



TOSHKENT DAVLAT
IQTISODIYOT UNIVERSITETI

ISSN: 2992-9083

O'ZBEKISTON SUG'URTA BOZORI

VOL. 3 ISS:5 (2026)

INSURANCE MARKET OF UZBEKISTAN

СТРАХОВОЙ РЫНОК УЗБЕКИСТАНА

INSURANCE



TDIU, Islom Karimov 49, 100066, Toshkent



<https://insurance.tsue.uz>

“O‘ZBEKISTON SUG‘URTA BOZORI” JURNALI TAHRIR KENGASHI A‘ZOLARI

1. Teshabayev To‘lqin Zakirovich (Kengash raisi. Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti rektori, i.f.d. prof.).
2. Fayziyev Orifjon Olimovich (Kengash raisi o‘rinbosari, Istiqbolli loyihalar milliy agentligi direktor o‘rinbosari).
3. Azimov Rustam Sadikovich (O‘zbekinvest eksport-import sug‘urta kompaniyasi AJ Bosh direktori, i.f.d. prof.).
4. Mehmonov Sultonali Umaraliyevich (Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti prorektori, i.f.d., prof.).
5. Abduraxmonova Gulnora Qalandarovna (Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti prorektori, i.f.d. prof.).
6. Xudoyqulov Sadirdin Karimovich (TDIU huzuridagi “O‘zbekiston iqtisodiyotini rivojlantirishning ilmiy asoslari va muammolari” ilmiy tadqiqot markazi direktori).
7. Xalilov Oybek Nasirovich (O‘zbekiston sug‘urta bozori professional ishtirokchilari Uyushmasi Kengash raisi).
8. Qo‘ldoshev Qamariddin Mansurovich (TDIU “Sug‘urta ishi” kafedrasida professori, i.f.d., Bosh muharrir).
9. Zaynalov Jahongir Rasulovich (Samarqand iqtisodiyot va servis instituti “Moliya” kafedrasida mudiri, i.f.d. prof.).
10. Shennayev Xo‘jayor Musurmanovich (TDIU “Sug‘urta ishi” kafedrasida mudiri, DSc, prof.).
11. Boyev Habibullo Ismoilovich (TDIU “Soliq va soliqqa tortish” kafedrasida professori, i.f.d.).
12. Nurullayev Abdulaziz Sirojiddinovich (TDIU “Sug‘urta ishi” kafedrasida dotsenti, i.f.d.).
13. Merident Randles (FSA, MAAA. Prinsipal & Consulting Actuary. Senior Consultant, UNDP-Milliman Global Actuarial Initiative).
14. Ong Xie (FIA, FSAS. Program Manager, UNDP-Milliman Global Actuarial Initiative. Pronouns: She/Her).
15. Yadgarov Akram Akbarovich (TDIU “Yashil iqtisodiyot” kafedrasida professori, i.f.d.).
16. Yuldashev Obiddin Toshmurzayevich (TDIU magistratura dekan muovini, i.f.d.).
17. Maxmudov Akbar Abduxamidovich (Toshkent ijtimoiy innovatsiya universiteti rektori, PhD, dotsent).
18. Axrorov Zarif Oripovich (TDIU Samarqand filiali “Moliya, soliq va bank ishi” kafedrasida mudiri, i.f.d., dotsent).
19. Qurbonov Xayrulla Abdurasulovich (TDIU Xalqaro va milliy reytinglar bilan ishlash bo‘limi boshlig‘i, i.f.n. dots.).
20. Raxmatullayev Botirjon Abduxamidovich (Toshkent xalqaro moliyaviy boshqaruv va texnologiyalar universiteti. Akademik faoliyat bo‘yicha prorektor PhD, dotsent).
21. Musaxonzoda Ikromjon Sobirxon o‘g‘li (TMC institute “Milliy ta’lim yo‘nalishlari akademik faoliyat va ilmiy ishlar” bo‘yicha prorektor, PhD).
22. Hasanov Xayrulla Nasrullayevich (TDIU Besh tashabbus markazi bo‘lim boshlig‘i, PhD).
23. Kenjayev Ilxom G‘iyozovich (TDIU magistratura dekan muovini, PhD, dots.).
24. Imomov Hamdilla Hamdamovich (TDIU “Korporativ moliya va qimmatli qog‘ozlar” kafedrasida professor v.b., i.f.n.).
25. Baratova Dinara Alisherovna (TDIU “Sug‘urta ishi” kafedrasida dotsenti, PhD. Tahririyat kengashi kotibi).
26. Agzamov Avazxon Talgatovich (TDIU “Soliq va soliqqa tortish” kafedrasida professori, PhD).
27. Nomozova Qumri Isoyevna (Bank moliya akademiyasi dotsenti, PhD).
28. Xamdamov Shoh-Jaxon Raxmat o‘g‘li (TDIU “Korporativ moliya va qimmatli qog‘ozlar” kafedrasida dotsenti, PhD).
29. Maxmudov Samariddin Baxriddinovich (“Ma‘mun” universiteti “Iqtisodiyot” kafedrasida dotsenti, PhD).
30. Abduturapova Dildora Farxodjon qizi (“Ilmiy tadqiqot faoliyatini tashkil etish” bo‘limi bosh mutaxassisi, PhD).
31. Abdusattarova Dildora Baxodirovna (TDIU “Soliq va soliqqa tortish kafedrasida” dotsenti).
32. Nosirov Jasur Tursunpulotovich (Toshkent xalqaro moliyaviy boshqaruv va texnologiyalar universiteti “Akademik faoliyat va registrator” departamenti rahbari, PhD, dotsent).
33. Adilova Gulnur Jorabayevna (TDIU “Sug‘urta ishi” kafedrasida dotsenti, PhD.).
34. Malikova Dilrabo Mo‘minovna, (TDIU Samarqand filiali "Moliya, soliq va bank ishi" kafedrasida dotsenti, PhD).
35. Bobomurotova Manzura Panji qizi (TDIU “Soliq va soliqqa tortish” kafedrasida assistenti, PhD).

№	MUNDARIJA	Page
1.	YASHIL IQTISODIYOTGA O'TISH VA ATMOSFERAGA CHIQARILADIGAN CO₂ EMISSIYASI O'RTASIDAGI BOG'LIQLIK <i>Xoshimov P.Z, Egamnazarova G.Sh</i>	4
2.	YASHIL IQTISODIYOT SHAROITIDA HUDUDIIY MAISHIY CHIQINDILARNI BOSHQARISH TIZIMINI TAKOMILLASHTIRISH: XORAZM VILOYATI MISOLIDA EMPIRIK TAHLIL <i>Djumabayeva Shaira Xalillayevna, Jumaniyozov Farxodjon Rajapboy o'g'li</i>	8
3	TOSHKENT MINTAQASIGA XOS AGROTURIZM RESURSLARI HAMDA INFRATUZILMA HOLATI VA BARQAROR RIVOJLANISH OMILLARI <i>Shodiyeva Nafosat Hamza qizi</i>	14
4	RAQAMLI TEXNOLOGIYALAR: ASOSIY XUSUSIYATLARI, RIVOJLANISH BOSQICHLARI VA IMKONIYATLARI <i>Shadmanov Zuhridin Zokirxodjayevich</i>	18
5	TIJORAT BANKLARDA ISHLAB CHIQISHDA FOYIZ XAVFLARINI BOSHQARISHINI MUSTAHKAMLASH <i>Seitnazarov Daniyar Baxadirovich</i>	22
6	УЛУЧШЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ ВНЕДРЕНИЯ ВОДОЭКОНОМИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПОГИСТАН <i>Сейтнazarов Бахадир Муратбаевич</i>	26
7	KORXONALAR MOLIYAVIY FAOLIYATI OPERATSIYALARINI TASNIFLASHNING TAKOMILLASHTIRILGAN KONSEPTUAL MODEL: MILLIY VA XALQARO YONDASHUVLAR UYG'UNLIGI <i>Umarova Shahnova</i>	30
8	TRANSPORT INFRATUZILMASINING RIVOJLANISHINING XORIJIY TAJRIBASI <i>Shodmonbekova Nodira Kamoljon qizi</i>	31
9	SHAXSIY SUG'URTA TURLARINI RIVOJLANTIRISHNING ILG'OR XORIY TAJRIBASI <i>Isayeva Xolbibi Boboqulovna</i>	34
10	TIBBIY SUG'URTANING KAMBAG'ALLIKNI QISQARTIRISHGA TA'SIRI <i>Yusupov Akbar Haydarovich</i>	39
11	MOL-MULK SUG'URTASIDA RISKLARNI BAHOLASH VA ANDERRAYTING METODOLOGIYASINI TAKOMILLASHTIRISH <i>Tuxtarova Maftuna Yo'ldashboy qizi</i>	44



TIBBIY SUG'URTANING KAMBAG'ALLIKNI QISQARTIRISHGA TA'SIRI

Yusupov Akbar Haydarovich

Tashkent davlat iqtisodiyot universiteti mustaqil tadqiqotchisi

Annotatsiya: Maqolada tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'siri nazariy-metodologik va empirik jihatdan tadqiq etilgan. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va Jahon banki ma'lumotlariga ko'ra, dunyo bo'yicha 1,3 milliard kishi tibbiy xarajatlarni tufayli kambag'allik chegarasidan pastga tushgan, shundan 344 millioni ekstremal kambag'allikda yashamoqda. Tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sir yo'nalishlari to'g'ridan-to'g'ri moliyaviy himoya, daromadni barqarorlashtirish va tibbiy xizmatlardan foydalanishni rag'batlantirish sifatida ilmiy adabiyotlar asosida tizimlashtirilgan. Markaziy Osiyo davlatlarining tibbiy xarajatlarni ulushi qiyosiy tahlil qilingan va global o'rtacha ko'rsatkichga nisbatan solishtirilgan. Shu bilan birga, mamlakatda kambag'allik darajasini pasaytirishda Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasining roli o'rganildi. Tadqiqot natijalari asosida aniq takliflar ishlab chiqilgan.

Kalit so'zlar: tibbiy sug'urta, kambag'allik, cho'ntakdan tibbiy xarajatlarni, falokatli tibbiy xarajatlarni, moliyaviy himoya, universal sog'liqni saqlash qamrovi, Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasi, kambag'al oilalar reestri, moliyaviy zaiflik.

Abstract: The article studies the impact of health insurance on poverty reduction from a theoretical, methodological and empirical perspective. According to the World Health Organization and the World Bank, 1.3 billion people worldwide are pushed below the poverty line due to medical expenses, of which 344 million live in extreme poverty. The areas of impact of health insurance on poverty are systematized on the basis of scientific literature as direct financial protection, income stabilization and promotion of the use of medical services. The share of health expenses in Central Asian countries is analyzed comparatively and compared with the global average. At the same time, the role of the State Health Insurance Fund in reducing poverty in the country is studied. Specific proposals are developed based on the results of the study.

Keywords: health insurance, poverty, out-of-pocket payment, catastrophic health expenditure, financial protection, universal health coverage, State Health Insurance Fund, poor family registry, financial vulnerability.

Абстрактный: В статье рассматривается влияние медицинского страхования на сокращение бедности с теоретической, методологической и эмпирической точек зрения. По данным Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, 1,3 миллиарда человек во всем мире оказались за чертой бедности из-за медицинских расходов, из которых 344 миллиона живут в крайней нищете. На основе научной литературы систематизированы области влияния медицинского страхования на сокращение бедности, такие как прямая финансовая защита, стабилизация доходов и стимулирование использования медицинских услуг. Проведен сравнительный анализ доли медицинских расходов в странах Центральной Азии и ее сравнение со среднемировым показателем. Одновременно изучена роль Государственного фонда медицинского страхования в сокращении бедности в стране. На основе результатов исследования разработаны конкретные предложения.

Ключевые слова: медицинское страхование, бедность, расходы на лечение из собственного кармана, катастрофические медицинские расходы, финансовая защита, всеобщее медицинское страхование, Государственный фонд медицинского страхования, реестр малоимущих семей, финансовая уязвимость.

Kirish (Введение/Introduction).

Tibbiy sug'urta tizimi — aholining sog'lig'ini himoya qilish va kambag'allik xavfidan moliyaviy saqlovchi muhim ijtimoiy-iqtisodiy mexanizm hisoblanadi. Zamonaviy sharoitda tibbiy xarajatlarni tabiiati va katta miqdoriga ko'ra, oilalarni faqat bir martali kasallik natijasida kambag'allik chegarasidan pastga tushirishi mumkin. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST)ning 2024-yildagi global sog'liqni saqlash xarajatlari hisobotiga ko'ra, dunyo bo'yicha taxminan 4,5 milliard kishi zarur tibbiy xizmatlar bilan to'liq qamrab olinmagan, shu bilan birga, 2 milliard kishi tibbiy xizmatlar uchun o'z cho'ntagidan qilingan xarajatlarni natijasida moliyaviy qiyinchiliklarga duch kelgan [1]. Jahon banki va JSSTning "Universal sog'liqni saqlash qamrovi: 2023-yil global monitoring hisoboti" ma'lumotlariga ko'ra, dunyo bo'yicha 1,3 milliard kishi (global aholining taxminan 17 foizi) tibbiy xarajatlarni tufayli kambag'allik chegarasidan pastga tushgan yoki yanada kambag'allashgan, shu jumladan, 344 million kishi ekstremal kambag'allik darajasida yashamoqda [2].

Tibbiy xarajatlarni bo'yicha tarixiy dinamika shuni ko'rsatadiki, oilaviy daromadning 10 foizidan ortiq miqdorda cho'ntakdan tibbiy xarajatlarni to'layotgan aholi ulushi 2000-yildagi 9,6 foizdan 2015-yilda 12,6 foizga va 2019-yilda 13,5 foizgacha oshdi. Bu esa, mutlaq raqamlarda 588 million kishidan 1,04 milliard kishiga (76 foiz) ko'tarilish demakdir [2]. Jahon banki va JSSTning 2025-yil Global monitoring hisobotida ba'zi

ijobiy tendensiyalar qayd etildi, masalan universal sog'liqni saqlash qamrovi indeksi 2000-yildagi 54 punktdan 2023-yilda 71 punktga o'sdi, cho'ntakdan tibbiy to'lovlar tufayli moliyaviy qiyinchilikka uchragan aholi ulushi 2000-yildagi 34 foizdan 2022-yilda 26 foizga qisqardi [3], lekin bu barqaror muvaffaqiyat emas. Ayniqsa, o'rta daromadli davlatlarda nomutanosib ravishda yuqori tibbiy xarajatlarga duch keluvchi aholi ulushi oshib bormoqda. JSSTning 2024-yil ma'lumotlariga ko'ra, hatto Yevropa mintaqasida ham ayrim davlatlarda har 5 ta oiladan 1 tasi falokatli tibbiy xarajatlarga duch kelmoqda [4].

Tibbiy sug'urta va kambag'allik o'rtasidagi bog'liqlik ilmiy manbalarda ham asoslangan bo'lib, fundamental tadqiqotlarga ko'ra, falokatli tibbiy xarajatlarni hajmi oila byudjetining 40 foizidan oshganda kambag'allikka olib kelishi [5], og'ir kasalliklar sug'urtasi dasturlari kambag'allikni sezilarli darajada qisqartirishi [6], universal davlat tibbiy sug'urta dasturlari qishloq oilalarining kambag'allikka nisbatan zaifligini 12–18 foizdan ortiq qisqartirishi [7] isbotlangan.

O'zbekiston Respublikasi sharoitida tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'siri alohida dolzarblikka ega. JSSTning ma'lumotlariga ko'ra, 2016-yil O'zbekistonda cho'ntakdan tibbiy xarajatlarni umumiy sog'liqni saqlash xarajatlarning 52 foizini tashkil etgan, bu global o'rtacha ko'rsatkichdan uch barobar yuqori va Markaziy Osiyo davlatlari orasida eng yuqorilardan biridir [8]. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 12-noyabrda PQ-4890-sonli

“Sog'liqni saqlash tizimini tashkil etishning yangi modeli va davlat tibbiy sug'urtasi mexanizmlarini Sirdaryo viloyatida joriy etish chora-tadbirlari to'g'risida”gi qarori asosida, 2020-yilda Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasi rasmiy tarzda tashkil etildi, 2021-yil 1-iyundan boshlab Sirdaryo viloyatida pilot loyiha sifatida davlat tomonidan moliyalashtiriluvchi majburiy tibbiy sug'urtaning yangi modeli ishga tushirildi [9]. Ammo, ayni vaqtda, milliy sharoitda tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini miqdoriy baholovchi, milliy ma'lumotlar asosida olib borilgan ilmiy tadqiqotlar yetarli darajada mavjud emas. Bu esa, ilmiy-amaliy tadqiqot zaruratini yaqqol namoyon etadi.

Mavzuga oid adabiyotlar sharhi (Literature review, Анализ литературы)

Tibbiy sug'urta va kambag'allik o'rtasidagi bog'liqlik ilmiy adabiyotlarda keng o'rganilgan mavzu hisoblanadi. Jumladan, Xu, Evans, Kawabata va boshqalar birinchi bo'lib “falokatli tibbiy xarajatlari”ga ilmiy ta'rifni berdilar, ularning fundamental tadqiqotlariga ko'ra, 59 ta mamlakat ma'lumotlari tahlili asosida falokatli tibbiy xarajatlar oila byudjetining 40 foizidan oshgan holatda statistik jihatdan ahamiyatli ravishda oilani kambag'allikka tushirishi aniqlangan [5]. Ushbu metodologiya keyinchalik Barqaror taraqqiyot maqsadlarining (SDG) 3.8.2-ko'rsatkichi sifatida qabul qilinib, dunyo bo'yicha moliyaviy himoya darajasini o'lchashning xalqaro standartiga aylandi.

Jahon banki ekspertlari Wagstaff va van Doorslaerklarning Vetnam misolida o'tkazgan tadqiqotida cho'ntakdan tibbiy to'lovlar tufayli kambag'allikka tushish effekti ilk bor miqdoriy jihatdan baholangan hamda ular ishlab chiqqan indeks keyinchalik xalqaro standart sifatida qabul qilindi [10].

Adam Wagstaff va hammualiflari 133 ta mamlakatda 2000-2015-yillar davomida falokatli tibbiy xarajatlar dinamikasini kuzatib, ko'pchilik davlatlarda, shu jumladan, o'rta daromadli mamlakatlarda bu ko'rsatkichning barqaror o'sib borayotganini aniqladilar. Ularning xulosasiga ko'ra, sog'liqni saqlash xizmatlarining qamrovi oshishi o'z-o'zidan moliyaviy himoyani ta'minlamaydi, agar pul yig'ish mexanizmlari mustahkam bo'lmasa [11].

Zamonaviy tadqiqotlardan Zheng va Penglarning ilmiy maqolasida Xitoyning Og'ir kasalliklar sug'urtasi dasturi kambag'allikka nisbatan zaiflikni sezilarli darajada qisqartirishini va bu ta'sir vaqt o'tishi bilan kuchayib borayotganini Random Forest ekonometrik usuli asosida isbotladilar [6].

Khosla va Jena o'zining yangi tadqiqotida Hindistonning universal davlat tibbiy sug'urta dasturi qishloq oilalarining kambag'allikka nisbatan zaifligini 12–18 foizdan ortiq qisqartirishini empirik isbotladi [7].

Afrika va Osiyo davlatlarida ham tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sirini empirik tarzda o'rganuvchi ilmiy tadqiqotlar olib borilgan. Masalan, Aryeetey va boshqalarning tadqiqotida Gana davlatining Milliy tibbiy sug'urta dasturi falokatli tibbiy xarajatlarning ehtimoligini sezilarli darajada qisqartirishi va kambag'allikdan himoya vazifasini bajarishi isbotlangan [12]. Bu tadqiqot Afrikadagi milliy tibbiy sug'urta dasturlarining kambag'allikka qarshi samarali vosita bo'lishi mumkinligini ko'rsatuvchi asosiy dalillardan biri hisoblanadi.

Paul Eze va hammualiflari Saxara janubidagi Afrika davlatlarida falokatli tibbiy xarajatlar bo'yicha tizimli sharh va meta-tahlil o'tkazib, mintaqada har yili 100 milliondan ortiq kishi tibbiy xarajatlar tufayli moliyaviy qiyinchilikka duch kelishini aniqladilar. Ularning tadqiqotiga ko'ra, falokatli tibbiy xarajatlar 2000-yillarda biroz pasaygan bo'lsa-da, 2010-2020-yillarda yana ortib borgan, bu uzoq muddatli moliyaviy himoya dasturlarining barqarorligiga shubha tug'diradi [13].

Eddy van Doorslaer va hammualiflari Osiyoning 11 ta mamlakati bo'yicha oila so'rovnoma ma'lumotlarini tahlil qilib, mintaqada har yili taxminan 78 million kishi tibbiy xarajatlar tufayli kambag'allik chegarasidan pastga tushayotganini birinchi marta miqdoriy jihatdan isbotladilar. Bu tadqiqot Osiyo davlatlari uchun moliyaviy himoya siyosatini shakllantirishda asosiy empirik manba bo'lib xizmat qildi [14].

Markaziy Osiyo kesimida Iamshchikova, Mogilevskii va Onahning Qirg'iziston misolida o'tkazgan tadqiqotiga ko'ra, «Manas Taalimi» va «Den Sooluk» sog'liqni saqlash islohotlari davrida (2012-2018-yy.) falokatli tibbiy xarajatlarga duch kelgan aholi ulushi 378 mingdan 2,084

million kishiga (aholining 6–33 foiziga) chiqdi, bu islohotlar ichida ham moliyaviy himoyaning zaifligi saqlanib qolganini ko'rsatadi [15]. Bu tadqiqot O'zbekistonga mintaqaviy jihatdan eng yaqin va dolzarb ilmiy manbalardan biri hisoblanadi.

Askhat Shaltynov va hammualiflari Qozog'istonda 2018-2021-yillar davomida moliyaviy himoya holatini tahlil qilib, JSST Global sog'liqni saqlash xarajatlari bazasi ma'lumotlariga asoslanib, 2016-yilda cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushi Qozog'istonda 36 foiz, Qirg'izistonda 58 foiz, O'zbekistonda esa, 52 foizni tashkil etganini qayd etdilar. Bu ko'rsatkichlar Markaziy Osiyo mintaqasida moliyaviy himoya darajasining global o'rtachadan ancha past ekanini namoyon qiladi [8].

Dorjdagva va boshqalar cho'ntakdan to'lovlarning yuqoriligi tufayli ijtimoiy tibbiy sug'urta yuqori qamrov darajasiga ega bo'lsa-da, har yili 20 ming kishi tibbiy xarajatlar tufayli kambag'allik chegarasidan pastga tushishini aniqladi [16].

Yuqorida keltirilgan manbalar tahlili shuni ko'rsatadiki, tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'siri ilmiy jihatdan keng o'rganilgan, lekin bu ta'sir barqaror va bir xil emas. U dastur tuzilmasi, nazorat mexanizmlari va milliy sharoitlarga bog'liq ravishda ijobiy ham, salbiy ham bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, O'zbekiston bo'yicha Xu va Wagstaff metodologiyasi asosida olib borilgan maxsus miqdoriy tadqiqot hozircha ilmiy adabiyotlarda yetarli darajada mavjud emas. Bu holat esa, ushbu tadqiqotning dolzarbligini va ilmiy yangiligini belgilaydi.

Tadqiqot maqsadi va usullari (Research objective and methods, Цель и методы исследования)

Tadqiqotning maqsadi — tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini nazariy-metodologik asoslarini ishlab chiqish, ushbu sohada jahon ilmiy tajribasini kompleks tahlil qilish hamda O'zbekiston sharoitida mazkur ta'sirni baholash va kuchaytirish yo'nalishida amaliy tavsiyalar tayyorlashdan iborat. Qo'yilgan maqsadga erishish uchun tadqiqotda bir nechta ilmiy usullar majmui qo'llanildi: nazariy umumlashtirish usuli orqali tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sir etuvchi asosiy kanallari (to'g'ridan-to'g'ri moliyaviy himoya, daromadni barqarorlashtirish, tibbiy xizmatlardan foydalanishni rag'batlantirish) tizimlashtirildi; qiyosiy-tahliliy usul yordamida Markaziy Osiyo davlatlari (O'zbekiston, Qozog'iston, Qirg'iziston) bo'yicha cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ko'rsatkichlari o'zaro hamda global o'rtacha daraja bilan solishtirildi; statistik-dinamik tahlil usuli asosida O'zbekistonda kambag'allik darajasining o'zgarish tendensiyalari tahlil etildi. Tadqiqotning empirik bazasini Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va Jahon bankining rasmiy xalqaro hisobotlari, Scopus ilmiy bazasida indekslangan maqolalar, shuningdek O'zbekiston Respublikasi Milliy statistika qo'mitasining rasmiy ma'lumotlari tashkil etadi.

Tahlil va natijalar (Analysis and results, Анализ и результаты)

Tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini tushunish uchun, avvalo, bu ta'sir qanday kanallar orqali amalga oshishini aniqlashtirish zarur. O'tkazilgan tahlil jahon ilmiy adabiyotida shakllangan nazariy asoslarga tayanib, tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sirini to'rt asosiy mexanizm orqali izohlash mumkinligini ko'rsatadi.

Birinchi mexanizm, to'g'ridan-to'g'ri moliyaviy himoya: sug'urta oila byudjetidan tibbiy xizmatlar uchun to'lanadigan cho'ntakdan to'lovlar hajmini kamaytiradi, natijada oila byudjetining katta qismi oziq-ovqat, uy-joy va ta'lim kabi boshqa muhim ehtiyojlar uchun saqlanib qoladi. Ushbu mexanizm Xu va hammualiflarining klassik tadqiqotida ishlab chiqilgan “falokatli tibbiy xarajatlar” konsepsiyasining asosini tashkil etadi [5].

Ikkinchi mexanizm, daromadni barqarorlashtirish: tibbiy sug'urta oilalarni kasallik yuzaga kelganda aktivlarni (mol-mulk, chorva) sotishga yoki qarzga botishga majbur bo'lishdan saqlaydi, shu orqali uzoq muddatli moliyaviy barqarorlikni ta'minlaydi.

Uchinchi mexanizm, tibbiy xizmatlardan foydalanishni rag'batlantirish: sug'urta moliyaviy to'siqlarni kamaytirish orqali aholining, ayniqsa kambag'al qatlamlarning, erta bosqichda tibbiy yordamga murojaat qilish ehtimoligini oshiradi, bu esa, kasallikning og'irlashuvini va unga bog'liq yanada yuqori xarajatlarni oldini oladi. Kambag'al oilalarning tibbiy xizmatdan foydalanish darajasini oshishi natijasida falokatli tibbiy xarajatlar ehtimoligi qisqaradi.

To'rtinchi mexanizm, ogohlantiruvchi chegara: barcha holatlarda ham tibbiy sug'urta avtomatik tarzda ijobiy natija bermaydi. Wagstaff va Lindelow ning Xitoy tibbiy sug'urta tizimlari bo'yicha tadqiqoti shuni ko'rsatdiki, agar sug'urta dasturida nazorat mexanizmlari (masalan, hamto'lov me'yorlari, kafolatlangan xizmatlar paketining aniq chegaralari) kuchli bo'lmasa, "ma'naviy zararlar" va provayderlar tomonidan xizmatga sun'iy talabni oshirish natijasida cho'ntak xarajatlari va falokatli to'lovlar ehtimolligi kamayish o'rniga ortishi mumkin [17]. Shu bois, tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sirini baholashda faqat sug'urta qamrovi emas, balki uning tuzilmaviy sifati (kafolatlangan paket, hamto'lov darajasi, provayderlarni moliyalashtirish usuli) ham hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sirini baholashning bilvosita, lekin juda informativ ko'rsatkichi bu umumiy sog'liqni saqlash xarajatlari cho'ntakdan to'lovlar ulushidir. Aholining o'z cho'ntagidan qilinadigan tibbiy xarajatlarning yuqori ulushi, odatda, ularning moliyaviy himoya darajasi past ekanini va tibbiy sug'urta tizimining to'liq shakllanmagani bildiradi. Markaziy Osiyo davlatlari orasida bu ko'rsatkich sezilarli farq qiladi (1-jadval).

1-jadval

Markaziy Osiyo davlatlarida cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushi, umumiy sog'liqni saqlash xarajatlariga nisbatan %da [8]

Davlatlar	Cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushi, %	Global o'rtachaga nisbatan
Qirg'iziston	58%	~3,2 barobar yuqori
O'zbekiston	52%	~2,9 barobar yuqori
Rossiya Federatsiyasi	40%	~2,2 barobar yuqori
Qozog'iston / Belarus	36%	~2,0 barobar yuqori
Buyuk Britaniya (qiyos uchun)	15%	o'rtachadan past

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, O'zbekistonda ham cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushi mintaqadagi yuqori ko'rsatkichlardan birini tashkil etgan, bu rivojlangan davlatlar (masalan, Buyuk Britaniya) ko'rsatkichidan deyarli uch barobar yuqoridir. Xalqaro metodologiyaga muvofiq, cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushi umumiy sog'liqni saqlash xarajatlarning 15–20 foizidan oshgan holatlarda falokatli tibbiy xarajatlar ehtimolligi keskin ortadi. Bu shuni anglatadiki, O'zbekiston aholisining sezilarli qismi, ayniqsa kam ta'minlangan oilalar tibbiy ehtiyoj yuzaga kelganda moliyaviy jihatdan jiddiy zaiflikka duchor bo'lgan. Ushbu yuqori moliyaviy zaiflik fonida, so'nggi yillarda O'zbekistonda kambag'allik darajasining dinamikasini kuzatish alohida ahamiyatga ega (2-jadval).

2-jadval

O'zbekistonda kambag'allik darajasining dinamikasi, %da¹

Ko'rsatkichlar	2021 y.	2022 y.	2023 y.	2024 y.	2025 y.
Kambag'allik darajasi	17,0	14,1	11,0	8,9	5,8

Milliy kambag'allik darajasi 2021-yildagi 17 foizdan 2024-yilda 8,9 foizga pasaydi, 2025-yil yakuniga esa 5,8 foizga, ya'ni 3,1 foiz punktga qisqardi, natijada 302 ming oila (taxminan 1,5 million kishi) kambag'allik chegarasidan yuqoriga chiqarildi. Shu bilan birga, mamlakatda hozircha 2,2 million kishi milliy kambag'allik chegarasidan pastda yashamoqda, ular asosan Samarqand (265 ming kishi), Farg'ona (239 ming kishi), Qashqadaryo (238 ming kishi) va Andijon (214 ming kishi) viloyatlarida joylashgan [18]. Daromadlar tengsizligini ifodalovchi Djini koeffitsienti ham 2024-yildagi 0,35 dan 2025-yilga 0,33 gacha pasaydi, bu ijtimoiy himoya choralari samaradorligining yana bir dalilidir.

Kambag'allik darajasining tezkor pasayishi bilan bir vaqtda sog'liqni saqlashni moliyalashtirish sohasida ham tub islohotlar amalga oshirilayotganini inobatga olish zarur. Bu ikki jarayonning vaqt bo'yicha

mosligi garchi bevosita sabab-oqibat bog'liqligini isbotlamasa-da, tibbiy sug'urta islohotlarining umumiy ijtimoiy himoya tizimidagi o'rnini va potensial ahamiyatini ko'rsatuvchi muhim kontekstual dalil hisoblanadi.

Qolaversa, O'zbekistonda davlat tibbiy sug'urtasi tizimining shakllanishi bosqichma-bosqich amalga oshirilmoqda. 2020-yil so'ngida Sirdaryo viloyatida sog'liqni saqlash tizimini tashkil etishning yangi modeli va davlat tibbiy sug'urtasi mexanizmlarini joriy etish bo'yicha pilot loyiha tasdiqlandi hamda Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasi rasmiy ravishda tashkil etildi. Ushbu jamg'arma orqali kafolatlangan tibbiy yordam hajmiga kiritilgan xizmatlar va dori vositalari davlat byudjeti mablag'lari hisobidan moliyalashtiriladi [19].

2026-yildan boshlab amalga kiritilayotgan yangi tartibga ko'ra, Kambag'al oilalar reestriga kiritilgan, shuningdek oila a'zosiga to'g'ri keladigan oylik daromadi eng kam iste'mol xarajatlarning ikki baravaridan oshmaydigan oilalar "mahalla yettiligi"ning majburiy qarori asosida davlat tibbiy sug'urtasi jamg'armasi hisobidan moliyalashtiriladigan davolanishga yo'llanma oladi [20]. Fikrimizcha, ushbu yondashuvlar xalqaro adabiyotda ijobiy natija bergan modellarga konseptual jihatdan yaqin turadi. Xususan, Gana Milliy tibbiy sug'urta dasturining kambag'al oilalarga yo'naltirilgan subsidiya mexanizmi va Xitoyning og'ir kasalliklar sug'urtasi dasturidagi qamrov kengayishi kabi tajribalar shuni ko'rsatadiki, tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'siri aynan uning eng zaif qatlamlarga yo'naltirilgan darajasiga bog'liq. O'zbekiston sharoitida Kambag'al oilalar reestri orqali aniq mezonlar (daromad chegarasi, ijtimoiy zaiflik toifalari) asosida yo'naltirilish mexanizmining mavjudligi nazariy jihatdan yuqori samaradorlik potentsialini yaratadi.

Fikrimizcha, o'tkazilgan tahlil natijalarini umumlashtirib, quyidagi asosiy jihatlarini ajratib ko'rsatish mumkin. Birinchidan, O'zbekistonda cho'ntakdan tibbiy xarajatlar ulushining yuqori ko'rsatkichi mamlakatda tibbiy sug'urtaga asoslangan moliyaviy himoya tizimining zaruratini yaqqol namoyon etgan.

Ikkinchidan, 2021-2025-yillar oralig'ida kambag'allik darajasining deyarli uch barobar (17%dan 5,8%gacha) qisqarishi bilan bir vaqtda davlat tibbiy sug'urta tizimining bosqichma-bosqich kengayishi (Sirdaryo pilotidan Toshkent shahrigacha, undan keyin butun respublika miqyosigacha) kontekstual jihatdan bir-birini to'ldiruvchi ikki jarayon sifatida kuzatiladi. Bu bog'liqlik jahon tajribasida kuzatilgan umumiy tendensiyaga mos keladi, garchi aynan O'zbekiston uchun bevosita sabab-oqibat bog'liqligini isbotlovchi mikro darajadagi ekonometrik tadqiqot hozirgacha amalga oshirilmagan.

Uchinchidan, O'zbekistonda davlat tibbiy sug'urta tizimining yo'naltirilgan tuzilmasi, ya'ni kambag'al oilalar reestri, aniq daromad mezonlari, imtiyozli toifalar ro'yxati xalqaro adabiyotda eng samarali deb topilgan modellarning asosiy tamoyillariga mos keladi. Shu bilan birga, Wagstaff va Lindelow ning xulosasiga mos ravishda, tizimning uzoq muddatli samaradorligi uning nazorat mexanizmlari (kafolatlangan paketning aniqligi, provayderlarni moliyalashtirish usuli, hamto'lov darajasi) sifatiga bog'liq bo'lib qoladi.

To'rtinchidan, O'zbekiston bo'yicha xalqaro tan olingan metodologiya asosida o'tkazilgan va uy xo'jaligi darajasidagi ma'lumotlarga tayangan maxsus miqdoriy tadqiqotning yo'qligidir. Fikrimizcha, aynan shunday tadqiqotgina tibbiy sug'urtadan foydalanuvchi va foydalanmaydigan oilalar o'rtasida kambag'allikka nisbatan zaiflik ko'rsatkichlarini qiyoslash orqali tibbiy sug'urtaning O'zbekistondagi kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini aniq va ishonchli tarzda baholash imkonini beradi.

Xulosa (Conclusion, Заключение)

O'tkazilgan tadqiqot tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'siri global sog'liqni saqlash iqtisodiyoti doirasida nazariy va amaliy jihatdan chuqur asoslangan mavzu ekanini, shu bilan birga O'zbekiston sharoitida bu ta'siri aniq baholovchi milliy tadqiqotlar hozircha yetarli emasligini ko'rsatdi. Tadqiqot natijalari asosida quyidagi asosiy xulosalar shakllantirildi:

¹ Muallif tomonidan O'zbekiston Respublikasi Milliy statistika qo'mitasi ma'lumotlari asosida tayyorlangan.

tibbiy xarajatlar kambag'allikning muhim omili hisoblanib, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va Jahon banki ma'lumotlariga ko'ra, dunyo bo'yicha 1,3 milliard kishi tibbiy xarajatlar tufayli kambag'allik chegarasidan pastga tushgan, shundan 344 million kishi ekstremal kambag'allikda bo'lib, bu muammo global miqyosda hal etilmagan;

tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'siri to'rt asosiy kanal orqali amalga oshadi: cho'ntakdan to'lovlarni kamaytirish, oila daromadini barqarorlashtirish, tibbiy xizmatlardan foydalanishni oshirish hamda agar tizim noto'g'ri loyihalansa salbiy ta'sir ko'rsatishi ham mumkin;

Davlat tibbiy sug'urta jamg'armasining 2026-yildan amalga kiritilayotgan yo'naltirilgan (kambag'al oilalar reestriga asoslangan) modeli xalqaro tajribada eng samarali deb topilgan yondashuvlarga mos keladi, lekin uning uzoq muddatli natijadorligi nazorat mexanizmlarining sifatiga bog'liq.

Bizning fikrimizcha, O'zbekistonda tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini kuchaytirish bo'yicha quyidagi aniq choralarni amalga oshirish lozim:

davlat tibbiy sug'urtasini butun mamlakat bo'yicha bosqichma-bosqich joriy etish. Hozirda tizim Sirdaryo viloyati va Toshkent shahrida amal qilmoqda. Uni aniq jadval asosida qolgan barcha viloyatlarga, ayniqsa kambag'allik darajasi yuqori bo'lgan Samarqand, Farg'ona, Qashqadaryo va Andijon viloyatlariga birinchi navbatda joriy etish kerak;

kambag'al oilalar reestrini muntazam yangilab borish. Reestriga kiritilish mezonlari (oylik daromad chegarasi) va ro'yxatdan o'tkazish jarayoni mahalla darajasida shaffof va tezkor bo'lishi, haqiqatan muhtoj oilalar tizimdan chetda qolmasligi ta'minlanishi lozim;

kafolatlangan tibbiy yordam paketini aniq va soddada tilda e'lon qilish. Aholi, ayniqsa, qishloq joylardagi oilalar qanday xizmatlar bepul ekanini aniq bilishi lozim. Buning uchun mahalla yig'inlari, ommaviy axborot vositalari va mobil ilovalar orqali tushuntirish ishlari olib borilishi maqsadga muvofiq;

uy xo'jaliklari darajasida monitoring tizimini yo'lga qo'yish. Milliy statistika qo'mitasi yillik uy xo'jaliklari so'rovnomasiga tibbiy xarajatlar bo'yicha alohida blok kiritishi, shu orqali falokatli tibbiy xarajatlar ko'rsatkichi har yili rasmiy ravishda hisoblanishi kerak. Bu kelgusida tibbiy sug'urtaning kambag'allikka ta'sirini aniq baholash imkonini beradi;

tibbiy sug'urta xizmatini ko'rsatishda nazorat qilish mexanizmlarini mustahkamlash. Nazoratsiz sug'urta tizimi xarajatlarni kamaytirish o'rniga oshirishi mumkin. Shu bois tibbiy muassasalarga to'lovlarni aniq normativ asosida (masalan, kasallik turiga qarab belgilangan tarif bo'yicha) amalga oshirish, ortiqcha xizmat ko'rsatishning oldini olish zarur;

qishloq aholisiga alohida e'tibor qaratish. Kambag'allik asosan qishloq joylarda yuqori bo'lgani sababli, oilaviy shifokorlar tarmog'ini kengaytirish, tuman va viloyat shifoxonalarga yo'llanma tizimini soddalashtirish orqali qishloq aholisining tizimdan foydalanish imkoniyatini oshirish lozim;

ilmiy tadqiqotlarni rag'batlantirish. O'zbekiston universitetlari va ilmiy-tadqiqot institutlarida tibbiy sug'urta va kambag'allik bog'liqligini uy xo'jaligi ma'lumotlari asosida o'rganuvchi grant dasturlarini tashkil etish, shu orqali mavzu bo'yicha milliy ilmiy bazani yaratish maqsadga muvofiq.

Yuqorida keltirilgan takliflarning amalga oshirilishi O'zbekistonda tibbiy sug'urta tizimining kambag'allikka qarshi kurashdagi rolini sezilarli darajada mustahkamlaydi. Ayniqsa, uy xo'jaliklari darajasidagi monitoring tizimining yo'lga qo'yilishi nafaqat amaliy, balki ilmiy jihatdan ham muhim qadam bo'lib, kelgusida tibbiy sug'urtaning kambag'allikni qisqartirishga ta'sirini O'zbekiston misolida aniq raqamlar bilan isbotlash imkonini beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar (Literatury/References):

1. WHO (2024). Global spending on health: Emerging from the pandemic. — Geneva: World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104495>
2. WHO, World Bank (2023). Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. — Geneva/Washington: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099849509142336101/pdf/IDU0112083b20b9f404c8d0a7470b592382b25d4.pdf>
3. World Bank, WHO. (2025). Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global Monitoring Report. URL: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/2025-global-monitoring-report-gmr>
4. WHO Europe. (2024, December 5). Up to 1 in 5 households in Europe experience catastrophic spending because of health-care costs. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2024-up-to-1-in-5-households-in-europe-experience-catastrophic-spending-because-of-health-care-costs>
5. Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramndini, R., Klavus, J., Murray, C.J.L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. // The Lancet. — Vol. 362(9378). — pp. 111–117. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5. (Scopus, Q1)
6. Zheng, L., Peng, L. (2021). Effect of Major Illness Insurance on Vulnerability to Poverty: Evidence From China. // Frontiers in Public Health. — Vol. 9. — Article 791817. DOI: 10.3389/fpubh.2021.791817. (Scopus, Q1)
7. Khosla, S., Jena, P.R. (2024). Can a Universal Public Health Insurance Policy Dent Vulnerability to Poverty? Empirical Evidence from Rural India. // Margin: The Journal of Applied Economic Research. — SAGE Publications. DOI: 10.1177/00252921241308210. (Scopus)
8. Shaltynov, A., Semenova, Y., Abenova, M., Baibussinova, A., Jamedinova, U., Myssayev, A. (2024). An analysis of financial protection and financing incidence of out-of-pocket health expenditures in Kazakhstan from 2018 to 2021. // Scientific Reports. — Vol. 14. — Article 8888. DOI: 10.1038/s41598-024-59742-9. (Scopus, Q1)
9. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 12-noyabrda PQ-4890-sonli "Sog'liqni saqlash tizimini tashkil etishning yangi modeli va davlat tibbiy sug'urtasi mexanizmlarini Sirdaryo viloyatida joriy etish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori (<https://www.lex.uz/docs/5100699>)
10. Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. // Health Economics. — Vol. 12(11). — pp. 921–934. DOI: 10.1002/hec.776. (Scopus, Q1)
11. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., et al. (2017). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. // The Lancet Global Health. — Vol. 6(2). — pp. e169–e179. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. (Scopus, Q1)
12. Aryeetey, G.C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I.A., Baltussen, R. (2016). Can health insurance protect against out-of-pocket and catastrophic expenditures and also support poverty reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. // International Journal for Equity in Health. — Vol. 15. — Article 116. DOI: 10.1186/s12939-016-0401-1. (Scopus, Q1)
13. Eze, P., Lawani, L.O., Agu, U.J., Acharya, Y. (2022). Catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. // Bulletin of the World Health Organization. — Vol. 100(5). — pp. 337–351J. DOI: 10.2471/BLT.21.287673. (Scopus, Q1)
14. van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R.P., et al. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. // The Lancet. — Vol. 368(9544). — pp. 1357–1364. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69560-3. (Scopus, Q1)

15. Iamshchikova, M., Mogilevskii, R., Onah, M.N. (2021). Trends in out of pocket payments and catastrophic health expenditure in the Kyrgyz Republic post "Manas Taalimi" and "Den Sooluk" health reforms, 2012–2018. // International Journal for Equity in Health. — Vol. 20. — Article 30. DOI: 10.1186/s12939-020-01358-2. (Scopus, Q1)
16. Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren, B., Kauhanen, J. (2016). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia. // International Journal for Equity in Health. — Vol. 15. — Article 105. DOI: 10.1186/s12939-016-0395-8. (Scopus, Q1)
17. Wagstaff, A., Lindelow, M. (2008). Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. // Journal of Health Economics. — Vol. 27(4). — pp. 990–1005. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.02.002. (Scopus, Q1)
18. Review.uz. (2025, 30 dekabr). Analysis of poverty and income levels in Uzbekistan based on 2025 results. URL: <https://review.uz/en/post/analiz-urovnya-bednosti-i-doxodov-naseleniya-v-uzbekistane-po-itogam-2025-goda-infografika>
19. Gazeta.uz. (2024, 11 sentyabr). Prezident davlat tibbiy sug'urtasini joriy etish to'g'risidagi qarorni imzoladi. URL: <https://www.gazeta.uz/uz/2024/09/11/insurance/>
20. Gazeta.uz. (2025, 14 noyabr). O'zbekistonda 2026-yildan boshlab bepul tibbiy yordam olish tartibi qanday o'zgaradi? URL: <https://www.gazeta.uz/uz/2025/11/14/insurance/>