

TİBBİ SİĞORTA SİSTEMİ VƏ İCBARİ TİBBİ SİĞORTA MODELƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ TƏHLİLİ

Səidə Ramis qızı HÜSEYNOVA,
İN, Dayanıqlı inkişaf və sosial siyasət şöbəsi,
baş məsləhətçi, a_sayka@hotmail.com

Xülasə

Tədqiqatın əsas məqsədi tibbi sığorta sisteminin spesifik xüsusiyyətlərinin müəyyən edilməsi və sistemin ayrılmaz hissəsi olan sığorta fondlarının yaradılması istiqamətində müxtəlif yanaşmalar və sığorta nəzəriyyəsinə fundamental amil kimi qəbul edilən üç əsas tibbi sığorta modellərinin öyrənilməsi və bu modellərin müxtəlif ölkələrdə tətbiqi təcrübəsinin təhlilidir. Bu məqsədlə məqalədə qabaqcıl beynəlxalq təcrübə, ölkələrin müəyyən göstəriciləri tədqiq edilmişdir.

Tədqiqat işi elmi abstraksiya və sistemli təhlil, məntiqi ümumiləşdirmə, statistik təhlil kimi tədqiqat üsulları əsasında yerinə yetirilmişdir.

Tədqiqatın nəticəsi olaraq bir sıra icbari tibbi sığorta modelləri araşdırılmış və güclü və zəif tərəfləri müəyyən edilmişdir. Eyni zamanda qabaqcıl təcrübənin tətbiqi imkanları və milli xüsusiyyətlərin nəzərə alınması məsələsi araşdırılmışdır.

Tədqiqatın məhdudiyətləri: daha geniş praktik informasiya tələb edir.

Tədqiqatın praktik əhəmiyyəti: səhiyyə siyasətinin hazırlanması, səhiyyə sahəsinin maliyyələşdirilməsi, tibbi sığorta sahəsində tədqiqatla rəparan və bu sahədə çalışan mütəxəssislərin bu sahəyə yanaşmasında, eləcə də elmi və əməli biliklərinin zənginləşdirilməsində müsbət rol oynaya bilər. **Tədqiqatın elmi yeniliyi və orijinallığı:** tibbi sığorta konsepti, xüsusilə icbari tibbi sığorta araşdırılmış, sığorta sisteminə sığorta fondlarının rolu və onların yaranma prosesi, icbari tibbi sığortanın tətbiqində yeni yanaşmanın ortaya qoyulması, yəni proqramların daha uzunmüddətli olmasının xarici təcrübəyə istinad edilərək əsaslandırılması tədqiqatın yeniliyi kimi qəbul edilə bilər.

Açar sözlər: sığorta, sığorta fondu, tibbi sığorta, model, Azərbaycan.

GİRİŞ

Sığorta münasibətləri bazar münasibətləri sisteminin əhəmiyyətli elementlərindən biri kimi çıxış edir. Bazar münasibətləri şəraitində sığortanın təşkili prinsipləri, sığorta bazarının formalaşması və sığorta xidmətlərinin genişləndirilməsi vacib amildir.

Risqlərlə bağlı münasibətlər sisteminin olması və tənzimlənməsi, gözlənilməz hadisələr nəticəsində dəymiş zərərlərin aradan qaldırılması zəruriliyi sığorta münasibətlərinin əhəmiyyətini müəyyən edir [1].

Maliyyə kateqoriyasının tərkib hissəsi olan sığorta yenidən bölüşdürmə prinsipi əsasında qurulub [2]. Sığorta - fiziki və hüquqi şəxslərin sığorta haqları hesabına məqsədli sığorta fondlarının formalaşması və öncədən bağlanmış müqaviləyə əsasən sığorta hadisəsi baş verdikdə həmin fondlarda olan vəsaitlər hesabına sığorta məbləğinin verilməsi sahəsində yaranan münasibətlərin məcmusudur [3].

Sığorta - maliyyə mexanizminin tərkib hissəsi olmaqla yanaşı, həm də sosial sferanın tərkib hissəsidir.

Sığorta vasitəsi ilə insan əsas ehtiyaclarından biri olan – təhlükəsizlik ehtiyacını reallaşdırır.

İqtisadi münasibətlər kontekstində sığorta kateqoriyasının əhəmiyyəti

Bazar iqtisadiyyatında sığorta münasibətləri daim təkmilləşir, yeni forma və məzmun kəsb edir, inkişaf edir. Bu zaman, təbii olaraq, müxtəlif məsələlərin həlli qarşısına çıxır.

Sığorta münasibətləri sahəsində bir neçə vacib anlayışdan istifadə olunur ki, onlardan bəziləri sığortalı, sığortaçı, sığortaolunan, sığorta fondu, sığorta hadisəsidir.

Sığortalı dedikdə, sığorta haqqı ödəyən və sığorta obyektinin sığorta etdirilməsində sığorta marağı olan şəxs və ya sığorta müqaviləsinin tərəfi başa düşülür.

Sığortaçı – sığorta fəaliyyətini həyata keçirmək üçün müvafiq lisenziyaya malik olan, sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan sığorta hadisəsi baş verdiyi halda müqavilə ilə müəyyən olunmuş qaydada sığorta ödənişini vermək öhdəliyi daşıyan sığorta müqaviləsinin tərəfi başa düşülür.

Sığortaolunan – sağlamlığı icbari və ya könüllü qaydada sığortalanmış şəxslərdir.

Sığorta haqqı – risklərin qəbul edilməsi və ya bölüşdürülməsi müqabilində müəyyən olunmuş qaydada sığortalının sığortaçıya ödəməli olduğu pul məbləğidir.

Sığorta ödənişi – sığorta hadisəsi baş verdikdə sığortaliya pul və ya natura şəklində ödənilən vəsaitdir;

Sığorta hadisəsi – sığorta ödənişinin ödənilməsi üçün əsas olan, sığorta müqaviləsinin qüvvədə olduğu müddət ərzində baş verən hadisədir. Qeyd etmək lazımdır ki, sığorta münasibətləri çərçivəsində istifadə olunan əsas anlayışlar müxtəlif ölkələrin müvafiq qanunvericiliyi ilə tənzimlənərsə də, əsas etibarini ilb birinə yaxın mənalara daşıyır.

Hər bir insanın həyatında gözəlinəzər xərclərin yaranması ehtimalı var və belə hallarda zərərini ödənilməsi üçün müəyyən resurs mənbəyinin olması zəruridir. Bu resurs mənbəyi kimi sığorta (yığım) fondu çıxış edə bilər. Sığorta fondu tarixi olaraq üç qayda ilə formalaşmışdır [4]. İlk sığorta fondlarının formalaşması qaydası özünüsığorta formasında həyata keçirilmişdir. İnsanlar "qara günə" pul saxlayar və zamanla yığılan pulları aıla, klan və icma əsasında birləşdirirdilər. Sığorta fondlarının tarixən formalaşan ikinci qaydası – dövlətin mərkəzləşdirilmiş sığorta fondlarının yaranması idi. Dövlətlər yaranma ehtimalı olan xoşagəlməz hadisələr üçün büdcə vəsaitlərini səfərbər edir. Hazırkı dövrdə bunun nümunəsi kimi qeyri-dövlət sığorta fondları çıxır. Bunlardan icbari yarıxar daşıyan məqsədli şəkildə fəaliyyət göstərən tibbi sığorta, pensiya və sosial sığorta üzrə fondları qeyd etmək olar. Bir çox hallarda bu tipli fondların əsas mənbəyi mənbəyi vətəndaşların ödədikləri sığorta haqlarıdır.

Sığorta fondlarının üçüncü yaranma qaydası – sığortalının klassik təzahürü olan sığorta şirkətləri vasitəsi ilə yaranan sığorta fondlarıdır. Bu kimi sığorta fondları sığorta şirkətləri daxilində aktuar hesablamalar vasitəsi ilə müəyyənləşdirilən sığorta haqlarının cəmlənməsi hesabına formalaşır.

Sığorta fondlarından sosial və kommersiya sığortası formasında istifadə olunur. Sosial sığorta zamanı kollektiv həmrəylik prinsipi işə düşür və sığortalınmış şəxslər sosial risklərdən qorunur. Kommersiya sığortası – fərdlilik prinsipi, başqa sözlə, könüllü və ya icbari əsaslarda fərdi müqavilənin bağlanması bazasında həyata keçirilir. Kommersiya sığortasını sosial sığortadan fərqləndirən xüsusiyyət ondan ibarətdir ki, kommersiya sığortasının əsas məqsədi gəlirin ödənilməsidir. Həmçinin, risklərin

müəyyən edilməsi metodları və sığorta olunan şəxslərin sayı (sığorta müqavilələri), sığorta haqlarının tarifləri və tariflənən sığorta ödənişləri ilə birbaşa əlaqəsi, sığorta fondu vəsaitlərinin idarə olunması (sığorta şirkəti) kimi əlamətlər kommersiya sığortasını sosial sığortadan fərqləndirir. Sığortalının bir növü əmlaq sosial sferada icbari və könüllü əsaslarda reallaşdırılan tibbi sığorta kommersiya sığortasının növüdür.

Bazar iqtisadiyyatı şəraitində əhalinin maddi və sosial müdafiəsində tibbi sığorta mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Tibbi sığorta – sağlamlığın qorunması sahəsində əhalinin sosial müdafiəsinin forması olmaqla, sığorta hadisəsi (tibbi proqram əsasında xəstəliklərin, bədxət hadisələrin təcrübəsinə yaranılma, xəsarət alma) baş verdikdə əhaliyə tibbi və dərman yardımı göstərilməsinə təminat verir.

Tibbi sığortalının mahiyyəti və tarixən formalaşması

Tibbi sığorta – əhalinin sosial müdafiəsi sisteminin, sağlamlığın mühafizəsi və xəstəliklər zamanı zəruri tibbi yardım alınmasının əsas elementlərindən biridir.

Əhalinin sağlamlığının qorunması və gücləndirilməsi və tibbi yardımın göstərilməsi məqsədilə iqtisadi resursların cəlb edilməsi üsulu tarixən formalaşan bir prosesdir. Həm dövlət, həm bazarın digər ödəyiciləri tərəfindən ayrılan resursların kəmiyyəti və keyfiyyəti, səhiyyə sahəsində onlardan istifadənin effektivliyi ölkədə mövcud olan iqtisadi, siyasi və digər mürəkkəb münasibətlər əsasında müəyyən olunur.

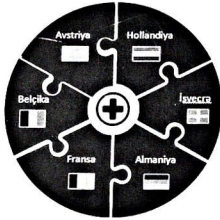
Müxtəlif ölkələrin səhiyyə sisteminin dayanıqlığı dövlətin bu sahədə həyata keçirdiyi funksiya və rolu əsasında müəyyənləşdirilir. Əgər tarixə nəzər salsaq, müşahidə etmək olar ki, tibbi sığorta, xüsusilə sığortalının məcburi növü, öz müasir formasında artıq XX əsrin əvvəlində bir sıra ölkələrdə yaranmışdır.

Hal-hazırda dünyada mövcud olan tibbi sığorta sistemləri əsas üç iqtisadi model üzərində qurulub [5]: bazarın idarəedilməsində çoxkanallı maliyyələşdirmə mexanizminə malik olan Alman modeli, ingilis iqtisadçısı Uilyam Bevericin büdcədən maliyyələşdirilən dövlət səhiyyəsi sistemi və sosial sığorta prinsipləri üzərində qurulan ingilis modeli (bəzi tədqiqatçılar buraya Nikolay Semashkonun sovet modelini də aid edirlər) və bazar prinsiplərindən əsaslanan və özəl tibbi sığorta istifadə etməklə həyata keçirilən ödənişli (pullu) tibb və ya amerikan modeli.

Alman modeli

Sığorta fondlarının formalaşması üzrə birinci modeli "sosial-sığorta" və ya "tənzimlənən sığorta" modeli adlandırmaq olar. Səhiyyənin bu modelə qarışq bazar prinsiplərinə əsaslanır və özündə dövlət tənzimlənməsinin və sosial təminatların inkişaf etmiş sistemi ilə yanaşı tibbi xidmətlər bazarını ehtiva edir. Bu modeldə tibbi yardım əhalinin bütün təbəqələri üçün əlçatan olması ilə xarakterizə olunur. Alman modeli ölkə əhalisinin demək olar ki, tam icbari tibbi sığortasını nəzərdə tutur və dövlətin buradakı iştirakı sığorta fondlarının maliyyələşdirilməsi ilə müəyyən edilir. Bazar üzərində qurulmuş tibbi xidmətlərin ödənilməsi prinsiplərini pozmamazla əhalinin bir çox hissəsinin lazımı ehtiyaclarının ödənilməsi məqsədilə dövlət qərant şəklində çıxış edir. Burada səhiyyə xidmətləri bazarının maliyyələşdirilməsi sistemi çoxkanallı (sığorta şirkətlərinin gəliri hesabına, əməkhaqqından ayrımlar, dövlət büdcəsi) ixtarətdə daşıyır.

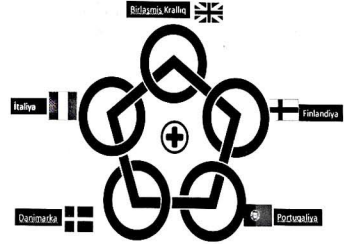
Bismark Modeli (Sosial Sığorta Sistemi)



Birinci model daha aydın şəkildə Almaniya, Fransa, Avstriya, Belçika, Kanada və Yaponiyada təzahür tapmışdır. Alman kansleri Otto fon Bismark tərəfindən 1881-ci ildə yaradılan alman modeli ilk zamanlar dömiyolu işçilərinin və onların ailələrinin sığortalanması ilə kompensasiya haqqında qanunvericilik ilə tənzimlənirdi. Bu model xəstəxanalarda kassaların təsis edilməsi, tibbi xidmətlərin baza həcminin müəyyən olunması və özəl praktikaya əsaslanan həkimlər institutunun mövcudluğu ilə formalaşmışdır. Belə ki, yuxarıda da qeyd olunduğu kimi, Beveric (ingilis modeli) və Semaşkonin (sovet modeli) təklif etdikləri modelərdən fərqli olaraq, burada tibbi sığorta tam dövlətin özünə qoyulmuşdur, alman modelində isə icbari tibbi sığorta sistemi işçi və işgötürənlərin ödənilməsi əsasında qurulmuşdur.

Almaniyada tibbi sığorta üzrə xidmətləri xəstəxana kassaları adlanan (Krankenkasse) ixtisaslaşmış müəssisələr təqdim edir [6]. Burada tibbi sığortanın icbariliyi şəxsin illik gəlirindən asılıdır. Qanunvericiliyi əsasən gəlirin müəyyən bir həddindən sonra tibbi sığorta könüllü əsaslarla təqdim edilə bilər. Lakin, hökumət icbari tibbi sığortaya cəlb olunmanın əhatəliyinin genişləndirilməsi məqsədilə illik gəlir həddini hər il artırır. 2017-ci ildə Almaniya dövləti işləyən vətəndaşları üçün hesablanmış illik gəlir həddini 59400 avro (təxmin. 114048 AZN) müəyyən etmişdir [7]. Belə ki, 2011-ci ildən bütün vətəndaşlar onların illik gəliri dövlət tərəfindən müəyyən edilmiş həddi keçmərsə hesablanmış illik gəlirlərinin 8.2%-ni, işgötürənlər gəlirlərinin 7.3%-ni vergi şəklində ödəməlidir. Həmçinin, burada, il ərzində ödənilən məbləğin (vergi şəklində ödənilən sığorta haqqının) yuxarı və aşağı limiti müəyyən olunmuşdur. 2017-ci ildə yuxarı limit 47250 avro (90720 AZN), aşağı limit isə 3937 avro (7480 AZN) təşkil etmişdir [7]. Almaniyağa göstərilən tibbi xidmətlərin çoxu vətəndaşlara pulsuz təqdim edilərsə də, bəzi istisnalar mövcuddur (məsələn: diş həkimi xidmətləri və digər). 18 yaşına çatmamış vətəndaşlar üçün heç bir istisna təbiiq olunmadan bütün tibbi xidmətlər sığorta ilə əhatə olunmaqdadır. İfşiz, sağlamlıq imkanları məhduf şəxslərə və aşağıgəlirli ailələrə sığorta dövlət tərəfindən təmin edilir. Müqayisə üçün qeyd etmək olar ki, 2016-cı ildə Almaniya ÜDM-nin 11.14%-ni, İngiltərə isə 9.76%-ni səhiyyə xərclərinə yönəlmişdir [8].

Beveric Modeli (Dövlət Səhiyyə Sistemi)



Britaniya modeli:

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsində dövlətin əhəmiyyətli rolu ilə xarakterizə olunan, "dövlət" və "büdcə" modeli adlanan sığorta fondlarının formalaşmasının ikinci modelinə görə ölkə əhalisi tibbi yardımını bəzi tibbi xidmətlər istisna olmaqla pulsuz əldə edir. Bu model tipində dövlət tibbi yardımın əsas alıcısı və tədarükçüsü kimi çıxış edir. Dövlətin nəzarəti altında fəaliyyətinə həyata keçirilməklə bəzə ikinci dərəcəli yer verilir. Sözlügdən bu model 1948-ci ildə Böyük Britaniyağa yarənib. Həmçinin, İrlandiya (1971-ci ildən), Danimarka (1973-cü ildən), Portugalıya (1979-cu ildən), İtaliya (1980-ci ildən) və s. ölkələrdə də bu model yer alıb. İngilis iqtisadçısı Uilyam Bevericin əsasını qoyduğu ingilis modelini fərqləndirən xüsusiyyətlər – özəl təcrübəyə əsaslanan həkimlər institutunun və dövlət xəstəxanalarının olmasıdır.

İkinci dünya müharibəsindən sonra Uinston Çorçilin tapşırığı ilə iqtisadçı Uilyam Beveric tərəfindən müharibə sonrası sosial rekonstruksiya məqsədilə "Beveric Hesabatı" hazırlanmışdır. Həmin sənədə əsasən 1948-ci ildən Britaniya tamamilə pulsuz səhiyyə xidmətləri sisteminə keçid alıb. Lakin, zamanla ingilis siyasətçiləri pulsuz səhiyyənin hər kəs üçün olqatan olması fikrinin utopik olduğu qərarına gəlmişdir. Sui-istifadə hallarının kütləvi xarakter alması səbəbindən səhiyyəyə ayrılan xərclər kəskin artmış və bu səbəbdən digər sahələrə, o cümlədən təhsil, sosial təminat, tikinti, yolları çəkilməsi kimi sahələrə ayrılan vəsaitlərin ixtisar edilməsi və bu vəsaitlərin səhiyyəyə yönəldilməsinə gətirib çıxarmışdır. Belə bir vəziyyətdə tənzimləyici üsulları tətbiqi qaçılmaz olmuşdur. Hissəli ödəmə prinsipi işə salınmış, yəni xəstə mülkiyyətin müəyyən hissəsini özü ödəməyə başlamışdır.

Britaniya modeli sığorta (yığım) fondlarının formalaşdırılması ideyasını ilk təklif edən model kimi seçilib. Belə ki, "dəmir ledi" Marqaret Teççerin hakimiyyəti dövründə həkimlərin könüllü şəkildə fondlar yaradaraq birləşməsi razılıq verilmişdir. Bu qrupdan olan həkimlər bir sıra xəstəliklərin müalicəsi və profilaktikası üçün illik büdcə vəsaitləri ayrılmışdır. Bu tipli fondların yaranması dövlətin səhiyyə sahəsinə ayırdığı xərclərdə qənaətin edilməsi imkanı yaratmışdır. Lakin ölkə üzrə bir çox həkimlərin fondlarda birləşməsi səbəbindən, yığım fondları çərçivəsində xidmət

göstərən hakimlərin buraya müraciət edən xəstə sayına cavab verməməsi böyük növbələrin yaranmasına gətirib çıxarmışdır.

Sonrakı illərdə bu məsələ öz həllini tapmış və hakimlərin fondlarda iştirakı məcburi hal almışdır [9].

Hazırda Britaniya səhiyyə sistemi dövlət xarakteri daşıyır. Milli Səhiyyə Xidmətləri hər bir vətəndaş üçün əlçatandır. Böyük Britaniyanın sistemi əsasən dövlət tərəfindən maliyyələşdirilən bir sistemdir ki, bütün sistem qabaqlayıcı tibb, ilkin qayğı və xəstəxana xidmətlərini hər bir rezident üçün təmin edir. Buraya ilkin səhiyyə, stasionar və ambulator xidmətlər, psixi sağlamlıq xidmətləri, ofiolmologiya və digər xidmətlər də aiddir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına əsasən, dövlət maliyyələşdirilməsi Britaniya səhiyyəsi ayrılan xərclərin 83.5%-ni əhatə edir, digər 16.5%-i isə özəl sektor tərəfindən maliyyələşdirilir [10].

Adətən özəl sektor tərəfindən təklif olunan sigortaya işəgötürənlər qrupu vəsaiti ilə çıxış imkanı yaradır. Dövlətin səhiyyə xidməti əksər əhali üçün xidmət göstərir, və bütövlükdə vergilərin hesabına maliyyələşdirilir, lakin buna baxmayaraq Britaniya sigorta bazarında tanınmış özəl tibbi sigorta şirkətləri də mövcuddur, o cümlədən BUPA, PruHealth, Aviva və sair şirkətlər.

Müqayisə üçün qeyd etmək olar ki, 2017-ci ildə ABŞ ÜDM-nin 17%-ni və ya ildə təxminən 2.2 trilyon dollar səhiyyəyə xərcləyinə görə dünyada birinci yerdə qərarlaşan ölkədir. Britaniya ÜDM-nin 9.8%-ni səhiyyəyə xərcləyir. Britaniyanın Milli Sağlamlıq Mərkəzi tibbi sigorta ilə əhatəsizə görə əhalinin 58 milyonunu və ya 100%-ni əhatə edir. ABŞ-də əhalinin siyahıya alınması əhalinin əsasən dövlət səhiyyə sistemi 109 milyon əhalini əhatə edir, bu isə ölkə əhalisinin 38%-ni təşkil edir [11]. Doğulanda gözəllənən ömür uzunluğu göstəricisinə gəldikdə isə ABŞ-də 2017-ci ildə bu göstərici 79 il, Birləşmiş Krallıqda isə 81 il təşkil etmişdir [12].

Yuxarıda qeyd olunanlara yanaşı, bəzi tədqiqatçılar "Britaniya modeli" adlandırılan ikinci modelə oxşar xüsusiyyətləri baxımdan Nikolay Semaşkonun sovet modelini də aid edir. Buraya, xüsusilə, müalicə və profilaktik infrastruktur, ixtisaslaşmış həkimləri və tibb müəssisələrinin mövcudluğunu aid etmək olar. Nikolay Andreyeviç Semaşko tərəfindən əsası qoyulmuş sovet sistemi səhiyyəsinə icbari tibbi sigorta xüsusiyyətlərini müşahidə etmək olar. Sistemin əsas prinsipləri və üstünlükləri aşağıdakılar üzərində qurulmuşdur:

- ✓ əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsindəki tədbirləri, mərkəzləşdirilmiş qaydadə dövlətin subsidiyalaşdırması;
- ✓ pulsuz, əlçatan və hər kəs üçün bərabər tibbi yardım;
- ✓ dövlət səhiyyə sistemində sanitari müəssisələrinin yaradılması;
- ✓ pediatriya və ginekologiya (həmçinin mama-ginekologiya) xidmətlərinin üstünlük təşkil etməsi;
- ✓ xəstəliklərin profilaktikasına istiqamətlənmiş tədbirlərin təşkili və s. qeyd etmək olar.

Sovet modeli "hər kəsdən onun maliyyə imkanlarına uyğun, hər kəsə onun maliyyə tələbatına görə" prinsipi ilə həyata keçirilirdi. Lakin XX əsrin 90-cı illərindən başlayaraq Semaşko modeli maliyyə çətinlikləri ilə üzləşdiyi səbəbindən işlək mexanizm olmaqdan çıxmışdır.

Amerikan modeli

Tibbi yardımın ödənilməsi əsasda göstərilməsi ilə xarakterik olan üçüncü model üçün tibbi xidmətlərə ehtiyacın ödənilməsinin əsas aləti kimi tibbi xidmətlər bazarı çıxış edir. Bu modelə həmçinin bazar tərəfindən ödənilməsi mümkün olmayan

ehtiyacların (həssas əhali qruplarının: uşaqlar, işsizlər, pensiyaçılar və s. ehtiyacları) müəyyən hissəsini dövlətin öz üzərinə götürməsi, bununla əlaqədar dövlətin tibbi yardım proqramlarının işlənilməsi və maliyyələşdirilməsi kimi xüsusiyyətləri aid etmək olar. Birinci modelin ən mükəmməl nümunəsi kimi Amerikanın səhiyyə sistemi çıxış edir. Adətən amerika sigorta fondlarının yaranma modelini "pullu", "bazar prinsiplərinə əsaslanan" və bəzən "özəl (xüsusi) sigorta sistemi" adlandırırlar. Amerika modelini tibbi sigorta xidmətlərini əzad bazar modeli üzərində qurulması, sigorta planlarının rəqəbatqabiliyyətliliyi, həkimlər arasında xəstə sayına görə rəqabət olması və buna bənzər məsələləri özündə cəmləşdirir. Burada səhiyyənin əsasını dövlət proqramları ilə tamamlanmış tibbi xidmətlər üzrə qeyri-dövlət şirkətləri təşkil edir. Dövlət proqramları dedikdə əsası 1965-ci ildə Amerikanın 36-cı Prezidenti Lindon Beyns Conson tərəfindən qoyulmuş [13] hazırda ABŞ-də tətbiq edilən və səhiyyə sahəsində dövlət proqramlarının əsasını təşkil edən Medicare və Medicaid proqramlarını qeyd etmək və bir qədər ətraflı nəzərdən keçirmək məqsədəuyğun olardı.

Amerika səhiyyəsi keyfiyyətli və yüksək texnoloji olmaqla yanaşı ödənişli və bahalı xidmət sahələrindəndir. Bu səbəbdən hər çox amerikalı öz ailə büdcəsinə zərər vermədən müalicəni, xüsusilə ağır və xroniki xəstəliklərin müalicəsini tam qayda ödəmək imkanına malik deyil. Bu səbəbdən maliyyə çətinlikləri olan və bəzi ağır xəstəliklərdən əziyyət çəkənlər tibbi sigortadan kənarə qalmışdır. Bu kimi vətəndaşların tibbi xidmətlər bazarına çıxışının reallaşdırılması üçün Medicare və Medicaid Proqramlarının əhatə dairəsinə nəzərəcarpacaq qədər genişləndirilmişdir.

Bu gün Amerikada dövlət proqramları ilə əhatəlilik ölkə vətəndaşlarının 1/3 hissəsini təşkil edir və səhiyyə xərclərini ırsı adiciklən dövlət proqramlarını payına düşür. Modelin xüsusiyyətlərindən yaralı gələrk dövlət sigortası (dövlət proqramları vəsaiti ilə maliyyələşdirilən sigorta proqramları) özəl sigortanı əldə etməkdə çətinlik çəkən əhalinin həssas qruplarını əhatə edir. ABŞ-in Səhiyyə və Sosial Xidmətlər Nazirliyinin Agentiyi olaraq tərkibində fəaliyyət göstərən Tibbi Qayğı və Tibbi Yardım Xidmətləri Mərkəzi ("The Centers for Medicare and Medicaid Services") ölkədəki əksər səhiyyə sahəsində mövcud olan müdafiə proqramlarını idarə edən qurumdur. Səhiyyə proqramlarına Medicare, Medicaid və Uşaqların Tibbi Sigortası Proqramını, həmçinin dövlət və federal səviyyədə tibbi sigorta üzrə bazar fəaliyyətlərini aiddir.

Hazırda Medicare tibbi sigorta proqramı 65 yaş və ondan yuxarı şəxslərin, 65 yaşadək əlilliyi olan şəxslərin, daimi böyrək çatışmazlığından əziyyət çəkən (dializ qəbul edən və ya böyrək transplantasiyası tələb olunan şəxslər) bütün yaşda olan şəxsləri əhatə edir.

Medicare dövlət proqramı əhatə dairəsi və xidmətlərə görə 4 kateqoriyaya bölünür [14]:

- A kateqoriyası – "Xəstəxana sigortası" adlanır və stasionar xidmətlərin göstərilməsi üçün nəzərdə tutulub. Həmçinin, buraya bəzi ev şəraitində göstərilən tibbi xidmətləri və həyatların son günlərini yaşayan insanlara xidmətin göstərilməsinə aid etmək olar. Medicare A kateqoriyasına proqram iştirakçısı olan yaş 65 və yuxarı olan şəxslər avtomatik aid edilir.

- B kateqoriyası – "Tibbi sigorta" adlanır – həkim xidmətləri və ambulator müalicəni nəzərdə tutur. Buraya A kateqoriya ilə əhatə olunmayan digər xidmətlər daxildir, misal üçün fiziki terapiya, rentgen və bəzi evdə müalicə xidmətləri. B kateqoriyasına aid olan xidmət və təminatlar tibbi tərəfdən müdaxilənin zəruri olduğu

haldə (tibbi göstərici) işə düşür. Əksər insanlar B kateqoriyası ilə əhatə olunmaq üçün aylıq ödəniş edir.

- C kateqoriyası – A və B kateqoriyalarının kombinasiyasından yaranan və daha çox iki kateqoriyanın üstünlüklərini özündə ehtiva edən bir bölmədir.

- D kateqoriyası - (resept üzrə dərmanlar) – prezident Corc Buş tərəfindən imzalanən sənədə uyğun və 2003-cü ildə Medicare proqramı ilə əhatə olunan hər kəsə tətib edilən bu hissə təsdiq edilmiş siyahı üzrə dərmanların əldə edilməsi üçün nəzərdə tutulub. Bir çox hallarda bu kateqoriyadakı xidmətlərdən faydalanmaq üçün vətəndaşlar aylıq ödəniş edir.

Amerika modeli tibbi sığorta xidmətlərini azad bazar modeli üzərində qurulması, sığorta planlarının rəqəbatqabiliyyətiliyi, həkimlər arasında xəstə sayına görə rəqəbat və buna bənzər məsələləri özündə cəmləşdirir.

Hazırda ABŞ-da tibbi yardım əhalinin bir çox hissəsinə sığorta polisini (sığorta müqaviləsi bağlandıqdan sonra tərtib edilən sənəd forması) olması şərti ilə göstərilir. Prezident Barak Obamanın administrasiyası zamanı hassas əhali qrupları, xüsusilə ahullar, azgörlülər, müharibə veteranları, federal qulluqçular üçün sahiiyyə proqramlarının dövlət maliyyələşdirilməsi 2010-cu ildən qüvvəyə minmiş "Gəlclərin sahiiyyə haqqında Qanun" və ya "Obamacare Qanunu" çərçivəsində həyata keçirilir [14]. Qanun "Medicaid" proqramının əhatəsini genişləndirməklə bütün uşaqların valideynlərinin sığorta polisi üzrə 26 yaşına çatanaqəd qeydiyyatı etməsi imkanını verirdi. "Obamacare Qanununa" [14] əsasən ABŞ əhalisinin əksəriyyəti məcburi olaraq sığortalana bilər. Sığortalanan şəxslərdən (ABŞ "Sağlamlıq haqqında" Qanunda nəzərdə tutulan bəzi istisnalar nəzərə alınmaqla) vergi cəzası şəklinə cərimənin ödənilməsi tələb olunurdu. 2017-ci ilin yekunlarına görə tətib edilən cərimə hər böyük vətəndaş üçün 695 ABŞ dol. (1181 AZN) (aile üzvlərinin sayına görə 2085 ABŞ dol.-dan (3544 AZN-dən) yuxarı olmamaq şərti)), və ya ev təsərrüfatı gəlirinin 2.5%-i; uşaqlar üçün nəzərdə tutulan cərimə böyükölürün cəriməsinin yarısı qədər, və ya 348 ABŞ dol. (592 AZN) təşkil edirdi. Belə ki, "Obamacare Qanunu" üç kanaldan istifadə edərək mütləq şəkildə sığortalanaqəd tələb edirdi: işgöyütönlər vasitəsilə, açıq bazarda (fərdi şəkildə) və dövlət proqramları (Medicare və Medicaid) [15] çərçivəsində.

Prezident Donald Tramp 2017-ci ildə "ObamaCare Qanunu"nun bəzi maddələrinə qarşı çıxaraq, qanuna bəzi dəyişikliklər etmişdir. Dəyişikliklər daha çox cərimələrin tətib şərtlərini dəyişmiş və insanların sözləyindən qanundan yayınması və nəticə etibarilə sığortaolunmayan sayının azalmasına səbəb olmuşdur. Tramp tərəfindən edilən dəyişikliklərə əsasən 2019-cu ildən tibbi sığorta üzrə bütün cərimələrin ləğv edilməsi nəzərdə tutulmuşdur.

ABŞ Kongresinin Bütçə İdarəsinin və Birgə Vergi Komitəsinin məlumatına əsasən, "Obamacare" Qanununda nəzərdə tutulan mütləq individual sığortalana mandatının aradan qaldırılması sığortaolunmayanların sayının 2017-ci ildəki 28.5 milyon nəfərdən (əhalinin 8.8%-i) 2026-ci ildə 43 milyon nəfərə çatacağıni proqnozlaşdırılmışdır [16].

Azərbaycanda tibbi sığorta sistemi

Azərbaycan Respublikasında sosial siyasətin bir qolu olan sahiiyyə sisteminə son illər uğurlu islahatlar aparılmış, tibb müəssisələrinin maddi-texniki bazası və kadrlar potensialı gücləndirilmiş, bütövlükdə sahiiyyə sahəsində böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. 1999-cu ildə "Tibbi sığorta haqqında" Qanunun qəbulu, bir qədər dərdünlükdən sonra 2007-ci ildə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin yaradılması, 2008-ci ildə "Azərbaycan

Respublikasında sahiiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətibçi Konsepsiyası" və nəhayət, "Mingəçevir şəhərinin, Yevlax və Ağdaş rayonlarının inzibati ərazilərində icbari tibbi sığortanın tətibinə dair pilot layihənin həyata keçirilməsi ilə bağlı tədbirlər haqqında" Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2016-cı il 29 noyabr tarixli 1127 nömrəli Fərmanı ilə Mingəçevir şəhərinin və Yevlax rayonunun inzibati ərazilərində icbari tibbi sığortanın pilot layihə olaraq həyata keçirilməsi qərar alınmışdır [17].

Genişmiqyaslı sosial layihə olan icbari tibbi sığortanın başlıca məqsədləri sahiiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsinin dayanıqlıqını, tibbi xidmətlərin əlçatanlığını təmin etməklə əhalinin sağlamlığına bağlı maliyyə risklərindən qorumaqdır. Ölkə başçısının fərmanna uyğun olaraq, 2017-ci ilin yanvar ayından etibarən ölkədə icbari tibbi sığortanın tətibinin pilot layihə şəklinə həyata keçirilməsinə başlanılmışdır. İcbari tibbi sığortanın pilot layihə çərçivəsində tətibçi ilk olaraq Mingəçevir şəhəri və Yevlax rayonunda, 2018-ci ildən isə Ağdaş rayonunda həyata keçirildi.

İcbari Tibbi Sığorta Agentliyinin 2018-ci il hesabatına əsasən Mingəçevir şəhəri, Yevlax və Ağdaş rayonlarının inzibati ərazilərində layihə çərçivəsində sahiiyyə xərclərinin maliyyələşdirilməsinə 32 660 min manat vəsait sərif edilmişdir ki, bu da 2017-ci il illə müqayisədə 15%-dən çox vəsait deməkdir (cədvəl 1*). Pilot layihə müddətində sahiiyyə xərclərinin maliyyələşməsinə çəkilən xərclərin təhlili bunu göstərir ki, pilot ərazilərdə adambaşına düşən sahiiyyə xərci kapital qoyuluşlar nəzərə alınmaqla 114 manat təşkil etmişdir.

Cədvəl 1

2017-2018-ci illərdə pilot layihə çərçivəsində sahiiyyə xərclərinin maliyyələşdirilməsinə sərif olunan vəsaitin

	min manat	
	2017-ci il	2018-ci il
Tibb təchizatçıları		
Mingəçevir ŞMX	13 628.04	13 675.61
Yevlax RMX	7 416.72	7 352.42
Ağdaş RMX		5 893.31
Özəl və təsərrüfat hesabı dövlət tibb müəssisələri	2 195.72	2 307.89
İlkin sahiiyyə xidməti üzrə	3 012.12	
Əvəzləşdirilə bilməyən və dövlət büdcəsinə geri qaytarılmış əlavə dəyər vergisi	688.58	3 431.16
Cəmi	26 941.18	32 660.39

*İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin rəsmi internet sahifəsindən əldə edilmiş məlumat

2020-ci ilin 1 yanvar tarixində bütün ölkə üzrə qüvvəyə minəcək "Tibbi sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununa əsasən icbari tibbi sığortanın xidmətlər zərri iki hissədən ibarət olacaq: baza və əlavə hissələrdən. Baza hissəyə ilkin sahiiyyə xidməti, təcili və təxirəəlinməz tibbi yardım xidməti, əlavə hissəyə isə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım aid olacaqdır. Baza hissədən istifadənin vətəndaşlar üçün dövlət büdcəsi hesabına, əlavə hissəyə aid olan ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımdan istifadənin isə icbari tibbi sığortahaqqı ödənilməklə həyata keçirilməsi nəzərdə tutulub.

Bununla yanaşı, Azərbaycan əhalisinin 45%-ni təşkil edən həssas əhali qrupları üçün [17] (uşaqlar, tələbələr, pensiyaçıları, sosial müavinət və ünvanlı sosial yardım alan şəxslər və s.) sığortahaqqının dövlət büdcəsi tərəfindən ödənilməsi nəzərdə tutulmuşdur.

2018-ci ildə İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin "Tibbi Ərazi Bölmələrini İdarəetmə Birliyi" (TƏBİB) publik hüquqi şəxsin yaradılması ilə ölkədə dövlət səhiyyə sistemində daxil olan tibb müəssisələrinin, o cümlədən Bakı şəhəri və rayonları üzrə tibb müəssisələri, elmi-tədqiqat institutları, tibbi mərkəzlər və birliklər, stasionar müəssisələr, ambulator-poliklinika müəssisələri, təcili tibbi yardım müəssisələri və s. TƏBİB-in tabeliyinə verilməsi və bununla səhiyyə sistemində icbari tibbi sığortanın tətbiqi məsələləri institusional dəyişikliklərə, əhalinin sağlamlığının qorunması üçün tibbi xidmətlərin təşkilinin təmin edilməsi və tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin yüksəldilməsinə təkan verilməlidir [18].

NƏTİCƏ

Ümumiyyətlə tibbi sığorta mexanizminin tətbiqi maliyyə vəsaitlərinin məqsədli yığılması və differensiallaşdırılması bəlgüsünün həyata keçirilməsinə imkan vermişdir. Belə ki, tibbi sığorta dövlətin səhiyyə xidmətlərinin səmərəli şəkildə maliyyələşdirilməsi və bu xidmətlərin alqatənliyi və keyfiyyətinin yüksəlməsi, bu sahəyə əlavə resursların cəlb olunması, əhalinin maraqlarının təmin edilməsi istiqamətində əsas mexanizmlərdən sayılır. Qeyd olunanlarla yanaşı, səhiyyə sisteminin inkişafı yalnız formal olaraq birbaşa dövlət maliyyələşdirilməsinin icbari tibbi sığorta sistemi ilə məhdudlaşmamalı və məsələyə kompleks yanaşma, o cümlədən səhiyyə müəssisələrinin maliyyələşdirilmə mexanizmlərində əsaslı dəyişikliklər və sığortacı və səhiyyə müəssisələri arasında rəqabətə inkişaf etdirilməsi kimi amillər nəzərə alınmalıdır.

Bir sıra icbari tibbi sığorta modellərinin araşdırılması və güclü və zəif tərəflərin müəyyən edilməsi, ölkəmizdə qurulmaqda olan tibbi sığorta sistemində müvafiq təcrübələrin tətbiqi və konseptual olaraq milli dəyərlər, sosial və iqtisadi aspektlər nəzərə alınmaqla bir sıra təkliflər irəli sürülmüşdür:

- həm elmi, həm də praktiki tərəfdən tibbi sığorta sisteminin təkmilləşdirilməsi məqsədilə tibbi sığortanın hüquqi tənzimlənməsi və hüquqi institut olaraq təhlil edilməsi;
- icbari tibbi sığorta sahəsində dövlət özəl tərəfdaşlığının qurulması;
- dövlət tibb müəssisələrində göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin beynəlxalq standartlara uyğunlaşdırılması;
- tibb müəssisələri üçün keyfiyyət standartlarının hazırlanması.

ƏDƏBİYYAT

1. Afsar Akal and Roy Harvey: The Role of Health Insurance and Community Financing in Funding Immunization in Developing Countries, 2001
2. Ataşov B.X., Ələkbərov Ə.Ə., Xudiyev N.N.: Sığorta işi, 2018
3. By Edward R. Berchick, Emily Hood, and Jessica C. Barnett: Health Insurance Coverage in the United States: 2017, Current Population Report, 2017
4. Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act , May 2010 - <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ppacacon.pdf>
5. Dünya Bankının məlumat portalı <https://data.worldbank.org/indicator/sp.dyn.le00.in>

6. <https://www.cbo.gov/budget-options/2016/52232> - Congressional Budget Office. Nonpartisan analysis for the U.S. Congress
7. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323858.php>
8. Hüseyinov M.C.: Sığorta işi, müəhazilərə toplusu
9. İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyinin rəsmi internet sahifəsi - www.its.gov.az
10. Jonathan Cylus and Erica Richardson: Health System in Transition. United Kingdom Health System Review, 2015
11. Repeal the Individual Health Insurance Mandate - <https://www.cbo.gov/budget-options/2016/52232>
12. Sherman Folland, Allen C. Goodman: The Economics of Health and Healthcare, 2017
13. The fourth health systems of the United Kingdom: How do they compare? London: The Health Foundation and Nuffield Trust Boyle. S, 2011
14. www.e-qanun.az
15. www.german-health-insurance.de
16. Xudiyev N.N.: Sığorta, Bakı 2003
17. В.В. Гришин. Модели системы обязательного медицинского страхования. // Финансы. 1996.
18. О.В. Ганин, С.В. Мещерякова: Правовые основы медицинского страхования граждан Российской Федерации, 2014.

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Саида Рамис кызы ГУСЕЙНОВА

Резюме

Основная цель исследования: Целью исследования является выявление специфических особенностей системы медицинского страхования и изучение различных подходов создания страховых фондов, являющихся неотъемлемой частью системы, а также изучение трех основных моделей, принятых как фундаментальный аспект в страховой практике. Для этого в статье были изучены передовой зарубежный опыт, были исследованы конкретные показатели стран.

Методология исследования: Методология исследования основана на системном подходе сравнительного анализа, статистической группировке, логическом обобщении, динамическом сравнении, выборочном обследовании, детализации, научной абстракции.

Выводы исследования: В результате исследования был изучен ряд моделей обязательного медицинского страхования и выявлены их сильные и слабые стороны. В том же случае была изучена возможность применения передового опыта с учетом национальных особенностей.

Ограничения исследования: требует более широкой теоретической и практической информации.

Практическое значение исследования: Полученная информация может сыграть позитивную роль в разработке политики здравоохранения, финансирования здравоохранения, медицинского страхования и обогащения научных и практических знаний.

Оригинальность и научная новизна исследования: исследована концепция медицинского страхования, в частности обязательного медицинского страхования, роль страховых фондов в системе страхования и их появление, внедрение новых подходов в применении обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: страхование, страховой фонд, медицинское страхование, модель, Азербайджан

THE HEALTH INSURANCE SYSTEM AND COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MODELS OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE

Saida Ramis HUSEYNOVA

Abstract

Purpose: The purpose of the research is to identify the specific features of health insurance and to learn different approaches of establishing insurance funds and the study of three basic health insurance models, which are considered as fundamental factors in insurance theory, and the analysis of the practice of applying these models in different countries. For this purpose, the article has explored pivotal foreign practice, certain indicators of countries.

Design/Methodology: Methodology of research is based on systematical approach comparative analysis, statistical grouping logical generalization dynamic comparison, sample survey, detailing, and scientific abstraction.

Findings: As a result of the research, few compulsory health insurance models were explored and strong and weak parts were defined. At the same time, the possibility of implementation of advanced experience and accountability of national characteristics were studied.

Research limitations: it requires broader theoretical and practical information.

Practical implications: The information obtained can play a positive role can play a positive role in the development of health policy, health financing, health insurance, and the enrichment of scientific and practical knowledge.

Originality and value: The concept of health insurance, in particular compulsory health insurance, has been explored, the role of insurance funds in the insurance system, and the emergence of new approaches to the application of compulsory health insurance, that is, long-term validation of programs based on foreign experience can be regarded as novelty of research.

Keywords: insurance, insurance fund, health insurance, model, Azerbaijan