

İcbari tibbi sığortanın Xidmətlər Zərfi təsdiqləndi

Nazirlər Kabinetinin 5 №-li Qərarının İZAHİ

<https://cabmin.gov.az/az/document/4231/>

Xidmətlər Zərfi sığortaolunarlara müvafiq növdə, həcmdə və şərtlərlə göstərilən icbari tibbi sığortanın təminat verdiyi tibbi xidmətlərin toplusudur. Xidmətlər Zərfinə **1) təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım, 2) ilkin səhiyyə xidməti, 3) ixtisaslaşdırılmış ambulator yardım, 4) stasionar tibbi yardım üzrə cəmi 2 550 sayda müxtəlif tibbi xidmət daxildir.**

Bunlardan **1) təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım üzrə 6 xidmət, 2) ilkin səhiyyə xidməti üzrə 35 xidmət, 3) ixtisaslaşdırılmış ambulator yardım üzrə 1 265 xidmət, 4) stasionar tibbi yardım üzrə 1 244 xidmət** təminata alınıb. Ölkədə geniş yayılmış, əlillik və ölüm riski olan xəstəliklərin stasionar şəraitdə medikamentoz və cərrahi müalicəsi icbari tibbi sığorta təminatına alınıb. Təminata alınmış əməliyyatlar sırasında sayı 150 xidmətdən çox olan həyatı vacib dəyəri yüksək olan əməliyyatlar da daxildir.

Xidmətlər Zərfi əhalinin sağlamlıq vəziyyəti və səhiyyə göstəricilərinin yaxşılaşdırılmasına, tibbi xidmətlərin keyfiyyətinin artırılmasına, tibbi xidmətlərə əlçatanlığının, ilkin səhiyyə xidmətinin gücləndirilməsi hesabına xəstəliklərin erkən aşkarlanması (evlərdə baxış, sağlam həyat tərzinə dair maarifləndirmə, əhalinin sağlamlıq göstəricilərinin toplanması və mütəmadi yoxlanması və s.) məqsədilə əhalinin tibb müəssisələrinə müraciət tezliyinin artırılmasına və vaxtında müvafiq tibbi yardımla təmin olunmasına xidmət edir.

Vətəndaşlara Xidmətlər Zərfi çərçivəsində tibbi xidmətlər (təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım istisna olmaqla) yalnız tibbi göstəriş olduğu hallarda "Tibbi sığorta haqqında" Qanuna uyğun olaraq İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi ilə müqavilə bağlamış tibb müəssisələrində və ya həmin müəssisələrin göndərişi əsasında göstəriləcək.

Xidmətlər Zərfində

- **tibbi xidmətlərin adları;**
- **xidmətlərə görə tariflər;**
- **sığorta limiti;**
- **müştərək maliyyələşmə məbləğinin tətbiq edildiyi hallar;**
- **tibbi xidmətlərin növündən asılı olaraq göstərilməsi şərtləri;**
- **və gözləmə müddətləri**

öz əksini tapır.

Tibbi xidmətin tarifinin sığorta hadisəsi zamanı sığortaolunan tərəfindən ödənilməli olan müəyyən hissəsi müştərək maliyyələşmə məbləğidir. Müştərək maliyyələşmə məbləği ixtisaslaşdırılmış ambulator tibbi yardım və stasionar tibbi yardım xidmətlərə görə müraciət

zamanı Xidmətlər Zərfində müəyyən edildiyi şərtlərə riayət edilmədiyi hallarda bütün sığortaolunanlara şamil olunur. Müştərək maliyyələşmə məbləğinin ödənilməsi şərtləri Xidmətlər Zərfi ilə müəyyən edilir və tibb müəssisəsinə birbaşa ödənilir.

Ambulator şəraitdə göstərilən xidmətə tətbiq edilən müştərək maliyyələşmə məbləği aşağıdakı qaydada ödənilir:

İnzibati ərazi daxilində: Vətəndaş ***ailə həkiminin göndərişi olmadan*** yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətə görə müraciət etdikdə hər bir sığorta hadisəsi üzrə **5 (beş) manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir. Məsələn, siz Şəki şəhərində qeydiyyatdasınız. Ailə həkiminə müraciət etmədən birbaşa Şəki şəhərində yerləşən tibb müəssisəsinə ixtisas həkiminə müraciət edirsiniz. Xidmətlər Zərfində müəyyən edildiyi şərtlərə riayət etmədiyinizə görə, tibb müəssisəsinə 5 (beş) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməli olacaqsınız.

Tibbi ərazi bölməsi daxilində: Vətəndaş ***ailə həkiminin göndərişi olmadan*** tibbi ərazi bölməsi daxilində digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə müraciət etdikdə hər bir sığorta hadisəsinə görə **5 (beş) manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir. Məsələn, siz Şəki şəhərində qeydiyyatdasınız. Təhkim olunduğunuz tibb müəssisəsinin ailə həkiminə müraciət etmədən Qaxda (tibbi ərazi bölməsi daxilində, lakin qeydiyyatda olduğunuz inzibati ərazidən kənarında) yerləşən tibb müəssisəsinə ixtisas həkiminə müraciət edirsiniz. Bu zaman tibb müəssisəsinə 5 (beş) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməli olacaqsınız.

Tibbi ərazi bölməsindən kənarında: Vətəndaş ***ailə həkiminin göndərişi olmadan*** qeydiyyatda olduğu tibbi ərazi bölməsindən kənarında, yəni icbari tibbi sığorta tətbiq olunan digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə ambulator şəraitdə göstərilən tibbi xidmətə müraciət etdikdə hər bir sığorta hadisəsinə görə **15 (on beş) manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir.

Məsələn, siz Şəki şəhərində qeydiyyatdasınız. Təhkim olunduğunuz tibb müəssisəsinin ailə həkiminə müraciət etmədən Şamaxıda (tibbi ərazi bölməsindən kənarında) yerləşən tibb müəssisəsinə ixtisas həkiminə müraciət edirsiniz. Bu zaman tibb müəssisəsinə 15 (on beş) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməli olacaqsınız.

Stasionar şəraitdə göstərilən xidmətə tətbiq edilən müştərək maliyyələşmə məbləği isə aşağıdakı qaydada ödənilir:

Tibbi ərazi bölməsi daxilində: Vətəndaş yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsi tərəfindən göndəriş vərəqəsi olmadan tibbi ərazi bölməsi daxilində (qeydiyyatda olduğu inzibati ərazi istisna olmaqla) digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə stasionar şəraitdə göstərilən xidmətin alınması üçün müraciət etdikdə 100 (yüz) manatdan artıq olan hər bir sığorta hadisəsinə görə **30 (otuz) manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir. Məsələn, siz Quba rayonunda qeydiyyatdasınız. Təhkim olunduğunuz tibb müəssisəsinin ailə həkiminə müraciət etmədən Xaçmazda (tibbi ərazi bölməsi daxilində, lakin qeydiyyatda olduğunuz inzibati ərazidən kənarında) yerləşən tibb müəssisəsinə stasionar şəraitdə göstərilən xidmətin alınması üçün müraciət edirsiniz. Xidmətlər Zərfində müəyyən edildiyi şərtlərə riayət etmədiyinizə görə, tibb müəssisəsinə 30 (otuz) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməli olacaqsınız.

Tibbi ərazi bölməsindən kənarında: Vətəndaş yaşayış və ya olduğu yer üzrə qeydiyyatda olduğu inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsi tərəfindən göndəriş vərəqəsi olmadan tibbi ərazi bölməsindən kənarında, yeni icbari tibbi sığorta tətbiq olunan digər inzibati ərazidə yerləşən tibb müəssisəsinə stasionar şəraitdə göstərilən xidmətin alınması üçün müraciət etdikdə 100 (yüz) manatdan artıq olan hər bir sığorta hadisəsinə görə **90 (doxsan) manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir. Məsələn, siz Quba rayonunda qeydiyyatdasınız. Təhkim olunduğunuz tibb müəssisəsinin ailə həkiminə müraciət etmədən Şamaxıda (tibbi ərazi bölməsindən kənarında) yerləşən tibb müəssisəsinə stasionar şəraitdə göstərilən xidmətin alınması üçün müraciət edirsiniz. Xidmətlər Zərfində müəyyən edildiyi şərtlərə riayət etmədiyinizə görə, tibb müəssisəsinə 90 (doxsan) manat müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməli olacaqsınız.

Eyni zamanda, vətəndaş ambulator şəraitdə göstərilən bütün maqnit rezonans və kompüter tomoqrafiyası xidmətlərinə görə hər sığorta hadisəsinə görə **20 manat** müştərək maliyyələşmə məbləği ödəməlidir. Sığortaolunana bütün tibbi xidmətlər həkimin (ixtisaslı həkim, ailə həkimi, sahə-terapevti, sahə-pediatri) göndərişi əsasında həyata keçirilir. Həkim müayinəsindən keçmədən göstərilən bütün laborator və diaqnostik xidmətlər icbari tibbi sığorta təminatı çərçivəsində qarşılanmır və vətəndaşın vəsaiti hesabına ödənilir.

Vətəndaş tərəfindən Xidmətlər Zərfində müəyyən edildiyi şərtlərə uyğun olaraq (ilkin olaraq ailə həkiminə müraciət olunduqda, ailə həkimin göndərişi əsasında ixtisaslı həkimə müraciət olunduqda) icbari tibbi sığorta təminatı çərçivəsində ixtisaslaşdırılmış ambulator tibbi yardım (KT, MRT xidmətləri istisna olmaqla), stasionar tibbi yardım, o cümlədən təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardımın göstərilməsi üçün müraciət olunduğu halda müştərək maliyyələşmə məbləği ödənilmir.

Müştərək maliyyələşmə məbləğinin tətbiqinə **1 aprel 2020-ci ildən** başlanılacaq.
