

“İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərinin hesablanması Qaydası”nın təsdiq edilməsi haqqında

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI NAZİRLƏR KABİNETİNİN QƏRARI

“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 2.3.8-ci yarımbəndinin icrasını təmin etmək məqsədilə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti **qərara alır**:

1. “İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərinin hesablanması Qaydası” təsdiq edilsin (əlavə olunur).

2. İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi bu Qərarın 1-ci hissəsi ilə təsdiq edilmiş Qaydaya uyğun olaraq Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin [2020-ci il 10 yanvar tarixli 5 nömrəli](#) Qərarı ilə təsdiq edilmiş “İcbari tibbi sığorta üzrə Xidmətlər Zərfi”nə daxil olan tibbi xidmətlərin siyahısını və tariflərini bu Qərarın 3-cü hissəsində qeyd olunmuş tarixədək yenidən hesablayaraq təsdiq edilməsi üçün Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinə təqdim etsin.

3. Bu Qərar 2022-ci il 1 iyun tarixindən qüvvəyə minir.

Əli ƏSƏDOV,
Azərbaycan Respublikasının Baş naziri

Bakı şəhəri, 23 dekabr 2021-ci il
402

Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin
2021-ci il 23 dekabr tarixli 402 nömrəli Qərarı
ilə təsdiq edilmişdir.

İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərinin hesablanması QAYDASI

1. Ümumi müddəalar

1.1. Bu Qayda “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikası Qanununun (bundan sonra – Qanun) 15-23.2-ci maddəsinə əsasən hazırlanmışdır və icbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərinin hesablanması qaydasını müəyyən edir.

1.2. Bu Qaydada aşağıdakı anlayışlardan istifadə olunur:

1.2.1. aktuar hesablamalar - bu Qaydaya uyğun olaraq aktuari tərəfindən tətbiq edilən iqtisadi-riyazi hesablamalar;

1.2.2. birbaşa xərclər - tibbi xidmətlər üzrə bilavasitə xidmətin göstərilməsi ilə əlaqədar istifadə olunan əmək və maddi-texniki resurslara çəkilən xərclər;

1.2.3. dolaylı xərclər - tibbi xidmətin göstərilməsi ilə bilavasitə əlaqəli olmayan, lakin tibb müəssisəsinin fəaliyyətini şərtləndirən digər resurslara çəkilən xərclər;

1.2.4. tibbi sərfiyyat malları - tibbi xidmətin göstərilməsi üçün zəruri olan və birdəfəlik istifadəsi nəzərdə tutulmuş sərfiyyat materialları;

1.2.5. tibbi xidmətlərin tarifi - tibbi xidmətin göstərilməsinə çəkilən birbaşa və dolaylı xərclərdən, habelə tibbi xidmətin göstərilməsi qarşılığında əldə olunan marjadan və qanunla müəyyən edilmiş vergi və icbari ödənişlərdən ibarət olan qiymət;

1.2.6. marja - Qanunun 15-3.1-ci maddəsinə əsasən icbari tibbi sığortada iştirak etmək hüququna malik olan qeyri-dövlət səhiyyə sisteminə daxil olan tibb müəssisələri üzrə tibbi xidmətin göstərilməsi qarşılığında əldə olunan mənfəət və ya dövlət səhiyyə sisteminə daxil olan tibb müəssisələrinin maddi-texniki bazasının və işçilərinin sosial müdafiəsinin gücləndirilməsi məqsədilə nəzərdə tutulan əlavə;

1.2.7. orta davamətnə müddəti - tibbi xidmətin göstərilməsinə orta hesabla sərf olunan zaman intervalı.

1.3. Bu Qaydanın məqsədləri üçün nəzərdə tutulan marja tibbi xidmətlərin tariflərini formalaşdıran birbaşa əməkhaqqı məsrəflərinin 15 faizi həcmində müəyyənləşdirilir.

1.4. İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərini formalaşdıran birbaşa xərclərin artımı 30 faizi keçdiyi hallarda müvafiq aktuar hesablamalar aparılmaqla İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyində tariflərə yenidən baxılır və “Normativ hüquqi aktlar haqqında” Azərbaycan Respublikası Konstitusiyası Qanununun tələblərinə uyğun olaraq Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinə təqdim edilir.

2. Birbaşa xərclər

2.1. İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərini formalaşdıran birbaşa xərclər aşağıdakılardan ibarətdir:

2.1.1. tibbi xidmətin göstərilməsinə çəkilən əməkhaqqı məsrəfləri;

2.1.2. tibbi xidmət üzrə istifadə olunan dərman vasitələri və tibbi sərfiyyat malları, habelə laboratoriya reaktivləri üzrə məsrəflər;

2.1.3. cərrahi əməliyyatlar zamanı təyin olunmuş anesteziya növünə uyğun istifadə olunan tibbi preparatlar üzrə məsrəflər;

2.1.4. stasionar yatış üzrə xəstənin qidalanma məsrəfləri;

2.1.5. tibbi xidmət üzrə istifadə olunan avadanlıqların bir prosedura düşən amortizasiya məsrəfləri;

$$= \sum_{j=1, \dots, N} F_{aj} / T_{ij} / \dot{V}_j$$

burada:

A_j – j nömrəli avadanlığın bir prosedura düşən amortizasiya dəyəri;

F_{aj} – j nömrəli avadanlığın hesablanmış illik amortizasiya fondu;

T_{ij} – j nömrəli avadanlığın göstərilən tibbi xidmət üzrə istifadə olunduğu vaxt;

\dot{V}_j – j nömrəli avadanlığın illik iş vaxtı fondu.

2.2. Bu Qaydanın məqsədləri üçün əməkhaqqı məsrəfləri dedikdə ölkə üzrə səhiyyə sahəsində çalışan tibb işçilərinin 5 əməkhaqları və ona bərabər tutulan ödənişlər, o cümlədən qanunla müəyyən edilmiş vergi və icbari ödənişlər nəzərdə tutulur.

2.3. Bu Qaydanın məqsədləri üçün tibbi xidmətlərin tariflərini formalaşdıran birbaşa xərclərin ƏDV-siz qiymətləri nəzərə alınır.

2.4. Tibbi xidmətin göstərilməsinə çəkilən əməkhaqqı məsrəfləri ambulator-poliklinik, diaqnostik və laborator tibbi xidmətin orta davamətmə müddəti və stasionar-terapevtik xidmətlər üzrə yatış günlərinə uyğun iş saatları, habelə cərrahi əməliyyatlar zamanı cərrah, anestezioloq-reanimatoloq, cərrah-assistent, orta tibb heyətinin əməliyyatın orta davamətmə müddəti üzrə sərf etdiyi iş vaxtına uyğun əməkhaqlarının məbləğindən ibarətdir və aşağıdakı qaydada hesablanır:

$$\Theta M(l, d, a, st, c) = \sum_{k=1} T_{xk} / \dot{V}_k, k=1, \dots, N$$

burada:

$\Theta M(l, a, st, c)$ – laborator, diaqnostik, ambulator-poliklinik, stasionar-terapevtik tibbi xidmətlər və cərrahi əməliyyatlar üzrə əməkhaqqı məsrəfləri;

T_x – tibbi xidmətin orta davamətmə müddəti;

\dot{V} – k nömrəli tibb işçisinin illik iş vaxtı fondu;

ΘH – tibbi xidmətin göstərilməsində iştirak edən k nömrəli tibb işçisinin illik əməkhaqqı məbləği.

2.5. Birbaşa xərclərin hesablanması aşağıdakı qaydada həyata keçirilir:

2.5.1. ambulator-poliklinik tibbi xidmətlər üzrə:

$$= \Theta M(a) + \sum_{j=1} D_{jj} + \sum_{j=1} S_{jj} + \sum_{j=1} L_{jj} + \sum_{j=1} A_{jj}, j=1, \dots, N$$

burada:

X_{ba} – ambulator-poliklinik tibbi xidmətlərə çəkilən birbaşa xərclər;

D_j – j nömrəli dərman vasitəsinin tibbi xidmət üzrə istifadə olunan həcmnin Azərbaycan Respublikasının Tarif (qiymət) Şurasının müəyyən etdiyi topdansatış qiyməti;

S_j – j nömrəli tibbi sərfiyyat malının xidmət üzrə istifadə olunan həcmnin orta bazar qiyməti;

$6 A_j$ – j nömrəli tibbi avadanlığın bir prosedura düşən amortizasiya dəyəri;

L_j – əməliyyatdan əvvəl tətbiq olunan j nömrəli laborator müayinənin qiyməti;

2.5.2. laborator tibbi xidmətlər üzrə:

$$= \Theta M(l) + \sum_{j=1} R_{jj} + \sum_{j=1} A_{jj}, j=1, \dots, N$$

burada:

X_{bl} – laborator tibbi xidmətlərə çəkilən birbaşa xərclər;

R_j – j nömrəli reaktivin bazar qiymətinin bir müayinəyə düşən hissəsi;

2.5.3. cərrahi əməliyyatlar üzrə:

$$= \Theta M(c) + \sum_{j=1} D_{jj} + \sum_{j=1} S_{jj} + \sum_{j=1} A/R_{jj} + n Q + \sum_{j=1} A_{jj}, j=1, \dots, N$$

burada:

X_{bc} – cərrahi əməliyyata çəkilən birbaşa xərclər;

$\sum A/R_{jj}$ – anesteziya üzrə istifadə olunan j nömrəli preparatın müvafiq həcmi üzrə Azərbaycan Respublikasının Tarif (qiymət) Şurasının müəyyən etdiyi tənzimlənən qiyməti;

– stasionar yatış günlərinin sayı;

Q – bir stasionar yatış günü üzrə xəstənin qidalanma xərci;

2.5.4. stasionar-terapevtik tibbi xidmətlər üzrə:

$$= \Theta M(s) + \sum_{j=1} D_{jj} + \sum_{j=1} S_{jj} + n Q + \sum_{j=1} A_{jj}, j=1, \dots, N$$

2.5.5. diaqnostik tibbi xidmətlər üzrə:

$$= \Theta M() + \sum_{j=1} S_{jj} + \sum_{j=1} A_{jj}, j=1, \dots, N$$

3. Dolayı xərclər

3.1. İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərini formalaşdıran dolayı xərclər aşağıdakılardan ibarətdir:

3.1.1. tibbi xidmətlərin göstərilməsində birbaşa iştirak etməyən işçi heyət üzrə əməkhaqqı məsrəfləri;

3.1.2. tibb müəssisəsinin fəaliyyəti üzrə kommunal məsrəflər;

3.1.3. birbaşa xərclərə aid olmayan digər məsrəflər.

3.2. Dolayı xərclər tibbi xidmətlərin tariflərinin müvafiq olaraq bu Qaydanın 3.1.1-ci yarımbəndi üzrə 10 faizi, 3.1.2-ci yarımbəndi üzrə 5 faizi, 3.1.3-cü yarımbəndi üzrə 3 faizi həcmində müəyyən edilir.

4. Tariflərin hesablanma qaydası

4.1. İcbari tibbi sığorta çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin tariflərin hesablanması aşağıdakı qaydada müəyyən edilir:

$$XT = Xb (100\% - \Theta M(d) - K - D) + M + T$$
$$M = \Theta M(b) \cdot 15\%$$

burada:

XT – tibbi xidmətin tarifi;

Xb – tibbi xidmətə (ambulator-poliklinik və laborator xidmət, cərrahi əməliyyat) çəkilən birbaşa xərclər;

$\Theta M(d)$ – faizlə ifadə olunmuş dolayı əməkhaqqı məsrəfləri;

$\Theta M(b)$ – faizlə ifadə olunmuş birbaşa əməkhaqqı məsrəfləri;

K – faizlə ifadə olunmuş kommunal məsrəflər;

D – faizlə ifadə olunmuş digər xərclər;

M – marja;

T – qanunla müəyyən edilmiş vergi və icbari ödənişlər.

Qeyd. Bu Qayda qüvvəyə mindikdən sonra yeni xidmətlər zərfi təsdiq edilənədək bu Qayda əsasında hesablanan tariflə mövcud xidmətlər zərfinə daxil olan tarif arasında fərq yaranarsa, onlardan aşağı məbləğdə olan tarif əsas götürülür