

İlkin səhiyyə xidmətinin təşkili və maliyyələşdirilməsi:

Azərbaycanda mövcud vəziyyət
və islahatlar konsepsiyası

Financing and Organizing of Primary Health Care:

Current situation in Azerbaijan
and reforms conception

**İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzi
Bakı - 2006**

İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzi
Bakı şəhəri,
S.Rüstəmov küç., ev 3/6, mən.3

Tel: (99412) 497 11 61
Faks: (99412) 498 44 31
E-mail: erc@aztelekom.net
Website: www.erc-az.org

Müəlliflər: *Qubad İBADOĞLU, i.e.n.
Azər MEHTİYEV, i.e.n.
Vüqar BAYRAMOV, i.e.n.
Samir ƏLİYEV*

Elmi redaktoru: *Adil QEYBULLA, t.e.d., prof.*

Kitabda İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzinin ölkədə ilkin səhiyyənin mövcud vəziyyəti və onun gücləndirilməsi üzrə apardığı tədqiqatların bir hissəsi təqdim olunur. Burada habelə səhiyyənin dövlət büdcəsindən maliyyələşdirilməsi mexanizmləri açıqlanır. Tədqiqatların nəticəsi olaraq İTM tərəfindən hazırlanmış İSX-nin gücləndirilməsi və maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsi konsepsiyası da geniş oxucu auditoriyasının nəzərinə çatdırılır.

Kitab səhiyyə işçiləri, səhiyyə siyasətini işləyib hazırlayan və həyata keçirən hökumət qurumları, müstəqil ekspertlər, səhiyyənin iqtisadiyyatı sahəsində tədqiqat aparan mütəxəssislər, habelə QHT təmsilçiləri üçün nəzərdə tutulur. Kitabdan ali məktəb tələbələri də faydalana bilər.



Kitab Oxfam Beynəlxalq Humanitar Təşkilatının maliyyə dəstəyi ilə həyata keçirilən "Büdcə şəffaflığı və büdcəyə nəzarət" layihəsi çərçivəsində çap olunub.

Kitabın məzmununa və buradakı məlumatlara görə Oxfam təşkilatı heç bir məsuliyyət daşımır.

Layihənin koordinatoru: *Azər MEHTİYEV*

Kitab pulsuz paylanır

ISBN 9952-8057-5-6

© İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzi

Ön söz

İqtisadi Tədqiqatlar Mərkəzi (İTM) 2003-cü ildən Böyük Britaniyanın Oksfam Beynəlxalq Humanitar təşkilatının maliyyə dəstəyi ilə "Büdcə şəffaflığı və büdcəyə nəzarət" layihəsini həyata keçirir. Layihənin əsas məqsədi büdcə prosesində ictimai iştirakçılıq texnologiyalarının tətbiqi yolu ilə dövlət büdcəsi vəsaitlərinin istifadəsinin şəffaflığının artırılması və səmərəliliyinin yüksəldilməsinə nail olmaq, bununla da ölkədə yoxsulluğun azaldılmasına töhfə verməkdir.

Həmin layihə çərçivəsində İTM 2005-ci ilin iyun ayından 2006-cı ilin may ayınadək dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitin səmərəliliyinin artırılması və ilkin səhiyyə xidmətlərinin (İSX) dövlət maliyyələşdirilməsinin səmərəli mexanizmlərinin işlənilməsi istiqamətində tədqiqatlar aparıb. Bu tədqiqatlar Minilliyin İnkişaf Məqsədlərinə və ölkəmizdə həyata keçirilən "Yoxsulluğun azaldılması və İqtisadi İnkişaf üzrə Dövlət Proqramı"nın hədəflərinə uyğun olaraq, əhaliyə göstərilən ilkin səhiyyə xidmətlərinin yaxşılaşdırılması, əhalinin ilkin səhiyyə xidmətlərinə çıxışının artırılmasına istiqamətlənib.

Minilliyin İnkişaf Məqsədləri səhiyyə sisteminə böyük önəm verir. Belə ki, 8 inkişaf məqsədindən 3-ü, 18 hədəfdən 6-sı səhiyyə sisteminin inşafı ilə bağlıdır. Bununla yanaşı, bu məqsədlərdə əks olunan 48 indikatorun 18-i səhiyyə xarakterlidir. İTM ekspertlərinin hazırladığı konsepsiya Minilliyin İnkişaf Məqsədləri ilə əlaqəli olmaqla yanaşı Azərbaycanda qarşıda duran vəzifələrin reallaşdırılmasına yardım edəcək.

Tədqiqat zamanı ölkəmizdə səhiyyənin, xüsusilə İSX-nin təşkili və maliyyələşdirilməsinin mövcud vəziyyəti araşdırılıb, İSX-nin təşkili və maliyyələşdirilməsi sahəsində ayrı-ayrı (inkişaf etmiş, postsosialist və inkişaf etməkdə olan) ölkələrin təcrübələri, habelə MDB ölkələrinin islahat praktikası öyrənilib, ayrı-ayrı beynəlxalq təşkilatların (DST, BMT-nin İnkişaf Proqramı, ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi, Dünya Bankı və s.) və ekspertlərin bu sahədəki hesabatları tədqiq edilib, yerli ekspertlərlə müzakirələr və məsləhətləşmələr aparılıb, regionlarda İSX məntəqələrinin göstərdikləri xidmətlərin əlçatanlığı və keyfiyyəti barəsində əhalinin rəyi öyrənilib və bir sıra başqa tədbirlər təşkil olunub.

Son illər ayrı-ayrı beynəlxalq qurumlar (Dünya Səhiyyə Təşkilatı, ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi, Böyük Britaniyanın Oksfam Beynəlxalq Təşkilatı, Beynəlxalq Tibb Korpusu, Dünya Bankı və s.) Azərbaycanda səhiyyə xidmətinin təşkilinin mövcud durumunun araşdırılması və səhiyyə sahəsində struktur islahatlarının həyata keçirilməsi istiqamətində bir sıra tədqiqatlar aparıb, hesabat və tövsiyələr hazırlayıblar. Layihə çərçivəsində tədqiqatın predmeti ilə əlaqəli belə hesabatlar və tövsiyələr də diqqətlə öyrənilib.

Hazırda ölkəmizdə bir sıra beynəlxalq təşkilatlar (Oksfam, BTK və s.) ilkin səhiyyə xidmətlərinin təkmilləşdirilməsi sahəsində icma əsaslı ilkin səhiyyəyə dəstək istiqamətində eksperimental layihələr həyata keçirirlər. Bu baxımdan Oksfamin Aran-Qarabağ regionunda, əsasən ucqar və sərhəd kəndlərində həyata keçirdiyi "İcma əsaslı ilkin səhiyyəyə dəstək Modeli" layihəsini xüsusilə qeyd etmək olar. Oksfamin tətbiq etdiyi həmin Model İSX-nin təşkilinin bütün prinsiplərini özündə birləşdirir və uğurla həyata keçirilir, bu da tədqiqat üçün həm nəzəri və həm də praktiki cəhətdən əhəmiyyət kəsb edir. Odur ki, layihə çərçivəsində İTM ekspertləri həmin modeli də tədqiq edib və onun geniş tətbiq imkanlarını və mümkünlüyünü araşdırıb. Bu məqsədlə həmin layihənin həyata keçirildiyi kəndlərdən birində, habelə sosial-iqtisadi, demografik baxımdan oxşar vəziyyətdə olan, lakin Oksfam modelinin tətbiq olunmadığı başqa bir kənddə əhali arasında onların səhiyyəyə yönəltdiyi xərclərin xarakterini və təyinatını, eləcə də İSX-nin durumunu araşdırmaq üçün sosioloji sorğular təşkil olunub.

Sizə təqdim olunan bu kitabda həmin layihə çərçivəsində aparılan tədqiqatların bir hissəsi təqdim olunur. Ümumilikdə həmin tədqiqatın əsas materialları 3 kitab şəklində oxuculara çatdırılır.

Birinci kitabda Azərbaycanda səhiyyənin mövcud vəziyyəti, ilkin səhiyyənin təşkili və maliyyələşdirilməsinin müasir durumu, 2006-cı ilin dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin istifadəsi istiqamətləri, ümumi təcrübə həkimi (ailə həkimi) modeli barədə məlumat və İTM tərəfindən tədqiqatın yekunu olaraq hazırlanmış "Azərbaycanda İSX-nin gücləndirilməsi və maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsi konsepsiyası" təqdim olunur.

Kitabda yeni manat - AZN, köhnə manat isə - AZM-lə fərqləndirilib.

*Diaqnostika o dərəcədə uğur qazanıb ki,
sağlam adam demək olar ki, qalmayıb.*
(Bertran Rassel)

AZƏRBAYCANDA İLKİN SƏHİYYƏNİN TƏŞKİLİ VƏ MALİYYƏLƏŞDİRİLMƏSİNİN MÖVCUD VƏZİYYƏTİ



Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində ölkə qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanunundan, digər qanunvericilik aktlarından və Azərbaycan Respublikasının iştirakçısı olduğu beynəlxalq müqavilələrdən ibarətdir. Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının sağlamlığı, təhlükəsizliyi və tibbi yardımla təmin olunması hüququ ölkənin Konstitusiyasında təsbit olunub.

Azərbaycan Respublikası Konstitusiyasının 41-ci maddəsinə əsasən hər kəsin sağlamlığını qorumaq və tibbi yardım almaq hüququ vardır. Dövlət müxtəlif mülkiyyət növləri əsasında fəaliyyət göstərən səhiyyənin bütün növlərinin inkişafı üçün zəruri tədbirlər görür, sanitariya-epidemiologiya salamatlığına təminat verir, tibbi sığortanın müxtəlif növləri üçün imkanlar yaradır.

İnsanların həyatı və sağlamlığı üçün təhlükə törədən faktları və halları gizlədən vəzifəli şəxslər qanun əsasında məsuliyyətə cəlb edilir.

Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində vətəndaşlarla dövlət orqanları, eləcə də dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə müəssisələri və təşkilatları arasında yaranan münasibətlər **"Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında"** Azərbaycan Respublikasının Qanunu (26 iyun 1997-ci ildə qəbul edilib) ilə tənzimlənir. Qanuna əsasən əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində insan və vətəndaş hüquqlarına dövlət təminatı və bu təminatla bağlı hüquqi və fiziki şəxslərin məsuliyyəti;*

- ✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi;*
- ✓ *tibbi-sosial yardımın hamı üçün mümkünlüyü;*
- ✓ *sağlamlığın itirilməsi zamanı vətəndaşların sosial müdafiəsi.*

Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində dövlətin qarşısında duran vəzifələri Qanun aşağıdakı kimi müəyyənləşdirir (3-cü maddə):

- ✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində dövlət siyasətinin əsaslarının müəyyən edilməsi, insan və vətəndaş hüquq və azadlıqlarının müdafiəsi;*
- ✓ *sağlamlığın qorunması sahəsində dövlət proqramlarının hazırlanması və həyata keçirilməsi;*
- ✓ *səhiyyə sisteminin təşkili qaydalarının və fəaliyyətinin müəyyənləşdirilməsi;*
- ✓ *dövlət səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsi;*
- ✓ *ətraf mühitin qorunması, ekoloji təhlükəsizliyin təmin edilməsi;*
- ✓ *məcburi sığorta üzrə sığorta məbləğinin və sığorta haqqının ödənilməsi qaydasının müəyyənləşdirilməsi;*
- ✓ *əhalinin xüsusi qrupları üçün tibbi-sosial yardım göstərilməsinə təminat verilməsi;*
- ✓ *dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemi müəssisələri arasında sağlam rəqabətə təminat verilməsi;*
- ✓ *ailənin, valideynlərin və uşaqların mühafizəsi;*
- ✓ *səhiyyə sahəsində beynəlxalq əməkdaşlığın həyata keçirilməsi.*

İlkin tibbi yardımla bağlı xidmətlərin göstərilməsi qaydaları qanunun 32-ci maddəsində əksini tapıb. Qanuna əsasən ilkin tib-

bi-sanitariya yardımı hər bir vətəndaş üçün pulsuz göstərilən tibbi xidmət növüdür. Bu xidmətə aşağıdakılar daxildir:

- ✓ geniş yayılmış xəstəliklərin, eləcə də travmaların, zəhərlənmələrin və digər təxirəsalınmaz yardım tələb edən xəstəliklərin müalicəsi;*
- ✓ sanitariya-gigiyenik və əksepidemik tədbirlərin keçirilməsi, ictimai təhlükəli xəstəliklərin tibbi profilaktikası;*
- ✓ ailənin, valideynlərin, uşaqların mühafizəsi və yaşayış yerində tibbi-sanitariya yardımının göstərilməsinə dair digər tədbirlər.*

İlkin tibbi-sanitariya yardımı dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələri, eləcə də sanitariya-epidemioloji xidmət müəssisələri tərəfindən təmin olunur.

Qanuna əsasən (33-cü maddə) vətəndaşlara təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım təcili tibbi müdaxilə tələb edən hallarda (bədəxt hadisələr, travmalar, zəhərlənmələr və digər xəstəliklər) mülkiyyət formasından asılı olmayaraq təcili yardım tibb müəssisələri, eləcə də qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ilkin tibbi yardım etməyə borclu olan şəxslər tərəfindən göstərilir. Dövlət tibb müəssisələrində təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım pulsuzdur.

"Özəl tibb fəaliyyəti haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu (30 dekabr 1999-cu ildə qəbul olunub) özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri arasında münasibətləri tənzimləyir, onların hüquq və vəzifələrini, bu fəaliyyətin təşkilati-hüquqi əsaslarını müəyyən edir. Qanunun 6-cı maddəsinə əsasən özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri (tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan fiziki şəxslər) tibbi sığorta təşkilatları ilə, eləcə də xəstələrlə bağlanmış müqavilələr əsasında ilkin tibbi-sanitar yardım göstə-

rirlər. Bu müqavilədə ilkin tibbi-sanitar yardımın növləri, həcmi və göstərilmə şərtləri əks olunmalıdır.

"Yod çatışmazlığı xəstəliklərinin kütləvi profilaktikası məqsədi ilə duzun yodlaşdırılması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu (27 dekabr 2001-ci ildə qəbul olunub) yod çatışmazlığı xəstəliklərinin kütləvi profilaktikası məqsədi ilə duzun yodlaşdırılması tədbirlərinin hüquqi, təşkilati və iqtisadi əsaslarını müəyyən edir və bu sahədə yaranan münasibətləri tənzimləyir. Qanun Azərbaycan Respublikasında yod çatışmazlığı xəstəliklərinin kütləvi profilaktikası məqsədi ilə duzun yodlaşdırılması sahəsində fəaliyyət göstərən bütün fiziki və təşkilati-hüquqi formasından asılı olmayaraq hüquqi şəxslərə şamil edilir.

"Azərbaycan Respublikasında vərəmlə mübarizə haqqında" Azərbaycan Respublikasının (2 may 2000-ci il tarixli № 875-IQ sayılı) Qanunu əhalinin vərəmdən mühafizəsinin təşkilati-hüquqi əsaslarını, vərəm xəstəliyinə tutulmuş şəxslərin hüquq və vəzifələrini müəyyən edir.

Bu qeyd olunan qanunlardan əlavə ölkədə səhiyyə sisteminin, habelə ilkin səhiyyənin fəaliyyətinin ayrı-ayrı tərəflərini tənzimləyən bir sıra qanunlar (məsələn, "Əczaçılıq fəaliyyəti haqqında", "Yolu-

2004-cü ildə səhiyyə sistemində ölkə üzrə 732 xəstəxana (respublika, şəhər, rayon mərkəzi və kənd xəstəxanaları, ixtisaslaşdırılmış dispanserlər, təlim xəstəxanaları və özəl xəstəxanalar), 1594 ambulatoriya-poliklinika müəssisəsi, 922 qadın, uşaq poliklinika və ambulatoriyası fəaliyyət göstərib. Bu müəssisələrdə 30 min nəfərdən çox həkim və 60 minədək orta tibb işçisi çalışıb və əhalinin hər 10 min nəfərinə onların sayı müvafiq olaraq 36,6 və 72,6 nəfər təşkil edib.

xucu xəstəliklərin immunoprofilaktikası haqqında", "Şəkərli diabet xəstəliyinin qarşısının alınması haqqında", "Tibbi sosial sığorta haqqında" və başqaları) və digər normativ aktlar qəbul olunub.

Səhiyyə sisteminin müasir vəziyyəti. Ölkədə səhiyyə xidmətinin bütün səviyyələrində və həlqələrində kifayət qədər səhiyyə obyektləri mövcuddur, lakin onların hazırkı yararlılıq dərəcəsi, habelə xidmətlərinin növü və keyfiyyəti xeyli dərəcədə fərqlidir.

2004-cü ildə ümumilikdə səhiyyə sahəsində çalışanların sayı 174,6 min nəfər olmuşdur ki, bu da ölkə üzrə işləyənlərin 4,6 faizi, dövlət sektorunda çalışanların isə 14,7 faizi deməkdir.

2004-cü ildə xəstəxanalarda çarpayılardan ümumi sayı 68,4 min ədəd olub ki, bu da əhalinin hər 10 min nəfərinə 83,1 çarpayı deməkdir. Müqayisə üçün qeyd etmək lazımdır ki, bu göstərici inkişaf etmiş ölkələrdə olduğundan təqribən 1,5-2 dəfə çoxdur.

1-ci cədvəl

**Azərbaycanda 2001-2004-cü illər üzrə
səhiyyənin bəzi əsas göstəriciləri**

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|------|------|------|------|------|
| Bütün ixtisaslardan olan həkimlərin sayı, <i>min nəfər</i> | 29 | 29.1 | 29.5 | 29.7 | 30.1 |
| <i>əhalinin hər 10000 nəfərinə</i> | 35.5 | 36.3 | 36.5 | 36.4 | 36.6 |
| Orta tibb işçilərinin sayı, <i>min nəfər</i> | 60.0 | 59.9 | 59.1 | 59.5 | 59.7 |
| <i>əhalinin hər 10000 nəfərinə</i> | 75.4 | 74.6 | 73.1 | 73.1 | 72.6 |
| Xəstəxana müəssisələrinin sayı | 735 | 735 | 738 | 734 | 732 |
| Xəstəxana çarpayılarının sayı, <i>min</i> | 69.9 | 69.0 | 68.7 | 68.1 | 68.4 |
| <i>əhalinin hər 10000 nəfərinə</i> | 87.8 | 86.0 | 85.0 | 83.6 | 83.1 |
| Xəstə uşaqlar üçün çarpayılardan sayı, <i>min</i> | 11.9 | 11.5 | 11.4 | 11.7 | 11.7 |

| | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hamilə və zahı qadınlar üçün çarpayılarn sayı, <i>min</i> | 7.5 | 7.3 | 7.4 | 7.4 | 7.4 |
| Qadın məsləhətxanalarının və uşaq poliklinikalarının (ambulatoriyaların) sayı | 913 | 917 | 917 | 916 | 922 |
| Əhaliyə ambulatoriya-poliklinika yardımını göstərən müəssisələrin sayı, <i>vahid</i> | 1614 | 1618 | 1603 | 1591 | 1594 |
| Ambulator-poliklinika müəssisələrin gücü (hər növbədə gəlişlərin sayı), <i>min</i> | 105.6 | 105.0 | 105.9 | 105.0 | 105.3 |
| <i>əhalinin hər 10000 nəfərinə</i> | 132.7 | 130.8 | 131.0 | 128.9 | 127.9 |
| Səhiyyə işçilərinin orta aylıq nominal əmək haqqı, <i>min AZM</i> | 73.4 | 80.6 | 90.0 | 109.5 | 148.2 |

**Mənbə: Dövlət Statistika Komitəsi. Azərbaycan
ətraf mühit və səhiyyə-2005**

Azərbaycanda adambaşına düşən çarpayılarn sayı zox olsa da onlardan istifadə səviyyəsi region ölkələri ilə müqayisədə olduqca aşağıdır. Müqayisə göstərir ki, Azərbaycanda çarpayılardan istifadə əmsalı Avropa Birliyi ölkələrindəki müvafiq göstəricidən 3 dəfə geri qalır. Hazırda Azərbaycanda orta xəstənin xəstəxanada keçirdiyi gün inkişaf etmiş ölkələrə nisbətən təxminən 2-3 dəfə çoxdur.

Bu obyektlərdən əlavə, Azərbaycanda xeyli sayda sanatoriya-lar fəaliyyət göstərir ki, onlar da ilkin və ikinci dərəcəli səhiyyə xidmətləri göstərir. Səhiyyə Nazirliyinin obyektləri ilə yanaşı, Dəmir Yolu Departamenti, Müdafiə Nazirliyi, hüquq-mühafizə orqanları və Dövlət Neft Şirkətinin paralel səhiyyə xidmətləri tərəfindən idarə olunan poliklinika və stasionar obyektlər vardır. Hesablamalar göstərir ki, bu obyektlər əhalinin kiçik bir qrupuna (təqribən 5 faizinə) xidmət göstərir. Əlavə olaraq, ölkədə bir neçə QHT də səhiyyə xidmətləri göstərir. Hazırda ölkədə 25 özəl xəstəxana, habelə 6 xəstəxanaya malik bir böyük operator MediClub (funksiyaları tibbi təminat təşkilatının funksiyaları kimidir) fəaliyyət göstərir. Həm stasionar, həm də ambulator xidmətlər təklif edən bu xəstə-

xanalar gəliş haqqı, illik haqlar və birgə ödənişlər əsasında fəaliyyət göstərir.¹

Səhiyyə sisteminin idarə olunmasında Səhiyyə Nazirliyi ilk baxışdan dominant rola malikdir: nazirlik səhiyyə xidmətlərinin əsas təminatçısı olmaqla səhiyyə (əhalinin sağlamlığının təmin edilməsi üzrə) siyasətinin hazırlanmasına və həyata keçirilməsinə məsuliyyət daşıyır; səhiyyə sahəsini tənzimləyən normativ sənədlərin, habelə norma və normativlərin yaradılmasını, bu sahədəki qanunlara və qaydalara əməl edilməsini təmin etmək onun səlahiyyətindədir.

İri xəstəxanaların və rayon xəstəxanalarının rəhbərləri, səhiyyə sistemində bütün ştat yerləri bu qurum tərəfindən təyin olunur; səhiyyə müəssisələrinin fəaliyyəti və onların xidmətinin səviyyəsi də nazirlik tərəfindən yoxlanılır və qiymətləndirilir; səhiyyə müəssisələri nazirliyə hesabat verirlər.

Lakin əslində təşkilati baxımdan nazirliyin birbaşa səlahiyyəti çərçivəsində idarə olunanlar başlıca olaraq iri mərkəzi səhiyyə obyektləri, elmi-tədqiqat və təhsil müəssisələri, habelə sanitariya-epidemioloji xidmətlərdir. Müvafiq nazirliklərin idarəçiliyində olan müdafiə, təhlükəsizlik və Dəmir Yolu sisteminin səhiyyə obyektləri istisna olmaqla, bütün digər səhiyyə təşkilatları isə əsasən şəhər və rayonların icra hakimiyyəti strukturlarının idarəçiliyindədir.

Səhiyyənin maliyyələşdirilməsində mövcud durum. "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanununun 9-cu maddəsinə (Dövlət səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsi) görə dövlət səhiyyə sistemi əsasən dövlət

¹ Azərbaycan Səhiyyə sektorunun icmalı sənədi. Dünya Bankı-2005

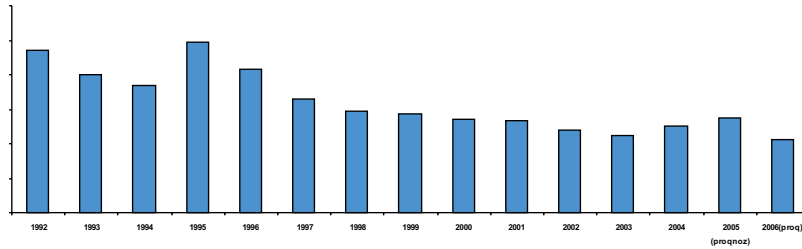
Nazirlik səhiyyə sisteminə büdcə vəsaitlərinin ayrılması barəsində son qərarların qəbulundan təcrid olunub, səhiyyə sisteminin maliyyə ehtiyaclarının planlaşdırılmasında əhəmiyyətli rola malik deyil. Səhiyyəyə ayrılan büdcə vəsaitlərinin başlıca sərəncamçıları şəhər və rayon maliyyə idarələri və icra hakimiyyəti strukturlarıdır.

büdcəsi, eləcə də məcburi tibbi sığorta vəsaitləri, müəssisə, idarə və təşkilatların gəlirlərindən könüllü ayırmalar, hüquqi və fiziki şəxslərin ianələri və istifadəsi qanunvericiliyə zidd olmayan digər mənbələr hesabına maliyyələşdirilir. Dövlət səhiyyə sisteminin vəsaitləri səhiyyənin məqsədli kompleks proqramlarının işlənilməsinə və yerinə yetirilməsinə, dövlət səhiyyə müəssisələrinin maddi-texniki bazasının inkişafına, müalicə-profilaktika və sanitariya-epidemioloji müəssisələrin saxlanılmasına, güzəştli tibbi xidmətin göstərilməsinə, tibb və əczaçılıq işçilərinin hazırlanmasına və ixtisaslarının artırılmasına, tibb elminin inkişafına və tətbiqinə və epidemiyaların aradan qaldırılmasına yönəldilir.

DST-nin məlumatına görə, 2002-ci ildə adambaşına düşən səhiyyə xərcləri Avropa Birliyi ölkələrində orta hesabla 1645 ABŞ dolları olduğu halda, MDB ölkələrindən Rusiyada 150, Belarusda 93, Türkmənstanda 79, Qazaxıstanda 56, Ermənstanda 45, Ukraynada 40, Moldovada 27, Gürcüstanda 25, Özbəkistanda 21, Qırğızıstanda 14 və Tacikistanda 6 ABŞ dolları məbləğinə ekvivalent olub. Azərbaycanda həmin il bu göstərici 27 ABŞ dolları təşkil edib və göründüyü kimi MDB məkanında Azərbaycan, Tacikistan, Qırğızıstan, Özbəkistan və Gürcüstan kimi region ölkələrini qabaqlayıb.²

² The World Health Report -2005. WHO

Tədqiqatdan məlum olub ki, dövlət büdcəsindən səhiyyə sahəsinə ayrılan vəsaitin həcmi mütləq ifadədə 1995-ci ildən başlayaraq hər il artırılsa da, bu vəsaitin ümumi büdcə xərclərində xüsusi çəkisi həmin ildən başlayaraq ildən-ilə azalır: bu göstəricinin səviyyəsi 1995-ci ildə 10 faiz idisə, ötən il 5,5 faiz olub. Cari ildə isə 4,2 faizə düşüb. Dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin ölkənin ÜDM-ində payı 1995-ci ildəki 1,4 faizdən 1 faizə düşüb. Müqayisə üçün qeyd edək ki, dövlət səhiyyə xərclərinin ÜDM-də payı Belarusda 4,9, Moldova və Türkmənstanda 3,7, Ukraynada 3,5, Rusiyada 3,4, Qazaxıstanda 2,4, Ermənistanda 1,3, Tacikistanda 1,0 və Gürcüstanda 0,55 faiz təşkil edir.³



Grafik 1. Dövlət büdcəsində səhiyyə xərclərinin payının dinamikası (1992-2006-cı illər)

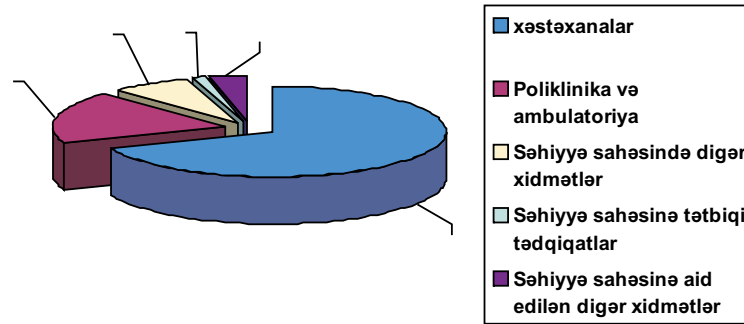
2006-cı ilin dövlət büdcəsindən "Səhiyyə" bölməsinə 150,5 milyon AZN məbləğində vəsaitin ayrılması gözlənilir ki, bu da ötən ildə (120,9 milyon AZN) olduğundan 29,6 milyon AZN çoxdur. Büdcənin ümumi xərclərində "Səhiyyə"nin payı 4,2 faiz təşkil edir.⁴ Bu ötən ilki illə (5,5 faiz) müqayisədə 1,3 bənd aşağıdır. Qeyd etmək lazımdır ki, bu il "Səhiyyə" xərclərinin ÜDM-də xüsusi çəkisi 1,1% olacaq. Bu il dövlət büdcəsindən ayrılan səhiyyə

³ AYİB-in Hesabatı, 2006

⁴ Dövlət büdcəsi -2006. Büdcə sənədləri zərfi. Maliyyə Nazirliyi.

xərclərinin adambaşına düşən məbləği 18 AZN (20 ABŞ dolları) təşkil edəcək.

"Səhiyyə" xərclərinin əsas hissəsi - 69,2 faizi xəstəxanalara ayrılır. Xərclərin 18,5 faizi poliklinikalar və ambulatoriyalara, 7,5 faizi səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə, 3,7 faizi səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlara, 1,1 faizi səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlərə yönəldilir.

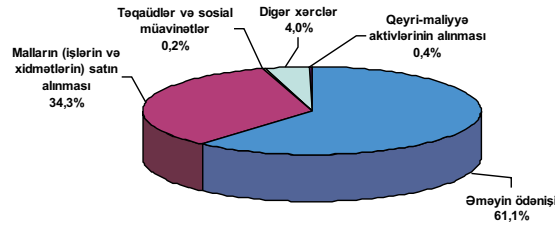


Qrafik 2. Dövlət büdcəsinin "Səhiyyə" bölməsi xərclərinin funksional təsnifatı üzrə bölgüsü

Dövlətin səhiyyə xərclərinin əksər hissəsi səhiyyə işçilərinin əməyinin ödənilməsinə yönəldilir. Məsələn, 2006-cı ilin dövlət büdcəsində səhiyyə xərclərinin 61,1 faizinə qədəri, yaxud 91,9 milyon manatı (AZN) əməyin ödənilməsi məqsədlərinə ayrılır. Buna baxmayaraq səhiyyə müəssisələrində çalışanların orta aylıq əmək haqqı ölkə üzrə orta aylıq əmək haqqı ilə müqayisədə 3 dəfədən də çox aşağıdır. Məsələn, 2004-cü ildə ölkədə orta aylıq əmək haqqı 497 min AZM olduğu halda səhiyyədə 148 min AZM təşkil edib.⁵ Səhiyyə sektorunda əmək haqlarının aşağı olması

⁵ Azərbaycanın statistik göstəriciləri - 2005. DSK, statistik məcmuə.

əhali tərəfindən qeyri-rəsmi ödəmələrin çoxalmasına gətirib çıxarır.



Qrafik 3. Dövlət büdcəsinin "Səhiyyə" bölməsi xərclərinin iqtisadi təsnifatı

Dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitin təqribən 1/3-nə qədəri (məsələn, 2006-cı ildə 34,3 faizi) malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına yönəldilir. Tədqiqat zamanı məlum olub ki, büdcədən ayrılan məhdud vəsaitlər ərzaq və tibbi dərmanların alınmasına lazım olan vəsaitlərin ancaq 30-35 faizinin ödənilməsinə kifayət edir. Belə ki, 2004-cü ildə dövlət büdcəsindən ərzaq məhsullarının alınmasına ayrılmış vəsait faktiki hospitallaşdırılmış xəstəyə bir günə 1000-1200 AZM təşkil edib.⁶ Əslində orta normalar üzrə bir xəstənin gündəlik normal qidalanması üçün zəruri məbləğ orta hesabla 6000-7000 AZM olduğunu nəzərə alsaq, hər bir xəstəyə ayrılan vəsaitin onun normal qidalanması üçün olan minimum səviyyədən 5-6 dəfə aşağı olması aydın olar.

Son illər səhiyyə obyektlərinin əsaslı təmiri və tikintisi üçün dövlət büdcəsindən çox cüzi vəsait ayrılıb. Əslində dövlət hesabına yeni səhiyyə obyektlərinin tikintisi baş veribse belə bu məqsədə

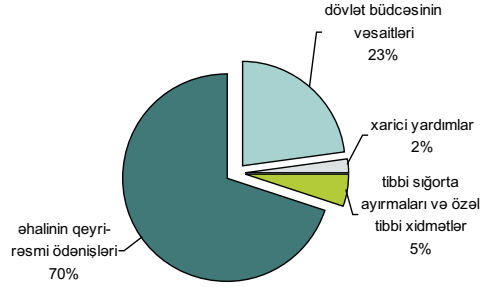
⁶ İqtisadi İnkişaf Nazirliyinin məlumatı

Hazırda Azərbaycanda səhiyyə sahəsində ümumi xərclərin yalnız 20-25 faizi dövlət büdcəsinin vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilir. Dünya Bankının hesabatında göstərilir ki, ölkəmizdə bütün səhiyyə xərclərinin çox cüzi bir hissəsi - təqribən 1,8 - 2 faizi xarici yardımlar hesabına ödənilir. Ümumi səhiyyə xərclərinin yerdə qalan 75-80 faizini isə əhalinin rəsmi və qeyri-rəsmi ödənişləri təşkil edir.

yönəldilən vəsait dövlət büdcəsinin "Səhiyyə xərcləri" bölməsinə deyil, başqa bölmələrə daxil edilib. Bu isə dövlət büdcəsindən səhiyyənin inkişafına ayrılan vəsaitlərin həcmi tam qiymətləndirməyə imkan vermir. "Səhiyyə xərcləri" bölməsindən isə obyektlərin əsaslı tikintisi üçün bütün xərclərin 1 faizindən də az vəsait nəzərdə tutulur. Halbuki ölkədə, xüsusilə rayonlarda fəaliyyət göstərən səhiyyə obyektlərinin böyük əksəriyyəti bərhad vəziyyətdə olmaqla əhaliyə normal səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsinə imkan vermir.

Hesabatda göstərilir ki, əhalinin səhiyyə xidmətlərinə görə tibbi (könüllü və icbari) sığorta ayırmaları və özəl tibbi xidmətlər şəklində rəsmi ödənişləri ümumi səhiyyə xərclərinin yalnız 5 faizinə qədərini təşkil edir.⁷ Deməli, bütün səhiyyə xərclərinin 70-75 faizi əhali tərəfindən qeyri-rəsmi şəkildə ödənilir.

⁷ Azərbaycan səhiyyə bölməsinin icmalı sənədi. Dünya Bankı-2005



Qrafik 4. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsində mövcud durum
(*Dünya Bankının hesabatına əsasən*)

DSK tərəfindən keçirilmiş ev təsərrüfatlarının müayinəsinin (ETM) nəticələrinə əsasən, vətəndaşlar tərəfindən səhiyyəyə nağd ödənişlərin orta aylıq məbləği 2003-cü ildə adambaşına 8,8 AZN-ə (9 ABD) çatmışdır. Birinci xərc kvintilində olanlar (ən yoxsul təbəqə) səhiyyəyə ayda orta hesabla 4,02 AZN (4,3 ABD), beşinci kvintildə olanlar isə (ən varlı təbəqə) - 15 AZN (15,3 ABD) xərcləmişdir. Bu xərclərin ümumi istehlak xərclərində xüsusi çəkisi də yuxarı kvintillər üçün yüksək olmuşdur (birinci kvintildə 17 faiz, beşinci kvintildə isə 24 faiz).⁸

Səhiyyə İslahatları Layihəsi çərçivəsində Azərbaycanın 10 rayonunda (5 pilot rayonu: Göyçay, Salyan, Xaçmaz, Şəmkir, Şərur və 5 nəzarət rayonu: Kürdəmir, Sabirabad, Qusar, Qazax və Babək) 2002-ci ildə aparılan Əsas İcmal Sorğusu müəyyən etmişdir ki, özəl səhiyyə xərclərinin 11 faizini ənənəvi üsullarla müalicə ilə, 23 faizini dərman preparatlarının əldə edilməsi ilə, 61 faizini isə müalicə-profilaktika müəssisələrinə müraciətlə bağlı xərclər təşkil edir. Odur ki, əhəlinin böyük bir hissəsi xəstələnmə hallarında səhiyyə xidmətlərindən istifadə ilə bağlı xərclərdən

⁸ YAİİDP Katibliyi. Səhiyyə bölməsi üzrə təhlil sənədi.

azad olmaq üçün özü-özünü müalicə edir və ya heç bir müalicədən istifadə etmir. Sorğunun nəticələrinə əsasən, 2002-ci ildə özü-özünü müalicə edən əhalinin xüsusi çəkisi 16-17 faiz təşkil etmiş, 24-25 faiz əhali isə heç bir müalicədən istifadə etməmişdir. Kənd yerlərində vəziyyət daha acınacaqlıdır. Araşdırmanın nəticələri göstərir ki, 2002-ci ildə kənd əhalisinin 21-22 faizi özü-özünü müalicə üsullarından istifadə etmiş, 26-28 faizi isə heç bir müalicədən istifadə etməmişdir.⁹

Beləliklə, qeyri-rəsmi ödəmələr ölkədə geniş yayılmışdır ki, bu da rəsmi ödəmələrlə (ödənişli xidmətlər və dərman preparatlarına çəkilən xərclər) birlikdə əhalinin yoxsul təbəqələrinin səhiyyə xidmətlərindən istifadə imkanlarını məhdudlaşdırır. Eyni zamanda aşağı gəlirli təbəqənin, habelə qeyri-rəsmi pul ödəmək imkanında olan ayrı-ayrı qrup vətəndaşların göstərilən tibbi xidmətlərə inamının getdikcə aşağı düşməsi onları ya özünü müalicəyə vadar edir, ya da onlar sadəcə olaraq vaxtında həkimə müraciət etmirlər. Bunun da nəticəsi olaraq həmin insanlarda yaranan xəstəliklər əksər hallarda ya xroniki hal alır, ya da xəstəliklərin daha ağır mərhələsinə keçməklə vətəndaşların müalicə üçün daha böyük məbləğlərdə vəsait ödəmələrinə gətirib çıxarır. Belə vəziyyət ölüm hallarının, xüsusilə ana və uşaq ölümünün çoxalması ilə nəticələnir.

2002-ci ildə həmin göstəricinin səviyyəsi 94 faiz təşkil edib (Bankın qiymətləndirmələrinə görə, bu, regionda üçüncü ən böyük göstərici olmaqla Avropa Birliyi üzrə orta göstəricidən 10 dəfə artıqdır)¹⁰. Oxşar vəziyyət uşaq ölümü statistikasında və bir sıra digər xəstəliklər sahəsində də mövcuddur. Səhiyyə Nazirliyinin mütəxəssisləri ilə aparılan söhbətlər zamanı məlum oldu ki, rəsmi statistik məlumatlar reallığın xeyli dərəcədə pərdələnməsinə və

⁹ Azərbaycan Səhiyyə sektorunun icmalı sənədi. Dünya Bankı-2005

¹⁰ Azərbaycan Səhiyyə bölməsinin icmalı sənədi. Dünya Bankı-2005

Rəsmi statistik məlumatlara əsasən 2002-ci ildə ölkəmizdə ana ölümü əmsalı 19.9 (hər 100 min doğuşa) olub¹², Lakin ayrı-ayrı beynəlxalq təşkilatların ölkəmizdə apardıqları empirik tədqiqatlar nəticəsində əhalinin sağlamlıq durumu sahəsində ortaya çıxan məlumatlarla rəsmi statistik məlumatlar arasında çox böyük kənarlaşmalar ortaya çıxır. Dünya Bankının apardığı qiymətləndirmələrə əsasən ölkəmizdə ana ölümünün səviyyəsi rəsmi elan olunduğundan 4-5 dəfə çoxdur.

təhrif olunmasına gətirib çıxarır. Hərçənd ki, onlar beynəlxalq qurumlar tərəfindən elan olunan rəqəmlərlə də razı deyillər və öz mövqelərini vəziyyətin beynəlxalq təşkilatlar tərəfindən xeyli dərəcədə şişirdilməsi ilə izah etdilər.

İlkin səhiyyə xidmətlərinin təşkili və keyfiyyəti. Ölkədə ilkin tibbi-sanitar xidmətlər əsasən sovet sistemindən qalmış kənd feldşer-mama və ya feldşer ambulatoriya məntəqələri kimi fəaliyyət göstərən ilk yardım tibb məntəqələri, kənd həkim ambulator mərkəzləri, rayon xəstəxanalarının nəzdində olan ambulator klinikalar və poliklinikalar tərəfindən həyata keçirilir.

Rəsmi məlumatlara əsasən həmin il ilkin səhiyyə obyektlərinin səhiyyə işçiləri ilə komplektləşdirilməsi səviyyəsi 85-90 faiz təşkil edir.¹¹

Dünya Bankının hesabatında göstərilir ki, Bank tərəfindən maliyyələşdirilən Səhiyyə İslahatları Layihəsinin həyata keçirildiyi bölgələrdə feldşer-ambulatoriya məntəqələrinin 83 faizi yalnız günün yarısında elektrik enerjisi ilə təmin olunur. Müşahidələr göstərir ki, məntəqələrin 82 faizində, həkim ambulatoriyalarının

¹¹ Azərbaycanca ətraf mühit və səhiyyə-2005. DSK, statistik məcmuə

¹² Azərbaycanın statistik göstəriciləri - 2003. DSK, statistik məcmuə.

68 faizinin su ilə təchizatı təmin olunmayıb. Kənd və rayon yerlərində olan ilkin səhiyyə obyektlərinin böyük əksəriyyətinin kanalizasiya sistemində çıxışı yoxdur, binalarının əsaslı təmirə və ya yenidən tikilməsinə ehtiyac var. Habelə həmin məntəqələrdə istifadə olunan standart avadanlıq dəstləri ya natamamdır, ya təmir edilməlidir, ya da ümumiyyətlə mövcud deyildir.¹³

Dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan xərclərin yalnız 1/5-nə qədəri ilkin səhiyyə xidmətlərinin maliyyələşdirilməsinə yönəldilir.

2004-cü ildə ölkədə 1594 ambulator-poliklinika müəsisəsi fəaliyyət göstərib. Bu müəsisələrin gücü (1 növbədə gəlişlərin sayı) 105,3 min nəfər (əhalinin hər 10 min nəfərinə 127.9) olub.

Halbuki DST-nin standartlarına görə normal ilkin səhiyyə xidmətlərinə təminat üçün bu məbləğ ən azı 15-20 dollar həcmində olmalıdır. Təbii ki, belə bir vəsaitlə ilkin səhiyyə obyektlərinin normal fəaliyyəti qəti mümkünsüzdür.

Araşdırmalar göstərir ki, hazırda dövlət büdcəsindən ilkin səhiyyə məntəqələrinə (poliklinika, ambulatoriya və s.) vəsaitin ayrılması mexanizmi heç də ciddi prinsiplərə söykənmir. Burada müəyyən normaların gözlənilmədiyi yeganə xərc maddəsi tibb işçilərinin əmək haqqı fondunun məbləğidir. Bu zaman səhiyyə obyektinin xarakteri, orada ştatların müəyyən edilməsi keçmiş SSRİ dövründə işlənmiş norma və normativlərə əsaslanır.¹⁴ Yerdə qalan digər bütün xərclərin müəyyənləşdirilməsi zamanı isə müvafiq səhiyyə məntəqələrinin ayrı-ayrı ehtiyaclarının öyrənilməsi və qiymətləndirilməsi təmin olunmur, vəsaitin ayrılması əvvəlki ilin

¹³ Azərbaycan səhiyyə bölməsinin icmalı sənədi. Dünya Bankı-2005

¹⁴ Həmin normativlər SSRİ Səhiyyə Nazirliyinin 11.10.82-ci il tarixli 999 sayılı əmri ilə təsdiq olunub və ona Nazirliyin 10.01.83-ci il tarixli 16 sayılı və 16.04.84-cü il tarixli 420 sayılı əmrləri ilə dəyişiklik və əlavələr edilib

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən ilkin səhiyyəyə 27.9 milyon AZN (31,0 mln.USD) vəsait ayrılıb və onun səhiyyə xərclərində payı 18,5 faizdir¹⁶. Bu o deməkdir ki, dövlət tərəfindən ilkin səhiyyə xidmətlərinə ayrılan vəsaitin adambaşına düşən illik məbləği təqribən 3 dollardır.

müvafiq rəqəmləri, büdcənin artım imkanları və vəsaitin ayrılması mümkünlüyü, şəxsi münasibətlər və "yuxarıdan tapşırıq" prinsipi nəzərə alınmaqla empirik qaydada həyata keçirilir. Ehtiyacların qiymətləndirilməsinə və ciddi elmi əsaslara söykənməyən belə "büdcə planlaşdırılması" prosesinə səhiyyə məntəqələrinin rəhbərləri və işçiləri cəlb olunmur. Yerlərdə yalnız müəyyən standart sənəd formaları hazırlanır (daha doğrusu, müvafiq qrafalara rəqəmlər doldurulur) ki, əslində bunlar da daha çox formal xarakter daşıyır. Sonra bütün formalar rayon maliyyə şöbəsində ümumiləşdirilir və burada büdcənin planlaşdırılması üzrə əsas işlər həyata keçirilir. Bu prosesdə də yazılı təlimatlardan daha çox şifahi göstərişlər əsas götürülür.

Ümumiyyətlə, Azərbaycanda səhiyyə sistemi keçmiş Sovet İttifaqının son dərəcə mərkəzləşdirilmiş, səmərəsiz planlaşdırma sistemindən miras qalmış əlamətləri özündə saxlamaqda davam edir.

Layihə çərçivəsində Tər-tər rayonunda İSX-nin təşkilinin mövcud vəziyyəti və göstərilən xidmətlərin keyfiyyəti araşdırılıb. Məlum olub ki, rayonda hazırda bir mərkəzi rayon xəstəxanası (nəzərdə poliklinikası olmaqla), 1 uşaq xəstəxanası, 4 kənd xəstəxanası, 12 həkim ambulatoriyası və 21 feldşer-mama məntəqəsi fəaliyyət göstərir.¹⁵ Cəbhə bölgəsində olan bu rayonun bir sıra sə-

¹⁵ Rayon Səhiyyə Şöbəsi müdirinin məlumatı

¹⁶ Azərbaycan Respublikasının 2006-cı il Dövlət Büdcəsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu

hiyyə obyektlərinin yenidən qurulmasında, əsaslı təmirində və yenilərinin tikilməsində son illər Oksfam, UNİSEF, "Uşaqların xilas", Beynəlxalq Xilasetmə Təşkilatı, Ərazilərin Bərpası Agentliyi kimi beynəlxalq təşkilatlar fəallıq göstərib. Onların yardımı ilə 1999-cu ildən bəri rayonda 8 feldşer-mama məntəqəsi və ambulatoriya üçün yeni binalar tikilmiş, 15-ə qədəri isə əsaslı təmir olunmuş və ya yenidən qurulmuşdur. Bu dövr ərzində dövlət büdcəsi vəsaitləri hesabına heç bir yeni səhiyyə obyekti tikilməyib, yalnız bir neçə səhiyyə obyektində (məsələn, mərkəzi xəstəxanada, uşaq xəstəxanasında, rayon poliklinikasında) qismən əsaslı təmir işləri həyata keçirilib. Beynəlxalq qurumların hələlik əməkdaşlıq etmədiyi səhiyyə məntəqələrinin bir çoxunda (təqribən 8-də) ilkin səhiyyə xidmətini göstərmək üçün ümumiyyətlə minimum baza belə yoxdur: məntəqələrin bina şəraiti tamamilə yarırsızdır, tibbi avadanlıqlar və inventarlar ya yoxdur, ya da tamamilə köhnədir. Yerdə qalan səhiyyə obyektlərinin hamısının (10-dan çox) əsaslı təmirə və tibbi avadanlığın təzələnməsinə və komplektləşdirilməsinə ehtiyac var.

Maliyyə Nazirliyində rayonun səhiyyə sahəsinə və məntəqələrinə ayrılacaq vəsaitin həcminin müəyyən edilməsi zamanı isə rayon rəhbərliyinin (icra hakimiyyəti başçısının, səhiyyə şöbəsinin müdirinin və b.) "sözünün keçərliliyi" ("çəkisi") və "yuxarılar"la münasibətləri həlledici rol oynayır. Belə qeyri-formal prinsiplər rayonda yeni səhiyyə obyektlərinin tikintisi və əsaslı təmirinə, bahalı tibbi avadanlıqların alınmasına iri məbləğlərdə vəsaitin ayrılması üçün həlledici rol oynayır.

2005-ci il yanvarın 1-nə olan məlumata görə rayon üzrə tibb işçilərinin ümumi sayı 787 nəfər olub. Onlardan 140 nəfəri həkim, 373 nəfəri orta tibb işçisi, 180 nəfəri kiçik tibb işçisi, qalanı (94 nəfər) isə digər işçilərdir. Ötən il rayonda həkimlərin orta aylıq əmək haqqı 222500 AZM (təqribən 49 ABŞ dolları), orta tibb işçilərinin 184500 AZM (40 dollar), kiçik tibb işçilərinin isə 159000 AZM (35 dollar) olub.¹⁷

Tədqiqat zamanı rayonun kəndlərində ilkin səhiyyə xidmətlərinin təşkili və maliyyələşdirilməsi vəziyyəti, kənd tibb məntəqələrinin mövcud vəziyyəti və problemləri, əhalinin kənd ambulatoriyalarının fəaliyyətindən yararlanma imkanları və bir sıra başqa məsələlər üzrə araşdırmalar aparılıb. Kənd həkim ambulatoriyalarına ayrılan büdcə vəsaitlərinin istifadəsinin araşdırılması nəticəsində məlum olub ki, 2005-ci ildə hər bir məntəqəyə, xidmət göstərdikləri vətəndaşların sayından asılı olaraq, hər bir ailə üzrə il ərzində orta hesabla təqribən 12-15 ABŞ dolları (hər adam hesabı ilə ildə orta hesabla 2,5-3,0 dollar) məbləğində vəsait ayrılıb. Bu vəsaitin 70-75 faizi tibb məntəqələrində çalışanların əməyinin

Tədqiqat apardığımız səhiyyə məntəqələrinin heç birində məntəqənin xərclər smetası olmayıb. Maraqlıdır ki, məntəqə rəhbərlərinin demək olar hamısı məntəqənin özünün ayrıca xərclər smetasının mövcudluğundan belə xəbərsiz olublar. Məlum olub ki, həkimlər əmək haqqı üçün nəzərdə tutulan vəsaitlər istisna olmaqla, digər xərc maddələri (xüsusilə dərman və sərğı məmulatları, avadanlıq, inventar, tibbi və dəftərxana ləvazimatları alınması, kommunal xidmətlərin ödənilməsi və sair kimi xərclər) üzrə ayrılan vəsaitin faktiki məbləğindən xəbərsiz olurlar.

¹⁷ Rayon Səhiyyə Şöbəsi müdirinin məlumatı

ödənilməsinə sərf olunub. Bütün vəsaitin təqribən 8 faizinə qədəri (ildə 450-500 dollar) dərman və sarğı materiallarının alınması, 10 faizinə qədəri (550-600 dollar) isə inventar və avadanlığın alınması üçün nəzərdə tutulub.

Tədqiqat zamanı məlum olub ki, kənd səhiyyə məntəqələrinə büdcədən ayrılan vəsaitlər əsasən kəndlərdə icra hakimiyyəti nümayəndəliklərinin və rayon maliyyə (xəzinədarlıq) şöbəsinin birbaşa nəzarətində olur. Tədqiqatın gedişində söhbət etdiyimiz səhiyyə məntəqələri rəhbərlərinin heç birinin büdcədən onların məntəqələrinə ayrılan vəsaitin məbləği və təyinatı haqqında məlumatı olmadığını bildirib.

Tədqiqat zamanı Oksfamın "İcma əsaslı ilkin səhiyyəyə dəstək Modeli"nin tətbiq olunduğu kəndlərdən birində modelin üzvü olan və olmayan ev təsərrüfatları arasında sorğu təşkil olunub.

Bu isə şərait yaradır ki, həmin vəsaitlərin əhəmiyyətli hissəsi müxtəlif formalarda təyinatından yayındırılsın və mənimsənilsin. Bu prosesdə ayrı-ayrı qurumlarda təmsil olunan və həmin vəsaitlər üzərində bu və ya başqa formada sərəncam vermək və nəzarət etmək imkanı olan müxtəlif səlahiyyətli şəxslər sövdələşmə şəraitində iştirak edirlər. Bundan başqa, məntəqələr üçün büdcə vəsaiti hesabına alınacaq dərman və sarğı materiallarının tərkibinin müəyyən edilməsində də məntəqə həkimləri iştirak etmirlər və onların rəyi nəzərə alınmır.

Eyni zamanda bütün şərtlərinə görə həmin kəndlə oxşar olan, lakin modelin tətbiq edilmədiyi və ənənəvi səhiyyə xədmətinin davam etdiyi başqa bir kənddə də ev təsərrüfatları arasında sorğu keçirilməklə göstərilən səhiyyə xidmətlərinin əlçatanlığı və keyfiyyəti, tibb məntəqələrinin mövcud vəziyyəti və fəaliyyəti ilə bağlı əhalinin rəyi öyrənilib.

Sorğunun nəticəsində məlum olub ki:

- ✓ *Kənd ambulatoriyasının xidmət səviyyəsindən modelin tətbiq olunduğu kənddə əhalinin 60 faizi tam və 40 faizi isə qismən razı qaldığı halda, ənənəvi xidmət üsullarının davam etdirildiyi kənddə ev təsərrüfatlarının 5 faizi tam və 26 faizi qismən razı qaldıqlarını bildirib. Bu kənddə rəyi soruşulanların 68 faizi ambulatoriyanın xidmət göstərmə səviyyəsindən tamamilə narazıdır;*
- ✓ *Tibbi xidmət göstərilən zaman pulsuz dərman verilməsi ilə bağlı sualın cavabında modelin tətbiq olunduğu kənddə model üzvlərinin 96 faizi daimi olaraq, 4 faizi arabir, üzv olmayanların isə 26 faizi daimi, 71 faizi isə arabir pulsuz dərman aldıklarını bildiriblər. Digər kənddə isə rəyi öyrənilənlərin 95 faizi ambulatoriyada onlara heç vaxt pulsuz dərman verilmədiyini bildirib;*
- ✓ *Oksfamın işlədiyi kənddə modelin üzvü olan ailələrin 98,6 faizi xəstəlik və problemlərlə bağlı ilk növbədə kənd ambulatoriyasına müraciət etdiyi halda, üzv olmayan ailələrin 67 faizi əvvəlcə bu ünvana baş çəkir. Digər kənddə isə rəyi öyrənilənlərin yalnız 32 faizi xəstəlik və problemlərlə üzləşdikdə ilk növbədə kənd ambulatoriyasına müraciət edir, qalan 68 faizi birbaşa rayon mərkəzinə ya da başqa şəhərlərə getdiklərini bildiriblər.*
- ✓ *Modelin üzvü olan ailələr son 12 ayda müayinə və ilkin tibbi xidmət üçün ambulatoriyada həkimə əlavə pul ödəmədiklərini bildiriblər. Modelin üzvü olmayan ailələrin 76 faizi bu müddətdə həkimə heç vaxt pul ödəmədi-*

yini, 22 faizi isə arabilir ödəniş etdiklərini qeyd edib. Digər kənddə isə respondentlərin 83 faizi müayinə və ilkin tibbi yardım üçün həkimə həmişə, 14 faizi isə arabilir pul ödədiklərini bildirib.

- ✓ *Hər iki kənd üzrə aparılan sorğuların müqayisəsi göstərir ki, Oksfam modelinin tətbiq edildiyi kəndin sakinləri son 12 aylıq müddətdə həkimə daha çox müraciət ediblər.*
- ✓ *Modelin tətbiq olunduğu kənddə icma üzvü olan ailələrin 44,3 faizi, üzv olmayan ailələrin isə 18,9 faizi ağrılar və xəstəlik zamanı dərhal həkimə müraciət etdiyi halda, ənənəvi xidmətlər göstərilən kənddə sağlamlıqla bağlı problem yarandıqda rəyi soruşulanların yalnız 3 faizi dərhal həkimə müraciət etdiyini bildirib. Modelə üzv ailələrin 38,6 faizi xəstələndikdə bir neçə gün gözləməyə üstünlük verirsə, modelə üzv olmayanların 68,9 faizi belə hərəkət edir. Digər kənddə isə rəyi öyrənilən ev təsərrüfatlarının 95 faizi bir müddət gözləməyə üstünlük verirlər. Ağrılar və xəstəlik zamanı dərhal həkimə müraciət etməmələrinin səbəbini üzv ailələrin 30 faizi, üzv olmayan ailələrin 47,3 faizi, ikinci kənd sakinlərinin isə 97 faizi maddi imkansızlıqla əlaqələndirib.*

Tədqiqat prosesində sorğuya cəlb edilən ev təsərrüfatlarının son 12 aydakı gəlirlərinin Oksfam modelinin üzvü olan və kənddə qalan ailələr üzrə müqayisəsi respondentlər arasında 1200 manat (yəni köhnə 6 milyon manat) intervalında pul qazananların üstünlük təşkil etdiyini göstərir. Modelin üzvü olanların 1/3-inin, üzv olmayanlar arasında keçirilən sorğuda iştirak edən ailələrin 20 faizdən çoxunun son 12 ayda gəliri bu məbləğ ətrafında olub.

Digər tərəfdən tədqiqatlar göstərir ki, ilkin səhiyyə xərcləri ümumi səhiyyə xərclərinin təxminən 10 faizini təşkil edir¹⁸. Bundan çıxış edərək ilkin səhiyyə xidməti ilə bağlı modelin işləməsi üçün hər bir ailənin 1.2 manat vəsait ödəmək imkanında olduğunu müəyyənləşdirmək olar. Bu göstərici icma əsaslı mo-

*Beynəlxalq standartlara görə, inkişaf etməkdə olan ölkələrdə gəlirlərin 12 faizi¹⁹, inkişaf etmiş ölkələrdə isə 25 faizi²⁰ səhiyyə xidmətlərinin ödənilməsinə yönəldilir. İnkişaf etməkdə olan ölkələr üçün olan göstəriciyə istinad etsək görürük ki, könüllü tibbi sığorta xarakterli layihələr tətbiq olunarsa, ailələrin hər ay ümumi səhiyyə xidməti üçün 12 manat ($1200/12 * 0,12$) vəsait ödəmək imkanlarının olduğu üzə çıxır.*

dellərin tətbiqi zamanı nəzərə alın bilər. Əgər sizə təklif olunsaydı ki, xəstə olub olmamağınızdan asılı olmayaraq ayda müəyyən qədər stabil pul ödəməklə keyfiyyətli ilkin tibbi xidmətlə təmin olunacaqsınız, bu halda nə qədər vəsait ödəyə bilərsiniz sualına sorğu iştirakçılarının əksəriyyətinin 1-1.2 manat (keçmiş 5-6 min manat) ətrafında vəsait ayıra bilməsini deməsi də bunu təsdiq edir. Həm elmi, həm də sosioloji yanaşmalar belə modelin tətbiq edildiyi halda ailələrin hər ay ən azı 1 manat vəsait ayıra biləcəyini göstərir.

Tədqiqatın ortaya çıxardığı başlıca problemlər. Beləliklə, apardığımız tədqiqatdan məlum olur ki, bütövlükdə səhiyyə sisteminin və İSX-nin maliyyələşdirilməsinin mövcud mexanizmlərinə aşağıdakı problemlər mövcuddur:

¹⁸R. Carles (2002)

¹⁹William Yack, Redistributing to the sick: Now should health expenditures be integrated into the tax system, Georgetown University

²⁰Bill Archer, Medicare and Health Care, The USA Congressional Research Service

- ✓ *Səhiyyənin təşkilinin mövcud sistemindən doğan problemlər (sovet irsi, "izləmə" sistemi);*
- ✓ *Kəskin büdcə məhdudiyyətləri (maliyyə çatışmazlığı "fəlakəti")*
- ✓ *Səhiyyə sistemi daxilində vəsaitlərin səmərəli bölünməsi problemi (əmək haqqı, xəstəxana-İSX tarazlığı, iqtisadi təsnifat və s.)*
- ✓ *Maliyyələşmə ilə nəticə arasında əlaqənin olmaması. Mövcud sistemdə xərcləri azaltmağa və keyfiyyəti artırmağa stimullar yoxdur;*
- ✓ *Səhiyyə işçilərinin əmək haqqının çox aşağı olması və onların təşviqləndirməməsi;*
- ✓ *Əhalinin özü tərəfindən çəkilən xərclərin və qeyri-rəsmi ödənişlərin yüksək olması, habelə tədiyə qabiliyyətli tələblə real tələb arasında kəskin fərqlərin mövcudluğu;*
- ✓ *Səhiyyənin ehtiyaclarının qiymətləndirilməsi və perspektiv planlaşdırılması sisteminin yoxluğu, bütövlükdə səhiyyə menecmenti sisteminin və bu sahədə zəruri kadr potensialının olmaması;*
- ✓ *Maliyyə axınlarında məsuliyyətliliyin olmaması, korrupsiyaya şərait yaradan mexanizmlərin mövcudluğu, maliyyənin idarə edilməsində səhiyyə məntəqələri rəhbərlərinin asılılığı və s.*
- ✓ *Kənd həkim ambulatoriyaları və feldşer məntəqələrində aparılan araşdırmalarda aşağıdakı problemlərin daha qabarıq olması üzə çıxıb:*

- ✓ *kəndlərdə olan səhiyyə məntəqələrinin əksəriyyətinin maddi-texniki təminatının və yerləşdiyi binaların tam və ya əsasən yararsız vəziyyətdə olması;*
- ✓ *onların əsaslı təmirinə və yeni binaların tikintisinə son illər büdcədən vəsait ayrılmaması;*
- ✓ *ambulatoriyaların avadanlıq və dərman təminatı səviyyəsinin normal tibbi xidmət göstərilməsi üçün kifayət etməməsi;*
- ✓ *İSX müəssisələrinin həkimlərinin və digər tibbi personalın səlahiyyət və məsuliyyət hədlərinin müəyyən edilməməsi;*
- ✓ *Səhiyyə məntəqəsinə ayrılan büdcə vəsaitinin həcmi və təyinatı haqqında həkimlərin məlumatının olmaması;*
- ✓ *Səhiyyə məntəqələrində xəstəliklər və pasiyentlərə göstərilən tibbi xidmətlərlə bağlı sənədləşmə işlərinin düzgün aparılmaması;*
- ✓ *göstərilən ilkin səhiyyə xidmətlərinin keyfiyyətindən əhəlinin narazılığı;*
- ✓ *kəndlərdə ixtisaslı həkim kadrlarının çatışmazlığı;*
- ✓ *tibbi personalın bacarıqlarının və peşəkarlığının zəifliyi və s.*

Bu problemlərin kompleks həlli ölkənin səhiyyə sistemində kompleks (struktur, iqtisadi, texnoloji və s.) islahatların həyata keçirilməsi və səhiyyə sektoruna yönəldilən vəsaitlərin kəskin şəkildə (hazırkı maliyyə həcmələri ilə müqayisədə ən azı 8-10 dəfəyədək) artırılması şəraitində mümkündür.

AZƏRBAYCANDA İSX-nin GÜCLƏNDİRİLMƏSİ VƏ MALİYYƏLƏŞDİRİLMƏSİNİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ

K O N S E P S İ Y A S I

İTM ilkin səhiyyə xidmətinin təşkili və maliyyələşdirilməsi sahəsində apardığı tədqiqatların nəticəsi olaraq Azərbaycanda ilkin səhiyyənin gücləndirilməsi və maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsi sahəsində həyata keçirilməsi zəruri olan islahat konsepsiyasını işləyib. Konsepsiya bütövlükdə ölkənin səhiyyə sisteminə, o cümlədən ilkin səhiyyədə ardıcıl və kompleks islahatların aparılmasını, onun özünü inkişaf etdirə biləcək çevik bir sistemə çevrilməsini nəzərdə tutur.

Konsepsiyada aşağıdakı məsələlər əksini tapıb:

- ✓ *Ölkənin səhiyyə sistemində və səhiyyə siyasətində İSX-nin yerinin və rolunun müəyyənləşdirilməsi*
- ✓ *İSX-yə daxil olan xidmətlər paketinin müəyyənləşdirilməsi*
- ✓ *İSX-nin təşkili prinsipləri*
- ✓ *İSX-nin maliyyələşdirilməsi məsələləri*
- ✓ *İSX müəssisələrinin idarə edilməsi*

I. Ölkənin səhiyyə sistemində və səhiyyə siyasətində İSX-nin yerinin və rolunun müəyyənləşdirilməsi

İSX ölkənin səhiyyə sisteminin mühüm tərkib hissəsidir. Bu baxımdan onun təşkili və fəaliyyəti, burada göstərilən xidmətlərin səviyyəsi və keyfiyyəti ölkədə formalaşmış səhiyyə sisteminin qurulması və fəaliyyəti prinsiplərindən birbaşa asılıdır.

Hazırda Azərbaycanda səhiyyənin bütöv və kompleks bir sistem şəklində fəaliyyət göstərdiyini söyləmək mümkün deyil. "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu da ölkənin səhiyyə sistemi, onun insti-tusional quruluşu və fəaliyyət prinsipləri, səhiyyənin inkişaf prioritetləri barəsində tam təsəvvür yarada bilmir. Həmin qanunda ölkənin mövcud səhiyyə sistemində İSX-nin, habelə ikinci və üçüncü səviyyəli səhiyyə xidmətlərinin yeri və rolu, onların əla-qələndirilməsi məsələlərinə sistemli yanaşma yoxdur. (Ölkədə həyata keçiriləcək səhiyyə islahatları çərçivəsində həmin qanu-nun dövrün tələblərinə uyğun olaraq əsaslı şəkildə yenidən işlə-nilməsi zəruridir.)

Buna görə də bu modeldə səhiyyə sistemində xəstəxanalar do-minantlıq edir, büdcədən ayrılan vəsaitin böyük əksəriyyəti xəstə-

Azərbaycanda hələ də səhiyyənin fəaliyyət konsepsiyası keçmiş sovetlər dövründən miras qalmış "Semaşko" modelinə əsaslanır. Sərt mərkəzi planlaşdırmaya və büdcə maliyyələşdirilməsinə əsaslanan bu modeldə əhalinin xəstələnmə hallarının qarşısının alınmasına yox, xəstəliklərin müalicəsinə üstünlük verilir.

xanaların saxlanılmasına yönəldilir, ilkin səhiyyəyə yardımçı sahə kimi yanaşılaraq "qalıq" prinsipi ilə maliyyələşdirilirdi. Bu, xəstə-lənmə hallarının çoxalmasına aparıb çıxarırdı. Son 10-12 il ərzin-

də ölkədə büdcə vəsaitlərinin kritik çatışmazlığı ilkin səhiyyə xidmətləri sahəsində vəziyyətin daha da gərginləşməsinə, xidmətlərin keyfiyyətinin kəskin şəkildə aşağı düşməsinə və əhalinin sağlamlıq durumunun pisləşməsinə gətirib çıxardı.

Azərbaycanda əhalinin keyfiyyətli və səmərəli səhiyyə xidmətləri ilə təmin olunmasına və ölkədə sağlamlıq durumunun əsaslı şəkildə yaxşılaşdırılmasına nail olmaq üçün səhiyyə sektorunda ləngimədən kompleks islahatların həyata keçirilməsi zəruri və qaçılmazdır. Belə islahatlar bazar iqtisadiyyatı şəraitində əhalini keyfiyyətli səhiyyə xidmətləri ilə təmin edə və dövlətin səhiyyə sahəsində öhdəliklərini dolğun həyata keçirə bilən səmərəli sistemin qurulmasına yönəlməklə səhiyyə sisteminin bütün struktur, iqtisadi və texnoloji tərəflərinin əlaqəli və kompleks şəkildə dəyişilməsini və inkişafını təmin etməlidir.

1. Səhiyyə sektorunda həyata keçiriləcək struktur islahatları ilk növbədə **sistemin institusional və idarəetmə baxımından yenidən qurulmasını** və **Milli Səhiyyə Sisteminin formalaşdırılmasını** nəzərdə tutur. Bunun üçün ilk növbədə hazırki dövrdə və perspektivdə ölkənin səhiyyə sisteminin fəaliyyətinin məqsəd və vəzifələri dəqiqləşdirilir, həmin vəzifələrin reallaşdırılması üçün zəruri olan institusional struktur (göstərilən xidmətlərin növləri və formaları, bunları həyata keçirəcək səhiyyə təşkilatları və tibb müəssisələrinin növləri və s.) müəyyən edilir. Eyni zamanda yeni sistemin səmərəli idarə edilməsi məsələləri həllini tapır. Bunun üçün sistem daxilində aşağıdakı istiqamətlərdə dəqiq funksional bölgü aparılır:

✓ *səhiyyə siyasətinin işlənilib hazırlanması və həyata keçirilməsi ilə keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsi funksiyaları ayrılır və ayrı-ayrı strukturlara həvalə edilir;*

- ✓ *səhiyyə siyasətinin işlənməsi və həyata keçirilməsini Səhiyyə Nazirliyi və rayonlarda (yerlərdə) yaradılan Səhiyyə Komitələri (Şuraları) həyata keçirir;*
- ✓ *xəstəxanalar və bütün digər tibb müəssisələri ölkədə həyata keçirilən səhiyyə siyasəti çərçivəsində yalnız keyfiyyətli səhiyyə xidmətləri göstərməklə məşğul olur, onların hər biri yerinə yetirəcəkləri funksiyalara uyğun səlahiyyət və məsuliyyətlə yüklənir;*
- ✓ *orta və iri tibb müəssisələrinin idarə edilməsi (menecmenti) və bilavasitə tibbi xidmətlər göstərilməsi funksiyaları ayrılır. Orta və iri tibb müəssisələri səhiyyənin təşkilatı işini, onun iqtisadiyyatı, maliyyəsi və idarə edilməsi məsələlərini dərindən bilən səhiyyə menecerlərinə həvalə olunur (bunun üçün tez bir zamanda Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetində (ADTU) "Səhiyyənin iqtisadiyyatı və menecmenti" fakültəsinin yaradılması, tələbə qəbuluna və mütəxəssis hazırlığına başlanılması zəruridir);*
- ✓ *səhiyyə xidmətlərinin təşkilinin və göstərilməsinin müasir tələblərə cavab verən yeni normaları və standartları hazırlanır;*
- ✓ *tibb işçilərinə münasibətdə peşəkarlıq tələbləri gücləndirilir, müayinə və müalicənin nəticələrinə görə onların məsuliyyəti artırılır. Bütün növ tibbi xidmətlərin göstərilməsi lisenziyalaşdırılır. Lisenziyaların verilməsi müvafiq tibbi xidmət növləri üzrə yaradılan Peşəkar Assosiasiyalar tərəfindən həyata keçirilir;*

- ✓ *insan sağlamlığının mühafizəsinə görə məsuliyyət dövlətlə vətəndaş arasında bölünür (birgə məsuliyyət prinsipi);*
- ✓ *müxtəlif səviyyələrdə olan tibb müəssisələrinin və tibbi mütəxəssislərin fəaliyyətinin səmərəli əlaqələndirilməsi təmin olunur, onların bir-biri ilə qarşılıqlı əməkdaşlıq və nəzarət mexanizmi yaradılır, xəstəliklərin müayinəsi və müalicəsi protokolları tətbiq olunur, pasiyentin ixtisaslaşdırılmış səhiyyə xidmətinə çıxışı İSX həkiminin göndərişi əsasında baş verir;*
- ✓ *səhiyyə qurumlarının və tibb müəssisələrinin (xüsusilə dövlət tibb müəssisələrinin) fəaliyyətinə, habelə bütün mənbələrdən (dövlət və yerli büdcələr, tibbi sığorta, könüllü ayrımlar, ianə və yardımlar və s.) səhiyyəyə yönəldilən maliyyə vəsaitlərinin hərəkətinə ictimai nəzarəti təmin edəcək mexanizmlər qurulur.*

2. Struktur (institusional) islahatlarının daha bir mühüm məsələsi səhiyyə siyasətində prioritetin xəstəliklərin müalicəsindən xəstələnmə hallarının yaranmasının və xəstəliklərin yayılmasının qarşısının alınması üzərinə keçirilməsi, keyfiyyətli və hamının əldə edə biləcəyi İSX-nin göstərilməsi potensialının təkmilləşdirilməsi, dövlətin səhiyyə siyasətində **İSX-nin prioritet inkişafına və gücləndirilməsinə diqqətin artırılmasıdır.**

Buna görə də ölkəmizdə həyata keçirilən səhiyyə islahatları İSX-nin səhiyyə sisteminin başlıca həlqəsinə çevrilməsinə istiqamətləndirilir. İSX-ni gücləndirmək üçün hər kəsin asanlıqla əldə edə biləcəyi ən zəruri xidmətlər paketi müəyyənləşdirilir, ilkin səhiyyənin təşkilinin "sahə həkimi" modelindən "ümumi təcrübə həkimi"/"ailə həkimi" modelinə keçid həyata keçirilir. Eyni zamanda, xəstəliklərin qarşısının alınmasına yönəldilmiş profilaktik tədbirlə-

İnkişaf etməkdə olan ölkələrin təcrübəsi göstərir ki, onların əksəriyyətində səhiyyə sistemində əhəmiyyətli irəliləyişlər məhz İSX sisteminin yaxşılaşdırılması ilə bağlı olub. Yalnız İSX sistemi düzgün qurulduğu halda ümumən səhiyyə sistemindən real uğurlar gözləmək olar. Həm də dünyada aparılan tədqiqatlar nəticəsində artıq sübut olunub ki, xəstəliyin qarşısının alınması onun müalicəsindən dəfələrlə ucuz başa gəlir.

rin həyata keçirilməsinə və əhalinin səhiyyə maarifləndirilməsi sahəsində işlərinin gücləndirilməsinə İSX-nin daha səmərəli elementləri kimi yanaşılır.

3. Səhiyyədə islahatların qarşısında duran daha bir məsələ ölkənin səhiyyə sisteminin inkişafını və əhaliyə keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsini, habelə resurslardan səmərəli istifadəni təmin edə biləcək **səhiyyənin maliyyələşdirilməsi mexanizminin işlənilməsidir**. Məlumdur ki, hazırda ölkənin dövlət büdcəsi bütün səhiyyə xərclərini bütövlükdə və tam həcmdə maliyyələşdirmək iqtidarında deyil və yaxın gələcəkdə də bunun baş verməsi gözlənilmir. Hazırda dövlət büdcəsi tərəfindən bütün səhiyyə xərclərinin yalnız 1/5-i maliyyələşdirilir. Lakin hətta bu vəsaitlər də ölkədə səhiyyənin inkişafını təmin edə biləcək prinsiplər əsasında yox, əsasən mövcud səhiyyə obyektlərinin saxlanması xərclərinin ödənilməsi məqsədləri üçün istifadə olunur.

Səhiyyə büdcəsinin imkanlarının genişləndirilməsi üçün bura Dövlət Neft Fondundan da vəsait cəlb etmək və onu səhiyyənin perspektiv inkişaf məqsədlərinə yönəltmək olar. Lakin bu, daimi xarakterli bir vəsait mənbəyi deyil. Səhiyyənin maliyyələşdirilməsində olan mövcud vəsait qıtlığını yalnız bu prosesdə dövlətlə əhalinin birgə iştirakı yolu ilə aradan qaldırmaq olar. Burada 2 məsələnin həlli vacibdir:

Ölkə əhalisinin keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinin minimal səviyyəsi ilə təmin olunması üçün hazırda büdcədən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin ən azı 5 dəfə artırılması - adambaşına illik xərclərin bütünlüklə səhiyyə xidmətləri üzrə 100 ABŞ dolları, İSX üzrə isə 15-20 ABŞ dollarına çatdırılması - zəruridir.

Birincisi, dövlətin maliyyə imkanları düzgün qiymətləndirilməli və büdcə vəsaitlərinin səmərəli istifadə olunması təmin edilməlidir. Bunun üçün ilk növbədə səhiyyə xərclərinin müəyyən edilməsinin hazırda tətbiq edilən mexanizmindən (səhiyyə obyektlərinin mövcud olmalarına görə maliyyələşdirilməsi və xərclərin çarpayı hesabı ilə müəyyənləşdirilməsi) imtina olunur. İlkən səhiyyə xidmətləri büdcədən **adambaşı xərc normativi** prinsipi ilə maliyyələşdirilir, ixtisaslaşmış tibbi xidmətlər (yəni xəstəxanalar) səviyyəsində isə ehtiyacların qiymətləndirilməsi və vəsaitin müqavilə əsasında ayrılması mexanizmləri tətbiq olunur. Eyni zamanda, dövlət büdcəsi hesabına maliyyələşdirilməsi mümkün və ictimaiyyət üçün məqbul olan **əsas tibbi xidmətlər paketi** işlənir. Burada əhalinin bütün təbəqələri üçün ümumi olan və cəmiyyətin ayrı-ayrı imtiyazlı qrupları üçün nəzərdə tutulan xidmətlər dəqiqləşdirilir və normalaşdırılır.

İkincisi, göstərilən səhiyyə xidmətlərinə görə əhalinin həyata keçirdiyi bütün növ ödənişlərin (məbləğindən asılı olmayaraq) yalnız rəsmi kanallarla daxil olmasının təmin edilməsinə nail olunmalıdır. Bunun ən arzuolunan və səmərəli yolu isə **tibbi sığortanın (həm icbari, həm də könüllü) inkişaf etdirilməsi**dir. Ölkədə hələ 1999-cu ildə "Tibbi sosial sığorta haqqında" qanun qəbul edilməsinə baxmayaraq hələ də tibbi sığorta sisteminin formalaşması və inkişafı baş verməyib. Halbuki, artıq

yuxarıda qeyd olunduğu kimi, ölkədə səhiyyə xərclərinin 70 faizini əhali tərəfindən qeyri-rəsmi şəkildə ödənişlər təşkil edir. Aydındır ki, qeyri-rəsmi ödənişlər heç bir zaman səhiyyə sisteminin müasir tələblərə uyğun inkişafını təmin edə bilməz. Buna görə də ölkədə tez bir zamanda həm icbari, həm də könüllü tibbi sığortanın inkişafı üçün zəruri mexanizmlərin hərəkətə gətirilməsi vacibdir:

- ✓ *ölkədə tibbi sığortanın işlək, etibarlı və sosial baxımdan ədalətli modelləri hazırlanıb tətbiq edilir (müvafiq qanun və digər normativ sənədlər işlənilir);*
- ✓ *tibbi sığorta institutlarının inkişafının, onların fəaliyyətinin səmərəli tənzimlənməsinin, səmərəli dövlət və ictimai nəzarətin təmin edilməsinin hüquqi bazası formalaşdırılır;*
- ✓ *əhali arasında geniş maarifləndirmə tədbirləri həyata keçirilir;*
- ✓ *dövlət ədalətli və stimullaşdırıcı normalar tətbiq və düzgün inzibati alətlərdən istifadə edərək icbari tibbi sığortalanmanı təmin edir.*

4. Səhiyyə sisteminin büdcə proqnozlaşdırılmasının yeni mexanizminin işlənilməsi də əhəmiyyətli və zəruri məsələdir. Büdcədən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin konkret səhiyyə proqramları əsasında bölünməsi təmin olunur. Belə səhiyyə proqramları büdcə sifarişləri xarakteri daşıyır. Həmin proqramlar məqsədi, hədəfləri, vəzifələri və gözlənilən nəticələri konkretləşdirilməklə və tələb olunan maliyyə vəsaitləri əsaslandırılmaqla Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən hazırlanır. Proqramlar səhiyyə xidmətləri, səhiyyənin inkişaf istiqamətləri və ölkənin regionları üzrə hazırlana bilər.

Səhiyyə üzrə büdcə sifarişlərinin və proqnozlarının hazırlanması zamanı səhiyyə müəssisələrində tibbi xidmətlərin dəyərləndirilməsi və ehtiyacların qiymətləndirilməsi əsasında müəyyən edilmiş aşağı səviyyəli sifarişlər əsas götürülür. Büdcə proqnozları əsasında səhiyyəyə ayrılan vəsaitlər müvafiq proqramlar və sifarişlər üzrə büraxılır.

Büdcə proqnozlaşdırılmasının və xərclərin istifadəsinin effektivliyinin artırılması üçün səhiyyə üzrə xərclərin funksional və iqtisadi quruluşunun da təkmilləşdirilməsi zəruridir.

5. Dövlət səhiyyə müəssisələrinin sayının və strukturunun optimallaşdırılması, səhiyyə sahəsində mülkiyyət formasından (dövlət və ya özəl) asılı olmayaraq bütün səhiyyə müəssisələrinin inkişafına bərabər şərtlərin təmin edilməsi struktur islahatlarının daha bir mühüm istiqamətidir. Buna keyfiyyətli səhiyyə xidmətlərinin **müqavilə (dövlət satınalmaları) əsasında ödənilməsi mexanizminin** tətbiqi və dövlət səhiyyə müəssisələrinin bir hissəsinin özəlləşdirilməsi əsasında nail olunur. Sovet dövründəki ekstensiv inkişaf əlaqədar olaraq ölkədə çoxlu sayda xəstəxana tikilib ki, hazırda onların əksəriyyəti keyfiyyətli ixtisaslaşdırılmış tibbi xidmətlərin göstərilməsi üçün tam yararsız vəziyyətdədir və orada olan çarpayılardan istifadə əmsalları son dərəcə aşağıdır. Lakin həmin müəssisələr çarpayısı sayı əsasında dövlət büdcəsi hesabına maliyyələşdirilməkdə davam edir. Bu isə dövlət vəsaitinin səmərəsiz istifadəsinə səbəb olur. Buna görə də səhiyyə müəssisələrinin fəaliyyətinin və büdcə vəsaitlərinin istifadəsinin səmərəliliyinin artırılması üçün ayrı-ayrı tibb müəssisələrinin (xəstəxana, poliklinika və s.) birləşdirilməsi, strukturunun yenidən qurulması və ixtisarı, habelə bəzilərinin özəlləşdirilməsi məqsədəuyğundur. Şəhərlərdə xəstəxana və poliklinikala-

rın birləşdirilməsi və ixtisarı nəticəsində iş yerlərini itirən tibbi kadrların hesabına isə rayonlarda və kəndlərdə tibbi kadrların çatışmazlığı problemi həllini tapa bilər. Hazırda dövlətin himayəsində olan səmərəsiz işləyən və perspektivsiz tibb müəssisələrinin özəlləşdirilməsi hesabına **özəl səhiyyə sisteminin genişlənməsi** baş verə bilər.

6. Səhiyyə müəssisələrinin təsərrüfat müstəqilliyinin və pasiyentlərin müalicəsinə görə məsuliyyətinin artırılması da səhiyyədə struktur islahatlarının həll etməli olduğu məsələdir. Tibbi xidmətlər göstərən bütün dövlət səhiyyə müəssisələrinə (o cümlədən İSX sahəsində olan həkim məntəqələrinə, ambulatoriyalara, poliklinikalara və s.) **müstəqil hüquqi şəxs statusu** verilir, onların maliyyə vəsaitlərinə birbaşa sərəncamvermə hüquqları tanınır və maliyyə resurslarından istifadə onların birbaşa məsuliyyətinə verilir. Onların büdcə ilə münasibətləri müqavilə sistemi əsasında qurulur.

7. Büdcə vəsaitləri səhiyyə məntəqələrinə **müqavilə əsasında** buraxılır. Müqavilə Səhiyyə və Maliyyə nazirliklərinin nümayəndələri və səhiyyə müəssisəsinin rəhbəri tərəfindən imzalanır. Büdcə vəsaitlərinin istifadəsi üzərində ictimai nəzarətin təmin edilməsi məqsədi ilə belə müqavilənin imzalanmasında yerli səhiyyə komitələrinin (şuralarının) rəhbərləri və ya müəssisəsinin yerləşdiyi ərazi üzrə bələdiyyə rəhbərinin iştirakı da nəzərdə tutula bilər.

8. Səmərəli səhiyyə siyasətinin işlənilməsi və səhiyyə sisteminin təkmil idarə edilməsinin təmin olunması üçün həqiqi və **etibarlı səhiyyə statistikas**ı məlumatlarının olması vacib şərtidir. Buna görə də səhiyyə statistikasının düzgün qurulması struktur islahatının mühüm komponentini təşkil edir. Əhalinin sağlamlıq durumu sahəsində reallığı düzgün əks etdirən statistik məlumatların toplanmasında DSK ilə bərabər Səhiyyə Nazirliyinin və yerli idarəet-

mə orqanlarının, habelə yerli səhiyyə qurumları və İSX müəssisələrinin rolu və məsuliyyəti artırılır.

Ölkədə İSX-nin gücləndirilməsi və maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsinin qalan bütün məsələləri səhiyyə islahatlarının bu qeyd olunan prinsipləri və istiqamətləri çərçivəsində həll olunur.

II. İSX-yə daxil olan xidmətlər paketinin müəyyənləşdirilməsi

Əslində yaxşı İSX yalnız əhaliyə keyfiyyətli ambulator xidmətlərin göstərilməsi demək deyil. Yaxşı İSX həm də maliyyə cəhətdən ən səmərəli olan profilaktik və müalicə xidmətlərindən ibarət geniş xidmətlər paketi deməkdir. Belə xidmətlər paketinin müəyyənləşdirilməsi qarşıda duran mühüm məsələdir. "Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Qanun indiki halda bu məsələyə aydınlıq gətirməyə imkan vermir. Buna görə də DST-nin BMT-nin Uşaq Fondu ilə birgə təşkil etdiyi İSX üzrə Beynəlxalq konfransın (1978) qəbul etdiyi Almatı Bəyannaməsində²¹ İSX-yə aşağıdakı komponentlər (elementlər) daxil edilib:

- ✓ *geniş yayılmış patoloji vəziyyətlər (patologiyalar) və onların profilaktikası üsulları barəsində əhalinin məlumatlılıq səviyyəsinin artırılması;*
- ✓ *ərzaqla adekvat təminatla yardım, düzgün və tamdəyərli qidalanmanın təbliği,*
- ✓ *suyun təhlükəsizliyinin təmin edilməsi və sanitariya şərtlərinin yaxşılaşdırılması;*
- ✓ *ailə planlaşdırılması da daxil olmaqla ana və uşaq sağlamlığının mühafizəsi;*
- ✓ *əsas yoluxucu xəstəliklərə qarşı immunizasiya;*

²¹ İSX üzrə Beynəlxalq konfransın məruzəsi, Almatı, SSRİ, 6-12 sentyabr 1978-ci il. DST, Cenevrə, 1978-ci il

- ✓ *lokal endemik xəstəliklərə nəzarət və onların profilaktikası;*
- ✓ *geniş yayılmış xəstəliklərin və zədələrin uyğun müalicəsi;*
- ✓ *ən zəruri tibbi preparatlarla təminat.*

DST-nin qəbul etdiyi konsepsiyaya əsasən İSX pasiyentinin səhhətinin yaxşılaşdırılmasının, xəstəliklərin qarşısının alınmasının, insanlara verdiş etdikləri mühitdə uzun müddət təhlükəsiz yaşamaları üçün yardım göstərilməsinin və İSX-nin bütün istiqamətlərinin inteqrasiyasının təmin edilməsini nəzərdə tutur. Bu konsepsiya sağlamlığın qorunması işinə əhalinin geniş cəlb edilməsi və iştirakçılığı yolu ilə birgə fəaliyyətlə üstünlük verir.

Ölkəmizdə də İSX-nin tərkibinin məhz DST-nin bu konsepsiyası əsasında formalaşması məqsədəuyğundur. Eyni zamanda bu fəaliyyətlərə əhalinin sağlamlığı ilə bağlı statistikanın toplanması əlavə edilə bilər.

III. İSX-nin təşkili prinsipləri

İlkin səhiyyə xidmətlərin göstərilməsinin "ümumi təcrübə həkimi"/"ailə həkimi" modelinə keçid həyata keçirilir. Ailə həkimi əhaliyə tibbi yardım göstərilməsi zamanı əsas bağlayıcı həlqə hesab olunur. O, pasiyentə yalnız ilkin tibbi-sanitar yardım göstərilməsinə görə yox, pasiyentin şəxsiyyətinin formalaşdırılması və onun psixi sağlamlığı məsələləri üzrə də məsuliyyət daşıyır. Bu sonuncusu isə yalnız tibbi xarakterli problem deyil: bu, əsas etibarilə, pasiyentin həyat şəraiti, ətraf mühiti və onun rifah səviyyəsi ilə bağlıdır.

Bütün ailə üzvlərinə ilkin tibbi-sanitar yardımın göstərilməsi üzrə ailə həkiminin səlahiyyətinə aşağıdakılar daxildir:

- ✓ böyüklərdə və uşaqlarda ümumi xəstəliklərin tez aşkara çıxarılması və qarşısının alınması;
- ✓ pasiyentin sağlamlığına nəzarət və onun sağlamlığının yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş tədbirlərin həyata keçirilməsi;
- ✓ fəvqəladə hallarda və ağır xəstəliklər zamanı zəruri tibbi-sanitar yardımın göstərilməsi;
- ✓ peşəkar ekspertiza çərçivəsində qabaqcadan nəzərdə tutulmuş terapevtik və reabilitasiya tədbirlərinin həyata keçirilməsi;
- ✓ pasiyentin ixtisaslaşdırılmış səhiyyə xidmətinə göndəriş əsasında çıxışı;
- ✓ pasiyentin vaxtında xəstəxanada yerləşdirilməsi;
- ✓ pasiyentin müvəqqəti əmək qabiliyyətsizliyinin təsdiqi üçün müayinənin aparılması;
- ✓ ailə planlaşdırılması, etika, ailə münasibətlərinin psixologiyası, gigiyena məsələləri, ailə həyatının sosial, tibbi və seksual aspektləri, o cümlədən uşaqların tərbiyəsi, qidalanması məsələləri və s. sahəsində məsləhət verilməsi.

Ailə həkimi təcrübəsi ölkəmiz üçün də tamamilə yeni deyil. 2002-ci ildən başlayaraq ADTU-da "Ailə təbabəti", Həkimlərin Təkmilləşdirilməsi İnstitutunda isə "Ailə həkimi" kafedrası fəaliyyət göstərir. "Ailə həkimi" kursu üzrə tədris proqramları işlənilib,

Səhiyyə sistemində islahat həyata keçirən MDB ölkələrinin əksəriyyətində (Ukrayna, Türkmənistan, Gürcüstan, Rusiya və s.) "ümumi təcrübə həkimi"/"ailə həkimi" prinsipinin tətbiqinə başlanılıb.

kadr hazırlığına və təkmilləşdirmə kurslarının keçirilməsinə başlanılıb. Bununla belə "Ailə həkimi"nin geniş tətbiqi üçün vahid milli konsepsiyanın işlənməsi zəruridir.

Kənd həkim ambulatoriyalarında və ya şəhər poliklinikalarında işləyən sahə həkimlərinə "ümumi təcrübə həkimi"/"ailə həkimi" üzrə təlimlər keçməklə qısa müddətdə təcrübəni geniş yaymaq mümkündür.

"Ümumi təcrübə həkimi"/"ailə həkimi" konsepsiyasının tətbiqi ilə yanaşı yaxşı İSX-nin təşkili aşağıdakı prinsiplərin gözlənilməsi zəruri edir:

- ✓ sərbəst çıxış və asan əldə olunan birinci kontakt
- ✓ peşəkarlıq
- ✓ davamlılıq
- ✓ zəruri maliyyələşdirmə, az xərc və səmərəlilik
- ✓ sektorlararası əməkdaşlıq, əlaqələndirmə
- ✓ sosial ədalət (bütün sosial təbəqələrin maraqlarına cavab verməsi, gender məsələlərinə riayət olunmasının təmin edilməsi)
- ✓ müvafiq təchizat və texnologiya
- ✓ dərman təminatı
- ✓ maddi həvəsləndirmə və məsuliyyət (etibarlılıq, peşəkarlıq)
- ✓ iştirakçılıq (icmanın cəlb edilməsi)
- ✓ şəffaflıq, hesabatlılıq və ictimai nəzarət

Bununla bərabər, yaxşı İSX üçün tibb müəssisələrinin müvafiq kommunal-sanitar (su, işıq, istilik sistemi və s.) şəraitlə təmin edilmiş yararlı binalarda yerləşdirilməsi ən vacib məsələdir.

IV. İSX-nin maliyyələşdirilməsi məsələləri

Ölkədə yaxşı İSX-nin təşkili bu istiqamətə kifayət qədər maliyyə resurslarının yönəldilməsini tələb edir.

DST-nin standartlarına görə, normal ilkin səhiyyə xidmətlərinə təminat üçün adambaşına xərclər ən azı 15-20 dollar məbləğində olmalıdır. Hazırda ölkəmizin dövlət büdcəsindən İSX-yə ayrılan vəsaitin həcmi adambaşı hesabı ilə bundan 5-6 dəfə azdır.

İSX-yə yönəldilən büdcə vəsaitlərinin artırılması üçün səhiyyənin dövlət tərəfindən maliyyələşdirilməsinin mövcud sisteminin dəyişdirilməsi zəruridir. İSX-nin ümumi səhiyyə sistemində başlıca həlqəyə çevrilməsinə uyğun olaraq, dövlət büdcəsindən ayrılan səhiyyə xərclərinin xəstəxanalarla İSX arasında bölünməsinin hazırkı nisbəti tədricən ilkin səhiyyənin xeyrinə dəyişilir. Bunun hesabına yaxın bir neçə il ərzində büdcədən İSX-yə ayrılan vəsaitin həcmi 3 dəfəyədək artırmaq olar.

Xərclər büdcə sifarişinə uyğun olaraq həyata keçirilir. Dərman alınması üçün nəzərdə tutulan sərbəst vəsaitlər həkimlərin rəyi nəzərə alınmaqla yerli Səhiyyə Şuralarının qərarı ilə hər bir konkret dövr üçün zəruri hesab olunan dərmanların alınmasına yönəldilir.

İSX müəssisəsinin maliyyə ehtiyaclarının ödənilməsində bələdiyyələrin rolu artırılır. Bələdiyyələr tibb müəssisəsinin bina şəraitinin yaxşılaşdırılmasına məsul edirlər.

Tibb müəssisələrinin maliyyə fəaliyyətinə yerli Səhiyyə Şuraları ictimai nəzarəti həyata keçirir.

İSX-nin maliyyələşdirilməsində əhəlinin iştirakı. Bütün imkanların səfərbər edilməsinə rəğmən yaxın illərdə büdcə vəsaitlə-

İSX müəssisələrinə büdcə vəsaitləri ayrılması adambaşına xərclər normativi və ehtiyacların qiymətləndirilməsi əsasında həyata keçirilir. Tibb müəssisələrinin özləri ehtiyacların qiymətləndirilməsində və büdcə sifarişlərinin hazırlanmasında bilavasitə iştirak edirlər. Büdcə vəsaitləri İSX müəssisələrinə müqavilə əsasında ayrılır (müqavilənin tərafləri yuxarıda qeyd olunub). Tibb müəssisələrinin maliyyə muxtariyyəti təmin olunur: onların bank hesabı açılır və vəsaitlər xəzinədarlıq vəsaiti ilə birbaşa müəssisənin bank hesabına keçirilir.

ri hesabına İSX-nin kifayət qədər maliyyələşdirilməsi mümkün olmayacaq. Bu isə İSX məntəqələrinin maddi-texniki təminatında və xidmətlərinin keyfiyyətinin artırılmasında mövcud problemlərin uzun müddət davam etməsinə gətirib çıxara bilər. Ona görə də dövlət büdcəsi imkanlarının genişlənməsi və büdcədən İSX-yə kifayət qədər vəsait ayrılması baş verənədək bu sahənin ayrı-ayrı problemlərinin həllinə nail olmaq üçün əhalinin maliyyələşmədə iştirakı təmin edilir.

İSX sadəcə, yerli səviyyədə peşəkar tibbi yardımın göstərilməsindən ibarət deyil. Vətəndaşların cəlb edilməsi o deməkdir ki, dövlətlə bərabər ayrı-ayrı vətəndaşlar və ailələr də həm özlərinin şəxsi sağlamlığına, həm də xalqın (icmanın, millətin) ümumi sağlamlığına və rifahına görə məsuliyyət daşıyırlar. DST-nin İSX konsepsiyasında göstərilir ki, İSX-nin mövcud prosesinin maliyyələşdirilməsi lokal ictimai təhsil çərçivəsində sağlamlığın yüksəldilməsi məqsədlərinə çatmağın digər yolları ilə müqayisədə daha effektiv, münasib və davamlı yatırım hesab olunur.²²

²² Avropa səhiyyə sisteminin islahatı üzrə DST konfransı üçün terminlər. DST, Regional Avropa şöbəsi, Kopenhagen, 1996-cı il

Bu baxımdan Oksfam təşkilatının tətbiq etdiyi "İcma əsaslı ilkin səhiyyəyə dəstək Modeli"nin təcrübəsindən yararlanmaq və icma əsaslı modellərdən istifadə etmək olar. Bu məqsədlə xüsusi "Sağlamlıq Fondu" yaradılır və fondun vəsaiti bankda açılan xüsusi hesabda toplanır. Fonda üzvlük haqqı tibb müəssisəsinin xidmətlərindən istifadə edən ailələr tərəfindən ayda bir dəfə keçirilir. Xüsusi hallarda yoxsul və sosial müdafiəyə kəskin ehtiyacı olan ailələrə Səhiyyə Şurasının qərarı ilə üzvlük haqqı üzrə güzəşt tətbiq oluna bilər.

Fondun vəsaitlərindən istifadəyə ictimai nəzarət təmin olunur. Fondun idarə edilməsi xüsusi təlimat əsasında yerli Səhiyyə Şuraları tərəfindən həyata keçirilir. Səhiyyə Şurası rübdə bir dəfədən az olmayaraq fonda toplanan vəsaitlərin həcmi və istifadəsi barəsində ictimaiyyətə hesabat verir. Belə Fondun yaradılması həm də əhalinin ümumiyyətlə səhiyyə xərcləri üzərində ictimai nəzarətin təmin edilməsinə cəlb olunmasında səmərəli vəsətidir. Fonda toplanan vəsait ilk növbədə tibb müəssisəsinin maddi-texniki (bina şəraiti, avadanlıq və tibbi ləvazimatlar, laborator avadanlıqlar və s.) və dərman təminatına yönəldilir. Bu əslində könüllü tibbi sığortanın bir forması olduğundan fond həm də zəruri hallarda tibbi sığorta fondu rolunda çıxış edə bilər. Vəsaitin istifadəsi ilə bağlı bütün qərarlar ictimaiyyətin tanış olması üçün səhiyyə məntəqəsində, bələdiyyə ərazisindəki xüsusi stendlərdə yerləşdirilir. Səhiyyə Şuraları həm də büdcə və fond vəsaitlərinin ehtiyaclar üzrə istifadəsinin əlaqələndirilməsini təmin edir.

İctimaiyyətin birgə maliyyələşdirmə prosesində rolu aşağıdakılardan ibarət olacaq:

✓ *Pullu xidmətlərin qəbulu, tibbi heyət və həkimlərin maaşının müəyyənləşdirilməsində iştirak*

- ✓ *Dərman fondlarının yaradılması*
- ✓ *Kapital fondlarının artırılması*
- ✓ *Əhalinin imkansız təbəqələri üçün güzəştlər sisteminin inkişafı*

Əhalinin əksər hissəsinin maddi vəziyyətinin ağır olduğu indiki şəraitdə əhalinin maliyyələşmədə iştiraka cəlb etmək kifayət qədər mürəkkəb bir məsələdir. Buna görə də Sağlamlıq Fonduna vəsaitin toplanması yerli əhalinin bütün təbəqələrinin maraqlarına və imkanlarına uyğun olmalıdır. Əslində fondun üzvlük haqqı daha çox rəmzi xarakter daşmalı və ailələrin büdcəsi üçün ciddi problem yaratmamalıdır.

Layihə çərçivəsində kəndlərdə ev təsərrüfatları arasında aparılan tədqiqatlar hər bir ailənin "Sağlamlıq Fondu"na ayda 1 manat (AZN) keçirmək imkanında olduğunu göstərir.

Sorğu anketinin "Əgər sizə təklif olunsaydı, xəstə olub olmamağınızdan asılı olmayaraq ayda müəyyən qədər sabit pul ödəməklə keyfiyyətli ilkin tibbi xidmətlə təmin olunacaqsınız, bu halda nə qədər vəsait ödəyə bilərsiniz" sualına sorğuda iştirak edən ev təsərrüfatlarının əksəriyyətinin 1-1,2 manat (AZN) ətrafında vəsait ayıra biləcəyini deməsi də bunu təsdiq edir.

Kənd əhalisinin gəlir və xərcləri əsasında apardığımız elmi-nəzəri tədqiqatlar da hazırda hər bir ailənin keyfiyyətli ilkin səhiyyə xidməti almaq üçün ayda ən azı 1 manat üzvlük haqqı (başqa sözlə, könüllü tibbi sığorta haqqı) ödəmək imkanında olduğunu göstərir.

Əgər hər ailə Fonda ayda 1 manat keçirərsə, onda 400 ailəlik kənddə il ərzində 5 min dollardan çox vəsait toplanabilir ki, bu da həmin dövrdə bir kəndə dövlət büdcəsindən ayrılan vəsaitə təqribən bərabərdir. Bu qədər vəsaitlə İSX müəssisəsinin maddi-texniki ba-

zasını xeyli təkmilləşdirmək, tibb işçilərini keyfiyyətli xidmətlər göstərməyə stimullaşdırmaq üçün digər tədbirlər həyata keçirmək olar.

Səhiyyə Şuraları bələdiyyə ərazisində yaşayanların ümumi yığıncağında 1 il müddətinə seçilir. 9-11 nəfərdən ibarət olur. Şuraya tibb müəssisəsinin, bələdiyyə şurasının, kənd icra nümayəndəliyinin təmsilçiləri daxil edilir. Onlardan başqa kəndin nüfuzlu şəxslərinin, ziyalıların, kənd ağsaqqallarının, qadın və gənclərin Şurada təmsilçiliyi təmin olunur.

Dövlət büdcəsinin imkanları genişləndikdən sonra İSX-nin maliyyələşdirilməsində əhalinin (icmaların) iştirakını dayandırmaq da mümkündür. O vaxtadan formalaşmış ictimai nəzarət institutları isə qazanılmış təcrübə hesabına sonralar da fəaliyyətini davam etdirə biləcək.

V. İSX müəssisələrinin idarə edilməsi

İSX-nin idarə edilməsində əhalinin (icmanın) geniş iştirakçılığı təmin edilir. Buna aşağıdakı strukturların yaradılması ilə nail olunur:

- ✓ hər bir bələdiyyədə Səhiyyə Şurası
- ✓ hər coğrafi ərazinin (adətən bir neçə kəndi əhatə edir) Sağlamlıq Mərkəzində Səhiyyə üzrə Komitələr
- ✓ Səhiyyə üzrə Rayon Məsləhət Şuraları

Səhiyyə Şuraları hər rübdə bir dəfə icmaların ümumi yığıncağında fəaliyyəti, səhiyyə xərcləri və Sağlamlıq Fondunun vəsaitinin hərəkəti barədə hesabat verir. Ümumi yığıncaqlarda həm də kəndin səhiyyə problemləri müzakirə edilir, səhiyyə maarifləndirilməsi məqsədi ilə çıxışlar təşkil olunur.

Sağlamlıq Mərkəzi yanında Səhiyyə üzrə Komitə mövcud coğrafi ərazidə hər kənddən bir və ya iki nümayəndədən ibarət olur. Bu strukturlar yerli ictimaiyyətlə tibb müəssisələri arasında əlaqələndirici orqan funksiyasını yerinə yetirir, birgə idarəetməni dəstəkləyir və səhiyyə xərclərinin şəffaflığını təmin edir.

Pulsuz tibb çox baha başa gəlir.
(Veselin Georgiyev)

2006-cı ilin dövlət büdcəsi və səhiyyə xərcləri



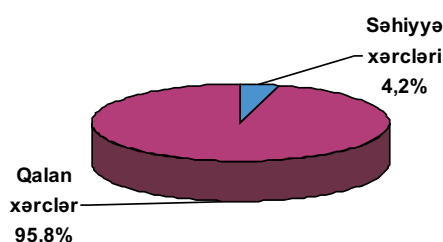
Azərbaycan Respublikasının 2006-cı il üzrə dövlət büdcəsinin gəlirləri 3 milyard 406 milyon manat, xərcləri isə 3 milyard 594 milyon manat təsdiq olunub. Dövlətin bu il ərzində büdcə vasitəsilə bölüşdürəcəyi vəsaitlər yaradılacaq Ümumi Daxili Məhsulun 25 faizi həcmində proqnozlaşdırılıb. Nəticədə bu il dövlətin büdcə xərcləmələrinin ötən ilkindən 63,1 faiz, 1 milyard 391 milyon manat çox olacağı gözlənilir. Büdcə xərclərinin 84 faizi mərkəzləşdirilmiş, 16 faizi isə yerli səviyyələrdə bölüşdürülür.

Büdcə xərclərinin bölüşdürülməsi Nazirlər Kabinetinin 06 oktyabr 2004-cü il tarixli, 149 sayılı qərarı ilə təsdiq olunmuş "Vahid büdcə təsnifatı" əsasında funksional, təşkilati və iqtisadi təyinatlar üzrə aparılır. Belə ki, büdcənin tərtib olunması zamanı xərclər dövlətin yerinə yetirəcəyi funksiyalar, həmin funksiyaları həyata keçiriləcək təşkilatlar (qurumlar) və hər bir qurumda vəsaitlərin istifadə ediləcəyi konkret istiqamətlər (yəni xərc maddələri) üzrə müəyyən olunur və planlaşdırılır. Başqa sözlə, əvvəlcə dövlətin il ərzində həyata keçirəcəyi bütün işlər (qarşısında duran vəzifələr) funksional istiqamətlər üzrə qruplaşdırılır. Sonra bu vəzifələr ayrı-ayrı dövlət qurumları arasında bölünərək onların icrasını təşkil edən və buna məsuliyyət daşıyan təşkilatlar, habelə konkret işləri və tapşırıqları icra edən müəssisələr müəyyən olunur. Daha sonra isə dövlət qurumu və təşkilatları üzrə onlara həvalə olunan vəzifə və funksiyaların həyata keçirilməsi üçün konkret xərclər üzrə bir il ərzində ayrılacaq büdcə vəsaitlərinin həcmi dəqiqləşdirilir²³.

Məhz bu əsasda 2006-cı ilin dövlət büdcəsindən ölkənin səhiyyə sisteminə 150,5 milyon manat vəsait ayrılması nəzərdə tutulub. Bu, ötən ilin proqnoz büdcəsində planlaşdırıldığından 29,6 milyon manat çoxdur²⁴. Beləliklə bu il ərzində dövlət büdcəsindən

²³ Vətəndaşın büdcə bələdçisi: 2006-cı maliyyə ili, Bakı "Ekspert" iqtisad jurnalı-2006

səhiyyəyə ayrılan xərclərinin formalaşacaq ÜDM-də payı 1,1% olacaq. Bu da ötən ilin müvafiq göstəricisi ilə müqayisədə 0,1 bənd yuxarıdır. Büdcənin məxaricində səhiyyə xərclərinin xüsusi çəkisinə gəlincə, bu göstəricinin ötən illə müqayisədə 1,3 bənd azalaraq, 4,2 faiz təşkil edəcəyi gözlənilir.



Səhiyyə xərclərinin büdcə xərclərində payı

Deməli, burdan belə bir nəticə çıxarmaq olar ki, səhiyyəyə ayrılan xərclərin ötən illə müqayisədə artımla proqnozlaşdırılmasına baxmayaraq, 2006-cı il büdcəsinin məxaric hissəsinin artım tempi ilə səhiyyə xərclərinin artım tempi arasında kəskin fərqin mövcudluğu səbəbindən ümumi yekunda səhiyyə xərclərinin payı əvvəlki dövrə nisbətən azalıb. Belə ki, bu ilin büdcəsində ötən illə müqayisədə cəmi xərclərin 63,1 faiz artması müqabilində, səhiyyə xərcləri müvafiq olaraq 24,5 faiz artırılmış və onun ümumi artımda xüsusi çəkisi 2,2 faiz təşkil edib. Bu isə büdcədə ümumi xərc artımı ilə səhiyyə xərcləri artımı arasında proporsionallığın gözlənilməməsinin nəticəsidir.

2006-cı ilin dövlət büdcəsində "Səhiyyə" bölməsinə ayrılan vəsaitlərin funksional, təşkilati və iqtisadi təsnifatı Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin "Azərbaycan Respublikası vahid

24 "Azərbaycan Respublikasının 2006-cı il Dövlət büdcəsi haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununun tətbiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 16 noyabr 2005-ci il tarixli fərmanı. "Azərbaycan" qəzeti. 17 noyabr 2005-ci il.

büdcə təsnifatının təsdiq edilməsi barədə" 6 oktyabr 2004-cü il tarixli 149 sayılı qərarı əsasında tərtib edilib.

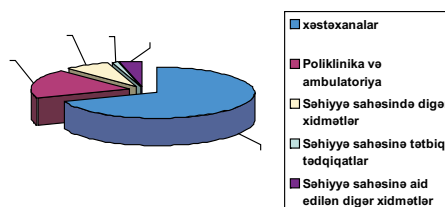
Səhiyyə xərclərinin funksional bölgüsü

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən "Səhiyyə" bölməsi üzrə ayrılan vəsaitlər aşağıdakı 5 funksional istiqamətdə²⁵ bölünür:

1-ci cədvəl

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlərin funksional istiqamətlər üzrə strukturu

| Funksional istiqamətlər | Məbləğ (mln.AZN) | Ümumi xərclərdə payı, %-lə |
|---|---------------------|----------------------------------|
| Səhiyyə xərcləri, cəmi | 150,5 | 100 |
| Xəstəxanalar | 104,1 | 69,2 |
| Poliklinikalar və ambulatoriyalar | 27,9 | 18,5 |
| Səhiyyə sahəsində digər xidmətlər | 11,3 | 7,5 |
| Səhiyyə sahəsinə tətbiqi tədqiqatlar | 1,7 | 1,1 |
| Səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər | 5,6 | 3,7 |



Səhiyyə xərclərinin funksional təsnifat üzrə bölgüsü

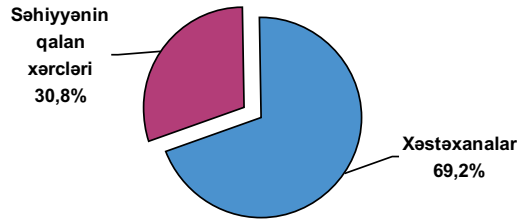
Şəkil 2-dən göründüyü kimi, səhiyyə xərclərinin əsas hissəsi - 69,2 faizi xəstəxanalara ayrılıb. Yerdə qalan xərclərin 18,5 faizi

²⁵ "Azərbaycan Respublikasının 2006-cı il Dövlət büdcəsi haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununun tətbiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 16 noyabr 2005-ci il tarixli fərmanı. "Azərbaycan" qəzeti. 17 noyabr 2005-ci il.

poliklinikalar və ambulatoriyalara, 7,5 faizi səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə, 3,7 faizi səhiyyə sahəsinə tətbiqi tədqiqatlara, 1,1 faizi səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlərə yönəldiləcək.

Azərbaycan Respublikası vahid büdcə təsnifatında səhiyyə xərclərinin funksional təsnifatında "Tibbi avadanlıqlar və məmulatlar" nəzərdə tutulsa da, 2006-cı ildə bu istiqamətdə vəsait ayrılması nəzərdə tutulmayıb.

Xəstəxanalar üzrə: 2006-cı ilin büdcəsindən ən çox vəsait xəstəxanalara ayrılıb. Xəstəxanalara 104,1 milyon manata qədər vəsaitin ayrılması nəzərdə tutulur ki, bu da bütün səhiyyə xərclərinin 69,2 faizini təşkil edir.



"Xəstəxanalar" paragrafına ümumi təyinatlı və xüsusişdirilmiş xəstəxanaların xidmətləri, əsasən stasionar xəstələrə xidmət göstərən tibb mərkəzlərinin, doğum evlərinin, sanatoriyaaların, hərbi köçürmə hospitallarının, yaşlı şəxslərə xidmət göstərən müəssisələrin xidmətləri və stasionar tibbi yardım göstərən və bərpa terapiyası ilə məşğul olan mərkəzlərin fəaliyyəti ilə bağlı xərclər aid edilir. Xəstəxanaların xidmətlərinə həmçinin təbabətdə istifadə edilən və xəstələrə verilən dava-dərmanlar, protezlər, tibbi avadanlıq, aparatlar və digər məmulatlar daxildir. Xəstəxanalar üçün nəzərdə tutulan vəsaitlər tibb ocağının profilindən asılı olaraq 4 istiqamətdə - ümumi təyinatlı xəstəxanalara, xüsusişdi-

rilmiş xəstəxanalara, tibbi mərkəzlərə və bərpa-müalicə sanatoriyalarına ünvanlanır.²⁶

Ümumi təyinatlı xəstəxanalara *ümumi təyinatlı xəstəxanalar tərəfindən xidmətlərin göstərilməsi, öz xidmətlərinin müəyyən tibbi ixtisaslaşma ilə məhdudlaşdırmayan xəstəxanalara rəhbərlik və ya onlara yardım edilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.*

Xüsusişdirilmiş xəstəxanalara *müəyyən xəstəliklərə düçar olmuş və ya müəyyən kateqoriyaya aid edilən xəstələrin müalicəsi (məsələn, ağciyər xəstəliklərinin və vərəm, cüzamın, xərçəngin, qulaq, boğaz və burun xəstəliklərinin, ruhi xəstəliklərin, hamiləliklə əlaqədar xəstəliklərin, uşaq xəstəliklərinin və s. müalicəsi) ilə bağlı xərclər daxildir.*

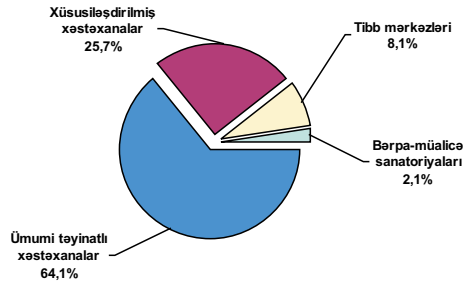
Tibb mərkəzlərinə *tibb mərkəzlərində və doğum evlərində xidmətlərin göstərilməsi, idarə edilməsi və ya onlara yardım göstərilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.*

Bərpa-müalicə sanatoriyalarına *bərpa-müalicə sanatoriyalarında cərrahiyyə əməliyyatı keçirmiş, ağır xəstəlikdən qurtarmış və ya ağır vəziyyətdə olmuş xəstələrin dava-dərmanlarının qəbuluna nəzarət edilməsi, xəstələr tərəfindən itirilmiş funksiyaların bərpa edilməsi və ya istirahət üçün fizioterapevtik prosedurların aparılması və sağlamlıq hərəkətlərinin yerinə yetirilməsi tələb edilən stasionar xidmətlərlə bağlı xərclər daxildir. Sanatoriyalar və sağalmaqda olanlara sanatoriya tipli evlər tərəfindən xidmətlərin göstərilməsi, onların idarə edilməsi və ya onlara yardım edilməsi, yaşlı şəxslərə xidmət göstərən müəssisələr, stasionar tibbi yardım göstərən və bərpa terapiya ilə məşğul olan mərkəzlərin fəaliyyəti ilə bağlı xərclər də bu xərclərə daxildir.*

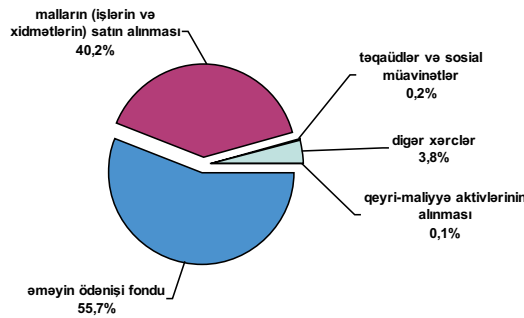
2006-cı ilin dövlət büdcəsindən xəstəxanalara ayrılan vəsaitlərin 66,7 milyon manatı ümumi təyinatlı xəstəxanalara, 26,7 milyon

²⁶ Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin "Azərbaycan Respublikası vahid büdcə təsnifatının təsdiq edilməsi barədə" 6 oktyabr 2004-cü il tarixli 149 sayılı qərarı.

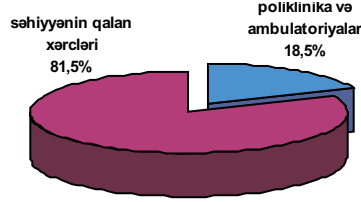
manatı xüsusişdirilmiş xəstəxanalara, 8,4 milyon manat tibb mərkəzlərinə, 2,3 milyon manat bərpa-müalicə sanatoriyalarına sərf olunacaq.



Xəstəxanaların payına düşən vəsaitin 58 milyon manatı əməyin ödənişi fonduna, 41,8 milyon manatı malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına, 0,2 milyon manatı təqaüdlər və sosial müavinətlərə, 0,1 milyon manatı isə qeyri-maliyyə aktivlərinin alınmasına yönəldiləcək.



Poliklinikalar və ambulatoriyalar üzrə: 2006-cı ilin büdcəsindən poliklinika və ambulatoriyalara 27,9 milyon manat vəsait ayrılacaq ki, bu da ümumsəhiyyə xərclərinin 18,5 faizini təşkil edir.



"Poliklinikalar və ambulatoriyalar" köməkçi bölməsinə ümumi profilli həkimlər və paratibbi personal, həmçinin onların köməkçiləri tərəfindən ambulator xəstələrə göstərilən tibbi, stomatoloji və paratibbi xidmətlərlə (fərdi və ya qrup halında evlərdə, tibbi məsləhətxanalarda, dispanserlərdə və ya poliklinikalarda) bağlı xərclər daxildir.

Vahid büdcə təsnifatına əsasən poliklinikalar və ambulatoriyalar üçün nəzərdə tutulan vəsaitlər tibb ocağının profilindən asılı olaraq əsasən 4 təyinatla - ümumi təyinatlı tibbi xidmətlərə, xüsusiləşdirilmiş tibbi xidmətlərə, stomatoloji xidmətlərə və paratibbi xidmətlərə ünvanlanır.

Ümumi təyinatlı tibbi xidmətlərə *ümumi təyinatlı tibbi klinikalar (poliklinikalar) və ümumi profilli həkimlər tərəfindən göstərilən xidmətlərlə bağlı xərclər daxildir.*

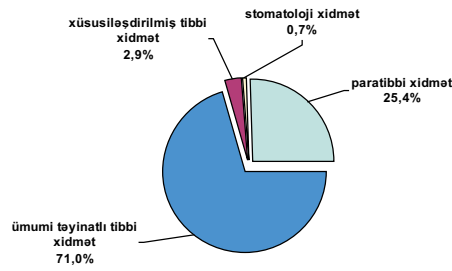
Xüsusiləşdirilmiş tibbi xidmətlərə *xüsusiləşdirilmiş tibbi klinikalar (poliklinikalar) və həkim-mütəxəssislər tərəfindən göstərilən xidmətlər, o cümlədən poliklinikalarda həkim-mütəxəssislər tərəfindən fərdi qaydada göstərilən xidmətlər, müəyyən xəstəliklərə düçar olmuş və tibbi müalicə qəbul edən və ya müəyyən kateqoriyaya aid olunan xəstələrin müalicə edilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.*

Stomatoloji xidmətlərə *ümumi təyinatlı (profil) və xüsusiləşdirilmiş stomatoloji poliklinikalar və diş həkimləri, ağız boşluğunun gigiyenası sahəsində mütəxəssislər və diş müalicəsinin digər köməkçi heyəti tərəfindən həyata keçirilən xidmətlərlə bağlı xərclər daxildir. Ambulator xəstələrə stomatoloji xidmətlərin göstərilməsi,*

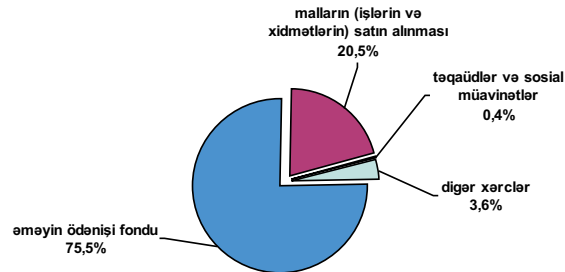
diş protezlərinin uyğunlaşdırılmasına çəkilən xərclər, ümumi təyinatlı stomatoloji poliklinikalar və ya xüsusişdirilmiş stomatoloji poliklinikalar və diş həkimləri, ağız boşluğu sahəsində mütəxəssislər və ya diş müalicəsinin digər köməkçi heyəti tərəfindən həyata keçirilən stomatoloji xidmətlərlə bağlı xərclər bu paragrafın xərclərinə daxildir.

Paratibbi xidmətlərə ambulator xəstələrə paratibbi xidmətlərin göstərilməsi, tibb bacıları, fizioterapevtlər, əmək terapiyası sahəsində mütəxəssislər, loqopedlər və ya digər paratibbi personal tərəfindən nəzarət edilən klinikaların həyata keçirdikləri tibbi xidmətlərlə, həmçinin orta tibb işçisi və paratibbi personal tərəfindən qəbul kabinetləri olmayan yerlərdə, xəstələrin evlərində və ya digər qeyri-səhiyyə müəssisələrində həyata keçirilən xidmətlərlə bağlı xərclər daxildir.

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən poliklinika və ambulatoriyalara ayrılan vəsaitlərin 19,6 milyon manatı ümumi təyinatlı tibbi xidmət, 0,8 milyon manatı xüsusişdirilmiş tibbi xidmət, 0,2 milyon manatı stomatoloji xidmət, 7 milyon manatı isə paratibbi xidmət üçün nəzərdə tutulub.



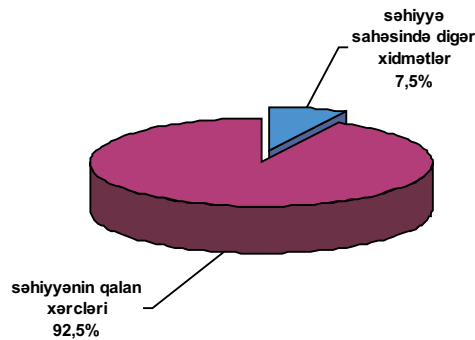
Bu funksional təsnifat üçün nəzərdə tutulan vəsaitin 21 milyon manatı əməyin ödənişi fonduna, 5,7 milyon manatı malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına, 0,1 milyon manatı təqaüdlər və sosial müavinətlərə, 1 milyon manatı isə digər xərclərə yönəldiləcək.



Səhiyyə sahəsində digər xidmətlər 2006-cı ilin büdcəsindən səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə 11,3 milyon manat vəsait ayrılacaq ki, bu da bütün səhiyyə xərclərinin 7,5 faizini təşkil edir.

"Səhiyyə sahəsində digər xidmətlər" köməkçi bölməsinə səhiyyə sahəsində ümumi xidmətlərin göstərilməsi, səhiyyə sahəsində qan xidməti ilə bağlı fəaliyyət, diaqnostika, profilaktika, nəzarətin həyata keçirilməsi, epidemioloji vəziyyət haqqında məlumatların yığılması, ailə planlaşdırılması üzrə xidmətlər və sair bu kimi xidmətlərə rəhbərlik, onların idarə edilməsi və ya onlara yardım edilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.

"Səhiyyə sahəsində digər xidmətlər" köməkçi bölməsi "Qanköçürmə", "Diaqnostika və profilaktika tədbirləri" və "Digər tədbirlər" paraqraflarından ibarətdir.



"Qanköçürmə" paraqrafına səhiyyə sahəsində qan xidməti ilə bağlı fəaliyyət (qəbul, emal, saxlama, daşınma) və müstəqil

qanköçürmə stansiyalarının saxlanması xərcləri daxildir. Bu ilki büdcədə "Qanköçürmə" paraqrafı üzrə 0,2 milyon manat ayrılması nəzərdə tutulub.

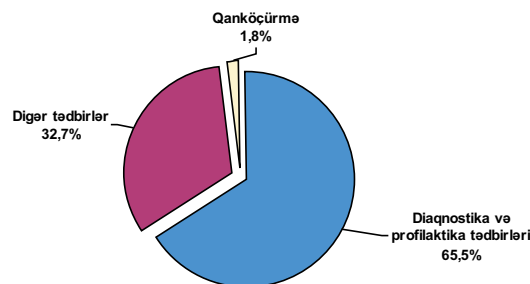
"Diaqnostika və profilaktika tədbirləri" paraqrafına diaqnostika (xərçəng, vərəm, zöhrəvi və s. xəstəliklər üzrə), profilaktika (immunizasiya, peyvənd və sair), nəzarətin həyata keçirilməsi (uşaq yeməyi, uşağın səhhəti), epidemioloji vəziyyət haqqında məlumatların yığılması, ailə planlaşdırılması üzrə xidmətlər və sair bu kimi xidmətlərə rəhbərlik, onların idarə edilməsi və ya onlara yardım edilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.

Bu ilki büdcədə **"Diaqnostika və profilaktika tədbirləri"** paraqrafı üzrə 7,3 milyon manat ayrılması nəzərdə tutulub.

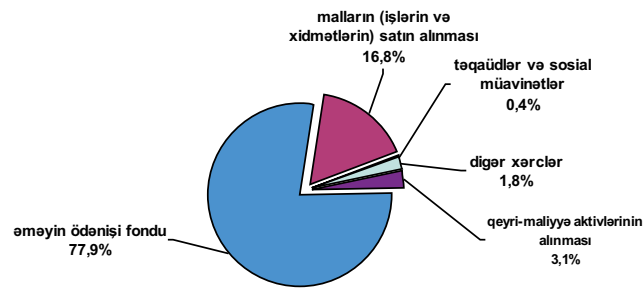
"Digər tədbirlər" paraqrafına səhiyyə sahəsi üzrə məlumatların hazırlanması və yayılması, səhiyyə sahəsində xüsusi briqadaların üzvlərinə iş yerlərində, məktəblərdə və digər qeyri-tibb idarələrində göstərilən xidmətlər, xəstəxana və klinikalarda və ya təcürübədə olan həkimlərlə əlaqədar olmayan xidmətlər, səhiyyə sahəsində həkim olmayanlar tərəfindən həyata keçirilən xidmətlər, laboratoriyaların saxlanması ilə bağlı xərclər daxildir.

"Digər tədbirlər" paraqrafı üzrə 3,7 milyon manat ayrılması nəzərdə tutulub.

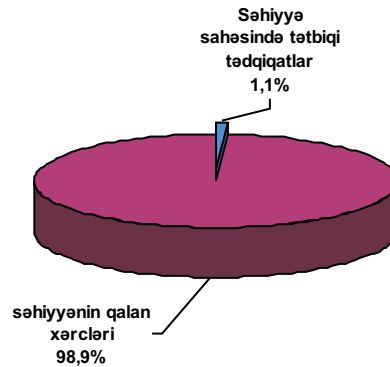
Səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə ayrılan vəsaitlər paraqraflar üzrə aşağıdakı kimi bölünür:



Səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə ayrılan vəsaitin 8,8 milyon manatı (77,9 faizi) əməyin ödənişi fonduna, 1,9 milyon manatı (16,8 faizi) malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına, 0,04 milyon manatı (0,4 faizi) təqaüdlər və sosial müavinətlərə, 0,2 milyon manatı (1,8 faizi) digər xərclərə, 0,4 milyon manatı (3,1 faizi) isə qeyri-maliyyə aktivlərinin alınmasına yönəldiləcək.



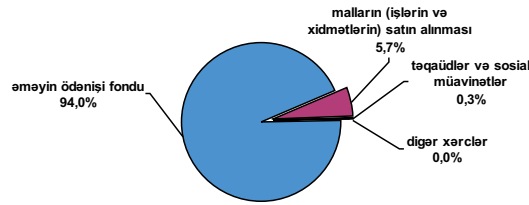
"Səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlar" 2006-cı ilin büdcəsindən səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə 1,7 milyon manat vəsait ayrılacaq ki, bu da bütün səhiyyə xərclərinin 1,1 faizini təşkil edir.



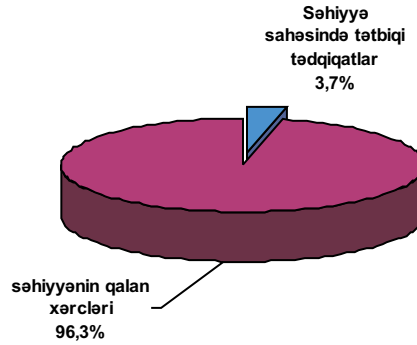
"Səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlar" köməkçi bölməsinə səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlar üzrə işləri həyata keçirən təşkilatlara rəhbərlik və onların idarə edilməsi, diaqnostika laboratoriyaları, elmi-tədqiqat institutları tərəfindən həyata keçirilən

səhiyyə sahəsində təcrübə və tətbiqi tədqiqat işlərinə köməklik göstərilməsi ilə bağlı xərclər daxildir.

Səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlara ayrılan vəsaitin 1,6 milyon manatı (94,1 faizi) əməyin ödənişi fonduna, 0,1 milyon manatı (5,7 faizi) malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına, 0,004 milyon manatı (0,3 faizi) təqaüdlər və sosial müavinətlərə, 0,03 milyon manatı (1,5 faizi) digər xərclərə yönəldiləcək.

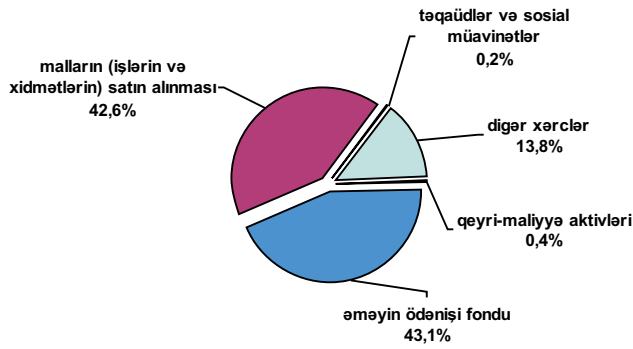


"Səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər" 2006-cı ilin büdcəsindən səhiyyə sahəsində digər xidmətlərə 5,6 milyon manat vəsait ayrılacaq ki, bu da bütün səhiyyə xərclərinin 3,7 faizini təşkil edir.



"Səhiyyə sahəsinə aid edilən digər xidmətlər" köməkçi bölməsinə səhiyyə sahəsinə aid edilən və digər köməkçi bölmələrdə öz əksini tapmayan səhiyyə fəaliyyəti və xidmətləri ilə bağlı xərclər daxildir.

Səhiyyə sahəsində tətbiqi tədqiqatlara ayrılan vəsaitin 2,5 milyon manatı (44,6 faizi) əməyin ödənişi fonduna, 2,3 milyon manatı (41,1 faizi) malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınmasına, 0,01 milyon manatı (0,2 faizi) təqaüdlər və sosial müavinətlərə, 0,8 milyon manatı (14,3 faizi) digər xərclərə, 0,02 milyon manatı (0,4 faizi) isə qeyri-maliyyə aktivlərinin alınmasına yönəldiləcək.



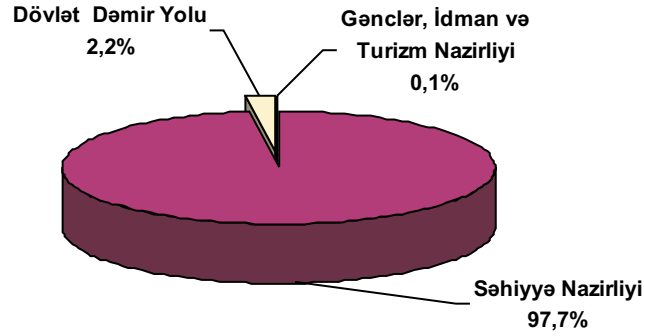
Səhiyyə xərclərinin təşkilati bölgüsü

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən səhiyyəyə ayrılan vəsaitlər təşkilatlar arasında aşağıdakı kimi bölünür:

3-cü cədvəl

| Təşkilati istiqamətlər | Məbləğ (mln.AZN) | Ümumi xərclərdə payı, %-lə |
|------------------------------------|------------------|----------------------------|
| Səhiyyə xərcləri, cəmi | 150,5 | 100 |
| Səhiyyə Nazirliyi | 147 | 97,7 |
| Dövlət Dəmir Yolu İdarəsi | 3,3 | 2,2 |
| Gənclər, İdman və Turizm Nazirliyi | 0,2 | 0,1 |

Səhiyyə xərclərinin əsas hissəsi **Səhiyyə Nazirliyi** vasitəsilə bölüşdürüləcək. Nazirlik 2006-cı ildə öhdəsinə düşən vəsaitlərin 18,6 faizini ilkin tibbi xidmətə sərf edəcək. Bunlardan 19 milyon manat ümumi təyinatlı tibbi xidmətə, 0,8 milyon manat xüsusileş-



dirilmiş tibbi xidmətə, 0,5 milyon manat stomatoloji xidmətə, 7 milyon manat paratibbi xidmətə yönəldiləcək. Bundan başqa nazirlik ümumi təyinatlı xəstəxanalara 64,4 milyon manat, xüsusişdirilmiş xəstəxanalara 26,7 milyon manat, tibb mərkəzlərinə 8,2 milyon manat, bərpa-müalicə sanatoriyalarına 2,3 milyon manat ayırmağı planlaşdırır. Nazirliyin yerdə qalan vəsaitinin 0,2 milyon manatı qanqöçürməyə, 7 milyon manatı diaqnostika və profilaktik tədbirlər üçün nəzərdə tutulub.

Dövlət Dəmir Yolu İdarəsi sərəncamından olan vəsaitin 0,6 milyon manatını ümumi təyinatlı tibb, xidmətə, 2,3 milyon manatı ümumi təyinatlı xəstəxanalara, 0,3 milyon manatı diaqnostika və profilaktik tədbirlərə yönəldəcək.

Gənclər, İdman və Turizm Nazirliyi²⁷ isə öhdəsində olan 0,2 milyon manatı tibb mərkəzlərinə xərcləyəcək.

Göründüyü kimi səhiyyə xərclərinin üzərində de-yure (hüquqi baxımdan) sərəncam vermədə dominant rolunu Səhiyyə Nazirliyi oynayır. Lakin, bizim apardığımız tədqiqatlar göstərir ki, əslində bu vəsaitlərin de-fakto (real baxımdan) sərəncam vericiləri yerli rayon və şəhər maliyyə idarələridir. Çünki, vəsaitlərin bölüşdürülməsinin mütləq əksəriyyəti yerli səviyyədə həyata keçirilir. Bu səviyyədə büdcə vəsaitlərinin hərəkətinə isə şəhər və rayon icra hakimiyyətləri nəzarət edir. Belə olan halda isə büdcə vəsaitlərinin

²⁷ Azərbaycan Respublikası Prezidentinin _____

sərəncamvericiləri arasında məsuliyyətin bölüşdürülməsi və cavabdehlik sahəsində problemlər yaranır, yəni onların reqlamentləşdirilməməsi sonradan maliyyə nəzarətinin səmərəliliyini azaldır, şəffaflığın təminatını çətinləşdirir. Bu baxımdan Bakı şəhər səhiyyə şöbələrinin ləğv edilməsi ilə bağlı prezidentin sərəncamı təqdirəlayiq hal sayıla bilər. Çünki, bu qərarla həmin vəsaitlərin sərəncamvericilərinin sayı ixtisara salındığından son nəticədə vəsaitlərdən səmərəli istifadə imkanları yüksəlir.

Dövlət Dəmir Yolu İdarəsi, Gənclər, İdman və Turizm Nazirliyi vasitəsilə vəsaitlərin bölüşdürülməsində həm de-yure və həm də de-fakto hüquqlar bu iki təşkilatın özündə saxlanılır.

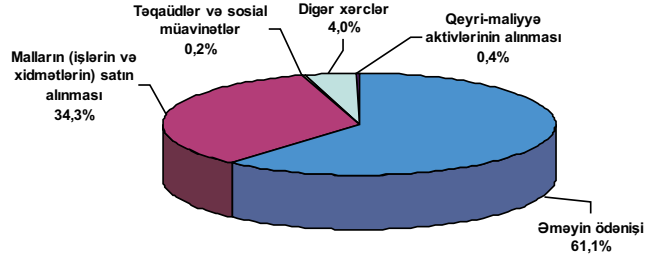
Səhiyyə xərclərinin iqtisadi təyinatı

İqtisadi təyinatına görə səhiyyə xərcləri 4 əsas istiqamətdə qruplaşdırılır:

- ✓ **Əməyin ödənişi**
- ✓ **Malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınması**
- ✓ **Təqaüdlər və sosial müavinətlər**
- ✓ **Digər xərclər**

2006-cı ilin dövlət büdcəsindən "Səhiyyə" bölməsinə ayrılan vəsaitlər iqtisadi təyinatına görə aşağıdakı kimi bölünür:

| İqtisadi təsnifat | Məbləğ (mln.AZN) | Ümumi xərclərdə payı, %-lə |
|--|-----------------------------|---|
| Səhiyyə xərcləri, cəmi | 150,5 | 100 |
| Əməyin ödənişi | 91,9 | 61,1 |
| Malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınması | 51,8 | 34,3 |
| Təqaüdlər və sosial müavinətlər | 0,34 | 0,2 |
| Digər xərclər | 6,03 | 4 |
| Qeyri-maliyyə aktivlərinin alınması | 0,56 | 0,4 |



Cədvəl məlumatlarına diqqət yetirəndə səhiyyə xərcləri iqtisadi təsnifatı üzrə əsasən əməyin ödənişi formasında bölüşdürülür. Bu təyinatda ümumi xərclərin 61,1 faizinin yönəldilməsi heç də bu sektorda əmək haqqının orta səviyyəsinin yüksək olması ilə deyil, işçi artıqlığı ilə izah oluna bilər. Belə ki, Azərbaycan dövlət büdcəsindən maliyyələşən səhiyyə sistemində çalışanların sayı 120 min nəfərdən çoxdur. Bu isə vəsaitlərdən səmərəli istifadə sahəsində çətinliklər yaradır və səhiyyə sistemində bölüşdürülən xərclərin istehlak yönümlülüyünü artırır, səhiyyənin maddi-texniki bazasının modernləşdirilməsi sahəsində problemlər yaradır.

İqtisadi təsnifatda ikinci üstün xüsusi çəkiyə malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınması təyinatlı xərclər malikdir.

"Əməyin ödənişi"²⁸ bölməsinə əmək haqqı (ştatda olan və olmayan işçilərin əmək haqları, mükafatlar, maddi yardımlar və s. pul ödənişləri) və əmək haqqına üstəlik (Dövlət Sosial Müdafiə Fonduna ayırmalar, icbari dövlət sığortası, icbari tibbi sığorta) xərclər daxil edilir.

"Malların (işlərin və xidmətlərin) satın alınması" bölməsinə idarənin saxlanılması, ezamiyyə, nəqliyyat xidmətləri haqlarının

²⁸ Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin "Azərbaycan Respublikası vahid büdcə təsnifatının təsdiq edilməsi barədə" 6 oktyabr 2004-cü il tarixli 149 sayılı qərarı

ödənilməsi, kommunal və kommunikasiya xidmətlərinin ödənilməsi, istehlak mallarının və materiallarının alınması xərcləri daxildir.

"Təqaüdlər və sosial müavinətlər" bölməsinə sosial sığortaya, qocalara, işsizlərə, əlillərə sosial yardım üzrə müavinətlər, təqaüdlər, həmçinin dövlət büdcəsinin vəsaiti hesabına həyata keçirilən xərclər daxildir. Bu bölmədə uşaqly ailələrə verilən dövlət müavinəti və kompensasiyalar, bütün növ pensiyalar, təqaüdlər, şəhid ailələrinə, qaçqınlara və məcburi köçkünlərə maddi yardım göstərilməsi, hamiləliyə və doğuşa görə müavinətlər, uşağın anadan olması ilə əlaqədar birdəfəlik müavinət, işsiz vətəndaşlara müavinətlərin ödənilməsi, əlillərə maddi yardım və s. bu növ dövlət müavinətləri daxildir.

"Digər xərclər" bölməsinə mülkiyyətlə bağlı xərclər daxil edilir. Bura cari məqsədlər üçün binaların və evlərin icarəsi, film və verilişlərin çəkilməsi üçün icarəyə götürülmüş teatr, konsert salonları, sahə və otaqların haqqı, müəssisə və təşkilatlar tərəfindən avadanlıq və nəqliyyat vasitələrinin icarəyə götürülməsi ilə bağlı xərclər, habelə bank xərcləri daxildir.

"Qeyri-maliyyə aktivlərinin alınması" bölməsinə qeyri-maliyyə aktivlərinin alınması ilə bağlı xərclər daxil edilir. Bu xərclərə bina və tikililər, maşın və avadanlıqların alınması, dövlət orqanları tərəfindən fəvqəladə və strateji mal ehtiyatlarının alınması xərcləri aiddir.

İnsanlar pul qazanmaq üçün sađlamlıqlarını itirirlər, sonra isə sađlamlıqlarını qaytarmaq üçün pullarını xərcləyirlər.
(Naməlum müəllif)

Ümumi təcrübə həkimini / ailə həkimini*

"Ađır xəstəliyi əvvəlcə müalicə etmək asan, aşkara çıxarmaq çətin olur. Xəstəlik gücləndikdən sonra onu aşkara çıxarmaq asan, müalicəsi isə artıq çətin olur"

Makiavelli



* Bu məqalə ADTU-nun "Ailə tēbabəti" kafedrasının müdiri, t.e.d. Mustafa Salihov tərəfindən hazırlanmışdır

1978-ci ildə Alma-Ata bəyannaməsinin qəbulundan sonra 1984-cü ildə Dünya Səhiyyə Təşkilatının Avropa bürosu ilkin tibbi yardımın gücləndirilməsi məqsədilə əlavə olaraq 38 vəzifə müəyyənləşdirdi. Bu vəzifələr səhiyyə sisteminin inkişafı və sağlamlıq baxımından ilkin tibbi yardımın necə göstərilməsi prinsiplərini əhatə edir və onların 28-i birbaşa ilkin tibbi xidmətin keyfiyyətinin yüksəldilməsinə yönəldilib. Bu vəzifələr arasında ümumi təcrübə həkimi və ya ailə təbabətinin inkişafı da nəzərdə tutulur.

Ümumi təcrübə həkimləri ilkin tibbi xidmətin göstərilməsində əsas rol oynasalar da, onların fəaliyyətinin genişləndirilməsi tibb bacılarının, sosial işçilərin və digər tibb işçilərinin xidmətinin azalmasına gətirib çıxarmamalıdır. Ümumi təcrübə həkimlərinin təsviri Avropa İttifaqının (UEMO) sənədlərində aşağıdakı kimi verilib.²⁹

Ümumi təcrübə həkimi ayrı-ayrı şəxslərə və ailələrə fərdi, ilkin və fasiləsiz tibbi yardım göstərən həkimdir. O, pasiyentlərinə evdə baş çəkir, onları ambulator şəraitində və bəzi hallarda hətta stasionarda qəbul edir. Ümumi təcrübə həkimi problemin ilkin həlli üçün məsuliyyəti üzərinə götürür, zərurət olduqda mütəxəssislərlə məsləhətləşir. Onun diaqnozları özündə fiziki, psixoloji, sosial və digər aspektləri əks etdirir. Bu həkimlərin müdaxiləsi pasiyentin sağlamlığının möhkəmləndirilməsi üçün maarifləndirici, profilaktik, müalicəvi, reabilitasiya və terapevtik istiqamətləri əhatə edir.

²⁹ UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. European Union of General Practitioners, 1994 (UEMO 94/087).

Milli kolleclərin, akademiya və ailə həkimlərinin Akademik Assosiasiyaların Dünya Təşkilatı (WONCA) ümumi təcrübə həkiminə tibbi yardım üçün müraciət edən hər bir şəxsə ayrılıqda kompleks yardım göstərən, zərurət olduqda digər tibbi heyəti təşkil edən mütəxəssis kimi anlayış verib. Kompleks yardım anlayışı ümumi təcrübə həkimini həm ilkin, həm də ikinci həlqədə işləyən digər tibb işçilərindən fərqləndirir. WONCA təşkilatının 1991-ci ildə nəşr olunmuş sənədində ümumi təcrübə həkiminə qoyulan bir sıra tələblər müəyyənləşdirilib:³⁰

Tibbi yardımın kompleks xarakteri: özündə tək-cə müalicə yardımını yox, eyni zamanda sağlamlığın möhkəmləndirilməsini, profilaktikasını, reabilitasiyasını əks etdirir. O, cinsi mənsubiyyətlə, diaqnostikanın kateqoriyası və ya xəstəliyin bir epizodu ilə məhdudlaşmır və yalnız fasiləsiz xidməti təklif edir.

Koordinasiya: ayrı-ayrı ailələrə və şəxslərə tibbi resurslardan istifadə etmək üzrə məsuliyyəti, o cümlədən səhiyyənin bütün sistemi çərçivəsində ümumi təcrübə həkiminin xidmətinin inteqrasiyasına zəmanətin verilməsini əks etdirir.

İnformasiya təminatı: ümumi təcrübə həkimi klinik və fərdi detallar barədə məlumatlı olmalıdır.

Əlçatanlıq: ümumi təcrübə həkiminin xidməti pasiyentlər və digər tibb işçiləri üçün istənilən vaxt əlçatan olmalıdır.

Resurslardan istifadə: ümumi təcrübə həkimlərinin strateji mövqeyi səhiyyə vəsaitlərinin bölüşdürülməsi üzrə idarəetməni nəzərdə tutur.

Ümumi təcrübə həkiminə tək-cə ilkin tibbi yardımın bir nümayəndəsi kimi baxılmamalıdır. Onlar hər gün müxtəlif xarakterli şikayətlərlə rastlaşırlar. İlkin səhiyyə xidmətində ümumi təcrübə hə-

³⁰ WONCA. The role of the general practitioner/family physician in health care systems. A statement from the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Victoria: WONCA, 1991

kiminin vəzifəsi əsasdır və buna görə də əhaliyə tibbi yardımın və sosial xidmətin göstərilməsi üçün müvafiq resurslardan istifadəni təmin etməlidir. Bu amil isə həkimlərdə əlaqələndirmə, ünsiyyət bacarıqlarının olmasını zəruri edir. Əlaqələndirmə bacarıqlarının çatışmazlığı tibbi yardım göstərilməsinin səmərəliliyini və üstünlüyünü azalda bilər. Koordinator funksiyasının həyata keçirilməsini ümumi təcrübə həkiminin özünün həyata keçirməsi daha çox məqsədəuyğundur, ancaq istisna hallarda bu funksiyanı ilkin həlqənin digər heyəti əvəz edə bilər.

Dünya təcrübəsi göstərir ki, səhiyyə resurslarından rəşional istifadənin əsas problemi pasiyentlərin ilkin, ixtisaslaşmış tibbi yardım üzrə düzgün bölüşdürülməməsidir. Məsələn, Böyük Britaniya və Kanadada ilkin səhiyyə xidmətinin yaxşı inkişafı əhalinin tibb problemlərinin 80-90%-ni həll etmək imkanındadır.

Xarici ədəbiyyatlarda "ümumi təcrübə həkimi" ilə "ailə həkimi" arasında fərq qoyulmur. Beynəlxalq terminologiyada bu iki termin sinonim kimi qəbul edilir. Məsələn, Almaniyada bu tip həkimlər "ev", Böyük Britaniyada "ümumi təcrübə həkimi", ABŞ, Kanada və Rusiyada isə "ailə" həkimləri adlanır.

Ailə həkimi qismində hamımıza tanış olan, ancaq daha çox funksiyaları özündə birləşdirən sahə terapevtlərini adlandırmaq olar. Xəstəliyi aşkara çıxarıb ixtisaslı həkimlərə göndəriş verən terapevtlərdən fərqli olaraq ailə həkimləri bir çox problemləri özü həll etmək iqtidarındadır. Məsələn, yüksək qan təzyiqi olan xəstələr dövrü olaraq göz müayinəsindən keçməlidir və bunun üçün göz həkiminə üz tutmalıdır. Ancaq ailə həkimi belə müayinəni özü də apara bilər.

Azərbaycan Tibb Universitetinin ailə təbabəti kafedrasının əməkdaşlarının apardıqları tədqiqatlar göstərir ki, ailə həkimi, ailə təbabəti yeni məsələ deyil. Əvvəllər bir həkim xəstənin bütün da-

xili orqanlarını müalicə edirdi. Yəni həmin həkim qaraciyər, ürək, böyrək və s. xəstəliklərlə bağlı mükəmməl bilgiyə malik olurdu. Amma illər keçdikcə təbabət dar ixtisaslara bölündü və dar ixtisaslı həkimlər yetişdi. Vəziyyət o yerə gəlib çatmışdı ki, həkim ona müraciət edən şəxsin ürək fəaliyyətini dinlədikdən sonra deyirdi ki, "mən ürəyə aid dərman yazıram, amma sənın mədə-bağırsaq sistemində vəziyyət yaxşı deyil. Ona görə də məsləhət görürəm ki, mədə-bağırsaq həkiminə (qastroentoloq) müraciət edəsən". Bununla da xəstə labirintə düşürdü.

Ailə təbabəti/ümumi təcrübə üzrə Avropa Birliyinin bölməsi ümumi təcrübə həkiminin rolunu qiymətləndirərkən onları **ailə təbabəti prinsipi ilə hazırlıq keçmiş terapevtlər** adlandırır.

Ailə həkimi ümumi tibbi yardım göstərir, səhiyyə sisteminə çıxışı təmin edir. Ailə həkiminin fəaliyyət sferası:

- ✓ *Sağlamlığın möhkəmləndirilməsi və xəstəliklərin xəbərdarlığı*
- ✓ *Xəstəliklərin diaqnostikası və xəstələrin müalicəsi*
- ✓ *Zərurət olduqda digər ixtisaslaşdırılmış müalicəyə göndəriş*

Keçmiş SSRİdə ilkin səhiyyə xidməti sahə həkimi prinsipi ilə idarə olunurdu. Sovet səhiyyə sisteminin təşkilatçılarından olan N.A.Semaşko qeyd edirdi ki, sahə prinsipi həkimə öz sahəsini, əmək şəraitini və əhalinin məişətini yaxşı tanımağa, xəstəlikləri aşkara çıxarmağa, öz pasiyentlərini yaxından tanımağa imkan verir. Semaşko sahə həkimi sistemini qursa da, əslində faktiki olaraq ailə həkiminin funksiyalarını qismən də olsa daşıyan ilkin səhiyyə həkimi yaratmışdı. Çünki sahə həkimi və tibb bacıları sahənin bütün sakinlərinin sağlamlığına məsuliyyət daşıyırdı.

Sahə həkiminin ailə həkimindən fərqi kvalifikasiyasının aşağı olması və sahə prinsipi üzrə işləməsi idi. Belə ki, hər bir ailə istədiyi vaxt sahə həkimindən fərqli olaraq ailə həkimini dəyişə bilər. Bu həkim pasiyentin məskunlaşdığı ərazidən xeyli uzaqda da yaşaya bilər. Ancaq sahə həkimində isə bölgü sahə ərazi prinsipi üzrə aparılır.

Mütəxəssislərin fikrincə, sahə həkimlərinin əsas çatışmazlığı tək-cə dar ixtisaslaşmaya malik olmaması yox, diaqnostika və müalicə zamanı xəstəni məsləhət üçün mütəxəssisin yanına məsləhətə göndərmələri idi. Bunun nəticəsi olaraq sahə terapevtləri öz-lərini sığortalamaq üçün zərurət olmadıqda belə xəstəni mütəxəssisə göndərməyə can atırdılar.

Ümumi təcrübə həkiminin, yoxsa "dar" ixtisaslı həkimlərin daha çox vacibliyi ilə bağlı dünya səhiyyə dairələrində gedən qızğın müzakirələrdə birmənalı olaraq birinci üstünlük təşkil edir. İnkişaf etmiş ölkələrdə (ABŞ, İsveçrə, Böyük Britaniya, Fransa və s.) ümumi təcrübə həkimlərinin payı 60-73 faiz intervalındadır. Onların nəzarətində olan pasiyentlərin 60-70 faizini terapevtik profilli xəstələr təşkil edir. İnkişaf etmiş ölkələrdə İTY-nin göstərilməsi ilə ümumi təcrübə həkimi və ya ailə həkimi məşğul olur. Bir həkim orta hesabla 1700- 2000 nəfərə tibbi xidmət göstərir və o, bütün tibbi problemlərin 80 faizini həll etmək iqtidarındadır.

Avropa ölkələrində hər ümumi təcrübə həkiminə düşən pasiyentin sayı müxtəlifdir. Belçika ən aşağı göstəriciyə malik olan ölkədir. Hər həkimə 588 nəfər düşür. İtaliya və Fransada bu rəqəm ən çox 1000 nəfərdir.

Digər tərəfdən bəzi ölkələrdə ümumi təcrübə həkiminin sayı azlıq təşkil edir. Məsələn, Yunanıstanda 1991-ci ilə qədər ölkənin əksər hissələrində ümumi təcrübə həkimi olmayıb və tibbi yardımı ancaq mütəxəssislər göstərib. Müqayisə üçün bildirik

ki, İsveç, Niderland, İsveçrə və Xorvatiyada ümumi təcrübə həkimi ilə təminat aşağı səviyyədə olub. Halbuki bu ölkələrdə tibbi yardımın səviyyəsi bir-birindən kəskin fərqlənir. İsveç və İsveçrədə ümumi təcrübə həkiminin funksiyası təkcə ilkin tibbi yardım göstərməkdən ibarət olmasa da, Niderland və Xorvatiyada onların rolu göndəriş verməklə kifayətlənir. Təəccüblü deyil ki, ümumi təcrübə həkimi çox olan Belçika və İtaliyada bu ixtisas üzrə müxtəlif profilli həkimlər işləyir. Fransada ümumi həkimlərin sayında ümumi təcrübə həkimləri üstünlük təşkil edir. Bolqarıstan, İsveç, İspaniya, İsveçrə və Niderlandda onların payı təxminən 20 faizdir.

Avropanın 12 ölkəsində ümumi təcrübə həkimi "süzgəc" funksiyasını həyata keçirir. Pasiyentlər adətən mütəxəssis yardımına ehtiyacları ilk növbədə ümumi təcrübə həkiminə müraciət etməklə qarşılayırlar. Bəzi ölkələrdə (məsələn, İtaliya və İspaniya) "süzgəc" rolunu ümumi təcrübə həkimindən savayı pediatrlar oynayır.

Əksər Qərbi Avropa ölkələrində (Avstriya, Belçika, Almaniya, Danimarka, İrlandiya, İtaliya, Lüksemburq, Niderland, Böyük Britaniya, İsveçrə, Fransa) ümumi təcrübə həkimi muzdsuz, yəni maaş olmadan işləyir. Onların xidmət haqları adambaşına xidmət əsasında ödənilir. İspaniya, Portuqaliya, İsveç və Finlandiyada isə onlar əmək haqqı alırlar. Norveçdə ümumi təcrübə həkimlərinin 60 faizi muzdsuz, 40 faizi əmək haqqı almaqla işləyir. Şərqi Avropa ölkələrində ümumi təcrübə həkimlərini büdcə sisteminin işçiləri təşkil edir. Ancaq bu ölkələrdə aparılan islahatlar nəticəsində büdcə yükü qismən azalıb. Burada Çex Respublikası, Macarıstan və Polşa xüsusilə fərqlənir. Keçmiş SSRİ ölkələrində ümumi təcrübə həkimlərinin saxlanması xərcləri büdcədən maliyyələşir.

Avropa ölkələri üzrə aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, ümumi təcrübə həkimlərinin yaş həddi əsasən 40-50 intervalındadır. Muzdla işləməyən ümumi təcrübə həkimlərinin yaş həddi isə daha yüksəkdir. Bəzi ölkələrdə ümumi təcrübə həkimləri arasında qadınlar üstünlük təşkil edir. Bu əsasən Şərqi Avropa və keçmiş SSRİ ölkələrində müşahidə edilir. Məsələn, Estoniyada ümumi təcrübə həkimlərinin 94 faizini, Latviyada 77 faizini, Litvada isə 89 faizini qadınlar təşkil edir. Qadınların azlıq (7 faiz) təşkil etdiyi ölkə isə İsveçrədir. Qərbi Avropa ölkələrində, o cümlədən ümumi təcrübə həkimi muzdla işləməyən ölkələrdə qadın həkimlər azlıq təşkil edir. Qadın həkimlərlə müqayisədə kişi həkimlər üstünlük təşkil edən ölkələrdə gəlirlər və məşğulluq səviyyəsi daha yüksəkdir.³¹

Ümumi təcrübədə işləmək üçün ümumi təcrübə həkimlərindən yüksək peşəkar hazırlıq tələb olunur. Avropa Birliyinin 1993-cü ildə qəbul etdiyi direktivdə hazırlıq üçün minimum tələb kimi 2 illik təhsil qoyulub. Türkiyədə ali məktəbi qurtardıqdan sonra hər bir həkimin 12 ay müddətində ilkin həlqədə işləməsi tələb olunur. Hollandiya və Böyük Britanyada peşəkar hazırlıq sxemi 20 ildir ki, mövcuddur. Aparılan tədqiqatlara görə ümumi təcrübə həkimlərinin 2/3-si peşəkar hazırlıq keçib. Son zamanlar ümumi təcrübə həkimləri tərkibində ən azı 6 nəfər olmaqla qrup formasında fəaliyyət göstərməyə üstünlük verirlər. Həmin qrupa yerli səhiyyə orqanları tərəfindən maliyyələşdirilən əlavə mütəxəssislər - müxtəlif profilli tibb bacıları, xəstələrə qulluq edənlər, ev təsərrüfatına xidmət üzrə işçilər daxil ola bilər. Ümumi təcrübə həkimi müstəqil olaraq pasiyentlərinə qayğı göstərməsi üçün tibb bacıları dəvət edə bilərlər.³² Həkimlərin iş vaxtının 2/3-i mü-

³¹ NIVEL/ümumi təcrübə həkimi vəzifələri profilinin Avropa araşdırması

³² Taylor R. Family medicine. Principles and practice. - N. Ü., 1976

şahidə, qəbul və müayinəyə, 1/3-ni isə xroniki xəstələrin müalicəsinə sərf edir.

MDB ölkələrində "Ümumi təcrübə həkimi" ixtisası üzrə kadrların hazırlanması 6 ay, diplomdan sonrakı ixtisaslaşma isə 2 il nəzərdə tutulub.

Fransada³³ pasiyentlər sərbəst şəkildə ümumi təcrübə həkimini seçə bilirlər və pasiyentlərin daimi qeydiyyatda olmasına ehtiyac yoxdur. Həkimə hər müraciət üçün pasiyentlər müəyyən məbləğdə (təxminən 20 avro) vəsait ödəyir. Pasiyentlərin xərcləri qismən dövlət tibb sığortası vasitəsilə ödənilir. Məsələn, dövlət tibb məsləhət üçün - 70 faiz, zəruri dərmanlara - 65 faiz, qulluq və fizioterapiya - 60 faiz həcmində maliyyə ayırır. İstənilən xəstə ümumi təcrübə həkiminə müraciət etmədən həkim-mütəxəssisə çıxış əldə edə bilər. Dörd illik ixtisas kursundan sonra tələbələrin 85 faizi mütəxəssis olmağa çalışır. Müsabiqəni keçə bilməyənlər iki illik ixtisaslaşma keçməklə ümumi təcrübə həkimi ola bilər. Bu ölkədə 1 həkim 1000 nəfərə düşür. Cəmisi 58000 ümumi təcrübə həkimi işləyir. Ümumi təcrübə həkimlərinin yeganə gəlirlərini məsləhətə və evə baş çəkməyə görə haqlar təşkil edir.

ABŞ-da XX əsrin ortalarına qədər demək olar ki, bütün həkimlər ümumi təcrübə ilə məşğul olurdular. Bu o demək idi ki, onların bütün xəstəlikləri məhdudiyətsiz olaraq müalicə etmək imkanları vardır.

Ancaq tibb elmlərinin inkişafı nəticəsində əldə edilən biliklər həkimlərin konkret bir sahədə ixtisaslaşmasına və pasiyentləri ancaq konkret xəstəlik üzrə qəbul etməsinə gətirib çıxardı. Məsələn, bir sıra həkimlər ancaq qadınlara və ya uşaqlara xidmət göstərməyə başladı. Bu tendensiya nəticəsində həkimlərin bir

33 Хуас Д. Общая врачебная практика во Франции. // Междунар. мед. обзоры. - 1994. - Т. 2, N 1. - С. 39-40

hissəsi ümumi təcrübə həkimi ixtisasından imtina etdi və mütəxəssis-həkim kimi çalışmağa üstünlük verdi. Bu bəzi sosial-iqtisadi amillərə bağlı idi: mütəxəssisin işi ictimaiyyətin gözündə daha nüfuzlu sayılırdı və o, ümumi təcrübə həkimindən fərqli olaraq daha çox pul tələb etmək imkanına malik idi. Məsələn, 50-ci illərdə ABŞ-da tibb üzrə ali məktəblərin məzunlarının 1/3-i özlərini ümumi təcrübə həkimi kimi görürdülər və bu rəqəm getdikcə azalırdı. 60-cı illərdə vəziyyət Amerika cəmiyyətində ciddi narahatlıq yaratdı. Ənənəvi ailə həkimi getdikcə azalmağa başladı ki, bu da əhalinin sağlamlığı üçün narahatlıq doğururdu yaratdı.

1966-cı ildə ailə həkimi sahəsində təhsil məsələləri üzrə Komitə ABŞ-da ümumi təcrübə həkimi ilə ixtisaslaşdırılmış həkimlərin arasındakı nisbəti dəyişmək və ailə təbabəti sahəsində kadr hazırlığının keyfiyyətini yüksəltmək məqsədilə bir sıra tövsiyələr nəşr etdi. Digər tərəfdən Komitə tibb üzrə təhsil ocaqlarında "ailə təcrübəsi" adlı yeni ixtisasın daxil edilməsini təklif etdi və hətta onun konsepsiyasını da hazırladı.

Amerikalı həkimlər Linn Karmaykl və Heyl Stivens, o cümlədən Avropa ənənələrinin nümayəndəsi Ayan MakVinni diaqnostika və müalicəyə fərdi yanaşmanı nəzərdə tutan həkim ixtisası konsepsiyasını işləyib hazırladılar. Bu konsepsiyaya əsasən ailə həkimi pasiyentin cinsindən, yaşından asılı olmayaraq tək-cə tibbi yardımını göstərməli deyil, eyni zamanda zərurət olduqda həkim-mütəxəssisləri cəlb etməlidir. Onun vəzifəsi pasiyentə və onun ailəsinə daim yardım etmək və nəzarətində olanların sağlamlığı üçün tədbirlər görməkdir. Belə yanaşma müalicə prosesində həkimin rolunu köklü surətdə dəyişir. Bu ideya tibb cəmiyyəti tərəfindən tezliklə qəbul olunmasa da, sonralar xüsusi tədris mərkəzlərində ailə təbabətinin tədrisi təhsil proqramlarının

əsasını təşkil etməyə başladı və nəticədə ailə həkimlərinin hazırlanmasına təkan verdi.

60-cı illərin sonlarından başlayaraq ABŞ-da ailə təbabəti əhəmiyyətli dərəcədə inkişaf etdi. 90-cı illərin sonlarında artıq ailə həkimlərinin sayı terapiyadan sonra ikinci yeri tuturdu. Artıq ümumi təcrübə həkimlərinin nüfuzu tibb aləmində artmışdı və onların rəyləri bütün səviyyəli hakimiyyət tərəfindən ciddi qəbul olunur.

Amerikada ailə həkimi əvvəlcə 4 illik bakalavr dərəcəsi aldıqdan sonra isə, daha 4 il ali tibb məktəblərdə ümumi peşə təhsili alır. Ən nəhayət 3 il ərzində öz ixtisaslarının sirrini öyrənirlər. Ailə həkimi kiçik pasiyentlərdə nəinki asan müalicə olunan hətta kəskin xəstəlikləri müalicə edir. Əksər ailə həkimləri normal doğuşları qəbul edir, hamiləlikdən doğuşa qədərki dövrü, o cümlədən ana və uşağın doğuşdan sonrakı dövrünü də nəzarətdə saxlayır. Ailə həkimi həmçinin hipertoniya, artrit, emfizema kimi xroniki xəstələrin uzunmüddətli müalicəsinin təmin edir.

ABŞ-da ailə həkiminin əsas prinsipləri bir neçə fundamental konsepsiyalara əsaslanır:³⁴

- 1. Fasiləsiz yardım.**
- 2. Hərtərəfli yanaşma.**
- 3. Ayrılmaz problemlər**
- 4. Yüksək keyfiyyət**

Fərdi və ya kollektiv şəkildə işləməklərindən asılı olaraq ailə həkimlərinin orta əmək haqları illik 44-60 min dolları təşkil edir. Həftədə 50-60 iş saati müddətində 175-182 pasiyent qəbul edir və hospitala 27 göndəriş edir.³⁵

34 Хант В. Р. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы // Врач. - 1994. - N 2. - С. 34-36.

35 Dougherty C. American health care. - N. Ü., 1988, - P. 78-89.

Kanadada ailə həkimi sistemi çoxdan fəaliyyət göstərir. Burada ailə təbabəti böyük vüsət alıb və səhiyyənin inkişafında əhəmiyyətli rol oynayır. İri şəhərlərdə ailə həkimi tapmaq çətinidir. Ailə həkimlərinə tələbat yüksəkdir və şəhərdə çoxlu əhali yaşadığından həkimlər çoxlu sayda ailələrə xidmət göstərmək marağında deyillər. Həkim yardımına ehtiyac olduqda tibb ofislərə müraciət etmək olar. Hər il ailə həkimi ixtisası üzrə imtahan keçirilir və müsabiqədə qalib gəlmiş şəxs ailə həkimliyi üzrə 5 illik təcrübə və ya ali təhsil müəssisəsində iki illik hazırlıq keçir.

Böyük olmayan şəhərlərdə cərrah, internist və 6 ailə həkimi işləyir. Ailə həkimi səhərlər hospitalda, saat 12-dən sonra isə laboratoriya cihazları ilə təchiz olunmuş kabinetində xəstələri qəbul edir. Ailə həkimi 182 pasiyentə baxmaqla orta hesabla həftədə 60 saat və daha çox işləyir.

Nəşrdə istifadə olunan bəzi terminlərin izahı*

Aa

Ailə həkimi - müəyyən bir coğrafi ərazidə bölgü üzrə bir qrup ailəyə tibbi-sanitar xidməti göstərən ümumi profilli həkimdir. Beynəlxalq təcrübədə ailə həkimi adətən 500-600, bəzən daha çox ailəyə xidmət göstərir. Terminologiyada ailə həkimi ümumi təcrübə həkimi ilə eynidir.

Ambulatoriya - pasiyentlərə evdə ambulator şəraitdə və ya sərbəst şəkildə ambulatoriyaya müraciət etdikdə tibbi-sanitar yardım göstərən tibb müəssisəsi;

ambulator xidmət - ambulatoriya şəraitində pasiyentlərə göstərilən tibbi yardım növü;

Dd

diaqnostika - subyektiv, obyektiv və instrumental müayinə metodlarından yararlanmaqla xəstəliyin baş vermə səbəbini və mahiyyətini açıqlamağa yönələn tibbi fəaliyyət növü;

dispanser - müəyyən xəstəliyin, yaxud bir qrup xəstəliklərin qarşısını alan və müalicə edən ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisəsi (vərəm, endokrinoloji, dəri-zöhrəvi, psixiatriya və s. dispanserləri);

* Terminlərin izahı t.e.d., professor Adil Qeybullayev tərəfindən hazırlanmışdır.

dispanserizasiya - dispanserlər vasitəsilə görülən sağlamlıq tədbirləri;

Dünya Səhiyyə Təşkilatı (DST) - Birləşmiş Millətlər Təşkilatının hökumətlərarası ixtisaslaşmış müəssisəsi. Nizamnaməsi 1946-cı ildə qəbul edilib, 1948-ci ildə qüvvəyə minib. Səhiyyə və tibb elm sahəsində beynəlxalq əməkdaşlığı həyata keçirir. Doğum, xəstəlik və s. haqqında statistik məlumatları toplayır və ümumiləşdirir. Epidemiyalarla mübarizə, səhiyyə xidmətinin yaxşılaşdırılması işində ölkələrə köməklik göstərir, ətraf mühitin qorunması sahəsində ayrı-ayrı tədbirlərdə iştirak edir. DST-nin ali orqanı - dünya səhiyyə assambleyasıdır. Qərargahı - Cenevrə şəhərindədir (İsveçrə).

Ee

endemiya (yunanca en- daxili, demos - xalq, insanlar) - spesifik bir regionda hər hansı bir xəstəliyin (yoluxucu, endokrin və s.) daim mövcud olması;

endemik xəstəliklər - müəyyən bir coğrafi əraziyə xas olan (yerli) xəstəliklər;

evakuasiya - zərərçəkmişin zərərverici amilə məruz qaldığı yerdən çıxarılması və tibbi yardımını davam etdirmək məqsədilə daha ixtisaslı tibb müəssisəsinə göndərilməsi prosesi;

Ff

feldşer - tibbi işlərdə təchizatçı, həkim köməkçisi;

feldşer və mama məntəqəsi - kənd əhalisi üçün preventiv və sanitariya tədbirlər apararı, tibbi-sanitar yardımını göstərən feldşer və mamalarla təhciz olunmuş tibb müəssisəsi;

feldşer məntəqəsi (tibb məntəqəsi) - kənd yerlərində ilkin tibbi-sanitar yardım göstərən tibb müəssisəsi;

Hh

həkim - onkoloq - onkologiya ixtisası üzrə hazırlıq keçmiş həkim-mütəxəssis;

Ii

ilkin tibb-sanitariya yardımını (İTY) - tibb təhsili, xəstəliklərin baş verməsinin qarşısının alınması və sanitariya ilə bircə tibb yardımını nəzərdə tutur. DST-nin qəbul etdiyi konsepsiyaya görə İTY xəstələrin sağlamlığının yaxşılaşdırılmasına, xəstəliklərin baş verməsinin qarşısının alınmasına, insanlara onların verdiş etdikləri mühitdə verdiş etdikləri yaşayış tərzinə mümkün qədər daha uzun dəstək verməkdə yardım göstərmək məqsədilə texnologiyaların adaptasiyasına aksen edir, həmçinin İTY-in bütün aspektlərinin inteqrasiyasını nəzərdə tutur.

ikinci tibb-sanitar yardım - ilk tibbi-sanitar yardım aldıqdan sonra ambulator xəstələrin müalicə üçün müraciət etdiyi tibb müəssisələri və ixtisaslaşdırılmış klinikalar nəzərdə tutulur (bu xidmət birincidən daha ixtisaslıdır və insanların yaşayış yerindən uzaqda yerləşir);

Kk

könüllü tibbi sığorta - sosial sığortanın bir formasıdır.

kardioloq - ürək-damar xəstəliklərinin aşkar edilməsi, diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikası üzrə həkim-mütəxəssis;

Qq

QİÇS - qazanılma immun çatmazlığı sindromu;

QİÇS virusu - QİÇS xəstəliyinin törədici (retrovirus);

qadın məsləhətxanası - poliklinikada və ya doğum evində ambulator mama-ginekoloji yardım göstərən şöbə;

Mm

mamalıq - tibbin və cərrahliyin uşaq doğuşu ilə məşğul olan sahəsi;

mobil yardım xidməti - tibb işçiləri qrupu tərəfindən evdə, dislokasiya yerlərində və s. pasientlərə göstərilən səyyar tibbi-sanitar yardım forması;

müalicə - tibb elminin tətbiqinə icazə verilmiş nailiyyətlərinə istinad edərək xəstəliyin və onun fəsadlarının aradan qaldırılmasına və orqanizmin daxili sabitliyinin bərpasına yönələn tibbi fəaliyyət növü;

Ii

icbari tibbi sığortası - dövlət sosial sığortasının tərkib hissəsi olmaqla icbari tibbi sığorta proqramına müvafiq həcmdə əhalinin tibbi yardım və dərman almasını təmin edir.

Oo

orqanizm (latınca organizo - qururam) - cansız materiyadan fərqli xassələrin məcmusuna malik olan canlı varlıq. Əksər orqanizmlər hüceyrəvi quruluşa malikdirlər. Tam orqanizmin formalaşması - strukturların (hüceyrələrin, toxumaların, orqanların) və funksiyaların differensiasiya olunması və onların onto- və filogenezdə inteqrasiyası prosesidir.

Pp

pasiyent (latınca - əziyyət çəkən), tibbi yardım üçün müraciət edən və ya tibbi müşahidə altında olan şəxs;

pediatr - anadan olandan 14 yaşına çatana qədər uşaqlarda daxili xəstəliklər üzrə həkim-mütəxəssis;

poliklinika - yaşayış yeri üzrə xəstələrə ambulator tibbi-sanitar yardım göstərən tibb müəssisəsi;

profilaktika - xəstəliyin və ya sanitar-epidemioloji təhlükənin baş verməsinin qarşısının alınmasına yönələn tibbi, sanitar-epidemioloji tədbirlər sistemi;

peyvəndlənmə - insanların və ya heyvanların orqanizminə peyvənd vurulması yolu ilə həyata keçirilən yoluxucu xəstəliklərin xüsusi profilaktikası növüdür. Peyvəndlənmə dövlət səviyyəsində ümumölkə və ya konkret ərazi üzrə, yaş qrupları üzrə konkret xəstəliyin qarşısının alınması üçün tətbiq edilir.

Rr

rentgenoloq - rentgen şüaları hazırlayan xüsusi tibb aparatlarının köməyi ilə təbabətdə orqan və sistemlərin quruluşunun diaqnostikası üzrə həkim-mütəxəssis;

Ss

sanitar epidemioloji xidmət - qoruyucu (qabaqlayıcı) sanitar tədbirlər aparılmasını işləyib hazırlayan, istiqamətləndirən və koordinasiya edən tibb müəssisəsi;

sanitar maarifi evi - səhiyyə sahəsində maarifləndirmə üzrə inzibati və metodik rəhbərliyi aparan sanitar tədris müəssisəsi;

sahə həkimi - poliklinikanın tibbi xidmət göstərdiyi ərazidə bölgü üzrə bir və ya bir neçə məhəlləyə xidmət göstərən və xəstənin ilk müraciət etdiyi həkim;

sahə pediatri - poliklinikanın tibbi xidmət göstərdiyi ərazidə bölgü üzrə bir və ya bir neçə məhəllədə anadan olandan 14 yaşına çatana qədər uşaqlara xidmət göstərən həkim (pediatr);

səhiyyə şurası - hər bir kənddə, hər bir coğrafi rayonda səhiyyə üzrə Komitə və rayon məşvərət surası nəzərdə tutulur (səhiyyə üzrə Şurani nüfuzlu şəxsləri, yerli mühasibləri, məktəb müəllimlərini, könüllüləri, kənd feldşer və mamasını cəlb etməklə formalaşdırmaq olar);

səhiyyə üzrə komitə - hər bir coğrafi ərazidə sağlamlıq mərkəzləri nəzdində olan komitə (komitəyə coğrafi əraziyə daxil olan hər bir kənddən 1 və ya 2 nəfər nümayəndə cəlb oluna bilər, səhiyyə şuraları və komitələri yerli ictimaiyyətlə səhiyyə müəssisələri arasında əlaqələndirici mövqe tutaraq səhiyyə sisteminin idarə edilməsində və maliyyələşməsində iştirak edir);

səhiyyə üzrə rayon məşvərət şurası - aparıcı həkimlərdən və ictimaiyyətin nüfuzlu nümayəndələrindən formalaşan şura;

səhiyyə sisteminin rasionallaşdırılması - bu zaman çarpayı sayının azalması, müalicənin xarakterinin stasionardan ambulatoriyaya doğru dəyişməsi yolu ilə müalicənin izafi xərclərinin azaldılması və etibarlılığının artırılmasına xidmət edən effektiv və davamlı struktur islahatı.

səhiyyə sisteminin konsolidasiyası - bütün ixtisaslaşdırılmış klinikaların (onkoloji, vərəm, dermatoloji, psixiatriya və uşaq poliklinikası) mərkəzi xəstəxana ilə birləşdirilməsi və feldşer-mama məntəqəsi, ambulatoriyalar və tibbi-sanitar məntəqənin əvəzinə ambulator müalicə üçün bir neçə tibb mərkəzinin təsis edilməsi (bu cür mərkəzlər 10.000 nəfərə yaxın əhaliyə xidmət göstərə bilərlər).

sitoloji tədqiqat (verifikasiya) - orqan və toxumalardan alınmış preparatlarda olan hüceyrə elementlərinin mikroskopik üsullar ilə tədqiqi;

sosial sığorta - "Sosial sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə nəzərdə tutulmuş hallarda vətəndaşların itirilmiş əmək haqlarının, gəlirlərinin və ya əlavə xərclərinin kompensasiya edilməsinə, habelə itirilməsinin qarşısının alınmasına yönəldilmiş təminat formasıdır. Sosial sığorta məcburi dövlət sığortası və könüllü (əlavə) sığorta formalarında olur.

somatic xəstəliklər (yunanca soma-mat - bədən, cismani, deməkdir) - cismani xəstəliklər. Bu qrup xəstəliklərə ruhi sferanın deyil, orqanizmin ayrı-ayrı orqan və sistemlərinin, toxumalarının xəstəlikləri aid edilir.

Tt

terapevt - daxili xəstəliklər üzrə həkim-mütəxəssis (can həkimi);

təxirəsalınmaz tibbi yardım - xəstənin və ya zərərçəkmişin həyatının xilasını üçün ilk saatlarda tələb olunan tibbi-sanitar yardım;

təcili tibbi yardım - xəstənin və ya zərərçəkmişin həyatının xilasını üçün ilk sutka ərzində tələb olunan tibbi-sanitar yardım;

tibbi və sanitar sahəsi - müəyyən bir sahədə çalışan işçilərə (tikintidə, nəqliyyatda və s. çalışanlara) tibbi-sanitar yardım gös-

tərən şəhər poliklinikası və ya poliklinikası olan şəhər xəstəxanası;

tibbi sığorta - sağlamlığın qorunması sahəsində əhalinin sosial müdafiəsi forması olmaqla, sığorta hadisəsi baş verdikdə əhalinin tibbi və dərman yardımı almasına təminat verən bir mexanizmdir. Tibbi sığorta icbari (məcburi) və könüllü formada həyata keçirilir. Azərbaycanda tibbi sığorta "Tibbi sığorta haqqında" qanunla tənzimlənir. Qanun əhalinin tibbi sığortası sisteminin hüquqi, təşkilati və iqtisadi əsaslarını, tibbi sığortanın subyektləri arasında münasibətləri tənzimləyir;

məhkəmə-tibb ekspertizası - xəstəliyin diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi (autopsiyada - meyidin təşrihi zamanı), aparılan müalicənin düzgünlüyünün və adekvatlığının müəyyən edilməsi, yatrogen ağırlaşmaların aşkar edilməsi, tibbi vəsaitlərin (dərmanlar, zəhərlər, toksiki maddələr və s.) təhlili məqsədilə aparılan tibb fəaliyyət növü;

Uu

uşaq (pediatriya) poliklinikası - ambulator şəraitdə uşaqlara anadan olandan 14 yaşına çatana qədər tibbi-sanitar yardım göstərən dövlət müalicə müəssisəsi;

Üü

ümumi təcrübə həkimi - yaşından, cinsindən və ya xəstəliyin növündən asılı olmayaraq ayrı-ayrı fəxslərə və ailələrə fərdi, ilkin və fasiləsiz tibbi yardım göstərən həkimdir. O, pasiyentlərinə ev-

də baş çəkir, onları ambulator şəraitində və bəzi hallarda hətta stasionarda qəbul edir.

Yy

yüksək ixtisaslı yardım - ilk tibbi-sanitar yardım və ikincili tibbi-sanitar yardım zamanı diaqnostika və müalicəsi mümkün olmayan pasiyentlərin ikinci tibbi-sanitar yardım göstərən müəssisələr tərəfindən göndərildiyi ixtisaslaşdırılmış yardım nəzərdə tutulur.

YUNESKO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) - BMT-nin maarif, elm və mədəniyyət məsələləri üzrə təşkilatı) - Birləşmiş Millətlər Təşkilatının hökumətlərarası ixtisaslaşmış müəssisəsi. 1946-cı ildə yaradılıb. 160-dan çox təşkilatı birləşdirir. Elm, mədəniyyət sahəsində qarşılıqlı əməkdaşlıq, elmi-texniki informasiyanın yayılması, diskriminasiyaya qarşı mübarizə təşkilatın əsas məqsədlərindəndir. Təşkilatın ali orqanı - Ali konfransdır. Qərargahı - Paris şəhərindədir (Fransa).

WONCA (The World Organisation of Family Doctors - Ailə həkimlərinin Ümumdünya Təşkilatı) - ailə həkimlərinin hazırlanması ilə məşğul olan milli kolleclərdən, akademiyalardan və təşkilatlardan ibarət beynəlxalq təşkilat. 1972-ci ildə təsis olunub, 150000-ə yaxın üzvü var, 53 ölkədən 58 təşkilatı özündə birləşdirir.

UEMO (Union Euroryenne des Mydecins Omnirarticiens) - Ümumi təcrübə həkimlərinin Avropa Birliyi



Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında Azərbaycan Respublikası Qanunu

Əhalinin sağlamlığının qorunması hər bir insanın fiziki və ruhi sağlamlığının mühafizəsinə, onun fəal uzun ömürlüyünün artırılmasına, tibbi yardımla təminatına yönəldilmiş siyasi, iqtisadi, hüquqi, elmi, tibbi, sanitariya-gigiyena xarakterli tədbirlərin məcmusundan ibarətdir.

Bu Qanun əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində vətəndaşlarla dövlət orqanları, eləcə də dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemlərinin subyektləri arasında yaranan münasibətləri tənzimləyir.

I fəsil. Ümumi müddəalar

Maddə 1. Əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri

Əhalinin sağlamlığının qorunmasının əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

- ✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində insan və vətəndaş hüquqlarına dövlət təminatı və bu təminatla bağlı hüquqi və fiziki şəxslərin məsuliyyəti;*

- ✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi;*
- ✓ *tibbi-sosial yardımın hamı üçün mümkünlüyü;*
- ✓ *sağlamlığın itirilməsi zamanı vətəndaşların sosial müdafiəsi.*

***Maddə 2. Əhalinin sağlamlığının
qorunması sahəsində
Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi***

Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, bu Qanundan, Azərbaycan Respublikasının digər müvafiq qanunvericilik aktlarından və Azərbaycan Respublikasının iştirakçısı olduğu beynəlxalq müqavilələrdən ibarətdir.

***Maddə 3. Əhalinin sağlamlığının qorunması
sahəsində dövlətin vəzifələri***

Əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində dövlətin vəzifələri aşağıdakılardır:

- ✓ *əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində dövlət siyasətinin əsaslarının müəyyən edilməsi, insan və vətəndaş hüquq və azadlıqlarının müdafiəsi;*
- ✓ *sağlamlığın qorunması sahəsində dövlət proqramlarının hazırlanması və həyata keçirilməsi;*
- ✓ *səhiyyə sisteminin təşkili qaydalarının və fəaliyyətinin müəyyənləşdirilməsi;*
- ✓ *dövlət səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsi;*

- ✓ *ətraf mühitin qorunmasının, ekoloji təhlükəsizliyin təmin edilməsi;*
- ✓ *məcburi sığorta üzrə sığorta məbləğinin və sığorta haqqının ödənilməsi qaydasının müəyyənləşdirilməsi;*
- ✓ *əhalinin xüsusi qrupları üçün tibbi-sosial yardım göstərilməsinə təminat verilməsi;*
- ✓ *dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemi müəssisələri arasında sağlam rəqabətə təminat verilməsi;*
- ✓ *ailənin, valideynlərin və uşaqların mühafizəsi;*
- ✓ *səhiyyə sahəsində beynəlxalq əməkdaşlığın həyata keçirilməsi.*

II fəsil. Əhalinin sağlamlığının qorunmasının təşkili

Maddə 4. Dövlət səhiyyə sistemi

Dövlət səhiyyə sistemində Azərbaycan Respublikasının müvafiq icra hakimiyyəti orqanı, dövlət tabeliyindəki müalicə-profilaktika, elmi-tədqiqat, tədris, əczaçılıq, sanitariya-profilaktika müəssisələri, eləcə də səhiyyənin maddi-texniki təchizatı ilə məşğul olan, tibbi texnika və dərman vasitələri istehsal edən müəssisələr, sanitariya-epidemiologiya xidməti, məhkəmə-tibb ekspertizası daxildir.

Maddə 5. Qeyri-dövlət səhiyyə sistemi

Qeyri-dövlət səhiyyə sistemində qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən və əmlakı xüsusi mülkiyyətə, yaxud icarə müqaviləsi əsasında istifadə olunan mülkiyyətə

əsaslanan özəl tibb müəssisələri, o cümlədən əmlakını bələdiyyə mülkiyyəti təşkil edən tibb və əczaçılıq müəssisələri, özəl tibbi praktika və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olan fiziki şəxslər daxildir.

Maddə 6. Tibb müəssisələrinin özəlləşdirilməsi və icarəyə verilməsi

Tibb müəssisələri qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəlləşdirilə və icarəyə verilə bilər.

Maddə 7. Səhiyyə müəssisələrinin dövlət qeydiyyatı

Səhiyyə müəssisələrinin dövlət qeydiyyatı qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada aparılır.

Maddə 8. Əhalinin sanitariya-epidemioloji salamatlığı

Əhalinin sanitariya-epidemioloji salamatlığı dövlət sanitariya-epidemioloji xidmətinin nəzarəti altında bütün hüquqi və fiziki şəxslər tərəfindən gigiyenik, əksepidemik tədbirlər kompleksini həyata keçirməklə, müvafiq qanunvericiliyə uyğun olaraq təmin edilir.

Maddə 9. Dövlət səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsi

Dövlət səhiyyə sistemi əsasən dövlət büdcəsi, eləcə də məcburi tibbi sığorta vəsaitləri, müəssisə, idarə və təşkilatların gəlirlərindən könüllü ayırmalar, hüquqi və fiziki şəxslərin ianələri və istifadəsi qanunvericiliyə zidd olmayan digər mənbələr hesabına maliyyələşdirilir.

Dövlət səhiyyə sisteminin vəsaitləri:

- ✓ *səhiyyənin məqsədli kompleks proqramlarının işlənilib hazırlanmasına və yerinə yetirilməsinə;*
- ✓ *dövlət səhiyyə müəssisələrinin maddi-texniki bazasının inkişafına;*
- ✓ *müalicə-profilaktika və sanitariya-epidemioloji müəssisələrin saxlanılmasına;*
- ✓ *güzəştli tibbi xidmətin göstərilməsinə;*
- ✓ *tibb və əczaçılıq işçilərinin hazırlanmasına və ixtisaslarının artırılmasına;*
- ✓ *tibb elminin inkişafına və tətbiqinə;*
- ✓ *epidemiyanın aradan qaldırılmasına yönəldilir.*

III fəsil. Sağlamlığın qorunması sahəsində vətəndaşların, əcnəbilərin və vətəndaşlığı olmayan şəxslərin hüquqları

Maddə 10. Vətəndaşların, əcnəbilərin və vətəndaşlığı olmayan şəxslərin sağlamlığının qorunması hüququ

Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının sağlamlığını qorumaq və tibbi yardım almaq hüququ vardır. Dövlət tibb müəssisələrində tibbi xidmət pulsuzdur, yalnız bu Qanunda nəzərdə tutulan hallar istisna olmaqla pullu ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımın növləri müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir. Dövlət ətraf mühitin qorunmasına, vətəndaşların əmək və is-

tirahəti üçün əlverişli şərait yaradılmasına, eləcə də tibbi-sanitariya və tibbi-sosial yardıma təminat verir. Xaricdə olan Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının sağlamlığının qorunması Azərbaycan Respublikasının beynəlxalq müqavilələrinə uyğun olaraq həyata keçirilir.

Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslərin əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində Azərbaycan Respublikasının vətəndaşları ilə bərabər hüquqları vardır. Azərbaycan Respublikasının iştirakçısı olduğu beynəlxalq müqavilələrdə nəzərdə tutulmuş qaydada əcnəbilərin sağlamlığının qorunması hüququ vardır.

***Maddə 11. Sağlamlığa təsir
göstərən amillər haqqında vətəndaşların
məlumat almaq hüququ***

Vətəndaşların sağlamlığa təsir göstərən amillər haqqında muntəzəm və düzgün məlumat almaq hüququ vardır və bu məlumatlar vətəndaşlara kütləvi informasiya vasitələri ilə, yaxud bilavasitə onların sorğularına əsasən müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən verilir. İnsanların həyat və sağlamlığı üçün təhlükə törədən faktları və halları gizlədən vəzifəli şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyətə cəlb edilirlər.

***Maddə 12. Vətəndaşların tibbi-sosial
yardım almaq hüququ***

Xəstələndikdə, əmək qabiliyyətini itirdikdə və digər hallarda vətəndaşların tibbi-sosial yardım almaq hüququ vardır. Tibbi-sosial yardım dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemi, eləcə də sosial müdafiə sistemi müəssisələrində göstərilir. Vətəndaşlar dövlət səhiyyə müəssisələrində qanunvericiliyə uyğun olaraq məcburi

tibbi sığorta əsasında tibbi yardımla təmin edirlər. Vətəndaşların könüllü tibbi sığorta əsasında, eləcə də müəssisələrin, təşkilatların, ayrı-ayrı şəxslərin vəsaitləri və qanunvericilikdə qadağan edilməyən digər mənbələr hesabına tibbi yardım almaq və digər əlavə tibbi xidmət növləri ilə təmin olunmaq hüququ vardır.

Güzəştli şərtlərlə protez-ortopedik məmulatlar, eşitmə aparatları, hərəkətmə və digər reabilitasiya vasitələri ilə təmin olunmaq hüququ olan vətəndaşların kateqoriyaları və güzəştlərlə təminat qaydaları qanunvericilikdə müəyyən edilir.

Vətəndaşların ixtisaslaşdırılmış müəssisələrdə tibbi-sosial ekspertizadan keçmək hüququ vardır. İdmanla məşğul olan uşaqların, yeniyetmələrin, tələbələrin, əillərin və pensiyaçıların məcburi köçkünlərin və onlara bərabər tutulan şəxslərin dövlət tibb müəssisələrində pulsuz tibbi nəzarət olunmaq hüququ vardır.

Yoluxucu xəstəliklər aşkar edildikdə, ətrafdakıları xəstələnməkdən qorumaq məqsədilə işdən kənarlaşdırılmış şəxslərin karantinlə əlaqədar müavinət almaq hüququ vardır.

Maddə 13. Vətəndaşların tibbi sığortası

Vətəndaşların tibbi sığortası (məcburi və könüllü) Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

Maddə 14. Dərman vasitələri ilə təminat

Əhalinin dərman vasitələri ilə təminatı Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir.

***Maddə 15. Peşə fəaliyyətinin bəzi növləri ilə
məşğul olan vətəndaşların
sağlamlığının qorunması hüququ***

Yoluxucu və peşə xəstəliklərinin qarşısının alınması məqsədilə müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq edilmiş siyahı əsasında bəzi peşə sahibləri işə qəbul edilərkən və işlədiyi müddətdə işəgötürənin vəsaiti hesabına məcburi dövri tibbi müayinədən keçirlər.

***Maddə 16. Əhalinin sağlamlığının qorunması
sahəsində ailənin hüquqları***

Dövlət ailə üzvlərinin sağlamlığını qorumaq qayğısını öz öhdəsinə götürür.

Hər bir vətəndaş ailənin planlaşdırılması, ətrafdakılar üçün təhlükə törədən xəstəliklərin mövcudluğu məsələlərinə və ailə-nigah münasibətlərinin tibbi-psixoloji cəhətlərinə dair, habelə nəsilə mümkün olan irsi xəstəliklərə yol verməmək məqsədilə dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələrində pulsuz məsləhətlər almaq və müayinədən keçmək hüququna malikdir.

Uşaqılı ailələrin (ilk növbədə əlil uşaqları və valideyn himayəsindən məhrum uşaqları böyüdən natamam ailələrin) əhalinin sağlamlığının qorunması sahəsində qanunvericilikdə müəyyən edilmiş güzəştlərdən istifadə etmək hüququ vardır.

14 yaşına çatmayan xəstə uşağa qulluq edilməsinə görə istər ambulator, istərsə də stasionar müalicə zamanı uşağın qulluğa ehtiyacı olan müddətədək valideynlərdən birinə və ya ailənin başqa bir üzvünə qanunvericilikdə müəyyən edilmiş müavinət verilir.

Yetkinlik yaşına çatmayan şəxs rosvaksinal fəsadla əlaqədar xəstəliyə tutulduqda ona qanunvericilikdə müəyyən edilən qaydada əlillik qrupu verilənədək onun valideynlərindən biri və ya

qanuni nümayəndəsi fasiləsiz iş stajından asılı olmayaraq, orta əmək haqqının 100 faizi miqdarında müavinət almaq hüququna malikdir.

***Maddə 17. Əhəlinin sağlamlığının qorunması
sahəsində hamilə qadınların və anaların hüquqları***

Hər bir qadın hamiləlik dövründə, doğuş və doğuşdan sonrakı dövrdə dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələrində ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımla pulsuz təmin olunur.

***Maddə 18. Əhəlinin sağlamlığının
qorunması sahəsində yetkinlik yaşına
çatmayanların hüquqları***

Yetkinlik yaşına çatmayanların:

- ✓ *müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi qaydada dövlət səhiyyə sisteminin uşaq və yeniyetmə tibb xidməti müəssisələrində pulsuz dispanser nəzarətində olmaq və müalicə olunmaq;*
- ✓ *sanitariya-gigiyena tələblərinə cavab verən şəraitdə təhsil almaq və əməklə məşğul olmaq;*
- ✓ *peşə yararlığı müəyyənləşdirilərkən pulsuz tibbi məsləhətlər almaq;*
- ✓ *büdcə vəsaitləri hesabına müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi qaydada güzəştli şərtlərlə qidalanmaq və tibbi-sosial yardım almaq hüququ vardır.*

Fiziki və ya ruhi çatışmazlıqları olan yetkinlik yaşına çatmayanlar valideynlərinin və ya qanuni nümayəndələrinin müraciəti ilə sosial müdafiə sistemi müəssisələrində saxlanıla bilərlər.

***Maddə 19. Əhəlinin sağlamlığının qorunması
sahəsində hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə
çağırılanların və müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi
xidmətə daxil olanların hüquqları***

Hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə çağırılanların və müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların hərbi xidmətə yararlı (yararsız) olmalarının müəyyənləşdirilməsi məqsədilə tibbi müayinədən keçmək, yaxud hərbi həkim komissiyasının rəyi əsasında vaxtından əvvəl hərbi xidmətdən azad olunmaq hüququ vardır.

Hərbi-həkim komissiyasının rəyi ilə razılaşmadıqda hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə çağırılanların və müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət etmək hüququ vardır.

Hərbi xidmətə çağırılanların və müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların tibbi müayinədən və şəhadətləndirilmədən keçib, hərbi qulluğa yararlı, yaxud çağırışın təxirə salınması, ondan azad olunmaq üçün tibbi göstərişlər və əxsgöstərişlər haqqında tam məlumat almaq hüququ vardır.

Hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə çağırılanların və müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələrində tibbi yardım almaq hüququ vardır və onların tibbi təminatı qanunvericilə müəyyən edilir.

Hərbi qulluqçuların ailə üzvlərinin tibbi təminatı başqa vətəndaşlarla ümumi əsaslarda həyata keçirilir. Mülki səhiyyə müəssisələrində tibbi yardım almaq mümkün olmadıqda onlar

hərbi-tibb hissə və müəssisələrində tibbi yardımın bütün növləri ilə təmin edirlər.

***Maddə 20. Əhalinin sağlamlığının qorunması
sahəsində pensiyaçıların hüquqları***

Pensiyaçıların evdə, dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələrində tibbi yardımla, eləcə də sosial müdafiə sistemi müəssisələrində tibbi-sosial yardımla pulsuz təmin olunmaq, tibbi rəy əsasında sosial sığorta və ya sosial müdafiə orqanlarının vəsaitləri hesabına güzəştli şərtlərlə sanatoriya-kurort müalicəsi almaq və reabilitasiya olunmaq hüquqları vardır.

***Maddə 21. Əlillərin tibbi-sosial
yardım almaq hüququ***

Əlillərə tibbi-sosial yardımın göstərilməsi qaydaları və bu sahədəki güzəştlər qanunvericilikdə müəyyənləşdirilir.

***Maddə 22. Fövqəladə hallarda ziyan çəkmiş
və ekoloji şəraitin əlverişsiz olduğu ərazilərdə
yaşayan vətəndaşların sağlamlığının qorunması
sahəsində hüquqları***

Fövqəladə vəziyyət elan olunmuş yerlərdə ziyan çəkmiş və ekoloji şəraitin əlverişsiz olduğu ərazilərdə yaşayan vətəndaşların qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada pulsuz tibbi yardım, sanatoriya-kurort, bərpa müalicəsi almaq, dərman vasitələri, immunobioloji preparatlar və tibbi məmulatlarla təmin olunmaq, eləcə də həyat və sağlamlıq üçün təhlükəli amillərin aradan qaldırılması məqsədilə gigiyenik və eksepidemik tədbirlərdən istifadə etmək hüquqları vardır.

Fövqəladə hallarda insanların xilas edilməsində və tibbi yardım göstərilməsində iştirak edərəkən ziyan çəkmiş vətəndaşların pulsuz müalicə, o cümlədən sanatoriya-kurort müalicəsi və reabilitasiyanın bütün növləri ilə təmin olunmaq, qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada müavinət almaq hüquqları vardır.

Maddə 22-1. Məcburi köçkünlərin və onlara bərabər tutulan şəxslərin tibbi təminatı

Məcburi köçkünlərə və onlara bərabər tutulan şəxslərə tibbi xidmət göstərilməsi qaydası və onlara bu sahədə verilən güzəştlər qanunvericiliklə müəyyən edilir.

Maddə 23. Tutulmuş, həbs edilmiş, azadlıqdan məhrum edilmə yerlərində cəza çəkən vətəndaşların tibbi yardım almaq hüququ

Tutulmuş, həbs edilmiş, azadlıqdan məhrum edilmə yerlərində cəza çəkən vətəndaşların tibbi yardım almaq, o cümlədən zəruri hallarda dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələrində büdcə vəsaitləri hesabına tibbi yardımla təmin olunmaq hüququ vardır.

Bu kateqoriyadan olan qadınların hamiləlik dövründə, doğuş zamanı və doğuşdan sonrakı dövrdə ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım almaq hüququ vardır.

Azadlıqdan məhrum etməyə məhkum olunmuş qadınlar 3 yaşınadək uşaqlarını körpələr evinə verə bilərlər.

Tutulmuş, həbs edilmiş, azadlıqdan məhrum edilmə yerlərində cəza çəkən vətəndaşların obyekt şəklində hər hansı biotibbi tədqiqata cəlb edilməsi qadağandır.

Tutulmuş, həbs edilmiş, azadlıqdan məhrum edilmə yerlərində cəza çəkən vətəndaşlara tibbi yardımın göstərilməsi qaydaları qanunvericiliklə müəyyən edilir.

IV fəsil. Tibbi-sosial yardım sahəsində vətəndaşların hüquqları

Maddə 24. Pasiyentin hüquqları

Pasiyentin:

- ✓ *təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərilməsi halları istisna olmaqla həkimin öz razılığı ilə həkimi, o cümlədən müalicə həkimini və müalicə-profilaktika müəssisəsini seçmək;*
- ✓ *sanitariya-gigiyena tələblərinə uyğun olan şəraitdə müayinə və müalicə olunmaq;*
- ✓ *stasionar müalicə olunduğu tibb müəssisəsinin mütəxəssislərinin iştirakı ilə konsilium və məsləhətləşmələr aparılmasını tələb etmək;*
- ✓ *tibbi yardım üçün müraciət faktını, müalicə, sağlamlıq vəziyyəti, xəstəliyin diaqnozu barəsində, eləcə də müayinə və müalicə zamanı əldə edilən digər məlumatları ətrafdakılardan gizli saxlamaq;*
- ✓ *tibbi müdaxiləyə şifahi və ya yazılı könüllü razılıq vermək;*
- ✓ *tibbi müdaxilədən imtina etmək;*

- ✓ *hüquq və vəzifələri haqqında, sağlamlığının vəziyyəti barədə məlumat almaq və öz mənafeyi baxımından bu məlumatı vermək mümkün olan şəxsi seçmək;*
- ✓ *daxili qaydalar pozulmamaq şərtilə xəstəxanada dini mərasimin icra edilməsi üçün ayrıca yerlə təmin olunmaq hüququ vardır.*

Pasiyentin hüquqları pozulduqda, o, müalicə-profilaktika müəssisəsinin rəhbərliyinə, müvafiq icra hakimiyyəti orqanına və ya qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət edə bilər.

Maddə 25. Sağlamlığının vəziyyəti barədə vətəndaşların məlumat almaq hüququ

Hər bir vətəndaş müayinənin nəticəsi, xəstəliyin diaqnoz və proqnozu, müalicə üsulları və bununla bağlı risk dərəcələri, aparılmış müalicənin nəticəsi haqqında məlumatlar da daxil olmaqla sağlamlığının vəziyyəti barədə özü üçün səmərəli formada məlumat almaq hüququna malikdir.

Vətəndaşın sağlamlığının vəziyyəti barədə məlumat onun özünə, qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərin və ya yetkinlik yaşına çatmayanların sağlamlıqlarının vəziyyəti barədə məlumat isə onların valideynlərinə və ya qanuni nümayəndələrinə müayinə və müalicədə bilavasitə iştirak edən mütəxəssislər tərəfindən verilir.

Xəstəliyin inkişaf proqnozu mənfi olduqda bu barədə məlumat xəstənin yaxın qohumlarına və ya qanuni nümayəndələrinə, xəstə tələb etdikdə isə bu məlumat ehtiyatlı formada onun özünə çatdırıla bilər.

Vətəndaş onun sağlamlığının vəziyyətini əks etdirən tibbi sənədlərlə bilavasitə tanış olmaq və onlarla bağlı başqa mütəxəssislərdən məsləhət almaq hüququna malikdir. Vətəndaşın tələbi ilə ona sağlamlığının vəziyyətini əks etdirən tibbi sənədlərin surətləri təqdim olunur.

***Maddə 26. Təxirəsalınmaz hallarda
tibbi müdaxilə şərtləri***

Tibbi müdaxilə həyati göstərişlər əsasında təxirəsalınmaz hesab edildikdə və ya xəstə vəziyyəti ilə əlaqədar öz qərarını bildirmək iqtidarında olmadıqda məsələ konsilium tərəfindən həll olunur. Konsilium mümkün olmayan hallarda tibbi müdaxilə haqqında qərar müalicə-profilaktika müəssisəsinin rəhbərlərinə məlumat verməklə və ya bilavasitə müalicə (növbətçi) həkimi tərəfindən qəbul edilir. Qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərə və yetkinlik yaşına çatmayanlara tibbi müdaxilənin aparılması zəruri olduqda onların valideynlərinin və ya qanuni nümayəndələrinin bu barədə razılığı olmalıdır.

Maddə 27. Tibbi müdaxilədən imtina edilməsi

Qanunvericilikdə nəzərdə tutulan hallar (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın zəruri olduğu hallar) istisna olmaqla, vətəndaşın və ya onun qanuni nümayəndəsinin tibbi müdaxilədən imtina etmək, yaxud onun dayandırılmasını tələb etmək hüququ vardır.

Tibbi müdaxilədən imtina etdikdə vətəndaşa, yaxud onun qanuni nümayəndəsinə mümkün olan nəticələr barədə izahat verilməlidir. Tibbi müdaxilədən imtina edilməsi və onun gələcək nəticələri barədə izahat vətəndaşın tibbi sənədlərində qeyd olunur və onun özü, yaxud qanuni nümayəndəsi, eləcə də tibb işçisi tərəfindən imzalanır.

Qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərin və ya yetkinlik yaşına çatmayanların valideynləri və ya qanuni nümayəndələri göstərilən şəxslərin həyatı üçün zəruri tibbi müdaxilədən imtina etdikdə, onların sağlamlığının qorunması üçün səhiyyə müəssisələri məhkəməyə müraciət edə bilərlər.

Maddə 28. Razılığı tələb olunmadan vətəndaşa tibbi yardım göstərilməsi

Özünün və ya qanuni nümayəndəsinin razılığı tələb olunmadan vətəndaşa qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada tibbi yardım (tibbi müayinə, hospitalizasiya, nəzarət etmək, izolyasiya etmək) göstərilməsi ətrafdakılar üçün təhlükəli xəstəliklərə tutulan, ağır ruhi pozuntulardan əzab çəkən, yaxud ruhi xəstəlik nəticəsində ictimai təhlükəli əməl törədən şəxslərə aid edilir. Həmin şəxslərə tibbi yardım göstərilməsi haqqında qərar həkim tərəfindən qəbul edilir.

Vətəndaşın razılığı olmadıqda, qanuni nümayəndələrin isə razılığı olduqda, əksepidemik tədbirlərin həyata keçirilməsi ilə bağlı tibbi yardımın göstərilməsi qanunvericiliklə tənzimlənir.

Ağır ruhi pozuntulara düçar olmuş şəxslərin müayinəsi və hospitalizasiyası qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada aranılır.

Xəstəlik nəticəsində ictimai təhlükəli əməl törədən şəxslər habelə ətrafdakılar üçün epidemioloji baxımdan ciddi təhlükə yaradan və hospitalizasiyadan imtina edən vərəmli xəstələr barədə qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məcburi tibbi tədbirlər tətbiq oluna bilər.

Vətəndaşın, yaxud qanuni nümayəndənin razılığı tələb olunmayan və ya məhkəmənin qərarı ilə müəyyən olunan

hallarda hospitalizasiyanın səbəbləri aradan qaldırılanadək və-təndaş müalicə-profilaktika müəssisəsində saxlanılır.

V fəsil. Ailənin planlaşdırılması və insanın reproduktiv funksiyalarının tənzimlənməsi

Maddə 29. Süni mayalanma və embrionun implantasiyası

Yetkinlik yaşına çatan hər bir qadının süni mayalanma və ona embrionun implantasiyası hüququ vardır.

Süni mayalanma və embrionun implantasiyası ər və arvadın (tənha qadının) rəsmi razılığı olduqda aparılır.

Süni mayalanma, embrionun implantasiyası, eləcə də donorun şəxsiyyəti həkim sirridir.

Qadın süni mayalanmanın, embrionun implantasiyasının tibbi və hüquqi nəticələri, tibbi-genetik müayinə, donorun milliyəti, xarici görkəmi barədə məlumat almaq hüququna malikdir və bu məlumat tibbi müdaxilə apararı həkim tərəfindən verilir.

Qanunsuz süni mayalanmada və embrionun implantasiyasında təqsiri olan şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 30. Hamiləliyin süni surətdə pozulması

Hər bir qadının analıq barədə məsələni təkbaşına həll etmək hüququ vardır. Hamiləliyin süni surətdə pozulması qadının arzusu ilə hamiləliyin 12 həftəlik müddətində aparılır. Sosial göstərişlər üzrə süni pozulma hamiləliyin 22 həftəliyində aparıla bilər.

Tibbi göstərişlərə əsasən və qadının razılığı olduqda hamiləlik, müddətindən asılı olmayaraq, süni surətdə pozula bilər. Hamiləliyin süni surətdə pozulması dövlət və qeyri-dövlət tibb müəssisələrində ixtisaslı həkimlər tərəfindən aparılır.

Hamiləliyin süni surətdə pozulmasına dair tibbi və sosial göstərişlərin siyahıları müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyənləşdirilir.

Həkim tərəfindən xəstəxanalardan və ya başqa tibb müəssisələrindən kənarında hamiləliyin süni surətdə pozulması qadağandır.

Maddə 31. Tibbi sterilizasiya

Tibbi sterilizasiya insanı nəsil artımı vermək qabiliyyətindən məhrum etmək, yaxud qadını hamiləlikdən qorumaq məqsədilə tətbiq edilir. Tibbi sterilizasiya yalnız müdaxilə olunan şəxsin yazılı ərizəsinə və tibbi göstərişlərə əsasən həyata keçirilir.

Tibbi sterilizasiyaya dair göstərişlər müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir və dövlət, yaxud qeyri-dövlət tibb müəssisələrində aparılır.

Tibbi sterilizasiyanın qeyri-qanuni aparılmasına görə təqsirli olan şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

VI fəsil. Vətəndaşlara tibbi-sosial yardımın həyata keçirilməsinə zəmanətlər

Maddə 32. İlk tibbi-sanitariya yardımı

İlkin tibbi-sanitariya yardımını hər vətəndaş üçün pulsuz göstərilən tibbi xidmət növüdür.

Bu xidmətə:

- ✓ *geniş yayılmış xəstəliklərin, eləcə də travmaların, zəhərlənmələrin və digər təxirəsalınmaz yardım tələb edən xəstəliklərin müalicəsi;*
- ✓ *sanitariya-gigiyenik və əksepidemik tədbirlərin keçirilməsi, ictimai təhlükəli xəstəliklərin tibbi profilaktikası;*
- ✓ *ailənin, valideynlərin, uşaqların mühafizəsi və yaşayış yerində tibbi-sanitariya yardımının göstərilməsinə dair digər tədbirlər daxildir.*

İlkin tibbi-sanitariya yardımını dövlət səhiyyə sisteminin müəssisələri, eləcə də sanitariya-epidemioloji xidmət müəssisələri tərəfindən təmin olunur.

Özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri tibbi sığorta təşkilatları ilə, eləcə də xəstələrlə bağlanmış müqavilələr əsasında ilkin tibbi-sanitariya yardımını göstərirlər.

İlkin tibbi-sanitariya yardımının göstərilməsi qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 33. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım

Vətəndaşlara təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım təcili tibbi müdaxilə tələb edən hallarda (bədbəxt hadisələr, travmalar, zəhərlənmələr və digər xəstəliklər) mülkiyyət formasından asılı olmayaraq təcili yardım tibb müəssisələri, eləcə də qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ilkin tibbi yardım etməyə borclu olan şəxslər tərəfindən göstərilir.

Dövlət tibb müəssisələrində təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım pulsuzdur.

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin icbari tibbi sığorta proqramlarında iştirakından asılı olmayaraq, icbari tibbi sığorta qaydalarına əsasən əhaliyə təcili tibbi yardım göstərən özəl tibb fəaliyyətinin subyektlərinə ödəniş bu şəxslərin sığortalandığı tibbi sığorta təşkilatları tərəfindən həyata keçirilir.

Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər təxirəsalınmaz tibbi yardıma ehtiyacı olan şəxslərə pulsuz tibbi yardım göstərilir.

İxtisaslı təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım təcili yardım və sanitariyavi xidməti tərəfindən təşkil edilir.

Təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın göstərilməsi qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Vətəndaşın həyatı üçün təhlükə yarandıqda onu yaxınlıqdakı tibb müəssisəsinə çatdırmaq üçün tibb işçisi hər hansı nəqliyyat vasitəsindən pulsuz istifadə etmək hüququna malikdir. Vətəndaşın tibb müəssisəsinə çatdırılması barəsində tibb işçisinin qanuni tələbindən imtina edən nəqliyyat vasitəsinin sahibləri, yaxud digər vəzifəli şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Yol-nəqliyyat hadisələri zamanı müvafiq polis xidməti əməkdaşları zərərçəkənlərə təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım göstərməyə və onları tibb müəssisələrinə çatdırmağa borcludurlar.

Maddə 34. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardım vətəndaşın xəstəliyi xüsusi müayinə, müalicə və mürəkkəb tibb texnologiyalarının tətbiqini tələb etdiyi hallarda dövlət və qeyri-dövlət tibb müəssisələrində ixtisaslı həkimlər tərəfindən göstərilir.

İxtisaslaşdırılmış tibbi yardımın növləri, həcmi, keyfiyyət standartları və göstərilməsi qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 35. İctimai təhlükəli xəstəliklərə tutulmuş vətəndaşlara tibbi-sosial yardım

Siyahısı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilən ictimai təhlükəli xəstəliklərə tutulmuş vətəndaşlara dövlət səhiyyə sisteminin müalicə-profilaktika müəssisələrində pulsuz tibbi-sosial yardım göstərilir, onlar qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada stasionar müalicə və dispanser müşahidəsi ilə təmin olunurlar.

İctimai təhlükəli xəstəliklərə tutulmuş vətəndaşların bəzi kateqoriyaları üçün əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsi müddətində iş yerləri saxlanılır və qanunvericilikdə müəyyən edilmiş digər güzəştlər nəzərdə tutulur.

Göstərilən tibbi-sosial yardımın növləri və həcmi müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 36. Yeni profilaktik, diaqnostika və müalicə üsullarının, dərman və dezinfeksiya vasitələrinin, immunobioloji preparatların tətbiqi

Səhiyyədə tətbiq edilən profilaktika, diaqnostika və müalicə üsullarından, tibbi texnologiyalardan, dərman və dezinfeksiya vasitələrindən, immunobioloji preparatlardan qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada istifadə edilir.

Tətbiqinə icazə verilməyən, lakin müəyyən edilmiş qaydada baxılmaqda olan diaqnostika və müalicə üsullarından, dərman vasitələrindən pasiyentin yazılı razılığı ilə, eləcə də yetkinlik yaşına çatmayanların və qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslərin həyatı təhlükədə olduqda onların valideynlərinin və ya qanuni nümayəndələrinin yazılı razılığı ilə istifadə edilə bilər.

***Maddə 37. Biotibbi tədqiqatların
aparılması qaydaları***

Keçirilmiş laboratoriya eksperimentinin nəticələrinə əsaslanaraq dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə müəssisələrində biotibbi tədqiqatların aparılmasına icazə verilir.

İnsanın obyekt şəklində hər hansı biotibbi tədqiqata cəlb olunması yalnız onun razılığı ilə aparıla bilər.

Biotibbi tədqiqata razılıq alındıqda müayinənin məqsədləri, kənar təsirləri, baş verə biləcək risk dərəcəsi, müddəti və nəticəsi barədə vətəndaşa məlumat verilməlidir. Tədqiqatın mərhələsindən asılı olmayaraq vətəndaşın istənilən vaxt ondan imtina etmək hüququ vardır.

Müəyyən edilmiş qaydada yoxlamadan keçməmiş profilaktika, diaqnostika və müalicə üsullarının, dərman vasitələrinin kütləvi informasiya vasitələri ilə təbliği qadağandır.

Maddə 38. Evtanaziyanın qadağan olunması

Evtanaziya, yəni xəstənin xahişi ilə onun ölümünü hər hansı vasitə, yaxud hərəkətlə tezləşdirmək, həyatın davam etməsinə kömək edən süni tədbirlərin dayandırılması qadağandır. Xəstəni bilərəkdən evtanaziyaya meyl etdirən və ya evtanaziya edən şəxs qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyır.

Maddə 39. İnsanın ölüm anının müəyyən edilməsi

İnsanın ölüm anını tibb işçisi (həkim, feldşer) təsdiq edir. İnsanın ölüm anının müəyyən edilməsi, reanimasiya tədbirlərinin dayandırılması meyarları və qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 40. Transplantasiya məqsədilə insan toxumalarının və orqanlarının götürülməsi

Tibbi göstərişlər əsasında transplantasiya məqsədilə insan orqan və (və ya) toxumalarının götürülməsinə icazə verilir. Transplantasiya məqsədi ilə insanı, onun və (və ya) toxumalarının götürülməsinə məcbur etmək qadağandır. Toxuma komponentlərindən hazırlanmış köçürmə materialları və preparatları istisna olmaqla insan orqan və (və ya) toxumaları alqı-satqı obyektinə ola bilməz və onların alqı-satqısında iştirak edən şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 41. Patoloji-anatomik yarma

Patoloji-anatomik yarma ölümün səbəbləri və xəstəliyin diaqnozu haqqında məlumat əldə etmək məqsədilə həkim tərəfindən aparılır və onun aparılması qaydaları müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Patoloji-anatomik yarmanın aparılmasının məcburi hesab edilədiyi hallar (hamiləlik və doğuşla əlaqədar baş vermiş ana ölümləri, infeksiya xəstəlikləri və onlar barəsində şübhə hallarında, tibbi müayinə və müdaxilə zamanı baş verən və səbəbləri araşdırıla bilməyən ölüm hallarında), zorakı ölüm barəsində şübhə və qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş digər hallar olmadıqda ölən ailə üzvlərinin, qohumlarının və ya qanuni nümayəndələrinin rəsmi xahişi ilə patoloji-anatomik müayinə aparılmaya bilər. Ölümün səbəbləri və xəstəliyin diaqnozu haqqında rəy ölən ailə üzvlərinə, onlar olmadıqda isə yaxın qohumlarına və ya qanuni nümayəndələrinə, eləcə də zəruri hallarda hüquq mühafizə orqanlarına verilir.

Ölən ailə üzvləri, onlar olmadıqda isə yaxın qohumları və ya qanuni nümayəndələri müvafiq profilli mütəxəssisi onun

razılığı ilə patoloji-anatomik yarmanın aparılmasında iştirak etmək üçün dəvət edə bilərlər. Onların tələbi ilə qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəmə-tibb ekspertizası keçirilə bilər.

VII fəsil. Tibbi ekspertiza

Maddə 42. Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinin ekspertizası

Xəstəlik, zədələnmələr, hamiləlik, doğuş, xəstə ailə üzvünə qulluq, protezləşdirmə, sanatoriya-kurort müalicəsi zamanı və digər hallarda dövlət və qeyri-dövlət tibb müəssisələrinin müalicə həkimləri tərəfindən qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinin ekspertizası aparılır.

Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinin ekspertizasında işçinin başqa işə müvəqqəti, yaxud daimi keçirilməsinin zəruriliyi və müddəti müəyyənləşdirilir, eləcə də vətəndaşın tibbi-sosial ekspert komissiyasına göndərilməsi barədə qərar qəbul edilir.

Əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsinin ekspertizasını aparən müəssisənin qərarı ilə razılaşmadıqda vətəndaş və ya onun qanuni nümayəndəsi qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət edə bilər.

Maddə 43. Tibbi-sosial ekspertiza

Tibbi-sosial ekspertiza orqanizmin funksiyalarının davamlı pozulmaları nəticəsində həyat fəaliyyətinin məhdudlaşdırılmasının qiymətləndirilməsi əsasında vətəndaşın sosial müdafiə tədbirlərinə olan ehtiyaclarının müəyyən edilməsidir.

Vətəndaşların işə düzəlməsinə dair tibbi-sosial ekspertizanın rəyini nəzərə almaq mülkiyyət formasından asılı olmayaraq bütün idarə, müəssisə və təşkilat rəhbərləri üçün məcburidir.

Tibbi-sosial ekspertizanın təşkili və aparılma qaydaları qanunvericilikdə müəyyən edilir. Vətəndaşın, yaxud onun qanuni nümayəndəsinin tibbi-sosial ekspertizada iştirak etmək üçün hər hansı mütəxəssisi onun razılığı ilə dəvət etmək hüququ vardır.

Tibbi-sosial ekspertiza aparın müəssisənin qərarı ilə razılaşmadıqda vətəndaş, yaxud onun qanuni nümayəndəsi qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada müvafiq icra hakimiyyəti orqanına və ya məhkəməyə müraciət edə bilər.

Maddə 44. Hərbi-həkim ekspertizası

Hərbi-həkim ekspertizası hərbi xidmətə çağırılanların, müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların, silahlı qüvvələrin və milli təhlükəsizlik orqanlarının sərhəd qoşunlarının, habelə daxili qoşunların ehtiyatlarında olan vətəndaşların və hərbi qulluqçuların sağlamlığının vəziyyəti ilə bağlı hərbi xidmətə yararlığını müəyyən edir.

Hərbi-həkim ekspertizası hərbi qulluqçularda (hərbi toplantı keçən vətəndaşlarda), hərbi qulluqdan azad olunanlarda hərbi xidmət (hərbi toplantı) zamanı baş verən xəstəliklərin, yaralanmaların, travmaların səbəb əlaqəsini təyin edir və hərbi qulluqçulara lazımi tibbi-sosial yardımın, bərpa müalicəsinin növlərini, həcmi və müddətini müəyyənləşdirir.

Hərbi-həkim ekspertizasının təşkilinə və aparılmasına dair qaydalar, eləcə də hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə çağırılanların, müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi qulluğa daxil olanların sağlamlığının vəziyyətinə dair tələblər müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Hərbi-həkim ekspertizası rəyinin icrası vəzifəli şəxslər üçün məcburidir.

Maddə 45. Məhkəmə-tibb ekspertizası

Məhkəmə-tibb ekspertizası qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada təyin edilir və müvafiq icra hakimiyyəti orqanının xüsusi tibbi ekspertiza müəssisəsində aparılır.

Vətəndaşın, yaxud onun qanuni nümayəndəsinin ekspertizada iştirak etmək məqsədilə müvafiq mütəxəssisin onun razılığı ilə ekspert komissiyasına əlavə olaraq daxil olması üçün ekspertizanı təyin edən təşkilat qarşısında vəsatət qaldırmaq hüququ vardır. Məhkəmə-tibb ekspertizasının təşkili və aparılması qaydaları qanunvericilikdə müəyyən edilir.

Vətəndaş və ya onun qanuni nümayəndəsi məhkəmə-tibb ekspertizası apararı müəssisənin rəyi ilə razılaşmadıqda qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət edə bilər.

VIII fəsil. Tibb və əczaçılıq işçilərinin hüquqları və sosial müdafiəsi

Maddə 46. Tibb və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququ

Azərbaycan Respublikasında ali və ya orta ixtisas tibb məktəblərində təhsil almış şəxslər, müvafiq diploma, yaxud xüsusi rütbəyə malik olan mütəxəssislər tibb və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququna malikdirlər.

Ali tibb və əczaçılıq təhsilini başa vurmamış şəxslər müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyənləşdirdiyi qaydada orta tibb

təhsilli işçi vəzifəsində tibb və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul ola bilərlər.

Fasiləsiz olaraq ixtisasları üzrə beş ildən çox işləməmiş həkimlər və əczaçılar müvafiq tədris müəssisələrində hazırlıq keçdikdən sonra, yaxud yoxlama imtahanlarının nəticələri əsasında praktik tibb və ya əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul ola bilərlər.

İxtisasları üzrə beş ildən çox işləməmiş orta tibb və ya əczaçılıq təhsili olan işçilər dövlət səhiyyə sisteminin müvafiq müəssisələrində ixtisaslarının təsdiq olunmasından sonra praktiki tibb və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul ola bilərlər.

Azərbaycan Respublikasının iştirakçısı olduğu beynəlxalq müqavilələrdə digər qaydalar nəzərdə tutulmadıqda, xarici ölkələrdə hazırlıq keçmiş tibb və əczaçılıq işçiləri müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilmiş qaydada Azərbaycan Respublikasında tibb və əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olmağa buraxıla bilərlər.

Maddə 47. Səhiyyə mütəxəssislərinin peşə seçmə hüququ

Azərbaycan Respublikasının ali məktəblərində tibb və əczaçılıq ixtisasları üzrə təhsil almış şəxslər könüllülük əsasında seçdikləri peşə üzrə ixtisasartırma və kadrların yenidən hazırlığı müəssisələrinə qəbul edilərək müvafiq peşə sertifikatı ala bilərlər.

Maddə 48. Səhiyyə mütəxəssislərinin peşə, bilik və bacarığının təkmilləşdirilməsi

Səhiyyə müəssisələrinin və orqanlarının rəhbərləri səhiyyə mütəxəssislərinin peşə, bilik və bacarıqlarının təkmilləşdirilməsinin təşkili üçün məsuliyyət daşıyırlar.

Dövlət səhiyyə sistemi mütəxəssislərinin ixtisasartırma xərcləri dövlət büdcəsi, qeyri-dövlət səhiyyə sisteminin mütəxəssisləri üçün öz vəsaitləri hesabına ödənilir.

Səhiyyə mütəxəssislərinin peşə, bilik və bacarıqlarının dövlət standartları, tibb və əczaçılıq peşələrinin nomenklaturasına uyğun fəaliyyət üçün vacib olan diaqnostika, müalicə, profilaktika və sağlamlığı möhkəmləndirmə metodlarının məcmusu müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Mülkiyyət formasından asılı olmayaraq səhiyyə müəssisələrinin mütəxəssisləri peşə seçdikdə, peşələrini dəyişdikdə və fəaliyyət göstərdiyi peşə üzrə beş ildə bir dəfədən az olmayaraq ixtisasartırma və kadrların hazırlığı müəssisələrində müəyyən proqram üzrə təhsil aldıqdan və imtahan verdikdən sonra müvafiq sertifikat almalıdırlar.

Maddə 49. Özəl tibbi praktika və özəl tibbi fəaliyyət

Özəl tibbi rraktika və özəl tibbi fəaliyyət qanunvericiliyə uyğun olaraq həyata keçirilir.

Maddə 50. Xalq təbabəti ilə məşğul olmaq huququ

Xalq təbabəti qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada qeydiyyatdan keçməmiş, lakin xalq ənənələrində təsdiqini tapmış sağaltma, profilaktika, müayinə və müalicə üsullarıdır.

Xalq təbabətindən istifadə qaydaları qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada yalnız qeyri-dövlət səhiyyə sistemində tətbiq edilə bilər.

Təbiblik fəaliyyəti üçün xüsusi razılıq qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olmaq istəyən şəxsin ərizəsi və ya özəl tibb müəssisəsinin vəsatəti əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən verilir.

Kütləvi təbiblik seanslarının keçirilməsi, o cümlədən kütləvi informasiya vasitələrinin bu işlərə cəlb olunması qadağandır.

Müvafiq İcra Hakimiyyəti orqanının rəyi olmadan kütləvi müalicəvi seanslarının, hipnoz metodlarının, psixi və bioenerji təsirlərin müalicəvi xassələrinin reklam yayımına yol verilmir.

Təbiblik fəaliyyətinin dayandırılması haqqında qərar, bu fəaliyyətə icazə verən orqan tərəfindən qəbul edilir və bu qərarla razılaşmadıqda qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət edilə bilər.

Təbiblik fəaliyyəti ilə qanunsuz məşğul olan şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 51. Müalicə həkimi

Müalicə həkimi ambulator-poliklinika müəssisəsində, yaxud xəstəxanada müşahidə və müalicə müddətində pasiyentə tibbi yardım göstərən həkimdir.

Müalicə həkimi pasiyentin istəyi ilə müəssisə (bölmə) rəhbəri tərəfindən təyin edilir. Pasiyent müalicə həkiminin dəyişdirilməsini tələb etdiyi hallarda, müəssisə rəhbəri bu tələbi yerinə yetirməlidir.

Müalicə həkimi pasiyentin vaxtında ixtisaslı müayinə və müalicəsini təşkil edir, səhhəti barədə ona məlumat verir, xəstənin, yaxud onun qanuni nümayəndəsinin təkidi ilə məsləhətçi mütəxəssisləri dəvət edir və konsilium təşkil edir. Xəstənin həyatı təhlükə altında olduğu hallar və təxirəsalınmaz vəziyyətlər istisna

edilməklə, digər hallarda konsilium tərəfindən verilən məsləhətlər yalnız müalicə həkimi ilə razılaşırdıqdan sonra həyata keçirilir.

Pasiyentin həyatı təhlükə altında olmadıqda və o, həkim təyinatını yerinə yetirmədikdə, yaxud müəssisənin daxili qaydalarını pozduqda müvafiq rəhbər şəxslə razılıq əsasında müalicə həkimi pasiyenti müşahidə və müalicə etməkdən imtina edə bilər.

Peşə vəzifələrinin lazımi səviyyədə yerinə yetirilməməsinə görə müalicə həkimi qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş qaydada məsuliyyət daşıyır.

Maddə 52. Həkim andı

Azərbaycan Respublikasının ali tibb təhsili müəssisələrini bitirmiş və həkim diplomu almış şəxslər "Hippokrat andı" içirlər.

Həkim andını pozan həkimlər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 53. Həkim sirri

Vətəndaşın tibbi yardım üçün müraciət etməsi faktı, onun xəstəliyinin diaqnozu, sağlamlığının vəziyyəti müayinə və müalicə vaxtı əldə edilən digər məlumatlar barədə informasiya həkim sirrini təşkil edir. Vətəndaşın verəcəyi məlumatın gizli saxlanması haqqında ona zəmanət verilir.

Vətəndaşın və ya onun qanuni nümayəndəsinin razılığı ilə həkim sirrini təşkil edən məlumat pasiyentin müayinə və müalicəsinin mənafeyi naminə, elmi tədqiqatların aparılması, elmi ədəbiyyatda nəşr edilməsi, tədris və digər məqsədlərlə istifadə olunması üçün başqa vətəndaşlara, vəzifəli şəxslərə verilə bilər.

Həkim sirrini təşkil edən məlumat vətəndaşın, yaxud onun qanuni nümayəndəsinin razılığı olmadan aşağıdakı hallarda verilə bilər:

- ✓ *vətəndaş öz vəziyyətini izah etmək qabiliyyətinə malik olmadıqda, vətəndaşı müayinə və müalicə etmək məqsədilə;*
- ✓ *yoluxucu xəstəliklərin yayılması təhlükəsi olduqda, kütləvi zəhərlənmələr və zədələnmələr baş verdikdə;*
- ✓ *istintaq və tədqiqat orqanlarının, prokurorun və məhkəmənin sorğusu ilə;*
- ✓ *yetkinlik yaşına çatmayanların valideynlərinə, yaxud qanuni nümayəndələrinə məlumat vermək məqsədilə;*
- ✓ *hüquqa zidd hərəkətlər və vətəndaşın sağlamlığına vurulan zərər barədə şübhə olduqda.*

Həkim sirrinə qanuni qaydada yiyələnən şəxslər onun yayılmasına və bununla əlaqədar vətəndaşa dəyən zərəre görə qanunvericiliyə uyğun olaraq tibb və əczaçılıq işçilərinə bərabər məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 54. Tibb və əczaçılıq peşəsi üzrə birliklər

Tibb və əczaçılıq işçilərinin müvafiq qanunvericiliyə uyğun olaraq peşə üzrə birliklər yaratmaq hüququ vardır. Onlar tibb və əczaçılıq təcrübəsinin inkişaf etdirilməsi, elmi tədqiqatların aparılmasına köməklik göstərilməsi və tibbi etika normalarının işlənilib hazırlanması məqsədilə könüllülük əsasında yaradılır.

**Maddə 55. Tibb və əczaçılıq işçilərinin
sosial və hüquqi müdafiəsi**

Tibb və əczaçılıq işçilərinin:

- ✓ *əməyin mühafizəsi tələblərinə uyğun olaraq onların fəaliyyəti üçün iş şəraitinin təmin edilməsi;*
- ✓ *əmək müqaviləsi üzrə fəaliyyət göstərmək;*
- ✓ *şərəf və ləyaqətinin qorunması;*
- ✓ *nəzəri və praktik hazırlıq səviyyəsinə uyğun ixtisas kateqoriyasına yiyələnmək;*
- ✓ *peşə biliklərini təkmilləşdirmək hüquqları vardır.*

**Maddə 56. Əmək haqqı
və kompensasiyalar**

Tibb və əczaçılıq işçilərinin, habelə elmi işçilərin, ali və orta tibb və əczaçılıq təhsili müəssisələrinin, universitetlərin tibb fakültələrinin professor-müəllim heyətinin əmək haqqı onların ixtisas dərəcəsinə, stajına və yerinə yetirdikləri vəzifələrə uyğun olaraq ödənilir və bu, əmək müqaviləsində (sazişində) nəzərdə tutulur.

Tibb və əczaçılıq işçilərinin əmək şəraitləri təhlükəli, zərərli amillərlə bağlı olduqda onlar vəzifə maaşlarına əlavə olaraq kompensasiya almaq, eləcə də qanunvericilikdə müəyyən edilmiş digər güzəştlərdən istifadə etmək hüququna malikdirlər.

Əmək haqqının artırılmasına, əlavə ödəmələrin verilməsinə, digər kompensasiyalar və güzəştlər almaq hüququna malik olan tibb işçilərinin siyahısı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Həyat və sağlamlıq üçün təhlükəli şəraitdə dövlət səhiyyə sistemində fəaliyyət göstərən mütəxəssislər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada dövlət vəsaiti hesabına məcburi sığorta olunurlar.

Dövlət səhiyyə müəssisələrində xidməti vəzifələrini yerinə yetirərəkən həlak olmuş tibb və əczaçılıq işçilərinin ailələrinə miqdarı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilən birdə-fəlik müavinat verilir.

IX fəsil. Vətəndaşların sağlamlığına vurulan zərərə görə məsuliyyət

Maddə 57. Vətəndaşların sağlamlığına vurulan ziyanın ödənilməsi

Vətəndaşların sağlamlığına zərər vurulduqda təqsirkar şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada və həcmdə ziyanı ödəməyə borcludurlar. Vurulan ziyanın ödənilməsi tibb və əczaçılıq işçilərini qanunvericilikdə nəzərdə tutulmuş intizam, inzibati, yaxud cinayət məsuliyyətindən azad etmir.

Vətəndaşların sağlamlığına zərər vurulmasında təqsirkar olan yetkinlik yaşına çatmayanlar, yaxud qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada fəaliyyət qabiliyyəti olmayan hesab edilən şəxslər tərəfindən ziyanın ödənilməsi qanunvericiliyə uyğun olaraq həyata keçirilir. Ətraf mühitin çirklənməsi nəticəsində vətəndaşların sağlamlığına vurulan ziyan qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ziyan vuran hüquqi və fiziki şəxslər tərəfindən ödənilir.

Maddə 58. Hüquqa zidd hərəkətlər nəticəsində zərər çəkmiş vətəndaşlara tibbi yardım göstərilməsi üzrə xərclərin ödənilməsi

Hüquqa zidd hərəkətlər nəticəsində zərər çəkmiş vətəndaşlara göstərilən tibbi yardımın xərcləri təqsirkar idarə, müəssisə və təşkilatlar tərəfindən xərc çəkən dövlət və qeyri-dövlət səhiyyə sistemlərinin müəssisələrinə ödənilir.

Vətəndaşların sağlamlığına birlikdə ziyan vuran şəxslər qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada ziyanın ödənilməsi ilə əlaqədar birgə məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 59. Sağlamlığın qorunması sahəsində vətəndaşların hüquqlarının pozulmasına görə tibb və əczaçılıq işçilərinin məsuliyyəti

Tibb və əczaçılıq işçiləri öz peşə vəzifələrini lazımi səviyyədə yerinə yetirmədikdə, sağlamlığın qorunması sahəsində vətəndaşların hüquqlarının pozulması hallarında qanunvericiliyə uyğun olaraq məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 60. Dövlət orqanlarının və vəzifəli şəxslərin sağlamlığın qorunması sahəsində vətəndaşların hüquq və azadlıqlarını məhdudlaşdıran hərəkətlərindən şikayət etmək hüququ

Dövlət orqanlarının və vəzifəli şəxslərin sağlamlığın qorunması sahəsində vətəndaşların hüquq və azadlıqlarını məhdudlaşdıran hərəkətlərindən qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada yuxarı orqanlara və ya məhkəməyə müraciət edilə bilər.

X fəsil. Yekun müddəaları

Maddə 61. Keçid müddəaları

Bu Qanunun tibbi sığortaya aid müddəaları tibbi sığortanın hüquqi tənzimlənməsi məsələləri üzrə müvafiq qanunvericilik aktı qəbul edildikdən sonra qüvvəyə minir.

Maddə 62. Qanunun qüvvəyə minməsi

Bu Qanun dərc olunduğu gündən qüvvəyə minir.

Azərbaycan Respublikasının prezidenti

Heydər Əliyev

26 iyun 1997-ci il

Özəl tibb fəaliyyəti haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu

Bu Qanun özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri arasında münasibətləri tənzimləyir, onların hüquq və vəzifələrini, bu fəaliyyətin təşkilati-hüquqi əsaslarını müəyyən edir.

I fəsil. Ümumi müddəalar

Maddə 1. Əsas anlayışlar

Bu Qanunda istifadə olunan əsas anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

- ✓ *özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri - tibb fəaliyyətini həyata keçirən özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan fiziki şəxslər;*
- ✓ *özəl tibbi fəaliyyət - qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada hüquqi şəxs yaratmaqla özəl tibb fəaliyyətinin həyata keçirilməsi;*
- ✓ *özəl tibbi praktika - ali və ya orta tibb təhsili olan şəxslər tərəfindən hüquqi şəxs yaratmadan qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada verilən xüsusi razılıq əsasında ixtisasına uyğun həyata keçirilən tibbi yardımın göstərilməsi üzrə fəaliyyət;*
- ✓ *özəl tibb müəssisəsi - əmlakı xüsusi mülkiyyətə, yaxud icarə müqaviləsi əsasında istifadə olunan mülkiyyətə əsaslanan tibb müəssisəsi;*
- ✓ *tibbi yardım - xəstəliklərin, zəhərlənmələrin, travmaların profilaktikası və diaqnostikası, xəstələrin müalicəsi və*

- reabilitasiyası, hamiləliyin müşahidəsi, doğuşun qəbulu və doğuşdan sonrakı dövrlərin müşahidəsi;*
- ✓ *tibbi xidmət - müqavilə üzrə müəyyən növ və həcmdə göstərilən əvəzi ödənilən tibbi yardım;*
 - ✓ *tibbi yardımın standartları - müəyyən növ tibbi yardımın norma, qayda və xüsusiyyətlərinə, onun nəticəsinə dair tələblərin siyahısı;*
 - ✓ *əhaliyə tibbi yardım göstərilməsi üzrə dövlət təminatı proqramları (bundan sonra - dövlət təminatı proqramları) - əhaliyə büdcə vəsaiti hesabına göstərilən tibbi yardımın növünü, həcmi və şərtlərini müəyyən edən normativ-hüquqi aktlar.*

Maddə 2. Özəl tibb fəaliyyəti haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi

Özəl tibb fəaliyyəti haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi **Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından**, bu Qanundan, digər normativ-hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrdən ibarətdir.

Maddə 3. Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin vəzifəsi

Özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri dövlət və bələdiyyə səhiyyə müəssisələri ilə yanaşı, səhiyyə sahəsində dövlət siyasətinin həyata keçirilməsinə və əhəlinin sağlamlığının qorunmasına təminat yaradır.

II fəsil. **Özəl tibbi fəaliyyətin və özəl tibbi praktikanın tənzimlənməsi**

Maddə 4. Özəl tibb müəssisəsinin yaradılması, fəaliyyəti və ləğv edilməsi

Özəl tibb müəssisəsi qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada Azərbaycan Respublikasının hüquqi və fiziki şəxsləri tərəfindən yaradıla bilər.

Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrdə digər qaydalar nəzərdə tutulmayıbsa, xarici ölkələrin hüquqi və fiziki şəxsləri, eləcə də Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslər tərəfindən özəl tibb müəssisələri qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada yaradıla bilər.

Özəl tibb müəssisəsi tibbi fəaliyyətin müəyyən növləri üzrə qanunvericiliyə uyğun olaraq verilən xüsusi razılıq olduqda və tibbi fəaliyyətin hər bir növü üzrə müvafiq ixtisasa malik mütəxəssislərlə əmək müqaviləsi bağladıqda özəl tibbi fəaliyyətlə məşğul ola bilər.

Özəl tibb müəssisəsinin akkreditasiyası tibb işçilərinin peşə birliklərinin iştirakı ilə **müvafiq icra hakimiyyəti orqanı** tərəfindən həyata keçirilir.

Özəl tibb müəssisəsinin yenidən təşkili və ləğv edilməsi qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada həyata keçirilir.

Özəl tibb müəssisəsi ləğv edildikdə tibbi sənədlər **müvafiq icra hakimiyyəti orqanının** qərarı ilə bir ay müddətində qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada yaradılan ləğvetmə komissiyasına verilir.

Maddə 5. Özəl tibbi praktikanın həyata keçirilməsi və ona xitam verilməsi

Ali və ya orta tibb təhsili olan, qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada tibbi fəaliyyətin müəyyən növünə uyğun xüsusi razılıq alan və qanunla müəyyən edilmiş hallarda peşə üzrə müvafiq hazırlıq keçən, habelə **müvafiq icra hakimiyyəti orqanının** müəyyən etdiyi tələblərə uyğun tibbi iş stajı olan Azərbaycan Respublikasının vətəndaşları özəl tibbi praktika ilə məşğul ola bilərlər.

Əcnəbilərin və Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslərin özəl tibbi praktika ilə məşğul olması üçün şərtlər **müvafiq icra hakimiyyəti orqanı** tərəfindən müəyyən edilir.

Özəl tibbi praktikaya qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada xitam verilir.

Özəl tibbi praktikaya xitam verilməzdən əvvəl, iki həftədən gec olmayaraq, yaxud tibbi yardımın göstərilməsi üzrə müqavilədə göstərilən müddətdə aidiyyəti müəssisələrə və xəstələrə bu barədə məlumat verilməlidir.

Maddə 6. İlk tibbi-sanitariya yardımının göstərilmə şərtləri

Özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri tibbi sığorta təşkilatları ilə, eləcə də xəstələrlə bağlanmış müqavilələr əsasında ilkin tibbi-sanitariya yardımını göstərirlər.

Maddə 7. Tibbi yardım göstərilməsi barədə müqavilə

Özəl tibb müəssisəsi və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxs tərəfindən tibbi yardım göstərilməsi barədə müqavilə bu yardımın növlərini, həcmi və göstərilmə şərtlərini əks etdirməlidir.

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin icbari tibbi sığorta proqramlarında iştirak edib-etməməsindən asılı olmayaraq, icbari tibbi sığorta qaydalarına əsasən əhaliyə təcili tibbi yardım göstərən özəl tibb fəaliyyətinin subyektlərinə ödəniş bu şəxslərin sığortalandığı tibbi sığorta təşkilatları tərəfindən həyata keçirilir.

Maddə 8. Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarının, habelə bələdiyyə proqramlarının həyata keçirilməsində iştirakı

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər müsabiqə əsasında icbari tibbi sığorta, dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarının, habelə bələdiyyə proqramlarının həyata keçirilməsində iştirak edə bilərlər.

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərə dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarında iştirak etmək hüququ verən müsabiqələrin keçirilmə qaydaları **müvafiq icra hakimiyyəti orqanı** tərəfindən müəyyən edilir. Müsabiqə komissiyasının tərkibinə paritet əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanının, həmkarlar ittifaqlarının, tibb işçilərinin ictimai birliklərinin və özəl tibb müəssisələrinin, tibbi sığorta təşkilatlarının nümayəndələri daxil olurlar.

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarının həyata keçirilməsində iştirak etmələri barədə müqavilələr, onların icbari tibbi sığorta proqramlarında iştirakı hallarında, müvafiq icra hakimiyyəti və yerli özünüidarəetmə orqanları, habelə tibbi sığorta təşkilatları ilə bağlanır.

Bu müqavilələrdə:

- ✓ *tibbi yardımın keyfiyyətinə tələblər;*
- ✓ *tibbi yardımın həcmi;*
- ✓ *tibbi yardıma görə ödənişin şərtləri və qaydaları;*
- ✓ *tibbi yardımın keyfiyyətinə nəzarət qaydaları;*
- ✓ *müqavilə üzrə özəl tibbi fəaliyyət haqqında qeydiyyat və hesabat qaydaları müəyyən edilir.*

Maddə 9. Tibbi sənədləşmələr və hesabatlar

Özəl tibb müəssisələrinin və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin verdiyi sənədlər və rəylər dövlət nümunəli tibbi sənədlərlə eyni hüquqi qüvvəyə malikdir.

Müvafiq icra hakimiyyəti orqanı ödəniş əsasında özəl tibb müəssisələrini, özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxsləri əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsi barədə vəərəqələr, doğum və ölüm haqqında arayışlar, güclü təsir göstərən, zəhərli və narkotik maddələrin resept blankları da daxil olmaqla, ciddi hesabatlı dövlət nümunəli tibbi sənədlərin blankları ilə təmin edir.

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər Azərbaycan Respublikasının normativ-hüquqi aktlarında göstərilən bütün statistik qeydiyyat və hesabatları aparmağa borcludurlar və onların doğruluğuna görə məsuliyyət daşıyırlar.

Maddə 10. Dövlət və bələdiyyə mülkiyyətində olan əmlakın özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin müvəqqəti istifadəsinə verilməsi

Dövlət və bələdiyyə mülkiyyətində olan, habelə dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarının həyata keçirilməsində istifadə olunmayan əmlak qanunvericiliklə müəyyən olunmuş

qaydada özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin **müvəqqəti istifadəsinə** verilə bilər.

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər səhiyyə üçün nəzərdə tutulan, tam tikilməyən və əsaslı təmirə ehtiyacı olan binaları müsabiqə yolu ilə müvəqqəti istifadə üçün əldə etmək, dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarında iştirak etmək şərti ilə onların beş ildən az olmayaraq tibbi yardım göstərmək üçün **istifadə olunmasına** əməl etməlidirlər.

Maddə 11. Mübahisələrin həlli qaydası

Özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri arasında, eləcə də həmin subyektlərlə digər hüquqi və fiziki şəxslər arasında yaranan mübahisələr qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada həll edilir.

Maddə 12. Özəl tibb fəaliyyətinin maliyyələşdirilmə mənbələri

Özəl tibb fəaliyyəti hüquqi və fiziki şəxslərin vəsaitləri, icbari və könüllü tibbi sığorta vəsaitləri, qanunvericiliklə qadağan olunmayan digər mənbələr hesabına maliyyələşdirilir.

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin dövlət təminatı və səhiyyənin məqsədyönlü proqramlarının həyata keçirilməsində iştirakı onları bu işə dəvət edən (razılıq verən) müvafiq icra hakimiyyəti orqanının vəsaiti və icbari tibbi sığorta vəsaitləri hesabına maliyyələşdirilir.

Maddə 13. Tibbi yardıma görə ödəniş

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin göstərdiyi tibbi yardıma görə ödəniş:

- ✓ *bilavasitə xəstələrlə bağlanmış müqavilələr;*
- ✓ *üçüncü şəxsin (pasiyentin) xeyrinə müəssisə və vətəndaşlarla müqavilələr;*
- ✓ *icbari və könüllü tibbi sığorta üzrə göstərilən tibbi yardıma görə sığorta təşkilatları ilə bağlanmış müqavilələr;*
- ✓ *xeyriyyə proqramları üzrə bağlanmış müqavilələr əsasında həyata keçirilir.*

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin vətəndaşlar və təşkilatlarla (o cümlədən könüllü tibbi sığorta üzrə tibbi xidmətlər göstərilməsinə dair sığorta təşkilatları ilə) müqavilələr çərçivəsində göstərdikləri tibbi xidmətlərin tarifləri tərəflər arasında razılaşmaya görə müəyyənləşdirilir.

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin icbari tibbi sığorta proqramında iştirakından asılı olmayaraq ehtiyacı olan şəxslərə göstərilən təcili tibbi yardıma görə ödəniş icbari tibbi sığorta qaydalarına əsasən tibbi sığorta təşkilatı tərəfindən həyata keçirilir.

Maddə 14. Özəl tibb müəssisələrindən və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərdən vergi tutulması

Özəl tibb müəssisələrindən və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərdən qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada vergi tutulur.

III fəsil. Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin hüquq və vəzifələri

Maddə 15. Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin hüquqları

Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin hüquqları aşağıdakılardır:

- ✓ *qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada tibbi yardım göstərmək və məsləhətlər vermək;*
- ✓ *ictimai təhlükəli xəstəliklər və narkoloji xəstələrin müalicəsi istisna olmaqla, vərəm xəstəliyindən başqa, siyahısı müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq olunan xəstəliklər üzrə tibbi yardım göstərmək;*
- ✓ *qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada xalq təbabətindən istifadə etmək;*
- ✓ *qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada tibbi sənədlər vermək;*
- ✓ *özəl tibb fəaliyyətini həyata keçirmək üçün bütün tibb müəssisələrindən və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan digər şəxslərdən məlumat almaq;*
- ✓ *pasiyentin müayinələrinin nəticələri ilə tanış olmaq, məsləhətçi kimi bütün növbəti müalicə mərhələlərində iştirak etmək;*
- ✓ *peşə fəaliyyətini həyata keçirmək üçün normativ sənədlərlə tanış olmaq;*
- ✓ *ciddi hesabətli dövlət nümunəli tibbi sənədlərin blanklarından istifadə etmək;*

- ✓ *tibbi yardım göstərmək üçün özəl tibbi praktika ilə məşğul olan digər fiziki şəxslərlə birgə fəaliyyət göstərmək;*
- ✓ *dövlət və bələdiyyə mülkiyyətində olan əmlakı, o cümlədən bina, qurğu və avadanlıqları müvəqqəti istifadəyə götürmək;*
- ✓ *peşə fəaliyyətini təmin etmək üçün əmək müqaviləsi (kontraktı) əsasında işçilər cəlb etmək.*

Maddə 16. Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin vəzifələri

Özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin vəzifələri aşağıdakılardır:

- ✓ *tibbi yardımın şərtlərinə və qaydalarına əməl etmək;*
- ✓ *təxirəsalınmaz tibbi yardıma ehtiyacı olan şəxslərə pulsuz tibbi yardım göstərmək;*
- ✓ *xəstənin sağlamlıq vəziyyətini, ona göstərilən tibbi xidmətlərin həcmi və onların nəticələrini əks etdirən tibbi sənədləşmələri **müvafiq icra hakimiyyəti orqanı** tərəfindən müəyyən olunmuş qaydada həyata keçirmək;*
- ✓ *tibbi statistik hesabatları qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada və vaxtında təqdim etmək;*
- ✓ *xəstəyə onun sağlamlıq vəziyyəti, müalicənin müddəti, forma və məqsədləri, göstərilən xidmətlərin həcmi və qiyməti, habelə gözlənilən nəticələr və müəyyən riskin mümkünlüyü barədə məlumat vermək;*

- ✓ *özəl tibbi praktikanın həyata keçirilməsinə hüquqi əsas verən sənədlərlə xəstəni tanış etmək;*
- ✓ *həkim sirtinə əməl etmək;*
- ✓ *zəruri hallarda xəstənin vəziyyəti barədə başqa mütəxəssislərlə məsləhətləşmək, xəstəni tibb müəssisəsinə göndərmək;*
- ✓ *qanunvericiliklə müəyyən olunmuş müddətlərdə öz vəsaiti hesabına, göstərilən tibbi yardım maliyyələşdirilən müəssisələrlə müqavilələrdə bu nəzərdə tutulmayıbsa, öz ixtisasını artırmaq və ya yenidən hazırlıq keçmək.*

Maddə 17. Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin xalq təbabəti ilə məşğul olmaq hüququ

Özəl tibb fəaliyyətinin subyektləri qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada xalq təbabətindən istifadə üsullarını tətbiq edə bilərlər.

Təbiblik fəaliyyəti üçün xüsusi razılıq qanunvericiliklə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olmaq istəyən şəxsin ərizəsi və ya özəl tibb müəssisəsinin vəsatəti əsasında müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən verilir.

IV fəsil. Yekun müddəaları

Maddə 18. Beynəlxalq əməkdaşlıq

Özəl tibb fəaliyyəti sahəsində beynəlxalq əməkdaşlıq Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələr əsasında həyata keçirilir.

Bu Qanunla Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələr arasında ziddiyyət olarsa, həmin beynəlxalq müqavilələr tətbiq edilir.

***Maddə 19. Bu Qanunun
pozulmasına görə məsuliyyət***

Bu Qanunu pozan hüquqi və fiziki şəxslər Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə müəyyən olunmuş qaydada məsuliyyət daşıyırlar.

**Azərbaycan Respublikasının Prezidenti
Heydər ƏLİYEV.**

Bakı şəhəri, 30 dekabr 1999-cu il.

Nº 789-IQ.

"Azərbaycan" qəzetində dərc edilmişdir (15 mart 2000-ci il, Nº 59).

"Azərbaycan Respublikasının Qanunvericilik Toplusu"nda dərc edilmişdir (31 mart 2000-ci il, Nº 3, maddə 129).

20 fevral 2001-ci il tarixli, 89-IIQD nömrəli; 19 aprel 2002-ci il tarixli, 310-IIQD nömrəli; 20 aprel 2004-cü il tarixli, 641-IIQD nömrəli qanunlara əsasən dəyişikliklər və əlavələrle.

Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu

Bu Qanun əhalinin tibbi sığortasının təşkilati, hüquqi və iqtisadi əsaslarını müəyyən edir, tibbi sığortanın subyektləri arasındakı münasibətləri tənzimləyir.

I fəsil. Ümumi müddəalar

Maddə 1. Tibbi sığorta və onun formaları

Tibbi sığorta sağlamlığın qorunması sahəsində əhalinin sosial müdafiəsi forması olmaqla, sığorta hadisəsi baş verdikdə Azərbaycan Respublikası əhalisinin tibbi və dərman yardımı almasına təminat verir.

Tibbi sığorta icbari və könüllü formada həyata keçirilir.

İcbari tibbi sığorta dövlət sosial sığortasının tərkib hissəsi olmaqla, icbari tibbi sığorta proqramına müvafiq həcmdə əhalinin tibbi və dərman yardımı almasını təmin edir.

Könüllü tibbi sığorta icbari tibbi sığorta proqramında müəyyənləşdirildiyindən əlavə könüllü tibbi sığorta müqaviləsi əsasında əhalinin tibbi və digər xidmətlər almasını təmin edir.

Maddə 2. Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi

Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, bu Qanundan, digər normativ-hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrdən ibarətdir.

II fəsil. Tibbi sığorta sistemi

Maddə 3. Tibbi sığortanın subyektləri

Tibbi sığortanın subyektləri sığorta olunanlar, sığorta edənlər, tibbi sığorta təşkilatları, tibb müəssisələri və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərdir.

İcbari tibbi sığorta sistemində sığorta edənlər:

- ✓ *işləməyən vətəndaşlar üçün - müvafiq icra hakimiyyəti orqanları və müvafiq sosial proqramlar çərçivəsində yerli özünüidarə orqanları;*
- ✓ *işləyən vətəndaşlar üçün - mülkiyyət formasından asılı olmayaraq bütün hüquqi şəxslər və qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olan fiziki şəxslər.*

Könüllü tibbi sığortada sığorta edənlər - vətəndaşlar və vətəndaşların mənafeyini ifadə edən hüquqi şəxslərdir.

Tibbi sığorta sistemindəki tibb müəssisələrinə xüsusi razılığı olan müalicə-profilaktika, elmi-tədqiqat müəssisələri, eləcə də qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada tibbi yardım göstərən digər hüquqi şəxslər daxildirlər.

Tibbi sığortanın subyektləri arasındakı mübahisələr qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada həll edilir.

Maddə 4. Tibbi sığorta müqaviləsi

Tibbi sığorta onun subyektləri arasında bağlanmış müqavilələr formasında həyata keçirilir.

Tibbi sığorta müqaviləsi-qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada sığorta edənle tibbi sığorta təşkilatları arasında bağlanan və sığorta olunana tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq göstərilən tibbi yardımın maliyyələşdirilməsini və təşkilini müəyyən edən, sığorta olunanın digər mənafeələrini müdafiə edən yazılı sazişdir.

Tibbi sığorta müqaviləsi ilk sığorta haqqı ödənilməyə andan qüvvəyə minmiş hesab edilir.

Tibbi sığorta müqaviləsinin forması və bağlanma qaydası müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Tibbi sığortanın ayrı-ayrı növlərinə aid qaydalar və icbari tibbi sığorta münasibətlərinin şamil edilmədiyi şəxslərin kateqoriyaları müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Maddə 5. Tibbi sığorta şəhadətnaməsi

Tibbi sığorta şəhadətnaməsi - sığorta olunana yaşayış yerindən asılı olmayaraq Azərbaycan Respublikasının bütün ərazisində, habelə Azərbaycan Respublikası ilə tibbi sığorta sahəsində müqavilə bağlayan digər dövlətin ərazisində tibbi sığorta proqramında göstəriləndən az olmayan həcmdə tibbi yardım almağa təminat verən sənəddir.

İcbari və könüllü tibbi sığorta müqaviləsinin subyekti olan vətəndaşlar tibbi sığorta şəhadətnaməsi almalıdırlar.

Tibbi sığorta şəhadətnaməsi sığorta olunanın özündə olur və tibb müəssisəsinə müraciət edərkən təqdim olunur.

Tibbi sığorta şəhadətnaməsinin forması və onun tətbiqi qaydaları müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq edilir.

Maddə 6. Sığorta edənin hüquq və vəzifələri

Sığorta edənin hüquqları aşağıdakılardır:

- ✓ *müvafiq icra hakimiyyəti orqanının müəyyən etdiyi qaydada tibbi sığorta müqaviləsi bağlamaq və ya onu ləğv etmək;*
- ✓ *tibbi sığorta təşkilatını sərbəst seçmək;*
- ✓ *tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməsinə nəzarət etmək.*

Sığorta edənin vəzifələri aşağıdakılardır:

- ✓ *icbari tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq sığorta haqlarını vaxtında ödəmək;*
- ✓ *sığorta olunanların sağlamlığının vəziyyətinin göstəriciləri haqqında tibbi sığorta təşkilatına məlumat vermək;*
- ✓ *sığorta haqlarının tam məbləğdə və vaxtında ödənilməsi barədə müvafiq icra hakimiyyəti orqanına məlumat vermək.*

Tibbi sığorta müqaviləsində sığorta edən üçün digər vəzifələr də nəzərdə tutula bilər.

Maddə 7. Tibbi sığorta sistemində sığorta olunan vətəndaşların hüquqları

Tibbi sığorta sistemində sığorta olunan vətəndaşların hüquqları aşağıdakılardır:

- ✓ *tibbi sığorta şəhadətnaməsini aldıkları andan qanunvericilikdə müəyyən olunmuş hüquqlardan istifadə etmək;*

- ✓ *tibbi sığorta müqaviləsi ilə müəyyən edilən tibbi yardım növlərinə və həcminə uyğun olaraq tibbi sığorta sistemində daxil olan tibb müəssisələrindən hər hansı birini və həkimi seçmək;*
- ✓ *profilaktik yardım da daxil olmaqla, Azərbaycan Respublikasının bütün ərazisində icbari tibbi sığorta programından az olmayan həcmdə tibbi yardım almaq;*
- ✓ *icbari tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərinə uyğun olan tibbi xidmətdən istifadə etmək;*
- ✓ *tibbi sığorta müqaviləsinə əsasən müraciət etdiyi tibb müəssisəsindən sağlamlığının vəziyyəti, eləcə də tətbiq olunan müalicə metodları və onların nəticələri barədə məlumat almaq;*
- ✓ *sığorta edənə, tibbi sığorta təşkilatına, tibb müəssisəsinə, tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərindən asılı olmayaraq, onların təqsiri üzündən vurulmuş zərərin ödənilməsi də daxil olmaqla, qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada iddia qaldırmaq;*
- ✓ *könüllü tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərində müəyyən edilməşsə, istifadə edilməyən sığorta haqqının bir hissəsini geri almaq.*

Vətəndaşların tibbi sığorta ilə bağlı mənafeyini müvafiq icra hakimiyyəti orqanı, tibbi sığorta təşkilatları, həmkarlar ittifaqı təşkilatları və digər ictimai birliklər müdafiə edir.

Azərbaycan Respublikasından kənarında yaşayan Azərbaycan Respublikası vətəndaşlarının tibbi sığortası Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrə əsasən həyata keçirilir.

Maddə 8. Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslərin və əcnəbilərin tibbi sığortası

Azərbaycan Respublikasında daimi yaşayan vətəndaşlığı olmayan şəxslər tibbi sığorta sistemində Azərbaycan Respublikasının vətəndaşları ilə eyni hüquq və vəzifələrə malikdirlər.

Azərbaycan Respublikasında əcnəbilər tibbi sığorta sahəsində, Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrdə başqa qaydalar nəzərdə tutulmayıbsa, Azərbaycan Respublikasının vətəndaşları ilə eyni hüquq və vəzifələrə malikdirlər.

Maddə 9. İcbari tibbi sığorta sisteminin maliyyələşdirilməsi

İcbari tibbi sığorta sistemi dövlət büdcəsindən, sığorta edənin (mülkiyyət formasından asılı olmayaraq hüquqi şəxslərin və sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olan fiziki şəxslərin) ödəmələri, icbari tibbi sığorta haqlarının ödəmə qaydasının pozulması hallarında tətbiq olunan cərimə və dəbbə pulu, qanunvericilikdə qadağan olunmayan digər mənbələr hesabına maliyyələşdirilir.

İcbari tibbi sığorta sisteminin maliyyələşdirilməsi, icbari tibbi sığorta haqlarının saxlanması və maliyyə vəsaitinin məqsədli istifadəsinə nəzarət müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən həyata keçirilir.

Maddə 10. Tibbi sığorta sistemində sığorta haqları

İcbari tibbi sığorta sistemində sığorta edənlər işləyən vətəndaşlar üçün məbləği və ödənilmə qaydası müvafiq icra haki-

miyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilən icbari tibbi sığorta haqları ödəyirlər. İcbari tibbi sığorta haqları icbari tibbi sığorta proqramının yerinə yetirilməsini təmin edən məbləğdə müəyyən edilir.

İşləməyən pensiyaçılar, idarə və təşkilat ləğv olunduqda müvəqqəti işsizlər, əmək qabiliyyəti olmayanlar, uşaqlar, tələbələr və büdcə təşkilatlarının işçiləri üçün icbari tibbi sığorta haqları tibbi xidmətlər üçün qiymətlərin indeksasiyası nəzərə alınmaqla müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən büdcə və sosial müdafiə fondlarının vəsaiti hesabına ödənilir.

Könüllü tibbi sığortada sığorta haqlarının məbləği könüllü tibbi sığorta proqramına uyğun olaraq tərəflərin razılığı ilə müəyyən edilir.

Maddə 11. İcbari tibbi sığorta proqramı

İcbari tibbi sığorta proqramı vətəndaşlara göstərilən tibbi xidmətin şərtlərini, növünü, həcmi müəyyən edir və müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən təsdiq edilir. Bu proqram vətəndaşların müəyyən olunmuş həcmdə və keyfiyyətdə tibbi yardım almasını nəzərdə tutur.

III fəsil. Tibbi sığorta təşkilatlarının fəaliyyəti

Maddə 12. Tibbi sığorta təşkilatı

Tibbi sığorta təşkilatı - mülkiyyət formasından asılı olmayaraq, tibbi sığortanı həyata keçirmək üçün qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada xüsusi razılıq almaqla fəaliyyət göstərən və

müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyənləşdirilən zəruri nizamnamə fonduna malik olan - sığorta təşkilatıdır.

Tibbi sığorta təşkilatları səhiyyə sisteminə daxil deyil.

Müvafiq icra hakimiyyəti orqanı və tibb müəssisələri tibbi sığorta təşkilatının təsisçiləri ola bilməzlər.

Tibbi sığorta təşkilatından vergi tutulması Azərbaycan Respublikasının müvafiq qanunvericiliyinə uyğun olaraq tənzimlənir.

Tibbi sığorta təşkilatının yaradılması, yenidən təşkili və ləğv olunması qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada həyata keçirilir.

Maddə 13. Tibbi sığorta təşkilatının hüquq və vəzifələri

Tibbi sığorta təşkilatının hüquqları aşağıdakılardır:

- ✓ *tibbi sığorta müqavilələri üzrə tibbi yardım və xidmətlər göstərilməsi üçün tibb müəssisəsini seçmək;*
- ✓ *tibb müəssisələrinin akkreditasiyasında iştirak etmək;*
- ✓ *tibbi xidmətlər üçün tariflərin müəyyənləşdirilməsində iştirak etmək;*
- ✓ *tibb müəssisələri tərəfindən müqavilənin şərtlərinin pozulduğu hallarda tibbi xidmətlərə çəkilən xərcləri qismən ödəmək;*
- ✓ *tibb müəssisəsinin və (və ya) tibb işçisinin təqsiri üzündən sığorta olunana vurulmuş zərərin ödənilməsi üçün qanunvericilikdə müəyyən edilmiş qaydada məhkəməyə müraciət etmək;*
- ✓ *zərərin sığorta olunan tərəfindən vurulduğu hallar istisna olmaqla, vətəndaşın sağlamlığına vurulmuş zərər*

üçün cavabdeh olan fiziki və ya hüquqi şəxslərdən qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada sığorta olunana tibbi yardım göstərilməsinə sərf olunmuş xərclərin ödənilməsinə tələb etmək.

Tibbi sığorta təşkilatı sabit fəaliyyətini təmin etmək məqsədilə Azərbaycan Respublikası qanunvericiliyində müəyyən olunmuş qaydada ehtiyat fondu yarada bilər.

Tibbi sığorta təşkilatının vəzifələri aşağıdakılardır:

- ✓ tibbi sığorta olunanlara tibbi sığorta proqramına uyğun tibbi yardım göstərilməsi üçün qanunvericilikdə müəyyənləşdirilmiş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələri ilə müqavilələr bağlamaq;*
- ✓ tibbi sığorta müqaviləsinin qüvvəyə mindiyi andan sığorta olunana tibbi sığorta şəhadətnaməsini vermək;*
- ✓ tibb müəssisələrinə tibbi xidmətin haqqını müqavilədə nəzərdə tutulmuş qaydada və müddətdə ödəmək;*
- ✓ könüllü tibbi sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuşsa, sığorta haqlarının bir hissəsini sığorta olunana qaytarmaq;*
- ✓ müqavilənin şərtlərinə uyğun olaraq tibbi yardımın həcminə, müddətinə və keyfiyyətinə nəzarət etmək;*
- ✓ sığorta olunanın mənafeələrini müdafiə etmək.*

IV fəsil. Tibbi sığorta sistemində tibb müəssisələrinin fəaliyyəti

Maddə 14. Tibb müəssisələrinin və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin hüquq və vəzifələri

Mülkiyyət formasından asılı olmayaraq qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələrinin və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin tibbi sığorta sistemində tibbi xidmətlər göstərmək hüququ vardır.

Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər qanunvericiliyə uyğun olaraq keçirilən müsabiqə əsasında icbari tibbi sığorta proqramlarının həyata keçirilməsində iştirak edə bilərlər. Özəl tibb müəssisələri və özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərlə müqavilələr, onların icbari tibbi sığorta proqramlarında iştirakı hallarında, müvafiq icra hakimiyyəti və yerli özünüidarəetmə orqanları, habelə tibbi sığorta təşkilatları ilə bağlanır.

Tibbi sığorta proqramlarını yerinə yetirən tibb müəssisələrinin tibbi sığorta sistemindən kənar da tibbi yardım göstərmək hüququ vardır. Qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada tibbi sığorta proqramını yerinə yetirən tibb müəssisələrinin və ya özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslərin tibbi sığorta təşkilatını seçmək hüququ vardır.

Tibbi sığorta sistemində mülkiyyət formasından asılı olmayaraq tibb müəssisələri sığorta olunanların əmək qabiliyyətinin müvəqqəti itirilməsini təsdiq edən sənəd vermək hüququna malikdirlər.

İcbari tibbi sığorta sistemində mülkiyyət formasından asılı olmayaraq tibb müəssisələri və ya özəl tibbi praktika ilə

məşğul olan şəxslər tibbi sığorta proqramlarını yerinə yetirərkən:

- ✓ *sığorta olunana tibbi sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulmuş müddətdə, həcmdə və keyfiyyətdə tibbi yardım göstərməli;*
- ✓ *sığorta olunanın xəstəliyi ilə əlaqədar baş verə biləcək, eyni zamanda sığorta olunanın təqsirindən üzə çıxmış hər hansı fəsadlar barədə tibbi sığorta təşkilatına məlumat verməli;*
- ✓ *sığorta olunanın sağlamlığının vəziyyətinə və ya şəxsi həyatına dair məlumatlar barədə xidməti sirri qorunmalıdırlar.*

İcbari tibbi sığorta sistemində tibb müəssisələri və ya qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər tibbi sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan tibbi xidmətlərə görə sığorta olunandan əlavə haqq tələb edə bilməzlər.

Özəl tibb fəaliyyəti subyektlərinin icbari tibbi sığorta proqramlarında iştirakından asılı olmayaraq, icbari tibbi sığorta qaydalarına əsasən təcili tibbi yardım göstərən özəl tibb fəaliyyətinin subyektlərinə ödəniş bu şəxslərin sığortalandığı tibbi sığorta təşkilatları tərəfindən həyata keçirilir.

Maddə 15. Tibbi sığorta sistemində tibbi xidmətlər üçün tariflər

İcbari tibbi sığorta sistemində tibbi xidmətlər üçün tariflər müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir.

Tariflər tibb müəssisələrinin rentabelliyini və tibbi sığorta müqaviləsində nəzərdə tutulan tibbi xidmətin müasir səviyyəsini təmin etməlidir.

Könüllü tibbi sığorta üzrə tibbi xidmətlər üçün tariflər sığorta təşkilatı ilə bu xidmətləri göstərən tibb müəssisəsi (və ya özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxs) arasında razılaşmaya əsasən müəyyən edilir.

V fəsil. Yekun müddəaları

Maddə 16. Tibbi sığorta sistemində tərəflərin məsuliyyəti

Mülkiyyət formasından asılı olmayaraq müəssisə, idarə və təşkilatların sığorta haqqının ödəyiciləri kimi qeydiyyatdan keçməkdən imtina edilməsinə, sığorta haqlarının hesablanması üçün məbləğlərin gizlədilməsinə və ya aşağı salınmasına, ödənilmə müddətlərinin pozulmasına görə qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada maliyyə sanksiyaları tətbiq edilir.

Tibb müəssisəsi və ya özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxs tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərinə və qanunvericiliyin tələblərinə uyğun olaraq göstərilən tibbi xidmətin həcmində və keyfiyyətinə görə, eləcə də sığorta olunana tibbi xidmət göstərməkdən imtina etməyə görə məsuliyyət daşıyırlar.

Qanunvericilikdə müəyyən olunmuş qaydada fəaliyyət göstərən tibb müəssisələri və ya özəl tibbi praktika ilə məşğul olan şəxslər tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərini pozduqda tibbi sığorta təşkilatı göstərilən tibbi xidmətin haqqını tam və ya qismən ödəməmək hüququna malikdir.

Tibbi sığorta müqaviləsinin şərtlərinin yerinə yetirilməsinə görə tibbi sığorta təşkilatı sığorta olunan və ya sığorta edən qarşısında məsuliyyət daşıyır.

Tibbi sığorta sistemində mübahisələr Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada məhkəmə tərəfindən həll edilir.

Maddə 17. Bu Qanunun pozulmasına görə məsuliyyət

Bu Qanunun pozulmasında təqsirli olan hüquqi və fiziki şəxslər Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyinə uyğun olaraq məsuliyyət daşıyırlar.

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti

Heydər ƏLİYEV

Bakı şəhəri, 28 oktyabr 1999-cu il

Nº 725-IQ

"Azərbaycan" qəzetində dərc edilmişdir (15 yanvar 2000-ci il, Nº 10).

Azərbaycan Respublikasının Qanunvericilik Topplusunda dərc edilmişdir (31 yanvar 2000-ci il, Nº 1, maddə 4).

20 fevral 2001-ci il tarixli, 86-IIQD nömrəli qanuna əsasən dəyişikliklər və əlavələrlə.

MÜNDƏRİCAT

| | |
|--|-----|
| Ön söz | 3 |
| Azərbaycanda ilkin səhiyyənin təşkili və maliyyələşdirilməsinin mövcud vəziyyəti | 5 |
| Azərbaycanda İSX-nin gücləndirilməsi və maliyyələşdirilməsinin təkmilləşdirilməsi Konsepsiyası | 31 |
| 2006-cı ilin dövlət büdcəsi və səhiyyə xərcləri | 51 |
| Ümumi təcrübə həkimi / ailə həkimi. | 69 |
| Nəşrdə istifadə olunan terminlərin izahı | 81 |
| Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu | 91 |
| Özəl tibb fəaliyyəti haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu | 126 |
| Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu | 138 |

Redaktor: *Cəmil ƏLİBƏYOV*
Texniki redaktor: *Tural MƏMMƏDOV*
Korrektor: *Gülzar SADİQOVA*
Operator: *Sona MƏMMƏDOVA*

Yığılmağa verilib 25.04.2006
Çapa hazırlanıb 10.05.2006
Həcmi 9.5 şərti ç.v.
Tiraj 1000

Kitab pulsuz paylanır

Kitab "CBS polygraphic production"
mətbəəsində çap olunub.