



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**FINANCIAL SECTOR
DEEPENING PROJECT**



ԲԺՇԿԱԿԱԿԱՆ ԿԱՍ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ

ԱՊԱՐՈԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ի՞նչ է անհրաժեշտ իմանալ

Սույն ուղեցույցի դրույթները և մեկնաբանությունները, կրում են խորհրդատվական բնույթ, իսկ ժամկետները և թվային տվյալները բերված են որպես օրինակ և պարտադիր չէ, որ դրանք նույնությամբ համընկնեն Ձեր նախ ընտրած ընկերության ապահովագրական ծառայությունների առաջարկությունների հետ:

Առողջությունը այնքանով է գերիշխում կյանքի բոլոր արժեքներում, որ իրականում առողջ աղքատը երջանիկ է հիվանդ տիրակալից:
Արթուր Շոպենհաուեր

Ինչի՞ց եք Դուք ապահովագրվում

- Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության համար առաջարկվող ռիսկերի ծածկույթը, բուժօգնության ծրագրերը
- Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության առանձնահատկությունները
- Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության համար կիրառվող սակագները և ապահովագրավճարը

Ինչպե՞ս Ձեր և ապահովագրողի իրավունքներն և պարտականություններ

- Ապահովագրության մասին դիմումը
- Ապահովագրված անձի հիմնական պարտավորությունները
- Ապահովագրողի հիմնական պարտավորությունները և դրա բացառությունները
- Ապահովագրողի հիմնական իրավունքները

Պատահար և հատուցում

- Ապահովագրական պատահարը
- Ապահովագրական հատուցումը
 - Բժշկական ապահովագրության հատուցման առանձնահատկությունները
 - Ապահովագրական հատուցման իրականացումը

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրությունը տարբեր երկրներում պարտադիր ապահովագրության լայն տարածում ունեցող ապահովագրության տեսակներից մեկն է:

ՀՀ-ում 2008 թվականի դրությամբ պարտադիր ապահովագրության որևէ տեսակ օրենքով դեռևս չի ներդրվել: Սույն մեկնաբանություններն ու պարզաբանումները վերաբերվում են բժշկական ապահովագրության կամավոր ձևին:

1. Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության համար առաջարկվող ռիսկերի ծածկույթը, բուժօգնության ծրագրերը

Բժշկական ապահովագրության պայմանագրերով ռիսկերի ծածկույթի համար հիմք են հանդիսանում ապահովադրին կամ ապահովագրված անձին առաջարկվող բուժօգնության ծրագրերը: Ապահովագրողը կազմակերպում է բուժօգնության իրականացումը ծրագրով (ծրագրերով) սահմանված կարգով և դրանց շրջանակներում ու ծավալներով և հատուցում է ապահովագրված անձանց բուժօգնության և բուժապասարկման ծախսերը:



Բուժօգնության ծրագրերը

Կարևոր է իմանալ, որ բուժօգնության ծրագրերը լինում են տարբեր և պայմանագիր կնքելուց առաջ պետք է ուշադիր ուսումնասիրել ծրագիրը և դրա առանձնահատկությունները և հասկանալ, թե արդյոք այն բավարարում է Ձեր պահանջները:

Բուժօգնության ծրագրի օրինակ կարող է հանդիսանալ շտապ և առաջին բուժօգնության ծախսերի հատուցումը և/կամ մարմնական վնասվածքների և սուր հիվանդությունների բուժօգնության ծախսերի հատուցումը:

Յուրաքանչյուր ծրագրով սահմանվում են համապատասխան հիվանդությունների ցանկը, կամ հակառակը ծրագրում չենթադրվող հիվանդությունների ցանկը, ինչպես նաև այդ ծրագրի շրջանակում բժշկական օգնության և ծառայությունների համար տրամադրվող հատուցման առավելագույն ծածկույթը:

Օրինակ՝ շտապ և առաջին բուժօգնության ծրագրով հատուցվող ծածկույթը կարող է կազմել 300 հազ դրամ, մարմնական վնասվածքների և սուր հիվանդությունների բուժօգնության ծրագրով, այն կարող է կազմել 2-3 մլն դրամ, իսկ բժշկական ապահովագրության մեկ այլ ծրագրով, որն ընդգրկում է բարդ ու ծախսատար վիրահատություններ, այն կարող է կազմել առավել մեծ գումար:

Բոլոր տիպի բուժօգնության ծախսերի հատուցումը կարող է ներառվել մեկ միասնական բուժօգնության ծրագրի շրջանակներում:

Շտապ և առաջին բուժօգնության ծրագրի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ դրա շրջանակներում ապահովադրին, ապահովագրված անձին (շահառուին) հատուցվում է միայն շտապ և առաջին բուժօգնության հետ կապված բուժօգնության ծախսերը, անկախ այն հանգամանքից, թե հետագա ինչ ստացիոնար բուժական միջամտություններ են իրականացվելու:

Ապահովագրության բժշկական ծրագրով, որպես կանոն, նախատեսվում է մեկ ապահովագրված անձի համար որոշակի հատուցման ծածկույթ: Բացի այդ հատուցման առավելագույն սահմանաչափ կարող է սահմանվել նաև առանձին մեկ հիվանդության գծով: Օրինակ բուժօգնության ծածկույթը մեկ անձի հաշվով 3 միլիոն դրամ է, և այդ ծածկույթում սրտանոթային հիվանդությունների համար հատուցման վճարը չի կարող գերազանցել 2 միլիոն դրամից:

Բուժօգնության ծրագրերը մշակվում և առաջարկվում են ապահովագրողների կողմից: Բժշկական կամ ապահովագրության պայմանագրերում ապահովագրական գումարը կամ ծածկույթը սահմանվում է կողմերի համաձայնությամբ, որի համար ելակետ է հանդիսանում ապահովադրի կամ ապահովագրվող անձանց բժշկական ծառայությունների տարբեր ցանկից օգտվելու ցանկությունը, բժշկական ծառայությունների արժեքը և այլ գործոններ:

2. Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության առանձնահատկությունները

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության պայմանգրի և ստանդարտ կանոնների համաձայն ապահովագրության օբյեկտ է համարվում ապահովագրված անձի այն գույքային շահերը, որոնք կապված են ապահովագրական պատահարի առաջացման հետևանքով ապահովագրված անձին ցուցաբերվող բժշկական օգնության ծախսերի հատուցման հետ:

Ստանդարտ կանոններով, սահմանափակվում է ապահովագրված անձանց տարիքը: Օրինակ՝ ապահովագրվում են 16-ից մինչև 65 տարեկան:

Որպես կանոն չեն ապահովագրվում այն անձինք ովքեր ապահովագրության պայմանագիրը կնքելու պահին.

- ունեն հիվանդություններ կամ մարմնական վնասվածքներ,
- հաշվառված են նարկոլոգիական, հոգեբուժական, օնկոլոգիական, տուբերկուլյոզ, վեներական հիվանդությունների դիսպանսերներում,
- հանդիսանում են I և II կարգի հաշմանդամ, կամ ՁԻԱՀ վարակակիր:

Դա չի նշանակում, սակայն, որ վերը նշված անձինք չեն կարող ապահովագրվել: Նշված տարիքային սահմանփակման և հիվանդությունների առկայության իսկ պարագայում բժշկական ապահովագրության պայմանգիր կարող է կնքվել, սակայն այդ պայմանագիրը, հիմնված չի լինի ստանդարտ պայմանների կամ կանոնների վրա: Մասնավորապես՝ բարձր կարող է լինել ապահովագրավճարը, հիվանդությունների առանձին տեսակների ու խմբերի համար կարող են նախապես սահմանվել ապահովագրական ծածկույթի վճարման տարկետման ժամանակահատվածներ (որի մասին նշված է ստորև):

3. Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության համար կիրառվող սակագները և ապահովագրավճարը

Ապահովագրավճարի կոնկրետ չափը սահմանվում է ապահովագրության պայմանագրով, և կախված է Ձեր կողմից ընտրված բժշկական ծրագրից, դրանում ներառված հիվանդությունների ցանկից, Հայաստանում դրանց վիճակագրությունից և ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետից:



Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետի ընթացքում ապահովագրավճարի մեծության վերանայման հարցը, որպես կանոն, սահմանվում է պայմանագրով:

Սակագնի վրա էական ազդեցություն կարող է ունենալ ստոմատոլոգիական սպասարկումների ներառումը բուժօգնության ծրագրում, քանի որ, որպես կանոն, դրանք այդ ծրագրերում չեն ընդգրկվում, իսկ ընդգրկվելու պարագայում զգալի չափով մեծացնում են ապահովագրավճարի մեծությունը:

Ապահովագրավճարի մեծությունը կարող է սակարկվել կախված բուժօգնության ծածկույթում ընդգրկված հիվանդությունների ցանկից կամ բացառություններից, ինչպես նաև ելնելով այլ գործոններից:

4. Ապահովագրության մասին դիմումը

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության դիմումը ներկայացնում է ապահովադիրը, որը միաժամանակ հանդիսանում է ապահովագրված անձ: Սակայն հաճախ ապահովադիրը այլ անձ է, քանի որ պայմանագիրը կնքված է ի օգուտ ապահովագրված անձի (անձանց):



Կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրերում հաճախ որպես ապահովադիր են հանդես գալիս կազմակերպությունները, որոնք ապահովագրության պայմանագիր են կնքում ի օգուտ իրենց աշխատակիցների, որոնք տվյալ պայմանագրով հանդիսանում են ապահովագրված անձինք:

Առողջության ապահովագրության պայմանագրում ապահովագրվում է ոչ թե անձի առողջությունը այլ դրան վնաս պատճառելու հետևանքով հասցված գույքային կորուստները:

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրությունը, սովորաբար նախատեսում է Ձեր առողջական վիճակի վերաբերյալ նախնական տվյալների տրամադրելու պահանջ:

Բացի այդ, ապահովագրողը պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովադիրի և ապահովագրվող անձանց հետ համաձայնեցված ժամանակացույցով կարող է իրականացնել նրանց առողջական վիճակի գնահատման կանխարգելիչ ընթացիկ փնտրողում (դիագնոստիկա):

5. Ապահովագրված անձի հիմնական պարտավորությունները

Ապահովագրված անձի հիմնական պարտավորություններից են, մասնավորապես հետևյալները.

- Մինչև ապահովագրության պայմանագիր կնքելը դիմումի ներկայացման հետ մեկտեղ հայտնել տարիքը, անձնական այլ տվյալներ, առողջական վիճակին առնչվող գրավոր ձևով սահմանված տեղեկությունները:
- Ապահովագրողին հայտնել ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետի ընթացքում առողջության վրա ազդող հանգամանքերի կամ պայմանների ի հայտ գալու մասին՝ դրանց հայտնի դառնալու օրվանից որոշակի ընթացքում, օրինակ՝ մեկ շաբաթյա ժամկետում:
- Ապահովագրողի կողմից լիազորված բժշկին հնարավորություն տալ ծանոթանալու իր առողջական վիճակի հետ և կատարել այդ նպատակով համապատասխան զննումներ և քննություններ:
- Անհապաղ, սակայն ոչ ուշ քան ապահովագրության պայմանագրով կամ կանոններով սահմանված ժամկետի ընթացքում ապահովագրողին բանավոր հայտնել ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու մասին և այդ նույնի մասին գրավոր ձևով հավաստել ապահովագրության պայմանագրով կամ կանոններով սահմանված ժամկետի ընթացքում: Այն դեպքում, երբ առողջական վիճակից ելնելով ապահովագրված անձը չի կարող անձամբ գրավոր հայտնել ապահովագրական պատահարի մասին, դա պետք է կատարի ապահովադիրը կամ ապահովագրված անձի հարազատներից որևէ մեկը:
- Բժշկական օգնություն ստանալու ընթացքում հետևել բժշկի ցուցումներին, պահպանել բժշկական ծառայություն մատուցող կազմակերպության կողմից սահմանված ներքին կանոնակարգերը:

6. Ապահովագրողի հիմնական պարտավորությունները և դրա բացառությունները

Ապահովագրողի հիմնական պարտավորություններից են, մասնավորապես՝

- ապահովագրվող անձանց ապահովագրության կանոններին ծանոթացնելը,
- ապահովագրված անձանց շահերի ներկայացումն ու պաշտպանությունը,
- ապահովագրված անձանց պայմանագրի շրջանակներում նախատեսված բուժօգնության և բուժսպասարկման տրամադրման կազմակերպումն ու ապահովումը և ապահովագրական հատուցման իրականացումը:
- ապահովագրության պայմանագրի և ապահովագրական բժշկական ծրագրի շրջանակներին համապատասխան ապահովագրված անձանց ցուցաբերած բուժօգնության ծավալների և որակի վերահսկումը,
- ապահովագրված անձանց վերաբերվող գաղտնի տեղեկատվության պահպանումը:

Ապահովագրված անձին (շահառուին) ցուցաբերվող բուժօգնության համարժեքության, ինչպես նաև բուժօգնության ընթացքում հնարավոր բարդությունների առաջացման, այդ թվում՝ ապահովագրված անձի մահվան դեպքի համար պատասխանատվություն է կրում բուժօգնություն ցուցաբերող կազմակերպությունը և ոչ թե ապահովագրողը:

Ապահովագրողը կարող է բժշկական կազմակերպության հետ վիճարկել չհիմնավորված ծախսերի կատարումը, հիմնավորելով դրանց անհամարժեքությունը՝ միաժամանակ ապահովագրված անձին (շահառուին) ազատել այդ ծախսերի կատարման պարտավորությունից:

7. Ապահովագրողի հիմնական իրավունքները

Տեղեկությունների ստուգում

- Ստուգել ապահովագրվողից և ապահովագրված անձից ստացված տեղեկությունները, ինչպես նաև նրանց կողմից ապահովագրության պայմանագրի պայմանների կատարումը:
- Առողջական վիճակի մասին հարցաթերթիկ լրացրած անձից պահանջել այլ փաստաթղթերի ներկայացում, ինչպես նաև լրացուցիչ հետազոտության իրականացում, որոնք անհրաժեշտ են հարցաթերթիկում նշված տեղեկությունների իսկությունը ճշտելու համար: Նշվաց լրացուցիչ հետազոտությունները կատարվում են ապահովագրողի և ապահովադրի կողմից լրացուցիչ հաստատված ժամանակացույցի համաձայն:

Ապահովագրության մերժում

- Հարցաթերթիկի լրացման և նախնական բժշկական զննման արդյունքներով մերժել բժշկական ապահովագրության պայմանագրի կնքումը:

Ընթացիկ ստուգումներ

- Ցանկացած պահին ապահովագրված անձի մոտ ուղարկել իր լիազոր պատասխանատու բժշկին՝ նրա առողջական վիճակը պարզելու նպատակով:

Հատուցման մերժում

- Լիովին կամ մասնակիորեն մերժել բժշկական կազմակերպության կատարած ծախսերի հատուցումը և/կամ վաղաժամկետ դադարեցնել ապահովագրության պայմանագրի գործողությունը՝ ապահովագրված անձի (անձանց)՝ առողջական վիճակի մասին, նախապես լրացված հարցաթերթիկում, ոչ ստույգ կամ կեղծ տեղեկություններ հայտնաբերելու դեպքում:

8. Ապահովագրական պատահարը

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրությունում ապահովագրական պատահար է համարվում ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետի ընթացքում ապահովագրված անձի մոտ, ապահովագրողի բժշկական ապահովագրության ծրագրերում սահմանված հիվանդությունների ի հայտ գալը:

Որպես կանոն ապահովագրության պայմանագրով կամ բժշկական ապահովագրության ծրագրերով ապահովագրական պատահար չեն համարվում այն դեպքերը, երբ.



Խրոնիկական հիվանդություններ

- Ի հայտ է գալիս բուժօգնություն ստանալու անհրաժեշտություն կապված որևէ խրոնիկական հիվանդության հետ, ինչպես նաև դեպքերը՝ կապված որոշակի հիվանդությունների և բուժապասարկումների հետ, որոնք ընդգրկված չեն բժշկական ապահովագրական ծրագրերում:

Դիտավորություն

- Բուժապահովագրական ծրագրերով նախատեսված բուժօգնություն ստանալու անհրաժեշտությունը առաջացել է որպես ուղղակի հետևանք ապահովագրված անձի դիտավորյալ գործողությունների, ապահովագրված անձի ալկոհոլի, թմրադեղերի /հոգեմետ այլ դեղերի և միջոցների/ ազդեցության հետևանքով:

9. Ապահովագրական հատուցումը

Ապահովագրական հատուցումը ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու պարագայում ապահովագրված անձին մատուցված բուժօգնության և բուժօժանայությունների համար ապահովագրողի կողմից իրականացվող վճարումն է: Հատուցումը համաձայն պայմանագրի կարող է ուղղակի վճարվել բուժօգնություն ցուցաբերած բուժհաստատություններին կամ ապահովագրված անձին (շահառուին):



Ապահովագրական հատուցումը վճարվում է ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական գումարի կամ ծածկույթի շրջանակներում՝ ելնելով բուժհաստատության կատարած ծախսերի չափից:

Ապահովագրական հատուցման չափը որոշվում է ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու փաստը հիմնավորող փաստաթղթերի ներկայացումից հետո, բուժհաստատության կողմից տրված՝ բուժօժանայությունների համար կատարված ծախսերի մասին փաստաթղթերի հիման վրա: Բժշկական ծախսերի հիմնավորվածության վերաբերյալ վերջնական որոշումը ընդունում է ապահովագրողը:

Բժշկական ապահովագրության պայմանագրերը որպես կանոն, նախատեսում են դրույթ, ըստ որի կամավոր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում ապահովագրական հատուցում ստանալու համար ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

- Բուժսպասարկում ստանալ միայն ապահովագրողի տեղեկությամբ, իսկ դրա անհնարինության՝ շտապ և անհապաղ բժշկական օգնության դեպքում ապահովագրողին դրա մասին հայտնել պայմանագրում սահմանված խելամիտ սեղմ ժամկետում:
- Բուժսպասարկում ստանալուց հետո ապահովագրողին ներկայացնել բուժհաստատության կողմից տրված տեղեկանքը իրականացված բժշկական միջամտությունների մասին, ներառյալ հիվանդության նկարագիրը, տվյալ անձի բուժօգնության և սպասարկումների համար կատարած ծախսերը հիմնավորող փաստաթուղթը: Բժշկական կազմակերպության կողմից վերը նշված հիմնավորող փաստաթղթերը, ահրաժեշտության դեպքում, հավաստում է ապահովագրողի լիազորված պատասխանատու բժիշկը:

Որպես կանոն, հայց չի ընդունվում և չեն հատուցվում.

- Ապահովագրված անձի կողմից միտումնավոր ձևով սեփական առողջությանը հասցված վնասը, ինքնասպանության փորձի, ինչպես նաև թնրադեղերի ազդեցության տակ գտնվելու հետևանքով ապահովագրված անձի կողմից սեփական առողջությանը հասցված վնասը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ապահովագրված անձը վտանգի է ենթարկել սեփական կյանքը կամ առողջությունը՝ այլ անձի կյանքը փրկելու նպատակով:
- սանատոր-կուրորտային բուժումը և հանգիստը:

Ապահովագրողը կարող է մերժել Ձեզ տրվող հատուցումը հետևյալ դեպքերում՝

- Ապահովագրված անձի ապահովագրական պատահարի առաջացմանն ուղղված կանխամտածված կամ անօրինական գործողությունները:
- Ապահովագրվողի կամ ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրողին դիտավորյալ ոչ հավաստի տեղեկություններ ներկայացնելը:

10. Բժշկական ապահովագրության հատուցման առանձնահատկությունները Հատուցման տարկետում

Բժշկական ապահովագրության պայմանագիրը կարող է նախատեսել Հատուցման տարկետում, ըստ որի բժշկական ծրագրերում ներառված հիվանդությունների առանձին տեսակների ու խմբերի համար կարող է սահմանվել ապահովագրական հատուցման վճարման տարկետման ժամանակահատված:



Այս մոտեցումը միջազգային պրակտիկայում լայնորեն կիրառվող նորմերից է, որը հայտնի է որպես Elimination Period:

Օրինակ՝ բժշկական ապահովագրության ծրագիրը կարող է նախատեսել հատուցման վճարման տարկետման 180-օրյա ժամանակահատված սրտի վիրահատության համար: Սա նշանակում է, որ, հատուցում կտրվի եթե վիրահատությունը կատարվել է պայմանագիրը ուժի մեջ մտնելու օրվանից նվազագույնը 180 օր հետո:

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության ստանդարտ կանոններով կամ պայմանագրով որոշ դեպքերում կարող է նախատեսվել, որ ապահովագրողի կողմից ապահովագրված անձին (շահառուին) բուժօգնության հատուցումը տրվում է միայն ապահովագրողի գործընկեր բուժհաստատությունների կողմից իրականացված բժշկական սպասարկումների համար:

Այն դեպքում, երբ ապահովագրված անձը (շահառուն) ցանկություն է հայտնում բուժսպասարկում ստանալ ապահովագրողի գործընկեր չհանդիսացող բուժհաստատություններում, ապա ապահովագրողը այդ բուժհաստատությանը կարող է

ապահովագրական հատուցումը վճարել մասնակի, օրինակ՝ մատուցված բժշկական ծառայությունների արժեքի 70 տոկոսի չափով:

Բնականաբար, ծախսերի մնացած մասը պետք է վճարի ապահովադիրը կամ շահառուն՝ իր միջոցներից:

Բժշկական կամ առողջության ապահովագրության ստանդարտ կանոններով կամ պայմանագրով կարող է առանձին սահմանվել, որ դեպքերն են ենթակա հատուցման իսկ որոնք ենթակա չեն:

- Նշված ծրագրերով սահմանված դեպքերի հետ առընչվող հետագա փուլային բուժօգնության ծախսերը,

- Բուժհաստատություններում սննդի տրամադրման հետ կապված ծախսերը:

11. Ապահովագրական հատուցման իրականացումը

Ինչպես ամրագրված է պայմանագրում, Դուք, որոշակի ժամկետում պետք է հայտ ներկայացնեք ապահովագրողին, որի հիման վրա, կրկին պայմանագրով սահմանված ժամկետում ապահովագրողը հատուցումը վճարելու կամ մերժելու որոշում է կայացնում:

Այդ որոշումը, ինչպես նաև մերժման հիմքերը ապահովագրողը, որոշում կայացնելուց հետո, հնգօրյա ժամկետում, պետք է պատվիրված նամակով ուղարկի Ձեր բնակության մշտական հասցեով:

Բժշկական պահովագրության հատուցումը կարող է իրականացվել փուլերով: Դա կարող է պայմանավորված լինել նրանով, որ բուժումը երկարատև է և բուժման ծախսերը ներկայացվում են մասերով: Վերջնական ծախսերի ներկայացվում են բուժման ավարտից հետո:

Ապահովագրված անձին (շահառուին) ապահովագրական հատուցումը մերժելու մասին ապահովագրողից տրված որոշումը կամ եզրակացությունը, ինչպես նաև տրամադրվող ապահովագրական հատուցման զուևարի մեծությունը կարող է վիճարկվել ապահովագրողի հետ, ինչպես նաև բողոքարկվել դատական կարգով: