

İcbari tibbi sığortaya keçid ölkənin səhiyyə sistemini islah edə bilirmi?

written by Azer Mehtiyev

İcbari tibbi sığortanın ölkə üzrə mərhələli tətbiqi istiqamətində 2020-ci ilin əvvəlindən başlayan proses nəhayət başa çatdı: 1 aprel 2021-ci il tarixdən etibarən bütün ölkə əhalisi icbari tibbi sığorta ilə [əhatə olunur](#). Bununla yanaşı aprel ayında baş verən daha iki hadisə ölkənin səhiyyə sistemində baş verənlərə yenidən nəzər salmağa maraq oyatdı:

1. Yeni növ koronavirus (COVID-19) infeksiyasına yoluxan xəstələrin müalicə olunduğu iki böyük tibb müəssisəsinin rəhbərləri – Fövqəladə Hallar Nazirliyinin Tibb Mərkəzinin Zığ Modul Tipli Hospitalının baş həkimi və *Yeni klinika* Publik Hüquqi Şəxsin [direktoru](#) – və bəzi əməkdaşları COVID-19 xəstələrinə münasibətdə qanunsuz əməllərinə görə [həbs olundular](#). Bu zaman Fövqəladə Hallar Nazirliyi (FHN) ilə Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi (TƏBİB) arasında Zığ Modul Tipli Hospitalının baş həkiminin vəzifə təyinatı və tabeçiliyi ilə bağlı maraqlı bir *polemika* yaşandı: ölkə mətbuatında Fövqəladə Hallar nazirinin məlum Hospitalın həbs edilən Baş həkimi və əməkdaşlarının FHN-nin Tibb Mərkəzinin işçiləri olmadığını və onların TƏBİB-lə müqavilə əsasında işlədiklərini [bəyan edən fikri](#) yayıldı. TƏBİB buna dərhal [reaksiya verdi](#) və həmin məlumatın həqiqəti əks etdirmədiyini, TƏBİB ilə Fövqəladə Hallar Nazirliyi və ya onun xəstəxanası arasında hər hansı müqavilənin bağlanmadığını bəyan etdi. Əslində bu bəyanatlar həmin qurumların *məsuliyyətdən qaçmaq* yaxud *məsuliyyəti bölüşmək* cəhdləri kimi qiymətləndirilə bilər;

2. Bütün pandemiya dövründə ictimaiyyətin qarşısına çıxmayan və özünü məsuliyyətdən *kənarlaşdırmış* kimi görünən səhiyyə naziri Oqtay Şirəliyev vəzifəsindən [azad edildi](#).

Koronavirus xəstələrinin müalicəsinin təşkili vəziyyəti ilə bağlı son bir ildə cəmiyyətdə yaranan müəyyən narazılıqlar fonunda ölkənin bəzi kütləvi informasiya vasitələrində dövlət tibb müəssisələrinin TƏBİB-in tabeliyindən çıxarılaraq yenidən nazirliyin tabeliyinə qaytarılması zəruriliyi ilə bağlı rəylər dövrü olaraq səsləndirilirdi. Amma son hadisələrdən sonra mətbuatda belə rəylərin daha da çoxalması və intensivləşməsi heç də təsadüfi görünmür.

Son 15-20 ildə ölkənin səhiyyə sistemində islahat cəhdlərini və çalışmalarını mütəmadi izləyən və müşahidə aparan biri olaraq deyə bilərəm ki, ölkənin səhiyyə sistemində olan və əhalini narazı salan problemlərin heç də yeni olmadığını, bunların səhiyyə sistemində illərlə kök saldığını və getdikcə dərinləşdiyini hamı görür. İcbari tibbi sığortaya keçilən kimi (xüsusilə bu prosesin pandemiya şəraitində baş verdiyi zaman) həmin problemlərin dərhal həll olunacağını və ortadan qalxacağını gözləmək sadəlövhlik olardı.

TƏBİB-in tabeliyinə keçdikdən sonra tibb müəssisələrində problemlərin artdığını söyləməyə əsas verəcək hər hansı bir araşdırma və ya sistemli faktlar da ortada yoxdur. İcbari tibbi sığortaya keçidin nəticələrini qiymətləndirmək isə hələ tezdir, çünki prosesin hələlik ilkin mərhələsindəyik. Buna görə də indiki halda yalnız icbari tibbi sığorta islahatının gedişini dəyərləndirmək, habelə bu prosesin bütövlükdə ölkənin səhiyyə sistemində nə qədər köklü dəyişikliklərə aparıb çıxara biləcəyini qiymətləndirmək olar. Bu məqalədə məhz bu iki məsələyə münasibət bildirirəm.

Ölkənin səhiyyə sistemində islahatlara hazırlıq mərhələsi

Azərbaycanın səhiyyə sistemində islahatlar məsələsi hələ 1990-cı illərin sonları – 2000-ci illərin əvvəllərində müzakirə edilməyə başlamışdı. Keçmiş SSRİ-dən miras qalmış və əhaliyə *pulsuz* xidmət göstərməli olan səhiyyənin təşkilinin *Semaşko modeli* artıq işləmirdi: iqtisadi-maliyyə imkanlarının məhdudluğu səbəbindən hökumət səhiyyə sisteminin normal

fəaliyyəti üçün yetərli qədər vəsait ayıra bilmir, dövlət büdcəsindən ayrılan məhdud vəsaitlər belə əsasən korrupsiyanın yeminə çevrilir, tibb müəssisələrinin maddi-texniki təminatı getdikcə pisləşir, tibbi xidmətlərin keyfiyyəti və əlçatanlıq səviyyəsi aşağı düşməkdə davam edir və tibbi xidmətlərə görə əhəlinin cibindən ödənişləri artırdı.

Dünya Bankının araşdırmalarına əsasən, 2002-ci ildə Azərbaycanda illik cəmi səhiyyə xərclərinin yalnız 20-25 faizini dövlət büdcəsinin vəsaiti, qalan 75-80 faizini isə əhəli tərəfindən ödənişlər (*cibdən ödənişlər*) təşkil edirdi (World Bank 2005). [Dövlət Statistika Komitəsinin](#) (DSK) məlumatlarına əsasən, 2002-ci ildə dövlət büdcəsindən səhiyyə sektoruna ayrılan vəsaitin məbləği 44.8 milyon AZN (təqribən 50.2 mln. ABŞ dollarına ekvivalent) olub ki, bu da illik dövlət büdcəsi xərclərinin 4.8%-i, illik ÜDM-in 0.7%-i qədər deməkdir. Dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitin əhəlinin hər nəfər hesabına düşən məbləği təqribən 5.5 AZN-ə (\$5.7) bərabər olub. Beynəlxalq Şəffaflıq Təşkilatının [2002-ci il üzrə Korrupsiyaya Həssaslıq İndeksində](#) Azərbaycan 2 balla 102 ölkə arasında 95-ci yerdə qərarlaşmışdı.

Səhiyyə sistemində islahatların istiqamətinin müəyyən edilməsi, islahat proqramının hazırlanması, islahatların təşkili və aparılması məqsədiylə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 1998-ci il 13 mart tarixli [760 sayılı Sərəncamı](#) ilə Səhiyyə Sahəsində İslahatlar üzrə Dövlət Komissiyası yaradılmış, həmin ilin dekabrın 29-da imzaladığı [49 sayılı Fərmanla](#) Komissiyanın Əsasnaməsi təsdiq olunmuşdu.

1999-cu ilin oktyabrında *Tibbi sığorta* haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu 28 (№ 725-IQ) qəbul olundu. Qanunun tətbiq edilməsi barədə Prezidentin 30 dekabr 1999-cu il [tarixli \(№241\) Fərmanı](#)nda Nazirlər kabinetinə tapşırılırdı ki, 2 ay müddətində icbari tibbi sığorta haqlarının məbləği və ödənilmə qaydasını, icbari tibbi sığorta sistemində tibbi xidmətlər üçün tarifləri müəyyən etsin, habelə icbari tibbi sığorta proqramını təsdiq etsin. Lakin sonradan bu

tapşırıqların icrası ilə bağlı hər hansı bir rəsmi məlumat, yaxud rəsmi sənəd ortada olmadı.

Səhiyyə islahatlarının hazırlanmasına dəstək məqsədilə 2001-ci ildə Dünya Bankı ilə 5 mln. ABŞ dolları dəyərində [Health Reform Project LİL](#) layihəsi imzalanmışdı. 2001-2006-cı illər dövründə icra olunan həmin layihədə 5 pilot ərazidə ilkin səhiyyənin gücləndirilməsi, nazirliyin potensialının artırılması və optimallaşdırma komponentləri vardı. 2005-2006-cı illərdə Dünya Bankı, Dünya Səhiyyə Təşkilatı, USAİD və başqa bir neçə beynəlxalq təşkilatın fəal iştirakı ilə ölkədə səhiyyə islahatları ilə bağlı müzakirələr genişləndi, səhiyyə sektorunda islahatların genişləndirilmiş konsepsiyası hazırlanıb hökumətə təqdim edildi. Lakin həmin sənəd proqram kimi təsdiq edilmədi, yalnız işçi sənəd olaraq qaldı [Azerbaijan HiT, 2010].

2006-cı ildə Dünya Bankı ilə 50 mln. ABŞ dolları dəyərində Səhiyyə Sektorunda İslahatlar Layihəsi ([Health Sector Reform Project](#)) üzrə saziş imzalandı. 2006-2013-cü illər dövründə reallaşdırılacaq və 5 pilot rayonu (Abşeron, Ağdaş, İsmayıllı, Qax və Şəki) əhatə edəcək bu layihə çərçivəsində səhiyyə sistemində struktur və idarəetmə islahatlarının həyata keçirilməsi nəzərdə tutulurdu. Səhiyyə Nazirliyinin [Hesabatı](#)nda qeyd edilirdi ki, bu layihəyə Azərbaycan hökuməti əlavə olaraq 28.3 milyon dollar, ABŞ Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi (USAİD) 8.0 milyon dollar, YUNİSEF 470 min dollar və Dünya Səhiyyə Təşkilatı 35 min dollar ayıracaqdı. Layihə çərçivəsində 2009-cu ildə Azərbaycan Səhiyyə Sisteminin Fəaliyyətinin Qiymətləndirilməsi üzrə hesabat hazırlanmış, həmin hesabatda ölkənin səhiyyə sisteminin problemləri tamamilə əks olunmuşdu.

2005-2006-cı illərdə bir qrup xəstəliklər (şəkərli diabet, onkoloji xəstəliklər, xroniki böyrək çatışmazlığı, qan xəstəlikləri və s. kimi) üzrə [9 proqram](#) hazırlanaraq hökumət tərəfindən qəbul edildi və dövlət büdcəsindən həmin proqramların maliyyələşdirilməsi üçün vəsait ayrılmağa

başlanıldı.

2007-ci ilin fevralın 6-da Azərbaycan Respublikasının Prezidentinin [Fərmanı](#) (№523) ilə Səhiyyə Sahəsində İslahatlar üzrə Dövlət Komissiyası ilə bağlı yuxarıdakı qeyd olunan sərəncam və fərman ləğv edildi.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatına birinci cəhd

2007-ci ilin dekabrın 7-də *Tibbi sığorta haqqında* Azərbaycan Respublikasının Qanununda ölkədə icbari tibbi sığortanın tətbiqi məqsədilə [əlavə və dəyişikliklər](#) edildi. Dekabrın 27-də isə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin yaradılması ilə bağlı Azərbaycan Respublikası Prezidentinin [Sərəncamı](#) (№2592) imzalandı. Sərəncamda qeyd edilir ki, bu Agentlik “Azərbaycan Respublikasının səhiyyə sisteminin idarə olunmasını təkmilləşdirmək, əhaliyə tibbi yardım göstərilməsi mexanizmini müasir tələblərə uyğunlaşdırmaqla səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətini daha da yaxşılaşdırmaq, icbari tibbi sığorta sisteminin tətbiqinə başlamaq məqsədilə” yaradılır.

2008-ci il yanvarın 10-da Azərbaycan Respublikası Prezidentinin [Sərəncamı](#) (№2620) ilə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyası təsdiq edildi. [Konsepsiyada](#) vurğulanırdı ki, icbari tibbi sığrta tətbiq olunmaqla ölkədə səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsinin yeni iqtisadi əsasları yaradılacaq, bütün vətəndaşlar baza (əsas xidmətlər) zərfinə daxil olan xidmətlər səviyyəsində pulsuz tibbi xidmətlə təmin ediləcək, əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyəti yaxşılaşdırılacaq və səhiyyə sisteminin idarə olunması təkmilləşdiriləcək.

2008-ci il avqustun 11-də Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinin [179 sayılı Qərarı](#) ilə 2008-2012-ci illərdə *Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi*

Konsepsiyasının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planı təsdiq olundu. Tədbirlər Planında icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyasının həyata keçirilməsi üçün 2012-ci ilin sonunadək görülməli olan tədbirlərin (işlərin) siyahısı, bunların icrasına məsul qurumların adları və hər bir tədbirin icra müddətləri əks olunmuşdu.

2008-ci il dövlət büdcəsi zərfinə daxil olan *Azərbaycan Respublikasının 2008-ci il və növbəti üç il üzrə iqtisadi və sosial inkişaf konsepsiyası və proqnoz göstəriciləri* adlı proqram sənədində səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatları və tibbi sığorta sisteminin yaradılması istiqamətində həyata keçirilən tədbirlər nəticəsində həmin dövrün sonuna nail olunacaq konkret hədəflər də müəyyənləşdirilmişdi (Azərbaycan Respublikasının 2008-ci il dövlət büdcəsi zərfi. II cild. Bakı, 2007, 82-83).

Hətta 2008-2011-ci illər üzrə hər ilin dövlət büdcəsində icbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə bağlı xərclər ([2008-ci ildə](#) 30.0 milyon, [2009-cu ildə](#) 51.0 milyon, [2010-cu](#) və [2011-ci illərdə](#) hər il 30.0 milyon manat) planlaşdırılsa da, həmin xərclər reallaşdırılmadı. Çünki icbari tibbi sığortanın tətbiqini həyata keçirməli olan başlıca qurumun – Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin – yaradılması (2015-ci ilin sonunadək) baş tutmamışdı.

Ölkədə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatlarının durumu ilə bağlı 2012-ci ildə Oksfam Beynəlxalq Təşkilatının dəstəyi ilə apardığımız bir tədqiqat zamanı bu Dövlət Agentliyinin yaradılmasının baş tutmamasının səbəblərini də araşdırmışdım. Gəldiyim nəticə belə idi ki, burada başlıca səbəb səhiyyə sektorunda dövr edən böyük maliyyə və digər resurslar üzərində nəzarət uğrunda gedən maraqlar toqquşmasıdır. Belə ki, o zaman ölkədəki dövlət səhiyyə müəssisələrinin rəhbərlərinin təyinatı və həmin müəssisələrə ayrılan dövlət vəsaitləri korrupsiya mənbəyi idi.

Ölkədəki dövlət səhiyyə müəssisələrinin böyük əksəriyyəti

Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olsa da, başqa bir sıra dövlət qurumlarının tabeliyində olan səhiyyə müəssisələri də vardı. Dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin bölünməsində isə Səhiyyə Nazirliyi və tabeliyində səhiyyə obyektlərinin olduğu qurumlarla yanaşı, Maliyyə Nazirliyi, rayon (şəhər) icra hakimiyyəti başçıları, rayon maliyyə və səhiyyə idarələri və s. kimi çox sayda qurumlar birbaşa və dolayısı ilə iştirak edirdilər. Yəni, səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sahəsində nəzərdə tutulan islahatlar çoxsaylı maraqlara toxunurdu. Səhiyyə Nazirliyi isə İTS üzrə Dövlət Agentliyinin nazirliyin tabeliyində olmasını istəyir və buna çalışırdı.

Maliyyələşməsi artdıqca əlçatanlığı azalan dövlət səhiyyəsi

Böyük neft gəlirləri hesabına 2007-ci ildən başlayaraq həm dövlət büdcəsinin Səhiyyə bölməsinə ayrılan vəsaitlərin, həm də səhiyyə sektoruna yönəldilən büdcə investisiyalarının məbləğinin ildən-ilə artması baş verirdi. Dövlət büdcəsinin Səhiyyə bölməsinin xərcləri [2006-cı](#) ildəki 162.0 mln. manatdan [2013-cü ildə](#) 618.9 mln. manata yüksəlmişdi, yəni 4 dəfəyədək artmışdı. Eyni zamanda, 2007-2013-cü illər dövründə səhiyyə sektoruna yönəldilən büdcə investisiyalarının məbləği 1047.7 mln. manat [\[1\]](#) olmuşdu (bu vəsait ölkədə yeni səhiyyə obyektlərinin tikintisinə və mövcud səhiyyə obyektlərinin əsaslı təmirinə yönəldilib).

Başqa bir misal: Maliyyə Nazirliyinin məlumatına əsasən, 2007-ci ilin dövlət büdcəsindən xəstəxanaların dərman, sarğı ləvazimatları və materialları təmin edilməsinə 12.1 mln. manat, ərzaq məhsullarının alınmasına isə 5.0 mln. manat (faktiki xərclər) ayrılıb [\[2\]](#). 2012-ci ildə isə həmin xərclər, müvafiq olaraq, 37.3 mln. manat və 18.5 mln. manat təşkil edib [\[3\]](#), yəni uyğun olaraq, 3.1 və 3.7 dəfə artmışdı. Lakin o dövrdə ölkədə heç kimə sirr deyildi ki, xəstəxanalarda müalicə alan xəstələrin bütün dərman və ərzaq təminatını pasiyentlərin özləri, yaxud qohum-əqrəbası tərəfindən təmin olunurdu (halbuki Səhiyyə Nazirliyi hələ 2005-ci ildə stasionar tibb

müəssisələrində müalicə alan xəstələrin büdcə vəsaiti hesabına təmin edilməli olduğu dərman preparatlarının [siyahısını](#) təsdiq etmişdi). Sektora dövlətin ayırdığı maliyyə vəsaitinin məbləğinin artması maraqlar mübarizəsini daha da gücləndirirdi.

Eyni zamanda, səhiyyənin dövlət maliyyələşdirilməsinin artmasına rəğmən, səhiyyə xərclərində əhalinin *cibdən ödənişlərinin* payının yenidən böyüməsi müşahidə olunurdu. Dünya Bankının [məlumatına](#) əsasən, ölkədə illik ümumi səhiyyə xərclərində əhalinin *cibdən ödənişlərinin* payının səviyyəsi 2002-ci ildəki 72.3%-dən 2007-ci ildə 52.7%-ə düşmüşdü. 2007-ci ildən sonra dövlət tərəfindən səhiyyə sektoruna ayrılan vəsaitlərin məbləğinin əhəmiyyətli dərəcədə artmasına rəğmən, *cibdən ödənişlərin* payı da yenidən artmağa başladı və 2012-ci ildə 60%-lik səviyyəni ötdü.

Halbuki, Səhiyyə nazirinin əmri ilə 2008-ci il fevralın 1-dən nazirliyin strukturuna daxil olan və dövlət büdcəsindən maliyyələşdirilən müalicə-profilaktika müəssisələrində əhaliyə göstərilən pullu xidmətlər ləğv edilmişdi[4]. *Cibdən ödənişlərin* payının artmasında dövlət səhiyyəsidəki korrupsiya halları ilə yanaşı, ölkənin səhiyyə sektorunda özəl klinikaların sayının sürətlə çoxalması və ölkə iqtisadiyyatında baş verən iqtisadi canlanma ilə əlaqədar əhalinin gəlirlərinin və ödəmə qabiliyyətinin artması kimi amillərin də rolunun olduğunu qeyd etməliyəm.

Bununla yanaşı, müşahidələr göstərirdi ki, həmin dövrdə müalicə üçün xaricə (İran, Rusiya, Türkiyə və başqa ölkələrə) üz tutan vətəndaşların sayı da ildən-ilə sürətlə artırdı. Məsələn, DSK-nın [məlumatına](#) görə, *müalicə turizmi* məqsədilə xarici ölkələrə gedən ölkə vətəndaşlarının sayı 2007-ci ildəki 20.6 min nəfərdən 2013-cü ildə 169.0 min nəfərə yüksəlmişdi, yəni 8 dəfədən çox artmışdı. Elə bunu da ölkə daxilində təqdim olunan tibbi xidmətlərin qiymətlərinin baha, keyfiyyətinin isə aşağı olmasından əhalinin narazılığının bir göstəricisi hesab etmək olardı. Belə qənaətə gəlmək olur ki, bu dövrdə həm

əhalinin tibbi xidmətlərə tələbinin, həm də hökumətin səhiyyənin maliyyələşdirilməsi xərclərinin əhəmiyyətli dərəcədə artmasına rəğmən, əhalinin keyfiyyətli tibbi xidmətlərə əlçatanlıq səviyyəsində nəinki irəliləyiş olmayıb, əksinə, hətta pisləşmə müşahidə olunub. Bu vəziyyət səhiyyədə Hart Qanunu ([The Inverse Care Law](#)) kimi tanınır.

Bu durum, xüsusilə, 2013-cü ildə keçiriləcək prezident seçkilərindən əvvəl hökumətin diqqətini çəkməyə bilməzdi. Beləliklə, Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 29 dekabr 2012-ci il tarixli (№ 800) fərmanı ilə təsdiq edilmiş [Azərbaycan 2020: gələcəyə baxış](#) İnkişaf Konsepsiyasında icbari tibbi sığortaya keçid məsələsi həyata keçirilməsi zəruri olan mühüm islahat istiqamətlərindən biri kimi vurğulandı. Və seçkidən dərhal sonra bu sahədə müəyyən işlərin həyata keçirilməsinə başlanıldı. Lakin məhz 2015-ci ildə ölkədə yaşanan iqtisadi böhranın icbari tibbi sığortaya keçid istiqamətində real addımların atılmasında həlledici rol oynadığını söyləmək olar.

Səhiyyə sisteminin islahatına ikinci cəhd: icbari tibbi sığortaya keçid

Müxtəlif ölkələrdə səhiyyə islahatlarının təcrübələrini araşdıran ekspertlərin fikrincə, hər bir ölkədə fəaliyyətdə olan mövcud institutlar və hakim xüsusi maraq qrupları çox vaxt köklü dəyişikliklərin fəal şəkildə əleyhinə olurlar və hətta çox zaman bunun üçün əsaslar da tapa bilirlər. Buna görə də sistemin köklü islahatı üçün müəyyən bir siyasi yaxud iqtisadi sarsıntının olması lazımdır [Marc J.Roberts və başqaları, 2003].

Azərbaycanda səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsində köklü islahatlara start verən belə sarsıntı məhz ölkənin 2015-ci ildə üzləşdiyi iqtisadi böhranı oldu. Bu zaman neft gəlirlərinin kəskin azalması səbəbindən hökumət çox ciddi büdcə məhdudiyyətləri ilə üz-üzə qaldı. Aydın görünürdü ki, neftin qiymətlərinin uzunmüddətli dövrdə aşağı qalacağı halda

hökumət bir çox sahələri yetərincə maliyyələşdirmək çətinliyi ilə üzləşəcək. Səhiyyə isə elə sahədir ki, buraya ayrılan vəsaitin davamlı olaraq artırılması lazım gəlir. Həm də davamlı olaraq artmaqda olan bu tələbatı yalnız dövlətin imkanları hesabına ödəmək mümkünsüz ola bilər. Mövcud maliyyələşdirmə mexanizminin saxlandığı şəraitdə dövlətin səhiyyəyə ayırdığı vəsaitlərin həcmi nə qədər artsa da, əhalinin keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinə əlçatanlığını arzuolunan səviyyəyə çatdırmağın mümkün olmayacağı da aydın görünürdü. İcbari tibbi sığortanın tətbiqi isə hökumətə həm səhiyyə sektoruna əlavə maliyyə mənbələrini səfərbər etməyə, həm də maliyyə vəsaitlərinin daha səmərəli istifadəsi mexanizmlərinin tətbiqinə imkan verə bilərdi. Hər halda bu dəfə icbari tibbi sığortaya keçid məsələsində hökumətin daha ardıcıl siyasi iradə nümayiş etdirməsi müşahidə olundu.

Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 27 oktyabr 2015-ci il tarixli [\(№1474\) Sərəncamı](#) ilə Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin direktoru təyin edildi. Daha sonra prezidentin 2016-cı il 15 fevral tarixli [765 sayılı Fərmanı](#) ilə Dövlət Agentliyinin Əsasnaməsi və strukturu təsdiq edildi.

Azərbaycan Respublikasında dövlət idarəçiliyinin təkmilləşdirilməsi ilə bağlı bəzi tədbirlər haqqında Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 24 noyabr 2016-cı tarixli [\(№ 1125\) Fərmanı](#) ilə *icra hakimiyyəti orqanı* hüquqi statusuna malik Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi əsasında *İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi* (İTSDA) publik hüquqi şəxs yaradıldı. Daha sonra dövlət başçısının 2017-ci il 6 sentyabr tarixli (№1592) [Fərmanı](#) ilə İTSDA-nın Nizamnaməsi təsdiq edildi.

[Nizamnamədə](#) vurğulanır ki, “İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi icbari tibbi sığortanın tətbiqini təmin edən, xidmətlər zərfi çərçivəsində tibbi xidmətlərin maliyyələşdirilməsi üçün vəsaitləri icbari tibbi sığorta

fondunda cəmləşdirən, icbari tibbi sığorta üzrə dövlət adından tibbi xidmətlərin mərkəzləşdirilmiş alıcısı funksiyasını həyata keçirən və bununla bağlı zəruri xərclərin ödənilməsini təmin edən publik hüquqi şəxsdir". Prezidentin 2017-ci il 11 sentyabr tarixli [\(№3222\) Sərəncamı](#) ilə Agentliyin İdarə Heyətinin sədri təyin edildi. Bununla da Agentliyin formalaşdırılması prosesi başa çatmış oldu.

Buna qədər ölkədə icbari tibbi sığortanın pilot qaydada tətbiqinə artıq başlanılmışdı. Belə ki, dövlət başçısının 29 noyabr 2016-cı il tarixli [Fərmanı](#)na uyğun olaraq, 2017-ci il yanvarın 1-dən Mingəçevir şəhərinin və Yevlax rayonunun inzibati ərazilərində icbari tibbi sığortanın tətbiqinə start verilmişdi. Daha sonra pilot ərazilərin siyahısına Ağdaş rayonu da əlavə edildi ([10 may 2018-ci il \(№53\) Fərmanı](#)) və 2018-ci il fevralın 17-dən həmin rayonun ərazisində yaşayan əhali də icbari tibbi sığorta ilə əhatə olundu. İcbari tibbi sığortanın pilot qaydada tətbiqi ilə paralel islahatın bütün ölkə boyu həyata keçirilməsinə hazırlıq işləri çərçivəsində zəruri hüquqi və institusional bazanın yaradılması prosesi gedirdi.

[Tibbi sığorta haqqında](#) Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişikliklər və əlavələr (2018-ci il 28 dekabr tarixli [\(1441-VQD\)](#) Qanunu; 3 dekabr 2019-cu il tarixli [\(1718-VQD\)](#) Qanunu və s.) edilərək, icbari tibbi sığorta üzrə sığortalı və sığortaolunanlar, icbari tibbi sığorta üzrə sığorta haqları, sığorta haqlarının hesablanması, ödənilməsi və hesabatın təqdim olunması, xidmətlər zərfinin tətbiqi dairəsi və strukturu, müştərəmə maliyyələşmə məbləği, subroqasiya hüququ, icbari tibbi sığorta fondu, icbari tibbi sığorta üzrə tibbi xidmətlərin tarifləri, tibbi xidmətin həcminə, müddətinə, keyfiyyətinə və şərtlərinə nəzarət, ölkənin ərazisi üzrə tibbi sığortanın tətbiqi müddətləri və s. kimi məsələlərin hüquqi əsasları dəqiqləşdirildi. Xüsusilə əhəlinin ayrı-ayrı təbəqələrinə münasibətdə sığortalanma və sığorta haqlarının tarifləri müəyyən edildi.

Ölkə prezidentinin 2018-ci il 20 dekabr tarixli [418 sayılı Fərmanı](#) ilə İTSDA-ya *Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi* publik hüquqi şəxsin (TƏBİB) yaradılması səlahiyyəti verildi. Fərmana əsasən, TƏBİB “əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin səviyyəsinin artırılmasına nail olmaq, tibbi yardımın keyfiyyətinə, pasiyentlərin hüquqlarının qorunmasına nəzarət mexanizmlərini təkmilləşdirmək və əhalinin sağlamlığının etibarlı qorunmasını təmin etmək məqsədilə” yaradılır. Fərmanda TƏBİB-in tabeliyinə verilməyəcək dövlət səhiyyə müəssisələrinin adları da qeyd olunub. TƏBİB-in Agentliyin İdarə Heyəti tərəfindən təsdiqlənən [Nizamnaməsinə](#) əsasən, TƏBİB-in fəaliyyətinin əsas məqsədi tabeliyində olan tibb müəssisələrində əhalinin sağlamlığının qorunması üçün tibbi xidmətlərin təşkilini təmin etməkdən və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin yüksəldilməsi üçün tədbirlər görməkdən ibarətdir.

Nazirlər Kabinetinin 2019-cu il 12 aprel tarixli [163 sayılı Qərarı](#) ilə TƏBİB-in tabeliyindəki tibb müəssisələrinin siyahısı təsdiq olunub. Qərar 2020-ci ilin yanvarın 1-də qüvvəyə minib. TƏBİB-in tabeliyinə verilən dövlət səhiyyə sistemində daxil olan tibb müəssisələrinin inzibati ərazi vahidləri üzrə əhalinin sayı, coğrafi ərazi, nəqliyyat infrastrukturu, tibb müəssisələrinin şəbəkəsi və potensialı, habelə həkim və orta tibb işçilərinin sayı nəzərə alınmaqla Agentlik tərəfindən tibbi ərazi bölmələri (TƏB) formalaşdırılır. Agentliyin İdarə Heyətinin 21 yanvar 2020-ci il tarixli [03 sayılı Qərarı](#) ilə ölkə üzrə ümumilikdə [14 tibbi ərazi bölməsi](#) müəyyənləşdirilib.

Hökumətin 2020-ci il 10 yanvar tarixli [5 sayılı Qərarı](#) ilə İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi təsdiq edilib. İcbari tibbi sığortanın [Xidmətlər Zərfinə](#) daxil olan tibbi xidmətlərin sayı 2550-dir və artırılması gözlənilir. 2020-ci ilin yanvarın 1-dən icbari tibbi sığortanın ölkəboyu mərhələlərlə tətbiqinə başlanıldı və 2021-ci ilin aprel 1-dən icbari tibbi sığorta bütün ölkə ərazisini və bütün vətəndaşları əhatə edir. 2021-ci ilin yanvarın 1-dən icbari

tibbi sığorta haqlarının toplanmasına başlanılıb.

İcbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə səhiyyə sistemində dəyişəcəklər və dəyişməyəcəklər

Müxtəlif ölkələrin səhiyyə sistemlərinin öyrənilməsi əsasında söyləmək olar ki, əhalinin keyfiyyətli tibbi xidmətlərə əlçatanlıq səviyyəsi və cəmiyyətin sağlamlığı heç də yalnız icbari tibbi sığortanın tətbiq edilib-edilməməsindən yox, ümumən, ölkədə formalaşmış səhiyyə sisteminin quruluşundan, imkan və potensialından asılıdır.

Dünya Səhiyyə Təşkilatı [Dünyada Səhiyyənin Vəziyyəti haqqında Hesabat – 2000](#)–də səhiyyə sistemini əsas məqsədi sağlamlığın qorunması, yaxşılaşdırılması və bərpası olan bütün təşkilatların, insanların və fəaliyyətlərin məcmusu kimi müəyyən edir. Səhiyyə sistemi o zaman effektiv hesab olunur ki, ölkənin bütün vətəndaşlarına ehtiyac olduğu zaman və məkanda zəruri olan həcmdə keyfiyyətli tibbi xidmətlər təqdim edə bilmiş olsun. Effektiv səhiyyə sisteminin əsas sütunlarına aşağıdakılar aid edilir:

- 1) Dayanıqlı maliyyələşdirmə mexanizmi;
- 2) İşləri layiqincə qiymətləndirilən yüksək peşəkar kadr resursları;
- 3) Siyasi və idarəetmə qərarlarının qəbulu üçün etibarlı informasiya təminatının mövcudluğu;
- 4) Zəruri yerlərə dərman vasitələrini, peyvəndləri və texnologiyaları çatdırmağa imkan verən ahəngdar logistika sistemi;
- 5) Tibb müəssisələrinin lazımi vəziyyətdə saxlanılması və onların işinin düzgün təşkili;
- 6) Sektorda *oyun qaydalarını* müəyyən etməyə və bunlara əməl edilməsini təmin etməyə, sektor iştirakçılarının fəaliyyətini anlaşılan formada yönləndirməyə və bütün maraq tərəflərinin potensialını istifadə etməyə qadir idarəetmə.

Səhiyyə sisteminin islahatı dedikdə sistemin işinin nəticələrini yaxşılaşdırmağa yönəlik məqsədyönlü və sistemli

cəhdlər başa düşülür (Marc J.Roberts və başqaları 2003). Səhiyyə sisteminin işinin nəticələri isə bu sistemin qarşısında duran məqsədlərə nail olunma səviyyəsi ilə qiymətləndirilir. Səhiyyə sisteminin məqsədlərinə sağlamlıq (səhiyyə və bərabərlik), adekvatlıq (insanların gözləntilərini doğrultma), əlçatanlıq və risklərin bölüşdürülməsi, səmərəlilik (nəticəlilik) aid edilir.

Həyata keçirilən islahatların təsirləri məhz sistemin sadalanan məqsədlər üzrə qiymətləndirmə indikatorlarında baş verən dəyişikliklərdə ifadə olunur. Amma bunun üçün islahatların başa çatması və ciddi məlumat bazası tələb olunur. Buna görə də burada icbari tibbi sığortanın tətbiqinin səhiyyə sisteminin yuxarıda sadalanan hansı *sütunlarında* dəyişiklik yarada biləcəyinə baxaq.

Məlumdur ki, səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizminin hədəfləri bunlar hesab olunur: i) səhiyyə sistemi üçün yetərli qədər və dayanıqlı resursların cəlb edilməsi; ii) bu resursların optimal istifadəsi (doğru stimullar və yaxşı idarəetmə); iii) tibbi yardıma hər kəsin maliyyə əlçatanlığının təmin edilməsi. Buna uyğun olaraq, səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizmi 3 funksiyanı yerinə yetirir: gəlirlərin toplanması (*revenue collection*), risklərin bölüşdürülməsi (*pooling*) və xidmətlərin ödənilməsi (*purchasing*) (Charles Normand, Axel Weber 2009).

Dünya ölkələrində geniş tətbiq olunan səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizmlərindən biri icbari tibbi sosial sığortadır. *İcbari tibbi sığorta* (İTS) formal olaraq tibbi yardıma ümumi əlçatanlıq prinsipinə əsaslanır və ədalətli maliyyələşdirmə mexanizmi kimi qəbul olunur. Ədalətli maliyyələşdirmə o deməkdir ki, hər bir ev təsərrüfatı tibbi xidmətlərə görə xərclərin ədalətli payını ödəməlidir. Bu ədalətli pay isə ev təsərrüfatlarının ödəmə qabiliyyətindən asılıdır.

Həm də ədalətli maliyyələşdirmənin 2 aspekti var: sağlam

insanlar xəstə insanları dəstəkləyirlər; daha imkanlı ailələr isə aztəminatlı ailələri dəstəkləyirlər. Risklərin bu cür birləşdirilməsi nəticəsində sağlam insanlar özlərinin sığorta ödənişləri ilə xəstələrə göstərilən tibbi yardımın ödənilməsinə dəstək olurlar (Charles Normand, Axel Weber 2009). Beləliklə, İTS-in tətbiqi, ilk növbədə, məhz səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizmində dəyişikliklər yaradır. Bununla bağlı bir neçə məsələyə xüsusilə diqqət çəkmək istəyirəm.

İTS-in tətbiqi səhiyyənin maliyyələşdirilməsinə yönəldilən ictimai vəsaitlərin artmasına gətirib çıxaracaqmı?

Tibbi sığorta haqqında Qanunda İTS üzrə sığortalı və sığortaolunanlar (maddə 15-2) və İTS üzrə sığorta haqları (maddə 15-10) müəyyən edilmişdir. Qanuna əsasən, ölkənin bütün vətəndaşları, qaçqın statusu almış əcnəbilər və vətəndaşlığı olmayan şəxslər dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına tam təqvim ili üçün adambaşına **90 manat** sığortalanırlar. Bu məbləğ ildə bir dəfə ölkə üzrə istehlak qiymətləri indeksinin illik səviyyəsinə uyğun olaraq indeksləşdiriləcək.

Eyni zamanda, ayrı-ayrı əhali kateqoriyaları üzrə aşağıdakı kimi sığortalanma və sığorta haqlarının ödənilməsi nəzərdə tutulur:

- Dövlət sektorunda və neft sektorunda çalışan işəgötürən və işçilərdən aylıq hesablanmış əməyin ödənişi fondunun 8000 manata qədər olan hissəsindən 2%, 8000 manatdan yuxarı olan hissəsindən 0.5% miqdarında icbari tibbi sığorta haqqı tutulur;
- Qeyri-dövlət və qeyri-neft sektorunda çalışan işəgötürən və işçilərdən aylıq hesablanmış əməyin ödənişi fondunun 8000 manata qədər olan hissəsindən 2021-ci ildə 1%, 2022-ci ildən etibarən 2%, 8000 manatdan yuxarı olan hissəsindən 0.5% miqdarında icbari tibbi sığorta haqqı tutulur;
- Mülki-hüquqi xarakterli müqavilələr əsasında işləri (xidmətləri) yerinə yetirən fiziki şəxslər aylıq gəlirlərinin

8000 manatadək olan hissəsinin 2 faizi, 8000 manatdan yuxarı olan hissəsinin 1 faizi miqdarında icbari tibbi sığorta haqqı ödəyəcəklər;

- Vergi ödəyicisi kimi vergi uçotuna alınmış fiziki şəxslər hər ay minimum aylıq əməkhaqqının 4 faizi miqdarında (hazırda minimum əməkhaqqı 250 manat olduğu üçün bu, ayda 10 manat edir) icbari tibbi sığorta haqqı ödəyəcəklər;

- Əmək qabiliyyətli yaşda olub işləməyən və özünüməşğul hesab olunan vətəndaşlar sığortalı qismində özləri çıxış edirlər və il ərzində minimum aylıq əməkhaqqının 48 faizi miqdarında icbari tibbi sığorta haqqı ödəyirlər (Qanunun keçid müddəalarına əsasən, bu şəxslər sığorta haqlarının ödənişinə 2024-cü ilin yanvarın 1-dən başlayacaqlar).

Bunlardan əlavə, ölkə ərazisində istehlak olunan avtomobil benzini, dizel yanacağı və maye qazın hər litrinə görə, spirtli və energetik içkilərə, bəzi tütün məmulatlarına (siqaretlərə) tətbiq edilən aksiz vergilərindən ITS fonduna müəyyən edilmiş dərəcələrlə vəsaitin köçürülməsi nəzərdə tutulur.

ITS üzrə sığorta haqlarının yığılması İqtisadiyyat Nazirliyi yanında Dövlət Vergi Xidməti tərəfindən həyata keçirilir. Bu məqsədlə *vahid büdcə təsnifatında* büdcə gəlirlərinin təsnifatına müvafiq dəyişikliklər edilib ([494 sayılı Qərar](#)) və *İcbari tibbi sığorta üzrə sığorta haqları* adlı köməkçi bölmə (büdcə təsnifatı kodu – 124000) və [müvafiq maddələr](#) əlavə edilib. ITS haqlarının tarifləri və ödəyiciləri bəlli olsa da, 2021-ci ildə ITS haqları ödəyicilərindən daxil olacaq cəmi ödənişlərin proqnozları hökumət tərəfindən rəsmi şəkildə açıqlanmayıb. Yalnız dövlət büdcəsindən maliyyələşən təşkilatlarda çalışanlar üzrə icbari tibbi sığorta haqlarının ödənilməsi üçün 2021-ci ilin dövlət büdcəsindən ödəniləcək məbləğ 2021-ci il dövlət büdcəsi zərfində açıqlanmışdı: bu məqsədlə büdcədə 105.9 milyon manat (Naxçıvan Muxtar Respublikası büdcəsində nəzərdə tutulan 4.8 milyon manat vəsait də nəzərə alınmaqla) məbləğdə vəsait nəzərdə tutulmuşdur. [\[5\]](#)

Apardığımız hesablamalara əsasən deyə bilərəm ki, 2021-ci ildə bütün mənbələr hesabına toplanacaq İTS haqlarının cəmi məbləği təqribən 450 .0 mln. manat civarında ola bilər. İqtisadiyyat Nazirliyinin açıqladığı [məlumat](#) əsasən, 2021-ci ilin birinci rübündə icbari tibbi sığorta haqları üzrə daxilolmalar 112.3 mln. manat olub. İlin birinci rübündə toplanan vəsaitin bu qədər olması il ərzində toplanacaq cəmi vəsaitin bizim hesablamamıza yaxın olacağını söyləməyə əsas verir.

İTS-ə keçidlə əlaqədar dövlət büdcəsindən səhiyyənin maliyyələşdirilməsinə yönəldilən vəsaitlər də artırılıb. Belə ki, 2021-ci ildə [dövlət büdcəsində Səhiyyə xərcləri](#) bölməsinə 1409.0 mln. manat (cəmi büdcə xərclərinin 4.9%-i qədər) ayrılması nəzərdə tutulub. Bu vəsaitin [1044.7 mln. manatı](#) (74.1%-i) dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına ölkə əhalisinin icbari tibbi sığortalanmasına yönəldiləcək.

Beləliklə, 2021-ci ildə İTS məqsədlərinə yönəldilən cəmi maliyyələşmə təqribən 1.5 mlrd. manata yaxın ola bilər. Bununla səhiyyə xərclərində baş verəcək artımın miqyasını təsəvvür etmək üçün qeyd edirəm ki, 2019-cu ildə dövlət büdcəsinin səhiyyə xərclərindən Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olan poliklinikalar, ambulatoriyalar və xəstəxanalara ayrılan faktiki xərclərin cəmi məbləği [408.3 mln. manat](#) olub. İTS-nin tətbiqi çərçivəsində TƏBİB-in tabeliyinə verilən tibb müəssisələrinin məhz Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyindəki tibb müəssisələri olduğunu nəzərə alsaq, onda 2021-ci ildə həmin qurumların göstərdikləri xidmətlərin ödənilməsi üçün yönəldiləcək vəsait 2019-cu ilə müqayisədə 3.6 dəfə çox ola bilər. Həm də yuxarıda qeyd etmişdik ki, dövlət büdcəsindən səhiyyənin maliyyələşdirilməsinə ayrılan vəsaitin hamısı İTS-ə yönəldilməyib, təqribən 400.0 mln. manata qədər vəsait başqa kanallarla səhiyyə sahələrinə istifadə olunur. Bu da nəzərə alındıqda 2021-ci ildə səhiyyə sektoruna yönəldiləcək ictimai vəsaitin məbləğinin təqribən 1.9 milyard manatdan çox (yaxud proqnozlaşdırılan illik ÜDM-in 2.5%-i qədər) olacağı

gözlənilir.

Deməli, İTS-in tətbiqi ilə əhaliyə göstərilən tibbi xidmətlərin maliyyələşdirilməsinə yönəldilən ictimai vəsaitlərdə əhəmiyyətli bir artımın baş verdiyini görürük. Ölkədə dayanıqlı və yüksək gəlirli iş yerləri artdıqca, İTS xətti ilə səhiyyənin maliyyələşdirilməsi imkanlarının da artacağını söyləmək olar.

İTS vəsaitlərinin şəffaf və düzgün bölüşdürülməsi təmin ediləcəkmiki?

Tibbi sığorta haqqında Qanuna əsasən, icbari tibbi sığortanın maliyyə mənbələri üzrə daxil olan vəsaitlər (müştərək maliyyələşmə məbləği istisna olmaqla) icbari tibbi sığorta fondunda cəmləşdirilir. Qanunun *İcbari tibbi sığorta fondu* adlı 15-21-ci maddəsində fondun vəsaitinin istifadəsi istiqamətləri göstərilib. Nazirlər Kabinetinin 2020-ci ilin dekabrında ([495 sayılı Qərar](#)) təsdiq etdiyi *İcbari tibbi sığorta vəsaitlərinin uçotunun aparılması və hesabatının təqdim edilməsi Qaydasına* əsasən, icbari tibbi sığorta fonduna daxil olan vəsaitlər İTSDA-nın bank hesabına toplanılır. [Qayda](#)ya əsasən Agentlik tərəfindən İcbari tibbi sığorta fondunun gəlir və xərcləri barədə illik (1 yanvar – 31 dekabr dövrünü əhatə edən) hesabat hazırlanır və auditor rəyi ilə birlikdə növbəti ilin 30 iyun tarixinədək Azərbaycan Respublikasının Prezidentinə təqdim edilir.

Buradan aydın olur ki, İTS fondunun ayrıca hesabının olması nəzərdə tutulmur, habelə fondun vəsaitlərinin hərəkəti barədə hesabat yalnız ölkə prezidentinə təqdim ediləcək və həmin hesabatın ictimaiyyətə açıqlanması nəzərdə tutulmur. Fondun vəsaitinin hərəkəti barədə məlumatların İTSDA-nın maliyyə hesabatında necə əks olunacağı ilə bağlı hər hansı bir qayda müəyyən edilməmişdir.

Bu durum İTS fondunun vəsaitlərinin toplanması və istifadəsi sahəsində şəffaflıq problemlərinin olacağını göstərir. Halbuki, səhiyyə sektoruna yönəldilən ictimai (yəni dövlət

büdcəsi və İTS haqları üzrə) vəsaitlərin şəffaflığının təmin edilməsi səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatlarının və İTS-in tətbiqinin başlıca komponentlərindən biri olmalıdır. Yaxşı idarəetmənin təmin edilməsi üçün İTS fondunun növbəti il üçün büdcə proqnozu layihəsinin və icra hesabatlarının (müvafiq olaraq) hökumətin Milli Məclisə təqdim etdiyi dövlət büdcəsi zərfinə daxil edilməsi, habelə İTSDA-nın saytında açıqlanması məqsədəuyğun olardı. Bununla bərabər, İTS fondunun vəsaitlərinin toplanması və istifadəsinə Hesablama Palatasının nəzarətinin təmin edilməsi də önəmlidir.

İTSDA dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına tibbi xidmətlərin alıcısı (ödəyicisi) olan yeganə qurum olacaqmı?

Belə ki, dövlət səhiyyə sistemində daxil olan poliklinika və xəstəxanaların heç də hamısı TƏBİB-in tabeliyinə verilməmişdir. 2021-ci ilin dövlət büdcəsinin [Səhiyyə funksional bölməsi](#) üzrə xərclərindən Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində qalan xəstəxanalara 85.0 mln. manat, nazirliyin tabeliyində olmasına rəğmən büdcə vəsaitinin müstəqil sərəncamvericiləri olan Akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə 7.2 mln. manat, Milli Onkologiya Mərkəzinə isə 44.4 mln. manat ayrılır. Bundan başqa, Azərbaycanda hələ də bir sıra dövlət qurumları özlərinin səhiyyə bölmələrinə malikdirlər və bunlar da dövlət büdcəsi hesabına maliyyələşdirilirlər. 2021-ci ilin dövlət büdcəsinin *Səhiyyə* bölməsindən Azərbaycan Respublikasının Xüsusi Tibb Xidmətinə, Daxili İşlər Nazirliyi, Fövqəladə Hallar Nazirliyi, Gənclər və İdman Nazirliyi, Dövlət Gömrük Komitəsi və *Azərbaycan Dəmir Yolları* QSC-nin xəstəxanalarına vəsait ayrılır. Keçmiş SSRİ-dən miras qalmış bu yanaşmanın İTS-in tətbiqindən sonra da saxlanılması anlaşılan deyil. İTS-in tətbiqi şəraitində həmin idarə səhiyyələrinin saxlanılması həmin qurumlarda çalışanlara əlavə imtiyazlar yaratmış olur: onlar həm İTS-dən, həm də dövlət büdcəsi hesabına maliyyələşdirilən idarə səhiyyəsinin xidmətlərindən faydalanacaqlar.

Burada daha bir məsələ müəyyən xəstəliklərin müalicəsi üzrə həyata keçirilən dövlət proqramları (şəkərli diabet, vərəm, böyrək çatışmazlığı, qan xəstəlikləri və başqaları) çərçivəsində tibbi xidmətlərin və dərman təminatı xərclərinin ödənilməsidir. Bunlar İTS üzrə xidmətlər zərfinə daxil edilməyiblər. Həmin proqramların maliyyələşdirilməsi xərcləri Səhiyyə Nazirliyinə və onun tabeliyində qalan xəstəxanalara verilir. Halbuki həmin xəstəliklərin müalicəsi üzrə xüsusi dövlət proqramlarının olması belə xəstələrin dövlət tərəfindən sığortalanması deməkdir. Buna görə də həmin xəstəliklərin İTS-in əlavə (yaxud imtiyazlı) xidmətlər zərfi kimi qruplaşdırılması, xidmətlərin satın alınması funksiyasının İTSDA-ya ötürülməsi məqsədəuyğun olardı.

Həm dövlət vəsaitindən istifadənin səmərəliliyinin artırılması, həm də səhiyyənin dövlət maliyyələşdirilməsinin dayanıqlı sisteminin formalaşdırılması üçün dövlət büdcəsi hesabına tibbi xidmətlərin satın alınmasında olan bu çoxkanallılığın aradan qaldırılması zəruridir.

2021-ci ilin dövlət büdcəsinin Səhiyyə bölməsinin vəsaitlərinin alıcıları olan sərəncamverici təşkilatlar sırasında İTSDA-nın adı ümumiyyətlə yoxdur. Dövlət büdcəsi xərclərinin funksional təsnifatında dəyişiklik edilərək Səhiyyə bölməsinə *İcbari tibbi sığorta fondu* adlı köməkçi bölmənin (və müvafiq paraqrafların) əlavə edilməsi və büdcədən tibbi sığortaya yönəldilən vəsaitin funksional təyinatına uyğun qeyd olunması, habelə həmin vəsaitin büdcə sərəncamvericisi kimi İTSDA-nın göstərilməsi daha doğru yanaşma ola bilər.

İTS-in tətbiqi səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətinə səmərəli nəzarət mexanizmi formalaşdırıla biləcəkmi?

Səhiyyədə *keyfiyyət* anlayışına həm klinik (müayinə-müalicə), həm də xidmət (təşkili şəraiti mənasında) keyfiyyəti baxımından yanaşılır. Ona görə də bu sualın cavabında bir neçə aspektə diqqət yetirməliyik:

i) *həkim-pasiyent* münasibətlərində indiyədək mövcud olan həkimin inhisar mövqeyinin aradan qalxması. ITS-in tətbiqi ilə tibbi xidmətlərin istehlakçısı və həmin xidmətlərin alıcısının (ödəyici mənasında) ayrılması baş verir. Pasiyentə göstərilən müayinə və müalicə xidmətlərinin dəyərinin ödənilməsi üçün bütün zəruri məlumatlar İTSDA-ya təqdim ediləcək. Agentlik müayinə və müalicə prosedurlarının adekvatlığını klinik protokollar əsasında yoxladıqdan sonra onların ödənilməsi haqqında qərar verəcək (Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş [klinik protokollar](#) İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin saytında yerləşdirilib. İlkin səhiyyə xidmətində klinik protokolların tətbiqi barədə 2019-cu ilin noyabrında Səhiyyə nazirinin müvafiq [əmr](#)i olub). 2020-ci ilin martında Nazirlər Kabineti *Tibbi-iqtisadi ekspertizanın aparılması Qaydasını* ([93 sayılı Qərar](#)) və *Tibbi xidmətin keyfiyyətinin ekspertizasının aparılması Qaydasını* ([94 sayılı Qərar](#)) təsdiq etmişdir. Səhiyyə müəssisələrinin rəqəmsal texnologiyalarla təmin edildiyi indiki şəraitdə zəruri proqram və kadr təminatı klinik keyfiyyətə nəzarət imkanlarını daha da gücləndirir;

ii) xidmətlərin təşkilinin (rahatlıq, təmizlik, ərzaq təminatı və s.) keyfiyyəti, yaxud maraqlar toqquşması məsələsi. Buna həm də tibbi xidmətləri təqdim edən müəssisələrin müstəqilliyi, yaxud bu xidmətləri dəyərini ödəyən quruma tabeçiliyi məsələsi kimi yanaşmaq olar. Məlum olduğu kimi, indiyəcən ölkədə səhiyyə siyasətinin işlənilməsi və həyata keçirilməsi, tibbi xidmətlərin göstərilməsi, onların keyfiyyətinə nəzarət və dəyərinin ödənilməsi funksiyalarının hamısı bir qurumun – Səhiyyə Nazirliyinin əlində cəmləşirdi. ITS-ə keçid bu sistemin dəyişdirilməsini nəzərdə tutur. Tibbi xidmət müəssisələrinin Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyindən çıxarılması da bu məqsədə xidmət edir. Amma məlum olduğu kimi, hazırda nazirliyin tabeliyindən alınan tibbi xidmət müəssisələri İTSDA-nın tabeliyində yaradılan TƏBİB-in tabeliyinə verilib. Bu o deməkdir ki, indiki halda tibbi xidmətləri təqdim edən də, onları alan (dəyərini ödəyən) də eyni qurum olacaq. Əlbəttə ki bu da maraqlar toqquşması yaradır. Arzu olunan budur ki, tibbi xidmətləri təqdim edən

tibb müəssisələri müstəqil olsunlar. İTSDA-da TƏBİB-in keçid dövrü üçün müvəqqəti yaradılmış bir qurum olduğunu, dövlət tibb müəssisələrinin publik hüquqi şəxslərə çevrilməsi və onlara müstəqil idarəetmə bacarıqlarının aşılması başa çatandan sonra bu qurumun ləğv ediləcəyini deyirlər. Keçid dövründə tibb müəssisələrinin Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində saxlanması ikili tabelik, islahatlara maneçilik, formal dəyişikliklər görüntüsünün yaradılması və s. kimi problemlər doğura bilər;

iii) tibbi xidmətin keyfiyyətinə kənar (yəni İTS-dən və tibb müəssisələrindən kənar mənasında) dövlət (ictimai) nəzarətinin təşkili məsələsi – burada xüsusilə mühüm 2 mexanizm hərəkətə gəlməlidir: a) tibb müəssisələrinin və tibb işçilərinin sertifikasiyasının düzgün təşkili – hazırda bu, Səhiyyə Nazirliyinin səlahiyyətindədir (yeri gəlmişkən, uğurlu təcrübələrə malik ölkələrdə həkimlərin sertifikasiyası müstəqil peşəkar birliklər tərəfindən aparılır); b) əhəlinin tibbi xidmətlərdən məmnunluq səviyyəsinin monitorinqi və qiymətləndirilməsi – səhiyyə siyasətinin hazırlanmasına və icrasına cavabdeh qurum kimi Səhiyyə Nazirliyi mütəmadi olaraq əhəli arasında sorğular keçirməklə bunu təmin edə bilər. Bundan əlavə, əhəlinin sağlamlıq durumuna dair dövrü (məsələn, 5 illik dövr üçün) hesabatların hazırlanması aparıla bilər;

iv) pasiyent hüquqlarının qorunması məsələsi – Bu, bir tərəfdən, pasiyentin müalicə müəssisəsini və həkimi seçə bilmək hüququnu nəzərdə tutur. İTS-in tətbiqi buna imkanlar açır, amma onun real olaraq işləməsi üçün zamana ehtiyac olacaq; digər tərəfdən isə, pasiyentlə tibb xidmət və İTS qurumları arasında yaranan mübahisələrin məhkəmə yolu ilə həlli;

v) tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin və İTS mexanizminin işinin müstəqil ictimai qiymətləndirilməsinin təşkili – İTS mexanizminin uğurlu tətbiqi və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə nəzarətin təşkilinin mühüm alətidir. Bu həm də islahatlara istimai dəstək qazanmaq baxımından son dərəcə zəruri məsələdir. Müstəqil vətəndaş cəmiyyəti qurumlarının və müstəqil ekspertlərə dövrü olaraq yerli (lokal), regional və

ölkə səviyyəsində əhalinin tibbi xidmətlərdən məmnunluq səviyyəsini qiymətləndirmək üçün imkanlar yaradılmalıdır.

Göründüyü kimi, ITS-in tətbiqi *həkimin inhisarını* aradan qaldırmağa və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə nəzarət üçün yeni imkanlar açır. Bununla belə, tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin arzuolunan səviyyəyə çatdırılması üçün bir sıra digər mexanizmlərin də hərəkətə gətirilməsi zəruridir.

ITS-in tətbiqi müvafiq dövlət tibb müəssisələrində olan yüksək peşəkar kadrların özəl sektora axınına səbəb olmayacaq ki?

Yuxarıda apardığımız hesablamalardan görünür ki, ITS çərçivəsində tibbi xidmətlərin satın alınması üçün toplanan vəsaitlərin məbləği əvvəlki illərlə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. ITS tətbiq olunduqca, həm də optimallaşdırma həyata keçirilir, tibb müəssisələrində *şişirdilmiş* ştatların ixtisarı baş verir. Bunlar tibb işçilərinin əməyinin ödənilməsinə yönəldilən vəsaitin də əhəmiyyətli dərəcədə artırılmasına imkan verir.

İTSDA İdarə Heyətinin 21 yanvar 2020-ci il tarixli [02 sayılı Qərarı](#) ilə *TƏBİB-in tabeliyindəki tibb müəssisələrində çalışan səhiyyə işçilərinin əməyinin ödənilməsi Qaydası* təsdiq edilib. Qaydaya əsasən, səhiyyə işçilərinin əmək haqqı vəzifə (tarif) maaşı, əmək şəraitinə görə əlavələr, həvəsləndirici əlavələr və digər ödənişlərdən təşkil ediləcək. Bu Qaydanın peşəkar tibb işçiləri üçün nə dərəcədə əhəmiyyətli stimullar yarada biləcəyini zaman göstərəcək (indiki halda təhlil üçün məlumatlar son dərəcə məhduddur).

Burada aydınlıq gətiriləsi daha bir məsələ TƏBİB-in tabeliyində olan tibb müəssisələrində çalışan həkimlərin eyni zamanda həm də özəl tibb müəssisələrində çalışmalarına imkan verilib-verilməyəcəyidir. Bəllidir ki, indiyədək dövlət tibb müəssisələrində çalışan həkimlərin əksəriyyəti eyni zamanda özəl tibb müəssisələrində çalışırdılar və buradan irəli gələn müəyyən maraqlar toqquşması ortada idi. Buna görə də peşəkar tibb işçilərinin düzgün stimullaşdırılması ITS-in tətbiqi üçün

taleyüklü məsələlərdən biridir.

Tibb müəssisələri və pasiyentlər yetərli qədər keyfiyyətli dərmanlarla təmin ediləcəkmidi? Tibb müəssisələrinin və pasiyentlərin dərman təminatı, dərmanların keyfiyyəti və qiyməti məsələsi əslində xüsusi araşdırma tələb edən geniş bir mövzudur. Ölkədə dərmanların və tibbi ləvazimatların qiymətləri dövlət tərəfindən tənzimlənməsinə rəğmən dərmanların qiymətində baş verən davamlı artımlar, eyni zamanda dərmanların müalicə keyfiyyətinin aşağı düşməsi (mütəxəssislər bunu dərmanların molekul tərkibindəki dəyişikliklərlə izah edirlər) hazırda əhalini narahat edən məsələlərdəndir. Bu problemin həlli İTS-in tətbiqi ilə aradan qalxan deyildir. Çünki dərman bazarının tənzimlənməsi, orada inhisarçılığın aradan qaldırılması, ölkəyə gətirilən dərmanların təhlükəsizlik və digər tələblərə uyğunluğuna nəzarət, satınalmalarda korrupsiya riskləri kimi məsələlər Səhiyyə Nazirliyinin və başqa müvafiq dövlət qurumlarının səlahiyyətində olan məsələlərdir. Tibb müəssisələrinin dərman vasitələri və tibbi ləvazimatlarla təminat məsələsində qeyri-müəyyənlik mövcuddur. Çünki TƏBİB-in [Nizamnamə](#)sində “icbari tibbi sığorta münasibətləri çərçivəsində tabeliyində olan müalicə-profilaktika müəssisələrini dərman, bakterioloji, virus preparatları və tibbi təyinatlı digər məmulatlarla təmin etmək” vəzifəsi var. Eyni zamanda Səhiyyə Nazirliyinin [Əsasnaməsi](#)ndə də “əhalini və müalicə-profilaktika müəssisələrini dərman, bakterioloji, virus preparatları və tibbi təyinatlı digər məmulatlarla təmin etmək” vəzifəsi göstərilib. Hazırda dövlət büdcəsi vəsaiti hesabına (o cümlədən, TƏBİB-in tabeliyində olan tibb müəssisələrinin təminatı üçün nəzərdə tutulan) dərman və tibbi ləvazimatların alışıni Səhiyyə Nazirliyinin İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi həyata keçirir. Ölkəyə gətirilən dərmanların keyfiyyətinə nəzarəti də bu qurum həyata keçirir. Mürəkkəb maraqlar toqquşması yaradan bu vəziyyətin də həlli zəruridir.

İTS-in tətbiqi şəraitində səhiyyə sisteminin bütün iştirakçılarının fəaliyyətinin və maraqlarının səmərəli

əlaqələndirilməsini təmin etmək mümkün olacaqmı?

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatlarının, habelə, ümumiyyətlə, ölkənin səhiyyə sisteminin islahatının taleyi bu sualın cavabından xeyli dərəcədə asılıdır. Təəssüf ki, indiyədək baş verən proseslərin müşahidəsi sualın müsbət cavablandırılması üçün çox az sayda argumentlər verir. Səhiyyə sisteminin əksər iştirakçıları ITS-ə keçidi məhz ITSDA-nın işi kimi görürlər. Halbuki, səhiyyə sisteminin islahatı və yaxşılaşdırılması məsələsi daha çox məhz Səhiyyə Nazirliyinin lider olma və *təşkilatlar təşkilatı* rolunu yerinə yetirə bilmə imkanı və bacarığından asılı olacaq. Bununla yanaşı, məsələnin həlli heç də yalnız Səhiyyə Nazirliyi ilə ITSDA arasındakı münasibətlərlə yox, səhiyyə sistemi ilə bağlı fəaliyyət göstərən digər qurumlardan və bütövlükdə hökumətin fəaliyyətinin düzgün təşkilindən asılıdır (Hətta yeni növ koronavirus (COVID-19) infeksiyası ilə mübarizə şəraitində belə bu qurumların fəaliyyətlərinin əlaqələndirilməsində problemlərin yaşandığını açıq-aydın müşahidə etmək mümkündür. Məsələn, Nazirlər Kabinetinin 30 iyun 2020-ci tarixli [231 sayılı Qərarı](#) bunun nümunəsi ola bilər). ITS-in tətbiqində özəl tibb müəssisələrinin rolu və iştirakı ilə bağlı məsələlərə aydınlıq gətirilməsi sistem daxilində maraqların əlaqələndirilməsi və səhiyyə islahatlarının həlli vacib mühüm mövzularından biri olaraq qalmaqdadır.

Nəticə

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatlarına edilən birinci cəhdin hökumətin maliyyə imkanlarının genişlənməsi və sistemə yönəldilən resursların artması şəraitində sistem daxilində maraqlar mübarizəsinin daha da güclənməsi səbəbindən baş tutmadığını söyləmək olar. 2015-ci il böhranından sonra səhiyyənin maliyyələşdirilməsi islahatları və icbari tibbi sığortanın tətbiqi istiqamətində ikinci cəhdə hökumətin daha ardıcıl siyasi iradə nümayiş etdirdiyi görünür.

ITS-in tətbiqi üçün zəruri hüquqi-institusional bazanın

hazırlanması prosesi tamamlanmaqdadır. Artıq icbari tibbi sığortanın bütün ölkə boyu tətbiqi baş tutub. İcbari tibbi sığortanın tətbiqi ilə səhiyyənin maliyyələşdirilməsinə yönəldilən ictimai vəsaitlərin artması baş verməkdədir. İTS-in tətbiqi səhiyyə sistemində bir sıra dəyişikliklərə gətirib çıxaracaq. Amma bütövlükdə ölkənin səhiyyə sisteminin tam islahatının baş tutması üçün yalnız maliyyələşdirmə mexanizminin dəyişilməsi və İTS-in tətbiqi kifayət olmayacaqdır.

Həm də İTS-in tətbiqi və səhiyyə sistemində dövr edən resursların artması şəraitində sistem daxilində maraqlar münaqişəsinin güclənməsi də müşahidə olunur. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsi və İTS-in tətbiqi prosesində səhiyyə sisteminin iştirakçılarının fəaliyyətinin və maraqlarının zəif əlaqələndirilməsində, digər amillərlə yanaşı, səhiyyə sistemində islahatların vahid strategiyası və proqramının olmamasının da böyük rolu olduğu görünür. Çünki səhiyyə sisteminin iştirakçılarının malik olduqları dəyərlərdə, maraqlarda, siyasi fəlsəfədə və institusional məsuliyyətdə olan fərqlər prosesin gedişində mütləq öz təsirini göstərir. Buna görə də sistemin islahatlarının dəqiq strategiya və proqramının hazırlanmasını, bütün maraq qruplarına və cəmiyyətə aydın və konkret müddətə hesablanmış hədəflərin təqdim olunmasını islahatlara daha böyük dəstək almaq və uğurlu nəticələr əldə etmək baxımından zəruri hesab edirəm.

Ədəbiyyat

1. Azerbaijan: Health Sector Review Note, Volume 1, Main Report. World Bank. Washington, DC. 2005 <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/8692?locale-attribute=en>
2. Azerbaijan: Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 12 No. 3, 2010 (Fuad Ibrahimov, Aybaniz Ibrahimova, Jenni Kehler, Erica Richardson)
3. Charles Normand & Axel Weber. Social Health Insurance: a guidebook for planning. Second Edition. ADB, ILO, WHO, gtz

(2009)

https://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf?ua=1

4. Investing in health : a summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. (2003).

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42709>

<https://www.euro.who.int/en/countries/azerbaijan/publications/azerbaijan-hit-2010>

5. From value for money to value-based health services: a twenty-first century shift: WHO policy brief. World Health Organization. (2021).

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340724>

6. Health at a Glance: Asia/Pacific 2018. Measuring Progress towards Universal Health Coverage. OECD and World Health Organization. OECD Publishing, Paris.

https://doi.org/10.1787/health_glance_ap-2018-38-en

7. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R Reich. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press, Oxford. 2003

<https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195371505.001.0001/acprof-9780195371505>

8. Principles of health benefit packages. World Health Organization. (2021).

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340723>

9. Thirteenth general programme of work (GPW13): methods for impact measurement, Version 2.1. World Health Organization. (2020). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341371>

[1] 2007-2013-cü illər dövründə səhiyyə sektoruna yönəldilən büdcə investisiyalarının cəmi məbləği həmin illər üzrə dövlət büdcəsinin icrası barədə Maliyyə Nazirliyinin hesabatlarındakı məlumatlar əsasında müəllif tərəfindən hesablanmışdır.

[2] Azərbaycan Respublikasının 2009-cu il dövlət büdcəsinin zərfi, V kitab. Bakı, 2008. səh. 338

[3] Azərbaycan Respublikasının 2014-cü il dövlət büdcəsinin

zərfi, V kitab. Bakı, 2013. səh.442

[\[4\]](#) Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2008-ci ildə fəaliyyəti haqqında Hesabat. Bakı, 2009. Səh. 193

Qeyd: Azərbaycanın o dövr səhiyyə sistemi haqqında ətraflı məlumatı *Azerbaijan: HiT, 2010* mənbəyindən əldə etmək olar.

[\[5\]](#) *Azərbaycan Respublikasının 2021-ci il dövlət büdcəsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanun layihəsinə dair izahat*, səh. 30