

BAZAR İQTİSADİYYATI ŞƏRAİTİNDƏ TİBBİ SİĞORTANIN SƏHIYYƏNİN MALİYYƏLƏŞDİRİLMƏSİNDƏ ROLUNUN YÜKSƏLDİLMƏSİ MƏSƏLƏLƏRİ

Xülasə

Məqalə tibbi sığortanın səhiyyə xidmətlərinin maliyyələşdirilməsində rolunun yüksəldilməsinə həsr olunub. Müəllif bu sahədə inkişaf etmiş ölkələrin təcrübəsinə nəzər salaraq tibbi sığorta ilə bağlı Azərbaycanı bəyanda mövcud problemləri araşdırmış, onların həlli istiqamətində effektiv hesab olunan təklif və tövsiyələr irəli sürmüşdür.

Açar sözlər: *səhiyyə sistemi, bazar iqtisadiyyatı, səhiyyə xidmətləri, tibbi sığorta*

GİRİŞ

XX əsrin sonunda və XXI əsrin başlanğıcında Azərbaycan Respublikasının Ümummilli Lideri cənab H. Əliyevin rəhbərliyi altında dünya ölkələrinin təcrübəsi nəzərə alınmaqla büdcə xərclərinin daha səmərəli istifadəsi şəraitində ölkənin sosial-iqtisadi inkişaf strategiyası müəyyən edilmiş və bu strategiya ölkə prezidenti cənab İ.Əliyev tərəfindən müvəffəqiyyətlə həyata keçirilməkdədir. Bütün bunlar dövlət büdcəsinin səhiyyə xərclərinin daha səmərəli xərclənməsi metodlarının tapılmasını və iqtisadi inkişaf strategiyasına uyğun olaraq təkmilləşdirilməsini vacib edir. Buna görə də, bu sahədə elmi araşdırmaların davam etdirilməsinə və büdcənin səhiyyə xərclərindən səmərəli istifadə ilə bağlı dərinləşdirilmiş təkliflərin hazırlanmasına ehtiyac vardır.

Azərbaycanda tibbi sığorta haqqında qanun 1999-cu ildə qəbul edilsə də, həm ölkə rəsmilərinin, həm də mütəxəssislərin fikrincə, bu istiqamətdə islahatların davam etdirilməsinə ehtiyac vardır.

Tibbi sığortanın milli səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsində rolu məsələləri

2008-ci ildə 11 avqust tarixində Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti tərəfindən “2008-2012-ci illərdə Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi konsepsiyasının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planı”nın təsdiq edilməsi barədə qərar qəbul olunmuşdur. tibbi

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 [1].

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

“Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyasına görə, səhiyyəyə ayrılan dövlət vəsaitlərində istifadədə səmərəliliyinin yüksəldilməsinə nail olmaq üçün bu sahədə əsaslı islahatların aparılması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizminin təkmilləşdirilməsi və icbari tibbi sığortanın tətbiq olunması səhiyyə islahatlarının əsas istiqamətlərindəndir.

Azərbaycan Respublikasında İcbari tibbi sığorta sisteminin hüquqi bazasına aşağıdakılar daxildir:



➤ “Tibbi sığorta haqqında” 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 Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin yaradılması barədə Sərəncamı (27 dekabr 2007-ci il)

➤ “Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyasının 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 sığortanın tətbiqi Konsepsiyasının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planının təsdiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin qərarı (№179 Bakı şəhəri, 11 avqust 2008-ci il).

Sığortanın könüllü olmasına baxmayaraq, Azərbaycanda həm də məcburi sığorta proqramları mövcuddur. 1999-cu ildə “Sığorta haqqında” Qanun qəbul edildikdən sonra icbari sığortaya aid bir sıra qanunlar qəbul edilib. Bu qanunlar müəyyən kateqoriyalı vətəndaşların 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. Hazırda 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. Di-

gərləri 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 tıbb müəssisəsi yaxşı işləsə, hansı müəssisəyə vətəndaşlar çox müraciət etsə, həmin müəssisəsi sığortadan çox vəsait əldə edəcək. Hansı müəssisələrə ki, insanlar müəyyən səbəblərdən müraciət etməirlər və etməyəcəklər, onlar sığortadan vəsait əldə etməyəcəklər.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin büdcə və büdcə xarici vəsait hesabına aparılması bütün dünyada icbaridir. Sığorta səhiyyəsi isə bu sistemin ən mühüm və geniş yayılmış növüdür: Özəl, dövlət və bələdiyyə 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 diaqnostika, müalicə, bərpa, qulluq xidmətlərini, doğuşu və təxirəsalınmaz yardımını əhatə edir. Bu proqramın maliyyələşdirilməsi üçün xüsusi mənbələr var. Təxmini belə təsnifləndirmək olar: ilk qrupa təqaüdcülər, uşaqlar, tələbələr, çoxuşaqlı analar aiddir. Yəni o insanlar ki, onların gəlir mənbəyi yoxdur. Bu insanlar üçün dövlət, xeyriyyə fondları, himayədarlardan vəsait ayrılır. Konkret büdcədən də bu kateqoriyaya aid olan insanlar üçün vəsait ayrılmalıdır. İkinci qrupa işçilər, qulluqçular aiddir. Onlara müəssisələrdən əmək haqlarından çıxmaq şərti ilə vəsait ayrılır. Üçüncü qrupa yüksək maaşlı dövlət məmurları və biznesmenlər daxildir. Onlar bu sığortanı öz maaşlarından maliyyələşdirirlər.

Təbii ki, keçid ölkələrinin səhiyyə sisteminin əsas problemlərindən biri qeyri-rəsmi ödənişlərin aradan qaldırılması üçün iqtisadi və təşkilati mexanizmlər hazırlanması və həyata keçirilməsidir. Müşahidələr göstərir ki, dövlət səhiyyə sektorunda qeyri-rəsmi ödənişlərin aradan qaldırılmasının ən səmərəli vasitəsi iqtisadi mexanizmlərin tətbiqidir. Təbii ki, burada tıbb işçilərinin yüksək əməkhaqqı

ilə təmin edilməsi mühüm rol oynayır. Bunun isə tibbi sığorta sistemi vasitəsilə təmin edilməsi mümkündür. Ekspertlərə görə, qeyri-rəsmi ödənişlərin mənfə fəsadları haqqında tibb işçiləri arasında fəal məlumatlandırma kampaniyalarının aparılması da səmərəli ola bilər. Araşdırmalara görə, dövlət və özəl tibb müəssisələrində “Pasiyent həmişə haqlıdır!” devizinə əməl edilməsi də vacibdir. Çünki 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 səhvləri üzündən pasientlərin sağlamlığını itirməsi-anti-sanitariya 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 daşmır. Bundan başqa, özəl səhiyyə sistemində tibbi xidmətlərin qiyməti tənzimlənməli və müəssisələrlə pasientlər arasında müqavilələrin bağlanmasına nəzarət gücləndirilməlidir. Belə ki, səhiyyə qanunvericiliyində tariflərin subyektlər arasında bağlanan müqavilə çərçivəsində razılaşma ilə müəyyənəşdirilməsi nəzərdə tutulub. Amma gerçəklikdə bu təcrübəyə, demək olar, rast gəlinmir. **Milli səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsində tibbi sığortanın yeri.**

Yaxın perspektivdə dövlət büdcəsindən səhiyyə sahəsinə investisiya qoyuluşları və cari xərclərin dinamik şəkildə artması gözlənilir. Amma orta və uzunmüddətli perspektivdə səhiyyə xərclərinin artım sürəti aşağı düşəcək. Bu baxımdan, özəl sektorun indidən səhiyyəyə investisiyaların qoyulmasına cəlb edilməsi üçün müvafiq dövlət qurumları lazımi tədbirlər həyata keçirməlidir. Bundan başqa, nazirliyin tabeliyində olan iri tibb müəssisələri özünümaliyyələşdirmə sistemində

keçirilməli, onlara maliyyə müstəqilliyi verilməli və idarəetmə təkmilləşdirilməlidir. Çünki icbari tibbi sığortanın tətbiqi zamanı bu əsas şərtlərdən biridir. İndiki halda səhiyyə müəssisələri icbari tibbi sığorta sistemi ilə işləmək qabiliyyətində deyil.

İcbari tibbi sığorta sisteminin tətbiqi zamanı xarici təcrübədən istifadə edərkən Azərbaycan gerçəklikləri diqqətlə öyrənilməli və nəzərə alınmalıdır. Ən əsası, icbari tibbi sığorta sistemi vasitəsilə tibbi xidmətlərin göstərilməsinə özəl tibb müəssisələri də cəlb edilməlidir. Onun tətbiqi zamanı rəqabət təmin oluna, bu da öz növbəsində xidmətlərin keyfiyyətinə müsbət təsir göstərə bilər. Bundan əlavə sistemin tətbiqi ilə bağlı nəzarət mexanizmi də yaradılmalıdır. Çünki icbari tibbi sığorta sistemi ilə işləyəcək müəssisələrin göstərdiyi tibbi xidmətlərin keyfiyyəti vaxtaşırı yoxlanılmalı və buna nəzarət gücləndirilməlidir. Ekspertlərin fikrincə, işləyənlərin əməkhaqlarından icbari tibbi sığorta sistemində yığımların mexanizmi də formalaşdırılmalıdır. Nəzərə almaq lazımdır ki, ölkədə məşğul əhəlinin yalnız 1,6 milyon nəfərini hazırda tibbi sığortaya cəlb etmək mümkündür. Çünki məşğul əhəlinin digər hissəsi qeyri-rəsmi çalışır. Bütün bu məsələlər indidən nəzərə alınmalı və müvafiq tədbirlər həyata keçirilməlidir [3].

Dünyanın əksər ölkələrində tibbi xidmətlərin sığorta isə maliyyələşməsi həm özəl, həm də dövlət maliyyələşdirilməsi ilə müqayisədə üstünlük təşkil edir. Səhiyyə sahəsinə cəmiyyət tərəfindən ayrılan resursların kəmiyyət və keyfiyyəti, onların səmərəli istifadəsi ölkədə formalaşmış iqtisadi, siyasi, mədəni-etik və digər münasibətlərin mürəkkəb sistemi ilə müəyyən olunur. Demək olar ki, bütün sənaye ölkələrində xərclərin əksər hissəsi ya hökumət, ya da sosial sığorta müəssisələri tərəfindən həyata keçirilir. Bütün mövcud səhiyyə sistemləri əsasən aşağıdakı modeldə əks olunurlar:

➤ Özəl tibbi sığortadan istifadə etməklə bazar münasibətlərinə əsaslanan ödənişli səhiyyə-bazar modeli;



➤Büdcə maliyyələşdirilməsi sisteminə əsaslanan dövlət səhiyyəsi-dövlət modeli;

➤Sosial sığorta prinsiplərinə əsaslanan və çoxkanallı maliyyələşmə sistemi ilə tənzimlənən səhiyyə sistemi-sosial-sığorta 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 büdcə hesabına həyata keçirilir. Ölkə əhalisi tibbi yardımını 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 pullu tibbi müayinədən keçə bilirlər. Milli Sağlamlıq Xidməti (NHS) İngiltərənin dövlət hesabına maliyyələşən səhiyyə sistemidir. NHS Britaniya vətəndaşı olan hər bir 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 sığortalar hesabına maliyyələşür ki, indi də bu sistemdən əhalinin cəmi 8%-ə qədəri yararlanır və əsas dominantlıq NHS sistemində qalmaqdadır.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsinin büdcə hesabına həyata keçirilməsi yəni, ölkə əhalisinin tibbi yardımını ödənişsiz əldə etməsi bəzi mütəxəssislər tərəfindən təqdirə layiq hesab edilsə də bu modelində bir sıra çatışmamazlıqları var. Məsələn, tibbi müayinə əhali üçün pulsuz olan ölkə xəstəxanalarında elə hallar yarana bilər ki, tibbi müayinə olunmaq istəyən şəxs xəstəxanaya müraciət etdiyi halda uzun növbələrdən əziyyət çəkə və onun müayinəsinin müddəti uzadıla bilər. Bu kimi halların baş verməsi təbii ki, arzuolunan deyil, ən əsası

ona görə ki müayinə üçün müraciət etmiş şəxs dərhal tibbi kömək göstərilməlidir. Əgər yerində müayinə aparılmırsa, təbii ki, bu həmin şəxs üçün gələcəkdə müəyyən fəsadlar törətmək ehtimalını artırmaqla və dövlətin insanları pulsuz müayinə etməsi sistemini səmərəsiz edir.

Üçüncü model qarışıq iqtisadiyyat prinsiplərinə söykənir. Bu model ölkə əhalisinin bütün təbəqələri üçün icbari tibbi sığortanın mövcudluğu ilə səciyyələnir. Dövlət burada gəlirlərinin səviyyəsindən asılı olmayaraq əksər vətəndaşların tibbi yardıma olan tələbatlarının ödənilməsinin təminatçısı rolunda çıxış edir. Maliyyələşmənin çoxkanallı (büdcədən, sığorta təşkilatlarının mənfəətindən, əmək haqqından ayırmalarından 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 qabarıq şəkildə nəzərə çarpır. Fransada tətbiq olunan sosial-sığorta modelində bazar elementləri üstünlük təşkil edir [4,5].

Mərkəzi və Şərqi Avropa, həmçinin keçmiş SSRİ ölkələrində makroiqtisadi vəziyyət səhiyyənin sosial tibbi sığorta yolu ilə maliyyələşdirilməsinə imkan vermir. Bir çox ölkələrdə vətəndaşların hərtərəfli pulsuz tibbi xidmət almaq hüququnun ölkə konstitusiyası ilə təsbit olunması kimi kommunist dönməndən 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 edirdisə, 2010-cu ildə bu rəqəmin 494,4 milyon manata qalxmışdır. Lakin buna baxmayaraq, ümumi xərclərdə səhiyyənin payı 4,0 faizə düşüb. Yalnız 2004-2005-ci illərdə bu göstərici 2000-ci ilin səviyyəsində (5,4%) olub. Qalan illərdə aşağı düşmə 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 ma-

nat, 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, 2008-ci ildə 332 milyon manat, 2009-cu ildə 402,4 milyon manat, 2010-cu ildə 494,4 milyon manat, 2011-ci ildə 545,1 milyon manat olub. Amma bu artım xüsusilə səhiyyə işçilərinin əməkhaqlarında öz əksini tapmayıb. Bir dəyişiklik mərkəzləşdirilmiş xərclərin artırılmasıdır. 2006-cı ildə səhiyyə xərclərinin böyük hissəsi yerli xərclərə yönəldilirdi. Yalnız 30 faizi mərkəzləşdirilmiş xərclər üçün yəni səhiyyənin idarə edilməsi ilə bağlı məsələlərə saxlanırdı.

Amma hazırda mərkəzləşdirilmiş xərclər səhiyyəyə ayrılan vəsaitin 60,9 faizini təşkil edir ki, bu da birbaşa tibbi xidmətə ayrılan vəsaitin iki dəfə azalmasıdır. 2005-ci ildə səhiyyə obyektlərinin təmirinə və tikintisinə 4,1 milyon manat xərclənib, 2006-cı ildə bu rəqəm 20,5 milyon manat, 2007-ci ildə 58,4 milyon manat, 2010-cu ildə 82,9 milyon manat olub. 2011-ci ildə isə bu sahəyə 100 milyon manat vəsait ayrılıb. 2010-cu ildə dövlət büdcəsində səhiyyə xərclərinin 51,2 faizinə qədər, yaxud 279,2 milyon manatı əməyin ödənilməsi məqsədlərinə ayrılıb.

Səhiyyə sektoru hazırda dövlət büdcəsindən maliyyələşən sektorlar arasında ən aşağı göstəriciyə malikdir. Burada orta əməkhaqqı 90-100 manat arası dəyişir. 2011-ci ildə məcburi tibbi sığorta tətbiq olunarsa, həkimlərə verilən qeyri-rəsmi ödənişlər azalar. Dünya Bankının məlumatına görə, səhiyyə xərclərinin 70 faizi əhəlinin ödədiyi qeyri-rəsmi ödənişlər hesabına formalaşır. Məcburi tibbi sığorta tətbiq edilərsə, bu ödənişlərin faizini azaltmaq mümkün olar. Bu gün dövlət büdcəsində səhiyyəyə ayrılan vəsaitlər cəmi 4 faiz təşkil edir ki, burada da səhiyyə xidmətlərinin payı 1 faizdən də aşağıdır. Əməkhaqlarının artırılması, eyni zamanda səhiyyə işçilərinin çox olması maaşların ciddi artımına mane olan əsas amillərdən biridir. Çünki dövlət büdcəsindən bu sektora ayrılan vəsaitlərin 70 faizi məhz əməkhaqlarına ayrılır. Büdcənin səhiyyənin maliyyələşdirilməsindəki payı 23 faiz, xarici yardımlar isə 2 faizdir. Səhiyyə

sektorunun maliyyələşməsində iştirak edən vəsaitlərin 2/3 hissəsi əhəlinin ödədiyi qeyri-rəsmi ödənişlərdir ki, Dünya Bankı bunu da “stolaltı ödənişlər” kimi təqdim edir. Azərbaycanda 2008-ci il yanvarın 1-dən icbari tibbi sığortanın tətbiqinə və özəl şirkətlərin tibbi sığorta xidmətləri təklif etməsinə baxmayaraq səhiyyənin maliyyələşməsində, tibbi sığortanın payı cəmi 5 faizdir.

Azərbaycanın səhiyyə sistemi keçid dövrünü yaşayır. Dövlət səhiyyə obyektləri ilə yanaşı, özəl klinikalar da əhəliyə 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 bəla olması, qiymətlərin müəyyənəşdirilməsi zamanı ümumi kriteriyalardan 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 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 artсын ki, özəl klinikalara müraciət edənlərin sayı azalsın. Vətəndaş dövlət xəstəxanasında istədiyi keyfiyyətli müalicəni alarsa, artıq pul ödəyib özəl klinikaya yolanmağa da həvəsli olmayacaq. Bununla da özəl klinikalar məcbur olub qiymətləri aşağı salacaqlar. Amma özəl klinikalardakı qiymətlərin inzibati yollarla müəyyənəşdirilməsi həmin tibb müəssisələrinin məhvini gətirib çıxara bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, özəl səhiyyə Azərbaycanda yeni-yeni inkişafa başlayıb. Özəl klinikalar Azərbaycanın səhiyyə sistemində hələ öz yerlərini tam tutmayıblar.

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 inkişaf Təşkilatının üzvü olan ölkələrdə bu göstəricinin orta səviyyəsi 73 faizdir. Çexiya, Lüksemburq və Slovakiyada əhalinin səhiyyə xərclərinin 90 faizə qədər, Böyük Britaniyada, İsveç, Danimarka və Norveçdə 85 faizə qədər, Almaniyada 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 büdcəsindən səhiyyə sektoruna ayrılan vəsaitlərin həcmnin artmasına baxmayaraq, bu sektorda bir sıra problemlər ənənəvi xarakter alıb. Belə ki, səhiyyə xərcləri 2010-cu ildə 494,4 milyon manat olsa da, səhiyyə xərclərinin ÜDM-da payı 1,3 faiz ətrafında olmuşdur. Bundan başqa 2010-cu ildə 2009-cu ilə nisbətən 1,2 faizdən 1,3 faizə yüksəlmişdir. Bu da çox cüzi artımdır. Dünya Bankının son hesablamalarına görə səhiyyə xərclərinin 70 faizini qeyri-rəsmi ödənişlər təşkil edib. Dövlət büdcəsinin payı isə 23 faizdir. Xarici qrantların payı 2% tibbi sığortanın payı isə 5 faizdir. Bu isə o deməkdir ki, hələ də səhiyyə sektorunda qeyri-rəsmi ödənişlər hegemonluq 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. Dövlət büdcəsindən ayırmalar çarpayıların sayına əsasən hesablandığından bu, vəsaitlərin səmərəli bölüşdürülməsinə imkan vermir.

Ölkədə tibbi sığorta konsepsiyasının tətbiqi həm əhaliyə göstərilən keyfiyyətli tibbi xidmət, həm də səhiyyəyə ayrılan maliyyə xərclərinin sistemli şəkildə qurulmasını ehtiva edir. Çünki icbari sığortaya görə əmək haqqından ildə nə qədər pul ödənilməsi və bunun müəssisə ilə vətəndaş arasında necə bölünməsi məlum deyil. Ekspertlər bu məqsədlə dünya ölkələrinin təcrübəsindən yararlanmağı

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 vətəndaşların əmək haqqından tuturlar [4,5].

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

İcbari tibbi sığorta müqavilələri üzrə qəbul edilən öhdəliklər könüllü tibbi sığorta müqavilələri üzrə sığorta məsuliyyətinə daxil deyildir. Tibbi sığorta müqavilələri qabaqcadan tibbi arayış olmadan bağlanır. Narkoloji, psixonervoloji, vərəm, dəri-zöhrəvi dispanserlərdə uçotda olan vətəndaşlar sığortaya qəbul olunmurlar.

Xarici ölkələrin təcrübəsi göstərir ki, yaxşı təşkil olunmuş ilkin tibbi-sanitar yardım şəraitində əhalinin xəstələnmə hallarının 85-90 faizinin müalicəsi təmin olunur. İlkin tibbi-sanitar yardımı həkimi (sahə həkimi, yaxud ümumi təcrübə həkimi) ona təhkim olunmuş əhalinin sağlamlıq durumuna görə real məsuliyyət daşmalı və öz fəaliyyət həcmlərinin genişlənməsində maraqlı olmalıdır. İlkin tibbi-sanitar yardımı həkimini adambaşına (hər bir təhkim olunmuş insana görə) maliyyələşdirmə üsulunun və müəyyən edilmiş fəaliyyət göstəricilərinin (məsələn, uşaqların peyvəndlə əhatə səviyyəsi, "təcili yardım" çağırışları tezliyinin azalması, ölüm hallarının azalması və s.) yerinə yetirilməsinə görə əlavə mükafatlandırmanın tətbiqi daha yaxşı stimullaşdırır [6,7].

NƏTİCƏ

Səhiyyə sektorunun maliyyələşdirilməsinin mövcud mexanizmləri dəyişdirilməlidir. Dövlət tərəfindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin artırılması ilə yanaşı, ölkədə sosial tibbi sığortanın tətbiqinə başlanmalıdır.

ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

1. Qubad İbadoğlu, Azər Mehtiyev, Samir Əliyev, Vüqar Bayramov "İlkin səhiyyə xidmətinin təşkili və maliyyələşdirilməsi" Bakı-2006, 254 s.
2. R.Ə.Çobanov, H.M.Xudaverdiyeva, P.H.Paşayeva, M.Ə.Məhərrəmov "Sosial gigiyena və Səhiyyənin təşkili" Bakı-2007, 365 s.

3. Y.X.Vəliyev. Azərbaycan respublikasının iqtisadi əlaqələrində bazar münasibətləri. Bakı, "Təbib", 2009. 290 s.

4. Столерю Л. Равновесие и экономический рост. Москва, «Статистика», 1974 год, стр. 189.

5. Сурин А.И. История экономики и экономических учений. Москва, 2000 год, стр. 182-184.

6. Стиглиц Дж. Ю. Экономика государственного сектора. Москва: ИНФРА, 1997, стр. 570.

7. Строков Н.И. Мировой опыт использования принципов бюджетного федерализма. журнал, Бухгалтерский учет в бюджетных и коммерческих организациях. Москва, 2001 год, № 12, с. 23-29

Бабаева Т.Н.

Докторант, Институт Экономики НАНА

Вопросы повышения роли медицинского страхования в финансировании здравоохранения в условиях рыночной экономики

Резюме

Статья посвящена изучению роли медицинского страхования в финансировании здравоохранения. Автор анализируя опыта развитых стран выявляет основные проблемы, связанные медицинским страхованием. Он приходит к такому заключению, что для повышения уровня медицинской службы в Азербайджане необходимо всестороннего применения медицинского страхования.

Ключевые слова: здравоохранения, рыночная экономика, медицинские услуги, медицинское страхование

Babayeva T. N

Candidate for degree, Institute of Economics ANAS

The problems to increase the role of the health insurance mechanisms on health system financing

Abstract

The article investigates the role of the health insurance mechanisms on health system financing. The author has appeared some issues connected with health insurance mechanisms in Azerbaijan by analyzing of experiences of some developed countries. He concluded that to increase health system services quality in Azerbaijan it is necessary to develop the role of health insurance mechanisms in the health system financing.

Key words: health system, market economy, health services, medical insurance

Daxil olub: 27.04.2015

Rəy verib: i.ü.f.d. Əliyev R. M.