

YURIDIK FANLAR AXBOROTNOMASI

ВЕСТНИК ЮРИДИЧЕСКИХ НАУК

REVIEW OF LAW SCIENCES



huquqiy ilmiy-amaliy jurnal

правовой научно-практический журнал

legal scientific-practical journal

2021/2



MUNDARIJA

12.00.01 – DAVLAT VA HUQUQ
NAZARIYASI VA TARIXI.
HUQUQIY TA'LIMOTLAR TARIXI

- 6 **GAFFAROVA SHAKHNOZA
NURITDINOVNA**
Ensuring equal rights of women and
men: the experience of Uzbekistan

12.00.02 – KONSTITUTSIYAVIY
HUQUQ. MA'MURIY HUQUQ.
MOLIYA VA BOJXONA HUQUQI

- 13 **ХАМИДУЛИН МИХАИЛ
БОРИСОВИЧ**
**АБДУЛОВ ДАМИР
РУСТАМОВИЧ**
О вопросах несоответствия
бухгалтерского и корпоративного
законодательства

- 19 **ЯКУБОВ ШУХРАТ
УММАТАЛИЕВИЧ**
Давлат бюджети устидан
жамоатчилик назоратини амалга
ошириш

- 35 **ЭРГАШЕВ ИКРОМ
АБДУРАСУЛОВИЧ**
Солиқ маданиятини юскалтириш
солиқ интизомини таъминлашнинг
муҳим элементи

12.00.03 – FUQAROLIK HUQUQI.
TADBIRKORLIK HUQUQI.
OILA HUQUQI.
XALQARO XUSUSIY HUQUQ

- 43 **БОЛТАЕВ МАНСУРЖОН
СОТИВОЛДИЕВИЧ**
Ихтиёрий тиббий суғурта
шартномаси объектини аниқлаш
муаммолари

53 **ҒУЛОМОВ АКМАЛЖОН
ШУКУРИЛЛАЕВИЧ**

Қишлоқ хўжалигида шартномавий
мажбуриятни бажармаганлик учун
қарздорнинг айбдорлик
презумпцияси

12.00.06 – TABIIY RESURLAR HUQUQI.
AGRAR HUQUQI. EKOLOGIK HUQUQ

59 **УЗАКОВА ҒЎЗАЛ ШАРИПОВНА**

Шаҳарларда қурилиш фаолиятини
экологизациялашнинг ҳуқуқий
масалалари

71 **ТОШБОЕВА РОБИЯ СОБИРОВНА**

Вопросы дальнейшего
совершенствования водно-
кадастрового законодательства
Узбекистана

12.00.08 – JINOYAT HUQUQI.
HUQUQBUZARLIKLARNING
OLDINI OLISH. KRIMINOLOGIYA.
JINOYAT-IJROIYA HUQUQI

88 **MUSAEV DJAMALIDDIN
KAMALOVICH**

International crime prevention
experience in the field of drug
trafficking, psychotropic substances
and their analogues

96 **ОЧИЛОВ САМАРИДДИН
КАМОЛИДДИНОВИЧ**

Шартли ҳукм қилиш институтининг
юримдик табиати

105 **ТАШЕВ АЗИЗБЕК ИБРАГИМОВИЧ**

Возникновение и развитие института
отведения несовершеннолетних от
системы правосудия

12.00.09 – JINOYAT PROTSESSI.
KRIMINALISTIKA. TEZKOR-QIDIRUV
HUQUQI VA SUD EKSPERTIZASI

113 **ЧОРИЕВА ДИЛБАР
МЕНГДАБИЛОВНА**

Ишни судга қадар юритишда
ҳимоячи фаолиятида тортишув
принципининг таъминланиши
аҳамияти

- 127 **АБДУЛЛАЕВ РУСТАМ
КАХРАМАНОВИЧ**
Ҳодиса жойини кўздан кечиришнинг
криминалистик таъминоти
мақсад ва вазифалари

- 136 **КАБИРЗОДА ГАВХАРОЙ
КОСИМИ**
Проблемы процессуально-
правовых основ уголовного
преследования

12.00.10 – XALQARO HUQUQ

- 145 **БИНАКУЛОВ АЛИЖОН
БОЛИ ЎҒЛИ**
Мажбурий тиббий суғурта:
халқаро-ҳуқуқий асослар, хорижий
давлатлар тажрибаси ва
Ўзбекистонда унинг ҳуқуқий
асосларини яратиш

- 157 **TUYSCHIEV FARRUKH
ABDUMAJITOVICH**
The concept of public policy in
international commercial arbitration:
refusal of the recognition and
enforcement of foreign arbitral
awards ex officio in Uzbekistan

- 165 **ЮНУСОВ ҲАЙДАРАЛИ
МУРАТОВИЧ**
АҚШда нодавлат ноҳукумат
ташкilotларининг юридик
таълимдаги ўрни

- 173 **VALIJONOV DALER
DILSHODOVICH**
Prosecutor's supervision of the
implementation of law on mutual
legal assistance in criminal matters

- 183 **TURSUNOV ABDUKHALIL
ABDUSALIMOVICH**
Insights for Central Asia from the
principles and disputes of
international water law

UDK: 369.04

ORCID: 0000-0002-0318-2589

МАЖБУРИЙ ТИББИЙ СУҒУРТА: ХАЛҚАРО- ҲУҚУҚИЙ АСОСЛАР, ХОРИЖИЙ ДАВЛАТЛАР ТАЖРИБАСИ ВА ЎЗБЕКИСТОНДА УНИНГ ҲУҚУҚИЙ АСОСЛАРИНИ ЯРАТИШ

Бинакулов Алижон Боли ўғли,
Тошкент давлат юридик университети
Ихтисослаштирилган филиали “Жиноят-ҳуқуқий
фанлар” кафедраси ўқитувчиси,
e-mail: alijonbinakulov@gmail.com

Аннотация. Мазкур мақолада мажбурий тиббий суғуртанинг тиббий ва ҳуқуқий жиҳатлари, халқаро-ҳуқуқий асослари, унинг турли давлатларда пайдо бўлиши ва ривожланиши, тиббий хизматлардан кафолатланган ва кенг фойдаланиш, ушбу йўналиш бўйича хорижий давлатларнинг тажрибаси ва қонунчилик асослари, мажбурий тиббий суғуртанинг тиббий ҳуқуқнинг институти ҳисобланган соғлиққа бўлган ҳуқуқнинг алоҳида соҳаси сифатидаги ўрни, мамлакатлар томонидан фуқароларга бундай тиббий хизматларнинг кўрсатилиши сифати ва унинг қай йўсинда йўлга қўйилганлиги, шунингдек, бу борадаги қонунчиликни такомиллаштириш ҳамда мавзу юзасидан олимларнинг илмий қарашлари ўрганилган.

Калит сўзлар: мажбурий тиббий суғурта, тиббий хизматлар, ҳуқуқ, халқаро ҳуқуқ, тиббиёт ҳуқуқи, соғлиққа бўлган ҳуқуқ, фуқароларнинг соғлиғини сақлаш.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ, ОПЫТ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ И СОЗДАНИЕ ЕГО ПРАВОВЫХ ОСНОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

Бинакулов Алижон Боли ўғли,
преподаватель кафедры «Уголовно-правовые
дисциплины» Специализированного филиала
Ташкентского государственного
юридического университета

Аннотация. В статье описаны медико-правовые аспекты обязательного медицинского страхования, гарантированного и широкого использования медицинских услуг, опыт и международно-правовая база зарубежных стран в этой сфере, ее возникновение и развитие в разных странах. Рассмотрены роль обязательного медицинского страхования как отдельной области, качество предоставления таких медицинских услуг гражданам в различных странах и его организация, а также вопросы совершенствования законодательства в этой области и научные взгляды ученых на эту тему.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, медицинские услуги, право, международное право, медицинское право, право на здоровье, общественное здоровье.

COMPULSORY MEDICAL INSURANCE: INTERNATIONAL LEGAL FUNDAMENTALS, EXPERIENCE OF FOREIGN STATES AND CREATION OF ITS LEGAL FUNDAMENTALS IN UZBEKISTAN

Binakulov Alijon Boli o'g'li,

Lecturer at the Department of Criminal Law
disciplines of the Specialized branch
Tashkent State University of Law

Abstract. *The article describes the medical and legal aspects of compulsory health insurance, the international legal framework, its emergence and development in different countries, the guaranteed and widespread use of medical services, the experience and legal framework of foreign countries in this area, compulsory health insurance. the role as a separate area, the quality of the provision of such medical services to citizens by country and the way it is organized, as well as the improvement of legislation in this area and the scientific views of scientists on this topic.*

Keywords: *compulsory health insurance, medical services, law, international law, medical law, the right to health, public health.*

Кириш

Ҳозирги мураккаб вазиятда соғлиқни сақлаш соҳаси бошқа соҳалар қатори шиддат билан ривожланмоқда. Мазкур жараёнларда инсон ҳаётини сақлаб қолиш катта аҳамиятга эга ва унинг яшаш ҳамда фаровон турмуш тарзига эга бўлиш ҳуқуқи халқаро ва миллий ҳужжатлар билан кафолатланган.

Инсон саломатлиги сифатли ҳаёт кечиришининг асосий омилларидан бири ҳисобланади. Бу борада инсон ҳуқуқлари қаторида энг муҳимларидан бири – бу соғлиққа бўлган ҳуқуқдир. Яъни саломатликка бўлган ҳуқуқ деганда, биз инсоннинг нафақат соғ-саломат бўлиш ҳуқуқи, балки соғлом турмуш, соғлом ҳаёт кечириши учун керак бўлган барча шарт-шароитлар билан таъминланиш, давлат ҳамда ҳалқаро ҳамжамият томонидан ҳимояланишини тушунамиз даркор.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш. Мирзиёев 2019 йил Олий Мажлисга Мурожаатномасида “Халқимиз саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом турмуш тарзини қарор топтириш биз учун ҳаётий муҳим масаладир”, деб таъкидлаганлари бежиз эмас.

Барча давлатларда соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг ўзига хос шакллари, жамиятнинг ушбу соҳасидаги иқтисодий муносабатларнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд бўлишига қарамай, ҳанузгача турли мамлакатларга хос бўлган ривожланиш ҳамжамиятини акс эттирувчи бир қатор параметрлар бор. Соғлиқни сақлаш тизими ҳамда унинг асосий иқтисодий хусусиятларини акс эттирувчи ушбу кўрсаткичлар орасида қуйидагилар мавжуд:

- мулкый муносабатлар;
- молиялаштириш усуллари (маблағларни жалб қилиш);
- тиббиёт ходимлари (ишлаб чиқарувчилар);
- аҳоли (истеъмолчилар) учун рағбатлантириш механизмлари;
- тиббий ёрдам ҳажми ва сифатини мониторинг қилиш шакллари, усуллари ва б.

Ҳар бир мамлакат тарихан тиббий ёрдам кўрсатиш, аҳоли соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш учун иқтисодий ресурсларни жалб қилишнинг ўзига хос усулини ишлаб чиққан ва ривожлантирган. Жамият томонидан ажратилган ресурслар миқдори ва сифати, улардан соғлиқни сақлаш

соҳасида фойдаланиш самарадорлиги мамлакатда тарихан ривожланган иқтисодий, сиёсий, ахлоқий ва бошқа муносабатларнинг мураккаб тизими билан белгиладди.

Материал ва методлар

Мазкур мақолада мажбурий тиббий суғуртанинг тиббий ва ҳуқуқий жиҳатлари, халқаро-ҳуқуқий асослари, унинг турли давлатларда пайдо бўлиши ва ривожланиши, тиббий хизматлардан кафолатланган ва кенг фойдаланиш, ушбу йўналиш бўйича хорижий давлатларнинг тажрибаси ва қонунчилик асослари, мажбурий тиббий суғуртанинг тиббий ҳуқуқнинг институти ҳисобланган соғлиққа бўлган ҳуқуқнинг алоҳида соҳаси сифатидаги ўрни, мамлакатлар томонидан фуқароларга бундай тиббий хизматларнинг кўрсатилиши сифати ва унинг қай йўсинда йўлга қўйилганлиги, шунингдек, бу борадаги қонунчиликни такомиллаштириш ҳамда мавзу юзасидан олимларнинг илмий қарашлари ўрганилган.

Ишда қуйидаги усуллардан фойдаланилган: таҳлил, синтез, умумлаштириш, гипотеза яратиш.

Таҳқиқот натижалари таҳлили

Миллий соғлиқни сақлаш тизимининг ташкилий назарияси уларнинг институционал тузилиши нуқтаи назаридан шаклланишига, Халқаро меҳнат ташкилоти ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан ишлаб чиқилган ижтимоий ҳимоя ва ижтимоий хавфсизлик тушунчаларига сезиларли таъсир кўрсатган. Халқаро меҳнат ташкилоти ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ижтимоий ҳимоя тушунчаси ХМТнинг ижтимоий хавфлар доктринасига асосланиб, унинг оқибатларини объектив, оммавий (ижтимоий) ҳамда уларни муқаррарлиги нуқтаи назаридан баҳолаш ва қоплаш усуллари ўз ичига олади.

Халқаро Меҳнат Ташкилотининг ижтимоий ҳимоя тушунчаси бир қатор конвен-

ция ва тавсияларда келтирилган. ХМТнинг 102-сонли Конвенцияси (1952), «Ижтимоий таъминотнинг минимал стандартлари тўғрисида»; ХМТнинг «Ижтимоий сиёсатнинг асосий вазифалари ва нормалари тўғрисида»ги (1962) Конвенцияси; ХМТнинг «Тиббий ёрдам ва касалга оид имтиёзлар тўғрисида»ги №130 (1969) конвенцияси; ХМТнинг «Даромадни таъминлаш тўғрисида»ги 67-сонли тавсияси (1944); ХМТнинг соғлиқни сақлаш хизматларига 2-сонли 69-сонли тавсияси (1944) шулар жумласидан.

Халқаро меҳнат ташкилоти (ХМТ) конвенцияси ва тавсияларининг муҳим таркибий қисми соғлиқни сақлаш соҳасидаги давлат ижтимоий сиёсатини ишлаб чиқиш учун энг муҳим кўрсатмалар бўлган тиббий ёрдамнинг минимал стандартларини ўз ичига олганлигидир. ХМТ ижтимоий таъминот, хусусан, ижтимоий суғурталашнинг муҳим мақсадлари қаторига қуйидагилар киради:

- бой берилган даромадни кафолатланган ва етарли даражада алмаштириш, эркинлик ва қадр-қиммат, иқтисодий барқарорлик ҳамда тенг имкониятлар шароитида моддий фаровонлик ва маънавий ривожланиш ҳуқуқини амалга ошириш;

- тиббий хизматлардан кафолатланган ва кенг фойдаланиш;

- кафолатланган асосий молиявий ресурсларнинг мавжудлиги.

ХМТнинг 102-сонли «Ижтимоий таъминотнинг минимал стандартлари тўғрисида»ги конвенцияси (1952) тиббий ёрдам билан қамраб олиш билан боғлиқ бўлган ижтимоий хавф турлари, моддий ёрдам ҳолатлари ва тиббий ёрдамнинг давомийлигини белгилайди.

ХМТнинг 102-сонли конвенцияси тиббий ёрдам кўрсатилиши керак бўлган инсонлар соғлиғи, шунингдек, меҳнат қобилиятини сақлаш, тиклаш ёки яхшилаш учун кўрсатилишини ифодалайди. Хизматларнинг минимал доираси қуйидагиларни

ўз ичига олади: умумий тиббий ёрдам, шу жумладан, уйга ташрифлар, шифохона ёки амбулатория муассасаларида мутахассис ёрдами, энг зарур дори-дармон билан таъминлаш зарурати туғилганда, туғуруқдан олдин, туғуруқ пайтида ва ундан кейин аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш, зарур ҳолларда шифохонага ётқизиш ва шу кабилар.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти мутахассислари (С. Хаканссон, Б. Мажнони, Д. Интигнано, Г. Муней, Ж. Робертс, Г. Стоддарт, К. Ёхансен, Х. Золлнер) соғлиқни сақлаш тизимининг учта асосий турини таклиф қилишган:

1. Давлат ёки Беверидж тизими.

2. Кенг қамровли тиббий суғурта ёки Бисмарк тизими.

3. Нодавлат, бозор ёки хусусий соғлиқни сақлаш тизими.

Давлат ёки Беверидж тизими. Ушбу бозор соғлиқни сақлашнинг давлат (миллий) тизимига асосланади. Миллий соғлиқни сақлаш тизими Лорд Беверидж номи билан Беверидж деб аталган. У 1942 йилда бюджет моделининг асосига айланган ғояларни эълон қилган ва унда камбағаллар учун бойлар, касаллар учун соғломлар тўлайди, дейилган. Мазкур бозорда миллий соғлиқни сақлаш устуворликларини миллий иқтисодиётнинг бошқа устуворликлари билан ўзаро боғлаш анча осон. Соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг ушбу модели марказлаштирилган, режалаштирилган тақсимот иқтисодиёти бозорига тўғри келади ҳамда характерли ижобий ва салбий хусусиятларга эга. Бу моделнинг камчиликлари ривожланишни рағбатлантирувчи табиий омилларнинг етишмаслигидир. Бу тиббий ёрдам сифатининг секин ўсиши, ташкилий тузилмаларнинг мослашувчан эмаслиги, самарасиз стратегияларни узоқ муддатли амалга ошириш ва эски тиббиёт технологияларидан фойдаланиш имкониятлари пасайишига олиб келади. Аммо аниқ аф-

залликлари мавжуд. Аввало, касалликларнинг олдини олишга қаратилган. Бунда охир-оқибат, соғлиқ учун пул тўланади, шифокор касалликлар сонини камайтириш, тиббий хизматлар ҳажмини қисқартиришга объектив равишда қизиқади, эркин бозорда эса бунинг аксини объектив равишда қизиқтиради [1].

Кўп ҳолларда тиббий ёрдамдан тенг фойдаланиш беморнинг тиббий муассаса ёки шифокорни танлаш эркинлигини қатъий чеклаш орқали таъминланади. Ҳозирги босқичда кўплаб давлатларда давлат моделидан фойдаланган ҳолда, улар соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишдаги бундай аниқ камчиликларни бартараф этишга ҳаракат қилишмоқда.

Бироқ мазкур жараён эндигина бошланган. Масалан, Швецияда фақат 1991 йилдагина экспериментал синовлардан сўнг ҳар бир шведга мамлакат бўйлаб тиббий муассаса ёки шифокорни эркин танлаш ҳуқуқини бериш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлиб, худди шунга ўхшаш қарор Данияда ҳам қабул қилинган. Бироқ Финляндияда бемор ҳар қандай умумий амалиёт шифокори ёки мутахассисни фақат маълум бир тиббий марказ ёки шифохонада танлаши мумкин [2].

Энди биз соғлиқни сақлаш тизимини ташкил этишнинг ижтимоий суғурта моделига мурожаат қиламиз. Бунда маҳсулот деб нимани тушуниш кераклигини кўриб чиқамиз.

Тарихан, Германияда биринчи давлат тиббий суғуртаси канцлер Оттофон Бисмарк даврида (1883-1889) жорий қилинган. Шунинг учун у Бисмарк деб номланган. Бу касаллик бахтсиз ҳодиса, ногиронлик ва қарилик сабабли ишчиларни суғурталаш тўғрисидаги бир қатор махсус қонунлар эди. Ушбу қонун ҳужжатларининг асосини қуйидаги таъминот ташкил этди: соғлиқ – капитал, ижтимоий меҳнат самарадорлигини ошириш [3].

Шунингдек, ушбу моделдаги тиббий хизматларнинг асосий характерли хусусияти соғлиқни сақлаш ва ногиронликни йўқотиш хавфи билан боғлиқ бўлган тасодифий потенциал талаб ҳисобланади. Шу билан бирга, меҳнат деганда, ишлаб чиқаришнинг энг муҳим омилларидан бири тушунилади. Унинг бузилиш эҳтимоли минималлаштирилиши керак ва бу тиббий суғуртанинг асосий ролини бажаради.

Кенг қамровли тиббий суғурта ёки Бисмарк тизими. Мазкур моделда соғлиқ меҳнатга нисбатан капитал билан бир хил роль ўйнайди. Саломатлик меҳнат самардорлигини, «инсон капитали» деб аталадиган харажатларни оширади. Шунга ўхшаш принцип Россияда 20-йилларнинг бошларида, завод дори-дармонлари пайдо бўлганда ишлатилган. Унинг асосий вазифаси асосий тармоқлар: оғир ва мудофаа соҳаларида меҳнат ресурслари сифатини яхшилаш бўлган. Шундай қилиб, Бисмарк модели, биринчи навбатда, соф иқтисодий муаммоларни ҳал қилишга қаратилган: меҳнат унумдорлигини ошириш ва иқтисодий йўқотишларни ишчи кучини кўпайтириш орқали камайтириш. Бироқ соғлиқни йўқотиш хавфини суғурталашдан ташқари, давлат тиббий суғурта тизими суғурта фондлари орқали тиббий хизматларни тўлаш орқали даромадларни қайта тақсимлашни таъминлади. Бу кам таъминланганларнинг ногиронлиги хавфи билан боғлиқ бўлган ижтимоий муаммоларнинг оғирлигини камайтириш имконини берди [4].

Германияда замонавий тиббий суғурта, умуман, соғлиқни сақлаш Бисмарк тизими асосий тамойилларини сақлаб қолган бўлиб, молиялаштириш турли манбалардаги маблағларни бирлаштириш орқали таъминланган: соғлиқни сақлаш муассасаларида олинган маблағларнинг 60 фоизи мажбурий тиббий суғурта фондлари, шундан 25 фоизи ишлайдиган оила аъзоларини суғурталашдан иборат бўлган

бўлса, 10 фоизи ихтиёрий тиббий суғурта воситалари, 15 фоизи солиқ солиш сабабли давлат маблағлари, 15 фоизи фуқароларнинг шахсий маблағларини ташкил этади. Ўз навбатида, Соғлиқни сақлаш вазирлиги фондлари учта манбадан шакллантирилади: давлат бюджети, ишчилар ва иш берувчиларнинг бадаллари. 90-йилларда соғлиқни суғурталаш учун бадалларнинг ўртача миқдори иш ҳақи фондига (иш ҳақи) нисбатан 13 фоизни ташкил этган. Иш ҳақи иш берувчилар ва ходимлар томонидан тенг улушларда тўланган, яъни 6,5 фоизи миқдорида [5].

Ижтимоий суғурта моделидан фойдаланаётган давлатлар орасида Канада ҳам бор. Аввал айтиб ўтилганидек, Канадада соғлиқни сақлаш тизимини ташкил қилиш ижтимоий суғуртага тегишли бўлса ҳам, у давлат моделига ўхшайди. Бу Канада соғлиқни сақлаш тизимининг ижтимоий йўналтирилганлиги билан боғлиқ бўлиб, тиббиёт ходимларининг ушбу тизимга бўлган эътибори кучайиб бориши натижасида Канада тиббий харажатларни қоплаш борасида катта ютуқларга эришган.

Соғлиққа бўлган ҳуқуқни амалга ошириш давлат томонидан айрим шарт-шароитларни яратиш, шу жумладан, ногирон ёки ногиронлиги бўлган фуқаролар учун тўловлар ва уларга хизмат кўрсатишнинг мавжудлиги билан таъминланади. Соғлиқ суғуртаси – бу аҳолининг барча қатламлари учун соғлиғини йўқотганда, аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ва тиббий ёрдам олиш имкониятини таъминлашдир.

Тиббий суғуртанинг иккита тури мавжуд: мажбурий; ихтиёрий.

Ихтиёрий тиббий суғурта фуқароларга қўшимча тиббий ва бошқа хизматларни ўз маблағлари асосида таъминлайди. Мажбурий тиббий суғурталашга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Масалан, П. Бутковский ўз диссертациясида қуйидаги мажбурий ижтимоий суғурта таърифини таклиф қи-

лади: давлат томонидан суғурталанган фуқароларнинг моддий ва (ёки) ижтимоий мавқеини ўзгартириш оқибатларини камайитириш ёки қисман қоплаш мақсадида давлат томонидан амалга ошириладиган ҳуқуқий, иқтисодий ва ташкилий чоралар тизими ҳамда қийин вазиятларда уларни сақлаб қолиш [6].

Э. Русецкаянинг таъкидлашича, мажбурий тиббий суғурта (МТС) ҳар бир фуқаронинг ижтимоий-иқтисодий мақомидан қатъи назар, ижтимоий суғурта шакллари-дан бири бўлиб, барча аҳолига бепул тиббий ёрдам кўрсатишда давлат кафолатларини беришга мўлжалланган.

Фуқароларнинг соғлиқни сақлашга бўлган ҳуқуқларини ижтимоий муҳофаза қилиш механизми ижтимоий гуруҳларнинг ижтимоий-иқтисодий хулқ-атворининг барқарор тизими ва тиббий хизмат кўрсатиш, тарқатиш, алмашиш ҳамда истеъмол қилиш учун мажбурий тиббий суғурта фаолиятини амалга ошириш шароитида асосий мақсад очиқ ва сифатли тиббий ёрдам учун аниқ ижтимоий ва шахсий эҳтиёжларни қондиришдир [7].

Шундай қилиб, ихтиёрий тиббий суғурта даволаш билан бевосита боғлиқ бўлган тиббий хизматлар учун ҳақ тўлашни таъминлаб, суғурталанганларга суғурта дастурининг турли вариантлари таклиф этилади. Улардан баъзилари доимий ва вақтинчалик ногиронлик бўйича тиббий суғурталаш ёки реабилитация зарурати ва шахсий таклифлар, спорт ва фитнес хизматларига ҳақ тўлаш ҳамда соғлом турмуш тарзига риоя қилиш каби элементларни ўз ичига олиши мумкин экан.

Ихтиёрий тиббий суғурта – ихтиёрий тиббий суғурта шартномалари асосида амалга ошириладиган ижтимоий суғуртанинг бир тури бўлиб, фуқароларга тиббий суғурта дастурлари билан белгиланган қўшимча равишда тиббий ва санитария хизматларини кўрсатишни ўз ичига олган.

Шу билан бирга, мажбурий тиббий

суғурта соғлиқни сақлаш соҳасидаги аҳоли манфаатларини ҳимоя қилишнинг давлат томонидан кафолатланган тизими бўлиб, суғурта ҳодисалари касаллик ёки жароҳатлар шаклида юзага келадиган шароитларни даволашга сарфланадиган харажатларни қоплаш учун суғурта мукофотлари ҳисобига яратади.

Шунингдек, тиббий суғурталашнинг мақсади суғурталанадиган ҳодиса содир бўлган тақдирда фуқароларга жамғарма маблағларидан тиббий ёрдам олиш ва профилактика чораларини молиялаштиришга кафолат беришдир. Бундай ижтимоий ҳимояни ягона фуқаролик жамғармаси ташкил этиш йўли билан амалга ошириш мумкин. Бунинг натижасида ҳар бир фуқаро охир-оқибат мазкур жараёнда иштирок этади.

Агар тарихга эътибор қаратадиган бўлсак, 1883 йилда Германияда тиббий суғурталаш «Ишчиларни суғурталаш тўғрисида»ги қонун (Бисмарк қонуни) қабул қилинган ва у давлат муаммолари даражасида бошланган деб айтиш мумкин. Ўша вақтдан бошлаб Германияда барча ходимлар, шунингдек, уларнинг оила-аъзолари, Германияда маълум миқдорда эга бўлган даромадидан тиббий суғуртага эга бўлишлари шарт этиб белгиланган [8].

Бироздан сўнг, 1911 йил 15 январда Буюк Британияда «Миллий суғурта қонуни» қабул қилинган ва қонун билан аҳолининг бой қатлами – камбағаллар, соғлом қатлам – беморлар учун тўлайди деган норма ўрнатиб қўйилган [9].

Кўп ўтмай, 1913 йил 21 май куни Швеция давлати Риксдаги «Касаллик, ногиронлик, қариллик даврида мажбурий суғурта тўғрисида»ги қонунни қабул қилган [10].

Шу вақтга мос равишда, яъни 1913 йилнинг июль ойида Францияда ҳам Швециядагидек қонун қабул қилиниб, бахтсиз ҳодиса ва меҳнатда орттирилган касалликлар учун кўрсатиладиган тиббий хизмат суғурталаб қўйилганлигини қайд этиш мумкин.

Эътибор қаратадиган бўлсак, мажбурий тиббий суғурта турли давлатларда турлича ном ва қўринишларда қабул қилинган ҳамда йўлга қўйилган бўлиб, хусусан, Германияда касалликларни суғурталаш хизмати касаллик фондлари деб аталадиган махсус ташкилотлар томонидан таъминланган. Германиядаги мижозларга тиббий суғуртани таклиф қилган биринчи суғурта компанияси 1848 йилда пайдо бўлган. У «Берлин полиция идораси ходимлари учун соғлиқ суғуртаси жамғармаси» деб номланган. Бироқ ундан олдинроқ, 1843 йилда тамаки саноати ходимлари учун тиббий суғурта прототипи жорий этилган [3]. Эътиборли жиҳати шундаки, мазкур компанияларнинг барчаси хусусий ташкилотлар бўлган.

Мажбурий суғурталашнинг афзаллиги, ҳар бир фуқаронинг ижтимоий-иқтисодий мақомидан қатъи назар, ижтимоий суғуртанинг кафолатланган таъминоти ва барча аҳолига бепул тиббий ёрдам кўрсатиш учун давлат кафолатларини беришга мўлжалланган. Яъни бепул, арзон, малакали ва юқори сифатли тиббий ёрдам олиш учун муайян ижтимоий ва шахсий эҳтиёжларни қондириш учун тиббий хизматлардан фойдаланиш ҳуқуқини беради.

АҚШ Конституцияси аҳолини маълум гуруҳларидан ташқари, ҳаммани давлат томонидан кафолатланган тиббий ёрдам билан таъминлашни назарда тутмаган. АҚШдаги соғлиқни сақлаш мажбурий тиббий суғурта дастурлари давлат томонидан бошқариладиган хусусий соғлиқни сақлаш модели деб аталиб, Американинг соғлиқни сақлаш ижтимоий-иқтисодий модели тармоқларда жуда муҳим молиявий ресурсларни жамлашга ёрдам берган бўлиб, кучли моддий техник базаларни яратиш, юқори малакали кадрларни жалб қилиш имконини берган. Хизматлар сифатини ҳар томонлама назорат қилиш ва тиббиёт ходимларини моддий манфаатдорлиги туфайли АҚШдаги тиббиёт ва соғлиқни

сақлаш ўзининг юқори обрўйини сақлаб келмоқда [11].

Шу билан бир вақтда, бундай тизимнинг маълум камчиликлари ҳам мавжуд бўлиб, уларнинг асосийлари қуйидагилар дейиш мумкин:

биринчидан, тиббий ёрдамнинг барча аҳоли учун оммабоп эмаслиги. Деярли 40 млн.га яқин америкаликлар ўз суғурта полисига эга эмас. Бундан ташқари, турли ҳудудлардаги соғлиқни сақлаш нафақат молиявий жиҳатдан чекланган, балки оммабоплиги ҳам етарли эмас. Соғлиқни сақлашнинг молиявий томондан, тиббий кадрлар билан таъминланганлиги штат ва туманлари бўйича бир хил эмас. Айниқса, қишлоқ жойларида тиббий ёрдам кўрсатиш сезиларли даражада етишмайди;

иккинчидан, тиббий хизматга сарфхаражатлар доимий ортиб бораётганлиги сабабли суғурта бадаллари ошиши ва тармоқни молиялаш муаммоси кучаймоқда;

учинчидан, соғлиқни сақлашга сарфланган маблағнинг самарадорлиги пастлигича қолган. АҚШ дунё бўйича битта одам учун ва абсолют маблағ сарфлаш бўйича биринчи ўринда туради (Германия, Францияга нисбатан 2 баробар кўп, Японияга нисбатан 2,5 баробар, Буюк Британияга нисбатан 3 баробар). Шунга қарамасдан, жамият саломатлигининг кўпгина муҳим параметрлари бўйича давлат лидерлигидан узоқда (ўртача умр давомийлиги бўйича дунёда 15-ўринда, болалар ўлими даражаси бўйича 17-ўринда);

тўртинчидан, вақтда тармоқ фаолиятида «оғирлик маркази» даволанишга тўғри келади, профилактикага эса керакли эътибор қаратилмаган. АҚШда соғлиқни сақлашнинг марказлашмаган тизими амал қилади [12]. Соғлиқни сақлашнинг умумий миллий мақсадларини амалга оширишда давлатнинг ҳар бир қатлами ўзига тегишли роль бажаради. Шу билан бирга, фуқаролар ўзларининг конституциявий ҳуқуқларидан ташқари, махсус қонунлар

билан мустаҳкамланган бепул тиббий хизматларга бўлган ҳуқуқлар, агар зарур бўлса, тиббий хизматнинг кенгроқ тўпламини олиш ҳуқуқига эга.

1963 йил декабрь ойида Жанубий Корея биринчи “Тиббий суғурта тўғрисида”ги қонунни қабул қилган. Бу компанияларга ўз ходимларига ихтиёрий тиббий суғурта беришга имкон берган. Сўнгра, 1977 йилда қонун тиббий суғуртани мажбурий ҳолга келтириш учун қайта кўриб чиқилиб, Президент Пак Чун Хи, шунингдек, 500 ва ундан ортиқ ходимлар бўлган фирмаларда ишчиларни тиббий суғурталашни буюрган ва кам таъминланган фуқароларга тиббий хизмат кўрсатадиган тиббий ёрдам дастурини жорий этган. 1979 йилдан бошлаб давлат хизматчилари ва 1981 йилда ўз-ўзини иш билан банд қилган шахсларни суғурта билан таъминлаш бошланган. Қамров янада кенгайди ва атиги 12 йил ичида миллий тиббий суғурта (МТС) бутун мамлакатга тарқалиб, барча фуқароларга универсал тиббий ёрдам кўрсатган.

2000 йилда Миллий соғлиқни сақлаш суғуртаси хизмати деб номланган Миллий тиббий суғурта корпорацияси барча тиббий суғурталарни ягона миллий соғлиқни сақлаш суғурталовчисига бирлаштириш учун ташкил этилган. 2006 йил ҳолатига кўра, Жанубий Кореядаги жами аҳолининг қарийб 96,3 % Миллий тиббий суғурта дастури (57,7 % ишчилар, 38,6 % иш билан таъминланганлар), қолган 3,7 % тиббий ёрдам дастури билан қамраб олинган [13].

Миллий тиббий суғурта корпорацияси тадқиқотига кўра, аҳолининг 77 % хусусий суғуртага эга. Бунинг сабаби миллий соғлиқни сақлаш режаси ҳар бир тиббий тўловнинг 60 фоиздан кўпини қоплайди.

Ўзбекистон Республикасида фуқароларнинг соғлиғини сақлашнинг асосий тамойиллари соғлиқни сақлаш соҳасида инсон ҳуқуқларини ҳурмат қилиш, аҳолининг барча қатламлари учун тиббий ёрдам олиш имконияти, профилактик чора-тад-

бирларнинг устуворлиги, соғлиғининг йўқолиши ҳолатларида ижтимоий ҳимоя, тиббиёт илми ва амалиётининг бирлиги каби норматив асосга эга. Ўзбекистон Республикасининг «Фуқароларнинг соғлиғини сақлаш тўғрисида»ги қонунига кўра, давлатда ягона соғлиқни сақлаш тизими мавжуд бўлиб, у давлат, хусусий ва бошқа соғлиқни сақлаш тизимларининг комбинацияси ҳисобланади. Шундай қилиб, ушбу ҳуқуқни амалга ошириш давлат томонидан айрим шарт-шароитларни яратиш, шу жумладан, тиббиётнинг ушбу янги соҳасини амалиётга татбиқ этиш, ногирон ёки ногиронлиги бўлган фуқаролар учун тўловлар ва уларга хизмат кўрсатишнинг мавжудлиги билан таъминланади.

Шунингдек, бизга маълумки, ҳозирги кунда мамлакатимизда тижорат суғурта компаниялари аҳолини ихтиёрий тиббий суғурта билан таъминламоқда. Маълумки, тиббий суғурта бозорини ислоҳ қилишнинг асосий йўналишларидан бири – бу ихтиёрий тиббий суғуртани ривожлантириш бўлиб, унга қуйидагилар киради: қўшимча инновацион тиббий хизмат; қўшимча инновацион ресурсларни қўллаб-қувватлаш; қўшимча инновацион тиббий технологиялар; мос равишда қўшимча сифат кафолатларидир. Суғурта маҳсулотларининг таркибига бундай ёндашув суғурта дастурларини шакллантиришга имкон беради, уларга ҳажми, муддати, сифати ва бажарилиши бўйича келишилган узоқ муддатли комплекс режалар муҳимлигини англатади. Аммо, шунга қарамай, мажбурий тиббий суғурта тизимини яратиш орқали Ўзбекистон Республикаси фуқароларининг асосий тиббий пакетга мувофиқ сифатли тиббий хизмат олишга бўлган конституциявий ҳуқуқи амалга оширилишини таъминлаш мақсадида, шунингдек, тиббий муассасаларнинг тиббий хизмат кўрсатиш шартлари ва тартибини такомиллаштиришда иқтисодий қизиқишини ошириш лозим.

Ҳозирги кунда Германиядаги 150 га яқин штатда тиббий суғуртани таъминлайдиган суғурта схемалари ишламоқда. Қонун бўйича тиббий хизматларнинг сифати қайси кассадан олишга боғлиқ эмас. Кассалар томонидан тақдим этиладиган хизматларнинг тахминан 95 % аниқ бир хил бўлиши керак. Қолган 5 % хизматлар турли хил муқобил даволаш усуллари тўлаш ёки баъзи усуллар қўшимча хизматлардан иборат [14].

Барча асосий тиббий хизматлар бепул тақдим этилади. Аммо «асосий бўлмаган» хизматлар кўринишидаги истиснолар мавжуд. Масалан, қиммат тиш шифокорига бориб даволаниш, қиммат бўлиши мумкин қанча харажат қопланиши суғуртага боғлиқ. Баъзи кассалар ўз миждозларига қўшимча хизматлар тўпламини таклиф қилишади. Масалан, агар киши тиш шифокорига мунтазам ташриф буюрса, у ҳолда текширувдан текин ўтади ва тиш даволаш учун 90% эмас, балки 70% тўлайди. Бунда бошқа бонуслар ҳам мавжуд бўлади.

Биринчи навбатда, барча миждозларнинг суғурта мукофотлари давлат тиббий касса аппаратлари битта катта фондга қўшилади. Кейин ҳар бир касса унинг миқдorigа мутаносиб равишда ундан пул олади. Шунинг учун тиббий суғурта компаниялари кимни суғурталашга аҳамият бермайди: бой ёки камбағал, ёш ёки қари. Ҳамма пул тенг бўлинади. Агар тиббий суғурта фонди маблағлари етарли бўлмаса, у ўз миждозларидан қўшимча тўловларни йиғиш ҳуқуқига эга.

Минимал бадал ойига 8 евро, максимали эса даромаднинг 1 %ини ташкил этади. Қўшимча тўловларни рад этиш мумкин эмас. Одатда, олдиндан суғурта учун суғурта компаниясининг веб-сайтида бу ҳақда ёзиб қолдирилади. Суғурта танланганидан сўнг кассир билан шартнома тузилиши керак. Фуқаро уйда суғурта агентига қўнғироқ қилиши ёки келишув тўғрисида почта орқали сўраши мумкин. Агар бирор-бир

сабабга кўра суғурта мос келмаса, уни ўзгартириш имконига эга [15].

Қайд этилганлардан кўриниб турибдики, Германия давлати тиббий суғуртани амалга оширишда анча юқори потенциал ва сифат кўрсаткичига эга давлат ҳисобланиши билан бирга, мазкур хизмат давлат томонидан кафолатланишини таъминланлиги сабабли шунга мос равишда фуқароларнинг ҳам тиббий суғуртага бўлган ишончи кучлилигини кўришимиз мумкин.

Аксарият қиёсий тадқиқотлар натижаларига кўра, Францияда соғлиқни сақлаш тизими энг юқори натижалардан бирини олган бўлиб, ЖССТ рейтингида биринчи ўринни эгаллайди. Соғлиқни сақлаш тизимлари таснифига кўра, Франция Бисмарк моделига амал қилади.

1913 йил июль ойида Францияда қонун қабул қилинган бўлиб, ушбу қонунга мувофиқ, ишчилар бахтсиз ҳодисалардан суғурталанган. Социологик тадқиқотларга таянадиган бўлсак, 2016 йилда французларнинг 75 фоизи тиббий ёрдамдан мамнун бўлган [16].

Франциядаги мажбурий тиббий суғуртанинг муҳим белгиларидан бири бу – қайтариладиган хусусиятга эгаллигида. Бунда бемор тиббий хизматлар учун тўланадиган харажатларни тўғридан-тўғри тўлайди, кейинчалик ўша шахсга қайтариб берилади. Бироқ бу пул тўлиқ қайтарилмайди.

Мажбурий тиббий суғурта картаси (Карте Витале) 5 ҳолатда ҳимоя қилишни кафолатлайди: касаллик, ишлаб чиқаришдаги бахтсиз ҳодиса, касб касаллиги, ҳомиладорлик ва туғиш, ногиронлик. Агар иш жойида бахтсиз ҳодиса юз берса, 100 % қопланади. Бошқа ҳолатларда харажатлар 75 %, қолдиқ эса бемор томонидан мустақил равишда тўланади [17]. Ушбу универсал принцип шифокор ташрифи учун, дори-дармон сотиб олинганда, диагностик текширувлар ва процедуралар пайтида пул беморнинг ўз ҳисобидан тўланиб, 5 кун ичида сарфланган маблағнинг 75 %

миқдоридаги маблағ ҳисоб рақамига ўтказилади.

1991 йилдан бери Россияда учинчи марта тиббий суғурта тизимини жорий этиш бошланди.

1991 йил 28 июнда “Россия Федерациясида фуқароларни тиббий суғурталаш тўғрисида»ги қонун қабул қилинди. 2011 йил 1 январдан бошлаб ушбу қонун ўз кучини йўқотди. Унинг ўрнига “Мажбурий тиббий суғурта тўғрисида” 2010 йил 29 ноябрдаги 326-ФҚ-сонли Федерал қонун қабул қилинди. Ушбу қонунга кўра, суғурталанган шахслар қуйидаги ҳуқуқларга эга:

- Россия Федерациясида бепул тиббий хизмат мажбурий тиббий ёрдамнинг асосий дастурида белгиланган миқдордаги суғурта;

- суғурта тиббий ташкилотини танлаш (алмаштириш);

- ҳар қандай тиббиётда тиббий ташкилот ва шифокорни танлаш мажбурий тиббий суғурта тизимида ишлайдиган ташкилотлар.

Россия Федерациясининг ваколатлари қуйидагилардан иборат:

- соҳада давлат сиёсатини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш;

- мажбурий тиббий суғурта бўйича суғурта мукофотларини бошқариш;

- асосий дастурни яратиш ва молиявий таъминлаш;

- ҳудудий дастурларга ягона талабларни белгилаш;

- фуқароларнинг мажбурий тиббий суғурта соҳасида ҳуқуқларини ҳимоя қилиш тизимини яратиш.

Хулосалар

Шундай қилиб, суғурта мукофотининг паст даражаси билан ажралиб турадиган ички мажбурий тиббий суғурта тизими иш берувчилар ва ишчиларнинг ҳиссалари етишмаслиги, энг самарали мотивацион механизмни жалб қилиш ушбу суғурта институтини молиялаштиришдир.

Мажбурий тиббий суғуртанинг самарали институтини шакллантиришдаги тўсиқлардан бири – бу жуда оз миқдордаги маблағдир. Ҳақ тўланмайдиган ҳақ миқдори билан боғлиқ бўлган суғурталанган шахс энг кўп иш ҳақи олувчилар ва бозорнинг етарли даражада меҳнатнинг тартибга солинмаганлиги.

Ҳақиқий суғурта тизимини яратишда кейинги тўсиқ мамлакатда жиддий оқибатларга олиб келадиган касалликлар хавфини баҳолаш механизмларининг етишмаслиги.

Мамлакатда мажбурий тиббий суғуртанинг ривожланишидаги навбатдаги тўсиқ бу тиббиётнинг айрим сегментларини ривожлантиришдаги мавжуд номутаносибликлар ёрдам ва ижтимоий хавфсизлик. Шундай қилиб, тизимдаги катта муаммо соғлиқни сақлаш ва ижтимоий фаровонлик ноқулайлик туғдиради. Молиялаштириш ва ривожланган тиббий ва ижтимоий инфратузилмасининг етишмаслиги, тиббий ёрдам инфратузилмаси ва узоқ кекса фуқароларга хизмат кўрсатиш. Аҳолининг ёши ва унинг умумий сонидаги улуши ошгани сайин иқтисодий ривожланган мамлакатларда кекса ёшдаги кишиларнинг фойдаланиш имконияти масаласи соғломлаштириш хизматлари тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Шунинг учун иқтисодий ривожланган давлатлар ушбу муаммоларни махсус давлат ва суғурта дастурлари орқали ҳал қилишмоқда.

Юқоридаги хорижий давлатлар тажрибасидан келиб чиқиб, бизда ҳам мажбурий тиббий суғуртани жорий этиш мақсадга мувофиқ. Чунки ҳозирги кунда пандемия шароитида мажбурий тиббий суғуртага жуда катта эҳтиёж пайдо бўлмоқда. Шунинг учун Ўзбекистон Республикасининг Фуқаролик кодексига мажбурий тиббий суғурта шартномасига оид нормаларни, шунингдек, “Фуқаролар соғлиғини ҳимоя қилиш тўғрисида”ги қонунга мажбурий тиббий суғурта тушунчасини киритиш за-

рур деб ҳисоблаймиз. “Мажбурий тиббий суғурта тўғрисида”ги қонунни қабул қилиш орқали тиббиётда яхши натижаларга эришилади.

Қайд этиш керакки, тиббий қонунчилик бир жойда қотиб қолиши керак

бўлган ҳуқуқ соҳаси эмас. Саломатликни сақлаш билан боғлиқ муносабатлар вақт ўтгани сари ўзгариши, янги ижтимоий муносабатлар пайдо бўлганида эса янги-ланиши лозим бўлган ҳуқуқ соҳаларидан биридир.

REFERENCES

1. Health care reform: learning from other major health care systems. Available at: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-acursory-overview-of-major-health-care-systems/> (accessed 03.06.2021).
2. Swedish healthcare is largely tax-funded. And the overall quality is high. Available at: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (accessed 03.06.2021).
3. Bevölkerungsbewegung – Indikatoren: Todesfälle, Sterblichkeit und Lebenserwartung (in German). Swiss Federal Statistical Office, Neuchâtel 2013. 2012. Retrieved 21 November 2013.
4. Obermann K., Müller P., Müller H.H., Schmidt B., Glazinski B. The German Health Care System. A concise overview, 2013.
5. 48th General Report. On the Implementation of the European Code of Social Security, as amended by the Additional Protocol (Article 74). General Report of the Government of the Federal Republic of Germany for the period from 1 July 2018 to 30 June 2019. Available at: <https://rm.coe.int/germany-art74report2019no48/16809c9067/> (accessed 03.06.2021).
6. Butkovskiy P.P. Problemy pravovogo regulirovaniya obyazatel'nogo medizinskogo strahovaniya. Avtoref. diss. kand. yurid. nauk (12.00.05 – trudovoye pravo; pravo sotsialnogo obespecheniya) [Problems of legal regulation of compulsory health insurance. Abstract of thesis. diss. Cand. Legal sciences]. Moscow, 2005.
7. Ruseskaya E.A. Formirovanie i razvitie sistemy medizinskogo strahovaniya. Avtoref. diss. kand. ekonom. nauk. (08.00.10 – Finansy, denezhnoye obrashyeniye i kredit) [Formation and development of the health insurance system. Abstract of thesis. diss. Cand. econom. sciences]. Stavropol, 2004.
8. Bärnighausen T., Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: Are there any lessons for middle- and low-income countries? Social Science and Medicine, vol. 54, 2002, no 10.
9. European Observatory on Health Systems and Policies. 2002. Country profiles. Copenhagen, World Health Organization. Available at: <http://who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfo/> (accessed 18.10.2004).
10. Carrin G., James C. Evaluating social health insurance: Key design features in the transition period (Health Financing Policy Issue Paper). Geneva, World Health Organization, Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (PER), 2004.
11. Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care – Part A. Health Insurance Association of America, 1995, p. 9.
12. Mamatqulov B. Jamoat salomatligi va sog'liqni saqlashni boshqarish: Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun darslik [Public health and public health management: A textbook for medical students]. Tashkent, 2011, p. 648.
13. Nam I. Divergent trajectories: Healthcare insurance reforms in South Korea and Chile. Ann Arbor: Princeton University, 2010.
14. Thomson S., Mossialos E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. Journal of European Social Policy, 2006, no 16 (4), pp. 315-327.

15. The Federal Association of Sickness Funds. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung [The Federal Association of Sickness Funds, Statutory Health Insurance Figures].
16. Rodwin V.G. The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for health reform in the United States. J Public Health, 2003, no (93), pp. 31-37.
17. WHO, 2013 b. Research for Universal Coverage, Geneva: World Health Organization.
18. Gafurova N. Konseptualnye voprosy razvitiya meditsinskogo prava v Respublike Uzbekistan. Monografiya [Conceptual issues of the development of medical law in the Republic of Uzbekistan. Monograph]. Tashkent, Tashkent State Law University (TSUU), 2019, p. 307.
19. Aleksandrova Sh.I. Tendentsiya razvitiya rynka strahovoy meditsiny SShA. Diss. kand. ekonom. nauk (08.00.14 – Mirovaya ekonomika) [The development trend of the US medical insurance market. Diss. cand. economy sciences]. Moscow, 2019.
20. Gafurova N., Ochilov Kh., Sobirov B. Problems of transplantation of human organs and tissues: international standards and international experience. Religación. Revista de ciencias sociales y humanidades. Quito Trimestral, Junio 2019, vol. 4, no. 16, pp. 714-719. ISSN 2477-9083.