

İcbari tibbi sığorta ilə bağlı Xidmətlər Zərfi

Şərtlər və qaydalar necə müəyyən edilib?

Nazirlər Kabineti "İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi"nin təsdiq edilməsi haqqında qərar qəbul edib. Belə ki, bu sənəd icbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi növündən asılı olaraq tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtlərini, müştərək maliyyələşmə məbləğlərini, habelə gözləmə müddətlərini müəyyən edir.

Bundan başqa sığortaolunarlara icbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım istisna olmaqla) Qanuna uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlanmış tibb müəssisələrində və (və ya) həmin müəssisələrin göndərişi əsasında göstərilir. O cümlədən sığortaolunarlara icbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər tibbi göstəriş olduğu hallarda göstərilir.

TİBBİ XİDMƏTLƏR HANSI HALLARDA GÖSTƏRİLİR?

İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi "Tibbi sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununun 15-17.4-cü maddəsinə əsasən hazırlanıb və icbari tibbi sığorta çərçivəsində sığortaolunarlara göstərilən tibbi xidmətlərin siyahısını və tariflərini (o cümlədən, sığorta limitini), növündən asılı olaraq tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtlərini, müştərək maliyyələşmə məbləğlərini, habelə gözləmə müddətlərini müəyyən edir. Sığortaolunarlara icbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım istisna olmaqla) qanuna uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlanmış tibb müəssisələrində və (və ya) həmin müəssisələrin göndərişi əsasında göstərilir. İcbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər tibbi göstəriş olduğu hallarda göstərilir. Xidmətlər Zərfinə daxil olan tibbi xidmətlərin siyahısı və tibbi xidmətlərin tarifləri bu sənədin əlavəsinə uyğun olaraq müəyyən edilib.

İlkin səhiyyə xidməti, Qanunun 15-15.2-ci maddəsi ilə müəyyən edilmiş qaydada, ilkin səhiyyə xidməti üzrə tibbi xidmət göstərən dövlət tibb müəssisəsinə təhkim olunmuş şəxslərə göstərilir. Ailə həkimi (sahə-terapevti, sahə-pediatri) ilkin səhiyyə xidmətini ambulator qəbul və evdə xidmət (çağırışlar və fəal gedişlər) vasitəsilə həyata keçirir. İlkin səhiyyə xidməti çərçivəsində evdə xidmət ailə həkimi və (və ya) onunla birgə çalışan orta tibb işçisi tərəfindən dövlət tibb müəssisəsinə təhkim olunmuş şəxsin bilavasitə yaşayış ünvanında həyata keçirilir. İlkin səhiyyə xidməti üzrə sığorta ödənişi dövlət tibb müəssisəsinə təhkim olunmuş şəxslərin sayına əsasən ödənilir. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmət çərçivəsində ambulanx xidmətinin maliyyələşdirilməsi müvafiq tibb müəssisəsinin xidmət göstərdiyi ərazi vəhidlərində yaşayan əhəlinin (yaşayış yeri və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olan şəxslərin) adambaşı sayına görə həyata keçirilir. Ambulator və ya stasionar şəraitdə göstərilən təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmət bu sənədin əlavəsində göstərilmiş müvafiq tariflərə uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlanmış tibb müəssisəsinə həmin müqavilədə qeyd olunmuş həcmdə ödənilir. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmətin göstərilməsindən dərhal sonra sığortaolunanın stasionar şəraitdə müalicə olunmasının davamına tibbi göstəriş olduğu hallarda,

stasionar müalicədən əvvəl göstərilən tibbi xidmətə görə sığorta ödənişi həyata keçirilmir. Təcili və təxirəsalınmaz hallarda tibb müəssisəsi tərəfindən ixtisaslaşdırılmış tibbi xidmətin göstərilməsi mümkün olmadıqda, tibb müəssisəsi öz maliyyə vəsaiti hesabına sığortaolunanın həmin tibbi yardımı göstərən digər tibb müəssisəsinə göndərilməsini təmin edir.

SİĞORTA ÖDƏNİŞİ NECƏ HESABLANIR VƏ ÖDƏNİLİR?

Kütləvi tədbirlər və hadisələr zamanı (nümayişlər, milli bayramlar və s.) yerli idarəetmə orqanlarının tələblərinə əsasən, müvəqqəti təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım məntəqələrinin təşkili büdcə vəsaiti hesabına, idman oyunları, müxtəlif mədəniyyət tədbirləri zamanı, habelə istirahət zonalarında təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım məntəqələrinin təşkili və ambulanx xidmətinin ödənişi tədbir təşkilatçıları hesabına hesabına həyata keçirilir. İxtisaslaşdırılmış ambulator tibbi xidmətin göstərilməsi şərtlərinə gəlincə isə sənədin 6.4-cü bəndi nəzərə alınmaqla, sığortaolu-

lunan stasionar tibbi xidmətdən istifadə etmək üçün eyni tibb müəssisəsinə, eyni ixtisaslı həkimə və eyni səbəbdən 45 (qırx beş) gün ərzində təkrar müraciət etdiyi hallarda, həmin müraciət üzrə göstərilən stasionar tibbi xidmətə görə sığorta ödənişi hesablanmır və ödənilir. Stasionar tibbi xidmətin göstərilməsi zamanı ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətlərin dəyəri stasionar tibbi xidmətin tarifinə daxildir.

Stasionar terapevtik tibbi xidmətin tarifi sığortaolunana qoyulmuş əsas diaqnoz seçilməklə müəyyən edilir. Stasionar cərrahi tibbi xidmətin tarifi isə tibbi göstəriş olan cərrahi müdaxilənin proseduru seçilməklə müəyyən edilir. Cərrahi müdaxilə zamanı eyni anesteziya növü və eyni anatomik nahiyə üzrə bir neçə əməliyyatın aparılması tələb olunarsa, bu halda cərrahi müdaxiləyə səbəb olan əsas müdaxiləyə görə (dəyəri ən yüksək olan cərrahi əməliyyat əsas hesab olunmaqla) - tarifi 100 (yüz) faizi həcmdə, 2-ci əməliyyat (dəyərinə görə) üzrə 50 (əlli) faizi həcmdə, 3-cü və daha çox əməliyyatlar üzrə isə 25 (iyirmi beş) faizi həcmdə, cərrahi



nana ixtisaslaşdırılmış ambulator tibbi xidmət ailə həkiminin göndərişi, ambulator şəraitdə təyin edilmiş tibbi müayinələr isə səlahiyyətləri çərçivəsində ailə həkimi və ya ixtisaslı həkimin göndərişi əsasında həyata keçirilə bilər. Sığortaolunanın ixtisaslı həkimə müraciət etdiyi tarixdən 21 (iyirmi bir) gün ərzində eyni tibb müəssisəsinə eyni ixtisaslı həkimə eyni səbəbdən təkrar müraciəti zamanı ixtisaslı həkimin müayinəsinə görə tibb müəssisəsinə sığorta ödənişi həyata keçirilmir. Bu Sənədin əlavəsinə əsasən ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım tələb etməyən halların diaqnostikası və müalicəsi üçün zəruri olan tibbi müayinələr ailə həkiminin göndərişi ilə də göstərilə bilər. Ailə həkiminin göndərişi olmadan ixtisaslı həkimə yalnız hamilə qadınların ginekoloji tibbi xidmətlər üzrə müraciətinə icazə verilir. MRT (maqnit-rezonans tomoqrafiyası) və KT (kompüter tomoqrafiyası) xidmətləri istisna olmaqla, ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətlər stasionar şəraitdə göstərilirdi təqdirdə, sığorta ödənişi stasionar tibbi xidmətin tarifinə əsasən hesablanır və ödənilir.

Stasionar tibbi xidmətin göstərilməsi şərtləri xidmətlər zərfinə daxil olan stasionar tibbi xidmət üzrə diaqnozlar "Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatının, 10-cu bəxşi"na əsasən tərtib edilib. İxtisaslaşdırılmış stasionar tibbi xidmət ixtisaslı həkimin göndərişi əsasında və ya təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın müşayiət və rəqəsi əsasında həyata keçirilir. Sığortao-

ğorta ödənişi stasionar terapevtik və ya cərrahi tibbi xidmətlərin davam etdirilməsinin mümkün olmadığı sığorta hadisəsinin başlanılması müddətindən 24 (iyirmi dörd) saat ərzində aşkarlanarsa, müvafiq tibbi xidmət üçün nəzərdə tutulmuş tarifi 10 (on) faizi köçürən tibb müəssisəsinə və müvafiq olaraq stasionar terapevtik tibbi xidmətin tarifi 90 (doxsan) faizi, cərrahi tibbi xidmətin tarifi isə 100 (yüz) faizi sığortaolunanın köçürüldüyü tibb müəssisəsinə ödənilir.

Stasionar terapevtik və ya cərrahi tibbi xidmətlərin davam etdirilməsinin mümkün olmadığı sığorta hadisəsinin başlanılması müddətindən 24 (iyirmi dörd) saat sonra aşkarlanarsa, müvafiq tibbi xidmət üçün nəzərdə tutulmuş tarifi 20 (iyirmi) faizi köçürən tibb müəssisəsinə və müvafiq olaraq stasionar terapevtik tibbi xidmətin tarifi 80 (səksən) faizi, cərrahi tibbi xidmətin tarifi isə 100 (yüz) faizi sığortaolunanın köçürüldüyü tibb müəssisəsinə ödənilir. Qeyd olunan xüsusi hallarda stasionar şəraitdə (terapevtik və cərrahi) aparılan müalicənin fəsadlaşması və ağırlaşması nəticəsində sığortaolunan digər tibb müəssisəsinə köçürüldüyü halda, köçürən tibb müəssisəsinə sığorta ödənişi həyata keçirilmir, sığortaolunanın köçürüldüyü tibb müəssisəsinə isə sığorta ödənişi müvafiq tibbi xidmət üçün nəzərdə tutulmuş tarifi 100 (yüz) faizi hesablanmaqla ödənilir.

5, 15, 20 MANAT MÜŞTƏRƏK MALİYYƏLƏŞMƏ MƏBLƏĞİ

Stasionar tibbi xidmətin göstərilməsi zamanı göndəriş vərəqəsi əsasında digər tibb müəssisəsində müayinələr aparıldığı hallarda, sığorta ödənişi həmin müayinələrin tarifi stasionar tibbi xidmətin tarifi ilə çıxılmaqla hesablanır və göndəriş vərəqəsinə tibb müəssisəsinə ödənilir. Göndəriş verilən tibb müəssisəsinə isə sığorta ödənişi həmin müayinələrin tarifi üzrə hesablanmaqla ödənilir.

Müştərək maliyyələşmə məbləği tətbiq edilən hallarda gəlincə isə bu sənəddə nəzərdə tutulmuş tibbi xidmətlərdən istifadə zamanı tibbi xidmətlərə tətbiq edilən müştərək maliyyələşmə məbləğləri (tibbi xidmətin tarifi sığortaolunan tərəfindən ödənilən hissəsi) aşağıdakı qaydada müəyyən edilir. Belə ki, sığortaolunan ailə həkiminin (sahə pediatri, sahə terapevti) göndərişi olmadan yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə ambulator şəraitdə ixtisaslı həkimə müraciət etdiyi təqdirdə, hər bir sığorta hadisəsinə görə - 5 (beş) manat, tibbi ərazi bölməsi daxilində digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə müraciət etdiyi təqdirdə, hər bir sığorta hadisəsinə görə - 5 (beş) manat və tibbi ərazi bölməsindən kənar yerləşən tibb müəssisəsinə müraciət etdiyi təqdirdə, hər bir sığorta hadisəsinə görə - 15 (on beş) manat, sığortaolunan yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə tərəfindən göndəriş vərəqəsi olmadan stasionar şəraitdə xidmətin göstərilməsi üçün tibbi ərazi bölməsi daxilində digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə müraciət etdiyi təqdirdə, ixtisaslı həkimin müayinəsi üçün - 5 (beş) manat, müayinənin nəticəsi olaraq ixtisaslı həkimin stasionar tibbi xidmətə göndərişi əsasında 100 (yüz) manatdan artıq hər bir sığorta hadisəsinə görə - 30 (otuz) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəyir. Həmçinin, sığortaolunan qeydiyyatda olduğu inzibati ərazi üzrə tibb müəssisəsi tərəfindən göndəriş vərəqəsi olmadan stasionar şəraitdə xidmətin göstərilməsi üçün tibbi ərazi bölməsindən kənar yerləşən tibb müəssisəsinə müraciət etdiyi təqdirdə, ixtisaslı həkimin müayinəsi üçün - 15 (on beş) manat, müayinənin nəticəsi olaraq ixtisaslı həkimin stasionar tibbi xidmətə göndərişi əsasında 100 (yüz) manatdan artıq hər bir sığorta hadisəsinə görə - 90 (doxsan) manat, sığortaolunan ixtisaslı həkimin göndərişi əsasında tibbi göstərişi olan, ambulator şəraitdə göstərilən MRT (maqnit-rezonans tomoqrafiyası) və KT (kompüter tomoqrafiyası) xidmətinə görə hər müraciət üçün 20 (iyirmi) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəyir.

Şəbnəm