанинг қора танлилар учун кам қўлланишидадир.

АҚШда 1980—1992 йиллар мобайнида ҳар минг нафар аҳоли сонига стационар шароитида ўтказилган жарроҳлик муолажалари тўғрисида маълумотлар

Жарроҳлик муолажаси	1980 й.	1985 й.	1992 й.	Ўзгариш, %
Эркаклар (ҳаммаси)	78,1	76,30	68,4	—12,5
Аёллар (ҳаммаси)	126,1	117,2	99,1	—21,4
45—64 ёш эркакларда коронар шунтлаш	3,4	4,8	7,0	—105,9
45—64 ёш аёлларда бачадонни олиб ташлаш	8,7	8,1	7,4	—14,9
Бачадон бўйнини кенгайтириб диагностик қириш	7,3	2,6	0,6	—91,8
0—14 яшар болаларда тонзиллэктомия	5,3	3,6	0,8	—84,9
65—74 ёш эркакларда кўз гавҳарини олиб ташлаш	9,1	3,4	0,9	—90,1

Жадвалдан кўриниб турибдики, сўнгги йилларда стационар шароитида ўтказиладиган операциялар сони камаймоқда. Коронар шунтлаш операцияси икки баробар ошди, бачадонни олиб ташлаш операцияси бирмунча камайди, амбулатор шароитида бажарилиш йўлга қўйилгани учун бодомсимон безларни ва кўз гавҳарини олиб ташлаш кескин камайди.

Технологияларни баҳолашни ташкил қилиш

Стокгольмда 1995 йилнинг июнида ўтказилган тиббиёт ва соғлиқни сақлашда технологияларни баҳолаш XI съездида бу соҳанинг динамик ривожланиши акс эттирилди. Конференцияда фармацевтик препаратларни иқтисодий баҳолаш, иқтисодий анализ муаммолари, ҳаёт сифатини ўлчаш, янги технологияларни тарқалиши ва таъсири, ривожланаётган давлатларда тиббий таъминот, самарадорликни миқдорий баҳолаш усуллари, соғлиқни сақлашни маблағ билан таъминлаш муаммолари, информацион технологиялар ва телерадиология, ногиронлар учун даво усуллари, ситуацияларни моделлаш усуллари, харажатларни қопланишини анализ қилиш каби масалалар кўриб чиқилди. Клиник, иқтисодий ва эпидемиологик ёндошишларни уйғунлаштириш тиббий хизмат тўловларининг ошиши, аҳолининг кексайиши шароитларида юқори ҳамда оддий технология усулларида талаб қилинадиган даражадаги аниқлик ва самарадорликни беради.

Технологияларни баҳолашда соғлиқни сақлашни бошқариш бўйича давлат инстанциялари доирасида ташкилий тизим зарур. АҚШ ижтимоий соғлиқни сақлаш хизмати доирасида фаолият юритувчи Дори-дармон ва озиқ-овқат маҳсулотлари Бошқармаси ана шундай идора ҳисобланади. Канада, Австралия, Голландия ва Испанияда янги технологияларни баҳолашга ихтисослашган ана шундай идоралар мавжуд. Янги технологияларни баҳолашда анъанавий — дори ва озиқ-овқат маҳсулотлари сифати, нархи ва хавфсизлигини назоратловчи механизмлар иш бермайди. Янги технологияларни жадал ривожланиши тиббий хизмат нархи ва маблағ билан таъминлаш учун масъул идоралар учун жиддий муаммоларни келтириб чиқаради. Бу муаммо тиббий суғуртанинг давлатга қарашли бўлмаган секторига, ҳамда хусусий тиббий суғурта учун масъул индустриал суғурта идораларига ҳам тааллуқлидир. Шундай қилиб тиббий хизмат нархини назорат қилиш ва технологияларни баҳолашда давлатнинг ёрдами таъминланади.

Канадада Соғлиқни Сақлаш Федерал Департаменти Соғлиқни муҳофаза қилиш бўлими провинция ҳокимияти билан келишилган ҳолда янги тиббий усулларни лицензиялайди. Бундай амалиёт тиббий хизмат нархларини ошиб кетишидан хавотирга тушиш оқибатида қўлланилмоқда, 1988 йилдан бошлаб эса давлат ва профессионал ташкилотлар технологияларни баҳолаш учун масъул тижоратдан ташқари идорага айлантирилди. Бу тиббий суғурта учун жавобгар провинциал идоралар позициясини кучайишига олиб келди. Провинцияларда ўтказиладиган алоҳида тиббий муолажалар қиёсий таҳлил қилинганида катта фарқлар аниқланди: масалан, коронар артерияни шунтлаш ва простата безини олиб ташлаш операциялари айрим провинцияларда бошқасига қараганда кўпроқ бажарилади. Швецияда тиббиёт ва соғлиқни сақлашдаги технологияларни баҳолаш Миллий Швед комитети давлат соғлиқни сақлаш идораларида консултатив вазифани бажаради.

Сифатни таъминлаш

Сифатни таъминлаш жамият соғлиғини сақлашни ривожлантириш ва такомиллаштиришга қаратилган йўналиш бўлиб, тиббиёт ходимларининг профессионализмини, кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатини миқдорий жиҳатдан баҳолашга асосланган. Стационар тиббий муассасаларни аккредитациялаш тиббий хизмат сифатини таъминлашнинг муҳим усуллари билан бири бўлиб, америка тиббиёт ходимларининг бир неча авлодлари учун тиббиёт муассасаларида кўрсатиладиган хизмат сифатини ошириш бўйича малака манбаи бўлиб хизмат қилган. Канада ва АҚШда стационар тиббий муассасаларни аккредитациялаш кўрсатила-

диган тиббий стандартларни кўтаришга катта ҳисса қўшди ва бошқа мамлакатлар учун намуна бўлиб хизмат қилди.

Тиббий хизмат ва аҳоли саломатлигини баҳолаш соғлиқни сақлаш тизимини бошқариш механизмининг бир қисми бўлиб, харажатларнинг умумий параметрларини, профессионал фаолиятни ва даволаш натижаларини эътиборга олади.

Нохуш ҳолатлар ва шифокор виждонсизлиги

Ятроген касалликлар жамият соғлиғини сақлашнинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, ахлоқий ёки жиноий ҳолатлар, айрим тиббиёт ходимларининг малакасизлиги оқибатида юз беради. Ятроген касалликлар хасталанишдаги, беморнинг касалхонада бўлиш ўрин-қунининг узайишидаги ва айрим ҳолларда ўлимга олиб келадиган асосий омиллардан ҳисобланади. Буюк Британия ва АҚШда госпитализацияланаётган беморларнинг 7—10% га яқини касалхона ичида иккиламчи йўл билан пешоб йўллари инфекцияси ва жароҳатнинг бирламчи йиринглашини орттиришидир. Бу инфекциялар кўпгина антибиотикларга сезувчанлиги йўқолган микроорганизмлар томонидан чақирилган бўлиб, даво жараёнларини ниҳоятда қийинлаштиради. Шундай қилиб, инфекция билан курашиш касалхоналарда иш ташкиллаштиришнинг муҳим қисми ҳисобланади. Муаммонинг иқтисодий жиҳатлари ҳам бор, чунки беморнинг қайтадан госпитализацияланиши касалхонанинг моддий манфаатдорлигига мос келмайди. Буларнинг барчаси нохуш ҳодисалар ва шифокорнинг ўйламасдан қилган хатоларига ҳам тааллуқли бўлиб, кекса ёшли мижозларда психозлар келтириб чиқариши мумкин. Бу муаммонинг ечими жамият соғлиқни сақлаш муаммолари каби системали ёндошишни талаб қилади.

Бепарволик оқибатида юзага келадиган нохуш ҳодисалар-кўрсатилган тиббий ёрдамнинг қабул қилинган стандартларга мос келмаслигидир. Тиббий таъминотнинг ҳар қандай тизими ятроген касалликларнинг юзага келишини олдини олишга қаратилган бўлиши керак.

1984 йили Гарвард университети ходимлари гуруҳи, клиник тиббиётнинг етук мутахассислари, ҳуқуқ ходимлари томонидан Нью-Йорк штатида 32 мингта госпитализация ҳолатларини текширишган. Аниқланишича, беморларнинг 3,7% қисми даволаниш натижасида олинган жароҳатлардан функционал бузилишларга учраган. Шулардан 28% қисми шифокор бепарволиги оқибатида юз берган, бу умумий госпитализациянинг 1,03% қисмини ташкил қилади. Даволаш мобайнида содир этилган 100 мингта нохуш ҳодисаларнинг 57% қисми бир ой ичида тузалган, 7% ҳолда эса оғир функционал бузилишлар қолган. 14%га яқини

эса (14 мингга яқин бемор) даво мобайнида етказилган зарар туфайли вафот этган, шуларнинг 51% қисми бепарволик оқибатида содир бўлган.

Бу маълумотларни АҚШ аҳолисига нисбатан олсак, 150 мингга ўлим ҳолати бир йилда бепарволик оқибатида содир этилади. Айниқса бундай нохуш ҳодисалар кексаларга, кам таъминланган мижозларга нисбатан содир этилади. Уларнинг кўрсаткичлари клиник касалхоналарда камроқ, туман касалхоналарида эса кўпроқдир. Шуларнинг 20%дан ортиғи дори воситаларнинг дозаси бузилиши ва унга нисбатан реакция борлигидан содир бўлган. Тиббий ходимлар вазифасининг суиистеъмол қилиши оқибатида 3%дан кам жабрланганлар даъво аризаси билан мурожаат қилишганлар. 1984 йилда ўтказилган нобоп давонинг олтидан бир қисми нохуш тиббий таъсир атамасига тўғри келган.

Мазкур текширишларнинг натижалари бундай ҳолатларда моддий компенсациялаш механизмларини такомиллаштириш лозимлигини кўрсатди. Бунинг учун даъвогар врач вазифаси суиистеъмол қилганлигини ёки нохуш тиббий таъсир оқибатида етказилган зиённи исботлай олиши керак.

Бундан ташқари профессионал хатоларни олдини олиш механизмларини ишлаб чиқишга катта эътибор берилмоқда. Бостон касалхоналаридаги анестезия аппаратларида беморларга берилаётган кислород даражасининг хавfli сатҳгача камайиб кетганлигидан анестезиологни огоҳ қилувчи мослама ўрнатилганлигидан кейин ўлим миқдорини нолгача камайтиришга эришилди. Айрим штатларда янги туғилган чақалоқларни педиатрик кузатиш стандартлари қонун билан белгилаб қўйилган. Масалан, Нью-Йорк штатида чақалоқлар геморрагик касаллиги билан туғилган беморларга викасол қўллаш билан ўлим ҳолатларини кескин камайтиришга эришилди.

Нохуш тиббий ҳолатлар орасида энг кўп тарқалгани иккиламчи касалхона ичи инфекцияси, анестезиядаги ва дори моддаси буюришдаги хато бўлиб, уларнинг олдини олиш учун ўзини оқламайдиган госпитализация, жарроҳлик муолажалари, беморларда касалхонада бўлиш муддатини камайтириш лозим. Нохуш тиббий ҳолатларни ўрганиш мижоз ҳуқуқларини ҳимоялаш бўйича профилактик тадбирлар ишлаб чиқаришга имкон беради. Иккиламчи касалхона ичи инфекциясини камайтириш бўйича фаол тадбирлар ўтказиш юз берган ҳолатларни эпидемиологик жиҳатдан таҳлил қилишни талаб қилади.

Тиббиёт муассасаларини аккредитациялаш

Тиббий муассасаларни аккредитациялаш уларнинг фаолиятини ташқи томондан давлат стандартларига мос равишда баҳолаш тизими

яратишни талаб қилади. Бу баҳолаш ходим малакасига, муассаса ишини ташкиллаштиришга, кўрсаткичларнинг қайдланишига, ходимлар малакасининг узлуксиз оширилишига бўлган талабларни ҳам ўз ичига олади. Бу шунингдек, муассасанинг бир бутунликда ҳамда алоҳида ҳар бир ходимнинг фаолияти ҳисоботини ҳам назорат қилишни ўз ичига олади.

Касалхоналарни аккредитациялаш 20-йилларнинг охирида Канада ва АҚШ терапевтик ва хирургик ассоциациялари, касалхоналар, ҳамширалар ассоциацияси каби бир қанча профессионал ташкилотларнинг ташаббуси билан йўлга қўйилган эди. Канада ва АҚШдаги Бирлашган комитет вақти-вақти билан касалхоналар фаолиятини текшириб туради. Канадада Соғлиқни Сақлаш Федерал Департаменти, провинция соғлиқни сақлаш вазирлиги, Канада диабетлар жамияти, ижтимоий саломатлик ходимлари ассоциацияси, Канада стандартлар бўйича кенгаш Вассийлик Кенгашида кузатувчилар сифатида қатнашадилар.

Аккредитациялаш жараёни қуйидагича кечади: касалхонанинг вассийлик кенгаши Аттестацион комитет томонидан ўрнатилган стандартлар бўйича аккредитацияланиш учун илтимоснома билан мурожаат қилади. Қайта инспекция бўлганида Аттестацион комитет ҳам таклиф этилади. Касалхона инспекция ҳаражатларини тўлайди, ҳамма маълумотларни тақдим қилишни ва инспекция билан ҳамкорлик қилишни зиммасига олади. Инспекторлар гуруҳи касалхона хизматини ташкил қилишни, ходимлар тайёргарлигини текширади. Аттестацион комитет касалхона камчиликларини кўрсатиб ўтган ҳолда унинг рейтингини кўрсатувчи ҳисобот тайёрлайди ва камчиликлар бартараф этилганлиги тўғрисида ҳисобот талаб қилади. Аттестацион комитет қўшимча инспекция ва текширишлар ўтказиш ҳуқуқига эга.

Аккредитациялашда инспекциялар муассаса мақсади ва вазифаларини, бошқариш таркибини, фаолият йўналишини, ходимлар билан таъминланганлик даражасини текширади. Тиббий ходимларни текшириш ўтказилаётган муолажалар малакаси ва ходимнинг савиясини, клиник фикрлашини, бўлим раҳбарлари танлаш принципини ва уларнинг масъулиятини, профессионал мажлислар регламенти ва дастурларини ўз ичига олади. Текшириш қонун асосида, муассаса раҳбари билан келишилган ҳолда ўтказилади. Клиник ҳужжатларни тутиш сифати касаллик тарихини муфассал тўлдирилганлиги, госпитализация давомида ўтказилган даво курслари ва лаборатор текширишларни ўз ичига олади.

ТИББИЙ МУАССАСА АККРЕДИТАЦИЯЛАШ ИНСПЕКЦИЯСИ

1. Муассаса вазифасини аниқлаш.
2. Бошқариш.
3. Ташкилий ва маъмурий тизимлар.
4. Тиббий хизмат.
5. Ўрта тиббиёт ходими билан таъминланганлик даражаси.
6. Иختисослашган тиббий бўлимлар.
7. Диагностик ва клиник хизматлар.
 - амбулатория тиббий хизмати;
 - рентгенология (магнит резонанс) бўлими;
 - шошилич ёрдам;
 - интенсив терапия;
 - лаборатория;
 - диетолог;
 - касаллик тарихини тўлдириш;
 - дорихона;
 - соғаяётганларни тиббий тиклаш;
 - сунъий нафас олдириш жиҳозларининг техник хизмати;
 - ижтимоий хизмат;
 - мижозларнинг диний эҳтиёжларини қондириш.
8. Ёрдамчи хизмат
 - атроф муҳит;
 - техник хизмат;
 - ходимлар эҳтиёжини қондириш;
 - кутубхона;
 - кўнгилли ёрдамчилар;
 - меҳнатни муҳофаза қилиш ва хавфсизлик хизмати.

80-йилларда стационар тиббиёт муассасаларини аккредитациялаш Буюк Британия ва Австралияда киритилган эди. Бундай аккредитациялаш гоёси соғлиқни сақлаш стандартларини оширишни истаган бошқа мамлакатларда ҳам қизиқиш уйғотди. Канадада стационар тиббий муассасаларини аккредитациялаш мажбурий бўлмаса ҳам, 75 ўриндан катта бўлган барча касалхоналарда кенг қўлланилади. Аккредитациялашни киритиш касалхоналар раҳбарлари ва тиббиёт ходимлари учун жуда қўл келди, чунки аккредитациялаш уларни ҳуқуқий жиҳатдан ҳимоя қилади. АҚШда барча тиббий муассасалар аккредитацияланади, чунки давлат тиббий суғурта хизмати аккредитациядан ўтмаган тиббий муассасалар хизмати учун тўламайди.

Сўнгги йилларда собиқ совет республикаларида, Буюк Британияда, Исроилда ва бошқа мамлакатларда тиббий хизмат соҳасида децентрализацияланиш жараёнлари кечмоқда, аксарият тиббиёт муассасалари давлат тасарруфидан чиқарилиб, мустақил тижорат ёки нотижорат муассасаларга айланмоқда. Давлат ёки регионал даражада тиббий муассасаларни назорат қилиш ҳар бир давлатнинг реал шароитларидан, иқтисодий ривожланиш даражасидан, бошқариш тизимидан келиб чиққан ҳолда стандартлар ва текшириш усуллари ишлаб чиқариш ва синаб қуришни талаб қилади. Ҳар қандай ҳолда ҳам давлат назорати давлатга қарашли бўлмаган ташкилотлар иштирокида ўтказилиши керак.

Тиббий муассасаларни лицензиялаш ва фаолиятларини назоратлаш масъулияти давлат зиммасида бўлса ҳам аккредитациялашда мустақил ташкилотлар иштироки афзалдир, чунки давлатга қарашли бўлмаган ташкилот томонидан ўтказилган аккредитация унчалик хавфли туюлмади. Аттестацион комиссия мутахассислар ва жамият вакиллари ўз ичига олади, бу эса саволлар қамровини кенгайтиради. Бундай ёндошув маблағ билан таъминловчи идораларга стандартлар ишлаб чиқиш учун назорат гуруҳи ажратишга имкон беради. Бу жабҳада тажриба йиққан давлатлар томонидан кўрсатиладиган ёрдам аккредитациялаш механизмларини ривожлантиришга, тиббий муассасалар аккредитацияланиш тизимининг техник ва профессионал жиҳатдан таъминланишига олиб келади.

Коллегиал назорат

Тиббий хизмат сифатини яхшилашда коллегиал назорат катта ўрин тутади, бунда тиббиёт ходими даво жараёнлари ва касаллик тарихларини тўлдириш ҳамда профессионал фаолият кўрсаткичлари бўйича систематик ҳисобот бериб боради. Бу касалхонада юз берган барча (оналар ва болалар ўлимини ҳам эътиборга олган ҳолда) ўлим ҳолатларини, операциядан кейинги асоратланишларни, иккиламчи инфекция юқишини ўз ичига олади.

Касалхона маъмурияти, бўлимнинг раҳбар ходимлари фаолиятининг катта қисми тиббий хизмат сифатини таъминлашга қаратилган бўлиб, ходимлар интилишини рағбатлантириш, жамоани эса жипс ва бирдам бўлишига эришишдан иборат. Касаллик тарихлари ва ахборотларнинг компьютер тизимига кўра госпитализацияланиш ташхисга мос равишда олиб борилади.

Оналар ўлими бўйича комиссия ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ ўлим ҳолатларини аниқлаш, шунингдек тиббий хизмат сифатини ошириш талаб қилинадиган жабҳаларини топишга қаратилган. Комис-

сия фаолияти натижасида пренатал тиббий кузатув тизими учун юқори хавф гуруҳини аниқлашга муваффақ бўлинди. Туғруқ бўлимлари Кесар қирқими учун кўрсатмаларни аниқлаш ва ишлаб чиқаришлари мумкин. Жарроҳлик бўлимларида эса аппендэктомия натижалари бўйича мезонлар ишлаб чиқиб асоратларни камайтириш мумкин.

АҚШда 1935 йили ижтимоий суғурта бўйича қабул қилинган қонунга 1972-йили ўзгартишлар киритилган бўлиб, унда мижозларга узоқ муддатли кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатини профессионал стандартлар устидан назорат Ташкилоти ёрдамида назорат қилиш ва қайдлашни касалхоналар зиммасига қўйган эди. Тиббий ҳисобот бўйича комиссия шундай ташкилот ролини бажаради, у мавжуд заҳираларни назорат қилиш, тиббий хизматни баҳолаш, алоҳида врачларнинг фаолиятини ва бутун касалхона фаолиятини тиббий стандартлар билан қиёслаш масъулиятларини зиммасига олади. Рейган ҳокимияти даврида бу ташкилотга чек қўйилди, аммо шунга қарамасдан, у тиббий суғурта компаниялари фаолиятига таъсир кўрсатиб, тиббиётдаги қаллобликларнинг камайишига олиб келиб, шу билан бирга тиббий хизмат нархларини ошиб кетишига тўсқинлик қилди. 70 йиллардан кейин таълим олган АҚШ врачлари ва соғлиқни сақлаш ходимлари коллегиял назоратни тиббий хизматнинг интеграл қисми сифатида қабул қилдилар. Бошқа мамлакатларда бундай ёндошиш касалхоналардаги тиббий хизмат сифатини ошириш учун хизмат қилади: жарроҳлик муолажаси ёки касалхонадан чиқарилгандан кейин бемор ўлиб қолса, шунингдек дори-дармон билан таъминлашда узилишларга йўл қўйилса мажлис чақирилиб муҳокама қилинади. Профессional хатолар тўғрисида ҳисобот уларни касалхоналарда сабабларини аниқлашга ва олдини олишга имкон яратади. Касалик тарихлари ва турли ҳолатларни баҳолаш бўйича шкалаларнинг кенг қўлланилиши касалхоналардаги тиббий хизмат стандартларини ишлаб чиқариш мезонларини яратади. Янги туғилган чақалоқлар ҳолатини баҳолаш учун таклиф этилган Апгар шкаласи бутун жаҳонда қўлланилмоқда. АРАСНЕ тизими (ўткир физиологик ва сурункали бузилишларни баҳолаш) мижозларнинг яшовчанлигини баҳолаш учун зарурий тизим ҳисобланади. Шу билан бирга у турли даво услубини баҳолаш учун ҳам катта аҳамиятга эга. Миқдорий баҳолаш тизими ҳомиладорлик хатарларини ҳам баҳолашда аҳамиятга эга.

Диагностик боғланган гуруҳлар (ДБГ)

ДБГ концепцияси 60-йилларда касалхона хизматларини тўлаш учун муқобил хизмат сифатида шаклланган бўлиб, госпитализация муддатини қисқартиришга қаратилган. Анъанавий усул беморларни касалхонада бўлиш кунларини тўлашга асосланган бўлиб, беморларни имкон қадар

касалхонада кўпроқ тутиб туришга ва бунинг натижасмда тиббий хизмат нархини ошиб кетишига олиб келади. 80-йиллардан бошлаб ДБГ АҚШда «Медикэр» ва «Медикэйд» тизими бўйича кенг тарқалди, айрим штатларда эса тиббий хизмат тўловлари учун стандарт сифатида шаклланди. Суғурта компаниялари беморнинг касалхонада бўлиш ўрин кунига эмас, балки ўтказиладиган даво диагностик тадбирларга қараб тўлайди. Бундай тизим госпитализация муддатларини камайтиришга, амбулаторияда ўтказиладиган жарроҳлик муолажаларини кўпайишига олиб келади. Амбулатория хирургия суғурта компаниялари учун арзон ва мижоз учун хавфсиз ҳисобланади. Сўнгги йилларда амбулатория хирургияси ўтказилаётган барча жарроҳлик муолажаларининг ярмидан кўпрогини ташкил этмоқда.

Бевосита диагноз қўйилганидан кейиноқ даво муолажаларини ўтказиш ва беморларни тез фурсатларда касалхонадан чиқариш тиббий хизмат сифатини кўтаришда омил бўлди. Аммо бу тизимга қарши бўлганлар беморларни касалхонада бўлиш муддатлари ҳаддан ташқари қисқариб кетишини, бу эса даво натижаларига салбий таъсир кўрсатиши мумкинлигини эътироф этмоқдалар. Бошқа мутахассисларнинг фикрларича, бу тизим касалхоналарни фақат ўта оғир беморларгагина ёрдам беришга ихтисослашган даво муассасасига айлантириб қўяди деб ташвишланидилар. Шуларга қарамасдан, бу тизимда кўзда тутилган фаол тиббий ёрдам ва госпитализация муддатини қисқартириш даво натижаларининг яхшиланишига олиб келади. Сўнгги йилларда миокард инфарктидан кейинги ўлим фоизларининг кескин қисқариши ҳам жадал даво тактикалари қўлланилаётганлиги билан боғлиқ.

Саломатликни қўллаб-қувватлаш ташкилотлари

Тиббий хизматлар учун нархларнинг ошиши АҚШда тиббий хизматни бошқариш тизимининг ривожланишига олиб келди. Тиббий хизматлар учун гуруҳ бўлиб нархни аввалдан тўлаш амалиёти ишлаб чиқилди ва бу кейинчалик Саломатликни қўллаб-қувватлаш Ташкилоти деб аталди. Кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатини яхшиловчи омиллардан бири — коллегиял назоратдир. Бундай ҳолда сўз технологик жиҳозлар ҳақида эмас, балки маблағ захираларини тақсимлашнинг назорат этилиши ва мавжуд технологияларни рационал фойдаланиш устида кетмоқда. Кейинчалик бу тизим жадал ривожланди. Харажатларни мунтазам текшириш ва режалаштириш, маблағлар кам бўлган ҳолларда ҳам тиббий хизмат сифатини анъанавий усулларга қараганда юқори бўлишига олиб келди. Бошқариладиган тиббий ёрдам концепцияси АҚШда ва бошқа мамлакатларда тиббий хизмат тизими назарий асосларига айланди, бунда саломатликни сақлаш ташкилотлари ва касалхона кассалари тиббий

хизмат ва тиббий суғурта вазифаларини бажаради. Энди ҳатто хусусий тиббий суғуртанинг анъанавий тизими ҳам харажатларни кўпайишига олиб келувчи тиббий муолажалар сонини камайтириш амалиётига таянмоқда. Стандарт клиник кўрсаткичларни, заҳиралардан фойдаланишни назорат қилиш, ташкилий ва профессионал стандартларга таяниш тиббий суғурта меъёрларига айланиб қолди.

Соғлиқни сақлаш тизими фаолияти кўрсаткичлари

Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг кўрсаткичлари — аҳоли саломатлигининг кўрсаткичларидир. Бу кўрсаткичлар асосида маълумотлар қиёсий статик таҳлилдан ўтказилади ва қўйилган вазифаларга нисбатан натижалар баҳоланади. Фаолият кўрсаткичларини ишлаб чиқариш, ҳисоб-китоб қилиш ва қўллаш тиббий таъминот тизими соҳасининг муаммоларини аниқлашга ва таҳлилнинг максимал самарали бўлишига олиб келади.

Буюк Британияда касалланиш кўрсаткичлари эпидемиологик таҳлил асосида ишланиб тиббий таъминот тизими фаолияти баҳоланади. Буюк Британия Соғлиқни сақлаш тизимини маблағ билан таъминлаш алоҳида регионларда ўлим кўрсаткичларини мамлакат бўйича ўртача кўрсаткич билан солиштириб, қайси ҳудуд кўпроқ маблағга эҳтиёж сезишини аниқланади.

Истеъмолчилар ва сифатга таяниш

Соғлиқни сақлаш тизими томонидан алоҳида мижозларга кўрсатиладиган диққат бир қанча сабабларга кўра ортмоқда. Катта ҳисобга кўра тиббий хизмат сифати беморнинг иззат-ҳурматини ва сир-асрорларини сақлаш, унга тегишли ахборотлар бериш, тўғри ташхис қўйиш, мувофиқ даволаш, ортиқча харажатларни олдини олиш ва таъмагирликдан йироқ бўлиш каби сифатларга ҳам боғлиқ. Мижознинг ҳуқуқи ва уни муҳофаза қилишнинг ҳуқуқий жиҳатлари уларнинг шикоят бериш ҳуқуқи, даволовчи врачни алмаштириш ва юқори малакали тиббий хизмат олишларни ҳам ўз ичига олади. Улар яна мижоз ҳуқуқини тиббиёт ходимини судга бериш, ўтказилган ахлоқий зарарни ундириш, профессионал бепарволик ва қўлидан иш келмаслик оқибатида етказилган жисмоний зарарни ҳам ундиришни ўз ичига олади. АҚШда қониқарсиз ўтказиладиган даво оқибатида врачларни судга бериш ҳоллари кўп учрайди. Тиббий хизмат харажатларини камайтиришга қаратилган тадбирлар самарали бўлиши учун беморга кўрсатилаётган хизмат нархи айтилиши лозим. Жамиятнинг шахсий соғлиққа нисбатан муносабати ҳамда тиббий таъминотга талаби ҳаётининг муҳим бўлиб, тиббий заҳираларнинг

чегараланлиги тиббиёт имкониятларининг чегараланишига олиб келди. Ахборотлар воситаси жамият манфаатларини ҳимоя этиб «кўриқчи ит» вазифасини бажаради ва тиббиёт соҳасида суиистеъмолчиликни олдини олишга ва мижоз манфаатларини ҳимоя қилишга хизмат қилади. Истеъ-молчилар ташкилоти соғлиқни сақлаш соҳасида муҳим рол ўйнайди.

Беморнинг соғлиқни сақлашга муносабати асосида даволовчи врач ва даво тадбирлари дастурини эркин танлаш ҳуқуқи ётади, агар давлат тиббий хизмати уни қониқтирмаса у хусусий тиббиёт амали билан шу-гулланувчиларга мурожаат қилишга ҳаққи бор. Давлат соғлиқни сақлаш тизимига ишончнинг йўқолиши соғлиқни сақлаш тизимининг икки сек-торга бўлинишига олиб келади, бунда давлат сектори аҳолининг камба-гал қатламига, хусусий эса ўрта ва бой қатламларига хизмат кўрсатади. Агар тиббий хизмат сифати ва тарзини яхшилашга ва назорат ҳамда чеклаш стандартлари ўрнатишга қаратилган тадбирлар ўтказилмаса, икки секторли тиббиётда давлат тиббий таъминот тизимига салбий таъсир кўрсатади. Бу муаммо Буюк Британия, Исроил Миллий соғлиқни сақ-лаш тизими учун сурункали бўлиб қолди. АҚШда эса бу муаммо «Меди-кэр» ва «Медикэйд» билан СҚҚТнинг ўртасида тиббий хизматни тан-лашга асосланиб қолди.

Соғлиқни сақлаш тизими сиёсатининг бир қисми тиббий саводхон-ликни ошириш бўлиб, бу омилларни эътиборга олиш учламчи тиббий хизмат сифатини яхшилашга сабаб бўлади. Агар жамият хусусий сало-матликни сақлаш зарурияти билан яхши таништирилган бўлса, аҳоли саломатлигини сақлашдаги ютуқлар анча юқори бўлади.

Касалланиш ва ўлимни олдини олиш ҳамда камайтириш бўйича тад-бирларни ёппасига ўтказиш индивидуал даво ва профилактик тадбир-ларга қараганда самаралироқ бўлади. Ялписига ўтказиладиган профи-лактик тадбирлар алоҳида беморнинг хулқ-атворини ўзгартириши мум-кин. Масалан, автомашиналарда хавфсизлик тасмаларни тақиш, мотоциклда юрганда эса шлем кийиш, жамият жойларида чекишни таъқиқлаш каби тадбирлар хулқ-атворларни ижобий томонга ўзгари-шига олиб келади. Бундай амалиётда мажбурийлик ҳолларни ҳам кўриш мумкин, аммо бундан жамият фақатгина фойда кўради. Ҳар бир конк-рет ҳолат нисбий афзалликларни махсус ўрганишни талаб қилади.

Сифатни тўлалигича назорат қилиш менежменти

Тиббий хизматни тўлалигича назорат остига олиш америка статисти Эдвард Деминг томонидан 1948—49 йилларда урушдан кейинги Япони-яда ишлаб чиқилган ғояга асосланади. Деминг ғоясининг асосида 30-йилларда Белл лабораториясида ўтказилган тадқиқотлар ётади. Деминг

япон инженерларига иш қобилиятининг ошиши корхонадаги ишлаб чиқариш хилма-хиллигининг ўзгариши билан боғлиқ эканлигини кўрсатади. Бу концепция япон саноатида кенг тарқалди ва 60—70-йилларда Япония иқтисодиётининг кескин кўтарилиб кетишига олиб келди.

80-йилларда концепция тиббиёт таъминотига ҳам тадбиқ этилди. Бу бошқариш тизимидаги ходимларнинг фаоллашишига, мотивация даражасининг юксалишига олиб келди ва беморлар эҳтиёжини қониқтиришга, шу билан бирга соғлиқни сақлаш сифатининг яхшиланишига сабаб бўлди. 80-йилларда бошқариш тизимидаги сифатни умумий назорат принциплари бутун дунёда қабул қилинди.

Сифатни тўлиқ назорат қилиш менежменти(СТНМ) тизим фаолиятида ҳар бир ходим иштирокини назарда тутди. СТНМ принциплари илмий текширишларда, назарияларни олға суришда, тадқиқий ишларда, концепцияларни қайта кўриб чиқишда ва амалий хулосаларда кенг қўлланилади. СТНМ эпидемиология усуларида эҳтимол тутилган вариантларни статистик ёндошуви ва анализига чамбарчас олиб борилади. Концепция сифат ва мотивацияни мунтазам ошириб боришни рағбатлантиради, уларни ошириш ва зиддиятларни бартараф этиш учун психология усули қўлланилади. Барча даражаларга компетенцияларни тақсимлаш, ҳамкорлик учун имкониятларни қидириш амалда қўлланилади.

Тиббий хизмат борган сайин юқори технологияларга ўтаётгани боис йирик қамровли тадқиқотлар ўтказиш зарурияти келиб чиқади, шунинг учун мижозлар ҳуқуқини ҳимоя қилишга кўпроқ диққатни жалб қилиш керак. Маблағ механизмларини тиббий таъминот тизими нуфузини баҳолаш, госпитализация муддатларини қисқартириш учун қўллаш беморларни стационардан имкон қадар эртароқ чиқариб юборишга олиб келиши мумкин.

Буюк Британияда сўнги йилларда участка врачининг маоши стационар тиббий хизмат харажатларига кўшилган. Бу тадбир мижозларнинг тиббий муассасалар хизматидан қониқишига ва СТНМ усулларини кенг қўллашга олиб келди. Бундай фаолият регионал ва район соғлиқни сақлаш идораларида ҳам кенг қўлланилмоқда.

СТНМ усулига кўплаб иловалар қўшилган бўлиб, уларни танлаш умумий назорат комиссияси томонидан алоҳида бўлимларни текшириш натижасида амалга оширилади. Бунда тиббиёт ходимлари, раҳбар ходимлар ва мижознинг фикрлари эътиборга олинади. Туғруқхона фаолиятини туғруқдан кейинги даврда текшириш кўплаб камчилик ва нуқсонларнинг аниқланишига олиб келди. Бу муаммолар кўрсатиладиган тиббий ёрдам қамрови ва сифати, ходимларнинг малакаси, ишнинг му-

вофикланиши, жиҳозлари, асептика ва антисептикага риоя қилиш, мижозларнинг қониқиши билан боғлиқ. Бу муаммоларнинг ечимига ёндошиш кўп тармоқли бўлиб, мижозлар фикрига таянган бўлиши керак. Шошилинч тиббий ёрдам бўлими фаолиятининг назорати тиббий хизматнинг кўп функцияли ва субъектив аспектларидан келиб чиқиши, техник жиҳозланиш, тиббиёт ходимнинг муносабати, тиббиёт ходимларга талаблар, кутиш давомлилиги ва руҳий ёрдамларни ўз ичига олиши керак. Тиббий ходимларни тайёрлаш ва малакасини ошириш тиббий хизмат ходимлари ва раҳбарларининг кундалик ишига айланиши керак. Хизмат сифатини яхшилаш бўйича комиссиянинг узлуксиз фаолияти тиббий ходимлар мотивациясининг ошишига, шахсий масъулият ҳис этишига олиб келади. Ходимлар, иш усуллари, моддий таъминот ва жиҳозланиш даволаш бўлими фаолиятининг таъминот механизми узвий қисми бўлиши керак. Сифатни самарали баҳолаш учун уларнинг барчаси СТНМ усули билан баҳоланиши керак.

1985 йили Умумжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Европа бюроси тиббий хизмат сифатини узлуксиз ошириш дастурини тан олиб Европа мамлакатлари учун қуйидаги қондани ишлаб чиқди: «2000 йилга Ташкилотнинг барча аъзо мамлакатларида тиббий хизмат сифатини оширишга қаратилган тизимлар ва механизмлар ишлаб чиқарилиши керак».

Жамоат соғлиғини сақлашнинг этик аспекти

Жамоат соғлиқни сақлаш сиёсатининг этик асослари таркибида жамиятда қабул қилинган асосий концепциялар ва ахлоқий қадриятлар ётади. Агар инсон ҳаётини сақлаб қолиш қадриятлар орасида энг баланд шкалани эгалласа, бу мақсадга эришиш учун қандай шароит ва харажат бўлишидан қатъи назар барча тадбирлар қўлланилиши керак. Касалланиш ва ўлим гуноҳлар учун берилган жазо сифатида юқоридан берилган ҳолат ҳисобланса, унинг этик талаблари азоб-уқубатларни енгиллаштиришга қаратилган бўлиши ва профилактик тадбирлар эса худо иродасига қарши бориш деб тушунилиши мумкин. Бундай ҳолатда тиббий таъминотнинг бошқа ёндошувидан фойдаланиш мумкин. Гуманизм принциплари иккала ёндошувни уйғунлаштириши керак. Материализм биринчи навбатда иқтисодий ривожланиш кафолати бўлган аҳоли саломатлигини сақлаш воситаси бўлиши керак. «Соғлом танда соғ ақл» принципи конкрет одамда касаллик ривожланшининг олдини олиш масъулиятини оширади. Ижтимоий қурилма тизимидаги давлат аҳоли учун соғлом турмуш тарзи ва бепул тиббий ёрдам билан таъминлашда асосий масъулиятни зиммасига олади.

Жамоат соғлиғини сақлашнинг этик аспектлари тиббий хизмат ом-мабоплиғи ва аҳоли эҳтиёжларига мувофиқлиғини таъминлашни ўз ичига олади. Соғлиқни сақлаш тизими томонидан аҳолининг айрим қатламла-ри саломатлиғини яхшилашга қаратилиб киритилган ҳар қандай янги-ликни жамиятнинг ҳар бир аъзоси талаб қилиши мумкин. Аҳолининг аксарият қисми (масалан эмлашда) соғлиқни сақлаш тизими фаолия-тининг субъекти бўлиб хизмат қилади. Алоҳида мижоз ҳуқуқлари ва жа-мият эҳтиёжлари орасидаги зиддият ижтимоий саломатликнинг дои-мий муаммоларидан биридир. Жамият касалланиш ва ўлимни камайти-риш мақсадида шахсий ҳуқуқларни чеклаши эҳтимоли бор, масалан, аҳоли орасидаги травматизмда кимнинг ҳаёти қутқарилиб қолишидан қатъий назар бу принцип қўлланилиши мумкин. Транспорт ҳаракати тезлиғини чеклаш, йўл ҳаракати қоидаларига амал қилиш, ҳавфсизлик тасмаларидан фойдаланиш, ичкиликка қарши қонуннинг қабул қилини-ши шахс ҳуқуқини чекласа ҳам жамиятдаги алоҳида одамлар саломат-лиғини ҳимоя қилишда катта таъсири бор. Шунингдек, кимёвий модда-ларни ялписига қўллашнинг айрим турлари аҳоли саломатлиғини сақ-лашда катта аҳамиятга эга. Масалан, сувни фторлаш болалар орасида карлесни олдини олишда аҳамияти бўлсада, аҳоли саломатлиғига зар-рача ижобий таъсир кўрсатмайдиган фторлаштирилган сувни ичишга мажбур бўлади.

Аҳоли саломатлиғини сақлаш усулларини танлаш ўзининг қаршила-ри ва тарафдорларига эга. Масалан, озиқ-овқат маҳсулотларини вита-минлар ва микроэлементлар билан тўйинтириш, чақалоқлардаги асаб тизими туғма тараққиёт нуқсонларини олдини олиш учун фолат кисло-та қўллаш шулар сирасига киради. Ижтимоий саломатлик амалиётида модел сифатида ривожланган мамлакатларда қўлланилиб келинган ва профилактика ҳамда даволашда самарали эканлиги намоён бўлган, тан-нархи арзон усуллар қўлланилади. Соғлиқни сақлашда информацион тизимларни қўллаш биринчи навбатда шифокор сирини сақлашдаги ахлоқий аспектларга таянади. Туғилиш, ўлим, инфекцион касалликлар тўғрисидаги маълумотлар каби ҳисобга олиш ва қайдлаш маълумотлари ва госпитализация кўрсаткичлари эпидемиологлар ҳамда соғлиқни сақ-лаш бошқармаси учун асосий ахборот манбаи бўлиб хизмат қилади. Бу информацияларнинг асосида шахсий ҳисобот ётади, айрим одамларни идентификациялаш эса хизмат мавқеини суиистеъмол бўлишига олиб келади (масалан, кашандалар ва алкоголикларга касалликлари учун ўзла-ри айбдор бўлган деган баҳона остида ёрдам беришдан бош тортиш), шунинг учун мазкур маълумотлардан фойдаланишда эҳтиёт бўлиш ке-рак. Касалланиш ҳолатлари ва кейинчалик уларни кузатиш инфекцион

касалликлар, шунингдек жинсий йўллар билан бериладиган касалликларда катта аҳамиятга эга. Бундай дастурлар конкрет мижозлар тўғрисидаги маълумотларни қайдламасдан, аноним ҳолатда ўтказилади. Шундай усул билан Нью-Йорк штатида СПИД инфекциясига ҳомиладор аёллар ва хатар гуруҳига кирувчилар текширилади. Бу усул ўзининг сарадорлигини кўрсатганидан кейин айниқса катта кўламда ўтказиладиган бўлди. СПИД тарқалишини олдини олишга қаратилган тадбирлар жамиятда инфекцион касалликларни изоляциялашга қаратилган тадбирлар билан зиддиятга бориши мумкин, чунки бугунги жамиятда СПИД билан касалланганларни изоляциялашнинг асло имкони йўқ. 80-йилларда АҚШда СПИД тарқалишини олдини олишга қаратилган сиёсат шундай қўлланилган эдики, бунда гомосексуалистларни дискриминацияси кузатилмасди, улар таносил касалликлари билан оғриганлардек изоляцияланмас, бу эса жамиятда норозиликларни келтириб чиқарарди. Шунинг учун аҳолига бу касаллик ва унинг юқиш йўллари тўғрисида тўлиқ маълумотлар бериш зарурияти пайдо бўлди.

Болалар саломатлигига салбий таъсир кўрсатса ҳам стоматология каби айрим тиббий соҳаларга суғурта қўлланилмаслиги мумкин, пластик хирургияга эса қимматлиги учун ҳамма ҳам мурожаат қилавермайди. Соғлиқни сақлаш миллий дастурини самарали бажариш учун муқобил тиббий хизматни ривожлантириш учун маблағларни ажратиш, ўзини оқламайдиган айрим тиббий муолажаларни камайтириш керак, бу эса аҳолининг айрим қатламларига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

15.2 жадвал

Индивидуал тиббий ёрдамнинг этик аспекти ва жамиятнинг масъулияти

Этик аспектлар	Индивидуал профилактик тадбир	Жамият масъулияти
Яшаш ҳуқуқи	Профилактик тиббий ёрдам олиш ҳуқуқи, шахсий саломатлиги (хатарни камайтириш) соғлиқни сақлаш тизими кўрсатаётган ёрдамдан ташқари қўшимча тиббий ёрдам олиш йўллари излаш	Жамиятнинг ҳамма учун адекват тиббий ёрдам олиши учун масъулияти
Шахс ҳуқуқининг жамият ҳуқуқига қаршилиги	Индивидуал саломатлик учун иммунизациялаш, индивидуал саводхонлик, мажбурий тестдан ўтиш (масалан СПИДга қарши)	Аҳолида иммунитет пайдо бўлиши учун эмлаш, профилактика бўйича саводхонликни ошириш
Тиббий ёрдам олиш ҳуқуқи	Аҳолининг барча табақаларига кўрсатиладиган профилактик ҳамда даво тадбирлари, шошилинч тиббий ёрдам	Яшаш жойидан, миллатидан ва иқтисодий аҳолидан қатъий назар жамиятнинг тиббий ёрдам олиш ҳуқуқи

Этик аспектлар	Индивидуал профилактик тадбир	Жамият масъулияти
Танлаш эркинлиги	Даволовчи врачни эркин танлаш ҳуқуқи	Жамиятни тиббий хизмат нархини назорат қилиш ҳуқуқи
Афзалликка қарши хатар	Беморни ўтказиладиган давога розилиги ҳамда даво ҳақида тўлиқ информация олиш ҳуқуқи	Ижтимоий саломатлик амалиётининг юқори стандартлари
Эвтаназия	Шахснинг ўлимга ҳуқуқи	Шахс ва жамият манфаатлари қондирилишини таъминлаш: оилавий ва ижтимоий манфаатлар суиистеъмол бўлишини олдини олиш
Сир сақлаш	Врач сирини сақлаш ҳуқуқи	Эпидемиологик анализ учун маълумотлар
Даво ҳақида ахборот тўлиқ берилиши ва мижознинг даволаниш учун розилиги	Ахборот олишга ҳуқуқи, даво олишга ва тажриба ўтказилишига розилиги ёки норозилиги	Хелсинки декларациясига мувофиқ тадқиқотлар билан боғлиқ фаолиятни рағбатлантириш
Репродуктив саломатлик	Аборт қилишга ҳуқуқи ва аҳоли кўпайишини идора қилиш тадбирларини баҳолаш: хавфсиз аборт қилдириш ҳуқуқи	Сиёсий ва диний сабабларга кўра туғилишни рағбатлантириши, абортларга қарши ҳаракатда қатнашиш: ҳомиладорликнинг олдини олишдаги муқобил вариантлар
Соғлиқни сақлаш заҳиралари	Ҳаммабоплиги ва аввалдан тўлаш	Аҳолининг барчасини тиббий хизмат билан таъминлаш, тиббий хизмат нархи ошиб кетишини олдини олиш
Ресурсларни тақсимлаш	Шаҳар ва қишлоқ районларига ресурсларни бир текис тақсимлаш	Хатар гуруҳига мансуб аҳоли гуруҳига хизмат қилиш учун ресурсларни йўналтириш: тиббий хизмат нархи ошиб кетишини олдини олиш
Рағбатлантириш тадбирлари	Ижтимоий таъминот, стационар шароитида туғиш, ҳомиладорлик маҳалида тиббий назоратда бўлиш	Миллий аҳамиятта эга бўлган дастурларни амалга ошириш учун жамоалар учун кўшимча маблағ ажратиш
Тиббий муассасалар ёки бир бутунликда жамият соғлиғини сақлаш	Соғлиқни сақлаш локал дастури ва амбулатор тиббий хизмат: мижоз учун қулай бўлган усул билан уйда парваришлаш	Бирламчи тиббий хизмат фойдаси учун воситаларни қайта тақсимлаш, стационар даво марказлари учун чегаралаш

Этик аспектлар	Индивидуал профилактик тадбир	Жамият масъулияти
Аҳоли саломатлигининг умумий ҳолати	Иқтисодий ривожланиш зарура-ти, аҳоли саводхонлиги ва банд-лигини таъминлаш	Хатар омилига қарши кура-шиш, экология ва касб касал-ликлари билан боғлиқ хатарни бартараф этиш
Кам аҳоли ҳуқуқлари	Тиббий хизматнинг ҳаммабоплиги ва тенглиги	Юқори хатар гуруҳига кирув-чиларга асосий диққат-эъти-борни жалб қилиш
Маҳбуслар саломатлигини сақлаш	Инсон ҳуқуқларини ҳимоя қили-ниши, қийнашга, тан жароҳати етказилишига ва маҳбуслар ҳаёти учун хатарли бўлган шароитларга йўл қўймаслик	Инсон ҳуқуқлари: шахсни дав-латдан ҳимоя қилиш, этник асосга кўра оилаларга, шахсга келадиган хатарни бартараф қилиш
Ўлим билан тугов-чи тузалмас дард-га мубтало бўлган беморларга тиб-бий ёрдам	Парвариш ва эвтаназияга ҳуқуқ	Танг ҳолатга тушган оилаларга руҳий ёрдам
Тиббий хизмат нархи ошиб кетишининг олдини олиш	Нотижорат асосида тиббий таъминотини йўлга қўйиш	Соғлиқни сақлаш бошқарув ти-зими доирасида тиббий хиз-матлар нархи ошиб кетишини чегаралаш шакллари

Соғлиқни сақлаш сиёсатида одатда битта йўналиш бошқасининг ҳисо-бига ривожланади. Келажакда ресурсларнинг чегараланганлиги, аҳоли-нинг кексайиши, янги технологияларнинг жадал ривожланиши ва тиб-бий хизмат нархининг ошиб бориши янги муаммоларни келтириб чи-қаради. Буюк Британия соғлиқни сақлаш тизими 65 ёшдан катта бўлган беморлар учун диализ нархини тўламайди. Жиҳозлар етарли бўлмаган-лиги боис советлар соғлиқни сақлаш тизими оғирлиги юқори 1500 граммдан юқори чақалоқларгина тирик туғилган деб тан олган, ундан кичиклари эса совутгичларга солиниб ўлдирилган. Ақсарият фарб дав-латлари тиббий марказларида бедаво дардга мубтало бўлганларни жуда қиммат воситалар билан умрини узайтириш йўлга қўйилган, бу эса бе-мор учун ҳам катта азоб уқубатлар келтириб чиқарган, ҳам маблағларга зиён етказган. Масалан, АҚШда аҳолининг кам таъминланган қисми болаларини иммунизациялаш учун маблағ етарли эмас, бошқа томон-дан эса коронар шунтлаш каби юқори технологияларга жуда катта маб-лағ ажратилади. Шундай қилиб бир муолажа турининг харажатлари бо-шқаси ҳисобига қопланади. Қишлоқ касалхоналарининг ёпилиши ма-ҳаллий жамоалар билан марказий соғлиқни сақлаш идоралари орасидаги зиддиятларга сабаб бўлади.

Инфекцион касалликларни йўқотиш учун улар билан курашиш эм-лаш воситасида олиб борилади, бу эса индивидуал ва ялписига ўтка-

зилиши мумкин. Айрим ота-оналарнинг эмлашдан воз кечиши бошқа болалар учун хавф тугдиради. АҚШда иммунизациялаш бошланғич мактабга қатновчи барча болалар учун мажбурий бўлиб, коллеж ўқувчилари қизамиққа қарши бирламчи ва иккиламчи иммунизацияланганлиги тўғрисида маълумотномани кўрсатадилар. Туғма ва ҳаётда орттирилган қизилчага қарши иммунизациялаш ўғил болалар учун бу инфекция хавфи бўлмаса-да, ўғил ва қиз болалар учун мажбурийдир.

Нацистлар Германияси Иккинчи жаҳон урушида маҳбуслар устидан кўплаб экспериментлар ўтказгани боис одамларда тажриба ўтказиш масаласи катта ташвишларни келтириб чиқармоқда. Нюрнберг жараёнида халқаро врачлик этикаси асосида профессионал жавобгарлик стандартлари ишлаб чиқарилган. Тиббиётдаги этик нормаларнинг бузилишига мисол қилиб Алабама штатидаги Таскижи институтида заҳм юқтирилган қора танли эркакларга нисбатан ҳеч қандай даво ўтказилмаган. Экспериментдан мақсад касалликнинг табиий кечишини ўрганиш бўлган. 70-йиллардан бошлаб, тиббий экспериментлар ўтказиш инсон ҳуқуқлари бўйича Хельсинки декларациясига асосланади.

15.3 илова

НЬЮРНБЕРГ ЖАРАЁНИ ВА ХЕЛЬСИНКИ ДЕКЛАРАЦИЯСИ ҚАРОРЛАРИГА АСОСАН МЕДИЦИНАДА ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАРНИНГ ЭТИК ЖИҲАТЛАРИ

Нюрнберг жараёни хулосаси. Инсон ўзида тажриба ўтказилиши учун рози бўлиши, унга куч ишлатмаслик, алдамаслик, мажбурламаслик: тажрибалар аввалги тадқиқот натижаларига таянган бўлиши ва реал фойда келтирадиган бўлиши: тажриба объектига ортиқча жисмоний ва руҳий зиён етказмаслик: хатар даражаси экспериментнинг гуманитар аҳамиятидан юқори бўлмаслиги зарур. Эксперимент ўтказиётган тадқиқотчилар тайёргарлик, таъминланганлик даражаси ва эҳтимол тутилган ўлим ва ҳатто кеч юзага келадиган функционал бузилишлар учун жавобгардир. Тадқиқот ўтказиётган мижоз ҳар қандай вақтда уни тўхтатиш ҳуқуқига эга, тадқиқотчи эса мижозга ўлим хавфи ёки функционал бузилиш хавфи тутилганида тажрибани тўхтатиш учун жавоб беради.

Хельсинки декларацияси. Эксперимент ўтказиш қабул қилинган илмий принциплар асосида амалга оширилади ва мустақил комиссия томонидан ваколатга олинади. Биомедицина тажрибалари малакали ходимлар томонидан фақатгина кутилаётган фойда юз бериши мумкин бўлган хатардан устун бўлган жабҳаларда, врач сирини сақлаган ва хатарни баҳолаган ҳолда ўтказилади. Тажриба натижалари чоп этилишидан аввал синчиклаб текширилади. Тажриба бошладан аввал ҳар бир мижоз тажриба мақсади, вазифалари, кутилаётган натижалар ва эҳтимол тутилган хатардан огоҳлантирилади. Мижоз ўзининг тажрибага розилиги хусусида ёзма ариза беради ва имзолайди. Клиник тажриба аввалгиларга қараганда самаралироқ бўлган янги даво диагностик усуллари ўз ичига олади. Ҳар бир тажрибада беморларнинг тажриба ва назорат гуруҳига мансуб гуруҳларига энг самарали даволар буюрилади. Тажрибада қатнашишдан бош тортиш мижоз ва врач ўртасидаги муносабатдан келиб чиқмаслиги керак. Мижознинг саломат бўлиши фан ва жамият манфаатлари олдида устун бўлиши керак.

Янги жамоат соғлиқни сақлаш концепцияси билан боғлиқ бўлган этик муаммолар жуда мураккаб бўлиб, у баъзи ҳолларда анъанавий тиббиёт ва ижтимоий қадриятлар билан зиддиятга бориши ҳам мумкин. Бугун бутун дунёда бедаво дардга мубтало бўлган инсонни ўз ихтиёри билан ҳаётдан кетиши — эвтаназия муҳокама қилинмоқда. Соғлиқни сақлаш бўйича давлат стандартлари ва меъёрлари янги даво усуллари ишлаб чиқариш ва ҳаётга тадбиқ қилишда тўсқинлик қилиши мумкин. Аҳолини ўсиш суръати, туғилишни чегаралаш ва аборт масалалари аксарият давлатларда мунозараларга сабаб бўлмоқда. Черков ва бир қанча давлат ташкилотлари туғилишни чегаралашга тўсқинлик қилиши мумкин, бу эса она ва бола саломатлигининг паст даражада бўлишига олиб келади, шунга қарамасдан аҳолининг тиббий саводхонлиги юқори бўлса, кўрсатиладиган тўсқинликларга қарамасдан оилани режалаштиришлари мумкин.

Давлат инвестицияларини тақсимлашда соғлиқни сақлаш тизими энг охирги ўринларга тушиб қолиши мумкин, бундай ҳолат айниқса собиқ иттифоқда кузатилган. Бирламчи тиббий хизматга ажратиладиган воситаларнинг ва диққат-эътиборнинг етарли эмаслиги, чақалоқлар, болалар ва оналар ўлимининг юқори бўлишига олиб келади. Соғлиқни сақлаш тизимига нисбатан қуролланишга кўпроқ маблағ ажратиладиган давлатларда бу муаммонинг ахлоқий жиҳатларига етарли эътибор берилмайди. Шунингдек, либерал демократик режимли давлатларда ҳам соғлиқни сақлашга жуда кам маблағ ажратилади.

Шахс бир бутун жамият каби соғлиқни сақлашда ҳуқуқ ва мажбуриятларга эга. Соғлиқни сақлаш тизимини маблағ билан таъминлашдаги бутун масъулият асосан давлат зиммасида ётади, аммо айрим омиллар борки, бу соҳадаги харажатларни тақсимлашга имкон беради. Соғлиқни сақлашни бошқаришни децентраллаштириш қарорлар қабул қилишда вазифа ва ваколатларни ортиқча бир идорада тўпланиб қолишини олдини олиши билан афзалликка эга, аммо бу ўз навбатида шаҳар ва қишлоқ ҳудудларида тиббий хизмат тизимининг нотекис тақсимланишига олиб келади. Маҳаллий бирламчи тиббий хизмат билан стационар даво муассасалари орасида ресурсларнинг тақсимланиши ҳам катта ахлоқий муаммо ҳисобланади. Ахлоқий концепциялар вақт ўтиши билан ўзгариб боради. Замонавий жамиятда алоҳида шахснинг ҳуқуқи ва мижознинг ҳуқуқи соғлиқни сақлашни режалаштиришда катта рол уйнайди. Шу билан бирга давлатнинг бутун жамият саломатлигини сақлаш бўйича масъулияти экологик ва ижтимоий муҳит хавфсизлигини таъминлашни ҳам ўз ичига олади.

Тиббий хизмат стандартларини сақлаш ва уларнинг даражасини ошириш бўйича соғлиқни сақлаш тизими технологиялар сифати ва баҳолаш

механизмларига муҳтож бўлади. Технологияни баҳолаш ва сифатни таъминлаш муҳим маблағ аспектларига эга. Тиббий хизмат сифатининг паст бўлиши ятроген касалликларнинг кўпайиши ҳисобига соғлиқни сақлашни қимматлаштиради. Агар жарроҳлик муолажаси маҳалида инфекция тушиб қолса, госпитализация муддати узаяди ва мижозни даволаш қимматлашади. Эндоскопик хирургия каби юқори технологияларнинг кенг қўлланилиши ўрин кун ва асоратларнинг кескин камайишига олиб келади.

Тиббий хизмат тиббиёт ходими, муассаса ва жиҳозлар воситасида таъминланади. Тиббий хизмат сифати муассаса жиҳозланишига қараганда ходим малакасига кўпроқ боғлиқ. Шунга қарамасдан, технологик тараққиёт соҳанинг мунтазам ривожланиши учун катта аҳамият касб этади. Лаборатория хизмати, мониторинг, компьютер томография, магнит резонанс ва бошқалар тиббиёт ривожига катта ҳисса қўшдилар, аммо шунга қарамасдан, аҳолининг катта қатламига кенг қўллаш имконини берувчи қуйи технологиялар ҳам бу борада беқиёс аҳамиятга эгадир. Адекват технологияларни баҳолаш соғлиқни сақлаш бўйича халқаро ташкилотларнинг диққат марказида турибди. Шундай қилиб технологияларни баҳолаш ҳар бир алоҳида мамлакатда ресурсларни эътиборга олган ҳолда амалга оширилади.

Жамоат соғлиғини сақлашда ахлоқий аспектлар индивидуал тиббий ёрдамдан кам аҳамиятга эга эмас. Алоҳида мижознинг ва жамият манфаатлари кўпинча зиддиятга дуч келади. Мижоз манфаатлари солиқ билан идора этилувчи йўл ҳаракати тезлигини чегараловчи қонунлар, озиқ-овқат маҳсулотлари сифатига талаблар, мажбурий иммунизациялаш бўйича қонунлар воситасида чегараланиши мумкин. Бошқа томондан эса ош тузини йодлаш ва ичимлик сувини фторлашдан бўйин товлаш аҳолининг катта қисми саломатлигига салбий таъсир кўрсатади. Атроф муҳитни ифлослантириш ҳолларининг жазосиз қолиши аҳоли саломатлиги ва яхши яшашига етказиладиган зиёндр. Технология сифати ва ахлоқ бир-бири ҳамда жамоат соғлиғини сақлаш билан чамбарчас боғланган бўлиб уларни синчиклаб таҳлил қилиш Янги жамоат саломатлик концепциясининг узвий бир қисми ҳисобланади. Алоҳида шахс ҳуқуқи билан жамият ҳуқуқи орасидаги мувозанат жуда беқарор бўлиб, мунтазам назорат остида бўлиши лозим.

Рефератлар учун мавзулар

1. «Тиббий технология» тушунчаси ва тушунчани киритишдан мақсад.
2. Адекват тиббий технология (мисол).
3. Тиббий хизмат сифатини тўлиқ назорат қилиш менежменти.
4. Сифатни коллегиял назорат қилиш.

5. Тиббий муассасаларни аккредитациялаш тизими.
6. Соғлиқни сақлаш ташкилоти фаолиятининг сифатини баҳолаш.
7. Соғлиқни сақлашда қарорлар қабул қилиш сиёсатининг ахлоқий томонлари.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное пособие/ Лисицин Ю. П., Полунина Н. В., Отдельнова К. А. и др. Под ред. Ю. П. Лисицина. М.: Медикосервис, 1998. 698 с.

Al Assaf AF, Schmele JA. The Textbook of Total Quality in Healthcare. Delray Beach, Florida: St. Lucie Press, 1993.

Ellwood PM. Shattuck Lecture: outcomes management. A technology of patient experience. The New England Journal of Medicine, 1988;318:1549-1556.

Fineberg HV, Hiatt NH. Evaluation of medical practices: the case for technology assessment. The New England Journal of Medicine, 1979;301:1086-1091.

Fuchs VR, Garber AM. The new technology assessment. The New England Journal of Medicine, 1990;323:673-677.

Grodin M, Annas GJ. Editorial: Legacies of Nuremberg: medical ethics and human rights, and series of articles in: Journal of American Medical Association, 1996;276:1662-1683.

Библиография

Adelman AG, Cohen EA, Kimball BP, Bonan R, Ricci DR, Webb JG, Laramee L, Barbeau G, Traboulsi M, Corbett BN, Schwartz L, Logan AG. A comparison of directional atherectomy with balloon angioplasty for lesions of the left anterior descending coronary artery. The New England Journal of Medicine, 1993;329:228-233.

Banta HD, Luce B. Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective. Oxford UK: Oxford University Press, 1993.

Bitti JA [editorial]. Directional coronary atherectomy versus balloon angioplasty. The New England Journal of Medicine, 1993;329:273-274.

Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. New England Journal of Medicine, 1989;320:53-56.

Berwick DM, Einthoven A, Bunker JP. Quality improvement in the NHS: the doctor's role I and II. British medical Journal, 1992;304:235-240 and 1992;304:304-308.

Botalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional improvement knowledge to test changes in daily work. Journal on Quality Improvement, 1993;19:424-452.

Canadian Council on Hospital Accreditation. Guide to Accreditation of Long Term Care Facilities: Survey Questionnaire. CCHA, Ottawa, 1985.

Canadian Council on Health Facilities Accreditation. Acute Care: Large Community and Teaching Hospitals. CCHFA, Ottawa, 1992.

Gil AV, Galarza MT, Guerrero R, de Velez GP, Peterson OL, Bloom BL. Surgeons and operating rooms: underutilized resources. American Journal of Public Health, 1983;73:1361-1365.

Goldsmith J. A radical prescription for hospitals. Harvard Business Review, 1989;67:104-111.

Grad FP. The Public Health Law Manual, 2nd Edition. Washington: American Public Health Association, 1990.

Guide to Clinical Preventive Services: Report of the US Preventive Services Task Force. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 1989.

Harvard Community Health Plan. HCHP Screening and Prevention Guidelines, 1992. Boston

Massachusetts: HCHP, 1992. Institute of Medicine. Assessing Medical Technologies. Washington: National Academy Press, 1985.

Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines. Washington: National Academy Press, 1985.

Joint Commission. Primer on Indicator Development and Application: Measuring Quality in Health Care. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1990.

Kearney BJ. Health technology assessment. Journal of Quality in Clinical Practice, 1996; 16:131-143.

Landau C, Lange RA, Hillis LD. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. The New England Journal of Medicine, 1994;330:981-993.

Loeffel G, Blumental D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. Journal of the American Medical Association, 1989;262:2869-2873.

АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ САҚЛАШНИНГ ХАЛҚАРО АСПЕКТЛАРИ

Бобнинг мазмуни

Кириш * Дунё аҳолисининг саломатлиги * Умумжаҳон аҳолисининг саломатлиги концепцияси устунлиги * Аҳоли саломатлиги ва илмий техник прогресс * Соғлиқни сақлаш бўйича халқаро ташкилотлар * Дунё аҳолиси саломатлигидаги тенденциялар * Юқумли касалликлар билан курашишда халқаро фаолият * Янги мақсад ва вазифалар * Хулоса * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари:

Мазкур бобни ўргангандан кейин талаба қуйидагиларни бажара олиши керак:

- дунёда касалланиш ва ўлимнинг асосий сабаблари;
- регионал даражада саломатликнинг етакчи омиллари;
- жаҳон даражасида аҳоли саломатлиги билан боғлиқ йирик ташкилот;
- халқаро стандартлар ва соғлиқни сақлаш вазифалари;
- касалланишни камайтириш бўйича ўтказиладиган халқаро тадбирлар.

Кириш

Мазкур бобда дунё аҳолиси саломатлиги ҳолати, уларнинг ўзгаришидаги асосий тенденциялар ва юзага келган ҳолатни яхшилаш бўйича ўтказиладиган тадбирлар хусусида сўз боради. Глобал тенденциялар географик регионлар, аҳолининг миллий, маданий ва сиёсий хусусиятларига боғлиқ бўлган иқтисодий ривожланишга кўра таҳлил қилинади. Аввалги бобларда эса соғлиқни сақлашнинг демографик ва эпидемиологик жиҳатлари кўриб чиқилган эди.

Дунё аҳолиси саломатлиги ҳолати

Ер шари аҳолисининг саломатлиги тўғрисида ёзишда турли мамлакатларда учраб турувчи кўплаб ижтимоий-иқтисодий омиллар, касалликлар, функционал бузилишлар эътиборга олинishi лозим. Биологик ва ижтимоий иқтисодий омиллар, атроф муҳит ва соғлиқни сақлаш бўйича ўтказиладиган тадбирлар аҳоли саломатлигига катта таъсир кўрсатади. Ривожланган ва ривожланаётган мамлакатлар орасидаги фарқ жуда катта бўлсада, соғлиқни сақлаш тизимлари орасида бир хил вазифа — аҳоли саломатлигини яхшилаш туради. Сўнгги йилларда ривожланаётган мамлакатлар аҳолиси ривожланмаган давлатлар аҳолисининг ўтмишидаги касалликлардан азоб чекмоқда. Ва аксинча ривожланган давлат аҳолисининг айрим қатламлари энди ривожланаётган давлатлар учун хос бўлган касалликлар билан оғримоқда. Шунингдек ривожланаётган давлатлар аҳолисининг бой қатламлари ривожланган давлатларга хос бўлган хасталиклар билан касалланмоқда, буни юракнинг ишемик касалликлари мисолида кўриб чиқишимиз мумкин. Географик регионлар бўйича давлатларни классификациялаш (ЖССТ регионлари), ижтимоий иқтисодий статусига кўра (иқтисодий ҳамкорлик ва ривожланиш бўйича ташкилот) классификациялаш, шунингдек Шарқий Европа давлатлари ва собиқ СССР га ажратиш демографик тенденциялар ҳамда эпидемиологик ҳолатлар ўзгаришини фарқлаш имконини беради. Давлатларни энг оддий классификациялаш аҳоли жон бошига тўғри келадиган миллий даромадга кўра таснифлашдир. Ривожланган давлатлар аҳолисининг жон бошига тўғри келадиган миллий даромад ривожланаётган давлат аҳолисиникига кўра 20 баробардан ҳам ортиқдир. Шунга қарамасдан ривожланаётган мамлакатларнинг аҳолиси кўпчилиқни ташкил қилади, масалан Хитой ва Ҳиндистон аҳолиси ер шари аҳолисининг учдан бирини ташкил қилади. Иқтисодий ижтимоий жиҳатдан гуллаб яшнаган Европада эса жаҳон аҳолисининг 60 дан бир қисмигина истиқомат қилади, холос.

Ривожланаётган давлатларда одатда соғлиқни сақлашни маблағ билан таъминлаш етарли бўлмайди. Собиқ СССРда бу кўрсаткич миллий даромаднинг бор-йўғи 4% қисмини ташкил этганди.

Дунёда ўртача аҳоли саломатлиги учун миллий даромаднинг 3% қисми ажратилади: кам ривожланган давлатларда бу кўрсаткич 1% дан кам, энди ривожланаётган давлатларда 1,4%, иқтисодий жиҳатдан ривожланган давлатларда эса 3,3% дан кўп маблағни ташкил этади (бу гуруҳда ҳам бу кўрсаткич хилма-хил бўлиб, АҚШда 14% гача етади). Шундай қилиб кам ривожланган давлатларда бу кўрсаткич аҳоли жон бошига йилига 5 доллар, АҚШ да эса 2 минг долларни ташкил этади. 1990 йилда дунё бўйича ишлаб чиқарилган дориларнинг нархи 170 млрд долларни ташкил этган бўлиб, улардан 25,75 млрд қисми ривожланаётган давлатларда ишлатилган.

Ер шары аҳолисининг иқтисодий ривожланиш даражасига кўра тақсимланиши

Мамлакатлар	Аҳоли жон бошига ялпи миллий даромад (доллар)	Аҳолиси, млн
Кам ривожланган	635 дан кам	3,127
Ривожланаётган	635-7,911	1,401
Ривожланган	7,911 дан кўп	822

Дунё аҳолисининг 77% дан ортиқ қисми ривожланаётган ва кам ривожланган давлатларга тўғри келади. Юқоридаги жадвалда бу давлатлардаги демографик кўрсаткичлар қиёсий таҳлил қилинган. Аҳоли жон бошига тўғри келадиган миллий даромад ва туғилиш кўрсаткичи аҳоли саломатлиги даражасига катта таъсир кўрсатади. Аҳоли ўсиш суръатларининг ўта юқорилиги, болалар ўлимининг камайиши ривожланаётган давлатларда камбағалчилик ва аҳоли саломатлигининг ёмонлашувига олиб келувчи асосий сабаблардан биридир. Индустириаллашган, ривожланаётган ва кам ривожланган давлатлардаги демографик ўзгаришлар тенденциялари ва аҳоли саломатлигининг ўзгариши дунё аҳолиси саломатлиги учун ижобий силжишларга олиб келмоқда. Ривожланаётган давлатларда аёллар саводхонлиги ошиб бормоқда, дунёнинг барча давлатларида эмлаш кўрсаткичлари яхшиланиб бормоқда. Бу эса ўз навбатида чақалоқлар ва болалар ўлимининг камайишига ва умр кўриш давомлилигига таъсир кўрсатмоқда.

Шунга қарамасдан алоҳида давлатларда аҳоли саломатлиги жуда катта фарқ қилади, масалан оналар ўлими кам ривожланган давлатларда индустриаллашганларига қараганда 60 баробар кўпдир.

Кўрсаткичлар	Ривожланган давлатлар	Собиқ СССР	Ривожланаётган давлатлар	Кам ривожланган давлатлар
1993 да бу гуруҳдаги давлатлар сони	30	15	100	35
Аҳоли сони, млн	941	293	4,318	550
16 ёшгача бўлган болалар сони, млн	198	80	1,605	255
Аҳоли жон бошига миллий даромад (АҚШ доллари ҳисобига)	19,5	2,0	0,9	0,2

Кўрсаткичлар	Ривожланган давлатлар	Собиқ СССР	Ривожланаётган давлатлар	Кам ривожланган давлатлар
Етук ёшдаги аёллар саводхонлиги, %	95—	—97	33—35	18—32
Соғлиқни сақлаш ва мудофаага ажратилган давлат маблағи	13—13	—	4—11	5—13
Туғилиш коэффициенти	20—14	—16	42—30	48—44
Аҳоли сонининг табиий ўсиши (1960—1993)	3—2—2	—2	6—4—4	7—7—9
Ўлим кўрсаткичи (1960—1993)	10/10	—11	20/9	25—18
Умр узунлиги (1960—1993)	69—76	—69	46—62	39—50
Болалар ўлими (1960—80—90)	43—17—10	—41	216—138—102	282—221—173
Чақалоқлар ўлими (1960—1993)	36—9	—35	137—69	171—111
Туғилганда вазн камлиги (1990) тирик туғилганларга нисбатан, %	6	—	19	24
Бир ёшгача бўлган болаларда эмлаш қамрови АКДС, полиомиелит, қизамиқ (1990—1993), % ҳисобида	87—92—80	70—72—87	79—79—73	55—55—54
Контрацептив воситалардан фойдаланиш (1980—1993), % ҳисобида	72	—	54	16
Малакали тиббий ходим томонидан қабул қилинган туғруқ, % ҳисобида	98	—	55	27
Оналар ўлими (1980—1992)	10	50	531	607

1960—1993 йилларда чақалоқлар ўлими ҳар мингта тирик туғилган чақалоққа нисбатан кам ривожланган мамлакатларда 171 дан 111 гача, ривожланаётган мамлакатларда 137 дан 69 га гача ва ривожланган мамлакатларда 36 дан 9 гача камайди. ЖССТ нинг Жаҳон аҳолисини тадқиқ қилиш бўлимининг берган баҳосига кўра 2000 йилда ривожланаётган давлатларда чақалоқлар ўлими ўртача 60 ни ташкил қилади.

Ривожланган давлатларда ишлаб чиқарилган стандартлар ва усуллар ривожланаётган давлатларда қўллаш учун ҳам қулайдир. Аммо айрим ҳолларда соғлиқни сақлашнинг айрим устувор йўналишларини муво-

фиқ танламаслик бюджет ресурсларининг нотўғри тақсимланишига олиб келади, бу эса қишлоқ жойларидаги тиббий хизматни янада ёмонлашувига олиб келади. Бошқа томондан олиб қаралса, нотўғри ташкиллаштирилган эмлаш аҳоли саломатлигининг кескин ёмонлашувига сабаб бўлади. Ижтимоий саломатлик стандартларини ошириш улкан тиббий ва тадқиқот потенциалларига эга давлатлар зиммасидаги иш бўлиб, бу фармацевтика саноати, иммунизация, аҳолини тиббий тестлардан ўтказиш ва сурункали касалликларнинг профилактикаси соҳасига ҳам тааллуқлидир.

Умумий саломатлик концепциясидаги устувор йўналишлар

Болалар муаммолари бўйича умумжаҳон форуми 1995 й. гача бажарилиши керак бўлган 10 та устувор йўналишларни белгилаб берди:

1. Аҳолини камида 80% қисмини эмлашдан ўтказиш.
2. Чақалоқларни қоқшол билан касалланишини бартараф этиш.
3. Қизамиқ билан касалланишни ва ўлимни бутунлай йўқотиш.
4. Аксарият регионларда полиомиелит билан касалланишни кескин камайтириш.
5. Диареяларда орал регидратацияни 80 %гача қўллаш.
6. Туғруқхоналар ва оналар марказлари кўкрак сути билан боқишни тарғибот қилиши керак.
7. Ҳамма жойда ош тузи йодланишига эришиш.
8. А гиповитаминозини кескин камайтириш.
9. Ришта билан касалланишни кескин камайтириш
10. Болаларни ҳимоя қилиш декларациясини барча мамлакатларда ратификациялаш.

Умуман олиб қаралганда кўрсатилган вазифаларни амалга ошириш бўйича кўп ишлар қилинган. Ресурслари чегараланган давлатларда бундай вазифани бажариш тиббиёт соҳаларининг устувор йўналишларини танлашга мажбур қилади.

Камбағаллик—аҳоли ўсиш суръати—атроф муҳит

Камбағаллик, аҳоли ўсиш суръати ва атроф муҳитнинг ифлосланиши ўзида миллионлаб одамлар яшайдган нуқсонли ҳалқани келтириб чиқаради. Аксарият давлатларда бу уччала фалокатга соғлиқни сақлашга кам маблағ ажратиш, тоталитар давлат тузуми ҳам қўшилади, оқибатда давлат аҳоли этиёжларини қондира олмасдан, касалланиш ва эрта ўлимига сабаб бўлади. Фақат соғлиқни сақлаш тадбирларининг ўзигина даромаднинг камлигига, антисанитар яшаш шароитига, аҳоли зичлигининг ҳаддан ошиб кетишига сабаб бўлади.

Саноати яхши ривожланган шимолий ярим шарда бу муаммолар анча ечимини топган, аммо бу жойда ҳам ҳанузгача аҳолининг айрим қатламлари орасида камбағаллик, уйсизлик, инсонни инсон томонидан эксплуатациялаш, олдини олса бўладиган касалликлар билан юқори хасталаниш, атроф муҳит ифлосланиши, тиббий таъминот нархининг баландлиги кузатилади. Аксарият ривожланаётган давлатлар жойлашган жанубий ярим шарда болалар ва оналар саломатлигини яхшилашга, иқтисодий-ижтимоий ривожланишни тезлаштиришга қаратилган кенг қамровли тадбирлар қўлланилиши керак. Шимол ва жануб орасидаги ижтимоий иқтисодий фарқлар глобал саломатлик сиёсатида катта рол ўйнайди.

90-йилларда айрим ривожланаётган мамлакатлар саводли ва арзон ишчи кучи билан тўлиб тошган бозор иқтисодиёти натижасида жадаллаштирилган иқтисодий босқичга кирди. Айрим Осиё мамлакатларида иқтисодий ўсишнинг жадал суръатлари анъанавий маданий ҳаётнинг ўзгаришига олиб келади (масалан қишлоқ ҳаёт тарзи камаяди).

Болалар саломатлиги

Ривожланаётган давлатларда умумий ўлимнинг учдан бир қисми (13 млн атрофида), ривожланган давлатларда 2,4% (280 минг) 5 ёшгача бўлган болаларга тўғри келади. Ривожланаётган мамлакатларда (Хитойдан ташқари) бола ҳаётининг 5 ёшигача бир йилда уч мартагача диарея билан оғрийди. 1993 йилда диарея 5 ёшгача бўлган 2,9 млн бола ҳаётига зомин бўлган (1983-йилда бу кўрсаткич 4 млн га тўғри келганди). Ўлимга олиб келган 6% ҳолда диарея қизамиқ билан уйғунлашиб келган. 2000-йилга келиб диареяга қарши мавжуд воситаларни самарали қўллаш натижасида ўлим 2 баробаргача камайди. Ҳар йили 2 млн га яқин болалар эмлаш билан олдини олса бўладиган касалликлардан ўлиб кетади 1993-йилда қизамиқдан 1,1 млн бола ўлган бўлиб бу кўрсаткич 1983-йилда 2,5 млн ни ташкил этган эди. Неонатал қоқшолдан 600 минг, кўкйўталдан эса 400 минг одам йилига вафот этади. 1994 йили 100 минг болада полиомиелитнинг клиник ривожланган шакли топилган эди. 1983 йилда бу кўрсаткич 350 мингни ташкил қилган эди. Сил ва безгакни профилактик тадбирлар билан олдини олиш мумкин бўлса-да, улардан ўлим аввалгидек юқориликча қолмоқда.

Касаллик	Бир йилда ўлим, минг киши ҳисобида	Орқага қайтарили- ши мумкин бўлган ҳолат, % ҳисобида	Орқага қайтарили- ши мумкин ҳолат, минг киши ҳисобида
Диарея	2900	90	2610
Пневмония	3100	70	2170
Қизамиқ	1100	85	935
Кўкйўтал	400	80	320
Чақалоқлар қоқшоли	600	90	540
Сил	300	65	195
Безгак	800	70	560
Бошқа перинатал касалликлар	2470	25	618
Жами	11670	—	7948

80-йилларда жаҳон бўйича эмлаш 20% ни ташкил қилган эди. 1992 йилда эса полиомиелитга қарши эмлаш 85% болаларни ташкил қилган эди. Ривожланаётган давлатларда 82% болаларда АКДС, 89% болаларда БЦЖ ва 79% болаларда қизамиққа қарши эмлаш ўтказилган. Шуларга қарамадан, миллионлаб болалар олдини олса бўладиган касалликларга қарши эмлашдан ўтмасдан қолди, 1,8 миллион бола улардан нобуд бўлди. 80 йилларнинг охирида 80% болалар бутун дунёда кўкйўтал, қоқшол, полиомиелит ва қизамиққа қарши эмлашдан ўтди. 1988—93-йиллар мобайнида орал регидратацияни қўллаш Океания ва Шарқий Осиёда 32% дан 36% гача, Африканинг Сахарадан жанубий қисмида 28% дан 49% гача, Лотин Америкасида 23% дан 64% гача ошди. Бир бутунликда олиб қарасак, кўкйўтал, бўғма, қоқшол, полиомиелит ва қизамиққа қарши эмлаш кўрсаткичлари 1984 йилдаги 35%дан, 1992 йилга 84%гача ошди. Агар бу йўналиш сақланиб қолса, яқин йилларда асосий болалар касалликлари назорат остига олинади. Аммо, бугунги кунда олдини олса бўладиган касалликлардан ўлим ҳоллари ҳали ҳам юқориликча сақланиб қолмоқда. Бугун дунё аҳолисининг 20% дан ортиғи бирламчи тиббий хизмат олишдан маҳрумдир.

Оналар саломатлиги

Ҳар йили ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида ер шари бўйича 500 мингдан ортиқ аёллар нобуд бўлади. Уларнинг деярли барчаси (99% қисми) ривожланаётган давлатлар ҳиссасига, 95% дан ортиғи Осиё ва Африка ҳудудига тўғри келади. Уларнинг бир қанча сабаблари бор: туғруқ қабул қилиш савиясининг пастлиги, пренатал кузатишнинг йўлга қўйилмаганлиги, тўлақонли овқатланмаслик, темир етишмаслиги оқибатидаги анемия, доялик хизмати сифатининг пастлиги, жуда эрта ёки кечки туғруқ, тез-тез ҳомиладорлик. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларда туғруқ пайтидаги ўлим нисбати ҳар 1000 минг тирик туғилишга 10:600 ни ташкил этади.

Соғлом аёллар, уларнинг репродуктив функцияси давлат соғлиқни сақлаш тизими стандартларининг асосий кўрсаткичларига киради. Қизлар ва аёлларнинг билим олиш учун йўлларини очиш, туғилишни идора этишнинг замонавий усуллари, ҳомиладорликнинг барча босқичларида мувофиқ тиббий кузатув бу жабҳадаги аҳволнинг яхшиланишига олиб келади. Ривожланаётган давлатларда аксарият туғруқ доя хотинлар ҳиссасига тўғри келади, уларни яхшилаб тиббий саводхонлигини ошириш ва рухсатномалар бериш бу борадаги ишларни яхшиланишига олиб келади. Оналар ўлими ҳоларини илмий жиҳатдан тадбиқ қилиш мавжуд ресурслар воситасида камайтириш мумкин бўлган сабабларни аниқлашга имкон беради. Овқат маҳсулотларига темир ва фолат кислотани қўшиш камқонликни олдини олишга, пренатал кузатиш марказлари ва туғруқ бўлимлари, юқори хатар гуруҳига мансуб ҳомиладорларни аниқлаш ва уларни даволаш бўйича анча ижобий ишларни амалга оширишга имкон беради.

ЮНИСЕФ маълумотларига кўра пренатал тиббий кузатувнинг оммабоплиги ошиб бормоқда: 1985 йилда ҳар 100 тирик туғилишдан 58 та ҳомиладор врач назорати остида бўлган бўлса, бу кўрсаткич 1991 йилда 67% ни ташкил этган. Ривожланаётган мамлакатларда ҳомиладор аёлларнинг бор-йўғи 43% қисмигина қоқшолга қарши анатоксиннинг икки ва ундан ортиқ дозасини олган.

Аҳолининг ўсиши

Аксарият жамиятларда аҳолининг ўсиши диний ва сиёсий муаммоларни келтириб чиқаради. Ривожланаётган давлатларда аҳолининг жадал ўсиш суръати қашшоқлик ва оналар ҳамда болалар саломатлигининг паст бўлишига олиб келади. Болалар ўлимини кўп фарзандликнинг иқтисодий омилларини камайтириш билан туғилишни камайтиришга эришиш мумкин. Қишлоқ жойлардаги оилаларда болалар-

нинг кўплиги қишлоқ хўжалик ишларини кўпроқ бажарилишига ва оиланинг иқтисодий аҳволи яхшиланишига олиб келади. Тиббий саводхонлиги юқори аёллар контрацептив воситалар хусусида билимга эга бўлади, бу эса ўз навбатида уларнинг кўпроқ қўлланишига ва туғилиш сонини камайишига олиб келади. Аксарият жамиятларда ҳатто диний таъқиқлар ҳам контрацептивларни қўлланишига монелик қила олмайди. Аҳоли ўсишини камайтириш дастурининг муваффақияти сўнгги йилларда ҳатто Африканинг Саҳарадан жанубий ҳудудларида ҳам кўзга ташланмоқда. Аввалги ўн йилликда мамлакат аҳолисининг ошиши — унинг қуввати ошишига олиб келади, оилада фарзандларнинг кўплиги эса эртанги кунга ишончнинг кучайишига сабаб бўлади деган ишонч бор эди. Сўнгги йилларда эса бу фикр хато эканлигини ҳамма тушуниб етмоқда. Давлатнинг оилани режалаштиришдаги аҳамияти беқиёсдир. Аҳоли санитар билимларининг ошиши, давлат даражасида туғилишни камайтириш, инсон омилига эътиборни кучайтириш бирламчи тиббий хизмат диққат марказида туриши керак.

50-йилларда Хитойда Мао Цзэдун туғилишни камайтириш бўйича тадбирлар ривожланган давлатлар томонидан ривожланаётган мамлакатларга қарши ўтказилаётган геноциднинг янги шакли деб таърифланган эди. Бу хато дунё қарашлари оқибатлари эса ҳатто туғилишни чегаралаш улкан гуноҳ деб ҳисоблайдиган диний таъқиқлардан ҳам аянчлироқ бўлди, аҳоли сонининг беҳад кўпайиб кетиши давлат олдида улкан муаммоларни келтириб чиқарди. Охириги 20—30-йиллардан буён Хитой ва Ҳиндистонда туғилишни чегаралаш бўйича улкан ишлар қилинаётганига қарамасдан ҳали яқин 20 йилларда уни назорат остига олишга имкон йўқ.

16.4 жадвал

Турли иқтисодий ривожланиш босқичида турган давлатларнинг аҳолиси (1965—2030-йиллар) млрд одам ҳисобида

Иқтисодий ривожланиш даражаси	1965 й.	1973 й.	1980 й.	1991 й.	2000 й.	2030 й.
Аҳоли жон бошига ўрта ва кам даромад тўғри келадиган давлатлар	2,6	3,17	3,66	4,53	5,29	7,74
Аҳоли жон бошига юқори даромад тўғри келадиган давлатлар	0,67	0,73	0,77	0,82	0,86	0,92
Дунё аҳолисининг умумий сони	3,28	3,90	4,43	5,35	6,16	8,66

Жаҳоннинг айрим давлатларида туғилиш суръати камайганига қарамасдан аҳоли ўсиши кўпайиб бормоқда. Бир йилда ўртача, 1,73% дан ўсиб бормоқда, жанубий ярим шарда ўсиш суръати шимолий ярим шарга кўра 4 баробар юқоридир. Аксарият Осиё давлатларида сўнгги йилларда туғилиш суръати кескин камайиб ривожланган давлатларникига яқинлашиб қолди. 1960 йилдан 1992-йилгача Жануби-шарқий Осиё ва Океанияда туғруқ кўрсаткичи 5,8 дан 2,6 гача, Лотин Америкасида эса 5,8 дан 1 гача, Африка ва Яқин Шарқда 7 дан 5,1 гача камайди. Африканинг аксарият давлатларида ва Саҳара жанубида аҳолининг ўсиш суръатлари камайганлигига қарамасдан яқин 20 йил ичида аҳоли сони икки баробарга ошади.

Демографик ўтиш даври аҳолининг ёш таркиби, туғилишнинг камайиши, ўртача умр узунлигининг ошиши, кекса одамларнинг кўпайиши билан ифодаланади. Ривожланаётган давлатлар аҳолисининг ёш таркибидан ривожланган давлатлар аҳолисининг ёш таркибига ўтиш ўзида ижтимоий ва иқтисодий аҳволни яхшилашни истаган ҳар қандай мамлакат учун зарурдир. Ҳамма давлатлар кексалар ва болаларни боқиш учун меҳнатга яроқли аҳолига муҳтождир, ривожланаётган давлатларда туғилишнинг кўплиги жамият қудратига ва болаларни тарбиялашга салбий таъсир кўрсатади. Озиқ-овқат маҳсулотлари заҳирасини қишлоқ хўжалигини ривожлантириш билан кўпайтириш мумкин, аммо булар аҳоли кескин кўпайиб кетганида етарли натижа бера олмайди, бундан ташқари табиий заҳиралар ва атроф муҳит потенциали ўсиб бораётган аҳоли эҳтиёжларини қондириш учун етарли эмас.

Тўлақонли озиқланмаслик

Сўнгги йилларда аксарият мамлакатлар кўпроқ озиқ-овқат маҳсулоти ишлаб чиқармоқдалар, аммо Африканинг Саҳара жанубида жойлашган регионларида миллий даромаднинг аҳоли жон боши ҳисобига камайиб кетиши оқибатида аксинча бўлмоқда. Қолган ривожланаётган давлатларда 60—70-йилларда кузатилган ишлаб чиқаришнинг кўпайиши 80-йилларга келиб сусайди. Аҳоли ўсишини камайитириш — ривожланаётган давлатлар озиқ-овқат қувватини ошириш учун муҳим омилдир. Жаҳон аҳолисининг чорак қисми яшайдиган ривожланган давлатлар бугунги кунда озиқ-овқат маҳсулотларининг ярмидан кўпроғини ишлаб чиқмоқдалар, шунга қарамасдан уларда ўсиш суръати жуда кичикдир. Ривожланаётган давлатлар улардан озиқ-овқат маҳсулотларини сотиб олиши учун маблағи етарли эмас. 80-йилларда 77 та давлат овқат етишмасли муаммосини бошидан кечирган эди, 42 давлатда эса озиқ маҳсулотларининг экспорти импортдан устунлик қилганди.

Очиқиш даражаси, мослашиш ва дистрофия даражасини миқдорий жиҳатдан баҳолаш анча мураккабдир: тўлақонли озикланмаганда организм энергия кам тушишига мослашади, энергия сарф бўлишини организмга тушишидан ошиб кетиши эса дистрофия дейилади. У ўз навбатида ўткир ва сурункали турларга бўлинади. Очиқ ва тўйиб овқат емаслик табиий офатлар ва урушлар, шунингдек, овқат маҳсулотларини етиштириш аҳоли ўсиш суръатларидан кам бўлганида кузатилади. У аҳолининг барчаси саломатлигига бирдек салбий таъсир кўрсатса-да, биринчи навбатда аҳолининг энг нозик гуруҳларига зарба беради. Тўйиб овқатланмаслик эркаклардаги иш қобилиятини пасайтиради. 1959—60-йилларда Хитой улкан очликни бошидан кечирган бўлиб, 15 млнга яқин одам нобуд бўлган, аҳолининг демографик кўрсаткичлари ёмонлашган. Асосий хато қишлоқ хўжалигини марказдан туриб бошқаришда бўлиб, деҳқонлар меҳнатини рағбатлантириш йўлга қўйилмаган, бунинг оқибатида эса етарли озик-овқат маҳсулотлари ишлаб чиқарилмаганлигида эди.

Тўлақонли озикланмаётган одамлар сонини баҳолаш жуда қийиндир. Ўсиш давридаги болалар ривожланишининг кўрсаткичлари энг сезгир индикатор бўлиб, аҳоли саломатлигини баҳолаш мезони сифатида қабул қилинган. Ўсишдан орқада қолиш оқсил калория етишмаслигининг энг аниқ аломатидир. Ривожланаётган давлатларда бу кўрсаткич икки ёшгача бўлган 40% га яқин болаларда кузатилган. Ҳиндистонда эса унинг кўрсаткичи 65% ни, Хитой ва Саҳара жанубида 40% ни, айрим Осиё давлатларида эса 50%ни ташкил қилади. ЖССТ стандартларига кўра ер шарида 850 млн одам овқатга тўймайди. Айрим жойларда овқатга ёлчмаслик одат тусига кириб қолган бўлиб, ота оналар болаларнинг ўсиши ва ривожланишига бефарқ бўлиб қолганлар.

Микроэлементлар етишмаслиги ақлий ва жисмоний ривожланишга айниқса салбий таъсир кўрсатади (8-бобни қаранг). Йод ва темир етишмаслиги ҳолатлари, А, В, С, Д гиповитаминозлари аҳоли саломатлигига жуда катта зиён етказилади. Улар орасида темир етишмаслиги айниқса кенг тарқалган бўлиб, аёлларда асосан ҳайз кўриш, эркакларга қараганда кам овқатланиш, тез-тез туғиш оқибатида юзага келади. Ривожланган давлатларда ҳомиладорлар анемияси 15%, Хитой ва Лотин Америкасида 40%, Ҳиндистонда эса 88% аёлларда кузатилади. Россияда темир танқислиги анемияси 50% аёлларда қайд этилади. Болаларда темир танқислиги ақлий ва жисмоний ривожланишдан ортда қолишга, эркакларда эса иш қобилиятига салбий таъсир кўрсатади. Темир сульфат каби арзон препаратларни буюриш аксарият ҳолларда бу ҳолатнинг олдини олади. Тиббий саводхонликни ошириш болаларни яхшироқ парваришлаганга ва яшовчанлигини оширишга олиб келади.

**Турли регионларда аёллар орасидаги темир етишмаслиги анемияси
1992 йил, % ҳисобида**

Регион	Аёллар орасида жаъми	Ҳомиладор аёллар орасида
Ривожланган давлатлар	13	18
Лотин Америкаси ва Кариб ҳавзаси мамлакатлари	31	40
Шарқий Осиё ва Океания	37	49
Яқин Шарқ ва Шимолий Африка	42	52
Қора Африка мамлакатлари	44	52
Жанубий Осиё	60	75

Жаҳонда йод етишмаслигидан 2,3 млрд одам азоб чекади. 2,3 млрд одам эса А гиповитаминози билан оғриган. Ош тузини йодлаш каби оддий амалиёт бундай мудҳиш асоратларни олдини олади. ЖССТнинг ҳисоб-китобларига кўра йод танқислигини олдини олиш харажатлари дунё аҳолисининг жон боши ҳисобига олиб қаралганда 0,05 долларни ташкил қилади. А гиповитаминозини бартараф этиш эса икки ёшдан катта бўлган болалар А витамини капсуласидан кунига уч маҳал буюриш орқали амалга оширилади.

Африканинг, Жануби-Шарқий Осиёнинг ва Шарқий Ўрта Ер денгизи соҳиллари аҳолиси учун инфекцион, паразитар касалликлар, тўйиб овқатланмаслик катта муаммолар ҳисобланади. Айнан мана шу сабаблар болалар ва чақалоқлар ўлимининг кўплигига ҳамда ўртача умр узунлигининг кам бўлишига олиб келмоқда. Ривожланган давлатларда ҳам аҳолининг кексайиши, ҳаёт тарзи билан боғлиқ бўлган юқумсиз касалликлар ҳиссаси ошиб бормоқда.

А гиповитаминози ва йод етишмаслиги билан боғлиқ касалликлар ҳамда улар билан оғриган аҳоли миқдори, млн одам ҳисобига

Оғирлик даражаси	А гиповитаминози	Касалланган аҳоли сони	Йод етишмаслиги билан боғлиқ касалликлар	Касалланган аҳоли сони
Оғир даражада	Кўз яллиғланиши	0,5	Кретинизм	5,7
Ўрта оғирликда	Ксерофтальмия	3,1	Мия фаолияти бузилиши	26
Оғир даражаси	Гемералопия	13,5	Эндемик буқоқ	655
Ўрта даражаси	Ўлим билан туговчи юқумли касалликлар билан оғриш	231	Йод етишмаслиги	1600
Енгил даражаси	Субклиник намоён бўлиши	562	—	—

СПИД ва бошқа юқумли касалликлар

XX асрда юқумли касалликлардан ўлимнинг кескин камайиши врачларни хотиржам қилмаслиги керак. Биринчидан, қизамиқ, полиомиелит, бўғма каби касалликларни олдини олиш анча осон туюлсада, уларни назорат остига олиш ниҳоятда мураккаб вазифадир. Шу сабабли бу касаллик ўчоқлари ҳанузгача айрим мамлакатларда топилмоқда. Шу сабабли МЕКАКАР (Ўртаер денгизи, Кавказ ва Ўрта Осиё атамаларининг инглизча бош ҳарфларидан тузилган) дастурлари ишлаб чиқилган бўлиб, болаларни ялписига полиомиелитга қарши эмлаш лойиҳаси тузилган. Бу лойиҳага асосан 1997 йилда 120 млн бола шолга қарши эмланган, 1996 йилда Россия бу лойиҳага қўшилган. Вирусларнинг онкологик касалликлар юзага келишига сабабчи эканлиги охириги йилларда тасдиқланиб бормоқда, айниқса В ва С гепатити чақирувчи вируслари кўплаб ҳолларда жигар ракини келтириб чиқармоқда. Экспертларнинг баҳосига кўра 15% гача онкологик касалликларни улар билан боғлиқ инфекцион касалликларни даволаш билан олдини олса бўлади.

Микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлиги камайиши оқибатида ер шарининг барча нуқталарида сил билан касалланиш ҳоллари кўпайиб бормоқда. Европа ва Америка ҳайвонлари орасида қутуриш ҳолларининг кўпайиши одамлар популяциясига катта хавф туғдирмоқда. Яқинда Ҳиндистонда кузатилган ўлатнинг ўпка шакли бутун дунё эпидемиологларини ташвишга солиши керак. Эпидемиологик аҳволнинг ёмонлашишига яна бир сабаб, инсон аввал юзма-юз келмаган

СПИД ва Эбол касалликлари янги хавф туғдирмоқда. Сўнгги йилларда 30 дан ортиқ янги касалликлар топилган, Эбол геморрагик иситмаси ва дунёда кўплаб болаларни ичбуруғдан нобуд бўлишига сабаб бўлаётган ротавирусларгача шулар жумласига киради.

Сўнгги йилларда СПИДнинг беҳад кўпайиши иқтисодий-ижтимоий аҳволдан қатъий назар дунёнинг барча давлатларига хавф солмоқда. Ҳозирги пайтда бу касалликдан ўн миллионлаб одамлар нобуд бўлган. Бу дард билан оғриган беморларни даволаш ва уларни парваришлаш, шунингдек, аҳолининг ишга яроқли қисмини йўқотиш ривожланаётган давлатлар иқтисодига катта зарар туғдирмоқда. Жаҳон иқтисодий ривожланиш ҳисоботида кўра ривожланаётган давлатларда СПИД билан оғриганларга кетган харажат 2000 йилда 1,1 млрд долларни ташкил этган.

Эбол иситмаси 1976 йили Суданнинг гарбий экватор провинциясида биринчи марта қайд этилган бўлиб, 1995-йили Конгода ҳам бу касаллик ялписига ўчоқлари топилган, ўлим 70% ни ташкил қилган. Бугунги кунгача бу касалликни олдини олиш ва даволаш бўйича бирорта самарали восита таклиф эилмаган. Шундай қилиб, XX асрда ҳам юқумли касалликлар инсониятга таҳдид туғдирмоқда.

Аксарият ривожланган давлатларда сурункали касалликлар аҳоли саломатлигининг асосий муаммоси бўлиб келмоқда. Юрак қон томир тизими касалликлари, жароҳатланишларнинг асоратлари, рак, руҳий касалликлар шулар сирасига киради. Юракнинг ишемик касалликлари ва инсулт ўлимга олиб келувчи асосий сабабдир. Бутун дунёда йилига жароҳатланиш ва заҳарланишдан 5,7 млнга яқин ўлим қайд этилади, ишлардан 2 млн ривожланаётган давлатлар ҳиссасига тўғри келади.

Норационал ва ортиқча озиқланиш оқибатида юзага келадиган касалликлар ривожланаётган давлатлар аҳолисининг ўрта қисмига тўғри келади. Собиқ СССРда соғлиқни сақлашга етарли маблағ ажратилмаган ва юрак қон томир касаликларидан ўлиш катта муаммони келтириб чиқарган. Жамоат соғлиғини сақлаш чекишга, ичкиликка қарши кампаниялар ўтказиши, соғлом турмуш тарзини реклама қилиши ва шу билан бундай касалликларни олдини олишга ҳисса қўшиши керак. Бундан ташқари ўтиш даврида бўлган давлатларда руҳий саломатлик, оғиз бўшлиғи аъзоларининг соғ бўлиши каби тадбирлар мунтазам ўтказилиши лозим.

Атроф муҳит

Атроф муҳит омиллари ҳар бир давлат аҳолисининг саломатлигига таъсир кўрсатгани учунгина жамоат соғлиғини сақлашнинг диққат-эътиборига кириб қолмасдан, балки, уни асраш учун барча давлатларнинг

кучлари уйғунлашиши лозим. Ривожланаётган давлатларда 1,3 млрд дан ортиқ одам тоза ичимлик сувига ёлчимайди. 2 млрд дан ортиқ киши эса замонавий канализациясиз шароитда яшайди. Ривожланаётган давлатлардаги яшаш шароитининг ёмонлиги ва ҳавонинг ифлосланиши, озиқ-овқат маҳсулотлари сифатининг пастлиги ўткир респиратор ва сурункали нафас йўли касаллиги билан оғриш фоизини оширади. Иқтисодий ривожланиш эса яшаш шароитининг яхшиланиши ва касалланиш ҳамда ўлимнинг олдини олишга хизмат қилади.

Атмосферанинг саноат чиқиндилари билан ифлосланиши, саноат ва маиший ҳаётда ёнилги сифатида тошкўмирнинг кенг қўлланилиши бутун жаҳонда кенг тарқалган. Йилдан-йилга кенгайиб бораётган саноат, электро энергиянинг кўпроқ ишлаб чиқариши, машиналардан чиққан тутун таркибидаги кўрғошин ривожланаётган мамлакатлар ва собиқ СССР республикаларининг энг катта муаммоларига айланиб бормоқда. Тошкўмир ва нефт ёнилғиларидан ажралган ис гази глобал пархона эффектига олиб келади, индустриаллашган давлатлардаги кимё саноатининг кучайиши эса атроф муҳитни ифлослантириб, глобал иқтисодий таназзулларга олиб келиши мумкин.

Илмий-техник тараққиёт ва аҳоли саломатлиги

Аҳоли саломатлиги ва иқтисодий ривожланиш орасидаги боғлиқлик глобал саломатлик концепциясида асосий тушунчалардан бири ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш учун ажратиладиган маблағдан тўғри фойдаланиш ҳам катта аҳамиятга эга. Айрим давлатларда миллий даромаднинг аҳоли жон бошига кам бўлишига қарамасдан саломатликни анчагина яхшилашга эришганлиги кўриниб турибди. Масалан, Хитойда аҳоли жон бошига миллий даромад 370 долларни ташкил қилади, шунга қарамасдан ўртача умр узунлиги ва ўлим кўрсаткичлари ривожланган давлатлар даражасига етиб олди. Шри Ланкада миллий даромад аҳоли жон бошига 500 доллардан тўғри келади, чақалоқлар ўлими бу давлатда 1 минг тирик туғилиш сонига 15 ни ташкил этади. 1989 йилгача Куба иқтисоди социалистик давлатлар ёрдамига таянган эди, СССР парчаланиб кетгандан кейин АҚШ Куба билан савдо сотиққа тақиқ қўйди, бунинг оқибатида эса 1993 йили давлатда иқтисодий аҳвол кескин ёмонлашди. Юқумли касалликлардан, травмалардан ўлим ҳоллари кўпайди, озиқланиш ёмонлашиб соғлиқни сақлаш тизими издан чиқди. Шунга қарамасдан таназзул болаларга қаттиқ таъсир кўрсатмади, 1980 йилда болалар орасида ўлим кўрсаткичи 1 минг чақалоққа 20 тани ташкил этган бўлса, 1996 йилга келиб у 8 тагача тушди. Бу кўрсаткич Япония ва Швеция каби юқори ривожланган давлатлар кўрсаткичлари билан тенгдир.

САЛОМАТЛИК ВА ТЕХНИК ТАРАҚҚИЁТ

Инсон саломатлигининг яхши бўлиши яхши яшаш шароитининг ажралмас бир қисмидир, аммо шунга қарамасдан соғлиқни сақлашга кетган харажатлар иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлайди. Аҳоли саломатлигининг яхши бўлиши 4 жабҳадаги иқтисодий ривожланишга олиб келади: ходимлар касаллиги оқибатида келиб чиқадиган ишлаб чиқаришдаги йўқотишлар камаяди; ходимлар потенциали самаралироқ қўлланилади; болаларнинг мактабга боришларида узилишлар камаяди ва таълим сифати ошади; касалликларни даволашга сарфланадиган маблағ бошқа соҳаларга ишлатилади.

Бир бутунликда олиб қаралганида ижтимоий-иқтисодий ривожланиш даражаси чақалоқлар ўлими кўрсаткичларини белгиловчи асосий омилдир. Бу кўрсаткичлар айниқса Мали, Бангладеш, Марказий Африка, Ҳиндистонда юқори бўлиб, Япония ва Швецияда жуда кичикдир. Малида бу кўрсаткич 1 минг чақалоққа 164 ни ташкил қилиб Япония кўрсаткичларидан 40 баробар ортиқдир.

Техник прогресснинг фойдали ва зарарли томонлари бор. Ривожланаётган давлатга янги технологияларни экспортлаш ишчи кучи арзонлиги учун атроф муҳитни ифлосланишига ва профессионал касалликларнинг кўпайишига олиб келади. Қишлоқ жойлардаги кам таъминланган аҳолининг миграцияси урбанизация жараёнларига олиб келади, бу эса ривожланаётган давлатларда шаҳарлар инфраструктурасида катта муаммоларни келтириб чиқаради.

Овқат таркибида ёғларнинг кўпайиши, атроф муҳит ва сувнинг ифлосланиши, йўл транспорт ҳодисаларининг ошиши, техник прогресс оқибатларидандир. Йўл транспорт ҳодисаларидан жароҳатланиш ва ўлим ривожланаётган давлатлардаги улкан муаммолардан ҳисобланади. 1968 йилдан 1998 йилгача Африка давлатларида йўл транспорт ҳодисаларидан ўлим 4 баробар ошди, Европада эса, аксинча, 20% га камайди.

Аммо фақатгина иқтисодий ривожланишни бу кўрсаткичлар асосида баҳолаш хато фикрлашга олиб келади. Миллий маҳсулотларни тақсимлаш ва аҳолининг мактабга борадиган қисми сони — гуманитар ривожланиш индекси — ГРИ катта аҳамиятга эга. ГРИни ҳисобга олишда ўртача умр узунлиги, аҳолининг саводхонлиги даражаси, даромадлари (аҳоли қашшоқлиги) мезон бўлиб хизмат қилади.

Айрим давлатларда ГРИ кўрсаткичи ялпи даромадга қараганда анча юқоридир. Масалан, Хитой ва Шри Ланкада бу кўрсаткичлар юқорилиги билан ажралиб туради. Шунингдек мамлакатнинг энг қашшоқ худуди Керал штатида ҳам ГРИ Ҳиндистоннинг умумий кўрсаткичидан юқори-

дир. Бошқа томондан олиб қаралса, миллий даромади юқори Қувайт ва Саудия Арабистонида ГРИ кўрсаткичлари анча пастдир.

Техник прогресс атмосферанинг озонлашувига ва пархона эффектига олиб келади. (9-бобга қаранг). Саноат воситалари эскирган ривожланётган давлатларда профессионал касалликлар соғлиқни сақлаш тизими олдида турган энг катта муаммолар сирасига киради.

Соғлиқни сақлаш бўйича халқаро ташкилотлар

1-бобда ёзилганидек, Европадаги биринчи соғлиқни сақлаш ташкилотлари монастирлар қошидаги касалхоналар, айрим диний орденлар, лепрозориялар эди. XIV асрда биринчи марта Венецияда, кейинроқ эса бутун Европада ўлат эпидемиясига қарши ўтказилган карантин илк соғлиқни сақлаш тадбирларидан бирига киради.

Соғлиқни сақлаш бўйича ўтказилган биринчи замонавий тадбирларга 1851, 1874, 1881 ва 1885 йилларда ўтказилган санитария бўйича конференциялар киради. Бу конференцияларда вабо, ўлат, тошмали тиф ва сариқ иситма эпидемияларини олдини олиш муҳокама қилинганди. Вабо бўйича халқаро комиссия Роберт Кохни Мисрга жўнатган ва у биринчи бўлиб вабо вибрионини аниқлаган ҳамда профилактик тадбирларни ишлаб чиққанди.

Миллатлар Лигаси қошидаги соғлиқни сақлаш ташкилоти

Миллатлар Лигаси 1919 йилда Женевада ташкил топган бўлиб, халқаро алоқалар ва жамият хавфсизлиги учун хизмат қилишга мўлжалланган. Миллий Лига Соғлиқни Сақлаш бўлими эпидемиологик Тадқиқотлар Хизматини таъсис этиб уни қўллаб-қувватлаб туради, ҳафталик журнал чоп этишда кўмаклашади. Унинг дастурлари асосида безгак, мохов ва қутуришга қарши кўплаб тадбирлар ишлаб чиқилган. Иккинчи жаҳон уруши даврида миллий лига Гитлерга қарши коалиция ташкил этган бўлиб, миллионлаб асирга тушганларни ватанига қайтариш учун кўплаб тадбирларни амалга оширган. Унинг бу фаолияти интернационал дунёнинг урушдан кейин тинчлик билан яшашига катта ҳисса қўшди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

1946 йили БМТ соғлиқни сақлаш бўйича ихтисослашган муассаса яратишни ўз олдига мақсад қилиб қўйди ва Нью-Йоркда Соғлиқни Сақлаш бўйича Халқаро Конференция чақирилди. Бу конференцияда ЖССТнинг устави қабул қилинди. Ўзининг моҳиятига кўра ЖССТ барча халқлар фаолиятини бирлаштириши ва саломатлик тушунчасини кенг

талқин қилишга асаосланган. Бутун дунё халқлари Соғлиқни Сақлаш тизимини битта доирага уйғунлаштириш унинг асосий вазифаси бўлиб, асосий шиори: «Саломатлик — бу фақат касалликнинг йўқлиги эмас, балки тўлиқ жисмоний, руҳий ва ижтимоий хотиржамликдир».

ЖССТ устави саломатлик стандартларига максимал эришиш ҳар бир инсоннинг ҳуқуқи деб ҳисоблайди. 1948 йилда БМТ Бош Ассамблеясида қабул қилинган инсон ҳуқуқлари бўйича халқаро декларацияда «Ҳар бир инсон ўзининг ва оила аъзоларининг ҳаётий стандартларини таъминлаш ҳуқуқига эга» деб ёзилган.

ЖССТ аъзо-давлатлардан иборат бўлиб, улар инсон саломатлигини максимал яхшилаш бўйича ҳамкорлик қиладилар. У илгарилари мавжуд бўлган БМТ қошидаги қочоқлар муаммолари Агентлиги, Миллатлар Лигаси қошидаги саломатликни сақлаш ташкилоти, санитария бўйича халқаро бюро ўрнини эгаллади. Ишчи комиссия ташкилот принципларини ишлаб чиқиб, глобал саломатлик масъулиятини унга юклади.

ЖССТнинг штаб квартираси Женевада жойлашган бўлиб, Европада (Копенгаген), Яқин Шарқда (Александрия), Африка (Браззавил), Жануби-Шарқий Осиёда (Деҳли), Ғарбий Океанияда (Манила), Америкада (Вашингтон) регионал бўлимлари бор. ЖССТ диққат-эътиборига кирадиган вазифалар жуда кўп бўлиб, соғлиқни сақлашнинг барча муаммоларини ўз ичига қамраб олади.

16.2 илова

ЖССТ УСТАВИНИНГ ПРЕАМБУЛАСИ (1946)

Бирлашган миллатлар ташкилоти уставига мувофиқ таъсисчилар куйидаги принципларни ҳамма халқларнинг бахти ва хавфсизлиги учун асос деб билади:

Саломатлик бу инсоннинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан тўлиқ барамоллиги бўлиб фақат касалликнинг ёки қувватсизликнинг йўқлиги билан белгиланмайди.

Саломатликнинг энг юқори стандартлари ирқи, миллати, сиёсий йўналиши, иқтисодий ва ижтимоий аҳволдан қатъий назар ҳар бир инсоннинг пойдевор ҳуқуқи ҳисобланади.

Барча мамлакатлар аҳолисининг саломатлиги дунёда тинчлик ва барқарорликка олиб келувчи асосий омиллардан ҳисобланади. Бир мамлакат аҳолисининг саломат бўлиши бошқа мамлакатларга ижобий таъсир кўрсатади.

Турли давлатларда соғлиқни сақлаш тизимининг турлича ривожланиши ва айниқса юқумли касалликларга қарши курашишнинг ҳар хил бўлиши ҳамма учун бирдек хавф туғдиради.

Соғлом боланинг атроф муҳитга яхши мослашишига олиб келувчи омиллар биринчи даражали вазифаларга киради.

Аҳолининг барча қатламлари тиббий ва руҳий саводхонликка эришишлари аҳоли саломатлигининг яхши бўлишига олиб келади.

Жамоат соғлиқни сақлаш ташкилотлари орасидаги фаол ҳамкорлик ва маълумот алмашиш аҳоли саломатлигига ижобий таъсир кўрсатади.

Хукумат ўз мамлакат аҳолиси саломатлиги учун жавобгардир, саломатликка эса тегишли ижтимоий ва тиббий тадбирлар орқали эришилади.

Дунёдаги барча давлатлар аҳолиси саломатлигини сақлаш мақсадида ўзаро ҳамкорлик учун мазкур принципларни қабул қила туриб, шартнома тузаётган томонлар ЖССТни БМТ 57 моддасига мувофиқ фаолият юритувчи ихтисослашган идора деб биладилар.

Безгак, шистосомоз, филяриоз, онхоцеркоз, лейшманиоз, гельминтоз каби тропик касалликлар ҳамда силга қарши курашиш ривожланаётган давлатлар олдида турган биринчи даражали вазифадир. Аҳоли саломатлиғни яхшилашда қорачечак, онхоцеркоз ва полиомиелитга қарши кураш муҳим рол ўйнайди. Озиқланишнинг бузилиши оқибатида юзага келадиган сурункали касалликларга қарши курашишда аҳолининг тиббиёт ходимларга, соғлиқни сақлашни эса маблағ билан таъминлашга эҳтиёжини қондириш муҳим рол ўйнайди.

16.3 илова

ЖАҲОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАШКИЛОТИ ИХТИСОСЛАШГАН БЎЛИМЛАРИ ФАОЛИЯТИНИНГ ГЛОБАЛ ЙЎНАЛИШЛАРИ

Оналар ва болалар саломатлиги

ОИТС

Безгак

Юқумли касалликларни назорат қилиш: таносил касалликлар ва моховни эпидемиологик, микробиологик, иммунологик жиҳатларини таъминловчи хизмат

Юқумли бўлмаган касалликлар: юрак-қон томир касалликлари, рак, оғиз бўшлиғининг касалликлари, профессионал касалликлар

Патронаж

Диабет

Атроф муҳит аҳолиси: сув билан таъминлаш, санитария, озиқланиш гигиенаси, кимё саноати

Соғлиқни муҳофаза қилиш

Лаборатория

Тропик касалликларни тадқиқ қилиш ва бу соҳа ходимларини тайёрлаш: шу жумладан безгак профилактикаси бўйича дастур, шистосомоз, трематодлар, онхоцеркозлар, лейшманиоз, дракункулёз, трипаносомоз касалликлари билан курашиш

Сил

Аҳолининг кўпайиши

Тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассисларини тайёрлаш

Эпидемиологик назорат: эпидемиологик ва статистик хизмат, методология, саломатликдаги глобал ўзгаришларни кузатиш ва баҳолаш

Руҳий саломатлик

Оила саломатлиги: оналар ва болалар саломатлиги, озиқланиш
Ахборот тизимлари
Тиббий хизматни ривожлантириш
Иммунизация дастурларини кенгайтириш
Касаллик тарқатувчиларнинг биологияси ва уларнинг тарқалишига қарши курашиш
Фавқулоддаги ҳолатларда ёрдам беришга тайёргарлик: озиқ-овқат билан таъминлаш
Технологияларни баҳолаш: диагностика, терапевтик лаборатория, радиация, анъанавий медицина, хирургия
Диарея касалликларига қарши курашиш
Ўткир респиратор вирусли инфекцияларга қарши курашиш
Геронтология
Янги жамоат соғлиқни сақлаш
Бошқалар

ЖССТ инсоният саломатлигини яхшилаш учун беқиёс ҳисса қўшди. У давлатлараро бутун дунёни қамраб олган ягона соғлиқни сақлаш тизимига бўлган эҳтиёжни қондирди. Ташкилот аъзо бўлган давлатлар томонидан маблағ билан таъминланади. У соғлиқни сақлаш сиёсатидаги янги йўналишларни ишлаб чиқди.

Шунга қарамасдан бу ташкилотнинг ҳам ўз муаммолари ва фаолиятидаги чегараланишлари бор. Ташкилот БМТнинг таркибий қисми бўлганлиги учун қандайдир даражада сиёсийлашди ҳамда «совуқ уруш» даврида регионал зиддиятларга аралашди. Бу ташкилотнинг обрўсини туширди, шу боисдан ҳам АҚШ бир неча йиллар аъзолик бадалини тўлашдан бош тортди. Шунингдек, миллий хусусиятларни назар-писанд қилмасдан озиқланиш бўйича ўтказилган тadbирларда ҳам хатоларга йўл қўйилди, ахборот алмашилиши ва эпидемиологик мониторинг ўтказишда ҳам камчиликларга йўл қўйилди.

Сўнги йилларда СПИД бутун дунё жамоат соғлиқни сақлаш тизимида энг улкан муаммони юзага келтирди. Вирусга қарши курашиш кам самарали эканлиги боис яқин йилларда унга қарши вакцина топилиши даргумондир. Лекин шунга қарамасдан айрим дори моддаларини уйғунлаштириб қўллаш яхши натижалар бермоқда. Дунёдаги 30 млн дан ортиқ СПИД билан оғриганларни даволашга кетадиган улкан харажатлар халқаро соғлиқни сақлаш тизимига оғир юк бўлиб тушмоқда.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҲАСИДА ХАЛҚАРО ҲАМКОРЛИК МУВАФФАҚИЯТЛАРИ

ЖССТ ва ЮНИСЕФ томонидан бошқариладиган халқаро саломатлик ҳаракатлари қуйидаги муваффақиятларни ўз ичига олади:

1. Чинчечакнинг йўқотилиши.
2. Аҳолини эмлаш қамровининг кенгайиши.
3. Полиомиелит билан курашиш ва унинг йўқотилиш эҳтимоли.
4. Қизамиқ билан оғришнинг камайиши ва йўқотиш эҳтимоли.
5. Қоқшол, бўғма, кўкйўтал билан оғришнинг камайиши.
6. Диареяли касалликлар назоратининг яхшиланиши ва ўлим ҳолларининг камайиши.
7. ЎРВИ билан оғришнинг камайиши
8. Онхоцеркоз, лепра, тропик гранулема каби тропик касалликларнинг камайиши. Дракункулезни йўқотиш эҳтимоли.
9. ЖССТ нинг бирламчи тиббий-таъминот принципларини амалга оширишдаги аҳамияти.
10. Аҳолининг соғлиқни сақлаш бўйича билимлари ошиши.
11. «Саломатлик ҳамма учун» дастури.
12. Соғлиқни сақлашнинг устувор йўналишлари.

Агар ЖССТ бўлмаганда уни ўйлаб топиш лозим бўларди. Ўзининг сиёсий табиатига кўра у қийинчиликларни бошидан кечириши билан бирга халқаро ижтимоий институт сифатида барча давлатлардаги соғлиқни сақлаш муаммолари билан шуғулланади. ЖССТ соғлиқни сақлаш муаммоларини халқаро миқёсда ечиш билан шуғулланади. ЖССТ ўз олдига аҳоли саломатлигининг энг баланд бўлишини вазифа қилиб қўйди, бу одамларга ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан сермахсул ҳаёт тарзи кечиришига имкон беради.

ЖССТ Европа бюроси учун аҳоли саломатлигини сақлаш вазифасини ишлаб чиқиш халқаро ҳамкорликлар аҳамиятини кенгайтирди.

ЖССТ ФАОЛИЯТИНИНГ УСТУВОР ЙЎНАЛИШЛАРИ

1. Эпидемик ва инфекцияли касалликлар устидан назорат, карантин ва профилактика тадбирлар ўтказиш.
2. «Саломатлик ҳамма учун», CINDI (юрак ишемик касалликларига олиб келувчи омилларга қарши курашиш).

3. Дори моддалари, витаминлар озиқ-овқат маҳсулотларига минерал қўшимчалар сифатига доир халқаро стандартларни сақлаш.
4. Тиббий тадқиқотлар, эксперт комиссияларининг қарорлари, кутубхоналар яратиш, китоблар чоп этиш, мутахассислар тайёрлаш бўйича мунтазам ахборотлар алмашиниш.
5. Статистика, биология ва фармацевтикада қўлланиладиган атамаларни стандартлаш.
6. Илмий тадқиқотлар ва ахборот алмашинуви.
7. Касалланиш, ўлимни назорат қилиш, соғлиқни сақлаш сиёсатини ва мутахассислар тайёрлашни режалаштириш бўйича ривожланаётган давлатларга ёрдам бериш.
8. Соғлиқни сақлаш бўйича махсус халқаро дастурлар: кенгайтирилган иммунитет дастурлари, диареяли касалликларга қарши курашиш, сил, безгак, СПИД, юрак ишемик касалликларига қарши курашиш.
9. Наркотиклар тарқалишини назорат қилиш, наркоманияга қарши курашиш.
10. Атроф-муҳитни муҳофаза қилиш, атмосфера ва сувни ифлосланишдан сақлаш чора-тадбирлари бўйича дастурлар.
11. Саломатликни сақлаш ва муҳофаза қилиш-иқтисодий ривожланиш асоси сифатида
12. Онalar ва болалар саломатлигини сақлаш, оилани режалаштириш, оналар ва болалар ўлимини камайтириш.
13. Тиббий технологияларни баҳолаш.
14. Соғлиқни сақлаш иқтисодий самарали дастурини танлаш ва бошқариш.
15. «Саломатлик ҳамма учун» дастури фаолиятини маблағ билан таъминлашда аъзо-давлатлар иштирокини таъминлаш.

Болаларни соғломлаштириш муаммолари бўйича халқаро бирдамлик 1990 йилда бўлиб ўтган. Болалар муаммолари халқаро форумда намоён бўлган эди. (2-бобга қаранг) Бу учрашувда 2000 йилгача бир қанча специфик вазифалар қўйилган эди:

- иқтисодий ривожланиш даражаси ва миллий даромадни тақсимлаш;
- аҳолининг таълим даражаси (айниқса аёлларнинг);
- бирламчи тиббий таъминотнинг ҳаммабоплиги;
- тиббий таъминотни маблағ билан таъминлаш;
- даво-профилактик хизматни ташкиллаштириш ва бошқариш;
- мутахассислар ва тиббий муассасаларни тайёрлаш стандартлари;
- атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва санитария меъёрларига амал қилиш;
- оилани режалаштириш ва туғилишни чегаралаш.

ЖССТ ўзининг ҳамда аъзо-давлатларнинг фаолиятидаги асосий йўналишларни белгилаб берувчи ишчи дастурларни ишлаб чиқаради. ЖССТнинг VIII ишчи дастури фаолиятнинг 15 та асосий йўналишларини аниқ-

лаб берди. Улар соғлиқни сақлаш сиёсатини амалиётга татбиқ қилишнинг глобал стратегиясини ўз ичига олади. Аҳолини сифатли озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлаш, саводсизликка барҳам бериш, қашшоқликни камайтириш, иқтисодий ўсишга эришиш шулар сирасига киради.

БМТ га қарашли аксарият муассасалар ва ташкилотлар халқаро жамоат соғлиғини сақлашда муҳим ўрин тутади. МАИР (ракни ўрганиш бўйича халқаро агентлик), ЮНИСЕФ (БМТ қошидаги болалар жамғармаси), қочоқлар муаммолари бўйича халқаро ташкилот, БМТ иқтисодий ривожланиш дастури, Халқаро меҳнат ташкилоти шулар жумласига киради.

ЮНИСЕФ — БМТ қошидаги халқаро факулдадаги болалар жамғармаси

Иккинчи жаҳон урушидан кейинги йилларда БМТ бош Ассамблеяси урушдан жабр кўрган Европа болаларига ёрдам бериш учун ихтисослашган болалар жамғармасини тузди. Аста-секинлик билан жамғарма фаолияти кенгайиб ривожланаётган давлатларда ўтказиладиган турли тадбирларни ўз ичига оладиган бўлди.

Бу ташкилот халқ эҳтиёжи товарлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, она ва болалар саломатлиги ва бутун дунёдаги ижтимоий таъминот тадбирлари ўтказиш учун сарф қилади. Шу билан бирга эмлаш, безгак ҳамда тропик гранулематоз бўйича назорат текширишлари борасида муҳим текширишларни ўтказди. Ривожланаётган давлатларда оилани режалаштириш сиёсатини ҳаётга тадбиқ қилиш ЮНИСЕФ нинг сўнгги йиллардаги устувор йўналишларидандир. ЮНИСЕФ бирламчи тиббий таъминот ва профилактика бўйича бутун дунёда муҳим бошқарув вазифасини бажаради.

Нодавлат ташкилотлари

Нодавлат ташкилотлари кўп бўлиб, улар ривожланаётган давлатларда ва урушлар кечаётган ҳудудларда турли-туман муаммоларнинг ечими билан шуғулланади. Улар ўзининг вазифасига, маблағ билан таъминлашига ва фаолият мазмунига кўра турличадир. Уларнинг аксарияти ривожланаётган давлатларга ёрдам кўрсатиш билан бирга халқаро ташкилотлар муваффақиятга эриша олмаётган ҳолатларда ҳам самарали фаолият юритмоқда. Бундан ташқари уларнинг фаолияти БМТ томонидан мувофиқлаштирилиб туриши лозим.

Одамларнинг диний йўналишларидан қатъи назар уларга ёрдам бериш учун мўлжалланган диний миссиялар ва бирлашмалар илк нодав-

лат ташкилотлари ҳисобланади. Унитариян ўзаро ёрдам комитети, Католик миссияси, ЖОЙНТ — Америка яҳудийлар тақсимлаш комитети, Хитойга тиббий ёрдам бериш бўйича АҚШ бюроси шулар сирасига киради. Халқаро Қизил Хоч, «Врачлар чегара билмайди» ташкилоти, «Еринсонлар учун» ҳаракати каби нодавлат ташкилотлари ривожланаётган давлатлардаги инқирозлар даврида турли-туман фаолият билан шуғулланадилар. Халқаро Ротари клуби эса полиомиелитни йўқотиш бўйича халқаро кампанияларда қатнашади.

Халқаро соғлиқни сақлаш фаолияти билан шуғулланувчи бир қанча инсонпарвар жамғармалар ҳам мавжуд. Кэллогг, Сорос, Рокфеллер жамғармалари соғлиқни сақлаш бўйича халқаро миқёсда фаолият юритадилар. Улар соғлиқни сақлаш дастурлари бўйича муҳим ишларни бажаради.

Барча жамғармалар орасида Рокфеллер фонди катта аҳамиятга эга. 70 йилдан ортиқ фаолият юритиши мобайнида унинг фаолияти бутун дунёга тарқалган. Бу жамғарма безгак, сариқ иситма каби инфекциялар билан курашишда, соғлиқни сақлаш дастурларини амалиётга жорий қилишда беқиёс ишларни амалга оширди.

Халқаро миқёсда иш олиб борадиган нодавлат ташкилотлари инқироз ҳолатларида соғлиқни сақлашни ривожлантириш учун хизмат қилади.

Жаҳон тараққиёт банки

Жаҳон ривожланиш ва реконструкция банкининг штаб-квартираси Вашингтонда жойлашган. Банк иккинчи жаҳон урушидан кейин ривожланган давлатлар томонидан Европа давлатларига ёрдам бериш учун яратилган эди. Шундан буён банк бутун дунё ривожланиш лойиҳаларини маблағ билан таъминловчи асосий манбага айланиб қолди.

Жаҳон банкининг соғлиқни сақлаш лойиҳаларини амалга оширишдаги ўрни тобора ошиб бормоқда. «Тропик касалликлар соҳасидаги мутахассисларни тайёрлаш махсус дастури», «Ғарбий Африкада онхоцеркозга қарши курашиш дастури» каби йўналишларда жаҳон банкининг ўрни беқиёсдир.

1993 йил учун жаҳон ривожланиш ҳисоботида (16-йиллик нашр) саломатлик даражаси, соғлиқни сақлаш сиёсати ва иқтисодий ривожланиш даражаси орасидаги боғлиқликлар муҳокама қилинади. Ҳисоботга кўра аҳоли саломатлигининг яхши бўлиши иқтисодий ривожланишга самарали таъсир кўрсатади. Ҳисобот аҳоли саломатлигини яхшилаш сиёсати борасида ривожланаётган давлатларда ва собиқ совет республикаларида учламчи ёндошиш заруриятини таъкидлади.

1. Ҳар бир оила ўзининг саломатлиги учун қайғура оладиган даражада иқтисодий аҳволини яратиш; аҳолининг қашшоқ қатламлари даромадларини ошириш, аҳоли таълими учун харажатларни кўпайтириш.
2. Соғлиқни сақлаш учун давлат томонидан ажратиладиган маблағни қайта тақсимлаш; инфекцион касалликларнинг олдини олиш ва даволаш учун вакцинацияни кучайтириш;
3. Тиббий хизмат турларининг хилма-хил бўлишини ҳамда рақобатни децентрализациялаш йўли билан рағбатлантириш. Тиббий жиҳозлар етказиб беришда рақобатни кучайтириш, нодавлат ва хусусий ташкилотларни кўпроқ жалб қилиш, тиббий суғурта хизматлари бозорини идора қилиш.

Жаҳон банки бутун дунё соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришда тижорат қарзлари беришда катта ўрин тутаяди.

Жаҳон аҳолиси саломатлиги аҳволидаги тенденциялар

Бирламчи тиббий таъминот концепцияси соғлиқни сақлаш тизими ривожининг асоси сифатида ҳамма жойда қабул қилинган бўлса-да, бу концепцияни ҳаётга тадбиқ қилиниш механизмлари ҳали ишлаб чиқилмаган. Бирламчи тиббий таъминотнинг асосий муаммоларига тиббий ходимларнинг стационар давони бирламчи тиббий ёрдамдан устун кўриши киради. Ижтимоий фикр ҳам иккиламчи ва учламчи тиббий хизмат устунлигини кўрсатади. Профилактик тиббиёт ривожланиши учун маблағларнинг етарли эмаслиги тиббий ходимлар ва аҳолининг бирламчи тиббий таъминотга қизиқишларини кучайтиради. Сўнгги йилларда иқтисодий-ижтимоий муҳитнинг аҳоли саломатлигига катта таъсири борлиги ҳамма томонидан тан олинган. Жанубий яримшар мисолидан кўришиб турибдики, ҳал этилмаган ижтимоий муаммолар демографик портлаш билан кўшилиб таълим, аҳолининг озиқ-овқат билан таъминлаш жараёнларига зарар келтириб, яшаш даражасининг ёмонлашишига олиб келади. Бундан ташқари, сўнгги ўн йиллар мобайнида иш билан таъминлаш, миграция, савдо-сотиқ, атроф-муҳитнинг ифлосланиши билан боғлиқ муаммолар кўпайиб бормоқда. Аҳоли турмуш даражаси юқори бўлган Шимолий яримшар аҳолиси орасида ортиқча вазн, ичкиликбозлик, кашандалик, атроф-муҳитнинг зарарланиши, наркомания, йўл-транспорт ҳодисаси, ҳамда илмий-техник тараққиётнинг тезлашиши билан боғлиқ касалликлар кўпайиб бормоқда.

80—90-йилларда жаҳонда рўй берган глобал иқтисодий ва сиёсий ўзгаришлар соғлиқни сақлаш соҳасидаги прогрессни хавф остига қўяди. Аҳоли сонининг кескин ўсиши ва кексайиши, хроник касал-

ликлар ҳиссасининг ошиши, тиббий хизмат ва тиббий технология на-
рининг кўтарилиши, иқтисодий ўсиш суръатларининг пасайиши, со-
ғлиқни сақлаш учун ажратиладиган маблағларнинг кескин камайиши,
СПИД пандемияси, инфекцияон касалликлар эпидемиясининг тез-тез
пайдо бўлиши, соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотларига, жамият
соғлиғини сақлаш тизимига тўсқинлик қилаётган муаммоларга қиради.

Инфекцион касалликлар билан курашда халқаро фаолият

Халқаро соғлиқни сақлаш эпидемиялар ва инфекцияон касалликлар тарқалишининг олдини олишдан бошланади. Булар ахборотларни ўз вақ-
тида олиш ва тарқатиш, карантин ва профилактик тадбирларни ўтка-
зиш, касалликларни олдини олиш бўйича эмлаш компанияларини ўтка-
зиш кабиларни ўз ичига олади. Чинчечакни йўқотиш борасидаги муваф-
фақиятлар инфекцияон касалликларнинг устидан тўлиқ ғалаба қозониш
мумкинлиги борасида оптимистик прогнозларни юзага келтирди. Аммо
бу оптимизм безгак ва сил касалликларининг кўпайиши, қизамиқни бар-
тараф этишдаги муваффақиятсизликларнинг оқибатида анча сусайди.

Ўрта асрларда кузатилган пандемиялар, 1918—1920 йилларда куза-
тилган «испанка» пандемияси миллионлаб одамларнинг ҳаётига зомин
бўлганлиги олис йиллар хотираси бўлмай қолди.

16.6 илова

АЙРИМ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КУРАШИШ БОСҚИЧЛАРИ

Чинчечак	Ўрта асрлар	Пандемиялар
	XVII—XVIII аср	Вариоляция
	1797 йил	Дженнер вакцинацияси
	1800 йил	Британия қуролли кучларида мажбурий эмлаш
	XIX аср	Мажбурий эмлаш муҳокамаси
	1950 йил	Лиофилизация усули ишлаб чиқилди
1967 йил	1961 йил	Бифуркацион игна воситасида эмлашни осонлаштириш
	1967 йил	ЖССТ нинг чинчечакни бартараф этиш бўйича дастури.
	1975 йил	Ҳиндистонда чинчечакни бартараф этиш Сомалида охирги ҳодиса аниқланди
Безгак	1500 йил эрамиз- гача	Гиппократ — ҳаво, сув ва жой концепцияси
	X—XVIII асрлар	Хин дарахти пўстлоғи билан даволаш
	1900—1945 йиллар	Безгак қўзғатувчиси яшаш цикли аниқланди
	1930 йил	Анофелес билан кураш бошланди

16.6 илова давоми

	1940 йил	Безгакка қарши синтетик дорилар яратилди
	1951 йил	Безгак билан оғриган бемор уйини ДДТ билан ишлов бериш
	1969 йил	Ривожланаётган давлатларда безгакка қарши курашда муваффақият кузатилди
	1970 йил	Безгак 140 давлатнинг 36 тасида бартараф қилинади, бу бир неча юз минг одам ҳаётини сақлаб қолди.
	1990 йил	Безгакнинг янги ўчоқлари пайдо бўлди, ҳар йили 100 млн касалланиш қайд қилинди, 1,5 млн ўлим кузатилди
Полиомиелит	1940—50 йиллар	Бутун жаҳонда кенг тарқалди
	1956 йил	Солкнинг инактивланган вакцинаси ишлаб чиқилди
	1961 йил	Сэбиннинг тирик орал поливакцинаси ишлаб чиқилди.
	1980 йил	Жанубий Америкада йилига 2 марта ёппасига курашиш ўтказилди.
	1988 йил	ЖССТ 2000 йилгача полиомиелитни йўқотиш вазифасини қўйди
	1994 йил	Жанубий Америкада касаллик йўқотилди
	1996 йил	Россия болаларни ялписига эмлашга қўшилди (МЕКАКАР)
	2000 йил	ЖССТ ёввойи вирусни тугатиш вазифасини қўйди
Дракункулез (ришта)	1990 йил	Африка ва Осиёда 3 млн одамни касал қилди. Касалликни бартараф қилиш вазифаси қўйилди
	1995 йил	Касалликка қарши курашишда юксалиш, 1992—93 йилларда касалликни 25% га камайтириш.
Қизамиқ	1961 йил	Тирик вакцина ишлаб чиқилди
	1970 йил	Тўлиқ тугатиш прогнози
	1980 йил	Қайта эпидемиялар
	1988 йил	Икки марталаб эмлашни йўлга қўйиш
	1990 йил	Қизамиқ—ривожланаётган давлатларда болалар ўлимига олиб келувчи асосий сабаб Тўлиқ тугатиш глобал вазифасини кескин камайтириш билан алмаштириш.
	1995 йил	Касалликка қарши кураш стратегиясини қайта қўриб чиқиш: икки марталаб эмлашни йўлга қўйиш.

Инфекцион касалликларга қарши курашиш ҳаммадан аввал эпидемиологик назоратни, миллий ва глобал хизматларни такомиллаштиришни талаб қилади. Инфекцион касалликларга қарши курашишда халқаро ҳамкорликнинг фойдали эканлиги хусусида мисоллар жуда кўп. Чинчечакни бутунлай тугатиш, полиомиелитни кескин камайтириш барча давлатларнинг ҳамкорликдаги фаолияти натижасида амалга оширилади.

Янги мақсад ва вазифалар

ЖССТ тузилганидан буён жаҳон аҳолиси саломатлигини яхшилаш йўллари излаш давом этмоқда. Олмаота декларацияси ва «Саломатлик-ҳамма учун» ҳаракати томонидан ишлаб чиқилган ёндошув халқаро соғлиқни сақлаш сиёсатининг узвий бир қисми бўлиб қолди.

ЖССТ тамғаси остида ЮНИСЕФ билан ҳамкорликда ўтказилган Олмаота конференцияси бирламчи тиббий-санитария ёрдами ривожлантиришга қаратилган соғлиқни сақлаш миллий хизматининг янги дастурини ишлаб чиқди. Бу болалар, оналар ва жамиятнинг бир бутунликдаги саломатлигини яхшилашга қаратилган бирламчи тиббий хизмат тадбирларини ишлаб чиқишни рағбатлантирди.

1980-йиллар мобайнида ривожланаётган ва кам ривожланган давлатлар аҳолиси саломатлигининг яхшиланиш тенденцияси кузатилди.

1990 йилда болалар саломатлиги муаммоси бўйича ўтказилган форумда соғлиқни сақлаш вазифалари ва мақсадлари қайта кўриб чиқилди.

Олмаота конференциясида ҳамда халқаро болалар муаммолари бўйича ўтказилган форумда шакллантирилган принциплар ва мақсадлар янги юз йилликда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Аммо шунга қарамасдан ҳар бир давлат бу мақсадга эришиш учун миллий фаолият режасини ишлаб чиқиши лозим. Бунга қуйидагилар киради:

- стратегик мақсадлар;
- зарурий воситаларни баҳолаш ва мувофиқ тақсимлаш;
- секторлараро ҳамкорлик;
- мутахассислар тайёрлаш;
- аҳоли таълим даражасини ошириш;
- жамият қўллаб-қувватлашини ташкил этиш.

Ушбу вазифаларни амалга ошириш катта куч-қувватни талаб қилади, унинг натижасида касалланиш ва ўлим камайдди. Қўйилган вазифаларнинг асосий қисми ривожланаётган давлатлар томонидан маъқулланади. Озиқ-овқат сифати яхшиланди, иммунизациялаш кўлами кенгайди. Қизамиқдан ўлим 80% гача камайди. Аксарият ривожланаётган давлатларда полиомиелит бартараф этилди: йод танқислиги оқибатида ва А витамини етишмаслигидан юзага келувчи касалликлар камайди:

перорал регидратацияни қўллаш кўпайиб, ҳар йили миллионлаб одамларнинг ҳаётини сақлаб қолди; дракункулёз билан хасталаниш 90% гача камайди ва яқин келажакда ер шаридан буткул йўқотилади; она сути билан боқиш фаол тарғиб этилмоқда. Болалар ҳуқуқини ҳимоя қилиш Декларацияси халқаро миқёсда кучга кирди (State of the Children, 1995, 12-13).

Қўлга киритилган ютуқларга қарамасдан ўлим, жисмоний ва руҳий бузилишлар, инфекцион касалликлар оқибатида юзага келувчи ҳолатлар миллионлаб кузатилмоқда. Оналар ва болалар саломатлиги, оилани режалаштириш, туғилишни камайтириш, оналарнинг касалланиши ва ўлими, зўравонлик ва сексуал бузуқликлар, витаминлар ва минераллар танқислигини профилактика қилиш, таълим даражасини ва яшаш шароитини яхшилаш глобал соғлиқни сақлашнинг диққат марказида турибди. Аҳолининг ёш, ишга яроқли қисмини ноинфекцион, юрак-қон томир касалликлари, рак ва қандли диабет билан оғриши, жароҳатланиш борган сари каттароқ аҳамият касб этмоқда. Руҳий хасталарни, ногиронларни, қарияларни тиббий таъминлаш ҳар бир давлат ва регион глобал соғлиқни сақлаш тизимининг глобал муаммоларига киради.

Бу муаммоларни ечиш учун халқаро ташкилотлар, давлат ва ҳар бир инсон иштироки талаб қилинади. Мавжуд соғлиқни сақлаш тадбирларини самарали қўллаш бир неча йиллар ичида кўрсатилган муаммоларнинг ечимига олиб келади.

Хулоса

Янги жамоа соғлиғини сақлаш ҳар бир алоҳида одамнинг саломатлигини ер шари аҳолиси саломатлиги сифатида кўради. Транспорт ва алоқа тизимларининг беҳад ривожланиши дунёмизни кичрайтирди, одам бир неча соат ичида дунёнинг истаган ҳудудига етиши мумкин. Шу сабабли бир давлатнинг эпидемиологик ҳолати бутун дунё саломатлигига таъсир кўрсатади.

Соғлиқни сақлаш халқаро ташкилотлари соғлиқни сақлаш бўйича интернационал вазифаларни ҳал этиш учун ҳамкорлик қилишлари зарур.

Ривожланган ва ривожланаётган давлатлар орасида мавжуд бўлган тенгсизликларга қарамасдан жаҳон аҳолисининг саломатлиги яхшиланиб бормоқда. БМТ тамғаси остида фаолият юритувчи халқаро ташкилотлар, икки томонлама ҳамкорлик, хусусий жамғармалар ва нодавлат ташкилотлари соғлиқни сақлашга етарли ҳисса қўшса-да, барибир асосий масъулият миллий ҳукуматлар зиммасида ётади.

Халқаро ташкилотлар айрим давлатларда бирламчи тиббий таъминот, профилактика жабҳаларининг устуворлигига эришди. «Саломатлик-

ҳамма учун» халқаро ҳаракати иштирокчи-давлатларнинг аҳолиси соғлиғини сақлашда катта ўрин тутади. У давлат ва регионал соғлиқни сақлаш институтларига мураккаб вазифани бажаришда ёрдам беради.

Рефератлар мавзулари

1. Ривожланаётган давлатларда касалланиш ва ўлимнинг асосий сабаблари.
2. Ривожланган давлатлар аҳолисининг касалланиши ва ўлими сабаблари.
3. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларнинг демографик хусусиятлари.
4. Халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотлари ва уларнинг функцияси.
5. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ), таркиби, функцияси.
6. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларда озиқланиш муаммолари.
7. Глобал миқёсда хавф туғдирувчи инфекцион касалликлар.
8. Чинчечак йўқотилиши тажрибасини замонавий жамоат соғлиқни сақлашида қўллаш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Carfield R., Santana S. The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba. *American Journal of Public Health*, 1997; V.87, No.1: 15-20.

Basch PF. *Textbook of International Health*. New York: Oxford University Press, 1990.

Gray A [ed]. *World Health and Disease*. Oxford: Open University Press, 1993.

Lambo TA, Day SB. *Issues in Contemporary International Health*. Plenum Medical book co., 1990.

The State of the World's Children, UNICEF, 1993 and 1994. New York: Oxford University Press, 1993 and 1994.

Weil DEC, Alicbusan AP, Wilson JF, Reich MR, Bradley DJ. *The Impact of Development Policies on Health: A Review of the Literature*. Geneva: World Health Organization, 1990.

World Health Organization. *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000: Second Evaluation. Eighth Report on the World Health Situation: Region of the Americas*. Washington: Pan American Health Organization, 1993.

Библиография

Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1993.

Basch PF. Vaccines and World Health: Science, Policy and Practice. New York: Oxford University Press, 1994.

Berlinguer G. The interchange of disease and health between the old and new worlds. American Journal of Public Health, 1992;82:1407-1413.

Davies AM [ed]. Research Strategies for Health. Lewiston, New York: Hogrefe and Huber Publishers, 1992.

Doll R. Health and the environment in the 1990s. American Journal of Public Health, 1992;82:933-941.

Morse SS [editorial]. Global microbial traffic and the interchange of disease. American Journal of Public Health, 1992;82:1326-1327.

Pan American Health Organization. International Health: A North South Debate. PAHO, 1992.

Pickett G, Hanlon JJ. Public Health - Administration and Practice. Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing, 1990.

Roemer MI, Roemer R. Global health, national development, and the role of government. American Journal of Public Health, 1990;80:1188-1192.

Winkelstein W [editorial]. Determinants of worldwide health. American Journal of Public Health, 1992;82:931-932.

Publications and Journals

Bulletin of the World Health Organization: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Bulletin of the Pan American Health Organization

World Health Organization. Health for All Series. Geneva: WHO, 1978-1982.

International Agency for Research on Cancer, Lyons France.

International Digest of Health Legislation

Population Reports. Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market place, suite 310, Baltimore Maryland 21202-4012.

Public Health Papers

Weekly Epidemiologic Record: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Forum: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Statistics Quarterly: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Organization, Technical Report Series, 1211 Geneva 27, Switzerland.

ЎЗБЕКИСТОНДА АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИ ВА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ

Бобнинг мазмуни

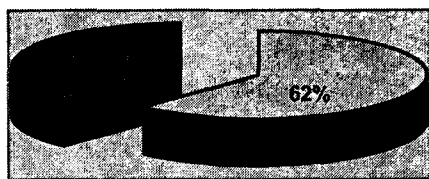
Тиббий демографик кўрсаткичлар; туғилиш, ўлим, гўдаклар, оналар ўлими кўрсаткичларининг тенденцияси. * Оналар ва болалар саломатлиги. * Аҳолининг касалланиши, меҳнатга лаёқатсизлик ва ўлим сабаблари. * Ўзбекистонда Соғлиқни Сақлаш. * Давлат соғлиқни сақлаш тизими. * Соғлиқни сақлашнинг хусусий ва бошқа тизимлари. * Даволаш-профилактика муассасаларининг номенклатураси. * Бирламчи тиббий санитария хизматини ташкил этиш. * Аҳолига стационар хизматини ташкил этиш. * Соғлиқни Сақлаш тизимини молиялаштириш. * Санитария-эпидемиология хизматини ташкил этиш. Ўзбекистонда Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг мақсади ва асосий вазифалари, эришилган ютуқлар.

Тиббий демографик кўрсаткичлар

Ўзбекистон Марказий Осиё мамлакатларининг қоқ марказида жойлашган мустақил – суверен давлат бўлиб, икки асосий дарё Амударё ва Сирдарё оралиғидаги минтақада жойлашган. Ўзбекистоннинг ер майдони 448,9 минг кв. км. га тенг.

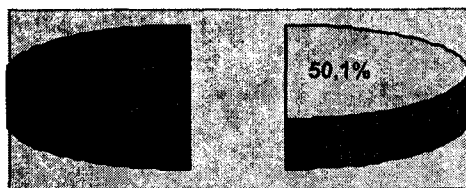
Маъмурий ҳудудий таркиби бўйича мамлакат 12 та маъмурий минтақа (вилоятлар) ва Қорақалпоғистон Республикасига бўлинади. Ўзбекистон пойтахти – Тошкент шаҳри мустақил маъмурий-ҳудудий birlik саналади.

1-расм. Аҳолининг яшаш жойига қараб тақсимланиши (%)



■ қишлоқ аҳолиси ■ шаҳар аҳолиси

2-расм. Аҳолининг жинсига қараб тақсимланиши (%)



■ аёллар ■ эркаклар

Ўзбекистон Республикасида ҳаммаси бўлиб 120 та шаҳар, 144 та шаҳар типидagi аҳоли турар жойлари ва 163 та қишлоқ туманлари мавжуд.

Ўзбекистон аҳолиси 1 январь 2003 йилга келиб 25.4 млн кишини ташкил этди, уларнинг 63,3% қишлоқ жойларда истиқомат қилади. Республика аҳолисининг 50,1% аёллардан, 49,9% - эркаклардан иборат. Ҳозирги кунда аҳолининг 36,7%ни 0-14 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Юқорида келтирилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда Ўзбекистон аҳолисини демографик жиҳатдан етук аҳоли деб ҳисоблаш мумкин.

Кўп йиллар давомида аҳоли сонининг доимий ўсиши кузатилмоқда.

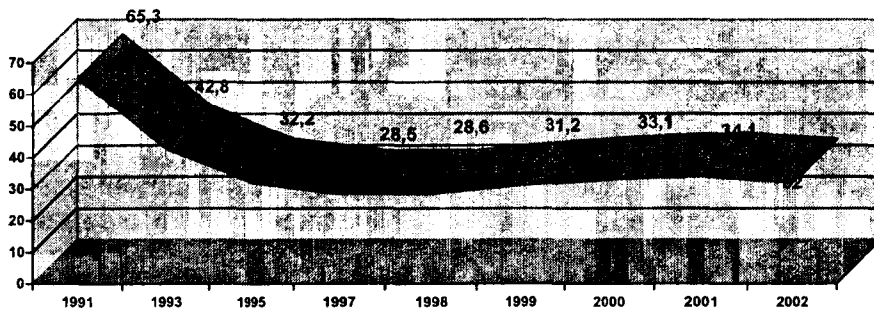
Ўзбекистон аҳолисининг ўртача зичлиги 1 квадрат километрга 55 кишини ташкил этади. Республика ҳудуди бўйича аҳолининг жойлашиши нотекис равишдадир. Аҳолининг бундай нотекис жойлашиши Республика минтақаларининг табиий-географик хусусиятларига боғлиқ. Аҳоли зичлигининг энг юқори кўрсаткичлари текислик, водий ва саноати ривожланган минтақаларга хосдир. Ҳар бир квадрат километрга 520 кишидан юқори бўлган Анлижон, 400 киши тўғри келадиган Фарғона, 292 киши жойлашган Тошкент ва 261 кишилик Наманган вилоятлари худди шундай минтақалардандир. Шу билан биргаликда чўл зоналарида жойлашган Навоий вилояти ва Қорақалпоғистон автоном Республикасида аҳоли зичлиги сезиларли даражада паст бўлиб, тегишли равишда ҳар бир квадрат километрга 9,0 ва 7,1 кишини ташкил этади.

Ўзбекистон Республикасида демографик вазиятни яхшилаш борасида ўтказилаётган чора-тадбирлар натижасида туғилиш кўрсаткичининг 1991 йилдаги ҳар 1000 кишига 34,5 дан, 2002 йилда 20,9 гача пасайиши содир бўлди. Ўзбекистон Республикасида 1991 йилдаги 723.4 мингтадан, 2002 йилда 532,5 мингтагача чақалоқлар туғилишлари камайди.

Кейинги йилларда умумий ўлим кўрсаткичининг 3-5% гача камайиши кузатилди. Агар 2000 йил бу кўрсаткич 5,5 га (ҳар минг аҳолига нисбатан) тенг бўлган бўлса, дастлабки маълумотларга кўра 2002 йилда 5,4га тенг бўлди.

Ўзбекистон аҳолисининг табиий ўсиш кўрсаткичи етарли даражада юқори бўлган мамлакатларга киради. Мамлакат аҳолисининг йилига ўртача ўсиши 1,7% ни ташкил қилади, охиригича ўн йилликда - Ўзбекистон аҳолисининг сони 2 баробардан кўпроққа кўпайди, бу эса абсолют миқдорда ўсиш 12 млн дан кўп демакдир. Демографлар ва статистларнинг ҳисоб-китобига қараганда, аҳолининг табиий ўсиш кўрсаткичи ҳозирги катталиқда сақланиб қолса 2040 йилга келиб Ўзбекистон аҳолиси 50 млн. кишини ташкил қилади.

Юқори рақамли ўсиш кўрсаткичи, умумий ўлим кўрсаткичи айниқса гўдаклар ўлими кўрсаткичи паст бўлганда ижобий ҳисобланади. Аҳоли табиий ўсишининг пасайиб кетиши барча ҳолатларда ҳам жамият тараққиётининг аниқ ноҳушлиқларидан далолат беради.



■ Оналар ўлими (1000 га тирик туғилганларга нисбатан)

3-расм. 1991-2002 йилларда Ўзбекистон бўйича оналар ўлими

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, Ўзбекистон аҳолисининг табиий ўсиш жараёнини ижобий ҳолат деб баҳоласа бўлади, чунки бу жараён умумий ўлимнинг паст кўрсаткичлари асосида кечмоқда.

Оналар ўлими кўрсаткичи мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий омиллари билан бир қаторда, жамиятнинг анъаналари ва урф-одатларига ҳам боғлиқдир. Умуман олганда, Ўзбекистон Республикасида. 1991 йилдан 2002 йилгача бўлган даврда оналар ўлими кўрсаткичининг даражаси икки мартадан кўпроққа камайган (3-расм): 65,3 дан 32,0 гача (100000 тирик туғилганларга нисбатан). 1991 йилдан шу кунгача абортлар сонининг 4 мартадан кўпроққа қисқаргани оналар ўлимининг камайиш тенденциясига ҳам ижобий таъсир кўрсатди. Оналар ўлимининг асосий сабаблари: қон кетиш, кечки токсикоз, септик асоратлар ва экстрагенитал касалликлардир.

Оналар ўлимининг олдини олиш ва камайтириш соғлиқни сақлаш тизимининг етакчи вазифасига киради. Шу сабабдан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан оналар касаллиги ва ўлимининг олдини олишга қаратилган қатор чора-тадбирлар ишлаб чиқилган. Улар қуйидагилардан иборат:

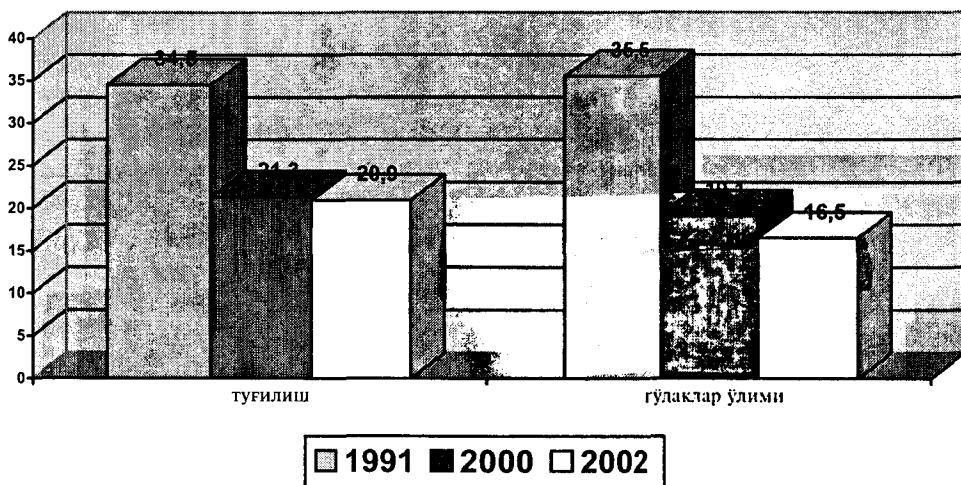
- Репродуктив саломатликка оид барча хизмат ва маълумотларни етказиш йўллари оилалар ва шунга эҳтиёж сезувчилар учун яхшилаш;
- Фертил ёшидаги барча аёлларни тиббий профилактик кўрикларга жалб қилишни кенгайтириш ва самарали даволаш хизматини яратиш;
- Акушерлик-гинекологик хизматни такомиллаштириш;
- Туман шифохоналарининг моддий-техник базасини ва шифокорлар малакасини яхшилаш чораларини амалга ошириш;

— Жамоат ташкилотлари, нашриёт, радио ва телевидениени жалб қилиш йўли билан тарғибот ва ташвиқотни кучайтириш, контрацепциянинг хавфсиз услублари ҳақида аҳолига маълумот беришни кучайтириш.

Охирги ўн йилда оналар ўлимининг сезиларли камайиши, албатта мамлакат миқёсида жорий қилинган дастурларнинг натижасидир.

Оналар ўлими билан бир қаторда 1 ёшгача бўлган болалар ўлими (гўдақлар ўлими) давлатнинг ижтимоий-иқтисодий ривожланиши ва аҳолининг тиббий-биологик равнақини белгиловчи муҳим индикатори

4-расм. 1991-2002 йилдаги туғилиш (1000 та аҳолига) ва гўдақлар ўлими (1000 та тирик туғилганларга) кўрсаткичлари



ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш тизими фаолияти сифатини белгилашда гўдақлар ўлими муҳим ўрин тутади.

2002 йилда Ўзбекистонда гўдақлар ўлими 1000 та тирик туғилган чақалоқларга нисбатан 16,5 ни ташкил қилди, бу ривожланган мамлакатлар кўрсаткичидан 2-3 марта юқоридир (масалан Германияда бу кўрсаткич 5 га, АҚШда 7 га тенг). Аммо Ўзбекистондаги гўдақлар ўлими кўрсаткичи Марказий Осиё давлатлари орасида энг паст кўрсаткич саналади.

Умуман олганда Ўзбекистон Республикаси бўйича гўдақлар ўлими – 1991 йилдаги 1000 та тирик туғилганларга нисбатан (35,5 дан) 2002 йилда (16,5 гача) 2 баробардан кўпроққа камайди (4-расм).

Аммо шу кунгача гўдақлар ўлимининг асосий сабаби нафас олиш аъзолари касалликлари, перинатал патология, туғма аномалиялар ва юқумли касалликлар бўлиб қолмоқда.

Ўдақлар ўлимнинг камайишига болалар ўлимига олиб келувчи касалликларнинг камайиши, республикадаги туғилиш кўрсаткичининг яхшиланиши, туғруқлар орасидаги даврни узайтириш, фертил ёшдаги аёлларнинг контрацепция воситаларидан фойдаланишининг ортиши ва касаллика чалинган, заиф болаларнинг туғилиш ҳолларини пасайиши каби омиллар сабаб бўлди. Ўдақлар ўлимнинг камайиши ёш ва ёши катта бўлган аёлларда туғруқлар сонининг камайганлиги сабабли юз берди. Охириги йилларда оптимал ёшда бўлган аёлларда, яъни 20-30 ёш оралигидаги туғруқлар салмоғи 85,0%ни ташкил этди.

Ўзбекистонда аёлларнинг контрацептив воситалар ва усуллари ҳақидаги тушунчасини, уларнинг ёши, маълумоти ва миллатидан қатъий назар юқори деб баҳолаш мумкин.

Кўплаб аёллар контрацепция воситаларини давлат сектори орқали оладилар: стационарлар, аёллар маслаҳатхоналари, поликлиникалар ва дорихоналар орқали.

Фертил ёшидаги аёлларнинг контрацепция воситаларини қўллашига нисбатан бўлган ижобий муносабатини қуйидаги омиллар белгилайди:

- фарзанд туғилишини бир қанча кечроқ муддатга қолдириш истаги;
- иккита ёки учта фарзанд билан чекланиш истаги;
- фарзандлар сони бир неча бўлганда туғиш фаолиятини тўхтатиш истаги.

Оила репродуктив саломатлиги бўйича олиб борилган ишларнинг асосий натижаси оналар ва болалар ўлими кўрсаткичининг камайишидир.

Ўзбекистон Республикасида боланинг саломатлиги ҳақида қайғуриш унинг туғилишидан анча олдин бошланади. Ҳар бир оилада соғлом бола туғилишини таъминлаш мақсадида бўлғуси она - қизлар ва ўсмир қизлар саломатлигини мустаҳкамлашга катта эътибор берилади. Бунда эрта никоҳларнинг олдини олиш, оилаларда бола туғилишини онгли назорат қилиш, репродуктив саломатлик масалаларига эркакларни жалб қилиш оиланинг баркамол равишда демографик ривожланиши ва унинг тиббий-биологик ҳолатини яхшилашга қаратилган чора-тадбирларга алоҳида эътибор берилади. Аҳоли орасида жамоатчиликнинг кенг доиралари ва диний ташкилотлар, ҳокимиятлар ва республиканинг маҳаллий бошқарув органлари билан ўтказилган тиббий-ташкилий ва тарғибот ишлари натижасида эрта ёшдаги ва қариндош-уруғлар орасидаги никоҳларнинг қайд қилиниши, катта ёшдаги аёллар орасида туғруқлар камайиб, ҳар бир туғруқлар орасидаги давр узайди.

Буларнинг ҳаммаси репродуктив ёшдаги аёллар саломатлигининг яхшиланишида акс этди, умуман мамлакат бўйича ва унинг минтақа-

ларида оналар ва гўдаклар ўлими кўрсаткичларининг камайишига олиб келди.

Аҳолининг касалланиши, ногиронлик ва ўлим сабаблари

Ҳар йили аҳолининг даволаш-профилактика муассасаларига касаллиги сабабли мурожаати ортиб бормоқда (1997 й. – 91821,4 ва 2001 й. – 97697,5), аммо бу аҳоли орасида тарқалган касалланишлар даражаси ортиб бормоқда деган сўз эмас. Аҳолининг бирламчи касалланиш кўрсаткичи охириги йилларда жиддий ўзгаришга учрамаган (10000 аҳолига нисбатан 1996 й. – 4222,9; 2001 й. – 4281,3).

Аҳолининг касалликларга чалинганда, айниқса хроник касалликларнинг бошланғич даврида ҳар доим ҳам ўз вақтида тиббиёт муассасаларига мурожаат этмасликларини эътиборга олсак юқорида келтирилган касалланишлар даражасини ҳаққоний деб бўлмайди ва ҳақиқатдан ҳам ушбу кўрсаткичлар бир мунча юқори эканлигига амин бўламиз. Бунинг учун эса аҳолининг тиббий маданиятини, тиббий фаоллигини, ўз саломатлигига бўлган масъулиятини ошириш, замон талаби бўлган тиббиётни ахборотлаштириш тизими фаолиятини янада жадаллаштириш омилларини ўрганиб чиқиш, тиббиётда даврий равишда рондомизланган, далил-исботларга асосланган тадқиқотларни ўтказиб туриш талаб этилади.

Бирламчи касалланишлар структурасида биринчи ўринни нафас олиш аъзолари, иккинчи ўринни қон ва қон ишлаб чиқарувчи аъзолар, учинчи ўринни овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари, тўртинчи ўринни нерв системаси ва сезги аъзолари, бешинчи ўринни эса қон айланиш тизими касалликлари эгаллаб турибди.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, ҳозирги кунда республикамиз аҳолиси орасида тарқалган анемия, гипертония, ревматизм, қандли диабет, буқоқ, бронхиал астма, сил касалликларини олдини олиш ва профилактикаси долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Аҳоли орасидаги ўлим сабабларини асосан юрак-қон томир касалликлари, нафас олиш аъзолари касалликлари, шикастланишлар, хавфли ўсмалар ва овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари ташкил этмоқда.

Айниқса ўлимга ўпканинг носпецифик касалликлари, юракнинг ишемик касаллиги, цереброваскуляр, гипертония, ревматизм касалликлари ҳамда қандли диабет, ўпка, ошқозон, қизилўнгач раки сабаб бўлмоқда.

Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик, ногиронликнинг асосий сабабларини ҳам нафас олиш аъзолари, суяк-мушак системаси ва бириктирувчи тўқима касалликлари, қон айланиш тизими касалликлари, овқат

ҳазм қилиш тизими касалликлари, асаб тизими ва сезги аъзолари касалликлари ташкил этмоқда.

Республикада ҳар 100 та ишловчига нисбатан вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик 18,3 ҳолга ва 225,4 кунга тенг (2001 й.). Энг кўп касаллик ва меҳнатга лаёқатсизлик Тошкент шаҳрида қайд этилиб, 100 аҳолига 2001 йилда 53,9 ҳолга ёки 613 кунга тенг бўлди.

2000 йилда даволаш-профилактика муассасалари томонидан 85165 бемор ногиронлик даражасини аниқлашга юборилган бўлса, 2001 йилда бу кўрсаткич 77197 ни ташкил этди. Ҳар 10000 аҳолига нисбатан тегишли равишда 2000 йилда 34,5 киши ногиронликка чиқарилган бўлса, 2001 йилда бу кўрсаткич 30,9 га тенг бўлди. Болалиқдан ногиронлик сабабли давлат томонидан ёрдам олувчилар сони 229931, ҳар 10000 аҳолига нисбатан 91,5 тани ташкил этди. Кўриниб турибдики, аҳолининг ўлимини, меҳнатга лаёқатсизлигини камайтириш учун асосан аҳоли орасида кенг тарқалган касалликларга қарши курашни изчил ташкил этиш лозим. Айниқса болалиқдан ногиронликнинг олдини олиш шу куннинг муҳим тиббий, ижтимоий, иқтисодий масалаларидан ҳисобланади.

Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш

Ўзбекистонда интеграциялашган моделга асосланган соғлиқни сақлаш тизими мавжуд, унга мувофиқ тиббий-санитария ёрдамнинг асосий қисми давлат томонидан таъминланади, ва соғлиқни сақлаш ходимлари давлат хизматчилари ҳисобланади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги. (1-схема) Соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этиш, режалаштириш ва бошқаришда Вазирлар Маҳкамасининг таркибий қисми бўлган Соғлиқни сақлаш Вазирлиги бош ролни ўйнайди. Соғлиқни сақлашни бошқаришга масъул бўлган Соғлиқни сақлаш вазирлиги марказий бошқарув органи ҳисобланади ва Вазирлар Маҳкамасига бўйсунди.

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги тизими

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ваколатлари

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги:

- фуқаролар соғлиғини сақлашни ҳамда тиббиёт фанини ривожлантириш йўлида молиявий ва моддий ресурслардан фойдаланишни устувор йўналишларини белгилайди;
- соғлиқни сақлашнинг давлат бошқарув органлари, тиббий ва илмий муассасалар, тиббиёт ва фармацевтика ўқув юртлари фаолиятига раҳбарлик қилади;
- тиббиёт ҳамда фармацевтика ходимларини тайёрлаш ва қайта тайёрлаш дастурини ишлаб чиқади;
- соғлиқни сақлаш муассасалари учун тиббий хизматлар кўрсатиш сифатининг давлат стандартини ва қийматининг нормативларини белгилайди;
- соғлиқни сақлаш тизимидаги даволаш муассасаларининг, шунингдек, тиббиёт ва фармацевтика фаолияти билан хусусий тартибда шуғулланувчи шахсларнинг аҳолига ўз вақтида малакали ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишларини назорат қилиб боради;
- тиббиёт ва фармацевтика фаолияти билан шуғулланиш учун лицензиялар беради;
- дори-дармонлар ва дезинфекция воситаларини, иммунобиологик препаратлар ва тиббиётда ишлатиладиган маҳсулотлар, кучли таъсир этувчи ва заҳарли моддалар, гиёҳвандлик воситалари ва психотроп воситаларини сертификатлаштиришни амалга оширади, уларнинг ишлаб чиқарилиши ҳамда қўлланилиш тартибини назорат қилиб боради;
- санитария нормалари, қоидалари, гигиена нормативларини ишлаб чиқади ҳамда тасдиқлайди, давлат санитария-эпидемиология назоратини таъминлайди;
- профилактик ёрдам йўналишлари ва ҳажмлари, профилактика мақсадларида эмлашлар ўтказишнинг муддат ва усуллари тўғрисида қарорлар қабул қилади, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қилади;
- бошқа давлатлар ҳудудидан юқумли ва карантин касалликларни олиб килинишининг олдини олиш ишларини манфаатдор органлар билан биргаликда ташкил этади ва назорат қилиб боради;
- қонун ҳужжатларига мувофиқ бошқа ваколатларни амалга оширади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўз ваколатлари доирасида даволаш-профилактика, санитария, эпидемияга қарши, радиация, экология масалалари юзасидан чиқарадиган норматив-ҳуқуқий ҳужжатлари Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги давлат органлари, корхоналар, муассасалар, ташкилотлар, жамоат бирлашмалари ҳамда жисмоний шахслар томонидан бажарилиши мажбурийдир.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини бошқаришни янада такомиллаштириш мақсадида, Ўзбекистон Республикаси Вазир-

лар Маҳкамаси 1999 йил 14 январда қарор қабул қилди. Ушбу қарорга мувофиқ Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва унинг жойлардаги органларининг асосий вазифалари сифатида қуйидагилар алоҳида белгилаб қўйилди. Жумладан:

- соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастурига мувофиқ соғлиқни сақлаш соҳасида давлат сиёсатини амалга ошириш;
- аҳолига бепул тиббий-санитария ёрдам кўрсатишнинг давлат томонидан кафолатини амалга ошириш;
- бошқаришнинг барча даражаларида аҳолига шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини ташкил этиш ва мустаҳкамлаш;
- соғлиқни сақлаш тизимини молиялаштириш механизмининг такомиллаштириш, шу жумладан, даволаш-профилактика муассасаларни босқичма-босқич пуллик хизматлар кўрсатишга ўтказилишини таъминлаш;
- жаҳон стандартларига жавоб берадиган замонавий клиникаларни, шу жумладан хорижий инвестицияларни жалб этган ҳолда барпо этиш.

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги тизими

Маҳаллий давлат ҳокимияти органлари ўз тасарруфи доирасида фуқаролар соғлиғини сақлаш бўйича қуйидаги ваколатларга эга:

- соғлиқни сақлаш соҳасида инсон ҳуқуқларини ҳимоя қилиш;
- фуқаролар соғлиғини сақлаш соҳасидаги қонун ҳужжатлари бажарилишини таъминлаш;
- соғлиқни сақлаш тизимининг бошқарув органларини шакллантириш, унинг муассасалари тармоғини ривожлантириш;
- бирламчи тиббий-санитария ва тиббий-ижтимоий ёрдамни ташкил этиш, улардан барчанинг баҳраманд бўла олишини таъминлаш, тиббий ёрдам сифатининг клиник-статистик стандартларига риоя этилишини назорат қилиш. Тасарруфдаги ҳудудда фуқароларни дори-дармонлар ва тиббиёт маҳсулотлари билан таъминлаш;
- соғлиқни сақлаш ҳужжатларини молиявий таъминлашнинг ўз манбаларини шакллантириш;
- фуқароларнинг санитария-эпидемиология жиҳатидан хотиржамлигини таъминлаш, профилактика, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва табиатни муҳофаза қилиш тадбирларини амалга ошириш;
- атроф муҳитни муҳофаза этиш ва экологик хавфсизликни таъминлаш;
- фавқулодда вазиятларда одамларнинг ҳаётини сақлаб қолиш ва уларнинг соғлиғини муҳофаза этиш чора-тадбирларини кўриш. Фуқароларни фавқулодда вазият зонасидаги аҳволдан ва кўрилаётган чора-тадбирлардан хабардор қилиш;
- соғлиқни сақлаш тизими органлари, муассасалари ва қорхоналари фаолиятини мувофиқлаштириш ҳамда назорат қилиш, соғлиқни сақлаш муассасарида кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий ёрдам сифатини назорат қилиб бориш;
- ногиронлар ва тиббий-ижтимоий ҳимояга муҳтож шахсларнинг куч-қувватини тиклайдиган муассасаларни ташкил этиш ва уларнинг фаолиятини таъминлаш;

- оилани, оналик ва болаликни муҳофазалаш чора-тадбирларини амалга ошириш;
 - фуқароларга санитария-гигиена ва экология таълими беришни ташкил этиш;
 - қонун ҳужжатларига мувофиқ бошқа ваколатларни амалга ошириш.
- Малумки, соғлиқни сақлаш мустақил тизим сифатида структуравий ва функционал элементлардан ташкил топган (2 схема).
- Шундай қилиб ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлашнинг давлат, хусусий ва бошқа тизимлари йиғиндисидан иборат ягона соғлиқни сақлаш тизими амал қилади.

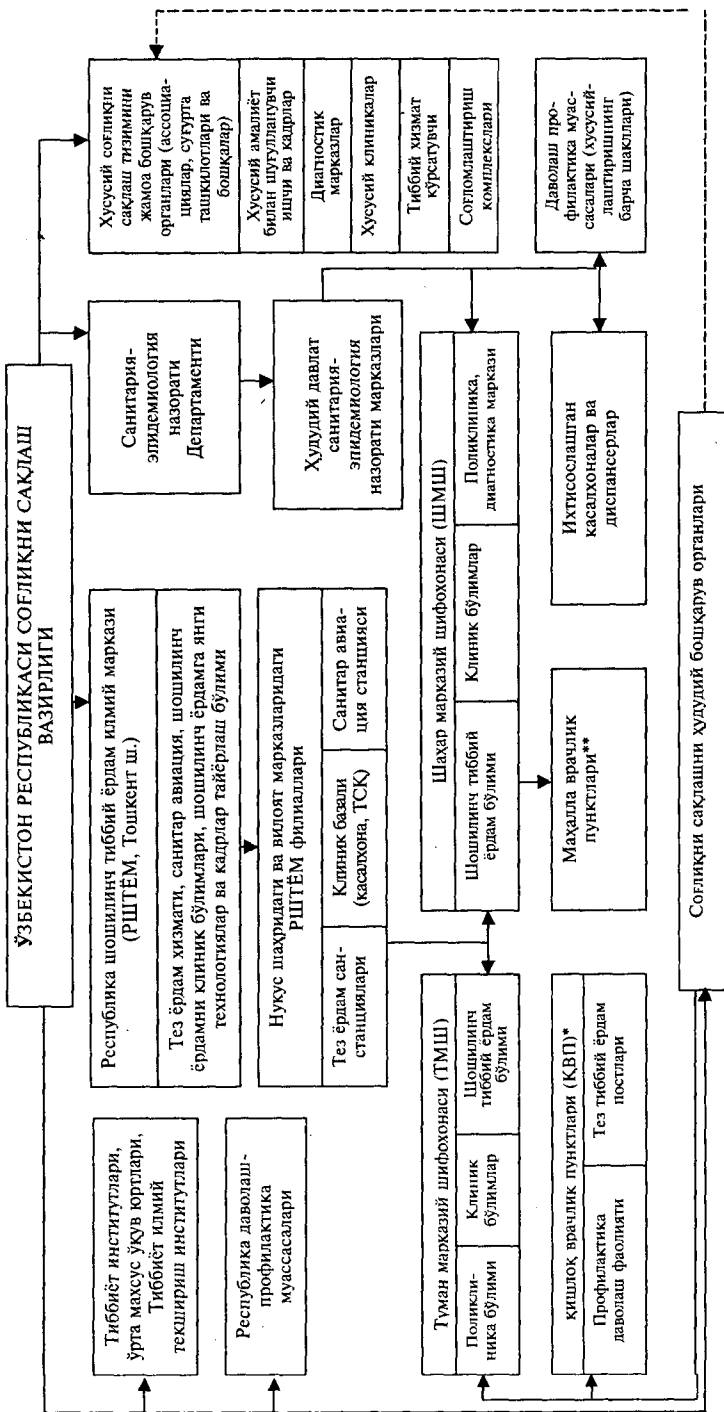
Давлат соғлиқни сақлаш тизими

Давлат соғлиғини сақлаш тизимига Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги, вилоят, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлашни бошқариш органлари, уларни шаҳар ва туман бўлинмалари киради. Давлат соғлиқни сақлаш тизимига давлат мулки бўлган ва давлат соғлиқни сақлаш тизимини бошқарув органларига бўйсунувчи даволаш-профилактика ва илмий-тадқиқот муассасалари, клиникалари, тиббиёт ва фармацевтика ходимлари тайёрлайдиган ҳамда уларни қайта тайёргарликдан ўтказадиган ўқув юртлар, фармацевтика корхоналари ва ташкилотлари, санитария-профилактика муассасалари, суд-тиббиёт экспертиза муассасалари, тиббий дори-даромонлар ва тиббиёт техникаси ишлаб чиқарадиган корхоналар, асосий фаолияти фуқаролар соғлиғини сақлаш билан боғлиқ бошқа корхона, муассаса ва ташкилотлар киради.

Илмий-тадқиқот институтларининг клиникалари, вазирликлар, идоралар, давлат корхоналари, муассаса ва ташкилотлар барпо этадиган даволаш-профилактика ва дорихона муассасалари давлат соғлиқни сақлаш тизимига киради.

Давлат бюджети ҳисобидан таъминланадиган давлат соғлиқни сақлаш тизимининг даволаш-профилактика муассасалари асосий аҳолига бепул тиббий хизмат кўрсатади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этиш СХЕМА СИ



* - чўл, тоғлик, узоқ аҳоли пунктлари ва узоқ қорвачилик хўжаликларидаги ҚУБ ва ФАП;
 ** - зарурият туғилганда ташкил этилади

Соғлиқни сақлашнинг хусусий ва бошқа хил тизимлари

Соғлиқни сақлашнинг хусусий ва бошқа хил тизимлари жумласига хусусий таъобат амалиёти ёки хусусий фармацевтика фаолияти билан шуғулланувчи жисмоний шахсларнинг хусусий корхоналари киради. Муассасалар, ташкилотлар ва жамоат бирлашмалари томонидан, шунингдек, қонун ҳужжатларида тақиқланмаган бошқа манбалардан маблағ билан таъминланадиган даволаш-профилактика, дорихона муассасалари ҳамда таъобат ва фармацевтика маҳсулотлари ишлаб чиқарадиган корхоналар киради.

Соғлиқни сақлаш ташкилотлари ва муассасаларининг номенклатураси
Ўзбекистон Республикаси Конституциясининг 40-моддасида таъкидланишича, ҳар бир инсон малакали тиббий ёрдам олиш ҳуқуқига эга. Тиббий ёрдам бу – касалликларда, жароҳатланишларда, заҳарланишларда ва туғруқларда тиббий маълумотга эга бўлган шахслар томонидан аниқ режалаштирилган натижаларга эришиш мақсадида ўтказиладиган, даволаш-профилактик тадбирлар йиғиндисидир.

Тиббий ёрдам аҳолига хусусийлаштиришнинг турли шаклларида қатъий назар даволаш-профилактика, санитария-эпидемиология хизмати муассасалари ва бошқа ташкилотларнинг кенг миқёсда ва тармоқланган тиббий шахобчалари томонидан кўрсатилади.

Ўзбекистонда бугунги кунда соғлиқни сақлаш муассасаларининг қуйидаги тармоқлари фарқланади.

I. Даволаш-профилактика муассасалари:

1. Шифохона муассасалари:

- Республика (вилоят) шифохоналари, шу жумладан клиникалар;
- Олий ўқув юртлари, илмий тадқиқот институтлари клиникалари;
- Республика (вилоят) болалар шифохонаси;
- Шаҳар клиник шифохонаси;
- Шаҳар болалар шифохонаси;
- Шаҳар тез тиббий ёрдам шифохонаси;
- Улуғ ватан уруши ногиронлари ва қатнашчилари госпитали;
- Қайта тиклаш ва даволаш шифохонаси;
- Ҳамшира парвариши шифохонаси;
- Туман ҳудудий тиббиёт бирлашмаси;
- Туман марказий шифохонаси;
- Туман шифохонаси;
- Қишлоқ участка шифохонаси;
- Шаҳар соғлиқни сақлаш бўлими;

Ихтисослаштирилган (махсуслаштирилган) шифохоналар

- Вилоят (шаҳар, туман) юқумли касалликлар шифохонаси;
 - Вилоят (шаҳар, туман) болалар юқумли касалликлар шифохонаси;
 - Вилоят (шаҳар, туман) сил касалликлари шифохонаси;
 - Вилоят (шаҳар, туман) болалар сил касалликлари шифохонаси;
 - Республика (вилоят, шаҳар, туман) кўз касалликлари шифохонаси;
 - Республика (вилоят, шаҳар, туман) руҳий касалликлар, руҳий —асаб касалликлари шифохонаси;
 - Вилоят (шаҳар, туман) наркологик шифохонаси;
 - Тиббиёт-санитария қисми;
2. Муҳим типдаги соғлиқни сақлаш муассасалари:
- Лепрозорийлар;
3. Диспансерлар:
- Вилоят (шаҳар, туман) силга қарши;
 - Вилоят (шаҳар, туман) онкологик;
 - Вилоят (шаҳар, туман) тери-таносил;
 - Вилоят (шаҳар, туман) руҳий—неврологик;
 - Вилоят (шаҳар, туман) врачлик жисмоний тарбия;
 - Вилоят (шаҳар, туман) эндокринологик;
 - Вилоят (шаҳар, туман) наркологик;
 - Вилоят (шаҳар, туман) кардиологик;
 - Вилоят (шаҳар, туман) офтальмологик;
4. Амбулатория-поликлиника муассасалари:
- Вилоят (шаҳар, туман) поликлиникаси;
 - Вилоят (шаҳар, туман) болалар поликлиникаси;
 - Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари;
 - Қишлоқ врачлик амбулаторияси (ҚВА);
 - Шаҳар врачлик пункти (ШВП);
 - Қишлоқ врачлик пункти (ҚВП);
 - Фельдшерлик- акушерлик пункти (ФАП);
 - Стоматологик поликлиника;
 - Болалар стоматологик поликлиникаси;
 - Хўжалик ҳисобидаги поликлиникалар;
 - Маҳалла врачлик пунктлари (МВП);
 - Саломатлик пунктлари (мустақил);
5. **Оналик ва болаликни муҳофазалаш муассасалари:**
- Туғруқхоналар;
 - Акушерлик комплекслари;
 - Оналар ва болалар скрининг маркази;
 - Аёлларни соғломлаштириш марказлари;
 - Оналар ва болаларни муҳофазалаш;
 - Болалар боғчалари;
 - Ихтисослаштирилган боғча-ясилар;
 - Болалар уйи;
 - Оилани режалаштириш маркази;
6. Шошилинч, тез тиббий ёрдам ва қон қуйиш муассасалари:
- Шошилинч тиббий ёрдам станцияси;

- Қон қуйиш станцияси;
- 7. Санаторий—соғломлаштириш муассасалари:
 - Санаторий;
 - Сил касалликлари санаторийси;
 - Болалар санаторийси;
 - Болалар сил касалликлари санаторийси;

II. Санитария-профилактика муассасалари

1. Санитария-эпидемиология муассасалари:

- (Республика, вилоят, шаҳар, туман) давлат санитария-эпидемиология назорати марказлари;
- Дезинфекция станциялари;

2. Ўта хавфли инфекцияларга қарши курашиш хизмати:

- ОИТС маркази;
- Ўта хавфли ва карантин инфекциялари профилактикаси марказлари;

3. Санитария маорифи муассасалари:

- Саломатлик марказлари;
- Гуруҳларни санминимумга ўқитиш курслари;

III. Ихтисослашган ва илмий марказлар

- Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази;
- Шошилинч тиббий ёрдам илмий марказнинг филиаллари;
- Жарроҳлик илмий маркази;
- Суяк-йиринг жарроҳлиги ва шикастланишлар асорати республика илмий маркази;
- Йирингли жарроҳлик маркази ва қандли диабет асоратлари жарроҳлиги поликлиникаси;
- Диагностика маркази;
- Болалар диагностика маркази;
- Болалар жарроҳлиги илмий маркази;
- Ихтисослашган жарроҳлик маркази;
- Нейрохирургия илмий маркази;
- Болалар ортопедияси маркази;
- Урология ва нефрология маркази;
- Кардиоревматологик маркази;
- Ўсмирлар маркази;
- Вертебрология илмий маркази;
- Катта бўғимлар ва бармоқларни қайта тиклаш бўйича ихтисослашган республика маркази.

IV. Суд-тиббийети экспертизаси муассасалари

- Суд-тиббийети экспертизаси бюроси;
- Патолого-анатомик бюро;

V. Дорихона муассасалари

- Дорихона;
- Дорихона базаси;
- Дорихона дўкони;
- Дорихона магазини;
- Дорихона омборхонаси;
- Тиббий техника магазини;
- Тиббий техника базаси;
- Назорат-техник лаборатория (дори воситаларини сифатини назорат қилиш маркази).

Тиббиёт статистикаси муассасалари

- Информатика, статистика ва прогнозлаш бюроси;
- Республика ахборот таҳлил маркази;

Илмий муассасалар, филиаллар

- Илмий-тадқиқот институтлари;
- Илмий-тадқиқот институтларининг филиаллари;
- Республика илмий кутубхонаси;
- Илмий тиббий кенгаш.

Тиббиёт ўқув юртлари

- Олий ўқув юртлари (Институтлар);
- Олий ўқув юртларининг филиаллари;
- Техникумлар;
- Тиббиёт билим юртлари;
- Лицейлар, коллежлар;
- Малака ошириш курслари;
- Вrachлар малакасини ошириш институти.

Нашриёт ишлари

- Босмахона;
- Ўзбекистон тиббиёт журнали;
- Тиббиёт соҳаси бўйича бошқа нашрлар.

Бошқа ёрдамчи ва қўшимча муассасалар

- Соғлиқни сақлаш музейи;
- Услубий хона;
- Меҳмонхона;
- Лойиҳалаш ва қурилиш ташкилотлари;
- “Уздравпроект” лойиҳалаш институти;
- Қурилиш-таъмирлаш бошқармаси;
- Автобазалар, заводлар;
- Меҳнат-даволаш устахоналари.

Бирламчи тиббий-санитария хизматини ташкил этиш

Соғлиқни сақлаш тизимининг бугунги кунда асосий эътибори соғлиқни сақлашнинг бирламчи звеносидаги тиббий ёрдамнинг сифатини оширишга ва умумий амалиёт шифокори институтини яратишга қаратилмоқда, чунки жамоа соғлиғини сақлашнинг биринчи босқичида 80%дан ортиқ аҳоли соғлиғи билан боғлиқ бўлган муаммолар ҳал этилади. Бу муаммолар жумласига, ичимлик суви ва озиқ-овқат маҳсулотларининг сифати масалалари, аҳолининг эътиборини бирламчи профилактикага қаратиш учун уларнинг касалликлар ва шикастланишларни олдини олиш, оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш, имунлаш, вакцинациялаш, дори-дармон билан таъминлаш, атроф муҳитни муҳофазалаш, турмуш шароитини яхшилаш, соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича аҳолининг тиббий маданиятини ошириш каби масалалар киради. Бунинг учун амбулатория–поликлиника тармоқларини кенгайтиришга алоҳида эътибор берилмоқда.

Ҳозирда ривожланган мамлакатлардаги соғлиқни сақлаш тизимининг тажрибаларини, кундан-кунга ўта қимматбаҳо хизмат турига айланаётган стационар хизматидан қисман бўлсада воз кечиш, аҳолини ижтимоий муҳофазалаш ҳамда тиббий фелдшерлик эмас, балки врачлик ёрдамини аҳолига яқинлаштириш, тиббий ёрдамнинг самарадорлигини ошириш, келгусида оила шифокори тизимини яратиш мақсадида, қишлоқ жойларида бир-бирини вазифасини ва камчиликларини такрорлаётган мураккаб кўп босқичли (5 босқич) соғлиқни сақлаш тизимидан 2 босқичли тизимга кенг кўламда ўтилмоқда.

Туман ҳудудларида қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси.

1995 йилгача

ФАП-ҚВА-ҚУШ-ТШ-ТМШ

Ҳозирги кунда

ҚВП-ТМШ

шаҳарларда

МВП-ШМШ

Изоҳ:

ФАП – фелдшерлик-акушерлик пункти;

ҚВА - қишлоқ врачлик амбулаторияси;

ҚУШ - қишлоқ участка шифохонаси;

ТШ – туман шифохонаси;

ТМШ – туман марказий шифохонаси;

ҚВП - қишлоқ врачлик пункти;

МВП – маҳалла врачлик пункти;

ШМШ – шаҳар марказий шифохонаси;

Бунинг натижасида қишлоқ жойларида қишлоқ врачлик амбулаториялари ва фельдшерлик-акушерлик пунктлари кескин қисқариб, уларнинг ўрнини замонавий, янги техник-тиббий воситалар билан жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктлари эгалламоқда. Шаҳарларда эса маҳалла врачлик пунктлари фаолият кўрсатмоқда (1-жадвал). Аҳолига тиббий врачлик хизматининг яқинлашиши туфайли аҳолининг амбулатория-поликлиникаларга қатновлар сони 1991 йилга нисбатан 2002 йилда 1,5 баробарга; ҳар бир аҳоли жон бошига эса 1,4 та қатновлар сонига ошди (жадвал 2)

1-жадвал

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинидаги муассасалар сонининг динамикада ўзгариши (абсолют сонда)

Кўрсаткич	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
АПМ (жаъми)	2943	3450	3333	3436	3561	3679	3825	3987
Мустақил поликлиникалар	1524	1858	2309	2345	2515	2653	2804	2970
Диспансерлар	278	251	247	242	238	241	241	247
ҚВА	1265	1400	1217	1113	1002	831	708	575
ҚВП	-	307	701	981	1249	1522	1767	2065
ФАП	6665	6219	5232	4474	4072	3769	3479	3051
МВП	-	-	-	-	-	14	50	51

2-жадвал

Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинидаги муассасалар фаолиятининг кўлами

Кўрсаткич	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
АПМ ларга умумий қатновлар сони (мингта)	149359,5	175687,2	183958,4	189730,7	197141,1	206381,0	208355,7	215425,5
1 та аҳолига қатновлар сони	7,1	7,6	7,7	7,8	8,1	8,4	8,3	8,5

Бирламчи тиббий санитария ёрдамни янада такомиллаштириш мақсадида 1998 йил 16 ноябрда Ўзбекистон Республикаси ҳукумати Жаҳон ривожланиш ва тараққиёт банки билан “Саломатлик” лойиҳасини амалга ошириш учун заём ажратиш тўғрисида ўзаро келишув ҳужжатини имзолади. Лойиҳанинг асосий вазифаси Фарғона, Навоий ва Сирдарё вилоятларида умумий амалиёт шифокори тизимини ривожлантириш учун Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинининг замонавий моделини яратишдан иборат.

Саломатлик лойиҳасининг умумий қиймати 70млн (АҚШ) долларни ташкил этди. Шундан 40 млн АҚШ доллари Ўзбекистон Республикаси ҳукумати томонидан қуриш ва реконструкция қилиш кўзда тутилган тиббиёт муассасалари учун ажратилди. Булар жумласига:

- вилоятлардаги қишлоқ врачлик пунктлари;
- тиббиёт институтлари ва коллежлари ўқув марказлари, марказий туман шифохоналари, поликлиникаси, лабораториялари киради.

30 млн АҚШ долларига тенг Жаҳон ривожланиш ва тараққиёт банкининг ажратган кредити юқорида номлари тилга олинган муассасаларни тиббий асбоблар, аппаратлар, инструментлар, ўқув қўлланмалар, компьютер ва автотранспорт воситалари билан таъминлашга сарфланди.

Қишлоқ врачлик пункти

Қишлоқ врачлик пункти аҳолига малакали врачлик тиббий ёрдами кўрсатиш мўлжалланган даволаш-профилактика муассасаси ҳисобланади.

Қишлоқ врачлик пункти 1500 ва ундан кўп бўлган аҳоли яшайдиган қишлоқларда ташкил этилади. Қишлоқ врачлик пункти, у хизмат кўрсатётган аҳоли сонига, хизмат радиусига ва йўлларни ривожланганлигига ҳамда қишлоқ хўжалик ва ишлаб чиқариш тармоқларига қараб ташкил этилади.

Қишлоқ врачлик пунктининг асосий вазифалари:

1. Бириктирилган ҳудуд аҳолисини малакали тиббий ёрдам билан таъминлаш;
2. Аҳоли орасида касалланиш, жароҳатланиш, ногиронлик ва ўлимни камайтириш бўйича даволаш профилактик ишларни ўтказиш.
3. Аҳоли санитар- гигиеник маданиятини ошириш бўйича тадбирлар ташкил этиш ва ўтказиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш, жумладан, рационал овқатланиш, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш ва бошқа зарарли омилларга қарши кураш, жисмоний маданият ва спортни кенг омалаштириш;
4. Санитария ва эпидемияга қарши комплекс тадбирлар ўтказиш;
5. Ўсиб келаётган авлодни соғломлаштириш, оналар ва болалар саломатлигини муҳофазалаш, эҳтиёж сезилмаган ҳомиладорликни олдини олиш, оилани режалаш, болалар орасида туғма аномалиялар ва ирсий касалликларни камайтириш бўйича чора тадбирлар ўтказиш;
6. Аҳолига тез ва шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш;

7. Аҳоли орасида биринчи навбатда, болалар, ўсмирлар, туғруқ ёшидаги аёллар, қишлоқ хўжалик ходимлари ва беморлар орасида тиббий кўрикларни ташкил этиш, уларни диспансер назоратига олиш;
8. Энг кўп тарқалган муҳим касалликлар, айниқса сил, юқумли, тери тано-сил, ўсма касалликларга қарши кураш бўйича даволаш-профилактик тадбирларни ўтказиш;
9. Аҳолининг умумий касалланиш ва ишчи-хизматчиларнинг вақтинчалик иш қобилиятини йўқотганлик сабабларини ўрганиш, хўжалик, ташкилот, муассаса раҳбарлари билан биргаликда уларни камайтириш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш;
10. Бириктирилган аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг ташкилий-услубий шакллари ривожлантириш ва такомиллаштириш, сифат ва самарадорлигини ошириш;
11. Ҳар хил касалликлар билан касалланган беморларни барвақт аниқлаш, уларга марказий туман шифохонаси, яқинда жойлашган даволаш муассасаларининг врач мутахассислари томонидан консультациялар ташкил этиш;
12. Беморларни бошқа тиббиёт даволаш-профилактик муассасаларига ётқи-зишни ўз вақтида ташкил этиш;
13. Давлат санитария эпидемиология назорати маркази, туман марказий ши-foxонасини юқумли касалликлар, заҳарланишлар ва бошқа фавқулоддаги ҳодисалар рўй берганда ўз вақтида хабардор этиш;
14. Жамоат ташкилотларини аҳоли саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ва ўтказишга жалб этиш.

Бирламчи тиббий санитария ёрдамини такомиллаштиришнинг асо-сий йўналишларидан бири оналар ва болалар саломатлигини муҳо-фазалаш ҳисобланади. Барча ҳудудларда болалар муассасалари ва туғ-руқхона комплекслари фаолиятини мувофиқлаштириш, хавфсиз оналик-ни таъминлаш ва туғруқ ёшидаги аёллар саломатлигини яхшилаш мақсадида, оналар ва болалар скрининг марказлари ва “Перинаталогия” марказлари “Ихтисослашган тиббий-генетика марказлари” ва бошқа-лар ташкил этилмоқда, улар оналар, чақалоқлар ўлимини, туғма ано-малиялар ва перинатал давр хасталиклари билан туғилаётган болалар сонини кескин камайишига олиб келди.

Бирламчи тиббий санитария ёрдамида аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш устувор масалалардан ҳисобланади. Бунинг учун эса аҳолини, ҳар бир шахсни ўз саломатлигини муҳофазалашга бўлган масъулиятини ошириш лозим. Бундан ташқари, Республикамизда тиб-биёт, таълим, жисмоний тарбияни интеграллашга, кенг халқаро ҳам-корлик доирасида ривожлантиришга эътибор берилмоқда. Мактаблар-да, маҳаллаларда туман, шаҳарларда жисмоний тарбия ва спорт май-дончалари, иншотлари қурилмоқда. Ёшлар орасида спорт олимпиадалари ўтказилмоқда.

Аҳолининг социал-иқтисодий жиҳатдан турмуш тарзининг ўзгариши, саломатлик кўрсаткичларини бир мунча ёмонлашувига, аҳоли орасидаги социал аҳамиятга эга бўлган касалликлар сонини ўсишига олиб келмоқда, аҳоли орасида кексалар ва қариялар сонининг ошиши, тиббий ёрдам кўрсатишни амбулатория-поликлиникадан оилага трансформация қилишни, яқинлаштиришни ва оила доирасида энг кенг тарқалган касалликлари профилактикаси билан шуғулланишга эътиборни қаратишни тақозо этмоқда. Бу вазифаларни ечиш учун республикамизда бирламчи тиббий санитария ёрдами умумий амалиёт шифокорлари билан таъминлашга катта эътибор берилмоқда.

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами тизимини такомиллаштиришнинг асосий вазифаларидан бири БТСЁнинг асосий қисмини кенг профилли мутахассислар кучи билан амалга оширишга ўтиш лозим.

БТСЁ янада такомиллаштириш босқичма-босқич, мамлакатнинг реал имкониятларидан келиб чиққан ҳамда БТСЁнинг ташкилий, ҳуқуқий базасини яратган ҳолда ва умумий амалиёт шифокори тайёрлашнинг, тиббиёт ходимларини касбий маҳоратини оширишнинг асосий принципларини амалга ошириш ёрдамида олиб борилади.

Аҳолига стационар хизматини ташкил этиш

Соғлиқни сақлашни ҳозирги тараққиёт босқичида аҳолига стационар хизматни ташкил этишнинг аҳамияти катта. Тиббий ёрдамнинг стационар тури касалликларининг характери, тури, беморнинг ёши, касалликнинг кечиш ҳолатига қараб (ҳар хил типдаги касалхоналарда, клиникаларда, ихтисослашган тиббиёт марказларида, диспансерлар, туғруқхоналар ва бошқалар) турли хил тиббиёт муассасаларида кўрсатилади.

Стационар тиббий ёрдам тизимида асосий ва етакчи ўринни туман ва шаҳар марказий шифохоналари, вилоят шифохонаси, диспансерлар, ихтисослашган шифохоналар ва Республика шифохоналари ташкил этади.

Стационар хизматини кундан-кунга қимматлашиб бораётганлигини, мавжуд ресурсларни етарли эмаслигини инобатга олган ҳолда Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 1992 йил соғлиқни сақлаш тизимини, шифохоналар инфраструктурасини ва шифохоналар ишини рационализация қилиш тўғрисида таклиф киритилган эди. Шундан сўнг, тиббиёт муассасалари фаолиятининг самарадорлигини ошириш бўйича кўпгина ишлар амалга оширилди ва натижада 1991 йилга нисбатан 1997 йили шифохоналардаги умумий ўринлар сони 40% га камайди.

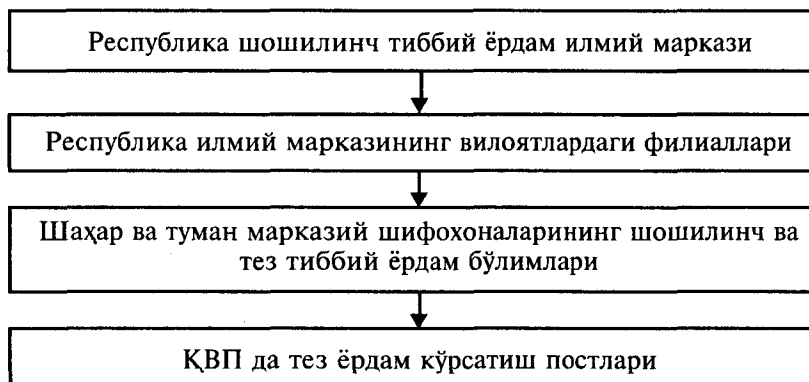
1995-2002 йиллар орасида стационарларда ўринлар сони 50 мингтага қисқарди. Стационарларда кўрсатилаётган тиббий ёрдам ҳажмининг ка-

майиши билан бир қаторда, амбулатория хизматининг ҳажми ошди, жумладан поликлиникалар, уйда ёрдам кўрсатиш хизмати ва махсус туни-кун ёрдам кўрсатадиган амбулатория марказларининг сони кўпайди.

Натижада 1991 йилгача аҳолининг 25% стационарларда даволанган бўлса 1998 йилга келиб у 12,9%гача камайди. Бундан ташқари беморларнинг шифохоналарда ўртача даволаниш кунлари ва 10 000 аҳолига тўғри келган ўринлар сони кескин қисқарди. Ушбу кўрсаткичлар тегишли равишда 2002 йилга келиб 11,6 кунни ҳамда 10000 аҳолига ўринлар сони 55,1 тани ташкил этди.

1998 йил ноябридаги Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг давлат дастурига мувофиқ Тошкентда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази очилди, Қорақалпоғистон республикасида, вилоятлар марказида, шаҳар ва туманлар марказий шифохоналари қошида ушбу марказнинг филиаллари ташкил этилди.

Ўзбекистонда шошилинич ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш схемаси



Шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази унинг филиаллари ва субфилиалларининг асосий вазифаси республика аҳолисига юқори ма-лакали, бепул, оммабоп, кафолатланган шошилинич, тез тиббий ёрдам кўрсатишдан иборат. 2001 йилга келиб давлат шошилинич тиббий ёрдам кўрсатиш илмий марказларидаги ўринлар сони 4112тага етди, жами 257150 та бемор даволаниб чиқди, беморнинг ўртача даволаниш кунни 4,3 кунни ташкил этди. Шошилинич тез тиббий ёрдам илмий марказининг ташкил этилиши ун-гача мустақил фаолият кўрсатган тез ёрдам хизмати (стационаргача) ва шошилинич тиббий ёрдам (стационар) хиз-

матини бирлаштириш имконини берди, аҳолига кўрсатилаётган шошилинч амбулатория ёрдами билан стационар ёрдами ўртасидаги узвийликни таъминлади. Буларнинг барчаси аҳолига шошилинч тез тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифат ва самарадорлигини ошишига, беморнинг ўринларда ётиш кунини, леталлик кўрсаткичини, операциядан кейинги асоратларни камайишига олиб келди.

Соғлиқни сақлаш тизимини молиялаштириш

Мустақилликни қўлга киритгунча халқ хўжалиги соҳалари ичида энг кўп жабрланган, иқтисодий инқирозга учрагани бу соғлиқни сақлаш секторидир. Соғлиқни сақлаш секторини молиялашнинг асосий манба-си давлат бюджети ҳисобланади. Давлат бюджетидан соғлиқни сақлашга ажратилган харажатлар ҳажми ўртача ички ялпи маҳсулотнинг 3,5 - 4,5% ташкил этади.

Соғлиқни сақлаш тизимида тиббий хизматдан фойдаланаётган шахсларнинг расмий тўловлари ҳам йилдан-йилга соғлиқни сақлаш бюджетини тўлдирмоқда, улар 1999 йилда соҳанинг барча даромадлари ҳажмини 7% ташкил этди.

Соғлиқни сақлаш бюджетининг маълум қисмини тегишли лойиҳаларни бажаришга халқаро ташкилотлардан ажратилаётган маблағлар ташкил этади.

Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 3 сентябр 414 сонли “Бюджет ташкилотларини молиялаштириш тартибини такомиллаштириш тўғрисидаги” қаро-рига мувофиқ давлат тиббиёт муассасаларини молиялаштиришнинг асо-сий манбаи бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- давлат бюджети;
- давлат тиббиёт муассасаларнинг пуллик тиббий хизмат кўрсатишдан туша-диган даромадлари;
- бошқа ташкилотлар учун вақтинча фойдаланилмаётган бинолар ва бошқа давлат мулкни ижарага беришдан тушадиган даромадлар;
- ҳомийлик ва гуманитар ёрдам;
- қонун билан тақиқланмаган бошқа манбалар.

Давлат бюджети ҳисобидан молиялаштириш-бепул тиббий хизмат кўрсатиш тизими

Давлат қуйидаги ҳолларда аҳолини кафолатланган, бепул бирламчи тиббий-санитария хизмати билан таъминлайди:

- шошилинч, тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- соғлиқни сақлаш бирламчи звеносида ва бир қатор давлат даво-лаш-профилактика муассасаларида, биринчи навбатда қишлоқ жойла-рида хизмат кўрсатиш;

— бир қатор юқумли касалликларга қарши аҳолини эмлаш ва имунлаш;

- ижтимоий аҳамиятга молик касалликлар ва атрофдагиларга хавф туғдирувчи касалликлар (сил, саратон, руҳий, наркологик ва эндокрин касалликлар билан ҳамда касб касалликлари билан хасталанган шахслар) билан оғриган беморларга ихтисослашган ёрдам кўрсатиш;

- болаларни текшириш ва даволаш (пулли шифохоналардан ташқари);

- 15-17 ёшли ўсмирларни, чақириқ комиссиясининг йўлланмаси билан келган чақириқ ёшидаги (18-27 ёш) шахсларни текшириш ва даволаш;

- туғруқ хизматини кўрсатиш (пуллик муассасалардан ташқари);

- имтиёзга эга бўлган шахсларни (ногиронлар, уруш қатнашчилари, етимлар) даволаш

Бирламчи тиббиёт санитария муассасалари учун давлат томонидан кафолатланган асосий тиббий-санитария хизмати турларининг Пакети

1. Шошилиш ва тез тиббий ёрдам.

2. Ўткир ва сурункали юқумли касалликларни ташхислаш, консултация қилиш, даволаш.

3. Стационарда ётқизишни талаб этмайдиган заҳарланишлар, шикастланишларни ташхислаш ва даволаш.

4. Саломатлик ҳолатининг, касаллигининг характерига кўра даволаш-профилактика муассасаларига қатнаш мумкин бўлмаган беморларни текшириш, уйда консултация қилиш ва даволаш.

5. 0-15 ёшгача бўлган болаларни профилактик кўрикдан ўтказиш, диспансеризация қилиш.

6. Ҳар йили 0-15 ёшли болаларда ўтказилади:

6.1. Педиатр, хирург, травматолог-ортопед, офтальмолог, отоларинголог, невропатолог, стоматолог ва акушер-гинеколог (йилига бир марта) кўриги.

6.2. Қон ва сийдикни клиник таҳлили, нажасни гижжа тухумига таҳлили.

7. Стационарда жарроҳлик даволашни бошдан кечирган беморларни даволанишини амбулатория – поликлиника шароитида давом эттириш ва реабилитация қилиш.

8. Ҳомиладор аёлларни кузатиш, ҳомиладорларга туғруқ даврида ёрдам кўрсатиш, туғруқ асоратлар билан кечган аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш.

9. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 28.07.94 йил, 352 - сонли “Ўзбекистон Республикаси аҳолисини диспансеризациялаш ҳолати ва чора-тадбирлари тўғрисидаги буйруғига мувофиқ рўйхатда турган беморларни диспансер кузатуви, уларда диагностик текширишлар ўтказиш ва консултация.

10. Тўла ҳажмдаги профилактик - стоматологик ёрдамни кўрсатиш (ортопедия ёрдамидан ташқари).

11. Болаларни ва бошқа иммунлаш лозим бўлган контингентларни эмлаш (иммунлаш).
12. Профилактик ва эпидемияга қарши тадбирлар ўтказиш.
13. Аҳоли орасида санитария-маорифи ишларини олиб бориш.
14. Оғир беморларни, (шу жумладан юқумли касалликка чалинган ва бошқалар), ҳомиладорлар, туғадиган ва туққан аёлларни транспортда туман марказий шифохонаси ва бошқа юқори даражадаги даволаш муассасаларига ташиш.

Аралаш молиялаштириш. Пуллик тиббий хизмат тизимини шакллантириш

Пуллик тиббий хизмат тизимида сарфланаётган маблағларни, юридик ва жисмоний шахслар маблағлари ҳисобига ёки маълум бир қисм сарф-харажатни давлат томонидан берилган дотация ҳисобига қопланади ва аралаш молиялаштириш шакллантирилади. 2005 йилдан бошлаб аралаш молиялаштиришга давлат тиббиёт муассасалари ўз бюджет маблағларининг 20% ни давлат бюджетидан олсалар, қолган 80% ни ўзлари топади. Улар асосан ихтисослашган шаҳар, вилоят ва республика тиббиёт муассасаларидир.

Аралаш молиялаштириш қуйидаги ҳолларда қўлланилади

- бепул тиббий ёрдам кўрсатишга мўжалланмаган (Тиббиёт ва Илмий текшириш институтлари клиникаларида, кўп тармоқли даволаш-профилактика муассасаларида, шаҳар, туман шифохоналарида) беморларни текшириш ва даволаш учун (имтиёзли шахслардан ташқари).
- имтиёзга эга бўлган шахсларни (ногиронлар, уруш қатнашчилари, етимлар) даволаш учун
- айрим кўп тармоқли болалар шифохоналари учун
- соғлиқни сақлашнинг санитария ва фармакология соҳасида амалий-илмий тадқиқот ишларни ўтказиш учун
- давлат грантида белгиланган миқдордан ташқари тиббиёт ходимларини тайёрлаш учун.

Давлат грантида белгиланмаган тиббий хизматлар учун жисмоний ва юридик шахсларга пуллик хизмат кўрсатилади. Пуллик тиббий хизматларнинг молиявий маблағларини жисмоний ва юридик шахсларнинг тўғридан — тўғри тўловлари ёки тиббий суғурта тизими (эркин тиббий суғурта) орқали тўлаш билан ҳосил қилиш мумкин.

Соғлиқни сақлашдаги ислохотларни чуқурлаштириш, молиялаштириш, хусусан аралаш молиялаштириш тизимини такомиллаштириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси ҳукумати томонидан қўшимча чора-

тадбирлар белгиланди ва 2003 йил феввалида Республика Президентининг “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни чуқурлаштириш тадбирлари тўғрисидаги” фармони эълон қилинди. Фармонда юқори даражада ихтисослашган тиббиёт муассасаларидаги аралаш молиялаштириш тизимини такомиллаштириш, уларни ўз-ўзини молиялаштириш тизимига ўтказиш белгилаб берилган. Ушбу муассасаларга Республика тиббиёт марказлари: Жарроҳлик, Урология, Кардиология ва Кўз микрохирургияси марказлари киради. Юқоридаги марказлар аралаш формада: давлат бюджетидан; марказнинг хусусий даромадлари ва бошқа манбалар ҳисобидан молиялаштирилади. Давлат томонидан марказлар учун ажратилаётган маблағлар тўлалигича берилади. 2004 йилдан бошлаб, марказларни давлат томонидан молиялаштириш ҳажми қисқара боради ва натижада 2008 йилдан кечикмасдан улар тўлиқ ўз-ўзини маблағ билан таъминлашга ўтишлари лозим.

Хусусий молиялаштириш

Нодавлат тиббиёт муассасалари, шу жумладан хусусий амалиёт билан шуғулланувчи врачлар томонидан кўрсатилаётган тиббий хизматлар хусусий молиялаштирилади. Унинг асосий қисмини бевосита олинган тиббий хизмат учун жисмоний шахсларнинг тўловлари ташкил этади. Хусусий молиялаштиришни эркин тиббий суғурта тизими орқали ҳам шакллантириш мумкин.

Давлат тиббиёт муассасаларини молиялаштириш принциплари

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг Давлат дастурига мувофиқ бирламчи тиббий — санитария ёрдами муассасаларини аҳоли жон бошига молиялаштириш принципига ўтказиш кўзда тутилган. Бундай молиялаш принципининг асосий хусусияти шундан иборатки, тиббиёт муассасалари ўзига бириктирилган аҳоли сонига қараб молиялаштирилади (ҳар бир аҳоли учун қатъий белгиланган сўмларда). Ажратилаётган маблағ тиббиёт муассасасининг айрим кўрсаткичларига: (категориясига, штатлар сонига, мурожаатлар сонига ва бошқаларга) боғлиқ бўлмайди. Бу ўз навбатида аҳолига тиббий ёрдамдан тенг ва баробар фойдаланиш ҳуқуқини беради.

Жон бошига белгиланган меъёрларга, аҳолининг ёш структураси ёки тиббиёт муассасасининг географик жойлашувига қараб қўшимча коэффициентлар белгиланиши мумкин. Аҳоли жон боши ҳисобига молиялаштириш принципи ҳозирги кунда Фарғона, Навоий, Сирдарё вилоятларининг экспериментал туманларида бирламчи тиббий санитария

ёрдамни кўрсатиш муассасаларида жорий этилган. БТСЁ муассасалари иқтисод қилган маблағларини ўзида сақлаб қолган ҳолда уни муассаса учун жиҳозлар, дори – дармонлар сотиб олиш, хизмат турларини кенгайтириш учун сарфлаши мумкин. Ушбу туманлар ҚВПлари штатига бизнес-режа тузиш, молиявий маблағлардан унумли фойдаланиш ва тиббий ёрдам кўламини тўғри белгилаш мақсадида молиявий мененжерлар штати киритилган. Улар қишлоқ врачлик пунктлари мудирларининг муовинлари ҳисобланади. Саломатлик-2 дастурига мувофиқ 2004 – 2005 йилдан бошлаб аҳоли жон бошига молиялаштириш принципини мамлакатимиздаги барча БТСЁ муассасаларида тадбиқ этиш кўзда тутилган.

Санитария - эпидемиология хизматини ташкил этиш

Ташқи муҳитни соғломлаштириш, қишлоқ ва шаҳарларни, аҳоли турар жойларини, саноат қорхоналарини санитария жиҳатдан ободонлаштириш, касбга оид ва юқумли касалликларни олдини олиш, аҳоли санитария маданиятини ошириш бўйича Ўзбекистонда катта ишлар амалга оширилмоқда.

Охирги ўн йилликларда жамиятнинг ўзи яшаб турган муҳитга таъсири натижасида ташқи муҳит, экологик вазият бирмунча бузилди ва ҳозирги кунда ушбу масала долзарб масалалардан бири бўлиб қолмоқда. Экологик масалаларини ҳал этиш, касалликларнинг олдини олиш, аҳолида соғлом турмуш тарзини шакллантириш, асосий профилактик йўналишга асосланган соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади.

Санитария - эпидемиология хизмати муассасаларининг асосий вазифаси аҳолининг турмуш шароитини, меҳнат, яшаш, овқатланиш, атроф-муҳит ҳолатини соғломлаштириш, янада яхшилаш бўйича халқ-хўжалиги объектларида санитария назоратини олиб бориш орқали умум-жамият профилактикаси билан шуғулланишдан иборат.

Юқоридагиларни эътиборга олиб ҳамда Республика ҳудудида санитария-гигиеник ва эпидемиологик вазиятлар мониторинги тизимини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ этиш, юқумли касалликларни динамикада кузатиб бориш, комплекс мажмуий тадбирларни амалга ошириш, санитария- эпидемиология хизмати муассасаларига кенг қўламдаги эркинликни бериш ҳамда Республикада санитария-эпидемиологик вазият бузилиб, юқумли касалликларнинг тарқалиш хавфи туғилганда, санитария-эпидемияга қарши тадбирларни ўтказишни бир бутун тизимини яратиш ва мувофиқлаштириш, санитария-эпидемиология хизмати тизимини ислоҳ қилиш мақсадида Ўзбекистон Респуб-

ликасида соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг Давлат дастурига (1998 йил 10 ноябр 2107-сонли) мувофиқ Республикада шу кунгача фаолият кўрсатиб келаётган СЭС ўрнига ДСЭНМлари ташкил этилди ва уларга методик жиҳатдан Республика ОИТС маркази, Республика ўлатга қарши станция, Республика дезинфекция станцияси ва уларнинг вилоят, шаҳар туманлардаги филиаллари бўйсундирилди.

Ўзбекистон Республикаси ССВ қошида ДСЭН Департаменти ташкил этилди. Департамент таркибида: санитария-гигиена ва эпидемиология бўлимлари мавжуд. Департамент қошида санитария-эпидемиологик кенгаш фаолият кўрсатади. Унга Вазир муовини - Бош Давлат санитария врачлари раҳбарлик қилади. Ушбу кенгаш санитария-эпидемиология хизматининг бошқаруви масалаларини ривожлантириш ва такомиллаштириш, уларни кадрлар билан таъминлаш, моддий-техник базасини мустаҳкамлаш масалаларини коллегиал ҳолда ҳал қилади.

Шундай қилиб, Республика, вилоят, шаҳар, туман давлат санитария-эпидемиология станциялари ўрнига Давлат санитария эпидемиология нazorати марказлари ташкил этилди. Улар иерархия кўринишида пастдан юқорига қараб бўйсундилади.

Давлат санитария-эпидемиология нazorати Департаменти Ўзбекистон Республикасида ДСЭНМ ташкил этиш ва аҳоли саломатлигини ҳамда унинг яшаётган муҳитини нazorат қилиш, санитария-эпидемиология муассасалари устидан умумий раҳбарлик қилиш каби функцияларни бажаради.

Давлат санитария-эпидемиология хизмати муассасалари ўз фаолиятида огоҳлантирувчи ва жорий санитария нazorатини олиб борадилар.

Огоҳлантирувчи санитария нazorати, санитария нazorати ишининг барча тармоқлари; маиший-коммунал, жамоат бинолари, дам олиш, ўқув бинолари, болалар муассасалари, жисмоний-тарбия ва спорт иншоотлари, саноат корхоналари, ишлаб чиқариш цехлари, агрегатларни қайта жиҳозлаш, технологик жараёнга ўзгартиришлар киритиш, янги технологик жиҳозларни, технологик жараёнларни ишга тушириш ва бошқалар ҳамда аҳоли турар жой бинолари қурилишини режалаштириш ва ободонлаштириш ва ҳақозоларда олиб борилади. Жорий санитария нazorати санитария-эпидемиология хизмати муассасаларининг барча бўлимлари ва бўлинмаларининг кундалик олиб бораётган фаолиятларини белгилайди.

Шундай қилиб, Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг давлат дастурида белгиланган асосий вазифалар ва йўналишларни амалга ошира бориб, қўлга киритилган муҳим ижобий ўзгаришларни, янгиликларни икки гуруҳга бўлиш мумкин: соҳани таркибий, ташкилий бошқарув тизимини такомиллаштириш ҳамда соҳани молиялаштириш бўйича амалга оширилган чора-тадбирлар.

1. Соҳанинг таркибий, ташкилий, бошқарув тизимида қуйидаги муҳим принципиал ўзгаришлар амалга оширилди.

- Нодавлат тиббиёт муассасалари тизими яратилди.
- Шошилинч, тез тиббий ёрдам тизими ташкил этилди.
- Қишлоқ жойларида кўп босқичли бирламчи тиббий ёрдам тизимидан, икки босқичли тиббий ёрдам тизимига ўтиш якунланмоқда: қишлоқ врачлик пункти \ҚВП\ - туман марказий шифохонаси \МТШ\, поликлиника билан
- Соғлиқни сақлаш муассасаларини аккредитациялаш, врачларни лицензиялаш тизими яратилди
- Шаҳарларда - бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш шаклига ўтиш бошланди, маҳалла врачлик пункти \МВП\ шаҳар шифохонаси \консультатив диагностика маркази\
- Республикага қарашли ҳамда вилоят марказларидаги давлат даволаш-профилактика муассасаларининг структураси тартибга келтирилди
- БТСЁ муассасаларининг моддий-техник базаси яшиланди
- Тиббий ахборот тизими, даволаш-диагностика соҳасида янги технологиялар жорий этилди.
- Санитария – эпидемиология хизмати тизимида ислоҳотлар босқичма – босқич амалга оширилмоқда. Санитария–эпидемиология станциялари Давлат санитария эпидемиология назорати марказларига айлантирилди. ДСЭН Департаменти ташкил топди.
- Кадрлар тайёрлашнинг узлуксиз кўп босқичли тизими яратилди-олий таълим: бакалавр-умумий амалиёт шифокорлари, магистрлар тайёрлашга ўтилди; ўрта махсус таълим: ҳамширалар, олий маълумотли ҳамширалар тайёрлашга ўтилди.

2. Соҳани молиялаштириш тизимида қуйидаги муҳим принципиал ўзгаришлар амалга оширилди.

- Давлат грантида белгиланган тиббий хизматлар бўйича кафолатланган тиббий ёрдам (бепул тиббий хизмат) кўрсатиш ва давлат грантида белгиланган тиббий хизматлар пакетидан ташқари ҳолатларда – пуллик тиббий хизмат.
- Бюджет маблағларидан молиялаштириш механизмлари соддалаштирилди ҳамда ажратилган маблағлардан унумли фойдаланиш орқали яхши натижаларга эришиш (фондни сақлаш)
- Давлат тиббиёт муассасаларини молиявий маблағ билан таъминлаш манбалари сони кенгайтирилди. Давлат тиббиёт муассасаларида аралаш молиялаштиришга ўтилди, келгусида улар ўз-ўзини таъминлаш, молиялаштириш тизимига ўтади.
- Давлат тиббиёт муассасаларига катта молиявий эркинлик берилди ва ўз молия маблағларини назорат қилиш имконияти туғилди.
- Хусусий молиялаштиришни тараққий эттириш учун шароитлар яратилди.

Фойдаланилган адабиётлар

Указ Президента Республики Узбекистан “О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан” 10 ноября 1998 год, №2107.

“Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида” Ўзбекистон Республикасининг Қонуни, 1996 йил 29 август.

“Давлат санитария назорати тўғрисида” Қонун, 1992 йил 3 июль.

Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 14 января 1999 года №18 “О мерах по дальнейшему совершенствованию управления в системе здравоохранения”

Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 3 сентября 1999 года №414 “О совершенствовании порядка финансирования бюджетах организаций”.

Постановление Кабинета Министров Р.Уз. №100 от 5 марта 1999 года “О реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения Ферганской области”.

Указ Президента Р.Уз. от 23 февраля 2003года “О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения”.

Деятельность лечебно-профилактических учреждений в 2002 году по данным годовых статистических отчётов, Ташкент 2003 г, 50 стр.

Материалы семинара по обучению преподавателей по продвинутому менеджменту для сектора здравоохранения и его реформирования. Ташкент. 21 июль-9август 2003

Здравоохранение в Центральной Азии. Под редакцией Мартина Макки, Джудит Хили и Джейн Фолкингемь, Москва-2002, С -239.

Здравоохранение и экономика: Избранные аспекты, г. Оснабрюк, 2003, С-154.

Первичная медико-санитарная помощь: Обзор современных тенденций развития, Алматы,2003, -С 48.

Т.И.Искандаров, Б. Маматкулов, Санитария статистикаси ва ижтимоий-гигиеник тадқиқот услублари, Тошкент.1994, 202 бет.

Соғлиқни сақлаш муассасаларининг 2001 йилги статистик ҳисоботлар таҳлили, Тошкент, 2002, 54 бет.

Ўзбекистон Республикасида репродуктив саломатлик. Саломатлик муҳофазаси (1991-1999 йиллар) Тошкент, 2000, 46 бет.

Основная политика финансирования здравоохранения: альтернативы для Европы/Elios mossiolos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin. ВОЗ. 2002. С - 18

Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран// Под редакцией Ричарда Б. Сольтмана, Райнхарда Буссе и Элайоса Моссиолоса, Издательство “Весь мир”, Москва -2002, -С 253.

Глоссарий / атамалар луғати

Аборт — ҳомиладорликни муддатидан аввал тўхтатиш, бола ташлаш ва сунъий абортларга бўлинади. Сунъий аборт қонуний (легал) ва ноқонуний (нолегал) бўлиши мумкин. Абортнинг умумий кўрсаткичлари 15—44 ёшлар оралиғидаги ҳар 100 аёлга тўғри келадиган абортлар сонидир.

Қашшоқликнинг мутлоқ даражаси—шахс ёки онага тўлақонли овқатланиш, тиббий, кийим-кечак ва уй-жой эҳтиёжларини қондира олишга имкон бермайдиган даромад даражаси.

Аккредитация-ихтиёрий равишда тиббий муассасанинг ташқи профессионал ташкилотлар томонидан баҳоланиши, бунда камчиликлар аниқланиб, таҳлил қилинади.

ЖССТ нинг Олмаота конференцияси — 1978 йилда бутун жаҳонда бирламчи тиббий ёрдамни кучайтириш шиори остида ўтказилган. Конференцияда қабул қилинган декларация «2000-йилга келиб ҳамма учун саломатлик» дастури асосида эди.

Альфа-хато ёки биринчи турдаги хато-хато назариясида ҳам тўғри деб бериладиган хулоса. Клиник текширишларда бу ҳолат бир дорини бошқасидан самарали деб кўрсатилишида намоён бўлади. Аслида эса бундай афзаллик бўлмайди.

Амбулатор ёрдам — бемор мурожаат қилган заҳотиёқ кўрсатиладиган тиббий ёрдам бўлиб, мижоз муассасада 24 соатдан ортиқ бўлмайди.

Яшовчанликнинг таҳлили дастлабки моментдан аниқ оқибат (одатда ўлим) юз бергунига қадар ўтган вақт. Усул ҳар қандай оқибатни баён қилиш имконини беради.

Аналитик текширишлар — сабаб алоқаларини излашга қаратилган эпидемиологик текширишлар типи бўлиб, хатар омиллари ва ташқи муҳит таъсиротларини организмга кўрсатадиган таъсирларини ўрганади. У кросс-секцион, когорт, ҳодиса-назорат усулларига бўлинади. Аналитик текширишларда ўрганилаётган индивидларда касаллик аломатларининг бор-йўқлигига ҳамда хатар омилларига асосланади.

Харажат-самарани таҳлил қилиш-харажатларнинг самарадорлигини таҳлил қилиш шакли ҳисобланади ва соғлиқни сақлаш иқтисодиётида фойдаланилади.

Харажат ва натижаларни таҳлил қилиш-иқтисодий баҳолаш шакли бўлиб, барча харажатлар пул билан белгиланади.

Харажатнинг самарадорлигини таҳлил қилиш — соғлиқни сақлаш тизимидаги иқтисодий баҳолаш шакли бўлиб, харажатлар пул бирлигида ифодаланади, фаолиятнинг натижаси эса даволаш натижасида қўшилган умр, касалликни аниқлаш кабиларда.

Апгар шкаласи-янги туғилган чақалоқ ҳаётининг муҳим функцияларини баҳолаш усули. Бу шкала бўйича чақалоқ туғилгани заҳотиёқ ва орадан 5 дақиқа ўтиб аниқланади. Апгар шкаласи чақалоқ физиологик ҳолатини баҳолашда универсал эканлигини кўрсатади.

Аттрибутив хатар-популяциядаги хатар омилига қўшимча омил ҳисобланади. Бу кўрсаткич популяциядаги хатар омили билан боғлиқ бўлган қўшимча касалланишни акс эттиради.

Бета-хатар ёки иккинчи даражадаги хатолар бўлиб, ҳақиқат бўлган нарсани хато деб ҳисоблаш оқибатида юзага келади. Клиник текширишлар бу иккала даво усулининг ҳам самарали эканлигини кўрсатади.

Касалхона ёрдамидан фойдаланиш -касалхона ўринлари билан боғлиқ бўлган хизматдан фойдаланиш бўлиб, 1000 та аҳоли ҳисобига госпитализация кунлари ҳамда қабул қилинган мижозлар сони билан ҳисобланади. Беморларнинг койкада бўлиш ўртача кунлари умумий кунларни жавоб берилган беморлар сонига бўлиб топилади. Касалхона ўрин-кунлари (ҳар 1000 аҳолига) касалхона ёрдамидан фойдаланишнинг асосий индикатори (Ромер қонуни) бўлиб хизмат қилади.

Ҳисса, киритиладиган ресурслар-аксарият ташкилотлардаги пул ресурслари, моддий ташувчилар ва ходимларни ўз ичига олади.

Кенг қамровли, комплекс-барча ёндошувларни ўз ичига олади.

Тиббий ёрдамнинг талаб қилиниши-мавжуд тиббий ёрдамидан мижозларнинг қониқиш кўрсаткичи бўлиб, инсонпарварлик, гамхўр-

лик, беморларга қай даражада ахборот етказилганлигини ўз ичига олади.

Умумий амалиёт шифокорлари — мижозларнинг туғилганидан ўлгунига қадар кенг қамровдаги тиббий ёрдам ва уларнинг ёши, жинси ва миллатидан қатъий назар тиббий тавсиялар берувчи врач.

Иккиламчи профилактика-касалликнинг ривожланишини секинлаштириш ёки тўхтатишга қаратилган аралашувдир.

Танлаш усули-аҳолининг махсус гуруҳларини танлаб олиб, уларда кечувчи жараёнларни ўрганиш усули. Бундай гуруҳни танлаш принципи аҳолининг бир бутунликдаги сифатига таъсир кўрсатади.

Хатар гуруҳи-касалланиш ёки хатар кўрсаткичлари ҳисоб-китоб қилинадиган одамлар гуруҳи бўлиб, таъсир дастурлари ўтказиш режаланади, бу гуруҳда бирор бир касаллик билан оғриш хатари юқори бўлади.

Меҳнатга лаёқатсизлик билан тўғрилган ҳаёт йили (ДАЛИ) — касалликларнинг глобал тарқалишини ўлчаш учун қўлланиладиган ўлчов бирлиги бўлиб, касалланиш кўрсаткичлари ва унинг оқибатларини камайтиришга йўналтирилган.

Яшаш сифати билан тўғрилган ҳаёт йили — умрнинг сифати ва узунлигини акс эттирувчи ўлчов бирлиги бўлиб, умр узунлиги ўсишини миқдорий баҳолаш учун қўлланилади.

Дерегуляция-иқтисодиёт ва хизматлар доираси устидан давлат назоратини камайтириш ва шу билан бирга стандартлар ҳамда натижалар устидан масъулиятни кучайтирадиган маъмурий стратегиядир.

Тиббий хизматни децентрализациялаш-тиббий тизимни бошқариш ваколатини маҳаллий органларга бериш бўлиб, уларнинг маблағ билан таъминловчи ташкилотларга нисбатан ҳисобот бериши сақланиб қолади.

Диагностик жиҳатдан боғланган гуруҳлар-госпитализация таннархини баҳолаш усули бўлиб, ўхшаш ташхисли мижозларни бир гуруҳга тақсимлашга асосланган. Мазкур классификация ўхшаш ташхисли касалликларни даволашга кетадиган харажатларнинг бир хил эканлигига асосланган.

Ишонч интервали — популяциядаги параметрларнинг ҳақиқий қиймати қайси чегара ичида бўлишини кўрсатувчи статистик кўрсаткич бўлиб, тасодифлар таъсирига асосланган. Ишонч интервали 95% дейилса, ҳақиқий қийматнинг 95% унинг чегарасида деб тушунилади.

Кўшимча тўлов-суғурта қилинган шахснинг бевосита тиббий хизматнинг айрим турлари учун қўшимча тўлаши зарур бўлган пул бирлигидир.

Тиббий хизматнинг ҳаммабоблиги-мижознинг географик ва маблаф тўсиқларини енгиб ўтмасидан оладиган тиббий ёрдами.

Касалланиш ва ўлим бўйича ҳафталик ҳисобот-АҚШ даги Атлантада касалликлар назорати Марказининг ҳафталик нашри бўлиб, қайд қилинган касалликлар ва ўлимни акс эттиради. Эпидемиологик ҳолатни назорат қилиш ва тўғрилаш учун ишлатилади.

Саломатликни ҳимоялаш — тиббий ходимлар ва профессионал бўлмаганларнинг соғлиқни сақлаш бўйича аҳоли манфаатларини ҳимоя қилиши.

Ишловчининг саломатлиги самараси — иш билан банд бўлган одамларда бекорчига нисбатан ўлим кўрсаткичлари анча камдир. Бу ишга лаёқатсиз, сурункали касаллар меҳнат қилувчилар жумласига киритилмаганлигидан ҳам бўлиши мумкин.

Саломатликни мустаҳкамлаш-одамларнинг ўз саломатликларини назорат қилиши ва яхшилаши, специфик касалликлар билан оғришини ва улар билан боғлиқ хатар омилини камайтириш имкониятидир. Соғлиқни мустаҳкамлаш мақсади муаммолар ўлчамини баҳолашга асосланган бўлиб, мавжуд самарали ва ишончли технологияларни қўллашга асосланган. Бундай дастурлар жамоаларни ривожлантириш, атроф-муҳитни тозалаш, озикланиш сифатини яхшилаш, хулқ-атворни гўзаллаштириш, жароҳатланиш ва захарланиш хатарларини камайтириш орқали соғлиқни сақлаш тизимини яхшилашга қаратилган.

«2000-йилга ҳамма учун саломатлик» — ЖССТ ташаббуси бўлиб, 1977 йили бирламчи тиббий-санитар ёрдам бўйича Олмаотада ўтказилган конференцияда кўтарилган. Ташаббуснинг асосий моҳияти шундан иборатки, барча одамлар жамоатнинг ижтимоий ҳаётида фаол қатнашиш ва самарали ишлаш ҳуқуқига эга. Бундай дара-

жага эришиш учун ҳар бир халқаро регион, мамлакат ва районда умум томонидан қабул қилинган НҲА саломатлик индикатори даражаси аниқланиши керак. Бу режалаштирилган жараён ягона охирги кўрсаткич эмас, балки одамлар саломатлигини яхшилашга қаратилган комплекс тадбирдир. Дастурни таҳлил қилиш ҳар бир давлатнинг ва регионнинг имкониятларига, иқтисодий-ижтимоий шароитларига, касалланиш ва ўлим даражасига, соғлиқни сақлаш тизими ривожига ва статусига боғлиқдир.

Жамоа саломатлиги - 1) яшаш жойи, ижтимоий инфратузилмаси ва баъзан маданий ва миллий хусусиятлари билан бирлашган аҳоли гуруҳининг тиббий-демографик кўрсаткичлари; 2) Инглиз адабиётида «жамоат соғлиғини сақлаш» аҳолининг аниқ бир гуруҳига нисбатан қўлланилади. Махсус мувофиқлаштирилган хизматлар ва дастурлар томонидан таъминланади. Бу хизматлар ва дастурлар ўқувчилар, оналар ва болалар саломатлиги, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш, аҳоли таълим даражасини ошириш ва соғлиғини яхшилашга қаратилган.

Махраж — касрнинг пастки қисми бўлиб, муносабатларнинг кўрсаткичларини ҳисоблашда қўлланилади. Масалан, хатар омили таъсир қилган аҳоли гуруҳи, яъни ҳодиса юз берган муҳит.

Ривожланиш индикатори-ривожланишнинг анъанавий иқтисодий индикатори бўлиб, иқтисодий ривожланишнинг бир қанча кўрсаткичлари, жумладан аҳоли жон бошига тўғри келадиган ялпи миллий даромадни ўз ичига олади. Саломатликка таъсир қилувчи яна бир қанча индикаторлар бўлиб, улар Жаҳон банки, ЖССТ, ЮНИСЕФ каби ташкилотлар томонидан қўлланилади. Бу кўрсаткичлар рўйхати чақалоқлар, болалар ва оналар ўлими, диареяли ва нафас йўллари касалликларидан ўлим, иқтисодий ривожланиш кўрсаткичларини, таълим даражасини ўз ичига олади. Бу кўрсаткичлардан фойдаланиб «Жаҳон болалари саломатлиги» йиллик тўплами чоп этилади.

Чақалоқларни сунъий озиклантириш-она сунининг ўрнини олиш учун тавсия этилган сут бўлиб, аксарият ҳолларда ҳайвонлар сунти асосида тайёрланади. Бола ҳаётининг биринчи йилида тавсия этилади. Айрим ривожланаётган давлатларда унинг моҳияти нотўғри тушунилиб, кенг тарғиб этилганди. Бугунги кунда она сунининг ўрнини ҳеч нарса боса олмаслиги аниқ бўлиб қолди.

Таъминот сифати-соғлиқни сақлашда тиббий-профилактик фаолият ёрдами яхшилашга қаратилган.

Капитация-тиббий хизматни тўлаш усули бўлиб, бунда тиббий муассаса ёки соғлиқни сақлаш ходимининг қатъий белгиланган маошни суғурта қилинган шахсга кўрсатилган тиббий ёрдам учун олишга розилигидир.

Когорта-маълум бир умумий белгиларига кўра аниқ муддат давомида бириккан шахслар гуруҳи.

Когорт тадқиқотлар-аҳолининг бирор-бир когортаси қандайдир вақт оралиғида бирикканлигини текширишга қаратилган тадқиқотлар бўлиб, улар бўйлама (мижозлар қандайдир вақт оралиғида кузатилади) ва проспектив (мижоз гуруҳи ҳозирги вақтда шаклланган ва келажакда ҳам кузатилади) бўлиши мумкин. Бирламчи касалликларни текшириш бўйича тадқиқотларда бирламчи касалланиш аниқ вақт оралиғида қайд қилиниб, таҳлил қилинди.

Тарқалиш контрацепцияси-ҳомиладорликдан сақловчи воситаларни қўлланиш курсаткичи бўлиб, 15-49 ёшлар оралиғидаги турмушга чиққан аёлларнинг контрацептивлар қўллаш фоизи сифатида ҳисобланади.

Конфаундер-қандайдир даражада натижаларга таъсир кўрсатувчи, аммо эътиборга олинмаган омилдир. Масалан, эркаклар аёлларга нисбатан ишемик касалликлар билан кўпроқ оғрийди, бу жинс билан боғлиқ бўлмасдан, балки эркаклар орасида нотўғри ҳаёт тарзи оқибатидаги хатар омилларнинг кўп бўлиши ҳисобидандир.

Дельфи усули бўйича конференция — қадимий Рим шаҳарларидан бири Дельфи билан боғлиқ бўлиб, махсус муолажа билан идора этилади. Мутахассислар гуруҳининг эксперт баҳо йиғиш тизимини ташкил этиш йўли билан эксперт прогнози қилиш учун учрашиши.

Тиббий-санитар таълим учун онгли равишда яратилган имконият бўлиб, инсон хулқ-атворининг соғлиққа чамалаб ўзгартиришга қаратилган.

«**Медикэйд**»-қашшоқларга тиббий ёрдам кўрсатишга қаратилган АҚШ миллий дастури бўлиб, 1935 йилдан буён фаолият кўрсатиб келмоқда. Унинг харажатлари федерал ҳокимият, штатлар ҳокимияти ва маҳаллий маъмурлар орасида улушларда бўлинган.

«Медикэр»-АҚШда қарияларни тиббий сууғурталаш бўйича миллий дастури бўлиб, 1965 йилдан буён фаолият юритиб келмоқда.

Исботлашга асосланган тиббиёт-даволаш воситаларини танлаш ёки конкрет мижоз учун хатарни баҳолаш учун фойдаланиладиган жа-раён бўлиб, амалиётда клиник тажрибанинг энг яхши ва янги тадқиқотларини жорий этишга имкон беради.

Тиббий аудит-тиббий муассаса фаолиятини сифати билан биргалик-да баҳолаш усули бўлиб, госпитализациянинг ўртача муддати, опе-рацияларнинг асорати, инфекциялар, кесар операциялари сони-ни ўз ичига олади.

Ҳодиса менежменти-ёрдамнинг ташкиллаштирилган тизими бўлиб, мувофиқ даволаш ва қўшимча тиббий хизматларни ўз ичига ола-ди.

Чақалоқлар ўлими кўрсаткичи-1 ёшгача бўлган чақалоқларнинг, ўша йилда тирик туғилган чақалоқлар сонини 1000 га кўпайтирилга-нига нисбатига айтилади. Бу кўрсаткичнинг бошқача шакли туғи-лиш ва 1 ёшга қадар ўлим орасидаги эҳтимолликда ифодаланади. Аҳоли саломатлиги даражасини тавсифлаш учун қўлланилади.

Соғлиқни сақлашга ажратиладиган миллий харажатлар -бир тақвим йили мобайнида аҳоли саломатлигини сақлаш учун ажратилади-ган ижтимоий воситаларнинг мутлоқ ва нисбий сони бўлиб, ми-жозларнинг хизмат учун тўловлари, хусусий ва давлат суғуртала-рининг бадалларини ҳам ўз ичига олади.

Нодавлат ташкилотлар-бир гуруҳ фуқаролар, бир ёки бир нечта дав-лат, ассоциация, жамғарма ёки диний гуруҳлардан ташкил топ-ган бўлиб, ўз фаолиятида давлат ва хусусий сектор орасидаги мувозанатни сақлаш учун хизмат қилади.

Ишга яроқсизлик-ўткир ёки хроник касаллик оқибатида вақтинчалик ёки узоқ муддатлик фаолликни йўқотиш бўлиб, меҳнатга яроқ-сизлик кунлари билан ифодаланади.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш-биологик, ижтимоий фанларнинг одамлар популяциясида соғлиқ феноменини ўрганишдаги қўлла-нишидир. Таҳлилнинг иккита асосий омилини ўз ичига олади: биринчиси-соғлиқ ҳолатидаги популяцияда эпидемиологик ҳолат-

ни ўрганиш, иккинчиси-бу шароитга бериладиган ижтимоий жавобни ўрганишдир. Янги жамоат соғлиғини сақлаш аҳолининг махсус ажратиладиган ҳар бир гуруҳининг соғлиққа эҳтиёжини аниқлашга қаратилган. Жамоат соғлиғини сақлаш жамият учун саломатлик деганидир.

Асосий озиқ маҳсулотларини витаминлар ва минераллар билан тўйинтириш-дефицит орқали юзага келадиган ҳолатларни олдини олиш учун озиқ маҳсулотларига минераллар ва витаминлар қўшишдир. Бундай амалиёт Канадада, Шимолий Америкада ва Европада кенг тарқалган тузни йодлаш, сут маҳсулотларига А, Д витамини ва кальций, нонга эса С витамини ва темир қўшишни ўз ичига олади. Бу тадбирлар остеопороз ва темир танқислиги анемиясининг олдини олишда самарали эканлигини намоён қилди.

Намунавий (яхши)ишлаб чиқариш фаолияти-фармацевтик препаратлар, ишлаб чиқаришнинг стандарти бўлиб, маҳсулот хавфсизлигини таъминлашга қаратилган. Бу атама озиқ-овқат маҳсулотлари ва тиббий технологияларга нисбатан ҳам қўлланилади.

Жамоат соғлиғини сақлаш-касалликларнинг олдини олиш, умрни узайтириш ва руҳий ҳамда жисмоний саломатликни яхшилашга қаратилган фан ва санъат бўлиб, жамоалар ва жамиятнинг самарали ташкиллаштирилган ҳиссаси орқали амалга оширилади.

Жамоа-умумий ўз-ўзини бошқариш органига эга бўлган географик ҳудуд аҳолиси бўлиб, кенг маънода — диний, маданий, миллий ва ижтимоий аҳволига кўра бирлашадиган ҳар қандай ижтимоий гуруҳдир.

Ҳаётнинг кутилаётган узунлиги ёки келажакдаги ўртача умр узунлиги-чақалоқ туғилган йили мавжуд бўлган ўлим даражаси, сабаби ва таркиби унинг бутун умри мобайнида ўзгармас ҳолда сақланиб қолганда чақалоқнинг ўртача яшаш йиллари.

Хизмат учун тўлов-тиббий хизмат учун тўланадиган тўлов шакли, гонорар бўлиб, ҳар бир ўтказиладиган тиббий муолажа ва даво тури, консультация, анализлар учун берилди.

Соғлиқни қувватлаш бўйича ташкилот-шартномада кўрсатилганига асосан аввалдан тўланган бадалга мувофиқ тиббий хизмат кўрсатади. Бу тизимнинг асосий йўналиши, профилактика, эрта ташхис қўйиш ва даволашдан иборат.

Фаолият учун асос-барча мавжуд клиник, эпидемиологик ва экологик манбалардан йиғилган далиллар бўлиб, клиник текширишлар учун мақсадли дастурни режалаштиришга асос бўлади. Асосий муаммо-бундай далилларнинг қанчаси зарурлигини аниқлашдир.

Асосий тиббий хизматлар-давлат томонидан аниқ белгиланган тиббий хизматлар жамланмаси бўлиб, баъзан “тиббий хизматлар корзинаси” ҳам деб аталади.

Дориларнинг асосий рўйхати-1977 йилда ЖССТ томонидан тузилган бўлиб, ривожланаётган давлатлардаги саломатлик муаммоларини ҳал этиш учун мунтазам янгилашиб турадиган дорилар рўйхати, сўнгги йилларда дориларнинг миллий рўйхатида 270 та асосий фармацевтик маҳсулотлар бор. Россия Федерацияси дорилар рўйхати ЖССТ никидан сезиларли фарқланади.

Бирламчи профилактика-касалликка олиб келувчи сабабни бартараф этиш орқали олдини олишдир.

Пер-дайм-беморни даволаш учун қанча харажат талаб қилинишидан қатъий назар, касалхона харажатлари учун ажратиладиган ўртача кунлик норматив нарх-наволардир.

Демографик ўтиш-фертилик ва ўлим кўрсаткичларининг юқоридан паст кўрсаткичларга ўтиши бўлиб, индустриализация, ҳаёт сифатини ошиши билан боғлиқ.

Эпидемиологик ўтиш-популяциядаги инфекцион касалликлар билан оғриш ва ўлимнинг юқоридан паст кўрсаткичларга ўтишидир. Но-инфекцион касалликлар билан оғиш ва ўлимнинг юқори бўлишида юрак-қон томир тизими касалликлари, ўсмалар, жароҳатлар ва заҳарланишлар етакчи ўринларни эгаллайди.

Перинатал ўлим-ҳомила ва чақалоқнинг 28-ҳафталик ҳомилаликдан ҳаётининг 1 ҳафтасига қадар муддатда ўлими бўлиб, ўлик туғилиш ва эрта неонатал ўлимни ўз ичига олади. У қуйидаги формула билан ҳисобланади:

$$\frac{\text{ўлик туғилганлар сони} + \text{ҳаётнинг дастлабки етти суткасида ўлганлар сони}}{\text{ҳамма туғилганлар (тирик ва ўлик) сони}} \times 1000$$

Халқаро тавсияларга кўра перинатал ўлим вазни 1000 г дан юқори бўлган барча туғилишларни ўз ичига олиши лозим. Агар вазнини ўлчаш имкони бўлмаса, унда 28 ҳафталикка тўғри келиши, тиррик ёки ўлик туғилганидан қатъий назар бўйи 25 м дан кам бўлмаслиги лозим. Аксарият давлатларда қонунчилик стандартлари бири-биридан фарқ қилади.

Оилани режалаштириш-исталмаган ёки бевақт ҳомиладорликни камайтириш билан боғлиқ хизматлар бўлиб, хавфсиз, таъсирчан контрацепция воситалари ёрдамида амалга оширилади. Тиббий ходимлар савиясининг юқори бўлиши, ёшлар тиббий саводхонлигининг ошиши ҳам бу борада катта ўрин тутаяди. Оилани режалаштириш тўғри йўлга қўйилмаган давлатларда абортлар туғишни устидан назорат қилишга қаратилган асосий воситалардир. Оилани режалаштиришга сиёсий ва диний тўсиқлар мавжуд давлатларда тез-тез ҳомиладорликлар ва туғруқлар оналар ва болалар саломатлигига салбий таъсир кўрсатади.

Саломатлик потенциали-соғлиқнинг энг яхши ҳолатидир. Саломатлик потенциали жамиятдаги битта одамнинг бутун жамият соғлом турмуш тарзига таъсир кўрсатади.

Аҳоли гуруҳига асосланган, чамаланган ва йўналтирилган дастур— жамоатга кўрсатиладиган дастурлар ва хизматлар муассасалар, жамоат соғлиқни сақлаш марказлари томонидан жамоаларга, уйлارга кўрсатилади.

Саломатлик борасида аҳоли саводхонлигини ошириш-аҳолини ахборотлар билан профессионал даражада таъминлаш бўлиб, соғлом турмуш тарзини тўғри тушунишга, касалликларнинг хатар омилини ва асоратларини камайтиришга имкон беради.

Кенгайтирилган иммунизация дастури-ЖССТ ва ЮНИСЕФ нинг “Саломатлик ҳамма учун” дастурининг бир қисмидир. Бўғма, кўкйўтал, полиомиелит, қизамиқ ва силга қарши эмлашларни ўз ичига олади. “EPI PLUS” дастури эса гепатит, сариқ иситмага қарши эмлаш ва А витамини ҳамда йод танқисликларини бартараф этишни ҳам ўз ичига олади.

Натижа-соғлиқни сақлашда йўналтирилган сиёсат ёки саломатлик статусини ўзгартиришга қаратилган тадбир ёки дастур. У яна даволаш самараси ҳамдир.

Рандомизация—тажриба ва назорат гуруҳига беморларнинг тасодифан тақсимланишини таъминловчи муолажа бўлиб, иккала гуруҳ орасидаги фарқнинг йўқлиги, систематик хатолар эҳтимолининг камайиши орқали эришилади.

Жамғарма орқали бошқариш—Буюк Британияда соғлиқни сақлашни маблағ билан таъминлашга янгича ёндошиш бўлиб, оилавий врач жамғармаси орқали маблағ билан таъминлашни ҳам ўз ичига олади. Бу жамғарма эгасига касалхонани танлаш, хизмат кўрсатиш шароитини келишиш имконини беради.

Ихтисослашган тиббий хизматни идора этувчи—умумий амалиёт врачининг роли бўлиб, беморларни ихтисослашган тиббий муассасаларга юборилишини идора этади. Буюк Британияда мижоз тор соҳа мутахассиси қабулида бўлиши учун оилавий врач йўлланмаси зарурдир.

Оилавий врач—жамоада, оилада кенг қамровли тиббий ёрдам кўрсатувчи мутахассис бўлиб, узоқ муддат мобайнида фаолият кўрсатади. Оилавий врачнинг фаолиятига нафақат даволаш, балки профилактика, ҳомиладорликнинг мониторинги, оилани режалаштириш ва тиббий саводхонлигини ошириш киради.

Сертификация—юримдик ҳуқуқлар в мажбуриятлар асосида тиббий хизмат кўрсатишга рухсат берувчи гувоҳномани олиш. Бу врач, ҳамширалар учун зарур бўлиб, лицензия олинганидан кейин керак бўлади. Шунингдек, касалхоналар ва бошқа тиббий муассаса учун ҳам зарур бўлади, давлат улар фаолияти учун рухсат беради, аммо уни назорат қилиш, лицензияни ёпиш, фаолиятида ўзгаришлар қилиш ҳуқуқини ўзида сақлаб қолади.

СИНДИ—ЖССТ дастури бўлиб, аксарият давлатларда ноинфекцион касалликларга қаратилган, 1982 йилдан бошлаб фаолият юритмоқда. Дастурнинг умумий мақсади-жамоат соғлиғини ва яшаш сифатини яхшилаш, муддатидан аввал ўлиш, касалланиш ва ногирон бўлиб қолишини камайтириш орқали эришилади. Аъзо-давлатларнинг чекиш, ичиш, юқори қон босими кабиларни камайтириш дастурларини ҳам ўз ичига олади.

Скрининг-ўзини касал деб ҳисоблайдиган шахсларни ялписига текшириш бўлиб, яширин кечаётган касалликлар ва хатар омилларини аниқлаш учун хизмат қилади. Одатда юқори сезувчанликка

эга, арзон, содда ва ноинвазив текшириш усуллари ўз ичига олади. Скрининг ўзининг моҳиятига кўра профилактик медицинанинг усули бўлиб унинг ёрдамида кўпгина оғир касалликлардан, масалан бачадон бўйинчаси ракидан ўлимни камайтиришга эришилган.

«Кўр тадқиқот» — текширилаётган киши ҳам, текширувчи ҳам қайси гуруҳга мансуб эканлигини билмайдиган тадқиқот бўлиб, унинг иккиламчи ва учламчи кўр тадқиқот турлари бор. Учламчисида статист ҳам қайси гуруҳга мансуб эканлигини билмайди.

Ҳодиса-назорат, тадқиқот типии-инфекцион касалликлар эпидемиологиясининг асосий типии бўлиб, ўрганилаётган касаллик билан оғриган беморларнинг гуруҳидаги хавф омили тўғрисидаги ахборотнинг ретроспектив қийёсига асосланган. Қийёслаш натижасида анамнезида хавф омили бўлган шахсининг шу касаллик билан оғриш эҳтимоли аниқланади. Ўзининг кам харажат талаб қилиши ва нисбатан қисқа фурсат ичида натижа бера олиши боис “ҳодиса-назорат” типиидаги текширишлар амалиётда кенг қўлланилади.

Айрим тиббий хизмат турларининг таннархи ошишини олдини олиш-тиббий хизмат нархи кўрсаткичларининг иқтисодий ўсиш кўрсаткичларига пропорционал равишда пасайиши, масалан, 1 одамга нисбатан ялпи миллий даромаднинг пасайиши.

Розилик-белгиланган тартиб ва тавсияларга мижознинг ёки аҳоли гуруҳининг розилиги даражаси.

Ихтисосланиш-скрининг-тест воситасида аниқланган ҳақиқатан соғлом одамлар пропорцияси.

Тиббий хизматларга эҳтиёж-тиббий хизматни топиш, ундан фойдаланиш ва тўлаш имконияти ёки хоҳиши. Кучли эҳтиёж ҳақиқий заруриятни, потенциал эҳтиёж эса маблағ, географик, ижтимоий ва маданий тўсиқлар билан чегараланган эҳтиёжни акс эттиради.

Стандартлаш-турли гуруҳлардаги қийёсий таҳлилни мураккаблаштирувчи ёш ва бошқа омиллар таъсирини йўқотишга қаратилган статистик усуллар.

Меҳмонхона нархи-беморни касалхонада сақлаш (боқиш, иситиш каби хизматлар) нархи бўлиб, даволаш харажатлари бунга кирмайди.

Хасталаниш эҳтимолини суғурталаш-кафолатловчидан саломатлик ёмонлашгандаги зарарни қоплаш мажбуриятини сотиб олишга

тузилган шартнома бўлиб, тўлаш суғурталовчи томонидан суғурталанувчига бевосита ёки тиббий муассасага билвосита берилиши мумкин.

Учламчи профилактика-касаллик пайдо бўлганидан кейин кечишининг ёмонлашувини олдини олишга қаратилган тадбирлардир.

Саломатликни мустаҳкамлаш — ҳар бир одамга ва жамоага саломатликни белгилаб берувчи омиллар устидан назоратни кучайтириш учун имкон берувчи жараён бўлиб, замонавий соғлиқни сақлашнинг етакчи концепцияларига киради. Саломатликни мустаҳкамлашнинг моддий омилларига тўғри озикланиш учун шароит яратиш, атроф-муҳит тозалиги устидан санитария назоратини кучайтириш, жамоат жойларида чекишни ман этиш, оилада ва ишлаб чиқаришда руҳий иқлимни яхшилаш каби хавф омилларини камайтириш киради.

Бошқариладиган тиббий ёрдам — тиббий ёрдам тизими бўлиб, ташкилотлар қатнашадиган тиббий ёрдам кўрсатиш шартномаси тузилади. Бунда ташкилот врач ва мижоз орасидаги муносабатни идора этади ва тиббий хизмат сифатини таъминлаш билан бирга нарх-навони ҳам назорат қилади.

Фертилик ва туғилиш кўрсаткичлари-туғилишнинг умумий кўрсаткичи ҳар 1000 нафар аҳолига нисбатан мазкур йилда тирик туғилганлар сони (фертилик ва популяциянинг ёшга кўра тақсимланишига боғлиқ); фертиликнинг тўлиқ кўрсаткичи-аёлнинг мазкур йилдаги ёшига хос фертилик кўрсаткичларига мувофиқ умри мобайнида туғиши мумкин бўлган болаларнинг ўртача сони; турмушга чиққан аёллар фертиллигининг кўрсаткичлари-15-49 ёшлар орасидаги ҳар 1000 та турмушга чиққан аёлларга нисбатан тирик туғилганлар сони; аҳолининг ўртача йиллик ўсиши кўрсаткичи-мазкур йилда популяциянинг аввалги йилга нисбатан фоиз ҳисобида кўпайиш кўрсаткичи.

Фраминхам текширишлари-юрак касалликлари бўйича энг машҳур когорт текширишларидан бири бўлиб, 1949 йилдан бошлаб юрак касалликларининг хавф омилига боғлиқ тадқиқотлар АҚШ нинг Массачусетс штатидаги Фраминхам шаҳрида ўтказиладиган бўлди.

Янги ҳодисаларнинг учраш жадаллиги-аниқ вақт мобайнида ўрганиладиган ҳолатнинг барча гуруҳга нисбатан учраш нисбатидир. Популяциядаги айрим касалликларнинг янгидан учраш ҳолати бир-

ламчи касалланиш дейилади. Айрим касалликдаги янги оқибат учраш жадаллиги бу касалликдан ўлим ёки ногиронланиш кўрсаткичларини кўрсатади. Янги касалланиш ҳолларини баҳолаш учун касаллик учрамаган одамлар гуруҳи ажратиб олинади ва уларни вақти-вақти билан текшириб, аниқ муддат орасида янги ҳодисалар пайдо бўлиши аниқланади.

Сезувчанлик—популяциядаги чиндан ҳам мазкур хасталик билан оғриган одамларнинг пропорцияси бўлиб, касаллик бор бўлса, диагностика тест мусбат натижа бериши эҳтимол.

Кундалик имкониятлар шкаласи—имкониятларни ҳисобга олиш шкаласи бўлиб, касалликнинг турли босқичларини ёки хроник ҳолатларнинг таъсир натижаларини ўлчаш учун қўлланилади. У ҳаракатланиш, ўз-ўзига хизмат қила олиш имконияти борасидаги савол-жавобларга асосланган.

Эйджизм-кекса ёшдаги одамларга нисбатан салбий муносабатда бўлиш, ёки дискриминация кўринишлари.

Жамоат саломатлигининг экологик модели — Жамоат соғлиқни сақлаш концепциясининг кейинги ривожланиши бўлиб, бунда саломатликка холистик позициядан қаралади ва инсоннинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан баркамол бўлишини атроф-муҳит, ижтимоий-иқтисодий, маданий, сиёсий ва шахсий омиллар билан боғлаб қаралади.

Эпидемиология-аниқ популяциядаги соғлиқ билан боғлиқ ҳолат ва ҳодисаларни белгилловчи омилларнинг тарқалиш қонуниятини ўрганувчи фандир. Бошқача қилиб айтганда эпидемиология-одамлар популяциясида касалликлар пайдо бўлиши ва тарқалишини ўрганувчи фандир. Замонавий эпидемиология инфекцион ва ноинфекцион касалликларнинг тарқалиш қонуниятларини ва уларга қарши курашишни ўрганади.

Мундарижа

7-боб. Аҳолига ихтисослашган ёрдам кўрсатиш	3
8-боб. Овқатланиш гигиенаси	42
9-боб. Атроф-муҳитнинг аҳоли соғлигига таъсири ва касб касал- ликлари	95
10-боб. Жамоат соғлигини сақлаш тизимларини ташкил қилиш.	141
11-боб. Соғлиқни сақлаш тизимларида режалаштириш ва бошқа- риш	159
12-боб. Тиббиёт ва соғлиқни сақлашда харажатларни аниқлаш: соғлиқни сақлаш иқтисодиёти.	198
13-боб. Миллий соғлиқни сақлаш тизимлари.	256
14-боб. Соғлиқни сақлаш ходимлари заҳиралари	346
15-боб. Технологиялар, сифат ва ахлоқий меъёрлар.	393
16-боб. Аҳоли саломатлигини сақлашнинг халқаро аспекти ..	427
17-боб. Ўзбекистонда аҳоли саломатлиги ва соғлиқни сақлаш (бу боб муаллифнинг руҳсати билан проф. Б. М. Маматқулов ва доцент Р. И. Азимов томонидан ёзилди)	459
Глоссарий (атамалар луғати)	489

Теришга берилди 15.09.2003. Босишга рухсат этилди 10.12.2003. Бичими 70×90¹/₁₆. Тип таймс
гарнитурادا офсет босма усулида босилди. Шартли босма т. 6,72. Нашр т. 6,33. Нусхаси 2000.
Буюртма № 92. Баҳоси шартнома асосида.

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг Тошкент китоб-журнал фабрикасида чоп
этилди. 700194 Тошкент, Юнус-Обод даҳаси, Муродов кўчаси, 1.