



## SOG'LIQNI SAQLASHGA MOLIVAVIY RESURSLARNING SARFLANISHINI O'RGANISH

Isroilova Sohiba Buriboevna

Samarqand davlat tibbiyot instituti "Sog'liqni saqlash va umumiy gigiyena" kafedrası

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6368852>

### MAQOLA TARIXI

Qabul qilindi: 01-mart 2022

Ma'qullandi: 10-mart 2022

Chop etildi: 14-mart 2022

### KALIT SO'ZLAR

iqtisodiyot, menejment, sog'liqni saqlash

### ANNOTATSIYA

**Абстракт:** Sog'liqni saqlash xizmatlarini ko'rsatish asosan davlat muassasalari tomonidan amalga oshiriladi, ammo sog'liqni saqlashga qaratilgan barcha xarajatlarning deyarli yarmi xususiy manbalar hisobidan, asosan, cho'ntakdan to'lovlar shaklida amalga oshiriladi. sog'liqni saqlashga moliyaviy resurslarning sarflanishini o'rganish. O'zbekiston yalpi ichki mahsulotining nisbatan kichik qismini sog'liqni saqlashga sarflaydi – 2012-yilda bu ko'rsatkich 5,9 foizni tashkil etgan. So'nggi yillarda davlat sektorining xarajatlar ulushi ortgan bo'lsa-da, xususiy sektor xarajatlari muhim bo'lib qolmoqda. 2012-yilda sog'liqni saqlashga umumiy xarajatlarning 53,1 foizi davlat manbalari hisobidan moliyalashtirildi (asosan soliqlar hisobidan), 46,9 foizi esa xususiy manbalar hisobidan, asosan, fuqarolarning cho'ntagidan to'lovlar ko'rinishida amalga oshirildi. Ixtiyoriy tibbiy sug'urta asosiy rol o'ynamaydi. Kasalxona xizmatiga davlat xarajatlari ulushi kamayib bormoqda va 2010 yilda 58% ni tashkil etdi. Boshqa moliyalashtirish manbalariga ko'p tomonlama yoki ikki tomonlama tashkilotlar va rivojlanish agentliklarining texnik yordam dasturlari kiradi. Tanlangan qiziqish sohalarida muntazam ma'lumotlarni to'plashni qo'llab-quvvatlash uchun tadqiqot o'tkazish va sifatli ma'lumotlarni yig'ish usullari bo'yicha mahalliy salohiyatni kuchaytirish mumkin. Bu aniqroq ma'lumotlarga muhtoj bo'lgan ko'plab sohalaridagi bo'shliqlarni to'ldirishga yordam beradi va sog'liqni saqlashning to'g'ri siyosati uchun yaxshi asos yaratadi.

O'zbekiston Markaziy Osiyoda 1991 yilda Sovet Ittifoqi parchalanganidan keyin o'z mustaqilligini e'lon qilgan davlatdir. O'shandan buyon mamlakatda sog'liqni saqlashni ko'rsatish, boshqarish va moliyalashtirish sohalarini qamrab oluvchi, samaradorlikni oshirish va teng huquqlarni

ta'minlash maqsadida bir qator yirik sog'liqni saqlash islohotlari boshlandi. Qishloqlarda birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ikki pog'onali tizimga almashtirildi, shaharlardagi ixtisoslashtirilgan poliklinikalar shahar aholisining barcha qatlamlari uchun



umumiy poliklinikalarga aylantirilmogda. Ikkilamchi tibbiy yordamni moliyalashtirish o'tgan xarajatlar va xizmatlar ko'rsatish xarajatlariga asoslanadi (bemorlarning badallari hisobiga "o'zini-o'zi moliyalashtirish" ortib borishi bilan), birlamchi yordam uchun esa jon boshiga moliyalashtirish modeli tobora ko'proq qo'llaniladi. Resurslarni taqsimlash samaradorligini oshirish bo'yicha ham ishlar olib borilmoqda – isloh qilingan birlamchi tibbiy-sanitariya yordami tizimiga jalb qilingan resurslar ulushi bosqichma-bosqich oshib bormoqda. Sog'liqni saqlash xizmatlarini ko'rsatish asosan davlat muassasalari tomonidan amalga oshiriladi, ammo sog'liqni saqlashga qaratilgan barcha xarajatlarning deyarli yarmi xususiy manbalar hisobidan, asosan, cho'ntakdan to'lovlar shaklida amalga oshiriladi. Asosiy imtiyozlar, shu jumladan bepul birlamchi tibbiy yordam, shoshilinch tibbiy yordam va ayrim kasalliklar va aholini davolash kafolatlanadi. Biroq, ikkinchi darajali tibbiy yordam va ambulatoriya dori-darmonlari aholining ko'pchiligi uchun asosiy paketlarga kiritilmagan va xususiy sog'liqni saqlash xarajatlariga bog'liqlik aholi uchun tengsizlik va halokatli xarajatlarga olib keladi. Garchi davlat xarajatlari ulushi asta-sekin o'sib borayotgan bo'lsa-da, moliyaviy himoya hali ham muammoli masala. Tibbiy xizmatlar sifatiga e'tibor kuchayib borayotgan yana bir sohadir.

**Maqsad:** sog'liqni saqlashga moliyaviy resurslarning sarflanishini o'rganish

Materiallar va usullar: ushbu tadqiqotni o'tkazish uchun Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti hisobotlarini tahlil qildik. Prezidentning 2008-2012-yillarga mo'ljallangan farmon va farmoyishlarida

sog'liqni saqlashga harajatlarning darajasi, sog'liqni saqlash xarajatlarini turli yo'nalishlar bo'yicha taqsimlash to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Sog'liqni saqlash tizimi, sog'liqni saqlash tizimini moliyalashtirish manbalari, resurslar qanday yig'ish va taqsimlanishi, aholini tibbiy xizmatlar bilan qamrab olish, aholiga qanday imtiyozlar va imtiyozlar berilayotgani, bemorlardan undiriladigan to'lovlar miqdori va boshqalar. - fuqarolarning cho'ntak to'lovlari, ixtiyoriy tibbiy sug'urta va provayderlar qanday to'lanadi

## Natijalar va muhokamalar:

O'zbekiston yalpi ichki mahsulotining nisbatan kichik qismini sog'liqni saqlashga sarflaydi – 2012-yilda bu ko'rsatkich 5,9 foizni tashkil etgan. So'nggi yillarda davlat sektorining xarajatlar ulushi ortgan bo'lsa-da, xususiy sektor xarajatlari muhim bo'lib qolmoqda. 2012-yilda sog'liqni saqlashga umumiy xarajatlarning 53,1 foizi davlat manbalari hisobidan moliyalashtirildi (asosan soliqlar hisobidan), 46,9 foizi esa xususiy manbalar hisobidan, asosan, fuqarolarning cho'ntagidan to'lovlar ko'rinishida amalga oshirildi. Ixtiyoriy tibbiy sug'urta asosiy rol o'ynamaydi. Kasalxona xizmatiga davlat xarajatlari ulushi kamayib bormoqda va 2010 yilda 58% ni tashkil etdi. Boshqa moliyalashtirish manbalariga ko'p tomonlama yoki ikki tomonlama tashkilotlar va rivojlanish agentliklarining texnik yordam dasturlari kiradi. 1996-yilda qabul qilingan "Fuqarolar salomatligi to'g'risida"gi qonun hukumat tomonidan kafolatlangan asosiy xizmatlar paketini belgilaydi, unga birlamchi tibbiy yordam, shoshilinch tibbiy yordam, "ijtimoiy ahamiyatga ega va xavfli" kasalliklarni



davolash hamda hukumat tomonidan tasniflangan aholi toifalari uchun ixtisoslashtirilgan davolash kiradi. zaif guruhlar sifatida. Statsionar dori-darmonlar asosiy xizmatlar paketiga kiritilgan, ammo ambulator dori-darmonlar davlat kafolati dasturiga kiritilmagan, fuqarolarning 13 ta benefisiar toifasi, shu jumladan Ikkinchi jahon urushi qatnashchilari, OIV/OITS bilan kasallangan bemorlar, bemorlarni bepul dori-darmon bilan ta'minlash bundan mustasno. qandli diabet yoki saraton kasalligi va ijtimoiy himoya bo'limlarida ro'yxatdan o'tgan yolg'iz nafaqaxo'rlar. Hukumat sog'liqni saqlash ehtiyojlari uchun davlat mablag'larini birlashtiradi va taqsimlaydi. Markaziy davlat ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlari, ilmiy-tadqiqot institutlari, shoshilinch tibbiy yordam markazlari va kasalxonalarini milliy (respublika) darajada moliyalashtirish uchun javobgardir. Qolgan kasalxonalar, PHP bo'limlari, sanitariya-epidemiologiya stansiyalari va tez tibbiy yordam xizmatlarini moliyalashtirish mahalliy hokimiyat organlari (viloyatlar, tumanlar yoki shaharlar) tomonidan amalga oshiriladi. Qishloqlarda birlamchi tibbiy-sanitariya yordami jon boshiga moliyalashtiriladi va 2015-yilga kelib shaharlarda ham xuddi shunday model qo'llanilishi kutilmoqda. Ixtisoslashtirilgan ambulatoriya va statsionar yordamni moliyalashtirish o'tgan yillardagi xarajatlar va xizmatlar ko'rsatish xarajatlari asosida amalga oshiriladi. Davlat sektoridagi tibbiyot xodimlari qat'iy hukumat qoidalari muvofiq qat'iy belgilangan maosh oladilar. Shu bilan birga, sog'liqni saqlash xodimlariga to'lashda tibbiyot xodimlariga ko'proq moslashuvchanlikni ta'minlashga urinishlar qilinmoqda. 2014 yilgi ma'lumotlarga ko'ra, davlat

sektoridagi shifokorlarning ish haqi oyiga 300 dan 600 dollargacha.

JSST hisob-kitoblariga ko'ra, 2012 yilda aholi jon boshiga umumiy sog'liqni saqlash xarajatlari 221 AQSh dollariga ko'tarildi. Taqqoslash uchun, MDHda bu ko'rsatkich 967 AQSh dollari (2012), 2004 yildan keyin qo'shilgan Evropa Ittifoqida 1463 AQSh dollari va 3852 AQSh dollarini tashkil etdi. 2004-yilgacha Yevropa Ittifoqiga a'zo bo'lgan Yevropa Ittifoqi mamlakatlarida PPP. Bundan tashqari, aholi jon boshiga sog'liqni saqlashga davlat xarajatlari darajasi viloyatlar bo'yicha katta farq qiladi. Qoidaga ko'ra, kambag'al viloyatlarda aholi jon boshiga sog'liqni saqlash xarajatlari boy viloyatlarga qaraganda past. Masalan, 2013-yilda Navoiy viloyatida aholi jon boshiga PHK muassasalariga to'lovlar Xorazm viloyatiga nisbatan ikki baravar va respublika o'rtacha ko'rsatkichidan qariyb 50 foizga ko'p bo'lgan (Sog'liqni saqlash vazirligi, 2014-yil). 2012 yilda sog'liqni saqlashga sarflangan umumiy xarajatlar YaIMning 5,9 foizini tashkil etdi. Bu ko'rsatkich JSST Yevropa mintaqasidagi aksariyat davlatlar bilan solishtirganda past, lekin Markaziy Osiyodagi boshqa mamlakatlar bilan solishtirganda nisbatan yuqori.

2012-yilda sog'liqni saqlashga sarflangan xarajatlarning yarmidan bir oz ko'pi (53,1%) davlat manbalari hisobidan amalga oshirilgan bo'lsa, xususiy xarajatlar (asosan cho'ntakdan to'lovlar) 46,9 foizni tashkil etdi. Xuddi shu JSST hisob-kitoblariga ko'ra, jami sog'liqni saqlash xarajatlarida davlat sektorining ulushi 2005 yildagi 44,6% dan 2012 yilda 53,1% gacha o'sdi. 1998 yilda umumiy sog'liqni saqlash xarajatlarining 72% kasalxona xizmatlariga sarflangan va faqat 16%.



ambulatorlar. 2010 yilga kelib, kasalxonalarda ishlaydigan sog'liqni saqlashga jami davlat xarajatlarining ulushi 58% ga kamaydi, ambulatoriya xizmatlariga xarajatlar ulushi esa 29% gacha ko'tarildi (Sog'liqni saqlash vazirligi, 2014).

Davlat sektorida tibbiyot xodimlariga ish haqi 2005-yilda oxirgi marta yangilangan davlat me'yoriy-huquqiy hujjatlariga qat'iy muvofiq to'lanadi. Ushbu yo'riqnomalarda ish haqi egallab turgan lavozimiga qarab (masalan, bosh shifokor, shifokor, hamshira yoki malakasiz xodimlar) farqlanadi. ) va malakasi xodimi (Vazirlar Mahkamasi, 2005b; O'zbekiston Respublikasi Prezidenti, 2005 y.).

Har bir lavozimdagi xodimlarning ish yuki miqdoriy jihatdan tartibga solinadi: masalan, maslahatlar soni yoki xizmat ko'rsatuvchilar soni

kasalxonadagi yotoqlar. Biroq, ko'proq maslahatlar yoki sifatni yaxshilashni rag'batlantirishning zarurati va mumkin bo'lgan usullari haqida aniq qoidalar yo'q. Mavjud mehnatga haq to'lash mexanizmlari tibbiy xizmat samaradorligi, sifati va samaradorligini oshirishga yordam bermayapti. Natijada, boshqaruvning asosiy usuli hali ham oldini olish mexanizmi - boshqacha aytganda, ma'muriy bayonnomalarning bajarilishini ta'minlashdir.

Har bir lavozim uchun eng kam ish haqi davlat me'yoriy hujjatlari bilan belgilanadi. Ish haqi, odatda, davlat byudjeti hisobidan to'lanadi, bundan "o'zini o'zi moliyalashtirish" tamoyili bo'yicha faoliyat yurituvchi muassasalar bundan mustasno. Tibbiyot xodimlarining ish haqini byudjet mablag'lari hisobidan emas, balki tibbiyot

muassasalarining tashqi mablag'larini jalb qilish orqali oshirish mumkin. So'nggi yillarda hukumatning tashabbuslari sog'liqni saqlash muassasalariga moliyaviy rag'batlantirishdan boshqaruv vositasi sifatida foydalanish imkonini yaratishga qaratilgan. Bu boradagi asosiy tashabbuslardan biri bu qarorga muvofiq byudjet tashkilotlariga byudjetdan tashqari moliyalashtirish uchun alohida hisobvaraqlar ochish imkoniyati berildi. Ushbu hisobvaraqlardagi mablag'larning to'rtidan bir qismigacha bo'lgan qismi ish haqiga qo'shimchalar to'lash uchun ishlatilishi mumkin (Vazirlar Mahkamasi, 1999b). Tashkilotlar o'z xohishlariga ko'ra xodimlarning qaysi biri va qancha miqdorda bonuslar olishini aniqlaydilar. Ammo shuni ta'kidlash joizki, so'nggi yillarda nodavlat moliyalashtirish ulushi ortganiga qaramay, davlat sektorida bu faqat kichik qismini tashkil etadi.

Davlatimiz rahbarining 2005 yil (O'zbekiston Respublikasi Prezidenti, 2005 yil) Farmonida moddiy rag'batlantirishning roliga alohida o'rin berilgan, sog'liqni saqlash tizimida rag'batlantirish mexanizmlari joriy etilgan bo'lib, ularda: • tibbiyot xodimlarining shaxsiy hissalarini hisobga olish; shuningdek, bajarilgan ishlarning sifati va murakkabligi; • tibbiyot xodimlarining qishloq joylarda, shuningdek, ixtisoslashtirilgan tibbiyot muassasalarida qolishi uchun sharoit yaratishga ko'maklashish; • xodimlar mehnatini xolisona baholash va munosib rag'batlantirish uchun tibbiyot muassasalari rahbarlarining huquqlarini kengaytirish va mas'uliyatini oshirishni ta'minlash.

Belgilangan vazifalarga muvofiq, mazkur qaror bilan: • 2006 yilning yanvar oyidan



boshlab tibbiyot xodimlarining mehnatiga sog'liqni saqlash sohasida qo'llaniladigan 11 xonali tarif stavkasidan kelib chiqib, muassasalar guruhlari, lavozimlari, malaka toifalari va tuzatish koeffitsientlari bo'yicha mehnatiga haq to'lashning takomillashtirilgan tizimi joriy etildi. sektor; • Qishloq birlamchi tibbiy-sanitariya bo'limlari shifokorlari 25 foizga oshirildi (Vazirlar Mahkamasi, 2014 y.); • o'z klinik amaliyotida yangi tibbiy texnologiyalarni qo'llayotgan shifokorlar uchun 25% oshirish; • uzluksiz ish stajiga qarab oshirish; • "rag'batlantirish va rivojlantirish hisoblari"ni joriy etgan holda tibbiyot xodimlarining byudjetdan tashqari hisobvaraqlariga o'zgartirishlar kiritish. Mazkur sxema bo'yicha tibbiyot muassasasiga ajratiladigan umumiy byudjetning 5 foizigacha bo'lgan qismi homiylarning qo'shimcha mablag'lari, byudjet mablag'lari jamg'armalari va pullik xizmatlar uchun olingan to'lovlar bilan bir qatorda "rag'batlantirish va rivojlantirish hisobvaraqlari"ga yo'naltiriladi. Ushbu hisobvaraqlardagi mablag'lar tibbiyot xodimlarini moddiy rag'batlantirish yoki muassasaning moddiy-texnik bazasini rivojlantirish, modernizatsiya yoki ta'mirlash uchun ishlatilishi mumkin. Budjetning ushbu ikki yo'nalishi o'rtasidagi foiz nisbatlari Sog'liqni saqlash vazirligi, Moliya vazirligi va Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi tomonidan tibbiyot tashkilotlarining har bir guruhi uchun belgilanadi.

Davlat muassasalarini "o'zini-o'zi moliyalashtirish" sxemalariga o'tkazish bo'yicha hukumatning so'nggi tashabbuslari qisman tibbiyot xodimlariga ish haqi to'lashda moslashuvchanlikni oshirishga va tibbiyot muassasalariga

moliyaviy rag'batlantirishdan boshqaruv vositasi sifatida foydalanish imkoniyatini berishga qaratilgan. Bunga misol qilib, ba'zi oliy o'quv yurtlarida joriy qilingan boshqaruv va moliyaviy tajribani keltirish mumkin (6-bobga qarang). Ushbu pilot loyihada tegishli muassasalarga xodimlarga haq to'lash uchun asos yaratish va samaradorlik, sifat va mahsuldorlikka e'tibor qaratish erkinligi berildi (Sog'liqni saqlash vazirligi, 2013c). Biroq, provayderlar cheklangan harakatlar, chunki ular hali ham Moliya vazirligi va Sog'liqni saqlash vazirligining dastlab davlat tomonidan moliyalashtiriladigan muassasalar uchun ishlab chiqilgan protokollari bilan bog'liq. Ish haqi, shuningdek, Moliya vazirligi tomonidan belgilangan tarif shkalasiga mos kelishi kerak. Bu ish haqi tarozilari o'z navbatida xizmatlar narxlarini hisoblash uchun ishlatiladi. Xizmat to'lovlari bo'yicha cheklovlarni hisobga olgan holda, tajriba ob'ektlari qancha mablag' ishlab chiqarishi va o'z xodimlarini qanchalik yaxshi mukofotlashi mumkinligi bilan cheklanadi. Markazlashtirilgan ish haqi nisbatan past bo'lsa, norasmiy to'lovlar yoki xizmat ko'rsatishning etarli emasligi uchun imtiyozlar yaratiladi va tibbiyot xodimlari yuqori malakali xodimlarni saqlab qolish muammosiga duch kelishadi. Xuddi shunday holat "o'zini-o'zi moliyalashtirish" sxemasiga kiritilgan ayrim o'rta ta'lim muassasalarida ham kuzatilmoqda.

2014-yil avgust oyi holatiga ko'ra, davlat sektoridagi tibbiyot xodimlarining ish haqi nisbatan past edi. 2014-yilda byudjet davlat sektori shifokorlarining asosiy oylik maoshi o'rtacha 300 dan 600 AQSH dollarigacha, hamshiralarning oylik maoshi esa bundan ham past bo'ldi. Ba'zi



ma'lumotlarga ko'ra, davlat tomonidan moliyalashtiriladigan sog'liqni saqlash muassasalarida ish haqi yashash xarajatlarini qoplash uchun etarli emas (Jahon banki, 2009). Ba'zi davlat sektoridagi sog'liqni saqlash provayderlari, asosan, o'zini-o'zi moliyalashtirgan holda, o'z tibbiyot xodimlariga davlat sektori tariflaridan bir oz yuqoriroq haq to'laydilar va shu bilan ko'proq malakali xodimlarni jalb qiladilar va ushlab turadilar. Biroq, ushbu tibbiy xizmat ko'rsatuvchi provayderlar davlat sektori muassasalarining faqat kichik qismini tashkil qiladi. Moddiy rag'batlantirish, ayniqsa, birlamchi tibbiy yordam tizimida ishlaydigan tibbiyot xodimlari uchun etarli emas (Jahon banki, 2009).

## Xulosa:

Sog'liqni saqlash axborot tizimlariga qo'shimcha investitsiyalar. Funktsional holat, bemorlarning qoniqishi, foydalanish imkoniyati va xizmatlar sifati haqida ma'lumotlar yetishmaydi. Tanlangan qiziqish sohalarida muntazam ma'lumotlarni to'plashni qo'llab-quvvatlash uchun tadqiqot o'tkazish va sifatli ma'lumotlarni yig'ish usullari bo'yicha mahalliy salohiyatni kuchaytirish mumkin. Bu aniqroq ma'lumotlarga muhtoj bo'lgan ko'plab sohalardagi bo'shliqlarni to'ldirishga yordam beradi va sog'liqni saqlashning to'g'ri siyosati uchun yaxshi asos yaratadi.

## Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Аминов З. З. и др. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИТУАЦИИ ПО МАЛЯРИИ В УЗБЕКИСТАНЕ //Academy. – 2020. – №. 6 (57). – С. 99-101.
2. Исраилова С. Б., Жураев Ш. А., Уралов Ш. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ КАЛЕНДАРЕЙ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ //Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – С. 161.
3. Жураев Ш. А. и др. ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА) //Медицинское образование сегодня. – 2020. – С. 15.
4. Ахмедова М. Д. и др. СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗАМ В УЗБЕКИСТАНЕ //Механізми розвитку науково-технічного потенціалу: тези доп. I Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 11-12 листопада 2021 р.–ФОП Мареніченко ВВ–Дніпро, Україна, 2021.–237 с. – С. 67.
5. Жураев Ш. А., Исраилова С. Б., Уралов Ш. М. О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВОЗНОЙ МАЛЯРИИ В СРЕДНЕАЗИАТСКОМ РЕГИОНЕ //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2020. – С. 162-169.
6. Исраилова С. Б. ВАЖНОСТЬ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ОБРАЗОВАНИИ //Мировая наука. – 2021. – №. 9. – С. 32-35.
7. Каюмова Д. Ш., Исраилова С. Б. ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАВОВОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ //Мировая наука. – 2021. – №. 4. – С. 147-150.
8. Usmonova G. A., Isroilova S. B., O'rinboyeva D. I. ASSIMILATION OF BORROWED WORDS IN THE LANGUAGE //Экономика и социум. – 2021. – №. 3-1. – С. 337-340.