

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏՆԵՐԸ

Սյուզաննա Ավետիսյան

Հայ-Ռուսական (Սլավոնական) համալսարանի հայցորդ

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրային հարաբերություններին մասնակցում են ապահովագրողը, ապահովադիրը, ապահովագրված անձը և բժշկական կազմակերպությունները:

Որպես ապահովագրված անձ կարող է հանդես գալ ցանկացած ֆիզիկական անձ, ընդ որում ապահովագրված անձի քաղաքացիությունն էական պայման չէ ապահովագրված անձ որակվելու և պարտադիր բժշկական ապահովագրության (այսուհետ՝ ՊԲԱ) համակարգի շրջանակներում անվճար բուժօգնությունից օգտվելու համար:

Այսպես, համաձայն «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի (այսուհետ՝ օրենքի) 10-րդ հոդվածի, ՊԲԱ շրջանակներում ապահովագրված անձ են համարվում ՌԴ քաղաքացիները, ՌԴ-ում նշտապես կամ ժամանակավորապես բնակվող օտարերկրյա քաղաքացիները, քաղաքացիություն չունեցող անձինք, ինչպես նաև նրանք, ովքեր «Փախստականների մասին» օրենքի հիման վրա անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունք ունեն: Նմանատիպ մոտեցում է դրսևորվել Գերմանիայի օրենսդրությամբ, որտեղ նույնպես պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրով ապահովագրված անձ լինելու համար անձի քաղաքացիությունը որևէ նշանակություն չունի¹:

Ընդ որում ՌԴ հիշյալ օրենքի 10-րդ հոդվածի համաձայն՝ ապահովագրված անձինք են՝

1. աշխատողները, որոնք աշխատանք են կատարում աշխատանքային պայմանագրի հիման վրա, այդ թվում՝ կազմակերպության մասնակիցներ (հիմնադիրներ), անդամներ, դրանց գույքի սեփականատերեր հանդիսացող կազմակերպության ղեկավարները, ինչպես նաև քաղաքացիաիրավական պայմանագրի հիման վրա աշխատանքներ կատարողները և ծառայությունների մատուցողները, հեղինակային պատվերի հիման վրա ստեղծագործող հեղինակները, ինչպես նաև գիտության, գրականության, արվեստի ստեղծագործությունների նկատմամբ բացառիկ իրավունքների օտարման պայմանագրի, նաև գիտության, գրականության, արվեստի ստեղծագործությունների օգտագործման իրավունքի տրամադրման լիցենզայի պայմանագրերի հիման վրա փոխհատուցում կամ այլ պարգևատրում ստացողները,

2. Ինքնուրույնաբար իրենց աշխատանքով ապահովող անձինք (անհատ ձեռնարկատերերը, նոտարները, փաստաբանները, արբիտրաժային կառավարիչները),

3. Գյուղացիական (ֆերմերային) տնտեսության անդամները,

4. Ռուսաստանի Ղաշնության Հյուսիսի, Սիբիրի և Հեռավոր Արևելքի փոքրաթիվ ազգերի ընտանեկան (տոհմային) համայնքների անդամները, ովքեր զբաղվում են տնտեսության ավանդական ճյուղերով,

5. Չաշխատող քաղաքացիները՝

ա) երեխաները՝ ծննդյան օրվանից մինչև 18 տարեկանը լրանալը,

¹ St'e Health insurance (Էլեկտրոնային աղբյուր http://www.toytowngermany.com/wiki/Health_insurance, դիտելու ամսաթիվը՝ 22.11.2013):

- բ) Չաշխատող թոշակառուները՝ անկախ կենսաթոշակ ստանալու հիմքից,
 գ) Քաղաքացիները, ովքեր առկա եղանակով սովորում են միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթական հաստատություններում,
 դ) Գործազուրկ քաղաքացիները, ովքեր հաշվառված են զբաղվածության օրենսդրությանը համապատասխան,
 ե) Ծնողներից մեկը կամ խնամակալը, որը զբաղված է երեխայի խնամքով մինչև նրա 3 տարեկանը լրանալը,
 զ) Աշխատունակ քաղաքացիները, ովքեր զբաղված են հաշմանդամ երեխաների, առաջին կարգի հաշմանդամների և 80 տարեկանը լրացած անձանց խնամքով,
 է) Աշխատանքային պայմանագրով չաշխատող և հողվածի 5-րդ կետի թվարկված ենթակետերում չնշված այլ անձինք, բացառությամբ զինծառայողների և բժշկական օգնության տրամադրման կազմակերպություններում նրանց կարգավիճակին հավասարեցված անձանց:

Այսպիսով, ըստ «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի՝ զինծառայողների, ինչպես նաև նրանց կարգավիճակին հավասարեցված անձանց՝ ոստիկանության աշխատողների վրա պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը չի տարածվում:

Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ զինծառայողները, ոստիկանության և ուժային այլ կառույցի աշխատողներն արդեն իսկ պետության հաշվին ստանում են անվճար բուժօգնություն, հետևաբար նրանց ՊԲԱ համակարգի մեջ նախատեսելը անիմաստ է: Նույնը վերաբերում է նաև ազատագրկման վայրերում գտնվող դատապարտյալներին:

Որպես երկու համակարգերի ընդհանրություն կարելի է նշել նաև այն հանգամանքը, որ գործազուրկները ևս ընդգրկված են պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեջ:

Այս երկու պետությունների օրենսդրությամբ սահմանված ՊԲԱ պայմանագրով ապահովագրված անձանց ցանկն ընդհանրացնելով, ցանկանում ենք փաստել, որ գործազուրկներին ապահովագրված անձ դիտելը բխում է հենց ՊԲԱ բնույթից:

Մասնավոր ոլորտում գործունեություն ծավալող բժիշկների համար բժշկական ապահովագրությունը ևս պարտադիր չէ՝ հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ վերջիններս կարող են պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրում նախատեսված բուժօգնության տեսակներն իրենց և իրենց ընտանիքի անդամներին տրամադրել անձամբ:

Սակայն մասնավոր ոլորտում գործունեություն ծավալող բժիշկների վերաբերյալ Գերմանիայի օրենսդրությամբ դրսևորած նմանատիպ դիրքորոշումը մեզ համար այնքան էլ ընդունելի չէ, քանի որ բժիշկը ՊԲԱ ծրագրում նախատեսված ոչ բոլոր տեսակի բժշկական ծառայությունները կարող է ազատորեն և բարձր որակով տրամադրել ինքն իրեն:

Այսպիսով, առաջարկում ենք, որ ՀՀ-ում ՊԲԱ համակարգի ներդրման և համապատասխան օրենսդրության ընդունման դեպքում ևս պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում որպես ապահովագրված անձինք համարվեն՝ աշխատողները, նրանց գործազուրկ ամուսինները, անչափահաս երեխաները, սոցիալական ապահովության ծառայություններում որպես գործազուրկ հաշվառված անձինք, թոշակառուները, բարձրագույն ուսումնական և միջնակարգ մասնագիտական հաստատություններում սովորող ուսանողները, փախստականները, գյուղացիական տնտեսության մեջ ներգրավված անձինք, բացառությամբ զինվորների և նրանց հավասարեցված անձանց, որոնց նկատմամբ պետությունը վարում է առանձնահատուկ քաղաքականություն:

Ինչ վերաբերում է օտարերկրյա քաղաքացիներին և քաղաքացիություն չունեցող անձանց, ապա կարծում ենք, որ ինչպես այլ պետություններում, այնպես էլ ՀՀ-ում անձի քաղաքացիությունը որևէ էական նշանակություն չպետք է ունենա պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ընդգրկվելու համար, հիմնական պայմանը պետք է լինի ՀՀ-ում նրանց մշտական բնակության հանգամանքը¹:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտներից ապահովադիրն ապահովագրողի հետ ապահովագրության պայմանագիր կնքած անձն է: Որպես ապահովադիր կարող է հանդես գալ իրավաբանական անձը կամ գործունակ քաղաքացին, որոնք ապահովագրվողի հետ կնքել են աշխատանքային պայմանագիր, կամ նրանք, ովքեր ապահովադիր են օրենքի ուժով: Ապահովադիր են նաև գործադիր իշխանության մարմինները և տեղական ինքնակառավարման մարմինները, որոնք օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում պարտավոր են վճարել ապահովագրավճարներ: Այսպիսով, պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրում ապահովադիր է այն անձը, որը օրենքի ուժով նախաձեռնում է ապահովագրական հարաբերությունները: Ապահովադիրները պարտավոր են ապահովագրողին վճարել ապահովագրավճարներ, որոնցից ձևավորվում են ապահովագրության դրամական ֆոնդերը: Ապահովագրության ընդհանուր կանոններով ապահովադիր անձի վերաբերյալ որևէ սահմանափակում չկա:

Եթե ապահովագրության այլ տեսակների դեպքում ապահովադիրը և ապահովագրված անձը կարող են համընկնել, ապա պարտադիր բժշկական ապահովագրության ժամանակ, որպես կանոն, նրանք տարբեր սուբյեկտներ են, չնայած այն հանգամանքին, որ հնարավոր են ապահովադիրի և ապահովագրված անձի համընկնման դեպքեր, օրինակ՝ անհատ ձեռնարկատերը ապահովագրում է ինքն իրեն և այլն: Աշխատանքային պայմանագրով աշխատող անձանց համար ապահովադիրներ են հանդիսանում նրանց գործատուները՝ իրավաբանական անձինք կամ անհատ ձեռնարկատերերը:

Գործազուրկ բնակչության համար, որպես կանոն, ապահովադիր են պետությունը՝ ի դեմս գործադիր իշխանության մարմինների, կամ կառավարության կողմից սահմանված կազմակերպությունները:

ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1691-Ն որոշումը ապահովադիր անձի վերաբերյալ որևէ նշում չի պարունակում, այսինքն՝ չի սահմանում, թե այդ ոլորտում ովքեր կարող են հանդիսանալ ապահովադիրներ, ավելին՝ որոշման մի շարք դրույթներում ապահովադիրը և ապահովագրված անձը նույնացվում են, ինչը չի բխում պարտադիր բժշկական ապահովագրության բնույթից:

Սակայն ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1691-Ն որոշման բովանդակությունից կարելի է եզրակացնել, որ ապահովադիր հանդիսանում են պետական մարմինները և կրթության, մշակույթի, գիտության ու սոցիալական պաշտպանության ոլորտների պետական կազմակերպությունները, քանի որ ապահովագրված անձինք այդ բնագավառի աշխատողներ են:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ապահովագրող է հանդիսանում այն սուբյեկտը, որը ապահովագրության պայմանագրի հիման վրա հավաքագրում է ապահովագրավճարները և իրականացնում է ապահովագրական հա-

¹ ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագծի մշակողների կողմից ժամանակին քննարկվում էր այն հարցը, որ այդ համակարգը պետք է տարածվի ՌԴ քաղաքացիների վրա, իսկ ԱՊՀ, ինչպես նաև մյուս երկրների քաղաքացիները պետական բժշկական ապահովագրության ծրագրերով կստանան բուժօգնություն այդ հարցի կապակցությամբ միջազգային երկկողմանի համաձայնագրերի առկայության դեպքում: (Տե՛ս Сухая С. Здоровье не купишь, зато застрахуешь. //Труд. 2004. 16 января:)

տուցումների տրամադրումը ապահովագրական պատահարի առաջացման դեպքում:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում որպես ապահովագրող հանդես է գալիս հիմնականում ապահովագրական կազմակերպությունը: Օրինակ՝ ՌԴ-ում ապահովագրող է պետական ապահովագրական հիմնադրամը, որը ոչ առևտրային կազմակերպություն է և նրա խնդիրն է ապահովել ապահովագրված անձանց իրավունքների պաշտպանությունը ապահովագրական պատահարի առաջացման դեպքում:

Այնուամենայնիվ, «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի 14-րդ հոդվածի համաձայն ապահովագրական բժշկական կազմակերպությունը սույն օրենքին և տարածքային հիմնադրամի ու ապահովագրական բժշկական ապահովագրության միջև կնքված ՊԲԱ ֆինանսական ապահովության պայմանագրին համապատասխան իրականացնում է ապահովագրողի առանձին լիազորություններ:

Իսկ Չեռմանիայում ՊԲԱ ոլորտում ապահովագրող են հանդիսանում ոչ առևտրային կազմակերպությունները, որոնց անվանումը թարգմանաբար նշանակում է «հիվանդանոցային դրամարկղեր» (Krankenkasse): Դրանք ֆինանսապես անկախ են և ինքնակառավարվող: Ավելին, յուրաքանչյուր կազմակերպություն կառավարվում է ներկայացուցիչների կողմից՝ 50-ական տոկոս գործատուներ և 50 տոկոս աշխատողներ համամասնությամբ: Գոյություն ունեն տեղական և դաշնային «հիվանդանոցային դրամարկղեր», սակայն բոլորը տրամադրում են հավասար ծավալով բժշկական ծառայություններ և ապահովագրվածների չափը նույնպես հավասար է¹:

Այսպիսով, և՛ Չեռմանիայում, և՛ ՌԴ-ում որպես ապահովագրող հանդես են գալիս ոչ առևտրային կազմակերպությունները, որոնց գործունեությունը կապված է միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետ:

Իհարկե, դժվար է միանգամից նշել, թե որ դեպքում է առավել արդյունավետ գործունե՝ ապահովագրողը՝ որպես ոչ առևտրային կազմակերպություն, թե՞ որպես կազմակերպություն, որը միաժամանակ իրականացնում է և՛ պարտադիր, և՛ կամավոր բժշկական ապահովագրություն: Սակայն, այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով ՊԲԱ սոցիալական նշանակությունը, հուսալիության տեսանկյունից առավել նախապատվելի է, երբ այն իրականացնում է ոչ առևտրային կազմակերպությունը, քանի որ այս պարագայում առավել քիչ է հավանական կազմակերպությունում ֆինանսական խնդիրների առաջացումը, քանի որ ապահովագրողը ողջ ֆինանսական միջոցները, ինչպես նաև տնտեսական գործունեությունը կենտրոնացնում է միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության վրա:

ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում ապահովագրական կազմակերպությանը ներկայացվող հիմնական պահանջն այն է, որ պետք է մասնագիտացված լինի բժշկական ապահովագրության ոլորտում, ինչը հաստատվում է պետական մարմնի կողմից տրված համապատասխան լիցենզիայով:

ՀՀ կառավարության նոր որոշմամբ ապահովագրական կազմակերպությունները արդեն չեն ընդգրկվում բժշկական պարտադիր ապահովագրության սուբյեկտների կազմում:

ՀՀ կառավարությունը 12.12.2013թ. բյուջետային աշխատակիցների սոցիալական փաթեթի պարտադիր պայման հանդիսացող առողջության ապահովագրության

¹ Ст'а Лаврова Ю. А. Обязательное медицинское страхование в Германии и России. Сравнительный анализ систем ОМС, էլեկտրոնային աղբյուր՝ www.forinsurer.com.ru/public (դիտելու ամսաթիվը՝ 22.11.2013):

ծառայությունը փոխարինեց պետության կողմից տրամադրվող առողջապահական փաթեթով, որում ներառված ծառայությունների ողջ ծավալն իրականացվելու է ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի առողջապահական գործակալության միջոցով:

Մեր կարծիքով, ՊԲԱ համակարգը ներդնելիս ապահովագրական ընկերություններին սուբյեկտների կազմում չընդգրկելը և նրանց գործառույթների փոխանցումը պետական առողջապահական գործակալությանը բացասաբար կանդրադառնան ՊԲԱ համակարգի արդյունավետության վրա մի շարք պատճառներով: Նախ, մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի նկատմամբ վերջիններիս ընդգրկվածությունը հաստատում է բազմաստիճան ոչ գերատեսչական համակարգի հսկողություն: Ապահովագրական ընկերությունը շահագրգռված է ապահովագրված անձին որակյալ բժշկական ծառայություններ մատուցելու, հակառակ պարագայում նա ենթակա է նյութական պատասխանատվության, քանի որ ՊԲԱ պայմանագրի պայմաններից է պատշաճ որակի բժշկական օգնության տրամադրման կազմակերպումը: Այդ հանգամանքը հաստատում են նաև պրակտիկ աշխատողները: Ըստ որոշ փորձառու ղեկավարների՝ քաղաքացիական ծառայողների մոտ հիասթափություն կառաջանա մատուցվող ծառայություններից, քանի որ երբևէ չի եղել և չի լինի այնպես, որ պետության և պետական համակարգի համար առաջնային լինեն հաճախորդի ցանկությունները, կամ պետական գործակալություններում և նախարարություններում որևէ մեկին անհանգստացնի բնակչությանը մատուցվող սպասարկման մակարդակը¹:

Ի դեմս ապահովագրական բժշկական ընկերության՝ ապահովագրված ցանկացած քաղաքացի ձեռք բերեց մի անկախ օգնականի, որը ոչ միայն ուշադիր հսկում է բուժման ստանդարտների պահպանումը, այլև անհրաժեշտության դեպքում պնդում հաճախորդի՝ բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքը տարբեր, այդ թվում դատական մարմիններում: ՊԲԱ սուբյեկտների կազմից ապահովագրական բժշկական ընկերության դուրս բերելը կհանգեցնի ապահովագրված անձի սոցիալական պաշտպանվածության մակարդակի նվազեցմանը²:

Երկրորդ, այսօր ՊԲԱ շրջանակում բժշկական ծառայությունների մատուցման լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպությունների ճնշող մասը պետական հիմնարկներ են: Այդ իսկ պատճառով ապահովագրական ընկերությունների բացակայության պատճառով ՊԲԱ համակարգը ձեռք կբերի բյուջետային ֆինանսավորման գծեր, որի դեպքում մեկ պետական կազմակերպություն (գործակալությունը) մեկ ուրիշ պետական կազմակերպության կփոխանցի դրամական միջոցներ: Այդ կապակցությամբ պետք է հիշել, որ արտասահմանյան երկրներում ապահովագրական ընկերությունները մասնակցում են պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը, և ֆինանսական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը ձեռք է բերվում հիմնականում այն բանի շնորհիվ, որ ապահովագրական ընկերությունները ծախսերի նվազեցման նպատակով ստեղծում են հզոր հսկողական մեխանիզմ, որը հետևում է բուժական հաստատությունների կողմից մատուցվող բժշկական օգնության որակին, մակարդակին և արդյունավետությանը:

Երրորդ, ՊԲԱ համակարգից ապահովագրական ընկերություններին հեռացնելու կողմնակիցների փաստարկներից մեկն այն է, որ վերջիններիս գործառույթների փոխանցումը գործակալությանը կհանգեցնի դրամական միջոցների խնայողության: Բայց ապահովագրողի պարտականությունների կատարման համար գործակալու-

¹ Տե՛ս Ապահովագրողները քննադատում են կառավարությանը, <http://www.banks.am/printpage.php?lang=am&id=9015>:

² Տե՛ս **Ариничева Л.** Полис ОМС- твоя социальная защита. // Труд. 2003. 15 июля:

թունը պետք է ստեղծի այնպիսի կառուցվածքային ստորաբաժանումներ, ինչպիսիք ունեն ապահովագրական բժշկական ընկերությունները: Դրա վառ ապացույցն է այն հանգամանքը, որ առողջապահական փաթեթի տրամադրման, ցուցաբերված ծառայությունների որակի վերահսկողության նպատակով առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալությունում ստեղծվել է նոր բաժին՝ բժշկական օգնության մշտադիտարկման և փորձագիտական գնահատման համար¹:

Հաշվի առնելով այն, որ ապահովագրական ընկերություններն իրենց գործունեությունն իրականացնում են շահութաբերության պայմաններով, իսկ գործակալությունը ֆինանսավորվում է տարվա բյուջեի շրջանակներում, ուստի նրանք բացարձակապես շահագրգռված չեն պրոֆիցիտում՝ հնարավոր կրճատման պատճառով, և ապահովագրական ընկերությունների գործառույթն իրենց փոխանցելուց հետո դրամական միջոցների խնայողության մասին դրույթը թվում է անհամոզիչ:

Բացի այդ, ապահովագրական ընկերությունների օգտին է խոսում նաև այն հանգամանքը, որ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում աշխատողների գերակշիռ մասը նախընտրել էր իր սոցալական փաթեթի գումարից առողջության ապահովագրությանը տրամադրել ոչ միայն 52 հազար դրամ՝ պարտադիր առողջության ապահովագրության պայմանագիր ձեռք բերելու համար, այլև մնացած 80 հազար դրամը ևս հատկացնել այդ ծառայությանը՝ լրացուցիչ առողջության պահովագրության փաթեթներ կամ ընտանիքի անդամների համար ևս առողջության ապահովագրության փաթեթներ ձեռք բերելու նպատակով²:

Ուղ որում, պետք է նշել, որ ապահովագրական ընկերությունները մշակում էին այդ փաթեթները ոչ միայն հիվանդանոցային, այլև արտահիվանդանոցային բուժօգնություն տրամադրելու համար (ապահովագրական հատուցումների ընդհանուր ծավալը կազմել է 3,962,105,441 ՀՀ դրամ, այդ թվում՝ հիվանդանոցային՝ 2,013,826,564 ՀՀ դրամ, իսկ արտահիվանդանոցային՝ 1,413,348,517 ՀՀ դրամ):

Մինչդեռ պետական առողջապահական գործակալությունը, լինելով պետական հիմնարկ, շահագրգռված չի լինի մշակելու ամբուլատոր բուժօգնություն տրամադրելու փաթեթներ այն պարզ պատճառով, որ այն ՀՀ-ում տրամադրվում է անվճար՝ պետական բյուջեի միջոցներով:

Բացի այդ, թեև բուժհաստատությունների ճնշող մասը պետական է, և առողջապահության նախարարությունը ծրագրի շրջանակներում պայմանագրեր է կնքել պետական պատվեր իրականացնող շուրջ 100 հիվանդանոցի հետ³, այդուամենայնիվ ապահովագրական ընկերությունների առկայությունը բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ոլորտում կստեղծի մրցակցային միջավայր: Իսկ մրցակցությունն իր հերթին կնպաստի ինչպես պարտադիր բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ծախսերի նվազեցմանը, այնպես էլ բարենպաստ ազդեցություն կունենա բժշկական ծառայությունների որակի վրա:

Ապահովագրական ընկերություններին հեռացնելու կողմնակիցների փաստարկներից մեկն էլ այն է, որ նվազագույնի են հասցվում ուղղորդումները, քանի որ սոցիալական փաթեթի ծառայություններից օգտվելու դեպքում ոչ մի պահանջվող փաստաթուղթ չի ներկայացվում աշխատանքի վայր, այսինքն՝ գործատուն տեղյակ

¹ Տե՛ս ՀՀ կառավարության 12 դեկտեմբերի 2013 թվականի N 1405-Ն, ՀՀՊՏ 2013.12.20/68(1008) Հոդ.1166, նաև՝ Սոցփաթեթի շահառուների համար բուժօգնություն ստանալու կարգը հեշտացվել է <http://moh.am/?section=news%2Fopen&id=143&nid=2547>:

² 2012 թ. Սոցիալական փաթեթի ամփոփիչ արդյունքների վերաբերյալ տեղեկանք:

³ Տե՛ս Սոցփաթեթի շահառուների համար բուժօգնություն ստանալու կարգը հեշտացվել է <http://moh.am/?section=news%2Fopen&id=143&nid=2547>:

չի լինում, թե աշխատողը երբ և ինչ ծառայություններից է օգտվում: Այս կապակցությամբ պետք է նշել, որ այս խնդիրը չէր առաջանա, եթե ստեղծվեին ապահովագրված անձի համար ապահովագրական ընկերությունն ընտրելու իրավունքի իրացման համար իրական երաշխիքներ:

Այսպես, օրենսդիրն այդ իրավունքը չպետք է վերապահի բացառապես ապահովադիրին, որը օբյեկտիվ պատճառների ուժով իր իրավունքն օգտագործում է նախապատվության կարգով¹:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտներից է նաև բժշկական հաստատությունը:

Կառավարության որոշմամբ բուժհաստատությունը ևս ընդգրկվում է ՊԲԱ համակարգի սուբյեկտների կազմում: Սակայն որոշմամբ նախատեսված չէ բուժհաստատության հասկացությունը:

Ընդ որում, այդ որոշումը պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի կողմ է դիտում միայն բուժհաստատությունները՝ առանց անդրադառնալու նրանց մասնավոր կամ պետական լինելու հանգամանքին, սակայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտ չի դիտում մասնավոր գործունեություն ծավալող և լիզենզիա ունեցող անհատ բժիշկներին՝ ի տարբերություն ՌԴ օրենսդրության, որը, հիմք ընդունելով Չերմանիայում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում առկա փորձը, պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեջ հնարավորություն է տալիս ներգրավել նաև մասնավոր բժիշկներին:

ՀՀ օրենսդրությունը չի նախատեսում հաստատություն հասկացությունը: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» 1996թ. մարտի 4-ին ընդունված օրենքի 1-ին հոդվածում նշվում է, որ որպես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող է հանդես գալիս Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով լիցենզավորված, բնակչությանը բժշկական օգնության և սպասարկման որոշակի տեսակներ ցուցաբերող ֆիզիկական և իրավաբանական անձը, անհատ ձեռնարկատերը կամ իրավաբանական անձի կարգավիճակ չունեցող ձեռնարկությունը՝ անկախ կազմակերպական-իրավական տեսակից և սեփականության ձևից:

Եթե իրավաբանական անձի կամ անհատ ձեռնարկատիրոջ հետ կապված ամեն ինչ պարզ է, ապա նույնը չի կարելի ասել իրավաբանական անձի կարգավիճակ չունեցող ձեռնարկության մասին:

Բանն այն է, որ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը ձեռնարկությունն անգամ իրավունքի օբյեկտ չի ճանաչում, իսկ նոր օրենսդրությամբ կազմակերպությունը (ձեռնարկությունը) ինքն է սեփականատեր և այլ տեր ունենալ չի կարող:

Եզրույթների հարցում անհետևողականություն է դրսևորվում նաև ենթաօրենսդրական ակտերում: Այսպես, «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության 04.03.2004 318-Ն որոշման մեջ օգտագործվում է թե բժշկական հաստատություն և թե բժշկական կազմակերպություն տերմինները²: Նույնը վերաբերում է նաև ՀՀ կառավարության 04.03.2004 318-Ն վերը նշված որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին 26 դեկտեմբերի 2013 թվականի N 1515-Ն որոշմանը³: Նույնպիսի մոտեցում է ամրագրված ՀՀ առողջապահության նախարարության 16 նոյեմբերի 2009 թվականի N 1780-Ա «Բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկման պե-

¹ Ст'у Кирилловых А. А. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования. «Законодательство и экономика». 2011. №6:

² Ст'у ՀՀՊՏ 2004.04.07/20(319) Հոդ.465:

³ Ст'у ՀՀՊՏ2014.01.29/4(1017) Հոդ.33:

տական պատվերի տեղադրման կարգը սահմանելու մասին» հրամանով¹:

Բացի այդ, սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու ՀՀ կառավարության 2011թ. դեկտեմբերի 29-ի N 1917-Ն և N 1923-Ն, ինչպես նաև 2012 թվականի ապրիլի 19-ի N 594-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին ՀՀ կառավարության որոշման մեջ բժշկական կազմակերպությունները հանդես են գալիս որպես բուժհաստատություններ: Ոչ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը, ոչ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը չեն հիշատակում այնպիսի սուբյեկտ, ինչպիսին է հաստատությունը: Հավանաբար խոսքը հիմնարկների մասին է: Եթե այդպես է, ապա պետք է նշել, որ հարցական է վերջինիս «հիմնարկի» իրավական բնույթը: Հիմնարկի հիմնադրման հնարավորությունը ամրագրված է նաև «Բաժնետիրական ընկերությունների մասին» օրենքում (հոդվ. 6): Այդ դրույթների տեքստի համաձայն՝ այստեղ ավելի շուտ խոսքը իրավաբանական անձի մասնաձյուղի մասին է: Արդյունքում առաջացել է եզրույթաբանական անձշտություն:

Բացի այդ, հիմնարկը իրավաբանական անձ չէ և գործում է իրավաբանական անձի հաստատած կանոնադրության հիման վրա: Այսինքն, հիմնարկներն իրենց կարգավիճակով և պատասխանատվությամբ հավասարեցվել են մասնաձյուղերին և ներկայացուցչություններին, բայց պահպանել են իրենց առանձնահատուկ գործառույթները: Արդյունքում անհնար է ընկալել մի շարք առողջապահական հաստատությունների կարգավիճակը: Կախված այդ իրավիճակից՝ տարբեր օրենքների ընդունմամբ փորձ արվեց կանոնակարգել խնդիրը, որն ի վերջո հանգեցրեց հիմնարկների շերտավորման. պետական որոշ հիմնարկների, այդ թվում բժշկական կազմակերպությունների՝ ՊՈԱԿ-ներին, վերապահվեց իրավաբանական անձի կարգավիճակ: Կարծում ենք, նման վիճակը շտկելու համար անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 62-րդ հոդվածում, ինչպես նաև «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքում կատարել համապատասխան փոփոխություններ:

Հիմնարկների կարգավիճակի և նրանց պատասխանատվության վերաբերյալ հարցերը առավել բազմակողմանի է կարգավորված ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքով: Կարծում ենք, որ ՀՀ օրենսդրության մեջ ևս պետք է կատարել համապատասխան լրացում՝ հիմնարկների տալով անհրաժեշտ իրավաբանական անձի կարգավիճակ: Ուստի ՀՀ քաղ. օր. 62-րդ հոդվածը պետք է շարադրել հետևյալ կերպ. «Հիմնարկ է համարվում կառավարչական, սոցիալ-մշակութային կամ այլ ոչ առևտրային բնույթի գործունեություն իրականացնելու համար սեփականատիրոջ կողմից ստեղծված ունիտարոչ առևտրային կազմակերպությունը»:

Ինչ վերաբերում է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 1-ին հոդվածին, ապա առաջարկում ենք այն շարադրել հետևյալ կերպ՝ որպես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող է հանդես գալիս Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով լիցենզավորված, բնակչությանը բժշկական օգնության և սպասարկման որոշակի տեսակներ ցուցաբերող անհատ ձեռնարկատերը, ֆիզիկական, ինչպես նաև իրավաբանական անձը՝ անկախ իր կազմակերպաիրավական ձևից:

Այսպիսով, ենթաօրենսդրական ակտով՝ կառավարության որոշմամբ, ՊԲԱ սուբյեկտների թվում նշվում է բուժհաստատությունը, սակայն չի հիշատակվում բժշկական օգնություն տրամադրող այնպիսի սուբյեկտ, ինչպիսին է կոնկրետ բժշկական

¹ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության հրաման http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=241&subID=656:

աշխատողը, որը բժշկական ապահովագրության ծառայության գործում ունի լուրջ ներակատարում:

Մեր կարծիքով, ճիշտ չէ բժշկական աշխատողին անտեսելը և բժշկական ապահովագրության համակարգում բուժօգնություն տրամադրող բոլոր սուբյեկտների համար «բուժհաստատություն» եզրույթի օգտագործումը:

Ընդ որում, ինչպես իրավացիորեն նկատել է Պ. Ջ. Իվանիշինը, բժշկական աշխատողն ունի երկակի կարգավիճակ՝ որպես բժշկական կազմակերպության աշխատող և մասնավոր գործունեություն ծավալող բժիշկ¹:

Այս կապակցությամբ բժշկական օգնություն տրամադրող սուբյեկտի սահմանման հարցում հետաքրքիր մոտեցում է ցուցաբերել Ա. Մ. Տիխոմիրովը²: Նա առաջարկում է առանձնացնել բժշկական օգնություն տրամադրող սուբյեկտին, որի տակ հասկանում է բժշկական կազմակերպությանը, այն մատուցող սուբյեկտից, այսինքն՝ կոնկրետ բժշկական աշխատողից:

Բժշկական գործունեության վերաբերյալ օրենսդրությունը վերլուծելով՝ կարելի է հանգել այն եզրակացության, որ բժշկական գործունեության կարգավորման թույլտվության կարգը կրկնակի հսկողության համակարգի հաստատումն է, այսինքն՝ բժշկական ծառայություններ տրամադրելու իրավունքի թույլտվությունը (լիցենզավորում) և բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու իրավունքի թույլտվությունը (սերտիֆիկացիա): Անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկական գործունեության համար պահանջների ընդհանուր համակարգը տարածվում է նաև ապահովագրական բժշկության ոլորտի իրավահարաբերությունների վրա:

Առավել ճիշտ է, մեր կարծիքով, «բժշկական ծառայություններ մատուցող» եզրույթը, որը բնութագրական է բժշկական ապահովագրության ոլորտում բոլոր այն սուբյեկտներին, որոնք տրամադրում են բուժօգնություն:

Ընդ որում, «բժշկական ծառայությունների մատուցող» եզրույթի տակ հասկացվում է օրենքով սահմանված կարգով լիցենզավորված և հավատարմագրված ցանկացած կազմակերպչիրավական ձևի իրավաբանական անձ, ինչպես նաև մասնավոր բժշկական գործունեությամբ զբաղվող ֆիզիկական անձ, որն ունի լիցենզիա և սերտիֆիկատ, կամ բժշկական կրթությունը վկայող դիպլոմ ունեցող բուժաշխատող, որն իրականացնում է բուժօգնություն աշխատանքային հարաբերությունների հիման վրա:

Օրենսդիրը, ճանաչելով սեփականության տարբեր ձևերի հավասարությունը, որը երաշխավորված է ՀՀ Սահմանադրությամբ, հնարավորություն պետք է տա սեփականության մասնավոր ձևի բժշկական կազմակերպություններին՝ մասնակցելու բնակչությանը բժշկական ծառայություններ մատուցելու գործին և առաջարկի այդպիսի մասնակցության հստակ մեխանիզմ³:

Բժշկական ծառայություններ մատուցողները սովորաբար իրենց գործունեությունը համակարգելու, ինչպես նաև իրենց շահերը պաշտպանելու նպատակով ստեղծում են միություններ: ՊԲԱ համակարգում նրանց դերն էական է: Մասնավորապես, ՌԴ-ում վերջիններս մասնակցում են ՊԲԱ բժշկական օգնության վճարման սակագնի հաստատմանը: «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի 30-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական օգնության սակագները սահմանվում են

¹ Տե՛ս **Иванишин П. З.** Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: диссертация кандидата юридических наук, Казань, 2004. էջ 42:

² Տե՛ս **Тихомиров А. М.** Медицинское право. - М.: Статут. 1998, էջ 110:

³ ՌԴ դատարանները բազմիցս քննել են նմանատիպ գործեր, որոնք վերաբերել են մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների՝ ՊԲԱ համակարգին մասնակցելու իրենց իրավունքի պաշտպանությանը, և բավարարել են դրանք:

ՌԴ սուբյեկտի գործադիր իշխանության մարմնի, ՌԴ սուբյեկտի պետական իշխանության իրավասու բարձրագույն գործադիր մարմնի, տարածքային հիմնադրամի, ապահովագրական բժշկական ընկերությունների, 2011թ. նոյեմբերի 21-ին ընդունված «ՌԴ-ում քաղաքացիների առողջության պահպանման հիմունքների մասին» թիվ 323-Փ3 Դաշնային օրենքի 76-րդ հոդվածի համաձայն ստեղծված բժշկական մասնագիտացված ոչ առևտրային կազմակերպությունների և նշված Դաշնային օրենքի 36-րդ հոդվածի 9-րդ մասի համաձայն ՌԴ սուբյեկտում ստեղծված հանձնաժողովի կազմում ներառված բուժաշխատողների մասնագիտացված միությունների և նրանց միավորումների (ասոցիացիաների) միջև սակագնային համաձայնությամբ:

Նշված օրենքի 36-րդ հոդվածի (ՊԲԱ տարածքային ծրագիր) 9-րդ մասում նշվում է, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության տարածքային ծրագրի նախագծի մշակման համար ՌԴ սուբյեկտում ստեղծվում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության տարածքային ծրագրի մշակման հանձնաժողով, որի կազմի մեջ մտնում են ՌԴ սուբյեկտի պետական իշխանության բարձրագույն գործադիր մարմնի կողմից լիազորված ՌԴ սուբյեկտի գործադիր իշխանության մարմնի, ՌԴ սուբյեկտի պետական իշխանության իրավասու բարձրագույն գործադիր մարմնի, տարածքային հիմնադրամի, ապահովագրական բժշկական ընկերությունների և բժշկական կազմակերպությունների ներկայացուցիչները, բժշկական մասնագիտացված ոչ առևտրային կազմակերպությունների կամ դրանց ասոցիացիաների (միավորումների), բուժաշխատողների մասնագիտացված միավորումների կամ նրանց միությունների (ասոցիացիաների) ներկայացուցիչները, որոնք գործունեություն են իրականացնում ՌԴ սուբյեկտի տարածքում համաչափության սկզբունքով:

ՀՀ-ում բժշկական միությունների հետ կապված ստեղծվել է ոչ միանշանակ իրավական վիճակ:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 18-րդ հոդվածի համաձայն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրավունք ունեն (ա) միավորվել մասնագիտական միություններում և դրանց միջոցով մասնակցել առողջապահական պետական նպատակային և ապահովագրական ծրագրերի մշակմանը, բժշկական գործունեության լիցենզավորմանը, իրենց իրավունքների պաշտպանությանը և միության կանոնադրությամբ նախատեսված այլ խնդիրների իրականացմանը:

Փաստորեն օրենքը մասնագիտական միություն է համարում թե ֆիզիկական, թե իրավաբանական անձանց: Մինչդեռ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի միություն է համարում իրավաբանական անձանց միավորումը: Մասնավորապես ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 125-րդ հոդվածը ամրագրում է, որ

1. Առևտրային կազմակերպությունները իրենց ձեռնարկատիրական գործունեությունը համակարգելու, ինչպես նաև ընդհանուր գույքային շահերը ներկայացնելու և պաշտպանելու նպատակներով կարող են ստեղծել միություններ:

2. Ոչ առևտրային կազմակերպություններն իրենց գործունեությունը համակարգելու, ինչպես նաև ընդհանուր շահերը ներկայացնելու և պաշտպանելու նպատակներով կարող են ստեղծել միություններ:

Այսինքն, եթե միություն է, ապա իրավաբանական անձանց միավորում է, եթե ֆիզիկական անձանց միավորում է, ապա այն միություն է:

Այս առումով գտնում ենք, որ կառավարության «Սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները կարգավորող միջգերա-

տեսչական հանձնաժողով ստեղծելու, հանձնաժողովի կազմը, գործունեության կարգը և բազային փաթեթի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին» N 1692-Ն որոշմամբ ստեղծված միջգերատեսչական հանձնաժողովի կազմում հասարակական կազմակերպության ընդգրկելը չի բխում օրենքի պահանջից, քանի որ այդպիսի իրավունքով օրենքով օժտված են միությունները, որպիսիք էլ, ի թիվս այլոց, իրավունք ունեն մասնակցելու ապահովագրական ծրագրերի մշակմանը, իրենց իրավունքների պաշտպանությանը:

Բացի այդ, գտնում ենք, որ օրենքով հարցին ավելի ճիշտ մոտեցում է ցույց տրված, քանի որ դրանում ընդգրկված սուբյեկտներն ավելի շատ են թե՛ ֆիզիկական, թե՛ իրավաբանական անձինք: Այդ հակասությունը լուծելու համար գտնում ենք, որ նպատակահարմար է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 18-րդ հոդվածում նախատեսել նաև ֆիզիկական անձանց ընդգրկման հնարավորությունը միություններում՝ նրա 4-րդ մասի ա) կետը վերաշարադրելով հետևյալ կերպ.

«Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրավունք ունեն՝

ա) միավորվել մասնագիտական միություններում ու **միավորումներում** և դրանց միջոցով մասնակցել առողջապահական պետական նպատակային և ապահովագրական ծրագրերի մշակմանը, բժշկական գործունեության լիցենզավորմանը, իրենց իրավունքների պաշտպանությանը և միության կանոնադրությամբ նախատեսված այլ խնդիրների իրականացմանը»:

ՊԲԱ պայմանագրային հարաբերություններում որոշ երկրներում մասնակցում է նաև միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության բնորոշ սուբյեկտը՝ ապահովագրական հիմնադրամը, որը տարբեր երկրներում տարբեր կերպ է անվանվում:

ՌԴ-ում, օրինակ, այդ հիմնադրամն անվանում են Դաշնային ֆոնդ, որն իր հերթին կազմված է տարածքային հիմնադրամներից: Դաշնային ֆոնդի հիմնական գործառույթը, եթե ընդհանրական կերպով նկարագրենք, ՌԴ-ում ՊԲԱ համակարգին գործունե աջակցություն տրամադրելն է: Մասնավորապես, «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի 33-րդ հոդվածի համաձայն՝ դաշնային հիմնադրամը հավաքում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցները և ղեկավարում է դրանք, կազմում է ապահովագրված անձանց, ապահովագրական բժշկական կազմակերպությունների, բժշկական հաստատությունների, այս ոլորտի փորձագետների ռեսուրս, իր իրավասությունների շրջանակում ստուգում է ապահովագրության մասնակիցների և սուբյեկտների կողմից տրամադրված տեղեկատվության հավաստիությունը և օրենսդրությանը համապատասխան լինելը, իրականացնում է միջազգային համագործակցություն պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում, իրականացնում է հսկողություն ապահովագրության մասնակիցների և սուբյեկտների կողմից օրենսդրության պահանջների կատարման նկատմամբ, իրականացնում է գիտահետազոտական աշխատանքներ պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտի վերաբերյալ, ապահովագրական կազմակերպությունների և բժշկական հաստատությունների համար իրականացնում է մասնագիտական լրացուցիչ դասընթացներ և այլն: Նմանատիպ գործառույթներով արդեն տեղական մակարդակով օժտված են տարածքային հիմնադրամները¹:

Ինչպես իրավագիտորեն նկատել է Ն.Ս.Կովալևսկայան, հիմնադրամի ներկայութ-

¹ St'ya Герасименко Л. В. Некоторые вопросы правового статуса страховщика по медицинскому страхованию. //Общество и право. -2008. - № 3, էջ 103 – 107:

յունը կարևոր է, քանի որ ապահովագրավճարների փոխանցումը ապահովագրական կազմակերպություններին ապահովագրության քաղաքացիաիրավական պայմանագրերի հիման վրա, առանց նման մարմնի հսկողության կնպաստի, որ ապահովագրական կազմակերպությունները, որոնք ապահովագրել են երիտասարդ, առողջ և բարձր վարձատրվող քաղաքացիների, մյուս ապահովագրական կազմակերպությունների նկատմամբ, որտեղ ապահովագրված են ոչ երիտասարդ, հաճախակի հիվանդացող և ցածր վարձատրվող քաղաքացիներ, ձեռք կբերեն ոչ արդարացված առավելություն: Ղա կհանգեցնի կազմակերպություններից մեկի համար անհիմն ծախսերի և հետևաբար վնասների, իսկ մյուսի համար անհիմն խնայած միջոցների: Այնինչ հենց լրացուցիչ կառուցվածքի՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնադրամների առկայությունն է թույլ տալիս խուսափել նման իրավիճակից¹:

Գտնում ենք, որ նմանատիպ մարմնի առկայությունը ՀՀ պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում անհրաժեշտություն է, քանի որ այս ոլորտում պարտադիր է ունենալ վերահսկողական իրավասություններով օժտված պետական մարմին, որի հիմնական գործառույթը պայմանավորված կլինի պարտադիր բժշկական ապահովագրությամբ: Այդ մարմինն իր գործունեությամբ նախ կիրականացնի պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների գործունեության նկատմամբ հսկողություն, ինչպես նաև կվարի նրանց վերաբերյալ միասնական ռեեստր՝ ապահովելով ամբողջական տեղեկատվության առկայությունը, ինչպես նաև կնպաստի ոլորտի զարգացմանը:

СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Сюзанна Аветисян

Соискатель Российско - Армянского (Славянского) университета

В данной статье обсуждаются субъекты обязательного медицинского страхования- страховщик, страхователь, застрахованное лицо, медицинские организации. В частности, автор дает определение данных понятий, обсуждает их особенности.

Рассматривается комментарий этих понятий в разных странах и сделаны несколько интересных предложений относительно восприятия, определения этих понятий в РА, которые можно учесть в данной сфере в случае новых реформ. Формулировки, предложенные в статье существенно обогатят более четкое восприятие данных определений в нашей стране.

¹ St`u **Ковалевская Н.С.** Законодательство России по обязательному медицинскому страхованию //Материалы по обобщению арбитражной практики по делам с участием территориальных фондов обязательного медицинского страхования. М., 1997, էջ 305-306:

THE SUBJECTS OF OBLIGATORY MEDICAL CONCEPT OF INSURANCE

Syuzanna Avetisyan

Applicant at the Armenian-Russian (Slovenic) University

In the article the author refers to the subjects of obligatory medical insurance; insurer, insurant, insured person, medical organizations. Especially the author gives the definition of concepts, refers to the their peculiarities.

The author touched upon the interpretation of the concept in different countries and made some interesting propositions about the perception, definition of that concept in the RA, which can be taken into account in this sphere in case of new reforms. The proposed statements in the article will enrich significantly the distinct perception of the concept in our country.

Բանալի բառեր – բժշկական ապահովագրություն, բժշկական ապահովագրության սուբյեկտ, հասկացության սահմանում, ապահովագրվող, ապահովադիր, ապահովագրված անձ, բժշկական կազմակերպություններ:

Ключевые слова: медицинское страхование, субъект медицинского страхования, определение понятия, страховщик, страхователь, застрахованное лицо, медицинские организации

Key words: medical insurance, subject of medical insurance, definition of concept, insurer, insurant, insured person, medical organizations.