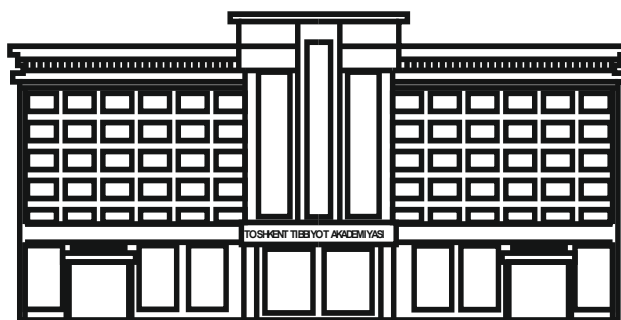


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2021

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА 2021

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л. проф. Билалов

Э.Н. проф. Гадаев А.Г. акад.

Даминов Т.А. акад. Каримов

Ш.И. проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д. проф.

Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г. проф.

Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С. проф.

Ходжибеков М.Х. проф.

Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционоого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабилов У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

Herald TMA 2021

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R.Teshaev

Responsible secretary

prof. F.Kh.Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L. prof.

Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D. prof.

Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G. prof.

Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X. prof.

Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Ayupova F.M.(Tashkent)

prof.Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagazatova B.X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences department OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLITED MANSRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number:71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Ходжаев Н.И., Раҳимова Ш.Ҳ. ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИ РАҲБАР ВА ПЕДАГОГ КАДРЛАРИНИНГ УЗЛУКСИЗ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТИЗИМИ	112
Шайхова М.И., Каримова Д.И. БОЛАЛАРДА МИКРОНУТРИЕНТЛАР ТАНҚИСЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ	116
Шарипова С.А., Ахмадалиева Н.О., Рустамов А.А. ПЛАСТМАССА МАҲСУЛОТЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИДАГИ АСОСИЙ КАСБИЙ ГУРУҲЛАРДАГИ ИШЧИЛАР МЕҲНАТИНИНГ ОҒИРЛИГИ ВА КЕСКИНЛИГИНИ БАҲОЛАШ	122
Якубова О.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМНОРЕИ С УЧЁТОМ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	127
Shaki D.T., Aimbetova G.E., Baisugurova V.U. QUALITY AND AVAILABILITY OF PRIMARY HEALTH CARE DURING THE COVID-19 EPIDEMIC	131
Маматқулов Б., Тўраев Б.Ш. СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ МОДЕЛЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ ВА ЎЗБЕКИСТОНДА ДАВЛАТ ТИББИЙ СУҒУРТАСИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ	138
<i>Трибуна молодых</i>	
Анорқулова Ҳ.Д. СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИДА АНТЕНАТАЛ ДАВРДА ПАТРОНАЖЛИК ХИЗМАТИГА БАҲО БЕРИШ	147
Норметова М.Д. ЁЛГИЗ КЕКСАЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ ВА УЛАРГА ИЖТИМОИЙ-ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ	149
Уразалиева И.Р., Ибодова У.Ш. ГИНЕКОЛОГИЯ БЎЛИМИДА ҲАМШИРАЛАР ИШ ФАОЛИЯТИНИ ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ ВА ИШ СИФАТИНИ ОШИРИШ	152
Сарсенбаева Г.Ж., Аширметова Н.М., Абдрахманова З.Б. РАСПРОСТРАНЁННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТ	155
<i>Секция 1. Здоровье населения и профилактика заболеваний</i>	
Назарова Г.У. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА	158
Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	159
Мустанов А.Ю., Брянцева Е.В., Матназарова Г.С. МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИДАН ЎЛИМ ВА НОГИРОНЛИК ХОЛАТЛАРИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ	159
Искандарова Г.Т., Абдуллаев М.А. COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ШАРОИТИДА ЛАТЕКСГА НИСБАТАН СЕЗУВЧАНЛИК МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ	161
Жалилов Ж.Ж., Тожиев З.Ф. ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ	162
Barotova M.M., Khamdamova M.T. BACKGROUND CERVICAL DISEASE: SOLUTION PROBLEMS AND POSSIBLE SOLUTIONS	163
Исмаилова М.Х., Махмудова Ф.М. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	165
Касимова Д.А. ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ	165
Shomurodov Kh.Sh. INFORMATIONAL SIGNIFICANCE OF THE NEUTROPHIL-LYMPHOCYTE RATIO IN PATIENTS WITH CRITICAL CONDITION IN ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS	166
Камалиев М.А., Алимбаева С.Х. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	167
Usmonov U.R. COGNITIVE DYSFUNCTION AFTER MULTIPLE OPERATIONS	168
Barnoyev R.I. POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE	168
Axmedov F.R., Djumaniyazova G.M. SUT BEZI SARATONIDA HER-2 RETSEPTORINI ANIQLASHNING АХАМАТИ	169
Xushvakov U.O. Joniev S.Sh. QALQONSIMON BEZ OPERATSIYASI ANESTEZIYASIDA GEMODINAMIK MONITONING	170
Абдуллаева Д.Р. ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНЛИ АҲОЛИ ОРАСИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛИШНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОИЙ ЖИҲАТЛАРИ	171
Авезова Г.С. СПИРТЛИ ИЧИМЛИКЛАРНИ СУИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ ВА СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ САБАБ-ОҚИБАТ БОҒЛИҚЛИГИ	172
Джанаев Ғ.Ю., Мустанов Т.Б., Худайбердиев Х.И. ИНДОМЕТАЦИННИ КАБУЛ ҚИЛИШ ТУФАЙЛИ КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН МЕЪДА ЯРАСИДА ЛЕСБАХОЛНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ	173
Хаджаева Д.Х., Гафурова Н.С., Жумаев О.А., Махкамова Д.Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ	174
Зарипова Д.Я., Тўксанова Д.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	175
Зарипова Д.Я. ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	176

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ МОДЕЛЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ ВА ЎЗБЕКИСТОНДА ДАВЛАТ ТИББИЙ СУҒУРТАСИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Маматқулов Б., Тўраев Б.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Маматқулов Б., Тўраев Б.Ш.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MODEL OF THE HEALTH CARE SYSTEM AND STATE HEALTH INSURANCE IN UZBEKISTAN

Mamatkulov B. Turaev B.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

В данной статье представлены модели системы здравоохранения, формы медицинского страхования и особенности государственного медицинского страхования, внедряемого в Республике Узбекистан. В статье также анализируется опыт зарубежных стран по внедрению обязательного медицинского страхования, возможные препятствия и ошибки, сущность нормативных правовых актов в нашей республике, направленных на их решение. Результаты исследования показывают, что полная реализация задач, поставленных в принятых в последние годы нормативно-правовых актах, в значительной степени поможет решить существующие проблемы в системе здравоохранения.

Ключевые слова: модели здравоохранения, медицинская помощь, медицинское страхование, государственное медицинское страхование.

This article discusses the models of health care system in the world, forms of health insurance, and the current state of the health insurance system introduced in the Republic of Uzbekistan. The article also analyzes the experience of foreign countries in the introduction of compulsory health insurance, possible obstacles and challenges, the issued regulatory legal acts in Uzbekistan. The results of the study show that the full implementation of the tasks set in the regulatory acts adopted in recent years will significantly help to solve the existing problems in health care system.

Keywords: health care models, medical care, medical insurance, state medical insurance.

Жаҳонда соғлиқни сақлашнинг 5 та асосий моделлари фарқланади:

- давлат томонидан бошқарилмайдиган хусусий соғлиқни сақлаш модели;
- аҳолининг айрим қатламлари мажбурий тиббий суғурта дас-турининг давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели;
- барча аҳоли мажбурий тиббий суғурта дастурининг давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели;
- монополлаштирилган давлат соғлиқни сақлаш модели;
- умумдавлат тиббий суғурта тизими асосланган, давлат соғлиқни сақлаш модели.

Биринчи 3 та моделни нодавлат (хусусий) соғлиқни сақлаш моделига, 4- ва 5-ларини эса давлат соғлиқни сақлаш моделига қўшиш мумкин. Соғлиқни сақлаш тизими моделларини белгилашнинг асосий мезонларидан бири соҳани молиялаштириш усули ҳисобланади [1].

Бу моделларнинг барчасини ўзига хос ижобий ва салбий томонлари бўлиб, соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишда уларни инobatга олиш талаб қилинади.

Давлат томонидан бошқарилмайдиган хусусий соғлиқни сақлаш модели (Осиё, Африка ва Лотин Америкаси давлатларида) оддий эҳтиёжлар бозори қонуниятларига асосланган. Тиббий ёрдамнинг ҳажми тўлаш имкониятига эга бўлган талаб ва таклифлар орқали шаклланади. Бундай моделда давлат томонидан аҳолининг камбағал қатлами қўллаб-қувватланмайди. Тиббий хизматлар мустақил хусусий тиббиёт амалиёти билан шуғулланувчи врачлар томонидан кўрсатилади. Бу моделда тиббий ёрдамнинг асосий молиялаш манбаси фуқароларнинг шахсий маблағлари ҳисобланади, тиббий хизматга нарх эркин белгиланади, врач эркин танланади, шу ўринда айтиб ўтиш керакки врачларнинг даромадлари ҳам юқори бўлади [2,3].

Аҳоли айрим қатламларини мажбурий тиббий суғурталаш дастурининг давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели (АҚШ). Кўпчилик аҳолининг даволаниш учун кетадиган харажатларни қоплаш муаммоси ўзаро ёрдам кассаси, шифохона кассаси ва хусусий тиббий суғуртани яратишга олиб келди. Бунда суғурта компаниялари жамият бирдамлиги принципини ишлата бошлади, унда бойлар — камбағалларга, ёшлар — қарияларга, соғлом одамлар — касалларга тўлайди. Бу катта капиталга эга бўлмаган, фақат иш ҳақиға яшайдиганлар учун қулай ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш бу моделининг асоси — тиббий ёрдамдан фойдаланувчиларнинг (пуллик тиббиёт) ихтиёрий равишда тиббий суғурталаш орқали пул тўлашига асосланган. Бу морделда тиббий ёрдамни молиялашнинг асосий манбаси фуқароларнинг шахсий маблағлари ва юридик шахсларнинг даромадлари ҳисобланади, тиббиёт ва бошқа ташкилотлар, асосан, нодавлат суғурталаш усули орқали соғлиқни сақлаш молиялаштирилиб тиббий ёрдам кўрсатилади, тиббий хизмат нархлари эркин белгиланади. Шунингдек бу моделнинг ҳам ўзига яраша муаммолари бор: тиббий хизматлар қиммат; аҳолининг барча қатламлари тиббий хизматдан тенг фойдалана олишолмайди; профилактикага етарлича эътибор қаратилмайди; ресурслардан самарали фойдаланилмайди; гипердиагностика ҳолатлари кўп учрайди. АҚШ аҳолисининг 16% қисми тиббий суғурта билан таъминланмаган. Натижада улар зарур пайтда тиббий ёрдам олиш имкониятига эга бўлмаслиги мумкин. Суғуртаси бўлмаган шахслар жамоат шифохоналаридан, шунингдек хайрия ташкилотлари томонидан молиялаштириладиган хусусий тиббиёт муассасаларида тиббий ёрдам олиши мумкин. АҚШ иккита федерал тиббий суғурта дастурлари мавжуд:

Medicare - 65 ёшдан ошган, ижтимоий нафақа оладиган 65 ёшгача бўлган ногиронлар ва болаликдан сурункали касалликка чалинган барча ёшдаги одамлар учун. Medicare касалхонани мажбурий суғурталашдан иборат - А қисм (иш ҳақи солиқлари ҳисобидан молиялаштирилади (иш берувчилар тўлайди)) ва ихтиёрий қўшимча

тиббий суғуртаси - Б қисмдан (рўйхатдан ўтган аъзоларнинг ойлик бадаллари ҳисобига молиялаштирилади) иборат.

Medicaid - аҳолининг кам таъминланган кексалар, ногиронлар, ҳомиладорлар учун. Medicaid муҳим томонларидан бир шуки ушбу дастур орқали тиббий ёрдам олувчилар тоифасини ҳар бир штат ўзи мустақил белгилайди. Ушбу танлов натижасида 60% га яқин кам таъминланган тиббий ёрдам олиш имкониятига эга бўлмай қолади. 65 ёшгача бўлган фарзандсизлар, вояга етган меҳнат қилиш қобилиятидаги шахслар қанчалик қашшоқ бўлишмасин бу дастур доирасида тиббий ёрдам олишолмайди [2,3,4,10].

Барча аҳолини мажбурий тиббий суғурта дастури давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели. Умумий мажбурий тиббий суғуртанинг замонавийроқ ва мукамалроқ модели бўлиб, XIX аср охирида Германияда юзага келган. Бу моделда давлат аҳолининг (бойлардан ташқари) асосий қисмини кафолатланган тиббий ёрдам билан таъминлаш мақсадида ҳамма иш билан таъминловчилар ва фуқароларнинг ўзига даромадларидан маълум қисмини тиббий суғуртага ажратиш мажбуриятини юклайди. Давлат тиббий хизматни ташкиллаштиришда тўғридан-тўғри иштирок этмасдан, фақат ҳуқуқий жиҳатдан аҳолининг тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжини таъминлайди. Шунингдек давлат худудий тиббий-ижтимоий дастурни амалга оширади, мамлакатда аҳолининг санитария-эпидемиология жиҳатдан хотиржамлигини таъминлайди. Кўпчилик ривожланган мамлакатларда мажбурий тиббий суғурта умуммиллий тизимини (Германия, Франция) қўллаш уларнинг аҳолисини кафолатланган тиббий ёрдам билан таъминлашга, соғлиқни сақлаш самарадорлигининг ошишига ва сарф-харажатларни кескин камайтиришга олиб келди. Бу моделда бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг юқори даражада кафолатланган, давлат томонидан тиббий ёрдам кўрсатиш сифатининг юқори ва кафолатланган. Бу моделга мажбурий тиббий суғурта дастури билан аҳолини тўлиқ қамраб ололмаслик, катта ҳажмдаги ҳисоб-китоб ишлари киритилганлиги сабабли маъмурий харажат-

ларнинг катталиги каби муаммолар учраб туради [1, 3]. Германия аҳолисининг деярли 90% мажбурий тиббий суғурта қилинган, қолган 10% эса ўзларининг саломатлигини ихтиёрий тартибда тиббий суғурта қилишган. Мажбурий тиббий суғурта асосан (88%) суғурта бадаллари ҳисобига, кам қисми (12%) давлат бюджетидан молиялаштирилади. Тиббий суғурта бадалларининг 50% иш берувчи, қолган 50% эса фуқаронинг ўзи тўлайди. Суғурта бадаллари ҳар бир компанияда фарқ қилади ва ўртача солиқ солинадиган даромаднинг 13,4% ни ташкил қилади [2,3,5,6, 18].

Соғлиқни сақлашнинг монополлашган давлат модели (Собиқ Иттифоқ таркибида бўлган мамлакатлар) даволаш-профилактика муассасалари тизими монополлашган тузилишга эга ва бюрократик бошқарув тизимида иш олиб борилади. Бу моделда ташкил этилган соғлиқни сақлаш тизимида ишловчи шифокорларнинг иш ҳақи паст бўлади, натижада шифокорлар кўнимсизлиги кузатилади. Соғлиқни сақлашнинг монополлашган давлат модели бепул тиббий ёрдам кўрсатишни кафолатлаш йўли билан фуқароларни юқори даражада ижтимоий ҳимоялаш, ўта хавfli, инфекция касалликларга маъмурий усулда самарали таъсир этиш, фавқулодда ҳолатларда юқори даражада уюшган ҳолатда ҳаракатланиш имкониятига эга. Соғлиқни сақлашнинг монополлашган давлат моделининг асосий салбий омиллари: тиббий ёрдам фаолиятини давлат бюджетидан қолдиқ принципига асосан молиялаштириш; бюджет солиқлардан тушган ва ҳар бир ҳудуддан йиғиладиган реал бадалларга боғлиқ бўлмаслиги; давлат тиббий ёрдамнинг ягона буюртма-

чиси ҳисобланиши; юқоридан пастга қараб бошқарилишидир [1, 2, 3, 8, 12, 17].

Умумдавлат тиббий суғуртасига асосланган давлат соғлиқни сақлаш модели (Буюк Британия, Италия, Испания, Япония, Канада) давлат тиббий суғуртаси модели деб тавсифласа бўладиган, мажбурий тиббий суғурта схемасидан кескин фарқ қиладиган янги модел ҳисобланади. Давлат тиббий суғурта моделида барча тиббий муассасалар фаолиятини давлат бошқаради ва аҳолининг барча қатламини тиббий хизмат билан ўзи таъминлайди. Давлат суғурта модели энг тежамкор ва рационал модель ҳисобланади. Бу сифат ва самарадорликни йўқотмасдан харажатларни камайтиришга интилувчи мамлакатлар учун XXI аср модели. Давлат бошқарув органлари харажатларни ва тиббий хизматни режалаштиради. Ушбу моделга хос қатор хусусиятлар мавжуд: монополлашган территориал даволаш-профилактика муассасаларини бозор муносабати асосида қайта тақсимлаш имконининг йўқлиги (сегментация); мажбурий тиббий суғурта (МТС) тизими бўйича иш тутган, даволаш профилактика муассасалари ихтиёрий тиббий суғуртанинг қўшимча дастури бўйича суғурта қилинганларга қўшимча хизмат кўрсатишга буюртмалар олиш имкониятининг мавжудлиги; давлат ва муниципал даволаш-профилактика муассасаларида аҳолига пуллик хизмат кўрсатиш имкониятининг мавжудлиги; инсон ҳуқуқларига, конституциявий меъёрларга таянган ҳолда, амал қилиш ва жон бошига бепул хизматлар турининг давлат томонидан кафолатланган дастурини тасдиқлаши [2, 3, 5, 17, 18].

1-жадвал

Соғлиқни сақлаш моделларининг қиёсий таҳлили.

Моделлар	Молиялаштириш шакли	Афзалликлари	Камчиликлари
Барча аҳолини мажбурий тиббий суғурта дастури давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели (Германия)	Марказлашган давлат жамғармаси; Иш ҳақидан маълум миқдордаги ажратмалар; Суғурта жамғармасини жисмоний ва юридик шахслар томонидан шакллантирилиши;	Кучли даражада ҳимо қилиш; Ижтимоий барқарорликни таъминлаш; Иқтисодий томондан очиқ;	Ўзаро муносабатларда бюрократиянинг мавжудлиги; Тиббий ва фармация хизматини кўрсатиш даражаларининг турличалиги

<p>Умумдавлат тиббий суғуртасига асосланган давлат соғлиқни сақлаш модели (Буюк Британия)</p>	<p>Қолдиқли тамойил асосида давлат бюджети томонидан молиялаштириш</p>	<p>Юқори даражада ҳимоя қилинганлик; Ижтимоий барқарорликни таъминлаш;</p>	<p>Соғлиқни сақлаш ва фармация соҳасида ресурсларнинг тақчиллиги; Тиббий ва фармация хизматлари сифатининг пастлиги; Маъмурий-жамоавий бошқарувнинг мавжудлиги</p>
<p>Аҳоли айрим қатламларини мажбурий тиббий суғурталаш дастурининг давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели (АҚШ)</p>	<p>Суғурталанувчилар томонидан қилинган тўловлар ҳисобига шаклланган жамғарма; Давлатнинг мустақил иштироки</p>	<p>Юқори сифатли тиббий ва фармация хизмати; Молиявий ва ҳуқуқий мустақиллик; Молиявий очиқлик</p>	<p>Суғурта тарифлари нархининг юқорилиги; Жамиятга ижтимоий босимнинг юқорилиги</p>

Жаҳон тажрибаси шуни кўрсатадики, тиббий суғуртани жорий қилиш барча аҳолини тиббий ёрдам билан қамраб олиш имкониятини беради. Аммо тиббий суғурта механизмларини жорий қилишда қилинган хатолар ва камчиликлар натижасида қатор муаммолар пайдо бўлиши мумкин. Тиббий суғуртада суғурта компаниялари ва мижозлар ўртасида носоғлом рақобатни ривожланиши мумкин. Бунда суғурта компаниялари болалар, қариялар ва ҳомиладор аёллар тиббий ёрдамга кўп мурожаат қилиши мумкинлиги сабабли улар билан шартномалар тузишдан имкон қадар қочишади [2, 5, 11].

Россия тажрибаси шуни кўрсатадики соғлиқни сақлашнинг монополлашган давлат моделидан мажбурий тиббий суғуртага ўткан давлатлар аҳолиси давлат бюджетидан молиялаштириладиган аҳоли учун текин соғлиқни сақлаш тизимини яхши деб ҳисоблашади. Баъзи давлатларда соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилган ислохотлар натижасида тиббий ёрдамнинг оммабоплиги пасайиши ҳам мумкин. Шунингдек илмий ва амалий тиббиётда фаолият олиб борувчи ходимларда ҳам ислохотлар натижасига нисбатан салбий фикр шаклланган. Бунинг сабабини тадқиқотчилар ислохотларга етарлича ва кенг қамровли тайёргарликлар кўрилмаганлиги билан, ҳамма учун тушунарли мақсаднинг ва шаффофликнинг йўқлиги билан изоҳлашади. [7]. Бундан ташқари маълум бир тиббий ёрдам олиш учун беморларнинг узоқ муддатли навбатларини шаклланиши, баъзи касалликлар бўйи-

ча сунъий навбатнинг шакллантирилиши ва беморларни пуллик бошқа хизматларни олишга ёки назарда тутилмаган тўловларни қилишга чақирилиши, кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг ижтимоий, географик, каб груҳлари бўйича тенг бўлмаслиги, зарур мутахассислар ва тиббий воситалар билан таъминланмаган, керакли тиббий ёрдамни кўрсата олмайдиган муассасаларни сақлаб туриш учун катта харажатлар қилиниши, монополия, мижозларни сифатсиз тиббий хизматлардан ҳимояланмаганлиги тиббий ходимларга кам ҳақ тўланиши, тиббий ходимлар фаолиятини моддий рағбатлантиришларнинг чегараланлиги каби қатор муаммоларга дуч келиниши мумкин [9, 7, 11].

Соғлиқни сақлаш соҳаси фаолиятини ташкил этишда фуқароларнинг соғлиғини муҳофаза қилиш тизимини янада такомиллаштиришга қаратилган вазифаларни самарали ҳал этишга тўсқинлик қилувчи тизимли камчилик ва муаммолар тўпланиб қолган. Хусусан: соғлиқни сақлаш тизимини бошқариш ва режалаштириш бўйича концепция ҳамда стратегик мақсадларнинг мавжуд эмаслиги оқибатида ушбу соҳадаги ислохотлар тўлиқ бўлмаган шаклда амалга оширилмоқда, бу эса аҳолининг тиббий ёрдам сифатига доир истак ва талабларига жавоб бермаяпти; соғлиқни сақлаш соҳасидаги сметали молиялаштириш тизими эскирган, замонавий халқаро амалиётга мос келмайдиган механизмларга асосланган бўлиб, молия ресурсларининг самарасиз ишлатилишига ва соҳанинг сурункали тарзда молиялаштирилмай қолишига

олиб келмоқда; касалликларни профилактика қилиш ва барвақт аниқлаш, патронаж ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича ишлар самарадорлигининг пастлиги фуқароларнинг ихтисослашган тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилишининг кўпайишига сабаб бўлмоқда; аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг турли даражалари ва босқичлари, шу жумладан, даволаш ва саломатликни тиклаш жараёнида узвийлик сустривожланган; амалдаги кадрлар сиёсати тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча даражаларида, айниқса, бирламчи бўғинда мутахассислар билан таъминлашнинг, шунингдек, соғлиқни сақлаш тизими ташкилотчилари ва бошқарув ходимларини тайёрлашнинг истиқболларини прогностлаштириш имконини бермаяпти; электрон соғлиқни сақлаш соҳасида ягона стандартлар мавжуд эмас, тиббий хизматнинг интеграциясини ва самарали бошқарилишини таъминлайдиган замонавий дастурий маҳсулотлар жорий этилмаган, мавжуд ахборот тизимлари ва технологиялари тарқоқ тусга эга ва тор йўналишларга мўлжалланган [13].

Соғлиқни сақлашда олиб борилаётган илоҳотларнинг мақсади – барча аҳолини сифатли ва самарали тиббий ёрдам билан қамраб олишдир. Сирдарё вилояти мисолида кўриб чиқадиган бўлсак бу мақсадга эришишга ҳал берувчи тиббий хизматларни кўрсатишда қатор муаммолар мавжуд. Ҳозирги кунда аҳолининг оилавий шифокорларга нисбатан ишончи паст даражада, шу ўринда бирламчи тиббий санитария ёрдами муассасаларида ишловчи тиббиёт ходимлари томонидан кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг сифати ва самарадорлиги паст даражада. Тизим бир марталик ташриф ва ўткир муаммоларни ечишга йўналтирилган. Соғлиқни сақлаш соҳасига ажратилаётган ресурслардан самарасиз фойдаланилмоқда. Шу ўринда аҳолининг ўзининг саломатлига бўлган масъулияти ҳам паст даражада. Аҳолига керакли тиббий ёрдамни кўрсата оладиган кадрлар билан таъминлаш долзарб масалалардан бири бўлиб қолмоқда. Сирдарё вилоятида шифокорлар сони ҳар 10 000 нафар аҳолига нисбатан 17,6 нафарни (республика бўйича ўртача кўрсаткич — 23,0 нафар), ўрта тиббиёт ходимлари эса — 150,6 нафарни (республика бўйича ўртача кўрсаткич — 103,6 нафар) ташкил этмоқда. Тиббиёт муассасаларидаги мавжуд шифокорларнинг ўр-

тача ўриндошлик коэффициенти 2,0 дан ошмоқда (республика бўйича ўртача кўрсаткич — 1,4) [14]. Қишлоқ оилавий поликлиникаларида 2,8 ставкага 1 та шифокор, Қишлоқ врачлик пунктларига эса 2,6 ставкага 1 та шифокор тўғри келади. Кўп тармоқли марказий поликлиникаларда эса 0,8 ставкага 1 та шифокор тўғри келади. Боёвут тумани мисолида кўрадиган бўлсак ажратилаётган маблағларнинг бор йўғи 30 % га яқини қишлоқ оилавий поликлиникаси ва қишлоқ врачлик пунктларига тўғри келади, бу маблағларнинг эса 71-75 % ойлик иш ҳақини тўлашга сарфланади [15]. Бугунги кунда аҳолининг аҳолининг тиббий хизматлар учун тўғридан-тўғри тўловлари даражаси 40 — 45 фоиз атрофида сақланиб қолмоқда [15]. Тиббий суғуртанинг жорий қилиш орқали ушбу тўловларни камайтириш режалаштирилган. Ривожланган давлатларда ушбу кўрсаткич 15% атрофида, Россияда мажбурий тиббий суғурта жорий қилинганлигига қарамасдан 40% атрофида ва борган сари ошиб бормоқда. Туғридан тўғри тўловлар асосан давлат томонидан қоплаб берилмайдиган дори воситаларини хорид қилишга сарфланмоқда [11].

Бу муаммоларни ҳал қилиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг янги модели ва давлат тиббий суғуртаси механизмларини Сирдарё вилоятида жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги №4890-сонли Қарори қабул қилинган. Қарорга кўра аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифати, самарадорлиги ва оммабоплигини ошириш, бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўламини кенгайтириш, соҳага босқичма-босқич тиббий суғурта тизимини жорий этиш, тиббий хизматлар бозорида замонавий рақобат муҳитини яратиш, шу асосда аҳолининг кафолатланган ва сифатли тиббий ёрдам олиш имкониятларини кенгайтириш мақсадида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига асосида Сирдарё вилоятида соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг янги модели ва давлат тиббий суғуртаси механизмларини жорий этиш бўйича тажриба-синов лойиҳасини (кейинги ўринларда - тажриба-синов лойиҳаси) амалга ошириш ишлари бошланди. Давлат тиббий суғуртасини жорий қилиш доирасида:

- бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида оилавий шифокор, унинг ўрта тиббиёт ходимларидан иборат терапия ва педиатрия йўналишлари бўйича ёрдамчилари, патронаж ҳамширалари ва даядан ташкил топган гуруҳлар тузилади;

- ҳар бир тиббиёт муассасаси даражасида давлат томонидан қафолатланган бепул тиббий хизматлар ва дори воситалари пакети (кейинги ўринларда — қафолатланган пакет) ишлаб чиқилади;

- қафолатланган пакет бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари ва шифохоналарда Ўзбекистон Республикаси фуқаролари, Ўзбекистон Республикасида доимий яшовчи чет эл фуқаролари ва фуқаролиги бўлмаган шахсларга тақдим этилади. Бунда оилавий шифокор ҳар бир муассаса тури бўйича тиббий хизматлар ҳажми ва клиник протоколларга мувофиқ тор соҳа шифокорларига ва зарур ҳолларда туман, вилоят ҳамда республика даражасидаги шифохоналарга йўлланмалар беради. Республика даражасидаги шифохоналарга йўлланмалар вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси томонидан тасдиқланади. Ушбу тартибга риоя этилмаган ҳолларда, шунингдек, қафолатланган пакетга киритилмаган тиббий хизматлар пуллик асосда кўрсатилади;

- аҳолининг соғлиғи билан боғлиқ кўрсаткичларини мониторинг қилиш, уларни тиббиёт муассасасига бириктириш, касаллик тарихини юритиш, дори воситалари учун рецепт ёзиш ва қафолатланган пакетга мувофиқ тиббиёт муассасаларига йўналтириш ягона электрон платформа орқали амалга оширилади;

- бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари тиббиёт ходимларининг энг муҳим самарадорлик кўрсаткичлари (КРІ) ишлаб чиқилиб, унга эришилганлиги мониторинг қилинади ҳамда натижаларига қараб қўшимча рағбатлантириш тўловлари тўланади;

- қафолатланган пакет асосида аҳолининг барча қатламларига сифатли ва тўлиқ тиббий ёрдам кўрсатилишини молиялаштиришга қаратилган давлат тиббий суғуртаси механизмлари босқичма-босқич жорий этилади. [15].

Қуйидагиларни назарда тутувчи тиббий профилактика ва патронаж тизими йўлга қўйилади:

- аҳолини мавжуд хавф омилларидан келиб чиқиб хавф гуруҳларига бўлиш;

- ўрта ва юқори хавф гуруҳларига кировчи аҳолининг белгиланган муддатларда тиббий кўриклардан ўтишини таъминлаш ва саломатлигини даврий кузатувга олиш;

- юқори хавф гуруҳига кировчи ва мустақил равишда тиббиёт муассасасига кела олмайдиган беморларни доимий кузатувга олиш ҳамда уйига борган ҳолда тиббий хизмат кўрсатиш;

- профилактик кўриклар ўрнига ҳудуднинг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, муайян касалликлар бўйича мақсадли скрининг текширувларини ўтказиш;

- патронаж кўрикларини оптимизация қилиб, янги мақсадли патронаж тизимини жорий қилиш.

Республикамизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш қуйидаги 5 та йўналишларда олиб бориш режалаштирилган:

БТСЁ муассасаларида тиббий ёрдам кўрсатишнинг такомиллашган янги моделини жорий қилиш: бирламчи тиббий санитария ёрдами кўрсатувчи кўп соҳали командани шакллантирилади. Командада оилавий шифокор, оила амалиёт ҳамшираси, патронаж ҳамшираси, педиатр ҳамшира, акушер ҳамшира, соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва нутрициолог, ҳамшираси, психолог ҳамшира, реадилитаци ва уйда парваришlash ҳамшираларидан иборат бўлади [15]. Халқаро амалиётга, далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган ҳолда ташхисlash ва профилактик тадбирлар ҳамда тиббий хизматлар ҳажминини қайта кўриб чиқилади ва мувофиқлаштирилади. Давлат томонидан қафолатланган пакетлар доирасида амбулатор даволаш учун дори воситаларини буюрганда (илмий асосланган) Оила шифокорининг ваколатларини оширилади. БТСЁнинг турли муассасаларини лабаратор-ташхисlash ва дори воситалари таъминотини хизматлар ҳажми ва янгиланган протоколларга мос ҳолда қайта кўриб чиқилади. Стационар хизмати ва тор мутахассисларга БТСЁ дан беморларни йўллаш тизимини ҳамда уларнинг фаолиятини мувофиқлаштирилади. Аҳолини оила шифокорига эркин бириктирилади. Самарасиз тиббий амалиётни / хизматларни йўқ қили-

ниб, уларни далилларга асосланган амалиёт билан алмаштирилади, профилактик кўриklarни далилларга асосланган ҳолда мақсадли скрининг текширувларига алмаштирилади [15]. 1 та ҳудуд (участка) 2-3 минг аҳолихизмат кўрсатади.

Стратегик бошқарув: максимал фаолият юритувчи тиббий муассасалар (2021-2022) ташкил қилинади. Вилоят шифохоналари тиббий бирлашмаси ташкил қилиниб, таркибий ва молиявий ўзгаришларни жорий етишга ваколоти бўлган нуфузли раҳбар қўл остида ягона бошқарув тизими жорий қилинади [15]. Шифохоналарнинг вилоят тиббий бирлашмалари/кластерларини шакллантирилади. бюджет олувчиларнинг ҳуқуқий мақомини ўзгартириш ва тиббиёт бирлашмалари раҳбарларига қарор қабул қилиш ва шифохона секторини такомиллаштириш ва хизматларни оптималлаштириш ваколатини берилади. Раҳбарларнинг салоҳиятини ошириш ва уқув курсларини барқарор тизими билан таъминланади. Умумий клиник натижа/вазиқа ва рағбатлантиришни жорий қилинади. Лабораториялар ва диагностика имкониятларни, ёрдамчи хизматларни кенгайтирилади, хизматлар оптималлаштирилади, салоҳияти оширилади. Касалхона ва бирлашмалар учун маъмурий ва электрон бошқарув тизимларини жорий етилади. Вилоят шифохоналари тиббий бирлашмасини ташкил етилиб, таркибий ва молиявий ўзгаришларни жорий етишга ваколоти бўлган нуфузли раҳбар қўл остида ягона бошқарув тизими жорий қилинади. Тиббий хизматларни стратегик харид қилишнинг янги модели жорий қилинади. Ҳар бир туманнинг барча аҳолиси учун бирламчи тиббий-санитария ёрдами, поликлиника, шифохоналар, тез тиббий ёрдамни ўзичига олган такомиллаштирилган туман тиббиёт бирлашмасидан амбулатор, шошилинч, шифохона ёрдами ва ижтимоий хизматларни қамраб олган туман даражасида интеграллашган тиббий ёрдам сотиб олинади. Бунда ёш-жинс ва географик коэффициентларни қўллаган ҳолда жон бошига молиялаштириш механизmidан фойдаланилади. Ушбу вазифаларни амалга ошириш учун Давлат тиббий суғуртаси жамғармаси (Жамғарма) ташкил қилинган. Жамғарма:

аҳолининг барча қатламларини сифатли ва зарур тиббий ёрдам билан таъминлаш мақсадида давлат томонидан кафолатланган тиббий ёрдам ҳажмига киритилган тиббий хизматлар стратегик хариди тизимини жорий этади; тажриба-синов лойиҳаси доирасида аҳолининг барча қатламларига давлат томонидан кафолатланган ҳажмларда сифатли ва тўлиқ тиббий ёрдам кўрсатилишини молиялаштиради; Давлат бюджетидан тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмларини қоплаш мақсадида ажратиладиган маблағларни жамлаш, бошқариш, уларнинг мақсадли ва самарали сарфланишини ташкил этади; давлат тиббий суғуртасининг ягона ахборот тизими, маълумотлар базаси ва бошқа ахборот ресурсларини яратиш, уларнинг лозим даражада ишлашини таъминлайди; давлат тиббий суғуртаси тизимини республиканинг барча ҳудудларига босқичма-босқич жорий этиш бўйича зарур чора-тадбирларни амалга оширади [15].

Соғлиқни сақлаш соҳасида ахборот таъминоти кенгайтирилади. Ҳар бир фуқаро идентификация қилиниб маълумотлар базасига киритилади. Тиббиёт муассасалари компьютер ва интернет тармоғи билан жиҳозланади, ҳисобот шакллари маълумотлар айланмаси рақамлаштирилади [15].

Стратегик раҳбарлик: соғлиқни сақлаш тизимидаги рол ва мажбуриятларни тақсимланади. Соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни сақлаш стратегиялари ва устувор ёъналишларини белгилайди, бюджетни шакллантиришда иштирок этади, тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмини белгилайди, мажбурий тиббий суғуртадан ташқари мақсадли дастурларни амалга оширади, сифатни мониторинг қилади ва баҳолайди. Давлат тиббий суғурта жамғармаси пул маблағларини тўплайди, тиббий хизматларни харид қилади, кафолатланган ҳажмда ёрдам кўрсатилишини таъминлайди, харажатлар ва сифатни мониторинг қилади, нархларни шакллантириш ва харажатларни қоплаш учун жавобгар ҳисобланади. Фуқаролар кафолатли хизматлардан фойдаланиш ва соғлиқни сақлаш тизимига риоя қилиш ҳуқуқига эга бўлади ва ўзининг соғлиғи учун жавобгар ҳисобланади [15].

Бирламчи тиббий санитария муассасаларида тиббий кадрлар тақчиллиги сезиларли даражада бўлиб қолмоқда. Тиббий кадрлар тақчиллигини бартараф этиш мақсадида тиббий олий таълим муассасалари бўлмаган вилоятларда, жумладан Қарши давлат университети, Жиззах давлат педагогика институти, Навоий давлат педагогика институти ва Гулистон давлат университетида тиббиёт факультетлари ташкил қилиниб эҳтиёжлардан келиб чиққан ҳолда тиббий ходимларни тайёрлашади [10]. Тиббиёт муассасаларига шифокорлик касбига лойиқ бўлган талабаларни саралаб олиш мақсадида мактабларнинг биртирувчи синф ўқувчилари орасида касбга йўналтирувчи тарғибот ишларини олиб бориш, тиббиёт муассасаларига очиқ эшиклар кунини ўтказиш керак. Амалий машғулотларни тиббиёт олий таълим ташкилотларининг вилоят тиббиёт муассасалари, оилавий шифокор пунктлари ва оилавий поликлиникаларда фаолият олиб боровчи етакчи мутахассиларни жалб қилган ҳолда олиб бориш ҳудуддаги аҳолининг таркиби, касалланишининг ўзига хослигидан келиб чиқиб талабаларга керакли билимларни бериш имконини яратади.

Тиббиёт олий таълим ташкилотини охириги 3 йил ичида тамомлаган ва бошқа ҳудудда яшовчи шифокорлар олис ва чекка ҳудудларда жойлашган оилавий шифокор пунктлари ва оилавий поликлиникаларига ишга қабул қилинганда уларга камида 3 йил ишлаб бериш шarti билан 30 миллион сўм миқдорида бир марталик пул маблағлари, уй-жойи бўлмаганларга эса 3 йил давомида хизмат уй-жойлари берилди ёки базавий ҳисоблаш миқдорининг 2 баравари миқдорида ҳар ойлик ижара тўловлари Давлат бюджетидан компенсация қилинади [14]. Бу чора-тадбир ҳам тиббий ходимлар билан таъминлашни оптималлаштиришга ёрдам беради.

Янги жорий қилинган молиялаштириш тизими бўйича “пул бемор ортидан юради” тамойили амал қилади. Бу беморларни ўзлари истаган жойдан тиббий ёрдам олишлари учун шароит яратади. Аҳолини тиббий ёрдам олиш муассасаларини эркин танлашлари учун давлат тиббий суғуртаси доирасида хусусий тиббиёт муассасалари ҳам жалб қилинади ва улар ҳам шартномага мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрасатадилар.

Оилавий шифокор ва бошқа тиббиёт ходимлари фаолияти самарадорлиги бўйича янги рейтинг тизими жорий қилиниб ҳамда унинг натижаларига қараб ушбу ходимлар маҳаллий бюджетнинг қўшимча маблағлари ҳисобидан ҳар чоракда базавий ҳисоблаш миқдорининг 10 бараваридан 30 бараваригача миқдорда бир марталик пул мукофоти билан рағбатлантирилиши белгилаб берилган[14]. Аммо рейтинг тизими самарали ишлаши учун ҳисобот шакллари электрон ва автоматик тизимга ўтказилиши зарур.

Шифокорлар даромадларининг пастлиги, фарм компанияларининг таклифларининг шифокорлар учун жозибадорлиги беморларга давлат томонидан қоплаб берилмайдиган дориларнинг тавфсия қилинишини ошишига олиб келиши мумкин.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак Давлат тиббий суғуртасини жорий қилиш, меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгилаб берилган вазифаларни тўлақонли бажариш мавжуд муаммоларни ҳал қилишга ёрдам буради, хусусан соғлиқни сақлаш соҳасида молиялаштириш жараёнини оптималлаштиради, аҳолининг барча қатламини сифатли ва самарали тиббий ёрдам олиш имкониятларини кенгайтиради.

Адабиётлар

1. Арсентьев Евгений Вадимович, Развитие методических основ организации здравоохранения, заложенных Н.А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению. Диссертация 223 ст. Москва – 2020. <https://www.sechenov.ru/upload/iblock/404/Dissetatsiya-Arsentev.pdf>
2. Асадов Д.А., Нажмитдинов А.М., Сабилов Д.М. Медицинское страхование (Основные системы). Тошкент-2004.
3. Б.М.Маматкулов. Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Дарслик. Тошкент – Илм Зиё. 2013. 574 б.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., с. XI.
5. Кузнецова А.М. Зарубежный опыт финансирования здравоохранения. Аудит и финансовый анализ. 5'2015. С. 209-213.
6. Л.В. Максимова, В.В. Омеляновский, М.В. Сура. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран. Медицинские технологии. Оценка и выбор № 1 2014. С. 37-45.
7. Людмила Валентиновна Токун, Павел Петрович Макагонов. Роль страховых медицинских организа-

ций в финансовом обеспечении бесплатной медицинской помощи. МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7. № 2. С. 198–207

8. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. Гриф УМО. – М.: Профессинал, 2009. – 432 с

9. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Под ред. J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakob. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2011, с. 15–16.

10. Ризаев Ж.А., Маматқулов Б.М. Стоматология менежменти ва иқтисодиёти асослари. Тошкент –2020.

11. Тургамбаева А.К., Л.С. Ермуханова. Международный опыт применения страховой медицины: особенности ведущих стран мира (обзор литературы). Вестник КазНМУ №4-2017

12. Шишкин Сергей Владимирович, Власов Василий Викторович Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Москва-2018.

13. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 07 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон Фармони.

14. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги

механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-6110-сон Фармони.

15. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг янги модели ва давлат тиббий суғуртаси механизмларини Сирдарё вилоятида жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4890-сон Қарори.

16. Cheryl A. Camillo. The US Healthcare System: Complex and Unequal. September 2016. Global Social Welfare 3(3):151 https://www.researchgate.net/publication/305718110_The_US_Healthcare_System_Complex_and_Unequal

17. Igor Sheiman. Rocky road from the Semashko to a new health model. Bull World Health Organ 2013;91:320–321. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.030513>

18. Jouke van der Zee, Madelon W Kroneman. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research 2007, 7:94. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-7-94.pdf>