

İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi



Center for Economic and Social Development
www.cesd.az



Azərbaycan Respublikasının Prezidenti
yanında Qeyri-Hökümət Təşkilatlarına
Dövlət Dəstəyi Şurası

*İcbari Tibbi Siğortanın Tətbiqi Səhiyyə Sisteminin İnkişafının
Ösas Elementi Kimi: İctimai Maarifləndirmə Kampaniyası*

LAYİHƏSI ÇƏRÇİVƏSİNDE

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti Yanında
Qeyri-Hökümət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurasının
qranti hesabına İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi
tərəfindən hazırlanmışdır

BAKİ

Sentyabr 2009

İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi
Şirin Mirzəyev 76 "a"/ 33,
Bakı Az1002, Azərbaycan
Telefon: (99412) 597 0691
 (99412) 495 4248
Faks: (99412) 4373240
Email; cesd@aztelekom.net
 cesd.az@gmail.com
Web; <http://www.cesd.az>

*İcbari Tibbi Siğortanın Tətbiqi Səhiyyə Sisteminin İnkişafının Əsas Elementi Kimi:
Ictimai Maarifləndirmə Kampaniyası*

Müəlliflər:

Vüqar Bayramov, i.e.n.
Kənan Kərimzadə
Günay Əkbərova
Pərvin Zeynalov

Rəyçi: **Elçin Rəşid**

Ekspert: **Yaşar Həbibəoğlu Zeynalov**

Elmi Redaktor:

Vüqar Bayramov

Kitabın nəşri Azərbaycan Respublikasının Prezidenti Yanında Qeyri-Hökümət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurasının maliyyə dəstəyi ilə İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi (CESD- www.cesd.az) tərəfindən hazırlanıb

ISBN 978-9952-81-313-5

Kitab tədqiqatçılar, səhiyyə sektorunda fəaliyyət göstərənlər və hökumət qurumları üçün nəzərdə tutulmuşdur. Kitabdan ali məktəb tələbə, aspirantlar və müəllimlər də faydalana bilər.

Kitab Pulsuz Paylanır
The book is free of charge

İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi
Bakı şəhəri
Şirin Mirzəyev 76 "a"/33
Tel: (99412) 4954248 (99412) 597 0691
Fax: (99412) 4373240
Email: cesd@aztelekom.net
Website: www.cesd.az

© İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi

MÜNDƏRİCAT

Ön Söz	4
Azərbaycanda Tibbi Sığortanın Tətbiqi	4
Azərbaycanda Tibbi Sığortanın Tətbiqi İmkanları	8
Beynəlxalq Təcrübə	16
Sığorta Bazarının İnkışaf Xüsusiyyətləri	35
Tibbi Sığorta Haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu	42
MDB Ölkələrində Səhiyyə Sisteminin Ümumi Görünüşü	46
Azərbaycanda Sığorta Haqları və Sığorta Ödənişləri	51
Nəticə və Təkliflər	55
Layihə Çərçivəsində Həyata Keçirilmiş Tədbirlər	58
Mənbələr	66

ÖN SÖZ

İcbari tibbi siğorta hal-hazırda əksər inkişaf etmiş və hətta inkişaf etməkdə olan ölkələrinin səhiyyə sisteminin əsasını təşkil edir. Yəni insanlar öz sağlamlıqlarını siğorta etdirir, xəstələnəndə isə müalicənən pulunu həmin siğorta şirkəti ödəyir. 1999-cu il ildə Azərbaycanda İcbari Tibbi Siğorta haqqında qanun qəbul edilib. Ancaq müəyyən maliyyə və texniki problemlərdən onun tətbiqi mümkün olmayıb. Həm də bu qanuna həmin vaxt 2005-ci ildək veto qoyulmuşdu. Ümumiyyətlə, tibbi siğorta xüsusən maddi imkanları aşağı olan əhali kateqoriyalarının tibbi probleminin həllində müsbət rol oynayır. Siğorta elə bir vasitədir ki, hər hansı bir itkiyə məruz qalmış şəxsi buna səbəb olmuş hadisədən əvvəlki maliyyə vəziyyətinə qaytarmaq üçün təzminatla təmin edir.

Üzərində veto olmuş qanuna görə, hər bir vətəndaş öz sağlamlığını siğorta etdirə bilər. Bunun üçün o sadəcə hər ay dövlət büdcəsinə siğorta ödənişləri edir və istədiyi vaxt heç bir haqq ödəmədən müalicə ala bilir. Hələlik Azərbaycanda bir sıra şirkətlər

özəl klinikalarla müqavilə bağlayıb, tibbi siğorta xidmətləri təklif edirlər. Siğorta ödənişləri yüksək olduğu üçün həmin xidmətdən əsasən imkanlı şəxslər və ölkədə işləyən əcnəbilər istifadə edirlər. Qanunda tibbi siğortanın əsas iki növü müəyyənləşib. İcbari siğorta zamanı hökumət, könüllü tibbi siğorta zamanı isə vətəndaşın özü pul ödəyir. İcbari tibbi siğorta dövlət sosial siğortasının tərkib hissəsi olmaqla, icbari tibbi siğorta programına müvafiq həcmidə əhalinin tibbi və dərman yardımını almasını təmin edir. Könüllü tibbi siğorta əlavə müqavilə əsasında əhalinin tibbi və digər xidmətlər almasını təmin edir. İsləməyən vətəndaşlar üçün isə siğortanı müvafiq icra hakimiyyəti orqanları və müəyyən sosial proqramlar çərçivəsində yerli özünüidarəetmə orqanları təmin etməlidir.

AZƏRBAYCANDA TİBBİ SIĞORTANIN TƏTBİQİ

1999-cu ildə Azərbaycanda tibbi siğorta haqqında qanun qəbul edilsə də, həm ölkə rəsmillərinin, həm də mütəxəssislərin fikrincə, bu istiqamətdə islahatlar davam etdirilməsinə ehtiyac vardır. Azərbaycanın səhiyyə bütçəsində artım olsa da, ÜDM-də səhiyyə bütçəsinin xüsusi çəkisi hələ də azdır. Səhiyyə xərclərinin təşkilatı quruluşlarda 95,3%-i Səhiyyə Nazirliyi, 2,3%-i Səhiyyə Nazirliyinin Milli Onkoloji Elmi Mərkəzi, 1,9%-i Dövlət Dəmiriyol İdarəsi və 1,7%-i digər təşkilatların payına düşür. Səhiyyə xərclərinin 2008-ci il üzrə funksional strukturunda 55,6%-i səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər, 15,7%-i poliklinika və ambulatoriyalar, 0,8%-i səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlar və 2%-i səhiyyə sahəsində digər xidmətlər təşkil edir. Ev təsərrüfatlarının bütçəsində isə 2007-ci ilin yekunlarına əsasən Azərbaycanda ev təsərrüfatlarının məcmu xərclərdə səhiyyə xərcləri orta hesabla 3,4% dir. Bu xərclərin adambaşına düşən məbləği ev təsərrüfatlarının ölçüsündən asılı olaraq dəyişir. Belə ki, adambaşına düşən səhiyyə xərcləri 1 nəfərlik ev təsərrüfatında 10,9 manat, 2 nəfərlik - 6,8 manat, 3 nəfərlikdə - 4,5 manat, 4 nəfərlikdə isə 3,2 manatdır.

İcbari tibbi siğorta ilə baza xidmətlər paketi bütçədən maliyyələşən və imtiyazlı əhali kateqoriyası üçün siğorta məbləğinin mə-

kəzləşmiş formada dövlət tərəfindən ödənilməsi məsələsi nəzərdən keçirilir. Hazırda minimum səhiyyə xidmətlərinin müəyyən-ləşdirilməsi üzrə də işlər davam etdirilir.

2008-ci il yanvar ayının 1-inə olan məlumata görə Azərbaycanda bütün ixtisaslar üzrə həkimlərin sayı 32,4 min nəfər, orta tibbi işçilərinin sayı 62,2 min nəfər, əhaliyə ambulatoriya - poliklinika yardımı göstərən müalicə müəssisələrinin sayı 1 692 təşkil edib. 2005-ci ildən başlayaraq Azərbaycana gələn böyük neft pullarının hesabına dövlətin maliyyə imkanları əhəmiyyətli dərəcədə genişləndiyindən dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitin həcmi də ildən ilə sürətlə artmaqdadır. Bütün bunlara baxmayaraq, tibbi xidmətlərin ödənilməsində əhalinin ödənişlərinin payı hələ də 70-75 faizə çatır.

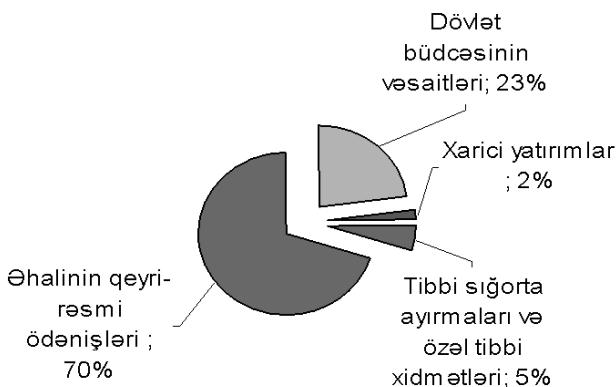


Diagram 1

Mənbə: *Səhiyyənin maliyyələşdirilməsində mövcud durum*

(Azərbaycan Səhiyyə sektorunun icmal sənədi. Dünya Bankı, 2007)

2008-ci ildə 11 avqust tarixində Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti tərəfindən "2008-2012-ci illərdə Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari

tibbi sigortanın tətbiqi konsepsiyasının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planı "nın təsdiq edilməsi barədə qərar qəbul olunmuşdur. Bu qərara aşağıdakılardaxildirdir:

1. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin mövcud vəziyyətinin qiymətləndirilməsi;
2. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin islahat prosesinin normalitə huquqi tənzimlənməsi;
3. Qabaqcıl beynəlxalq təcrübənin tətbiqi və Nazirlər Kabinetin yanında icbari tibbi sigorta üzrə Dövlət Agentliyinin potensialının inkişafı;
4. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin təkmilləşdirilməsi;
5. Tədris və maarifləndirmə;
6. Monitorinq və qiymətləndirmə.

Plana əsasən Səhiyyə və Maliyyə nazirlikləri 2008-ci ildə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin mövcud vəziyyətinin (ilkin tibbi xidmətin maliyyələşdirilməsi, stasionarların maliyyələşdirilməsi, səhiyyənin maddi-texniki bazasının vəziyyəti və sair) monitorinqini aparacaq. İl ərzində Səhiyyə, Maliyyə, həmçinin Əmək və Əhalinin Sosial Müdafiəsi nazirlikləri mövcud əməkhaqqı sistemini (əməkhaqqını müəyyən edən amillər, orta aylıq əməkhaqqının səviyyəsi, əməkhaqqının əməyin nəticəsinə olan stimula təsiri və s.) qiymətləndirməlidir.

Tədbirlər Planına görə, 2009-2010-cu illərdə icbari tibbi sigorta daxilində yeni maliyyələşdirmə sisteminin tətbiqini təmin edən məlumat bankının formalasdırılması və səhiyyə üzrə vahid informasiya sisteminin yaradılmasına aid təkliflər hazırlanacaq.

"Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahati və icbari tibbi sigortanın tətbiqi Konsepsiyası "na

görə, səhiyyəyə ayrılan dövlət vəsaitlərindən istifadədə səmərəliliyi yüksəldilməsinə nail olmaq üçün bu sahədə əsaslı islahatların aparılması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizminin təkmilləşdirilməsi və icbari tibbi siğortanın tətbiq olunması səhiyyə islahatlarının əsas istiqamətlərindəndir.

Azərbaycan Respublikasında İcbari tibbi siğorta sisteminin hüquqi bazasına aşağıdakılardaxildir:

- ✓ "Tibbi siğorta haqqına" Azərbaycan Respublikasının Qanunu (Bakı şəhəri, 28 oktyabr 1999-cu il)
- ✓ Azərbaycan Respublikasının bəzi qanunvericilik aktlarına əlavələr və dəyişikliklər edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu (Bakı şəhəri, 07 dekabr 2007-ci il)
- ✓ Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinə yədidi yaradılması barədə Sərəncamı (27 dekabr 2007-ci il)
- ✓ "Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi siğortanın tətbiqi Konsepsiyanın təsdiq edilməsi haqqında" Azərbaycan Respublikası Prezidentinin sərəncamı (Bakı şəhəri, 10 yanvar 2008-ci il)
- ✓ "2008-2012-ci illərdə Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi siğortanın tətbiqi Konsepsiyanının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planı"nın təsdiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin qərarı (№179 Bakı şəhəri, 11 avqust 2008-ci il).

İcbari tibbi siğorta sistemində siğorta edənlər - İsləməyən vətəndaşlar üçün - müvafiq icra hakimiyyəti orqanları və müvafiq sosial

proqramlar çərçivəsində yerli özünüidarə orqanları; İsləyən vətəndaşlar üçün - mülkiyyət formasından asılı olmayaraq bütün hüquqi şəxslər və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olan fiziki şəxslərdir. Qanuna görə, icbari tibbi siğorta sistemində siğorta edənlər işləyən vətəndaşlar üçün məbləği və ödənilmə qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilən icbari tibbi siğorta haqları ödəyirlər.

- ✓ İcbari tibbi siğorta haqları icbari tibbi siğorta proqramının yerinə yetirilməsini təmin edən məbləğdə müəyyən edilir.
- ✓ İsləməyən təqaüdçü, idarə və təşkilat ləğv olunduqda müvəqəqəti işsizlər, əmək qabiliyyəti olmayanlar, uşaqlar, tələbələr və büdcə təşkilatlarının işçiləri üçün icbari tibbi siğorta haqları tibbi xidmətlər üçün qiymətlərin indeksasiyası nəzərə alınmaqla müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən büdcə və sosial müdafiə fondlarının vəsaiti hesabına ödənilir.

Könüllü tibbi siğortada siğorta-haqlarının məbləği könüllü tibbi siğorta proqramına uyğun olaraq tərəflərin razılığı ilə müəyyən edilir.

AZƏRBAYCANDA TİBBİ SİĞORTANIN TƏTBİQİ İMKANLARI

Əvvəlcə bir təsnifatı nəzərdən keçirək. Ölkəmizin siğorta haqqında qanunvericiliyinə görə siğortaçıların fəaliyyət istiqamətləri baxımından həyat siğortası və qeyri-həyat siğortası (ümumi siğorta) sahələri, siğorta obyekti baxımından isə şəxsi siğorta və əmlak siğortası sahələri mövcuddur. Hər bir siğorta sahəsi də öz növbəsin-də müəyyən siğorta siniflərindən ibarətdir.

Şəxsi siğorta sahəsinə şəxsin

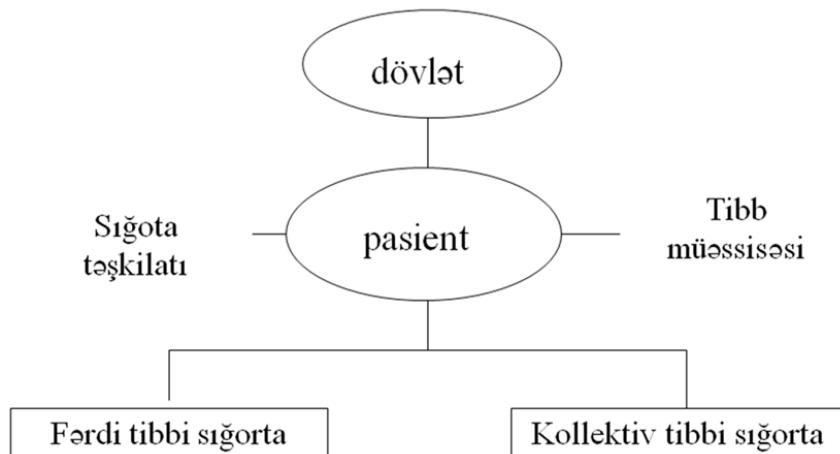
- həyatı;
- sağlamlığı;
- əmək qabiliyyəti;
- pensiya təminatı.

ilə bağlı əmlak maraqlarının siğortalanması daxildir. Şəxsi siğorta zamanı həm siğortalı özü, həm də müqavilədə göstərilən başqa şəxs (siğorta olunan) siğortalana bilər.

Tibbi siğorta - tibbi siğorta programına daxil edilən tibbi xidmətlərə görə siğorta olunanın tibb müəssisələrinin ona göstərdiyi xidmətlərlə əlaqədar yaranan xərclərə görə siğorta ödənişinin həyata keçirilməsini nəzərdə tutan siğorta sinifidir.

Fərdi qəza və xəstəlik siğortası və tibbi siğorta müqavilələri bir çox hallarda işəgötürən tərəfindən öz işçilərinin xeyrinə bağlanır. Bu tibbi siğortada daha tez-tez rast gəlinən haldır.

Tibbi siğorta siğorta olunanın siğorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş xəstəliyə məruz qalmasına görə müayinə və müalicə olunmasına görə tibb müəssisələrinin göstərdiyi xidmətlərlə, habelə dərman vasitələrinin alınması ilə əlaqədar yaranan xərclərin əvəzinin tam və ya qismən ödənilməsini nəzərdə tutur. Heç kim özünüň və ya başqa bir şəxsin həyatının və ya bədən üzvünün (məsələn, ayağının, gözlerinin və s.) həqiqi maddi dəyərini müəyyənləşdirə bilməz. Bu səbəbdən maliyyə təzminatı prinsipi tibbi siğorta istisna olmaqla, şəxsi siğortaya aid olan siğorta siniflərinə aid edilmir. Tibbi siğortada isə şəxsin çəkdiyi tibbi xərclər maliyyə cəhətdən ölçülə bilir.



Ölkədə səhiyyə xərcləri ilə bağlı aparılan araşdırmalara görə, əhalinin tibbi siğorta sisteminə keçidə hazır olmamasıyla bağlı arquamentlər yanlışdır. Belə ki, dövlət büdcəsindən maliyyələşən poliklinika və ya xəstəxanalarda xidmət pulsuz olsa da, vətəndaşlar

onsuz da eksər hallarda bunun üçün qeyri-rəsmi haqq ödəyirlər. Tədqiqatlar nəticəsində məlum olub ki, əhalinin tibbi xidmətlərə görə ödənişlərin 75 %-ni öz cibindən edir. Bunların 5 %-i qanuni, 70 %-i isə qeyri-rəsmi ödənişlərdir. Tibbi xərclərin yalnız 25 %-ni dövlət ödəyir. Belə olan halda, əhalinin öz sağlamlığına görə etdiyi ödənişlərin leqallaşdırılması büdcəyə daha çox xeyir verə bilər.

Sığortanın könüllü olmasına baxmayaraq, Azərbaycanda həm də məcburi sığorta programları mövcuddur. 1999-cu ildə "Sığorta haqqında" Qanun qəbul edildikdən sonra icbari sığortaya aid bir sıra qanunlar qəbul edilib. Bu qanunlar müəyyən kateqoriyalı və tətəndaşların sosial müdafiəsinə yönəldilib. Məsələn, bunların arasında ən geniş yayılanı "Avtonəqliyyat sahiblərinin üçüncü şəxs qarşısında məsuliyyətlərinin məcburi sığortası" haqqında Qanundur. 1999-cu ildə "Tibbi sığorta haqqında" Qanun qəbul edildi. Həzirdə bir sıra müəssisələrdə və özəl şirkətlərdə tibbi sığortanın inkişaf etdiyini müşahidə etmək mümkündür.

Səhiyyənin dövlət tərəfindən maliyyələşdirilməsinə bir sıra müxtəlif yanaşmalar var. Dövlətin konkret olaraq bu sahədə fəaliyyətini dəstəkləyən iqtisadçılar onun əsas rolunun sistemi maliyyələşdirməkdən başqa səhiyyənin idarəedilməsində müdaxiləni vacib sayırlar. Digərləri isə dövlət müdaxiləsini lazımsız və uzunmüddət üçün səmərəsiz hesab edirlər.

Ölkəmizdə keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinə əhalinin bərabər çıxış imkanları məhduddur, təklif olunan səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyəti isə aşağı səviyyədədir.

İcbari tibbi sığorta tətbiq ediləndən sonra hansı tibb müəssisəsi yaxşı işləsə, hansı müəssəyə vətəndaşlar çox müraciət etsə, həmin

müəssəsi sığortadan çox vəsait əldə edəcək. Hansı müəssələrə ki, insanlar müəyyən səbəblərdən müraciət etmirlər və etməyəcəklər, onlar sığortadan vəsait əldə etməyəcəklər.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin bütçə və bütçəxarici vəsait hesabına aparılması bütün dünyada icbaridir. Sığorta səhiyyəsi isə bu sistemin ən mühüm və geniş yayılmış növüdür: Özəl, dövlət və "munisipal" səhiyyə sistemi tam formalaşdırılmalı və bunlar arasında qarşılıqlı münasibət sistemi təmin olunmalıdır. Sığorta təbabəti iki cürdür: icbari (məcburi) tibbi sığorta və könüllü tibbi sığorta. Məcburi tibbi sığorta daha geniş yayılmış xəstəlikləri, daha münasib diaqonostika, müalicə, bərpa, qulluq xidmətlərini, doğuşu və təxirəsalınmaz yardımını əhatə edir. Bu programın maliyyələşdirilməsi üçün xüsusi mənbələr var. Təxminən belə təsnifləndirmək olar: ilk qrupa təqaüdçülər, uşaqlar, tələbələr, çoxuşaqlı analar aiddir. Yəni o insanlar ki, onların gəlir mənbəyi yoxdur. Bu insanlar üçün dövlət, xeyriyyə fondları, himayədarlardan vəsait ayrılır. Konkret bütçədən də bu kateqoriyaya aid olan insanlar üçün vəsait ayrılmalıdır. İkinci qrupa qeydiyyatdan keçmiş işsizlər daxildir. Bunlar üçün əmək birjalarından vəsait ayrılmalıdır. Üçüncü qrupa işçilər, qulluqçular aiddir. Onlara müəssisələrdən əmək haqlarından çıxmamaq şərti ilə vəsait ayrılır. Dördüncü qrupa yüksək maaşlı dövlət məmurları və biznesmenlər daxildir. Onlar bu sığortanı öz maaşlarından maliyyələşdirirlər.

Qeyd edək ki, Azərbaycan-Türkiyə İş Adamları Birliyi ölkənin inkişaf prioritətlərinə uyğun fəaliyyətlərə dəstək məqsədilə 2008-ci ildən müvafiq tədqiqat programı həyata keçirir. Program çərçivəsində qurumun layihələr və tədqiqatlar şöbəsi tərəfindən səhiyyə sahəsi təhlil edilib.

Araşdırmadan məlum olub ki, səhiyyə xidmətlərində stasionar xidmət hələ də prioritet olmaqdə davam edir. Belə ki, dövlət büdcəsindən ayrılan vəsaitlərin 35 faizi ilkin tibbi yardımına, 65 faizi isə stasionar müalicəyə ünvanlanır. Dövlət büdcəsində səhiyyə xərclərinin payı aşağı düşüb. Bu əsasən hərbi və investisiya yönümlü xərclərin daha çox artırılması ilə bağlı olub. Hesablamalara görə, dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlər və cibdən ödənişlər 2007-ci ildə adambaşına 67 manat təşkil edib.

Hər 100 min nəfərə bütün səbəblərdən ölenlərin sayı 2003-cü ildə 603.9-dan 2007-ci ildə 634.1-dək, yəni 5 faiz yüksəlib. Bu əsasən əhalinin profilaktik müayinələr və müalicə üçün tibb müəssisələri-nə getdikcə daha az müraciət etməsi, həmçinin ətraf mühitin çirkəlməsi ilə bağlıdır. Bunu rəsmi məlumatlar da təsdiqləyir. Əgər 2003-cü ildə əhalinin 38 faizi profilaktik müayinədən keçib, 2007-ci ildə bu göstərici 35 faiz olub.

Hesabatda qeyd olunur ki, Avropa ölkələri ilə müqayisədə Azərbaycanda əhalinin hər 10 min nəfərinə düşən çarpayı sayı da 1,3 dəfə yüksəkdir və xəstəxana çarpayılarının il ərzində istifadə olunduğu günlərin orta nisbəti 30-40 faiz səviyyəsindədir. Bundan başqa, ilkin tibbi-sanitariya yardımını göstərən həkimlərin nisbəti Avropa ölkələri ilə müqayisədə 2 dəfə aşağıdır. Tibbi xidmət göstərən özəl səhiyyə müəssisələrinin sayı 300-dən yuxarıdır. Onların 37 faizi həkim profilaktikası, 18 faizi xəstəxana, 14 faizi diş həkimi profilaktikası xidmətləri, 31 faizi isə saqlamlığın müalicəsi üzrə digər xidmətlər göstərir.

Təhlilə əsasən, tibbi xidmətlərin göstərilməsində özəl tibb müəssisələrinin payı 10 faizdən aşağıdır. Özəl tibbi xidmət göstərən müəs-

sisələrin 80 faizə yaxını Bakı şəhərində yerləşir. Belə ki, bölgələrdə özəl tibb müəssisələrinin şəbəkəsi zəif inkişaf edib. Qiymətləndirmələr göstərir ki, perspektivdə ölkənin turizm rayonlarında - Quba-Xaçmaz, Lənkəran, Şəki-Zaqatala və Gəncə-Qazax və s. rayonlarda özəl tibb müəssisələrinin inkişafı daha səmərəli olacaq.

Sığorta razılığının istənilən tipində bütün tərəflər öz risklərini minimallaşdırmağa can atırlar. Tibbi sığortada istehlakçılarda və sığortaçılarda sığorta riskinin idarəetməsi fərqli şəkildədir. İstehlakçının nöqteyi-nəzərindən, şəxs (və ya ailə) maliyyə itkilərinə qarşı müdafiə üçün tibbi xidmətin gələcək istifadəsi üçün xəstəlikdən sığortanı alır. Sığortaçının nöqteyi-nəzərindən, bundan onun götürdüyü riski minimallaşdırmaq üçün metodlar çoxluğununu istifadə edir, nə vaxt ki sağlamlığı təmin edərək istehlakçılara əhatə, inandırmaq ki, o qazanclı biznes idarə edir. Bir metod xidmətlərin qabaqcadan müəyyən edilmiş yiğimünün nəticəsi olan o xərcləri yalnız əhatə etməkdir. Riski məhdudlaşdırmaq üçün başqa metod sağlamlıq əhatəsini əldə etməyə sağlam adamları həvəsləndirir, görünür ki, çünkü sağlam adamlar xəstə adamlar kimi çoxlu tibbi xidmətə ehtiyac duymaz. Sığortaçı tərəfindən istifadə edilən metodlar istehlakçı hər şəxs və ya obyekt eyni məqsədə malikdirlər: gələcəkdə riski minimallaşdırmaq.

Qeyd edək ki, bütün ekspertlərə ünvanlanan tibbi xidmətin əlçatanlığı sizi qane edirmi sualına cavabda ekspertlərini fikrini 2 əks qrupda təsnifləşdirmək olar. Birincilər (bu qrupa QHT rəhbərləri, müstəqil ekspertlər və özəl tibbi xidməti sahəsində çalışanları daxil etmək olar) bu istiqamətdə problemlərin qaldığına, hökumətin bu sahədə əhəmiyyətli nəticələr əldə etməsi üçün ciddi səylər göstərilməli olduğuna və tibbi xidmətlərə əlçatanlığının ərazicə bərabər paylanması təmin etməli olduğunu vurgulayırlar. İkincilər (bu

grupa dövlət tibb müəssisələrində çalışanlar və səhiyyə nazirliyi ilə birbaşa və ya dolayı əlaqədə fəaliyyət göstərənlər daxildir) tibbi xidmətlə təminat səviyyəsinin qənaətbəxş olduğunu göstəriblər.

Təbii ki keçid ölkələrinin səhiyyə sisteminin əsas problemlərindən biri qeyri-rəsmi ödənişlərin varlığıdır. Dövlət səhiyyə müəssisələrində qeyri-rəsmi ödənişlərin aradan qaldırılması üçün iqtisadi və təşkilati mexanizmlər hazırlanmalı və həyata keçirilməlidir. Müşahidələr göstərir ki, dövlət səhiyyə sektorunda qeyri-rəsmi ödənişlərin aradan qaldırılmasının ən səmərəli vasitəsi iqtisadi mexanizmlərin tətbiqidir. Təbii ki, burada tibb işçilərinin yüksək əmək-haqqı ilə təmin edilməsi mühüm rol oynayır. Bunun isə tibbi siğorta sistemi vasitəsilə təmin edilməsi mümkünündür. Ekspertlərə görə, qeyri-rəsmi ödənişlərin mənfi fəsadları haqqında tibb işçiləri arasında fəal məlumatlandırma kampanyalarının aparılması da səmərəli ola bilər. Araşdırmalara görə, dövlət və özəl tibb müəssisələrində "Pasient həmişə haqlıdır!" devizinə əməl edilməsi də vacibdir. Çünkü səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasında bu, əsas amildir. Lakin müşahidələr göstərir ki, bir neçə özəl tibb müəssisəsi istisna olmaqla, demək olar, əksər tibb müəssisələrində bu devizə riayət edilmir. Odur ki, göstərilən keyfiyyətsiz tibbi xidmətlərin fəsadlarına məsuliyyət mexanizmi də yaradılmalı və ona nəzarət gücləndirilməlidir. Təhlillər göstərir ki, hazırda tibb işçilərinin səhvleri üzündən pasientlərin sağlamlığını itirməsi - antisanitariya və məsuliyyətsizlik nəticəsində viruslu xəstəliklərə yoluxma, maddi maraqlar və peşəkarlıq səviyyəsinin aşağı olması üzündən düzgün təyin olunmayan müalicə reseptləri hallarına ölkədə tez-tez rast gəlinir. Amma buna görə həkimlər və tibb müəssisələri, demək olar, heç bir məsuliyyət daşımır. Bundan başqa, özəl səhiyyə sistemində tibbi xidmətlərin qiyməti tənzimlənməli

və müəssisələrlə pasientlər arasında müqavilələrin bağlanmasına nəzarət gücləndirilməlidir. Belə ki, səhiyyə qanunvericiliyində təriflərin subyektlər arasında bağlanan müqavilə çərçivəsində razılaşma ilə müəyyənləşdirilməsi nəzərdə tutulub. Amma gerçəklikdə bu təcrübəyə, demək olar, rast gəlinmir. Bildiyimiz kimi, 2008-ci ildən icbari tibbi siğorta sisteminin yaradılmasına başlanılıb. Əczaçılıq sahəsi tam özəlləşdirilib, özəl tibb müəssisələrinin fəaliyyəti üçün qanunvericilik bazası yaradılıb, tibbi siğortanın tətbiqi ilə bağlı qanun qəbul edilib. Amma hələ də tibbi siğorta sistemi yaradılmayıb. Ekspertlərin sözlərinə görə, Azərbaycan səhiyyə sektorunun son 18 ildəki inkişafında dünyada mövcud olan əksər modellərdən müəyyən elementlər istifadə edilərək qarışq bir model yaradılıb. Bu da ölkədə səhiyyə sektorunda xidmətlərin keyfiyyətinin və kadrların peşəkarlıq səviyyəsinin aşağı düşməsi və qeyri-rəsmi ödənişlərin geniş şəkildə yayılması ilə nəticələnib. Belə ki, orta və uzunmüddətli perspektiv üçün tibbi siğorta sisteminin tətbiqi və səhiyyə sahəsində islahatlar aktuallaşmalıdır. Qeyri-rəsmi ödəmələr ölkədə rəsmi ödəmələrlə birlikdə əhalinin yoxsul təbəqələrinin səhiyyə xidmətlərindən istifadə imkanlarını məhdudlaşdırır. Eyni zamanda aşağı gəlirli təbəqənin, habelə qeyri-rəsmi pul ödəmək imkanında olan ayrı ayrı qrup vətəndaşların göstərilən tibbi xidmətlərə inamının getdikcə aşağı düşməsi onları ya özünü müalicəyə vadər edir, ya da onlar sadəcə olaraq vaxtında həkimə müraciət etmirlər. Bunun da nəticəsi olaraq həmin insanlarda yaranan xəstəliklər əksər hallarda ya xroniki hal alır, ya da xəstəliklərin daha ağır mərhələsinə keçməklə vətəndaşların müalicə üçün daha böyük məbləğlərdə vəsait ödəmələrinə gətirib çıxarır.

Yaxın perspektivdə dövlət büdcəsindən səhiyyə sahəsinə investisiya qoyuluşları və cari xərclərin dinamik şəkildə artması gözlənilir. Am-

ma orta və uzunmüddətli perspektivdə səhiyyə xərclərinin artım sü-rəti aşağı düşəcək. Bu baxımdan, özəl sektorun indidən səhiyyəyə investisiyaların qoyulmasına cəlb edilməsi üçün müvafiq dövlət qu-rumları lazımı tədbirlər həyata keçirməlidir. Bundan başqa, nazirli-yin tabeliyində olan iri tibb müəssisələri özünüümaliyyələşdirmə sis-teminə keçirilməli, onlara maliyyə müstəqilliyi verilməli və idarəet-mə təkmilləşdirilməlidir. Çünkü icbari tibbi siğortanın tətbiqi zama-nı bu, əsas şərtlərdən biridir. İndiki halda səhiyyə müəssisələri icba-ri tibbi siğorta sistemi ilə işləmək qabiliyyətində deyil.

İcbari tibbi siğorta sisteminin tətbiqi zamanı xarici təcrübədən isti-fadə edərkən Azərbaycan gerçəklilikləri diqqətlə öyrənilməli və nə-zərə alınmalıdır. Ən əsası, icbari tibbi siğorta sistemi vasitəsilə tibbi xidmətlərin göstərilməsinə özəl tibb müəssisələri də cəlb edilmə-lidir. Onun tətbiqi zamanı rəqabət təmin oluna, bu da öz növbəsin-də xidmətlərin keyfiyyətinə müsbət təsir göstərə bilər. Bundan əla-və sistemin tətbiqi ilə bağlı nəzarət mexanizmi də yaradılmalıdır. Çünkü icbari tibbi siğorta sistemi ilə işləyəcək müəssisələrin göstər-diyi tibbi xidmətlərin keyfiyyəti vaxtaşırı yoxlanılmalı və buna nə-zarət gücləndirilməlidir. Ekspertlərin fikrincə, işləyənlərin əmək-haqlarından icbari tibbi siğorta sistemi yığımlarının sistemi də for-malaşdırılmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, ölkədə məşğul əhalinin yalnız 1,6 milyon nəfərini hazırda tibbi siğortaya cəlb etmək mümkündür. Çünkü məşğul əhalinin digər hissəsi qeyri-rəsmi çalışır. Bütün bu məsələlər indidən nəzərə alınmalı və müvafiq tədbir-lər həyata keçirilməlidir.

BEYNƏLXALQ TƏCRÜBƏ

Dünyanın əksər ölkələrində siğorta təbabəti həm özəl, həm də tamamilə dövlət maliyyələşdirilməsi ilə müqayisədə üstünlük təşkil edir. Səhiyyə sahəsinə cəmiyyət tərəfindən ayrılan resursların kəmiyyət və keyfiyyəti, onların səmərəli istifadəsi ölkədə formalışmış iqtisadi, siyasi, siyasi, mənəvi-etik və digər münasibətlərin mürəkkəb sistemi ilə müəyyən olunur. Demək olar ki, bütün sənaye ölkələrində xərclərin əksər hissəsi ya hökumət, ya da sosial siğorta müəssisələri tərəfindən həyata keçirilir. Bütün mövcud səhiyyə sistemləri 3 əsas iqtisadi modeldə əks olunur:

1. Özəl tibbi siğortadan istifadə etməklə bazar münasibətlərinə əsaslanan ödənişli səhiyyə - bazar modeli;
2. Büdcə maliyyələşdirilməsi sisteminə əsaslanan dövlət səhiyyəsi - dövlət modeli;
3. Sosial siğorta prinsiplərinə əsaslanan və çoxkanallı maliyyələşmə sistemi ilə tənzimlənən səhiyyə sistemi - sosial-siğorta modeli.

ABŞ səhiyyəsi əsasən birinci modelə söykənir: ölkədə səhiyyə sisteminin təşkilinin əsasını özəl tibbi xidmətlər bazarı təşkil edir, onu dövlət tibbi xidmət proqramları tamamlayır.

İkinci modeldə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi başlıca olaraq bütçə hesabına həyata keçirilir. Ölkə əhalisi tibbi yardımı ödənişsiz əldə edir. Burada bazar münasibətləri bir qayda olaraq, dövlətin nəzarəti altında olmaqla ikinci dərəcəli rola malikdir. Bu model 1948-ci ildən başlayaraq Böyük Britaniyada mövcuddur. Sonradan başqa ölkələrdə də tətbiq olunmağa başlamışdır.

Baxmayaraq ki, Böyük Britaniyada demək olar ki bütün səhiyyə xərcləri dövlət tərəfindən ödənilir, arzu edənlər özəl tibb müəssisələrində tibbi pull tibbi müayinədən keçə bilərlər. Milli Sağlamlıq Xidməti (NHS) İngiltərənin dövlət hesabına maliyyələşən səhiyyə sistemidir. NHS Britaniya vətəndaşı olan hərbir şəxsə normal tibbi xidmətləri pulsuz təklif edir, baxmayaraq ki göz və diş müayinəsi, və başqa şəxsi müayinələr üçün əlavə vəsait ödəmək lazımdır.

NHS sistemi 1948-ci ildən fəaliyyətə başlayıb və onunla bərabər Özəl tibbi müayinə sistemi də mövcudluğuna davam edib. Özəl tibbi müayinə sistemi əsasən fərdi sigortalar hesabına maliyyələşir ki, indi də bu sistemdən əhalinin cəmi 8%-ə qədəri yararlanır və əsas dominantlıq NHS sistemində qalmaqdadır.

NHS sisteminin əsas maliyyə mənbəyi ümumi vergilərdəndir (əsasən Milli Sığorta Xidmətindən edilən ödənişlərdən). Xərclərin çoxluğu bəzi kritiklərin diqqət mərkəzində durur, belə ki, Britaniya Səhiyyə Departamentinin 2008-2009 illər arasındaki xərcləmələrinin əsas hissəsi, 99 milyard funt sterlinqi NHS sisteminə, əhalinin tibbi müayinəsinin təşkil edilməsinə yönəldilib. Bundan başqa, NHS dünyada ən böyük səhiyyə xidməti göstərməklə yanaşı həm də ən çox işçinin çalışdığı dördüncü qurumdur.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin bütçə hesabına həyata keçirilməsi yəni, ölkə əhalisinin tibbi yardımını ödənişsiz əldə etməsi bəzi mütəxəssislər tərəfindən təqdirə layiq hesab edilsə də bu modelində bir sıra çatışmazlıqları var. Misal olaraq, tibbi müayinə əhali üçün pulsuz olan ölkə xəstəxanalarında elə hallar yaranı bilər ki, tibbi müayinə olunmaq istəyən şəxs xəstəxanaya müraciət etdiyi halda uzun növbələrdən əziyyət çəkə və onun müayinəsinin müdəddəti uzadıla bilər. Bu kimi halların baş verməsi təbii ki arzuolunan deyil, ən əsası ona görə ki müayinə üçün müraciət etmiş şəxsə dərhal tibbi kömək göstərilməlidir. Əgər yerindəcə müayinə aparılırsa təbii ki bu həmin şəxs üçün gələcəkdə müəyyən fəsadlar törlətmək ehtimalını artırmaqla və dövlətin insanları pulsuz müayinə etməsi sistemini səmərəsiz edir.

Üçüncü model qarşıq iqtisadiyyat prinsiplərinə söykənir. Bu model ölkə əhalisinin bütün təbəqələri üçün icbari tibbi sigortanın mövcudluğu ilə səciyyələnir. Dövlət burada gəlirlərinin səviyyəsindən asılı olmayaraq əksər vətəndaşların tibbi yardımına olan təlabatlarının ödənilməsinin təminatçısı rolunda çıxış edir. Maliyyələşmənin çoxkanallı (bütçədən, sigorta təşkilatlarının mənfəətindən, əmək haqqından ayırmalardan və s.) sistemi sosial-sığorta modelinə əsaslanan səhiyyənin maliyyə bazasında zəruri çeviklik və sabitlik yaradır. Bu model Almaniya, Fransa, Hollandiya, Avstriya, Belçika, İsveçrə, Kanada və Yaponiyada daha qabarlıq şəkildə nəzərə çarpır. Fransada tətbiq olunan sosial-sığorta modelində bazar elementləri üstünlük təşkil edir.

Digər dövlətlərin səhiyyəsinə nəzər yetirsək görərik ki, Çində səhiyyənin inkişafı 3 mərhələdə olmuşdur. Belə ki, birinci mərhələ 1949-1978-ci illəri əhatə edir. Bu dövrdə olduqca qit resurslar və da-

ha yaxşı sosial şərtlər ilə Çin dramatik olraq səhiyyə statusunu tək-milləşdirmişdir. İkinci dövr 1978-2000-ci illəri əhatə edir. Bu illər ərzində səhiyyə sistemindəki islahatlar iqtisadi sistemdəki islahatlar ilə uzlaşdırılmışdır. Üçüncü mərhələ isə 2000-ci ildən sonrakı müd-dətdir. Belə ki, 21-ci əsrda Çində səhiyyə islahatları əsasən region-ları, kənd yerlərini əhatə etmişdir. Ölkə ərazisinin 85 faizində səhiyy-ya islahatlarının hədəflərinə çatılmışdır. Lakin, buna baxmayaraq ölkədə siğorta sisteminin tətbiqində çətinliklər hələ də qalmaqdır. Ölkə əhalisinin yalnız 20 faizi tibbi siğortadan istifadə edir.

1950-ci illərin ortalarından başlayaraq Vyvetnamda "hami üçün pulsuz səhiyyə" yanaşması ölkədə prioritet olmağa başlamışdır. 1975-1989-cu illər Vyvetnam post-müharibə ölkəsi olraq çətin vəziyyətə düşmüştür. Sosialist sisteminə malik ölkələrdəki iqtisadi problemlər ilə bağlı olaraq Vyvetnama yardımının həcmi azalmış və Amerika Birləşmiş Ştatlarının bu ölkəyə tətbiq etdiyi embarqo ilə əlaqə-dar Vyvetnam beynəlxalq sistemdən izolyasiya olunmuşdur. Bu müddətdə tibbi xidmətlərin pulsuz olmasına baxmayaraq, demək olar ki, heç bir xidmət göstərilməmişdir. 1989-cu ildən başlayaraq aqrar sektorun inkişafı ilə bağlı olaraq səhiyyə sisteminin maliyyə imkanları gücləndirilmişdir.

1979-1981-ci illərdə Filippində səhiyyə sistemində pilot siyaset hə-yata keçirilmişdir. 1991-ci ildən başlayaraq regionlarda və kəndlər-də səhiyyə xidmətinin tətbiqi genişlənmişdir.

Iranda səhiyyə xidməti həyata keçirilən tibb məntəqələri səhiyyə ev-ləri kimi tanınır və fəaliyyət göstərir. Bu evlər ilkin səhiyyə xidməti göstərir, ana və uşaqların sağlamlığı ilə bağlı müxtəlif məsləhətlər verir və yerlərdə yayılan endemik xəstəliklərə qarşı mübarizə apa-

rırlar. Iranda icmanın iştirakı səviyyəsi olduqca yüksəkdir. Belə ki ölkə əhalisinin 90 faizindən çoxu siğortalanmışdır. Qalan əhalinin böyük hissəsi isə icma üçünoloan güzəştlərdən istifadə edirlər.

Araşdırmałara görə dünyanın ən uzun ömürlüləri Yaponiyada yaşayır. Son 50 ildə Yaponiya hökuməti yerli hakimiyyət orqanlarının səhiyyənin maliyyələşdirilməsində rolunu artırmaq siyasetini həyata keçirmişdir. 1994-cü ildə yeni icma səhiyyə Qanunu qəbul edilmişdir. Bunun nəticəsində son illər səhiyyə mərkəzlərinin sayı 850-dən 600-ə azalmışdır.

Qərbi Avropa ölkələrinin əksəriyyətində səhiyyə xidməti sistemləri mərkəzləşdirilmiş qaydada bir və ya daha artıq nazirliklər tərəfindən müəyyənləşdirilir. Almaniya və İspaniyada isə mərkəzləşdirilmiş sistemə baxmayaraq özəl sektorun müdaxiləsinə də imkan verilir. Belçika, Fransa, Almaniya və Hollandiyada sosial siğorta həm dövlət, həm də özəl qurumlar tərəfindən həyata keçirilir. Bir-ləşmiş Krallıqda istənilən tibbi xidmət formalarını həyata keçirən qurumlara səhiyyə orqanları tərəfindən nəzarət həyata keçirilir.

Dünyanın ən liberal iqtisadiyyata malik ölkələrindən hesab edilən ABŞ-da da səhiyyə sistemində dövlətin özəl sektoru "sixışdırması" tendensiyası müşahidə edilir. Ötən əsrin ortalarında Amerikada səhiyyə sistemi daha liberal olmuşdur və bu xidmətlərin mütləq əksəriyyəti özəl sektor subyektləri tərəfindən həyata keçirilmişdir. Məsələn, 1960-cı ildə səhiyyə xidmətinin ödənilməsinin yalnız 25-ni dövlət qarşılığında. Hal hazırda Birləşmiş Ştatlarda səhiyyə sisteminin mülkiyyəti əsasən şəxsi əllərdədir. Bir neçə yerdə hökumət xəstəxanaları əsasən şəhər hökumətlərinə aiddir. Cari qiymətlər bütün Birləşmiş Millətlər Təşkilatı üzvü dövlətləri arasında Ümumi Daxili Məhsulun, yalnız ABŞ səhiyyəsini qoyur. Ümumi Daxili

Məhsulun səhiyyədə payı 2017-ci ilə kimi 19.5 faiz olacağı gözlənilir. Birləşmiş Ştatlarda səhiyyədə xərclənən hər dollardan 31% xəstəxana ehtiyatlılığına, 21% həkim xidmətlərinə, 10% farmasevtik preparatlara, şəxsi sanatoriyalara, 7% inzibati xərclərə və 23% bütün başqa kateqoriyalar (diaqnostik laboratoriya xidmətlərinə, apteklərə), tibbi qurğuya gedir.

Bununla belə, ötən əsrin sonundan başlayaraq ABŞ səhiyyə sisteminde dövlətin rolunun artması tendensiyası müşahidə edilməyə başlamışdır. 2005-ci ildə dövlət sektorunun səhiyyə sistemində payı 46 fəzədək yüksəlmışdır və artım tendensiyası sa davam etməkdədir.

Səhiyyənin dövlət büdcəsindən maliyyələşdirmə miqyasları müxtəlif ölkələrdə bir-birindən fərqlənir. Bu fərqi səhiyyə xərclərinin adambaşına düşən məbləği, bu xərclərin ÜDM-də payı, əhalinin sağlamlığı ilə bağlı ümumi xərclərdə dövlət xərclərinin xüsusi çəkisi, əhalinin hər on min nəfərinə düşən tibbi heyətin, həmçinin xəstəxana çarpaylarının sayı və s. kimi mühüm göstəricilərə diqqət yetirdikdə daha aydın görmək olur.

BMT-nin 2005-ci hesabatında qeyd edilir ki, Fransada səhiyyə xərc-lərinin 76,9 faizi dövlət tərəfindən təmin edilir. Səhiyyə xərclərinin ÜDM-ə nisbətinə görə yalnız ABŞ və İsvəçrədən geri qalan Fransada həmin xərclərin adambaşına düşən məbləği 2125 dollar (ABŞ-da 3724 dollar) təşkil edir.

Dünya təcrübəsində misal üçün Birləşmiş Ştatlar cəmiyyəti səhiyyə xərclərini maliyyələşdirmək üçün ildə 2 trilyon dollar vəsait xərcləyir ki, bu da həmin ölkədə formalaşan ÜDM-in 15 faizinə bərabərdir. Bu vəsaitin 30 faizi xəstəxanaların saxlanılmasına, 21 faizi həkimlərin

məvacibinə, 10 faizi isə dərmanların alınmasına xərclənir. Xərclənən vəsaitlərin 44 faizi dövlətdən, 37 faizi isə özəl siğortadan maliyyələşdirilir. Birləşmiş Ştatlarda yaşayan əhalinin 54 faizi iş yerləri vasitəsiylə özəl tibbi siğortaya malikdir. Proqnozlara görə, 2030-cu ildə ABŞ-da yaşı 65-də yuxarı olan əhalinin sayı 22 faizi ötəcək. Hesablamalar göstərir ki, 2015-ci ildə bu ölkədə məcmu səhiyyə xərcləri ÜDM-in 20 faizində çatacaq. ABŞ-da 1990-ci ildə əhaliyə göstərilən bütün tibbi xidmətlərin 70 faizini əhalinin yalnız 10 faizi istehlak etmişdi. 1960-ci ildə ABŞ-da səhiyyə xidmətinin ödənilməsinin yalnız 25 faizini dövlət qarşılım知道自己。 75 faizini isə özəl sektor qarşılım知道自己。 Bunu-nla belə ötən əsrin sonundan başlayaraq ABŞ səhiyyə sistemində dövlətin rolunun artması tendensiyası müşahidə edilməyə başlamışdır. Amma artıq bu iki sektorun payı bu sahədə eyniləşməyə başlamışdır. 2005-ci ildə dövlət sektorunun səhiyyə sistemində payı 46 fazadək yüksəlmüşdi və sonra da bu artım davam etmişdi.

Adambaşına düşən ÜDM (Ümum Daxili Məhsul) un səhiyyəyə xərclənməsinə görə ABŞ demək olar ki bütün ölkələri geridə qoyur. 2008-ci il "Health Affairs" jurnalının araşdırmlarına görə ABŞ OECD(İqtisadi Əməkaşlıq və İnkişaf Təşkilatı) yə üzv ölkələrinin hamısından səhiyyəyə daha çox pul xərcləyir, baxmayaraq ki səhiyyə xidmətinin səviyyəsi OECD ölkələrinin demək olar eksəriyyətindən geri qalır. Səhiyyə xərcləmələrinin eksər hissəsi biotexnologiya sahəsində yeni innovasiya texnologoyalarının yaradılması, sınaqdan keçirilməsinə və tətbiqinə sərf edilir. Bu səhiyyənin inkişafı üçün aparılan araşdırma və təhqiqat işlərinə dünya ölkələrinin eksəriyyətindən daha çox vəsait və resurslar sərf edilir.

İllik səhiyyə xərcləri ÜDM -in 15.3%-ni təşkil etməklə Timor Leşti-dən sonra dünyada ikinci yerdə durur. Xərclərin sürətli artımı onu

proqnozlaşdırmağa imkan verir ki 2017-ci ildə bu rəqəm artıq ÜDM-in 20 faizini təşkil edəcək. Xərclərin strukturunu araşdırıldıqda görmək olar ki, səhiyyəyə xərclənən hərbir dolların 31% i xəstəxanaların saxlanılmasına, 39% i fiziki xidmətlərin təmin edilməsinə, 7% i administrativ xərclərə, 23% isə digər kategoriyalara (diaqnostik labaratoriyalara və s.) ayrılır.

2007-ci ildə, ABŞ səhiyyə xərclərinə 2.26 trilyon dollar xərcləyib ki bu da adambaşına 7,439 dollar deməkdir. Maraqlı cəhət ondan ibarətdir ki, tibbi sigorta xərcləri əmək haqqı və inflasiyadan iləbəil daha çox artır. Bunun neqativ cəhətlərindən biri kimi səhiyyə borcu olan əhalinin müflisləşməsini göstərmək olar. Səhiyyə xərclərinin sürətli artımının əsas səbəbi kimi sürətli texnoloji inkişaf və əsasən əhalinin gəlirlərindəki böyük artımlar qeyd edilir. Bu da sigorta xidmətinin qiymətini artırın əsas amillərdən biri kimi rol oynayır.

2008-ci ilin sentyabrında məşhur "The Wall Street" jurnalının araşdırmasına görə iqtisadi böhranın davam etdiyi şəraitdə insanlar tibbi sigorta və səhiyyə xərclərini azaltmağa çalışırlar. Aparılan sorğunun nəticələri göstərir ki, 22% respondentlər daha az həkim köməyindən istifadəni, 11% isə dərmanlardan istifadəni azaldıb.

ABŞ-da xəstəxana və həkimlər göstərdiyi xidmətə görə əsasən paşiyentlərdən və sigortdan gələn gəlirlər hesabına maliyyələşirlər. Əhalinin 84.7% ə qədərinin tibbi sigortası mövcuddur. Amerikada əhalinin tibbi müayinə məbləğini qarşılayan dövlət sigorta kompaniyası fəaliyyət göstərmir. Tibbi sigortaya malik olmayan əhali 15.3% təşkil edir, 45.7 milyon nəfər. Tibbi sigortanın əksər hissəsi işə götürən kompaniya tərəfindən ödənilir. İşə götürənlərin ödədiyi tibbi sigortanın hissəsi (59.3%) təşkil edir. Əhalinin yalnız 9% i

tibbi siğortasını öz hesabına əldə edir. Baxmayaraq ki, tibbi siğorta sistemi tamamilə özəl sektor üzərində qurulmuşdur, dövlətin də təqdim etdiyi bir sıra paketlər var.

Dövlət programları əhalinin 27,8 %-ə (83 milyon ferdə) yönəlir (bu-
ra daxildir, veteranlar, qocalar, əllillər və kasıblar). Dövlət xərcləmə-
ləri ümumi səhiyyə xərclərinin 45-56,1 % i arasında ilbəil dəyişir ki,
bu da ABŞ ı səhiyyədə dövlət xərcləmələrinə görə lider ölkələrdən
birinə çevirir. Dövlət tərəfindən maliyyələşən proqramlara daxildir:

Medicare, 65 yaşın keçmiş uzunmüddətli vətəndaşların.

Medicaid, aşağı gəlirli insanların bir sıra kategoriyalar daxil
olmaqla xərclərinin maliyyələşdirilməsi , uşaqlar, ha-
milə qadınlar və əllillər.

Tricare, hərbçilər üçün

Veterans Administration, veteranlara onların ailələrinə

Aparılan araşdırırmalar göstərir, tibbi siğorta qiymətlərinin ABŞ da
digər OECD ölkələrindən xeyli yüksək olmasından asılı olmaya-
raq, göstərilən səhiyyə xidməti müqayisə olunan müvafiq ölkələrə
nisbətdə müxtlüf göstəricilərə görə geri qalmaqdadır. Buradan belə
bir nəticə çıxartmaq olar ki, səhiyyə və tibbi siğorta üçün ödənişlər
digər ölkələrdən kifayət qədər yüksəkdir. 2008-ci ildə aparılan
araşdırırmalar onu göstərir ki, əhalinin səhiyyə üçün ən çox pul
xərcləyən 1%-lik hissəsinin xərcləmələri bütövlükdə səhiyyə xərc-
ləmələrinin 27%-ni təşkil edir.

Bəzi ekspertlər hesab edir ki, qabaqlayıcı (preventativ) müayinələ-
rin aparılması gələcəkdə yarana biləcək tibbi xərcləmələrin məblə-
ğini azaldır. Lakin, uzun müddət üçün bu kimi tədbirlər hecdə ha-
mı üçün tibbi xərclərə qənaət etmək şansını qazandırmır. Belə ki,
xəstələnmə ehtimalı az olan və demək olar ki ömrü boyu heçbir

xronik xəstəliyə tutulmayan şəxslərin mütəmadi qabaqlayıcı müayinə xərcləri, gələcəkdə xəstələnmə riskləri olan pasiyentlərin uğurlu müayinə xərcləri ilə cəmləndikdə xeyli böyük rəqəm alınır. Buna baxmayaraq, bu kimi xərclər uzun müddətdə pasiyentin da-ha çox yaşamasına və onun həyat illərinin uzanmasına tövə verir.

Səhiyyə maliyyələşdirilməsində dövlət və özəl sektorun oynadığı rola görə dünya ölkələrini üç qrupa bölmək olar:

- ✓ Birinci qrup ölkələr - səhiyyə sistemində güclü dövlət müdafiəsi saxlanılır;
- ✓ İkinci qrup ölkələr - səhiyyə xərcləri əsasən özəl sektorun hesabına təmin olunur;
- ✓ Üçüncü qrup ölkələr - səhiyyə xidmətləri hər iki sektorun hesabına həyata keçirilir.

Almaniyada səhiyyənin maliyyələşdirilməsi ayrı ayrı mənbələrdən daxil olan vəsaitlərin konsolidasiyası yolu ilə həyata keçirilir. Burada icbari tibbi siğorta fondları dövlət bütçəsi, işəgötürənlərin köçürmələri və işçilərin ödənişləri hesabına formalasılır. Tibbi siğorta ödənişlərinin orta ölçüsü əmək haqqı fondunun 13 faizi qədər təşkil edir.

Almaniya Avropanın ən qədim universal səhiyyə sisteminə malik olan ölkələrdən biri olmaqla, tibbi siğorta haqqında ilk qanunvericilik bu ölkədə 1883-cü ildə qəbul edilib. Hal hazırda əhalinin 85% i tibbi siğortadan istifadə edir. Dünya Səhiyyə Təşkilatının rəqəmlərinə görə ölkə səhiyyə sisteminin 77%-i dövlət, 23%-i isə özəl maliyyə mənbələri hesabına maliyyələşir. Aşağı gəlirli işçilərin tibbi siğorta xərcləri qismən hökümət tərəfindən onlara geri qaytarılır. Ortalama xəstəxanada qalmaq müddəti Almaniyada yaxın illərdə

14 gündən 9 günədək aşağı düşüb. Bunun əsas səbəbi kimi də bir sıra ekspertlər 1995-2005-ci illər arasında dərman vasitələrinin qiymətində baş verən kəskin artımlarla (60%) əlaqələndirirlər. Səhiyyə xəcləri ümumiyyətlə 2005-ci ildən etibarən illik ÜDM in 10-12%-ni təşkil edir. Digər Qərbi Avropa ölkələri ilə müqayisədə bu xeyli böyük rəqəm hesab edilsədə, ABŞ dan bu xərclər 1,5 dəfə azdır.

Ölkə səhiyyə sisteminin uğuru kimi digər ölkələrdən fərqli olaraq tibbi sahədə aparılan işlərin daha mütəşşəkkil təşkil olunduğunu demək olar. Almaniya gözlənilən həyat müddətinə görə (78 il) dünyada 3-cü yeri tutur və uşaq ölümünün ən az mövcud olduğu ölkələrdən biridir.

Almaniyada həm dövlət həm də özəl tibbi sıgorta xidmətləri uğurla fəaliyyət göstərir. Bütün maaş alan işçilər dövlət tibbi sıgortasından istifdadə etməyə məcburdurlar. İllik gəliri 50000 evrodan artıq olan şəxslər yalnız özəl tibbi sıgorta xidmətindən yararlana bilərlər.

1965-ci ildə Kanadada səhiyyəyə çəkilən xərclərin ÜDM-də payı 6,5 faiz olmaqla ABŞ-dakına bərabər idisə, 1990-ci illərdə bu göstərici 8,7 faizə qədər olmuşdu. Bununla belə, Kanandada səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyəti xeyli dərəcədə yaxşılaşmışdır. 2001-ci ildə bu ölkədə səhiyyə xərcləri ölkənin ümumi milli məhsulunun 9,7 faizinin təşkil etmişdi. Kanadada müalicə-profilaktika müəssisələrinə vəsait yalnız Milli sıgorta sistemindən daxil olur. Burada tibbi sıgortanın 2 planı mövcuddur. Birinci plan stasionar xidmətləri, ikincisi isə həkimlərin xidmətlərini əhatə edir.

Səhiyyə xidmətlərinə çıxışın sosial tibbi sıgorta vasitəsilə təmin edilməsi praktikası ilk dəfə 19-cu əsrədə Almaniyada tətbiq edilib.

İlkin variantda sigortalama prosesinə dövlətin hər hansı müdaxiləsi olmayıb. Sənayeləşmənin inkişafı nəticəsində iri şirkətlərin yaranması ilə belə şirkətlərin işçiləri tərəfindən yaradılmış səhiyyə fondları şirkət sahibləri tərəfindən dəstəklənməyə başlandı. Bunun nəticəsində bir neçə və ya bütün işçilərin sağlamlıqlarının sigortalanmasını nəzərdə tutan model ortaya çıxdı. Sozial sigorta haqları əhalinin hamısı və ya bir hissəsi üçün məcburi xarakter daşıyır. Sosial tibbi sigorta haqları digər növ məcburi vergi və ya yığımlardan fərqlənir. Macarıstan, Slovakiya, Xorvatiya və Estoniyada sigorta vəsaitləri vahid milli tibbi sigorta fonduna, Belçikada isə vahid sosial sigorta fonduna toplanır.

Ümumiyyətlə Avropada sosial tibbi sigorta 2 müxtəlif variantda mövcuddur.:

- ✓ Bismark modelinə əsaslanan Qərbi Avropa Sosial Sigorta Modeli;
- ✓ Sovet sisteminin çöküşündən sonra Mərkəzi və Şərqi Avropa ölkələrində yaranan model.

Almanyanın müasir tibbi sigortası səhiyyə sisteminin təşkilinin Bismark modelinin əsas prinsiplərini əsasən qoruyub saxlayıb. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi ayrı-ayrı mənbələrdən daxil olan vəsaitlərin konsolidasiyası yolu ilə həyata keçirilir. Belə ki, müalicə-profilaktika müəssisələrinin aldığıları vəsaitlər aşağıdakı mənbələr hesabına baş verir:

- ✓ 60 faizi - icbari tibbi sigorta, bunun da 25 faizi işçilərin ailə üzvlərinin sigortalanması;
- ✓ 10 faizi - könüllü tibbi sigorta;
- ✓ 15 faizi - dövlət büdcəsi;
- ✓ 15 faizi - vətəndaşların şəxsi ödənişləri.

Özəl tibbi siğorta pullarının yiğimi müstəqil özəl təşkilatlar - özəl kommersiya siğorta şirkəti və ya özəl qeyri-kommersiya siğorta şirkəti və fondları tərəfindən həyata keçirilə bilər. Özəl tibbi siğorta dövlət tərəfindən qismən subsidiyalşa bilər. Bu Avstriya, İrlan-diya və Portuqaliyada nəzərə çarpir. Almaniya və Hollandiyada özəl siğortaçıların vergilərdən azad olması təcrübəsi mövcuddur. Lakin, Belçika, Böyük Britaniya, Danimarka, İspaniya, Finlandiya, Fransa və İsviçrədə özəl siğortaçılar vergidən azad deyillər.

Kanadada Milli siğorta sistemində 3 qrup fondların vəsaitləri top-lanır:

- ✓ Federal fondlarının və əyalət bütçələri fondlarının vəsaitləri;
- ✓ Özəl siğorta şirkətlərinin vəsaitləri;
- ✓ Könüllü ianələr.

Fransada əhalinin icbari tibbi siğorta proqramları ilə əhatə olunma səviyyəsi yüksək olmasına (əhalinin 80 faizindən çoxu belə proqramlarla əhatə olunub) baxmayaraq, icbari siğorta fondu siğortalanın tibbi xidmətlər üzrə məsrəflərin yalnız 75 faizini ödəyir. Müalicə xərclərinin tam ödənilməsi üçün icbari tibbi siğortadan əlavə olaraq həm də könüllü tibbi siğortanın olması zəruridir. Xəstələnmə, həmçinin əmək qabiliyyətinin müvəqqəti və ya uzunmüddəti itirilməsi hallarında icbari tibbi siğorta hesabına həm də dərmanların dəyərinin 70-90 faizi ödənilir. Fransada siğorta cəmiyyətləri federasiyasına 90 siğorta şirkəti daxildir. Onlar icbari tibbi siğortaya əlavə olaraq sağlamlığın siğortası üzrə əhaliyə əhatəli şəkildə xidmətlər təklif edirlər. Beləliklə, Fransada pasiyent tibbi xidmətləri bilavasitə özü ödəyir, icbari tibbi siğorta isə onun məsrəflərinin bir hissəsinin əvəzini ödəməklə bazar iqtisadiyyatı şəraitində tibbi yardım əhali üçün müəyyən qədər əlçatan edir.

Ötən əsrin 90-ci illərində bir neçə ölkədə yeni yaradılmış tibbi siğorta sxemi çərçivəsində xərclərin bölüşdürülməsinə dair tədbirlər planı quruldu. Bu ölkələrə Albaniya, Bolqarıstan, Slovakiya və Xorvatiya daxildir. Qərbi Avropa ölkələri kimi bu ölkələrdə də xərclərin bölüşdürülməsi dərman reseptlərinin ödənişi zamanı tətbiq edilirdi. Istifadəçilərin payı dərman ləvazimatlarına çəkilən xərclərdə yüksəlməyə başladı.

Yaponiya ümummilli miqyasda sosial siğortanı tətbiq edən ilk Asiya ölkəsidir. Sosial siğorta bu ölkədə 1961-ci ildə tətbiq edilmişdir. Yaponiyada səhiyyə xərcləri ümumi milli məhsulun təqribən 7 fai zi miqdarındadır. Ölkə əhalisinin böyük əksəriyyəti tibbi siğortanın 2 əsas sisteminin fəaliyyəti ilə əhatə olunub:

1. ərazi prinsipi üzrə qurulmuş sağlamlığın siğortasının milli sistemi;
2. istehsal prinsipi üzrə qurulmuş muzdla işləyənlərin siğortası sistemi.

Yaponiyada tibbi siğorta sistemindən əlavə bir sıra ictimai fondlar da mövcuddur.

SSRİ-də ilkin səhiyyə xidməti məhz ilkin tibbi-sanitar xidməti kimi təqdim edilirdi. SSRİ dağıldığdan və yeni müstəqil dövlətlər yarandıqdan sonra həmin ölkələrin əksəriyyətində səhiyyə sisteminin yenidən qurulması prioritet vəzifələrdən birinə çevrildi. Belə ki, bu ölkələrin hamısının səhiyyəsində bir sıra oxşar problemlər mövcuddur. Lakin onların hamısı üçün ən başlıca problem ənənəvi sovet sistemindən irsən keçmiş kəskin maliyyə çatışmazlığıdır. Bu ölkələrdə səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin əsas yükü dövlət büdcəsinin üzərinə düşür. Həmin dövlətlərdə tibbi siğorta sistemi

hələ də ya ümumiyyətlə formalaşmayıb, ya da kifayət qədər inkişaf etməyib. Əhalinin əksəriyyətinin yaşayış səviyyəsi aşağı olduğundan onların müalicə xərclərini birbaşa ciblərindən ödəmə imkanları da məhduddur. Buna çox az qisminin imkani çatır. Nəticədə əhalinin çox hissəsi vaxtlı-vaxtında həkim müayinəsindən keçə bilmədiyindən ümumi xəstələnmə halları çıxalır, xəstəliklərin daha kəskin mərhələlərə keçməsi və müalicə məqsədləri üçün borclama halları durmadan artması baş verir. Amma inkişaf etmiş dövlətlərdə tibbi sıgorta sistemi geniş yayılmışdır.

Ölkədə səhiyyə islahatlarının aparılması və müasir dövrün tələbləri-nə cavab verən milli səhiyyə sisteminin formalaşdırılması üçün qeyd olunan istiqamətlərdə dərin araşdırmaların aparılması zəruridir. Mərkəzi və Şərqi Avropa, həmçinin keçmiş SSRİ ölkələrində makroiqtisadi vəziyyət səhiyyənin sosial tibbi sıgorta yolu ilə maliyyələşdirilməsinə imkan vermir. Bir çox ölkələrdə vətəndaşların hərtərəfli pulsuz tibbi xidmət almaq hüququnun ölkə konstitusiyası ilə təsbit olunması kimi kommunist dönməmindən miras qalmış yanaşmalar saxlanmaqdadır. Azərbaycanda səhiyyənin maliyyələşdirilməsi ilə birbaşa bağlılığı olan vergi növü tətbiq olunmasa da, bu sistemin əsas maliyyə mənbələrindən biri kimi büdcə vəsaitləri çıxış edir.

2000-ci ildə büdcədən səhiyyəyə ayrılan 40,9 milyon manat ümumi xərclərin 5,4 faizini təşkil edirdi, 2008-ci ildə bu rəqəmin 332 milyon manata qalxmışdı. Lakin buna baxmayaraq, ümumi xərclərdə səhiyyənin payı 3,9 faizə düşüb. Yalnız 2004-2005-ci illərdə bu göstərici 2000-ci ilin səviyyəsində olub. Qalan illərdə aşağıdüşmə tendensiyası hiss edilib.

2001-ci ildə büdcədən səhiyyəyə ayrılan xərclər 42 milyon manat, 2002-ci ildə 44,8 milyon manat, 2003-cü ildə 55,3 milyon manat,

2004-cü ildə 73,5 milyon manat, 2005-ci ildə 115,3 milyon manat, 2006-cı ildə 162 milyon manat, 2007-ci ildə 257,2 milyon manat olub. Amma bu artım xüsusilə səhiyyə işçilərinin əməkhaqlarında öz əksini tapmayıb. Bir dəyişiklik mərkəzləşdirilmiş xərclərin artırılmasıdır. 2006-ci ildə səhiyyə xərclərinin böyük hissəsi yerli xərc-lərə yönəldilirdi. Yalnız 30 faizi mərkəzləşdirilmiş xərclər üçün - yəni səhiyyənin idarə edilməsi ilə bağlı məsələlərə saxlanırı.

Amma hazırda mərkəzləşdirilmiş xərclər səhiyyəyə ayrılan vəsaitin 60,9 faizini təşkil edir ki, bu da birbaşa tibbi xidmətə ayrılan vəsaitin iki dəfə azalmasıdır.

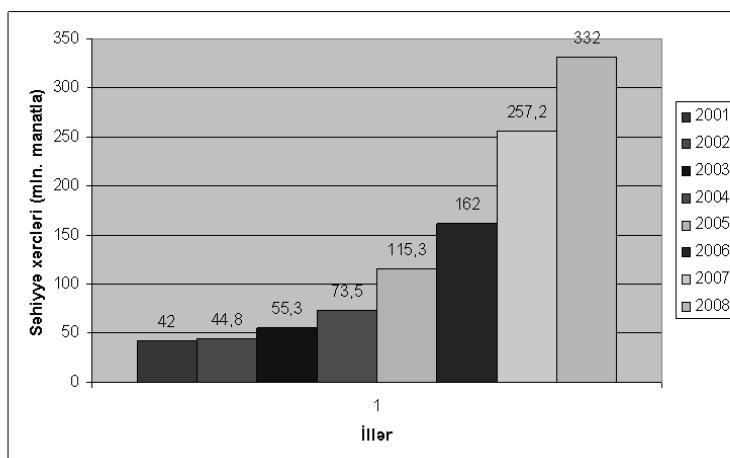


Diagram 2

Mənbə: Dövlət bütçəsindən Səhiyyə bölməsinə ayrılan vəsaitin həcminin dəyişməsi (<http://www.health.gov.az/news.php?id=78>).

2005-ci ildə səhiyyə obyektlərinin təmirinə və tikintisinə 4,1 milyon manat xərclənib, 2006-ci ildə bu rəqəm 20,5 milyon manat, 2007-ci ildə 58,4 milyon manat olub. 2006-ci ildə dövlət bütçəsində sə-

hiyyə xərclərinin 61,1 faizinə qədəri, yaxud 91,9 milyon manatı əməyin ödənilməsi məqsədlərinə ayrılib.

Bir sıra sektorlarda maaşların artırılması vacibdir. Belə sektorlardan biri də səhiyyədir. Səhiyyə sektoru hazırda dövlət büdcəsindən maliyyələşən sektorlar arasında ən aşağı göstəriciyə malikdir. Burada orta əməkhaqqı 90-100 manat arası dəyişir. 2009-cu ildə məcburi tibbi siğorta tətbiq olunarsa, həkimlərə verilən qeyri-rəsmi ödənişlər azalar. Dünya Bankının məlumatına görə, səhiyyə xərclərinin 70 faizi əhalinin ödədiyi qeyri-rəsmi ödənişlər hesabına formalaşır. Məcburi tibbi-sığorta tətbiq edilərsə, bu ödənişlərin faizini azaltmaq mümkün olar. Bu gün dövlət büdcəsində səhiyyəyə ayrılan xərclər cəmi 4 faiz təşkil edir ki, burada da səhiyyə xidmətlərinin payı 1 faizdən də aşağıdır. Əməkhaqlarının artırılması, eyni zamanda səhiyyə işçilərinin ixtisarları ilə müşahidə olunmalıdır. Bu gün səhiyyə işçilərinin çox olması maaşların ciddi artımına mane olan əsas amillərdən biridir. Çünkü dövlət büdcəsindən bu sektora ayrılan vəsaitlərin 70 faizi məhz əməkhaqlarına ayrılır. Büdcənin səhiyyənin maliyyələşdirilməsindəki payı 23 faiz, xarici yardımçılar isə 2 faizdir. Səhiyyə sektorunun maliyyələşməsində iştirak edən vəsaitlərin 2/3 hissəsi əhalinin ödədiyi qeyri-rəsmi ödənişlərdir ki, Dünya Bankı bunu da "stolaltı ödənişlər" kimi təqdim edir. Azərbaycanda 2008-ci il yanvarın 1-dən icbari tibbi siğortanın tətbiqinə və özəl şirkətlərin tibbi siğorta xidmətləri təklif etməsinə baxmayaraq səhiyyənin maliyyələşməsində, tibbi siğortanın payı cəmi 5 faizdir.

Bu gün bu sahədə 90 min işçi çalışır. Hər 10 nəfərə 36,6 həkim, 72,6 tibb işçisi düşür ki, bunlar da olduqca böyük rəqəmdir. Məsələn, Almaniya ilə müqayisədə, təxminən 3 dəfə çoxdur. İxtisarlar olmadan səhiyyədə kəskin əməkhaqqı artımlarının baş verməsi mümkün deyil.

Bununla yanaşı, əhaliyə göstərilən ilkin tibbi-sanitar yardımının keyfiyyət səviyyəsinin və həcmimin aşağı olması problem olaraq qalmaqdadır. Təhlillər göstərir ki, bu, ilk növbədə stasionar və ambulator-poliklinika xidmətləri arasında, ümumi və dar profilli həkimlərin sayıları arasında yaranmış uyğunsuzluqla bağlıdır. Belə ki, hazırda ilkin tibbi yardım göstərən dövlət tibb müəssisələri ix-tisaslaşmış həkimlərlə tam komplektləşdirilməmişdir.

Azərbaycanın səhiyyə sistemi keçid dövrünü yaşayır. Dövlət səhiyyə obyektləri ilə yanaşı, özəl klinikalar da əhaliyə xidmət göstərməyə başlayıb. Bütün bu yeniliklər müəyyən problemlər də yaradır. Amma vətəndaşların heç də hamısı pulsuz xidmət hüquqlarından istifadə edə bilmirlər. Dövlətə məxsus xəstəxanalarda, poliklinikalarda maddi-texniki baza da zəifdir. Özəl klinikalarda isə xidmət haqqının baha olması, qiymətlərin müəyyənləşdirilməsi zamanı ümumi kriteriyalar-dan istifadə edilməməsi və digər mənfi hallar var. Xəstələrə aparılan müalicə ilə bağlı hər hansı təminatın verilməməsi, düzgün olmayan diaqnozların qoyulması da həllini gözləyən problemlərdəndir.

Özəl klinikalardakı qiymətləri ancaq bazar tənzimləməlidir. Bu cür klinikalarda qiymətlərin normallaşdırılmasının iki yolu var. Birinci yol budur ki, özəl klinikaların sayı çoxalsın. Belə olarsa, özəl klinikalar arasında rəqabət artacaq. Klinikalar xəstə cəlb etmək üçün həm qiymətləri aşağı salacaqlar, həm də xidmət keyfiyyətini yaxşılaşdıracaqlar. İkinci yol isə budur ki, gərək dövlət klinikalarının səviyyəsi o qədər artsın ki, özəl klinikalara müraciət edənlərin sayı azalsın. Vətəndaş dövlət xəstəxanasında istədiyi keyfiyyətli müalicəni alarsa, artıq pul ödəyib özəl klinikaya yolanmağa da həvəsl olmayıacaq. Bununla da özəl klinikalar məcbur olub qiymətləri aşağı salacaqlar. Amma özəl klinikalardakı qiymətlərin inzibati yollarla müəyyənləş-

dirilməsi, bu hüququn Tarif Şurasına verilməsi həmin tibb müəssisələrinin məhvinə gətirib çıxara bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, özəl səhiyyə Azərbaycanda yeni-yeni inkişafa başlayıb. Özəl klinikalar Azərbaycanın səhiyyə sistemində hələ öz yerlərini tam tutmayıblar.

2003-cü ildən 2008-ci ilədək dövlət bütçəsi 10 dəfədən çox, səhiyyə sektoruna bütçədən yönəldilmiş vəsaitlər isə 6,3 dəfə artıb.

Məlumat üçün bildirək ki, 2007-ci ildə Azərbaycanda ümumi səhiyyə xərclərinin yalnız 25 faizini dövlət ödəmişdi. Dünya Bankının tədqiqatlarına əsasən, 2003-cü ildə bu, 23 faiz olub. Halbuki İqtisadi Əməkdaşlıq və İnkişaf Təşkilatının üzvü olan ölkələrdə bu göstəricinin orta səviyyəsi 73 faizdir. Çexiya, Lüksemburq və Slovakiyada əhalinin səhiyyə xərclərinin 90 faizə qədəri, Böyük Britaniyada, İsveç, Danimarka və Norveçdə 85 faizə qədəri, Almaniya da 79, İsveçrədə 58, Fransada 76, İtaliyada 75 faizi dövlət hesabına ödənilir. Səhiyyədə əsasən bazar münasibətlərinin üstünlük təşkil etdiyi ABŞ-da səhiyyə xərclərində dövlətin payı 45 faizə yüksəlib.

Son illər dövlət bütçəsindən səhiyyə sektoruna ayrılan vəsaitlərin həcmiin artmasına baxmayaraq, bu sektorda bir sıra problemlər ənənəvi xarakter alıb. Belə ki, səhiyyə xərcləri 2008-ci ildə 332 milyon manat olsa da, səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payı 1 faiz ətrafinə olmuşdur. Bundan başqa 2008-ci ildə 2007-ci ilə nisbətən 4,4 faizdən 3,9 faizə düşmüşdür. Dünya Bankının son hesablamaşları-na görə səhiyyə xərclərinin 70 faizini qeyri-rəsmi ödənişlər təşkil edib. Dövlət bütçəsinin payı isə 23 faizdir. Xarici qrantların payı 2, tibbi siğorta isə 5 faizdir. Bu isə o deməkdir ki, hələ də səhiyyə sektorunda qeyri-rəsmi ödənişlər heqemonluq edir. Səhiyyə xidmətlərinin ödənişsiz olması ilə bağlı Səhiyyə Nazirliyinin sərəncamına

baxmayaraq hələ də qeyri-rəsmi ödənişlər problemi var. Azərbaycanda hər min nəfərə 7,6, Almaniyada 3,8, Türkiyədə 2,3 çarpayı düşür. Buna baxmayaraq çarpayılardan istifadə əmsali Avropa ölkələrinə nisbətən xeyli aşağıdır. Belə ki Azərbaycanda çarpayıların 26,1, Almaniyada 89,5, Türkiyədə isə 61,0 faizi istifadə edilir. Bu göstərici MDB üzrə 85,9 faizdir. Dövlət bütçəsindən ayırmalar çarpayıların sayına əsasən hesablaşdırılmışdan bu vəsaitlərin səmərəli bölüşdürülməsinə imkan vermir. 102,6 milyon manatlıq siğorta ödənişlərinin cəmi 0,52 milyon manatı həyat siğortasıdır. Bu isə yalnız əhalinin həyat siğortasına marağının azalması ilə deyil, həmçinin siğorta şirkətlərinin tibb müəssisələri ilə işləyə bilməməsindədir. Bəzi hallarda tibb müəssisələrinin siğorta şirkətlərindən tələb etdiyi məbləğ böyük olduğundan həmin şirkətlər həyat siğortası müqavilələrinin bağlanması maraqlı deyillər.

Eyni zamanda Azərbaycanda daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslər və əcnəbilər tibbi siğorta sistemində yerli vətəndaşlar kimi eyni hüquq və vəzifələrə malikdirlər. Ölkəmizin siğorta bazarı gənc olduğundan burada yüksək inkişaf tempindən danışmaq yeriñə düşmür ki, bunun da bir sıra obyektiv və subyektiv səbəbləri var. Amma dünyanın bir çox ölkələrində siğorta bazarı və bu bazarın kontekstində tibbi siğorta inkişaf edib. Məsələn, ABŞ-da sahiyyə xərclərini maliyyələşdirmək üçün ildə 2 trilyon dollar vəsait xərclənir. Xərclənən vəsaitlərin 44 faizi dövlətdən, 37 faizi isə özəl siğortadan maliyyələşdirilir. Birləşmiş Ştatlarda yaşayan əhalinin 54 faizi iş yerləri vasitəsilə özəl tibbi siğortaya cəlb olunur. Bu ölkədə yaşayanların cəmi 16 faizi siğortalanmayıb.

Ekspertlərin fikrincə, Mərkəzi və Şərqi Avropa, həmçinin keçmiş SSRİ ölkələrində makroiqtisadi vəziyyət sahiyyənin sosial tibbi si-

şorta yolu ilə maliyyələşdirilməsinə imkan vermir. Qeyri-rəsmi iqtisadiyyatın böyük həcmi, kənd təsərrüfatında məşğul olan işçi qüvvəsinin çoxluğu, işsizliyin yüksək səviyyəsi kimi amillər vəziyyəti daha da gərginləşdirir. Elə məhz bu amillər də sosial tibbi siğortanın bazasını kiçildir.

Tibbi siğorta sistemində siğorta olunan vətəndaşların hüquqları aşağıdakılardır:

- ✓ Tibbi siğorta şəhadətnaməsini aldıqları andan qanunvericilikdə müəyyən olunmuş hüquqlardan istifadə etmək;
- ✓ Tibbi siğorta müqaviləsi ilə müəyyən edilən tibbi yarım növlərinə və həcminə uyğun olaraq tibbi siğorta sisteminə daxil olan tibb müəssisələrindən hər hansı birini və həkimi seçmək;
- ✓ Profilaktik yardım da daxil olmaqla, Azərbaycan Respublikasının bütün ərazisində icbari tibbi siğorta programından az olmayan həcmdə tibbi yardım almaq;
- ✓ İcbari tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərinə uyğun olaraqlan tibbi xidmətdən istifadə etmək;
- ✓ Tibbi siğorta müqaviləsinə əsasən müraciət etdiyi tibb müəssisəsindən sağlamlığının vəziyyəti, eləcə də tətbiq olunan müalicə metodları və onların nəticələri barədə məlumat almaq;
- ✓ Siğorta edənə, tibbi siğorta təşkilatına, tibb müəssisəsinə, tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərindən asılı olmayaraq, onların təqsiri üzündən vurulmuş zərərin ödənilməsi də daxil olmaqla, qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada iddia qaldırmaq;
- ✓ Könüllü tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərində müəyyən edilmişsə, istifadə edilməyən siğorta haqqının bir hissəsini geri almaq.

Ölkədə tibbi siğorta konsepsiyasının tətbiqi həm əhaliyə göstərilən keyfiyyətli tibbi xidmət, həm də səhiyyəyə ayrılan maliyyə xərclə-

rinin sistemli şəkildə qurulmasını ehtiva edir. Çünkü icbari siğorta-ya görə əmək haqqından ildə nə qədər pul ödənilməsi və bunun müəssisə ilə vətəndaş arasında necə bölünməsi məlum deyil. Ekspertlər bu məqsədlə dünya ölkələrinin təcrübəsindən yararlanma-ğı tövsiyyə edirlər. Belə ki, Almaniyada tətbiq olunmağa başlayan sistem onu nəzərdə tutur ki, ümumilikdə 13 faiz olmaqla 6,5 faiz vətəndaşlar, 6,5 faiz müəssisələr ödəyir. Fransada isə bu, 19 faizdir. Bəzi dövlət müəssisələri bu pulu özü ödəyir, bəziləri də vətəndaş-ların əmək haqqından tuturlar.

Ekspertlərin qənaətinə görə, keyfiyyətli tibbi xidmət göstərmək üçün ölkədə səhiyyə xərcləri ümumadxili məhsulun 6 faizindən az olmamalıdır. Amma Azərbaycanda bu rəqəm xeyli azdır. İcbari siğorta üsulunun tətbiqinə səbəb də budur. Bu üsulun tətbiqi özündə həmçinin müalicənin protokollaşdırılmasını nəzərdə tutur ki, bunun vasitəsilə həkimlərin müalicə prosesinə aid olmayan prose-durlarının qarşısını almağa xidmət edir. Belə ki, əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlər şərti olaraq iki hissədən ibarət olacaq. Bunlardan birincisi icbari siğorta, yəni baza zərfinə daxil olan xidmətlər, ikinci, bunlardan əlavə digər tibbi xidmətlərdir. Baza zərfinə daxil olan xidmətlərin pulunu Nazirlər Kabineti yanında yaradılmış dövlət agentliyi ödəyəcək. Bura həm vətəndaşların siğorta üçün ödədiyi pullar, həm də dövlət büdcəsindən ayırmalar daxil olacaq. İcbari tibbi siğortanın məğzi ondan ibarətdir ki, vətəndaş hər il tibbi siğorta üçün müəyyən məbləğ ödəyir və həmin il ərzində müəyyən tibbi xidmətlərdən pulsuz istifadə edə bilir. Qalan xidmətlərin pulunu isə vətəndaşlar özləri ödəyəcəklər. İstənilən tibb müəssisəsinə müraciət edə biləcək əhaliyə hər iki növ xidmət üçün siğorta vəsiqəsi veriləcək. Qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələri və ya fərdi tibbi fəaliyyətlə

məşğul olan şəxslər tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərini pozduqda tibbi siğorta təşkilatı göstərilən tibbi xidmətin haqqını tam və ya qismən ödəməmək hüququna malikdir. Tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməsinə görə tibbi siğorta təşkilatı siğorta olunan və ya siğorta edən qarşısında məsuliyyət daşıyır.

Tibbi siğorta haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanununa əsasən tibbi siğorta müqaviləsinin forması və bağlanma qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir. Tibbi siğorta təşkilatları səhiyyə sisteminə daxil deyil. Tibbi siğorta təşkilatından vergi tutulması Azərbaycan Respublikasının müvafiq qanunvericiliyinə uyğun olaraq tənzimlənir. Tibbi siğorta sisteminə mülkiyyət formasından asılı olmayaraq tibb müəssisələri siğorta olunanların əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsini təsdiq edən sənəd vermək hüququna malikdirlər.

Bundan başqa 2009-cu ildə sosial ipoteka kreditlərinin verilməsi üçün 16 milyon dollar ayrılib. 2009-cu ilin büdcəsi cəmi 11 faiz artsa da, səhiyyə xərclərində artım 32 faizdir. 2009-cu ilin büdcə gəlirləri 12 355 milyon manat (o cümlədən mərkəzləşdirilmiş gəlirləri 11 697 830,2 min manat, yerli gəlirləri 479 169,8 min manat, mərkəzləşdirilmiş xərcləri 11 095 178,5 manat, yerli xərcləri 1 259 821,5 manat) səviyyəsində təsdiq edilib. Ümumi dövlət xidmətləri xərcləri 976 959 195,0, Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi 1 441 423,0 min manat, İcabarı Tibbi Siğortanın tətbiqi ilə bağlı xərclər 51 111 021,0 min manat təşkil etmişdi. 2008-ci ildə isə tibbi siğortaya 4 milyon manat vəsait ayrılmışdı.

2003-2008-ci illərdə Azərbaycanda ümumi daxili məhsul 4,2 dəfə artaraq 7,2 milyard manatdan 30,4 milyard manata çatmışdır.

Adambaşına düşən ÜDM-in həcmi 2003-cü ildə 888 manat olduğu halda, 2008-ci ildə 3554 manat təşkil etmişdir.

Sovet dövründə siğorta məcburi olduğu üçün Azərbaycanda da siğorta ənənələri formalaşmayıb. Bu gün xəstəxanaların əksəriyyətində tibbi siğorta qəbul edilmir. Xüsusən də bu problem dövlət xəstəxanalarında mövcuddur.

Hazırda Azərbaycanda əhalinin gəlirlərinin 70 faizdən çoxu istehlak mallarının alınmasına xərclənir. Digər 10 faizi vergi və rüsumların ödənilməsinə sərf edilir. Yerdə qalan vəsait az olduğundan əhali siğortalana bilmir. Digər tərəfdən də əhalinin tibbi siğorta haqqında məlumatı aşağı səviyyədə olmasıdır. Araşdırmlar göstərir ki, bu gün Avropada, Amerikada siğortalanmanın yüksək olması əhalinin gəlirləri ilə bağlıdır. Bu səbəbdən əhali gəlirlərinin 1/3-ni siğorta və digər bu kimi məsələlər sərf edə bilir. ABŞ-da hazırda ÜDM-in 8 faizini, Avropada 11 faizini siğorta ödənişləri təşkil etsə də, Azərbaycanda bu rəqəm 1 faizə belə çatmır.

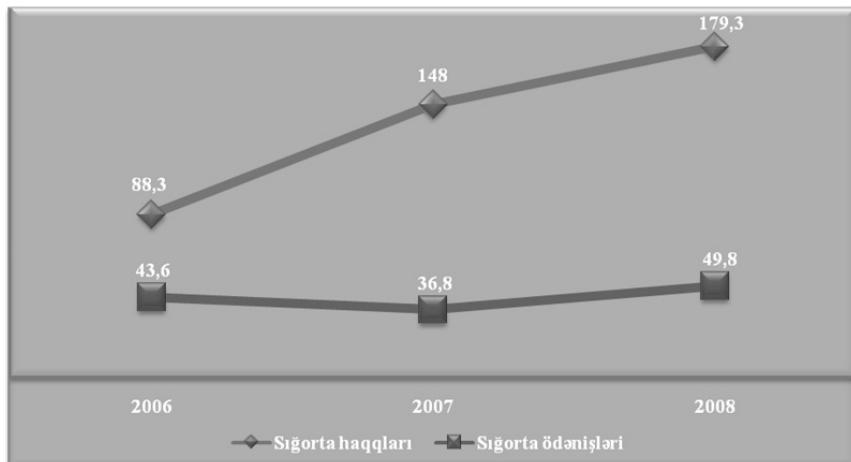
İcbari tibbi siğorta müqavilələri üzrə qəbul edilən öhdəliklər könüllü tibbi siğorta müqavilələri üzrə siğorta məsuliyyətinə daxil deyildir. Tibbi siğorta müqavilələri qabaqcadan tibbi arayış olmadan bağlanır. Tibbi siğorta müqavilələri qabaqcadan tibbi arayış olmadan bağlanır. Narkoloji, psixonevroloji, vərəm, onkoliki və dəri-zöhrəvi disponerlərdə uçotda olan vətəndaşlar siğortaya qəbul olunmurlar.

SIĞORTA BAZARININ INKİŞAF XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Sığorta bazarının inkişafı ölkə iqtisadiyyatı və ən əsası keçid dövrü iqtisadiyyatları üçün çox böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ölkə iqtisadiyyatında son illərdə baş verən dinamik inkişafın nəticəsi kimi, digər sektorlarla yanaşı sığorta sahəsində böyük irəliləyişlər əldə edilmişdir. Əsas göstərici kimi, sığorta məhsulları bazarında rəqabət mühitinin səviyyəsini artması, təklif edilən xidmətlərin çeşidliliyinin təmin edilməsi ilə beynəlxalq təcrübə ölkədə çox məharətlə həyata keçirilir. İndi ölkə ərazisində qyed etdiyimiz kimi 28 sığorta şirkəti fəaliyyət göstərir, əlavə olaraq isə bir təkrarsıgorta kompaniyası mövcuddur. Ölkədəki iqtisadi sabitliyin və sığorta bazarı üçün yaranan imkanların nəticəsi kimi, fəaliyyət göstərən sığorta şirkətlərinin nizamnamə kapitalı 2008-ci ildə 79.8 mln manat təşkil etmişdir və keçən ilə nisbətən 23.2% artmışdır.

Baxmayaraq ki, Azərbaycanda sığorta bazarı o qədərdə çıxəklənməyib, ölkə sığorta bazarının xüsusiyyətlərini təhlil etdikdə görmək olar ki, MDB ölkələri içərisində Azərbaycanın sığorta bazarı özünməxsus inkişaf xüsusiyyətləri ilə seçilir. Baxmayaraq ki, 2008-ci ildə sığorta haqlarının ÜDM-də 0,71 faiz çəkiyə malik olmuşdur, adam-başına düşən sığorta haqlarının 9,17 avro təşkil etməsi, eləcə də son üç il ərzində sığorta bazarının həcmində qeydə alınmış sürətli artım

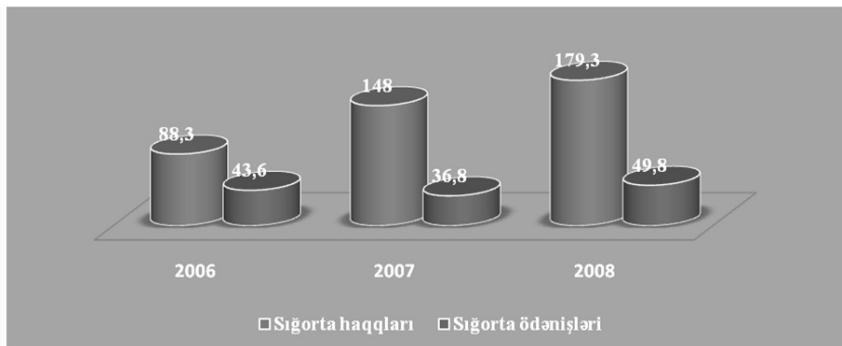
MDB ölkələri ilə müqayisədə Azərbaycanın həm də inkişaf üçün ən potensial ölkələrdən olduğunu təsdiqləyir. Bununla belə, son üç il ərzində ölkədə sıgorta haqqları və ödənişlərinin həcmində fərqli dinamika müşahidə olunmuşdur. Bütün bu kimi göstəricilər sıgorta kompaniyalarının gələcəkdə tibbi sıgorta prosesinin aparılmasında heçbir çətinlik çəkməyəcəklərinin sübutudur.



*Şəkil 1. Sıgorta haqqları və ödənişlərinin dinamikası,
mln manatla*

Mənbə: Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi (MN)

Azərbaycanda fəaliyyət göstərən sıgorta şirkətləri tərəfindən 2008-ci ildə ümumilikdə 179,3 mln. manat həcmində sıgorta haqqı toplandılib ki, bu da 2006-ci ilin analoji göstəricisindən 103%, 2007-ci ilin göstəricisindən isə 21,1% çoxdur. Sıgorta ödənişlərinin həcmində isə bu dövr ərzində dəyişkən dinamika qeyd olunmuşdur. Belə ki, sıgorta ödənişləri 2006-ci il ilə müqayisədə 2007-ci ildə 15.6% azalaraq 36.8 mln manat səviyyəsinə düşmüştür. Lakin növbəti il bu göstəricinin həcmi 35,5% artaraq 49,8 mln. manata çatmışdır.



*Şəkil 2. Sığorta bazarının həcmi,
mln manatla*

Mənbə: (MN)

Son üç il ərzində siğorta bazarının inkişafı özünü siğorta məhsullarının həcmində göstərmişdir. Maliyyə Nazirliyinin siğorta məhsullarının qruplaşdırılması üzrə apardığı bölgü daxilində, xüsusilə həyat, qeyri-həyat və icbari siğorta məhsulları qruplarında keçən hesabat dövrləri ərzində fərqli dinamikalar müşahidə olunmuşdur.

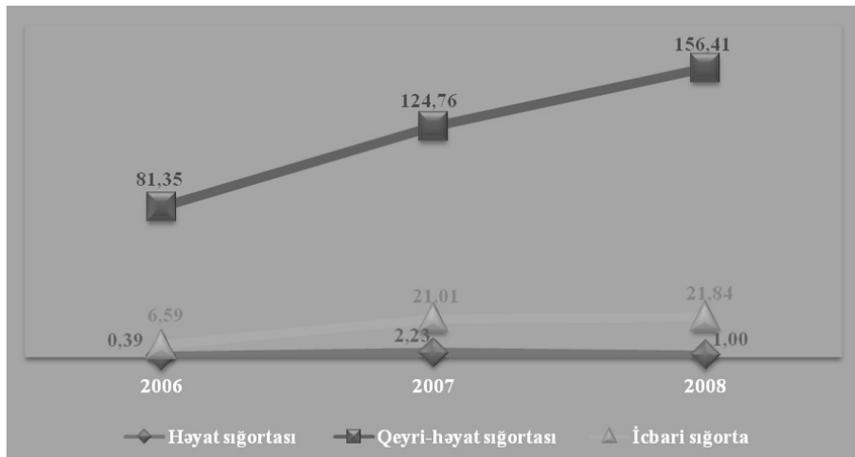
*Cədvəl 1
Sığorta məhsullarının həcminin son illər üzrə dinamikası,
mln manatla*

<i>Sığorta növləri</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>artım, %-la</i>	<i>2008</i>	<i>artım, %-la</i>
Həyat sığortası	0.39	2.23	471.00	1.00	-55.15
Qeyri-həyat sığortası	81.35	124.76	53.36	156.41	25.36
İcbari sığorta	6.59	21.01	218.81	21.84	3.80
CƏMI	88.33	148.00	67.55	179.25	21.11

Mənbə: (MN)

Ölkə siğorta bazarının özünəməxsus xüsusiyyətlərindən biri qeyri-həyat siğortasının siğorta məhsulları həcmində aparıcı yerə məxsus olmasıdır. Belə ki, bu illər ərzində bu siğorta məhsulu cəmi siğorta haqqlarının 87-92% xüsusi çəkilərinə malik olmuşdur. Göründüyü kimi, beynəlxalq siğorta təcrübəsindən fəqli tendensiyalar müşahidə olunur. Son illər dünya siğorta bazarında həyat siğortasının aparıcı mövqeləri güclənməkdədir. Bu baxımdan son illər dünya siğorta bazarının 58-60%-ni əhatə edən həyat siğortasının bazar payı daim artım dinamikası göstərir. Ölkə siğorta haqqları həcmində həyat siğortası çox aşağı, əhəmiyyətsiz göstəricilərlə ifadə olunur. Belə ki, 2008-ci ildə bu məhsulun xüsusi çəkisi cəmi siğorta məhsullarının 1%-i həcmində olmuşdur. Bu siğorta məhsulunun zəif xüsusi çəkiyə malik olması ilk növbədə umumilikdə cəmiyyətin, ayrılıqda əhalinin həyat səviyyəsinin inkişaf imkanları, bu siğorta məhsulunun təşviqat imkanlarının zəifliyi və siğorta institutlarının müvafiq inkişaf səviyyəsi ilə əlaqələndirmək olar.

Qeyd etdiyimiz kimi, ölkə siğorta bazarında aparıcı mövqelərə malik məhsul qeyri-həyat siğortasıdır. Bu siğorta məhsulunun həcmi 2006-ci ildəki 81.35 mln manat səviyyəsindən 2008-ci ildə 75.06 mln manat və ya 92.3% artaraq 156.41 mln manat səviyyəsinə qədər artmışdır. Bu siğorta məhsulu 2008-ci ildə ölkə siğorta bazarında cəmi məhsulların 87%-ni təşkil etmişdir.



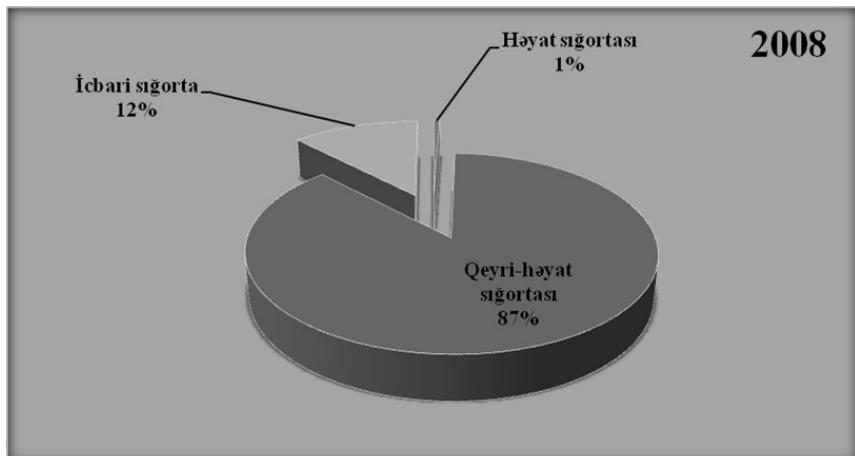
*Şəkil 3. Sığorta məhsullarının dinamikası,
mln manatla*

Mənbə: (MN)

Son illər ərzində ölkə sığorta haqqları bazarının həcmində icbari sığorta məhsullarının xüsusi çəkisinin artım dinamikası müşahidə olunur. Son illər hökumətin sığorta məhsulları bazarının inkişafını sürətləndirmək məqsədilə bir sıra məhsullar üzrə normativ hüquqi bazanın təkmilləşdirilməsi istiqamətində atdığı addımlar bu tendensiyanın güclənməsinə kömək etmişdir. Nəticədə icbari sığorta məhsulunun həcmi 2006-ci ildəki 6,59 mln manat səviyyəsindən 231% və ya 15,25 mln manat artaraq, 2008-ci ilə 21,84 mln manat təşkil etmişdir.

Son hesabat illəri ərzində təklif olunan sığorta məhsulları çeşidləri baxımından da genişlənmişdir. Belə ki, əgər 2006-ci ildə ölkə sığorta bazarında təklif olunan və istifadə olunan məhsulların sayı 15-ə yaxın idisə, növbəti il bu göstərici 30-a yaxınlaşmış, 2008-ci ildə isə

aktiv satılan məhsulların sayı 35-i keçmişdir. Təklif olunan sıgorta məhsulları çeşidinin artması iqtisadiyyatın inkişafı ilə bərabər ölkədə sıgorta institutlarının inkişafı ilə də bağlı olmuşdur.



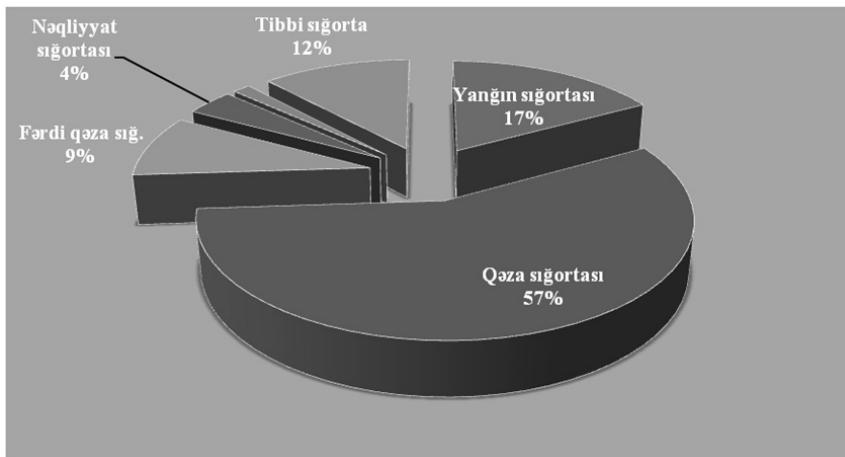
Şəkil 4. 2008-ci ildə sıgorta məhsullarının xiüsusi çəkilişləri, %-lərlə

Mənbə: (MN)

Ölkə sıgorta bazarında son hesabat ili ərzində könüllü sıgorta növləri üzrə yığım 157.4 mln manat təşkil etmişdir ki, bu da əvvəlki ilin göstəricisindən 23.9% çoxdur. Bu sıgorta məhsulu qrupunun tərkib hissəsi olan həyatın sıgortası üzrə toplam isə 1 mln manat olmuşdur və bu göstərici də əvvəlki ilə nisbətən 2.2 dəfə azdır. İcbari sıgorta məhsulları üzrə yığım göstəricisi əvvəlki ilə nisbətən 4% artaraq, 21.84 mln manat təşkil etmişdir. 2008-ci ildə qeyri-həyat sıgorta məhsulları qrupunun strukturunda daha yüksək xiüsusi çəki avtomobilərin sıgortası təşkil etmişdir. Belə ki, son hesabat ilində bu göstərici 56.9 mln manat olmuşdur. Yığımın həcmində görə qeyri-həyat sıgorta məhsulları qrupunun strukturunda növbəti

yerləri yanğın siğortası təşkil edir. Bu məhsul üzrə yığım 2008-ci ildə 18.5 mln manat təşkil etmişdir. Tibbi siğorta məhsulu üzrə yığım göstəricisi 2008-ci ildə 19.2 mln manat olmuşdur.

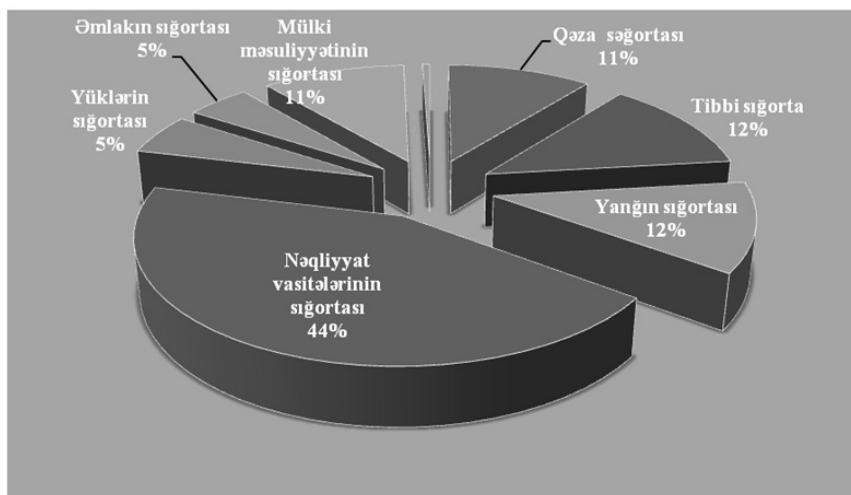
Ölkə siğorta bazarının daha dinamik inkişaf edən məhsulları qeyri-həyat siğortası məhsulları qrupuna aiddir. Son hesabat dövrləri ərzində bu siğorta məhsul qrupunun dinamik inkişaf etməsi ölkə siğorta bazarının özünəməxsus tendensiyalarındandır. Bu baxımdan, bu məhsul qrupunun strukturu, daxili elementlərinin inkişaf xüsusiyətlərinin öyrənilməsi siğorta bazarda mövcud tendensiyaların müəyyənləşdirilməsi baxımından vacibdir. Son hesabat dövrləri ərzində qeyri-həyat siğorta məhsulları qrupuna daxil olan məhsulların strukturu dəyişikliklərə məruz qalmışdır.



Şəkil 5. Qeyri həyat siğortası məhsulları qrupunun 2008-ci ildə strukturu, %-lərlə

Mənbə: (MN)

Belə ki, 2006-ci ildə bu siğorta qrupunun strukturunda qəza siğortasının həcmi əhəmiyyətli xüsusi çəkiyə malik olmuş və 57% təşkil etmişdir. Bu məhsul növü kifayət qədər iri xüsusi çəkiyə malik olmaqla bərabər, 2006-ci ildə əvvəlki ilə nisbətən 15% artım göstərmişdir. Bu struktura daxil olan əhəmiyyətli xüsusi çəkiyə malik olan digər məhsul növü yanğın siğortasıdır. Yanğın siğortası məhsulu 2006-ci ildə cəmi qeyri-həyat siğortasının 17%-i həcmində olmuş və 2005-ci ilə nisbətən 16%-lik artım göstərmişdir. Həmin ilin qeyri-həyat siğorta məhsulları qrupunda digər əhəmiyyətli xüsusi çəkiyə malik məhsullardan biri də tibbi siğortadır. Bu məhsul 2006-ci ildə cəmi qeyri-həyat siğorta məhsullarının strukturunda 12% xüsusi çəkiyə malik olmuşdur.



Şəkil 6. Qeyri həyat siğortası məhsulları qrupunun 2006-ci ildə strukturu, %-lərlə

Mənbə: (MN)

Son 2 illər ərzində qeyri-həyat siğortası məhsulları qrupunun tərkibində müəyyən dəyişikliklər olmuşdur ki, bu da siğorta məhsullarının bazarının bu seqmentinin özünəməxsus inkişaf tendensiyaları ilə bağlıdır. Belə ki, bir sıra yeni məhsulların yaranması bu qrup daxili xüsusi çəki bölgülərinin dəyişməsinə səbəb olmuşdur. Ölkə siğorta bazarında bu illər ərzində qrupa aid olan mülkü məsuliyyətin siğortası, əmlakın siğortası və yüklerin siğortası kimi yeni məhsullardan faydalananmağa başlanılmışdır. 2008-ci ildə bu məhsullar qeyri-həyat qrupuna aid ümumi satış həcminin 21%-ni əldə edə bilmişlər. Həmin dövr ərzində siğorta bazarına ipoteka və kredit siğortaları kimi yeni məhsullar çıxsa belə, onların illik həcminin az olması əhəmiyyətli xüsusi çəki ilə ifadə olunması imkanlarını məhdudlaşdırılmışdır.

Cədvəl 2

Qeyri-həyat siğortası qrupu məhsullarının dinamikası, mln manatla

	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>Əvvəlki ilə nisbətən %-la</i>	<i>2008</i>	<i>Əvvəlki ilə nisbətən %-la</i>
<i>Qəza siğortası</i>	53,560	7,687	-85.6	16,709	117.4
<i>Tibbi siğorta</i>	9,670	13,788	42.6	19,508	41.5
<i>Yangın siğortası</i>	13,850	17,981	29.8	18,536	3.1
<i>Nəqliyyat vasitələrinin siğortası</i>	3,100	47,857	1,443.0	68,440	43.0
<i>Yüklərin siğortası</i>		4,439		8,506	91.6
<i>Mülki məsuliyyətinin siğortası</i>		5,849		16,595	183.7
<i>Əmlakın siğortası</i>				7,272	
<i>İpoteka və Kreditlərin siğortası</i>				868	

Mənbə: (MN)

Qeyri-həyat siğortası qrupu məhsullarının araşdırılması son hesabat illəri ərzində bir sıra məhsullar üzrə dəyişkən dinamikanın olduğunu göstərir.

Son hesabat illəri ərzində dinamik artım tempi göstərən qeyri-həyat siğorta məhsullarından biri də tibbi siğortadır. Bu siğorta məhsulunun həcmi ötən üç il ərzində 9.67 mln manat səviyyəsindən 9.83 mln manat və ya 101.7% artaraq, 19.5 mln manat səviyyəsinə qədər yüksəlmişdir. Tibbi siğorta məhsulunun artım tempi cəmi qeyri-həyat məhsulları qrupunun artım dinamikası ilə eyni olduğundan onun xüsusi çəkisi 2006-ci və 2008-ci illərdə 12% olaraq qalmışdır. Göründüyü kimi bu siğorta məhsulu da siğorta bazarının, ümumiliykdə cəmiyyətin inkişafı ilə birbaşa bağlıdır, əhali və biznes qrupları arasında tələb olunan məhsullar qrupuna aiddir. Eyni zamanda biznes subyektlərində korporativ idarəetmə standartlarının və biznes mühitinin inkişafı bu məhsulun gələcək potensialının da perspektivli olmasını söyləməyə əsas verir.

TİBBİ SİĞORTA HAQQINDA AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QANUNU

Bu qanun əhalinin tibbi siğortanın təşkilati, hüquqi və iqtisadi əsaslarını müəyyən edir, tibbi siğortanın subyektləri arasındaki münasibətləri tənzimləyir. Qanuna əsasən tibbi siğorta subyektləri arasında bağlanmış müqavilələr formasında həyata keçirilir. Tibbi siğorta müqaviləsinin forması və bağlanma qaydasi müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir və tibbi siğortanın ayrı-ayrı növlərinə aid qaydalar və icbari tibbi siğorta münasibətlərinin şamil edilmədiyi şəxslərin kateqoriyaları müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Bundan başqa tibbi siğorta təşkilatı sabit fəaliyyətini təmin etmək məqsədilə Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyində müəyyən olunmuş qaydada ehtiyat fondu yarada biler. Mülkiyyət formasından asılı olmayaraq qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələrinin və fərdi tibbi fəaliyyətlə məşğul olan şəxslərin tibbi siğorta sistemində tibbi xidmətlər göstərmək hüququ vardır. Yəni siğorta edilən şəxslərə xidmət göstərmək. Həmçinin qanunvericilikdə tibbi siğorta olunan vətəndaşdan ödəniş istənilmir. Könüllü tibbi siğorta üzrə tibbi xidmətlər üçün tariflər siğorta təşkilatı ilə bu xidmətləri göstərən tibb müəssisəsi arasında razılaşmaya əsasən müəyyən edilir. Qanunvericilikdə

müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələri və ya fərdi tibbi fəaliyyətlə məşğul olan şəxslər tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərini pozduqda tibbi siğorta təşkilatı göstərilən tibbi xidmətin haqqını tam və ya qismən ödəməmək hüququna malikdir. Tibbi siğorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməsinə görə tibbi siğorta təşkilatı siğorta olunan və ya siğorta edən qarşısında məsuliyyət daşıyır.

Sosial tibbi siğortanın əsas xüsusiyyətləri aşağıdakılardır:

Vahid və ya dəyişilən dərəcələrə uyğun olaraq siğorta ödənişlərinin həcmi ilə gəlirlərin ölçüsü arasında əlaqə;

Hamı və ya əhalinin əksər hissəsi üçün məcburilik;

Siğorta ödənişi üzrə öhdəliyin işəgötürən ilə muzdlu işçi, yaxud başqa agent arasında bölüşdürülməsi;

Vahid fonda yaxud bir neçə fonda ödənişlər;

Təyin edilmiş üzvlük yaxud siğortaçının seçilməsi;

Ödəyicilər üçün gəlirlərin yuxarı və aşağı hüdudlarının olması.

Könüllü tibbi siğortanın növləri aşağıdakılardır:

Əvəzləyici, tamamlayıcı və ya əlavə;

Kommersiya və qeyri-kommersiya siğortaçıları;

Xidmətin fərdin özü tərəfindən və ya onun işəgötürən tərəfindən alınması;

Ərazi prinsipi və ya qrup prinsipi üzrə fərdi risklərin uçotu.

Özəl tibbi siğortanın da bir neçə növü mövcuddur. Özəl tibbi siğorta fərdin yeganə siğorta ödənişi forması (əvəzləyici siğorta) ola, dövlət səhiyyə sistemindən kənar xidmətlər tam və ya qismən (tamamlayıcı siğorta) ödənilə, nəhayət, istehlakçının seçim imkanlarıni genişləndirə və müalicəyə çıxışı (əlavə siğorta) sürətləndirə bilər.

Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində vətəndaşlarla dövlət orqanları, eləcə də dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə müəssisələri və təşkilatları arasında yaranan münasibətlər "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu (26 iyun 1997-ci ildə qəbul edilib) ilə tənzimlənir. Qanuna əsasən əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində insan və vətəndaş hüquqlarına dövlət təminatı və bu təminatla bağlı hüquqi və fiziki şəxslərin məsuliyyəti;

əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi;

tibbi-sosial yardımın hamı üçün mümkünlüyü;

sağlamlığın itirilməsi zamanı vətəndaşların sosial müdafiəsi.

Ümumiyyətlə, Azərbaycanda səhiyyə sistemi keçmiş Sovet İttifaqının son dərəcə mərkəzləşdirilmiş, səmərəsiz planlaşdırma sisteminənən miras qalmış əlamətləri özündə saxlamaqda davam edir.

Sovet səhiyyə sisteminin fərqləndirici mühüm cəhətlərindən biri hərtərəfli tibbi xidməti özündə ehtiva etməsi olub. SSRİ öz Konstitusiyasında hər bir vətəndaşın pulsuz tibbi xidmət almaq hüququnu təsbit edən ilk dövlət olub. əlbəttə ki, Konstitusiyada nəzərdə tutulan bu hüquqdan vətəndaşlar heç də tam istifadə edə bilmirdilər: müalicə zamanı ayrı-ayrı xərcləri (məsələn, dərman və tibbi preparatların alınması xərcləri) vətəndaşlar özləri ödəməli idi, lakin burada da bəzi güzəşt qrupları (uşaqlar, təqaüdçülər, hamilə qadınlar, əllillər, müharibə veteranları və s.) müəyyənləşdirilmişdi və onlar həmin xərclərdən azad olunurdu. Həqiqətdə isə göstərilən tibbi xidmətlərə görə vətəndaşların qeyri-rəsmi vəsait ödəməsi kütləvi hal almışdı.

Qeyri-rəsmi ödənişlərin miqyası və ölçüsü barədə məlumatlar məhduddur. Çünkü belə ödənişlər qanunla qadağan olduğundan və gizli şəkildə həyata keçirildiyindən onun qeydiyyatını aparmaq çox çətindir. Bu sahədə şəffaflığın olmaması da maliyyələşmə sistemində onun rolunu gerçek şəkildə qiymətləndirməyə imkan vermir. Qeyri-rəsmi ödənişlərin leqallaşdırılması gəlirlərinin bir hissəsinin itirmək riski ilə üzləşən tibb müəssisəsi tərəfindən müəyyən güzəşt və ictimai dəstək tələb edir. Aşağı həyat səviyyəsinə malik ölkələrin təvrübəsi göstərir ki, belə təşəbbüslerin praktiki tətbiqi imkanları milli hökumətlərin səhiyyəni tənzimləmək və onların prioritetliyini müəyyənləşdirmək və ya göstərilən xidmətin spektrini məhdudlaşdırmaq qabiliyyətindən asılıdır.

Bundan başqa Azərbaycan regionlarının 2009-2013-cü illərdə sosial-iqtisadi inkişafı adlı dövlət programında 2009-2013-cü illərdə səhiyyə sahəsində həyata keçiriləcək tədbirlər əhalinin sağlamlığının qorunmasına, tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin daha da yüksəldilməsinə, Azərbaycan Respublikasında müasir standartlara cavab verən səhiyyənin qurulmasına təminat verməlidir. Səhiyyə sahəsində dövlət siyasetinin başlıca məqsədi əhalinin sağlamlığının yaxşılaşdırılmasından, orta ömür müddətinin uzadılmasından, əhalinin bütün təbəqələrinin keyfiyyətli tibbi xidmətlə təmin edilməsindən ibarətdir. Qarşıya qoyulan məqsədlərə nail olmaq üçün səhiyyə sahəsində dövlət siyasetinin əsas istiqamətləri aşağıdakılardır:

dövlətin maliyyə imkanları çərçivəsində pulsuz səhiyyə xidmətlərinin genişləndirilməsi və keyfiyyətinin artırılması;
əhalinin sosial cəhətdən aztəminatlı təbəqələrinə tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı tədbirlər sisteminin hazırlanması və həyata keçirilməsi;

analar və uşaqlar arasında qidalanmanın və mikro-nutrientlərlə təminatın yaxşılaşdırılması;
tibbi-profilaktika tədbirlərinin əhatəliliyinin və keyfiyyətinin yüksəldilməsi;
səhiyyə sektorunun tələblərinə uyğun olaraq tibbi kadr hazırlanlığının planlaşdırılması və ailə həkimlərinin hazırlanması;
səhiyyə müəssisələrinin dərman və avadanlıq təminatının yaxşılaşdırılması məqsədilə tibb sənayesi müəssisələrinin yaradılmasının və fəaliyyətinin dövlət tərəfindən dəstəklənməsi;
rayonlarda yeni səhiyyə müəssisələrinin inşası;
bütün ölkə üzrə səhiyyə sahəsində coğrafi məlumat sisteminin yaradılması.

MDB ÖLKƏLƏRİNDƏ SƏHİYYƏ SİSTEMİNİN ÜMUMİ GÖRÜNÜŞÜ

Dünya ölkələrinə nəzər yetirsək görərik ki, Mərkəzi və Şərqi Avro-
pa və keçmiş SSRİ ölkələrində qeyri-rəsmi ödənişlər artıq səhiyyə-
nin əhəmiyyətli maliyyələşmə mənbəyinə çevrilib. Bu isə səhiyyə-
də islahatlara ciddi maneə ola bilər. Qeyri-rəsmi ödənişlər dedik-
də, natural ödənişlər və ya rəsmi kanallardan yayınmaqla fərəd və
institutlaşmış təchizatçıya gedən nağd vəsaitlər nəzərdə tutulur.
Söhbət həkimlərə verilən pullardan, dövlət xəstəxanalarına verilən
haqlardan, dövlət maliyyələşməsi hesabına ödənilməli olan dər-
man və xidmətlərin əvəzinin pasiyentlərin özləri tərəfindən qarşı-
lanmasından gedir.

Qeyri-rəsmi ödənişlər Çexiya istisna olmaqla demək olar ki, bütün
Mərkəzi və Şərqi Avropa və keçmiş SSRİ ölkələrində qeydə alınıb
və hətta sənədləşdirilib. Qeyri-rəsmi ödənişlər problemi uzun
müddətdir ki, bu ölkələrdə narahatlıq doğurur. Bu ölkələrin 7-də
səhiyyə əsasən vergi daxilolmaları hesabına maliyyələşdirilir. Bu
ölkələr aşağıdakılardır:

Albaniya

Qazaxıstan

Latviya

Moldova

Polşa
Ruminiya
Rusiya

Mərkəzi və Şərqi Avropanın aşağıdakı 6 ölkəsində sosial tibbi sığorta haqları maliyyələşmənin əsas mənbəyidir:

Çexiya
Xorvatiya
Estoniya Macaristan
Slovakiya
Sloveniya

Qərbi avropanın 4 ölkəsində səhiyyə əsas etibarilə sozial və ya məcburi sığorta haqları hesabına maliyyələşdirilir:

Fransa
Almaniya
Lüksemburq
Nederland

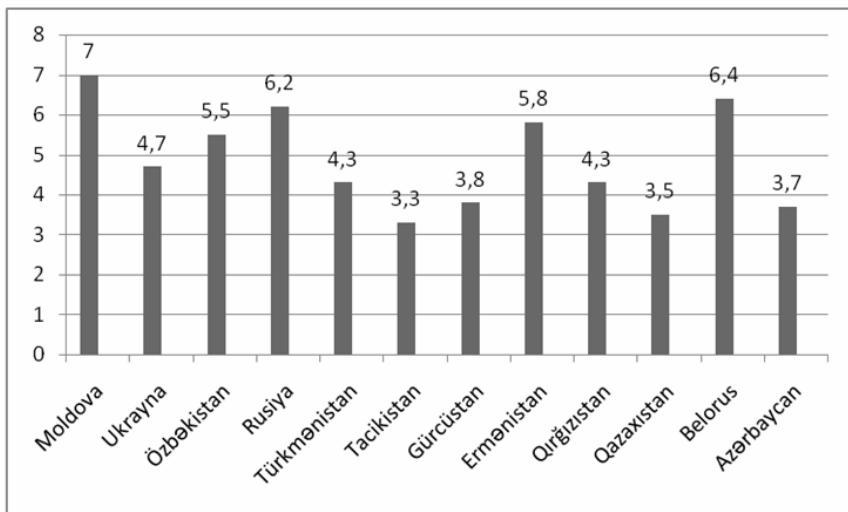
Azərbaycan, Gürcüstan, Tacikistan və Ermənistan ilkin ödəniş sistemi demək olar ki, sıradan çıxıb. Belə ki, bu ölkələrdə səhiyyə əsasən istehlakçıların ciblərindən birbaşa ödənişlər vasitəsilə maliyyələşir.

Büdcədən sosial sahələrin, o cümlədən səhiyyənin maliyyələşdirilməsi "qalıq" prinsipinə əsaslanır. Maliyyə çatışmazlığı nəticəsinde səhiyyənin maddi-texniki bazasını çevik yeniləşdirmək və kifayət qədər gücləndirmək mümkün olmurdu. Bu isə səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətinin getdikcə aşağı düşməsinə, əhalinin səhiyyə xidmətlərinə əlçatanlığının azalmasına gətirib çıxarırdı. Nəticədə səhiyyə sistemi özünün başlıca funksiyasını - əhalinin sağlamlığı-

nın qorunması və yüksəldilməsini təmin etmək vəzifəsini reallaşdırmaq imkanlarını tədricən itirirdi.

MDB ölkələrində səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin həcmi SSRİ dağılıqdan sonra xeyli azalsı da, 2000-ci ildən başlayaraq səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payında artım müşahidə edilməyə başlayıb. Dünya Səhiyyə Təşkilatının 2002-ci il məlumatına görə ümumi səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payı Moldovada 7, Rusiyada 6,2, Belarusda 6,4, Ermənistanda 5,8, Özbəkistanda isə 5,5 faiz olub. MDB-də ən aşağı göstərici Tacikistanda qeydə alınıb 3,3 faiz. Bu keçmiş SSRİ və Avropa ölkələri arasında ən aşağı səviyyədir. Aşağıdakı diaqramda faizlə göstərilmişdir.

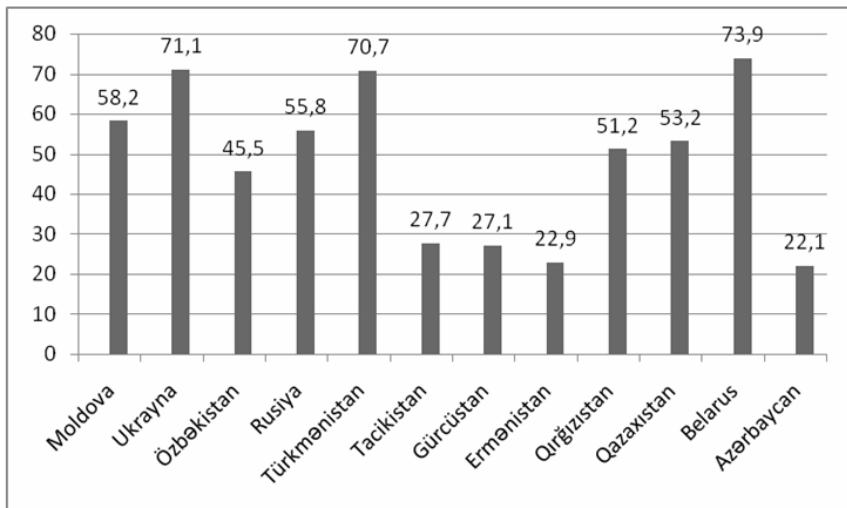
Diaqram 3



Mənbə: *Dünya səhiyyə Təşkilatı*

MDB ölkələrində ümumi səhiyyə xərclərinin əsas maliyyələşdirilmə mənəbələrindən biri dövlət bütçəsidir. 2003-cü ilin məlumatına görə, ümumi səhiyyə xərclərində dövlətin payının yüksək olduğu ölkə Belarus 73,9 faiz olmuşdur.

Diaqram 4



Mənbə: *Dünya Səhiyyə Təşkilatı*

2002-ci ilin məlumatına görə adamباşına düşən dövlət səhiyyə xərclərinin həcmində görə Rusiya bütün MDB ölkələrini qabaqlayır, 84 ABŞ dolları təşkil edir. On aşağı xərc isə Tacikistanda müşahidə olunmuşdur, 2 dollar.

Ümumiyyətlə səhiyyə sisteminin normal fəaliyyət göstərməsi, bina və avadanlığın saxlanması, tibbi kadrların təhsil və ixtisasartırma xərclərinin örtülməsinə, əmək haqqının ödənilməsinə, dərman ləvazimatlarının alınması üçün kifayət qədər vəsaitə malik olmalıdır.

Hazırda dünyanın ayrı-ayrı ölkələrində səhiyyə sistemi müxtəlif mənbələrdən maliyyələşir. Bununla belə səhiyyənin maliyyələşməsi mənbələri əsasən aşağıdakı 4 qrup üzrə təsnifləşdirilir:

- ✓ Büdcədən ödənişlər;
- ✓ Sosial tibbi (icbari) siğorta;
- ✓ Könüllü tibbi siğorta;
- ✓ Əhalinin cəbindən birbaşa ödənişlər.

Ayrı-ayrı ölkələrdə yuxarıda adı çəkilən mənbələrdən yalnız birindən istifadə olunmur. Yəni səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsində bir neçə mənbədən birlikdə istifadə olunur.

Bir sıra ölkələrin təcrübəsində özəl siğorta bazarının məhdudluğu və miqyas artımından yaranan iqtisadi səmərəlilik baxımından səhiyyə sistemində dövlət müəssisələri üstünlük təşkil edir. Demək olar ki, sənaye ölkələrinin çoxunda səhiyyəyə çəkilən xərclərin əksər hissəsi ya hökumət, ya da sosial siğorta müəssisələri tərfindən həyata keçirilir.

Vergi daxilolmaları vasitəsilə maliyyələşdirmə səhiyyə ehtiyaclarını heç də tam ödəmək iqtidarında olan proses deyil. Vergi daxilolmaları hesabına maliyyələşmə zamanı səhiyyə xərclərinin əsas yüksü ümumi vergi sisteminin üzərinə düşür. Yüksək gəlirlili ölkələrin çoxunda vergi öhdəlikləri ya əhalinin gəlirləri ilə müəyyən dərəcədə proporcionallıq təşkil edir, ya da gəlirlərin artımını qabaqlayır. Vergi daxilomaları hesabına maliyyələşdirmə şimal ölkələrində (Danimarka, Kanada, Finlandiya, İsveç, Böyük Britaniya), həmçinin Cənub Avropa ölkələrində (İspaniya, İtaliya, Portuqaliya) üstünlük təşkil edir.

Mərkəzi və Şərqi Avropa və keçmiş SSRİ ölkələrindən baş vermiş siyasi və iqtisadi dəyişikliklər bu ölkələrin sosial tibbi sigortaya keçidini sürətləndirdi.

Cədvəl 3

2005-2007-ci illərdə dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin funksional istiqamətlər üzrə strukturu (min manatla)

Funksional istiqamətlər	2005	2006	2007	2007-ci ilin layihəsi ilə müqayisəsi	
				2005-ci ilin icrası	2006-ci ilin icrası
				Faiz	Faiz
Səhiyyə xərcləri, cəmi	110942	179143	269546	243	151
Xəstəxanalar	82356	121072	149012	181	123
Poliklinikalar və ambulatoriyalar	20795	33734	44931	216	133
Səhiyyə sahəsində digər xidmətlər	2803	13892	5220	186	38
Səhiyyə sahəsində tədbiqi tədqiqatlar	1094	1692	2323	212	137
Səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər	3895	8753	68061	1747	778

Mənbə: *Dünya Səhiyyə Təşkilatı*

Göründüyü kimi səhiyyənin funksional köməkçi bölmələri arasında en çox artıma məruz qalanı səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər üzrə baş verib. 2007-ci ildə dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan xərclər 5 təşkilat arasında bölünmüştür.

Respublika Prezidentinin təşəbbüsü ilə son illərdə Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən ən vacib sahələr üzrə - "Qanun, qan komponentləri-

nin donorluğu və qan xidmətlərinin inkişafına dair Dövlət Proqramı", "Hemofiliya və talassemiya irsi qan xəstəliyi üzrə Dövlət Proqramı", "Xroniki böyrək çatışmazlığı üzrə Tədbirlər Proqramı", "Yoluxucu xəstəliklərin immunoprofilaktikasına dair Tədbirlər Proqramı", "Onkoloji xəstələrin həyatı vacib şiş əleyhinə preparatlarla təminatı üzrə Tədbirlər Proqramı", "Ana və uşaqların sağlamlığıının qorunması haqqında Tədbirlər Proqramı" hazırlanmış və Nazirlər Kabinetin tərəfindən qəbul edilmişdir. 2007-ci il ərzində əhaliyə tibbi xidmət göstərmək üçün 28, əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olmaq üçün isə 31 lisenziya verilmişdir.

Amerika və Avropanın hazırda bütün dünyada tanınan məşhur təkrarsığorta şirkətlərinin çoxu sıgorta fəaliyyətinə XVIII-XIX əsr-lərdə başlayıb. Həmin şirkətlər XIX əsrдə Bakıda neft hasilatının inkişafı ilə əlaqədar Azərbaycanda öz filiallarını yaratmaqla sıgorta işinin əsasını qoyublar. Sovet hakimiyyəti illərində, bütünlükdə maliyyə sektorу ilə birlikdə sıgortanın da dövlət inhisarına keçməsi və iqtisadiyyatın strateji sektorу hesab edilməməsi bu sahənin tənəzzülünə gətirib çıxılmışdı. Azərbaycan müstəqillik əldə etdikdən sonra bazar iqtisadiyyatı şəraitində respublikada sıgorta işi yenidən mərhələyə qədəm qoydu, özəl sıgorta şirkətləri yaranmağa başladı. Son on ildə ölkədə iqtisadiyyatının sürətli inkişafı sıgorta bazarına da öz müsbət təsirini göstərib. Respublikada kifayət qədər böyük nizamnamə kapitalına malik olan, rəqabətə davamlı sıgorta şirkətləri fəaliyyətə başlayıb.

Məlum olduğu kimi, dövlət başçısı "2009-2015-ci illərdə Azərbaycan Respublikasında sıgorta-pensiya sisteminin inkişafına dair Dövlət Proqramı"nı təsdiq etmişdir. 1 milyon 490 min sosial sıgorta nömrəsi verilib.

AZƏRBAYCANDA SIĞORTA HAQLARI VƏ SIĞORTA ÖDƏNİŞLƏRİ

2009-cu ilin birinci yarımili üzrə daxil olmuş siğorta haqları 79,89 milyon manat olmuşdur. Siğorta ödənişləri isə 24,65 milyon manat olmuşdur. Həmçinin 2009-cu ilin 1-ci yarımilliyi üzrə ümumilikdə həyat siğortasının siğorta haqqı 397,99 min manat, siğorta ödənişi 261,77 min manat; şəxsi siğortanın siğorta haqları 15 692,99 min manat, siğorta ödənişləri 7 463,24 min manat (tibbi siğorta haqları 12 805,82 min manat, siğorta ödənişləri 6 171,84); İcbari siğortanın siğorta haqları 14 354,47 min manat, siğorta ödənişləri 5 772,65 min manat; əmlak siğortası siğorta haqları 49 444,88 min manat, siğorta ödənişləri 11 150,55 min manat; kredit siğortasının siğorta haqları 364,01 min manat, siğorta ödənişləri 213,35 min manat; qarışq maliyyə risklərinin siğortasının siğorta haqları 5,23 min manat, siğorta ödənişləri 0,00 manat; mülki məsuliyyətin siğortasının siğorta haqları 7 580,31 min manat, siğorta ödənişləri 173,64 min manat təşkil etmişdir. Amma 2008-ci ildə ümmümkilikdə siğorta haqları toplam olaraq 179,26 milyon manat, siğorta ödənişləri isə 49,81 milyon manat olmuşdur. 2008-ci ildə tibbi siğortanın siğorta haqları 19 167,29 min manat, siğorta ödənişləri isə 11 143,17 min manat təşkil etmişdir.

Cədvəl 4

Sığorta haqları və sığorta ödənişlərinin dövrlər üzrə müqayisəli cədvəli

			(mln.manat)	
	2007-ci il	2008-ci il	Artım, %	Azalma, %
Sığorta haqları	148,00	179,26	21,1	-
o cümlədən:				
həyat sığortası	2,23	1,00	-	55,2
qeyri-həyat sığortası	124,76	156,41	25,4	-
icbari sığorta	21,01	21,85	4,0	-
Sığorta ödənişləri	36,77	49,81	35,5	-
o cümlədən :				
həyat sığortası	0,24	0,39	62,5	-
qeyri-həyat sığortası	28,97	38,92	34,3	-
icbari sığorta	7,56	10,50	38,9	-

Mənbə: www.sigorta.maliyye.gov.az

2009-cu ilin yanvar-fevral ayları üzrə tibbi sığorta haqları 4 520,78 min manat, sığorta ödənişləri isə 1 739, 72 min manat olmuşdur.

Sığorta-vergi münasibətlərinin hüquqi tərəflərinə nəzər salaq. Sığorta gəlirli fəaliyyət növüdür və sığortalanma prosesində həm sığorta təşkilatı, həm də sığortalı (həm fiziki, həm də hüquqi şəxslər) müəyyən gəlir əldə edir. Bundan əlavə, sığorta təşkilatları ehtiyat sığorta fondlarına ayırmalar edirlər ki, bu da gəlirdən çıxılan xərc-lərin vergi qanunvericiliyinə müvafiq surətdə tənzimlənməsi məsələlərinə aiddir. Sığorta zamanı gəlirin dəqiqləşdirilməsi və onun

hansı növ gəlirə aid edilməsinin aydınlaşdırılması bu işin əsas tərəflərindən biridir. Digər tərəfdən, siğorta işinin vergiyə cəlb edilməsi və vergi güzəştləri VM-ə və beynəlxalq təcrübəyə uyğun olaraq diqqətli hüquqi yanaşma tələb edir.

Siğortaçılara və siğortalılara münasibətdə vergi qanunvericiliyi fərqlidir. Belə ki, Vergi Məcəlləsinin 99-cu maddəsinə əsasən, həyatın yığım siğortası üzrə siğortalının ödədiyi və ya onun xeyrinə ödənilən siğorta haqları ilə siğorta ödənişləri arasındaki fərq muzdlu işə aid olmayan - qeyri-sahibkarlıq fəaliyyətindən gəlir hesab edilir və bu gəlir VM-in 123-cü maddəsinə əsasən, ödəmə mənbəyində 10% dərəcə ilə vergiyə cəlb olunur.

Tutaq ki, siğortalı siğorta təşkilatına (siğortaçıya) 2 mln. manat məbləğində siğorta haqqı ödəyib. Hər hansı hadisə nəticəsində siğortalıya 3 mln. manat zərər dəyib. Müqaviləyə əsasən, siğortaçı siğortalıya 5,5 mln. manat ödəməyi öhdəsinə götürür. Siğortalı aldığı siğorta ödənişinin nəticəsində 500 min manat gəlir əldə etmiş sayılır. Həmin məbləğdən isə siğorta verən təşkilat ödəmə mənbəyində 50 min manat vergi tutmalı və büdcəyə ödənilməsini təmin etməlidir.

Siğorta hadisəsi baş verdikdə siğortalının həyatına, habelə onun əmlakına və ya əmlak mənafelərinə dəymmiş zərərin əvəzini ödəmək üçün pul və ya natural şəkildə ödənilmiş vəsaitin məbləği gəlir vergisindən azaddır. Bundan əlavə, siğorta hadisəsi ilə əlaqədar zərərə aid edilən məbləğlərdən başqa alınmış siğorta ödənişləri mənfiət vergisindən azaddır. Göründüyü kimi, siğorta ödənişləri ilə siğorta haqları arasındaki fərqli vergidən azad edilməsi nəzərdə tutulmayıb. Yuxarıda da qeyd edildiyi kimi, həmin fərq ödəmə mənbəyində vergitutma obyektidir.

Azərbaycanda milli sığorta bazarı 1992-ci ildən etibarən formalasma-
ğa başlayıb. Əvvəllər sığorta fəaliyyəti müstəsna olaraq dövlətin in-
hisarında idi və sığorta əməliyyatları yalnız bir təşkilat - Dövlət Si-
ğorta Agentliyi tərəfindən həyata keçirilirdi. Müstəqillik əldə edildik-
dən sonra, 1991-ci ildə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetini
yanında Dövlət Sığorta Nəzarəti yaradıldı. Hazırda isə Azərbaycan
bazarında çoxlu sayıda özəl yerli və xarici sığorta şirkətləri fəaliyyət
göstərir. Onların fəaliyyəti "Sığorta haqqında" Qanunla tənzimlənir.
Sığorta zamanı vergi münasibətlərinə toxunmazdan əvvəl sığortanın
mülki-hüquqi aspektlərinə nəzər yetirək. Mülki Məcəllədə sığortanın
ümumi olaraq 2 forması nəzərdən keçirilir: zərərdən sığorta və fərdi
qəza (həyat) sığortası. Sığorta müqaviləsi sığorta obyektinin mahiy-
yətinə uyğun olaraq bağlanılır. Zərərdən sığorta müqaviləsinə görə
sığortaçı sığorta haqqı müqabilində sığortalanmış əmlaka dəymiş zə-
rərin əvəzində sığortalıya şərtləşdirilmiş hədd daxilində sığorta ödə-
nişi verməyi öhdəsinə götürür. Həyat sığortası müqaviləsinə görə isə
sığortaçı bu cür ödənişi sığortalının özünün və ya müqavilədə adı çə-
kilən başqa şəxsin müəyyən yaşa çatdığı, vəfat etdiyi, sağlamlığına
zərər dəydiyi və ya başqa sığorta hadisəsinin baş verdiyi təqdirdə bir
dəfəyə və ya vaxtaşırı həyata keçirməyi öhdəsinə götürür.

Bəzi sistemlərdə sosial tibbi sığortadan istifadə hüququ məşğulluq
və ya üzvlük haqlarının ölçüsündən asılıdır. Bu, işləməyən əhalinin,
qocaların, o cümlədən maddi asılı şəxslərin tibbi xidmətə çıxışını
məhdudlaşdırıb ilər. Sosial tibbi sığorta işləyən əhalinin üzv-
lük haqlarından asılı olaraq dar gəlir bazasına malik olduğundan,
məşğulluq səviyyəsi aşağı olan ölkəerdə kifayət qədər gəlir əldə et-
mək imkanları məhdud olur. Sosial tibbi sığorta əhalinin bütün iş-
ləyən təbəqələri üçün məcburi olmadıqda işəgötürənlər üçün mən-
fi stimul yarada bilər. Bununla da işəgötürənlər işçini minimum-

dan aşağı ödənilən işə götürə və ya işəgötürmə funksiyasını kölgə sektorunda yeni iş yeri yaradan subpodratçıya verə bilərlər. Belə təcrübə sosial tibbi siğorta yenicə tətbiq edilən Mərkəzi və Şərqi Avropa və keçmiş SSRİ ölkələri üçün xarakterikdir. Belə ki, əlverişsiz iqtisadi mühitlə üzvləşən işəgötürənlər sosial tibbi siğorta haqlarından yayınmaq üçün əmək haqqı xərclərini azaltmağa çalışırlar.

Siğorta fəaliyyəti öz iqtisadi mahiyyətinə görə bank fəaliyyətinə yaxındır. Buna görə də çox vaxt siğorta təşkilatlarını bank və pensiya fondları ilə eyniləşdirirlər. Çünkü siğorta təşkilatları da müxtəlif fiziki və hüquqi şəxslərdən ehtimal olunan maddi zərərin ödənişməsi üçün vəsait qəbul edir və sonra bu vəsaiti investisiyaya yönəldirlər. Lakin siğorta təşkilatlarında vəsaitin cəlb edilməsinin müxtəlif yolları var və bunu ayrı-ayrı siğorta programları vasitəsilə həyata keçirirlər.

Qeyd edək ki, 2006-ci ildə Azərbaycan Səhiyyə Nazirliyi ilə Dünya Bankı Azərbaycan arasında səhiyyə sektorunu islahatları layihəsi imzalanıb. Bu layihənin toplam dəyəri 86,75 milyon ABŞ dollarıdır və bu layihənin 6 ilə reallaşdırılması nəzərdə tutulur. Layihənin reallaşdırılması üçün Dünya Bankı 50 milyon, Azərbaycan hökuməti 28,5 milyon, ABŞ-in Beynəlxalq İnişaf Agentliyi 8 milyon, UNİCEF 470 min, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilati isə 35 min dollar vəsait ayrılması nəzərdə tutulmuşdu.

İEOÖ tibbi siğorta sisteminin zəif inkişaf etməsinin səbəbləri:

- ✓ Əhali gəlirlərinin nisbətən aşağı səviyyəyə malik olması;
- ✓ Korporativ sektorda maliyyə şəffaflığının zəif olması;
- ✓ Siğorta sisteminin o cümlədən icbari tibbi siğorta sisteminin hüquqi-normativ bazasının təkmil olmaması;
- ✓ İnstitusional mexanizmin kompleks, eyni zamanda tam səmərəli idarəetməyə imkan verməməsi və s.

NƏTİCƏ VƏ TƏKLİFLƏR

Azərbaycanda tibbi siğortanın həyata keçirilməsi üçün araşdırma-dan əldə olunan hədəflər aşağıdakılardır:

- ✓ Güclü maarifləndirmə;
- ✓ Əmək haqqı səviyyələrinin yüksəldilməsi;
- ✓ Dövlət və ictimai maliyyə nəzarətinin gücləndirilməsi;
- ✓ Marketinq fəaliyyətinin gücləndirilməsi;
- ✓ Sığorta institutlarının inkişaf etdirilməsi;
- ✓ Bələdiyyələrin büdcə və büdcədən kənar fondlarının gücləndirilməsi;
- ✓ İctimai-sosial yardım programlarının həyata keçirilməsi.

Bütün bu araşdırmadan sonra aşağıdakı təklifləri göstərmək olar:

- ✓ Tibb müəssisələrinin kadr və maddi təchizat sisteminin zəifliyi də ölkədə tibbi siğorta sisteminin inkişafını ləngidən amillərdən olduğu üçün bu məsələyə də ciddi diqqət verilməsi vacibdir. Tibb müəssisələrinin qeyd edilən probleminin həllində əsas yük dövlətin üzərinə düşür;
- ✓ Tibbi siğorta sistemində mülkiyyət formasına görə daha böyük üstünlük dövlət müəssisələrinə verilməlidir. Perspektivlik və davamlılıq baxımından isə yerli özəl müəssisələrə, qarışq və hətta xarici firmalara üstünlük verilməsi daha məq-sədəuyğundur;

- ✓ Cari dövr üçün əhalinin sağlamlıq səviyyəsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə məhz icbari tibbi sigorta sisteminin inkişaf etdirilməsi daha məqsədə uyğundur. Azərbaycanda və digər post sovet ölkələrində (xüsusilə Rusiya Federasiyasında) olduğu kimi icbari tibbi sigorta sisteminin tətbiqini və inkişafını təmin etmək üçün aşağıdakı islahatların həyata keçirməsi məqsədə uyğundur:
- İcbari tibbi sigorta mexanizminin real tətbiqinə başlanılması;
 - Müvafiq hökumət sturukturları arasında birləşmiş işçilərin qrupunun yaradılması;
 - İcbari ödənişlərin səviyyəsinin müəyyən etmək üçün başlangıç ilində ölkə üzrə gözlənilən əmək haqqı fondu-nun səviyyəsi ilə ümumi səhiyyə xərcləri səviyyəsinin də-rindən təhlil olunması, həmçinin dövlətin digər maliyyə imkanları qiymətləndirməklə qərarların qəbul olunması;
 - İcbari tibbi sigorta sisteminin gəlirləri ilə sigorta olunan pasientə göstərilən tibbi xidmət üzrə öhdəlik arasında balansın təmin olunması;
 - İcabri tibbi sigorta sisteminin bütün subyektləri tərəfindən resursların məqsədli və səmərəli istifadə ilə bağlı ef-fektiv mexanizmin təmin edilməsi;
 - Fəaliyyəti dövründə yığılmış mənfi xüsusiyyətlərin aradan qaldırılması;
 - İcbari tibbi sigortanın, səhiyyənin və vətandaşların hü-quqi və təşkilati-iqtisadi mexanizmlərin qarşılıqlı mexa-nizminin harmonizasiyası.

Beləliklə bütün bunlar göstərir ki, Azərbaycanda tibbi sigortanın tətbiqi səhiyyə sisteminin inkişafına səbəb olacaq.

LAYİHƏ ÇƏRÇİVƏSİNDƏ HƏYATA KEÇİRİLMİŞ TƏDBİRLƏR

Azərbaycan Respublikası Prezidenti Yanında Qeyri-Hökumət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurasının qrantı hesabına İcbari Tibbi Sığortanın Tətbiqi Səhiyyə Sisteminin İnkişafının Əsas Elementi Kimi: İctimai Maarifləndirmə Kampaniyası adlı layihə İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi tərəfindən hazırlanmışdır və bu layihə çərçəvəsində tədbirlər həyata keçirilmişdir. Bu məqsədlə Tərtərdə və Salyanda tibbi sığortayala bağlı tədbirlər keçirilmişdir. İyunun 6-də Tərtər rayonunda İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi layihə ilə bağlı seminar keçirmişdi. Tədbirdə layihənin ekspertləri Kənan Kərimzadə və Yaşar Zeynalov və eləcə də tədbir iştirakçıları tibbi sığortanın Azərbaycanda tətbiqi imkanları ilə bağlı fikirlərini bölgüsdürmüşdürler. İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzi iyunun 17-də Salyan şəhərində səhiyyə işçiləri üçün seminar təşkil etmişdi. Seminarnda layihə rəhbəri iqtisadi elmləri namizədi Vüqar Bayramov layihə haqqında ətraflı məlumat vermişdi. Layihənin ekspertləri Kənan Kərimzadə və Yaşar Zeynalov tibbi sığortanın Azərbaycanda tətbiqi imkanları ilə bağlı fikirlərini bölgüsdürmüşdürler. Tədbirdə Salyan rayon səhiyyə şöbəsinin müdürü, yerli icra hakimiyyəti nümayəndələri və həkimlər çıxış edərək onları maraqlandıran məsələlər ilə bağlı fikir mübadiləsi aparmışdır. Keçirilən tədbirlərlə bağlı Yeni Müsavat qəzetində, 525-ci qəzətdə və Xalq Cəbhəsi qə-

zetində ictimaiyyətə məlumat verilmişdir. Bundan başqa İqtisadi və Sosial İnkişaf Mərkəzinin rəhbəri Paritet qəzetiñə tibbi siğortanın tətbiqi haqqında məlumat vermiş və bu məlumat həmin qəzetdə dərc olunmuşdur.

Salyan şəhəri 17 iyun 2009-cu il



Salyan şəhəri 17 iyun 2009-cu il



Tərtər rayonu 6 iyun 2009-cu il



Tərtər rayonu 6 iyun 2009-cu il



Tərtər rayonu 6 iyun 2009-cu il



Tərtər rayonu 6 iyun 2009-cu il



Tərtər rayonu 6 iyun 2009-cu il



MƏNBƏLƏR

- 1) Vüqar Bayramov, "Səhiyyənin Maliyyəsi", Bakı, 2009
- 2) Q.İbadoğlu, A.Mehtiyev və başqaları, Ilkin səhiyyə xidmətinin təşkili və maliyyələşdirilməsi, Bakı, 2006.
- 3) Azərbaycan Respublikasının Maliyyə Nazirliyi, Bakı, 2009, Sığorta Bələdçisi.
- 4) Dövlət Statistika Komitəsinin Hesabatları, 2009
- 5) World Health Organization (WHO), "Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies," WHO/EDM/PAR/99.2, 1999.
- 6) P.J.Freldstein, Health Care Economics, Thomson Press, 2005
- 7) McDermott R. Improving diabetes care in the primary health care setting: a randomised cluster in the Torres Strait, Australia. September 2000.
- 8) Tarimo E. Essential health service packages: use, abuse and future directions. WHO/ARA, Current Concerns series, December 1997: Comments focus on developing countries.

- 9) Tarimo E, Webster EG. Primary Health Care concepts and challenges in a changing world; Alma Ata revisited. WHO/SHS/CC/94.2
- 10) Management of Solid Health-Care Waste at Primary Health-Care Centres, A Decision-Making Guide Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB) Protection of the Human Environment Water, Sanitation and Health (WSH), World Health Organization Geneva, 2005.
- 11) M. Drummond, B.O'Brien and others. Methos for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford Pres, 2004
- 12) R.Rhyne, R.bogue and others,Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century, APHC, 2005.
- 13) www.maliyye.gov.az
- 14) www.health.gov.az
- 15) www.sigorta.maliyye.gov.az

**Kitab hazır depozitivlərdən
“Qanun” nəşrlər evində çap olunub.**

Bakı, AZ 1102, Tbilisi pros., II Alatava 9
Tel.: 431 16 62; 431 38 18; 493 84 30