

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ.
AZƏRBAYCAN DÖVLƏT İQTİSAD UNİVERSİTETİ.
BEYNƏLXALQ MAGİSTRATURA VƏ DOKTORANTURA
MƏRKƏZİ.**

**“Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində yeri və rolu”
Mövzusunda.**

MAGİSTR DİSSERTASİYASI

İsmayılzadə Mahmud Vüqar oğlu

BAKİ – 2019

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN DÖVLƏT İQTİSAD UNİVERSİTETİ
BEYNƏLXALQ MAGİSTRATURA VƏ DOKTORANTURA MƏRKƏZİ

BMDM-in direktoru

i.ü.f.d.,dos Əhmədov F.S

“ ____ ” _____ 20__cu il

“Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində yeri və rolu”
mövzusunda

MAGİSTR DİSSERTASIYASI

İxtisasın şifri və adı: 060403-Maliyyə

İxtisaslaşma: Sığorta işinin təşkili

Qrup: 620

Magistrant
İsmayızadə Mahmud Vüqar oğlu

Elmi rəhbər.
i.ü.f.d Həkimova Y.A

Proqram rəhbəri
i.e.n.,dos.Seyfullayev İ.Z.

Kafedra müdiri
i.e.d.,prof Kəlbiyev Y.A

_____ **imza**

BAKİ – 2019

Summary

The actuality of the subject. Insurance is an agreement between a person and an entity that is funded by an insurance company against financial loss or compensation. The company combines risks for customers to make payments to the insured.

Insurance - is the property, life, health, civil liability of persons, as well as a set of activities not prohibited by legal norms. Risk management is mainly used to protect against risk of contingent or indefinite losses.

The health of human life and its safety are key factors in medical insurance. Contemporary health insurance and its relationship to health are topical. This urgency has been thoroughly investigated in the subject of dissertation.

Purpose and Objectives of the Study: The purpose of the study is to investigate health insurance system. The purpose of the research is to study the essence of insurance, its role and place in health care system.

Research methods used: Analysis, systematic comparison methods were used.

Research Information: Normative-legal acts related to insurance system form the basis of the research database. External and local literature analysis was conducted.

Research Restrictions: I could not find a book or magazine about the role of insurance system in health care in international practice.

Scientific-practical significance of the results: As a result of the research, a health insurance system has been analyzed. As a result, it has been established that health insurance plays an important role in healthcare system of Azerbaijan.

Key words: health, insurance, health insurance, development.

İXTİSARLAR

ABŞ	Amerika Birləşmiş Ştatları
AR	Azərbaycan Respublikası
ASC	Açıq Səhmdar Cəmiyyəti
ÜDM	Ümumi Daxili Məhsul
MM	Milli Məclis

MÜNDƏRİCAT

Giriş.....	6
I Fəsil. Tibbi sığorta sistemi və onun formalaşmasının nəzəri məsələləri.....	10
1.1. Tibbi sığorta anlayışı və onun nəzəri məsələləri.....	10
1.2. Tibbi sığortanın iqtisadi mahiyyəti və növləri.....	18
1.3. Tibbi sığorta sistemini formalaşmasının hüquqi əsasları.....	23
II Fəsil. Azərbaycanda səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun təhlili və qiymətləndirilməsi.....	29
2.1. Azərbaycanda səhiyyə sistemi və onun maliyyələşdirilməsinin mövcud durumu.....	29
2.2. Respublikamızda tibbi sığorta bazarının mövcud fəaliyyətinin təhlili.....	35
2.3. Müasir şəraitdə səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun qiymətləndirilməsi.....	42
III Fəsil. Tibbi sığortanın inkişaf perspektivləri və səhiyyə sistemində rolunun artırılması.....	53
3.1. Tibbi sığorta sisteminin inkişaf perspektivləri.....	53
3.2. Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunun artırılması.....	59
Nəticə və təkliflər.....	72
İsifadə olunmuş ədəbiyyat.....	77
Cədvəllərin siyahısı.....	76
Şəkillərin siyahısı.....	76
Qrafiklərin siyahısı.....	76

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. İnsanlar həm özlərini, həm də mülkiyyətlərini, bir sözlə maddi və mənəvi maraqlarını müdafiə etmək səbəbindən sığorta adlanan ümumi bir vasitə yaratmışdılar. Araşdırmalar nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, sığortanın əsası insanların şəxsi mülkiyyətinin yaranmasından meydana çıxır.

Orta əsrlərdə sığorta işi bir institut kimi formalaşaraq yaranmışdı. Bazar iqtisadiyyatı mühitində dünyanın qabaqcıl ölkələrində sığortasız heç bir kommersiya müqaviləsi imzalanmır, heç bir firma fəaliyyət göstərmir. Bu ölkələrdə hər bir vətəndaşın, şəxsin əmlakı, yaşamı, səhhəti ilə bağlı olan sığorta şəhadətnaməsi vardır.

Müasir dövrdə respublikamızda sığortaya maraq artmaqdadır. Sığortaya müxtəlif baxışların mövcud olmasından asılı olmayaraq zəruri olan odur ki, sığorta edilən şəxs sığorta ödənişi, yəni iqtisadi təzminatını almaq şansını əldə edir. Sığorta şəhadətnaməsi sığorta edilən insanın həyatında meydana çıxacaq təhlükələri istisna etmir, lakin mənfi nəticələrin qarşısını alıb qoruyur. Sadə dillə desək, sığorta dəymiş zərərlərin kompensasiyasının ödənilməsi ilə əlaqədar olub, sığorta olunan insanların əmlak maraqlarının qorunması vasitəsidir.

Sığortanın növləri və formaları müxtəlifdir. Azərbaycan Respublikasının “Sığorta haqqında” Qanununa görə sığorta iki başlıca hissədən: həyat və qeyri-həyat sığortası sahələrindən ibarətdir.

Qeyri-həyat sığorta sahəsi könüllü sığorta növlərindən biri də tibbi sığortadır. Tibbi sığorta – sığorta edilən insanın sığorta sazişində müəyyən olunmuş xəstəliyə düşər olmasına əsasən müayinə və müalicə edilməsinə əsasən tibb müəssisələrinin göstərdiyi xidmətlərlə, həm də dərman vasitələrinin alınması ilə bağlı ortaya çıxan xərclərin kompensasiyasının bütöv və ya yarısının ödənilməsinə nəzərdə tutur.

Beləliklə, bazar münasibətləri şəraitində sığorta sahələri, xüsusilə onların növlərindən biri olan tibbi sığorta sahəsi xüsusi rol oynayır. Tibbi sığortanın rolunun, səhiyyə sistemindəki yerinin müəyyən edilməsi tələb olunur. Bu nöqtəyə nəzərdən, mövcud magistr dissertasiyasının mövzusu müasir dövrdə aktualıq təşkil edir.

Problemin qoyuluşu və öyrənilmə səviyyəsi. Tibbi sığorta fəaliyyətinin təşkilinin təkmilləşdirilməsinin öyrənilməsi sahəsində bir neçə alimlərin, o cümlədən də Ə.Ə.Ələkbərovun, B.X.Ətaşovun, N.N.Xudiyevin, B.A.Xankişiyevin elmi əsərlərində və kitablarında kifayət qədər təhlillərə, araşdırmalara rast gəlmək mümkündür.

Tədqiqatın məqsəd və vəzifələri. Tədqiqat işinin əsas məqsədi Azərbaycanda tibbi sığorta sahəsinin təkmilləşdirilməsi ilə əlaqədar məsələləri araşdırmaq və bununla əlaqədar bir sıra təkliflər irəli sürməkdir. Beləliklə, magistr dissertasiyasını işləməkdə məqsəd Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunu izah etməkdən ibarətdir. Dissertasiya işinin məqsədinə çatmaq üçün aşağıdakı əsas vəzifələrin icrası zəruridir:

- ✓ Tibbi sığorta anlayışı və onun nəzəri məsələlərini tədqiq etmək;
- ✓ Tibbi sığortanın iqtisadi önəmi və növlərini öyrənmək;
- ✓ Tibbi sığorta sistemini formalaşmasının hüquqi əsaslarını təhlil etmək;
- ✓ Azərbaycanda səhiyyə sistemi və onun maliyyələşdirilməsinin mövcud durumunu öyrənmək;
- ✓ Respublikamızda tibbi sığorta bazarının mövcud fəaliyyətinin təhlilini araşdırmaq;
- ✓ Müasir şəraitdə səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun qiymətləndirilməsini aparmaq;
- ✓ Tibbi sığorta sisteminin inkişaf perspektivlərini müəyyənləşdirmək;

✓ Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunun artırıl -masını tədqiq etmək.

Tədqiqatın obyektı. Dissertasiya işinin obyektini Azərbaycanın sığorta bazarı və tibbi sığorta bazarı təşkil edir.

Tədqiqatın predmeti. Tədqiqatın predmetini Azərbaycanda tibbi sığorta fondunun təşkili prosesində meydana çıxan pul münasibətləri təşkil edir.

Tədqiqatın metodları. İşin yazılmasında analiz, müqayisəli təhlil metodlarından istifadə olunmuşdur.

Tədqiqatın informasiya bazası. İşin informasiya bazasının əsasında Azərbaycan Respublikası Prezidentinin və Nazirlər Kabinetinin iqtisadiyyat və digər aidiyyəti sahələrində qəbul etdikləri sərəncam, elmi fəaliyyətlə məşğul olan alimlərin bu sferada problemlərin təhlili və qiymətləndirilməsinə həsr olunmuş elmi əsərləri (monoqrafiyalar, dərsliklər), həm də azərbaycan, rus və ingilis dillərində olan digər ədəbiyyatlar təşkil edir.

Tədqiqatın məhdudiyyətləri. Tədqiqat zamanı göstərilən məlumatlara əsasən belə bir nəticəyə gələ bilərik ki, tibbi sığortanın lazımi qaydada inkişaf etməməsi, səhiyyə sisteminin inkişaf potensialına ciddi maneələr yaradır. İnkişaf etmiş ölkələrin düşünülmüş sığorta siyasəti sayəsində ciddi uğurlar əldə olunub. Tərcümə edilmiş ədəbiyyatların limitli sayda olması, bu sistemin nəzəri öyrənilməsində ciddi problemlər yaradır.

Nəticələrin elmi-praktiki əhəmiyyəti. Tibbi sığortanın nəzəri məsələləri və onun səhiyyə sistemindəki rolu dissertasiya işində tədqiq edildikdən sonra Azərbaycan Respublikasında sığorta bazarının, xüsusilə tibbi sığorta bazarının keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün aşağıdakıları göstərmək olar:

1. İcbari tibbi sığortanın reallaşdırılması;
2. Səhiyyə sistemində tibbi sığortanın yerinin yenidən formalaşması;
3. Maliyyə baxımından sığorta bazarının təkmilləşdirilməsi;

4. Tibbi sığorta sahəsinin maliyyə təminatının yaxşılaşdırılması;
5. Müasir dövrdə tibbi sığortanın səhiyyədə rolunun artırılması.

Dissertasiya işinin strukturu və həcmi. Dissertasiya işi giriş, 3 fəsil, nəticə və təkliflərdən, eləcə də sonda tədqiqat işində istifadə olunmuş ədəbiyyat -ların siyahısından ibarətdir. Ümumilikdə dissertasiya işi səhifə həcmindədir.

Girişdə mövzunun aktuallığı əsaslandırılır, işlənmə vəziyyəti, informasiya bazası, obyekt, predmeti, məqsədi və vəzifələri, elmi və praktiki əhəmiyyəti müəyyən edilir.

I FƏSİL. TİBBİ SİĞORTA SİSTEMİ VƏ ONUN FORMALAŞMASI- NIN NƏZƏRİ MƏSƏLƏLƏRİ

1.1. Tibbi sığorta anlayışı və onun nəzəri məsələləri.

Azərbaycan Respublikasının “Sığorta haqqında” Qanununa görə sığorta iki başlıca hissədən: həyat və qeyri-həyat sığortası sahələrindən ibarətdir.

Tibbi sığorta – sığortalının səhhəti, sağlamlığının, əmək qabiliyyətinin qocalığa və ya əlilliyə görə bütöv və ya qismən itirilməsi halları üçün həyata keçirilən sığortadır. Tibbi sığorta üzrə sazişin müddəti bitdikdə yaxud sığorta hadisəsi meydana çıxan zaman sığorta məbləği sığorta sazişində müəyyən olunmuş formada və şərtlərlə sığortaçıya yaxud da onun varisinə verilir.

Tibbi sığorta sazişləri uzun müddətə imzalanır və bu müddətdə meydana gəlmiş inflyasiya sığorta olunana təminatın verilməsinə maneə ola bilər. Bu cəhətdən sığorta şirkəti öz fəaliyyətini elə planlaşdırır ki, sığorta sazişləri üzrə qəbul etdiyi vəzifələri saziş ilə xarakterizə olunmuş kriteriyalar səviyyəsində reallaşdıra bilsin (Воблий К.Т. 2011, s.32).

Qeyri-həyat sığortası – müəyyən bir hadisə nəticəsində meydana çıxan an sığortaçıya dəyən ziyan kompensasiya edilməklə onun məsuliyyəti, mülkü və mülk maraqları ilə əlaqədar olan təhlükəli vəziyyətlərin sığortasıdır. Həyat və qeyri-həyat sığortasının həyata keçirilmə forması və kriteriyaları qanunvericiliyə müvafiq qaydada sığorta edən və sığorta olunan arasında imzalanan sazişə görə müəyyən olunur.

Bu gün önəmli yerlərdən birini tutan qeyri-həyat sığortası sahəsi könüllü sığorta növlərindən biri olan tibbi sığorta barədə danışacağıq. Sığorta edilənin sığorta sazişində qeyd olunmuş xəstəliyə düçar olmasına görə müayinə və müalicə edilməsinə əsasən tibb müəssisələrinin verdiyi xidmətlərlə, həm də dərman vasitələrinin alınması ilə bağlı meydana gələn xərclərin kompensasiyasının tam yaxud qismən ödəniş edilməsi tibbi sığorta adlanır.

İnsan həyatının sağlamlığı, onun təhlükəsizliyi kimi hallar tibbi sığortada əsas amildir. Tibbi sığorta əsas sığorta sahəsi kimi bu gün inkişaf etməkdədir.

Tibbi sığorta əhalinin sağlamlıq mənafeələrinin sosial müdafiəsi formasıdır. Tibbi sığortanın əsasında potensial tibb xidmətlərindən istifadə üçün istehlakçılar tərəfindən daimi olaraq haqqın ödənilməsi hesabına yaranacaq xərclərin əvəzinin ödənilməsi əsası dayanır. Sığorta olunanlardan yığılmış məbləğ sayəsində qarantyalı tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi, sığorta hadisəsinin meydana gəldiyi zamanda ödənilməsi tibbi sığortanın başlıca məqsədidir.

Tibbi sığorta sistemində icbari sığorta dövlət sosial sığortasının mühüm tərkib hissəsidir. İcbari sığortanın iqtisadi-təşkilati və hüquqi əsasında aşağıda qeyd olunan prinsiplər dayanır:

- ❖ icbari və çox əhatəli xüsusiyyəti;
- ❖ dövlət zəmanətli tibbi yardımın pulsuz alınması;
- ❖ sosial haqq və ictimai birlik.

İcbari tibbi sığorta məqsədli fondun meydana gəlməsinə şərait yaratmaqla müəyyən olunmuş baza həcmində əhalinin tibbi yardım almasına zəmanət verir. Tibbi sığorta icbari və könüllü şəkildə aparılır (Xankişiyev B.A., 2005, s. 18).

Tibbi sığorta çox sayda insan üzərində riskin yayılması, tibbi xərclərə məruz qalan bir şəxsin riskinin tamamını və ya bir qismini əhatə edən bir sığorta növüdür. Sığortaçı sağlamlıq və səhiyyə sisteminin risk xərcləri üzrə ümumi riskini qiymətləndirməklə bir sığortaçı sığortada nəzərdə tutulan sağlamlıq müavinət -lərinin ödənilməsini təmin etmək üçün aylıq müavinət və ya əmək haqqı vergisi kimi gündəlik maliyyə quruluşunu inkişaf etdirə bilər.

Sağlamlıq sığortası sığortalı fərdin tibbi və cərrahi xərclərinin dəyərini əhatə edən bir sığorta növüdür. "Sığortalı" sağlamlıq sığortası siyasətinin sahibi və ya sağlamlıq sığortası olan şəxsdir.

Tibbi sığorta növündən asılı olaraq, sığortaçı məsrəfləri ödəyir və kompensasiya alır və ya sığortaçı birbaşa ödəniş edir. Birləşmiş Millətlər Təşkilatının 2017-ci il hesabatında bildirilir ki, bütün yaşdakı dünya insanların dördüdə biri tibbi sığortanın əhatə dairəsində idi.

Sağlamlıq sığortası nədir? Alternativ olaraq tibbi sığorta əsasən fərdi tibbi və cərrahi xərclərin dəyərini əhatə edən bir sığorta növüdür.

Əməliyyat / xəstəxanaya yerləşdirmə tələb edən bir tibbi problem halında, sığortalıya tibbi sığorta şirkəti tərəfindən ödənilən xərclər ya birbaşa nağd və ya dolayısı ilə xəstəxanaya / klinikaya ödənilməklə geri qaytarılır.

Tibbi sığorta alaraq, sağlamlıq problemlərini müalicə etməkdə yüksələn xərcləri nəzərə alsaq, fərd göz ardı edə bilməz. Müalicə və ya müalicədə inflyasiya ərzaq və geyim kimi digər kateqoriyalarda inflyasiya ümumi inflyasiyadan çox yüksəkdir. Ən çox kateqoriyada inflyasiya vahid rəqəm olsa da, müalicədə inflyasiya çox vaxt yüksəkdir.

Fövqəladə hallara müdaxilə etmək üçün son anda böyük miqdarda pul yığmaq çox adam üçün mümkün deyildir. Buna görə də tibbi sığorta əsasdır. Təcili fəvqəladə hallar üçün planlaşdırmanın bir yolu tibbi sığorta planlarını seçməkdir. Sağlamlıq sığortası xəstəliyin əhatə dairəsi baxımından əhəmiyyətli dərəcədə inkişaf edir. Müəyyən sağlamlıq sığortası planları, 30 kritik xəstəlik və 80-dən çox cərrahi prosedurları əhatə edir.

Sağlamlıq sığortası planı faktiki xərclərdən asılı olmayaraq, müalicəyə görə ödənişi ödəyir. Siyasət seçilmiş xəstəliklər üzrə xərclərin ödənilməsindən sonra da davam edir.

Tibbi sığorta haqlarının ödənişi ödəyiciyə verilir və alınan imtiyazlar vergisizdir. Xəstələr şəbəkə xaricində qayğı axtarırlarsa, xərclərin daha yüksək faizini ödəməlidirlər. Bəzi hallarda sığorta şirkəti şəbəkədən əldə edilən xidmətlər üçün ödənişdən imtina edə bilər. Bir çox idarə olunan qayğı planı xəstələrin xəstənin qayğılarına nəzarət edən və müalicə ilə bağlı məsləhətlər verən birincil

qayğı həkimi seçmələrini tələb edir. Bununla yanaşı, sığortaçılar adı marka olan dərmanlar üçün ödənişdən imtina edə bilirlər.

Büdcəsindən daha yüksək olan sığorta planları, ümumiyyətlə, aşağı çıxılanlarla müqayisədə daha az aylıq mükafatlara malikdir. Planlar üçün alış-veriş edərkən, fərdlər böyük bir xəstəlik və ya qəza halında böyük cari xərclərin potensial riskinə qarşı aşağı aylıq xərclərin faydalarını çəkmək lazımdır. Tibbi sığortasının əlillik sığortası, kritik (fəlakətli) xəstəlik sığortası və uzun müddətli qayğı kimi bir çox növü var.

Sığorta şirkətləri əhatə dairəsini əvvəllər mövcud olan xəstələrə çatdırmağı qadağan edir və valideynlərin 26 yaşına çatmayana qədər uşaqların valideynlərinin sığorta planında qalmalarını qadağan edir.

Tibbi sığorta, tibbi sığorta xərclərinin maliyyələşdirilməsi üçün bir sistemdir. Bu sistem, tibbi sığorta xərcləri və ya qanunla nəzərdə tutulan sağlamlıq xidmətlərinin hamısı və ya bir hissəsini ödəmək üçün ümumi fonda ödənilən vəsaitlər və ya vergilərdir. Ən çox sağlamlıq sığortası planlarına aid olan əsas elementlər mükafatların və ya vergilərin, pul vəsaitlərinin birləşdirilməsinin və ya işə əsaslanan faydalara uyğunluqdan əvvəlcədən ödənilməsidir.

Tibbi sığorta tibbi xidmətlərin məhdud və ya hərtərəfli tətbiq oluna bilər və xüsusi xidmətlərin tam və ya qismən ödənilməsinə təmin edə bilər. Faydalar müəyyən tibbi xidmətlər haqqı və müəyyən tibbi xərclər üçün sığortalıya ödənilməli ola bilər. Sağlamlıq sığortasının bəzi növləri xəstəlikdən (yəni əlilliyin ayrılması) və ya valideyn izni ilə bağlı itirilmiş iş vaxtına görə gəlir əldə edə bilər.

Sığorta şirkəti və ya digər bir xüsusi qurum tərəfindən müqavilədə göstərilən müddəalarla təşkil edilən və idarə olunan bir sağlamlıq sığortası sistemi xüsusi olaraq və ya könüllü olaraq tibbi sığorta olaraq bilinir. Şəxsi sağlamlıq sığortası, adətən, qrup əsaslı şəkildə maliyyələşdirilir, lakin əksər planlar da fərdi siyasəti təmin edir. Şəxsi qrup planları, adətən, xüsusi fonda daxil olan pullarla, ödənişləri

işgötürənlər tərəfindən subsidiyalaşan işçilərin qrupları tərəfindən maliyyələşdirilir.

Xəstəxana xərclərinin sığortası fərdi tibbi sığortanın ən geniş yayılmış formasıdır; başqa bir növü böyük tibbi xərclərə qarşı qorunması zəruri olan əsas xərclərdən qorunur, lakin kiçik xərclərin sığortalanmasında iştirak edən maliyyə və inzibati məsuliyyətdən qaçınır.

Ümumiyyətlə, ümumi vergi gəlirlərindən maliyyələşdirilən bu sistemlərdə həkimlər birbaşa və ya dolayısı ilə dövlət orqanları tərəfindən işə götürülür və xəstəxanalar və digər səhiyyə müəssisələri hökumət tərəfindən idarə olunur.

Tibbi sığorta, müntəzəm sağlamlıq imtahanları, mütəxəssis göndərmə səfərləri, yataq və ambulator cərrahiyyə, xəstəliklər və ya yaralanmalar kimi gözlənilməz hallar və reseptli dərman vasitələri ilə bağlı, lakin bunlarla məhdudlaşmayan səhiyyə xərclərini ödəyir. Tibbi sığorta siyasəti fərdi şəxs tərəfindən ödənilən və sosial təminat vasitəsilə xidmətə təqdim edilən və ya bir işçi pensiya paketinin bir hissəsi kimi bir şirkət tərəfindən ticari olaraq təşkil edilən kateqoriyaya aiddir.

Tibbi sığorta sığortalanan şəxsin tibbi və cərrahi xərclərinin dəyərini əhatə edir. Sığorta müqaviləsi şərtlərinə əsasən, ya sığortalı ödənməmiş xərcləri ödəyir və sonradan ödənilir və ya sığorta şirkəti birbaşa xərcləri geri qaytarır.

Sığortalı fərdin tibbi və cərrahi xərclərini əhatə edən sığorta məhsulu olması tibbi sığortanı digər sığorta növlərindən fərqləndirir. Tibbi xərclər sağlamlıqla bağlı olduğundan ildən-ilə durmadan artır.

Sağlamlıq sığortası siyasəti sığorta şirkəti və siyasət sahibi arasında hüquqi müqavilədir. Ümumiyyətlə, müqavilə müddəti ilə məhduddur, sığortalı tərəfindən sığorta şirkətinə (mükafat) ödəniş tələb edir və sığortalı şirkətin sığortalıya və ehtimal ki, ailənizə tibbi yardım xərcləri üçün məsuliyyət daşıyır.

Sığorta şirkətləri məsuliyyət daşıyacaq müxtəlif və çoxsaylı tibbi müalicələrin ehtimalı və xərclərini hesablayırlar və sığortalı tərəfindən ödəniləcək illik vəsait dərəcəsini təyin edirlər. Ümumi formada desək, tibbi təminatçının ödənişlərinin əksəriyyəti “xidmət haqqı” əsasında həyata keçirilir, buna görə provayder xidmətlərin nəticəsi deyil, xəstəyə göstərilən xidmət növündən və sayından asılı olaraq kompensasiya edilir.

Tibbi sığorta siyasətinin komponentləri aşağıdakılardır:

1. Sığorta mükafatı.

Tibbi sığorta mükafatı, siyasətdə təsvir edilən tibbi şərtlərin və ya müalicənin əhatə olunması üçün ödədiyiniz haqdır. Tibbi sığortanın potensial alıcıları, yaş, cinsiyyət və və s. kimi faktorlar əsasında müəyyən risk kateqoriya -larına bölünür. Premium səviyyəsinin sığortalanan qrupun üzvlərinin proqnozlaşdırılan zərər nisbətində bərabər olan tibbi xərcləri çəkəcəyini ehtimal etmək üçün nəzərdə tutulur.

Tibbi sığortada anderraytinq, “mənfi seçim” dən qaçınmaq üçün lazımlıdır. Başqa sözlə, mükafatların kifayət qədər yüksək səviyyədə müəyyənləşdirilməsi vacibdir. Anderaytinq, sağlamlıq sığortası almış insanların risklərin əsl seçimi olduğunu təmin edir və yalnız xəstə olduğundan və ya ehtiyacı gözlədiyindən tibbi sığorta satın alanları təmsil edir.

2. Birgə sığorta.

Riskləri bölüşmək və həddindən artıq istifadəni məhdudlaşdırmaq üçün, sığortalılar razılaşdırılmış səviyyədə, adətən, 80% -dən çox məsuliyyət daşıyırlar. Bu məhdudiyyət həmin ödənişin çıxılmasından sonra baş verir.

Tibbi sığorta qaydaları normal olaraq bütün tibbi xərcləri əhatə etmir. Qeyri-əhatəli xərclər tibbi vəziyyət, müalicə növü və ya tibbi təminatçının müəyyən edilməsi ilə əlaqədar ola bilər.

3. Əhatə dairəsi məhdudiyyətləri.

Tibbi sığorta açıq deyil. Sığorta şirkətləri adətən tibbi xərcləri ödəyəcək maksimum məbləği məyyənləşdirməklə məruz qaldığı məsuliyyətin məbləğini məhdudlaşdırırlar. Bu məhdudiyətlər adətən \$ 500,000-dan \$ 1 milyona qədər ola bilər.

1 milyon dollara yaxın əhatə dairəsi böyük görünə bilər, alıcılar mütləq bu vəziyyətin olmadığını başa düşməlidirlər. Yüksək əhatə dairəsi məhdudiyətləri bəzən mövcud olsa da, maksimum əhatə dairəsini artırma razılaşması adətən danışıqlar, əlavə subsidiya və yüksək mükafat tələb edir.

Daha yüksək bir əhatə dairəsi istəsəniz, siyasəti satın almadan əvvəl, sərhədləri razılaşdırmaq üçün sığortaçı ilə işləməlisiniz. Sığortaçılar artıq mövcud olan bir siyasətə dayır məhdudiyətləri qaldırmaq mümkün deyildir, çünki tələb olunmadan əhatə dairəsinin artması tələb olunur.

Bir siyasət satın almadan əvvəl, siyasət dilinə xüsusi diqqət yetirin. Bu yolla, istənilən əhatə potensial ehtiyacınıza cavab vermək üçün kifayətdir.

Qorunma məhdudiyətinin əksinə, bu komponent səhiyyə sığortası müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddətdə sığortalıya ödəmə üçün maksimum dərəcədə tətbiq olunur.

Hər bir şəxs özü və ailəsi üçün tibbi sığorta alması vacibdir, çünki tibbi xidmət xüsusən özəl sektorda bahalıdır. Xəstəxanaya yerləşdirilmək sizin büdcənizi azalda və hətta heçə endirə bilər və məcburi köçməyinizə səbəb ola bilər.

Yaxşı bir tibbi sığorta polisi adətən həkim məsləhətləşmə hakları, tibbi testlər, təcili yardım xərcləri, xəstəxana xərcləri və hətta post-hospitalizasiya ödəniş xərclərini əhatə edir.

Tibbi sığortanın üstünlükləri aşağıdakılardır:

1. Nağdsız Müalicə: Sığortalı olsanız, sığorta şirkəti müxtəlif xəstəxana şəbəkələri ilə əməkdaşlıq edə biləcəyi üçün nağdsız malicə ala bilərsiniz.

2. Xəstəxanaya çatdırılma xərcləri: Sığorta siyasəti həmçinin satın alınmış sığorta planlarına əsasən 60 günədək müddətə əvvəlcədən və sonra xəstəxanaya yerləşdirmə haqlarını əhatə edir.

3.Nəqliyyat xərcləri: Sığortalıya təcili yardıma ödənilən məbləği sığortalı -nın daşınmasına yönəlir.

4. İddia Bonusu: Sığortalıya bir əvvəlki ildə istənilən müalicə üçün iddia vermirsə, sığortaçıya ödənilən bonus elementidir.

5. Tibbi müayinə: Sığorta siyasəti həmçinin sağlamlıq yoxlamaları üçün variantları da təmin edir. Pulsuz səhiyyə müayinəsi əvvəlki NCB-lərinizə əsasən bəzi sığortaçılar tərəfindən də təmin olunur.

6. Otaq icarəsi: sığortalı tərəfindən ödənilən mükafatdan asılı olaraq sığorta haqqı otaq xərclərini də əhatə edir.

Bütün sığorta şirkəti sığorta növünün oxşar növünü təqdim etdiyi üçün ən yaxşı sığorta siyasətini seçmək çətindir. İnsanlar tibbi sığorta əldə edərkən məcburi tibbi müayinədən keçməli deyil. Ancaq bunlar, diabet və ya hipertansiyon kimi hər hansı əvvəlcədən mövcud olan vəziyyəti açıqlamaladır. Buna görə, adətən, mükafatın daha az olacağı təqdirdə gənclərə sağlamlıq sığortası alması məsləhət görülür.

Səhiyyə Tibbi Sığortası satın alınırısa tələb olunan sənədlər aşağıdakı -lardır:

1.Yaş dair sübut – Doğum haqqında şəhadətnamə və Passport;

2.İddia sübutu – Sürücülük Lisenziyası, Passport, Seçici şəxsiyyət, PAN kartı vətəndaşlığını sübut edir;

3. Ünvan sübutu;

4.Bəzi planlar tibbi yoxlama tələb edir (adətən 45 yaşdan yuxarı olan yaşlılar üçün);

5. Şəkil.

1.2. Tibbi sığortanın iqtisadi mahiyyəti və növləri.

Sığorta istehsal münasibətlərinin zəruri komponentlərindən biridir. O başlıca olaraq ictimai istehsal prosesində yaranan maddi zərərlərin qarşılığının ödənilməsi ilə sıx bağlıdır (Xankişiyev B.A., Abdullayev P.N., 2004: s.5). Nümunəvi yenidən istehsal prosesinin önəmli meyarlarından biri istehsalın davamlılığıdır. Əgər ictimai istehsal prosesi təbiət qüvvələrinin və başqa riskli hadisələrin mərkəzində durursa, bu zaman cəmiyyət üçün bu cür hallardan zərər görməmək məqsədilə öncədən tədbirlərin alınması mühümdür. Ona görə ki, ictimai istehsal riskli xüsusiyyət daşıyır. Bu risk birinci halda, insanlar və təbiətin məhvedici qüvvələri arasındakı ziddiyyətlərdə özünü biruzə verir. Bu cür hadisələr insan iradəsindən asılı olmadan yaranır və onların mənfi nəticələrini yox etmək səbəbilə sığorta müdafiəsindən istifadə edilir. Bu, birinci növbədə, ictimai istehsalın sığortalanması və yaxud müdafiəsi şəklində özünü göstərir.

İqtisadi məfhum olan tibbi sığortanın iqtisadi mahiyyəti məhz maliyyə kateqoriyasının əsas elementi olmasında ifadə olunur. Bununla bərabər, maliyyə ümumiyyətlə, mənfəətin və ödənişlərin bölgüsü və təkrar bölgüsü ilə bağlıdırsa, onda sığorta tək-cə təkrar bölgü əlaqələrini özündə birləşdirir.

Tibbi sığorta maliyyə kateqoriyası ilə qarşılıqlı formada sıx bağlı olan iqtisadi kateqoriyadır. Maliyyə sektorunda olduğu kimi, tibbi sığorta da pul vəsaitlərinin dövriyyəsinə və həmçinin pul vəsaitinin hissələrə ayrılması prosesində iştirak edən müəyyən məqsədli fondların vəsaitlərinin ortaya çıxarılması və istifadəsi üçün mühüm olan məbləğə əsaslanır. Bununla bərabər sığorta sahəsi üçün maddi və başqa zərərlərin ödənilməsi üçün müəyyən edilən mənfəət və əldə edilmiş pul vəsaitinin hissələrə ayrılması ilə əlaqədar olan iqtisadi əlaqələr də səciyyəvidir. Elə bu cəhətdən sığorta, pul şəklində olan dəyərin fərz edilən dövriyyəsi ilə əlaqədardır.

Tibbi sığorta kateqoriyasının iqtisadi önəmini onun iqtisadi məzmunundan fərqləndirmək, təcrid etmək gərəkdir. Aydındır ki, mahiyyət sabitdir, dəyişməzdir,

məzmun isə dəyişir. İctimai formasıyanın hamısında özünün xüsusiyyətinə sahib olur və sığortanın ictimai növlərini ortaya çıxarır. Tibbi sığortaya verilən tərif onun iqtisadi önəmini və çağdaş cəmiyyətdə olan məzmununu səciyyələndirir.

Sağlamlıq sığortası, fərdi və ya qrupu və bir sığorta agenti arasında müqaviləli müqavilədir. Bu müqaviləyə əsasən, sığortaçının şəxs və ya qrup tərəfindən çəkilən səhiyyə xərclərinin bir hissəsini və ya hamısını ödəməyi razılaşıdıracaq, mükafat. Bu şəkildə, sığorta şirkəti səhiyyə xərclərini ödəmək üçün maliyyə riskini alır, lakin çoxları çox tibbi xərcləri az olduqda çox sayda insanlardan mükafat toplayaraq bu riski ödəyə bilər. Ənənəvi olaraq, sağlamlıq sığortası, böyük şirkətlər tərəfindən işçilərin fayda kimi təqdim olunduğundan, çox sayda adam məşğulluq kompensasiya paketinin bir hissəsi kimi sağlamlıq sığortası barədə düşünməyə gəlmişdir. Öz-özünə işləyən insanlar və bu cür əhatə etməyən kiçik sahibkarlar öz tibbi sığorta ehtiyaclarına cavab verən planları tapmaq üçün bir çox mövcud seçim vasitəsi ilə hərəkət etməlidirlər.

Əhatə dairəsi biznes ehtiyacları işçi qüvvəsindən asılıdır. Məsələn, əsasən evli kişilərdən ibarət olan bir işçi qüvvəsi olan bir şirkət, əsasən evli olmayan, uşaqsız işçi qüvvəsi olan bir şirkətə nisbətən əhatəli əhatəli əhatə dairəsinə ehtiyac duyacaq. Bir çox plan bir şirkətin işçi qüvvəsinin ehtiyaclarına xüsusi uyğunlaşdırıla bilər. Məsələn, işçilərinin kompüterlərdə işləyən firmalar sağlamlıq sığortası planlarının bir hissəsi kimi göz sağlamlığını təmin etmək istəyə bilər, digər firmalar isə işçilərin fitness proqramını dəyərləndirəcəyini düşünə bilərlər.

Bir çox sığorta şirkəti kiçik müəssisələrə ötən ilin səhiyyə xərcləri nəzərə alınmaqla ən iqtisadi sığorta planını müəyyən etməyə imkan verən kompüter modellərini təklif edir. Təqaüdləri azaltmaq üçün başqa bir variant ticarət birliyi və ya digər təşkilatlar vasitəsilə digər kiçik müəssisələrlə sığortalanır. Mütəxəssislər qeyd edirlər ki, biznes sahibləri digər kiçik biznes müştərilərinə istinad üçün provayderlərdən soruşmaq üçün müxtəlif planları müqayisə etməkdə faydalı ola bilərlər. Sağlamlıq sığortası əhatə dairəsi kiçik biznes üçün bahalı olsa da, plan

xərcləri vergiyə cəlb edilir. Bundan əlavə, bu fayda təmin etmək, kiçik şirkətlərin istedadlı işçiləri cəlb etmək üçün daha böyük olanlarla rəqabət aparmasına kömək edə bilər və işçilərin dövrüyyəsini azaltmaq üçün hərəkət edə bilər. Konsolidasiya edilmiş Omnibus Bütçə Sədaqət Yasası (COBRA) şərtlərinə əsasən, iyirmi nəfərdən artıq işləyən və bir qrup sağlamlıq sığortası planı təklif edən bütün müəssisələrə işçilərə öz xərcləri şirkətin verdikləri müavinətlərə uyğunluğunu itirdikləri zaman məhdud müddətdir.

Ticarət sığorta şirkətləri, xəstəxana və tibbi xidmət planı təminatçıları və sağlamlıq baxım təşkilatlarından (HMOs) mövcud müxtəlif sağlamlıq sığortası planları var. Əhatə dairəsi ümumiyyətlə fərdi və ya qrup əsasında əldə edilə bilər. Qrup planları işəgötürən və ya peşə birlikləri, kolleclər, əmək ittifaqları və sağlamlıq kooperativləri daxil olmaqla müxtəlif təşkilatlar vasitəsilə həll edilə bilər. Bu planlar adətən fərdi planlara nisbətən daha aşağı pensiyalara malikdir, ləğv edilə bilməz və qrup daxilində fiziki şəxslərin fiziki vəziyyətindən asılı deyildir. Bir çox siyasət xəstəxanada yatma xərcləri, xəstəliklər və xəstəliklər, cərrahi əməliyyatlar və qəzalardan yaralanmaların bir hissəsini əhatə edir, lakin əhatə dairəsinin əhatə dairəsi müəyyən siyasətdən asılıdır. Çox siyasət kosmetik cərrahiyyə, özünə zərər verən xəsarətlər və ya əvvəlki vəziyyətləri əhatə etmir. Əlavə əhatə etmə ümumiyyətlə göz və diş qayğıları, xüsusi təhlükələr (məsələn, futbol, xizəkçilik, ovçuluq), reabilitasiya xidmətləri və yol qəzaları üçün ödənilməlidir. Bəzi siyasətlər sığortalıya fayda vermədən əvvəl cibdən müəyyən bir məbləğ ödəməyi tələb edir, digəri isə sığortalıya xərclərin ödənilməsini təmin etdikdən sonra xərclərin bir faizini ödəməsini tələb edən bir ödəniş var.

ABŞ-da ən çox əhatə olunan sağlamlıq sığortası planları bunlardır: HMOs kimi məşhur idarə olunan qayğı variantlarını əhatə edən əvəzsiz planlar; və ənənəvi sığorta ödənişini əhatə edən xidmət üçün ödənişli planlar. Digər imkanlar arasında, əsasən tibbi səhiyyə xərcləri üçün istifadə ediləcək vergilərdən əvvəl insanlara pul ayrılmasına imkan verən, öz səhiyyə xərclərini əhatə edən bir şirkət və fərdi və tibbi qənaət hesabları (MSA) daxil olan özünü sığorta daxildir. Bundan əlavə,

hökumət tərəfindən dəstəklənən səhiyyə planları federal işçilərə, hərbi mənbələrə, veteranlara, yaşlılara, aztəminatlı ailələrə, yerli amerikalılara və digər ictimai qruplara verilə bilər.

Sağlamlıq sığortası variantlarının yayılması nəticəsində bir plana qərar vermə, özünə işləyən bir şəxs və ya kiçik biznes sahibi üçün çətin bir proses ola bilər. Mütəxəssislər, fərdlərin və şirkətlərin gözlənilməz bir zədə və ya xəstəlikdən maliyyə zərərini yaşamağa qarşı qoruyan bir planı seçməyi, lakin qadağan edilməsinə maneə törətməyəcəyini təklif edir. Müvafiq əhatə dairəsi barədə qərar qəbul etməkdə fəvqəladə hallar üçün mövcud pulların, mövcud ola biləcək qeyri-adi təhlükələrin, ailə və ya işçi qüvvəsinin sağlamlıq tarixinin, mövcud müdafiənin dərəcəsinin və sağlamlıq səviyyəsinin nəzərə alınması vacibdir cəmiyyətdə xərclər.

Qeyd edildiyi kimi, sığorta və tibbi sığorta sığorta fondundan öncə meydana gəlmişdir, belə ki, cəmiyyətin formalaşmasının ilkin mərhələsində, sığorta fondunun formalaşması var olmadan zərərin qarşılıqlı formada bölüşdürülməsi reallaşdırılırdı. Daha sonra əməyin ictimai bölgüsü əsasında əmtəə-pul əlaqələrinin inkişaf etməsi ilə bağlı olaraq, sığorta iştirakçıları arasında zərərin qapalı formada bölüşdürülməsi prinsipi əsasında sığorta fondunun yaradılması məqsədilə sığorta kateqoriyasından istifadə olunmağa başlandı. Xüsusi halda, mal-pul əlaqələri sferasında sığortadan sığorta fondunun təşkili metodu kimi istifadə etmək olar.

İqtisadi məfhum olan tibbi sığortanın özünəməxsusluğunu müəyyən edən aşağıdakı mahiyyət xüsusiyyətlərini qeyd etmək olar:

1. Sığortalama vaxtı vəsaitin yenidən bölünməsi əlaqələri meydana gəlir ki, bu da qıraq, gözlənilməz və güclü halların varlığı ilə səciyyələnir. Bu halların nəticəsində milli iqtisadiyyata və əhaliyə maddi və başqa ziyanlar dəyir.

2. Sığorta vaxtı sığorta iştirakçıları arasında dəyən zərərin minimuma endirilməsi gerçəkləşdirilir. Sığorta iştirakçıları deyəndə, sığorta olunan şəxslərlə sığorta edənlər nəzərdə tutulur.

Sığortalama riskin minimuma endirilməsinin ən səmərəli metodudur. Bu səmərəlilik, sığortaçıların və sığorta olunan obyektlərin əlaqəsində özünü göstərir. Sığorta həmçinin pul vəsaitlərinin sığorta fondu adlanan vahid bir fondada birləşməsinə təmin edir. Belə vəziyyətlərdə hər bir sığortaçı minimum xərclərlə maksimum zərərləri yox edə bilər.

3. Zərərlərin zamanında minimuma endirilməsi fəvqəladə hadisələrin təsadüfi xüsusiyyət daşması ilə sıx bağlıdır. Çünki belə fəvqəladə hadisələr hər il meydana gəlmir və onların yaranmasının dəqiq zamanı məlum deyildir.

4. Hər bir sığorta olunanın sığorta fonduna ayırdığı sığorta vəsaitlərinin yalnız bir səbəbi var ki, o da hər hansı bir ərazidə və hər hansı bir zaman ərzində zərərin real məbləğinin ödənilməsidir. Bu cəhətdən sığorta vəsaitlərinin məbləği yaranmış zərər maddi formada kompensasiya olunur (Xankişiyev B.A., 2006: s.18).

Tibbi sığorta iqtisadiyyatda özünəməxsus funksiyalar icra etməsi ilə sıx əlaqəli olan maliyyə münasibətlərinə aid edilir.

Tibbi sığorta məhz iqtisadi fəaliyyətin xüsusi növüdür. Bu vaxt sığorta olunanlar arasında risklərin bölgüsü deyəndə, faktiki olaraq, sığorta fondunun meydana gəlməsi yolu ilə dəyən ziyanın ödənilməsində birlikdə iştirak nəzərdə tutulmalıdır.

Tibbi sığortanın növləri deyəndə, tarif göstəriciləri üzrə hər hansı bir həcmdə sığorta məsuliyyətinə uyğun formada, mahiyyətə həmcins olan dəqiq obyektlərin sığortası başa düşülür. Sığorta edənlərlə sığorta edilənlər arasında sığorta əlaqələri hər hansı növlərə müvafiq şəkildə reallaşdırılır.

Tibbi sığortanın növləri aşağıdakılardır:

1. Fərdi sağlamlıq sığortası: Bu növ, fərdlərin sağlamlıq xərclərini və xəstəxana xərclərini əhatə edir.

2. Ailə Sağlamlığı Sığortası Planı: Buraya əsasən fərdi bir ailənin bütün üzvlərini birdən çox xəstəliyə qarşı əhatə edə bilər. Ailə sağlamlığı planı, ailənin

bütün üzvləri və ailənin hər hansı bir fərdi tərəfindən istifadə edilə bilən ailə üzvləri üçün etibarlı bir məbləğ təklif edir.

3. Yaşlılar üçün Sağlamlıq Sığortası Planı: Bu siyasət yaşlılıq dövründə sağlamlıq problemlərindən qorunan 60 yaşdan yuxarı yaşlı vətəndaşlar və ya şəxslər üçün nəzərdə tutulmuşdur.

4. Cərrahiyyə və Kritik Xəstəlik Sığortası Planı: Bu plan, böyrək çatmazlığı, fəlakət, xərcəng, infarkt və s. kimi kritik xəstəliklərə qarşı müalicə tələb edən sığortalıya uyğun gəlir.

5. Analıq Sağlamlıq Sığortası Planı: Bu siyasət, doğuşdan əvvəl və doğum sonrası qayğı, yeni doğulmuş körpələrin uşaqlara çatdırılma xərcləri daxil olmaqla, xərcləri əhatə edir.

6. Şəxsi Qəza Planı: Qəza halında xəstəxanaya çatdırılma xərclərini əhatə edir. Premium məbləğ, alınan əhatə məbləğinə bağlıdır.

7. Vahid Bağlı Səhiyyə Planı: Bu planlar eyni zamanda sığorta və qənaətin yeganə birləşməsini təklif edir. Bu siyasət, sığorta polisi tərəfindən əhatə olunmayan xərcləri ödemək üçün istifadə edilə bilən bir korpus qurulmasına kömək edir.

1.3. Tibbi sığorta sistemini formalaşmasının hüquqi əsasları

Azərbaycan Respublikasının “Sığorta haqqında” Qanunu, Azərbaycan Respublikasının başqa normativ-hüquqi aktları və beynəlxalq müqavilələri, həmçinin Maliyyə Nazirliyinin normativ - hüquqi aktları ilə sığorta münasibətləri tənzimlənir.

Sığortaçılıq fəaliyyətində adətən, sığorta olunacaq riskin mahiyyəti haqqında məlumat ala bilmək üçün sığortaçı tərəfindən qabaqcadan hazırlanmış bir sorğu vərəqi sığorta etdirənə verilir. Sığortaçılıqda bu vərəq “Sığorta təklifi”, və ya

“Məlumat blankı” adlanır. Sığorta təklifi, qiymətin hesablanması və sığorta şəhadətnaməsinin (polisin) doldurulması üçün lazım olan bütün məlumatları əhatə edəcək formada hazırlanmalıdır. Sığorta müqaviləsinin imzalanma bilməsi üçün, qanuna əsasən, bu sənəd mütləq sığorta etdirən tərəfindən doldurularaq sığortaçıya verilməlidir.

Sığorta agentı, sığorta etdirənə hansı suallara cavab verməli olduğunu başa salmalı və onlar tərəfindən yazılaraq tərtib edilmiş təklif formasını sığorta şirkətinə çatdırmalıdır.

Sığorta etdirən öncədən bilməlidir ki, yanlış və ya natamam məlumat verməsinin arzuolunmaz nəticəsinə görə məsuliyyət onun öz üzərinə düşür. Sığorta agentinin də sığorta şəhadətnaməsinin (polisinin) düzgün hazırlanması baxımından ilk vəzifəsi sığorta təklifnaməsinin heç bir yarımçıqlıq olmadan doldurularaq şirkətə göndərilməsini təmin etməkdir.

Sığorta müqaviləsində aşağıdakılar qeyd olunmalıdır:

- Sığortaçının və sığortalının adı və ünvanı;
- Sığorta obyektı və onun olduğu yer;
- Sığorta riskləri;
- Sığorta məbləği və ödənişin verilməsi qaydası;
- Sığorta haqqının məbləği, onun verilməsi forması və müddəti;
- Müqavilənin qüvvədə olduğu müddət;
- Müqavilə üzrə sığorta əlaqələrinin başqa iştirakçıları varsa, onlar haqqında məlumat (sığorta agentı və brokerləri);
- Müqavilənin dəyişdirilməsi və ona xitam verilməsi forması.

Tərəflərin razılığı ilə sənəddə digər şərtlər də qeyd edilə bilər. Sənəd ilə və ya qanunla hər hansı bir hal qeyd olunmamışdırsa, sığorta sənədi sığortalının ilk sığorta haqqını ödədiyi gün saat 00:00-da qüvvəyə minir. Sənəddə və yaxud icbari

sığorta haqqında qanunvericilikdə mənfəət hal nəzərə alınmamışdırsa, sığorta sazişi sığorta hadisəsinin olduğuna əsasən sığorta ödənişinin tam ödənilməsi vaxtdan qüvvədən düşür.

Sığorta haqqının hissələrlə ödənilməsinin razılaşdırılması və hissənin zamanında ödənilməməsi hallarında sığortalı öz vəzifəsini icra etməyən şəxs sayılır. Sığortalı, öz vəzifələrini icra etməyən şəxs hesab olunduğu tarixdən başlayaraq 15 gün müddətində tədiyyə borcunu ödəməzsə, sığorta təminatı dayanır. Sığortalı, sığorta təminatının dayandırıldığı müddət boyunca sığorta hadisəsi baş verməməsi şərtiylə, tədiyyə borcunu ödəyərsə, təminat dayandırıldığı yerdən davam edir. Sığortalı təminatın dayandırıldığı tarixdən başlayaraq 15 gün müddətində tədiyyə borcunu ödəməzsə, sığorta şəhadətnaməsi heç bir xəbərdarlıq olunmadan ləğv olunur.

Tibbi sığorta üzrə vergi üstünlükləri.

Tibbi sığorta müqaviləsinə görə ödədiyiniz məbləğ vergi qənaətinin azalmasıdır. Sağlamlığınız yoxdursa, pul qazanmaq faydalı deyil. Özünüzü və ailənizi və həyatın əhəmiyyətini düşünün.

Sığortalı fərdi tibbi sığorta məlumatları müvafiq xəstəxanaya çatdıqda, o, müalicə almağa başlayır. Xəstəxanaya buraxıldıqdan sonra tibbi ödənişlər nəzərdə tutulan tibbi sığorta şirkətinə göndəriləcək. Şirkət bundan sonra xərcləri yoxlayacaq və xəstəxanaya görə ödənişi ödəyəcək. Bu müddət ödənişlər xəstəxana və sığorta şirkəti arasında olduğu üçün sığortalıya qarşı problemsizdir.

Təminat tələbi prosesində, müəyyən bir xəstəxanaya qəbul edilmiş sığortalı fərd müalicə üçün haq ödəyir. Sığortaçının müalicə və xəstəxanaya yatırma xərcləri ödənildikdən sonra, o, xüsusi sığorta şirkətinə ödəniş tələb etməlidir. Sığortalı fərdi tibbi sığorta üçün xəstəxananın orijinal veksellərini təqdim edir və ödəniş tələb edir. Sığorta şirkəti iddianı yoxlayacaq və bundan sonra təsdiq etməyi və ya rədd etməyi qərara alır. Sığorta şirkətinin təsdiqi barədə polisə xəbərdarlıq ediləcəkdir. Sığorta şirkəti tələbi rədd edildikdə sığorta şəhadətnaməsini bildirir.

Tibbi sığortası olmayan insanlarla müqayisədə, sizə lazım olan qayğı vaxtında göstərilir. Yüksək keyfiyyətli səhiyyə sağlamlığa müsbət təsir göstərir. Burada tibbi sığortanın rolu böyükdür.

Tibbi sığorta bir dövlət quruluşu, xüsusi iş və ya qeyri-kommersiya təşkilatı vasitəsilə təmin edilən bir faydadır. Xərcləri təyin etmək üçün bir provayder əhalinin kollektiv tibi xərclərini qiymətləndirir.

Tibbi sığorta seçimini edərkən bir çox seçim edilməlidir. Seçim prosesi zamanı izləmək üçün təklif olunan bəzi addımlar aşağıdakılardır:

1. Əvvəlcədən mövcud şərait – sağlamlıq sığortasından əvvəl mövcud olan sağlamlıq vəziyyətidir.

2. Əvvəlcədən mövcud vəziyyətdən kənar müddət – əvvəllər mövcud şərtlər tibbi sığorta planı ilə əhatə olunmayan sağlamlıq sığortası provayderinin müəyyən etdiyi müddətdir.

3. Müalicəvi qayğı – xəstəlik, zədə və ya xəstəliyi qarşısını almaq məqsədi ilə sağlamlıqdır. Bəzi siyasətlər profilaktik əhatə dairəsi üzrə ixtisaslaşır, digərləri isə geniş tibbdədir.

4. Əhatə dairəsi həddləri – tibbi sığortaçının müəyyən bir səhiyyə xidməti üçün ödəməyi razılaşdıqları maksimum məbləğdir. Bəzi siyasətlər illik məhdudiyyətlərə və ömür boyu əhatə dairəsinə malikdir.

ABŞ-da, bir sıra sığorta dərəcəsinə malik olan Hal-hazırda, Affordable Care Act (ACA) 2010-cu ilin bir hissəsi kimi, hüquqi baxımdan lazımlıdır. Səhiyyə sığortası olmayan bir şəxs cərimə ödəməlidir.

Bununla belə, ACA-da fərdi mandat qanunvericilərdən çıxarılmışdır, yəni sığorta 2019-cu ildən ABŞ-da hüquqi tələb olmayacaqdır.

Bu siyasət həmçinin ailənin uşaqlarını əhatə edirsə, şəxsin valideynlərinin sığortasına 26 yaşına qədər, hətta əgər:

- evli

- evdən uzaqlaşır
- valideynlərinə maddi baxımdan asılı olmayaraq
- işəgötürənin əhatəsinə daxil olmaq hüququ vardır

Sığorta dövlət səviyyəsində tənzimlənir, yəni bir dövlətdə bir siyasət satın almaq başqa bir şeydən fərqlidir.

Dövlət qanunvericiliyi bir siyasətin qiymətinə təsir edə bilər baxmayaraq, bir şəxsin əhatə və ödənişləri ilə bağlı mühüm qərarlar sığortaçıya aiddir. İnsanlar öz brokeri və ya müştəri xidməti nümayəndələrindən hər hansı dəyişən qanunvericiliyin öz xüsusi siyasətlərinə təsirini müzakirə etmələrinə əmin olmalıdırlar.

Sağlamlıq Sığortası Qanunu və əlaqədar sərəncamlar xidmətlərin və faydaların monitorinqi və nəticədə səhiyyə nəzarətində əsas təmin edir. Sağlamlıq sığortaçıları faturalandırılmış xidmətlərin səmərəliliyi, məqsədəuyğunluğu və səmərəliliyini yoxlamalıdır. Xidmət təminatçısı bu məqsəd üçün lazım olan bütün məlumatları və müvafiq sənədləri təmin etməlidir.

- ✓ Ödəniş üçün şərtlər
- ✓ Sığortaçının öhdəlikləri
- ✓ Xidmət təminatçısının öhdəlikləri
- ✓ Məlumatların qorunması

Sağlamlıq sektorunda məcburi səhiyyə sığortası xəstəliyin və onun nəticələrinin təyin edilməsi və ya müalicəsi ilə əlaqədar xidmətlərin xərclərinin bir hissəsini geri qaytarır.

Tibbi sığorta tibbi xərclərinizi əhatə edən bir məhsuldur. Əgər qəza halına düşsəniz, avtomobil sığortası kimi, xəstəlik və ya yaralanma halları halında sağlamlıq sığortası sizi əhatə edir. Sağlamlıq sığortası həmçinin profilaktik qayğıları əhatə edir - yəni xəstəliyinizdən əvvəl həkimlərin ziyarətləri və testləri.

Tibbi sığorta həmişə sizin xərclərinizin 100% -ni əhatə etmir. Əslində, xərcləri sizdən paylaşma nəzərdə tutulmuşdur, müəyyən bir nöqtəyə qədər, cibindən kənar limit deyilir. Dəhşətdən çıxdıqdan sonra sağlamlıq sığortası səhiyyə xərclərinizin 100% -ni ödəyəcək.

Sağlamlıq sığortası şirkətlərinin sizinlə xərcləri bölüşdüünün bir neçə yolu vardır və onlar sağlamlığınızın sığortalanma planınızın əsas xüsusiyyətlərini təşkil edir: sizin xərclənənlər, copaymentiniz, coinsurance və sizin out-of-pocket limit. Aşağıdakı "Əsas xüsusiyyətlər" bölməsində ətraflı müzakirə edəcəyik.

Bütün sağlamlıq sığortası planları, on əsas faydaları əhatə etməlidir. On əsas fayda ilə yanaşı, sağlamlıq sığortası planları, hökumət tərəfindən işlənən sağlamlıq sığortası mübadiləsinə daxil olmaq üçün, dövlət tərəfindən dövlət əsaslı fərqlənən müəyyən dərəcədə uyğun qiymət standartlarına cavab verməlidir. Hökumətdəki birjalarda satılmadığı üçün çağırılan birbaşa mübadilə planları, həmçinin sağlamlığa uyğun əhatə dairəsi sayılmaq üçün on əsas faydaları əhatə etməlidir və müəyyən federal standartlara cavab verməlidir. Bu istehlakçı qorumaları keçmişdə sığortalılar üçün maliyyə problemlərinə səbəb olan boşluqları bağladı.

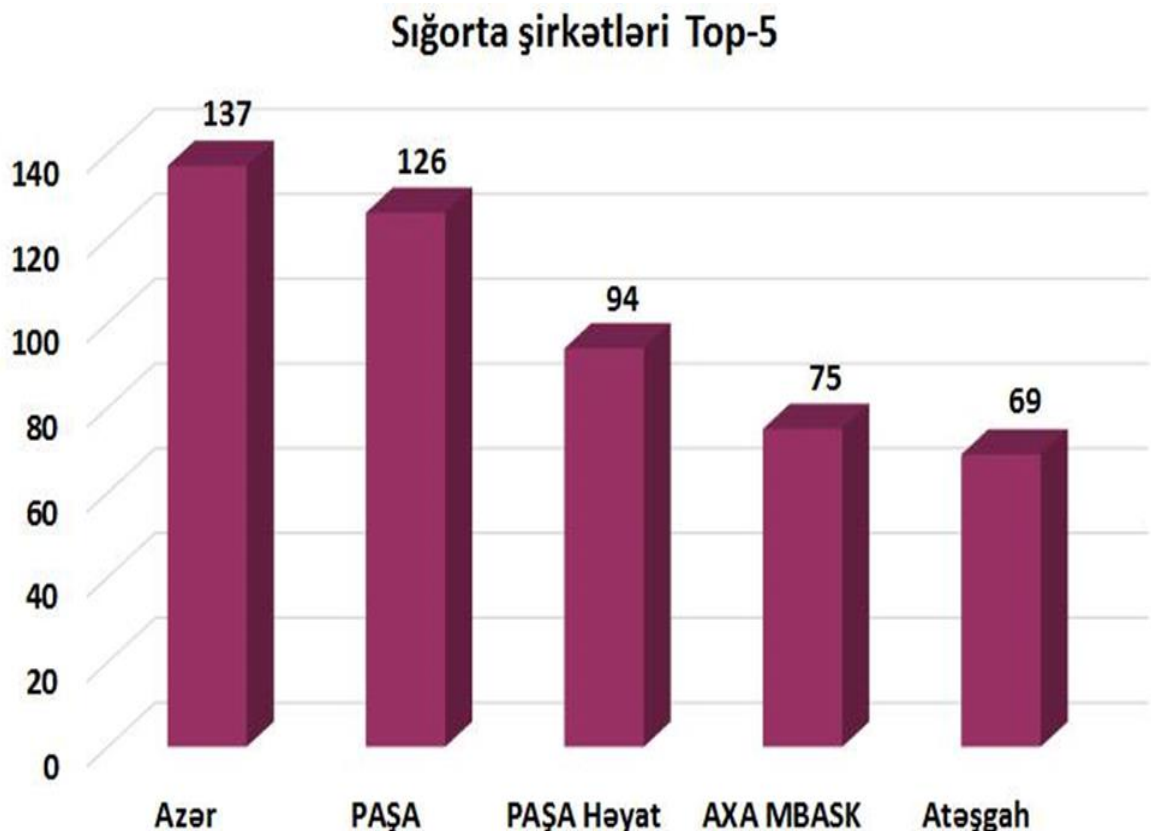
II FƏSİL. AZƏRBAYCANDA SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ TİBBİ SİĞORTANIN ROLUNUN TƏHLİLİ VƏ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.

2.1. Azərbaycanca səhiyyə sistemi və onun maliyyələşdirilməsinin mövcud durumu.

Səhiyyə – dövlətin fəaliyyət sahəsidir ki, onun məqsədi əhaliyə lazımlı tibbi xidməti təşkil etməkdir. Bu sahənin maliyyələşdirilməsi sistemi hər bir şəxsiyyətin aktiv həyatın saxlanılması, sağlamlığın pis olması zamanı ona tibbi yardımın təqdim olunmasına istiqamətlənmiş sosial, siyasi, tibbi, elmi və mədəni xarakterli tədbirlərin qəbulunun mühüm hissəsidir.

Tibbi sığorta ilə məşğul olan şirkətlərdən ilk beşliyi tutan sığorta şirkətləri aşağıdakılardır. (2016 cı il üzrə)

Şəkil 1: Sığorta şirkətləri



Mənbə: kreditplaza.az

Azərbaycanın səhiyyə sisteminin əsas prioritetlərindən biri tibbi xidmətin göstəricilərinin müasir dünya standartlarına uyğunlaşdırılmasıdır. Respublikamızda

gedən dinamik iqtisadi inkişaf bütün sosial sektorların, həmçinin səhiyyənin inkişafına da başlıca təkan vermişdir. Xüsusi olaraq qeyd etmək lazımdır ki, son zamanlar dünya standartlarına müvafiq inkişaf yolu tutmuş Azərbaycan səhiyyəsinin inkişafı nəzərə çarpacaq dərəcədə artmışdır.

Ölkəmizin səhiyyəsinin iyirmi il əvvəlki və müasir vəziyyətinin müqayisə olunmaz formada dəyişdiyini heç kim inkar edə bilməz. Aydındır ki, müstəqilliyimizin ilk ilərində müharibə dövründə siyasət yürüdən Azərbaycan Respublikası iqtisadi böhranlar ilə qarşılaşırdı. Xüsusilə də səhiyyənin vəziyyəti o qədər də yaxşı deyildi. Zəruri tibbi avadanlıqlar, dərman çatışmırdı. Əhalinin təkidli tələbi ilə hakimiyyətə dönmən ümummillə lider Heydər Əliza oğlu Əliyevin geniş dünyagörüşü və nüfuzu saəsində beynəlxalq qurumlar Azərbaycana yardım etməyə başladılar. Davamlı olaraq reallaşdırılan profilaktik tədbirlər nəticəsində Azərbaycanda yoluxucu xəstəliklərin yayılmasının qarşısı alındı.

Aşağıdakı cədvəldə bunu aydın şəkildə görmək olar:

Cədvəl 1: Səhiyyə sistemində demografik göstəricilər (2015-2018-ci il üzrə) (faizlə)

İllər	Doğulanlar	Ölənələr	Təbii artım
2015	58%	47%	11%
2016	59%	41%	18
2017	64%	39%	25%
2018	72%	35%	37%

Mənbə: www.stat.gov.az

Azərbaycan Respublikasının səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsinin yeni iqtisadi əsaslarını yaratmaq, bu sahənin idarəolunmasını təkmilləşdirmək, əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyətini daha da yaxşılaşdırmaq və icbari tibbi

sığortanın tətbiqinə başlamaq məqsədi ilə ölkədə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və tibbi sığortanın tətbiq olunması nəzəriyyəsi təsdiq olunmuşdur.

Son illərdə Azərbaycan Respublikasında həyata keçirilən uğurlu iqtisadi siyasət əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin müasir standartlara çatdırılması, bu sistemin madditexniki bazasının möhkəmləndirilməsi üçün əlverişli zəmin yaratmışdır. Səhiyyə sahəsində əsas xəstəliklərin profilaktikası üzrə bir sıra dövlət proqramları qəbul edilmiş və onların icrasının maliyyə təminatı məsələləri həll edilmişdir (Salahov E., 2014).

Son illərdə ölkə iqtisadiyyatında baş verən yüksək inkişaf səhiyyə sahəsinə yönəldilən dövlət xərclərinin əhəmiyyətli surətdə artmasına səbəb olmuşdur. Səhiyyə sahəsində bir sıra vacib dövlət proqramları qəbul edilmiş, tibb müəsisələrinin maddi-texniki bazasının yaxşılaşdırılmasına nail olmuşdur. Qeyd olunanlarla yanaşı, səhiyyə sisteminin mövcud maliyyələşdirilməsi mexanizmlərini təkmilləşdirmədən əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin arzuolunan səviyyəyə çatdırılması mümkün deyildir. Bu baxımdan səhiyyə sistemində islahatların daha da dərinləşdirilməsi, sahənin maliyyələşdirilməsinin yeni əsaslarda qurulması zərurəti yaranmış və mövcud vəziyyət bu Konsepsiyanın qəbul edilməsini şərtləndirmişdir.

1992-ci ildən 2003-cü ilə kimi doğum göstəriciləri durmadan aşağı düşmüş, yalnız son illərdə bu proses yaxşılaşmağa başlamışdır. Ölüm göstəricilərinin nisbi sabit səviyyəsinə baxmayaraq, ayrı-ayrı illərdə ölüm göstəricisində artma halları qeyd olunmuşdur. Respublika əhalisinin ümumi xəstələnmə göstəricisi 1992-ci ildən hazırkı dövrdək əsli surətdə dəyişməmiş və hər 100 min nəfər əhaliyə təqribən 18 min xəstələnmə halı qeydiyyatda alınmışdır.

2018-ci ilə olan məlumata əsasən, respublikada əhalinin tibb müəsisələrində çarpayı ilə təmin olunması göstəricisi hər 100 min nəfər əhaliyə 813 çarpayı təşkil etmişdir ki, bu da inkişaf etmiş Avropa ölkələrində mövcud olan göstəricidən (631)

artıqdır. Həkimlərin sayı 30 min nəfəri üstələməklə, hər 100 min nəfər əhaliyə təqribən 365 nəfər təşkil edir. Bu da Avropa ölkələrində olan orta göstəriciyə (352) uyğundur.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatının əsas məqsədləri aşağıdakılardır:

- ✓ Səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsinin yeni iqtisadi əsaslarda qurulması və əhalinin tibbi xidmətlərdən istifadə imkanlarının artırılması;
- ✓ Səhiyyə sahəsinə ayrılan dövlət vəsaitlərinin daha da səmərəli istifadə edilməsi ilə tibbi xidmətin səviyyəsinin yüksəldilməsi;
- ✓ Əhalinin sağlamlığının yaxşılaşdırılması və orta ömür uzunluğunun artırılması.

Yuxarıda göstərilən məqsədlərə nail olmaq üçün islahatların aşağıdakı prinsiplər əsasında həyata keçirilməsi nəzərdə tutulur:

- ❖ Bütün vətəndaşların baza (əsas xidmətlər) zərfinə daxil olan xidmətlər səviyyəsində pulsuz tibbi xidmətlə təmin edilməsi;
- ❖ Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasında təsbit olunmuş sağlamlığın qorunması hüququnun yerinə yetirilməsi;
- ❖ Mülkiyyət formasından asılı olmayaraq tibbi xidmət göstərən hüquqi və fiziki şəxslərə lazımi şəraitin yaradılması.

İcbari tibbi sığortanın tətbiq olunması və bu sahədə yeni idarəetmə üsullarının yaradılması Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sistemində hazırki problemlərin aradan qaldırılmasının ən real yollarından biridir. İcbari tibbi sığorta səhiyyə sistemi üçün əlavə gəlir mənbəyinin yaradılmasına imkan verəcək, səhiyyə resurslarını özündə cəmləşdirməklə xərclərin daha səmərəli istifadəsi ilə nəticələnəcək və vətəndaşların daha keyfiyyətli tibbi xidmətlərdən istifadə etməsi imkanlarını artıracqdır.

İcbari tibbi sığortanın sisteminin tətbiq edilməsi tibbi xidmətlər sahəsində keyfiyyətə yeni münasibətləri formalaşdıracaqdır. Belə ki, mülkiyyət formasından

asılı olmayaraq, tibb müəssisələrinin vətəndaşlara təqdim etdiyi baza zərfinə daxil olan tibbi xidmətlər icbari tibbi sığorta vasitəsilə ödəniləcəkdir (Xankişiyev B.A., 2005).

Tibbi sistemlər həkimlərə və tibb bacılarına xəstələrin diaqnozu və müalicəsinə kömək edir. Xəstəxanalar və klinikalar xəstələri müayinə etmək, xəstəliyi müalicə etmək, tibb elmini inkişaf etdirmək və səhiyyə xidmətlərinin aparılması üçün kompüter texnologiyasına geniş şəkildə güvənir (Xankişiyev B.A., 2006).

Son onilliklərdə dünya böyük sağlamlıq qazanmışdır. İnsanlar əvvəllərdən daha çox yaşayır, həyatın ilk illərində daha az uşaq ölür və həyat qurtaran dərmanlara və vaksinlərə giriş genişlənilir. Ancaq aydın olur ki, iyirmi birinci əsrin sağlamlıq və inkişaf problemlərinə cavab verən yeni bir yanaşma tələb olunur - hər yaşda və həyatın hər mərhələsində insanların müxtəlif sağlamlıq ehtiyaclarını qarşılıya bilən səhiyyə sistemlərinə investisiya qoyur.

Bu gün güclü ilkin səhiyyə xidmətinin davamlı inkişafın təməl daşdığı və hamımızın arzuladığını və layiq olduğu gələcəyi qurmağın vacibliyini anlayırıq. HIV / AIDS, yoluxucu olmayan xəstəliklər və vərəm xəstəlikləri ilə bağlı son qlobal görüşlərdə, elm adamları, müdafiəçilər və dünya liderləri bu epidemiyalara toxunma gücünün güclü səhiyyə sistemlərindən başlayaraq insanların kompleks və müxtəlif sağlamlıq ehtiyaclarını yan-yana həll edə biləcəyini qəbul etdilər. 2018-ci ilin oktyabrında Qazaxıstanın Astana şəhərində siyasətçilər, müdafiəçilər, xəstələr və tərəfdaşlar güclü əsas sağlamlıq xidmətinin hamı üçün təməl və gələcək sağlamlığı üçün tövsiyə ediblər (Xankişiyev B.A., Abdullayev P.N., 2004, s. 28).

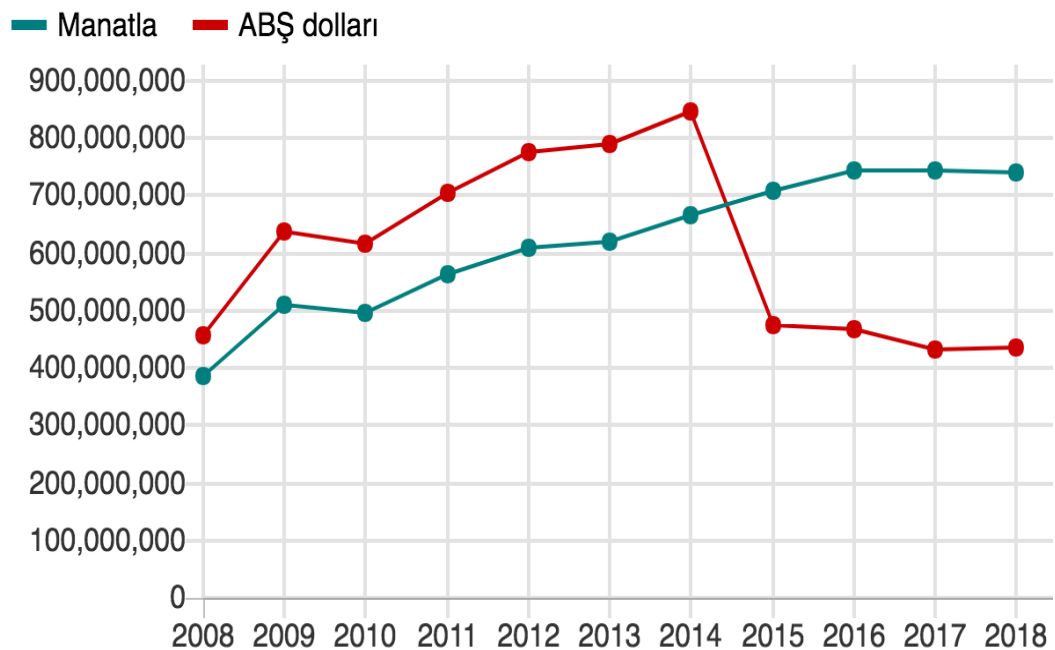
Hər bir ölkədə ilkin səhiyyə xidməti fərqli olsa da, uğurun təməlini təşkil edən ümumi tikinti blokları var. Güclü birincil səhiyyə sistemi öz cəmiyyətlərində doğru yerlərdə yerləşən müəssisələrə ehtiyac duyduqları zaman ehtiyac duyduqları əsas qayğı xidmətlərinə çıxma biləcək imkanlara malikdir; keyfiyyətli ibtidai qayğı göstərmək üçün yetişdirilmiş, səlahiyyətləndirilmiş və təşviq edilmiş səhiyyə

təminatçıları; vacib dərmanlar, vaksinlər və diaqnostikaları təmin edən sistemlər və siyasətlər mövcuddur və yüksək keyfiyyətlidir. Ehtiyaqlı maliyyələşdirmə bütün sistemin uğurlu olmasını əsaslandırır və ölkələr hər kəs üçün birincil qayğı xidmətlərinin əsas paketini təmin edə bilər ki, bu da insanların dəyərini ödəyə bilər.

Birincil səhiyyə işlərinə baxarkən, insanlar və ailələr həyatında etibarlı səhiyyə işçiləri və dəstək sistemləri ilə əlaqələndirirlər və ailələrin planlaşdırılması və müntəzəm immunizasiyadan xəstəlik müalicəsinə və xroniki şəraitin idarə olunmasına qədər geniş əhatəli xidmətlərdən istifadə edə bilərlər.

Şəkil 2: Səhiyyə üzrə büdcə xərcləri

Səhiyyə üzrə büdcə xərcləri 2008-2018



Mənbə: Maliyyə Nazirliyi, Prezident Administrasiyası

BBC

Səhiyyə islahatı əhali üçün tibbi xidmətlərin əldə edilməsində bərabər şərtlərin yaradılmasına, tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin yüksəldilməsinə, Azərbaycanda müasir standartlara cavab verən səhiyyənin qurulmasına təminat verilməlidir.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizlərinin yeni əsaslarla qurulması dövlət vəsaitindən daha səmərəli istifadə olunmasına imkan yaradacaqdır. Səhiyyə üzrə dövlət xərclərinə nəzər yetirsək görə bilərik ki, səhiyyə hər bir ölkənin önəmli infrastrukturunu təşkil etdiyindən buraya ayrılan vəsaitlər də ildən-ilə artmaqdadır. Səhiyyə üzrə dövlət xərclərini aşağıdakı qrafikdə görmək olar.

2.2.Respublikamızda tibbi sığorta bazarının mövcud fəaliyyətinin təhlili.

Respublikamızda tibbi sığorta bazarının mövcud vəziyyətini təhlil etməmişdən öncə qeyd etmək lazımdır ki, ümumiyyətlə, sığorta bazarını qiymətləndirməli olsaq müəyyən olunur ki, 2018-ci ilin yanvar-dekabr aylarında Azərbaycandakı 28 sığorta şirkətinin xətti ilə orta hesabla 429,2 milyon manat sığorta haqqı toplanıb. Azərbaycan Sığortaçılar Assosiasiyasının məlumatına görə, bu, 2017-ci illə müqayisədə 23,5 milyon manat və ya 5,8% çoxdur.

2018-ci il ərzində sığorta şirkətlərinin gerçəkləşdirdiyi sığorta ödənişlərinin məbləği isə təxminən 157,1 milyon manat olmuşdur. Bu da 2017-ci ilə nisbətən 34,3 milyon manat və ya 28% çoxdur.

Sığorta bazarında toplanmış hər 100 manat sığorta haqqı qarşılığında 36,6 manat ödəniş olunub. Bu göstərici 2017-ci ildə 30,3 manat olub. Həyat sığortası bazarında yığım 53%, ödəniş 7,4 dəfə artmışdır. Qeyri-həyat sığorta bazarında yığım 3,8% azalıb, ödəniş 8,1% artmışdır.

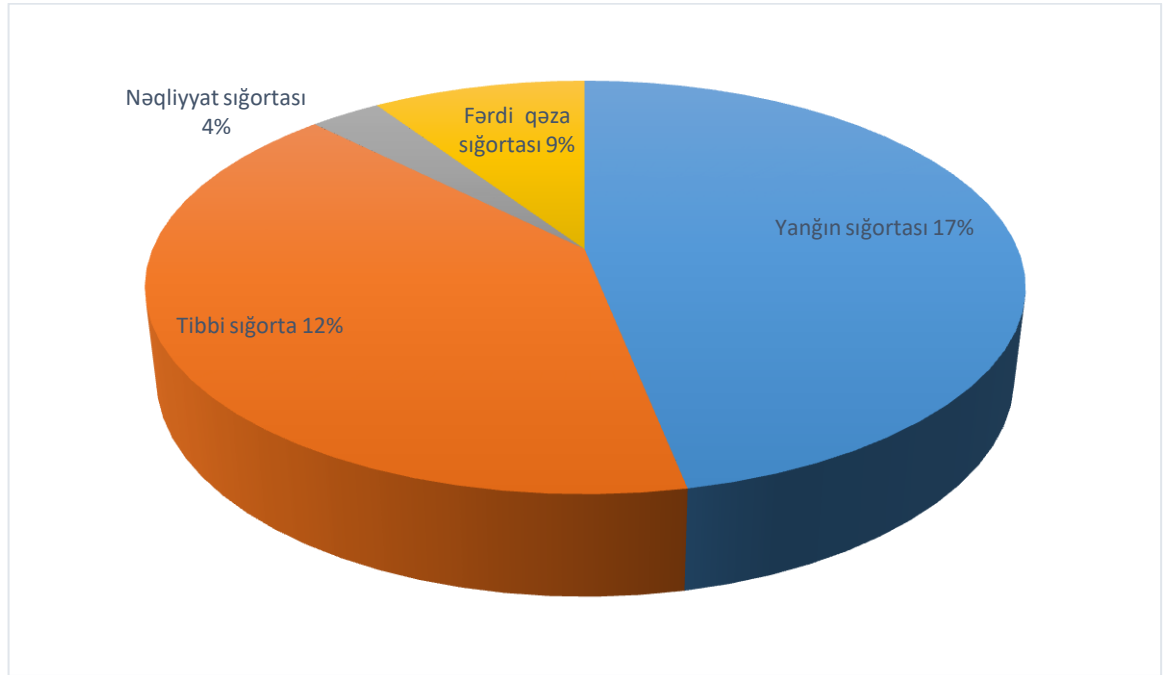
Cədvəl 2: 2011-2018-ci illərdə Azərbaycan ümumi sığorta bazarı üzrə yığılan sığorta haqları.

İllər	(milyon, AZN)
2011	213,0
2012	342,5
2013	405,7
2014	429,2
2015	442,9
2016	486,1
2017	556,9
2018	598,3

Mənbə: www.stat.gov.az

“AtaSığorta” ASC-nin direktoru Rozaliya Sadıqovanın sözlərinə görə, bağladığımız hər bir müqavilə unikaldir. Hər bir şirkət üçün müştərinin fəaliyyət xüsusiyyətlərinin, işçilərinin sayının, onun tələbatlarının, arzularının və büdcə imkanlarının nəzərə alınması ilə fərdi proqram hazırlanır. Müştərimiz təqdim etdiyimiz xidmətlər siyahısından istifadə edərək, özünə uyğun tibbi sığorta proqramını tərtib edə bilər. Məsələn, xidmətlərdən təcili yardım, ambulator yardım, stasionar yardım, stomatoloji yardım, dərman təminatı, hamiləliyin təqibi, peyvənd və s. göstərmək olar.

Şəkil 3: Tibbi sığortanın sığorta sahələri arasında yeri (faizlə)



Mənbə: www.stat.gov.az

“AtaSığorta” ASC hazırda 70-dən çox klinika, o cümlədən 15-dən çox stomatoloji klinika, və 30-dan çox apteklə əməkdaşlıq edir. Klinikalar tək Bakı şəhəri ilə məhdudlaşmır, regionlardakı özəl klinikalarla da müqavilələri var. Müqavilə bağladığı klinikalar müəyyən bir qiymətləndirmə göstəricilərinə uyğun olmalıdır. Bu qiymətləndirmə prosesi ildə bir dəfə təkrarlanır, tələblərə cavab verməyən klinikalarla müqavilələr dayandırılır və yeni klinikalarla müqavilələr bağlanılır.

Tibbi sığortanın səhiyyədə rolunun artması müasir dövrdə diqqəti cəlb edən məsələlərdən biridir. Belə ki, tibbi sığortanın əsasən könüllü formada aparılması önəmli yerlərdən birini təşkil edir.

Müasir demokratik dövrdə dərman qiymətlərinin bahalaşması, xəstəliklərin qlobalaşması, ölüm riskinin artması tibbi sığorta bazarını inkişaf etdirməyə başlamışdır. hər bir şəxs sağlamlığını sığortalamaq istəyir. Bununla da onlar psixoloji rahatlıq tapırlar.

Tibbi sığorta bazarında yeniliklər gündən-günə artır. Belə ki, artıq 2025-ci ildə sığortaçılar evdə də tibbi xidmət ala biləcəklər. Evdə yardımların göstərilməsi 100 ABŞ dolları olmuşdur.

Tibbi sığorta bazarı respublikamızda vergilər ilə maliyyələşir. Belə ki, gələn gəlirlər müəyyən fondada toplanır. Sığorta haqqında ödənişlər cəmi 10 il müddətinə fasiləsiz olaraq maliyyələşdirilir.

Tibbi sığorta bazarındakı 2018-ci ildə olan artım 5,2% təşkil etmişdir. Bu 2017-ci ilə nisbətən 3,2% artım deməkdir. Digər sığorta sahələri arasında tibbi sığortanın artması tibbi sığorta ödənişlərini də artırmışdır.

Bir çox ölkələrdə ictimai tibbi sığorta və ya milli səhiyyə xidmətlərinin bir hissəsini və ya hamısını özəlləşdirməyin olub-olmaması barədə müzakirələr aparılır. Azərbaycan Respublikasında, hökumətin səhiyyə xidmətləri üçün əhalinin daha böyük payına keçməməsi üçün tibbi sığortanı təmin etməsi üçün geniş konsensus var. Siyasi müzakirələr bu tibbi sığorta proqramının genişləndirilmiş fərdi sığorta sistemini əlavə etməsi və ya fərdi sığortanın əvəzi olub-olunmamasına yönəlib.

Dövlətin səhiyyədə müdaxiləsinə olan bu artan tələbat 1980-ci və 1990-cı illərdə respublikamızda üz tutmuş səhiyyə xidmətləri maliyyələşdirməsinin iki fundamental probleminin birbaşa nəticəsidir. Bir problem, sağlamlıq baxımından və tibbi sığortanın yüksəlməsidir. Bu, bir çox sənayeləşmiş ölkələrlə ölkəmizin bir hissəsində olan bir problemdir. İkinci bir problem, səhiyyə xərcləri üçün sığortalanmayan insanların sayının artmasıdır, sənayeləşmiş ölkələr arasında Birləşmiş Ştatlara faktiki olaraq unikal və səhiyyə xidmətlərini maliyyələşdirən bir problemdir. Bu iki qüvvənin birgə təzyiqi bu problemləri həll etmək üçün geniş islahatlar üçün artan siyasi dəstəyi yaratdı və bu siyasi təzyiq ölkəni kritik bir seçim nöqtəsinə gətirir.

Ölkəmizdə insanların əksəriyyəti tibbi sığortanın bir növü olan yaşlıların sağlamlıq sığortası daha yaxşı inkişaf etmişdir. 65 yaş və ya daha yaşlı əhalinin

demək olar ki, bütün yaşlı əhalisi, yaşlıların səhiyyə xərclərinin təxminən yarısını əhatə edən federal sosial sığorta proqramı olan Medicare tərəfindən əhatə olunur. Medicare tərəfindən əhatə olunmayan xərclərin bir qismini ödəmək üçün, bu yaşlı şəxslərin əksəriyyətinin də ən çox yoxsul əhalinin təxminən yarısını (əsasən federal ictimai yardım üçün uyğun olanlar) əhatə edən bir sosial təminat proqramı olan xüsusi sığorta və ya Medicaid var.

Sığortanın çatışmazlığı səbəbindən tibbi xidmətə çıxışın azaldılması fərdlərin sağlamlıq vəziyyətinin ağır şəkildə azalmasına səbəb ola bilər. Araşdırmalar nəticəsində hamlə qadınlar, onların uşaqları və xroniki xəstəlikli şəxslər xüsusilə risk altında olduqlarını aşkar etmişlər (Salahov E., 2014).

Nəhayət, sığortalanmamışlar sığortalanmış əhaliyə nisbətən daha az tibbi dəstək alsalar da, hər kəs sığortalanmamışların aldıkları qaygıları ödəyir. Xeyriyyə xərcləri respublikamızın xəstəxanalarına 1988-ci ildə 8 milyard dollardan çox xərclənir. Fərdi və biznes vergi ödəyiciləri dövlət xəstəxanalarına verilmiş kompensasiya edilməmiş qaygıların maliyyə yükünü öz üzərinə götürürlər, lakin bu ictimai obyektlər bu əhalinin tibbi yardım üçün ehtiyaclarını ödəmək üçün kifayət qədər maliyyələşdirilmirlər.

İşəgötürənlər və işçilər xüsusi xəstəxanaların təmin etdiyi ödənişsiz qaygıların çoxunu ödəyirlər. Yəni xəstə tərəfindən ödənilməyən bu cür qaygıların xərcləri sığortalı xəstələrin, əsasən sağlamlıq təmin etməyən firmaların işçilərinin hesablarına keçirilir. Lakin son bir neçə ildə işəgötürənlər xəstəxanadan endirim tələb edirlər, çünki bu cür “qiymət dəyişikliyi” daha çətin hal aldı, daha çox xüsusi xəstəxanalarda sığortalı xəstələri saxlamaq üçün yol tapdı. Ölkə daxilində şəhərdə olan xəstəxanalar təcili yardım otaqlarını müvəqqəti olaraq bağladılar, bəziləri isə təcili yardım qutularını təcili xilaseytmə təcili yardımlarına bağladılar və bir çoxları travma mərkəzlərini bağladılar. Bu tədbirlər bütün cəmiyyətə təsir göstərir – sığortalı, eləcə də sığortasız insanlara.

Sağlamlıq sığortası olması tibbi fəvqəladə hallarda faydalıdır. Bu günlərdə ölkədə tibbi xidmətlərin xərcləri tibbi xidmətlərə olan tələbatın artması sayəsində əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Tibb ilə bağlı xəbərdarlığın artırılması və xəstəliyə qarşı profilaktik tədbirlərin görülməsi ilə yanaşı tibbi sığorta daha da vacibdir. Sağlamlıq sığortası olması tibbi fəvqəladə hallarda faydalıdır. Bir çox insanlar tez-tez sağlamlıq vəziyyətinə təsir göstərməklə yanaşı, təhsil və nikah kimi şəxsi məqsədlərə təhlükə yaradan tibbi fəvqəladə vəziyyətdə də qənaətindən istifadə etməlidirlər. Onun maliyyə vəziyyəti və tələbini yaxından qiymətləndirərək, tibbi sığorta planı vasitəsilə tibbi fəvqəladə hallara qarşı plan və maliyyə hazırlaya bilər.

Tibbi sığorta siyasətinin vacib olduğu qədər faydalı olmanın bir çox səbəbləri belədir:

Tibbi xidmətlər bahalıdır. Tibbi müalicənin yüksələn xərcləri uyğun tibbi sığorta poliqlonlarına abunə edir. Bununla yanaşı, tibbi sığortaya gəldikdə, investisiya qərarları yalnız məlumatlı olduqları və yaxşı araşdırıldığı təqdirdə məhsuldardırlar. Buna görə uyğun tibbi sığorta polisi inflyasiyadan qoruma təmin edə bilər (Bəşirqızı Z., 2014).

Bu gün sığortaçıları seçmək üçün çoxsaylı xüsusiyyətləri və imkanları ilə geniş tibbi sığorta siyasəti təklif edirlər. Potensial sığortalıya tibbi sığortası ilə uyğunlaşmaq üçün mövcud olan yüzlərlə variant mövcud olsa da, bu gün mövcud olan həddindən artıq dəyişikliklər nəticəsində düzgün qərar qəbul etmək çətin bir işə çevrilir. Bu səbəbdən ekspertlər bir insanın sığorta ehtiyaclarını yaxşı yerinə yetirmək üçün sığortanın müxtəlif aspektləri haqqında öyrənməyin vacibliyini vurğulayırlar.

Tibbi sığorta planına qarşı bir iddiaçı tərəfindən iddia qaldırılmayan hər il üçün sığortaçı müştəriyə əlavə qapaq şəklində bonus verir. Tibbi sığorta planı ilk ildə istənilən bir örtük təmin edə bilməz, lakin sonrakı illərdə yığım bonus kimi əhəmiyyətli bir məbləğ təklif edir. Bəzi sığortaçıları bu mükafatı sonrakı illərdə

ödönilöcök mükafat şöklində endirim şöklində təqdim edir, digörləri isö bu ikramiyanı hər ikisinin birlöşməsi kimi təklif edirlör.

Bu gün bir çox sığorta şirkəti də bəzi tibbi planlarda həm xəstəxanadan əvvəl, həm də xəstəxanadan çıxma xərclərini əhatə edir. Başqa sözlə, bu deməkdir ki, əsas müalicə ilə əlaqədar baş verən xərclər (sığortalı tərəfindən xəstəxanaya qəbul olunarkən alınan) əhatə olunmur, həm də bunun xaricində sınaqdan və məsləhətləşmələrdən irəli gəlir. Bununla belə, bu örtüyü istifadə etmək üçün müəyyən vaxt məhdudiyətləri var. Bundan başqa, sığortaçılar tez-tez nəqliyyat xərclərini də əhatə edirlör.

Tibbi sığorta siyasəti bir çox formada olur. Bəzi sığortaçılar tibbi sığorta siyasətində profilaktik yoxlamalar və həkim məsləhətləşmələri ilə məşğul olsa da, digörləri bir çox kritik xəstəliklərə qarşı müdafiə təklif edirlör. Sadəcə, bir atlı müəyyən şərtlər altında əsas xüsusiyyətlərə əlavə bir siyasət çərçivəsində xüsusi xüsusiyyətləri təklif edir. Məsələn, bu gün bir müştəri müntəzəm bir sığorta siyasəti ala və ürək xəstəliyi və xərçəng kimi müəyyən kritik xəstəliklərdən qorunan bir atlı ala bilər; Sığortalıya uyğun kritik xəstəliklərdən hər hansı birinin diaqnozu qoyulduğunda sığortaçılara birdəfəlik təmin edən müstəqil tənqidi xəstəlik sığortası siyasətini satın almaq başqa variantdır (Bəşirqızı Z., 2014).

Xəstəxanaların müəyyən bir şəbəkəsi daxilində, bir çox tibbi sığorta təminatçıları bu gün müəyyən şərtlər altında öz siyasətləri ilə nağdsız qurğu təmin edirlör. Bu fəvqəladə hallarda olduğu kimi çox faydalı ola bilər, sığortaçının müvafiq xərcləri təşkilat üçün birbaşa ödəyir, buna görə sığortalıya öz cibindən məsuliyyət daşımır. Bu çox xüsusiyyət müştərilərin fəvqəladə vəziyyətdə təcili pul tələbinin təsirini hiss etməməsini təmin edir. Bir çox hallarda, üçüncü tərəf administratoru qanun layihəsini birbaşa xəstəxanaya ödəyir.

Bir çox sığortaçı günümüzdə tibbi müalicə üsullarını alternativ müalicə metodları (ayurveda və homeopatiya kimi), şərti tibbə əlavə olaraq müəyyən şərtlər altında tibbi sığorta planlarında təmin edir. Bu, sığortalıya onun tercih etdiyi

üsullardan kənarında tibbi müalicədən keçməklə məhdudlaşmır və bununla daha çox rahatlıq təmin edir.

Digər xüsusiyyətlər arasında, bir çox tibbi sığorta planı müəyyən şərtlər altında pulsuz bir dövrdə sağlamlıq yoxlamaları təqdim edir.

Bu gün bazarda fərdi sağlamlıq sığortası, ailə sağlamlığı sığortası, tənqidi xəstəlik sığortası və fərdi qəza sığortası kimi bir çox digər xəstəlik sığortası planları mövcuddur. Sağlamlıq sığortası olması maliyyə planlaşdırmasının vacib bir hissəsidir, onlara maliyyə mütəxəssisləri deyirlər.

2.3. Müasir şəraitdə səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun qiymətləndirilməsi.

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.

Sağlamlıq iqtisadi tədqiqatları, sağlamlıq imkanlarının maksimum dərəcədə artırılması üçün mövcud qaynaqlardan səmərəli istifadə edilməsi üçün qərar verənlərə məlumat verir. İqtisadi qiymətləndirmə səhiyyə iqtisadiyyatının bir hissəsidir və müxtəlif müdaxilələrin xərclərini və nəticələrini müqayisə etmək üçün bir vasitədir.

Səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun qiymətləndirilməsi inkişaf etmiş ölkələr tərəfindən yaxşı uyğunlaşdırılan iqtisadi qiymətləndirmə üsuludur. İqtisadi qiymətləndirmənin ənənəvi təsnifatını xərclərin minimallaşdırılması, xərc-effektivliyin təhlili, xərclərin qiymətləndirilməsi və xərc-fayda analizləri daxildir. Hindistanda bu cür iqtisadi qiymətləndirmələrin keçirilməsində qeyri-müəyyənlik var idi ki, onların qaydalarına əməl edilməməsi ilə bağlı bir sıra tərəddüdlər yaranıb. Bu təkamül üsulunda ən böyük problem, sağlamlığın təmin edilməsi və

satın alınması ilə məşğul olanların hamısı tərəfindən mövcud istifadə üsullarının anlaşılmmasıdır. Bəzi ölkələrdə qərarlar qəbul etmək üçün iqtisadi qiymətləndirmənin müxtəlif üsulları qəbul edilmiş, ən çox isə dərman vasitələrinin satın alınması üçün dövlət subsidiyaları məsələsini həll etmək üçün.

Sağlamlıq sığortasının inkişaf etməkdə olan ölkələrdə benefisiarların sağlamlığı və iqtisadi rifahına təsirinin məhdud olduğunu sübut edir. İndi Hindistanda əhalinin sağlamlıq xidmətlərinin yaxşılaşdırılması, o cümlədən hökumət tərəfindən göstərilən xidmətlərə investisiya qoyulması, həmçinin dövlət və özəl təchizatçılardan müxtəlif sxemlər vasitəsilə xidmətlərin satın alınması üçün bir sıra strategiyaları həyata keçirir. Sürətli sağlamlıq inflyasiyası, xroniki şəraitin artması, əhalinin yaşlanması və artan texnologiyaların yayılması səhiyyə sistemlərinə daha çox iqtisadi səmərəni tələb edəcək, çünki bu sahədə gələcək inkişaf üçün perspektivlər tələb olunur.

Ölkəmizdəki səhiyyə xidmətlərinin daim artan qiymətləri və xəstələnən xəstəlik hallarının artması ilə bu gün sağlamlıq sığortası zəruridir. Sağlamlıq sığortası, tibbi fəvqəladə hallarda çox lazımlı maliyyə dəstəyi təmin edir. Sağlamlıq riskləri və qeyri-müəyyənliklər həyatın bir hissəsidir. Planlaşdırma və xəstə olmağı bacara bilməz amma maliyyə cəhətdən hazırlana bilər. Müəyyən sağlamlıq risklərinə qarşı maliyyə cəhətdən hazırlanan yollardan biri tibbi sığorta satın almaqdır.

Sağlamlıq sığortası sığortalı tərəfindən yaranan tibbi xərclər üçün ödənilən bir sığorta növüdür. Sağlamlıq sığortası xəstəliyin və ya zədələnmədən yaranan xərclər üçün sığortalıya ödəniş edə bilər və ya birbaşa qulluqçunu ödəyə bilər. Fərdi sağlamlıq sığortası, ailə sağlamlığı sığortası, kritik xəstəlik sığortası və s. Kimi tibbi sığorta planlarının müxtəlif növləri vardır. Tibbi sığorta satınalmaları maliyyə planlaşdırmasının ayrılmaz bir hissəsidir.

Tibbi sığorta insanlara tibbi fəvqəladə hallarda lazımi maliyyə dəstəyi təmin edir, lakin bu günə qədər ölkəmizdə tibbi yardım hələ də bahalı bir vəziyyət kimi

qalır. Müxtəlif hesabatlara görə, Hindistan hələ də tibbi sığortanın ən aşağı səviyyəsinə sahibdir. Ancaq hökumətin sağlamlıq sxemlərinə yönəldilməsi, Ayuşman Bharat Yojana kimi yeni təşəbbüslər və sağlamlıq baxımından sərmayə xərcləri vəziyyətin yaxşılaşmasına səbəb ola bilər.

Bir tibbi sığorta siyasətinin olması üçün çox sayda səbəb var və bir ailənin dəstəklənməsi üçün ailənin tibbi ehtiyaclarını ödəmək üçün ailə sağlamlığı sığortası ala bilərsiniz. Bununla yanaşı, yaxşı bir sığorta siyasətindən faydalanmaq üçün ödəmək məcburiyyətində olan sağlamlıq sığortası mükafatı müxtəlif insanlar üçün dəyişir və bir sıra müxtəlif amillərə əsaslanır.

Bir sağlamlıq sığortası almaq üçün beş əsas səbəb bunlardır:

1. Həyat tərzini dəyişdirmək: Bir sağlamlıq sığortası siyasətinə sahib olmaq üçün çoxlu səbəblər var. Həyat tərzimizdə təktonik dəyişiklik bizi çoxlu sağlamlıq pozuntularına daha çox meyilli etmişdir. Kəskin, həyəcanlı iş proqramları, yanlış yemək vərdişləri, qida keyfiyyəti və çirklənmə səviyyəsinin yüksəldilməsi sağlamlıq problemlərinin inkişaf riskini artırdı.

2. Yüksələn tibbi xərclər: Tibbi xərclər son vaxtlar kəskin şəkildə yüksəlmişdir. Beləliklə, tibbi bir fəvqəladə vəziyyətdə olan istehlakçılar, gələcək planlarına bir çəkişməyi təmin edən qənaətlərini xərcləyirlər. Hesabatlar göstərir ki, səhiyyə fəvqəladə halları ilə məşğul olmaq üçün Indians əsasən öz qənaətlərinə asılıdır.

3. Gəlir vergisi faydanı: Tibbi sığorta haqlarının ödənilməsinə görə ödənişlər də Hindistan Gəlir Vergisi Qanununun 80D bölməsində vergi ayırmaları üçün verilir. 60 yaşına qədər olan şəxslər Rs-ə qədər bir imtina tələb edə bilərlər. 25,000 sağlamlıq sığorta mükafatı özləri üçün, ya da həyat yoldaşı və ya uşaqları üçün ödənilir. Bir başqa Rs də iddia edə bilər. 60 yaş və üstü valideynləriniz üçün sağlamlıq sığortası alsanız, 50,000 dedikdə.

Bu kəsilmə, sağlamlıq sığortası siyasəti üzrə illik mükafat və ya yaşlı bir vətəndaşın profilaktik sağlamlıq yoxlaması və ya hər yaşlı vətəndaşın tibbi xərcləri

ilə bağlı ödənişlər ilə təmin olunacaqdır. Beləliklə, ümumiyyətlə, əgər siz yaşlı valideynləriniz üçün sağlamlıq sığortası haqlarını ödəyirsinizsə, Rs-ə qədər ümumi ödənişdən istifadə edə bilərsiniz. 75,000 (Rs 25,000 + Rs. 50,000), Rs-dən. Daha əvvəl 55,000 (25,000 + Rs. 30,000).

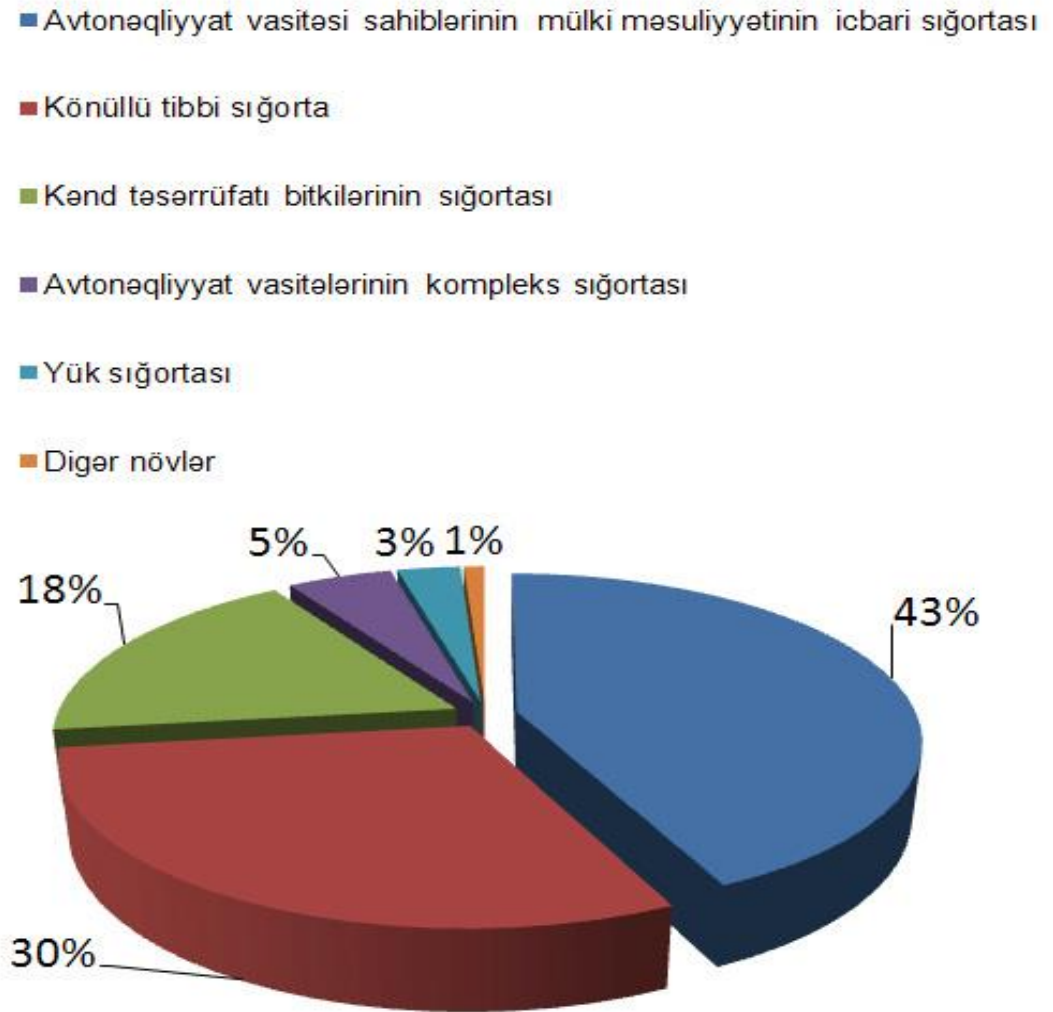
4. Əvvəlcədən və sonrakı xəstəxanaya çatdırılma xərclərinin əhatə dairəsi: Yalnız əsas tibbi xərclər deyil, həm də OPD (ambulatoriya şöbəsi) xərclərinin dəyəri, diaqnostik testlər də son zamanlarda artmışdır ki, bu da bir satın almaq üçün daha vacibdir tibbi sığorta siyasəti. Qeyd etmək lazımdır ki, tibbi siyasət yalnız hospitalizasiya xərclərini əhatə etmir, həm də OPD-ə və diaqnostik testlərə çəkilən xərclər siyasətin müəyyən etdiyi müddətdən əvvəl və sonra tətbiq edilir.

5. Əlavə faydalar: Ambulans əhatə dairəsi, gündüz əməliyyatları üçün əhatə dairəsi, sağlamlıq yoxlamasının əhatə dairəsi və səhiyyə sığortası üzrə aşılama xərcləri kimi faydalar da əldə edilir. Bu gün sığorta şirkətləri Ayush müalicəsi üçün sağlamlıq sığortası təklif edirlər.

Sağlamlıq sığortası siyasətini almaq üçün doğru yaşa dair insanlar arasında ümumi bir dilemma var. Ancaq bir satın almaq üçün doğru bir yaş yoxdur. Lakin, əgər erkən yaşda tibbi sığortası satın alsaydı, siyasət üçün daha az ödəniş etmək lazımdır. Sağlamlıq siyasətinə görə mükafatların yaşı artır; Çünki əlaqəli risk artmaqdadır. Sağlamlıq planları üçün mükafatlar, sığortalıların yaşı, tibbi tarixi, yaşayış şəhəri və s. ilə müəyyən edilir. Beləliklə, bir səhiyyə planını erkən satın alsanız, ödəyəcək mükafatlarınızı ödəməyə kömək edəcək.

Ayrıca, bir tibbi sığorta satın alırken, kritik hastalık sigortası satın alma da önerilir. Kritik bir xəstəlik siyasəti sabit bir ödəniş təqdim edən bir növdür.

Şəkil 4: Könüllü tibbi sığorta.



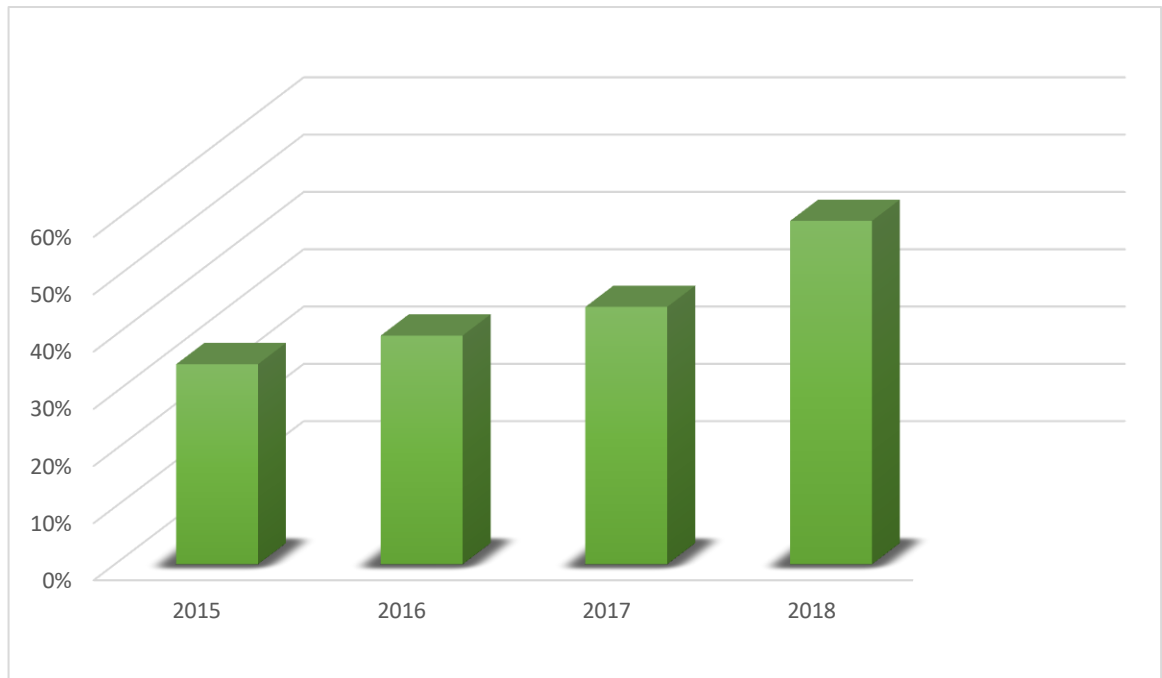
Mənbə: www.insurance.az

Səhiyyə əksər ölkələrdə çox bahalı bir xidmət növüdür və bu, normal haldır. Çünki tibbi xidmət zamanı bahalı avadanlıqlardan, reaktivlərdən, ən əsası uzun illər təhsil almış, bu işə ömür vermiş həkimlərin xidmətindən istifadə olunur. Yəni xidmətin maya dəyəri çox qiymətlidir, buna görə tibbi sığorta xidməti ucuz ola bilməz. Dünyanın bir çox ölkələrində bu problemin icbari tibbi sığortanın tətbiqi yolu ilə öz həllini tapır. Bizim ölkədə də bu proses başlayıb və gözləyirik ki, dünyanın digər inkişaf etmiş ölkələrindəki kimi, bizdə də kütləvi icbari tibbi sığorta tətbiq edilməyə başladıqdan sonra könüllü tibbi sığorta bazarı daha da inkişaf

edəcək, həm vətənlərimizi bu sığorta növünə önəm verəcək və sığorta şirkətləri fiziki şəxslərin könüllü tibbi sığortasını geniş tətbiq etməyə başlayacaqlar (Global Health Insurance Advice, Azerbaijan Health Insurance, 2012: s.23).

Aşağıdakı qrafikdən görüldüyü kimi, 2018-ci ildə səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolu getdikcə artmışdır. Bu gün də tibbi sığortanın rolu daha yüksəkdir.

Qrafik 1: Səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun artması (illər üzrə)



Mənbə: www.stat.gov.az

(Compulsory Medical Insurance system in Azerbaijan, 2009: s.11)

Cədvəl 3: Tibbi sığorta vasitəsilə aparılan sağlamlıq tədbirlərində dinamik artım tempi (illər üzrə)

2014	2015	2016	2017	2018
1204,309	1345,90	1230,89	1478,40	15600,3

Mənbə: www.stat.gov.az

Könüllü tibbi sığorta isə müxtəlif xidmət növləri, lüks palata, şəxsi həkim, evdə yardım, fərdi post, sığorta olunanın seçimindən asılı olaraq klinikanın, həkimin, mütəxəssisin seçimi, geniş stomatoloji yardım (məsələn, ortodontiyanın, implantalogiyanın tətbiqi), növbəsiz və seçimə uyğun aparılan mayinələr deməkdir. Burada sığorta olunan ödədiyi sığorta haqqından asılı olaraq müxtəlif xidmət növləri olan paketlər ala bilər. Bu o demək deyil ki, icbari tibbi sığorta üzrə alınan tibbi yardım keyfiyyətsiz olur, bu o deməkdir ki, könüllü tibbi sığorta ilə sığorta olunan özəl xəstəxanalarda daha rahat şəkildə yardım ala bilər.

Cədvəl 4: Ayrı-ayrı sığorta şirkətləri üzrə tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunun qiymətləndirilməsi göstəriciləri (%-lə)

Sığorta şirkətləri	2016	2017	2018
PASHA sığorta	70%	72%	78%
ATA sığorta	55%	53%	52%
AXAMBASK sığorta	45%	41%	47%
ATƏŞGAH sığorta	43%	40%	40,1%
STANDARD İnsurance	39%	42%	44%
BAKI sığorta	35%	30%	37%
XALQ sığorta	28%	32%	39%

Mənbə: www.stat.gov.az

Sağlamlıq sığortası, yüksək tibbi yardım xərclərindən qorumağa kömək edir. Bu sizin və sığorta şirkətiniz arasında bir müqavilədir. Bir plan və ya siyasət satın alırsınız və şirkət tibbi yardımınıza ehtiyacınız olduğu zaman xərclərinizin bir hissəsini ödəməyə razıdır.

Tibbi sığorta, sađlamlıq uęun ödəməyə kömək edir. Bu, müntəzəm doktorların səfərlərindən ciddi tibbi xəstəliklərə və ya zdlnmlr qədər böyük tibbi xərclərə qədər olan xidmətləri əhatə edir. Bu da sađlam olmaq uęun bir çox profilaktik xidmət göstərir (Salahov E., 2014).

Hər bir sığorta řirkti sađlamlıq baxımından faydalanmaq uęun müxtəlif qaydalara malikdir. Sığorta uęun ilk qeydiyyatdan keędiyiniz zaman planınızın faydaları v mhdudiytlrini nəzərdən keęirmlisiniz, xüsusilə də əgər plan planı kimi müəyyən həkimlər v xstxanalardan qayđı almaq tələb edir.

Sığorta kartınızın sađlamlıq sığortası olduđunuzu sübut edir. Sizin doktorunuz və ya xstxananız sizin sığorta řirktiniz tərəfindən ödənilmək uęun istifadə edəcəyi məlumatları ehtiva edir. Həkimlər adətən xəstə olaraq gördükləri zaman sığorta kartınızın surətini çıxarırlar.

Sizin sađlamlıđınız barədə suallarınız olduqda kartınız da lveriřli. Bunun üzərinə bir telefon nömrəsi var, məlumat uęun müraciət edə bilərsiniz. Həmçinin sađlamlıq planınızla bađlı əsasları da göstərə bilər.

Həkimlər v xəstəxanalar tez-tez sığorta řirktlri ilə řirktin “řbksin” daxil olmaq uęun müqavilə bađlayırlar. Müqavilələr, təmin etdikləri qayđı uęun dncklri řeylri ortaya qoyur. Sığorta řirktinizin řbksindəki həkimə müraciət etsəniz, sığortaınızla müqaviləsi olmayan bir həkimə müraciət etməyinizdn daha çox z cibinizdn dycksiniz. Bir řbk provayderindən istifadə etməyiniz (təcili vəziyyət istisna olmaqla) bəzi sığorta planları heę bir řey dmyckdir. Beləliklə, qayđı axtarmaqdan əvvəl planın řbksin müraciət etmək vacibdir.

Heę bir řey sizin sađlamlıđınızdan daha əhəmiyyətli deyildi və bu sözlərdə bir çox həqiqət var. Bařqa řeylr arasında sađlamlıq itkisi iř yaramırsa mnftn itirilməsi deməkdir və bu da son dərəcə bahalı tibbi dniřlr deməkdir. Sađlamlıq sığortası bu xərclərdən qaınmanıza kömək edə bilər və buna baxmayaraq,

müntəzəm yoxlamalar və immunizasiya kimi tədbirlərin qarşısının alınması üçün fərdlərə sağlam həyat sürməyə kömək edə bilər.

Fərdi sağlamlıq sığortası ala biləcək bir çox vasitə var. Bir şəxs öz sığorta haqqını ödəyə bilər. Bir şəxs məşğulluq paketinin bir hissəsi kimi sağlamlıq sığortası ala bilər. Bir nəfər yerli və ya Federal proqramlarla tibbi sığorta ala bilər.

Bir çox hallarda, ödənilən mükafatların birləşməsi ola bilər. Bunun anlamı, məsələn, işəgötürən tibbi sığorta mükafatının müəyyən bir hissəsini ödəyə bilər və işçi əmək haqqının qalan hissəsini, adətən, əmək haqqı ödənişi ilə ödənilir. Digər hallarda, işəgötürən və ya dövlət müəssisəsi mükafatın tam məbləğini ödəyə bilər.

Sığortanın bütün növləri ilə olduğu kimi, sağlamlıq sığortası bir çox formada gəlir və əhatə dairəsinin fərqli səviyyələrində mövcuddur. Ən yaxşı vəziyyət senarisi işəgötürən aylıq mükafatların tam məbləğini ödəməsi və xəstəyə borc verən heç bir ödəniş və ya ödəniş olmamasıdır. Bu cür əhatə baxımından nadirdir, ancaq bir şirkətdə çox yaxşı bir vəziyyət yaranmır və ya yoxsulluq xəttinin altında yaşayırsınız.

Ən çox istehlakçı sığorta haqqının müəyyən bir miqdarından məsul olan sağlamlıq sığortası sistemində olacaq və sığorta şirkəti qalanlarını ödəyəcək. Təsəvvür edildiyi kimi, bu tədbirlərdə də müxtəlif əhatə dairələri var.

Normal olaraq, xəstənin tibbi xidmət dövründə öz cibindən ödəməli olduğu daha çox pul, aylıq mükafat nə qədər az olarsa. Nisbətən sağlam olan və əglibatan bir gəlir əldə edənlər üçün tibbi sığorta üçün ən yaxşı seçim ola bilər. Məhdud gəlirləri olanlar və ya sağlamlıq problemi olanlar üçün bu, xəstə tərəfindən cibindən ödəməli olmaq üçün hər bir tibbi səfərin ödənişini və ya çıxılmasını təmin etmək üçün çətin bir seçim ola bilər.

Sağlamlıq sığortasına sahib olmağın əhəmiyyəti aradan qaldırılmamalı və ya küçülməməlidir. Yüksələn tibbi xərclər yalnız bir böyük tibbi hadisə ilə ömür boyu qənaət edə bilər. Hətta əməliyyatların ən çoxu on minlərlə dollara başa gələcək və daha mürəkkəb prosedurlar yüz minlərlə dollara asanlıqla daxil ola bilər. Sağlamlıq

sığortası, bu çörçəkmə xərclərini ödəməyə kömək edə bilər və maliyyə pozuntusundan xilas olmaq üçün kömək edə bilər.

Sizə qatılmaq üçün sağlamlıq proqramını seçməzdən əvvəl müqaviləni diqqətlə oxumalı və onda olan bütün şərtləri anlasın. Onlardan hər hansı birinə əmin olmadıqda, işəgötürəndən və ya sığorta nümayəndənizdən aydınlaşdırmaq üçün müraciət edin.

Sağlamlıq sığortası ciddi qəza və ya xəstəlik halında maliyyə qorunmasını təmin edir. Məsələn, qırılan bacak 7,500 dollara başa gələcək. Sağlamlıq əhatəsi, yüksək, gözlənilməz xərclərdən qorunmağa kömək edə bilər. Tibbi sığorta planları sağlamlığınıza əlavə diqqət yetirmək imkanı verir. Bunun səbəbi, müntəzəm fiziki müayinələr apararkən faktiki ödənişdən çox yoxlama aparmaq üçün nominal məbləğ ödəməlisinizsə, bu testləri atlamağa meyl verməyəcəksiniz. Əks təqdirdə, şəxslər tibbi müayinələr üçün xərclərin qarşısını almaq üçün yoxlamaya getməzlər. Bununla yanaşı, birdən-birə tibbi xərclər olduqca böyükdürsə, sığorta planı bu xərclərin böyük hissəsini özünə cəlb edəcəkdir.

Fiziki şəxslər müəyyən bir məbləği aylıq və ya üç ayda bir dəfə ödəyirlər. Bu, mükafat olaraq adlandırılır və ödəniş ümumiyyətlə gələcək əhatə dairəsinin faydaları üçün sığorta şirkətinə əvvəlcədən ödənilir. Tipik olaraq, bir sağlamlıq sığortası siyasəti satın alarkən, yoxlama məqsədləri üçün klinikaya, doktora və ya xəstəxanaya təqdim etdiyiniz bir sağlamlıq sığortası sənədi verilir. Kartda həmçinin sığorta nömrənizin və sığorta şirkətinin təfərrüatları var. Birbaşa birbaşa iddiaları həll etmək üçün xəstəxana xərcləməyinizi sığorta şirkətinə birbaşa geri qaytarmaq üçün göndərin. Beləliklə, xərclərinizi geri qaytarmaq üçün çoxsaylı sübutlarla iddia ərizəsinin zərif prosedurundan qurtulursunuz.

Hər bir sığorta şirkəti satın aldıkları tibbi sığorta planının əhatə dairəsi və şərtlərindən xəbərdar olmalıdırlar. Məsələn, sığorta planı satın alındıqda mövcud olan xəstəliklərə, xəstəliklərə və ya ciddi sağlamlıq pozuntularına aid olan əvvəlcədən mövcud şərtlər əhatə olunmayacaqdır. Eyni şəkildə, siyasət sənədinin

İstisnalar bölməsi də sığortalı iddia üçün müraciət edə bilməyəcək şərtləri və şərtləri də qeyd edir. Məsələn, sığorta şirkəti maddə asılılığı və alkoqol bağımlılığını səbəbiylə yaralanma və ya qəza halında yaranan hər hansı tibbi xərclər üçün sizə ödəməyəcək. Özünü vuran yaralanmalar, intihar cəhdi səbəbiylə ortaya çıxan tibbi xərclər sığorta şirkətindən tələb edilə bilməz.

Bəzi sağlamlıq sığortaları planları yalnız kompüterə bağlı hər hansı bir tibb mütəxəssisi, klinikası və ya xəstəxanasına müraciət edildikdə tam ödəniş təklif edir. Əks təqdirdə, fərdlər ciblərindən xərclərin müəyyən bir hissəsini daşıyırlar. Bəzən sığorta şirkətləri tibbi xərclərin tam ödənilməsi üçün seçməli əməliyyatlara qəbul edilməzdən əvvəl onları məlumatlandırmaqda israr edirlər.

Sığortaçıya sığortalıya müraciət edərkən sığortalıya müraciət edən bir ortalama fərdi sığortalıya təminat təqdim etmək üçün daha az məhdudiyətə məruz qalacaq kimi, hər bir fərd öz həyatının ilk illərində ən yaxşı faydaları əldə etmək üçün tibbi sığorta planını almalıdırlar.

III FƏSİL. TİBBİ SİĞORTANIN İNKİŞAF PERSPEKTİVLƏRİ VƏ SƏHIYYƏ SİSTEMİNDƏ ROLUNUN ARTIRILMASI

3.1. Tibbi sığorta sisteminin inkişaf perspektivləri

Bütün dünyada sağlamlıq və səhiyyə sistemlərində sıx islahatlar aparılır. Beynəlxalq səviyyədə çoxtərəfli əməkdaşlıq üçün mövcud qurumlar misilsiz çağırışlarla qarşılaşır. Bir çox təşkilatların öz mandatlarını yerinə yetirməkdə getdikcə çətinlik olduğu görülür. Müxtəlif çoxtərəfli təşkilatlar arasında səmərəli üst-üstə düşən səylər var, lakin paradoksal olaraq bəzi əsas funksiyaları yerinə yetirərkən məsuliyyət daşıyır. Eyni zamanda qeyri-hökumət təşkilatları və transmilli şirkətlər kimi digər qüvvələr də önə çıxır.

Xüsusi fayda proqramları aşağı salınma və möhkəm faydalar ilə dizayn edilə bilər və ya artan və azalan faydaları ilə daha əlverişli edilə bilər. GBG-nin təcrübəli dünya miqyaslı sahə nümayəndələri qrupu sizin qrupunuz üçün düzgün bir plan hazırlamanıza kömək edə bilər (Salahov E., 2014:s.22).

Müəyyən edilmiş töhfə tibbi sığorta məhsulları, sağlamlıq planı mükafatlarının ikiqat həddə artması və işəgötürənlərin işçilərini səhiyyə satın alma qərarlarına daha çox cəlb etmək istəyi ilə stimullaşdırılan son dərəcə diqqətə aldı. Mövcud məhsullar adətən istehlakçı sağlamlığı xərcləri hesabını, böyük tibbi və ya digər sığorta siyasətini və istehlakçı qərarların qəbul edilməsi üçün İnternetdən istifadə edir. Onlar provayder şəbəkələrinin istifadəsi, provayderi ödəniş üsulları, xərcləmə hesablarının xüsusi dizaynı, marketinq strategiyaları və infrastruktur sərmayələrinin istifadəsi ilə fərqlənirlər. Bu məhsulları istehsal edən şirkətlər indi kritik bir nöqtədədir. Gələcək bir neçə il ərzində sürətlə inkişaf edə bilər, mövcud sağlamlıq planları ilə əldə oluna bilər və ya vədlər vermədikdə uğursuz ola bilərlər.

Müxtəlif səviyyələrdə internet texnologiyalarından istifadə edən müəyyən edilmiş töhfə tibbi sığorta məhsulları son iki il ərzində çox böyük diqqət yığdı.

Çox təəccüblü olaraq, DCP (Devore, Chapel, Pyle) -lərin diqqətini nəzərə alaraq, onların haqqında bildiyimiz ən çoxu, ümumi məhsul dizaynları və

niyyətləri ilə əlaqələndirir, həmçinin fərdlərin və onların gestasyonunda iştirak edən girov kapital firmalarının etibarlı məlumatları ilə əlaqəli olur. Bu məhsullar inkişaf mərhələsində və ya erkən qəbul mərhələlərində qalır; işəgötürənlərin və onların işçilərinin həvəsləri əsasən sınınmamışdır; və onların sağlamlıq sığortası bazarına təsirləri, daha az "Amerika sağlamlığı", olduqca qeyri-müəyyəndir.

İşəgötürənlər tərəfindən yaxından təqib olunan DCPlər arasında Definity Health, Destiny Health, Health Market, Lumenos, My Health-Bank və Vivius daxildir. Bu məhsullar ənənəvi idarə olunan məhsullardan bir neçə yolla fərqlənir: İşəgötürənin əmək haqqının faydasına olan hissəsinin bir hissəsi işçinin vergi avantajlı dollarlarla satın aldığı bir hesaba yerləşdirilir. İşəgötürənin katkısının bir hissəsi ilə əsas tibbi və ya digər növ “qapalı” sığorta polisi satın alınır. İşçilərin hər hansı bir ildə “dollar xərcləmə hesabı” (DCP-lər bu hesab üçün fərqli adlar istifadə edir) istifadə edərək alınmış xidmətlərin dəyəri arasında “aktuar boşluğu” sığorta polisi tərəfindən əhatə olunan xidmətlər. İnternet işçilərin satınalma qərarlarını asanlaşdırmaq və dəstəkləmək üçün istifadə olunur.

Təəccüblü deyil ki, bu ümumi xüsusiyyətləri nəzərə alaraq, DCP-lər hazırda mövcud səhiyyə sisteminin problemləri və onların məhsullarını necə həll edəcəyi ilə bağlı bənzər hekayələr söyləyirlər. Onlar mövcud sistemdə istehlakçıların tibbi xidmətlər xərcləri və satın alma qərarlarında xərcləri nəzərdən keçirmək üçün minimal stimullarla bağlı az məlumatlı olduğuna işarə edirlər. MKO, istehlakçıları qayğı xərclərindən izalyasiya etmək, xərcləri nəzarət etmək, həm istehlakçılar, həm də işəgötürənlər üçün etibarsız olan məhdudiyətlər və məhdudiyətlər qoyduqları üçün, onların fikrincə, uğursuz olublar. Onlar iddia edir ki, qərar qəbul edilməsini dəstəkləmək üçün müvafiq vasitələrlə işçilərin əlində daha çox qərarların qəbul edilməsi səhiyyə yardımı ilə bağlı məmnuniyyətini artırır, tibbi xidmətlərin dəyərinin inflyasiyasını (istehlakçılar “öz pullarını xərcləyəcək”) təmin edəcək, nəticədə işəgötürənlərin inzibati xərclərini azaldır.

Böyük, özbaşına sığortalı işəgötürənləri hədəfləyən bir əsas üstünlüyü bəlkə bir sağlamlıq sığortası məhsulunun yazılmasının zəruriliyini aradan qaldırır. Həmçinin, bu bazar segmentinə xidmət edən DCP-lər dövlətin sağlamlıq sığortası qaydalarına riayət etmək üçün resursları ayırmağa ehtiyac duymur; bu onları DCP bazarında mümkün "birinci köçürmə" üstünlüyü təmin edir.

Bəzi DCP'lər model inkişafını dəstəkləmək üçün informasiya texnologiyasında əhəmiyyətli miqdarda sərmayə qoymuşdur. Sağlamlıq Market, epizod ehtiyat yanaşmasını inkişaf etdirmək üçün ventare capital fondlarını istifadə edərək, müştəri dəstək üçün nisbətən daha inkişaf etmiş bir veb sayt yaratdı. Bu saytda müştərilər hesab qalıqlarını əldə edə, provayderlərin xərclərini və keyfiyyətini müqayisə edə bilirlər.

İnfrastrukturun inkişafı da Vivius modelinin tətbiqinin vacib hissəsidir. Vivius öz müştərilərinin hesablarına daxil olmasını və seçdiyiniz seçimlərin təsirini mövcud fondlardan izləmək üçün öz proqramlarını hazırlayıb. Vivius, hər bir müteahhitlik provayderi (provayderlər tərəfindən təqdim olunur) haqqında məlumatlar təqdim edir və istehlakçılar İnternet bülleten lövhələrində xüsusi provayderlər ilə olan təcrübə ilə bağlı şərhlər daxil edə bilirlər.

Digər DPI (Progressive Car Insurance) lər daxili informasiya infrastrukturunun inkişafında bir qədər az sərmayə qoymuşlar. Lakin, Lumenos, Definity Health və My Health Bank müştərilərə müxtəlif online sağlamlıq məlumat mənbələrinə çıxış təmin edir. Bu qaynaqlar provayderləri və onların endirimlərini təqdim edir, təminatçının xüsusiyyətləri və performansını ilə müqayisəli məlumatlar təqdim edir və sağlamlıq problemləri barədə məlumatlar ehtiva edir. Bunun əksinə, Destiny Health, istehlakçıların İnternetdə geniş miqyaslı sağlamlıq məlumatlarına çıxışı olan mövqeyi tutdu. Xüsusi informasiya qaynaqlarının təsdiqlənməsinin qarşısını almaq üçün hər hansı bir "sağlamlıq məzmunu" olan İnternet provayderləri ilə müqavilə yoxdur. Bu, bütün iddiaları işləyən və ödəyən və evdə

sığorta müqaviləsini bağlayan və əsas korporasiyasının statusunu "tam həcmli" bir sağlamlıq sığortası kimi əks etdirən yeganə DCP-dir.

DCP'lər özlərini istehlakçıların sağlamlıq sisteminə aid olan yolunu əsaslı şəkildə dəyişəcək yeniliklər kimi təqdim edirlər. Əksəriyyətlə, onlar müəssisənin kapital maliyyələşdirməsi ilə sahibkarlar tərəfindən hazırlanır. Sahibkarlıq və innovasiyaların yayılmasına dair ədəbiyyat yeni başlanğıc firmalarının "ideya" dan "bazar" a keçirməyə çalışdıqları və bu məhsulların istehlakçıları da qəbul etmə mərhələsindən keçmələri üçün proqnozlaşdırılan mərhələlərdən irəliləyirlər. DCP-lərin inkişaf tərzini anlamaq üçün çalışır (tipika kimi ən biyomedikal və tibbi qurğuların başlanğıcları ilə eyni halda), venture capital investorların qərarları nəzərə alınmalıdır.

Çox DKP-lər indi DCP konsepsiyasının ümumi marketinqindən işəgötürənlərə geniş birbaşa marketinqə keçid edirlər. Bunu etməzdən öncə bir DCP təşkil edən müxtəlif "ədədlər" olmalıdır. Ən az mürəkkəb dizaynlarla DCP-lər (bəzi müsahibə respondentləri bu dizaynları "təkamülçü" deyil, "təkamül" adlandırdılar) buna görə bazarda daha tez hərəkət etdilər. Vivius və Sağlamlıq Piyasası uzun müddətdir davam etdi, baxmayaraq ki, onlar venture capital fondları almaq üçün ilk olub.

DCPs işəgötürənlər tərəfindən konsepsiya şüurunun yaradılmasında uğur qazanmışdır və Price Waterhouse anketinə görə, işəgötürənlərin yüzdə 50-dən çoxu növbəti on il ərzində bir növ DCP-ə keçməyi planlaşdırır. Faydalanan məsləhətçilər tərəfindən digər sorğular, ehtimal olunan işəgötürənlərin qəbul edilməsi ilə bağlı daha az səbirli olmuşdur. Həmçinin, 2000-ci ilin sonu etibarilə çox az sayda işəgötürən həqiqətən işçilərinə DCP təklif etmişdir. DPM-lər qarşıdakı fayda dövrü üçün bir neçə əsas işəgötürənlə müqavilələr bağladığıları üçün bu, 2001-ci ilin ilk altı ayında dəyişməyə başladı.

Gözləniləndiyi kimi, bu erkən işə götürən işəgötürənlər ehtiyatla davam edirlər. 2001-ci ilin yanvarında Medtronic, Definity Health'i 26,000 çalışandan 9,000-ə

qədər faydalanma imkanı təqdim etdi. Novartis, əvvəlcə Lumenos'u bir seçim olaraq təklif etmə qərarı aldıqda, bu, təqaüdüçülərin bir alt qrupuna təklifi məhdudlaşdırdı və bildirildi ki, Lumenos'u bütün işçilərə təklif etməyi təklif edir. İnnovasiya diffuziyasına dair ədəbiyyat digər işəgötürənlərin təcrübələrindən asılı olaraq, erkən istifadəçilərin rəhbərliyini tezliklə təqib edə biləcəyini göstərir. Benefit məsləhətçiləri, işgüzar mühitdə son illərdə aşağı düşən işgüzar bazarın azalması ilə müşayiət edildiyini və idarə olunan qayğı mükafatlarının yüksək sürətlə artırılmasının müşahidə edildiyini düşünürlər. Bununla birlikdə, işəgötürənlərin hər il bir dəfə sağlamlıq fayda qərarları qəbul etməsi, işəgötürənlərin sağlamlıq yardımını təkliflərinə DQM-lərin yayılmasının dərəcəsini məhdudlaşdıracaqdır.

Digər sığorta variantları ilə yanaşı təklif olunan bir neçə firma da DCP-lər potensial iştirakçıların 10-20 faizini cəlb edir. Lakin, Definity-un üstünlük təşkil edən bir təşkilat (PPO) ilə birlikdə təqdim olunduğu bir halda 800 nəfərlik qrupun təxminən 80 faizi qeydiyyatdan keçdi. Qeyd etmək lazımdır ki, erkən qəbul edən firmalar DCP konsepsiyasını xüsusilə dəstəkləyəcək və onların işçilərinə cəlb olunacağına inanırlar. DPP-lər təklif etmək üçün daha sonra qərar qəbul edən firmalarda ilkin nüfuz dərəcələri aşağı ola bilər. Həmçinin, Birləşmiş Ştatlarda DCP-lərlə əməkdaşların məmnunluğu, DCP-lərdə iştirak edənlərin illik saxlanması və ya DCP-lərin sağlamlıq xərclərinin uzunmüddətli tendensiyalarına təsir göstərə bilməsi üçün heç bir sübut yoxdur. Bu baxımdan DCP-lər, işçilərin "öz pullarını xərclədiyindən" və təchizatçıların yeni səlahiyyətliyə, qiymətə həssas işçilərin işi üçün aqressiv rəqabətdən yaranan müxtəlif məbləğlərdə xərclərin azaldılmasını nəzərdə tutan aktuar proqnozları təmin edir. Bununla yanaşı, bəzi analitiklər qeyd edirlər ki, yerli bazarlarda provayderlər arasında ciddi konsolidasiya müşahidə olunur və səhiyyə planları ilə daha əlverişli dərəcələri müzakirə etməkdə provayderlər getdikcə daha çox uğur qazanırlar.

Beləliklə, əgər DCP-lər istehlakçıları sağlamlığa həssas alıcılar halına gətirirlərsə, yeni gücləndirilmiş istehlakçılar yeni konsolidə edilmiş provayderlər arasında qiymət rəqabətini stimullaşdırmaq qabiliyyətində məhdudlaşa bilərlər.

İşəgötürənlərə cəlbədiçi bir məhsul təqdim etməklə yanaşı, bu günə qədər DKP-lərin inkişafı müəssisənin kapitalını cəlb edən məhsul təklif etməyə asılıdır. Cənubi Afrika vətəndaşı tərəfindən maliyyələşdirilən Destiny Health istisna olmaqla, bütün DCP'ler öz konsepsiyalarını inkişaf etdirmək və onları bazarlara çıxarmaq üçün xərcləri ödəmək üçün venture kapital fondlarından istədi. Bəzi DCP-lər indi marketinq prosesinin sürətlə ölçülməsinin xərclərini ödəmək üçün ikinci dərəcəli investisiya kapitalının maliyyələşdirilməsini tələb edirlər. Definity Health, son bir ayda 18 milyon dollarlıq əlavə maliyyə alışı aldığını, son on səkkiz ay ərzində müəssisənin kapital ehtiyatının sərtləşməsinə nəzərə alaraq təsirli bir dəstək nümayişinin elan etdiyini bildirdi.

Tipik olaraq, əsas kapitallaşan kapitalçılar DPP-lərin idarə heyətlərinə iştirak edir, onların mülkiyyət maraqlarını təmsil edirlər. Daxil olan kapitalistlər ifficult başa düşmək və istifadə etmək. Bəzi işəgötürənlər DCP-lərin işçilərini qarışdırdıqları və işçilərinin fərdi sağlamlıq hesablarından pulların istifadə edilməsində zəif qərarlar verəcəyinə dair narahatlıqlarını ifadə etdilər. Əgər onlar işəgötürənlər bu işçilərin öz sağlamlıq imkanlarından narazı qalmasına səbəb ola biləcəyindən qorxurlar. İşəgötürənlərin və işçilərin təhsil vasitəsilə mürəkkəblik məsələsini həll etmək DCP-lər üçün davamlı bir problem olacaqdır.

Deməli, DCP-lərin perspektivləri son üç ildə onlar "böyük" olan çoxsaylı şirkətlərdən daha yaxşı görünür. Bir neçə DCP əməliyyat mərhələsinə keçdi və işəgötürənlərin maraqlarını tutdu. Bundan əlavə, ABŞ iqtisadiyyatında son dövrdə yavaşlama və işgüzar bazarların bərqərar olması, menecerlərə yeni yanaşmalarla daha çox təcrübə vermək üçün fayda gətirə bilər. Artan sağlamlıq sığortası mükafatları ilə bir araya gələn bu yaxın zamanlarda DCP-lərin istifadəsini sürətləndirə bilər. Bununla yanaşı, işəgötürənlərin DCP-lərə maraqlarının

uzunmüddətli perspektivləri, başlanğıc firmaların və ya qurulmuş sığortaçıların təklif etdiyi kimi, istehlakçıları səhiyyə xərclərini ehtiva etməkdə fəal rol oynamağa təşviq etmək bacarığından asılı olacaqdır. hələ əldə edilməmişdir.

İqtisadçı Jon Kristian, Sağlamlıq siyasəti və İdarəetmə üzrə James A. Hamilton sədridir və Minnesota Universitetinin Karlson Menecment Fakültəsində Səhiyyə İdarəetmə Departamentində Səhiyyə İdarəetmə Mərkəzini idarə edir. Steve Parente, Carlson School-dakı bir köməkçi professor və Birləşmiş Sağlamlıq Qrupu, Layihə HOPE Sağlamlıq İşləri Mərkəzi, Medicare və Medicaid Xidmətləri Mərkəzləri və John Hopkins Universiteti daxil olmaqla bir neçə təşkilat ilə bir araşdırma işçisi. Ruth Taylor Carlson School-da Səhiyyə İdarəetmə Mərkəzinin koordinatorudur.

3.2. Azərbaycanda tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunun artırılması.

Sağlamlığı maliyyələşdirmək üçün cari olmayan (OOP) ödənişlərə qarşı qeyri-bərabər və tez-tez fəlakətli şəkildə dayanıqlılığını azaltmaq üçün bir sıra inkişaf etməkdə olan ölkələr tərəfindən Dünya Səhiyyə Təşkilatına (DST) universal sağlamlıq baxımına doğru hərəkət etməlidir.

İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə SHI sxemləri formal sektor üçün mənfəətli əlaqəli işçilər və işəgötürənlərdən yaranan formada iştirak edir və fərdi və ya icma əsaslı tibbi sığortanın müxtəlif formaları qeyri-rəsmi sektor və kənd icmalarının üzvləri üçün mümkündür. Yaxın zamanda, Çin, Vyetnam, Kolumbiya, Meksika, Nigeriya, Qana, Cənubi Afrika və Tanzaniyanı daxil edən və ya genişləndirən inkişaf edən ölkələrdir.⁴⁵ Bu sxemlərdən bəziləri OOP ödənişlərinin azaldılmasında müsbət təsir göstərdiyinə dair sübutlar var səhiyyə xidmətinə girişdə bərabərliyi yaxşılaşdırmaq, təminat və əhatə dairəsinin 6,7 boşluqları ümumidir və həll olunmalıdır.

Belə boşluqlar yalnız aşağıdakılardan biri və ya birləşməsi ilə qarşılana bilər: OOP ödəmələri, ümumi vergilər və ya fərdi tibbi sığorta (PHI). Proqressiv vergitutma və SHI sistemləri potensial sağlamlıq baxımından maliyyələşdirmənin ən ədalətli maliyyə vasitəsinə təklif edərkən, 9 PHI demək olar ki, bütün İqtisadi Əməkdaşlıq və İnkişaf Təşkilatının (OECD) ölkələrinin xüsusiyyətidir və inkişaf etməkdə olan ölkələr üçün mühüm bir seçimdir.

PHI üç ümumi kateqoriyada təsnif edilə bilər: pulsuz bazarda sağlamlıq sığortası, nəzarət olunan bazarda sağlamlıq sığortası və tibbi qənaət hesabları (MSA). PHI'nin istəyə bağlı olduğu tətbiqlərdə, könüllü tibbi sığortası (VHI) olaraq adlandırılır. PHI sağlamlıq sistemlərinə aid bir sıra müxtəlif rol oynaya bilər. Bəzi tətbiqlərdə, əsas maliyyə mənbəyi kimi çıxış edir, digər ölkələrdə isə səhiyyə sahəsində boşluqları aradan qaldırmaq üçün əlavə rol oynayır. Digər ölkələrdə PHI ictimai maliyyələşdirilmiş səhiyyə xidmətinə xərclərin pay bölgüsü vasitəsi ilə tamamlanır. PHI (VHI) həmçinin ictimai sistemə subpopulyasiya verə bilər ki, bu da subpopulyasiyada qanuni sistemdən imtina etmək və hərtərəfli PHI-ni alternativ olaraq istifadə etmək üçün icazə verilir və ya təşviq edilir.

Sərbəst bazarda PHI, əsasən qanunvericiliklə tənzimlənməsinə baxmayaraq, yüksək riskli fərdlərin aşağı riskə nisbətən daha yüksək mükafat ödəməsi ilə aktuariyally ədalətli mükafat tətbiq olunur. Hökumət nəzarət bazarında PHI-da, mükafatların girmə yaşı və müəyyən bir cəmiyyətin üzvlüyü kimi meyarlara uyğun olaraq icma reytinglərini tətbiq etməklə cəmiyyət üçün riskləri bərabərləşdirmək üçün qaydalar və mexanizmlər tətbiq edilir.

Alternativ olaraq sağlamlıq qənaət hesabları (HSA) kimi tanınan MSA fəvqəladə hallar üçün PHI təminatını və müntəzəm qənaət vasitəsilə seçmə müalicə və OOP xərcləri üçün ayrı bir fond təklif edir.

PHI verən sığorta şirkətləri iki hadisəyə aid riskləri idarə etmək üçün müxtəlif tədbirlər görürlər: mənəvi təhlükə və mənfi seçim. Əxlaq təhlükəsi sığorta olunanın davranışına aiddir və potensial olaraq potensial olaraq tələb olunmayan səhiyyə

xidmətinin əlavə həcminə səbəb olur. Əxlaq təhlükəsizliyini nəzarət tədbirləri, ödənişlərin və təminatın mahiyyətinə görə fərqlənən birgə ödənişlər və ayırmalardır. Tərəfli seçim (yüksək risklər) asimmetrik məlumatlardan yararır, buna görə şəxslər premiumlarda sığorta haqqını onların aktuari yol tariflərindən aşağı ala bilirlər. Sığorta şirkətləri adətən mövcud potensial müştərilərin mövcud vəziyyətləri, yaşı və həyat tərzini xüsusiyyətləri ilə bağlı göstərişlər ilə müraciət edirlər (Z.Bəşirqızı, 2014).

Bu anlayışı nəzərə alaraq, bu işin məqsədi PHI tətbiqinin müxtəlif sağlamlıq sistemlərinin informativ nümunəsində tətbiq edilməsinə dair ümumi məlumat verməkdir. PHI-nin təsirinə təsir edən amillər də inkişaf etməkdə olan ölkələrdə siyasətçiləri PHI-nin ümumi səhiyyə xidmətinə doğru hərəkətdə tətbiq oluna biləcək maliyyələşdirmə razılaşmalarının bir hissəsi ola biləcəyi barədə məlumatlandırılması məqsədi ilə də müzakirə olunur (Xudiyev N.N., 2003).

Tibbi sığortanın rolu sağlamlıq baxımından və bu üç hədəf arasındakı münaqişənin mərkəzindədir. Sağlamlıq sığortası, xəstənin qayğı zamanı maliyyə yükünü azaldır və bununla da ödəniş qabiliyyətinin olmamasından qaynaqlanan qayğıdan məhrum etməyi azaldır. Lakin sağlamlıq sığortası həddindən artıq xərclərə gətirib çıxarır, çünki xəstələr səhiyyə xərcləri ilə bağlı qərarların qəbul edildiyi dövrdə tam qayğı ilə qarşılaşırlar. Bu xərcləri məhdudlaşdırmaq üçün tez-tez tətbiq olunan nəzarətlər səhiyyə sisteminin fərdi xəstələrin fərqli zövqlərini əks etdirmək qabiliyyətinə müdaxilə edir.

Sığortanın mərkəzi rolu ev təsərrüfatları arasında səhiyyə xərclərinin çox dağıdılmasını əks etdirir. Bir çox ailə tipik bir ildə nisbətən az miqdarda səhiyyə xidmətindən istifadə etməsinə baxmayaraq, ailənin kiçik bir hissəsi xəstəxanada bir və ya daha çox seyr yaşayır və buna görə çox bahalı səhiyyə xidmətindən istifadə edir. Bu cür insanların çoxu üçün səhiyyə xidmətinin yüksək qiyməti əvvəlcədən proqnozlaşdırıla bilməz. Bu, bu vəsaitlərin maliyyələşdirilməsi üçün sığortanın (və ya digər növ ödəniş növünün) istifadəsinə gətirib çıxarır.

Həqiqi xərclərdən xəstələri izolyasiya etmək. Sağlamlıq sığortasının əhəmiyyətli bir xüsusiyyəti, qayğı baxımından xərcləmənin dəyəri ilə xəstənin xərcləməsi arasında bir xətt çəkməsidir. Sağlamlıq sığortası, xəstələr ümumiyyətlə qayğı aldıkları vaxt qayğı baxımından xərclərin yalnız bir hissəsini ödəyirlər, çünki xəstələr təbii olaraq sığortalı olmadıqları təqdirdə daha çox xərcləmə səviyyəsini istəyirlər. Bu hətta orta sağlamlıq hadisələri və zəngin insanlar üçün də doğrudur. Sağlamlıq sığortası səhiyyə xərclərini artırır, çünki insanların sağlamlıq üçün böyük borclarını ödəməyi mümkündür (baxmayaraq ki, baxmayaraq ki, bu, insanlar tərəfindən istehlak etdiyi digər mal və xidmətlərə nisbətən səhiyyə xidmətlərinin xərclərini azaldır).

Beləliklə, xəstə üçün ümumi xərclərin doğuşdan asılı olaraq bölüşdürülməsi nəticəsində yaranmış maliyyə riskləri səbəbindən sığortanın geniş yayılması istənilir. Lakin sığorta da zərərli, çünki xəstələrə və onların həkimlərinə həddindən artıq səviyyədə qayğı göstərməyə yönəldir, yəni son dollar dəyərinin xərcləməsini bir səviyyəyə yüksəltmək xəstənin sağlamlığına göstərilən qayğıdan daha dəyərlidir.

Ödəmə qabiliyyətinə görə qayğıdan məhrum edilmənin qarşısının alınması məqsədi qayğı hər kəs üçün pulsuz olmalı demək deyil. Baxmayaraq ki, pulsuz qayğı bu məqsədə nail olsalar da, itkisiz xərclərin qarşısını almaq məqsədi ilə qətiyyətlə ziddiyyət təşkil edəcəkdir.

Xoşbəxtlikdən, insanların əksəriyyəti kiçik və orta ölçülü səhiyyə ödəmələrini heç bir maliyyə stresi olmadan ödəyə bilirlər. Bu, bir çox insana qayğı göstərmək və ciddi maliyyə yükü yaratmaq üçün maneə ola biləcək çox böyük qanun layihələridir. Buna görə sağlamlıq sığortası xüsusilə böyük riskli sığorta növlərinin bir hissəsini mənfi edir.

Hətta yeni növ dərman vasitəsi ilə mümkün olan bəzi xərçəng növləri və bəzi digər xəstəliklər üçün son dərəcə bahalı baxım belə olduqca nadirdir ki, bu cür qayğının gözlənilən xərclərinin ödənilməsi üçün tələb olunan sığorta haqları

nisbətən böyük nisbətdə olmur fərdlərin gəlirlərinə. 100.000 ABŞ dolları dəyərində olan bir müalicə, lakin hər il 100.000 ildə yalnız bir sığortaçı üçün tibbi cəhətdən faydalıdır, yalnız aktüeryal dəyəri artırır və bu səbəbdən hər il bir nəfər üçün bir sığorta haqqı tələb olunur. Müalicənin bu cür yüksək qiymətləri, fərdi sığortası siyasətinin aşağı aktuar dəyərində baxmayaraq, bu xərcləri əhatə etmədiyi xəbərlərdə görünür.

Əczaçılıq tədqiqatları əlbəttə ki, bu aktuar xərclərə əlavə olaraq effektiv müalicə edilə bilən, lakin yüksək xərcləməyən xəstəliklərin sayını artırmaq ehtimalıdır. Bununla yanaşı, həmin tədqiqatlar hansı xəstələrin hər bir müalicə növündən faydalana biləcəyini müəyyənləşdirmək üçün yolların hazırlanması üzərində işləyir. Hedeflenen farmakoloji alanında yapılan bu gelişmeler, etkisiz tedavilerin sayını azaltacak ve dolayısıyla sigorta maliyetini azaltacaktır. Hedeflenen farmakoloji, narkotik maddələrin inkişafının (effektivliyi sübuta yetirmək üçün lazım olan nümunələrin ölçüsünü azaltmaqla) xərclərini azaltmalı və bununla da narkotiklərin özlərini azaltmalıdır.

Amma qaçılmaz olaraq çox bahalı və hələ də müvəffəqiyyət ehtimalı az olan müalicələr olacaq. Ödəmə qabiliyyəti olmadığı üçün qayğıdan məhrum edilməməsi, müvəffəqiyyət ehtimalının nə qədər aşağı olmasından asılı olmayaraq hər cür müalicəni təmin etmək demək deyil. Müalicə xərcləri ehtimal olunan fayda nisbətən çox yüksək olduqda, bu cür müalicənin dəyəri ikinci məqsədini (israfa xərclənmədən qaçınmaq) pozacaqları barədə ümumi razılıq olacaqdır.

Bundan əlavə, fərdlər, əlavə mükafat nisbətən aşağı olsa belə, çox aşağı müvəffəqiyyət ehtimalı olan müalicə üçün sığorta vasitəsi ilə ödəməyə hazır olduqlarını fərqləndirirlər. Buna görə, qayğıya fərdlər arasındakı fərqləri əks etdirmək üçün icazə vermək vacibdir.

Sağlamlıq xərclərinin ümumi daxili məhsuldan və şəxsi gəlirə nisbətən daha sürətlə artdığına dair geniş narahatlıq mövcuddur. Bununla yanaşı, səhiyyə xərclərində bu artımın səhiyyə xidmətinin qiymətinin artması ilə eyni olmadığını

qəbul etmək vacibdir. Əhəmiyyətli fərq, artımın köhnə qayğı növləri üçün daha yüksək qiymətlərə deyil, yeni qayğı növlərinə sərf etməkdir. Müalicələr dəyişdi və daha təsirli oldu. Çox şəraitdə effektiv müalicənin dəyəri həqiqətən aşağı düşüb, çünki müalicələr indi uğurlu olma ehtimalı daha çoxdur, çünki xəstəxanaya yerləşdirmə lazımsız hala gəldi və ya xəstəxana qalır.

Xəstə və həkimlərin xərcləri artırdığı təqdirdə xəstənin "son dolları" nın dəyəri xəstənin bu qayğı zamanı əlavə xalis dəyərində bərabərdir, yəni sığorta xərclərinin xalis sonra sistem marjda bir dollara başa gəlir, lakin yalnız xəstə tərəfindən, yəni iyirmi qəpiyə olmasa da, qiymətləndirir. Həkimlərin, əlavə qayğı vahidinin ümumi dəyərini daha yaxından əks etdirən bir standartın seçilməsi üçün sığorta qaydaları və ya sağlamlıq baxım təşkilatı qaydalarına əsasən tələb olunduqda, onlar qayğıdan məhrum olduqlarını hiss etdiyini onlara kömək edə bilər.

Bu problemin həll hissəsi xəstələrin böyük bir endirimli və yüksək coinsurance dərəcəsi olan böyük riskli bir sığorta növüdür. Mən 1971-ci ildə belə bir sığorta növü təklif etdim və 1995-ci ildə Jonathan Gruberlə statistik olaraq araşdırdım. 5000 ABŞ dolları olan median ailə pul gəlirinin yüzdə 10-dan az olduğu bir cəbdən bütün səhiyyə xidmətlərini ödəyən ailələri tərk edərdi. Buna görə həkimlərin rəhbərlik etdiyi və tövsiyə etdiyi bu xəstələrin qərarı sığorta ilə təhrif edilə bilməz. Heç kim bir illik tibbi tibbi layihəni 5,000 dollara qədər qəbul etməyincə, əksər ailələr də ödəmə qabiliyyətinə görə qayğıdan məhrum edilə bilməzlər, çünki onların maksimum illik ödənişləri onların gəlirlərinin 10 faizindən az olar. Eyni prinsip, aşağı gəlirli ailələr üçün daha az azalma gətirə bilər. Xüsusi qaydalar səmərəli və ya yoluxucu xəstəlikləri azaltan prosedurlara görə göstərilən profilaktik tədbirlərə tətbiq oluna bilər.

Ancaq ailələrin böyük hissəsi və səhiyyə xərclərinin çox böyük bir hissəsi 5 min ABŞ dolları aşacaq. Bu səviyyədən yuxarı cib ödənişsiz və ya sadəcə təvazökar bir coinsurance dərəcəsi olmadan, həm israfə sərf olunan xərclər, həm də

həkimlərin xəstələrə başqa şəkildə xahiş etməyini məhdudlaşdırma biləcəyi, xəstə məyusluğu da olardı. Sözsüz ki, 10 min dollar həcmdə sərf olunan xərclərin problemini azaldacaq, lakin bir çox ev təsərrüfatlarına böyük maliyyə yükü və bəziləri üçün lazımı qayğıya mane olur.

İlk iki hədəf (məhrumiyyətlərin qarşısını almaq və israfçılıq xərclərini məhdudlaşdırmaq) daha yüksək səviyyədə coinsurance dərəcəsi ilə əvəz edilməsi ilə daha yaxşı həyata keçirilə bilər. Məsələn, 5000 ABŞ dolları dəyərində düşən əvəzinə, sığorta polisi ilk 10.000 dollar xərcləmələrində yüzdə 50-lik bir coinsurance dərəcəsi ala bilər. Xəstələr hələ cibindən 5000 dollardan çox ödəniş ödəməyə qarşı qorunurdular. Ancaq 10.000 dollar xərcləmənin yüzdə 50-lik bir coinsurance nisbəti ilə, daha az xəstə və daha az dollar olardı ki, heç bir cib xərci yoxdur.

İlk 10.000 ABŞ dolları xərcləmə üzrə sabit bir yüzdə 50 əmanət haqqı sığorta siyasəti üçün ən yaxşı quruluş ola bilməz. Bunu etməkdən daha çox təhlili tələb edirəm. Bu potensial xərclərin səviyyəsinin paylanması, xərclərin müxtəlif coinsurance dərəcələrinə həssaslığından və insanların sağlamlıqdan kənar pul xərclərini məhdudlaşdırmaq dəyərindən asılıdır. Prinsipcə, optimal siyasət fərqli xərclərin aralığında birləşmələrin və müxtəlif coinsurance dərəcələrinin birləşməsinə ehtiva edə bilər. Dəyərlər və coinsurance dərəcələri də ailə gəlir ilə bağlı ola bilər.

Üçüncü məqsəd: Xəstələrin seçimini əks etdirmək üçün səhiyyə xidmətinə icazə verilməsi

Çox il bundan əvvəl bir həkim qərar qəbul edə bilmədi özünün xəstə üçün ən yaxşı sağlamlıq nəticəsini verəcəyini soruşaraq tibbi müalicə haqqında. Ekonomistlər, özüm daxilində, kifayət qədər yaxşı olmadığını və həkimlərin diqqətini nə qədər əhəmiyyət verdiyini müəyyən etmək üçün örtülü bir xərc-fayda analizini həyata keçirərək nəzarəti dəyərləndirməyi lazım olduğunu müdafiə etdi. Müalicə xərclərinin yüksəlməsi, xüsusilə xəstəxanaya yatırılan xəstəxananın

xərcləri, həkimlərin düşüncəsində bu dəyişikliyə gətirib çıxardı. Xəstəxananın idarəçiləri və sığorta şirkətlərinin təzyiqi altında, həkimlər xərcləri əks etdirən müvafiq tədbirlər protokollarını hazırladılar və nəticələr.

Təəssüf ki, bu yanaşma, ümumiyyətlə, "bir ölçüsü" bütün dərmanlara uyğundur. Bir həkim, ümumiyyətlə, müəyyən bir xəstəliyi olan ya da xüsusi simptomları olan demoqrafik olaraq oxşar xəstələr üçün eyni müalicəni nəzərdə tutur. Əlbəttə, həkimlər fərqli müalicələrin və ya diaqnostik prosedurların effektivliyini qəbul edirlər və həkimlər arasında müxtəlif davranışlara səbəb olurlar. Ancaq bəzi əhəmiyyətli istisnalarla xəstələrin seçimləri bu prosesdə əhəmiyyətli bir rol oynamır. Məsələn, prostat xərçəngi və ya döş xərçəngi müalicəsi ümumiyyətlə risklərin balanslaşdırılmasına və digər nəticələrə aiddir, lakin balans dəyəri və nəticələri barədə deyil.

Halbuki hər cür yaxşı və ya xidmət üçün, bazarın əhəmiyyətli bir funksiyası istehlakçıların seçimlərində fərqləri əks etdirmək olduğunu düşünürük. Əlbəttə, hər kəs yaxşı sağlamlıq istəyir. Ancaq bəzi yaxşı sağlamlığa nail olmaq üçün daha çox qurban vermək üçün başqalarından daha çox istəyərlər. Bu, yalnız pul və ya ödəmə qabiliyyəti məsələsi deyildir. Biz hamımız bilir ki, sağlamlıq, kilolu olmaq və həyata keçirmək deyil, siqaret çəkir. Və hələ də milyonlarla amerikalılar çəkir, çəkməzlər və məşq etmirlər. Bu vərdişlər dəyişdirmək çətin ola bilər, lakin milyonlar onları dəyişdi. Beləliklə, asılılıq bəhanə deyil. Bəzi insanlar uzunmüddətli potensial sağlamlıq təsirlərini qəbul etmək üçün kifayət qədər zərərli davranışlardan istifadə edirlər.

Buna görə də təəccüblənməməliyik ki, sağlamlığa dair dad fərqlər də bəzi insanların daha yaxşı sağlamlıq nəticələrini əldə etmək üçün daha çox ödəməyə hazır olduqlarını nəzərdə tutur. Bu, daha dolğun gündəlik yoxlamalar üçün daha çox ödəmə və ya simptomlar olduğunda daha yaxından diaqnostik müayinə üçün və ya yanlış tibbi şərtlərin daha çox bahalı olması üçün .

Bu sađlamlıq baxımının digər məqsədlərinə necə uyğun gəlir? Xərcləri çıxılan bir limit içində olan xəstələr üçün heç bir qarşılıq yoxdur. Həkim və xəstəxana istəklili olduqda, istədikləri hər şeyi satın ala bilər və ödəməyə hazırdırlar. Əlbəttə ki, bunların qarşısını almaq üçün bir səhv olardı.

Yüksək səviyyəli coinsurance dərəcəsinin üstünlüyü ondan ibarətdir ki, insanlar öz pullarını ödəmək istəyi ilə öz seçimlərini göstərə bilərlər. Əlbəttə ki, onlar istehsal etmək üçün bir dollar xərclədiyini bilmək üçün elə qəpik ödəyirlər ki, bu da provayderlərin istehlakçıların satın aldığı bəzi təzyiqlərə uyğun olacağını göstərir. Lakin fərdi seçimləri əks etdirən bu, bütün insanların eyni qayğıya məcbur etmək məcburiyyətində olan nöqtəyə gəlir.

Coinsurance dərəcəsi aşağı səviyyədə olduqda və ya xəstə ödəmədikdə problem daha çətinləşir. Bu hallarda, xəstələrin seçimlərini bilmək üçün heç bir yol yoxdur və həkim və təşkilat təminatçısı xəstənin nə olduğunu müəyyən etməlidir. Lakin bu, xəstələrin və onların həkimlərinin fərqli üstünlüklərə diqqət yetirmək üçün imkanlarını inkar edən bir arzuolunmaz nəticə kimi qəbul edilməlidir. Bu, belə vəziyyətlərin qarşısını almaq üçün maliyyələşdirmə sisteminin layihələndirilməsini arzulayır. Məsələn, xəstələrin seçdikləri əhatə dairəsi və ya iştirak etdikləri HMO üslubu ilə onların seçimlərini ifadə edən tədbirlər daxildir. Müalicə zamanında cibindən ödəməsələr belə, onlar müxtəlif siyasətlər və ya müxtəlif HMO'lar arasında seçimlə daha tam profilaktik qayğı, diaqnostik imtahan və ya müalicə forması arzulayır.

Bu, indi mümkün olan çox bahalı müalicələrin probleminin həlli üçün çərçivə ola bilər. Həkimlər (və xəstələr, kifayət qədər bilsələr) həmişə razılaşacaqları bəzi müalicələr var, baxmayaraq ki, onlar çox bahalı olsa da, müalicənin dəyərinə nisbətən yüksək ehtimalı yüksək olan əlverişli nəticələr çıxarırlar. Hər cür standart sađlamlıq sığortası siyasətinin (və ya hökumətin fəlakətli risk planı ilə əhatə olunduğu) bu cür müalicə tələb olunmasa, bəzi kəslərin sığortanın seçilməsi ilə sığortanın seçilməsi yolu ilə sığorta mükafatlarını azaltmağın bir cəzası olacaqdır.

tibbi şərtlərə cavab verdikləri təqdirdə cəmiyyətin qayğı üçün ödəyəcəyini bilir. Bunlar indi "impos" haqqında xəbərlər yaradan siyasətdir.

Ancaq daha çox şübhəli olan bu müalicələr üçün, müvəqqəti olma ehtimalı azdırsa və ya çox böyük xərclərlə müqayisədə həyat ömrünün yalnız kiçik artımları insanın sığorta aldığı və ya HMO seçdiyi təqdirdə əvvəlcədən ehtiyatına malik ola bilər. Bəzi sığorta planları indi digər planlara nisbətən daha geniş bir dərman ehtiva edirsə, eyni xəstəliklər üçün çox bahalı müalicəyə də tətbiq edilə bilər. Bu, praktikada necə aparılmalı və onun nəticələri qayğı baxımından nə üçün gələcək üçün vacib problemlərdir.

Bunun üçün HSA'ların mümkün islahatı üçün bir dərs var. Mən HSA prinsipinin tərəfdarıyam. Ancaq, düşünürəm ki, bu, çox yaxşılaşmışdır və onu təkmilləşdirməməsi onun siyasi prosesin nəticəsi olaraq reddinə səbəb ola bilər.

HSA'lar necə işləyir? HSA yaratan qaydalar 2003-cü ildəki Medicare Reçetesiz Drug, Təkmilləşdirmə və Modernləşdirmə Qanununun (MMA) bir hissəsi kimi qəbul edilmişdir. HSA fərdi pensiya hesabına (IRA) bənzərdir və ya 401 (k) gəlir (fərdi və fərdi və işəgötürən tərəfindən) və hesabın gəlirinin (faiz, dividendlər və kapital mənfəətlərinin) vergilərdən azad olduğu üstünlüyü vardır. Bir IRA ya da 401 (k) hesabından daha yaxşı olsa da, HSA'dan sağlamlıq üçün ödəmə üçün ayrılan vəsait heç vaxt vergiyə tabe olmur. Fəndəki tarazlıq bir IRA olacağı kimi irəliləyir.

Hər il HSA-da yerləşdirilə bilən pul miqdarı fərdin seçdiyi böyük riskli sığortalı siyasətdə çıxılmaqla bərabərdir. Daha konkret olaraq, 2006-cı ildə bir şəxs, HSA-nın şəxsiyyətinə, şəxsin yüksək dərəcədə vergiyə cəlb edilə bilən səhiyyə planının azaldılmasından və ya 2,700 ABŞ dollarından daha çox kömək edir. Ailənin əhatə dairəsi üçün onların maksimum məbləği \$ 5,450 təşkil edir. Siyasət, çıxılan və sui-qəsd ödənişlərinin çıxılmaqla yuxarıdakı birləşməsi ilə ortaya çıxan maksimum cəldən bir məbləğ qoyaraq maliyyə çətinliyindən qorunmalıdır. 2006-cı ildə bir neçə cüt üçün bu cəmi maksimum cəmi 10,500 ABŞ

dolları təşkil edir. Bir HSA siyasəti, 5000 ABŞ dolları və daha sonra, cəmi xərclərin 10.000 dollara çatmasına qədər, 20 faizdən çox azalma ola bilər, baxmayaraq ki, tipik siyasət maksimum mobil limitlərdən azdır.

HSA-nın vergi üstünlüyü fərdlər və işəgötürənlər üçün mövcud sağlamlıq sığortası siyasətindən aşağı çıxılan və aşağı coinsurance dərəcəsi ilə uzaqlaşmağa güclü stimül verir. Belə ənənəvi siyasətlər əsasən qayğı seçimini təhrif edir, lakin fərdi bir vergi fayda verir. HSA seçimi, israfə sərf olunan xərclərə səbəb olan stimulları azaltmaqla maliyyə qorunmasını təmin edən alternativ bir tibbi sığorta növü satın alaraq oxşar və ya daha böyük bir vergi üstünlüyü əldə etmək imkanı verir.

Fərdi şəxslər HSA-nın qalıqlarını öz sığorta haqqlarını ödəmək üçün istifadə edə bilərlər (yəni, çıxılan məbləğə qədər olan xərclər, üstəgəl maksimum mobil limitə qədər olan coinsurance ödənişləri). Alternativ olaraq, onlar HSA-nı bir IRA tipi kimi müalicə edə bilərlər, cibindən sığortalananmayan xərcləri ödəyirlər və pulların maksimum səmərəli pul yığılmasından istifadə edə bilərlər.

Cari HSA quruluşu ilə bağlı problemlər. Ancaq HSA qanunvericiliyi ilə mövcud olan iki problem var. Birincisi, 5,450 ABŞ dolları maksimum çıxılmaqla təsirli bir məhdudiyət olmadan sağlamlıq harcama qədər uzaq dollar ödəyəcək. Yuxarıda qeyd etdiyim kimi, xərclərin idarəedilməsində, cari borcun iki dəfə (10,900 dollar) iki dəfə üzərində coinsurance faizinin 50 faizini təşkil etmək daha effektiv olardı.

HSA yanaşması yalnız insanlar cazibədar olduqda uğur qazanacaqlar. Düşük gəlirli ailələr üçün, 5,450 ABŞ dolları (ya da ilk 10,900 \$ sağlamlıq xərcləri üzrə 50% -dən artıq cib ödənişləri) riski qəbul etmək istəyəndən daha böyük ola bilər. HSA qaydalarına əsasən, belə bir ailə bir az azaldılmış siyasəti seçə və HSA-lara az pul qoya bilər. 30.000 ABŞ dolları olan bir ailə yalnız 3000 ABŞ dolları və yalnız 3,000 ABŞ dolları (işəgötürənin katkısı daxil olmaqla) 3000 ABŞ dolları dəyərində qərar verə bilər. 3000 ABŞ dolları olan bir ailədən belə bir ailə daha da

çox olardı bu cür xərclərə effektiv intizamın aradan qaldırılması, çıxılan məbləğdən yuxarı xərcləmə. Bu cür ailənin bir HSA-da 3,270 ABŞ dolları məbləğində depozit verməsi daha yaxşı olardı, əgər onlar 10,900 dollar xərclədikdə 30 faiz coinsurance dərəcəsi var. Coinsurance dərəcəsi aşağı sərhəd olmalıdır, baxmayaraq ki, onun əlverişli stimullaşdırıcı təsiri olduğuna əmin olmaq üçün 100% coinsurance dərəcəsi (yəni, bir deductible) aşağı məbləğdə əlbəttə ki, yanlıştır.

Prinsipcə, sağlamlıq sığortası üçün əlverişli vergi müalicəsini tamamilə aradan qaldırmaq, istərsə də istənilən çıxılmaq və istənilən coinsurance kombinasiyasını seçməkdən imtina etməklə, işəgötürən / işçilərin prediktual dollarların HSA-ya müəyyən bir səviyyədə əvəz edilməsi mümkündür. Bu, vergilərin cari təhrif təsirini sığorta şəklində aradan qaldırmaq, sağlamlıq borclarını ödəmək üçün xüsusi qənaət hesabı təqdim etmək və insanların şəxsi risk seçimlərini uyğunlaşdırmaq üçün onların ayırmalarını və coinsurance-nı optimallaşdırmaq imkanı verir. Belə bir plan ilə bir təhlükədir ki, bəzi insanlar, xüsusən nisbətən az gəlir və aktivləri olanlar, hökumət və ya xəstəxana çox bahalı baxım üçün ödəməlidirlər ki, biliyində heç bir maksimum cib xərci olmayan bir plan seçə bilərlər.

HSA qanunvericiliyində hazırkı forma ilə əlaqədar ikinci problem, ölkənin bütün xəstəxanalarında xəstəxana faturalarını ödəyən xəstələrin yaratdığı pis borcların böyük həcmində yaşanması ilə bağlıdır. Bu, sığortalanmamış xəstələr üçün xüsusilə doğrudur, eyni zamanda, onların siyasətinə görə nəzərdə tutulan coinsurance və deductibles ödəməyən sığortaçılar üçün də doğrudur.

Belə qeyri-ödənişlər HSA ilə daha da ağırlaşsa bilər. 5000 ABŞ dolları məbləğində olan bir şəxs xəstəxanadan xəstəxanadan edildikdə qanun layihəsini ödəmək üçün əlində pul ola bilməz. Bir çox insanlar öhdəliyini qəbul edər və buna görə dərhal sonra qanun layihəsini ödəyəcəklər, bəlkə də onların HSA-larına müraciət edərək, başqaları sadəcə ödənişi ödəyir və nəticədə ödəmirlər.

Həddindən artıq xərclərə görə intizam kimi cibdən ödəmənin üstünlüyü, əlbəttə ki, kəsildi və ya copayment ödəmədiyi halda əlbəttə itirə bilərdi. Xəstəxanaların hər bir xəstəxana fakturasının ilk 5000 dollar toplanmadığı maliyyə sağlamlığına təsiri çox ciddi olardı. Halbuki, digər malların və xidmətlərin satıcısından fərqli olaraq, xəstəxanalar müalicə zamanı ödəmək üçün nağd pul olmayan təcili xəstələrə qayğı göstərmir.

Bunun bir sadə üsulu, xəstəxanaların (və digər səhiyyə təminatçısının) üç aylıq müddətdə ödənilməmiş insanların HSA balanslarına asanlıqla daxil olmasına imkan verəcəkdir. Bu sığorta agentliyi vasitəsilə və ya HSA debet kartı ilə təminat zamanı girov kimi istifadə edilə bilər. HSA sisteminin cəlbediciliyinə görə insanlara, HSA hesablarından çox deyil, cibindən ödəmə seçimini etmək imkanı verilməlidir. Lakin pis borcların toplanmasının adi qanuni proseduru olmayan provayderlər tərəfindən HSA hesablarına asan giriş özü üçün arzuolunan və insanlar üçün ödənişləri ödəmək üçün güclü bir təşviq olardı.

NƏTİCƏ VƏ TƏKLİFLƏR

Tədqiqat nəticəsində aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir:

1. Bu gün önəmli yerlərdən birini tutan qeyri-həyat sığortası sahəsi könüllü sığorta növlərindən biri olan tibbi sığorta araşdırılmışdır. Sığorta edilənin sığorta sazişində qeyd olunmuş xəstəliyə düçar olmasına görə müayinə və müalicə edilməsinə əsasən tibb müəssisələrinin verdiyi xidmətlərlə, həm də dərman vasitələrinin alınması ilə bağlı meydana gələn xərclərin kompensasiya- sının tam yaxud qismən ödəniş edilməsi tibbi sığorta adlanır.

2. İnsan həyatının sağlamlığı, onun təhlükəsizliyi kimi hallar tibbi sığortada əsas amildir. Tibbi sığorta əsas sığorta sahəsi kimi bu gün inkişaf etməkdədir.

3. Tibbi sığorta əhalinin sağlamlıq mənafeələrinin sosial müdafiəsi formasıdır. Tibbi sığortanın əsasında potensial tibb xidmətlərindən istifadə üçün istehlakçılar tərəfindən daimi olaraq haqqın ödənilməsi hesabına yaranacaq xərclərin əvəzinin ödənilməsi əsas dayanır. Sığorta olunanlardan yığılmış məbləğ sayəsində zəmanətli tibbi yardımın maliyyələşdirilməsi, sığorta hadisəsinin meydana gəldiyi zamanda ödənilməsi tibbi sığortanın başlıca məqsədidir.

4. Bu gün bazarda fərdi sağlamlıq sığortası, ailə sağlamlığı sığortası, tənqidi xəstəlik sığortası və fərdi qəza sığortası kimi bir çox digər xəstəlik sığortası planları mövcuddur. Təhsil sığortası olması maliyyə planlaşdırmasının vacib bir hissəsidir.

Aşağıdakı təklifləri nəticələrə uyğun olaraq irəli sürməyi zəruri hesab edirəm:

1. Tibbi sığorta sistemi digər sığorta sistemlərindən daha da təkmil vəziyyətə gətirilərsə inkişaf baş verə bilər;

2. Səhiyyə sisteminin əsasını tibbi sığortanın icbari əhəmiyyət daşı -ması təşkil olunmaqla kütləvilik nəzərə çarpa bilər;

3. Tibbi dəstək almağın sadələşdirilməsi sığorta xidmətinin yüksəlməsi ilə ola bilər;

4. Sığorta xidmətində kompensasiyaların verilməsi sığortalıların tibbi dəstək görməsi üçün əhəmiyyətli şərait yaradır.

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT SİYAHISI

Azərbaycan dilində

1. Azərbaycan Respublikasının “Sığorta fəaliyyəti haqqında” Qanunu. 25 dekabr, 2007-ci il.
2. Azərbaycan Respublikasının “Sığorta haqqında” Qanunu. 1999.
3. Azərbaycan Respublikası “Tibbi sığorta haqqında” Qanunu. AR MM-in 28 may 1999 - cu il tarixli qərarı.
4. A. Kərimov (2000) “Sığorta” Bakı, “Təhsil”.-200 səh.
5. B.A. Xankişiyeu, P.N. Abdullayev (2004) “Sığorta işi” Bakı, “Adiloğlu”.-186 səh.
6. B.A. Xankişiyeu (2005) “Sığorta hamı üçün” Bakı, “Səda”.- 74 səh.
7. B.A. Xankişiyeu (2006) “Sığorta fəaliyyətinin əsasları” Bakı, “Elm”.- 274 səh.
8. D.A. Bağırov (2006) “Vergi nəzarəti” Bakı, “Səda”.- 412səh.
9. E. Salahov (2014) “Tibbi sığorta: səhiyyəimizin immun çatışmazlığı” Bakı, “Qanun”.-420 səh.
10. M.C. Hüseyinov (2010) “Sığorta işi” Bakı, “Elm”.-210 səh.
11. N.N.Xudiyev (1993) “Dövlət sığortası və sığorta münasibətlərinin təkmilləşdirilməsi” Bakı, “Azərnəşr”.-242 səh.
12. N.N. Xudiyev (2003) “Sığorta işi” Bakı, “Səda”.-450 s.
13. Z.Bəşirqızı (2014) “Azərbaycanda tibbi sığorta: vəzifələr, problemlər” Bakı, “Səda”.-242 səh.

Rus dilində

1. A.A. Александров (2013) “Страхование” М.Приор.-213 с.
2. A.A. Гвозденко (2007) “Основы Страхования» Москва.- 200 с.

3. И.Т. Балабанов (2004) “Страхования”.- 204 с.
4. К.Т. Воблий (2011) “Основы экономики страхования” Москва.- 211 с.
5. В.В. Шахов (1997) “Страхование” М., Юнити.- 199 с.

İngilis dili

1. Care: Health Care for the 21st Century (2005) АРНС.
2. Compulsory Medical Insurance system in Azerbaijan (2009) Baku. 209 p.
3. Global Health Insurance Advice (2012) Azerbaijan Health Insurance.- 212 p.
4. P. J. Frelstein (2005) “Health Care Economics” Thomson Press.- 250 p.
5. R.Rhyne, R. Bogue and others (2003) Community - Oriented Primary.

İnternet resursları

1. https://www.stat.gov.az/source/finance/az/bul/Sigorta_yan-sent2017.pdf
2. <https://az.wikipedia.org/wiki/S%C4%B1%C4%9Forta>
3. <http://www.maliyye.gov.az/news/3863/sigorta-fealiyyetinin-lisenziyalasdirilmesi>
http://www.taxes.gov.az/modul.php?name=taxes_calendar&lang=
4. <https://www.economy.gov.az/article/i-qtisadiyyat-nazirliyi-3-cu-respublika-i-nnovasiya-musabiqesi-elan-edir/30124>
5. <https://its.gov.az/az/i-tsda-haqq-nda/hesabatlar/>
6. <http://sehiyye.gov.az/xeberler/2425-azrbaycanda-icbari-tibbi-sortaya-hazrlq-mvzusunda-gr-keirilib-foto.html>
7. <http://standardinsurance.az/show.page.php?guid=a93500de-f8c5-11e0-83d5-83283db8e659>

Cədvəllərin siyahısı

Cədvəl 1. Səhiyyə sistemində demoqrafik göstəricilər (2015-2018-ci il üzrə) (faizlə).....	30
Cədvəl 2. 2011-2018-ci illərdə Azərbaycan ümumi sığorta bazarı üzrə yığılan sığorta haqları (milyon, AZN).....	36
Cədvəl 3. Tibbi sığorta vasitəsilə aparılan sağlamlıq tədbirlərində dinamik artım tempi (illər üzrə).....	47
Cədvəl 4. Ayrı-ayrı sığorta şirkətləri üzrə tibbi sığortanın səhiyyə sistemində rolunun qiymətləndirilməsi göstəriciləri.....	48

Şəkillərin siyahısı

Şəkil 1. Sığorta şirkətləri (il 2016).....	29
Şəkil2.Səhiyyə üzrə bdcə xərcləri.....	34
Şəkil3.Tibbi sığortanın sığorta sahələri arasında yeri (faizlə).....	37
Şəkil 4. Könüllü tibbi sığorta.....	46

Qrafiklərin siyahısı

Qrafik 1. Səhiyyə sistemində tibbi sığortanın rolunun artması (illər üzrə).....	47
---	----