

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ**  
**AZƏRBAYCAN DÖVLƏT İQTİSAD UNİVERSİTETİ**

**MAGİSTRATURA MƏRKƏZİ**

*Əlyazması hüququnda*

**Yaqubov Babək Kamal oğlu**

**“Səhiyyə xərclərinin səmərəliyinin artırılması məqsədilə büdcə  
nəzarəti sisteminin təkmiləşdirilməsi”  
mövzusunda**

**MAGİSTR DİSSERTASIYASI**

**İstiqamətin şifri və adı: 060403 - “Maliyyə”  
İxtisaslaşma: “Maliyyə nəzarəti və audit”**

**Elmi rəhbər:**

**fəxri prof. Bədəlov Ş. Ş.**

**Magistr proqramının rəhbəri:**

**UNEC fəxri prof. A.M.Kərimov**

**Kafedra müdiri:**

**i.e.d., prof. Ə.Ə.Ələkbərov**

**Bakı – 2017**

# “Səhiyyə xərclərinin səmərəliyinin artırılması məqsədilə büdcə nəzarəti sisteminin təkmilləşdirilməsi”

## M Ü N D Ə R İ C A T

<b>Giriş .....</b>	<b>4</b>
<b>Fəsil 1. Azərbaycanda səhiyyənin əsas inkişaf istiqamətləri və büdcənin rolu.....</b>	<b>7</b>
1.1. Səhiyyənin inkişafını əks etdirən mühüm göstəricilərin ümumi xarakteristikası.....	7
1.2. Səhiyyə sisteminin inkişafında büdcənin rolunun artırılması.....	13
1.3. Səhiyyə müəssisə (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsinin əsas problemləri.....	19
<b>Fəsil 2. Səhiyyə xərclərinin planlaşdırılması və maliyyələşdirilməsi sisteminin büdcə-icbari tibbi sığorta modelləri.....</b>	<b>31</b>
2.1. Xəstəxanaların saxlanması xərclərinin planlaşdırılması və maliyyələşdirilməsi.....	31
2.2. Sanitariya - profilaktika tədbirləri üzrə xərclərin maliyyələşdirilməsi xüsusiyyətləri. ....	37
<b>Fəsil 3. Səhiyyə xərclərinin səmərəliyinin artırılmasında büdcə-maliyyə nəzarətinin təkmilləşdirilməsi.....</b>	<b>48</b>
3.1. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminə islahatların əsas məqsəd və prinsipləri.....	48
3.2. Səhiyyənin maliyyə təminatında icbari tibbi sığortanın rolunun artması.....	57
3.3. Səhiyyə xərclərinin səmərəliyinin artırılmasında büdcə-maliyyə nəzarətinin təkmilləşdirilməsi.....	65
<b>Nəticə .....</b>	<b>72</b>
<b>İstifadə edilmiş ədəbiyyat .....</b>	<b>75</b>

**Summary**

**Резюме**

**Magistrant:**

**Yaqubov Babək Kamal oğlu**

**Elmi rəhbər:**

**fəxri prof. Bədəlov Ş. Ş.**

## Giriş

**Mövzunun aktuallığı.** Sosial-iqtisadi nöqteyi-nəzərdən tibbi sığorta milli səhiyyə (tibb) sistemlərinin normal fəaliyyəti üçün lazım olan ən əhəmiyyətli elementlərdən biridir. Baxılan problemin şəxsiz aktuallığı ondan ibarətdir ki, başqa sığorta məsələlərindən fərqli olaraq, tibbi sığorta şəxsi və ictimai planda ən qiymətli olan bir şeyi - insanın həyat və sağlamlığını təhdid edən risklərdən müdafiə formasıdır.

Tibbi sığorta könüllü və məcburi ola bilər. Birinci halda o, vətəndaşların şəxsi sığortasının subsahəsidirsə, ikinci halda o, məcburi forma kimi əhalinin sosial sığortası sistemində daxildir.

Sosial sığorta sistemi, xüsusən də Azərbaycanda iqtisadi münasibətlərin müasir inkişaf mərhələsində Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının sağlamlığını, bu və ya digər qabiliyyətlərini itirdikdə, kompensasiyalar da daxil olmaqla, dövlət tərəfindən müəyyən həyat səviyyəsinin təmin edilməsi hissəsində sosial müdafiəsini təmin etməlidir.

Məcburi tibbi sığorta onun şamil edilməsi sferası, sığorta məbləğinin təyin edilməsi mexanizmləri, sığorta fondlarının yığılı və istifadə üsulu və s. məsələlər üzrə qanunvericiliklə tənzimlənməlidir. Bu, dövlət tərəfindən ətraflı tənzimləmə zərurətini şərtləndirir. Digər tərəfdən, sığorta genişləndirilmiş təkrar istehsal imkanını təmin etmək üçün bu sistemin rentabelliyyətinə verilən məcburi tələblərlə bəzən bazar münasibətlərinin elementidir. Bazar elementləri ilə sosial müdafiə elementlərinin uzlaşdırılması probleminin incəliyi Azərbaycanda bu sferada münasibətlərin təkmilləşdirilməsi prosesinin ziddiyyətliyinə təsir göstərir ki, bu da Dissertasiya işinin mövzusunun aktuallığını şərtləndirdi.

**Tədqiqatın əsas məqsəd və vəzifələr.** Dissertasiya işinin məqsədi Azərbaycanda və başqa ölkələrdə səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin təşkilatı-iqtisadi mexanizminin öyrənilməsindən ibarətdir. Qarşıda qoyulmuş məqsədə nail olmaq üçün aşağıdakı məsələləri həll etmək lazımdır:

- Azərbaycanda səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin əsas prinsiplərini müəyyən etmək;

- səhiyyə (tibb) sferasının müasir vəziyyətini və əsas inkişaf tendensiyalarını təhlil etmək;
- sığortanın Azərbaycanın maliyyələşdirmə sistemində rolunu müəyyən etmək;
- Azərbaycan və xarici ölkələrin sığorta sistemlərini öyrənmək, onların üstünlüklərini və çatışmazlıqlarını ortaya çıxarmaq;
- Azərbaycanda səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsi yollarını öyrənmək.

**Aparılan tədqiqatın predmeti və obyektı.** Tədqiqatın predmetini səhiyyə (tibb) sahəsində maliyyələşdirmə zamanı yaranan təşkilatı-iqtisadi münasibətlər təşkil edir.

**Aparılan tədqiqatın informasiya bazası və yazılması metodlarını** AR Maliyyə Nazirliyinin məlumat-statistik materialları, AR Səhiyyə (tibb) Nazirliyi, AR Dövlət Statistika Komitəsinin hesabatları, İqtisadi İnkişaf Nazirliyinin məlumatları, rəsmi KİV, analitik hesabatlar, habelə bu sferada ümumiləşdirilmiş praktik iş təcrübəsi təşkil edir.

**Aparılan tədqiqatın elmi yeniliyi** aşağıdakılardan ibarətdir:

- tədqiq edilən proseslərə sistem yanaşma;
- səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sahəsində alim və mütəxəssislərin tədqiqatları;
- Azərbaycanda və xarici ölkələrdə səhiyyə (tibb)də sığorta sisteminin qurulması sahəsində praktiki təcrübə;
- Azərbaycan Respublikasının qanunvericilik və normativ aktlarında, dövlət idarəçiliyi orqanlarının metodik və analitik sənədlərində reallaşdırılan konseptual yanaşmalar.

**Aparılan tədqiqatın praktiki əhəmiyyətinə** qeyd etmək olar ki, ölkəmizdə səhiyyə (tibb) sahəsinin inkişafı mühim əhəmiyyət təşkil edir. Səhiyyə (tibb)nin inkişaf etdirilməsi üçün büdcədən ayrılan vəsaitlərin əhəmiyyəti danılmazdır, hətta səhiyyə (tibb) sahəsinin bu vəsaitlər olmadan təsəvvür etmək olmur. Ölkələrin

demək olar ki, əksəriyyətində maliyyələşdirmənin əsas aləti kimi sığortadan istifadə edilir.

Tibbi sığorta əhalinin sağlamlığın qorunmasında maraqlarının sosial müdafiəsi forması olmaqla toplanmış vəsaitlərin hesabına sığorta halının yaranması zamanı tibbi yardımın alınmasına zəmanətdə öz əksini tapır.

Hal-hazırkı dövrdə Azərbaycanın səhiyyə (tibb) sistemi ən dərin böhran keçirir. Bu sferada problemlər əsasən büdcədən yetərli dərəcədə maliyyələşdirilməmə, resurslardan qeyri-rasional istifadə, maddi-texniki təminatın köhnəlməsi, əmək haqqının aşağı olması, struktur nisbətsizliklər, səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin idarəetmə metodlarının köhnəlməsi ilə şərtlənir.

## **Fəsil 1. Azərbaycanca səhiyyə (tibb)nin əsas inkişaf istiqamətləri və büdcənin rolu.**

### **1. Səhiyyə (tibb)nin inkişafını əks etdirən mühüm göstəricilərin ümumi xarakteristikası.**

Səhiyyə (tibb) – dövlətin fəaliyyət sahəsidir ki, onun məqsədi əhaliyə əlçatan tibbi xidməti təşkil və təmin etməkdir. Bu sahənin maliyyələşdirilməsi sistemi hər bir insanın fiziki və psixi sağlamlığının möhkəmləndirilməsinə, uzunsürən aktiv həyatının qorunub saxlanması, sağlamlığın pisləşməsi halında ona tibbi yardımın təqdim edilməsinə yönəldilmiş siyasi, iqtisadi, sosial, hüquqi, elmi, tibbi, sanitari-gigiyenik, antiepidemik və mədəni xarakterli tədbirlərin qəbulunun mühüm hissəsidir.

Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemlərini iki əlamətə görə təsnif etmək olar:

- vəsaitlərin formalaşması mənbəyinə görə;
- onların bölgüsü formasına görə.

Vəsaitlərin formalaşması mənbələri heç də həmişə onların bölgüsü formalarına təsir etmir. Eyni mənbələrdən formalaşan sistemlərin müxtəlif bölgü xarakteristikaları ola bilər.

Maliyyələşdirmənin mənbələri kimi aşağıdakılar ola bilər:

- a) Bütün növ və səviyyələrdən olan ümumi vergi gəlirləri. Onlara aiddir: gəlir vergiləri, əlavə dəyər vergiləri, gəlir vergisi və b. Onlar dövlət və ya bələdiyyə büdcəsinə daxil olur, sonra müxtəlif sahələr üzrə bölüşdürülür. Təşəkkül tapmış büdcə prioritetləri vəsaitlərin bölgüsü zamanı həlledici rol oynayır.
- b) Məqsədli vergi daxil olmaları. Onlara müəyyən mallara (əksər hallarda alkoqol və tütün satışına) təyin edilən vergilər aiddir. Bu vergi yığımından daxilolmaların müəyyən edilmiş hissəsi məqsədli qaydada səhiyyə (tibb)yə yönəlir. Bu vergi növü səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemini

xarakterizə etmir, çünki maliyyələşdirmənin əsas mənbəyinə bir əlavədir və səhiyyə (tibb)nin vəsaitlərinin formalaşmasında onun payı cüzdür.

- c) Məcburi tibbi sığortaya məqsədli haqlar ( və ya əmək haqqı vergisi). Bu, məcburi tibbi sığorta haqqı (Azərbaycan Respublikası) ola bilər, sosial sığortaya vahid haqq ödənişi (vahid sosial vergi) də ola bilər. MTS-a haqqın ödənilməsi adətən əmək haqqı fonduna fiksə edilmiş faiz şəklində hesablanır.
- d) Vətəndaşların şəxsi vəsaitləri və başqa mənbələr. Bu vəsaitlər dövlətin yenidən bölgü kanallarından keçmir və tibbi xidmətlərin birbaşa ödənişi formasında tibbi təşkilatlara daxil olur. Bundan başqa, bu, MPM-nin icarədən, , tibbi texnologiyaların satışından və s.-dən gələn gəlirləri ola bilər. Maliyyələşdirmənin başqa mənbələri kimi xeyriyyəçilik fondları çıxış edə bilərlər, işəgötürənlərin öz şəxsi tibbi bazasının yaradılmasına yönəldilən vəsaitləri və ianələr ola bilər.

Azərbaycan Respublikası Prezident İlham Əliyevin rəhbərliyi altında daim inkişaf edir . Hal hazırda bütün sahələr üzrə müstəsna əhəmiyyətə malik nailiyyətlər əldə olunmaqdadır. Bu mühim nailiyyətlərə misal olaraq səhiyyə (tibb) sahəsində əldə olunan uğurlar daha əhəmiyyətli və **vacibdir** .

Respublikamız da prezident İ.Əliyevin daima diqqət və qayğısının məntiqi nəticəsi olaraq səhiyyə (tibb) sferası və iqtisadiyyatın bütün sahələrində mühim tədbirlər həyata keçirilir. Onun bilavasitə rəhbərliyi və təşəbbüsü ilə səhiyyə (tibb) sahəsində müstəsna əhəmiyyətli dövlət proqramları, sərəncamlar, qanunvericilik aktları və sair mühim sənədlər qəbul edilib. Son illərdə səhiyyə (tibb) sahəsinin idarə olunması, xəstəxanaların, poliklinikaların, ambulatoriyaların maddi-texniki bazasının müasirləşməsi və gücləndirilməsi, müasir tibbi texnologiyaların istifadəsi, köklü kadr hazırlıqları və başqa iri həcmli tədbirlər uğurla həyata keçirilir. Bütün bunlar da səhiyyə (tibb)mizin beynəlxalq standartlar üzrə dinamik inkişaf etməsinə, onun dünyanın inkişaf etmiş ölkələrinin səhiyyə (tibb) sisteminə inteqrasiya edilməsinə şərait yaradıb və dünya miqyasında səhiyyə (tibb)mizin



nüfuzunun yaxşılaşmasına və nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksəlməsinə zəmin yaradıb.

Səhiyyə (tibb) sahəsinin inkişafında son illər qazanılan dinamik inkişaf tendensiyası 2013-cü ildə də davam etdirilib ki, bunun da məntiqi nəticəsi olaraq dövlət proqramları və tibbi demoqrafik göstəricilərinin yüksəldilməsi üçün zəmin yaranıb. Nəzərinizə çatdırmaq istəyirəm ki, son 10 ilin statistik göstəricilərinə görə doğum göstəriciləri əhalinin hər 10000 nəfərinə 139-dan 174-ə yüksəlib, ölüm göstəriciləri isə 60-dan 53-ə enib. Təbii artım 79-dan 121-ə qalxıb ki, dövlətimiz bu göstəriciyə görə Avropa ölkələri arasında birinci yeri tutub. Respublikamızda dövlət büdcəsindən səhiyyə (tibb) sahəsinə ayrılan vəsait 2016-cı ildə 745 milyon manat və ya xərclərin 4,7 faizi həcmində olmuşdur. Bu göstərici 2015 -ci ilə nisbətə 0,9 faiz çoxdur. Bu vəsaitin 353 milyon manatı və ya 48 faizi xəstəxanaların, 7 milyon manatı və ya 0,8 faizi səhiyyə (tibb) sahəsində sair xidmətlər üzrə xərclərə, 109 milyon manatı və ya 14,6 faizi ambulatoriyaların və poliklinikaların saxlanması xərclərinə, 277,2 milyon manatı və ya 37,3% faizi səhiyyə (tibb) sahəsindəki tədqiqatlar və səhiyyə (tibb) sahəsi üzrə digər xidmətlərə yönələcək.

2016-cı ildə səhiyyə (tibb) sahəsi üçün dövlət büdcəsindən ayrılacaq vəsaitin 178,1 milyon manatı məqsədli tədbir və proqramların maliyyələşdirilməsinə, 25,1 milyon manatı xroniki böyrək çatışmazlığı xəstəliyi ilə mübarizə tədbirlərinə, 20,9 milyon manatı talassemiya və hemofiliya irsi qan xəstəliklərinin aradan qaldırılması üzrə tədbirlərə, 42,1 milyon manatı xərçəng xəstəliyinə qarşı milli mübarizə tədbirlərinin maliyyələşdirilməsinə, 40,0 milyon manatı şəkərli diabet xəstəliyi ilə mübarizə üzrə tədbirlərin maliyyələşdirilməsinə, yoluxucu xəstəliklərlə mübarizəyə dair tədbirlərə 3,1 milyon manat, vərəmlə mübarizə və onun müalicəsi üzrə tədbirlərin maliyyələşdirilməsinə 1,1 milyon manat, Respublikamızda HIV-AIDS xəstəliyi ilə mübarizə və bu xəstəliyin qarşısının alınması üzrə tədbirlərə 2,6 milyon manat, ana və uşaqların müalicəsi və sağlamlığının qorunması üzrə tədbirlərə 3,8 milyon manat, qan, donorluq və sair qan xidmətlərinin inkişafı üzrə tədbirlərə 1,6 milyon manat, uşaqların icbari

dispanserizasiyası üzrə xərclərə 5,1 milyon manat, skleroz xəstəliyindən əziyyət çəkən insanların müalicəsi tədbirləri üzrə xərclərə 3,4 milyon manat, səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin, xəstəxanaların, poliklinikaların maddi-texniki təminatının yaxşılaşdırılması, əsaslı təmiri və yenidən qurulmasına 6,9 milyon manat, səhiyyə (tibb) sahəsinin inkişafı ilə bağlı islahatlar üçün 13,0 milyon manat və digər səhiyyə (tibb) əməliyyatlarının həyata keçirilməsi üçün 9,2 milyon manat məbləğində vəsait proqnozlaşdırılıb.

Büdcə səhiyyə (tibb) təşkilatlarının maliyyə-təsərrüfat fəaliyyəti həm bütövlükdə, həm də onu təşkil edən ayrı-ayrı proseslər kəsiyində təhlil edilə bilər. Büdcədən maliyyələşdirilən təşkilatlara bir sıra tipik xüsusiyyətlər səciyyəvidir ki, maliyyə-təsərrüfat fəaliyyətinin təhlili zamanı onları nəzərə almaq lazımdır.

Büdcə təşkilatları dövlət vəsaitlərini məqsədli təyinat üzrə xərcləyir ki, bu da maliyyə nizam-intizamına ciddi riayət edilməsini tələb edir.

Büdcədən müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin saxlanılmasına ayrılan vəsaitlərin həcmi, məqsədli təyinatını və kvartallar üzrə bölgüsünü əks edərən əsas plan maliyyə sənədi xərclər smetasıdır. Smetalarda qeyd edilən təxsisatlar son həddi göstərir və bu məbləğdən yuxarı xərc çəkilməsinə yol verilmir. Smetanın forması, onun tərtib edildiyi əsas göstəricilər, xərclərin ölçüsünü təyin etmək üçün normalar və qiymətləndirmələr yuxarıda duran təşkilatlar tərəfindən bildirilir. Təhlil prosesində büdcə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərində smetaların məzmununun xüsusiyyətləri nəzərə alınır. Bu xüsusiyyətlər xərclərin mahiyyətindəki və onların formalaşma qaydasındakı fərqlərdən irəli gəlir.

Ayrılan maliyyələşdirmə və müəssisə (təşkilat) (təşkilat) vəsaitlərinin qənaətlə xərclənməsi bir çox mənada smetanın vaxtında təsdiq edilməsi və ondakı göstəricilərin dəqiq hesablanması ilə şərtlənir. Smeta üzrə təsdiq edilən təxsisatların kvartallar üzrə bölgüsünün düzgün yerinə yetirilməsinin, habelə smetada edilən dəyişikliklərin uçotunun da böyük əhəmiyyəti var. Qüvvədə olan qaydada inflyasiya ilə əlaqədar smetanın kvartallar üzrə korreksiyası nəzərdə tutulmuşdur.

Büdcə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsinin gedişatında smeta üzrə ayrılan təxsisatlardan istifadənin düzgünlüyünə müntəzəm olaraq nəzarət edilir. Büdcə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin cari maliyyələşdirməsinin təşkili aylıq və rüblük hesabatları nəzərdən keçirmədən qeyri-mümkündür, çünki onların əsasında ştat və kontingentlər üzrə planın yerinə yetirilməsini və daha əvvəl sadalanmış vəsaitlərin mənimsənilməsinə üzə çıxarmaq mümkün olar.

Qeyri-istehsal sferasında əmtəə-pul münasibətləri əsasən birtərəfli xarakter daşıyır. Büdcə təşkilatları müxtəlif cür ictimai əhəmiyyətli xidmətlər göstərir və istehlakçı tərəfindən deyil, dövlət büdcəsindən qaytarmamaq şərtilə ödənilən yerinə yetirir. Bu, büdcə təşkilatı tərəfindən yerinə yetirilən funksiyaların keyfiyyətinə, habelə ayrılan pul vəsaitlərindən istifadənin səmərəliliyinə nəzarəti zəiflədir.

Büdcə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin xidmətlərinin dəyərinin (qiymətinin) formalaşması əsasən xərclərin real ölçüsündən çıxış etməkdən çox, büdcənin imkanlarından çıxış etməklə direktiv metodla həyata keçirilir. Büdcə təşkilatlarının maliyyə durumu, onların debitorlar və kreditorlarla hesablaşmalarının vəziyyəti xeyli dərəcədə xidmətlərin miqdarı və keyfiyyətindən yox, büdcədən vəsaitlərin vaxtında və tam ayrılmasının asılıdır.

Öz təsərrüfat fəaliyyətini həyata keçirərkən təşkilatlar dövlət vəsaitlərini büdcə təsnifatına uyğun müəyyən edilmiş xərclər smetasına əsasən xərcləyirlər. Bu, iqtisadi idarəetmənin elastikliyinə aşağı salır, tez-tez dəyişən təsərrüfatçılıq şəraitində operativ manevr etmək imkanlarını azaldır.

Büdcə təşkilatlarının fəaliyyətinin qeyri-kommersiya xarakteri və maliyyələşdirmənin məsrəfləri prinsipi pozitiv maliyyə nəticəsinin formalaşmasını nəzərdə tutmur. Bu, müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri resursları faktiki zərurətdən çox, ayrılan vəsaitlərin həcmindən çıxış etməklə xərcləməyə məcbur edir.

Büdcə təşkilatının maliyyə-iqtisadi vəziyyəti kompleks anlayışdır. O, bir çox amillərdən asılıdır və vəsaitlərin yerləşdirilməsini, real və potensial maliyyə imkanlarını əks etdirən göstəricilər sistemi ilə səciyyələnir.

Büdcə səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin maliyyə durumu onun fəaliyyətinin bütün tərəflərindən (istehsal və smeta planlarının yerinə yetirilməsindən, büdcə vəsaitlərinin qənaətli və rəşional istifadəsindən, xidmətlərin maya dəyərinin azaldılmasından və gəlir artmasından) pul vəsaitlərindən və dövriyyə sistemində qüvvədə olan başqa amillərdən (xammal və material təchizatçıları ilə qarşılıqlı əlaqələrin yaxşılaşdırılmasından, satış və hesablaşma proseslərinin təkmilləşdirilməsindən) səmərəli istifadədən asılıdır.

Təhlil zamanı müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin dayanıqsızlığının səbəblərini aşkar etmək və mümkün qədər onların aradan qaldırılması yollarını müəyyən etmək lazımdır.

Təsərrüfatçılıq subyektinin maliyyə-iqtisadi vəziyyətinin təhlili idarəetmənin ən təsirli metodlarından biri, rəhbərlik qərarlarının əsaslandırılmasının əsas elementidir.

Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin maliyyə-iqtisadi durumunun təhlilində məqsəd onun fəaliyyətinin sistemli şəkildə öyrənilməsi və nəticələrinin ümumiləşdirilməsi əsasında iş səmərəliliyini artırmaqdır.

Səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin maliyyə-iqtisadi vəziyyətinin xarakteristikası aşağıdakı göstəricilər qrupları üzrə aparılır:

- Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin və onun fəaliyyətinin xüsusiyyətlərinin qısa xarakteristikası.
- Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)də maddə və altmaddələr kəsiyində xərclərin strukturunun xarakteristikası və üç il ərzində onların dinamikasının təhlili.
- Xəstəxananın şöbələri kəsiyində pullu tibbi xidmətlərin göstərilməsinin rentabelliyyətinin qiymətləndirilməsi və onların 2006-2008-ci il ərzində dinamikasının təhlili.
- Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin üç il ərzində dinamikada əsas əmsallarının və maliyyə durumunun göstəricilərinin və onların normativ göstəricilərdən sapmasının gətirilməsi: likvidlik və ödəmə qabiliyyəti

əmsalları, cari aktivlərin strukturunun əmsalları və maliyyə stabilliyi əmsalları.

## 1.2 Səhiyyə (tibb) sisteminin inkişafında büdcənin rolunun artırılması

Səhiyyə (tibb) özəl və dövlət tərəfindən maliyyələşdirilə bilər. Tibbi yardım haqqının ödənişi üçün vəsaitlərin mənbələrini vətəndaşların fərdi gəlirləri və işəgötürənlərin vəsaitləri təşkil edir. Vətəndaşlar öz istəyi ilə özü və öz ailəsinin üzvləri üçün sığorta əldə edirlər. Könüllü tibbi sığorta polisləri onların sahiblərinə xəstəlik zamanı artıq heç nə ödəmədikləri və ya xırda birgə ödəniş etdikləri tibbi yardım almağa imkan verir. Sığortalar bilər fərdi və ya kollektiv şəkildə adətən bir təşkilatda işləyən şəxslər tərəfindən əldə edilə bilər. Kollektiv sığorta proqramları tam və ya qismən işəgötürənin vəsaitləri hesabına ödənilə bilər.

Tibbi sığortaların mövcudluğu və ödənilməsi şərtləri belə hallarda işəgötürənlə həmkarlar ittifaqı təşkilatı arasında kollektiv razılaşmanın predmeti kimi və ya işəgötürən tərəfindən hər bir işçi ilə bağlanan fərdi müqavilənin elementlərindən biri kimi çıxış edir. Sığortası olmayan şəxslər xəstəlik halında göstərilən xidmətlərin tam ödənilməsi şərti ilə tibbi yardımdan istifadə etməyə və ya özünümüalicə ilə məşğul olmağa məcburdurlar.

Könüllü tibbi sığortanı kommersiya əsasları ilə fəaliyyət göstərən özəl sığorta təşkilatları həyata keçirir. Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin özəl sistemi üçün sığorta edənlər arasında güclü rəqabət səciyyəvidir. Onlar tibbi yardımın müxtəlif dəyərdə olduğu və müxtəlif şərtlərlə göstərildiyi müxtəlif növ sığorta proqramlarının təklif edirlər. Sığortalanmış şəxslərin ala biləcəkləri tibbi xidmətlərin növlər və həcmi onların və ya onların işəgötürənlərinin özəl sığorta üçün ödədikləri məbləğdən asılıdır. Bu zaman sığorta edənlər adətən sığortalanan şəxslərin yaşından, bəzən də əvvəl keçirdikləri xəstəliklərdən asılı olaraq sığorta haqlarının tariflərini ayırır.

Bu yolla sığortanın qiymətində xəstələnmə riski hesaba alınmış olur. Sığorta proqramları həmçinin onlar sığortalanmış şəxslərə təqdim etdikləri həkim və tibb

təşkilatlarının seçimi imkanları baxımından da fərqlənə bilər. Bahalı sığortalar sığortalanmış şəxsin istənilən həkimə müraciət etmək və şəxsi seçiminə görə xəstəxanaya yerləşdirilmək hüququnu nəzərdə tutur. Nisbətən ucuz sığortalar belə imkanları məhdudlaşdırır. Sığortalanmış şəxsə yalnız balaca bir siyahıdan həkim və tibb təşkilatlarını seçmək hüququ verilir, və ya sığortalanmış şəxs müəyyən poliklinikaya və xəstəxanaya təhkim edilir.

Tibbi sığorta təşkilatları sığortalanmış şəxslərin haqlarını yığır və bu vəsaitlərdən onların müalicəsini ödəyir. Yığılmış haqların məbləği ilə həkim və tibb təşkilatlarının xidmət haqqına və sığorta işinin aparılmasına çəkilən xərclər arasındakı fərq sığorta edənlərin gəlirini təşkil edir.

Müxtəlif ölkələrdə səhiyyə (tibb)nin dövlət maliyyələşdirilməsi sistemləri spesifikdir. Amma onların müxtəlifliyini qaydaya salmaqla dövlət maliyyələşdirmə sistemlərinin iki əsas tipini fərqləndirmək olar: məcburi tibbi sığorta sistemi və səhiyyə (tibb)nin büdcə maliyyələşdirməsi sistemi. İndi onlara daha ətraflı nəzər salaq.

Əhaliyə tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi mənbələrini müəyyən kateqoriyadan olan sığortaçıların məcburi surətdə ödədikləri sığorta haqları təşkil edir. İşləyən əhalinin sığortaçıları kimi işləyənlər özləri və / və ya onların işəgötürənləri çıxış edir. Dövlət onları adətən əmək haqqı fonduna fiksə edilmiş faiz şəklində müəyyən edilən məcburi tibbi sığorta haqlarını ödəməyə məcbur edir.

Məcburi tibbi sığorta sisteminin olduğu ölkələrin əksəriyyətində haqlar işəgötürənlər tərəfindən işçilərlə birlikdə adətən təxminən bərabər nisbətdə ödənilir. Azərbaycanda və bəzi başqa ölkələrdə MTS-ya haqları yalnız işəgötürənlər ödəyir.

İşləməyən əhalinin sığortası iki üsulla həyata keçirilə bilər. Biri ondan ibarətdir ki, işləyənlə birlikdə onların ailələrinin işləməyən üzvləri də sığortalanır və müvafiq olaraq işləyənlər və ya işəgötürənlər tərəfindən ödənilən məbləğ işləyənlər və onların ailə üzvləri üçün sığorta haqları kimi çıxış edir. İkinci üsul ondan ibarətdir ki, işləməyən əhaliyə görə sığorta haqları dövlət büdcəsinin və ya

büdcədən kənar fondların vəsaitlərindən ödənilir. Məsələn, yaşlı əmək qabiliyyətli yaşdan yuxarı olan şəxslər üçün haqlar təqaüd fondları tərəfindən, işsizlər üçün isə - məşğulluq fondları köçürülür.

Bir çox ölkələrdə göstərilən tibbi xidmətlərə görə pasiyentlərin birgə ödənişləri nəzərdə tutulmuşdur, amma ictimai səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsində şəxsi xərclərin payı cüzdür, birgə ödənişlərin özündən isə artıq tələbin məhdudlaşdırılması aləti kimi istifadə olunur.

MTS sistemində sığorta edənlər kimi ixtisaslaşdırılmış sığorta təşkilatları çıxış edir. Bir çox ölkələrdə bu, qeyri-dövlət qeyri-kommersiya fondlarıdır. XX əsrin 90-cı illərinə qədər bu fondlar istehsal-ərazi prinsipi üzrə əhalinin sığortalanmasını həyata keçirirdi. Onlar müəyyən sahələrdə işləyənlərin və ya müəyyən ərazilərdə yaşayanların sığortalanması üçün yaradılırdı. Bu fondların arasında rəqabət yox idi. Azərbaycanda MTS sistemində sığorta edənlərin funksiyalarını eyni zamanda qeyri-dövlət kommersiya sığorta təşkilatlarını və dövlət MTS fondları yerinə yetirir.

MTS sistemində sığortalanmış şəxsə zəmanət verilən tibbi yardım növlərinin siyahısı və həcmi milli MTS proqramında dövlət tərəfindən təyin edilir. Bu öhdəliklər adətən qanunvericilik yolu ilə müəyyən edilən sığorta haqlarının ölçüsü ilə əlaqələndirilir. Sığorta edənlər öz müştərilərinə daha geniş MTS proqramını təklif edə, müvafiq olaraq daha yüksək ölçüdə haqları müəyyən edə bilirlər.

Könüllüdən fərqli olaraq, məcburi tibbi sığortada haqların ölçüsü fərdi xəstələnmə riskinin qiymətləndirilməsi və sığortalanmış şəxsin ala biləcəyi tibbi yardımın həcmi ilə birbaşa bağlı deyil. Sığorta haqlarının ölçüləri ümumdövlət miqyasında proqnozlaşdırılan xərclərin ölçüsü ilə bağlıdır (sığortalanmış bütün əhali kateqoriyalarına hesabla). Bu zaman müxtəlif sığorta fondlarında sığortalanmış şəxslərə tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi imkanlarının qeyri-bərabərsizliyi problemi yaranır. MTS sistemində sığorta edən yaşlı və sağlamlığından asılı olmayaraq bu ərazidə yaşayan və ya müəyyən peşəyə malik olan bütün şəxsləri sığorta etməlidir.

Lakin şəxslərin xəstələnmə riskinə görə bölgüsü ölkənin ərazisi və fəaliyyət sferaları üzrə qeyri-bərabərdir. Buna görə də müxtəlif sığorta edənlərdə sığortalanmış şəxslərin yaş strukturunda və sağlamlıq durumuna fərqlərin olması labüddür. Deməli, sığorta edənlərin bir sığortalanmış şəxsə göstərilən tibbi yardım xərcləri də əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənəcək.

Bu problemin kəskinliyini qismən işləyənlərin sahə mənsubiyyəti üzrə sığorta haqlarının differensiasiyasının köməyi ilə azaltmaq olar. Problemin həlli üçün ya dövlət tərəfindən payına yüksək xəstələnmə riskləri olan sığortalanmış şəxslərin çoxunun düşdüyü sığorta edənlərə subsidiya verilməsi, ya da sığorta edənlər arasında haqların yenidən paylaşdırılması tələb olunur.

MTS sistemlərində sığorta edənlərin fəaliyyətinin maliyyə şəraitinin düzləşdirməsi probleminin həllinin iki alternativ mexanizmi tətbiq edilir.

Birinci mexanizm: MTS-ya haqlar tam və ya müəyyən hissədə xüsusi mərkəzi fonda yönəldilir. Dövlət də bu fonda əlavə subsidiya verə bilər. Fond hər bir sığorta edəni sığortalanmış şəxslərin sayından və onların xəstələnmə risklərinin xarakteristikasından asılı olaraq maliyyələşdirir. Maliyyələşdirmə adambaşına düşən normativlər üzrə həyata keçirilir ki, onlar da vahid düstur üzrə hesablanır və sığortalanmış şəxslərin yaş strukturundakı və xəstələnmə strukturundakı fərqləri əks etdirir.

İkinci mexanizm: sığorta haqlarının yenidən bölgüsü üçün məsuliyyət sığorta şirkətlərindən birinin üzərinə qoyulur. Adətən bu o, ən böyük əhali payını sığorta edən şirkətdir. Yerdə qalan bütün sığorta edənlər yığdıqları qanunvericiliklə müəyyən olunan sığorta payını göstərilən təşkilatın xüsusi hesabına yönəldirlər. Sonra bu vəsaitlər bütün sığorta edənlər arasında yenə də sığortalanmış şəxslərin sayından və strukturundan asılı olaraq yenidən bölüşdürülür.

MTS sistemində sığorta edənlər sığortalanmış şəxslərə tibbi yardımın təqdim edilməsi və ödənilməsinə görə məsuliyyət daşıyırlar və tibbi xidmət istehsalçıları (özəl təcrübəçi həkimlər və müxtəlif mülkiyyət formalı tibbi təşkilatlarla) ilə müqavilələr bağlamaqla bu məsələnin həllini təmin edirlər.



Əhaliyə tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi ümumi vergiqoyma hesabına formalaşdırılan dövlət büdcəsi vəsaitlərindən həyata keçirilir. Ayrı-ayrı ölkələrdə səhiyyə (tibb) üçün maliyyə vəsaitlərinin mənbəyi kimi bərkidilmiş vergi daxilolmalarından istifadə olunur.

Büdcə maliyyələşdirilməsi sistemində vəsaitlər üzərində sərəncam verən dövlət səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanlarıdır. Onlar vətəndaşlara özəl təcrübəçi həkimlər və əsasən dövlət təşkilatları olan tibbi təşkilatlar tərəfindən göstərilən tibbi yardımını ödəyirlər. Bu sistemin tətbiq edildiyi ayrı-ayrı ölkələrdə alınan tibbi xidmətlərə görə əhalinin birgə ödənişləri nəzərdə tutulur. Lakin onlar az məbləğdə olduğundan, pasiyentlər üçün problem deyil və artıq tələbi məhdudlaşdırmaq məqsədlərinə xidmət edirlər.

Büdcə maliyyələşdirməsi sistemi və məcburi tibbi sığorta sistemi səhiyyə (tibb)nin dövlət maliyyələşdirilməsinin təşkilinin alternativ üsuludur. Bu sistemlərin səhiyyə (tibb)nin özəl maliyyələşdirmə sistemindən əhəmiyyətli fərqi xəstələnmiş şəxs tərəfindən alınan tibbi yardımın həcmnin onun ödəmə qabiliyyətindən asılı olmamasıdır.

Sığorta sistemi ilə müqayisədə büdcə sisteminin üstünlüyü zəruri inzibati xərclərin - səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanlarının saxlamasına çəkilən xərclərin az olmasındadır. Belə sistemin az xərclərlə tibbi xidmət istehsalçılarının fəaliyyətinə dövlət nəzarətini təmin etmək imkanları böyükdür.

Sığorta sistemində idarəetmə subyektlərinin sayı daha çoxdur – bunlar həm sığorta edənlərin özü, həm də bütövlükdə sistemin tənzimləmə funksiyalarını və tibb təşkilatlarının və sığorta edənlərin fəaliyyətinin tənzimlənməsi funksiyalarını yerinə yetirən dövlət səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanlarıdır. Sığorta sistemində toplanan və emal edilən informasiyanın həcmi, sənəd dövriyyəsi daha çoxdur.

Büdcə sisteminin çatışmamazlığı səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin dəyişən siyasi prioritetlərdən daha çox asılılığındadır. Hər il səhiyyə (tibb)yə büdcə təxsisatlarının ölçüləri büdcə xərclərinin bir-biri ilə rəqabət aparan istiqamətləri ilə mübarizədə təyin edilir. Əksinə, sığorta sistemində səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin dəqiq mənbələri olur və buna görə də siyasi şəraitdən o

qədər də asılı deyil. Sığorta sistemində sığortalanmış şəxslərə tibbi xidmət zamanətlərinin maliyyə daxilolmalarının ölçüsündən asılılığı daha dəqiq şəkildə təmin olunur. Sığorta haqlarının ölçüləri MTS proqramına daxil edilən zamanətlərin həcmi ilə tarazlanır.

Lakin bu müqayisəli üstünlüklər müəyyən hallarda çatışmamazlığa çevrilə bilər. MTS sisteminin maliyyə bazası nisbətən dardır - sığorta haqları maddəli işçilərin əmək haqqı fonduna faizlə nisbətə müəyyən edilir. İqtisadi konyunktura pis olduqda, yığılan haqların ölçüləri azala bilər və MTS sistemində MTS proqramı ilə zamanət verilən tibbi yardımın ödənişi üçün az vəsait yığılacaq. Bu zaman sığorta haqlarının tariflərinin artırılması və ya MTS proqramının azaldılması siyasi baxımdan qəbul edilməz ola bilər. Nəticədə ya dövlətin subsidiyalarına ehtiyac olacaq ya da tibbi xidmətlərin istehlakının rasionlaşdırılması lazım olacaq ki, bu da onların əlçatanlığını məhdudlaşdıracaq.

Səhiyyə (təb)nin büdcə maliyyələşdirməsi sistemi ilə müqayisədə sığorta maliyyələşdirilməsi sisteminin üstünlüyü ondadır ki, burada tibbi xidmətlərin maliyyələşdirilməsi subyektləri ilə onların istehsalçıları arasında funksiyalar və məsuliyyətin dəqiq müəyyən edilmişdir. Sığorta edənlər sığortalanmış şəxslərin lazımı tibbi yardımını və yardımın ödənilməsinə görə məsuliyyət daşıyırlar. Onlar sığortalanmış şəxslərin hüquqlarının müdafiəsində və sərəncamlarında olan maliyyə resurslarından səmərəli istifadə edilməsində maraqlı olan tibb təşkilatları ilə əhalinin arasında vasitəçidirlər.

Büdcə sistemlərində dövlət orqanları tarixən yalnız tibbi xidmət istehsalçılarının maliyyələşdirilməsi funksiyaları yerinə yetirməyib həm də onların tabeliyində olan dövlət tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin işinin idarə edilməsi funksiyaları da yerinə yetirib. Büdcə sistemləri iqtisadiyyatın inzibati metodlarla idarə olunan dövlət sektorunun hissələri kimi yaranırdı. Sığorta fondlarından fərqli olaraq, səhiyyə (təb) idarəetmə orqanları həm tibbi xidmətin nəticələrinə görə, həm də onların tabeliyində olan dövlət tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri şəbəkəsinin vəziyyətinə (onların resurs təminatına görə, xərclərinin örtülməsinə və s.) görə cavabdehdir. Bu təsərrüfatçılığın bədxərc tipinin təkrar

istehsalı üçün şərait yaradır və resurslardan səmərəli istifadəni həvəsləndirmir. Səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanları tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maraqlarına pasiyentlərin maraqlarını qurban verməyə meyillidirlər.

### **1.3. Səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsinin əsas problemləri**

Bu gün səhiyyə (tibb)nin maliyyə təminatında aşağıdakı problemlər mövcuddur:

- maliyyələşdirmə mənbələri arasında adekvat fərqlərin yoxluğu;
- əhəlinin tibbi xidmətlərə yetərli dərəcədə çıxışının olmaması;
- maliyyələşdirmənin tipi səhiyyə (tibb)nin ehtiyaclarına yönəldilən vəsaitlərdən istifadənin səmərəliliyini qiymətləndirməyə imkan vermir;
- işləməyən əhəliyə görə haqların dəqiq ödəniş mexanizminin yoxluğu.

Bu problemlərin əsas səbəblərindən biri maliyyələşdirmənin çoxkanallılığıdır. Çoxkanallı sistem bir sıra ölkələrdə mövcud olsa da, Azərbaycanda təşəkkül tapan maliyyələşdirmə tipi kifayət qədər səmərəli deyil.

Səhiyyə (tibb) sisteminin çoxkanallı maliyyələşdirməsinin Azərbaycan variantından fərqli olaraq, inkişaf etmiş ölkələrdə çoxkanallı maliyyələşdirmə zamanı mənbələr bu və ya digər dərəcədə bir-birini tamamlayır. Azərbaycanda isə 2 mənbə (MTS vəsaitləri və büdcə vəsaitləri) bir-birini qarşılıqlı əvəz edir.

"Azərbaycan Respublikasında vətəndaşların tibbi sığortası haqqında" Qanuna uyğun olaraq tibbi sığorta subyektləri arasında qarşılıqlı təsirlərdə rəqabət elementlərinin olduğu bazar mexanizminin yaradılması planlaşdırılırdı. Güman edilirdi ki, tibb xidmətlərinin istehsalçıları və sığorta şirkətləri iqtisadi olaraq tibbi yardımın keyfiyyətin artırılmasında və maliyyə vəsaitlərindən səmərəli istifadədə maraqlı olacaqlar. Ancaq bu, baş vermədi. İslahatçılar ölkədə yaranmış sosial-iqtisadi və siyasi vəziyyətə nəzər almədılar.

MTS-nın tətbiqi qanunda göstərilən iqtisadi prinsiplərin işləmədiyi zəif maliyyələşdirmə şəraitində davam edən iqtisadi böhran dövründə baş verirdi. MTS sistemi əlavə maliyyə vəsaitləri mənbəyinə çevrilmədi. Büdcədən vəsait alanların xroniki olaraq zəif maliyyələşdirilməsi şəraitində səhiyyə (tibb)yə təxsisat hər yerdə MTS xətti ilə alınan vəsaitlərin ölçüsünə qədər azalırdı.

On beş il davam edən islahatların əvvəlcədən qarşıda qoyulmuş məqsədlərə gətirib çıxarmadı.

Bu gün də səhiyyə (tibb) zəif maliyyələşdirilməklə yanaşı, resurslardan istifadənin səmərəsizliyi və tibbi yardımın strukturunun natarazlığı problem olaraq qalmaqdadır. Tibbi yardımın əlçatanlığı məsələsində sosial ədalət prinsiplərinin pozulması müşahidə olunur, tibbi xidmətin keyfiyyəti və əhalinin tibbi xidmət mədəniyyəti müasir tələblərə cavab vermir.

Əzəldən MTS üçün aşağıdakılar səciyyəvi olmuşdur:

- sığorta haqlarının aşağı tarifləri;
- sığorta haqları ödəyicilərinin qeyri-mükəmməl uçotu və qeyri-stabil maliyyə durumu;
- ərazi fondlarına işləməyən əhalinin sığortası üçün icra hakimiyyəti orqanlarından ödəmələrin tam daxil olmaması;
- büdcə qıtlığını örtmək üçün MTS vəsaitlərindən istifadə edilməsi və başqa məqsədsiz xərclər.

Maliyyələşdirmənin həcmində artım olmadı. Əksinə, maliyyə orqanları səhiyyə (tibb)yə büdcə təxsisatlarını MTS fondlarının yığmağı planlaşdırdıqları vəsait məbləğində azaldırdı.

Nəticədə cəmiyyətdə və tibbi mühitdə sığortaya olduqca tənqidi münasibət formalaşdı. Sığortalanmış vətəndaşlar məcburi tibbi sığorta polisi kimi bir sənədi ciddi olaraq qəbul etmirlər. Əslində o, tibbi yardımın ödənişi haqqında zəmanətdir. Tibbi "ödənişsiz" hesab edərək, heç kim MTS üzrə sığortalanmış olmaq istəmir. Buna görə də tibbi yardım üçün müraciət edərkən hesab edirlər ki,

tibbi yardım məcburi tibbi sığorta polisinin olub-olmamasından asılı olmayaraq birinci tələblə təxirə salınmadan göstərilməlidir. Bu fikir süni formalaşdırılmışdır.

Təbabət pulsuz ola bilməz. Ona dövlət sosial siyasətin tərkibində zəmanət verə bilər, amma o, yenə də ödənişli və kifayət qədər bahalı ola bilər.

Büdcə maliyyələşdirməsi zamanı tətbiq edilən smeta maliyyələşdirməsi metodu maliyyə orqanları üçün rahatdır. O, onlardan istifadə istiqamətlərinə nəzarət etməyə və arxayın olmağa imkan verir ki, ayırılmış vəsaitlər daha zəruri xərclərin əvəzinə məsələn, əmək haqqının ödənilməsinə və ya bahalı avadanlığın əldə edilməsinə yönəldilməmişdir.

Lakin resurslardan səmərəli istifadə nöqtəyi-nəzərindən smeta maliyyələşdirməsinin ciddi nöqsanları var. Onun əsas çatışmamazlığı ondadır ki, vəsaitlərin ayrılması onları alanların iş nəticələri ilə əlaqələndirilmədən həyata keçirilir. Smeta maliyyələşdirməsi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri resurslardan daha rəşional istifadəyə həvəsləndirmir və təsərrüfatçılığın məsrəfli tipini təkrar istehsal edir.

Bu ümumi çatışmazlıqlar daha çox MPM-nin kliniki fəaliyyətinin büdcə maliyyələşdirməsi maliyyələşdirmə predmetləri bir-birindən dəqiq fərqləndirilməyən iki kanal üzrə həyata keçirilir.

Yüksək texnoloji tibbi yardım növlərinin göstərilməsinə vəsaitlər bütövlükdə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin saxlanması maliyyələşdirilməsinə ayrılan vəsaitlərə əlavə olaraq ayrılır.

Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin büdcə maliyyələşdirilməsinin mövcud modeli əslində onların fəaliyyətinin ikiqat maliyyələşdirilməsi modelidir.

MPM tərəfindən yüksək texnoloji tibbi yardım göstərilməsinin fəaliyyət nəticələri ilə əlaqələndirilmədən həyata keçirilən smeta maliyyələşdirilməsi çox ciddi bir nöqsana malikdir. Ayrılan ümumi büdcə təxsisatları müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin bu MPM-nin gücünə uyğun həcmdə tibbi yardımın göstərməsi üçün lazım olan xərclərinin kompensasiyası üçün yetərli olmadıqda, onun nöqsanı üzə çıxır. Son onillikdə də vəziyyət məhz bu cürdür.

90-cı illərin əvvəllərində MTS sisteminin tətbiqi zamanı büdcə və sığorta maliyyələşdirilməsinin predmetlərini bir-birindən aşağıdakı kimi ayırmaq fikri vardı: MTS vəsaitləri hesabına ilkin tibbi yardımın əsas hissəsinin (birinci səviyyəli tibbi yardımın) və ikinci tibbi yardımın (ikinci səviyyəli tibbi yardımın) maliyyələşdirilməsi təmin olunur; büdcə vəsaitləri hesabına ilkin tibbi yardımın hissəsinin (əhalinin immunizasiyası, təcili tibbi yardım) maliyyələşdirilməsi, ikinci səviyyəli tibbi yardımının bəzi ixtisaslaşdırılmış növləri (vərəm xəstələrinin, psixi xəstələrin stasionar müalicəsi və b.) və üçüncü səviyyəli tibbi yardım təmin olunur.

Bizim ölkəmizdə indiki zamana təşəkkül tapmış real büdcə-sığorta maliyyələşdirmə sistemi tibbi sığorta haqqında qanunda öz əksini tapan ilkin ideyadan əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. MTS sistemində yığılan vəsaitlər ilkin və ikinci tibbi yardımın baza MTS proqramında müəyyən edilən həcmdə ödəmək üçün yetərli deyil. Bu, MTS-in natamam tətbiqinin və işləməyən əhalinin MTS-ə haqlahəyata keçirilməsinin bərkidilmiş vergi mənbələrinin olmamasının nəticəsi olmuşdur. MTS proqramına daxil edilmiş ilkin və ikinci tibbi yardım praktikada iki mənbədən maliyyələşdirilir: MTS vəsaitlərindən; Azərbaycan Respublikası subyektlərinin büdcə vəsaitlərindən və yerli büdcə vəsaitlərindən.

Azərbaycan Respublikasının bəzi subyektlərində MTS sistemində stasionar tibbi yardımın ödənişi başa çatmış müalicə halı üçün xəstəliklərin növlərinə (nozoloji formalarına) görə ayırılmış tariflər üzrə həyata keçirilir. Bu tarifləri iki çox əhəmiyyətli xüsusiyyəti var.

Birincisi, Federal məcburi tibbi sığorta fondunun tələblərinə görə, MTS vəsaitlərindən yalnız tibb təşkilatlarının dörd maddə üzrə xərclərinin kompensasiyası üçün istifadə oluna bilər:

- 1) əmək haqqı;
- 2) əmək haqqına əlavələr;
- 3) tibbi xərclər (dərmanlara, sargı materiallarına çəkilən xərclər daxil olmaqla);
- 4) qida məhsulları.

Belə qaydanın müəyyən edilməsi onunla bağlıdır ki, MTS sistemində yığılan vəsaitlər tibbi yardımın baza MTS proqramında nəzərdə tutulmuş həcmdə göstərilməsi üçün lazım olan xərclərin kompensasiyası üçün yetərli deyil. Təcrübədə tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin xərclərinin qalan növləri Azərbaycan Respublikası subyektlərinin büdcə vəsaitləri hesabına örtülür. Müvafiq olaraq müəyyən edilən tariflər yardım göstərilməsi üçün lazım olan xərclərin yalnız bir hissəsini əks etdirir.

Maliyyələşdirmənin mövcud mexanizmi vətəndaşların pulsuz tibbi yardım almaq hüquqlarını təmin etmir. Mövcud büdcə vəsaitlərinin hesabına pasiyentlərin heç olmasa bir hissəsi üçün həqiqi pulsuz müalicə təmin etmək olar. Bunun əvəzinə isə ayrılan büdcə vəsaitləri faktiki olaraq bütün pasiyentlərə "yaxılır" və onların əksəriyyətindən əlavə ödəniş tələb edilir.

Büdcə vəsaitləri xərclərin yarısından bir az çox hissəsini örtür. Onlar isə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin bütövlükdə fəaliyyətinin maliyyələşdirilməsi üçün ayrılır. Büdcə maliyyələşdirilməsinin belə modeli büdcə vəsaitlərindən səmərəli istifadənin təmin edilməsi prinsiplərinə ziddir və müalicə üçün çatışmayan maliyyə vəsaitlərinin kompensasiyası ilə bağlı heyətlə pasiyentlər arasında kölgə iqtisadi münasibətlərə şərait yaradır. Klinikalar ya xərclərin bir hissəsini pasiyentlərin üzərinə qoymağa ya da mövcud çarpayılıq fondundan istifadənin səmərəliliyini aşağı salmağa məcbur olurlar. Təcrübədə hər ikisi müşahidə olunur.

Ayrılan vəsaitlərin ölçüsü büdcə alanların bütün xərclərini örtürsə və onların fəaliyyətinin yekun göstəriciləri ilə bağlanmırsa, onda smeta maliyyələşdirilməsi büdcə vəsaitlərindən səmərəli istifadə vəzifəsinə zidd olur. Göstərilən məsələnin həlli üçün smeta maliyyələşdirilməsindən imtina etmək və səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin başqa maliyyələşdirmə mexanizmini tətbiq etmək lazımdır. Bu, təxsisatların ölçüləri ilə bu müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin bu vəsastələrdən istifadə edərək göstərməli olduqları tibbi yardımın həcmi arasında balans təmin edər.

Bu zaman əsas iqtisadi alət tibbi xidmətlərin tarifidir. Əvvəlcə sadə tibbi xidmətlərin dəyəri hesablanır, sonra isə bu əsasda hər səhiyyə (tibb) müəssisə

(təşkilat) (təşkilat)sində xəstələrin aparılması protokolları üzrə müalicə edilmiş xəstənin yaranmış nozoloji formasının dəyəri müəyyən edilir.

Tariflər müvafiq tibbi yardımın göstərilməsi üçün lazım olan bütün növ xərclərin kompensasiyasını təmin etməlidir,.

Səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin yeni maliyyələşdirilmə mexanizminin tətbiq edilməsi onların xərcləri və fəaliyyətinin nəticələri haqqında məlumatları əldə etməyə və bu xərclərlə nəticələri müqayisə etməyə imkan verəcək.

Azərbaycan Respublikasının səhiyyə (tibb) sistemində bir neçə mənbədən maliyyələşdirilən idarəetmə çətinliklərini hiss edən ayrı-ayrı subyektləri büdcələrlə MTS sistemi arasında məxaric öhdəliklərinin ayrılmasında (bir qayda olaraq, qeyri-formal razılıq və prosedurlar vasitəsi ilə) "düzəliş etməyə" cəhd göstərirlər. Belə "düzəlişin" ən yayılmış variantı işləməyən əhalinin MTS-a axıra kimi maliyyələşdirilməməsi və "azad olan" vəsaitlərin birbaşa büdcə maliyyələşdirməsinin xeyrinə yenidən bölgüsündən ibarətdir.

FMTSF-nun məlumatlarına görə, 2001-ci ildə 63 regionda işləməyən əhalinin MTS-ya faktiki vəsait daxilolmaları TFMTS-nın büdcələrində təsdiq edilmiş məbləğdən aşağı olmuş, onlardan 19-da isə faktiki daxilolmalar illik təyinatdan 60% aşağı olmuşdur.

Bundan başqa, büdcə və MTS sistemi arasında qanunvericiliklə müəyyən edilmiş məxaric öhdəliklərinin ayrılmasında qeyri-formal şəkildə "düzəliş" edilməsi yalnız maliyyə resurslarının kəmiyyət baxımından yenidən bölgüsü vasitəsilə deyil, həm də ayrılma obyektlərinin dəyişdirilməsi yolu, yəni məxaric öhdəliklərinin özünün məzmununun dəyişdirilməsi yolu ilə baş verir.

Qüvvədə olan qanunvericilik əsasən tibbi yardımın həcmi və növləri üzrə (qismən də iqtisadi təsnifat maddələri üzrə) dövlət zəmanətlərinin ərazi proqramının maliyyələşdirilməsinin bir-birindən ayrılmasını nəzərdə tutursa, praktikada bir çox regionlarda büdcələrlə MTS sistemi arasında əsasən MPM-nin xərclərinin növləri, başqa sözlə, iqtisadi təsnifat maddələri) bir-birindən ayrılır.



Bir qayda olaraq, səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərində büdcə vəsaitləri hesabına tam və ya önəmli ölçüdə əlavələrlə əmək haqqı (büdcə və MTS vəsaitləri hesabına Ərazi məcburi tibbi sığorta proqramı üzrə və büdcə tədbirləri üzrə yardımın həcminə mütənasib şəkildə birgə maliyyələşdirilməli olan əmək haqqı) və kommunal xidmətlərin ödənişi maliyyələşdirilirsə, MTS vəsaitləri hesabına – tibbi xərclər və qida məhsulları maliyyələşdirilir.

Məxaric səlahiyyətlərinin bu cür bir-birindən ayrılmasının bir neçə səbəbi var: büdcə sferası işçilərinin əmək haqqına çəkilən xərclərin prioritetliyi bu xərclər maddəsinin (habelə əmək haqqına əlavələrin) büdcəyə aid edilməsinə səbəb olur; bir çox regionlarda enerji resurslarının tədarükünə görə hesablaşmaların mərkəzləşdirilməsi kommunal xidmətlərin ödənişinin tam olaraq büdcə öhdəliklərinə daxil edilməsini şərtləndirir; nəhayət, eyni xərclər maddələrinin müxtəlif mənbələrin hesabına tibbi yardımın həcminə mütənasib şəkildə maliyyələşdirilməsi MPM-nin işçiləri tərəfindən ağır vəzifə kimi qavranılır, çünki bu, uçot və hesabatlılığı çətinləşdirir.

Məxaric səlahiyyətlərinin bu şəkildə yenidən bölgüsü MTS sisteminin və onun əsas prinsipinin deformasiyasına gətirib çıxarır. Həmin prinsipə görə, tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin saxlanması maliyyələşdirilmir, əhaliyə göstərilmiş tibbi yardımın həcmi ödənilir. Birbaşa büdcə maliyyələşdirməsi (xərclərin smetası üzrə) şəraitində MPM tərəfindən alınan vəsaitlərin həcmi onlar tərəfindən göstərilmiş yardımın həcmindən birbaşa asılı deyil.

Etiraf etmək lazımdır ki, MTS sisteminin daha güclü alətlər (tibbi xidmətlərə görə tariflər üzrə MPM-nin hesablarının ödənilməsi) və institutlar (tibbi yardımın keyfiyyətinin müstəqil ekspertizasını və sığortalanmış şəxslərin hüquqlarının müdafiəsini təmin edən sığorta tibb təşkilatları, STT) dəsti var ki, bu da onlara MPM-nin xidmətlərinin alıcısı funksiyalarını yerinə yetirməyə imkan verir.

Bundan başqa, yerli özünüidarəetmə orqanlarının özlərinin işləməyən əhalinin MTS ödənişləri azaltmağa və birbaşa MPM-nə daha çox vəsait

yönəltməyə can atması çox hallarda təsisçinin ona tabe olan MPM-ni artıq gücləri azaltmaqla saxlamaq istəyindən irəli gəlir.

İkincisi, məxaric öhdəliklərinin və maliyyə resurslarının büdcələrin xeyrinə yenidən bölgüsü vilayət dövlət hakimiyyəti orqanları ilə yerli hakimiyyət orqanları arasında mənafə münaqişəsinin aradan qaldırması imkanlarını azaldır.

Təcrübə göstərir ki, səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanı tibbi yardımın və MPM şəbəkəsinin strukturunun optimallaşdırılmasında maraqlıdır, yerli idarəetmə orqanları isə dövlət siyasətinin strateji hədəflərinə zidd olan şəxsi maraqlarını güdür və nağd şəbəkəni və büdcə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin ştatlarını saxlamağa çalışırlar. Yerli idarəetmə orqanlarının muxtariyyəti regional hakimiyyətə inzibati olaraq bələdiyyə səhiyyə (tibb) sistemlərinin fəaliyyətinə qarışmağa imkan vermir.

Eyni zamanda ərazi MTS fondlarının və sığorta edənlərin bələdiyyə MPM tərəfindən göstərilən tibbi yardımın strukturu və həcminə iqtisadi cəhətdən təsir etmə rıçaqları var. Buna görə də səhiyyə (tibb)nin OMS kanalları üzrə bölüşdürülən maliyyə resurslarının payının artırılması səhiyyə (tibb)nin və adambaşına büdcə təminatının şəffaf düzləşdirməsi metodikası əsasında büdcələrarası tənzimləmə prosesinin formallaşdırılması yerli idarəetmə orqanlarını sahənin struktur cəhətdən yenidən qurulmasına dəstək olmağa təhrik edə bilər. edə bilərdilər.

Üçüncüsü, yuxarı təsvir edilmiş məxaric öhdəliklərinin ayrılmasını dəyişdirmək cəhdlərinin əhəmiyyətli hissəsi federal qanunvericiliyə ziddir. FMTSF-nin və Azərbaycan Respublikası Hesablama palatasının yoxlamaları daim buna işarə edir.

Vaxt ötdükcə, tibbi xidmətlərə çıxış imkanları azalır. Təcrübə göstərir ki, müalicə prosesini sürətləndirmək üçün pasiyentlər pul ödəməli olurlar. "İctimai rəy" fondu tərəfindən keçirilmiş ümumAzərbaycan tədqiqatının məlumatlarına görə, son il ərzində 42% Azərbaycanlı tibbi xidmətlərə görə pul ödəyirdilər. Həm də 34%-i – dövlət tibb məntəqələrində və 11% – özəl tibb məntəqələrində. Şübhəsiz, dövlət sisteminin öz üstünlükləri var. Onlara xəstəliklərin

profilaktikasını, imkansız əhali təbəqələrinə yardım göstərilməsi, vətəndaşların sağlamlığının qorunmasının başqa istiqamətlərini aid etmək olar.

Dövlət sisteminin çatışmamazlıqlarına onun səmərəsizliyini aid etmək olar ki, bu da sosial-iqtisadi göstəricilərdə öz əksini tapır: ölüm və xəstələnmə faizinin artması, avadanlığın köhnəlməsi, vəsaitlərin (Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Dövlət xidməti Akademiyasının Sosial tədqiqatlar Mərkəzinin məlumatına görə, ildə 150 milyarda qədər rubl.) kölgə dövryyəsinə keçməsi.

Həmçinin işləməyən əhaliyə tibbi yardımın ödəniş mənbəyinin təyini ilə bağlı qanunvericilik bazanın natamam olduğunu da nəzərə almaq lazımdır. Hər hansı səbəblərdən işləməyənlər ölkə əhalisinin 60%-dən çoxunu təşkil edir, amma tibbi yardımın 2/3-ünü sərf edirlər.

İşləməyən əhaliyə görə MTS-ya sığorta haqlarını səhiyyə (tibb) üçün müvafiq büdcələrdə nəzərdə tutulmuş vəsaitlər daxilində ərazi MTS proqramlarının həcmi nəzərə alaraq icra hakimiyyəti orqanları ödəməlidirlər. Ərazi MTS fondlarına vəsaitlərin köçürülməsi işləməyən əhaliyə normativ üzrə həyata keçirilməlidir. Bu normativ ərazi MTS proqramının dəyərində əsasən müəyyən edilir.

Təsərrüfatçılıq subyektləri-sığortaçılar üçün tariflər Vergi Məcəlləsi ilə müəyyən edilirsə, icra hakimiyyəti orqanları üçün işləməyən əhalinin MTS ödənişlərinin hesablanması üzrə normativ sənədlər mövcud deyil. Haqların hesablanması Azərbaycan Respublikasının hər bir subyektində müstəqil qurulan normativlərə əsasən qalıq prinsip üzrə həyata keçirilir.

"Azərbaycan Respublikasında vətəndaşların tibbi sığortası haqqında" Qanunda yalnız işləməyən vətəndaşların sığortasına haqları ödəyən göstərilmişdir, ancaq haqların ölçüsü müəyyən edilməmiş, ödəniş mexanizmi, bu haqları ödəməməyə görə məsuliyyətin ölçüsü göstərilməmişdir. Yəni, bu hissədə qanunu icra etməmək üçün bütün ilkin şərtlər var.

Səhiyyə (tibb)də islahatların prioritetli istiqamətlərindən biri kimi federal hokumət tədricən bu sahənin büdcə-sığorta maliyyələşdirilməsi sistemindən sığorta sistemində keçidi müəyyən etdi. Belə keçid vətəndaşların pulsuz tibbi

yardım almaq konstitusiyaya hüquqlarının daha səmərəli təminatına imkan yaradacaq. Bunun üçün aşağıdakılar tələb olunur:

- MTS sistemində tibbi xidmətlərə görə tarifi strukturuna bütün xərc maddələrini daxil etmək (əsaslı təmirdən və bahalı avadanlığın əldə edilməsindən başqa - bu xərclər büdcə vəsaitləri hesabına edilməlidir;
- xəstəliklərin siyahısını və bu öhdəliklərin bir hissəsini (məsələn, profilaktik işin maliyyələşdirilməsini) MTS sistemində ötürmək məqsədi ilə büdcə hesabına göstərilən tibbi yardımın növlərini tənqidi baxımdan təkrar gözdən keçirmək;
- artmış məxaric öhdəlikləri ilə MTS sisteminin maliyyə resursları arasında balans təmin etmək məqsədilə işləməyən əhalinin MTS-a adambaşına ödəniş normativini qaldırmaq, habelə xərclərin bu növü üzrə büdcə təyinatlarının icrasını təmin etmək. Bu halda söhbət büdcələrin məxaric öhdəliklərinin artırılmasından deyil, MPM-nin saxlamasına birbaşa büdcə xərcləri hesabına işləməyən əhalinin sığortalanmasının xeyrinə vəsaitlərin bir hissəsinin yenidən bölgüsündən gedir.

Beləliklə, idealda Ərazi Dövlət Zəmanətləri Proqramının maliyyə təminatı həyata MTS vəsaitləri hesabına (70-80%) həyata keçirilməlidir. Maliyyə resurslarının çox hissəsi MPM-ə bütün dəyişənlərin və müvafiq yardım vahidinin göstərilməsinə çəkilən şərti-sabit xərclərin çox hissəsini kompensasiyasını təmin edən qiymətlər (yəni tariflər) üzrə tibbi xidmətlərin ödənişləri formasında daxil olmalıdır.

Birbaşa büdcələrdən həqiqətən də mərkəzləşdirilmiş planlaşdırmanı tələb edən əsaslı təmir, bahalı avadanlığın əldə edilməsi, sosial təhlükəli xəstəliklər, təhsil və elmi proqramlar maliyyələşdirilməlidir. Dərman və tibbi texnika alınmalarının mərkəzləşdirilməsi tələb olunduqda, baş həkimlər öz aralarında birləşə və ya müqavilə əsasında belə alınmaları həyata keçirmək hüququnu səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanlarına və ya sığorta şirkətlərinə verə bilərlər.

Sözsüz, maliyyə resurslarının və məxaric öhdəliklərinin sistemin sığorta seqmentinin xeyrinə yenidən bölgüsü öz-özlüyündə səhiyyə (tibb)yə ictimai xərclərin səmərəliliyinin artırılması məsələlərini həll etmir. İslahatların bu istiqaməti başqa tədbirlərlə (pulsuz tibbi yardımın verilməsi üzrə dövlət öhdəliklərinə yenidən baxılması, MPM şəbəkəsinin yenidən strukturlaşdırılması,

tibbi yardımın ödənişi metodlarının təkmilləşdirilməsi, regional və yerli səviyyələrdə səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanları ilə və ərazi MTS fondlarının fəaliyyətinin koordinasiyası) ilə birgə həyata keçirilməlidir.

Səhiyyə (tibb)nin çoxkanallı maliyyələşdirilməsi sahənin idarə oluna bilmə qabiliyyətini aşağı salır və vəsaitlərin rəşional və məqsədli xərcləməsi və tibbi yardımın keyfiyyəti üzərində nəzarətin həyata keçirilməsində çətinliklər yaradır.

"Azərbaycan Respublikası Hökumətinin 2012-ci ilə qədər əsas fəaliyyət istiqamətləri"ndə 2012-ci ilə yaxın səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsində məcburi tibbi sığortanın vəsaitlərinin payının 70%-ə qədər artırılması nəzərdə tutulmuşdur. Azərbaycan Respublikası prezidentinin 28.06.2007-ci il tarixli 825 sayılı "Azərbaycan Respublikasının subyektlərinin icra hakimiyyəti orqanlarının fəaliyyətinin səmərəliliyinin qiymətləndirilməsi haqqında" Fərmanı ilə subyektin birləşdirilmiş büdcə xərclərində MTS vəsaitlərinin payı qubernatorların fəaliyyətinin səmərəliliyinin qiymətləndirilməsi göstəricilərinin siyahısına daxil edilmişdir.

Səhiyyə (tibb)nin əsasən birkanallı maliyyələşdirilməsi formasına keçid onu nəzərdə tutur ki, vəsaitlərin əsas hissəsi MTS sistemindən yönələcək və bu zaman tibbi yardımın ödənişi son nəticə üzrə göstərilmiş xidmətlərin keyfiyyəti və həcmi kimi kompleks göstəricilər əsasında həyata keçiriləcək.

Birkanallı maliyyələşdirmənin bir sıra üstünlükləri var. Birincisi, o, real xərcləri nəzərə almaqla tam həcmdə bütün tibbi yardımın maliyyələşdirilməsini təmin edəcək. Hal-hazırda MTS sistemində tariflər planlaşdırılan tibbi yardımın və ayrılan maliyyələşdirmənin həcmi əsasında formalaşdırılır. Birkanallı maliyyələşdirmə bu yanaşmanı müalicənin dəyərinin tibbi yardım standartları üzrə başa çatmış hala görə hesablanması ilə əvəz etməyə imkan verəcək. Yerində yetirilmiş işə görə ödənişə keçid tibbi yardımın özünün strukturunu və keyfiyyətini dəyişdirəcək.

İkincisi, birkanallı maliyyələşdirmə eksərazilik prinsipinin təmin edilməsinə, yəni yaşayış yerindən asılı olmayaraq Azərbaycan Respublikasının bütün vətəndaşları üçün tibbi xidmətlərin təmin edilməsinə tuşlanmışdır.

Azərbaycan Respublikası subyektləri üzrə ərazi dövlət zəmanətləri proqramlarının təmin olunma dərəcəsində mövcud fərqlər göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətində və əlçatanlığında da özünü büruzə verir. Birkanallı maliyyələşdirmədə tibbi yardımın eksəraziliyi vahid federal stasionar tibbi yardım standartlarının və ambulator-poliklinika tibbi yardımın adambaşına maliyyələşdirilməsinin tətbiqi ilə təmin olunacaq.

Üçüncüsü, birkanallı maliyyələşdirməyə keçid səhiyyə (tibb) sistemində büdcə vəsaitlərinin xərclənməsinin səmərəliliyini yüksəltməyə imkan verəcək ki, bu da yaranmış iqtisadi şəraitdə xüsusilə aktualdır.

## **Fəsil 2. Səhiyyə (tibb) xərclərinin planlaşdırılması və maliyyələşdirilməsi sisteminin büdcə-icbari tibbi sığorta modelləri**

### **2.1. Xəstəxanaların saxlanması xərclərinin planlaşdırılması və maliyyələşdirilməsi**

Səhiyyə (tibb)nin dövlət maliyyələşdirilməsi büdcə vəsaitlərinin və MTS vəsaitləri hesabına təmin olunur.

Azərbaycan Respublikasının subyekti büdcəsinin və onun tərkibinə daxil olan bələdiyyə qurumlarının büdcə (sonra – büdcələr) vəsaitləri hesabına vətəndaşlara aşağıdakılar təqdim edilir:

- sürətli tibbi yardım;
- ixtisaslaşdırılmış dispanserlərdə, cinsi yolla ötürülən xəstəliklər, vərəm, QİÇS, psixiki pozuntular, davranış pozuntuları, narkoloji xəstəliklər, anadangəlmə inkişaf anomaliyaları, uşaqlarda deformasiyalar və xromosom pozuntuları zamanı, perinatal dövrdə ayrı-ayrı hallarda xəstəxanalarda (şöbələrdə, kabinetlərdə), göstərilən tibbi yardım;
- sığorta edilməmiş vətəndaşlara və MTS polisi olmayan (polisi təqdim etməyən) ayrı-ayrı şəxslərə bütün müalicə dövrü ərzində ayrı-ayrı yardım növləri;
- yüksəktexnoloji (bahalı) tibbi yardım növləri, bahalı dərman təminatı.

Büdcə vəsaitləri hesabına həmçinin güzəştli dərman təminatı və protezləmə, feldşersko-mamaça məntəqələri, xospislər, tibb bacısı qulluğu xəstəxanaları, leprozorilər, traxomatoz dispanserlər, qazanılmış immün çatışmamazlığı sindromu ilə mübarizə mərkəzləri, tibbi profilaktika mərkəzləri, tibbi-bədən tərbiyəsi dispanserləri, profpatologiya mərkəzləri və şöbələri, uşaq və ixtisaslaşmış sanatoriyalar, uşaq evləri, məhkəmə-tibbi ekspertiza bürosu və patoloji anatomiya ekspertizası bürosu, təcili tibbi yardım mərkəzləri, stansiyaları, şöbələri, qanköçürmə kabinetləri, sanitar aviasiyası, ailənin planlaşdırılması və reproduksiya mərkəzləri tərəfindən göstərilən tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi, həyata keçirilir.

Bundan başqa, büdcə vəsaitləri hesabına binaların, avadanlıqların, tikililərin saxlanması, nəqliyyatın, kommunal xidmət haqqı, ƏMTSP üzrə tibbi yardım göstərən dövlət və bələdiyyə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin digər təsərrüfat və cari xərcləri maliyyələşdirilir.

Səhiyyə (tibb)yə xərclərin büdcə sisteminin vəsaitləri büdcə sisteminin bütün həlqələrindən köçürülür. Federal büdcə hesabına iri tibbi mərkəzlər, klinikalar, federal əhəmiyyətli xəstəxanaları, elmi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər, idarə tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri maliyyələşdirilir.

Regional büdcələrdən respublika, vilayət, diyar tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri, antiepidemik tədbirlər və s. maliyyələşdirilir.

Pulsuz tibbi yardımın göstərilməsi şərtləri və qaydası Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə (tibb) və Sosial İnkişaf Nazirliyini tərəfindən FMTSF ilə razılaşma əsasında təyin edilir.

Baza dövlət zəmanətləri proqramına aşağıdakılar daxildir:

- əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində təklif edilən pulsuz tibbi yardım növlərinin siyahısı;
- baza MTS proqramı;
- əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində təklif edilən pulsuz tibbi yardımın həcmnin normativ göstəriciləri;
- zəmanət verilmiş normativ göstəricilərə uyğun olaraq pulsuz tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı bütün xərcləri ötmək məqsədi ilə səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi üçün istifadə edilən adambaşına normativ.

Dövlət zəmanətləri proqramının maliyyələşdirilməsi aşağıdakı mənbələrdən həyata keçirilir:

- bütün səviyyələrdən olan səhiyyə (tibb) büdcə vəsaitlərindən;
- MTS fondları vəsaitlərindən;
- səhiyyə (tibb)yə başqa vəsait daxilolmaları mənbələrindən.



Əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində pulsuz göstərilən tibbi yardımın həcmninə normativ göstəricilərindən federal, regional və yerli səhiyyə (tibb) büdcələrinin məxaric hissəsinin, habelə federal və ərazi MTS fondlarının formalaşdırılması üçün əsas kimi istifadə olunur.

Dövlət zəmanətlərinin baza proqramından istifadə edərək, regional idarəetmə orqanları yaradır və sonra dövlət zəmanətlərinin ərazi proqramlarını iddia edir.

Dövlət zəmanətləri baza proqramından istifadə edərək, regional idarəetmə orqanları ərazi dövlət zəmanətlərinin proqramlarını yaradır, sonra da təsdiq edir.

Ərazi dövlət zəmanətləri proqramlarına pulsuz tibbi yardımın Azərbaycan Respublikasının subyektləri tərəfindən öz hesabına və öz maliyyə resurslarını nəzərə almaqla maliyyələşdirilməli olan əlavə növləri və həcmi daxil edilə bilər. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə (tibb) Nazirliyi, Federal məcburi tibbi sığorta fondu və regional idarəetmə orqanları arasında illik razılaşmalar adı çəkilən proqramların maliyyələşdirilməsi şərtlərinin düzləşdirməsi mexanizmi kimi istifadə olunur.

Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə (tibb) Nazirliyi və Federal məcburi tibbi sığorta fondu Azərbaycan Respublikasının Maliyyə Nazirliyi ilə razılaşma əsasında "Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının pulsuz tibbi yardımla təmin edilməsinin ərazi dövlət zəmanətləri proqramlarının formalaşdırılması və iqtisadi əsaslandırılması qaydaları üzrə metodik tövsiyələr" işləyib təsdiq etdilər.

Dövlət zəmanətləri Proqramları çərçivəsində səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin bir adama hesabla götürülən və pulsuz tibbi yardımın göstərilməsinə çəkilən xərclərin maliyyələşdirilməsi üçün lazım olan bütün mənbələrdən alınmış səhiyyə (tibb) maliyyə resurslarının bölgüsünü göstərmək üçün istifadə olunan xərc göstəriciləri kimi təyin edilən adambaşına normativlər işlənir.

Ərazi dövlət zəmanətləri proqramları çərçivəsində Azərbaycan Respublikası subyektlərinin idarəetmə orqanları onlar tərəfindən Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının pulsuz tibbi yardımla təmin edilməsi ilə bağlı ərazi dövlət

zəmanətləri proqramlarının formalaşdırılması və iqtisadi əsaslandırılması qaydası üzrə federal metodik tövsiyələrə uyğun olaraq pulsuz tibbi yardımın bütün növlərinin dəyər normativini diqqətə almaqla adambaşına normativləri formalaşdırır.

Regional idarəetmə orqanları hər il ərazi dövlət zəmanətləri proqramlarını formalaşdırır. Bu proqramlarda aşağıdakı bölmələr var:

- əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində təklif edilən və bütün səviyyələrdən olan səhiyyə (tibb) büdcə vəsaitlərindən maliyyələşdirilən pulsuz tibbi yardım növlərinin siyahısı və həcmi;
- əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində təklif edilən və MTS büdcəsi vəsaitlərindən maliyyələşdirilən pulsuz tibbi yardım növlərinin siyahısı və həcmi;
- əhaliyə dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində təklif edilən pulsuz tibbi yardımın həcmnin normativ göstəriciləri;
- zəmanət verilmiş normativ göstəricilərə uyğun olaraq pulsuz tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı bütün xərcləri ötmək məqsədi ilə səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi üçün istifadə edilən adambaşına normativ.
- səhiyyə (tibb) büdcəsi vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilənlər müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin siyahısı;
- MTS fondlarının vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilənlər müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin siyahısı;
- ərazi dövlət zəmanətləri proqramı çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin hesablanmış yekun həcmi və proqramın yekun dəyəri;
- bələdiyyə müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri tərəfindən verilən və səhiyyə (tibb) büdcəsi vəsaitləri və MTS fondlarının hesabına maliyyələşdirilən pulsuz tibbi yardımın həcmi və ərazi dövlət zəmanətləri proqramının bələdiyyə hissəsi çərçivəsində maliyyələşdirilən pulsuz tibbi yardımın həcmi ;
- "dövlət və bələdiyyə sifarişləri"nin reallaşdırması planı;

- dövlət zəmanətləri Proqramı çərçivəsində istifadə edilən ən əhəmiyyətli dərman vasitələrinin, tibbi təyinatın predmet və materialların siyahısı;
- Azərbaycan Respublikası subyektinin ərazisində pulsuz tibbi yardımın göstərilməsi şərtləri və qaydası;
- təsdiq edilmiş ərazi dövlət zəmanətləri proqramının yekun dəyəri (ərazi MTS proqramı da daxil olmaqla).

Mövcud maliyyə imkanlarından və tibbi xidmətlərdə olan tələbatdan çıxış etməklə Dövlət zəmanətləri proqramları tibbi yardımın həcmi və onun göstərilməsinə çəkilən xərcləri tənzimləyir.

Tibbi yardımın ölçüləri və strukturu 1000 nəfərə hesablı federal səviyyədə təsdiq edilmiş pulsuz tibbi yardımın normativ həcmi ilə müəyyən olunur.

Bu normativlər regionlarda əhalinin demoqrafik strukturu, tibbi xidmətlərə olan tələbatını, ərazinin tibbi vəziyyətini və s. nəzərə alaraq dəqiqləşdirilə bilər, Tibbi xidmətlərin həcm vahidləri kimi xəstəxanalarda – çarpayı-gün, ambulator-kliniki xəstəxanalarda – həkimə baş çəkmə, təcili tibbi yardımın çağırışı qəbul edilmişdir.

Dövlət zəmanətlərinin proqramın reallaşdırılması üçün lazım olan maliyyə resurslarının həcmi tibbi xidmətlərin həcm vahidinə çəkilən pul xərclərinin ölçüsündən də asılıdır.

Proqramlarda tibbi xidmətlərin həcm vahidinə çəkilən maliyyə xərclərinin aşağıdakı normativləri müəyyən edilir:

- xəstəxanada bir gün müalicənin dəyəri;
- poliklinikada həkimə bir baş çəkmənin dəyəri;
- bir təcili tibbi yardım çağırışının dəyəri;
- bir çarpayı-günün dəyəri.

Maliyyə normativləri əvvəlki dövr üçün büdcə vəsaitlərinin xərclənməsinin nəticələri analizi; planlaşdırılan dövr üçün indeks-deflyatorlar; Azərbaycan Respublikasının İqtisadi İnkişaf Nazirliyi tərəfindən müəyyən olunmuş ərazi bahalanmanın əmsalları nəzərə alınaraq hesablanır.

Səhiyyə (tibb)də dövlət zəmanətlərinin planlaşdırılması federal, regional, bələdiyyə səviyyələrində və tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərində həyata keçirilir.

Federal səviyyədə dövlət zəmanətləri Proqramı və Proqramın formalaşma və əsaslandırma metodikası işlənir. Bu zaman aşağıdakılar təyin edilir:

- dövlət zəmanətləri Proqrama daxil edilən tibbi yardımın və xəstəliyin növləri;
- tibbi yardımın minimal zəmanət verilən həcmi;
- tibbi yardımın həcm vahidinə maliyyə xərclərinin normativləri.

Regional səviyyədə əhalinin pulsuz tibbi yardımla təmin edilməsinin Ərazi dövlət zəmanətləri proqramı işlənir. Bu zaman tibbi yardımın ərazi normativləri və tibbi xidmət vahidinə çəkilən maliyyə xərclərinin ərazi normativləri müəyyən edilir.

Bələdiyyə səviyyəsində bələdiyyə qurumunda dövlət zəmanətləri proqramının reallaşdırılmasını təmin edən bələdiyyə sifarişi formalaşdırılır. Azərbaycan Respublikasının subyekti tərəfindən maliyyə xərcləri normativlərini nəzərə alaraq reallaşdırılan tibbi yardımın həmçi, habelə tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin təklifləri əsasında əhaliyə tibbi yardımın göstərilməsinin maliyyə planı, habelə sakinlər tərəfindən yaşayış ərazisi xaricində tibbi yardım üçün sifariş formalaşdırılır.

Formalaşdırılmış bələdiyyə sifarişi Azərbaycan Respublikası subyektinin idarəetmə orqanlarında razılaşdırılır. Onun parametrləri RF subyektləri tərəfindən təsdiq edildikdən sonra bələdiyyə qurumunda əlavə resurslar olduqda, bələdiyyə sifarişi ərazi dövlət zəmanətləri proqramına əlavə olaraq artırıla bilər.

Tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri səviyyəsində bu güclərdən bələdiyyə sifarişinin reallaşdırılması üçün istifadə üzrə təkliflər işlənir. Bələdiyyə sifarişlərinin razılaşdırılmış göstəriciləri bələdiyyə büdcələrinə və MTS sistemində büdcə sifarişlərinin formalaşması üçün əsas olur.

Hal-hazırda ədəbiyyatda səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin üç əsas tipi nəzərdən keçirilir, amma klassik şəkildə heç bir ölkədə onlara rast gəlinmir. Hər ölkədə səhiyyə (tibb)nin ehtiyaclarının təmin edilməsinin fərdi modeli var ki, bu modelərdə müxtəlif tiplərin elementlərini birləşir. Azərbaycanda büdcə təminatı MTS sisteminin hesabına maliyyələşdirmə üzərində üstünlük təşkil edir, amma son illərdə məcburi tibbi sığorta aparıcı mövqeləri tutmaqdadır.

## **2.2. Sanitariya - profilaktika tədbirləri üzrə xərclərin maliyyələşdirilməsi xüsusiyyətləri**

MPM-nin maliyyə fəaliyyətinin xarakteri onun təşkilatı-hüquqi statusu və mülkiyyət formasından asılıdır.

Tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin statusu haqqında əsas müddəalar Azərbaycan Respublikasının 1994-cü il Mülki Məcəlləsində gətirilmişdir. Bu qanuna uyğun olaraq büdcə-sığorta maliyyələşdirməsi şəraitində fəaliyyət göstərən tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)si hüquqi şəxs statusuna malik olmalıdır. Mülkiyyətində müxtəlif formalarda əmlak olan, istehsalat fəaliyyəti üçün məsuliyyət daşıyan, məhkəmədə iddiaçı və cavabdeh ola bilən təşkilat hüquqi şəxs hesab olunur. Hüquqi şəxslərin sərbəst balansı və ya smetası olmalıdır.

Müstəqil təsərrüfatçılıq subyekt olub hüquqi şəxs statusuna malik olan tibb təşkilatı öz peşə fəaliyyəti üçün müəyyən maliyyə vəsaitlərinə malikdir.

Səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin pul vəsaitləri xarici mənbələrdən daxilolmalardan və banklardakı hesablarda pul, qiymətli kağızlar (səhmlər, istiqraz və rəqələri, maliyyə bazarlarında əldə edilmiş veksellər, müstəqil buraxılmış qiymətli kağızlar, dövriyyədə olan vəsaitlər) şəklində şəxsi yığımlardan formalaşır. Şəxsi resurslara satıla bilən əmlak dəyərləri aiddir. Şəxsi vəsaitlər müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin kommertiya fəaliyyətinin hesabına və amortizasiya ayrımları (təşkilatın gəlirinin əsas vəsaitlərin köhnəlməsinin bərpasına ayrılan hissəsi) şəklində dola bilər. Şəxsi vəsaitlər müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin stabilliyinin təminatçısıdır.

Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin maliyyə resurslarının əsas mənbəyini kənardan daxilolmalar - büdcə MPM-nin fəaliyyətinin təmin edilməsi üçün dövlət və yerli büdcələrdən əvəzsiz ayrılan təxsisatlar təşkil edir. Dolayı maliyyələşdirmə formasında müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər vergi güzəştləri, büdcəyə ödənişlərdən tam və ya qismən azad olma, bazar qiymətlərindən aşağı qiymətə mal əldə edərkən dotasiyalar alır, onlara gömrük rüsumları azaldılır.

Dolayı büdcə maliyyələşdirilməsi güzəştlər (vergi güzəştləri, dövlət mülkiyyətində olan obyektlərinin icarəyə verilməsi, torpaq sahələrinin ayrılması zamanı) şəklində özəl tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinə də şamil oluna bilər.

Tibbi sığorta haqqında Qanuna əsasən, müalicə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri Məcburi Tibbi Sığorta Fondu MTSF-dan pul vəsaitləri alır. Müəssisə (təşkilat) (təşkilat) işçilərinə tibbi xidmətlərin göstərilməsi barədə birbaşa müqavilə bağlamaqla, habelə könüllü tibbi sığorta haqqında müqavilə bağlamaqla, müxtəlif müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsində iştirak edə bilərlər, Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər və sahibkarlar xeyriyyəçilik, sponsorluq, güzəştli kreditləşdirmə formasında tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinə maliyyə resurslarını verə bilər.

Könüllü birləşmələr, assosiasiyalar, ictimai fondlar, dini təşkilatlar, partiyalar, xeyriyyə təşkilatları kimi ictimai təşkilatlar əksər hallarda tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərini məqsədli istifadə üçün havayı maliyyələşdirirlər. Hədəf maliyyələşdirən tərəf tərəfindən müəyyən edilir. Belə ictimai təşkilatlara səhiyyə (tibb)yə köməklik edən xarici fondlar da aid edilə bilər.

Tibbi xidmətlərin haqqını bilavasitə ödəyən və ya könüllü tibbi sığorta haqqında müqavilənin bağlayıb birbaşa yaxud dolayısı xeyriyyəçilik haqlarını ödəməklə əhali də tibbi təşkilatların maliyyələşdirilməsinin mühüm subyekti kimi çıxış edir.

MPM-nin maliyyələşdirilməsinin daha bir mənbəyini banklar tərəfindən müəyyən faizlə verilən kreditlər və ssudalar təşkil edir.

Son zamanlar lizinq (maşınların, avadanlıqların sonradan satın almaq imkanı ilə uzunmüddətli icarəsi) formasında kreditləşdirmə də geniş yayılmışdır.

MPM-nin sərəncamında olan maliyyə resursları əhaliyə keyfiyyətli və vaxtında müalicə-profilaktik yardımın göstərilməsi ilə bağlı işinin səmərəliliyini təmin etməlidir.

İşin səmərəliliyini maliyyə resurslarından rəşional istifadə etməklə, əmək, material, enerji, avadanlıq məsrəflərini azaldan resursqənaətedici texnologiyaları tətbiq etməklə təmin etmək olar. Resursqənaətedici texnologiyalara müalicə-profilaktik prosesin rəşional təşkili, tibbi yardımın keyfiyyətinin yüksəldilməsi, innovasiyaların tətbiqi aiddir.

Azərbaycan vətəndaşlarına sağlamlığın qorunması və tibbi yardımın göstərilməsi üzrə hərtərəfli peşəkar fəaliyyətində müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər müəyyən hüquqi və təsərrüfat çərçivələrdə hərəkət edirlər. Səhiyyə (təbb)nin müasir inkişaf mərhələsində sahənin səmərəliliyini və məhsuldarlığını artırmaq üçün təbb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin təsərrüfat mexanizminin təkmilləşdirilməsinə xüsusi diqqət ayrılır.

İstənilən mülkiyyət formalı MPM-nin iqtisadi fəaliyyətini xarakterizə edərkən onun istiqamətlərini qeyd etmək olur.

1. Planlaşdırma iqtisadi işin ənənəvi olaraq ən əhəmiyyətli növüdür. Planlaşdırmanın əsas vəzifəsi vəsait qazanılması üsullarını, təşkilatın hədəflərinə nail olmaq üçün onlardan rəşional istifadə üsullarını təyin etməkdir.

Müasir tələblərə uyğun olaraq planlaşdırma elə olmalıdır ki, mövcud resurslar göstərilən tibbi xidmətlərin həcmiə örtsün.

Maliyyə proqnozlarına və tibbi yardımın həcmiə əsaslanaraq, istehsal gücləri təyin edilir və ştatlar əsaslandırılır, ştatın planlaşdırılması zamanı hal-hazırda tövsiyə xarakterli olan ştat normativlərindən istifadə olunur. Səhiyyə (təbb) Nazirliyinin "Səhiyyə (təbb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin ştat cədvəlləri formalarının tətbiqi haqqında" 1996-cı il tarixli Əmrinə uyğun olaraq, ştatların formalaşdırılması təbb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin tam sərəncamındadır və yalnız normativlərə deyil, həm də işin həcmiə və onun başqa

iqtisadi səmərəlilik amillərinə əsasən, yəni real tələbat nəzərə alınaraq həyata keçirilir.

Planlaşdırma zamanı iqtisadi səmərəlilik tələbi smetanın tərtibində də aiddir. Smeta müalicə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin qarşdakı xərclər planıdır, tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin mövcud resurslara, güclərə, qarşıda qoyulmuş məsələlərə əsaslanaraq, optimal inkişaf variantının seçimini kəsb edən plan işinin əsasıdır.

2. Tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin maliyyə durumunun təhlili. Müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin sağ qalması bundan asılıdır. Təhlil obyektini təkcə çarpayı yerlərindən istifadə, həkimin yüklənməsi deyil, həm də konkret xəstəliklərin nozoloji qruplar (davamlılığı, dəyəri) üzrə müalicəsi təşkil edir.

3. Fəaliyyətin variantlarının, göstərilən xidmətlərin ayrı-ayrı növlərinin sərfəliliyinin (məsələn, bu və ya digər tibbi yardım növlərini daxil edib-etməməli, öz şəxsi diaqnostik xidmətini inkişaf etdirməli yoxsa ixtisaslaşdırılmış müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin xidmətlərindən istifadə etməli, bunun resurslara qənaət edib-etməyəcəyi və s.) müqayisəli təhlili.

4. Paraklinik, müalicə-diaqnostik bölmələrin işinin (xərclərin strukturu, əsas xidmətlər üzrə iş həcminin bölgüsü) təhlili.

5. Normalaşdırma - öz müəssisə (təşkilat) (təşkilat)daxili normativlərinin işlənməsi.

6. Qiymətin əmələ gəlməsi. Bu fəaliyyət istiqaməti ərazi səviyyəsində xüsusi saziş komissiyaları tərəfindən təyin edilmiş tariflərlə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin öz xərclərinin tutuşdurulmasına olan zərurətlə əlaqədar meydana çıxdı. Pullu xidmətlərin inkişafı zamanı avadanlığın köhnəlməsi və gəlir də daxil olmaqla, tam xərcləri hesablamağa ehtiyac yarandı. Bununla əlaqədar olaraq tariflər tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin fəaliyyətinin kompleks göstəricisinə, iqtisadi strategiyanın real oriyentirinə çevrilir.

7. Yerinə yetirilmiş işin həcmi, onun keyfiyyəti nəzərə alınmaqla əmək haqqının hesablanması və bununla əlaqədar olaraq sənədlərin (əmək haqqının ödənilməsi və mükafatlandırma, əmək haqqı və maddi həvəsləndirmə fondlarının



formalaşması, əmək müqavilələrinin bağlanması haqqında əsasnamələr) hazırlanması.

8. Daha ucuz dərman, qida məhsulları və avadanlıq təchizatçılarını tapmaq üçün marketinqin keçirilməsi; pullu xidmətlərin göstərilməsi ilə bağlı problemlərin həlli, qiymət siyasətinin təyin edilməsi, bazarın (onun segmentasiyasının, tələb, təklifin) öyrənilməsi.

9. Tibbi-iqtisadi standartların, keyfiyyət standartlarının, əməyin keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi meyarlarının işlənməsində iştirak. Əmək haqqının ölçüsünün müəyyən edilməsi zamanı keyfiyyət göstəricilərindən istifadə edilməsi inzibati tədbirlərdən daha çox effekt verə bilər.

Müasir iqtisadi işin xarakterinin müxtəlifliyi MPM-nin iqtisadi xidmətinin onun fəaliyyətinin başqa yanaşı sahələri ilə, xüsusən də müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin fəaliyyəti haqqında strateji informasiyanın toplanması və təhlilinə əsaslanan təşkilatı-metodik işlə və mühasibat uçotu ilə qarşılıqlı təsirlərdə olmasını tələb edir.

Bu bölmələrin qarşılıqlı təsiri nəticəsində tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin maliyyə stabilliyinin təmin edilməsi ilə bağlı məsələlər həll edilir. Hesabların irəli çıxarılması məsələləri birgə həll edilir, onların vaxtında və tam ödənilməsi üzərində nəzarət həyata keçirilir, başqa təşkilatların hesablarının yoxlanılması və ödənilməsi, xərclərin yaranma mənbələri çərçivəsində mühasibat uçotunun təkmilləşdirilməsi, tariflərin hesablanması məsələləri həll edilir.

İqtisadi fəaliyyətdə onun hüquq aspekti (əmək haqqı məsələlərinin həlli, kollektiv əmək müqavilələrinin işlənməsində iştirak, vəzifə təlimatları, tibbi xidmətlərin təklif edilməsinə dair müqavilələrlə, hesabların təqdim edilməsi, başqa təşkilatların hesablarının yoxlanılması) olduqca ciddi yer tutur. Mülki qanunvericiliyinin müddəaları tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin Nizamnaməsinin, bölmələr haqqında təlimatların işlənməsi, podrat müqaviləsinin tərtib edilməsi zamanı nəzərə alınır.

İqtisadi xidmət idarəetmə xarakterini alır. İqtisadçılar maliyyə idarəçiləri funksiyalarını yerinə yetirməyə və hesab işçisindən tibbi müəssisə (təşkilat)

(təşkilat)nin maliyyə siyasətini formalaşdıran maliyyə menecerinə çevrilməyə başlayırlar. İqtisadi xidmətin işin səmərəliliyindən bir çox mənada bütövlükdə tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin işin səmərəliliyi asılıdır.

Maliyyə və təsərrüfat fəaliyyətinin iqtisadi təhlili müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin davamlılıq dərəcəsinin, maliyyə resurslarının vəziyyətinin, deməli, tibbi xidmətlərin fasiləsiz olaraq istehsalı və satışı prosesinin, istehsal bazasının genişləndirilməsi və yeniləndirilməsinin təmin edilməsi üçün pul vəsaitləri ilə sərbəst manevr etmək imkanının qiymətləndirilməsi üçün lazımdır.

İqtisadi təhlil nəzəriyyəsi və praktikasında konkret obyektlərin iqtisadiyyatın durumunu qiymətləndirən meyarlar kimi istifadə edilən göstəricilər sisteminin seçimi əhəmiyyətli rol oynayır.

İstehsal fəaliyyətinin iqtisadi səmərəlilik göstəricilərindən çox vaxt ayrı-ayrı iqtisadi resurs növlərindən istifadənin ümumi və ya xüsusi səmərəlilik göstəriciləri hesablanır.

Ümumi iqtisadi səmərəlilik aşağıdakı düstur üzrə təyin edilir:

$$\Theta = P/3,$$

burada  $P$  – təşkilatın fəaliyyətinin iqtisadi səmərəsi (ümumi gəlir və ya mənfəət);

$3$  – istehsal və dövriyyə məsrəfləridir. Xüsusi iqtisadi səmərəliliyə misallar:

1) əmək məhsuldarlığı

$$\Theta_T = P/3_T,$$

burada  $3_T$  - əmək haqqının ödənilməsinə çəkilən xərclər;

2) fondverimi

$$\Phi = P/C_o,$$

burada  $C_o$  - əsas vəsaitlərin dəyəridir.

Iqtisadi göstəricilərin xüsusi qrupunu maliyyə fəaliyyətinin göstəriciləri təşkil edir.

Aşağıda ən çox istifadə olunan göstəricilər gətirilmişdir.

1. Mənfəət - - gəlirlə fəaliyyətinin həyata keçirilməsinə məsrəflər arasındakı fərq.
2. İstehsal olunan xidmətlərin maya dəyəri - müəyyən həcmdə bu növ xidmətlərin göstərilməsinə çəkilən xərclərin məbləği.

3. Təşkilatın toplam gəliri - bütün daxilolma mənbələrindən əldə olunan vəsaitlərin cəmi.
4. Əsas vəsaitlər - uzun müddət istifadə olunan istehsal vasitələrinin (torpaq, bina, avadanlıq, maşın, cihaz) pul ifadəsində dəyəri.
5. Təşkilatın dövriyyə vəsaitləri - istehsal tsikli ərzində tamamilə sərf edilən istehsal vasitələri. Onlara materiallar, xammal, enerji, yarımfabrikatlar, nağd pul aiddir.
6. Təşkilatın aktivləri - təşkilata məxsus olan və işə qoyulmuş toplam kapital.
7. Təşkilatın passivləri - borcların və pul öhdəliklərinin məcmusu.
8. Təşkilatın xüsusi kapitalı - aktivlərlə passivlər arasında fərq.
9. Debitor borcu - borclularından təşkilata çatmalı olan vəsaitlərin məbləği.
10. Kreditor borcu - kreditorlara qaytarılmalı olan borcun məbləği.

Bu göstəricilərə görə təşkilatın təsərrüfatçılıq edən subyekt kimi işinin uğurluluğu barədə mühakimə yürütmək olar.

Toplam gəlir və mənfəətə nə qədər çox olsa, əsas vəsaitlər nə qədər baha olsa və dövriyyə vəsaitləri nə qədər yetərli olsa, aktivlər, xüsusən də xüsusi kapital nə qədər çox olsa, debitor borcu nə qədər çox olsa, təşkilatın uğurla fəaliyyət göstərmək şansları da bir o qədər yüksək olar.

Daha dərindən təhlil aparmaq üçün təqdim edilmiş mütləq göstəricilərdən başqa, bir sıra nisbi göstəricilərdən də istifadə olunur. Onlardan bəziləri göstərək:

- Rentabellik - gəlirin ölçüsünün təşkilat tərəfindən gəlir əldə etmək üçün istifadə edilmiş və sərf edilmiş vəsaitlərin dəyərində nisbəti. Belə qəbul edilmişdir ki, kommersiya fəaliyyətində bu göstərici 0,2 - 0,4 təşkil edir.
- Davamlılığın göstəricisi - borc vəsaitlərinin xüsusi vəsaitlərə nisbəti, xüsusi vəsaitlərlə təmin olunma dərəcəsini və təşkilatın xarici maliyyələşdirmə mənbələrindən asılılığını xarakterizə edir. Təşkilat xüsusi vəsaitlərlə nə qədər yaxşı təmin edilmiş olsa, maliyyə müstəqilliyi və davamlılıq səviyyəsi də bir o qədər yüksək olar.

- Debitor və kreditor borclarının nisbətini birdən artıq səviyyədə dəstəkləmək məqsədəuyğun ki, borclular tərəfindən qaytarılan borcların hesabına kreditorlara borcları bağlamaq mümkün olsun.

Təşkilatın maliyyə durumunun təhlili onun inkişaf tendensiyalarını izləməyə, təsərrüfat, kommersiya fəaliyyətinin kompleks qiymətləndirilməsini verməyə imkan verir, beləliklə də, istehsal fəaliyyəti ilə idarəetmə qərarlarının işlənməsi arasında bağlayıcı həlqə kimi çıxış edir.

Maliyyə və təsərrüfat fəaliyyətinin təhlili maliyyə və idarəetmə kimi iki növ uçotun nəticələrinə əsaslanır.

Maliyyə hesabının məlumatları xarici maliyyə analizi üçün istifadə olunur, idarə - daxili üçün.

Maliyyə uçotunun nəticələrindən xarici maliyyə təhlili üçün, idarəetmə uçotunun nəticələrindən isə - daxili maliyyə təhlili üçün istifadə olunur. Xarici maliyyə təhlili mətbuatda dərc edilə bilən və əlaqədar şəxslərə, mühasibat balansı şəklində dövlət orqanlarına verilə bilən rəsmi hesabatlılığa əsaslanır. Təhlilə gəliri, rentabelliği, ödəmə qabiliyyətini, borc kapitalından istifadənin səmərəliliyini, təşkilatın ümumi maliyyə durumunu xarakterizə edən göstəricilərin qiymətləndirilməsi daxildir. Audit adlanan bu təhlil müstəqil xidmətlərin mütəxəssisləri tərəfindən və ya təşkilatın öz mütəxəssisləri tərəfindən aparıla bilər.

Daxili maliyyə təhlili təşkilatın özünün xeyrinə aparılır. Onun gedişatında təsərrüfat fəaliyyətinin bütün aspektləri (səmərəlilik, xərclər, dövriyyə, gəlir) araşdırılır. Təhlilin nəticələri maliyyə və təşkilati fəaliyyəti qiymətləndirməyə, onların sonrakı inkişaf yollarını müəyyən etməyə imkan verir. Belə təhlilin ayrı-ayrı sferaları təşkilatın kommersiya sirri ola bilər.

Maliyyə təhlilinin xarici və daxili təhlilə bölgüsünə uyğun olaraq belə informasiyada maraqlı olan xarici və daxili şəxslər dairəsi mövcuddur.

Xarici dairəyə aşağıdakılar aiddir:

- birbaşa maliyyə marağı olan istifadəçilər - investorlar, kreditorlar, təchizatçılar, alıcılar, işgüzar partnyorlar. Onlar təşkilatın faizləri ödəmək,

borcları bağlamaq, tədarüklərin haqqını ödəmək iqtidarında olub-olmadığını bilmək istəyirlər;

- dolayısı maliyyə marağı olan istifadəçilər - dövlət orqanları və büdcədən kənar fondlar, vergi orqanları, əmtəə və fond birjalrı, sığorta təşkilatları, habelə auditor firmaları, maliyyə məsələləri üzrə məsləhətçilər, hüquq şirkətləri, mətbuat və informasiya agentlikləri, ictimai təşkilatlar.

Maliyyə informasiyasının daxili istifadəçi dairəsinə təşkilatın idarəetmə aparatı və sahibkarlar aiddir. Sahibkarlara tibb təşkilatının maliyyə durumunun təhlili göstərməlidir ki, o, hər şeydən əvvəl, ziyanə işləmir, yəni gəlir xərcləri ötür.

Təhlili təkcə kommərsiya təşkilatlarında eyil, həm də qeyri-kommərsiya təşkilatları keçirmək məqsədəuyğundur. Təşkilatlar ona görə mənəfətsiz təşkilat adlanır ki, mənəfət də daxil olmaqla, öz gəlirini tam olaraq öz fəaliyyətini inkişaf etdirmək üçün istifadə edirlər. Belə vəziyyətdə təhlil tibb təşkilatının göstərdiyi tibbi yardımın həcmiini örtmək üçün götürdüüyü gəlirin yetərliliyini təsdiq etməlidir.

MPM-nin fəaliyyətini əks etdirən ən əhəmiyyətli maliyyə göstəricilərinə örtmə əmsalı, likvidlik əmsalı, qısamüddətli borcların örtülmə dərəcəsi, muxtarlıq əmsalı aiddir.

Bir-birini qarşılıqlı tamamlayan bu göstəricilər səhiyyə (tibb) obyektinin vəziyyətini hərtərəfli qiymətləndirməyə imkan verir.

Muxtarlıq əmsalı bu müalicə-profilaktika müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinə avans verilən bütün vəsaitlərin yekun məbləğində xüsusi pul vəsaitlərinin xüsusi çəkisini xarakterizə edir və aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$K_a = \frac{K_c}{B},$$

burada  $K_a$  – muxtarlıq əmsalı;  $K_c$  – MPM-nin xüsusi pul vəsaitlərinin məbləği;  $B$  – avans verilən vəsaitlərin məbləği, yəni balans məbləği.

Muxtarlıq əmsalı bu MPM-nə avans verilmiş bütün vəsaitlərin yekun məbləğində xüsusi pul vəsaitlərinin xüsusi çəkisini göstərir, yəni bu MPM-nin borc vəsaitlərindən nə dərəcədə asılı olmadığını müəyyən edir. MPM-nin vəsaitləri

nə qədər çox olsa, dəyişən tibbi xidmətlər bazarının şəraitinə də bir o qədər sərbəst reaksiya verə bilər. İqtisadi təcrübə göstərir ki, bu əmsal 0,5-i ötməlidir və ya xüsusi vəsaitlərin məbləği MPM-nin sərəncamında olan bütün vəsaitlərdən çox olmalıdır.

Likvidlik əmsalı dövriyyə vəsaitlərinin daha likvidli hissəsini, yəni nağd pulla qiymətli kağızlara qoyuluşları MPM-nin qısamüddətli borcları ilə tutuşdurmaqla təyin edilir. Aşağıdakı düstur üzrə hesablanır:

$$K_{л} = \frac{D_c + Y_6}{Q_{кз}}$$

Burada  $K_{л}$  – likvidlik əmsalı;  $D_c$  – MPM-nin nağd pul məbləği, rubl;  $Y_6$  – qiymətli kağızlara qoyuluşların məbləği, rubl;  $Q_{кз}$  – qısamüddətli borcların (kreditlərin) ölçüsü rubl.

Likvidlik əmsalı MPM-nin qısamüddətli borcunun hansı hissəsini yaxın vaxtlarda bağlaya biləcəyini əks etdirir.

Manevr qabiliyyəti əmsalı xüsusi/mövcud vəsaitlərin hansı hissəsi ilə manevr etməyin nisbətən asan olduğunu göstərir. Bundan başqa, o, vəsaitlərin aktivlərə qoyuluşunun düzgünlüyünü müəyyən etməyə imkan verir.

$$K_{м} = \frac{K_{о6}}{K_c}$$

burada  $K_{м}$  - manevr qabiliyyəti əmsalı;  $K_c$  – xüsusi vəsaitlərin ümumi məbləği, rubl;  $K_{о6}$  – MPM-nin dövriyyə vəsaitlərinə qoyulan xüsusi vəsaitlərin məbləği, rubl.

Əmsal kifayət qədər yüksək, 0,5-dən çox olmalıdır. Bu halda fərz etmək olar ki, MPM rəhbərliyi xüsusi vəsaitlərdən istifadədə kifayət qədər elastiklik nümayiş etdirir.

Örtünün əmsalı onun qısamüddətli borcuna LPU-un mobil vasitələrinin münasibətini (əlaqəsini) xarakterizə edir. Düstur üzrə (görə) hesablaşır:

Örtülmə əmsalı MPM-nin mobil vəsaitlərinin onun qısamüddətli borclarına nisbətini xarakterizə edir. Aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$K_n = \frac{K_{06}}{Q_{K3}},$$

Burada  $K_n$  –örtülmə əmsalı;  $K_{06}$  – MPM-nin mobil vəsaitləri, rubl;  $Q_{K3}$  – qısamüddətli borcların ölçüsü, rubl.

Örtülmə əmsalı MPM-nin ödəmə imkanını göstərir. Bu, təkcə debitorlarla vaxtında hesablaşmalar və tibbi xidmətlərin həyata keçirilməsində əlverişli şəraitin olması şərt ilə deyil, həm də zərurət yarandıqda, maddi dövriyyə vəsaitlərinin başqa elementlərinin satılması şərt ilə qiymətləndirilir.

Beləliklə, müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maliyyə fəaliyyəti müəssisə (təşkilat) (təşkilat)nin iqtisadi resurslara olan tələbatının təmin edilməsi mexanizmidir.

### **Fəsil 3. Səhiyyə (tibb) xərclərinin səmərəliyinin artırılmasında büdcə-maliyyə nəzarətinin təkmilləşdirilməsi.**

#### **3.1. Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemində islahatların əsas məqsəd və prinsipləri.**

Səhiyyə (tibb) – dövlətin fəaliyyət sahəsidir ki, onun məqsədi əhaliyə əlçatan tibbi xidməti təşkil və təmin etməkdir. Bu sahənin maliyyələşdirilməsi sistemi hər bir insanın fiziki və psixi sağlamlığının möhkəmləndirilməsinə, uzunsürən aktiv həyatının qorunub saxlanılması, sağlamlığın pisləşməsi halında ona tibbi yardımın təqdim edilməsinə yönəldilmiş siyasi, iqtisadi, sosial, hüquqi, elmi, tibbi, sanitar-gigiyenik, antiepidemik və mədəni xarakterli tədbirlərin qəbulunun mühüm hissəsidir.

Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemlərini iki əlamətə görə təsnif etmək olar:

- vəsaitlərin formalaşması mənbəyinə görə;
- onların bölgüsü formasına görə.

Vəsaitlərin formalaşması mənbələri heç də həmişə onların bölgüsü formalarına təsir etmir. Eyni mənbələrdən formalaşan sistemlərin müxtəlif bölgü xarakteristikaları ola bilər.

Maliyyələşdirmənin mənbələri kimi aşağıdakılar ola bilər:

- b) Bütün növ və səviyyələrdən olan ümumi vergi gəlirləri. Onlara aiddir: gəlir vergiləri, əlavə dəyər vergiləri, gəlir vergisi və b. Onlar dövlət və ya bələdiyyə büdcəsinə daxil olur, sonra müxtəlif sahələr üzrə bölüşdürülür. Təşəkkül tapmış büdcə prioritetləri vəsaitlərin bölgüsü zamanı həlledici rol oynayır.
- e) Məqsədli vergi daxil olmaları. Onlara müəyyən mallara (əksər hallarda alkoqol və tütün satışına) təyin edilən vergilər aiddir. Bu vergi yığımından daxilolmaların müəyyən edilmiş hissəsi məqsədli qaydada səhiyyə (tibb)yə yönəlir. Bu vergi növü səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemini



xarakterizə etmir, çünki maliyyələşdirmənin əsas mənbəyinə bir əlavədir və səhiyyə (tibb)nin vəsaitlərinin formalaşmasında onun payı cüzdür.

- f) Məcburi tibbi sığortaya məqsədli haqlar ( və ya əmək haqqı vergisi). Bu, məcburi tibbi sığorta haqqı (Azərbaycan Respublikası) ola bilər, sosial sığortaya vahid haqq ödənişi (vahid sosial vergi) də ola bilər. MTS-a haqqın ödənilməsi adətən əmək haqqı fonduna fiksə edilmiş faiz şəklində hesablanır.
- g) Vətəndaşların şəxsi vəsaitləri və başqa mənbələr. Bu vəsaitlər dövlətin yenidən bölgü kanallarından keçmir və tibbi xidmətlərin birbaşa ödənişi formasında tibbi təşkilatlara daxil olur. Bundan başqa, bu, MPM-nin icarədən, , tibbi texnologiyaların satışından və s.-dən gələn gəlirləri ola bilər. Maliyyələşdirmənin başqa mənbələri kimi xeyriyyəçilik fondları çıxış edə bilərlər, işəgötürənlərin öz şəxsi tibbi bazasının yaradılmasına yönəldilən vəsaitləri və ianələr ola bilər.

Heç bir ölkədə xalis şəkildə nə büdcə, nə sığorta, nə də özəl maliyyələşdirmə sistemi mövcud deyil. Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sistemləri maliyyələşdirmənin üstünlük təşkil edən mənbəyinə əsaslanır.

Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin tarixən üç əsas sistemi təşəkkül tapmışdır:

- 1) Büdcə sistemi. Bu halda maliyyələşdirmə dövlət büdcəsi vəsaitləri hesabına həyata keçirilir. Belə sistemlərdə dövlət tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin əhəmiyyətli hissəsinin sahibkarıdır. Bu sistemin fəaliyyəti prosesində dövlətin milli səhiyyə (tibb)nin vəziyyəti və inkişafına görə üstün məsuliyyəti formalaşır.
- 2) Sığorta səhiyyə (tibb)si. Bu, məqsədli fondlardan istifadəyə əsaslanır. Onun mənbəyini isə işəgötürənlərin məcburi sığorta haqları təşkil edir. Bu, səhiyyə (tibb)nin vəziyyəti və inkişafına görə sığortaçıların və dövlətin həmrəy məsuliyyətini nəzərdə tutur. MTS sistemlərində dövlətin iştirakı daha yumşaq tənzimləyici formalar alır , tibbi təşkilatlar dövlətə məxsus olmaya da bilər. Bununla belə, MTS sistemləri də dövlət maliyyələşdirmə

sistemidir, çünki, birincisi, işəgötürənlərin və işçilərin haqları ödəməsi mütləq xarakter daşıyır və xüsusi əmək haqqı vergisi formasını alır, ikincisi, haqların ödənişindən daxilolmalar ayrı olsa da, amma yenə də dövlət maliyyəsinin bir hissəsini təşkil edir, buna görə də onlara dövlət tərəfindən nəzarət edilir, üçüncüsü, dövlət bu sistemin bir çox elementlərini – haqların stavkalarını, tibbi xidmətlərin qiymətlərini, sığorta edənə tibb təşkilatı arasında müqavilə münasibətlərini, tibbi xidmətlərin zəmanət verilən həcmnin ölçüsünü və s. tənzimləyir.

- 3) Özəl pullu sistem. Bu zaman istənilən tibbi xidmətin ödənişi tam həcmdə pasiyentin vəsaitləri hesabına həyata keçirilir. Bu halda milli səhiyyə (tibb)nin inkişaf aləti kimi rəqabət mühiti çıxış edir.

İnkişaf etmiş bazar iqtisadiyyatı ölkələrin arasında büdcə maliyyələşdirməsinin səviyyəsi Danimarkada, Finlandiyada, İsveçdə və hətta Böyük Britaniyada kifayət qədər yüksəkdir.

Böyük Britaniyada tibbi xidmətlərin ən böyük hissəsini Milli Səhiyyə (tibb) Sistemi (MSS) təklif edir. Onun maliyyə resurslarının böyük hissəsi (84%-i) bu günə kimi bütün səviyyələrdən olan büdcələrdən daxil olur. Əmək haqqı fonsundan faiz şəklində hesablanan sosial sığorta haqları əlavə mənbədir.

Amma Azərbaycan təcrübəsindən fərqli olaraq, bu haqları məqsədli adlandırmaq çətindir, çünki o, ümumi sosial vergilər sisteminə "həll olunur" və yaranmış prioritetlərdən asılı olaraq pensiya təminatı, işsizliklə əlaqədar sığorta, səhiyyə (tibb) ehtiyaclarına və s. bölüşdürülür. Bundan başqa, sosial vergi xətti ilə daxil olan və səhiyyə (tibb) ehtiyaclarına ayrılan vəsaitlərin bir hissəsi büdcə daxilolmaları ilə birləşərək Səhiyyə (tibb) Nazirliyinin birbaşa nəzarəti altında keçir. Bu haqqın payına MSS-nin 12%- düşür.

MSS-in təxminən 4%-i əhalinin birgə ödəmələrindən formalaşdır. Bu zaman pasiyent mütəxəssislərə baş çəkmənin və ya xəstəxanaya yerləşdirmənin və mütəxəssislərə müraciətlərin ümumi dəyərindən müəyyən olunmuş faizi daxil edir (əsasən, çıxarışa və apteklərdə dərmanların dəyərinin bir hissəsinin ödənişi üçün).

Bütövlükdə, səhiyyə (tibb)nin büdcə sisteminin müsbət xüsusiyyətini tibbi yardımın məqbulluğu, yüksək əlçatanlığı, genişmiqyaslı tədbirlərin (vaksinləmə, profilaktika) keçirilməsi imkanı təşkil edir.

Üstünlük təşkil edən sığorta haqları hesabına səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi Almaniya kimi ölkədə həyata keçirilir. Burada əhalinin 85%-i məcburi tibbi sığorta ilə əhatə olunmuşdur.

Almaniyada səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi aşağıdakılardan formalaşır: məcburi sığorta ödəmələri – 75%, vergilər – 10%, könüllü sığorta üzrə mükafatlar – 10%, pullu xidmətlər – 5%. Muzdlu əməklə məşğul olan bütün şəxslər, kəndlilər, tələbələr, işsizlər, 18 yaşa qədər uşaqlar (əmək qabiliyyətsizliyi zamanı 23 yaşa qədər, məktəb və ya peşə təhsili davam edirlərsə və ya bir il könüllü sosial xidmətdə olurlarsa - 25 yaşa qədər) məcburi tibbi sığorta olunmalıdırlar. Pensionerlər və ailə üzvləri müəyyən ölçüdə aylıq gəlirləri olduqda, sığortalanırlar.

Həm sığortalanmış şəxslər, həm də işəgötürənlər sığorta haqqı ödəməlidirlər. Haqlar gəlirlərə mütənasib şəkildə (hər ikisi üçün əmək haqqının 6,78%-i) ödənilir. Bununla belə illik əmək gəliri sərhəd ölçüsünü 75%-ni aşan şəxslər aşan məbləğdən məcburi sığorta üzrə haqların ödənilməsindən azad edilir. Haqların məbləğini nəzərə alsaq, bu, çox mühüm amildir.

Haqların düzgün hesablanmasına görə xəstəxana kassalarının dəstəyi ilə işəgötürən cavabdehdir. O, əmək haqqından işçilərin payının çıxarır və işəgötürənin payı ilə birlikdə, pensiya sığortası və işsizlik sığortası üzrə haqlarla birlikdə sosial sığorta üzrə ümumi haqq ödənişi formasında xəstəxana kassasına köçürür.

Xəstəxana sığortası üzrə sığortalanmış şəxslər sağlamlığın möhkəmləndirilməsi, profilaktika və xəstəliklərin erkən diaqnozuna, xəstəlik, hamiləlik və analıqla bağlı ayırmaları almaq hüququna malikdirlər. Bundan başqa, dəfn və nəqliyyat xərclərinə də vəsaitlər.

Nəhayət, ev təsərrüfatları vəsaitlərinin hesabına maliyyələşdirmə sistemi hər şeydən əvvəl, ABŞ üçün tipikdir. Burada səhiyyə (tibb)nin özəl sığortası səhiyyə

(tibb)nin maliyyə resurslarının həcmnin 32%-dən çox hissəsini formalaşdırır, amma ev təsərrüfatları tərəfindən tibbi yardıma görə bilavasitə ödənişlər səhiyyə (tibb) maliyyə resurslarının ümumi həcmnin 23%-ni təşkil edir.

Bu zaman ABŞ-da səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sisteminin inkişafı bir tərəfdən, ümumdaxili məhsulun ölçüsünün dinamik şəkildə artması, digər tərəfdən – bu ümumdaxili məhsulun tərkibində səhiyyə (tibb)yə xərclərin payının artması ilə təmin olunur. Son 50 il ərzində burada ÜDM 18 dəfə, tibbi xidmət xərclərinin ÜDM-də payı isə 4,4%-dən 19%-dək artmışdır. Bununla belə ABŞ-ın səhiyyə (tibb) sisteminin fəaliyyəti neqativ anlarla da müşayiət olunur. Hər şeydən əvvəl, əhalinin müxtəlif təbəqələrinin tibbi xidmətə çıxışı məhduddur və tibbi xidmətlərin dəyərinin artırılması xidmətə görə qonorar ödəniş metodu ilə həvəsləndirilir. Bu gün sığortası və ya maliyyə resursları olan insanlar dünyada ən yaxşı tibbi xidmət alırlar, əhalinin kasıb qatları, xroniki xəstələr, bir valideynli ailələr isə heç əsas müalicəni ala bilmirlər.

Amerika səhiyyə (tibb) sisteminin bütün mənfi tərəflərinə baxmayaraq, etiraf etmək lazımdır ki, ABŞ-da tibbi xidmət (əlçatandırsa) dünyada ən yüksək səviyyədədir. Bundan başqa, dünyada tibbi tədqiqatların maliyyələşdirilməsinin yarısından çoxu ABŞ-da həyata keçirilir və bunun nəticəsidir ki, İkinci dünya müharibəsindən sonra Nobel mükafatlarının çox hissəsini məhz amerikalılar almışdı.

Hal-hazırda Azərbaycanda səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsinin büdcə-sığorta modeli qüvvədədir.

Qüvvədə olan Azərbaycan qanunvericiliyi (Azərbaycan Respublikasının "Azərbaycan Respublikasında vətəndaşların tibbi sığortası haqqında" Qanunu ") nəzərdə tutur ki, pulsuz tibbi yardım əhaliyə iki mənbənin hesabına verilir – bütün səviyyələrdən olan büdcələr və MTS sistemləri. Bütün səviyyədən olan büdcələrin maliyyə resurslarının və MTS vəsaitlərinin vahid planlaşdırılma sistemini təmin etmək məqsədilə 1998-ci ildə Azərbaycan Respublikası Hökuməti tərəfindən Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarına pulsuz tibbi yardımın göstərilməsinə dövlət zəmanətləri Proqramı təsdiq edilmişdir.

Proqram və Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarına pulsuz tibbi yardımın göstərilməsinin dövlət zəmanətlərinin ərazi proqramlarının formalaşdırılması və iqtisadi əsaslandırılması qaydaları üzrə metodik tövsiyələr əsasında Azərbaycan Respublikası subyektlərinin icra hakimiyyəti orqanları Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarına pulsuz tibbi yardımın göstərilməsinə dövlət zəmanətlərinin ərazi proqramları (DZƏP) işləyib təsdiq edirlər.

DZƏP tibbi yardımını maliyyələşdirmə mənbələrinə görə üç qrupa bölür: Azərbaycan Respublikası subyektinin büdcələri hesabına göstərilən tibbi yardım; MTS sisteminin vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilən ərazi MTS proqramı üzrə tibbi yardım (DZƏP); federal klinikalarda federal büdcə vəsaitləri hesabına təqdim edilən tibbi yardım. Sonuncu kateqoriya kifayət qədər dəqiq müəyyən edilmişdir – bu, federal tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərdə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə (tibb) və Sosial İnkişaf Nazirliyinin kvotaları üzrə göstərilən ixtisaslaşdırılmış (o cümlədən, bahalı) ambulator-poliklinika və stasionar yardımdır.

Ancaq çox vaxt DZƏP-in dəyərində və onun həyata keçirilməsi haqqında məlumatlarda federal klinikalarda tibbi yardımın nə həcmi, nə də maliyyə təminatı barədə informasiya olmur ki, bu da DZƏP-in həyata keçirilməsinə federal büdcənin vəsaitləri hesabına verilən tibbi yardımın töhfəsini qiymətləndirməyə imkan vermir. Regionun büdcəsi ilə MTS sistemi arasında məxaric öhdəliklərinin ayrılması daha böyük maraq kəsb edir.

Büdcələrlə MTS sistemi arasında məxaric öhdəlikləri aşağıdakılar üzrə ayrılmışdır:

- tibbi yardım növlərinə görə – "baza" tibbi yardımın növləri ƏMTSP-na daxil edilmişdirsə, ayrı-ayrı yardım növləri büdcələrin öhdəliklərinə aid edilmişdir;
- müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin (MPN) növlərinə görə – ayrı-ayrı MPM-n maliyyələşdirilməsinin büdcələrin öhdəliklərinə və ya MTS-nə aid edilməsi qismən onlar tərəfindən göstərilən yardımın növləri, qismən də qismən – başqa səbəblərlə (məsələn, feldşer-mamaça məntəqələri "baza" tibbi yardımlarını göstərir, bununla belə ƏMTSP-na daxil edilməmişdir) şərtlənir;

– yardım alanların kateqoriyalarına görə – hər hansı səbəblərdən MTS sistemində sığortalanmamış vətəndaşlar büdcə vəsaitləri hesabına ekstre və təcili tibbi yardım alırlar;

– büdcə təsnifatı maddələrinə görə – MTS sistemində işləyən müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin xərclərinin bir hissəsi MTS tariflərinə daxil edilməyib büdcələrin hesabına maliyyələşdirilir.

Beləliklə, hər bir ölkə səhiyyə (tibb)sinin maliyyələşdirilməsi sistemi spesifikdir. Bu, milli mentalitetlə, bu cəmiyyətin formalaşma və təkamül şəraiti ilə bağlıdır.

Bölgü formasına görə maliyyələşdirmənin sistemlərinin tipinə (tibb təşkilatları ilə qarşılıqlı təsirlərin xarakterinə görə) uyğun olaraq iki tip sistemi qeyd etmək olar:

- inteqrativ modeli;
- müqavilə modelini.

İnteqrativ model maliyyələşdirmə, idarəetmənin və tibbi yardım göstərilməsi funksiyalarının birləşməsinə nəzərdə tutur. Tibb təşkilatlarının əmlakı dövlətə və ya yerli hakimiyyətin orqanlarına aiddir. Azərbaycan səhiyyə (tibb)sində tibb təşkilatlarının böyük əksəriyyəti dövlət və ya bələdiyyə müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat) statusuna malikdir və birbaşa eyni zamanda maliyyələşdirən tərəf olan səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanı tərəfindən idarə edilir.

İdarəetmə orqanları yalnız sahənin ümumi strategiyasını və inkişaf prioritetlərini müəyyən etmir, həm də tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin fəaliyyətinin əsas tərəflərini tənzimləyir: onların gücünü (məsələn, xəstəxana çarpayılarının sayını, ambulator qəbulları) müəyyən edir, ayrı-ayrı müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər arasında resursların yenidən bölgüsü haqqında qərar qəbul edir, rəhbərləri təyin edir və s. Belə modeldə tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin hüquqları məhduddur.

Nəzəri olaraq iqtisadi münasibətlərin inteqrativ modeli sistemin yüksək idarə oluna bilmə dərəcəsini təmin edir. Təcrübədə bunun üçün çoxlu şərtlər tələb olunur ki, onlardan ən əsası yüksək planlaşdırma səviyyəsi və tibb işçilərinin komanda sistemi çərçivəsində işləməyə hazır olmasıdır.

Modelin çatışmamazlıqlarına resurslarla manevr etmək imkanının yoxluğu, münasibətlərin bürokratlaşması, istehlakçı tələbinə zəif oriyentasiya, həkimlərin iqtisadi motivasiyasının yoxluğu aiddir.

Buna görə də iqtisadi münasibətlərin integrativ modelini maliyyələşdirmə və tibbi yardımın göstərilməsi funksiyalarının bir-birindən ayırmaqla müqavilə modelinə çevirməyə başladılar.

Müqavilə modeli maliyyələşdirən tərəflə həkimlər arasında inzibati deyil, iqtisadi münasibətlər üzərində qurulur. Bu münasibətlərin əsasını maliyyələşdirmə ilə tibbi yardımın göstərilməsi funksiyalarının bir-birindən ayrılması təşkil edir.

Müqavilə modeli vətəndaşlar tərəfindən tibb təşkilatı və həkimin seçilməsini nəzərdə tutur. «Pul pasiyentin ardınca gəlir» prinsip bərqərar olunur. Praktiki olaraq bu prinsip iki üsulla həyata keçirilə bilər.

Birinci üsulda pasiyent müstəqil və ya həkimlərin göndərişi ilə dövlət zamanətləri proqramında iştirak edən tibb təşkilatını və həkimi seçir və bu proqramla müəyyən edilən həcm və şərtlər daxilində lazımi tibbi yardımını alır. Maliyyələşdirən tərəf qabaqcadan tibbi yardımın əsaslanmasını, keyfiyyət xarakteristikalarını və son nəticələrini qiymətləndirərək alınmış tibbi yardımını ödəyir. Real həyatda tibbi yardımın alma yerinin seçimi tibbi yardımın göstərilməsinin təşkilindən asılıdır.

Çoxsəviyyəli sistemdə pasiyentin seçimi əksər hallarda ilkin tibbi sanitari yardımın aşağı həlqə həkimlərinin qərarları ilə təyin edilir.

İkinci üsulda fəaliyyət nəticələri daha yüksək olan və həkim və əhali arasında yüksək tələbin olduğu tibb təşkilatları ilə müqavilə bağlanır. Bu zaman maliyyələşdirən tərəfin idarəedici təsiri daha güclü olur. O, pasiyentlərin qərarlaşmış marşrutlarını təhlil edir, onların səmərəliliyini müəyyən edir və ən səmərəli həlqələrlə planlaşdırılan və müvafiq həcmdə tibbi yardımın göstərilməsi üçün müqavilələr bağlayır. Həkimlərin seçimi haqqında qərarın qəbulu üçün əsas tibbi xidmətlərin faktiki istehlakı haqqında cari informasiya və istehlakçıların üstün tutmaları haqqında məlumat bazasıdır.

Müqavilə modeli müqavilə münasibətlərinin həyata keçirilməsinə əlavə xərcləri nəzərdə tutur. Tibb xidmətlərin tədarükçüləri ilə müqavilə bağlamaq üçün maliyyələşdirən tərəf onların fəaliyyətini təhlil etməli, tibbi yardımın göstərilməsi planlarını formalaşdırmalı, onları həkimlərin planlarına uyğunlaşdırmalı, müqavilələr bağlamalıdır, onların monitorinqini və qiymətləndirməsini təşkil etməlidir.

İntegrativ model olan ölkələrlə müqayisədə müqavilə modeli olan ölkələrdə xərclər daha yüksəkdir, çünki səhiyyə (tibb)nin fəaliyyətində daha yüksək son göstəricilərə təminat və resurslara qənaət edir.

İqtisadi münasibətlərin müqavilə modeli səhiyyə (tibb)nin istənilən maliyyələşdirilməsində qüvvədə ola bilər. Bunun üçün ən azı iki şərtə əməl etmək lazımdır:

- səhiyyə (tibb) idarəetmə orqanı tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ni birbaşa idarəetmədən imtina edir və onunla münasibətləri müqavilə əsasında qurur.
- tibb müəssisi təsərrüfat müstəqilliyinə malikdir.

Tərəflərin müstəqilliyi nə qədər çox olsa, müqavilə modelinin həyata keçirilməsi üçün imkanlar da bir o qədər geniş olar. Büdcə sistemində bu müstəqilliyi təmin etmək daha çətindir, çünki əksər hallarda tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin əsas hissəsi dövlətə məxsusdur.

MTS sistemində müqavilə modelini reallaşdırma potensialı prinsip etibarilə daha yüksəkdir. Lakin bu sistemdə də dövlət və bələdiyyə MPM-nin real təsərrüfat müstəqilliyinin təmin edilməsi məsələsi həll edilməmiş qalır.

Azərbaycan Respublikasında milli səhiyyə (tibb) sisteminin maliyyə təminatının büdcə-sığorta modeli qəbul edilmişdir. Bu modeldə maliyyələşdirmənin əsas mənbəyi kimi birdən-birə iki sistem çıxış edir: məcburi tibbi sığorta sistemi və büdcə maliyyələşdirməsi sistemi.



### **3.2 Səhiyyə (tibb)nin maliyyə təminatında icbari tibbi sığortanın rolunun artması.**

Azərbaycan Respublikasında tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maliyyələşdirilməsinə yeni yanaşma 1991-ci ildə "RSFSR-da vətəndaşların tibbi sığortası haqqında" RSFSR-ın Qanununun qəbulu ilə bağlıdır. 1991-ci ildən bu yana Qanuna dəyişikliklər daxil edilmişdi.

Azərbaycanda tətbiq edilən məcburi tibbi sığorta sosial sığorta xüsusiyyətlərini aldı, çünki onun həyata keçirilməsi qaydası dövlət qanunvericiliyi ilə tənzimlənir və eyni zamanda sosial ədalət prinsipi qüvvədə olur: zəngin kasıbın əvəzinə ödəyir. Bu, bildirir ki, vergi verənlərdən vəsaitlər normativ-adambaşına prinsip üzrə bölüşdürülür: pensionerlərə və uşaqlara çox, böyüklərə - az.

Məcburi tibbi sığorta dövlət sosial sığortasının tərkib hissəsidir və Azərbaycan Respublikasının bütün vətəndaşlarına məcburi tibbi sığorta proqramlarına uyğun həcmdə və şərtlərlə məcburi tibbi sığorta vəsaitləri hesabına tibbi və dərman yardımının alınmasında bərabər imkanları təmin edir. Sistem sağlamlığın qorunmasını və xəstəlik halında lazımi tibbi yardımın alınmasını təmin etməlidir. Azərbaycanda MTS bütün əhalini əhatə edir. Bu, bütün vətəndaşlara baza federal və ərazi MTS proqramları ilə müəyyən edilən ölçüdə tibbi, dərman və profilaktik yardım almasına zəmanət verir.

Məcburi tibbi sığorta sistemi Azərbaycan Respublikası Konstitusiyasını 41-ci maddəsində təsbit edilmiş pulsuz tibbi yardımın alınmasına vətəndaşların konstitusiyaya hüquqlarını təmin etmək məqsədi ilə yaradılmışdır.

Tibbi sığorta sağlamlığın qorunmasında əhalinin maraqlarının sosial müdafiəsi forması olmaqla sığorta hadisəsi yarandığı zaman vətəndaşlara yığılmış vəsaitlərin hesabına tibbi yardım alınmasına zəmanət vermək və profilaktik tədbirləri maliyyələşdirmək məqsədi ilə həyata keçirilir.

Məcburi tibbi sığorta sistemi dövlət sosial sığorta sisteminin tərkib hissəsi olmaqla RF-nın bütün vətəndaşlarına məcburi tibbi sığorta proqramlarına uyğun

həcmdə və şərtlərlə məcburi tibbi sığorta vəsaitləri hesabına tibbi və dərman yardımının alınmasında bərabər imkanları təmin edir.

MTS-in əsas məqsədi sığorta haqlarının yığılması, saxlanması və federal və ərazi büdcədənəkar fondlarda yığılan bu haqların hesabına qanunvericiliklə müəyyən olunmuş şərtlərlə və təminatlı ölçülərdə bütün kateqoriyalardan olan vətəndaşlara tibbi yardım təklif etməkdir.

Azərbaycan Respublikasının "Azərbaycan Respublikasında vətəndaşların tibbi sığortası haqqında" Qanununa əsasən, MTS-nin subyekti vətəndaş, sığortaçı, tibbi sığorta təşkilatı, tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sidir. İşləməyən vətəndaşların sığortası zamanı sığortaçıları kimi Azərbaycan Respublikası subyektlərinin dövlət icra hakimiyyəti orqanları və yerli idarəetmə orqanlarının çıxışıdır. İşə götürənlər işləyən vətəndaşlar üçün sığortaçıdır müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər, təşkilatlar, idarələr hüquqi şəxsi yaratmadan sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olan fiziki şəxslər təşkil edir.

Sığorta edənlər hüquqi şəxslər, MTS-nin həyata keçirilməsi üçün dövlət lisenziyasına malik olan tibbi sığorta təşkilatlarıdır.

Sığortaçıları məcburi tibbi sığorta fonduna sığorta haqlarını ödəyənlərdir. Bunlar aşağıdakılardır:

- Mülkiyyət formasından və fəaliyyətin təşkilatı-hüquqi formalarından asılı olmayaraq bütün təsərrüfatçılıq subyektləri, o cümlədə n kəndli (fermer) təsərrüfatları, ənənəvi təsərrüfat sahələri ilə məşğul olan azsaylı Şimal xalqlarının ailə icmaları;
- Fərdi sahibkarlar;
- müəyyən olunmuş qaydada şəxsi təcrübə ilə (fəaliyyətlə) məşğul olan vətəndaşlar – vəkillər, həkim, notariuslar, detektivlər;
- maddəli işçilərin əməyindən istifadə edən vətəndaşlar,;
- yaradıcılıq ittifaqlarına birləşməmiş yaradıcı peşə nümayəndələri.

Məcburi tibbi sığortaya sığorta haqlarının ödənişindən əlillər ictimai təşkilatları və onların mülkiyyətində olan müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər, bu

təşkilatların nizamnamə hədəflərinin həyata keçirilməsi üçün yaradılmış birləşmələr azad edilmişdir.

MTS sistemində tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər kimi müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər (poliklinikalar, xəstəxanalar, tibb mərkəzləri), elmi-tədqiqat tibb institutları, MTS proqramları üzrə tibbi yardımın göstərilməsinə lisenziyası olan, habelə akkreditasiyadan keçmiş və müvafiq sertifikatı almış başqa tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri çıxış edir. Öz fəaliyyətini sığorta tibb təşkilatları ilə müqavilələrə əsasən həyata keçirən tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri sığortalanmış şəxslərə tibbi yardıma və başqa xidmətlərə görə müvafiq ödəniş alırlar.

Tibbi sığortanın sistemində tibbi yardımını istənilən mülkiyyət formalı tibbi müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər göstərir. Onlar müstəqil təsərrüfatçılıq edən subyektdir və öz fəaliyyətini sığorta tibb təşkilatları ilə müqavilələr əsasında qururlar.

Tibbi sığorta proqramlarını yerinə yetirən tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri tibbi yardımını tibbi sığortanın sistemindən kənar da göstərmək hüququna malikdirlər.

1499 sayılı Qanunun 4-cü maddəsində müəyyən edilmişdir ki, MTS sistemində tibbi yardım sazişlə təqdim edilmiş müalicə-profilaktik yardımın təklif edilməsi üzrə müqaviləyə əsasən göstərilir. Həmin sazişə görə, tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)si sığortalanmış kontingentə tibbi sığorta proqramları çərçivəsində konkret müddətdə müəyyən həcmdə və keyfiyyətdə tibbi yardımın təklif etməyi öz öhdəsinə götürür.

Məcburi tibbi sığorta zamanı tibb xidmətlərinə tariflər sığorta tibbi təşkilatları, Azərbaycan Respublikasının tərkibindəki respublikaların Nazirlər şuraları, muxtar vilayətin dövlət idarəetmə orqanları, muxtar dairələr, diyarlar, vilayətlər, Moskva və Sankt-Peterburq şəhərləri, yerli administrasiya və peşəkar tibbi assosiasiyalar arasında razılaşma ilə təyin edilir. Tariflər tibb müəssisə

(təşkilat) (təşkilat)lərin rentabelliğini və müasir səviyyədə tibbi yardımını təmin etməlidir.

Keyrinə MTS müqaviləsinin bağlandığı fiziki şəxslər sığortalanmış şəxslər hesab olunur.

Barəsində tibbi sığorta müqaviləsinin bağlandığı və ya belə müqaviləni müstəqil olaraq bağlamış hər bir vətəndaşın əlinə sığorta tibb polisi verilir. Sığorta tibb polisinin forması və onun aparılması üzrə təlimat Azərbaycan Respublikasının Hökuməti tərəfindən təsdiq edilir. Polisdə sığortalanmış şəxsin soyadı, adı, atasının adı, cinsi, yaşı, iş yeri, sosial vəziyyəti, ünvanı, həmçinin müqavilənin qüvvədə olduğu müddət göstərilir.

Azərbaycan Respublikasının demək olar ki, hər bir vətəndaşında sığorta tibbi polisi var. Bunun əsasında əhaliyə məcburi tibbi sığorta proqramı çərçivəsində pulsuz tibbi yardım göstərilir.

Vətəndaşların məcburi tibbi sığortası sahəsində dövlət siyasətinin həyata keçirilməsi məqsədi ilə federal və ərazi məcburi tibbi sığorta fondları (bundan sonra – FMTSF və ƏMTSF) yaradılmışdır. Onlar sığortaçılardan daxil olan maliyyə vəsaitlərini yığır, vətəndaşların məcburi tibbi sığortasının qaydalarını işləyir, həmçinin onların üzərinə qoyulmuş məsələlərin həlli çərçivəsində başqa funksiyaları da yerinə yetirirlər.

Fiziki şəxslərə ödəmələri həyata keçirən təşkilatlar və sahibkarlar 01.01.2010-cu ilə qədər vahid sosial vergi ödəyiciləri idi. Hal-hazırda VSV ləğv edilmiş, sığorta haqları ayırmalarının qaydası "Azərbaycan Respublikasının təqaüd fonduna, Azərbaycan Respublikasının sosial sığorta fonduna, Federal məcburi tibbi sığorta fonduna və ərazi məcburi tibbi sığorta fondlarına sığorta haqları haqqında" 24.06.2009-cu il 212-FZ №-li Federal qanunla müəyyən olunur.

Göstərilən qanuna əsasən, ərazi MTS fondlarında sığortaçılar kimi qeydiyyatda olan ödəyicilər aşağıdakı tariflərə müvafiq olaraq ödəmələri həyata keçirirlər:

2013-cü ildə:

- Federal məcburi tibbi sığorta fondu – 1,1%;
- ərazi məcburi tibbi sığorta fondları – 2%.

2014 – 2015-ci illər ərzində:

- Federal məcburi tibbi sığorta fondu – 1,1%;
- ərazi məcburi tibbi sığorta fondları – 1,2%.

2015–2016-cı illər ərzində:

- Federal məcburi tibbi sığorta fondu - 1,6%;
- ərazi məcburi tibbi sığorta fondları – 2,1%.

Haqların əlavə edilməsi üçün baza kimi 212 sayılı Federal qanunda nəzərdə tutulan və ödəyicilər tərəfindən hesabat dövründə fiziki şəxslərin xeyrinə əlavə edilən sığorta haqlarının məbləği çıxış edir (bu qanunda göstərilən məbləğ istisna olmaqla).

MTS-ya sığorta haqları şəklində sığortaçılardan daxilolmalardan başqa, Federal və ərazi MTS fondlarının maliyyə vəsaitləri aşağıdakılardan əmələ gəlir:

- hüquqi və fiziki şəxslərin könüllü ödəmələri;
- müvəqqəti sərbəst maliyyə vəsaitlərindən və normallaşdırılmış sığorta ehtiyatından istifadədən əldə edilən gəlirlər;
- qanunvericiliklə qadağan edilməmiş başqa mənbələrdən daxilolmalar.

Haqların hesablanması və ödənişin vaxtında edilməsi ilə bağlı nəzarətin bütün formaları ərazi MTS fondları tərəfindən sığorta haqqını ödəyənlərin onlardakı sığortaçılar kimi uçot məlumatlarına əsasən ödəyənlərinin FMTSF tərəfindən müəyyən olunan qaydada yoxlanması yolu həyata keçirilir.

Sığorta haqları müəyyən edilmiş vaxtda ödənilmədikdə və tam ödənilmədikdə, sığorta haqları ilə bağlı qalıq məhkəmə qaydasında tutulur.

Hesabat dövrü ərzində sığortaçı aylıq məcburi ödənişlər şəklində sığorta haqlarını ödəyir. Ödəniş aylıq məcburi ödənişin hesablandığı təqvim ayından sonrakı təqvim ayının 15-dən gec olmamaqla ödənilməlidir. Sığorta haqlarının ödəyiciləri xeyrinə ödənişlərin edildiyi hər bir fiziki şəxs barəsində əlavə edilmiş ödəmələrin və başqa mükafatların məbləğinin, onlara aid olan sığorta haqlarının hesabını aparmalıdırlar. Sığorta haqlarının ödəyiciləri hər rüb sığorta haqlarının

ödənilməsinə nəzarət orqanına uçotda olduğu yer üzrə məcburi tibbi sığortaya əlavə edilmiş və ödənməmiş sığorta haqları üzrə hesab təqdim edirlər.

Məcburi tibbi sığorta hissəsində ödəmələrin əlavə edilmiş sığorta haqlarının məbləği vergi ödəyiciləri FMTSF-na və ƏMTSF-na ayrı-ayrı ödəmə tapşırıqları ilə köçürürlər.

MTS sisteminin maliyyələşdirilməsi differensiasiya edilmiş adambaşına düşən normativlər üzrə həyata keçirilir. ƏMTSF ay ərzində alınmış sığorta haqlarından məcburi tibbi sığorta sistemində maliyyə qarşılıqlı təsirləri və vəsaitlərinin sərf edilməsi haqqında Müvəqqəti qaydaya uyğun olaraq normallaşdırılmış sığorta ehtiyatı yaradır və ərazi MTS proqramının adambaşına düşən orta maliyyələşdirmə normativini hesablayır. Bundan sonra 10 gün ərzində TSS-nə adambaşına düşən differensiasiya edilmiş normativlər barədə məlumat verir. STŞ-də ərazi MTS proqramı çərçivəsində tibbi yardımın ödənilməsi üçün vəsait çatmadıqda, o, ƏMTSF-da müəyyən edilən qaydada ƏMTSF-na müraciət edir.

ƏMTSF vaxtında və tam şəkildə sığorta tıbb təşkilatı ilə müqaviləyə uyğun olaraq onu maliyyələşdirməlidir.

Ərazi proqramının həcmində tibbi yardımın ödənişi üzrə qəbul edilmiş öhdəliklərin icrasını təmin etmək üçün sığorta tıbb təşkilatı ƏMTSF-dan alınmış vəsaitlərdən qarşıdakı ödəmələr üçün lazım olan tibbi xidmətlərin ödəniş rezervini və ehtiyat rezervini, habelə TSS üzrə xəbərdaredici tədbirlərin maliyyələşdirilməsi ehtiyatlarını yaradır.

ƏMTSF sığorta şirkətlərinə məcburi tibbi sığortanın keçirilməsi üçün verilən maliyyə vəsaitlərinə faizlə onlar üçün maliyyə ehtiyatlarının vahid normativlərini müəyyən edir. Bu zaman ehtiyat rezervində vəsaitlərin məbləği biraylıq, xəbərdaredici tədbirlərin maliyyələşdirilməsi rezervində isə – ərazi proqramının həcmində tibbi yardımın ödənişi üçün iki həftəlik vəsait ehtiyatını ötməməlidir.

ƏMTSF həmçinin sığorta təşkilatları tərəfindən maliyyə ehtiyatları və fondlarından istifadə qaydasını müəyyən edir.

Sığorta təşkilatı ilə müqaviləyə xitam verildikdə, tibb xidmətlərinin ödənişi üçün nəzərdə tutulan vəsaitlər (o cümlədən tibbi xidmətlərin ödənişinin formalaşdırılmış rezerv vəsaitləri və ehtiyat vasitələri) 10 gün ərzində ƏMTSF-na qaytarılır (müqavilənin uzadıldığı və ya yeni müqavilənin imzalandığı hallar istisna olmaqla).

ƏMTSF sığorta tibbi təşkilatları tərəfindən MTS vəsaitlərindən məqsədli və rasional istifadəyə görə nəzarəti həyata keçirir.

Tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)si daxil olmuş vəsaitlərdən ərazi MTS proqramı üzrə Respublika subyekti ərazisində məcburi tibbi sığorta üzrə tarif razılaşması çərçivəsində qəbul edilmiş tariflər üzrə tibbi yardımın ödənişi üçün sığorta tibb təşkilatları ilə bağlanan müqavilələrə uyğun istifadə edir.

Səhiyyə (tibb) üzrə ayrı-ayrı tədbirlərə ərazi fondundan daxil olmuş vəsaitlər təsdiq edilmiş məqsədli proqramlar çərçivəsində tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)ləri tərəfindən istifadə olunur.

Ərazi MTS proqramı üzrə təklif edilən tibbi və başqa xidmətlərin tarifi normativ sənədlərə uyğun olaraq saziş komissiyasının qərarı ilə təyin edilir. Komissiyaya paritet əsaslarda əlaqədar tərəflərin - ərazi MTS fondunun və onun filiallarının, dövlət idarəetmə orqanlarının, sığorta tibb təşkilatlarının, peşəkar tibb assosiasiyaların (sonuncular yoxluğu halında tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maraqlarını tibb işçilərinin həmkarlar ittifaqları təqdim edə bilər) nümayəndələri daxildir.

Hər təqvim ayının sonuna yaxın müalicə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)si konkret sığorta tibb təşkilatı tərəfindən sığortalanmış kontingentə göstərilmiş tibbi xidmətlər reyestrini və göstərilmiş tibbi xidmətlərin ödəniş hesabını yönəldir. Sığorta təşkilatları ilə tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)si arasında hesablaşmalar sığorta şirkəti tərəfindən tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)sinin hesablarının ödəniş yolu ilə həyata keçirilir. Tibbi yardımın başqa subyektin ərazisində göstərilməsi zamanı xidmət haqqı bu regionların ƏMTSF arasında qarşılıqlı hesablaşmalar yolu ilə həyata keçirilir. Bu halda tibb təşkilatı Respublikanın başqa subyekti ərazisində fəaliyyəti həyata keçirən sığorta tibb təşkilatına sığortalanmış şəxslərə

göstərilən yardıma görə ödəniş hesabını göstərilmiş xidmətlərin reyestri ilə ƏMTSF-na yönəldir. ƏMTSF əraziarası hesablaşmaları təşkil edir.

Ötən əsrin əvvəllərində dünyanın bir çox ölkələrində xəstəlik, əlillik, qocalıq, işsizlik halları ilə bağlı işləyənlərin sığortası haqqında qanunlar qəbul edilmişdir. Bu qanunlara görə, sığorta haqlarının formalaşmasında işçilərin özlərindən başqa, 25 %-dən 40%-ə qədər ödəniş müəssisə (təşkilat) (təşkilat) sahibləri iştirak etməyə başladılar. Daha sonra sığorta fondlarına subsidiyalar və dövlətin dotasiyaları daxil oldu.

Dövlət tibbi sığorta sisteminə nə qədər çox vəsait qoysa, bu prosesə də bir o qədər çox nəzarət edirdi.

Hal-hazırda tibbi sığorta sistemi təxminən 1 milyard insanın yaşadığı 25 ölkədə daxil edilmişdir ki, bu da Yer kürəsi əhalisininin təxminən 18%-ni təşkil edir. Tibbi sığorta sisteminin aşağıdakı üç növü dünyada daha çox yayılmışdır: Almaniyada yayılan "əvəzləyici" sistemə görə vətəndaşlar sığortanın dövlət və ya kommərsiya formasını seçə bilirlər;

Böyük Britaniyada və İspaniyada "təkrarlayan" sistemdə məcburi dövlət və özəl tibbi sığorta bir-biri ilə rəqabətdə paralel şəkildə inkişaf edir və onlardan birgə istifadə etmək mümkündür;

Fransada yayılan "əlavə" sistem - vətəndaş tərəfindən əhalinin bütün təbəqələrini tam əhatə etmədiyindən və ya aparılan müalicənin dəyəri dövlət tərəfindən tam örtülmədiyindən istifadə olunur.

Səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsinin əsasən özəl sektorun hesabına baş verdiyi üçüncü modelin tipik nümayəndəsi ABŞ-dır.

Beləliklə, hər bir ölkə səhiyyə (tibb)sinin maliyyələşdirilməsi sistemi spesifikdir. Bu, milli mentalitetlə, bu cəmiyyətin formalaşma və təkamül şəraiti ilə bağlıdır.

İstənilən sığorta sisteminə bu və ya digər çatışmamazlıqlar məxsusdur. Almaniyanın "əvəzləyici" sığorta sistemi sığortanın dövlət və kommərsiya formaları arasında seçim etmək imkanı verir. Buna görə də zəngin almanların 10%-i dövlət səhiyyə (tibb) sisteminə maya qoymur ki, bu da sığorta



prinsiplərindən birini - “varlı kasıbın əvəzinə, sağlam – xəstənin əvəzinə ödəyir” prinsipini pozur. Eyni zamanda bu, sığorta kassaları arasında daha güclü rəqabəti yaradır və bu rəqabət "xəstə kassaların" sayının çox olması üzündən daha da güclənir.

Həkimlərə xidmət haqqının ödənilməsinin qonorar metodu həkimləri baha müalicə metodlarına əl atmağa və müalicəni uzatmağa vadar edir, çünki həkimə hər baş çəkmə və prosedur ona gəlir gətirir.

Ancaq ödənişin qonorar metodu ödənişi real təklif edilən xidmətlərin həcmi ilə əlaqələndirməyə imkan verir. Pasiyentlərin nöqtəyi-nəzərindən, qonorar metodu yetərli həcmdə tibbi xidmətin alınmasına zəmanət verir.

Məlumdur ki, səhiyyə (tibb)nin özəl sığorta hesabına maliyyələşdirilməsi yüksək risk qruplarına aid olan əhalinin xeyli hissəsinin (17% ABŞ) bu sistemdən kənar qalmasına, habelə xərclərin sürətlə artmasına səbəb olur və özəl sığorta şirkətləri buna nəzarət etmək iqtidarında olmur. Bu gün sığortaya və ya maliyyə resurslarına malik olan insanlar dünyada ən yaxşı tibbi xidmət alırlar, halbuki ona ən çox ehtiyacı olanlar - əhalinin kasıb təbəqələri, xroniki xəstələr, bir valideynli ailələr heç əsas müalicəni belə ala bilmirlər.

Amerika səhiyyə (tibb) sisteminin bütün mənfi tərəflərinə baxmayaraq, etiraf etmək lazımdır ki, ABŞ-da tibbi xidmət (əlçatandırsa) dünyada ən yüksək səviyyədədir. Bundan başqa, dünyada tibbi tədqiqatların maliyyələşdirilməsinin yarısından çoxu ABŞ-da həyata keçirilir və bunun nəticəsidir ki, İkinci dünya müharibəsindən sonra Nobel mükafatlarının çox hissəsini məhz amerikalılar almışdı.

### **3.3 Səhiyyə (tibb) xərclərinin səmərəliyinin artırılmasında büdcə-maliyyə nəzarətinin təkmilləşdirilməsi.**

Səhiyyə (tibb) islahatları aşağıdakı iki əsas bloku özünə daxil etməlidir - maliyyələşdirmə sisteminin modernləşdirilməsi və səhiyyə (tibb)nin strukturunun (tibbi yardım və müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər şəbəkəsi) optimallaşdırılması.

İslahatın uğurlu olması bu iki istiqamət üzrə addımların koordinasiyasından asılıdır.

İslahat mərhələlərlə aparılmalı və bu zaman islahatların templəri və sistemin bütün subyektlərinin (ilk növbədə vətəndaşlar və səhiyyə (tibb) sistemi işçilərinin, o cümlədən mütəxəssis assosiasiyaların, işəgötürənlərin) islahatlar prosesinə cəlb olunması təmin edilməlidir. Bundan başqa, islahatlar ölkədə gedən sosial-iqtisadi dəyişikliklərə və dövlətin resurs imkanlarında uyğun olmalıdır.

Tədqiq edilmiş materiala əsasən belə nəticəyə gəlmək olar ki, səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi sisteminin təkmilləşdirilməsi şəxsi vasitələrin cəlb edilməsi ilə yanaşı dövlət maliyyələşdirilməsinin həcmnin artırılması kontekstində nəzərdən keçirilməlidir, bu şərtlə ki, maliyyələşdirmənin həcmi göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyətindən asılı olsun.

Azərbaycanda tibbi sığortanın səmərəliliyinin yüksəldilməsinə yönəldilmiş əsas antiböhran tədbirlərinə nəzər salmaq.

MTS sistemində dövlət zamanətləri ilə maliyyə vəsaitləri arasında balansını təmin etmək üçün işləyən (sosial verginin tərkib hissəsi olan) vətəndaşlara görə sığorta haqlarının ölçülərini artırmaq və işləməyən (regional büdcələrdən ödənen) əhaliyə görə haqların ölçüsünə verilən dəqiq tələbləri təyin etmək lazımdır.

MTS sisteminin iştirakçılarının (işləyən və işləməyən əhalinin sığortaçılarının, federal və ərazi fondlarının, sığorta şirkətlərinin, tibb təşkilatlarının, sığortalanmış insanların) rolları və qarşılıqlı münasibətlərinə yenidən baxmaq lazımdır. Yenilənmiş MTS sistemi daha şəffaf və idarə etmək üçün daha asan olmalıdır. Sığortalanmış şəxslərin hüquqları genişləndirilməlidir.

Sığorta edənlərin iş qaydaları və onlar tərəfindən tibb təşkilatlarının iş haqqının ödənilməsi hər ikisini resurslardan daha səmərəli istifadə etməyə həvəsləndirməlidir.

Bunun üçün ən yaxşı üsul sığortanın rəqabət modelini inkişaf etdirməkdir, yəni mümkün olduğu təqdirdə, sığorta edənlər arasında və tibbi təşkilatlar arasında rəqabəti hər zaman inkişaf etdirmək lazımdır. Amma buna nail olmaq üçün çoxlu şey göstərmək lazım olacaq. Hər şeydən əvvəl, dövlətdən. Dünya təcrübəsində

hələ ki, "bir alıcı" modeli üstünlük təşki edir ki, bu rolda da ya dövlət, ya da özəl sığorta edən çıxış edir. Bu model nisbətən sadədir, həm də belə modeldə səmərəliliyinin artım potensialı daha azdır.

Gələcəkdə modellərdən hansına yönəlməli? Bu məsələnin həlli hər şeydən əvvəl dövlət orqanlarının onların tətbiqi, nizama salınması və nəzarəti üçün siyasi və idarə resurslarını xərcləməyə hazır olmasından asılıdır. Hələlik tibbi yardım haqqının ödənişi üçün bütün vətəndaşlar üçün eyni olan baza MTS proqramında nəzərdə tutulacaq bir alıcının olduğu modeli seçmək daha realist görünür. Dövlət hakimiyyəti orqanları, işəgötürənlər və vətəndaşlar əlavə tibbi sığorta proqramlarına müraciət etdikdə, onların həyata keçirilməsini baza MTS proqramı ilə kompleks şəkildə bir-biri ilə rəqabət aparan özəl sığorta edənlərə vermək daha münasib olar.

Tibb təşkilatlarının dövlət mənbələrindən maliyyələşdirilməsində "pul pasiyentin ardınca gəlir" prinsipi həyata keçirilməlidir. Bu, dövlət vəsaitlərinin 80-90%-nin MTS sistemində cəmləşməsi və tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərini onların işinin nəticələrinə görə maliyyələşdirilməsi deməkdir. Büdcədən yalnız ən bahalı yüksək texnoloji yardım növlərini, habelə sosial əhəmiyyətli xidmətlərin bir hissəsini (məsələn, stasionar şəraitdə psixiatrik yardım) maliyyələşdirmək məqsədəuyğundur.

Pasiyentin nöqtəyi-nəzərindən bütün bu dəyişikliklər yalnız onun MTS sistemində vəziyyətini yaxşılaşdırdığı təqdirdə əhəmiyyətlidir: dövlətin maliyyələşdirdiyi bir şeyə görə ödəmək lazım deyil, həkimlərlə yaranan istənilən problemlərin həllində sığorta edənə etibar etmək olar: sığorta edən lazımı informasiyanı verəcək və yüksək keyfiyyətli tibbi yardımı təmin edəcək. Cəmiyyət nöqtəyi-nəzərindən MTS-ə çəkilən inzibati xərclər özünü o zaman doğruldar ki, bu sistem səhiyyə (tibb)nin fəaliyyətinin səmərəliliyinin artmasına əhəmiyyətli töhfə vermiş olsun.

Əhaliyə tibbi yardıma çəkilən xərclərin örtülməsində daha həmrəy iştirak formalarını təklif etmək lazımdır. Bu, hər şeydən əvvəl vətəndaşın əlavə tibbi sığorta proqramları üzrə sığorta fonduna sığorta haqqı formasıdır. Əhalinin ən

imkanlı kateqoriyaları üçün əlçatan olan ənənəvi kommersiya ƏTS-dən fərqli olaraq, əlavə proqramlar baza MTS proqramı kimi (ölkənin bütün əhalisi üçün ümumi olan) eyni şərtlərlə reallaşır, yəni maksimal dərəcədə həmrəydir və tənzim ediləndir.

MTS sistemində istifadə edilən maliyyə mexanizmləri, ilk növbədə tibbi xidmətlərə görə tənzimlənən qiymətlər əlavə proqramlara da şamil olunur və onları əhali üçün daha əlçatan edir.

Əhali üçün əlavə proqramın cazibəliliyi, birincisi, əlavə xidmətlər paketinin dəqiq təyin edilməsindən, ikincisi, bu proqram üzrə vətəndaşın ödədiyi sığorta haqqının ölçüsü ilə sığortanın olmadığı təqdirdə onun potensial xərclərinin nisbətindən, yəni, onun ödənişli xidmətləri almasına və apteklərdə dərmanları əldə etməsinə çəkəcəyi məbləğdən asılıdır.

Həmçinin sığortalanmış şəxsin hüququ olan xidmətlərin fiziki əlçatanlığı da əhəmiyyət kəsb edir.

Əlavə proqramları hər şeydən əvvəl ailə büdcələri üçün ağır olan tibbi yardım növləri üzrə, məsələn, dərman və stomatoloji yardım üzrə formalaşdırmaq məqsədəuyğundur. Yalnız deyil imtiyazçı, həm də adi vətəndaş qüvvədə olan güzəştli dərman təminatı proqramına qoşula bilər. Bu təminatı həqiqətən də sığorta prinsipi üzrə və çoxlu sayda iştirakçılarla (məsələn, milyon nəfər sığortalanmış şəxslə) inkişaf etdirsək, onda əhali sığorta haqqının ölçüsündən 3-4 dəfə artıq dəyərində dərman vasitələri paketinə hüquq əldə etmiş olacaq.

Azərbaycan Respublikasının normativ-hüquq aktlarında aşağıdakılara imkan verən bir sıra müddəalar təsbit edilməlidir:

- MTS sisteminin gəlirlərinin və onun Azərbaycan Respublikasının subyektlərində sığortalanmış vətəndaşlara zəmanətli tibbi yardımın təklif edilməsi üzrə öhdəliklərinin balanslaşdırılmasını təmin etmək;
- Baza MTS proqramı çərçivəsində vətəndaşlara tibbi yardımın təklif edilməsinin qanunla təsbit edilmiş mexanizmlərini formalaşdırmaq;

- əlavə maliyyə vəsaitlərini cəlb etməklə və MTS vəsaitlərinin mərkəzləşdirməsi səviyyəsini yüksəltməklə MTS sisteminin maliyyə stabilliyini təmin etmək;
- MTS subyektlərinin səlahiyyətlərini dəqiq fərqləndirməklə və MTS üzrə sığortalanmış şəxslərin kateqoriyalarını konkretləşdirməklə MTS sisteminin idarə olunma səviyyəsini yüksəltmək;
- səhiyyə (tibb)də islahatların iqtisadi həvəsləndirilməsi vasitəsilə müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lər şəbəkəsini optimallaşdırmaq;
- baza MTS proqramı çərçivəsində tibbi yardıma vətəndaşların bərabər çıxışını təmin etmək;
- məcburi tibbi sığortanın təşkilinə verilən tələbləri yüksəltmək;
- maliyyə axınlarının şəffaflığını və MTS sisteminin resurslarından rəasional istifadəni təmin etmək;
- əhali üçün tibbi yardım almaq hüququ, sağlamlıq durumu və göstərilən tibbi yardımın həcmi və MTS sistemində tibbi xidmətlərə görə maliyyə xərcləri haqqında informasiyanın əlçatanlığını təmin etmək.

Məcburi tibbi sığorta sistemində tibbi yardımın keyfiyyətinə nəzarət məcburi tibbi sığorta təşkilatları, MTS-nin ərazi fondları, səhiyyə (tibb)nin idarə edilməsi orqanları və ictimai təşkilatlar (Müşahidə şurası tərəfindən, peşəkar tibbi assosiasiyalar) tərəfindən keçirilməli və məcburi tibbi sığorta fondlarının, peşəkar tibbi assosiasiyaların iştirakı ilə hazırlanan və müəyyən olunmuş qaydada federal icra hakimiyyəti orqanı və səhiyyə (tibb)nin dövlət idarəçiliyini həyata keçirən Azərbaycan Respublikası subyektlərinin icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən təsdiq edilən tibbi yardım standartları əsasında həyata keçirilməlidir.

Tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin xeyli hissəsinin dövlət (bələdiyyə) qeyri-kommersiya təşkilatlarına, muxtar qeyri-kommersiya təşkilatlarına çevrilməsi müalicə-profilaktika müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin (MPM) smeta maliyyələşdirməsi sistemindən konkret xəstəyə göstərilən tibbi yardımın həcminə görə ödəniş keçid etməyə imkan verəcək.

Hər xəstəlik üzrə tibbi yardımın göstərilməsinin sosial cəhətdən münasib və texnoloji cəhətdən əsaslandırılmış minimumunu müəyyən edən tibbi-iqtisadi tibbi yardım standartlarının tətbiqi MTS proqramına çəkilən xərcləri optimallaşdırmağa, habelə MTS sisteminin maliyyə vəsaitlərindən istifadənin səmərəliliyini yüksəltməyə imkan verəcək.

Məcburi tibbi sığorta sistemlərinin təklif edilən yenidən strukturlaşdırılması ilə yanaşı könüllü tibbi sığortanın inkişafının həvəsləndirilməsi ilə bağlı tədbirlər görülməlidir. Bu, əlavə tibbi xidmətlərin birbaşa ödənişi ilə müqayisədə onların daha həmrəy ödəniş formasıdır. Qanun layihəsi sığortalanmış işləyən vətəndaşların ümumdövlət məcburi tibbi sığorta sistemindən çıxması imkanlarını nəzərdə tutmasa da (bu şərtlə ki, onlar və ya onların işəgötürənləri müəyyən tələblərə uyğun gələn könüllü tibbi sığorta polisini əldə etmiş olsunlar), bu problem əvvəlki kimi aktual olaraq qalır.

Maliyyə nəzarəti sistemini də təkmilləşdirmək və hesabatlılıq sistemini qaydaya salmaq lazımdır. Nəhayət, sığortalanmış vətəndaşlar, məcburi tibbi sığorta təşkilatları və tibbi xidmətlərin təchizatçıları arasında münaqişəli vəziyyətlərin həlli üçün arbitraj və vasitəçilik mexanizmlərini yaratmaq lazımdır. Səhiyyə (tibb)də qarşılıqlı qeyri-kommersiya sığorta sisteminin sürətli inkişafı üçün lazım olan impulsu həmkarlar ittifaqları və işəgötürənlər verə bilərlər (işçinin Qarşılıqlı Sığorta Cəmiyyətinə (QSC) üzvlük haqlarının ödənilməsi ilə bağlı çəkdiyi xərclərinin tam və ya qismən kompensasiyasını öz üzərlərinə götürdükləri təqdirdə).

Bu zaman vətəndaşın sağlamlığın qeyri-kommersiya sığortasına çəkdiyi şəxsi xərcləri cüzi olacaq, sığorta kompensasiyasının məbləği isə sağlamlığın qorunması, möhkəmləndirilməsi və bərpası üçün yetərli olacaq.

Tibbi sığorta sisteminin təşkilati quruluşunun, məcburi tibbi sığortanın maliyyə resurslarının formalaşması, bölgüsü və onlardan istifadə qaydasının tədqiqi aşağıdakıları qeyd etməyə imkan verir.

Bu gün Azərbaycan Respublikasının subyektlərində məcburi tibbi sığorta sisteminin təşkilinin müxtəlif modelləri mövcuddur. Belə ki, məcburi tibbi

sığorta fondlarını, tibbi sığorta təşkilatlarını və müalicə-profilaktika müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərini (MPM) özünə daxil edən qanunla müəyyən edilmiş MTS modeli bu gün Azərbaycan Respublikasının subyektlərinin yalnız üçdə birində işləyir, qalanlarda alternativ variantlar qüvvədədir. Təcrübə göstərir ki, MTS-nin ərazi fondları öz filiallarının yaradılmasından geniş istifadə edir. Bu filiallar polislərin verilməsi və tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maliyyələşdirilməsi ilə məşğul olurlar.

Mütəxəssislərin hesablamalarına görə, Azərbaycan Respublikası subyektlərinin yarısından çoxunda belə təşkilatlar sığorta tibb şirkətləri ilə bərabər fəaliyyət göstərir, Azərbaycan Respublikasının 20 subyektində isə ümumiyyətlə yoxdur.

Hal-hazırda Azərbaycan yeganə ölkədir ki, səhiyyə (tibb)nin maliyyə təminatı üçün nəzərdə tutulan resurslar əvvəlcə məcburi tibbi sığorta fondlarından, sonra da sığorta təşkilatlarından keçir.

Deməli, məcburi tibbi sığorta sistemində maliyyə resurslarının hərəkəti yenidən bölgü dövründən, xüsusən də vasitəçilər sistemindən keçir ki, bu da yalnız vəsait yayınmasına deyil, həm də onların müalicə-profilaktik müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərə vaxtında çadırılmamasına səbəb olur və maliyyə axınlarının bölgüsü və istifadəsi üzərində nəzarəti çətinləşdirərək şəffaflığı istisna edir.

## Nəticə

Tibbi yardımın təşkili formalarının müxtəlifliyinə baxmayaraq, hal-hazırda, görünür, elə bir ölkə yoxdur ki, öz səhiyyə (tibb)sindən tam razı olsun.

Dünyada səhiyyə (tibb) sahəsində yaranmış vəziyyəti təhlil edib belə nəticə çıxarmaq olar ki, ölkələrin əksəriyyətində maliyyələşdirmənin əsas aləti kimi sığortadan istifadə edilir.

Tibbi sığorta əhalinin sağlamlığın qorunmasında maraqlarının sosial müdafiəsi forması olmaqla yığılmış vəsaitlərin hesabına sığorta halının yaranması zamanı tibbi yardımın alınmasına zəmanətdə öz ifadəsini tapır.

Hal-hazırda Azərbaycanın səhiyyə (tibb) sistemi ən dərin böhran keçirir. Bu sferada problemlər əsasən büdcədən yerli dərəcədə maliyyələşdirməmə, resurslardan qeyri-rasional istifadə, maddi-texniki bazanın köhnəlməsi, əmək haqqının aşağı olması, struktur nisbətsizliklər, müalicə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərini idarəetmə metodlarının köhnəlməsi ilə şərtlənir.

Səhiyyə (tibb)nin əsas problemi resursların istifadənin səmərəliliyinin artırılmasına stimulların, əhalinin sağlamlıq vəziyyətinə görə məsuliyyətin zəifliyidir.

Büdcə və dövlət büdcədən kənar fondların vəsaitləri hər il artsa da, tibbi yardımın göstərilməsinə çəkilən bütün xərclərin örtülməsi üçün yetərli deyil. MTS sisteminin müalicə və sağlamlığın bərpasına çəkilən xərclərlə bağlı vətəndaşların əmlak maraqlarının sığorta müdafiəsi aspektində səmərəliliyi zəifdir. Yaranmış məcburi tibbi sığortanın qaydası təkmilləşdirilməlidir. Bunun üçün məcburi tibbi sığortanın fondlarının fəaliyyət nəticələrinə görə məsuliyyəti artırılmalı, habelə səhiyyə (tibb) müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərinin maliyyələşdirilməsinin şəffaflığı təmin edilməlidir. Smeta-sığorta sistemində müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin maliyyələşdirilməsinin təkrarlanmasını istisna etmək üçün Sığorta sistemində yenidən baxılmalıdır.

Yerli təşkilatlar tərəfindən işlənmiş ayrı-ayrı planlar və inkişaf proqramlarında reallaşdırma mexanizmi göstərilmir ki, bu da məqsədlər



sistemində ziddiyyətlərə və inkişafı idarəetmənin prosesinin resurslarla yetərli dərəcədə təmin olunmamasına gətirib çıxarır.

Yığılmış problemlərin həlli üçün əsas istiqamətlərin və sosial sferada idarəetmə fəaliyyətinin nəticələrinin kompleks diaqnostikası tələb olunur ki, bu da Disertasiya işinin mövzusunun aktuallığını şərtləndirir.

Dərk etmək lazımdır ki, səhiyyə (tibb) islahatları bu birdəfəlik aksiya deyil. İslahat uzunmüddətli iş tələb edəcək. Nəyi isə birdən-birə, nəyi isə real təcrübə topladıqca, etmək lazım olacaq. Ölkəmizin MTS sisteminin təkamülü problemi çərçivəsində məsələ qüvvədə olan MTS sisteminin "kosmetik" dəyişikliklərlə qalıb-qalmayacağı, onun keyfiyyət inkişafının davam edib-etməyəcəyi məsələsidir.

Ölkənin inkişaf prioritetləri sistemini elə dəyişdirmək lazımdır ki, sağlamlıq və ayrıca götürülmüş bir insanın həyatı onda xüsusi yer tutsun. Sağlamlığın möhkəmləndirilməsi əsas məsələ kimi baxılmalı, buna görə məsuliyyəti dövlət, biznes, vətəndaş cəmiyyəti, ailə daşmalıdır. Tədqiqatdan belə nəticə çıxarmaq olar ki, səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi prinsipi düzgün seçilmişdir. İnkişaf etmiş ölkələrdə səhiyyə (tibb)nin maliyyələşdirilməsi məhz könüllü və məcburi sığortadan istifadə ilə həyata keçirilir.

Azərbaycan səhiyyə (tibb)sinin əsas problemi təkcə onda deyil ki, bu sfera az maliyyələşdirilir. Problem həm də ondadır ki, səhiyyə (tibb) qeyri-səmərəli maliyyələşdirilir. Mənim fikrimcə, inkişaf etmiş ölkələrdə artıq özünün səmərəliliyini göstərmiş sığorta şirkətləri vasitəsilə maliyyələşdirmə prinsipini dəyişdirmək lazım deyil. Amma Azərbaycanda bu metod işləmir və sığorta sisteminin iş mexanizmi sözdə qalır.

Azərbaycanda MTS fondlarının vəsaitlərindən istifadəyə nəzarət edən orqanlar yoxdur. Pasiyentlər heç vaxt onlara göstərilən xidmətlərin keyfiyyətinə təsir göstərə, müalicə müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərini və sığorta şirkətini müstəqil seçə bilmirlər. Həkim və başqa tibbi personalın maaşı onların işinin keyfiyyətlə asılı deyil. Səhiyyə (tibb)də yaranmış vəziyyəti dəyişdirmək üçün bu sahənin maliyyələşdirilməsini artırmamağa ehtiyac yoxdur, çünki bu, bu sistemin

işin səmərəliliyini yüksəltməyəcək, sığorta vasitəsilə maliyyələşdirmə prinsipini dəyişdirməməyə də ehtiyac yoxdur, çünki o, səmərəlidir.

Səhiyyə (tibb)də göstərilən xidmətlərinin keyfiyyətinə əhalinin özü nəzarət etməyincə, heç bir maliyyələşdirmə prinsipi səmərəli olmayacaq. Beləliklə, Azərbaycan səhiyyə (tibb)sinin maliyyələşdirilməsi sisteminin qurulması prinsipi Almanyanın, Yaponiyanın səhiyyə (tibb)nin sisteminə analojidir, amma səhiyyə (tibb)yə həm cəmiyyətin, həm də dövlətin formal yanaşması üzündən səmərəsiz işləyir.

Bu məsələlərin həlli üçün aşağıdakı istiqamətlərdə hərəkət etmək məqsədəuyğundur:

pulsuz tibbi yardımın göstərilməsi zəmanətlərinin təminatında prioritetlərin təyini;

pullu tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtlərinin tənzimləndirilməsinin gücləndirilməsi;

məqsədli əhali kateqoriyaları üçün dərman təminatının yaxşılaşdırılması; dərman vasitələrinin qiymətlərinin əmələ gəlməsinin tənzimləndirilməsinin gücləndirilməsi;

federal və regional məqsədli proqramlar çərçivəsində resurs bölgüsünə yenidən baxılması;

Azərbaycan Respublikasının subyektlərində tibbi yardımın əlçatanlığının artırılması və rəşional tibbi təşkilatlar şəbəkəsinin formalaşdırılması üzrə birinci növbəli və ortamüddətli tədbirlər planlarının hazırlaması;

səhiyyə (tibb) sisteminin maliyyə resurslarının tərəküzləşmə səviyyəsinin artırılması;

tibb müəssisə (təşkilat) (təşkilat)lərin fəaliyyətində məhsuldarlığı həvəsləndirən tibbi yardıma görə ödəniş metodlarının və əmək haqqı sistemlərinin tətbiqi.

### **İstifadə olunan ədəbiyyat .**

1. Bədəlov Ş.Ş., Məhərrəmov R.B., Qurbanov.F.Ə.-“Büdcə sistemi” (dərslük) Bakı-2003.
2. İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzi-Dövlət Büdcəsi: Səhiyyə (tibb) Xərcləri- Bakı 2005
3. Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi - Azərbaycan Respublikasının 2013-cü ilin dövlət və icmal büdcələrinin lahiyyələrinin təqdimatı-Bakı 2012
4. Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi - Azərbaycan Respublikasının 2014-cü ilin dövlət və icmal büdcələrinin lahiyyələrinin təqdimatı-Bakı 2013
5. Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi - Azərbaycan Respublikasının 2015-cü ilin dövlət və icmal büdcələrinin lahiyyələrinin təqdimatı-Bakı 2014
6. Azərbaycan Respublikası Maliyyə Nazirliyi - Azərbaycan Respublikasının 2016-cü ilin dövlət və icmal büdcələrinin lahiyyələrinin təqdimatı-Bakı 2015
7. “2006-cı il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
8. “2007-ci il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
9. “2008-ci il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
10. “2009-cu il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
11. “2010-cu il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
12. “2011-ci il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
13. “2012-ci il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
14. “2013-cü il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
15. “2014-cü il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
16. “2015-cü il dövlət büdcəsi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu
17. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyası. Bakı, 1995
18. “Büdcə sistemi haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu Bakı, 2002
19. “Sosial sigorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu Bakı, 1997
20. Azərbaycan Respublikasının Vergi Məcəlləsi. Bakı 2000
21. Mirənvər Mahmudov- “Dövlət Büdcə Tənzimlənməsinin İqtisadi Problemləri” Bakı-2003

22. Bəybala Xankişiyev “Büdcə prosesi və büdcə təsnifatı” Bakı-2002
23. Allahverdiyev D.İ “Büdcə-vergi siyasəti və iqtisadi təhlükəsizlik” Bakı-2002
24. <http://www.maliyye.gov.az>
25. <http://www.sehiyye.gov.az>
26. <http://www.budget.gov.az>
27. <http://www.oilfund.gov.az>
28. <http://www.mətbuat.gov.az>
29. <http://www.azstat.org>

## Summary

The health care sector has analyzed the situation and can be concluded that the majority of funding as the main instrument to refer the use of insurance.

Protecting the interests of the social protection of the population in the form of insurance, including health insurance at the expense of the accumulated funds for the purchase of medical assistance during the emergence of the state is reflected in the safe.

Russia's health care system is currently the most profound crisis. According to the budget, the extent of the problems in this sphere yerəli maliyyələsdirməmə, irrational use of resources, material and technical base of obsolescence, low wages, structural nisbətsizliklər treatment facilities due to obsolescence management methods.

Incentives to increase the efficient use of health care resources is the main problem, the responsibility for the state of health of the population weakness.

Need to realize that this health care reform is not a one-time action. Reform will require long-term work. All of a sudden something, something real is gaining experience, you will need to make. The problem of the evolution of the issue within the framework of the system in force in the country, MTS MTS system "cosmetic" changes to the mold or not, whether it is a matter of quality of development continues.

## Резюме

Сектор здравоохранения проанализировала ситуацию можно сделать вывод о том, что большинство средств в качестве основного инструмента для обозначения использования страхования.

Защита интересов социальной защиты населения в виде страхования, в том числе медицинского страхования за счет накопленных средств на покупку медицинской помощи во время возникновения государства находит свое отражение в сейфе.

Система здравоохранения в России в настоящее время является наиболее глубоким кризис. В соответствии с бюджетом, масштабы проблем в этой сфере *yerəli maliyyələsdirmə*, нерациональное использование ресурсов, материально-технической базы устаревания, низкий уровень заработной платы, структурных очистных сооружений *nisbətsizliklər* за счет методов управления устаревание.

Стимулы для увеличения эффективности использования ресурсов здравоохранения является основной проблемой, ответственность за состояние здоровья населения слабости.

Нужно понимать, что эта реформа здравоохранения не одноразовое действие а. Реформа потребует длительной работы. И вдруг что-то, что-то реальное набирает опыт, вам нужно будет сделать. Проблема эволюции вопроса в рамках системы, действующих в стране, МТС МТС система «косметические» изменения в форме или нет, является ли это вопрос качества развития продолжается.