



AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ NAZİRLƏR KABİNETİ

Q Ə R A R

“İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi”nin təsdiq edilməsi haqqında

“Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişiklik edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikasının 2019-cu il 3 dekabr tarixli 1718-VQD nömrəli Qanununun tətbiqi və “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişiklik edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikasının 2018-ci il 28 dekabr tarixli 1441-VQD nömrəli Qanununun tətbiqi və “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun tətbiq edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 1999-cu il 30 dekabr tarixli 241 nömrəli Fərmanının ləğv edilməsi haqqında” Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2019-cu il 31 yanvar tarixli 502 nömrəli Fərmanında dəyişiklik edilməsi barədə” Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 2019-cu il 24 dekabr tarixli 898 nömrəli Fərmanının 2.1-ci bəndinin icrasını təmin etmək məqsədilə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti **qərara alır**:

“İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi” təsdiq edilsin (əlavə olunur).

Əli Əsədov
Azərbaycan Respublikasının Baş Naziri

Bakı şəhəri, 10 yanvar 2020-ci il

№ 5

İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi

1. Ümumi müddəalar

1.1. İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi (bundan sonra – Sənəd) “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun (bundan sonra – Qanun) 15-17.4-cü maddəsinə əsasən hazırlanmışdır və icbari tibbi sığorta çərçivəsində sığortaolunanlara 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.

1.2. Sığortaolunanlara icbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım istisna olmaqla) Qanuna uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlamış tibb müəssisələrində və (və ya) həmin müəssisələrin göndərişi əsasında göstərilir.

1.3. Sığortaolunanlara icbari tibbi sığorta çərçivəsində tibbi xidmətlər tibbi göstəriş olduğu hallarda göstərilir.

2. Əsas anlayışlar

2.1. Bu Sənəddə istifadə olunan əsas anlayışlar aşağıdakı mənaları ifadə edir:

2.1.1. sığortaolunan – sağlamlığı icbari qaydada sığortalanmış fiziki şəxs;

2.1.2. ilkin səhiyyə xidməti - əhali arasında geniş yayılmış və ixtisaslaşdırılmış yardım tələb etməyən vəziyyətlərin və xəstəliklərin diaqnostikası və müalicəsi, tibbi profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi, ana və uşaqların sağlamlığının mühafizəsi, tibbi-sanitar maarifləndirmə işinin aparılmasından ibarət tibbi yardım növü;

2.1.3. təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmət - tibb müəssisəsindən kənar, o cümlədən ambulator və stasionar şəraitdə təcili və təxirəsalınmaz tibbi müdaxilə tələb olunan hallarda (qəfləti kəskin hallar, xroniki xəstəliklərin kəskinləşməsi, zədələnmə və zərərçəkənin həyatı üçün təhlükə yaranan hallarda) göstərilən tibbi yardım növü;

2.1.4. ixtisaslaşdırılmış ambulator tibbi xidmət - tibb müəssisəsində tibbi müşahidə və müalicə tələb olunmayan hallarda xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin aradan qaldırılması üçün ixtisaslı həkim tərəfindən göstərilən tibbi yardım növü;

2.1.5. stasionar tibbi xidmət – terapevtik və cərrahi növlərdən ibarət olmaqla, xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin aradan qaldırılması üçün tibb müəssisəsində tibbi müşahidə və müalicə tələb olunan hallarda tibb müəssisələrində ixtisaslı həkim tərəfindən göstərilən tibbi yardım növü;

2.1.6. tibbi göstəriş – “Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun 34-cü maddəsində nəzərdə tutulmuş standartlara uyğun zəruri diaqnostik və müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsi üçün əsas olan patoloji prosesin xüsusiyyətləri, lokalizasiyası, inkişafı və onunla bağlı baş verən pozuntular;

2.1.7. göndəriş vərəqəsi – tibb müəssisəsində sığortaolunana tələb olunan tibbi xidmətlərin göstərilməsi mümkün olmadığı təqdirdə, həmin tibb müəssisəsinin bu xidmətləri göstərmək imkanına malik olan digər tibb müəssisəsinə yazılı göstərişi.

3. Tibbi xidmətlərin siyahısı və tibbi xidmətlərin tarifləri

3.1. Xidmətlər Zərfinə daxil olan tibbi xidmətlər təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım, ilkin səhiyyə xidməti, ixtisaslaşdırılmış ambulator yardım, stasionar tibbi yardım növlərini əhatə edir.

3.2. Xidmətlər Zərfinə daxil olan tibbi xidmətlərin siyahısı və tibbi xidmətlərin tarifləri bu Sənədin əlavəsinə uyğun olaraq müəyyən edilir.

4. İlkın səhiyyə xidmətinin göstərilməsinin şərtləri

4.1. İlkın 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.

4.2. Ailə həkimi (sahə-terapevti, sahə-pediatrı) ilkin səhiyyə xidmətinə ambulator qəbul və evdə xidmət (çağırışıqlar və fəal gedışlər) vasitəsilə həyata keçirir.

4.3. İlkın səhiyyə xidməti çərçivəsində evdə xidmət ailə həkimi və (və ya) onunla birgə çalışın orta tibb işçisi tərəfindən dövlət tibb müəssisəsinə təhkim olunmuş şəxsin bilavasitə yaşayış ünvanında həyata keçirilir.

4.4. İlk sәhiyyә xidmәti üzrә sığorta ödənişi dövlət tibb müəssisəsinə təhkim olunmuş şəxslərin sayına əsasən ödənilir.

5. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmətin göstərilməsi şərtləri

5.1. Təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmət çərçivəsində ambulans xidmətinin maliyyələşdirilməsi müvafiq tibb müəssisəsinin xidmət göstərdiyi ərazi vahidlərində yaşayan əhalinin (yaşayış yeri və ya olduğu yer üzrә qeydiyyatda olan şəxslərin) adambaşı sayına görə həyata keçirilir.

5.2. Ambulator və ya stasionar şəraitdə göstərilən təcili və təxirəsalınmaz tibbi xidmət bu Sənədin əlavəsində göstərilmiş müvafiq tariflərə uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrә Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlamış tibb müəssisəsinə həmin müqavilədə qeyd olunmuş həcmdə ödənilir.

5.3. 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.

5.4. Təcili və təxirəsalınmaz hallarda tibb müəssisəsi tərəfindən ixtisaslaşdırılmış tibbi xidmətin göstərilməsi mümkün olmadıqda, tibb müəssisəsi öz maliyyə vəsaiti hesabına sığortaolunanın həmin tibbi yardımını göstərən digər tibb müəssisəsinə göndərilməsini təmin edir.

5.5. 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 ambulans xidmətinin ödənişi tədbir təşkilatçılarının vəsaiti hesabına həyata keçirilir.

6. İxtisaslaşdırılmış ambulator tibbi xidmətin göstərilməsi şərtləri

6.1. Bu Sənədin 6.4-cü bəndi nəzərə alınmaqla, sığortaolunana 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. Sığortaolunanlara ailə həkiminin göndərişi olmadan tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtləri bu Sənədin 10-cu hissəsi ilə müəyyən edilir.

6.2. Bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.1.4-cü yarımbəndinə uyğun olaraq 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.

6.3. 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.

6.4. Ailə həkiminin göndərişi olmadan ixtisaslı həkimə yalnız hamilə qadınların ginekoloji tibbi xidmətlər üzrə müraciətinə icazə verilir.

6.5. MRT (maqnit-rezonans tomoqrafiyası) və KT (kompüter tomoqrafiyası) xidmətləri istisna olmaqla, ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətlər stasionar şəraitdə göstəriləndi təqdirdə, sığorta ödənişi stasionar tibbi xidmətin tarifinə əsasən hesablanır və ödənilir.

7. Stasionar tibbi xidmətin göstərilməsi şərtləri

7.1. Xidmətlər Zərfinə daxil olan stasionar tibbi xidmət üzrə diaqnozlar "Xəstəliklərin və sağlamlıqla bağlı problemlərin beynəlxalq statistik təsnifatının, 10-cu bəxşi"na əsasən (bundan sonra - XBT-10), stasionar tibbi xidmət üzrə prosedurlar "Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının 9-cu bəxşi (Klinik Modifikasiya), Həcm 3" (bundan sonra - XBT-09) əsasən tərtib edilmişdir.

7.2. İxtisaslaşdırılmış stasionar tibbi xidmət ixtisaslı həkimin göndərişi əsasında və ya təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın müşayiət vərəqəsi əsasında həyata keçirilir.

7.3. Sığortaolunan 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 ödənilmir.

7.4. Stasionar tibbi xidmətin göstərilməsi zamanı ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətlərin dəyəri stasionar tibbi xidmətin tarifinə daxildir.

7.5. KT (kompüter tomoqrafiyası), MRT (maqnit-rezonans tomoqrafiyası) xidmətlərinin dəyəri bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.5.1-2.5.39-cu yarımbəndlərində nəzərdə tutulan invaziv radioloji xidmətlərin tarifinə daxildir.

8. Stasionar terapevtik və stasionar cərrahi tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtləri

8.1. Bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.6.1-2.6.950-ci, 2.7.1-2.7.255-ci yarımbəndlərində nəzərdə tutulan stasionar cərrahi tibbi xidmət XBT-09-a əsasən təminata daxil edilmiş tibbi xidmətin prosedurlarından və stasionar terapevtik xidmət XBT-10-a əsasən qruplaşdırılmış diaqnozlar üzrə sığortaolunanın müayinə və müalicəsi üçün göstərişi olan tibbi xidmətlərdən ibarətdir.

8.2. Stasionar terapevtik tibbi xidmətin tarifi bu Sənədin əlavəsindəki cədvəldə qruplaşdırılmış diaqnozlar arasından sığortaolunana qoyulmuş əsas diaqnoz seçilməklə müəyyən edilir. Stasionar cərrahi tibbi xidmətin tarifi isə tibbi göstəriş olan cərrahi müdaxilənin proseduru seçilməklə müəyyən edilir.

8.3. Eyni anesteziya ilə bir neçə cərrahi müdaxilələrin həyata keçirildiyi halda, stasionar cərrahi tibbi xidmətə görə sığorta ödənişi cədvələ uyğun olaraq aşağıdakı şərtlər əsasında hesablanır və tibb müəssisəsinə ödənilir (bu bəndin məqsədləri üçün anatomik nahiyələr dedikdə, baş nahiyəsi, boyun nahiyəsi, döş nahiyəsi, abdominal nahiyə, çanaq, bel nahiyəsi, yuxarı ətraf (hər biri), aşağı ətraf (hər biri) başa düşülür və anatomik nahiyə həmin nahiyənin orqan və toxumaları ilə birgə hesab edilir):

8.3.1. 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) - tarifin 100 (yüz) faizi həcmində, 2-ci əməliyyat (dəyərinə görə) üzrə 50 (əlli) faizi həcmində, 3-cü və daha çox əməliyyatlar üzrə isə 25 (iyirmi beş) faizi həcmində;

8.3.2. cərrahi müdaxilə zamanı eyni anesteziya növü və müxtəlif anatomik nahiyə üzrə bir neçə əməliyyatın aparılması tələb olunarsa - cərrahi müdaxiləyə səbəb olan əsas müdaxilənin (dəyəri ən yüksək cərrahi əməliyyat olan əsas hesab olunmaqla) dəyəri

tarifin 100 (yüz) faizi həcmində, 2-ci əməliyyat üzrə 70 (yetmiş) faizi həcmində, 3-cü və daha çox əməliyyatlar üzrə isə 25 (iyirmi beş) faizi həcmində;

8.3.3. bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.6.1-2.6.6-cı, 2.6.29-cu, 2.6.139-cu, 2.6.268-ci, 2.6.283-cü, 2.6.286-cı və 2.6.288-ci, 2.6.336-cı və 2.6.802-ci yarımbəndlərində nəzərdə tutulan stasionar cərrahi xidmətlər bir neçə cərrahi xidmətlə birlikdə göstərilirdi təqdirdə, həmin xidmətlər üzrə tarifin 100 (yüz) faizi həcmində;

8.3.4. bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.6.232-ci, 2.6.573-cü, 2.6.588-ci, 2.6.601-ci, 2.6.622-ci, 2.6.661-ci, 2.6.693-cü və 2.6.797-ci yarımbəndlərində nəzərdə tutulan stasionar cərrahi xidmətlər sığorta hadisəsi zamanı göstərilirdi təqdirdə, yalnız bir stasionar tibbi xidmətin tarifi seçilməklə.

8.4. Stasionar şəraitdə tibbi xidmətin göstərilməsinə başlandıqdan sonra 24 (iyirmi dörd) saat ərzində sığortaolunanın evə yazıldığı hallarda, sığorta ödənişi bu Sənədin əlavəsindəki cədvəllə müəyyən edilmiş stasionar cərrahi tibbi xidmət üçün tarifin 80 (səksən) faizi, stasionar terapevtik tibbi xidmət üçün isə tarifin 20 (iyirmi) faizi həcmində hesablanır və ödənilir.

8.5. Sığortaolunana stasionar şəraitdə müalicə aldığı zaman eyni səbəbdən (eyni anatomik nahiyə üzrə və eyni diaqnoz) həm stasionar terapevtik, həm də stasionar cərrahi tibbi xidmət tələb olunduğu təqdirdə, sığorta ödənişi stasionar cərrahi xidmətin tarifi ilə hesablanır və ödənilir.

8.6. Bu Sənədin əlavəsindəki cədvəlin 2.7.203-2.7.208-ci, 2.7.235-ci, 2.7.211-ci və 2.7.253-cü yarımbəndlərində nəzərdə tutulan stasionar terapevtik tibbi xidmətlərin tarifinə sığortaolunanın müalicəsi üçün tələb olunan cərrahi müdaxilələrin dəyəri də daxildir.

8.7. İxtisaslaşdırılmış tibbi yardımın göstərilməsi mümkün olmadığı təqdirdə, tibbi xidmət göndəriş vərəqəsi və tibbi göstəriş əsasında ixtisaslaşdırılmış tibbi yardımı göstərə bilən digər tibb müəssisəsinə köçürülməklə həyata keçirilir.

8.8. Stasionar terapevtik və cərrahi tibbi xidmətlərin davam etdirilməsi mümkün olmadığı təqdirdə, müalicənin davamı üçün sığortaolunanın tibb müəssisəsi tərəfindən digər tibb müəssisəsinə köçürülməsi hallarında, sığorta ödənişi aşağıdakı qaydada həyata keçirilir:

8.8.1. 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 tarfinin 90 (doxsan) faizi, cərrahi tibbi xidmətin tarifi isə 100 (yüz) faizi sığortaolunanın köçürüldüyü tibb müəssisəsinə ödənilir;

8.8.2. 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.

8.9. Bu Sənədin 8.8.1-ci və 8.8.2-ci yarımbəndlərində qeyd olunan 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.

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

9. Koxlear implant sisteminin və oynaq daxili endoprotezlərin yerləşdirilməsini tələb edən tibbi xidmətlərin göstərilməsi şərtləri

9.1. İkitərəfli ağır dərəcəli sensonevral eşitmə azlığı olan sığortaolunarlara koxlear implantasiya əməliyyatı aşağıdakı şərtlərlə göstərilir:

9.1.1. bu təminat anadangəlmə və ya sonradan yaranmış sensonevral eşitmə azlığı olan sığortaolunarlara şamil edilir;

9.1.2. anadangəlmə ağır dərəcəli ikitərəfli sensonevral eşitmə azlığı olan sığortaolunanın yaş həddi 5 (beş) yaş, sonradan yaranmış ağır dərəcəli ikitərəfli sensonevral eşitmə azlığı olan sığortaolunanların yaş həddi 40 (qırx) yaş kimi müəyyən edilir;

9.1.3. anadangəlmə ağır dərəcəli ikitərəfli sensonevral eşitmə azlığının mövcudluğu mütləq şəkildə BERA testinin nəticəsi ilə təsdiq olunmalıdır (BERA testinin nəticəsi: ikitərəfli ağır dərəcəli (IV dərəcə) sensonevral eşitmə azlığı);

9.1.4. sonradan yaranmış ağır dərəcəli ikitərəfli sensonevral eşitmə azlığının mövcudluğu mütləq şəkildə audiometriya nəticəsi ilə təsdiq olunmalıdır;

9.1.5. eşitmə aparatının istifadəsi (minimum 3, maksimum 6 ay);

9.1.6. əməliyyatdan sonra effektivliyin yüksək olması üçün dil hazırlığı təlimlərində iştirakı.

9.2. İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi tərəfindən təqvim ili ərzində icbari tibbi sığorta fondunun vəsaiti hesabına təminat verilən koxlear implantasiya əməliyyatlarının sayı 300 müəyyən edilir.

9.3. Oynaqdaxili endoprotezlərin yerləşdirilməsi aşağıdakı şərtlərlə göstərilir:

9.3.1. ixtisaslı həkim rəyi və müvafiq müayinənin nəticələri (əməliyyat olunacaq oynağın rentgen, MRT (maqnit-rezonans tomoqrafiyası) və ya KT (kompüter tomoqrafiyası) müayinələri) əsasında diaqnozun müəyyənləşdirilməsi;

9.3.2. yalnız diz oynağı və bud-çanaq oynaqdaxili endoprotezlərin yerləşdirilməsi.

9.4. İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi tərəfindən təqvim ili ərzində icbari tibbi sığorta fondunun vəsaiti hesabına təminat verilən oynaqdaxili endoprotezlərin yerləşdirilməsi əməliyyatlarının sayı 300 müəyyən edilir.

10. Müştərək maliyyəlaşmə məbləği tətbiq edilən hallar

10.1. Bu Sənəddə nəzərə tutulmuş tibbi xidmətlərdən istifadə zamanı tibbi xidmətlərə tətbiq edilən müştərək maliyyəlaşmə məbləğləri (tibbi xidmətin tarifi sığortaolunan tərəfindən ödənilən hissəsi) aşağıdakı qaydada müəyyən edilir:

10.1.1. 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;

10.1.2. sığortaolunan yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsi 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;

10.1.3. 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.

10.2. 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.

11. Gözləmə müddətinin tətbiqi şərtləri

11.1. Tibbi xidmətin növündən və sığortaolunanın klinik vəziyyətindən asılı olaraq, icbari tibbi sığorta çərçivəsində sığortaolunanalara göstərilən tibbi yardım aşağıda qeyd edilən gözləmə müddəti ərzində həyata keçirilir:

11.1.1. ixtisaslı ambulator xidmət üçün göndəriş verildiyi tarixdən 14 (on dörd) gündən gec olmayaraq;

11.1.2. instrumental diaqnostik və laborator müayinələr üçün göndəriş verildiyi tarixdən 14 (on dörd) gündən gec olmayaraq;

11.1.3. koxlear implant sisteminin və oynaqdaxili endoprotezlərin yerləşdirilməsi istisna olmaqla, planlı stasionar tibbi yardım üçün sığortaolunana göndəriş verildiyi tarixdən 20 (iyirmi) gündən gec olmayaraq.

11.2. Təcili və təxirəsalınmaz hallarda, sığortaolunana tibbi yardım tibbi göstərişə əsasən dərhal göstərilir.