

ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼ ՍԱՐԱՆ

ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ ՍՅՈՒՉԱՆՆԱ ՌՈԼ ԱՆԴԻ

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀ ՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ**

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԺԲ.00.03. Մասնավոր իրավունք (քաղաքացիական, առևտրային (կոմերցիոն), միջազգային մասնավոր, ընտանեկան, աշխատանքային, սոցիալական ապահովության իրավունք) մասնագիտությամբ իրավաբանական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման համար

**ԳԻՏԱԿԱՆ ՂԵԿԱԿԱՐ՝ ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ
ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴՈԿՏՈՐ
ՊՐՈՖԵՍՈՐ Տ.Կ. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆ**

ԵՐԵՎԱՆ-2016

Բովանդակություն

Ներածություն _____

Գլ ու խ1. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ 14-57

- 1.1 Բժշկական ապահովագրության զարգացումը՝ որպես ապահովագրության ընդհանուր զարգացման արդյունք _____
_ 14-37
- 1.2 Բժշկական ապահովագրության էությունը _____
__ 37-57

Գլ ու խ2. ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ՝ ՈՐՊԵՍ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱՏԵՍԱԿԻ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԱՌԱՋԱՐԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ _____ 58-111

- 2.1 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հասկացությունը և տարրերը 58-74
- 2.2 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտները _____
__ 75-92
- 2.3 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների իրավունքները և պարտականությունները _____
_____ 93-103
- 2.4 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների պատասխանատվությունը _____
104-111

Գլ ու խ3. ԿԱՍՏՎՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ՝ ՈՐՊԵՍ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱՏԵՍԱԿԻ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԱՌԱՋԱՐԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ _____ 112-163

- 3.1 Կամավոր բժշկական ապահովագրության էությունը, իրականացման կարգը _____
_ 112-128
- 3.2 Կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի բովանդակությունը _____
_ 129-146
- 3.3 Կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի կողմերի

պատահանատվությունը _____

146-163

ԵՃՐԱԿԱՑՈՒ ԹՅՈՒՆ _____ 164-

168

Օգտագործված գրականություն և ցանկ _____

169-184

ՆԵՐԱՃՈՒ ԹՅՈՒՆ

Ատենախոսություն թեմայի արդիականությունը: Խորհրդային ամբողջատիրական համակարգի փլուզումից հետո Հայաստանի նորանկախ հանրապետությունը կանգնեց քաղաքական, սոցիալական, տնտեսական, իրավական դժվարին, սակայն կենսական կարևորության բարեփոխումների անհրաժեշտության առջև: Բոլոր այդ բարեփոխումները կոչված էին հնարավորինս ապահովելու պետության անխոչընդոտ անցումը նախկին՝ խորհրդային կացութաձևից դեպի նոր կացութաձևի, որը պետք է լիներ մարդկենտրոն , երբ հասարակական-տնտեսական բոլոր զարգացումները պետք է ուղղված լինեին մարդու և քաղաքացու իրավունքների ու օրինական շահերի պաշտպանությանը, բարեկեցության ապահովմանը: Այդ բարեփոխումներին վիճակված էր տնելու երկար ժամանակահատված, որի ընթացքում երիտասարդ հանրապետությունը պետք է վերարժևորեր նախորդ հասարակարգին բնորոշ հասարակական-պետական բոլոր ինստիտուտները՝ դրանց մի մասը ժխտելու, մյուս մասն էլ վերագնահատելու և այդ հենքի վրա նոր ինստիտուտներ գործարկելու նպատակով:

Ինչպես ցույց տվեցին զարգացումները, հասարակարգային տրանսֆորմացիոն այդ գործընթացների արդյունքում տուժեց հատկապես սոցիալական ոլորտը, որն առավել զգայուններից է բարեփոխումների անցկացման պարագայում և անմիջապես կրում է դրանց դրական ու բացասական բոլոր հետևանքները: Շուկայական տնտեսության քաղաքականության որդեգրմամբ՝ երիտասարդ հանրապետությունը ստիպված էր հրաժարվել խորհրդային համակարգին բնորոշ որոշ ինստիտուտներից, մասնավորապես՝ բնակչության անվճար բժշկական սպասարկումից՝ հետագայում նոր

մեխանիզմներ գործարկելու հստակ նպատակադրմամբ, որպիսիք պետք է միաժամանակ հարիր լինեին ինչպես շուկայական տնտեսության քաղաքականությանը, այնպես էլ բնակչության սոցիալական ապահովմանը՝ ներառյալ բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում:

Ի կատարումն ՀՀ սահմանադրության պահանջների՝ 90-ականներից ցայսօր հանրապետությունում ընդունվել են մի շարք օրենսդրական ակտեր, որոնցով ջանքեր են գործարկվել բարելավելու բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի վիճակը՝ ներդնելով և գործարկելով համապատասխան արդյունավետ մեխանիզմներ և ինստիտուտներ: Նման ինստիտուտներից մեկն էլ կամավոր բժշկական ապահովագրության ներդրումն էր, որի գործարկումից հետո հաջորդ քայլը պետք է հանդիսանար բնակչության պարտադիր բժշկական ապահովագրության ինստիտուտի ներդրումը: Այս երկու ինստիտուտների համաժամանակյա կիրառումը լիովին համապատասխանում է մի կողմից՝ շուկայական տնտեսության զարգացման, մյուս կողմից՝ բնակչության սոցիալական ապահովման հրամայականներին:

Բնակչության կամավոր և պարտադիր ապահովագրության ինստիտուտների ներդրումը որքան անհրաժեշտ է և հրատապ, նույնքանով վերջինս պետք է իրագործվի կշռադատված և ոչ շտապ, հիմնավոր քայլերով՝ հաշվի առնելով սոցիալ-տնտեսական զանազան գործոններ, բնակչության իրազեկության աստիճանը, այդ ոլորտում հայրենական և միջազգային լավագույն փորձը՝ չանտեսելով նաև պատմական զարգացումներն ու արդի միտումները: Այդ ամենն առաջին հերթին պահանջներ է առաջադրում իրավագիտությանը՝ մասնագիտական խորությամբ ուսումնասիրելու հիշյալ ասպեկտները, գնահատելու դրանց կողմ և դեմ հանգամանքները ու ներկայացնել ազգային իրողություններին հնարավորինս համապատասխանող առաջարկություններ:

Ատենախոսական ուսումնասիրության թեմայի ընտրությունը թելադրված էր հենց այդ արդիականությամբ և հրատապությամբ, մանավանդ այն պայմաններում, երբ հանրապետությունում խիստ

սակավ են բժշկական ապահովագրության իրավական ասպեկտներին նվիրված հետազոտությունները:

Թեմայի մշակվածության աստիճանը և հետազոտության տեսական հիմքը: Բժշկական ապահովագրության իրավական կարգավորման հիմնախնդիրների հետ կապված տարբեր հարցեր հանդիսացել են նախախորհրդային, խորհրդային և հետխորհրդային առանձին իրավագետների գիտական ուսումնասիրությունների առարկա, մասնավորապես հետևյալ հեղինակների կողմից՝ Ա.Մ.Ավագյան, Տ.Կ.Բարսեղյան, Ա.Ա.Գաբովա, Վ.Ն.Գրիգորևա, Մ.Գրին, Ն.Բ.Գրիշչենկո, Ի.Լ.Լոզովինով, Վ.Ա.Կլեվնո, Ն.Ե.Կոզլովա, Ա.Ն.Կուզբագարովա, Ա.Մ.Յայկյանց, Ե.Ե.Մաչուկայա, Վ.Վ.Միշչենկո, Ա.Ա.Միրոնով, Վ.Վ.Շախովա, Դ.Վ.Շիրիպով, Ա.Վ.Ռեշետնիկով, Տ.Մ.Ռոսսուովա, Զ.Ռովելլ, Վ.Ի.Սերեբրովսկի, Մ.Բ.Սմիրնովա, Ա.Վ. Սվիդերսկի, Ն.Ա.Վիգորոչիկ, Ա.Մ.Տարանով, Յուլիա Ֆոգելսոն, որոնց աշխատությունները ատենախոսության հեղինակի կողմից ուսումնասիրվել և ամփոփվել են սույն գիտական շարադրանքի շրջանակներում առաջադրված խնդիրների լուծման նպատակով:

Հետազոտության տեսական հիմքում դրվել են նաև հետազոտության թեմային ուղղակիորեն նվիրված մի շարք թեկնածուական և դոկտորական ատենախոսություններ, որոնց շարքում աչքի են ընկնում՝ Գ.Ա.Կալիկովի (1992թ.), Ս.Ա.Ախմեդովի (1997թ.), Պ.Չ.Իվանիշինի (2004թ.), Պ.Պ.Բուտկովսկու (2005թ.), Վ.Պ.Բուշուևայի (2006թ.), Ն.Լ.Անտոնովայի (2012թ.), Ն.Ա.Տիժինովայի (2012թ.) աշխատությունները:

Միաժամանակ, հարկ է նկատել, որ հայ իրականության մեջ կամավոր և պարտադիր բժշկական ապահովագրության իրավական ասպեկտներն ինչպես առանձին, այնպես էլ երկուսի հետ համեմատական միասնության մեջ՝ դեռևս ամփոփ մակարդակով չեն ներկայացվել և համալիր մակարդակով ուսումնասիրվել, բացակայում են դրանց ուղղությամբ համընդգրկուն գիտական աշխատություններ՝ ատենախոսություններ, մենագրություններ: Տվյալ հանգամանքով էլ մեծապես կանխորոշվել է ոչ միայն մեր հետազոտության թեմայի ընտրությունը, այլև դրա առարկան, հեղինակի գիտական ուսումնասիրության նպատակն ու առաջադրված

խնդիրները:

Յետագոտություն օբյեկտը: Ատենախոսական հետագոտության առարկա են հանդիսանում բժշկական ապահովագրության ոլորտում ձևավորվող հասարակական հարաբերությունները:

Յետագոտություն առարկան: Ատենախոսական հետագոտության առարկա են հանդիսանում՝ բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության ինստիտուտները, դրանց պատմական և ժամանակակից զարգացումներն ու համեմատականությունը:

Յետագոտության նպատակը և խնդիրները: Յետագոտության նպատակը Հայաստանի Հանրապետությունում ժամանակակից սոցիալ-տնտեսական պայմաններում բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության քաղաքացիափրավական ինստիտուտների ներդրման հետ կապված տեսական և գործնական հիմնախնդիրների համալիր ուսումնասիրությունն ու դրա հիման վրա օրենսդրության և իրավակիրառ պրակտիկայի կատարելագործմանն ուղղված առաջարկությունների մշակումն է:

Նշված նպատակին հասնելու համար սույն ատենախոսության շրջանակներում դրվել և լուծվել են հետևյալ **խնդիրները**.

1. Ուսումնասիրել բժշկական ապահովագրության էությունը, ընդհանրացնել դրա շուրջ արտահայտված մասնագիտական տեսակետները, նշել բժշկական ապահովագրության դերն ու նշանակությունը.
2. Ամփոփ ձևով ներկայացնել ՀՀ-ում և ՌԴ-ում պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրության էվոլյուցիան՝ պատմական ժամանակներից մինչև մեր օրերը՝ վեր հանելով հիմնական օրինաչափություններն ու բնութագրիչ գծերը, որոնք կարող են նոր լույս սփռել այս ինստիտուտի ժամանակակից զարգացումների վրա.
3. Ուսումնասիրել և ներկայացնել բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության պայմանագրի բնութագրիչ տարրերը, կողմերի իրավունքներն ու պարտականությունները և պատասխանատվությունը.
4. Ակտիվ ճանաչողական համեմատության մեջ համադրել բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության

տեսակները՝ արժևորելով այդպիսիք ՀՀ ժամանակակից սոցիալ-տնտեսական պայմաններում և իրողության ունենում:

Հետազոտության իրավական և փորձառական հիմքը:

Հետազոտության իրավական և փորձառական հիմք են հանդիսացել բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության տեսակներին առնչվող Հայաստանի Հանրապետության և արտասահմանյան առանձին պետություններին նորմատիվ իրավական ակտերը, մարդու սոցիալ-տնտեսական իրավունքների պաշտպանության միջազգային փաստաթղթերը, ՀՀ սահմանադրական դատարանի որոշումները, ՌԴ Գերագույն դատարանի ակտերը, ՌԴ ընդհանուր իրավասության առաջին ատյանի դատարանների վճիռները: Հետազոտությունը կատարելիս ուսումնասիրվել են նաև ՀՀ ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից քննված ապահովագրական գործերի ամփոփումները, հայաստանյան առանձին ապահովագրական ընկերությունների կողմից կիրառվող ապահովագրության կանոնները:

Հետազոտության մեթոդաբանական հիմքը: Հետազոտության նպատակով և խնդիրներով պայմանավորված՝ այն իրականացվել է ընդհանուր գիտական ուղղվածության՝ դիալեկտիկայի և պատմական, ինդուկցիայի և դեդուկցիայի, անալիզի, սինթեզի, ինչպես նաև մասնագիտական ուղղվածության՝ համակարգակառուցվածքային և համեմատաիրավական մեթոդների կիրառմամբ:

Հետազոտության գիտական նորույթը և պաշտպանության ներկայացվող դրույթները: Հետազոտության գիտական նորույթը կայանում է նրանում, որ հայ իրավագիտության մեջ առաջին անգամ հնարավորինս համալիր և բազմակողմանիորեն վերլուծվել է բժշկական ապահովագրության էությունը, դրա պատմական զարգացումը, պարտադիր և կամավոր իրականացման ձևերը, դրանց համեմատական բնութագիրը, դրական կողմերն ու հնարավոր բացասական հետևանքները, դրանց իրավակիրառ խնդիրները և ձևավորված արակտիկան: Կատարված հետազոտության արդյունքների հիման վրա ատենախոսության շրջանակներում արվում են տեսական ուղղվածության եզրահանգումներ, գիտության մեջ և արակտիկայում առկա մի շարք բանավիճային խնդիրների

առնչությամբ առաջարկվում են լուծումներ, ուրվագծվում են բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության ձևերի հետագա զարգացման միտումները:

Ատենախոսության **գիտական նորույթն** ակնհայտորեն դրսևորվում է հեղինակի կողմից պաշտպանության ներկայացվող դրույթներում և օրենսդրության կատարելագործմանն ուղղված առաջարկություններում:

Պաշտպանության են ներկայացվում հետևյալ դրույթները:

1. Ուսումնասիրելով առողջապահության հիմնական մոդելները, այն է՝ բիսմարկյան, բևերիջյան և մասնավոր կամ ամերիկյան, աշխատանքում հիմնավորվել է, որ ՀՀ պարագայում բժշկական ապահովագրությունը պետք է ստեղծվի առավելապես ռուսական օրինակով, քանի որ ՌԴ-ում բժշկական ապահովագրական համակարգը պարունակում է բիսմարկյան մոդելի էական տարրեր (հստակ առկա է առանձնացված ապահովագրական ֆոնդ, ինչպես նաև ընդգրկում է գործազուրկ քաղաքացիներին, ապահովագրված անձի կողմից բժշկին կամ բժշկական հաստատությունն ընտրելու հնարավորության նախատեսումը, բացի պետական բյուջեից, որպես ֆինանսավորման աղբյուր, նաև գործատուների կողմից վճարվելիք ապահովագրավճարների նախատեսումը), ինչպես նաև բևերիջյան մոդելից՝ պետական ակտիվ դերակատարումը հասարակական խավերի տարբերության կրճատմանը միտված սոցիալական ուղղվածության համակարգ ձևավորելու գործում:

2. Հաշվի առնելով բնակչության զգալի մասի նյութապես անապահով վիճակը, ինչպես նաև ՀՀ-ում առկա բուժօժանայությունների և դեղորայքների բավականին թանկարժեք լինելը՝ առաջարկվում է ներդնել պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը և ընդունել Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ՀՀ օրենք: Ընդ որում, վերոնշյալ օրենքը պետք է կարգավորի միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը՝ առանձնացնելով դրա գործունեության ոլորտը կամավոր բժշկական ապահովագրությունից, քանի որ պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրության համատեղումը նույն օրենքի շրջանակներում կհանգեցնի կարգավորման տարբեր

մեխանիզմների մեկտեղմանը: Պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը կարգավորում է հիմնականում վարչաիրավական նորմերի միջոցով, իսկ կամավոր բժշկական ապահովագրությանը կարգավորում է դիսպոզիտիվ բնույթ ունեցող քաղաքացիաիրավական նորմերով: Բացի այդ միջազգային փորձը ևս խոսում է դրա օգտին՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը համարելով սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ: Իսկ իրավական կարգավորման տեսանկյունից սոցիալական ապահովագրությանը, միջազգային պրակտիկայի համաձայն, հաճախ իրականացվում է հատուկ հանրային-իրավական կազմակերպությանների միջոցով, որոնք գործում են հատուկ նորմատիվ ակտի հիման վրա: Նշված առանձնահատկությունների ուժով կամավոր և պարտադիր բժշկական ապահովագրության կարգավորումը մեկ օրենսդրական ակտի շրջանակներում արդարացված է:

Հետագա օրենսդրական կարգավորումներում, մեթոդաբանական նկատառումներից ելնելով, առաջարկվում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետևյալ ելակետային բնորոշումը. □պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը պետության կողմից տրամադրվող տնտեսական, իրավական, կազմակերպական միջոցառումների ամբողջությունն է, որը հնարավորություն է տալիս պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին ապահովագրական դեպքի տեղի ունենալու պարագայում ապահովագրված անձին՝ անկախ գտնվելու վայրից, տրամադրելու ժամանակին, անվճար, որակյալ բուժօգնություն՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության՝ պետության կողմից ընդունված ծրագրի շրջանակներում □:

3. Միջազգային փորձի ուսումնասիրության արդյունքում գտնում ենք, որ ապահովագրված անձանց շահերի պաշտպանության արդյունավետությունը բարձրացնելու առումով ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում բժշկական պարտադիր ապահովագրության սուբյեկտների կազմում անհրաժեշտ է բացի ապահովագրված անձանցից ընդգրկել .

- ապահովագրական կազմակերպություններին, նկատի ունենալով, որ նախ ապահովագրական ընկերությունների

բացակայության պարագայում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը ձեռք կբերի բյուջետային ֆինանսավորման գծեր, այսինքն՝ մեկ պետական կազմակերպության (գործակալությանը) 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 արդյունավետությանը ձեռք է բերվում հիմնականում այն բանի շնորհիվ, որ ապահովագրական ընկերությունները ծախսերի նվազեցման նպատակով ստեղծում են հզոր հսկողական մեխանիզմ, որը հետևում է բուժական հաստատությանը կողմից մատուցվող բժշկական օգնության որակին, մակարդակին և արդյունավետությանը:

Բացի այդ, ապահովագրական ընկերությունների առկայությանը բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ոլորտում կստեղծի մրցակցային միջավայր, որն էլ իր հերթին կնպաստի ինչպես պարտադիր բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ծախսերի նվազեցմանը, այնպես էլ բարենպաստ ազդեցություն կունենա բժշկական ծառայությունների որակի վրա:

- ապահովագրական ֆոնդին (հիմնադրամին), որը նախ պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների գործունեության նկատմամբ կիրականացնի հսկողություն, ինչպես նաև նրանց վերաբերյալ միասնական ռեեստր կվարի՝ ապահովելով ամբողջական տեղեկատվություն և կնպաստի ոլորտի զարգացմանը:

- բժշկական ծառայություններ մատուցողին

Բուժհաստատություն, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող եզրույթները չեն արտացոլում բժշկական ապահովագրության այս սուբյեկտի ամբողջ էությունը: Մասնավորապես, ենթաօրենսդրական ակտով՝ 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 բուժօգնություններ: Այդպիսի եզրույթը չեն հիշատակում ո՛չ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը, ո՛չ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը: Բացի այդ, վերոնշյալ որոշումը չի հիշատակում բժշկական օգնություն և տրամադրող այնպիսի սուբյեկտ, ինչպիսին է կոնկրետ բժշկական աշխատողը, որը բժշկական ապահովագրության ծառայության գործում ունի լուրջ դերակատարում: Մեր կարծիքով, ճիշտ է բժշկական աշխատողին անտեսելը և բժշկական ապահովագրության համակարգում բուժօգնություն տրամադրող բոլոր սուբյեկտների համար «բուժօգնություն» եզրույթի օգտագործումը:

Ուսումնասիրության արդյունքում առաջարկվել է բժշկական ապահովագրության ոլորտում բուժօգնություն տրամադրող բոլոր սուբյեկտների համար օգտագործել «բժշկական ծառայություններ մատուցող» եզրույթը, որի տակ հասկանալ օրենքով սահմանված կարգով լիցենզավորված և հավատարմագրված ցանկացած կազմակերպիչական ձևի իրավաբանական անձ, ինչպես նաև մասնավոր բժշկական գործունեության մեջ զբաղվող ֆիզիկական անձ, որն ունի լիցենզիա և սերտիֆիկատ, կամ բժշկական կրթությունը վկայող դիպլոմ ունեցող բուժաշխատող և իրականացնում է բուժօգնություն աշխատանքային հարաբերությունների հիման վրա:

4. Օտարերկրյա փորձը նկատի ունենալով՝ առաջարկվել է ոչ առևտրային կազմակերպությունների միջոցով բժշկական ապահովագրություն իրականացնելու հնարավորություն, որով հնարավոր կլինի խթանել կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացումը և դրանով արագացնել ոչ միայն երկրի ապահովագրական շուկայի զարգացման, այլ նաև բնակչության սոցիալական ապահովվածության բարձրացման հետ կապված գործընթացները: Դրա առավելությունների թվին են պատկանում

ա) ապահովագրական ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են ոչ առևտրային ապահովագրության կողմից ավելի ցածր արժեք ունեն, քան առևտրային ապահովագրության մեթոդի հիման վրա

տրամադրվող նմանատիպ ծառայությունները. Դա կնպաստի ապահովադիրների և ապահովագրված անձանց շրջանակի ընդլայնմանը, ինչպես նաև

բ) ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ապահովագրությունը էական դեր է խաղում ապահովադիրների կողմից սեփական առողջության նկատմամբ պատասխանատվություն դաստիարակելու հարցում:

Ըստ այդմ, առաջարկվել է Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքի 8-րդ հոդվածը շարադրել հետևյալ բովանդակությամբ. Ապահովագրողներ են հանդիսանում սույն օրենքով սահմանված կարգով որպես բաժնետիրական ընկերություն կամ սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն ստեղծված ընկերությունները, վերաապահովագրական ընկերությունները, ինչպես նաև ոչ առևտրային կազմակերպություններ հանդիսացող ապահովագրական ընկերությունները .

5. Կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագիրը չի հանդիսանում հրապարակային պայմանագիր: Գտնում ենք, որ ՀՀ-ում անձնական ապահովագրության պայմանագրերը հրապարակային պայմանագրերի թվին դասելը կնպաստի կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացմանը, քանի որ այդ ինստիտուտի գոյությունն ուղղված է առաջին հերթին ազատ շուկայի գործունեության երաշխիքների ստեղծմանը, ազատ մրցակցության զարգացմանը: Բացի այդ, ապահովագրված անձանց իրավունքները առավելագույնս կպաշտպանվեն, քանզի նրանց վրա կտարածվեն սպառողների իրավունքների պաշտպանության մասին օրենսդրությունը և դրանց համապատասխան ընդունված այլ իրավական ակտերը:

Միաժամանակ ապահովագրողներին պետք է հնարավորություն տրվի որոշ կատեգորիայի ապահովադիրների նկատմամբ կիրառել ապահովագրության տարբեր պայմաններ՝ պայմանավորված նրանց տարիքով, մասնագիտությամբ, առողջական վիճակով և այլ պատճառներով, քանի որ դրանք կարող են ազդել ապահովագրական ռիսկերի մեծացման վրա:

6. Առաջարկվում է կամավոր բժշկական ապահովագրության ոլորտում, քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության ավանդական ձևերին զուգահեռ (վնասների հատուցում, ուրիշի դրամական միջոցներն ապօրինի օգտագործելու համար տոկոսների վճարում), խախտողի նկատմամբ նախատեսել ներգործության այլ միջոցներ ևս (ապահովագրված անձին իրավունք տրամադրող միջոցներ, որոնք ուղղված են խախտողին՝ իր հաշվին ԿԲԱ պայմանագրով նախատեսված պարտավորությունների բնեղենով կատարմանը հարկադրելուն, պարտավորության չկատարման կամ ոչ պատշաճ կատարման դեպքում օպերատիվ ներգործության միջոցներ):

Աշխատության շրջանակներում հիմնավորվել է, որ բարոյական վնասի հատուցում չնախատեսելը հատկապես այնպիսի անձնական ոչ գույքային իրավունքի խախտման համար, ինչպիսին է առողջությունը, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի էական թերություններից մեկն է:

Այդ իսկ պատճառով, առաջարկվել է առողջությանը վնաս պատճառելու հետևանքով բարոյական վնասի հատուցումն ապահովելու համար ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում կատարել համապատասխան լրացում՝ մասնավորապես Քաղ. օր. 1087.1 հոդվածի գործողությունը տարածելով ոչ միայն պատվին, արժանապատվությանը կամ գործարար համբավին վնասելու, այլ նաև առողջությանը վնաս պատճառելու դեպքերի վրա:

Հետազոտության տեսական և գործնական նշանակությունը:

Ատենախոսության ներառվող հետազոտության տեսական նշանակությունն ամենից առաջ պայմանավորված է նրանով, որ այն հանդիսանում է հայ իրավագիտության մեջ բժշկական պարտադիր և կամավոր ապահովագրության համեմատափրավական վերլուծական առաջին ամփոփ և համակարգված գիտական աշխատանքը, որը կարող է օգուտ բերել այդ և հարակից ոլորտներում առկա հիմնախնդիրների հետագա գիտական հետազոտությունների իրականացմանը: Սույն հետազոտությունը կարող է ծառայել գիտա-ուսումնական նպատակների՝ բուհերի և հատուկ դպրոցների ու կենդանիների համար բժշկական ապահովագրության ոլորտային ուղղվածությամբ հատուկ դասընթացներ կազմակերպելու և դասավանդելու, ինչպես նաև

ուսումնական ձեռնարկներ պատրաստել ու գործում:

Թեմայի շրջանակներում ներառված հիմնախնդիրների առնչությամբ կատարված ուսումնասիրությունները, ներկայացված առաջարկությունները և դրանց հիմնավորումները կարող են նպաստ բերել ապահովագրությանն առնչվող՝ ՀՀ օրենսդրությունը կատարելագործելու և իրավակիրառ պրակտիկայում առկա թերությունները շտկելու հարցում:

Հետազոտության արդյունքների փորձարկումը:

Ատենախոսությունը պատրաստվել է Հայ-ռուսական համալսարանի քաղաքացիական իրավունքի և քաղաքացիական դատավարության ամբիոնում, որտեղ տեղի են ունեցել դրա քննարկումները և ատենախոսությունը երաշխավորվել է նախնական պաշտպանության ներկայացնել ատենախոսության թեման հաստատած ԵՊՀ իրավաբանական ֆակուլտետի քաղաքացիական իրավունքի ամբիոնում: Ատենախոսության հիմնական դրույթները և հետազոտության արդյունքներն արտացոլված են հեղինակի կողմից հրատարակված՝ թվով 6 գիտական հոդվածներում, որոնք լույս են տեսել տարբեր հանդեսներում: Ատենախոսության մի շարք դրույթներ ատենախոսի կողմից ներկայացվել են զեկույցների և ամբիոնում կազմակերպված գիտական հաղորդումների շրջանակներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը:

Ատենախոսությունը բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից՝ դրանցում ընդգրկված թվով ինը պարագրաֆներով, եզրակացությունից, օգտագործված նորմատիվ իրավական ակտերի, տեսական գրականության և պրակտիկայի նյութերի ցանկից:

ԳԼՈՒԽ 1. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

1.1 Բժշկական ապահովագրության գարգացումը՝ որպես ապահովագրության ընդհանուր գարգացման արդյունք

Ապահովագրության ինստիտուտի մասին վկայություններ կային դեռևս անտիկ ժամանակաշրջանում: Այսպես, ըստ մեզ հասած աղբյուրների, Մերձավոր Արևելքում մ.թ.ա. 2-րդ հազարամյակում Յամմուրաբի թագավորի օրոք առևտրային քարավանի անդամները միմյանց հետ կնքում էին պայմանագրեր գողության, ապրանքի կորստի հետևանքով իրենցից որևէ մեկին պատճառված վնասը հատուցելու մասին¹:

Ծովային առևտրի ոլորտում նավի սեփականատերերի և առևտրականների միջև կնքվում էին պայմանագրեր նավաբեկության և ծովային այլ արտակարգ իրավիճակների հետևանքով պատճառված վնասը միմյանց միջև բաշխելու մասին: Նմանատիպ պայմանագրեր կնքվում էին Պարսից ծոցի հյուսիսային մասերում, Փյունիկիայում և Յին Յունաստանում: Այս բոլոր դեպքերին բնորոշ էր մեկ առանձնահատկություն. այստեղ պայմանագրի կողմերը դեռևս չէին վճարում պարտադիր ապահովագրական վճարներ: Նրանք պարտավորություն էին ստանձնում հատուցել տուժողին պատճառված վնասը դրանք առաջանալու դեպքում: Վնաս առաջանալիս պայմանագրի բոլոր կողմերը հատուկ նախատեսված կարգով հավաքում էին գումարը և փոխհատուցում: Այս ժամանակաշրջանում դեռևս չկար ձևավորված ապահովագրական ֆոնդ: Ապահովագրության այս ձևը ամենահինն է²:

Աստիճանաբար ի հայտ է գալիս պայմանագրի մասնակիցների կանոնավոր վճարումներ կատարելու պարտականությունը, որի շնորհիվ աստիճանաբար սկսում են ձևավորվել ապահովագրական ֆոնդեր: Այդ ժամանակաշրջանի ապահովագրության առանձնահատկությունն այն էր, որ պարունակում էր փոխադարձ ապահովագրության տարրեր, քանի որ ապահովագրությունն իրականացնում էին մասնագիտացված կորպորատիվ

¹ Տե՛ս Сплетуков Ю. А., Дюжиков Е. Ф., Страхование, М., 2006, էջ 29:

² Տե՛ս նույն տեղում, էջ 29:

կազմակերպությունները, որոնք պաշտպանում էին իրենց անդամների գույքային շահերը: Համաձայն գոյություն ունեցող կանոնների՝ այդ կոլեգիայի անդամ դառնալու համար վճարում էին միանվագ գումար, իսկ այնուհետև՝ ամենամսյա վճարներ: Կոլեգիայի անդամներից մեկի մահվան դեպքում նրա ժառանգներին վճարվում էր նախօրոք պայմանավորված գումարը³:

Միջին դարերում ապահովագրությունը սկզբնական ժամանակաշրջանում նման էր ստրկատիրական հասարակարգի կանոններին. իրականացվում էր մասնագիտացված կոլեգիաների կողմից և նախատեսում էր ապահովագրական դեպքի՝ մահվան, հիվանդության, հաշմանդամության դեպքում նպաստների վճարում⁴: Սակայն, դրան զուգահեռ կատարվում էր ապահովագրական դեպքերի որոշակիացում: Մասնավորապես այս ժամանակաշրջանում կատարվեց ապահովագրության բաժանումը գույքայինի և անձնականի⁵:

Գույքային ապահովագրությունը նախատեսվում էր նավաբեկության, հրդեհի, գողության, բնական աղետների դեպքում, անձնական ապահովագրությունը՝ որոշակի գումարի վճարում հիվանդության կամ մահվան դեպքում⁶:

Այսպիսով, միջին դարերի ապահովագրությունը տարբերվում էր անտիկ ժամանակաշրջանի ապահովագրությունից առաջին հերթին նրանով, որ ապահովագրական դեպքերը դարձան ավելի ծավալուն և կոնկրետ, ներառում էին ավելի շատ ապահովագրական ռիսկեր, որոնք հատուկ էին ժամանակակից գույքային և անձնական ապահովագրությանը: Իր զարգացման ավելի ուշ փուլում միջնադարյան ապահովագրությունը կորցրեց իր փակ բնույթը և ապահովագրական հիմնադրամի մասնակից կարող էին դառնալ նաև կազմակերպությանը ուղղակիորեն չառնչվող անձինք: Այս ժամանակաշրջանում դեռևս ապահովագրողների և ապահովագրվածների միջև բաժանում չկար, և բոլոր երկրներում, անկախ նրանց սոցիալ-տնտեսական վիճակից, ընդհանուրն այն էր, որ

³ Տե՛ս **Шахова В. В., Григорьева В. Н., Кузбагарова А. Н.**, «Закон и право», Страхование право, Москва, 2011, էջ 151-152:

⁴ Տե՛ս **Грищенко Н. Б.** Основы страховой деятельности. Барнаул, 2001, էջ 6-7:

⁵ Տե՛ս **Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.**, “Медицинское страхование”, М., 1994, <http://www.znay.ru/guide/medins/02-01.shtml> (ըստ 22.11.2013թ. տվյալների):

⁶ Տե՛ս **Шахова В. В., Григорьева В. Н., Кузбагарова А. Н.**, «Закон и право», Страхование право, Москва, 2011, էջ 152:

կազմակերպության անդամները իրենց էին ապահովագրում և շահույթ ստանալու նպատակ էին հետապնդում⁷:

Ըստ պատմիչների՝ առաջին ապահովագրական վկայագիրը տրվել է 1347թ. բեռը ճենովայից Մայորկա կղզի հասցնելու համար: Այդ ժամանակաշրջանում է առաջացել առաջին ապահովագրական ընկերությունը, մշակվել են նորմատիվ փաստաթղթեր, որոնք կարգավորում էին ապահովագրության սուբյեկտների միջև հարաբերությունները, այսինքն՝ ապահովագրությունը սկսում է ձեռք բերել կազմակերպված ձև և լեգիտիմություն: Սակայն այս փուլում պայմանագրերը որպես կանոն կնքում էին այն անձինք, ովքեր մասնագիտացված էին այս ոլորտում⁸:

Կապիտալ իստական ժամանակաշրջանում ապահովագրությունը ստանում է առևտրային բնույթ: Ապահովագրությունը սկսում է շահույթ բերել և դառնում գործարարական գործունեության տեսակներից մեկը: Այս փուլում ամենատարածված ապահովագրության տեսակը ծովային ապահովագրությունն էր, որի կենտրոնը Յոլսիսային Իտալիան էր: Մի փոքր ուշ ապահովագրությունը զարգացում ապրեց Իսպանիայում, իսկ 16-րդ դարի 2-րդ կեսից՝ Նիդերլանդներում, իսկ հետո՝ Գերմանիայում: 17-րդ դարում այն զգալի զարգացում ապրեց Ֆրանսիայում⁹:

Երկրորդ փուլը բնորոշվում է մասնագիտացված ապահովագրական միությունների ձևավորմամբ և զարգացմամբ: Ժամանակակից ապահովագրական կազմակերպությունների մոդելը՝ ի դեմս ծովային ապահովագրության միությունների, հիմնադրվել է 1668թ. Փարիզում, որոնք, սակայն, շատ շուտով ծարվեցին:

1720թ. Անգլիայում ձևավորվեց ծովային ապահովագրության երկու միություն: Հետագայում այդ գործընթացը աստիճանաբար զարգացում ապրեց¹⁰:

18-րդ դարի սկզբին ապահովագրության գործունեությունը բուն զարգացում ապրեց Անգլիայում:

⁷ Տե՛ս **Шахова В. В., Григорьева В. Н., Кузбагарова А. Н.**, «Закон и право», Страхование право, Москва, 2011, էջ 154:

⁸ Տե՛ս **Буряя Ю. С.**, История страхования, учебно-методический комплекс. Казань, 2009, էջ 9:

⁹ Տե՛ս **Сплетухов Ю. А., Дюжиков Е.Ф.**, Страхование, М., 2006, էջ 32:

¹⁰ Տե՛ս **Шахова В. В., Григорьева В. Н., Кузбагарова А. Н.**, «Закон и право» Страхование право, Москва, 2011, էջ 155:

18-րդ դարի կեսերին Անգլիայում ձևավորվեց կյանքի ապահովագրության ինստիտուտը, իսկ դարավերջին՝ գյուղատնտեսական ապահովագրությունը: Ավտոմեքենաների արտադրության զարգացմանը զուգահեռ Անգլիայում, այնուհետև Գերմանիայում և այլ երկրներում մեծ տարածում ստացավ ապահովագրությունը դժբախտ պատահարներից¹¹:

Երրորդ փուլում ապահովագրությունը դարձավ խոշոր ձեռնարկատիրական գործունեության տեսակ: Այս փուլի սկիզբը դրվեց ապահովագրական կազմակերպությունների միավորմամբ: Առաջին խոշոր ապահովագրական կազմակերպությունների միությունը, որը միջազգային էր, ստեղծվել է 1874թ. Բեռլինում¹², որին անդամագրվել էին 16 ապահովագրական կազմակերպություններ տարբեր երկրներից (Ավստրիա, Ռուսաստան և այլն):

Այսպիսով, 19-րդ դարի վերջերին արդեն ապահովագրության ինստիտուտը ձեռք էր բերել ներկայիս բնույթը և կարող ենք փաստել, որ որպես իրավական-տնտեսական ինստիտուտ կայացել էր:

Այս ժամանակաշրջանում ապահովագրության ընդհանուր զարգացումը հանգեցրեց դրա առանձին տեսակների առաջացմանը և կայացմանը:

Այսպես, 19-րդ դարի կեսերին որպես ապահովագրության առանձին տեսակ ձևավորվեց բժշկական ապահովագրությունը, որի ձևավորմանը աջակցող առաջին պետություններն էին Անգլիան և Գերմանիան: Վերջինիս կանցլեր Օտտո Ֆոն Բիսմարկի կառավարման ընթացքում՝ 1881թ., ընդունվեց առաջին օրենքը ֆանվորների պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին¹³:

Գերմանիայից հետո՝ 1887-1910թթ. համանման օրենքներ ընդունվեցին նաև Ավստրիայում, Նորվեգիայում, Ֆինլանդիայում, Շվեդիայում, Իսպանիայում, Չեխոսլովակիայում և Ֆրանսիայում: Համաձայն այդ օրենքների՝ բացի աշխատողներից՝ ապահովագրական ֆոնդի ձևավորմանը սկսեցին մասնակցել նաև ձեռնարկատերերը, գործարանների սեփականատերերը, որոնք վճարում էին ապահովագրական վճարների 25-40 տոկոսը: Ավելի ուշ

¹¹ Տե՛ս **Сплетухов Ю. А., Дюжиков Е.Ф.**, Страхование, М., 2006, էջ 38:

¹² Տե՛ս **Сударикова И. А.**.. Международное страхование. Учебное пособие. Саратов, 2014, էջ 9:

¹³ Տե՛ս **Буряя Ю. С.**, История страхования, учебно-методический комплекс. Казань, 2009, էջ 13:

ապահովագրական ֆոնդեր սկսեցին մուտք գործել նաև պետության սուբսիդիաները և դոտացիաները: Ընդ որում, որքան շատ միջոցներ էր կառավարությունը ներդնում բժշկական ապահովագրության համակարգ, այնքան ավելի շատ էր վերահսկում այդ գործընթացը¹⁴:

Բժշկական ապահովագրության զարգացման պատմության մեջ բավականին յուրօրինակ տեղ է գրավում 20-րդ դարի սկզբին Մեծ Բրիտանիայի ազգային ապահովագրության ոլորտում կատարված բարեփոխումը: 1911 թվականի հունվարի 15-ին Մեծ Բրիտանիայում ընդունվեց «Ազգային ապահովագրության մասին» ակտը, որը սկզբնապես այլ պետություններում ընդունված համանման օրենքների նման, չէր նախատեսում պետության հաշվին ապահովագրական պարգևավճարներ վճարելու հնարավորությունը, ինչը ապահովագրության սոցիալապես առավել արդարացի ձև է: Սակայն դրա հետ մեկտեղ 1911 թվականի ակտը սահմանում էր, որ ապահովագրված բանվորներից նրանք, ովքեր օրական 1.5 շիլինգ աշխատավարձ ունեին, ապահովագրական վճարներ չէին վճարում: Ապահովագրական դեպքի՝ հիվանդանալու կամ առողջությանը վնաս պատճառելու դեպքերում նրանց վճարվող ապահովագրական հատուցման գումարը ձևավորվում էր ձեռնարկատերերի, առավել բարձր վարձատրվող աշխատողների վճարումներից, ինչպես նաև պետության դոտացիաներից: Ապահովագրվածների մյուս խմբի համար 1911 թվականի ակտը պահպանել էր փոխօգնության սկզբունքը՝ մեղմելով այն միայն պետական բյուջեից սուբսիդիաներ և դոտացիաներ հատկացնելու միջոցով: Այսպիսով, 1911 թվականի ակտը առաջին անգամ Մեծ Բրիտանիայում ամրագրեց հասարակական համերաշխության սկզբունքը, ըստ որի՝ հարուստը վճարում է աղքատի համար, առողջը՝ հիվանդի¹⁵:

Մեծ Բրիտանիայում, ինչպես նաև մայրցամաքային Եվրոպայի մյուս պետություններում, ապահովագրական վճարները հավաքվում էին փոստային ծառայություններում հատուկ նամականիշներ գնելու միջոցով, որից հետո դրանց վաճառքից ստացված միջոցները

¹⁴ Տե՛ս **Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.**, “Медицинское страхование”, Российская академия наук, 1994, էջ 122-123:

¹⁵ Տե՛ս Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в Российской Федерации» www.archive.kremlin.ru (դիտելու ամսաթիվ՝ 08.08.2013):

մուտք էին արվում ապահովագրական հանձնաժողովներ¹⁶, որոնք էլ արդեն կատարում էին ստացված գումարների բաշխումը ապահովագրվածների միջև՝ հանելով այն դրամական միջոցները, որոնք անհրաժեշտ էին պահուստային ֆոնդի համալրման և ապահովագրության կենտրոնական մարմինների պահպանման համար:

Արդեն 20-րդ դարի երկրորդ կեսին՝ երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո, բժշկական ապահովագրությունը եվրոպայում և՛ տնտեսական, և՛ իրավական, և՛ սոցիալական տեսանկյունից կայացած ինստիտուտ էր: Բժշկական ապահովագրությունը տարբեր երկրներում արդեն սկսեց զարգանալ տարբեր մոդելներով և ուղղություններով:

Հաշվի առնելով այս ոլորտում առկա հիմնական տարբերությունները և ընդհանրությունները՝ ներկայումս արտասահմանում առանձնացնում են առողջապահության երեք հիմնական մոդելներ կամ տեսակներ՝ 1. Բիսմարկյան¹⁷, 2. Բևերիջյան¹⁸ և 3. մասնավոր կամ ամերիկյան¹⁹:

1. Բիսմարկյան մոդելը ձևավորվել է 1881թ., և կիրառվում է 25 երկրներում (Գերմանիայում, Ավստրիայում, Բելգիայում, Նիդերլանդներում, Շվեյցարիայում և Կենտրոնական ու Արևելյան Եվրոպայի այլ երկրներում)²⁰:

Այս մոդելի բժշկական ապահովագրության համակարգը հիմնված է **համերաշխության սկզբունքի** վրա, սերտորեն կապված է սոցիալական ապահովագրության համակարգի հետ և կարգավորվում է օրենսդրությամբ: Ապահովադիրներին և ապահովագրված անձանց տրված է հնարավորություն վերահսկել ու ապահովագրական միջոցների օգտագործումը, ընտրել ու բժշկին կամ բժշկական

¹⁶ Ապահովագրական հանձնաժողովները, ըստ էության, իրենց բնույթով նույն ապահովագրական կազմակերպություններն էին:

¹⁷ Բիսմարկյան մոդելը ստեղծվել է հիմնադրի՝ Գերմանիայի կանցլեր Օտտո ֆոն Բիսմարկի կողմից:

¹⁸ Այս համակարգը առաջին անգամ ներդրվել էր Մեծ Բրիտանիայի վարչապետ Դեվիդ Լյոդ Բևերիջի կողմից 1948թ.:

¹⁹ Այս մոդելը ձևավորվել է ԱՄՆ-ում: Հիմնականում այս մոդելի կիրառման պայմաններում առողջապահության ոլորտում առավելություն է ստանում կամավոր բժշկական ապահովագրությունը, իսկ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը գրեթե բացակայում է:

²⁰ St' u Алексеев В. А., Борисов К. Н. Обзор систем здравоохранения в странах мира (Электронный ресурс) // Росмедпортал- научно-практический медицинский журнал. –Том 2. -2011. URL: http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1267:2011-07-15-11-00-30&catid=25:the-project (դիտել ու ամսաթիվ՝ 25.04.2013):

հաստատությունը:

Այս համակարգում ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրներն են ինչպես պետական բյուջեն, այնպես էլ գործատուների և աշխատողների կողմից վճարվող ապահովագրավճարները: Այստեղ բժշկական ապահովագրությունը հիմնված է սոցիալական ապահովագրության համակարգի վրա և ներառում է ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր առողջապահության դրական փորձը: Օրինակ, Գերմանիայում այս համակարգը անհրաժեշտ բժշկական օգնությամբ ապահովում է բոլոր ապահովագրված անձանց, ընդ որում, այս համակարգում էական դերակատարում ունի գործատուների ֆինանսական մասնակցությունը²¹:

Բիսմարկյան մոդելին բնորոշ են բնակչության լայն զանգվածի (օրինակ, Գերմանիայի բնակչության 90% ընդգրկված է ՊԲԱ համակարգում²²) ընդգրկվածությունը բժշկական ապահովագրության ոլորտում, անվճար բուժօգնություն ստամադրելու գործունե երաշխիքների առկայությունը, բնակչության կողմից ապահովագրական ֆոնդերի ընտրության ազատությունը, բժշկական ծառայությունների ֆինանսավորման և ստամադրման գործառնությունների տարանջատվածությունը, պետության կողմից երաշխավորված բարձր որակի բուժօգնությունը:

Այս համակարգում, սակայն, բնակչության որոշ զանգվածներ (Գերմանիայում դրանք հիմնականում բարձր կայուն եկամուտ ունեցող անձինք են) ոչ բավարար ընդգրկվածություն ունեն պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտ²³, իսկ բնակչության մի զգալի հատված ձեռք է բերում ապահովագրական լրացուցիչ փաթեթներ, որտեղ ներառված են բժշկական ծառայություններ, որոնք ՊԲԱ ծրագրերի շրջանակից դուրս են, իսկ գները բարձր են:

Բիսմարկյան մոդելը առավել բնորոշ է այն պետություններին, որտեղ բժշկական ապահովագրությունը ունի զարգացման երկարատև

²¹ Ст' у Медицинское страхование за рубежом //(Էլեկտրոնային աղբյուր)// [URL: <http://health.rin.ru/uni/text/pages/2777.html>] (դիտելու ամսաթիվ՝ 22.11.2013):

²² Ст' у Лаврова Ю. А. Обязательное медицинское страхование в Германии и России. Сравнительный анализ систем ОМС www.forinsurer.com/public (դիտելու ամսաթիվ՝ 23.02.2013):

²³ Ст' у նույն տեղում:

պատմություն և հաստատել է իր արդյունավետությունը:

2. Բներիչյան մոդելի հիման վրա բժշկական ապահովագրության համակարգ ներդրած պետություններում, մասնավորապես պարտադիր բժշկական ապահովագրության շնորհիվ, ձևավորվել է առողջապահության մի համակարգ, որը շատ նման է խորհրդային պետությունների մոդելին: Այն սոցիալական քաղաքականության ուղղություն է, ինչի միջոցով պետական իշխանության մարմինները վերահսկում և կարգավորում են պետության ներսում գործող ապահովագրական և բժշկական հաստատությունների ողջ գործունեությունը²⁴:

Այդպիսի համակարգն ապահովում է բնակչության սոցիալական պաշտպանվածության բարձր մակարդակ, քանի որ բժշկական անվճար սպասարկման երաշխիքներ է տրամադրում, ինչը շատ արդյունավետ է հատկապես վտանգավոր վարակիչ հիվանդությունների տարածման պարագայում, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներում, որովհետև անհրաժեշտ բուժօգնության ֆինանսավորումը կատարվում է պետական բյուջեի միջոցներից: Կենտրոնացված ֆինանսավորումը թույլ է տալիս զսպել բուժօգնության գների աճը, սակայն այս համակարգի էական թերությունն այն է, որ ապահովագրության ոլորտում մենաշնորհի, քաղաքացիների իրավունքների սահմանափակման, մասնավորապես անձի կողմից բժշկի կամ բժշկական հաստատության ընտրության հնարավորության բացակայության վտանգ է ներկայացնում: Այս մոդելի թերություններից են նաև բուժօգնության ցածր որակը, երկար հերթերը, արդիական սարքավորումների պակասը:

Բներիչյան մոդելը կիրառվում է Մեծ Բրիտանիայում, Շվեդիայում, Դանիայում, Իտալիայում, Իռլանդիայում և այլն²⁵:

3. Երրորդ համակարգը պայմանականորեն կարելի է անվանել մասնավոր մոդելի վրա հիմնված առողջապահական մոդել կամ ամերիկյան: Այն ձևավորվել է ԱՄՆ-ում ազատ շուկայի պայմաններում, որտեղ մասնագիտացված բժշկական միավորումները

²⁴ Տե՛ս **Ахмедов, Самир Аваз Оглы** - Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения: дис. ... канд. экон. наук. - М., 1997, էջ 46:

²⁵ Տե՛ս **Бойко А. Т.** Принципы экономического построения систем здравоохранения (Էլեկտրոնային աղբյուր) // [URL: <http://www.maps.spb.ru/ordinatorator/element2.3.3.htm>] (դիտելու ամսաթիվ՝ 22.11.2013):

մեծ իշխանություն ունեն և թույլ չեն տալիս պետությանը միջամտելու առողջապահության, այդ թվում բժշկական ապահովագրության ոլորտին: Այս մոդելի կիրառման հիմնական առավելությունն այն է, որ նախապատվություն է տրվում կամավոր բժշկական ապահովագրության, իսկ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը գրեթե բացակայում է²⁶:

□Առողջությունը յուրաքանչյուր անհատի մասնավոր ինդիրն է,- սա է երկրում երկու հազարից ավել բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունների գործունեության հիմնարար սկզբունքը: Այդ համակարգում ներգրավված է երկրի բնակչության 80 տոկոսից ավելին: Այժմ ԱՄՆ-ում գործում են դաշնային երկու խոշոր ծրագրեր՝ Medicaid (Մեդիկեյդ) և Medicare (Մեդիկեր)²⁷:

Առաջինը մասնագիտացած է այն անձանց բուժօգնություն մատուցելուն, որոնց եկամուտը ցածր է աղքատության պաշտոնական չափանիշից: Այն հիմնված է Կերր-Միլլսի օրենքի վրա (1960 թ.) և իրականացվում է 1965 թ.-ից: Այս ծրագրում ընդգրկված է 49 մլն մարդ: Երկրորդ ծրագիրը հիմնադրվել և ուժի մեջ է մտել 1965 թ.: Այն կենսաթոշակային ապահովագրության պետական ծրագրում ներառված ամերիկացիների և հաշմանդամների համար է (1972 թ.-ից)²⁸:

Այս մասնավոր մոդելի առավելությունների թվին են դասվում բուժման և ախտորոշման տեխնոլոգիական մեթոդների զարգացումը, բժիշկ-մասնագետների հետ ուղղակի կապը, ինչպես նաև բժշկական ապահովագրության ապակենտրոնացվածությունը, ապահովագրական կազմակերպությունների ճյուղերի բարձր զարգացածությունը և պետական հսկողության բացակայությունը:

Ակնհայտ թերություններից են. ա) բժիշկների՝ գերիշխող դիրքի հասնելու ձգտման պատճառով նկատվում է բժշկական ծառայությունների գների մշտական աճ; բ) բուժման բարդ տեսակների համար գումարը կարող է չբավականացնել;

²⁶ Տե՛ս **Бушueva В. П.** Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.02. Рос.гос. соц. унив. - М., 2006, էջ 28:

²⁷ Տե՛ս **Лебедева Л. Ф., Емельянов Е. В.** Формирование трудового потенциала в США [Электронный ресурс] //Россия и Америка в XXI веке: электрон.науч. журн. 2010. №1. URL: <http://www.rusus.ru/?act=read&id=180> (դիտելու ամսաթիվ 20.08.2013):

²⁸ Տե՛ս **Ахмедов, Самир Аваз Оглы** - Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения: дис. ... канд. экон. наук. - М., 1997, էջ 36:

գ) բնակչության լայն զանգվածների համար բժշկական բազմաթիվ ծառայությունների անհասանելիությունը:

Այլ կերպ ընթացավ բժշկական ապահովագրության զարգացումը Ռուսաստանում:

Ըստ Ա.Վ.Ռեշետնիկովի՝ Ռուսաստանում բժշկական ապահովագրության կայացման սկիզբ պետք է համարել 1861 թվականը, երբ պետական մակարդակով նորմատիվ բազայում ամրագրվեց հիվանդության դեպքում բանվորների պարտադիր ապահովագրությունը²⁹:

□ Ռուսաստանի կայսրությունում աշխատողներին դժբախտ պատահարներից և հիվանդություններից պարտադիր ապահովագրության մասին □ օրենք ընդունվեց 1912 թվականին, սակայն ուներ սահմանափակումներ: 13 միլիոն աշխատվորներից դժբախտ պատահարների և հիվանդությունների համար ապահովագրությունից կարող էին օգտվել միայն 2 միլիոնը: Ապահովագրությունը չէր ընդգրկում Սիբիրը, Միջին Ասիան և Կովկասը: Ավելին, եթե եվրոպական երկրներում հիվանդության ապահովագրության դեպքում նախատեսվում էր տրամադրել բուժօգնություն, ապա ռուսական կայսրությունում ապահովագրական կազմակերպությունները բավարարվում էին միայն ապահովագրական հատուցում տալով³⁰:

Մինչ հեղափոխական Ռուսաստանում բժշկական ապահովագրությունը չունեցավ այնպիսի տարածում, ինչպիսին եվրոպայում. այստեղ բժշկական ապահովագրությունը ներդրվում էր հիմնականում միայն Մոսկվայում և Սանկտ Պետերբուրգում:

Նեպի ժամանակաշրջանում Ռուսաստանը կրկին վերադարձ կատարեց բժշկական ապահովագրության պրակտիկային: 1921թ. հրապարակվեց □ Վարձու աշխատանքով զբաղված անձանց սոցիալական ապահովագրության մասին □ դեկրետը, փոփոխությունների ենթարկվեց կազմակերպական կառուցվածքը, որում ներառվեցին

²⁹ Ст' у Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998, էջ 63; Заседание президиума Государственного совета № 28 «О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» от 02 апреля 2003г. Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в Российской Федерации», <http://archive.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml> (դիտել ու ամսաթիվ՝ 20.08.2014):

³⁰ Ст' у Решетников А. В. Նշված աշխատությունը, էջ 72-73:

ապահովագրվածներին բուժօգնություն ցուցաբերելու ֆոնդեր: Այս ժամանակաշրջանում բժշկական ապահովագրությունը պետության □բյուջետաապահովագրական□ առողջապահության միասնական պետական ծրագրի բաղկացուցիչ մասն էր³¹:

Նեպի ժամանակ կիրառվող պարտադիր բժշկական ապահովագրության պրակտիկան հետագայում վերացվեց, սակայն դրա որոշ տարրեր կիրառվում էին առողջապահության պետական բյուջետային համակարգում: Դրանցից էին առողջարանային բուժման մասնակի ֆինանսավորումը ապահովագրական միջոցների հաշվին, արդյունաբերական կազմակերպություններում կանխարգելիչ և առողջապահական որոշ միջոցառումների անցկացումը³²:

Յետագայում խորհրդային երկրներում ձևավորվեց և կիրառվեց առողջապահության պետական համակարգը, որը հայտնի է □Սեմաշկոյի մոդել□ անվամբ³³: Վերջինիս բնորոշ էր այն, որ բնակչությունը չէր մասնակցում բուժօգնության հատուցման կազմակերպմանը:

ԽՍՀՄ-ում առողջապահության ոլորտում ձևավորված և կայացած էր գերատեսչական մոտեցումը, ըստ որի՝ որակյալ և արդյունավետ բժշկությունը հասու էր միայն բնակչության փոքր մասին՝ քաղաքական, տնտեսական էլիտային, չինովնիկներին: Ավելին, □քանակի մրցավազքը□ (բուժանձնակազմի, մահճակալների քանակ այլև) հանգեցրեց բուժսպասարկման որակի անկմանը, և բնակչության լայն զանգվածի առողջական վիճակի վատթարացմանն ու կյանքի որակի անկմանը:

Բուժանձնակազմի, մահճակալների ավելացումը մի կողմից վկայում էր պետության՝ բնակչությանը բուժօգնության հասանելիություն ապահովելու հոգատարության մասին, ինչը նպաստեց առողջապահության խորհրդային համակարգի ընդունելի և մրցունակ դառնալուն արևմտյան երկրներում: Սակայն

³¹ Յետագայում՝ արդեն ԽՍՀՄ-ի փլուզումից հետո, ապահովագրական ֆոնդերի գաղափարը ՌԴ-ում ընդօրինակվեց 90-ական թթ. պարտադիր բժշկական ապահովագրության պրակտիկան կյանքի կոչելիս:

³² Տե՛ս Лисицын Ю. П., Стародубов В. И., Савельева Е. Н. Медицинское страхование, М., 1995, էջ 23:

³³ Այդ ժամանակ նազվ խավորում էր Առողջապահության կոմիտարիատը:

բուժհաստատության ներքին ավելացումը բուժօգնության բարձր որակի ցուցանիշ է, քանի որ դա չէր ավելացնում բուժհաստատության ներքին տեխնիկական, դեղորայքային վերազինումը: Այսպես, շրջանային և գյուղական բուժհաստատությունները հիմնականում զուրկ էին բժշկական նոր սարքավորումներից և բավարար դեղամիջոցներից³⁴:

Խորհրդային առողջապահության ֆինանսավորումը իրականացվում էր մնացորդային սկզբունքի համաձայն, ինչը հանգեցրեց ֆինանսական ռեսուրսների պակասորդի³⁵:

Գրականության մեջ առկա է տեսակետ, որ պետության կողմից առողջապահության ոլորտին հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծավալը ցույց է տալիս պետության վերաբերմունքը բնակչության առողջության՝ որպես ռազմավարական կարևոր ռեսուրսի հանդեպ: Նվազագույն ծախսերը հանգեցնում են առողջության վատթարացման և պետության մարտունակության նվազեցման:

70 տարվա ընթացքում ձևավորված առողջապահության խորհրդային համակարգի առանձնահատկություններն էին՝

- չնայած այս ոլորտում հիվանդների իրավունքների հռչակմանը՝ առողջության պահպանությանն ուղղված գործունե իրավանորմերի բացակայությունը,

- առողջապահության ոլորտի կենտրոնացում և վարչահրամայական կառավարում (հրամանների և նորմատիվների միջոցով),

- ավելանում էր բժիշկների քանակը, իսկ նյութատեխնիկական բազան նվազում, հնանում,

- բժշկական սպասարկման նկատմամբ ներգերատեսչական հսկողություն՝ ձեռքը ձեռք էլ վանում՝ սկզբունքով,

- առողջապահության ֆինանսավորման մնացորդային սկզբունքը. 1990թ. առողջապահությանը հատկացվող ֆինանսական միջոցները կազմեցին 3,4 տոկոս, բուժսպասարկումը բնակչության

³⁴ Ст' у Российский статистический ежегодник. М., 2002, էջ 239:

³⁵ Ст' у Показатели экономики здравоохранения в 1990г. Дрошнев В.В. Նշված աշխ., էջ 57:

մեկ շնչին տարեկան 200 ռուբլի էր³⁶:

Արդյունքում ԽՍՀՄ ողջ առողջապահությունը հայտնվեց ճգնաժամային իրավիճակում, քանի որ առաջին հերթին ի վիճակի չէր բավարարելու բնակչության՝ հասանելի, որակյալ բուժօգնության տրամադրումը, երկրորդ՝ բուժօգնության տրամադրման տարածքային սկզբունքը բնակչությանը օկայում էր օկոնկրետ բուժհաստատություններին, երրորդ՝ ֆինանսական միջոցների պակասը կասեցնում էր առողջապահության հետագա զարգացումը:

Վերոգրյալ և այլ քաղաքական, տնտեսական պատճառների արդյունքում հետխորհրդային նորանկախ պետությունները կանգնեցին առողջապահության նոր մոդել ընտրելու անհրաժեշտության առջև:

Հասարակական զարգացմամբ պայմանավորված՝ բոլոր համակարգերի վերակազմակերպումը, շուկայական հարաբերությունների ձևավորումը հանգեցրեց բժշկական ապահովագրության վերականգնմանը, ինչը ամրագրվեց ՕՌՍՖՍՀ-ում քաղաքացիների բժշկական ապահովագրության մասին օրենքում, որը ընդունվեց 1991թ.-ին և ազդարարեց բժշկական ապահովագրության նոր փուլ:

Սակայն Ռուսաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության կայացման գործընթացը իրականացվում էր օվերևից՝ նորմատիվ-իրավական դաշտում օրինականացնելու միջոցով: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության կայացման ճանապարհին միջին օղակի դերակատարները/սուբյեկտները դիմադրություն էին ցույց տալիս, որի պատճառները, ինչպես նշում է Ե.Ս.Անդրեևսկայան, հետևյալներն էին³⁷.

- ղեկավարների մեծ մասը վախենում էր առողջապահության ոլորտում քաղաքացիների իրավունքների և շահերի պաշտպանության համակարգ ներդնելուց և ոչ գերատեսչական կազմակերպություններ ստեղծելուց՝ պայմանավորված բժշկական

³⁶ Տե՛ս **Антонова Н. Л.** Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: дис. ... д-ра социологических наук. - Екатеринбург, 2012, էջ 115:

³⁷ Տե՛ս **Андреевская Е. С.** Этапы становления обязательного медицинского страхования в России// Учен.зап. Петрозавод. гос. ун-та. 2009. №8. էջ 11-12:

օգնությամբ ներդրում է անհատական և հասարակական կյանքի:

- Բժշկական ապահովագրության մասին օրենքը կյանքի կոչելու համար պահանջվում էր գոյություն ունեցող մեթոդների արմատական փոփոխություն և առողջապահության կառավարման մարմինների, պաշտոնատար անձանց և բուժօգնությունների ղեկավարների պատասխանատվության բարձրացում:

- պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում առաջացող հարաբերությունների բավարար նորմատիվ իրավական կարգավորման բացակայության պայմաններում առողջապահության ղեկավարների մեջ մտավախություն էր առաջացնում անգամ շուկայական հարաբերությունների ներդրումը առողջության պահպանության համակարգում:

Առաջադրված հարցերի լուծման համար օրենսդրական բազան լրացվեց մի շարք նորմատիվ փաստաթղթերով, որոնք Ռուսաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի կազմակերպական կառուցվածքի կայացման հիմքը դարձան³⁸:

Բացի այդ, բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման գործընթացը չէր ուղեկցվում ողջ բնակչության տեղեկատվության ապահովմամբ: Բնակչությունը քիչ էր իրազեկված, և այդ խնդիրը արդիական է նաև ներկայումս: Այսպես, 2008թ. անցկացված համառուսական հարցման արդյունքներով «Գիտե՞ք, թե ինչ է իրենից ներկայացնում պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը» հարցին հարցվողների 58,5%-ը նշել է, որ տիրապետում են բավարար ինֆորմացիայի, 33,5%-ը տեղյակ է այդ համակարգի մասին, բայց մասամբ, իսկ 8%-ը առայսօր ոչինչ չգիտի պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին³⁹:

Չնայած առկա թերություններին, այնուամենայնիվ պետք է փաստել, որ ապահովագրական բժշկությունը ՌԴ-ում արդյունավետ է իրականացնում իր գործառնությունները, ուստի դրա կազմակերպական և աշխատանքային սկզբունքների համեմատական վերլուծությունը,

³⁸ Ст' у Федеральний фонд обязательного медицинского страхования: [сайт]. URL:<http://ora.ffoms.ru/portal/top/about/pravoinfo> (շիտելու ամսաթիվ՝ 13.05.2011):

³⁹ Ст' у Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи [Электронный ресурс] //Международный центр финансово-экономического развития: [сайт] 05.05.2010. URL:<http://mcfr.ru/journals/34/311/17793/18943/> (շիտելու ամսաթիվ՝ 19.04.2011):

մեր կարծիքով, հետաքրքրություն է ներկայացնում ՀՀ առողջապահության համար:

Ռուսաստանի պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի հիմնական առանձնահատկությունը, ի տարբերություն, բիսմարկյան մոդել ներդրած այլ երկրների, որոնք առկա են Գերմանիայում, Ֆրանսիայում և միջարքայլ երկրներում, այն է, որ եթե \$ոնդը (ապահովագրական դրամարկը) այդ երկրներում բուժհաստատությունների ուղղակիորեն վճարում է մատուցված ծառայությունների արժեքը՝ բուժհաստատությունների հետ փոխգործողության կազմակերպման գործում հանդես գալով որպես մոնոպոլիստ, ապա □Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին □ՌԴ օրենքը կիրառում է տնտեսափրավական ավելի բարդ մեխանիզմ: Բժշկական ապահովագրության համակարգ ներմուծելով այնպիսի օղակ, ինչպիսին է բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունը՝ ռուս օրենսդիրը դրանով փորձել է ստեղծել բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ոլորտում մրցակցային միջավայր, ինչը պետք է նպաստի ինչպես ՊԲԱ կազմակերպման ծախսերի նվազմանը, այնպես էլ բարենպաստ ազդեցություն ունենա բուժծառայությունների որակի վրա:

Միաժամանակ, բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունների ընդգրկումը ՊԲԱ համակարգ չի նշանակում հրաժարվել այդ համակարգում ՊԲԱ \$ոնդերի մասնակցությունից, որոնց գոյությունը թույլ է տալիս խուսափել անցանկալի իրավիճակներից և հաստատել հավասարակշռություն ապահովագրական կազմակերպությունների միջև:

Հայ իրավունքում ապահովագրության ինստիտուտը ի հայտ եկավ 19-րդ դարում, երբ Արևելյան Հայաստանը միացվեց Ռուսաստանին (1828թ.): Ռուսաստանի կայսրության □Հավաք օրինացը □ Արևելյան Հայաստանում սկսեց գործել 1832 թվականից, և այն նախատեսում էր ապահովագրական հարաբերությունները կարգավորող իրավանորմեր⁴⁰:

Խորհրդային համակարգի փլուզումը իր հետ տարավ նաև

⁴⁰ Տե՛ս Աйкянц А. М. "История развития частного права в Армении", Асогик, Е. 2006, էջ 165:

ապահովագրության պետական մենաշնորհը: Յետխորհրդային նորանկախ պետությունները, այդ թվում ՅՅ-ն, ընդունեցին նոր օրենքներ, որոնցով ապահովագրությունը հանվեց պետական մենաշնորհային ոլորտից:

Արդեն 1996թ. դեկտեմբերի 16-ին ընդունվեց Ապահովագրության մասին ՅՅ օրենքը⁴¹, իսկ 1999թ. հունվարի 1-ից գործողության մեջ դրվեց ՅՅ քաղաքացիական օրենսգիրքը⁴², որի 54-րդ գլուխը ամբողջությամբ նվիրված էր ապահովագրությանը: ՅՅ քաղաքացիական օրենսգրքում, մասնավորապես նրա 1025-րդ հոդվածում առաջին անգամ իրավական մակարդակում նշվում էր նաև բժշկական ապահովագրությունը՝ որպես ապահովագրության առանձին տեսակ:

Սակայն ՅՅ-ում ապահովագրության ոլորտը կարգավորող առաջին իրավական ակտը՝ 1996թ. դեկտեմբերի 16-ին ընդունված Ապահովագրության մասին ՅՅ օրենքը, բավականին թերություններ ուներ՝ մասնավորապես՝ ընդհանրապես չէր նախատեսում ապահովագրության տեսակները՝ սահմանափակվելով միայն ապահովագրության պարտադիր և կամավոր ձևերի մատնանշմամբ: 2004թ. հունիսի 11-ին ընդունվեց ապահովագրության ոլորտը կարգավորող երկրորդ օրենքը՝ Ապահովագրության մասին⁴³, որը, արդեն ապահովագրության կամավոր և պարտադիր ձևերից բացի, նախատեսում էր նաև ապահովագրության այլ տեսակներ ևս՝ մասնավորապես անձնական և գույքային ապահովագրություն, պատասխանատվության ապահովագրություն և այլն, սակայն բժշկական ապահովագրությունը՝ որպես ապահովագրության առանձին տեսակ, վերոգրյալ օրենքում չէր նշվում:

Պայմանավորված ապահովագրական շուկայի զարգացման և իրավական ակտերի կատարելագործման պահանջներով՝ 2007 թվականի հունիսի 30-ին ընդունվեց ապահովագրության ոլորտը համապարփակ կարգավորող Ապահովագրության և ապահովագրական

⁴¹ Տե՛ս ՅՅ գործող օրենքների ժողովածու (1995-1999թթ.), Գիրք Ա, Եր., 1999, Էջ 453-466:

⁴² Տե՛ս ՅՅՊՏ 1998.08.10/17(50):

⁴³ Տե՛ս ՅՅՊՏ 2004.07.21/39(338) Յոդ.885:

գործունեության մասին՝ ՀՀ օրենքը⁴⁴, որը թեև բավականին մանրամասն շարադրում է ապահովագրության տեսակները, սակայն բժշկական ապահովագրությունը այդպես էլ չնախատեսեց որպես ապահովագրության առանձին տեսակ:

Չնայած դրան՝ գիտակցելով ապահովագրության այդ տեսակի կարևորությունը՝ այդ ոլորտի նկատմամբ ևս ձեռնարկվեցին որոշակի տիվ քայլեր: Մասնավորապես, 1999թ. ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կառավարության քննարկմանը ներկայացրեց երեք փաստաթղթեր՝ «Առողջապահության նախարարության հայեցակարգային մոտեցումները ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրություն ներդնելու ուղղությամբ», «Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրություն ներդնելու մոդելը», «Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրություն ներդնելու վերաբերյալ առաջարկություններ»: Բացի այդ, առողջապահության պետական գործակալությունը այդ հարցի կապակցությամբ նախապատրաստեց լրացուցիչ փաստաթուղթ, որը կոչվում էր «Բժշկական ապահովագրություն ներդնելու վերաբերյալ հայեցակարգային մոտեցումներ»⁴⁵:

2000թ. Առողջապահության նախարարությունը պատրաստեց նոր փաստաթուղթ (արձանագրային որոշում)՝ «ՀՀ-ում բժշկական ապահովագրության ներդրման հայեցակարգը»⁴⁶, որում մկազմակերպչական, ֆինանսական և օրենսդրական մեխանիզմները սահմանելու նպատակով փորձ արվեց ընդգրկել վերոնշյալ երեք փաստաթղթերում տեղ գտած առաջարկությունները: Այդ փաստաթուղթը կառավարության կողմից քննարկվեց 2000թ. և դրվեց բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագծի նախապատրաստման հետագա աշխատանքների հիմքում: Այնտեղ ընդգծվում էր, որ բժշկական ապահովագրությունը պետք է լինի պարտադիր ՀՀ-ում բժշկական ապահովագրության մասին՝ օրենքի ընդունումից հետո: Նաև նշվում էր, որ այդ աշխատանքը պետք է անցկացվի աստիճանաբար և փուլ առ փուլ, քանի որ պարտադիր

⁴⁴ Տե՛ս ՀՀՊՏ 2007.05.30/27(551) Հոդ.647:

⁴⁵ Տե՛ս Системы здравоохранения в переходный период, Армения, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, **С. Оганесян** и др., 2001, էջ 30:

⁴⁶ Տե՛ս նույն տեղում, էջ 30, ՀՀ Կառավարության նիստի արձանագրությունների քաղվածք, 10 օգոստոսի 2000թ. N 33, <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=11367>:

բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրմանը կարող են խոչընդոտել տնտեսական և կազմակերպչական միջարթ խնդիրներ (մեծ գործազրկությունը, լայնածավալ սովերային տնտեսությունը, բժշկական ապահովագրությանը վերաբերող հարկային և րացուցիչ բեռը և այլն)⁴⁷:

Բացի այդ, անհրաժեշտ է նշել, որ 2001թ. մշակվել էր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագիծը, որը հիմնված էր վերոնշյալ հայեցակարգի վրա: Այն նախատեսում էր ողջ բնակչության համար պարտադիր բժշկական ապահովագրության, ինչպես նաև բնակչության առանձին խմբերի և անհատների համար կամավոր բժշկական ապահովագրության համակարգերի ներդրում՝ բժշկական այն ծառայությունների ծախսերը վճարելու համար, որոնք չեն ծածկվի պարտադիր բժշկական ապահովագրությամբ⁴⁸:

Վերոգրյալ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագիծը հիմնված էր հետևյալ հիմնական սկզբունքների վրա.

1. Բժշկական ապահովագրությունը պետք է պարտադիր լինի և կյանքի կոչվի Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ԶՅ օրենքի ընդունումից հետո,

2. Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետք է կայանա բժշկական ծառայությունների հասանելիության, արդարության, սոցիալական համերաշխության, առկա միջոցների արդյունավետ օգտագործման, լայնորեն տարածված սովերային տնտեսության վերացման սկզբունքների հիման վրա:

3. Բնակչության ներգրավվածության մեխանիզմերն ընտրելիս, ապահովագրական գումարների չափ սահմանելիս պետք է հաշվի առնել բնակչության առանձին խավերի շահերը, այդ թվում անվճարունակներին նույնպես պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտներգրավելու խնդիրը:

4. Անհրաժեշտ է մշակել ապահովագրական գումարները ամբողջությամբ և ժամանակին գանձելու մեխանիզմներ:

5. Ապահովագրության համակարգի ներդրումից առաջ

⁴⁷ Տե՛ս նույն տեղում:

⁴⁸ Տե՛ս Системы здравоохранения в переходный период, Армения, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, С. Оганесян и др., 2001, էջ 32:

անհրաժեշտ է հստակ որոշել բժշկական ծառայությունների արժեքը: Ընդ որում ապահովագրական հատուցման առաջին խումբը պետք է ներառեն առաջնային բժշկական-ախտորոշիչ ծառայությունները, մասնագիտացված բժշկական ծառայությունները և շտապ բուժօգնությունը:

6. Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում ստեղծվելու են ապահովագրական ֆոնդեր:

7. Բժշկական ապահովագրության նոր օրենսդրությունը պետք է նպաստի կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացմանը: Բացի այդ, անհրաժեշտ է վերանայել մի շարք այլ օրենքներ (օրինակ՝ Եկամտահարկի մասին , Ծահուլթահարկի մասին) հարկային խթան ստեղծելու համար, որն էլ կնպաստի կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացմանը:

Վերոգրյալ սկզբունքների ուսումնասիրության արդյունքում հանգում ենք այն եզրակացության, որ նախագծում առաջարկված բժշկական ապահովագրության համակարգը առավել նման է ռուսականին, որտեղ ևս հստակ առկա է առանձնացված ապահովագրական ֆոնդ, ինչպես նաև ընդգրկում է գործազուրկ քաղաքացիներին, նախատեսվում է պետության ակտիվ մասնակցություն բժշկական ապահովագրության ոլորտում:

Այսպիսով, ՀՀ-ի անկախացումից հետո իրավական դաշտում բժշկական ապահովագրությունը որպես ապահովագրության առանձին տեսակ չնախատեսվելու և հատուկ իրավական կարգավորման չենթարկվելու պատճառով, ինչպես նաև այլ գործոնների հետևանքով ՀՀ-ում բժշկական ապահովագրության զարգացումը բավականին դանդաղ ընթացք ստացավ:

Ուստի անհրաժեշտ է մանրակրկիտ քննությանը օրոշել, թե բժշկական ապահովագրության որ մոդելի հիման վրա պետք է ձևավորվի բժշկական ապահովագրության համակարգը:

Գտնում ենք, որ ՀՀ-ի պարագայում չպետք է հարաբերությունների կարգավորման այս կամ այն համակարգը կամ մոդելը ամբողջությամբ պատճենահանել : Արևմտյան երկրների փորձն օգտագործելիս հարկավոր է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, որ որոշակի համակարգային տարրերի

առկայ ու թյ ու նը, ինչ պի սի ք են, օրինակ, ապահովագրական ֆոնդերը, պայմանագրային հարաբերությունները, ժամանակի ընթացքում ապացուցել են իրենց կենսունակությունը, ինչպես նաև հաշվի առնել այն, որ յուրաքանչյուր համակարգ ունի իր առավելությունները. մասնավորապես բիսմարկյան մոդելում ապահովագրված անձի կողմից բժշկին կամ բժշկական հաստատությունն ընտրելու հնարավորության նախատեսումը, բացի պետական բյուջեից, որպես ֆինանսավորման աղբյուր, նաև գործատուների կողմից վճարվելիք ապահովագրված արևերի նախատեսումը, իսկ բներիջյան մոդելում՝ պետական վերահսկողության և մասնակցության մեծ դերակատարումը:

Ինչ վերաբերում է մասնավոր մոդելի վրա հիմնված առողջապահական կամ ամերիկյան մոդելին, ապա կարծում ենք, որ առողջության ապահովագրության այս մոդելի ընտրության պարագայում մեր երկրում կառաջանան բավականին լուրջ խնդիրներ, քանի որ, ինչպես նշվեց վերևում, դրան բնորոշ է ապահովագրության մասնավոր բնույթը, որտեղ պետության դերը սահմանափակ է: Ավելին սույն ապահովագրության դեպքում վտանգվում է հավասարությունը, չի գործում ապահովագրության համակարգը կարգավորող միասնական օրենքը, բարձր են վարչական ծախսերը, բացակայում են միջոցների վերաբաշխման մեխանիզմները, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների գների նկատմամբ հսկողության գործիքները:

Կարծում ենք, որ ՀՀ պարագայում բժշկական ապահովագրությունը պետք է ստեղծվի ռուսականի օրինակով, քանզի ՌԴ-ում բժշկական ապահովագրական համակարգը պարունակում է բիսմարկյան մոդելի էական տարրեր և որտեղ պետությունը ակտիվ դերակատարում ունի հասարակական խավերի տարբերության կրճատմանը միտված սոցիալական ուղղվածության համակարգ ձևավորելու գործում:

Բացի այդ, գտնում ենք, որ բժշկական ապահովագրության ներդրման ուղղությամբ ձեռնարկվելիք քայլերը պետք է ունենան համապատասխան օրենսդրական բազա:

Այսինքն՝ ընդունվելիք օրենքը պետք է կարգավորի միայն

պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը, քանի որ պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրության համատեղումը նույն օրենքի շրջանակներում կհանգեցնի կարգավորման տարբեր մեխանիզմների մեկտեղման, քանզի պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը կարգավորվում է հիմնականում վարչաիրավական նորմերի միջոցով: □Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին□ ՌԴ օրենքի նորմերի իրավական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ դրանք իրենց ճյուղային պատկանելությամբ բաժանվում են երկու խմբի՝ վարչաիրավական և քաղաքացիաիրավական, ընդ որում հիմնական մասը կազմում են վարչաիրավական նորմերը, մասնավորապես ա) պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆոնդերի համակարգը և իրավասությունը, բ) բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունների և բուժհաստատությունների գործունեության լիցենզավորումը, գ) բուժհաստատությունների հավատարմագրումը և այլն: Մինչդեռ կամավոր բժշկական ապահովագրությունը կարգավորվում է դիսպրոզիտիվ բնույթ ունեցող քաղաքացիաիրավական նորմերով:

Ի հաստատումն վերոգրյալի՝ ցանկանում ենք փաստել, որ ներկայումս ՌԴ-ում ևս պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտը կարգավորվում է առանձին օրենքով:

Նշենք նաև, որ ՌԴ-ում 1991թ. ընդունված □ՌԴ քաղաքացիների բժշկական ապահովագրության մասին□ օրենքը կարգավորում էր ինչպես կամավոր, այնպես էլ պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում առաջացող իրավահարաբերությունները: Սակայն այն, ռուս իրավաբան Ա. Վ. Սվիդերսկիի դիպուկ բնորոշմամբ, արտասահմանյան համակարգերի որոշակի օրենսդրական հատվածների հավաքածու էր⁴⁹:

Այդ օրենքն ընդունվել էր ԽՍՀՄ-ի փլուզումից անմիջապես հետո և որոշ ժամանակ անց այլ ևս չէր համապատասխանում առաջացած հասարակական հարաբերությունների ողջ բնույթին, ուստի 2011թ. օրենքն իր ուժը կորցրած համարվեց, և ընդունվեց պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտը առանձին կարգավորող իրավական ակտ՝ □ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության

⁴⁹ Տե՛ս **Свидерский А. В.** Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, Тюмень 2001, էջ 21:

մասին⁵⁰ օրենքը:

Այն կարգավորում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում առաջացող հարաբերության ներքո, այդ թվում սահմանում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների իրավական կարգավիճակը, նրանց իրավունքների և պարտականությունների ծագման հիմքերը, դրանց իրականացման երաշխիքները, պատասխանատվությունը:

ՌԴ քաղաքացիների բժշկական ապահովագրության մասին⁵⁰ օրենքի ուժը կորցնելը և պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին առանձին օրենքի ընդունումը ճիշտ և արդարացված մոտեցում էր, քանի որ նախորդը կարգավորում էր ոչ միայն պարտադիր, այլ և միաժամանակ կամավոր բժշկական ապահովագրությունը: Մինչդեռ այն երկրներում, որտեղ վաղուց ներդրված է պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը, դրանք գործում են առանձին և կարգավորվում են հատուկ օրենքներով: Եվ բացի այդ, ինչպես նշվեց վերևում, դրանք ունեն կարգավորման տարբեր մեխանիզմներ, որոնք մանրամասն կքննարկվեն շարադրանքի հետագագլուխներում:

Մասնավորապես Ն.Ս.Կովալ ևսկայան գտնում է, որ եթե կամավոր և պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներքո կարգավորումը մեկ օրենքի շրջանակներում արդարացված էր այնքանով, որ գոյություն ունենեին ապահովագրության մասին օրենք, ներկայումս դրանց իրավական կարգավորումը նույն օրենքի շրջանակներում չի համապատասխանում ապահովագրության ոլորտում պետական քաղաքականության հիմնական ուղղություններին: Յամայն ապահովագրության մասին օրենքի 3-րդ հոդվածի 2-րդ կետի՝ կամավոր ապահովագրությունն իրականացվում է այդ օրենքի դրույթներին համապատասխան: Նույն հոդվածի 3-րդ կետով նախատեսված է, որ պարտադիր ապահովագրության տեսակները, պայմանները և անցկացման կարգը սահմանվում են ՌԴ հատուկ օրենքներով: Այսպիսով, օրենսդիրն առանձնացրել է կամավոր և պարտադիր ապահովագրության օրենսդրական ակտերը: ՌԴ-ում ձևավորված օրենսդրական պրակտիկան ևս ամրագրում է նման

⁵⁰ Ст' у Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" //СПС КонсультантПлюс:

իրավիճակ. հատուկ օրենսդրական ակտը կարգավորում է միայն պարտադիր ապահովագրության հարաբերությունները (օրինակ՝ ուղևորների, զինվորների պարտադիր ապահովագրությունը և այլն): Այդ հանգամանքի վկայությունն է նաև միջազգային փորձը, հատկապես որ բժշկական ապահովագրության մասին օրենքը պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը համարում է սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ: Իսկ իրավական կարգավորման տեսանկյունից սոցիալական ապահովագրությունը, միջազգային պրակտիկայի համաձայն, հաճախ իրականացվում է հատուկ հանրային-իրավական կազմակերպությունների միջոցով, որոնք գործում են հատուկ նորմատիվ ակտի հիման վրա: Նշված առանձնահատկությունների ուժով կամավոր և սոցիալական ապահովագրության իրավական կարգավորման միջև տարբերությունը առավել նշանակալի է, քան կամավոր և պարտադիր ապահովագրության տարբերությունը, և դրանց կարգավորումը մեկ օրենսդրական ակտի շրջանակներում արդարացված չէ⁵¹:

Ի դեպ, նույնը վերաբերում է նաև ՀՀ-ին: Այստեղ ևս □Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին□ օրենքի առաջին հոդվածով նշված է, որ սույն օրենքը չի տարածվում պարտադիր սոցիալական ապահովագրության վրա, իսկ վեցերորդ հոդվածը սահմանում է, որ պարտադիր ապահովագրության իրականացման դեպքերը, կարգը և պայմանները սահմանվում են օրենքով: Այսպիսով, ՀՀ-ում ևս օրենսդիրն առանձնացրել է կամավոր և պարտադիր ապահովագրության օրենսդրական ակտերը:

Ն.Ս.Կովալ ևս կայայի կարծիքն են կիսում նաև այլ մասնագետներ՝ գտնելով, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետք է կարգավորվի առանձին օրենքով՝ առանձնացնելով նրա գործունեության ոլորտը ԿԲԱ-ից⁵²: Մասնավորապես նշվում է, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր սոցիալական ապահովագրությանը պատկանելու ուժով դրա իրականացման կարգն է ապես տարբերվում է

⁵¹ Տե՛ս **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 293–294:

⁵² Տե՛ս **Гвозденко А. А.** Основы страхования. М.: Финансы и статистика, 2004, էջ 78-89:

ԿԲԱ իրականացման միջոցից, ուստի ապահովագրության այդ տեսակների իրավական կարգավորումը նատակահարմար է իրականացնել տարբեր օրենքների միջոցով⁵³:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության դաշնային ֆոնդը ևս ՊԲԱ-ն կամավոր բժշկական ապահովագրությունից առանձնացնելու իր պահանջները բացատրում է նրանով, որ ՌԴ-ում ՊԲԱ կառավարման համակարգում մշակված չէ հստակ դիրքորոշում՝ ինչպես պետք է համատեղել ՊԲԱ հաճախորդների և վճարովի բժշկական ծառայություններ ստանալու ցանկությունն ու նեցողների շահերը: ՊԲԱ դաշնային ֆոնդի նախագահ Ա.Վ.Յուրինը նշում է ՊԱյն, ինչ տրվում է բուժօգնությունում որպես վճարովի ծառայություն և չպետք է կատարվի ի վնաս անվճար ծառայությունների հատկացման: Բացի այդ, մենք գիտակցում ենք, որ ՊԲԱ բավականին սերտորեն առնչվում է կամավոր բժշկական ապահովագրությանը⁵⁴:

Ռուս մասնագետների մյուս խումբը ԿԲԱ օրենսդրական կարգավորման մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների վերաբերյալ ունի այլ կարծիք: Մասնավորապես այն հանգամանքը, որ ՊԲժշկական ապահովագրության մասին օրենքը կորցրեց իր ուժը, և ընդունվեց Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքը, որով կամավոր ապահովագրությունը դուրս եկավ այդ օրենքի ազդեցությունից և այժմ կարգավորվում է ՌԴ-ում ապահովագրական գործի մասին օրենքով և քաղաքացիական օրենսգրքով, պրոֆ. Ա.Պ.Արխիպովի կարծիքով, Ուստեռնայան միասնական բժշկական ապահովագրության կամավոր և պարտադիր ձևերի նման իրավական անջատումը նոր խնդիրների հանգեցրեց, ինչպես նաև ավելացան արդեն գոյություն ունեցողները⁵⁵:

Այսպիսով, ամփոփելով վերոգրյալը՝ կարող ենք փաստել, որ ՌԴ-ում պետք է ընդունվի բժշկական ապահովագրության մասին օրենք, որը կկարգավորի միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը՝ առանձնացնելով նրա գործունեության ոլորտը ԿԲԱ-ից:

⁵³ Տե՛ս Бутковский П. П. Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. юрид. наук. - М., 2005, էջ 156:

⁵⁴ Տե՛ս Юрин А. В. Обязательное и добровольное медицинское страхование: вместо или вместе? 30 марта 2011г. <http://www.insur-info.ru/comments/711/>:

⁵⁵ Տե՛ս Архипов А. П. О проблемах медицинского страхования. //Финансы. -2011, N6. –էջ 48:

1.2 Բժշկական ապահովագրության էությունը

Առողջության իրավունքը մարդու հիմնարար իրավունքներից է. այն ամրագրվել է ինչպես միջազգային, այնպես էլ ներպետական իրավունքում:

Միջազգային համատեքստում այս իրավունքը առաջին անգամ ամրագրվել է 1946 թվականին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կանոնադրության մեջ, որի նախաբանում նշվում էր, որ առողջությունը ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական ամբողջական բարեկեցության վիճակն է, այլ ոչ թե հիվանդությունների կամ ֆիզիկական արատների բացակայությունը⁵⁶:

1948 թվականի Սարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրում⁵⁷ ևս նշվում է առողջության իրավունքի մասին՝ որպես մարդու բարեկեցիկ կյանք ունենալու իրավունքի անբաժանելի մաս:

Այն ամրագրված է նաև Ստեյնսակն, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին՝ 1966թ. կոնվենցիայում⁵⁸, որտեղ կոնվենցիային մասնակցող պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուր մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակի իրավունքը (12-րդ հոդված): Իսկ 9-րդ հոդվածը նշում է, որ կոնվենցիային մասնակցող պետությունները ճանաչում են սոցիալական ապահովության, ներառյալ սոցիալական ապահովագրության յուրաքանչյուր մարդու իրավունքը: Ավելին, քննարկվող հոդվածը որպես անձի առողջության պահպանության և սոցիալական ապահովության իրավունքի իրականացման երաշխիք սահմանում է, որ յուրաքանչյուր մասնակից պետությունն վերոգրյալ իրավունքների

⁵⁶ Տե՛ս устав (конституция) всемирной организации здравоохранения (Էլեկտրոնային աղբյուր <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, դիտելու ամսաթիվ՝ 20.10.2013):

⁵⁷ Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրն ընդունվել է ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի 217A (III) բանաձևով 10.12.1948թ.-ին:

⁵⁸ Ընդունվել է 16.12.1966թ.-ին ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի 2200A (XXI) բանաձևով 16.12.1966թ.-ին: ԶՅ-ն միացել է կոնվենցիային 09.06.1993թ.-ին:

իրականացման համար պետք է ձեռնարկի միջոցառումներ՝ ուղղված այնպիսի պայմանների ստեղծմանը, որոնք կապահովեն բժշկական օգնությունը և բժշկական խնամքը՝ հիվանդության դեպքում:

Անձի առողջության, սոցիալական ապահովության իրավունքի վերաբերյալ դրույթներ են նախատեսված նաև Աշխատանքի միջազգային կազմակերպության (այսուհետև նաև ԱՄԿ) ընդունած կոնվենցիաներում: Այսպես, Սոցիալական ապահովության ոլորտում իրավունքների պաշտպանության համար միջազգային համակարգի ներդրման մասին՝ 1982թ.-ի ԱՄԿ-ի կոնվենցիայի⁵⁹ 2-րդ հոդվածի համաձայն՝ կոնվենցիան տարածվում է սոցիալական ապահովության, այդ թվում՝ բժշկական սպասարկման ոլորտի օրենսդրության վրա: Այս կոնվենցիան հստակ սահմանում է, որ յուրաքանչյուր պետություն պարտավոր է նախատեսել նաև նպաստներ բնակչությանը բժշկական օգնություն և ցուցաբերելու համար:

Բնակչության առողջության իրավունքը անմիջականորեն վերաբերում է յուրաքանչյուր պետության, որոնցից ամեն մեկը առնվազն մեկ միջազգային պայմանագիր է վավերացրել, որում ճանաչվել է անձի առողջության իրավունքը: Ավելին, պետությունները միջազգային պայմանագրերի և ներպետական օրենսդրության շրջանակներում պարտավորություններ են ստանձնել պաշտպանելու անձի առողջության իրավունքը:

Այսպիսով, միջազգային հիշյալ պայմանագրերը միջազգային ոլորտում պետությունների կողմից կնքված համաձայնագրեր են, որոնք բժշկական ապահովագրության, այդ թվում պարտադիր բժշկական ապահովագրության՝ որպես սոցիալական ապահովագրության տարատեսակի ձևավորման հիմքեր են նախապատրաստում:

Անձի կյանքի և առողջության պահպանման իրավունքը սահմանված է նաև ներպետական իրավունքում, մասնավորապես գրեթե բոլոր երկրների, այդ թվում նաև՝ ԶՅ Սահմանադրությունում

⁵⁹ Սույն կոնվենցիան ԶԶ-ն չի վավերացրել, հետևաբար որևէ պարտավորություն այդ մասով ԶԶ-ի համար չի առաջացնում: Ընդ որում, սույն կոնվենցիան չի վավերացրել նաև ՌԴ-ն:

իր հստակ ամրագրումն է ստացել :

Այսպես, համաձայն ՀՀ նախկին Սահմանադրության⁶⁰ 38-րդ հոդվածի` Յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք: Յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով:

Թեև ՀՀ նախկին Սահմանադրությունը հստակ չի սահմանում անձի առողջության իրավունքը, սակայն սահմանում է բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքը, ինչը առողջության իրավունքի մասնավոր դրսևորում է:

Իսկ ահա ՀՀ Սահմանադրության 06.12.2015 փոփոխությունների⁶¹ 85-րդ հոդվածի համաձայն` 1. Յուրաքանչյուր ոք, օրենքին համապատասխան, ունի առողջության պահպանման իրավունք:

Այսինքն, ՀՀ Սահմանադրությունն արդեն հստակ ամրագրում է անձի առողջության իրավունքը:

Սակայն անձի կյանքը, առողջության պահպանումը ուղղակիորեն կախման մեջ են ինչպես անկանխատեսելի և վտանգավոր տարաբնույթ երևույթներից, ինչպիսիք են ջրհեղեղները, հրաբխային ժայթքումները, երկրաշարժերը, հրդեհները, համաճարակները, պատերազմները, հեղափոխությունները, բնապահպանական բացասական հետևանքները, այնպես էլ օբյեկտիվ մի շարք հանգամանքներից` անձի տարիքով պայմանավորված օրգանիզմում կատարվող փոփոխություններից և տարատեսակ հիվանդություններից:

Ընդ որում, ցանկացած հիվանդություն իր հերթին առաջացնում է զգալի ֆինանսական դժվարություններ, մասնավորապես բուժման ծախսեր, աշխատունակությունը երկար ժամանակ կորցնելու պատճառով եկամտի կորուստ, դեղամիջոցների ձեռքբերման ծախսեր, առողջության վերականգնման համար լրացուցիչ միջոցներ և այլն:

Ներկայումս, երբ բժշկական օգնությունը հիմնականում վճարովի է, առողջության վերականգնման կամ պահպանման համար

⁶⁰ ՀՀ ՊՏ 2005.12.05/, Հատուկ թողարկում, Հոդ. 1426:

⁶¹ Տե՛ս ՀՀ ՊՏ 2015.12.21/Հատուկ թողարկում Հոդ. 1118

կատարված վճարումները լրացուցիչ և անցանկալի ծախսեր են, և յուրաքանչյուր ոք ցանկանում է խուսափել կամ առնվազն նվազագույնի հասցնել դրանք:

Ավելին, բոլոր այս դեպքերում անհատը փորձում է կանխարգելել այդ վնասակար հետևանքները կամ գոնե նվազագույնի հասցնել: Այսինքն, յուրաքանչյուր ոք ցանկանում է նախապես ունենալ այդ պաշտպանվածության երաշխիքը:

Հայտնի ռուս տեսաբան Վ.Ի.Սերեբրովսկին, շեշտելով ապահովագրության հատուկ նշանակությունը հասարակության համար, ասել է. «Ապահովագրությունը հնարավորություն է տալիս մարդուն վստահորեն շարժվել դեպի անհայտ ապագա»⁶²:

Մարդկանց մեծ մասը տարատեսակ մարտահրավերներից առաջացող բացասական հետևանքներից պաշտպանվելու համար դիմում է համապատասխան մասնագիտացված կազմակերպությունների, որոնք, քաղաքացիներից ընդունելով միանվագ կամ պարբերական վճարումներ, երաշխավորում են դեպքը վրա հասնելու դեպքում (օրինակ՝ հիվանդանալու կամ առողջությանը վնաս պատճառելու) վճարել համապատասխան գումարը, որը, որպես կանոն, գերազանցում է ապահովագրական վճարները: Այս պարագայում, խոսքը հենց ապահովագրության, մասնավորապես բժշկական ապահովագրության մասին է, որի դեպքում մասնագիտացված կազմակերպությունը՝ ապահովագրողը, իր հետպայմանագիր կնքած քաղաքացիների և կազմակերպությունների վճարումների հաշվին (ապահովագրական պարգև կամ ապահովագրական վճար) ձևավորում է հատուկ ապահովագրական ֆոնդ, որից ապահովագրական դեպքը վրա հասնելու դեպքում (օրինակ՝ մահվան, հիվանդության, առողջությանը վնաս պատճառելու և այլն) ապահովագրողը ապահովագրված անձին կամ այլ անձին՝ շահառուին, վճարում է պայմանավորված գումարը⁶³:

Այսպիսով, ապահովագրությունը, այդ թվում բժշկական ապահովագրությունը, ունի բարոյական էական նշանակություն. այն վստահության, պաշտպանվածության զգացում է առաջացնում՝

⁶² Տե՛ս **Серебровский В. И.**, Избранные труды по наследственному и страховому праву. М., Статут, 1999, էջ 433:

⁶³ Տե՛ս **Смирнова М. Б.** Страховое право, учебное пособия, Москва, 2007, էջ 6:

կանխելով ապագայի հանդեպ մտավախությունը:

Իսկ ինչ է բժշկական ապահովագրությունը, ապահովագրության ո՞ր տեսակն է համարվում բժշկական ապահովագրություն և ինչպե՞ս է սահմանվում այդ հասկացությունը:

ՀՀ օրենսդրության մեջ բժշկական ապահովագրության հասկացությունը չի մեկնաբանվում, թեև այս եզրույթը օգտագործվում է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի⁶⁴ 1025-րդ հոդվածում, որտեղ բժշկական ապահովագրությունը նշվում է որպես ապահովագրության առանձին տեսակ, իսկ Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին 2007թ. ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 2-րդ մասի 2-րդ ենթակետը ապահովագրության տեսակների մեջ բժշկական ապահովագրությունն ընդհանրապես առանձին չի հիշատակում. առողջության ապահովագրությունը ուղղակի նշվում է որպես ապահովագրության առանձին տեսակ:

Այսինքն, առաջանում է մի իրավիճակ, երբ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքը, ի դեմս 1025-րդ հոդվածի, բժշկական ապահովագրությունը նախատեսում է որպես ապահովագրության տեսակ, իսկ ապահովագրության տեսակները սահմանող հիմնական իրավական ակտը՝ Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին 2007թ. ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածը, որը նշում է ապահովագրության տեսակները, բժշկական ապահովագրությունը որպես ապահովագրության տեսակ ՀՀ-ում չի նախատեսում:

Ընդ որում, ՀՀ կառավարությունը 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ին ընդունեց Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը հաստատելու մասին թիվ 1917⁶⁵ և 1923 որոշումները⁶⁶ Սոցիալական փաթեթի բովանդակությունը, ծառայությունների ցանկը, ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ցանկը և (կամ) չափորոշիչները հաստատելու մասին, իսկ 2012 թվականին դեկտեմբերի 27-ին՝ թիվ 1691 որոշումը⁶⁷, որոնցում ևս

⁶⁴ Տե՛ս ՀՀՊՏ 1998.08.10/17(50):

⁶⁵ Տե՛ս ՀՀՊՏ 2012.01.18/4 (878) Հոդ. 56:

⁶⁶ Տե՛ս ՀՀՊՏ 2012.01.25/5(879) Հոդ. 60:

⁶⁷ Տե՛ս ՀՀՊՏ 2013.02.06/8(948) Հոդ. 69:

հիմնականում օգտագործվում է առողջության
ապահովագրության , իսկ երբեմն նաև բժշկական
ապահովագրության եզրույթները:

Այսպիսով, ինչպես տեսնում ենք, ՀՀ օրենսդրության մեջ ոչ
միայն բացակայում է բժշկական ապահովագրության
հասկացության սահմանումը, այլև, ավելին, այս եզրույթը գրեթե
չի կիրառվում: Հետևաբար, ՀՀ օրենսդրության մեջ ոչ միայն
հիմնախնդիր է բժշկական ապահովագրության հասկացության
բացակայությունը, այլև առողջության ապահովագրության և
 բժշկական ապահովագրության եզրույթների տարանջատումը:
Այսինքն, հստակ չէ՝ արդյոք բժշկական ապահովագրությանը և
առողջության ապահովագրությանը նույնակա՞ն են, թե՞ նրանց
միջև առկա է որոշակի տարբերություն, ինչպես նաև՝ ո՞ր եզրույթն
է առավել նախապատվելի:

Այսպես, Ապահովագրության և ապահովագրական
գործունեության մասին 2007թ. ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 2-րդ մասի
2-րդ ենթակետը նախատեսում է առողջության ապահովագրության
երեք ենթատեսակներ.

- ա) ամրագրված դրամական հատուցմամբ,
- բ) հատուցմամբ՝ կախված պատահարի բնույթից,
- գ) ա և բ ենթակետերը միասին:

Այսինքն, օրենսդիրը առողջության ապահովագրության
ենթատեսակներ սահմանելիս հիմք է ընդունում ապահովագրական
հատուցման կարգը, և քանի որ վերոհիշյալ օրենքը չի տալիս
առողջության ապահովագրության հասկացությունը, ապա նրա
ենթատեսակները հիմք ընդունելով՝ կարելի է ենթադրել, որ
առողջության ապահովագրության ժամանակ ապահովագրական
պատահար առաջանալու դեպքում ապահովագրված անձին,
այնուամենայնիվ, տրվում է միայն դրամական հատուցում, որի չափը
կարող է հստակ ամրագրված լինել կամ էլ կախված լինել պատահարի
բնույթից, ինչպես նաև երկու դեպքերը միաժամանակ: Սակայն
բժշկական ապահովագրության առանձնահատկությունը այլ
ապահովագրության տեսակներից այն է, որ ապահովագրական դեպքը
վրա հասնելիս ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում

ապահովագրված ին տրամադրում են անվճար բուժօգնություն, դրամական հատուցում ապահովագրված անձը կարող է նաև չստանալ՝ պայմանագրով նման կետ նախատեսված չլինելու դեպքում⁶⁸:
Յետևաբար Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին 2007թ. ՅՅ օրենքում առողջության ապահովագրությունն ապահովագրության առանձին տեսակ է, որը չի կարող նույնացվել բժշկական ապահովագրության հետ:

Սակայն իրավիճակը փոխվում է ՅՅ կառավարության 27 դեկտեմբերի 2012 թվականի ընդունած Սոցիալական փաթեթի հասկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու, ՅՅ կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 1917-Ն և թիվ 1923-Ն, ինչպես նաև 2012 թվականի ապրիլի 19-ի թիվ 594-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին թիվ 1691 որոշմամբ⁶⁹, որով սոցիալական փաթեթի մեջ նախատեսվում է նաև առողջության ապահովագրությունը: Այս պարագայում արդեն նախատեսվում է ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում ապահովագրված անձին բուժօգնություն տրամադրելու հնարավորությունը:

Յետևաբար հարց է առաջանում, արդյո՞ք տարբերություն կա առողջության ապահովագրության և բժշկական ապահովագրության միջև:

Վերոգրյալ հարցադրմանը ՅՅ օրենսդրությունը չի պատասխանում, քանի որ դեռևս ապահովագրության երկու տեսակների հասկացությունը տրված չէ ՅՅ իրավական ակտերում, իսկ ենթաօրենսդրական ակտում դրանք օգտագործվում են որպես հոմանիշներ:

Այդ եզրույթները որպես նույնական օգտագործվում են նաև ապահովագրական ընկերությունների կազմած պայմանագրերում: Օրինակ, Ռոսգոստրախի **կամավոր բժշկական ապահովագրության** պայմաններում⁷⁰ նշված է, որ դրանք մշակված են Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին

⁶⁸ Տե՛ս Կառավարության 27 դեկտեմբերի 2012 թվականի որոշումը:

⁶⁹ Տե՛ս ՅՅՊՏ 2013.02.06/8(948) Յոդ. 69:

⁷⁰ Տե՛ս Ռոսգոստրախի կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմաններ (Էլեկտրոնային աղբյուր http://www.rgs.am/up/files/TC750-03-01_ED4_FINAL_ARM.pdf /դիտելու ամսաթիվ՝ 20.02.2015)

օրենքի համաձայն և համապատասխանում են առողջության ապահովագրության դասին:

Մինչդեռ, օրինակ, Ուկրաինայի Հանրապետության 1996թ. □Ապահովագրության մասին□ օրենքը, որի վերախմբագրված տարբերակը 2011թ. գործում է մինչ օրս, իր 6-րդ հոդվածում կամավոր ապահովագրության մեջ առանձնացնում է բժշկական ապահովագրությունը՝ որպես առողջության չընդհատվող ապահովագրություն, առողջության ապահովագրությունը հիվանդության դեպքում, իսկ 7-րդ հոդվածում որպես պարտադիր ապահովագրության տեսակ առանձնացնում է բժշկական ապահովագրությունը⁷¹:

Այսինքն, Ուկրաինայի օրենսդրությունը նախատեսում է և՛ բժշկական ապահովագրությունը, և՛ առողջության ապահովագրությունը՝ որպես ապահովագրության առանձին տեսակներ, սակայն նույնպես հստակ չի ձևակերպում այս եզրույթների էությունը: Ու թեև վերոհիշյալ օրենքը չի տալիս ապահովագրության այս երկու տեսակների սահմանումը, սակայն հաստատում է, որ առողջության ապահովագրությունը և բժշկական ապահովագրությունը ապահովագրության առանձին տեսակներ են, և այս եզրույթները չի կարելի օգտագործել որպես հոմանիշներ, ինչպես արվում է ՀՀ օրենսդրությունում:

ՌԴ-ի □Ապահովագրական գործի կազմակերպման մասին□ 1992թ. ընդունված գործող օրենքը⁷² որպես ապահովագրության առանձին տեսակ է դիտում միայն բժշկական ապահովագրությունը:

Ընդ որում, մինչ հեղափոխական Ռուսաստանում օգտագործվում էր □հիվանդության դեպքում ապահովագրություն□ եզրույթը, սակայն խորհրդային շրջանում այն վերացավ, քանզի նման ապահովագրություն ԽՍՀՄ-ում չէր իրականացվում: Իսկ ԽՍՀՄ փլուզումից հետո սկսեցին օգտագործել □բժշկական ապահովագրություն□ հասկացությունը:

⁷¹ Ст' у Закон о страховании (էլեկտրոնային աղբյուր <http://meget.kiev.ua/zakon/zakon-o-strahovanii/> դիտելու ամսաթիվ՝ 20.11.2013):

⁷² Ст' у Закон РФ от 27.11.1992 N 4015-1 (ред. от 23.07.2013) "Об организации страхового дела в Российской Федерации"/ СПС Консультант Плюс.

Ն.Ա. Տիժինովան նշում է⁷³, որ անձնական ապահովագրության նույն հիմնավոր է երկու ենթաճյուղերի առանձնացումը՝ **կյանքի ապահովագրության**, որը գուգակցում է կյանքի ռիսկային և կուտակային ապահովագրությունը, և **առողջության ապահովագրության**, որը ներառում է դժբախտ դեպքերի և բժշկական ապահովագրությունը:

Այսինքն, բժշկական ապահովագրությունը և առողջության ապահովագրությունը չեն նույնացվում, այլ բժշկական ապահովագրությունը ներառվում է առողջության ապահովագրության մեջ:

Այս պայմաններում ՀՀ օրենսդիրը պետք է հստակեցնի ապահովագրության այս երկու տեսակների շուրջ ստեղծված անորոշությունը և (կամ) □Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին□ ՀՀ օրենքում դրանք միատեղի կամ կիրառի միայն մեկը:

Մեր ուսումնասիրություննից պարզ է դառնում, որ տեսական գրականության մեջ ևս ապահովագրության այս երկու տեսակները հստակ տարանջատված չեն և հաճախ են օգտագործվում որպես հոմանիշներ: Այդ պատճառով էլ անհրաժեշտություն է առաջանում հստակեցնել, թե որ եզրույթն է առավել հարմար օգտագործել՝ բժշկակա՞ն ապահովագրություն, թե՞ առողջության ապահովագրություն: ՌԴ-ում օգտագործվում է բժշկական ապահովագրություն (Медицинское страхование), Արևմտյան Եվրոպայում առավել հաճախ՝ առողջության ապահովագրություն (health insurance), Բելառուսում՝ բժշկական ծախսերի ապահովագրություն եզրույթները⁷⁴: Հայրենական տեսական և իրավական ոլորտներում կիրառվում է ինչպես բժշկական, այնպես էլ առողջության ապահովագրություն եզրույթները:

Սակայն, մեր կարծիքով, ապահովագրության այս տեսակին առողջության ապահովագրություն անվանելը չի բխում վերջինիս

⁷³ Տե՛ս **Тыжинова Наталия Александровна**, Развитие личного страхования в посткризисный период автореф. дис. ... канд. экон. наук. - Иркутск 2012, էջ 10:

⁷⁴ Տե՛ս Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2004 г. № 1180 «О концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь» (էլեկտրոնային աղբյուր <http://www.minfin.gov.by/print/supervision/acts/d070ffd39480f32b.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 25.05.2014):

Է ու թյ ու ն հ ց , քանի որ այ ս պարագայ ու մ ապահովագրվ ու մ է ոչ թե անձի առողջ ու թյ ու ն ը , կամ ապահովագրակ ան հատուց ու մ է տրվ ու մ ոչ թե առողջ ու թյ ան ը վնաս պատճառվե լ ու , այ լ ապահովագրակ ան ծրագրով նախատեսված բուժօգն ու թյ ու ն հ ց օգտվե լ ու դեպք ու մ , այ ս ի ն ք ն մենք ապահովագր ու մ ենք անձի՝ բժշկակ ան ծառայ ու թյ ու ն ն երի համար կատարվ ող ծախս երի իրակ անաց ու մ ը :

Կարծ ու մ ենք՝ ապահովագր ու թյ ան այ ս տեսակ ը պե տք է անվանե լ բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ու ն :

Այ ս պի ս ո վ , հի մ ք ը ն դ ու ն ե լ ո վ վ եր ո գրյ ա լ վ եր լ ու ծ ու թյ ու ն ն եր ը՝ հանգ ու մ ենք այ ն ե գրակ աց ու թյ ան , որ □ Ապահովագր ու թյ ան և ապահովագրակ ան գործ ու ն ե ու թյ ան մաս ի ն □ ԶԶ օրենք ը ապահովագր ու թյ ան առանձ ի ն տեսակ ն երի մե ջ պե տք է հստակ նախատես ի բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ու ն ը , քանի որ ԶԶ քաղաքաց ի ակ ան օրենսգ իր ք ի 1025-ր դ հոդված ու մ բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ու ն ը նշվ ու մ է որպե ս ապահովագր ու թյ ան առանձ ի ն տեսակ : Բաց ի այ դ , ԶԶ կառավար ու թյ ան 27 դեկտե մբ երի 2012 թվակ ան ի ը ն դ ու ն ված □ Սոց ի ա լ ակ ան փաթե թ ի հատկաց մ ան կարգ ը և փաթե թ ի մե ջ մտն ող ծառայ ու թյ ու ն ն երի բովանդակ ու թյ ու ն ը հաստատե լ ու , ԶԶ կառավար ու թյ ան 2011 թվակ ան ի դեկտե մբ երի 29-ի թի վ 1917-Ն և թի վ 1923-Ն , ի ն չ պե ս ն ան 2012 թվակ ան ի ապր ի լ ի 19-ի թի վ 594-Ն որոշ ու մ ն եր ն ու ժ ը կորցր ած ճանաչե լ ու մաս ի ն □ թի վ 1691 որոշ մ ան մե ջ սոց ի ա լ ակ ան փաթե թ ու մ ն եր առ վ ած □ առողջ ու թյ ան ապահովագր ու թյ ու ն □ ե գր ու լ յ թ ը պե տք է փոխար ի ն վ ի □ բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ու ն □ ե գր ու լ յ թ ո վ , քանի որ փաթե թ ու մ ն եր առ վ ած ապահովագր ու թյ ան Է ու թյ ու ն ը ամբողջ ու թյ ամբ համ ը ն կ ն ու մ է հե ն ց բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ան բովանդակ ու թյ ան ը ⁷⁵:

Ապահովագր ու թյ ան մաս ի ն տես ու թյ ան մե ջ տարբ եր տեսակ ե տն եր են առկ ա բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ան հասկաց ու թյ ան , ի ն չ պե ս ն ան սոց ի ա լ -տն տեսակ ան նշ անակ ու թյ ան վ եր աբ երյ ա լ :

Ի ն չ պե ս ը ն դ հ ան ու ը , այ ն պե ս Է լ բժշկակ ան ապահովագր ու թյ ան հասկաց ու թյ ու ն ն երի վ եր աբ երյ ա լ և ս մ ի ան շ անակ կարծ ի ք

⁷⁵ Այ ս ի ն դր ի ն առավե լ մանրամաս ն կանդարտ ն ան ք ս ու լ ն աշխատանք ի՝ հաջորդ գ լ խ ու մ , որ տեղ կ ք ն ն արկ ե ն ք պարտադ իր ապահովագր ու թյ ան առանձ ն ա հատկ ու թյ ու ն ն եր ը :

գոյությունն չունի: Ավելին, որքան երևույթը բարդ է, այնքան ավելի դժվար է տալ բուրրի համար ընդունելի, էական հատկանիշները արտացոլող սահմանում:

Բժշկական ապահովագրության հասկացությունը սահմանելիս հարկ է հաշվի առնել, որ այն կիրառելի է երկու մակարդակում՝ տեսական՝ մասնավորապես գիտական աշխատություններում, ուսումնական ձեռնարկներում, և օրենսդրական մակարդակում՝ օրենքներում, նորմատիվ-իրավական ակտերում և այլն:

Բժշկական ապահովագրության հասկացությունը տեսական մակարդակում բնորոշվում է սոցիալական կամ իրավական տեսանկյունից՝ յուրաքանչյուր նոր սահմանման մեջ գերակշռելով կամ սոցիալական կամ իրավական ուղղվածությունը:

Յ.Պ.Լիսիցինի կողմից ձևակերպված սահմանման մեջ բժշկական ապահովագրությունը դիտվում է որպես սոցիալական ապահովագրության տեսակ՝ շեշտելով այս երևույթի սոցիալական ուղղվածությունը: Այսպես, ըստ Յ.Պ.Լիսիցինի, բժշկական ապահովագրությունը սոցիալական ապահովագրության տեսակ է, որը աշխատողներին և նրանց ընտանիքի անդամներին ծերության, հիվանդության, աշխատունակության կորստի դեպքերում, մայրության և մանկության պաշտպանության, ինչպես նաև հասարակության անդամների առողջության պաշտպանության համար պետության կողմից երաշխավորված նյութական ապահովության միջոցների ամբողջությունն է⁷⁶:

Սակայն այդ սահմանումը չի արտացոլում բժշկական ապահովագրության ողջ էությունը և նշանակությունը: Այստեղ առաջնայնությունն է տրվում բժշկական ապահովագրության՝ որպես սոցիալական ապահովագրության տեսակ լինելու հանգամանքին, ուստի այն համարվում է միայն պետության կողմից նյութական ապահովության միջոցների ամբողջությունն: Այս պարագայում վերոգրյալ սահմանումը ավելի շատ վերաբերում է պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը, քանի որ կամավոր բժշկական ապահովագրության դեպքում այն առողջության պաշտպանության համար պետության կողմից երաշխավորված նյութական

⁷⁶ Տե՛ս Лисицын Ю. П. "Общественное здоровье и здравоохранение": Учебник.- 2-е изд.,- М., ГЭОТАР-МЕДИА, 2010, էջ 442:

ապահովության միջոցների ամբողջությունն դիտել հնարավոր է: Ընդ որում, սահմանումը չի արտահայտում նաև բժշկական ապահովագրության էական առանձնահատկությունը, այն է՝ ապահովագրական դեպքի ժամանակ բուժօգնություն տրամադրելու հանգամանքը:

Ի տարբերություն Յ.Պ.Լիսիցինի սահմանման՝ այդ ոլորտի հայտնի գիտականերից Յ.Ա.Ստեպկինան տվել է բժշկական ապահովագրության առավել ընդհանրական սահմանում, համաձայն որի՝ բժշկական ապահովագրությունը առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև է, որը արտահայտվում է ապահովագրական դեպքի առաջանալու պարագայում կուտակված միջոցների հաշվին բժշկական օգնություն ստանալու երաշխիքի մեջ⁷⁷:

Այս սահմանումը, ի տարբերություն նախորդի, առավել ընդհանրական է և վերաբերում է բժշկական ապահովագրության երկու տեսակներին էլ: Բացի այդ, սա արտահայտում է բժշկական ապահովագրության՝ ապահովագրության մյուս տեսակներից տարբերակող հատկանիշը՝ ապահովագրական դեպքի ժամանակ բժշկական օգնություն տրամադրելու հանգամանքը:

Սակայն այս սահմանման հիմնական թերությունն այն է, որ բժշկական ապահովագրությունը դիտում է ապահովագրական դեպքի ժամանակ կուտակված ապահովագրական միջոցների հաշվին բժշկական օգնություն ստանալու երաշխիք: Բժշկական ապահովագրությունը, մեր կարծիքով, առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև է, բայց ոչ բժշկական օգնություն ստանալու երաշխիք: Այն կարող է բժշկական օգնություն ստանալու միջոց դիտվել, բայց ոչ երբեք՝ երաշխիք: Այս ոլորտում որպես բժշկական օգնություն ստանալու երաշխիք կարելի է համարել բժշկական ապահովագրության ոլորտում պետության կողմից իրականացվող քաղաքականությունը, ընդունված իրավական ակտերը, պետական, տեղական համապատասխան մարմինների ու հասարակական կազմակերպությունների վերահսկողական գործունեությունը:

⁷⁷ Տե՛ս **Степкина Ю. А.** Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в РФ: дис. ... канд. экон. наук, 2012. - СПб, էջ 38:

Բժշկական ապահովագրությանը տեսական գրականության մեջ բնորոշվում է նաև որպես առողջության պահպանման ոլորտում բնակչության սոցիալական պաշտպանության միջոց, որը նախատեսում է բժշկական օգնությանը տրամադրելու երաշխիքներ հիվանդության, դժբախտ պատահարի կամ ցանկացած այլ հանգամանքների բերումով առողջության կորստի համար⁷⁸:

Մեր կարծիքով, վերագրյալ սահմանումը նույնպես զուրկ չէ թերության նենդից և չի կարող համարվել ամբողջական, քանի որ թեև բժշկական ապահովագրությանը ներկայացվում է որպես բնակչության սոցիալական պաշտպանության միջոց, ինչը բավականին էական հանգամանք է բժշկական ապահովագրությանը բնութագրելու համար, սակայն դրա հետ մեկտեղ բժշկական ապահովագրությանը կապվում է միայն անձի առողջության կորստի հետ՝ անտեսելով այն հանգամանքը, որ բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրական հատուցում է կատարվում նաև անձի կողմից կանխարգելիչ բժշկական օգնությանը ստանալու նպատակով բժշկական հաստատության դիմելու համար՝ առանց առողջության կորստի:

Անգլոսաքսոնական իրավական համակարգի երկրներում բժշկական ապահովագրության հասկացությունը տեսական գրականության մեջ սահմանելիս հիմնական շեշտը դրվում է բժշկական ապահովագրության իրավական կողմի վրա՝ այն դիտարկելով միայն որպես քաղաքացիական պայմանագրի տեսակ, որը սահմանում է ապահովագրական իրավահարաբերության նենդի մասնակիցների իրավունքները և պարտականությունները:

Այսպես, ըստ Մ.Ա.Գրինի և Ջ.Բ.Ռոուելի, բժշկական ապահովագրությանը պայմանագրի է ապահովագրողի և ապահովադրի կամ կառավարության միջև, որով ապահովագրողը ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում ամբողջությամբ կամ մասնակի փոխհատուցում է ապահովագրվողի ծախսերը բուժաշխատողների կողմից մատուցված անհրաժեշտ բուժօգնության կամ կանխարգելիչ

⁷⁸ Տե՛ս **Рассолова Т. М.** Страховое право. Учебное пособие. -М., Юнити Дана, 2008, էջ 262:

միջոցառումների համար⁷⁹:

Այս սահմանումը նույնպես բժշկական ապահովագրությանն առաջին հերթին դիտում է որպես իրավական երևույթ, այսինքն՝ որպես պայմանագիր՝ չընդգծելով բժշկական ապահովագրության սոցիալական նշանակությունը բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում: Սակայն, դրա հետ մեկտեղ, բժշկական ապահովագրության սահմանման մեջ էական հատկանիշ է այն, որ ծախսերը պայմանավորված են բուժաշխատողների կողմից մատուցվող անհրաժեշտ բուժօգնությամբ կամ կանխարգելիչ միջոցառումներով:

Որևէ երևույթի, ինստիտուտի տրված տեսական սահմանումը հասկացությունը հետագայում կարող է նպաստել հասկացությունները, բնորոշումները օրենսդրորեն ճիշտ ձևակերպելու գործին:

Ապահովագրության տեսակների հասկացությունները օրենսդրության մեջ սովորաբար չեն տրվում, և այդ առումով բժշկական ապահովագրությունը բացառությունն է: Օրենսդրական մակարդակում բժշկական ապահովագրության հասկացությունը սահմանելու փոխարեն օրենսդիրները սահմանափակվում են կողմերի իրավունքներն ու պարտականությունները նշելով: Սակայն մի շարք երկրներ փորձ են արել օրենսդրությամբ սահմանել բժշկական ապահովագրության հասկացությունը:

Այսպես, ՌԴ-ի 28.06.1991թ. Թաղաքացիների բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի⁸⁰ 1-ին հոդվածը բավական հակիրճ սահմանում էր բժշկական ապահովագրության հասկացությունը՝ նշելով, որ վերջինս առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև է, որի նպատակն է ապահովագրված անձին երաշխավորել ապահովագրական պատահարի վրա հասնելու դեպքում կուտակված միջոցների հաշվին բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորությունը, ինչպես նաև ֆինանսավորել կանխարգելիչ

⁷⁹ Տե՛ս **Michele A. Green, Joann C. Rowell**, Understanding Health Insurance; A Guide to Billing and Reimbursement, Eleventh edition, 2013, էջ 22:

⁸⁰ Տե՛ս Закон РФ от 28.06.1991, N 1499-1 (ред. от 24.07.2009) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", սույն օրենքը ուժը կորցրել է 01.01.2011թ.-ին:

միջոցառումները:

Թեև այս սահմանումը բժշկական ապահովագրությանը դիտարկել էրև՝ սոցիալական, և՛ իրավական տեսանկյունից, սակայն սահմանման մեջ անհրաժեշտություն կար նշելու նաև, որ այն բժշկական օգնության ստանալ երաշխավորում է ապահովագրական ծրագրի կամ պայմանագրի շրջանակներում, քանի որ ապահովագրական դեպքը վրա հասնելու պարագայում, բժշկական օգնությանը բժշկական ապահովագրության շրջանակներում տրամադրվում է ըստ ապահովագրական ծրագրով կամ պայմանագրով նախատեսված ծավալների և պայմանների: Հետևաբար բժշկական ապահովագրությանը ոչ թե ցանկացած տեսակի ու ծավալի բուժօգնություն է տրամադրում, այլ այն հստակ երաշխավորում է միայն ապահովագրական ծրագրով կամ պայմանագրով նախատեսված ծավալի և տեսակի բժշկական օգնությունը:

Սակայն Քաղաքացիների բժշկական ապահովագրության մասին 1991թ. ՌԴ-ի օրենքին փոխարինող 29.11.2010թ. ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքում⁸¹ բժշկական ապահովագրության ընդհանուր հասկացությունը արդեն չի տրվում. փոխարենը առկա է պարտադիր բժշկական ապահովագրության սահմանումը, որը որպես բժշկական ապահովագրության ընդհանուր հասկացություն չի կարող դիտվել:

Գերմանիայի՝ Ապահովագրական պայմանագրի մասին 2008 թվականի օրենքը ևս չի սահմանում բժշկական ապահովագրության հասկացությունը, թեև այստեղ բավականին մանրամասն կարգավորված է բժշկական ապահովագրության ոլորտը⁸²:

Այսպիսով, ընդհանրացնելով օրենսդրական մակարդակում տրված բժշկական ապահովագրության հասկացության ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք փաստել, որ օրենսդիրները խուսափում են օրենսդրական մակարդակում ուղղակի տալ բժշկական ապահովագրության սահմանումը, ինչը, մեր կարծիքով, հետագայում ապահովագրության տարբեր տեսակները միմյանցից

⁸¹ Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" /СПС КонсультантПлюс:

⁸² St' u Insurance Contract Act 2008, էլեկտրոնային աղբյուրը http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_vvg/englisch_vvg.html#p0669 (դիտելու ամսաթիվ՝ 10.11.2013):

սահմանազատելու անհրաժեշտությունն առաջանալու դեպքում բավականին մեծ դժվարություններ է առաջացնելու: Հետևաբար գտնում ենք, որ ՀՀ օրենսդրությամբ (հատկապես բժշկական ապահովագրության ձևավորման ու կայացման այս փուլում) անհրաժեշտ է սահմանել բժշկական ապահովագրության հասկացությունը՝ խուսափելով ապահովագրության մի տեսակը մյուսին համանման դիտելու վտանգավոր երևույթից, ինչը ներկայումս առկա է այդ ոլորտում:

Հաշվի առնելով նշված սահմանումներում առկա հակասությունները, անլիարժեքությունը՝ մենք առաջարկում ենք ապահովագրության այս տեսակը անվանել բժշկական ապահովագրություն և բժշկական ապահովագրություն հասկացությունը սահմանել հետևյալ կերպ՝ **Բժշկական ապահովագրությունը առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև է, որը ձևավորվում է ապահովագրված անձանց գույքային շահերի կապակցությամբ և նպատակ ունի ապահովագրական դեպքի առաջացման պարագայում բժշկական ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում երաշխավորելու ապահովագրված անձի՝ ապահովագրական միջոցների հաշվին որակյալ բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորությունը**։

Բժշկական ապահովագրության հասկացությունը պարզելուց հետո անհրաժեշտ է անդրադարձալ այս ինստիտուտի էությունը, նպատակներին և առանձնահատկություններին:

Բժշկական ապահովագրությունը բուժօգնություն ցուցաբերելու միջոց է, օղակ բուժող կողմի և բուժօգնություն ստացողի միջև: Այն հարաբերությունների բարդ համակարգ է, որի նպատակն է բուժման գործընթացի հսկումը և հիվանդի առողջության վերականգնումը: Միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ է հիշել, որ բժշկական ապահովագրությունը անվճար բուժօգնության համակարգ կամ բարեգործությունն է⁸³:

Բժշկական ապահովագրության հիմնական նպատակն է ապահովել բժշկական ծառայությունների առավելագույն մատչելիությունը

⁸³ Տե՛ս «Հանուն առողջության» (Էլեկտրոնային աղբյուր www.medpractic.com/arm/, դիտելու ամսաթիվ՝ ամսաթիվ 05.08.2013թ.):

բնակչության լայն շերտերի համար⁸⁴:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով, ապահովագրական բժշկությանն անցնելու հիմնական պատճառներն են՝⁸⁵

- առողջապահության ֆինանսավորման անբավարարողությունը,
- բուժօգնության դիմողների աճը (մինչև 60 տոկոս) անվճար առողջապահության համար,
- բժշկական ծառայությունների ծավալի և արժեքի ավելացումը՝ բժիշկների քանակի աճին զուգահեռ,
- որակյալ բժշկական օգնության սակավությունը,
- ստվերային տնտեսության առկայությունը բժշկության ոլորտում,
- առողջապահության կառավարման կենտրոնացումը և ֆինանսավորման մենաշնորհը:

Բժշկական ապահովագրության հարաբերողությունները բաղկացած են երեք հիմնական տարրերից՝ ապահովագրվող (հիվանդ, հաճախորդ), ապահովագրական կազմակերպություն և բժշկական համապատասխան հաստատություն: Բժիշկը և հիվանդը՝ ապահովագրվածը, բժշկական ապահովագրության դեպքում գտնվում են հակառակ բևեռներում. բժշկի ցանկությունն է հնարավորինս շատ գումար ստանալ իր մատուցած ծառայությունների համար, իսկ հիվանդը՝ ապահովագրվածը, ստանալ որակյալ բուժօգնություն ցածր արժեքով: Այս հարաբերողություններում հավասարակշռությունը հաստատում է ապահովագրական կազմակերպությունը, որը մի կողմից վճարում է բժշկական ծառայությունների համար, մյուս կողմից՝ քաղաքացիներից հավաքագրում ապահովագրական վճարները: Ընդ որում, ապահովագրական կազմակերպությունը, քաղաքացիներից ընդունելով ապահովագրական վճարները, ըստ բժշկական ապահովագրության տրամաբանության, պետք է անհանգստանա ապահովագրվողների շահերով, քանի որ առաջանում է ուղղակի

⁸⁴ Տե՛ս **Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.** "Медицинское страхование", 1994, Российская академия наук, 1994, էջ 28:

⁸⁵ Տե՛ս **What Agreements and public health** (Էլեկտրոնային աղբյուր http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf, դիտելու ամսաթիվ՝ 15.11.2013):

նյութական պատասխանատվություն՝ անորակ կամ պահանջարկ չունեցող ծառայությունների դեպքում⁸⁶: Ընդ որում, պետության ներսում ապահովագրական կազմակերպությունների բարեխիղճ և ազատ մրցակցության պայմաններում ապահովագրական կազմակերպություն-ապահովագրվող-բուժօգնություն կապը զգալիորեն բարելավում է բժշկական ծառայությունների մատուցման որակը, իսկ ծախսերը՝ նվազեցնում, քանի որ ցանկացած ապահովագրական կազմակերպություն կցանկանա համագործակցել այն բուժօգնություն հետ, որը առավել որակյալ և մատչելի ծառայություններ է մատուցում, իսկ քաղաքացիներն էլ կդիմեն այն ապահովագրական կազմակերպություններին, որոնք ավելի որակյալ բժշկական ծառայություններ են առաջարկում: Ընդ որում, ցանկանում ենք փաստել, որ վերոգրյալը առավել շատ վերաբերում է կամավոր բժշկական ապահովագրությանը, քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում այս փոխարարությունները գործում են մի փոքր այլ կերպ, մասնավորապես ապահովագրական կազմակերպություն-ապահովագրվող-բուժօգնություն կապին միանում է նաև պետությունը՝ իր վերահսկողական և կարգավորող գործառնություններն իրականացնելով: Այսինքն՝ բժշկական ապահովագրության խնդիրն է նաև զսպել բժշկական ծառայությունների անհիմն գնաճը և հասնել բժշկական ծառայությունների մատուցման որակի բարձրացման առանց նոր ֆինանսական ծախսերի:

Բժշկական ապահովագրության ողջ համակարգը ձևավորվում է մեկ միասնական նպատակի շուրջ՝ ապահովագրական պատահարի առաջացման դեպքում քաղաքացիներին երաշխավորել բուժօգնության ստացումը հավաքված միջոցների հաշվին, ինչպես նաև ֆինանսավորել կանխարգելիչ միջոցառումները: Ժամանակակից ապահովագրական համակարգերում պրոֆիլակտիկ՝ կանխարգելիչ միջոցառումները միտված են ապահովագրական պատահարների առաջացման հաճախականության նվազեցմանը⁸⁷:

Ինչպես նկատեցինք, բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրության հիմնական սուբյեկտներին ավելանում է նաև

⁸⁶ Տե՛ս **Расолова Т. М.** Страховое право. Учебное пособие, Юнити Дана, 2008, էջ 263:

⁸⁷ Տե՛ս **Смирнова М. Б.**, Страховое право, учебное пособия, Москва, 2007, էջ 114:

բժշկական հաստատությունը: Ընդ որում, վերջինս համարվում է բժշկական ապահովագրության սուբյեկտ, քանի որ բժշկական հաստատությունը սուբյեկտ չդիտող ապահովագրությունը չի կարող համարվել բժշկական ապահովագրություն:

Բժշկական ապահովագրությունը երաշխավորում և հասանելի է դարձնում բարձրորակ բժշկական ծառայությունները, օգնում է ներգրավելու առողջապահության ոլորտ լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ⁸⁸:

Մեր կարծիքով, ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության լայնածավալ իրականացմանը և դրամեջ ամբողջ բնակչության ընդգրկմանը խոչընդոտում են քաղաքական, տնտեսական և վարչական միջարք գործոններ: Մասնավորապես ակնհայտ է, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ապահովագրավճարները լրացուցիչ հարկային բեռ են սուբյեկտների համար, ինչը կարող է հանգեցնել ապրանքների և ծառայությունների թանկացման:

Միաժամանակ անհրաժեշտ է նշել, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրումը լրացուցիչ հնարավորություններ կընձեռի հիվանդանոցային ծառայությունների բարելավման միջոցներ հավաքագրելու, և պետական բյուջեից առողջապահությանը հատկացվող գումարները կուղղվեն երկրում բուժօգնության վիճակի բարելավմանը:

ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրումը պայմանավորելով առանձին իրավական կարգավորմամբ՝ հարկ ենք համարում նշել, որ բժշկական ապահովագրության կայացումը կախված է նաև բնակչության իրազեկվածության մակարդակից. որքան բնակչությունը դրա նշանակության և դերի մասին իրազեկված է, այնքան առավել դյուրին է բժշկական ապահովագրության զարգացումը մեր երկրում:

Այսօր կարելի է փաստել, որ Հայաստանի անկախացումից ի վեր առողջապահության ոլորտում սկսված և առայսօր շարունակվող բարեփոխումները, կամավոր բժշկական ապահովագրության առկայությունը հասունացրել են ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական

⁸⁸ Տե՛ս **Щербачева Л. В., Игошин Н.А., Игошина Е. А.**, Страховое право: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция», էջ 105:

ապահովագրության համակարգի ներդրումը և նորմատիվ-իրավական դաշտում ամրագրելու անհրաժեշտությունը: Դա մեր երկրի համար կնշանակորվի հետևյալ դրական տեղաշարժերով`

1. տրամադրվող բժշկական ծառայությունները հասանելի և մատչելի կլինեն բնակչության բոլոր խավերին, քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության անցած բոլոր ապահովագրված անձինք ստանում են անվճար բուժօգնություն:
2. ՀՀ առողջապահության ոլորտ կներգրավեն հավելյալ ֆինանսական միջոցներ, ինչը դրական ազդեցություն կունենա ՀՀ առողջապահության համակարգի զարգացման վրա՝ նպաստելով բուժօգնությունների տեխնիկական վերազինմանը, բուժաշխատողների մասնագիտական որակավորման բարձրացմանը և այլն:

Մեր ուսումնասիրությունները բերում են նաև այն հետևություն, որ այս հարցի արագ լուծումը հանրապետությունում էական նշանակություն կարող է ունենալ բնակչության սոցիալական պաշտպանության առումով: Մասնավորապես, հաշվի առնելով բնակչության զգալի մասի նյութապես անապահով վիճակը, ինչպես նաև ՀՀ-ում առկա բուժօժանդակությունների և դեղորայքների բավականին թանկարժեք լինելը՝ գտնում ենք, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության վերաբերյալ ՀՀ օրենքի ընդունումը և այդ համակարգի ներդրումը էապես կխթանեն բնակչության սոցիալական պաշտպանությունը, բնակչության առողջության պահպանությունը, ինչպես նաև կնպաստի պետության կողմից առողջապահության ոլորտում ստանձնած պարտավորությունների կատարմանը:

Անդրադառնալով ՀՀ-ում բժշկական ապահովագրության արդի իրավիճակին, կարող ենք փաստել, որ բժշկական ապահովագրության շուկայում նկատվում է որոշակի ակտիվություն: Մասնավորապես, առկա բոլոր ապահովագրական ընկերությունները ֆիզիկական անձանց առաջարկում են հստակ մշակված բժշկական ապահովագրության տիպային կանոններով բժշկական ապահովագրություն:

Ըստ Արմինֆո ընկերության 18.03.2014թ. թիվ 36 հաշվետվության՝ ՀՀ-ում գործող բոլոր ապահովագրական ընկերությունները իրականացնում են բժշկական ապահովագրություն, 31.12.2013թ. դրությամբ առողջության, այն է՝ բժշկական ապահովագրական վճարները կազմում են բոլոր տեսակի ապահովագրական վճարների 32.37 տոկոսը՝ զբաղեցնելով երկրորդ տեղը ԱՊՊԱ-ից հետո:

Ավելին, 2015 թվականի չորրորդ եռամսյակի տվյալներով ֆինանսական հաշտարարի գրասենյակում ապահովագրական ընկերությունների դեմ ստացվել է 332 բողոք, որոնցից 302 վերաբերում են ԱՊՊԱ համակարգին, 16-ը՝ տրանսպորտային միջոցների ապահովագրությանը, 7-ը՝ բժշկական ապահովագրությանը, 4-ը՝ տուրիստական և 3-ը՝ գույքի ապահովագրությանը⁸⁹: Այս թվերը վկայում են բժշկական ապահովագրության տարածված լինելու մասին:

Սակայն բժշկական ապահովագրությունը ՀՀ-ում դեռևս կայացման փուլում է և չի ընդգրկում հասարակության մեծ զանգվածներ:

Գտնում ենք, որ բժշկական ապահովագրությունը ՀՀ-ում զարգացում կապի միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման պայմաններում, երբ բնակչությունը իր կամքից անկախ կներգրավվի բժշկական ապահովագրության ոլորտ, այնուհետև ծանոթանալով այդ ինստիտուտի առանձնահատկություններին՝ արդեն գիտակցաբար, կամավոր կներգրավվի բժշկական ապահովագրության ոլորտ:

Այսպիսով, ամփոփելով սույն պարագրաֆում կատարված մեր վերլուծությունները հանգեցինք հետևյալ եզրահանգումների՝

- 1. ՀՀ օրենսդրությամբ, հարկապես բժշկական ապահովագրության ձևավորման ու կայացման այս փուլում, անհրաժեշտ է տվյալ բժշկական ապահովագրության հասկացությունը.**
 բժշկական ապահովագրությունը առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև

⁸⁹ Տե՛ս Հաշտարարի գրասենյակի տվյալների շտեմարանի միասնական համակարգ http://fsm.am/Portals/_default/Skins/NewDNNSkin/uploads/reports/2015/FourthQuarter-hy-AM.pdf (դիտելու ամսաթիվ՝ 03.02.2016թ.):

Է, որը ձևավորվում է ապահովագրված անձանց գույքային շահերի կապակցությամբ և նպատակ ունի ապահովագրական դեպքի առաջացման պարագայում բժշկական ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում երաշխավորել ու ապահովագրված անձի՝ ապահովագրական միջոցների հաշվին որակյալ բժշկական օգնություն և ստանալ ու հնարավորությունը

2. Բժշկական ապահովագրության, մասնավորապես պարտադիր բժշկական ապահովագրության զարգացումը ՀՀ-ի համար անհրաժեշտություն է, քանի որ այդ համակարգի ներդրումը և զարգացումը ՀՀ-ում, մեր կարծիքով, կառաջացնեն մի շարք դրական տեղադրված առողջապահության, ինչպես նաև բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում:

**ԳԼՈՒԽ 2. ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ՝ ՈՐՊԵՍ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱՏԵՍԱԿԻ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՅՍԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

2.1 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հասկացությունը և տարրերը

Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը բժշկական ապահովագրության հատուկ տեսակ է և կոչված է ապահովելու ֆիզիկական անձանց սոցիալական շահերի պաշտպանությունը: Այն ներառված է պետության կողմից իրականացվող բնակչության սոցիալական ապահովության քաղաքականության մեջ:

Տեսական գրականության մեջ տեսակետ կա, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը սոցիալական ապահովագրության բաղկացուցիչ մասն է⁹⁰, այսինքն՝ այն պարունակում է նաև սոցիալական ապահովագրությանը բնորոշ ընդհանուր տարրեր⁹¹: Սույն դիրքորոշումը մեզ համար ընդունելի է մասնակիորեն. պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը չի կարող դիտվել սոցիալական ապահովագրության բաղկացուցիչ մաս, քանի որ ընդհանրությունների հետ մեկտեղ այն ունի մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք էականորեն տարբերվում են սոցիալական ապահովագրությանը բնորոշ գծերից: Իսկ որևէ ինստիտուտի, համակարգի, երևույթի բաղկացուցիչ մաս համարվող տարրը չի կարող հիմնական համակարգից, երևույթից էապես տարբերվել, հետևաբար կարծում ենք, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը չի կարող համարվել սոցիալական ապահովագրության բաղկացուցիչ մաս, թեև համակարծիք ենք տեսական գրականության մեջ ընդունված այն դիրքորոշմանը, որ այն կարող է նաև համարվել սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ⁹²:

⁹⁰ Տե՛ս **Панкратов В.** "Обязательное медицинское страхование: от понятийного аппарата к правовой регламентации. // Российская юстиция. 2003, N10, էջ 52; **Кучма М. И.** Федеральный закон "Об основах обязательного социального страхования: плюсы и минусы// Труд и социальные отношения. 2002. N1, էջ 130:

⁹¹ Տե՛ս **Бутковский Павел Петрович** "Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования" дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2005, էջ 10:

⁹² Տե՛ս **Панкратов В.** "Обязательное медицинское страхование: от понятийного аппарата к правовой регламентации. // Российская юстиция. 2003, N10, էջ 52:

Սակայն որպես սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը, ի տարբերություն սոցիալական ապահովագրության, բավականաչափ չի հետազոտված, այնինչ ՊԲԱ-ի ներդրման գործընթացը մասնավորապես ԱՊՀ երկրներում ակտիվորեն առաջ է ընթանում, ուստի անհրաժեշտություն է առաջանում մանրակրկիտ հետազոտել և վերլուծել ապահովագրության այս տեսակը՝ վեր հանելով դրա առանձնահատկությունները, տարբերակիչ հատկանիշները, արդի ինդիկատորները և գտնել լրամշակման ու զարգացման ուղիները:

Հարկ է նկատել, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության հասկացության վերաբերյալ տեսական գրականության մեջ գոյություն է ունի միասնական տեսակետ, ավելին, այն հաճախ գտնվել է տեսաբանների ու շարժումների ունից դուրս:

Այսպես, ըստ Պ.Պ.Բուտկովսկու՝ «Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը իրավահարաբերություններին ամբողջություն է, որը ձևավորվում է ապահովագրողների և ապահովագրված անձանց գույքային շահերի կապակցությամբ անձի առողջության պահպանության ոլորտում և երաշխավորում է ապահովագրված անձի կողմից բժշկական օգնության ստացումը ապահովագրական հիմնադրամների հաշվին»⁹³:

Սույն սահմանումը, սակայն, ունի որոշ թերություններ, այն, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը անձի առողջության պահպանության ոլորտում ապահովագրված անձանց գույքային շահերի կապակցությամբ է ձևավորվում, անվիճելի է, սակայն վիճելի է այն դիրքորոշումը, որ այն նաև ձևավորվում է անձի առողջության պահպանության ոլորտում ապահովագրողների գույքային շահերի կապակցությամբ: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական նպատակը ապահովագրված անձանց գույքային շահերի պաշտպանությունն է առողջության պահպանման ոլորտում, սակայն ապահովագրողի գույքային շահերի պաշտպանությունը պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական նպատակը չէ. իհարկե, չի բացառվում, որ այն հետապնդի նաև նման նպատակ, սակայն դա երկրորդական բնույթ ունի, ավելին՝

⁹³ Ст' у Бутковский П. П. Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: дис. ...канд. юрид. наук. М., 2005, էջ 29:

ապահովագրության ցանկացած տեսակ ունի նաև տնտեսական ուղղվածություն՝ պայմանավորված ապահովագրողների կողմից իրականացվող ձեռնարկատիրական գործունեությամբ, սակայն այդ հանգամանքը հիմք չէ նշելու, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը ձևավորվում է նաև այդ նպատակի համար: Բացի այդ, հիշյալ սահմանման մեջ նշվում է ապահովագրված անձի կողմից բժշկական օգնության ստացումը ապահովագրական հիմնադրամների հաշվին, սակայն ապահովագրության այս տեսակի առանձնահատկությունը այն է, որ անձը ապահովագրական ֆոնդի հաշվին ստանում է անվճար բժշկական օգնություն, սակայն սահմանման մեջ տրամադրվող բուժօգնության անվճար լինելու հանգամանքը չնշելը չի արտահայտում ապահովագրության այս տեսակի առանձնահատկությունը:

Ըստ մեկ այլ հեղինակի՝ Ս.Ս.Օնոշկոյի, պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր սոցիալական ապահովագրության տեսակ է, որի հիմնական նպատակն է բնակչությանը ապահովել որակյալ բժշկական սպասարկմամբ, ինչպես նաև դեղորայքային և բժշկական օգնություն ստանալու համար հավասար հնարավորություններով՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆոնդի հաշվին⁹⁴:

Սակայն այս սահմանումը ևս չի կարելի համարել պարտադիր բժշկական ապահովագրության ողջ էությունը, առանձնահատկությունը ամբողջապես արտահայտող բնորոշում: Դա ավելի շատ կարելի է համարել պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետագա զարգացման վերաբերյալ տեսակետ, քանի որ ՊԲԱ հիմնական նպատակը ապահովագրված անձանց անվճար բուժօգնությամբ ապահովելն է, իսկ դեղորայքի տրամադրումը պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական նպատակների մեջ չի մտնում և ոչ բոլոր պետությունների պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի մեջ է նախատեսված:

ՊԲԱ հասկացության օրենսդրական ձևակերպումը տրված է նաև
□Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին□ ՌԴ 29.10.2010

⁹⁴ Ст' у Научный журнал "Известия ИГЭА", 2008, Иркутск, N5, էջ 61:

օրենքում⁹⁵, որի 3-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ է, որը պետության կողմից ստեղծված իրավական, տնտեսական և կազմակերպչական միջոցառումների ամբողջությունն է և ուղղված է ապահովագրական դեպք առաջանալու պարագայում ապահովագրված անձանց տրամադրելու երաշխիքներ՝ անվճար բուժօգնությունն ստանալու համար՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին ՊԲԱ տարածքային ծրագրի շրջանակներում, իսկ սույն օրենքով նախատեսված դեպքերում՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության բազային ծրագրի շրջանակներում»:

Այս սահմանումը թեև արտահայտում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական բնույթը, սակայն կարծում ենք, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը ոչ թե անվճար բուժօգնությունն ստանալու երաշխիքներ է տրամադրում, այլ ապահովագրական դեպք առաջանալիս ապահովագրված անձանց տրամադրում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին անվճար բուժօգնություն՝ ՊԲԱ բազային ծրագրի շրջանակներում:

Այսպիսով, ընդհանրացնելով վերոշարադրալը, առաջարկում ենք ՀՀ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ապագա օրենքում ամրագրել պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետևյալ բնորոշումը. **«Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետության կողմից տրամադրվող տնտեսական, իրավական, կազմակերպչական միջոցառումների ամբողջությունն է, որը հնարավորություն է տալիս պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին ապահովագրական դեպք տեղի ունենալու պարագայում ապահովագրված անձին՝ անկախ գտնվելու վայրից, ժամանակին տրամադրելու անվճար, որակյալ բուժօգնություն՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության՝ պետության կողմից ընդունված ծրագրի շրջանակներում»:**

Բժշկական ապահովագրության հասկացությունը պարզելուց

⁹⁵ Ст' у Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2014):

հետո անհրաժեշտ է անդրադառնալ այս ինստիտուտի տարրերին՝ ապահովագրական դեպքեր և ապահովագրական հատուցման տեսակներ:

Տեսական գրականության մեջ ապահովագրական դեպքը, պատահարը բնորոշվում են որպես պատահական դեպք, որի հետևանքով սկսվում է օրենսդրությամբ կամ ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական հատուցում վճարելու ապահովագրողի պարտավորությունը⁹⁶:

Անհրաժեշտ ենք համարում այստեղ անդրադառնալ ապահովագրական պատահարին, քանի որ բժշկական ապահովագրության շրջանակներում դրանք միանշանակ սահմանման բացակայությունը գործնականում կարող է տարբեր կերպ ընկալվել՝ տեղիք տալով տարակարծություններին:

Այստեղ հարց է առաջանում, թե պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում որն է ապահովագրական դեպքը՝ ապահովագրված անձի կողմից բժշկական օգնություն ստանալու անհրաժեշտության առաջացումը, թե՞ ապահովագրված անձի կողմից բժշկական օգնություն ստանալու համար բժշկական հաստատություն դիմելը:

Գրականության մեջ արտահայտվել է կարծիք, որ ապահովագրական պատահար է ԿԲԱ պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայություններ ստանալիս ապահովագրված անձի կողմից համապատասխան ծախսեր կատարելու փաստը ⁹⁷; ապահովագրված անձի դիմելը ապահովագրողին կամ բժշկական օգնություն իրականացնողին (կազմակերպություն)⁹⁸: Կարծում ենք, որ ապահովագրական պատահար չեն թե՛ ապահովագրված անձի կողմից ծախսեր անելու փաստը և թե՛ բժշկական կազմակերպություն դիմելը:

Այսպես, Սիլ Ինշուրանս ընկերության կողմից հաստատված Առողջության ապահովագրության դրույթներ և պայմաններ -ի

⁹⁶ Տե՛ս ԶԶ Քաղաքացիական իրավունք, խմբագիրներ **Տ. Բարսեղյան, Գ. Ղարաբանյան**, ԵՊՐ, 2008թ., էջ 490:

⁹⁷ Տե՛ս **Машкова С. Ю.** Гражданско-правовые проблемы страхования имущественных интересов участников отношений оказания медицинской помощи: дис...канд. юрид. наук. - М., 2005, էջ 89:

⁹⁸ Տե՛ս Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման ուղիները Հայաստանի Հանրապետությունում/-**Վ. Զ. Ավետիսյան, Ա. Ս. Ղաղունց, Մ. Գ. Զակոբյան**, Եր., 2010, էջ 40; Ինգո-Արմենիա ԱՓԲԸ-ի Բժշկական ապահովագրություն և կանոններ 3.1 կետ, էլ. աղբյուր http://www.ingoarmenia.am/uploads/files/Medical%20insurance%20rules_%20eng.pdf:

համաձայն՝ ապահովագրական պատահար է համարվում
□Ապահովագրված անձի՝ Պայմանագրի/Վկայագրի պայմանների
համաձայն և դրա գործողության ժամանակահատվածում բժշկական
հաստատություն և/կամ Պայմանագրով/Վկայագրով նախատեսված կամ
Ապահովագրողի հետ համաձայնեցված այլ հաստատություն դիմելը՝
առողջական վիճակի վատացման, վնասվածքի, թունավորման և
բժշկական օգնության ցուցաբերման կարիք ունեցող այլ
իրավիճակների կապակցությամբ ⁹⁹:

Մեր կարծիքով, ապահովագրված անձի կողմից բժշկական
կազմակերպության դիմելը ոչ թե ապահովագրական պատահար է, այլ
ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրողից տրամադրվող
բժշկական ծառայություններից օգտվելու և ուղղված
գործողություն:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 983¹-րդ հոդվածով
ապահովագրական պատահարը բնորոշվում է որպես ապահովագրական
պայմանագրով նախատեսված դեպք կամ իրադարձություն, որի տեղի
ունենալու ուժով ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովարիին
կամ շահառուին վճարել ապահովագրական հատուցում:

□Ապահովագրական գործի կազմակերպման մասին□ 1992թ.
նոյեմբերի 27-ի ՌԴ օրենքը ևս ապահովագրական պատահար է դիտում
օրենքով կամ պայմանագրով նախատեսված տեղի ունեցած դեպքը, որի
պարագայում ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովարիին,
ապահովագրված անձին, շահառուին կամ այլ երրորդ անձանց վճարել
ապահովագրական հատուցում:

□ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին□ ՌԴ
օրենքով սահմանվում է, որ ապահովագրական պատահարը այն դեպքն է
(հիվանդություն, վնասվածք, ապահովագրված անձի առողջության
խաթարման այլ վիճակ, կանխարգելիչ միջոցառումներ), որի տեղի
ունենալու ուժով ապահովագրված անձին տրամադրվում է
ապահովագրական հատուցում:

Մենք ևս կարծում ենք, որ ապահովագրական պատահար է
հիվանդության, վնասվածքի հաստատման փաստը: Այս դեպքում
ապահովագրական պատահարները կհամապատասխանեն

⁹⁹ Տե՛ս Սիլ Ինշուրանս կազմակերպության առողջության ապահովագրության
դրույթներ և պայմաններ http://www.silinsurance.am/images/file/Med_%20insurance%20cond.pdf:

պատահականության և հավանականության մասին օրենքով նախատեսված պահանջներին:

Ցանկանում ենք հատկապես նշել տեսական գրականության մեջ արտահայտված այն իրավացի դիրքորոշումը, ըստ որի՝ չի կարելի ապահովագրական պատահարի առաջացման հանգամանքն աներկբա կարգով կապել ապահովագրողի՝ ապահովագրական հատուցում տրամադրելու պարտականության հետ: Այստեղ խոսքը ընդամենը ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրական հատուցում ստանալու իրավունքի առաջացման մասին է, իսկ այդ իրավունքը կիրականացվի, թե ոչ, որոշում է ապահովագրված անձը¹⁰⁰:

ՊԲԱ ապահովագրական պատահարը պատահական դեպք է, որի հետևանքով սկիզբ է առնում օրենսդրությամբ նախատեսված ապահովագրական հատուցում վճարելու ապահովագրողի պարտավորությունը: Փաստորեն կարելի է ասել, որ ապահովագրական պատահարը իրականության վերածված ապահովագրական ռիսկն է¹⁰¹:

Այսպիսով, պարտադիր բժշկական ապահովագրության պատահարների թվին են դասվում¹⁰²

-հիվանդությունները,

-վնասվածքները,

-ապահովագրված անձի առողջական այլ վիճակը:

Վերջինս հիվանդությունն կամ վնասվածք չէ, սակայն հանգեցնում է օրգանիզմի ոչ բնականոն գործունեության: Նման եզրույթի ներառումը պայմանավորված է նրանով, որ ցանկացած նման իրավիճակ կարող է հանգեցնել վնասվածքի կամ հիվանդության: Սակայն առողջական այլ վիճակ է նաև առողջության պաթոլոգիան՝ առաջացած ներոզից կամ այլ հոգեներգործուն հիվանդություններից:

Կանխարգելիչ

միջոցառումների

իրականացման

¹⁰⁰ Տե՛ս **Αόδοιάνθεε** **Ι. Ι.** **Ἰοίαεάιυ ἰδἀάίάίαι δἀάοεεδἰάαίεϋ ἰάϋϋαδἀεϋίάί ἰἀεεοεἰἠεἰάί ἠδδἀδἰἀαίεϋ**, **дис. ...канд. юрид. наук. І., 2005, էջ 28:**

¹⁰¹ Տե՛ս **ՀՀ** **Քաղաքացիական իրավունք, խմբագիրներ** **Տ. Բարսեղյան, Գ. Ղարաբանյան**, **ԵՊՀ**, 2008թ., էջ 491:

¹⁰² Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т. А. Масловой" (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

անհրաժեշտությունը¹⁰³: Կանխարգելիչ միջոցառումները կամ հիվանդությունների կանխարգելումը միջոցառումների ամբողջությունն են, որոնք ուղղված են օրգանիզմի բնական գործունեության ապահովմանը և հիվանդությունների ու վնասվածքների կանխարգելմանը: Կանխարգելումը իրականացվում է նաև այն ժամանակ, երբ ապահովագրված անձը հիվանդ չէ, սակայն նրա վիճակը պահանջում է նման միջոցառումների իրականացում հիվանդություններից և վնասվածքներից խուսափելու համար: Այսպիսի միջոցառումների թվին են դասվում պատվաստումները, առողջության գնեման որոշակի տեսակները: Այսպիսով, վերոնշյալ դեպքերից յուրաքանչյուրի պարագայում ապահովագրված անձը ստանում է ապահովագրական հատուցում ստանալու իրավունք՝ անվճար բժշկական օգնության տեսքով:

Կանխարգելիչ միջոցառումների կարևորությունն ընդգծված է նաև **ՀՀ 2014-2016թթ. պետական միջնաժամկետային ծրագրում**¹⁰⁴ (ՀՀ կառավարության 2013 թվականի հունիսի 4-ի N 740 Ն որոշման հավելված), որտեղ նշված է, որ «առողջապահության ոլորտում պետական քաղաքականության հիմնական նպատակներն են՝ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը, կանխարգելումը, ախտորոշումը և բուժումը, բուժօգնության մատչելիության բարձրացումը և որակի ապահովումը»:

Գտնում ենք, որ ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ ներդնելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև կանխարգելիչ միջոցառումներին՝ նախատեսելով կանխարգելիչ բուժօգնության ծավալուն տեսակներ: Ընդ որում պետք է ասել, որ կանխարգելիչ միջոցառումների թվին դասվում են ոչ միայն հիվանդության առաջացման կանխարգելիչ միջոցառումները, այլև հիվանդությունների սրացումների կանխարգելումները:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության՝ որպես սոցիալական ապահովագրության տարատեսակի առանձնահատկություններից է դրա

¹⁰³ Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т. А. Масловой" (Էլ Էկտրոնայ ին աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

¹⁰⁴ Տե՛ս <http://www.gov.am/files/docs/1184.pdf>

հատուցել իր թյան կարգը:

Ապահովագրական հատուցումն ըստ էության գույքային շահերի պաշտպանության երաշխիք է, քանի որ այն նախատեսում է իրավիճակի վերականգնում մինչև ապահովագրական պատահարի առաջացումը կամ կրած վնասների փոխհատուցում:

Ապահովագրությանը վերաբերող տեսության մեջ ապահովագրական հատուցումը բնորոշվում է որպես գումար, որն ապահովագրողը ամբողջությամբ վճարում է ապահովագրվողին (ապահովագրված անձին, շահառուին) ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական պատահարի հետևանքով առաջացած փաստացի վնասի կամ կորուստների դիմաց¹⁰⁵:

Այսինքն, ապահովագրական հատուցումը իրականացվում է ապահովագրվողին պայմանագրով նախատեսված դրամական ձևով ապահովագրական հատուցում տրամադրելով: Սակայն ապահովագրական հատուցման վերոգրյալ դասական սահմանման բովանդակությունը փոխում է պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը, որտեղ ապահովագրված անձը որպես ապահովագրական հատուցում չի ստանում որոշակի գումար:

Այսպես, եթե ապահովագրության մյուս տեսակների դեպքում ապահովագրված անձին (շահառուին) որպես փոխհատուցում տրամադրվում էր պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական գումարը, ապա պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրված անձը փաստորեն դրամական ձևով հատուցում չի ստանում, այլ նրան տրամադրվում է անվճար բժշկական օգնություն պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում: Դրանով է բացատրվում նաև այն հանգամանքը, որ ապահովագրական ընկերությունների վրա դրվում է պարտականություն հսկողություն հաստատել ապահովագրվածներին հատկացվող բժշկական օգնության ծավալի, ժամկետների և որակի նկատմամբ:

Յետևաբար, պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրական հատուցումը կարելի է բնորոշել որպես ապահովագրական դեպքը վրա հասնելու ժամանակ ապահովագրված անձին պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի

¹⁰⁵ Տե՛ս ՀՀ Քաղաքացիական իրավունք, երկրորդ մաս, խմբագիրներ **S. Բարսեղյան, Ա. Զայկյանց, Գ. Ղարափանյան**, ԵՊՀ, 2008թ., էջ 491:

շրջանակներում անվճար բուժօգնության տրամադրումը:

Քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրական հատուցումը ենթադրում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում անվճար բժշկական օգնության տրամադրում, հարց է առաջանում՝ արդյո՞ք այս պարագայում կարելի է խոսել ապահովագրված անձին ապահովագրական հատուցման մասին, եթե պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական գումարը տրամադրվում է ոչ թե ապահովագրված անձին, այլ բժշկական հաստատությանը:

Նման հարցադրման պատճառն այն է, որ ապահովագրական հատուցումը սովորաբար կատարվում է ապահովագրական գումարի տրամադրմամբ, այդ իսկ պատճառով պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում անվճար բժշկական օգնության տրամադրումը երբեմն չի դիտվում ապահովագրական հատուցում, որովհետև տեսական գրականության մեջ ապահովագրական հատուցումը միշտ համարվել է ապահովագրված անձին տրամադրված գումարը՝ անտեսելով այն հանգամանքը, որ, օրինակ, պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրված անձը թեև ստանում է ապահովագրական հատուցում, սակայն ոչ ապահովագրական գումարի տեսքով:

Ընդ որում, պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրական հատուցումը կատարվում է ոչ թե բժշկական օգնության դիմելու ցանկացած դեպքում, այլ միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրերով նախատեսված բժշկական օգնությունն ստանալու պարագայում:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրությամբ նախատեսված ապահովագրական հատուցումների ծավալը, ինչպես նաև ապահովագրական պատահարների ցանկը, որոնց տեղի ունենալու դեպքում իրականացվում է ապահովագրական հատուցում, սահմանվում են պետության կողմից ընդունված ապահովագրական ծրագրով: Կամավոր բժշկական ապահովագրության դեպքում նման ծրագիրը սահմանվում է կողմերի՝ ապահովագրողի և ապահովարդի և (կամ) ապահովագրված անձի համաձայնությամբ, որը նրանց միջև կնքված պայմանագրի անբաժանելի մասն է: Պարտադիր բժշկական

ապահովագրության դեպքում կողմերը չեն կարող ինքնուրույն որոշել ապահովագրական դեպքերի ցանկը, ապահովագրողի կողմից հատուցվող բուժօգնության տեսակները և ապահովագրական հատուցումների չափերը, քանի որ այ դամենը սահմանվում է գործող օրենսդրությամբ:

Ընդ որում ապահովագրված անձը անվճար բժշկական օգնությունը կարող է ստանալ ինչպես իր բնակության վայրում, այնպես էլ երկրի ցանկացած այլ տարածքում: Նման պայմանի նախատեսումը էական նշանակություն կարող է ունենալ պարտադիր բժշկական ապահովագրության շրջանակներում տրամադրվող բուժօգնության արդյունավետության ապահովման առումով, քանի որ անձն անվճար բուժօգնություն ստանալու համար չպետք է սահմանափակվի միայն իր բնակության վայրով, որովհետև ապահովագրական պատահարը կարող է առաջանալ նաև նրա բնակության վայրից բուրոովին հեռու վայրում և այդ պարագայում պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը ուղղակի կունենա ձևական բնույթ:

Յեռևար առաջարկում ենք, ՅՅ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ինստիտուտի ներդրման դեպքում չնախատեսել տարածքային սահմանափակում, այսինքն՝ ապահովագրված անձը անկախ բնակության վայրից հնարավորություն ունենա ՅՅ-ի ողջ տարածքում օգտվելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգից:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հատուցման հաջորդ առանձնահատկությունն այն է, որ ապահովագրված անձին չվճարելով ապահովագրական գումար՝ ապահովագրական կազմակերպության կամ ապահովագրական հիմնադրամի և բուժհաստատության միջև կնքված պայմանագրի շրջանակներում մատուցած բուժօգնության համար գումար է ստանում բուժհաստատությունը, որը ինքնատիպ մասնակից է սույն ապահովագրական հարաբերություններում և օժտված է միայն ՊԲԱ-ին համահունչ իրավական կարգավիճակով:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ապահովագրական հատուցումը իրականացվում է հատուկ ծրագրերի

շրջանակներում: Այդպիսիք են ՊԲԱ հիմնական ծրագիրը, իսկ դաշնային պետական կառուցվածք ունեցող պետությունների դեպքում, օրինակ ՌԴ-ում, նաև տարածքային ծրագիրը:

Յուրաքանչյուր պետություն, պայմանավորված իր պետության ֆինանսատնտեսական, սոցիալական վիճակով, ինքնուրույն է սահմանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրի շրջանակներում նախատեսվող բուժօգնության տեսակները:

Օրինակ՝ ՌԴ Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին Օրենքի 35-րդ հոդվածի համաձայն՝ պետության ապահովագրական հիմնական ծրագրում ներառված է առաջին բուժօգնությունը, որը ընդգրկում է նաև կանխարգելիչ բուժօգնությունը, շտապ բուժօգնությունը, մասնագիտացված բուժօգնությունը՝ օրենքով հստակ սահմանված հիվանդությունների դեպքում:

Ինչպես նկատեցինք, Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ՌԴ օրենքը հիմնական ծրագրի մեջ չի նախատեսում անհրաժեշտ դեղորայքային միջոցների ապահովումը: Գտնում ենք, որ այս հանգամանքը բավականին էական բացթողում է, քանի որ դա հիմնականում նախատեսված է հիմնական ծրագրում ներառված հիվանդությունների բուժման համար, իսկ մարդկանց մեծ մասը, պայմանավորված հիվանդության բնույթով բուժօգնություն ստանալու կարիք չունի, քանի որ իր առողջական վիճակի պայմաններում այլևս դրան հրաժեշտությունը չկա և պետք է իր առողջական վիճակը կայուն պահելու համար սահմանափակվի միայն նշանակված դեղահաբերը պարբերաբար ընդունելով, ինչը բնականաբար, հաշվի առնելով դեղորայքի շուկայում առկա բարձր գները, մեծ ծախսեր է պահանջում: Յետևաբար, եթե պետությունը, ներդնելով պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը, նպատակ ունի ապահովելու անձանց սոցիալական պաշտպանությունը, ապա պետք է հիմնական ծրագրի մեջ նախատեսի անհրաժեշտ դեղորայքային միջոցներով ապահովումը:

Վերոգրյալի կապակցությամբ ցանկանում ենք արձանագրել, որ ՅՅ-ում վերջին տարիներին նկատվել է ինչպես դեղերի, այնպես էլ բժշկական ծառայությունների գների կտրուկ թանկացումներ, որոնք շարունակվում են մինչ օրս: Այսպես, ՅՅ ազգային

վիճակագրական ծառայության տվյալների համաձայն¹⁰⁶ 2009 թ. սկսած՝ դեղամիջոցների և բուժսպասարկման գները տարեցտարի աճել են: Այս ամենը վկայում է այն մասին, որ դեղամիջոցների և բժշկության դաշտում շուկայական մեխանիզմները չեն կարող գսպել Հայաստանում գնաճը:

Հիմք ընդունելով գների անընդհատ աճը և բժշկական ծառայությունների, դեղերի գների կայունության ապահովման խնդիրը՝ ՀՀ կառավարությունը 27.12.2012թ. ընդունեց թիվ 1692 որոշումը՝ սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները կարգավորող միջգերատեսչական հանձնաժողով ստեղծելու, հանձնաժողովի կազմը, գործունեության կարգը և բազային փաթեթի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին¹⁰⁷:

Գտնում ենք, որ այս կարգավորման միջոցով հնարավոր կլինի գսպել բժշկական ծառայությունների և դեղերի, ինչպես նաև պետության կողմից վճարվող առողջության ապահովագրության գները, ունենալ գների կայունացում, ինչպես նաև ընդլայնել դեղամիջոցների և բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության իրականացման նպատակով սահմանվում է ապահովագրավճարների¹⁰⁸ վճարելու հատուկ պարտականություն:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության դեպքում

¹⁰⁶ Ըստ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալների Armstat.am:

¹⁰⁷ Տե՛ս ՀՀ ՊՏ 2013.02.06/8(948) Հոդ. 70:

¹⁰⁸ «Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին»: ՀՀ օրենքը ապահովագրավճար տերմինի փոխարեն օգտագործում է ապահովագրական պարգև և ապահովագրական մուծումներ տերմինները, ինչը, մեր կարծիքով, այդքան էլ ճիշտ ձևակերպում չէ: Ապահովագրավճար բառացի նշանակում է ապահովագրության համար կատարվող վճար, հետևաբար լիովին տրամաբանական էր այդ վճարումը անվանել ապահովագրավճար: Պարգև հայերենում նշանակում է նվեր, սակայն ապահովարիքը պայմանագրով նախատեսված գումարը վճարելիս այն չի նվիրում ապահովագրական կազմակերպությանը, նույնիսկ ընդհակառակը՝ ապահովագրական դեպքի վրա հասնելու դեպքում կարող է ստանալ նույնիսկ այդ վճարի չափը գերանգացող ապահովագրական հատուցում, հետևաբար ապահովագրական կազմակերպությանը կամ ապահովագրական հիմնադրամին պարգև, նվեր տալու մասին խոսք չի կարող: Այս տրամաբանություն ամբողջ նախատանքում մենք օգտագործում ենք ապահովագրավճար տերմինը:

ապահովագրավճարների վճարման պարտադիրությունը սահմանված է օրենքով, այն դեպքում, երբ ապահովագրության այլ տեսակների դեպքում ապահովագրավճարի վճարումը կատարվում է կամավոր: Ավելին, վճարվելիք ապահովագրավճարների հաշվարկման և վճարման կարգը, սակագները, ի տարբերություն, օրինակ, կամավոր բժշկական ապահովագրության, սահմանվում են օրենքով՝ հիմք ընդունելով անձի աշխատավարձը, եկամուտը կամ այլ եկամուտները:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ապահովագրավճարը այն գումարն է, որն օրենքի ուժով ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին վճարել օրենքով սահմանված կարգով և ժամկետներում¹⁰⁹: Վճարումների կարևոր հատկանիշ է դրանց ոչ անձնական բնույթը, այսինքն՝ այն ուղղված չէ կոնկրետ անձին բուժօգնություն տրամադրելու համար:

Դա նշանակում է, որ վճարումը չի կատարվում կոնկրետ անձի անունով, և, անկախ փոխանցվող ապահովագրավճարի չափից, յուրաքանչյուր ապահովագրված անձ ունի հավասար իրավունքներ:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության շրջանակներում ապահովագրավճարի երրորդ առանձնահատկությունը դրան պատկանում է լինելն է: Այսպես, եթե օրենքով նախատեսված այլ պարտադիր վճարներից կուտակված միջոցները պետությունն իրավունք ունի օգտագործելու ըստ իր հայեցողության, ապա ՊԲԱ շրջանակներում հավաքագրված գումարները կարող են օգտագործվել միայն ապահովագրված անձանց անվճար բուժօգնություն տրամադրելու համար: Այս առանձնահատկությունը համապատասխանում է ՊԲԱ այն հիմնարար սկզբունքին, համաձայն որի՝ պետք է ապահովվի պարտադիր սոցիալական ապահովագրության համակարգի ֆինանսական անկախությունը:

Բացի այդ, ապահովագրավճարների բեռը բաշխվում է աշխատողի և գործատուի միջև:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հաջորդ էական տարբերակիչ հատկանիշը պարտադիր սոցիալական ապահովագրության մյուս տեսակներից հանդիսանում է անձանց այն շրջանակը, որոնց

¹⁰⁹ Տե՛ս 33 Քաղաքացիական իրավունք, 2-րդ մաս խմբագիրներ **S. Բարսեղյան, Գ. Ղարափանյան**, ԵՊՀ, 2008թ., էջ 492:

վրա տարածվում է դա:

Պետությունը ներում ձևավորված ընդհանուր օրինաչափության համաձայն՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը տարածվում է և՛ աշխատող, և՛ գործազուրկ անձանց վրա. ընդ որում որպես կանոն անձի քաղաքացիությունը որևէ նշանակություն չունի, հիմնական պահանջն այն է, որ անձը մշտապես բնակվելիս լինի այդ պետության տարածքում¹¹⁰:

Իսկ ինչո՞վ է հիմնավորված մեր կողմից վերևում արված այն եզրահանգումը, որ ՀՀ կառավարության նշված որոշումներում առողջության ապահովագրությունն իր բնույթով համապատասխանում է պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը: Այսպես, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 983-րդ հոդվածի համաձայն՝
□Պարտադիր ապահովագրությունը ապահովարի կամքից անկախ ապահովագրողի հետ օրենքի ու ժողովագող հարաբերություններն են, որի տեսակները, պայմաններն ու իրականացման կարգը կարգավորվում են սույն օրենսգրքով, □Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին □ Հայաստանի Հանրապետության օրենքով և պարտադիր ապահովագրության մասին համապատասխան օրենքներով □: Այսինքն, պարտադիր ապահովագրությունը ծագում է ապահովարի կամքից անկախ, և ապահովագրության այդ տեսակի պայմանները՝ ապահովագրական գումարի չափը, վճարման կարգը, ապահովագրական հատուցման տեսակները, չափը և այլն, որոշվում են ոչ թե ապահովարի, ապահովագրվողի և ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությանը, այլ համապատասխան օրենքով կամ իրավական ակտով:

ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1691-Ն Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու, ՀՀ Կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 1917-Ն, ինչպես նաև 2012 թվականի ապրիլի 19-ի թիվ 594-Ն որոշումներն ու ժողովրդրած ճանաչելու մասին որոշման ու սույն մասի որոշումներից ակնհայտ է դառնում, որ առողջության ապահովագրությունը պարտադիր է, քանի որ ապահովագրվողի կամքից անկախ կողմերի միջև

¹¹⁰ Այս մասին մանրամասն կխոսվի սույն գլխի հաջորդ պարագրաֆում:

առաջ անում են ապահովագրական հարաբերություններ, և ապահովագրության պայմանները սահմանվում են վերոհիշյալ իրավական ակտով:

Սակայն ՀՀ կառավարության այս որոշումներում օգտագործվում է ոչ թե բժշկական, այլ օառողջության ապահովագրություն¹ եզրույթը, թեև դրանից ապահովագրության բնույթը չի փոխվում, քանի որ այն իր հատկանիշներով ամբողջությամբ համապատասխանում է տեսական գրականության մեջ, ինչպես նաև տարբեր երկրների օրենսդրություններում սահմանված բժշկական ապահովագրությանը, այն է՝ ապահովագրական հատուցում կատարվում է ապահովագրվողին անվճար բժշկական ծառայություններ տրամադրելու ձևով, հետևաբար ակնհայտ է, որ անկախ այն բանից, թե գործադիրը վերագրյալ որոշումներում ինչպիսի եզրույթ է օգտագործել, որոշումներում նշված ապահովագրությունն իր բնույթով պարտադիր բժշկական ապահովագրություն է:

Նման պայմաններում, մեր կարծիքով, պարտադիր բժշկական ապահովագրության կարգավորման հարցը չպետք է լուծել ենթաօրենսդրական ակտով, այլ պետք է ամրագրել օրենքով:

Այս առումով քննարկենք հետևյալ հարցը. արդյոք կառավարությունն իրավասո՞ւ է որոշումներով կարգավորել պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտը:

Իրավական ակտերի մասին ՀՀ օրենքի 14-րդ հոդվածի 3-րդ մասի համաձայն՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշումներով կարգավորման է ենթակա օրենքով չկարգավորված ցանկացած հարաբերություն, եթե այդ հարաբերությունը Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ և Հայաստանի Հանրապետության օրենքով կամ Հայաստանի Հանրապետության Նախագահի հրամանագրով ու կարգադրությամբ չպետք է կարգավորվի իրավական այլ ակտերով:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 983-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ պարտադիր ապահովագրությունը ապահովարի կամքից անկախ ապահովագրողի հետ օրենքի ուժով ծագող հարաբերություններն են, որի տեսակները, պայմաններն ու

իրականացման կարգը կարգավորվում են սույն օրենսգրքով, □Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին□ Յայաստանի Յանրապետության օրենքով և **պարտադիր ապահովագրության մասին համապատասխան օրենքներով**, իսկ նույն հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն՝ **օրենքով** կարող են նախատեսվել պետական բյուջեից հատկացվող միջոցների հաշվին քաղաքացիների կյանքի և ոչ կյանքի պարտադիր ապահովագրության դեպքեր (պարտադիր պետական ապահովագրություն): ՅՅ քաղաքացիական օրենսգրքի 1025-րդ հոդվածի սույն գլխով նախատեսված կանոնները կիրառվում են ոչ առևտրային ռիսկերից արտասահմանյան ներդրումների ապահովագրման հարաբերությունների, **բժշկական ապահովագրության**, բանկային ավանդների ապահովագրության, կենսաթոշակների ապահովագրության, ինչպես նաև ապահովագրության այլ տեսակների նկատմամբ, **եթե այլ բան նախատեսված չէ այդ տեսակների ապահովագրությունների մասին օրենքներով:**

Այսինքն օրենքով ուղղակիորեն նախատեսված է պարտադիր ապահովագրության կոնկրետ տեսակների մասին օրենք ընդունելու անհրաժեշտությունը: Եվ քանի որ, ինչպես նշվեց վերը, ՅՅ կառավարության վերոհիշյալ որոշումներում նախատեսված առողջության ապահովագրությունն իր բնույթով պարտադիր բժշկական ապահովագրություն է, ապագտնում ենք, որ այդ մասով (սոցիալական փաթեթի առողջապահական բաղադրիչը) այն չի կարող կարգավորվել կառավարության որոշմամբ և պետք է ամրագրվի օրենքի մակարդակով:

Ընդհանրացնելով վերոգրյալը՝ կարող ենք ձևակերպել մեր եզրահանգումները.

1. **Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետության կողմից տրամադրվող տնտեսական, իրավական, կազմակերպական միջոցառումների ամբողջություն է, որը հնարավորություն է տալիս պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին ապահովագրական դեպք առաջանալու պարագայում ապահովագրված անձին՝ անկախ գտնվելու վայրից, տրամադրելու ժամանակին, անվճար, որակյալ**

**բուժօգնությունը՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության՝
աֆսուության կողմից ընդունված ծրագրի շրջանակներում:**

- 2. ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ինստիտուտի
ներդրման դեպքում աֆսու է օրենսդրական մակարդակով հստակ
ամրագրել, որ ապահովագրված անձը անկախ ՀՀ բնակության
վայրից ՀՀ-ի ողջ տարածքում իրավունք ունի օգտվելու
պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգից:**
- 3. ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ
ներդնելիս անհրաժեշտ է մեծ ուշադրություն դարձնել նաև
կանխարգելիչ միջոցառումների համակարգին՝ այդտեղ
ներդնելով ընդգրկուն կանխարգելիչ բուժօգնության
տեսակներ:**
- 4. Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի
ներդրման համար նախառաջ անհրաժեշտ է ընդունել առանձին
իրավական ակտ՝ օրենք, և այն գործողության մեջ դնել
ընդունումից որոշ ժամանակ անց, որպեսզի պարտադիր
բժշկական ապահովագրության ոլորտում
հարաբերությունների մասնակիցները բավարար
հնարավորություն ունենան ծանոթանալու օրենքի
բովանդակությանը՝ այդ օրենքի հետագա արդյունավետ
կիրառումն ապահովելու նպատակով:**

2.2 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտները

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 համակարգի
շրջանակներում անվճար բուժօգնությունից օգտվելու համար:**

Այսպես, օրինակ, համաձայն Պարտադիր բժշկական

ապահովագրության մասին՝ ՌԴ օրենքի 10-րդ հոդվածի, ՊԲԱ շրջանակներում ապահովագրված անձ են համարվում ՌԴ քաղաքացիները, ՌԴ-ում մշտապես կամ ժամանակավորապես բնակվող օտարերկրյա քաղաքացիները, քաղաքացիություն չունեցող անձինք, ինչպես նաև նրանք, ովքեր «Փախտականների 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 չունի¹¹¹:

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

1. աշխատանքային պայմանագրի հիման վրա աշխատանք կատարողները, այդ թվում՝ կազմակերպության մասնակիցները (հիմնադիրներ), անդամները, կազմակերպության գույքի սեփականատեր ղեկավարները, ինչպես նաև քաղաքացիաիրավական պայմանագրով աշխատանք կատարողներն ու ծառայողություններ մատուցողները, հեղինակային պատվեր իրականացնողները և այն ստեղծագործության հեղինակները, որոնք ստանում են փոխհատուցում կամ այլ պարգևատրում գիտության, գրականության, արվեստի ստեղծագործությունների նկատմամբ բացառիկ իրավունքների օտարման պայմանագրի հիման վրա, նաև գիտության, գրականության, արվեստի ստեղծագործությունների օգտագործման իրավունքի տրամադրման լիցենզային պայմանագրերի հիման վրա,
2. Ինքնուրույնաբար իրենց աշխատանքով ապահովող անձինք (անհատ ձեռնարկատերերը, նոտարները, փաստաբանները, արբիտրաժային կառավարիչները),
3. Գյուղացիական (\$երմերային) տնտեսության անդամները,
4. Ռուսաստանի Դաշնության Յյուսիսում, Սիբիրում և Յեռավոր Արևելքում բնակվող ազգային փոքրամասնությունների ընտանեկան (տոհմային) համայնքների անդամները, որոնք զբաղվում են տնտեսության ավանդական ճյուղերով,

¹¹¹ St´u Health insurance (Էլեկտրոնային աղբյուր http://www.toytowngermany.com/wiki/Health_insurance, դիտելու ամսաթիվը՝ 22.11.2013):

5. Չաչխատող քաղաքացիները՝

- ա) երեխաները՝ ծննդյան օրվանից մինչև 18 տարեկանը և րանալը,
- բ) Չաչխատող թոշակառուները՝ անկախ կենսաթոշակ ստանալու հիմքից,
- գ) միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթական հաստատություններում առկա հիմունքներով սովորողները,
- դ) զբաղվածության օրենսդրությանը համապատասխան հաշվառված գործազուրկները,
- ե) ճնողներից մեկը կամ խնամակալը, որը զբաղված է երեխայի խնամքով մինչև նրա 3 տարեկանը և րանալը,
- զ) Աշխատունակ քաղաքացիները, ովքեր զբաղված են հաշմանդամ երեխաների, առաջին կարգի հաշմանդամների և 80 տարեկանը և րացած 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:

Նշենք նաև, որ, ըստ Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ՌԴ օրենքի, զինծառայողների, ինչպես նաև նրանց կարգավիճակին հավասարեցված անձանց՝ ոստիկանության աշխատողների վրա պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը չի տարածվում, որովհետև 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 ազատազրկման վայրերում գտնվող դատապարտյալներին:

Որպես ՌԴ-ի և Գերմանիայի ՊԲԱ համակարգերի ընդհանրություն կարելի է նշել նաև այն հանգամանքը, որ գործազուրկները ևս ընդգրկված են պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեջ, որը բխում է հենց ՊԲԱ բնույթից:

Մասնավոր ուրորտում գործունեություն ծավալող բժիշկների համար բժշկական ապահովագրությունը ևս պարտադիր չէ, քանի որ վերջիններս կարող են պարտադիր բժշկական ապահովագրության

ծրագրում նախատեսված բուժօգնությունը իրենց և իրենց ընտանիքի անդամներին ցուցաբերել անձամբ: Սակայն մասնավոր ոլորտում գործունեություն ծավալող բժիշկների վերաբերյալ Գերմանիայի օրենսդրությամբ նման դիրքորոշումը մեզ համար այնքան էլ ընդունելի չէ, քանի որ բժիշկը ՊԲԱ ծրագրում նախատեսված ոչ բուլոր տեսակի բժշկական ծառայությունները կարող է լիովին և բարձր որակով ցուցաբերել իր նկատմամբ:

Այսպիսով, առաջարկում ենք, որ ՀՀ-ում ՊԲԱ համակարգի ներդրման և համապատասխան օրենսդրության ընդունման դեպքում ևս որպես ապահովագրված անձինք համարվեն աշխատանքային պայմանագրով աշխատողները, նրանց գործազուրկ ամուսինները, անչափահաս երեխաները, սոցիալական ապահովության ծառայություններում որպես գործազուրկ հաշվառված անձինք, թոշակառուները, բարձրագույն և միջնակարգ մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում աշխատողները, սովորողները, փախսականները, գյուղացիական տնտեսության մեջ ներգրավված անձինք՝ բացառությամբ զինվորական և նրանց հավասարեցված անձանց, որոնց նկատմամբ պետությունը վարում է հատուկ քաղաքականություն:

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

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտներից ապահովադիրն ապահովագրողի հետ ապահովագրության պայմանագիր կնքած անձն է: Որպես ապահովադիր կարող է հանդես գալ իրավաբանական անձը կամ գործունակ քաղաքացին, որը ապահովագրվողի հետ կնքել է աշխատանքային պայմանագիր, կամ նրանք, ովքեր ապահովադիր են օրենսբի ուժով: Ապահովադիր են նաև գործադիր իշխանության և տեղական ինքնակառավարման մարմինները, որոնք օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում

պարտավոր են մուծել ապահովագրավճարներ: Այսպիսով, պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրում ապահովադիր է համարվում այն անձը, որը օրենքի ուժով նախաձեռնում է ապահովագրական հարաբերություններ: Ապահովադիրները պարտավոր են ապահովագրողին վճարել ապահովագրավճարներ, որոնցից ձևավորվում են ապահովագրության դրամական ֆոնդերը: Ապահովագրության ընդհանուր կանոններով ապահովադրի անձի վերաբերյալ որևէ սահմանափակում չկա:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ժամանակ, որպես կանոն, ապահովադիրը և ապահովագրված անձը տարբեր սուբյեկտներ են՝ չնայած հնարավոր են նրանց համընկնման դեպքեր, օրինակ՝ անհատ ձեռնարկատերը ապահովագրում է ինքն իրեն և այլն: Աշխատանքային պայմանագրով աշխատող անձանց համար ապահովադիրներ են համարվում նրանց գործատուները՝ իրավաբանական անձինք կամ անհատ ձեռնարկատերերը:

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

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

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 հատուցումների տրամադրումը ապահովագրական պատահար առաջանալ ու 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 պատահար առաջանալ ու դեպքում:

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

Իսկ Գերմանիայի Դաշնությունում ՊԲԱ ոլորտում ապահովագրող են հանդիսանում ոչ առևտրային կազմակերպությունները, որոնց անվանումը թարգմանաբար նշանակում է հիվանդանոցային դրամարկդեր (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 դրամարկդեր , սակայն բոլորը տրամադրում են հավասար ծավալով բժշկական ծառայություններ, և ապահովագրավճարների չափը նույնպես հավասար է¹¹²:

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

¹¹² Տե՛ս **Лаврова Ю. А.** Обязательное медицинское страхование в Германии и России. Сравнительный анализ систем ОМС, էլեկտրոնային աղբյուր՝ www.forinsurer.com.ru/public (դիտել ու ամսաթիվը՝ 22.11.2013):

ապահովագրության հետ: Իհարկե դժվար է միանշանակ պնդել, թե որն է առավել արդյունավետ գործում՝ ապահովագրողը՝ որպես ոչ առևտրային կազմակերպություն, թե՞ որպես միաժամանակև՝ պարտադիր, և՛ կամավոր բժշկական ապահովագրությունն իրականացնող: Սակայն, այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով ՊԲԱ սոցիալական նշանակությունը, հուսալիություն 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:

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

ՀՀ կառավարությունը 12.12.2013թ. բյուջետային աշխատակիցների սոցիալական փաթեթի պարտադիր պայման հանդիսացող առողջության ապահովագրության 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 ընկերությունները սուբյեկտների կազմում չընդգրկելը և նրանց գործառնության փոխանցումը պետական առողջապահական գործակալությանը բացասաբար կանդրադառնան ՊԲԱ համակարգի արդյունավետության վրա մի շարք պատճառներով: Նախ, մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակը ստուգելու համար ապահովագրական ընկերություններն ընդգրկելը 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

բժշկական պատշաճ որակի օգնության տրամադրման կազմակերպումը: Այդ հանգամանքը հաստատում են նաև պրակտիկ աշխատողները: Ըստ որոշ փորձառու ղեկավարների՝ քաղաքացիական ծառայողների մեջ 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 մակարդակը¹¹³:

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 պաշտպանում հաճախորդի՝ բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքը տարբեր, այդ թվում դատական մարմիններում: ՊԲԱ սուբյեկտների կազմից ապահովագրական բժշկական ընկերության դուրս բերելը կհանգեցնի ապահովագրված անձի սոցիալական պաշտպանվածության մակարդակի նվազեցման¹¹⁴:

Երկրորդ, այսօր ՊԲԱ շրջանակում բժշկական ծառայություններ մատուցելու լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպությունների ճնշող մասը պետական հիմնարկներ են: Այդ իսկ պատճառով ապահովագրական ընկերությունների բացակայության պարագայում ՊԲԱ համակարգը ձեռք կբերի բյուջետային ֆինանսավորման գծեր, այսինքն՝ 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

¹¹³ Տե՛ս Ապահովագրողները քննադատում են կառավարությունը, <http://www.banks.am/printpage.php?lang=am&nid=9015>:

¹¹⁴ Տե՛ս՝ **Ариничева Л.** Полис ОМС- твоя социальная защита. // Труд. 2003. 15 июля:

հզոր հսկողական մեխանիզմ, որը հետևում է բուժական հաստատության ներքին 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 գործակալությունը պետք է ստեղծի այնպիսի կառուցվածքային ստորաբաժանումներ, ինչպիսիք ունեն ապահովագրական բժշկական ընկերությունները: Դրա վառ օրինակ է առողջապահական փաթեթի տրամադրման, ցուցաբերված ծառայությունների որակի վերահսկողության նպատակով առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալությունում նոր բաժնի ստեղծումը՝ բժշկական օգնության մշտադիտարկման և փորձագիտական գնահատման համար¹¹⁵:

Բացի այդ, ապահովագրական ընկերությունների օգտին է խոսում նաև այն հանգամանքը, որ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում աշխատողների գերակշիռ մասը նախընտրել էր իր սոցիալական 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՝ առողջության ապահովագրության լրացուցիչ փաթեթներ կամ ընտանիքի անդամների համար ևս առողջության ապահովագրության փաթեթներ ձեռք բերելու նպատակով¹¹⁶:

Ընդ որում, պետք է նշել, որ ապահովագրական ընկերությունները մշակում էին այդ փաթեթները ոչ միայն հիվանդանոցային, այլև արտահիվանդանոցային բուժօգնություն և տրամադրելու համար (ապահովագրական հատուցումների ընդհանուր ծավալը կազմել է 3,962,105,441 ՀՀ դրամ, որից հիվանդանոցային՝

¹¹⁵ Տե՛ս ՀՀ կառավարության 12 դեկտեմբերի 2013 թվականի N 1405-Ն, ՀՀՊՏ 2013.12.20/68(1008) Հոդ.1166, նաև՝ Սոցիալապաթեթի շահառուների համար բուժօգնություն և ստանալու կարգը հեշտացվել է <http://moh.am/?section=news%2Fopen&id=143&nid=2547>:
¹¹⁶ 2012 թ. Սոցիալական փաթեթի ամփոփիչ արդյունքների վերաբերյալ տեղեկանք:

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 ամբողջատոր բուժօգնություն տրամադրելու փաթեթներ այն պարզ պատճառով, որ այն ՀՀ-ում տրամադրվում է անվճար՝ պետական բյուջեի միջոցներով:

Բացի այդ, թեև բուժօգնությունների ճնշող մասը պետական է, և առողջապահությունն ախտաբուժությունը ծրագրի շրջանակներում պայմանագրեր է կնքել պետական պատվեր իրականացնող շուրջ 100 հիվանդանոցի հետ¹¹⁷, այդուամենայնիվ ապահովագրական ընկերությունների առկայությունը բժշկական ապահովագրության կազմակերպման ոլորտում կստեղծի մրցակցային միջավայր, որն էլ 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 փաստաթուղթ չի ներկայացվում աշխատանքի վայր, այսինքն՝ գործատուն տեղյակ 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 իրական երաշխիքներ:

Այսպես, օրենսդիրն այդ իրավունքը չպետք է վերապահի բացառապես ապահովադիրին, որը օբյեկտիվ պատճառների ուժով իր իրավունքն օգտագործում է նախապատվության կարգով¹¹⁸:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտներից է նաև բժշկական հաստատությունը:

Կառավարության որոշմամբ բուժօգնությունը ևս

¹¹⁷ Տե՛ս Սոցփաթեթի շահառուների համար բուժօգնությունն ստանալու կարգը հեշտացվել է <http://moh.am/?section=news%2Fopen&id=143&nid=2547>:

¹¹⁸ Տե՛ս **Кирилловых А. А.** Правовое регулирование обязательного медицинского страхования. <<Законодательство и экономика>>. 2011. N6:

ընդգրկվում է ՊԲԱ համակարգի սուբյեկտների կազմում, սակայն այնտեղ բուժհաստատություն հասկացության սահմանումը տրված չէ: Ընդ որում, այդ որոշմամբ պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի կողմ են դիտվում միայն բուժհաստատությունները՝ առանց տարանջատելու նրանց մասնավոր կամ պետական լինելը, սակայն պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտ չեն համարվում մասնավոր գործունեություն ծավալող և լիզենզիա ունեցող անհատ բժիշկները՝ ի տարբերություն ՌԴ օրենսդրության, որը, Գերմանիայում առկա փորձը ընդօրինակելով, պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեջ հնարավորություն է տալիս ընդգրկել նաև անհատ բժիշկներին:

ՀՀ օրենսդրությունը չի նախատեսում հաստատություն հասկացությունը: 1996թ. մարտի 4-ին ընդունված «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 1-ին հոդվածում¹¹⁹ նշվում է, որ որպես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող է հանդես գալիս՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով լիզենզավորված, 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 առումով ամեն ինչ պարզ է, ապանույնը չի կարելի ասել իրավաբանական անձի կարգավիճակ չունեցող ձեռնարկության պարագայում: 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

¹¹⁹ Տե՛ս ՀՀ ԱԺՏ 1996/7-8

մասին □ ԶՅ կառավարության 04.03.2004 318-Ն որոշման մեջ օգտագործվում են թե՛ բժշկական հաստատություն և թե՛ բժշկական կազմակերպություն տերմինները¹²⁰: Նույնը վերաբերում է նաև ԶՅ կառավարության 04.03.2004 318-Ն վերը նշված որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին 26 դեկտեմբերի 2013 թվականի N 1515-Ն որոշմանը¹²¹: Նույնպիսի մոտեցում է ամրագրված ԶՅ առողջապահության նախարարության 16 նոյեմբերի 2009 թվականի N 1780-Ա □ Բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկման պետական պատվերի տեղադրման կարգը սահմանելու մասին □ հրամանով¹²²:

Բացի այդ, սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու ԶՅ 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 ԶՅ կառավարության որոշման մեջ բժշկական կազմակերպությունները հանդես են գալիս որպես բուժհաստատություններ: Ո՛չ ԶՅ քաղաքացիական օրենսգիրքը, ո՛չ □ 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)¹²³: Այդ դրույթների տեքստից բխում է, որ այստեղ խոսքը ավելի շուտ իրավաբանական անձի մասնաճյուղի մասին է: Արդյունքում առաջացել է եզրույթաբանական անճշտություն:

Հիմնարկը իրավաբանական անձ չէ և գործում է իրավաբանական անձի հաստատած կանոնադրության հիման վրա: Այսինքն, հիմնարկներն իրենց կարգավիճակով և պատասխանատվությամբ հավասարեցվել են մասնաճյուղերին և

¹²⁰ Տե՛ս ԶՅ ՊՏ 2004.04.07/20(319) Հոդ. 465:

¹²¹ Տե՛ս ԶՅ ՊՏ 2014.01.29/4(1017) Հոդ. 33:

¹²² Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության հրաման http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=241&subID=656:

¹²³ Տե՛ս ԶՅ ՊՏ 2001.11.06/34(166) Հոդ. 831:

ներկայացուցչություններին, բայց պահպանել են իրենց առանձնահատուկ գործառույթները: Արդյունքում անհնար է որոշել մի շարք առողջապահական հաստատությունների կարգավիճակը: Իրավիճակը շտկելու համար տարբեր օրենքների ընդունմամբ փորձարկեց խնդիրը կանոնակարգել, որն ի վերջո հանգեցրեց հիմնարկների շերտավորման. պետական որոշ հիմնարկների, այդ թվում բժշկական կազմակերպություններին՝ ՊՈԱԿ-ներին, վերապահվեց իրավաբանական անձի կարգավիճակ: Կարծում ենք՝ նման վիճակը շտկելու համար անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 62-րդ հոդվածում, ինչպես նաև ՔՖՆակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքում կատարել փոփոխություններ:

Հիմնարկների կարգավիճակի և նրանց պատասխանատվության վերաբերյալ հարցերը առավել հանգամանալից են կարգավորված ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքով: Կարծում ենք, որ ՀՀ օրենսդրությամբ պետք է հիմնարկներին նույնպես տալ 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 գործունեությունն իրականացնելու համար սեփականատիրոջ կողմից ստեղծված ու նիտար ոչ առևտրային կազմակերպությունը»:

Ինչ վերաբերում է ՔՖՆակչության 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 կազմակերպարավական ձևից»:

Այսպիսով, ենթաօրենսդրական ակտով՝ կառավարության որոշմամբ, ՊԲԱ սուբյեկտների թվում նշվում է բուժօգնատույնը, սակայն չի հիշատակվում բժշկական

օգնություն տրամադրող այնպիսի սուբյեկտ, ինչպիսին է կոնկրետ բժշկական աշխատողը, որը բժշկական ապահովագրության ծառայության գործում ունի լուրջ դերակատարում:

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

Առավել ճիշտ է, մեր կարծիքով, «**բժշկական ծառայություններ մատուցող**» եզրույթը, որը բնութագրական է բժշկական ապահովագրության ոլորտում բուժօգնություն տրամադրող բոլոր սուբյեկտներին:

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

Օրենսդիրը, ճանաչելով սեփականության տարբեր ձևերի հավասարությունը, որը երաշխավորված է ՀՀ Սահմանադրությամբ, հնարավորություն պետք է տա մասնավոր բժշկական կազմակերպություններին՝ մասնակցելու բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցելուն և առաջարկի այդպիսի մասնակցությանն հստակ մեխանիզմ¹²⁴:

Գտնում ենք, որ հետագայում ընդունվելիք օրենքում ուշադրություն պետք է դարձնել սույն հանգամանքին՝ ՊԲԱ համակարգի սուբյեկտների կազմում նախատեսելով մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների ընդգրկվածությունը, քանի որ հակառակ պարագայում այն ոչ միայն խախտում է անձի՝ իր ցանկությամբ բժշկական օգնություն ցուցաբերողին ընտրելու

¹²⁴ ՌԴ դատարանները բազմիցս քննել են նմանատիպ գործեր, որոնք վերաբերել են մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների՝ ՊԲԱ համակարգին մասնակցելու իրենց իրավունքի պաշտպանությանը և բավարարվել են:

իրավունքը, այլև մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների համար չի ստեղծում հավասար և արդար պայմաններ, բացի այդ, վերջիններիս բացակայությունը կարող է հանգեցնել մրցակցության սահմանափակմանը, արգելմանը:

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 օգնություն վճարելու սակագնի հաստատմանը: □Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին □ ՌԴ օրենքի 30-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական օգնության սակագները սահմանվում են 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 հոդվածի¹²⁵ համաձայն ստեղծված բժշկական մասնագիտացված ոչ առևտրային կազմակերպությունների և այդ 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 ֆոնդի, ապահովագրական բժշկական ընկերությունների և բժշկական

¹²⁵ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" //Система ГАРАНТ:

կազմակերպությունների ներկայացուցիչները, բժշկական մասնագիտացված ոչ առևտրային կազմակերպությունների կամ դրանց ասոցիացիաների (միավորումների), բուժաշխատողների մասնագիտացված միավորումների կամ նրանց միությունների (ասոցիացիաների) ներկայացուցիչները, որոնք ՌԴ սուբյեկտի տարածքում գործունեություն են իրականացնում համաչափության սկզբունքով:

ՀՀ-ում բժշկական միությունների առնչությամբ 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 միությունն է համարում թե ֆիզիկական, թե իրավաբանական անձանց: Մինչդեռ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքը միությունն 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 միությունն է, ապա իրավաբանական անձանց միավորում է, եթե ֆիզիկական անձանց միավորում է, ապա այն

մի ու թյ ու ն չ է:

Այ ս առ ու մ ո վ գ տ ն ու մ ե ն ք, որ կ առ ա վ ար ու թյ ա ն Սոցիալ ակ ա ն փ աթ ե թ ի առ ող ջ ու թյ ա ն ապ ա հ ո վ ա գր ու թյ ա ն ծ առ ա յ ու թյ ա ն բ ազ ա յ ի ն փ աթ ե թ ի մ ե ջ մ տ ն ող հ ի մ ն ա կ ա ն բ ժ շ կ ա կ ա ն ծ առ ա յ ու թյ ու ն ն եր ի և դ եղ եր ի կ ող մ ն որ ո շ ի չ գ ն եր ը կ ար գ ա վ որ ող մ ի ջ գ եր ա տ ե ս չ ա կ ա ն հ ա ն ձ ն ա ժ ող ո վ ս տ եղ ծ ել ու , հ ա ն ձ ն ա ժ ող ո վ ի կ ազ մ ը, գ որ ծ ու ն ե ու թյ ա ն կ ար գ ը և բ ազ ա յ ի ն փ աթ ե թ ի շ ը ջ ա ն ա կ ն եր ու մ բ ժ շ կ ա կ ա ն ծ առ ա յ ու թյ ու ն ն եր ի մ ա տ ու ց մ ա ն մ ա ս ի ն պ ա յ մ ա ն ա գր ի օր ի ն ա կ ել ի ձ և ը հ ա ս տ ա տ ել ու մ ա ս ի ն N 1692-Ն որ ո շ մ ա մ բ ս տ եղ ծ վ ած մ ի ջ գ եր ա տ ե ս չ ա կ ա ն հ ա ն ձ ն ա ժ ող ո վ ի կ ազ մ ու մ հ ա ս ա ր ա կ ա կ ա ն կ ազ մ ա կ եր ա ու թյ ա ն ը ն դ գր կ ել ը չ ի բ խ ու մ օր ե ն ք ի պ ա հ ա ն ջ ի ց, ք ա ն ի որ ա յ դ ա փ ս ի իր ա վ ու ն ք ո վ օր ե ն ք ո վ օ ժ տ վ ած ե ն մ ի ու թյ ու ն ն եր ը, որ ո ն ք էլ, ի թ ի վ ս ա յ լ ո ց, իր ա վ ու ն ք ու ն ե ն մ ա ս ն ա կ ց ել ու ապ ա հ ո վ ա գր ա կ ա ն ծր ա գր եր ի մ շ ա կ մ ա ն ը, իր ե ն ց իր ա վ ու ն ք ն եր ի պ ա շ տ պ ա ն ու թյ ա ն ը:

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 հակասությունները լուծելու համար գտնում ենք, որ նախապահարմար է քաղաքացիական օրենսգրքում մի ու թյ ու ն ն եր ու մ ն ա ֆ ա ա տ ե ս ել ն ա ն ֆ իզ ի կ ա կ ա ն ան ձ ա ն ց ը ն դ գր կ մ ա ն հ ն ա ր ա վ որ ու թյ ու ն ը, ի ս կ Բ ն ա կ չ ու թյ ա ն բ ժ շ կ ա կ ա ն օ գ ն ու թյ ա ն և ս ա ք ա ար կ մ ա ն մ ա ս ի ն օր ե ն ք ի 18-ր դ հ ող վ ած ի 4-ր դ մ ա ս ի ա կ ե տ ղ վ եր ա շ ա ր ադր ել ո վ հ ե տ ն յ ա կ կ եր ա

Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները Չայաստանի Չանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրավունք ու ն են՝

ա) միալորվել մասնագիտական մի ու թյ ու ն ն եր ու մ ու մ ի ա վ որ ու մ ն եր ու մ և դրանց մի ջ ո ց ո վ մ ա ս ն ա կ ց ել առ ող ջ ա պ ա հ ա կ ա ն ա ֆ տ ա կ ա ն ն ա ք ա ս ա կ ա յ ի ն և ապ ա հ ո վ ա գր ա կ ա ն ծր ա գր եր ի մ շ ա կ մ ա ն ը, բ ժ շ կ ա կ ա ն գ որ ծ ու ն ե ու թյ ա ն լ ի ց ե ն գ ա վ որ մ ա ն ը, իր ե ն ց իր ա վ ու ն ք ն եր ի պ ա շ տ պ ա ն ու թյ ա ն ը և մ ի ու թյ ա ն կ ա ն ո ն ա դր ու թյ ա մ բ ն ա ֆ ա ա տ ե ս վ ած ա յ լ ի ն դ իր ն եր ի իր ա կ ա ն ա ց մ ա ն ը :

Որ ո շ եր կ ր ն եր ու մ ՊԲԱ պ ա յ մ ա ն ա գր ա յ ի ն

հարաբերություններին մասնակցում է նաև միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը բնորոշ սուբյեկտը՝ ապահովագրական ֆոնդը (հիմնադրամը), որը տարբեր երկրներում տարբեր կերպ է անվանվում:

ՌԴ-ում, օրինակ, այդ հիմնադրամն անվանում են «Դաշնային ֆոնդ», որն իր հերթին կազմված է տարածքային ֆոնդերից: «Դաշնային ֆոնդի» հիմնական գործառույթը, եթե ընդհանուր գծերով ներկայացնենք, ՌԴ-ում ՊԲԱ համակարգին գործունե աջակցություն տրամադրելն է: Մասնավորապես, «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքի 33-րդ հոդվածի համաձայն՝ դաշնային ֆոնդը հավաքագրում է պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցները և ղեկավարում է դրանք, կազմում է ապահովագրված անձանց, ապահովագրական բժշկական կազմակերպությունների, բժշկական հաստատությունների, այս ոլորտի փորձագետների ռեեստր, իր իրավասությունների շրջանակում ստուգում է ապահովագրության մասնակիցների և սուբյեկտների տրամադրած տեղեկության հավաստիությունը և օրենսդրությանը համապատասխան լինելը, իրականացնում է միջազգային համագործակցություն և պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում, հսկողություն է սահմանում ապահովագրության մասնակիցների և սուբյեկտների կողմից օրենսդրության պահանջները կատարելու նկատմամբ, իրականացնում է գիտատեղեկատվական աշխատանքներ պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտի վերաբերյալ, ապահովագրական կազմակերպությունների և բժշկական հաստատությունների համար կազմակերպում է մասնագիտական դասընթացներ և այլն: Նմանատիպ գործառույթներով արդեն տեղական մակարդակով օժտված են տարածքային ֆոնդերը¹²⁶:

Ինչպես իրավաբաններն նկատել է Ն.Ս.Կովալևսկայան, ֆոնդի գոյությունը կարևոր է, քանի որ ապահովագրության քաղաքացիաիրավական պայմանագրերի հիման վրա ապահովագրավճարների փոխանցումը ապահովագրական կազմակերպություններին, առանց նման մարմնի հսկողության

¹²⁶ Տե՛ս **Герасименко Л. В.** Некоторые вопросы правового статуса страховщика по медицинскому страхованию. //Общество и право. -2008. - № 3, էջ 103 – 107:

կնպաստի, որ երիտասարդ, առողջ և բարձր վարձատրվող քաղաքացիների ապահովագրած ապահովագրական կազմակերպությունները մյուս ապահովագրական կազմակերպությունների նկատմամբ ձեռք կբերեն առավել ութ ուն: Դա կհանգեցնի կազմակերպություններից մեկի համար անհիմն ծախսերի և հետևաբար վնասների, իսկ մյուսի համար՝ անհիմն խնայած միջոցների: Այնինչ պարտադիր բժշկական ապահովագրության այդ ֆոնդերի առկայությունը թույլ է տալիս խուսափել նման իրավիճակից¹²⁷:

Գտնում ենք, որ նմանատիպ մարմնի առկայությունը ՀՀ ՊԲԱ համակարգում անհրաժեշտություն է, որը նախ պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների գործունեության նկատմամբ կիրականացնի հսկողություն, ինչպես նաև նրանց վերաբերյալ միասնական ռեեստր կվարի՝ ապահովելով ամբողջական տեղեկատվություն, ինչպես նաև կնպաստի ոլորտի զարգացմանը:

Այսպիսով, ամփոփելով սույն պարագրաֆը, կարելի է կատարել հետևյալ առաջարկները՝

- 1. ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման և համապատասխան օրենսդրության ընդունման դեպքում ՊԲԱ համակարգում ապահովագրված անձինք պետք է համարվեն՝ աշխատանքային պայմանագրով աշխատողները, անհատ ձեռնարկատերերը և նրանց գործազուրկ ամուսինները, անչափսհաս երեխաները, սոցիալական ապահովության ծառայություններում որպես գործազուրկ հաշվառված անձինք, թոշակառուները, բարձրագույն ուսումնական և միջնակարգ մասնագիտական հաստատություններում առկա համակարգով սովորողները, փախսականները: Ընդ որում, ինչպես պետությունների մեծ մասում, այնպես էլ ՀՀ-ում անձի քաղաքացիությունը որևէ էական նշանակություն չպետք է ունենա պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ընդգրկվելու համար. հիմնական պայման պետք է լինի ՀՀ-ում նրանց**

¹²⁷ Տե՛ս և 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:

մշտական բնակության հանգամանքը:

- 2. ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում բժշկական պարտադիր ապահովագրության սուբյեկտների կազմում ընդգրկել նաև ապահովագրական կազմակերպություններին:**
- 3. Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում «բուժօգնություն» և այլ եզրույթների փոխարեն օգտագործել «բժշկական ծառայություններ մատուցող» բառակապակցությունը, որի տակ հասկացվում է օրենքով սահմանված կարգով լիցենզավորված և հավատարմագրված կազմակերպիչական ցանկացած ձևի իրավաբանական անձ, ինչպես նաև մասնավոր բժշկական գործունեությամբ զբաղվող ֆիզիկական անձ, որն ունի լիցենզիա և սերտիֆիկատ կամ բժշկական կրթությունը վկայող դիպլոմ ունեցող բուժաշխատող, որը բուժօգնություն է իրականացնում աշխատանքային հարաբերությունների հիման վրա:**
- 4. Գտնում ենք, որ նպատակահարմար է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում նախատեսել նաև ֆիզիկական անձանց ընդգրկման հնարավորությունը միություններում:**

2.3 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների իրավունքները և պարտականությունները

Ի տարբերություն ապահովագրության մյուս տեսակների՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասնակիցների կազմում կենտրոնական դերակատարում ունի ապահովագրված անձը: Պայմանավորված պարտադիր բժշկական ապահովագրության սոցիալական բնույթով՝ սույն իրավահարաբերություններում, որպես կանոն, առավել լայն իրավունքներով օժտված է լինում նա, և դա պատահական չէ, քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը՝ որպես պարտադիր սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ, կոչված է ապահովագրական դեպքի ի հայտ գալու դեպքում ապահովագրված անձին ապահովագրական

ծրագրի շրջանակներում ապահովելու անվճար բուժօգնությամբ, այսինքն՝ ողջ պարտադիր բժշկական ապահովագրության բնույթը ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում ապահովագրված անձին անվճար բուժօգնություն տրամադրելն է, ինչն էլ, բնականաբար, սույն իրավահարաբերություններում առաջացնելու է այն իրավիճակը, երբ ապահովագրված անձը առավել շատ օժտված է լինելու իրավունքներով, քան պարտականություններով: Ցանկանում ենք փաստել, որ ապահովագրության ոչ մի այլ տեսակում ապահովագրված անձը այդքան շահավետ իրավիճակում չի գտնվում, ինչպես պարտադիր բժշկական ապահովագրության պարագայում¹²⁸:

Ապահովագրված անձի կարգավիճակով պայմանավորված՝ ապահովագրված անձի հիմնական իրավունքը անվճար բուժօգնություն ստանալն է: Այսինքն՝ ապահովագրված անձը ապահովագրական դեպք առաջանալիս իրավունք ունի պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրի շրջանակներում ստանալու անվճար բուժօգնություն¹²⁹:

Ընդ որում, ցանկանում ենք փաստել, որ ապահովագրված անձը անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունք ունի ոչ թե անորոշ ծավալով, այլ պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրի շրջանակներում, որով որոշվում են տրամադրվող բուժօգնության սահմանները:

Այդ ծրագրերը հաստատվում են պետության գործադիր մարմնի կողմից և սահմանում են տրամադրվելիք բուժօգնության տեսակները, ապահովագրական դեպքերի ցանկը, բուժօգնության համար վճարվելիք սակագները, ապահովագրված անձին տրամադրված բուժօգնության համար վճարումներ կատարելու կարգը, ինչպես նաև բուժօգնության հասանելիության և որակի չափանիշներն ու տրամադրվող բուժօգնության նկատմամբ ներկայացվող հիմնական պահանջները¹³⁰:

¹²⁸ Տե՛ս **Герасименко, Л. В.** Некоторые вопросы правового статуса страховщика по медицинскому страхованию //Общество и право. -2008. - № 3. –Էջ 103 – 107:

¹²⁹ Տե՛ս **Богданов, И. И.** Цели правового регулирования медицинского страхования //Социальное и пенсионное право. -2009. - № 1. - Էջ 36 – 38:

¹³⁰ Տե՛ս **Номоконова З. П.** Государственный механизм регулирования обязательного медицинского страхования в России (на примере территориального фонда ОМС в Забайкальском крае) // Государственная власть и местное самоуправление. - М.: Юрист, 2010, № 8. – Էջ 30-34:

Առավել ընդունված է, որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրի շրջանակներում տրամադրվում է առաջնային բուժ-սանիտարական օգնություն, որը ներառում է կանխարգելող (պրոֆիլակտիկ) օգնություն, շտապ բուժօգնություն, ինչպես նաև մասնագիտացված բուժօգնություն:

Ընդ որում պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրի շրջանակներում առաջնային բուժ-սանիտարական օգնություն և շտապ բուժօգնություն միշտ նախատեսվում են, սակայն ինչ վերաբերում է մասնագիտացված բուժօգնություն տրամադրելուն, ապայն երբեմն նախատեսված չի լինում պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնական ծրագրում կամ նախատեսված է լինում ոչ ծավալուն՝ չներառելով մեծ թվով հիվանդություններ:

Մեր կարծիքով, ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման դեպքում հիմնական ծրագրի շրջանակներում, բացի առաջնային բուժ-սանիտարական օգնությունից և շտապ բուժօգնությունից, պետք է բավականին շատ հիվանդությունների համար նախատեսվի նաև մասնագիտացված բուժօգնություն տրամադրելու հնարավորությունը՝ իհարկե, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ որոշ ծառայություններ, մասնագիտական բուժօգնության համար սահմանված բարձր գներով պայմանավորված, օբյեկտիվորեն չեն կարող ներառվել մասնագիտացված բուժօգնության ցանկի մեջ կամ լավագույն դեպքում կարող են մասնակի փոխհատուցվել:

Ապահովագրված անձի հաջորդ իրավունքը բժշկական ապահովագրական ընկերություն ընտրելու կամ փոխելու իրավունքն է, որն անմիջականորեն կապված է ապահովագրված անձի անվճար բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքի հետ, քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության վկայական (պոլիս) ստանալու համար անհրաժեշտ է դիմել բժշկական ապահովագրական ընկերությանը: Ընդ որում որպես կանոն պետությունը անձին հնարավորություն է տալիս ինքնուրույն ընտրելու բժշկական ապահովագրական ընկերությունը, սակայն վերապահությամբ, որ այն պետք է ընդգրկված լինի ապահովագրական բժշկական

ընկերությունների ռեեստրում¹³¹:

Անձի վերոգրյալ իրավունքի իրականացման համար անհրաժեշտ է, որ պետության տարածքում գործող բժշկական ապահովագրական ընկերությունների վերաբերյալ տեղեկությունը պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի պաշտոնական կայքէջի և տեղեկատվական այլ միջոցներով հասուլիսի բուկորին¹³²:

Բժշկական ապահովագրական ընկերության ընտրությունը անձը կատարում է համապատասխան բժշկական ապահովագրական ընկերություն դիմելու միջոցով՝ ներկայացնելով համապատասխան հայտարարություն: Ավելիս, անձը կարող է հայտարարություն ուղարկել բժշկական ապահովագրական ընկերությանը նաև համացանցի միջոցով¹³³:

Ապահովագրված անձը ոչ միայն իրավունք ունի ազատորեն ընտրելու բժշկական ապահովագրական ընկերությունը, այլև փոխելու այն, սակայն անձի այս իրավունքը սահմանափակ է, քանի որ նրան մեկ այլ ընկերության ցուցակում ներառելու, նրա տվյալները պետական համապատասխան մարմին կամ հիմնադրամ ներկայացնելու համար ծագում են դժվարություններ: Այդ պատճառով տարբեր երկրների օրենսդիրները սահմանել են ժամանակային որոշակի սահմանափակումներ. օրինակ ՌԴ Գարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի համաձայն՝ անձը մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում կարող է փոփոխել իր բժշկական ապահովագրական ընկերությունը միայն մեկ անգամ, այն էլ մինչև տվյալ տարվա նոյեմբերի 1-ը: Սակայն սույն օրենքը վերոգրյալ պահանջից թույլ է տալիս որոշ բացառություններ. հարգելի պատճառների առկայության դեպքում հնարավորություն է տալիս առավել հաճախ փոխելու բժշկական ապահովագրական ընկերությունը:

Ապահովագրված անձի մյուս իրավունքը բժշկական

¹³¹ Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т. А. Масловой" (Էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html> (դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

¹³² Տե՛ս նույն տեղում:

¹³³ Տե՛ս **Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В.** Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (под ред. Л. В. Воробьевой). - Система ГАРАНТ, 2011 г. (Էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://base.garant.ru/58106030/#ixzz30kQmrFWA>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.08.2013թ.):

կազմակերպության և բժշկի ընտրության իրավունքն է, որը նշանակում է, որ անձը իրավունք ունի ազատորեն ընտրելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության ռեեստրում հաշվառված ցանկացած բժշկական կազմակերպություն, իսկ վերջինս իրավունք չունի անձի կողմից ապահովագրական վկայականը՝ պլիսը, ներկայացնելու դեպքում մերժելու բուժօգնության տրամադրումը: Ընդ որում, որպես կանոն բժշկական կազմակերպության կողմից անձի այս իրավունքը խախտելու դեպքում նախատեսվում է պատասխանատվություն վարչական տուգանք նշանակելու ձևով¹³⁴:

Վերոգրյալ իրավունքից բխում է ապահովագրված անձի մյուս՝ համապատասխան պետական մարմնից կամ հիմնադրամից, բժշկական կազմակերպությունից և բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունից տրամադրվող բուժօգնության պայմանների, տեսակների և որակի վերաբերյալ հավաստի տեղեկություն ստանալու իրավունքը: Վերջինս իրականացվում է բժշկական կազմակերպության և բժշկական ապահովագրական կազմակերպության կողմից իր պաշտոնական կայքէջում, ինչպես նաև զանգվածային լրատվության այլ միջոցներով համապատասխան տեղեկության զետեղելու միջոցով¹³⁵:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում ապահովագրված անձի համար էական է իր անձնական տվյալների պաշտպանության իրավունքը: Բժշկական ապահովագրական կազմակերպության ընտրության, ինչպես նաև ՊԲԱ շրջանակներում վկայականը՝ պլիսը, լրացնելիս անձը ապահովագրական կազմակերպությանն է տրամադրում իր անձնական տվյալները և դրանց մշակման, օգտագործման, հավաքման և պահպանման ընթացքում ապահովագրական կազմակերպությունները, ինչպես նաև համապատասխան պետական մարմինները կամ հիմնադրամները պետք է ամեն ինչ անեն այդ տեղեկության պահպանության, ինչպես նաև դրա

¹³⁴ Տե՛ս **Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В.** Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (под ред. Л. В. Воробьевой). - Система ГАРАНТ, 2011 г. (Էլ էկտրոնայ ին աղբյուր՝ <http://base.garant.ru/58106030/#ixzz30kQmrFWA> (դիտելու ամսաթիվ՝ 04.08.2013թ.):

¹³⁵ Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т. А. Масловой". (Էլ էկտրոնայ ին աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.)

ապրիլի հրապարակումը կանխելու և ձեռքբերելու ուղղությամբ: Այդ պարտականությունը պատշաճ չկատարելու դեպքում հիշյալ կառույցները կարող են ենթարկվել վարչական, քրեական և քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության¹³⁶:

Սույն իրավունքները արդեն տեղ են գտել ՀՀ-ի ապահովագրական կազմակերպությունների կազմած տիպային պայմանագրերում:

Ապահովագրված անձը, բացի վերոգրյալ իրավունքներից, որպես ապահովագրական հարաբերությունների սուբյեկտ, ունի նաև մի շարք պարտականություններ:

Այսպես, ապահովագրական անձը պարտավոր է բուժօգնության համար դիմելու դեպքում ներկայացնելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության իր վկայականը՝ պրոխսը: Այն փաստաթուղթ է, որը հաստատում է անձի պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում ապահովագրված լինելու հանգամանքը և անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունքի առկայությունը: Այն հնարավորություն է տալիս անհատականացնելու ապահովագրված անձին, ինչպես նաև պարզելու, թե որ բժշկական ապահովագրական ընկերությունում է ապահովագրված, որպեսզի հետագայում նրանից պահանջի մատուցված բուժօգնության համար նախատեսված վճարը¹³⁷:

Այս պահանջից բացառություն է նախատեսված արտահերթ՝ առանց որևէ փաստաթուղթի բուժօգնություն տրամադրելու դեպքում: Հետագայում, ի հարկե, բուժօգնությունը ստանալուց հետո, անձը պարտավոր է ներկայացնելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության իր վկայականը՝ պրոխսը:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների կազմում յուրօրինակ իրավունքներով և պարտականություններով է օժտված ապահովադիրը: Մասնավորապես, եթե ապահովագրված անձը չունի բժշկական ապահովագրական կազմակերպություն ընտրելու և փոխելու իրավունք, ապա այդպիսի իրավունքով օժտված է լինում ապահովադիրը: Այդ դեպքում ապահովադիրը իրավունք է ունենում

¹³⁶ Տե՛ս **Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В.** Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". (под ред. Л.В. Воробьевой). - Система ГАРАНТ, 2011 г. (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://base.garant.ru/58106030/#ixzz30kQmrFWA>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.08.2013թ.):

¹³⁷ Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т. А. Масловой" (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

անձամբ ընտրելու բժշկական ապահովագրական կազմակերպությանը և իրականացնելու հսկողությանը և ապահովագրական պայմանագրից բխող պարտավորությանն ենք չպատշաճ կատարելու նկատմամբ, իսկ նրա պարտականությանն ենք մեջ են մտնում ապահովագրված արևերի վճարումը, պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի կնքելը, ապահովագրական վկայական ստանալն ու ապահովագրված անձին հանձնելը: Սակայն այն դեպքում, երբ ապահովագրված անձը օժտված է լինում բժշկական ապահովագրական կազմակերպությանը և փոխելու իրավունքով, ապահովագրի իրավունքները այս ոլորտում նվազում են՝ սահմանափակվելով միայն ֆինանսավորմամբ:

Ապահովագրի հիմնական պարտականությանն է ժամանակին և ամբողջությամբ վճարել պարտադիր բժշկական ապահովագրության համար նախատեսված ապահովագրական վճարները, որոնք չկատարելը կամ ժամկետի խախտմամբ կատարելը առաջացնում է պատասխանատվության ապահովագրի համար, և պետական մարմինները կարող են ապահովագրական վճարների գանձելու պահանջով դիմել դատարան¹³⁸:

Ապահովագրի վերոգրյալ պարտականությանից բխում է մեկ այլ ածանցյալ պարտականության ևս. ապահովագրի պարտավոր է ապահովագրական հիմնադրամներ, սոցիալական ապահովության ոլորտի պետական մարմիններ ներկայացնել հաշվետվությանը ապահովագրական վճարների վերաբերյալ, որոնց ժամկետը սահմանվում է տվյալ պետության օրենսդրությամբ:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրական իրավադատություններում առանձնահատուկ կարգալիճակով է օժտված բժշկական ապահովագրական կազմակերպությանը: Ի տարբերություն պարտադիր բժշկական ապահովագրության մյուս սուբյեկտների՝ բժշկական ապահովագրական կազմակերպության իրավունքներն ու պարտականությանները պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում հաճախ հստակ ձևակերպված չեն

¹³⁸ Ст' у Комментарий к Закону Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (постатейный) (Габова А. А., Козлова Н. Е.) ("Юстицинформ", 2007), (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://www.lawmix.ru/commlaw/812>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

լի նու մ և կարգավորվում են կողմերի միջև կնքվող պայմանագրերով, ինչը այնպիսի տպավորություն է ստեղծում, որ բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունները օժտված են լիակատար ազատությամբ՝ որոշելու իրենց իրավական կարգավիճակը բժշկական կազմակերպությունների և հիմնադրամների հետ պայմանագրեր կնքելիս, սակայն վերոգրյալ տեսակետը այդքան էլ չի արտացոլում այս ոլորտում առկա իրական վիճակը¹³⁹:

ՊԲԱ ոլորտում բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունների իրավական կարգավիճակը որոշվում է երկու՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆինանսական ապահովության և պարտադիր բժշկական ապահովագրության շրջանակներում տրամադրված բուժօգնության և այդ բուժօգնության վճարման մասին պայմանագրերով¹⁴⁰:

Ընդ որում բժշկական ապահովագրական կազմակերպության հենց առաջին պարտականությունն ըստ այդ պայմանագրերի կնքումն է:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆինանսական ապահովության մասին պայմանագրի հիման վրա ապահովագրական կազմակերպությունը պարտավորվում է վճարել ՊԲԱ ծրագրի պայմաններին համապատասխան ապահովագրված անձին տրամադրված բուժօգնության համար կազմակերպության նպատակային միջոցների հաշվին:

Այս պարտականությունն իր հերթին առաջացնում է մի քանի այլ աճանցյալ պարտականություններ ապահովագրական կազմակերպության համար: Մասնավորապես վերջինս պարտավոր է բժշկական կազմակերպությանից ստանալու տեղեկություններ տրամադրված բուժօգնության՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմաններին համապատասխան լինելու մասին, օրինակ՝ բուժօգնության տեսակի, պայմանների վերաբերյալ:

Ապահովագրական կազմակերպությունը պարտավոր է իրականացնել նաև հսկողություն բժշկական կազմակերպության կողմից տրամադրվող բուժօգնության ծավալների, որակի,

¹³⁹ Տե՛ս **Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В.** Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (под ред. Л. В. Воробьевой). -Система ГАРАНТ, 2011 г. (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://base.garant.ru/58106030/#ixzz30kQmrFWA>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.08.2013թ):

¹⁴⁰ Տե՛ս նույն տեղում:

Ժամկետներին վերաբերյալ :

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆինանսական ապահովության մասին պայմանագրի հիման վրա ապահովագրական կազմակերպությունը պարտավոր է ձևակերպել, վերաձևակերպել և ապահովագրված անձին կամ ապահովադրին հանձնել պարտադիր բժշկական ապահովագրության վկայական՝ պոլիս, ինչպես նաև այդ պայմանագրի հիման վրա ստացած միջոցները օգտագործել նպատակային¹⁴¹:

Ապահովագրական կազմակերպությունը օժտված է նաև միջառք իրավունքներով: Մասնավորապես նա իրավունք ունի մասնակցելու տրամադրվող բուժօգնության վճարների սակագների համաձայնեցման և մյուս էական պայմանների քննարկման ու համաձայնեցման գործընթացներին:

Բացի այդ, ապահովագրական կազմակերպությունը իրավունք ունի նաև բժշկական կազմակերպությունից պահանջելու տույժ՝ բուժօգնություն չտրամադրելու կամ անորակ բուժօգնություն տրամադրելու համար:

Այսպիսով, թեև բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունների իրավական կարգավիճակը սահմանվում է պայմանագրերի միջոցով, սակայն հիմնական պայմանները՝ իրավունքներն ու պարտականությունները, այնուամենայնիվ, նախատեսված են լինում օրենսդրությամբ, ինչը, սակայն, չի բացառում, որ կողմերի փոխադարձ համաձայնությամբ պայմանագրում նախատեսվեն նաև լրացուցիչ այլ իրավունքներ ու պարտականություններ:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների շարքում բժշկական կազմակերպությունը և ունի լուրջ և առանձնահատուկ իրավական կարգավիճակ:

Բժշկական կազմակերպության առաջնային իրավունքը մատուցած բուժօգնության համար վճարում ստանալու իրավունքն է, որն ունի երկու սահմանափակում: Առաջին սահմանափակմամբ բժշկական

¹⁴¹ Տե՛ս "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т.А. Масловой" (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://www.rg.ru/2011/12/20/medstrahovka.html>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

կազմակերպությունը իրավունք ունի ստանալ ու վճարում միայն այն բուժօգնության համար, որը տրամադրել է ՊԲԱ ծրագրի շրջանակներում՝ այդ ծրագրին համապատասխան. այսինքն՝ իրավունք չունի հատուցում պահանջել ու այդ ծրագրի շրջանակներից դուրս մատուցած բուժօգնության համար¹⁴²:

Երկրորդ սահմանափակումն այն է, որ բժշկական կազմակերպությունը իրավունք ունի հատուցում պահանջել ու մատուցած բուժօգնության համար միայն ՊԲԱ ծրագրի շրջանակներում նախատեսված սակագների շրջանակում, այսինքն՝ վճարվելիք գումարը չի կարող գերազանցել սահմանված սակագինը¹⁴³:

Բժշկական կազմակերպություններն իրավունքների հետմեկտեղ ունի նաև որոշ պարտականություններ:

Նրա հիմնական պարտականությունը ապահովագրված անձին պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում անվճար բուժօգնություն տրամադրելն է, սակայն դասերտորեն կապված է ապահովագրված անձի կողմից ապահովագրական վկայական տրամադրելու պարտականության հետ: Այս պայմանից նախատեսվում է բացառություն այն դեպքերի համար, երբ անձին պետք է տրամադրվի շտապ արտահերթ բուժօգնություն¹⁴⁴:

Բժշկական կազմակերպության այս պարտականության հետ կապված ծագում է մեկ այլ հետաքրքիր հարցադրում. արդյո՞ք ապահովագրական վկայականի բացակայությունը աներկբա հիմք է անձին բուժօգնություն տրամադրելուց հրաժարվելու համար: Չափի առնելով վերոգրյալ բացառությունը՝ կարող ենք փաստել, որ ո՛չ: Բժշկական կազմակերպության աշխատողները պարտավոր են ընդունել և հետազոտել ապահովագրված անձին՝ բուժօգնության տրամադրման հրատապությունը պարզելու համար, և եթե գտնեն, որ բուժօգնության տրամադրումը հրատապ է, պարտավոր են

¹⁴² Տե՛ս Медицинская организация как субъект обязательного социального страхования, **Соколова Н.А.** (Էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=CJI;n=50372>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

¹⁴³ Տե՛ս նույն տեղում:

¹⁴⁴ Տե՛ս Медицинская организация как субъект обязательного социального страхования, **Соколова Н.А.**, (Էլ. աղբյուր՝ <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=CJI;n=50372>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

բուժօգնությունն ցուցաբերել անկախ ապահովագրական վկայական ունենալու հանգամանքից, իսկ արտահերթ ու հրատապ չլինելու դեպքում նոր միայն իրավունք ունեն մերժելու բուժօգնության տրամադրումը:

Բժշկական կազմակերպությունը պարտավոր է կազմել նաև անհատականացված հաշվետվություն տրամադրված բուժօգնության վերաբերյալ, որը ներկայացվում է ապահովագրական կազմակերպություններին, պետական մարմիններին, ապահովագրական հիմնադրամներին: Այդ հաշվետվությունը հիմնականում անհրաժեշտ է հետագայում տրամադրված բուժօգնության ծավալների, ժամկետի, որակի և պայմանների նկատմամբ հսկողություն իրականացնելու համար¹⁴⁵:

Բժշկական կազմակերպությունը պարտավոր է իր աշխատանքային ռեժիմի, մատուցվող ծառայությունների տեսակների վերաբերյալ տեղեկատվությունը հրապարակել զանգվածային լրատվության միջոցներով, ինչպես նաև դա տրամադրել ապահովագրական կազմակերպություններին և հիմնադրամներին:

Նմանատիպ պարտականությունն, ինչպես նկատեցինք, սահմանվում է նաև ապահովագրական կազմակերպություններին համար, որպեսզի ապահովագրված անձը հնարավորություն ունենա տեղեկացված լինելու վերջիններիս գործունեության վերաբերյալ և կարողանա ազատորեն ընտրելու ապահովագրական կազմակերպությունը և բժշկական կազմակերպությունը:

Ընդ որում այդ տեղեկատվությունը կարող է ներկայացվել ցանկացած եղանակով. հիմնական պահանջը այն է, որ ապահովագրված անձին հասանելի լինի այդ տեղեկատվությունը:

Բժշկական կազմակերպության իրավունքները ու պարտականությունները, պայմանավորված իր գործունեության առանձնահատկությամբ, օրենսդրությամբ հստակ չեն նախատեսվում և նրան հնարավորություն է տրվում առանձին նորմատիվ-իրավական ակտերով, պայմանագրերով նախատեսել լրացուցիչ այլ

¹⁴⁵ Տե՛ս **Воробьева Л. В., Савина Л. В., Шашкова О. В.** Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (под ред. Л.В. Воробьевой). - Система ГАРАНТ, 2011 г. (էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://base.garant.ru/58106030/#ixzz30kQmrFWA>, դիտելու ամսաթիվ՝ 04.08.2013թ):

իրավունքներ ու պարտականություններ:

Գրականության մեջ տեսակետ է արտահայտվել, որ բժշկական կազմակերպության պարտականություններից է նաև բժշկական ապահովագրության պայմանագիր կնքելը ցանկացած ապահովագրողի հետ, որը համապատասխանում է ապահովագրության գործող պայմաններին: Բացի այդ, բժշկական ընկերությունների համար բժշկական ապահովագրության պարտադիր բնույթը նրան իրավունք չի վերապահում մերժել ապահովագրողին՝ կնքելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության պայմանագիր¹⁴⁶:

Մեր կարծիքով ևս, բժշկական օգնություն իրականացնողների կողմից ապահովագրվածներին բուժօգնություններ մատուցելու մասին պայմանագրի կնքումից հրաժարումը անիրավաչափ է, քանի որ ինչպես քաղաքացին, այնպես էլ ապահովադիրը իրավունք ունեն ընտրելու այն ապահովագրական կազմակերպությանը, որը պարտավոր է պայմանագիր կնքելու: Իսկ բժշկական օգնություն իրականացնողների կողմից որոշ ապահովագրական ընկերությունների հետ այդպիսի պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելը կսահմանափակի ապահովադիրի ու քաղաքացու իրավունքը և կխախտի պարտադիր բժշկական ապահովագրության միջոցների հաշվին տրամադրվող բժշկական օգնություն ստանալիս քաղաքացիների հավասար հնարավորությունների սկզբունքը:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասնակիցների իրավունքները ու պարտականությունները, ապահովագրական իրավահարաբերություններում նրանց մասնակցության դերով ու նշանակությամբ պայմանավորված, զգալիորեն տարբերվում են միմյանցից, սակայն դրանք փոխկապակցված, փոխպայմանավորված են ու, փոխլրացնելով միմյանց, կազմում են պարտադիր բժշկական ապահովագրության բովանդակությունը:

2.4 Պարտադիր բժշկական ապահովագրության սուբյեկտների պատասխանատվությունը

¹⁴⁶ Տե՛ս **Бутковский Павел Петрович**, Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2005, էջ 183:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը, լինելով պետական սոցիալական ապահովագրության տարատեսակ, քաղաքացիներին ապահովում է անվճար բուժօգնության և դեղորայքային օգնության նվազագույն ծավալով, ինչը սահմանված է անվճար բուժօգնության մատուցման պետական երաշխիքային ծրագրով: Այդ իսկ պատճառով բավականին արդիական և էական է ՊԲԱ ոլորտում պատասխանատվության հիմնահարցը:

Հայտնի է, որ առանց պատասխանատվության որևէ համակարգ չի կարող գործել, իսկ դա նշանակում է, որ կարգավորող նորմերը կունենան սոսկ հռչակագրային բնույթ, այդ իսկ նպատակով յուրաքանչյուր ինստիտուտի բնականոն գործունեության համար անհրաժեշտ է հստակ ձևակերպել սահմանված նորմերի խախտման դեպքում սուբյեկտների պատասխանատվությունը:

ՌԴ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում պատասխանատվություն սահմանող նորմերը ամրագրված են պարտադիր բժշկական ապահովագրության օրենսդրության մեջ, ինչպես նաև վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ օրենսգրքերում: Նմանատիպ մոտեցումը արդարացված է և բխում է պետությունների որդեգրած օրինականության սկզբունքից:

Սույն ենթագլխի շրջանակներում կանդիդատնանք միայն բժշկական ապահովագրության ոլորտում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությանը:

Հարաբերությունների քարդունությունը, բազմասուբյեկտությունը բարդացնում են հաճախորդի սխալ բուժման համար պատասխանատվության հարցի լուծումը: Առաջին հերթին պետք է պարզել նշված հարաբերությունների էությունը, և ըստ այդմ որոշել քաղաքացու առջև քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության էությունը, և հատկապես՝ պատասխանատվությունը պայմանագրային է¹⁴⁷, թե՞ դելիկտային

¹⁴⁷ Իրավագետները պայմանագրային են համարում պայմանագրերից բխող պարտավորությունները չկատարելու կամ ոչ պատշաճ կատարելու համար Քաղ. օր. <<Պատասխանատվությունը պարտավորությունները խախտելու համար>> 26 գլխում նախատեսված կանոններին համապատասխան կիրառվող պատասխանատվությունը: Տես՝ օրինակ **Տ.Բարսեղյան** Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական իրավունք, Եր., 2004, էջ 482: **Տ.Բարսեղյան** Գույքային պատասխանատվության ինստիտուտի էվոլյուցիան և արդիական հիմնահարցերը, Եր., 2006, էջ 74, Гражданское право. Учебник. В 2-х т. Под ред. **Е.А.Суханова**. Т. 1. М., 1993, էջ 173:

(արտապայմանագրային)¹⁴⁸:

Անդրադառնանք այն հարցին, թե ով պետք է պատասխանատվություն կրի ապահովագրված քաղաքացիների առջև բուժօգնության թերությունների համար: Այս հարցը մեծ ուշադրության էր արժանացել ՌԴ-ում¹⁴⁹:

Բանն այն էր, որ ՌԴ Բժշկական ապահովագրության մասին նախկին օրենքով ապահովագրական ընկերության հիմնական պարտականությունն էր ապահովագրված անձանց բժշկական օգնության տրամադրման կազմակերպումը, մասնավորապես՝ ժամանակին և ամբողջական ֆինանսավորումը: Այդ պարտականությունը չկատարելու հետևանքով առաջացած վնասները կարող է կրել ինչպես բժշկական կազմակերպությունը, այնպես էլ ապահովագրված անձը: Յետևաբար, պարտականությունների չկատարումը առաջացնում է պատասխանատվություն: Այդ նույն օրենքով նշվում էր, որ բժշկական ապահովագրական ընկերությունը կրում է նյութական (գույքային) պատասխանատվություն ապահովագրված անձի կամ ապահովադրի առջև բժշկական ապահովագրության պայմանագրի պայմանները չկատարելու համար, այդ թվում՝ կոնկրետ բուժօգնությունում տրամադրվող բժշկական օգնության որակի ոչ պատշաճ հսկողության համար: Նույն 27-րդ հոդվածում նշվում էր տրամադրվող բժշկական ծառայությունների ծավալի և որակի, ապահովագրված անձին բժշկական օգնություն տրամադրելը մերժելու՝ բուժօգնություն պատասխանատվության մասին¹⁵⁰:

Այս կապակցությամբ անհրաժեշտ է համաձայնվել այն տեսակետի հետ, որ անորոշությունն էր առաջանում, թե բժշկական

¹⁴⁸ Արտապայմանագրային է համարվում այն պատասխանատվությունը, որը կիրառվում է միմյանց հետ պարտավորական հարաբերությունների մեջ չգտնվող անձանց կողմից իրավախախտումներ թույլ տալու դեպքում:

¹⁴⁹ St´ u Медицинская организация как субъект обязательного социального страхования, **Соколова Н.А.**, **Еլեկտրոնային աղբյուր՝** <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=CJI;n=50372>, Статья: Некоторые вопросы ответственности в сфере обязательного медицинского страхования Кирилловых А.А. "Социальное и пенсионное право", 2011, N 3 **Козлова Н., Кратенко М.** Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. N 12, էջ 25:

¹⁵⁰ St´ u Медицинская организация как субъект обязательного социального страхования, **Соколова Н. А.**, **Еլեկտրոնային աղբյուր՝** <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=CJI;n=50372>, (դիտելու ամսաթիվ՝ 04.05.2014թ.):

օգնության թերությունների համարով է վերջապես ապահովագրված անձի առջև պատասխանատվություն կրելու¹⁵¹:

Այդ անորոշությունը պայմանավորված էր, փաստորեն, օրենսդրական ձևակերպման անհստակությամբ, որի համաձայն՝ քաղաքացիներն իրավունք ունեն ապահովագրողից, բուժհաստատությունից պահանջել իրենց մեղքով պատճառված վնասի հատուցում՝ անկախ դրա մասին ապահովագրության պայմանագրում նշված լինելուց:

Առավել վիճելի է այն հարցը, թե պատասխանատվություն կրում է, արդյոք, ապահովագրական կազմակերպությունը ոչ որակյալ բուժման հետևանքով ապահովագրված անձի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի համար:

Մենք կհսում ենք այն հեղինակների կարծիքը, որոնք գտնում են, որ ապահովագրողի պարտականությունը կրում է պայմանագրային բնույթ և նա չի կրում դելիկտային պատասխանատվություն: Բացի այդ, ի հաստատումն այդ դիրքորոշման՝ կարելի է նշել, որ ո՛չ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը, ո՛չ ապահովագրության մասին օրենսդրությունը ապահովագրողի վրա երրորդ անձանց գործողությունների համար որևէ բռնազանձում չեն նախատեսում:

Գտնում ենք, ճիշտ է այն տեսակետը, որ ապահովագրված անձը առողջության վնասը հատուցելու հայցերով պետք է դիմի անմիջական վնաս պատճառողին, այսինքն՝ բուժհաստատությանը¹⁵²: Ապահովագրական կազմակերպության գլխավոր պարտականություններից է ապահովագրված անձանց շահերի պաշտպանությունը, այսինքն՝ հենց ապահովագրական կազմակերպությունն է հայց ներկայացնում բժշկական կազմակերպությանը ոչ պատշաճ բուժօգնություն մատուցելու հետևանքով քաղաքացիներին վնաս պատճառելու համար: **Բացի այդ, ինչպես իրավացիորեն նկատում են Ն.Կոզլովան, Մ.Կրաբենկոն, ինչքան էլ անհաջող լինի ապահովագրողի կողմից ԿԲԱ ծրագրերի**

¹⁵¹ Տե՛ս Козлова Н., Кратенко М. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. N 12. Էջ 25:

¹⁵² Տե՛ս նույն տեղում:

իրականացման համար բժշկական հաստատության ընտրությունը և անհետևողական լինի բժշկական օգնության որակի նկատմամբ հսկողությունը, այդ ամենը միայն պայմաններ (նախադրյալներ) են և ոչ թե ապահովագրված անձի առողջությանը հասցված վնասի պատճառ: Ո՛չ օրենսդիրը, ո՛չ էլ ապահովագրության պայմանագիրը չեն կարող սահմանափակել բժշկական կազմակերպության պարտականությունը՝ մատուցել որակյալ բժշկական ծառայություններ:

Ավելին, այս դեպքում ապահովագրական ընկերությանը որպես ապահովագրված անձանց հասցված վնասի հատուցման հայցերով պատասխանող ներգրավելը Ռուսաստանի արակտիկայում չի կիրառվում:

Ապահովագրական ընկերության պատասխանատվության խտացման գաղափարը աջակցություն է գտել նաև գիտնականների շրջանում: Պ.Չ.Իվանիչինը, կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագիրը համարելով խառը պայմանագիր, որը միավորում է անհատական ապահովագրության պայմանագրի, ապահովագրված անձի շահերը ապահովագրողի կողմից ներկայացնելու վերաբերյալ հանձնարարության պայմանագրի և ապահովագրված անձին բժշկական ծառայությունների տրամադրման հատուցելի պայմանագրի տարրեր, թույլատրելի է համարում, ապահովագրողին՝ բժշկական ծառայության թերությունների վերացման հետ կապված, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների թերություններով պայմանավորված ապահովագրված անձի առողջությանը պատճառված վնասի փոխհատուցման հայցեր ներկայացնելը¹⁵³:

Նա առաջարկում է սպառողների իրավունքների պաշտպանության մասին օրենսդրությունը լրացնել աշխատանքների կատարման (ծառայությունների մատուցման) □կազմակերպիչ □ սուբյեկտով, որպիսի դերը տրամադրվում է բժշկական ապահովագրական ընկերությանը: Սակայն եթե ապրանքների իրացման դեպքում արդարացված է դրանց թերությունների (նաև թերությունների հետևանքով պատճառված վնասի) համար ինչպես վաճառողին, այնպես էլ արտադրողին պատասխանատվության

¹⁵³ Ст' у Иванишин П. 3. Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004, էջ 98 – 99:

ենթարկելը, ապա ծառայությունների մատուցման դեպքում իրավիճակն այլ է. ծառայության օպորտադորոզը և դրանորակի իրական վերահսկիչ համարվում է կատարողը՝ անկախ այն հանգամանքից, թե ով է \$ինանսավորում անձնակազմի աշխատանքը, բժշկական սարքավորումների, դեղամիջոցների և այլնի ձեռք բերումը:

Ինչպիսի առանձնահատկությամբ էլ օժտված լինի բժշկական ապահովագրությունը, ապահովագրողի պարտականությունն է վճարել սահմանված գումարը¹⁵⁴:

Պ.Իվանիշինը գտնում է, որ ապահովագրական բժշկական ընկերությունը, վերացնելով բժշկական օգնության թերությունները և ապահովագրված անձին հատուցելով պատճառված վնասը, այդպիսով պատասխանում է ներգրավված երրորդ անձի գործողությունների համար (բժշկական հաստատության)¹⁵⁵: Գտնում ենք՝ ճիշտ է սրան վերաբերող այն կարծիքը, որ ապահովագրողն ի սկզբանե ապահովագրված անձի հանդեպ ունի դրամական պարտավորություն (ինանսավորել ծրագրով մատնանշված բժշկական ծառայությունները), բայց ոչ բժշկական ծառայություններ մատուցելու, որի կատարումը կարող է դրվել երրորդ անձի վրա¹⁵⁶:

Ապահովագրական կազմակերպությանը պատասխանատվության ենթարկելու համար անհրաժեշտ է պարզել ապահովագրողի կողմից ապահովագրության մասին օրենսդրության կամ բժշկական ապահովագրության պայմանագրի խախտման և վնասի պատճառման միջև պատճառահետևանքային կապը: Սակայն նույնիսկ այդ դեպքում ապահովագրողը և բժշկական կազմակերպությունը համապարտ պատասխանատվությունն պետք է կրեն ապահովագրված անձին պատճառված վնասի համար՝ յուրաքանչյուրը անգործության դրսևորման իր մասով:

Այսպիսով, ՊԲԱ մասին օրենսդրության բացակայության պայմաններում այդքան հեշտ չէ լուծել ապահովագրական

¹⁵⁴ Այդ մասին է վկայում ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 996 /1, 5, 6 կետերը/ ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 929-րդ և 934-րդ հոդվածների 1 կետերը:

¹⁵⁵ Տե՛ս **Иванишин П.З.** Նշված աշխ., էջ 62:

¹⁵⁶ Տե՛ս **Козлова Н., Кратенко М.** Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. N 12:

կազմակերպությունների պատասխանատվության խնդիրը: Քանզի այն այդ հարաբերությունները չի կարգավորում, և դրանց պատասխանատվությունը սահմանվում է պայմանագրի պայմաններով: Ցանկալի է՝ օրենքով սահմանել ապահովագրական ընկերությունների պատասխանատվությունը: Պատասխանատվության վերաբերյալ հստակ նորմերը թույլ կտան խուսափել չարաչափումներից, ինչպես նաև կհավասարակշռեն ՊԲԱ պայմանագրի մասնակիցների շահերը:

Ինչ վերաբերում է բժշկական ծառայություն մատուցողին, ապա եթե բժշկական ծառայությունը տրամադրվում է ՊԲԱ պայմանագրի շրջանակներում, ապա վերջինս ենթակվում է դելիկտային պատասխանատվության՝ անորակ բժշկական օգնության հետևանքով ապահովագրված անձի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի համար:

Ապահովագրված անձի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի համար պատասխանատվության հարցը պարզելուց հետո մնում է ճշտել, թե ապահովագրական ընկերությունը արդյոք կարո՞ղ է վնաս պատճառողից բռնագանձել բժշկական օգնության վճարման հետ իր կատարած ծախսերը, թե՞ ոչ:

□Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին□ ՌԴ օրենքի 31-րդ հոդվածի համաձայն՝ ապահովագրված անձի առողջությանը պատճառված վնասի հետևանքով բժշկական ապահովագրական ընկերության կողմից բժշկական օգնության վճարման հետ իրականացված ծախսերը ամբողջ ծավալով բռնագանձվում են վնաս պատճառողի (դելիկտվետի) կողմից:

Այդ նորմն ըստեղծության սահմանում է առողջությանը հասցված վնասի համար քաղաքացիական պատասխանատվության ավելի բարձր չափ, քանի որ վնաս պատճառողը պարտավորվում է հատուցել ոչ միայն լրացուցիչ ծախսերը, այլ ՊԲԱ բազային ծրագրով նախատեսված՝ տուժողի բուժման ամբողջ գումարը:

Ապահովագրական կազմակերպության և հաճախորդի հարաբերությունները կարգավորվում են բժշկական օգնություն ցուցաբերելու և վճարելու մասին ՊԲԱ պայմանագրով, որը կնքվում և գործում է անկախ այն հանգամանքից, թե ինչ պատճառով է

ապահովագրված անձի մոտ առաջ անու մ բժշկական կազմակերպության ծառայությունների անհրաժեշտություն:

Սակայն ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1078-րդ հոդվածի համաձայն՝ տուժողին մերժվում է բուժման համար ծախսերի հատուցումը, որը նա իրավունք ուներ ստանալու անվճար: Եվ քանի որ գոյություն չունեցող իրավունքը չի կարող փոխանցվել ապահովագրական կազմակերպությանը, ապա գտնում ենք, որ ապահովագրական ընկերությունը չի կարող վնաս պատճառողից բռնագանձել բժշկական օգնության վճարման համար կատարած իր ծախսերը:

Սակայն արդյո՞ք իրավունք ունի պետությունը իր քաղաքացիներին երաշխավորելով անվճար բժշկական օգնություն՝ անկախ դրա տրամադրման հիմքերից, պահանջելու կատարված ծախսերի հատուցում, թեև դրանք ուղղված են եղել քաղաքացիական դելիկտի հետևանքների վերացմանը:

Սոցիալական ապահովության բարձր մակարդակ ունեցող եվրոպական երկրների համար ավանդական է այն պատկերացումը, որ դեղորայքային օգնության, բժշկական և սոցիալ-վերականգնողական ծառայությունների անհրաժեշտ նվազագույնը պետք է տուժողին տրամադրվի անվճար, իսկ վնաս պատճառողի դելիկտային պատասխանատվությունը կարող է առաջանալ միայն լրացուցիչ ծախսերի դեպքում, կամ երբ նրա գործողությունների բնույթը (սովորաբար դիտավորյալ) պահանջում է դատարանական նպատակներով անհատական գույքային սանկցիաների կիրառում¹⁵⁷:

Գտնում ենք, որ ապագայում ընդունվելիք օրենքում պետք է բացառվի այնպիսի դրույթի առկայություն, որը թույլ կտա վնաս պատճառողից բռնագանձել ՊԲԱ ծրագրում ներդրված բուժման ամբողջ գումարը կամ այդպիսի հոդված նախատեսելու դեպքում սահմանափակել դրա գործողությունը (օրինակ՝ դիտավորության մերժում կամ պատճառելու դեպքերով):

Այսպիսով, ամփոփելով սույն պարագրաֆը՝ հանգեցինք

¹⁵⁷ Տե՛ս **Корнеева О. В.** Федеральный закон от 19 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации": проблемы соотношения с нормами ГК РФ о возмещении вреда здоровью ("Социальное и пенсионное право", 2011, N 4)//СПС Консультант Плюс:

հետևյալ եզրահանգումների՝

1. Պարտադիր բժշկական ապահովագրության ոլորտում՝ կապված պարտադիր բժշկական ապահովագրության ծրագրի շրջանակներում սրամադրված ոչ պաշտոնական որակի բուժօգնության հետևանքով ապահովագրված անձին պարճառված վնասի համար ցանկացած դեպքում վնասի հատուցման պարտականությունը առաջին հերթին օրենսդրական մակարդակով ախտը է դրվի բժշկական կազմակերպության վրա:
2. Ապագայում ընդունվելիք օրենքում ախտը է բացառվի այնպիսի դրույթի առկայություն, որը թույլ կտա վնաս պարճառողից բռնագանձել ՊԲԱ ծրագրում ներդրված բուժման ամբողջ գումարը, այսինքն վնաս պարճառողի դելիկտային պատասխանատվությունը ախտը է նախատեսել միայն լրացուցիչ ծախսերի դեպքում:

**ԳԼՈՒԽ 3. ԿԱՄԱՎՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ՝ ՈՐՊԵՍ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՐՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱՏԵՍԱԿԻ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՅՍԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

**3.1 Կամավոր բժշկական ապահովագրության էությունը,
իրականացման կարգը**

Բժշկական ապահովագրության երկու ձևերի՝ կամավոր և պարտադիր, բաժանման հիմքում ընկած է ապահովագրության պայմանագիր կնքելու կողմերի պարտադիրության հատկանիշը:

Ապահովագրության երկու ձևերն էլ ունեն իրենց առավելությունները և թերությունները, սակայն պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը ունի մեկ անվիճելի առավելություն. այն ապահովում է դրամական միջոցների մուտքերի պարբերականությունը և հուսալիությունը՝ դրանով իսկ ստեղծելով հնարավորություն պլանավորելու բժշկական օգնությունը՝ ներառյալ կանխարգելիչ միջոցառումները:

Տարբեր երկրներում, պայմանավորված առողջապահական համակարգի ազգային առանձնահատկություններով, նախապատվություն է տրվում այդ ձևերից մեկին: Այսպես, պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը գործում է Գերմանիայում, Ֆրանսիայում, Կանադայում, Բելգիայում և շատ այլ երկրներում, իսկ Իսրայելում և Շվեյցարիայում գերակշռում է կամավոր բժշկական ապահովագրությունը (այսուհետ՝ ԿԲԱ), իսկ պարտադիրը գործում է միայն գինվորականների և ոստիկանների համար¹⁵⁸:

Վերջին ժամանակներս էականորեն մեծացել է հետաքրքրությունը ԿԲԱ նկատմամբ, որովհետև անվճար բուժօգնությունը հաճախ վստահությունն չի վայելում¹⁵⁹ և չի համապատասխանում համաշխարհային ստանդարտներին: Ստացիոնար բուժման դեպքում հաճախորդին տրամադրվում է դեղամիջոցների ցանկ, որոնք նա պետք է ձեռք բերի իր միջոցներով: Որևէ անվճար վիրահատական միջամտությունն բացառվում է: Այդ խնդրի լուծման

¹⁵⁸ Տե՛ս Worldwide Benefit and employment guidelines, Western Europe-Switzerland, Էլեկտրոնային աղբյուր՝ [file:///C:/Users/comp/Downloads/10-WBEGWE_Switzerland%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/comp/Downloads/10-WBEGWE_Switzerland%20(1).pdf), դիտելու ամսաթիվ՝ 26.06.2014:

¹⁵⁹ Տե՛ս **Ширипов Д. В.**, Страхование: учебное пособие, Москва, 2008, էջ 115:

միակ լծակը ԿԲԱ-ն է, որն էականորեն ընդլայնում է բժշկական ծառայությունների ցանկը, և, որ ամենակարևորն է, բարձրացնում է դրանց որակը:

Շուկայական տնտեսությունն ունեցող երկրներում ԿԲԱ-ն ունի երկարատև, անընդհատ զարգացման պատմություն: Օրինակ, Անգլիայում բժշկական ապահովագրության առաջին սաղմերը վերաբերում են VII-րդ դարին, Գերմանիայում, որտեղ տնտեսությունը հետ էր մնում, ԿԲԱ իրականացնող կազմակերպությունները սկսեցին առաջանալ XIX-րդ դարի առաջին կեսին: Չարկ է նշել, որ բոլոր երկրներում բժշկական ապահովագրության կամավոր ձևը ծագել է ավելի վաղ, քան պարտադիրը:

ՅՅ-ում բժշկական ապահովագրությունը՝ որպես ապահովագրության առանձին տեսակ, սկզբնական շրջանում սկսեց զարգանալ օտարերկրյա դեսպանատների և հյուպատոսարանների շնորհիվ, որոնք ելքի թույլտվություն տրամադրելու համար քաղաքացիներից պահանջում էին բժշկական ապահովագրության պայմանագրի առկայություն¹⁶⁰: Արդյունքում աստիճանաբար բժշկական ապահովագրությունը, մասնավորապես ԿԲԱ-ն, օտարերկրյա պետություններ մեկնողների թվաքանակի աճին զուգահեռ, սկսեց կիրառվել ՅՅ-ում՝ նպաստելով ընդհանուր ապահովագրական շուկայի զարգացմանը և իրավական ձևակերպում ստացավ «Ապահովագրության մասին» 1996թ. օրենքի ընդունմամբ և հաջողությամբ շարունակում է զարգանալ: Դա մասնավորապես պայմանավորված է նրանով, որ շատ գործատուներ այսպես կոչված «սոցիալական փաթեթում» ներառում են իրենց աշխատողների ԿԲԱ պայմանագիրը:

ԿԲԱ սոցիալ-տնտեսական նշանակությունն այն է, որ լրացուցիչ երաշխիքներ է տալիս սոցիալական ապահովագրության շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների արդի ստանդարտներին համապատասխան:

¹⁶⁰ Տե՛ս Բժշկական ապահովագրություն, Էլեկտրոնային աղբյուր՝ <https://eminsurance.wordpress.com/tag/պարտադիր-ապահովագրություն/>, դիտելու ամսաթիվ՝ 26.02.2015:

Դա առաջին հերթին վերաբերում է բուժման և ախտորոշման թանկարժեք տեսակներին, առավել ժամանակակից բժշկական տեխնոլոգիաների կիրառմանը, բուժման հարմարավետ պայմանների ապահովմանը, բուժման այնպիսի տեսակների իրականացմանը, որոնք ներառված են ըստ կյանքի ցուցանիշների բժշկական օգնության ոլորտում¹⁶¹:

Այժմ անդրադառնանք այն հարցին, թե ապահովագրության որ տեսակին է պատկանում ԿԲԱ-ն՝ անձնակա՞ն, թե՞ գույքային:

ԿԲԱ-ն ապահովագրական գործունեության ամենահակասական ոլորտներից մեկն է: Մի կողմից այն դասվում է անձնական ապահովագրության շարքին¹⁶², իսկ մյուս կողմից մասնագետները այն համարում են ապահովագրության ռիսկային տեսակ և համեմատում են գույքի ապահովագրության հետ, քանի որ վճարվող ապահովագրական գումարը ծածկում է ապահովադրի/ապահովագրված անձի գույքային ծախսերը¹⁶³: Նույնիսկ արտասահմանյան երկրների պրակտիկայում բժշկական ապահովագրությունը անցումային տեղ է զբաղեցնում կյանքի ապահովագրության և ռիսկային ապահովագրության միջև¹⁶⁴:

Այսպես, Յու. Բ. Ֆոգելսոնը գտնում է, որ նշված ապահովագրության ռիսկային բնույթը, ապահովագրական հատուցման կարգը, ապահովագրական վճարումների գումարների հաշվարկման կանոնները հաստատում են, որ բժշկական ապահովագրության ժամանակ պաշտպանության է ենթակա

¹⁶¹ Ст' у Комментарий к Закону РФ от 28 июня 1991 года N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» /Под ред. **Савиной Л.В.**// СПС КонсультантПлюс. (Комментарий к ст.1):

¹⁶² Ст' у **Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Савельева Е.Н.** Медицинское страхование-М.: Медицина, 1995. –С.21; Гражданское право России. Часть вторая. Обязательственное право: Курс лекций. /Отв. Ред. Садиков О.Н.–М.: Юристъ, 2004. -էջ 649-651; **Иванишин П.З.** Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования, диссертация, Казань, 2004; **Терехов М.В.** Гражданско-правовое регулирование добровольного личного страхования в Российской Федерации: дисс. канд. юр. наук. Москва, 2009 и др.:

¹⁶³ Ст' у **Грищенко Н. Б., Клевно В. А., Мищенко В.В.** Добровольное медицинское страхование: Основы современной практики. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001. - էջ 33; **Машкова С. Ю.** Гражданско-правовые проблемы страхования имущественных интересов участников отношений оказания медицинской помощи. дис. ... канд. юрид. наук. - М., 2005, էջ 48; որոշ հեղինակներ դժվարանում են այն դասել ապահովագրության գույքային կամ անձնական տեսակին, Ст' у Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Т.2/Под ред. проф. **Абовой Т. Е., проф. Кабалкина А. Ю.**-М.: Юрайт, 2003. (Комментарий к ст. 927 ГК РФ.):

¹⁶⁴ Ст' у **Шахова В. В., Ахвелдиани Ю. Т.**, Страхование: учебник, Третье издание, Москва, 2011, էջ 298:

ապահովագրված անձի շահը՝ պայմանավորված ոչ թե վնասով, որ հիվանդությունը պատճառում է անձին, այլ այն, որ հիվանդությունը պահանջում է լրացուցիչ ծախսեր¹⁶⁵:

Ս. Յու. Մաշկովան նշում է, որ կամավոր բժշկական ապահովագրությունը բժշկական սպասարկման ծախսերի ռիսկի ապահովագրությունն է (□բժշկական ապահովագրության մասին□ ՌԴ օրենքի 3-րդ հոդված, ԿԲԱ Տիպային պայմանագրի 1-ին մասի 1-ին կետ, Ապահովագրական գործունեության տեսակների դասակարգման 3-րդ կետ), և անհրաժեշտ է այն դիտարկել գույքային ապահովագրության տեսակ՝ վերջինիս նկատմամբ կիրառելով համապատասխան իրավական ռեժիմ¹⁶⁶:

ԿԲԱ-ն ապահովագրության գույքային տեսակներին դասելու անհրաժեշտության, ինչպես նաև դրա նկատմամբ համապատասխան իրավական ռեժիմ կիրառելու համար հեղինակները երբեմն մատնանշում են գույքային և անձնական ապահովագրության բաժանման չափանիշները, որոնք ներկայացվել են դեռևս Վ.Ի.Սերեբրովսկիի կողմից: Նման բաժանումն արտահայտվում է □ապահովադիրին կամ շահառուին հասցված վնասները փոխհատուցելու ապահովագրողի պարտականության սահմանման մեջ, իսկ այլ դեպքերում՝ անկախ այն բանից վնաս պատճառվե՞լ է, թե՞ ոչ, ապահովագրողի որոշակի գումար վճարելու պարտականության սահմանման մեջ¹⁶⁷: Այստեղից էլ արդեն ապահովագրության դասական բաժանումը գույքայինի (□վնասների ապահովագրություն□) և անձնականի (□գումարի ապահովագրություն□):

Վերոգրյալ տեսակետի հետ, թե կամավոր բժշկական ապահովագրությունը գույքային ապահովագրության տեսակ է, դժվար է համաձայնվել:

Բժշկական ապահովագրության նպատակն է ապահովագրական պատահարի առաջացման դեպքում կուտակված միջոցների և կանխարգելիչ միջոցառումների ֆինանսավորման հաշվին

¹⁶⁵ Տե՛ս **Фогельсон Ю. Б.** Введение в страховое право. –М.: Юрист, 2001, էջ 192:

¹⁶⁶ Տե՛ս **Машкова С. Ю.** Гражданско-правовые проблемы страхования имущественных интересов участников отношений оказания медицинской помощи: дис. ...канд. юрид. наук. - М., 2005, էջ 48:

¹⁶⁷ Տե՛ս **Серебровский В. И.** Избранные труды по наследственному и страховому праву. –М.: Статут, 2003, էջ 313:

քաղաքացիների՝ բժշկական օգնություն ստանալու երաշխիքը: Բացի այդ, ապահովագրական կազմակերպությունը պարտավոր է վերահսկել բժշկական օգնության ծավալի, ժամկետների և որակի համապատասխանությունը պայմանագրի պայմաններին, ինչպես նաև պաշտպանել ապահովագրված անձանց շահերը¹⁶⁸: Այսպիսով, ըստ ԿԲԱ-ի՝ ապահովագրված անձանց գույքային շահերի պաշտպանությունը մասամբ իրականացվում է նրանց բուժման հնարավոր ծախսերից և կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացումից ազատելով և մասամբ բժշկական ապահովագրական իրավահարաբերության արհեստավարժ մասնակցի՝ ապահովագրական կազմակերպության կողմից վերահսկողություն իրականացնելով:

Մեր կարծիքով, մատուցված բժշկական ծառայությունների որակի նկատմամբ վերահսկողությունն անուղղակիորեն ուղղված է ապահովագրված անձանց գույքային շահերի պաշտպանությանը, քանի որ անորակ կամ թերի բուժման դեպքում ապահովագրված անձը ստիպված կլինի կամ բժշկական օգնության համար նորից դիմել միևնույն կամ մեկ այլ բժշկական ծառայություն մատուցողին՝ համապատասխան վերաբերմունք ստանալու հույսով, որը նյութական և րացուցիչ ծախսեր է ենթադրում:

Ամեն դեպքում, ինչպես արդարացիորեն նշում է Ս.Վ.Դեդիկովը, բժշկական ապահովագրության պարագայում պահպանվում է ապահովագրված անձի բարեկեցության աստիճանը, քանի որ բժշկական ծառայության համար ծախսեր կատարելու անհրաժեշտությունը կարող է էականորեն իջեցնել վերջինիս կենսամակարդակը¹⁶⁹: Ընդ որում հեղինակը բարեկեցությունը դասում է «գույքային շահերից» հետո:

Սակայն ասել, թե ԿԲԱ էությունը միայն այն է, որ ապահովագրված անձին հատուցվում են բժշկական օգնություն ստանալու ծախսերը, սխալ է: Իհարկե, քաղաքացիները, բժշկական կազմակերպության հետ մտնելով իրավահարաբերության մեջ, ձգտում են պաշտպանել իրենց բյուջեն հնարավոր ծախսերից կամ

¹⁶⁸ Տե՛ս «Բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենք, ինչպես նաև ՀՀ ապահովագրական կազմակերպությունների առողջության կամավոր ապահովագրության կանոններ:

¹⁶⁹ Տե՛ս **Дедиков С. В.** Договор добровольного медицинского страхования //СПС КонсультантПлюс:

գոնե էական խնայողությունն անել: Բայց այդ դեպքում ինչու՞ ստեղծել նման բարդ մեխանիզմ բժշկական կազմակերպության մասնակցությամբ, երբ ապահովագրողը կարող է պարզապես դրամական ձևով ապահովագրական հատուցում վճարել ապահովագրվածին, որն էլ իրենց հերթին այն կծախսի իր առողջությունը վերականգնելու համար: Մենք կիսում ենք այն հեղինակների կարծիքը, որ այն ապահովագրությունը, որին չի մասնակցում որևէ բժշկական կազմակերպություն, չի կարող համարվել բժշկական¹⁷⁰:

Հաշվի առնելով վերոգրյալը՝ կարելի է ասել, որ ԿԲԱ-ն անձնական ապահովագրության բնորոշ տեսակ է, որն ունի իր առանձնահատկությունները:

Առանձնահատկությամբ են օժտված ապահովագրական կազմակերպությունները. պետք է նշել, որ ռուսական գործող օրենսդրությունը չի սահմանափակում դրանց կազմակերպարավական ձևերի և ընդհանրապես ապահովագրական կազմակերպությունների շրջանակը:

Անդրադառնալով ապահովագրական կազմակերպության սահմանմանը՝ Մ.Ի.Բրագինսկին նշում է, որ ապահովագրական գործունեությունն իր էությամբ գործարարական է, նշանակում է՝ □ապահովագրողներ կարող են լինել հատկապես առևտրային կազմակերպությունները, այսինքն՝ նրանք, որոնց գործունեության հիմնական նպատակը շահույթ ստանալն է □¹⁷¹:

Մենք չենք կարող համաձայնել տվյալ տեսակետի հետ, քանի որ դա հակասում է զարգացած երկրների թե՛ պատմական, թե՛ ժամանակակից փորձին:

Այսպես, XIX-րդ դարի վերջին, XX-րդ դարի սկզբին ԿԲԱ-ն լայնորեն տարածված էր ժամանակի տնտեսապես զարգացած երկրներում: Ընդ որում, ԿԲԱ իրականացնում էին հիմնականում ոչ առևտրային կազմակերպությունները, որոնք որպես կանոն Ռուսաստանում կոչվում էին փոխադարձ ապահովագրություն

¹⁷⁰ Այս տեսակետը պաշտպանում են նաև այլ հեղինակներ, Տե՛ս, օրինակ՝ **Рассолова Т. М.** Страховое право. - М., Закон и право, 2008, էջ 263:

¹⁷¹ Տե՛ս **Брагинский М.И., Витрянский В. В.** Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. - М.: Статут, 2000:

իրականացնող ընկերություններ (общества взаимного страхования):

Առևտրային ապահովագրական կազմակերպություններն ապահովագրության այդ տեսակը սկսեցին կիրառել միայն XX-րդ դարի սկզբին:

Գերմանիայում սկզբնական շրջանում ԿԲԱ անցկացնում էին օժանդակ ազատ դրամարկդերը, հետագայում՝ հիվանդանոցային դրամարկդերը, ԱՄՆ-ում՝ փոխադարձ ապահովագրական և բարեկամական ընկերությունների հետ համատեղ, այսպես կոչված industrial sickness funds՝ թարգմանաբար «հիվանդության դեպքում ապահովագրության արտադրական \$ոնդերը»¹⁷²:

Այսպիսով, ներկայումս արտասահմանյան երկրներում ԿԲԱ ոլորտում համատեղ գործում և մրցակցում են ոչ առևտրային և առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունները:

Կամավոր բժշկական ապահովագրության ինստիտուտի զարգացումը ինչպես ԶԶ-ում, այնպես էլ ՌԴ-ում ընթացավ այլ կերպ, քան արտասահմանյան առանձին երկրներում: ՌԴ-ում և ԶԶ-ում ԿԲԱ սկսեցին իրականացնել առևտրային կազմակերպությունները: Եվ եթե ՌԴ-ում ոչ առևտրային (ի դեմս ռուսական общества взаимного страхования) կազմակերպությունների գործունեությունը կարգավորող օրենսդրությունը ձևավորվում էր ավելի դանդաղ, քան առևտրային կազմակերպությունների գործունեությունը կարգավորող օրենսդրությունը, ապա ԶԶ-ում առայսօր ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից ապահովագրական գործունեություն իրականացնելու հնարավորություն օրենսդրորեն ամրագրված չէ:

«Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին» ԶԶ օրենքի 8-րդ հոդվածով նախատեսված է, որ ապահովագրություն և իրականացնող ընկերությունները և վերաապահովագրական ընկերությունները կարող են ստեղծվել բացառապես որպես բաժնետիրական կամ սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն, այսինքն՝ թե՛ անձնական, թե՛ գույքային ապահովագրություն կարող են իրականացնել միայն առևտրային կազմակերպությունները:

¹⁷² Տե՛ս **Murray John E.** Industrial sickness funds. http://eh.net/encyclopedia/article/murray.Industrial_sickness:

Մեր կարծիքով, առանց ոչ առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունների կողմից անձնական և հատկապես կամավոր բժշկական ապահովագրությունն իրականացնելու՝ հայկական ապահովագրական շուկան չի կարող հասնել այնպիսի ցուցանիշների, որոնք առկա են զարգացած երկրներում:

Այսպիսով, առաջարկում ենք ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում նախատեսել ոչ առևտրային կազմակերպությունների միջոցով բժշկական ապահովագրությունն իրականացնելու հնարավորություն: Թեև ՀՀ-ում ոչ առևտրային ապահովագրական ընկերությունների ստեղծման հետ կապված բավականին բարդ իրադրություն կարող է ստեղծվել, քանի որ ապահովագրական շուկայի զարգացման պատմության մեջ առաջին անգամ ոչ առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունները պետք է գործունեություն ծավալեն այն դեպքում, երբ այնտեղ արդեն գործում են առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունները: Նման պայմաններում ոչ առևտրային ապահովագրության զարգացումը անհնար է առանց պետության աջակցության: Դա հատկապես անհրաժեշտ է ոչ առևտրային այն կազմակերպություններին, որոնք կցանկանան իրականացնել կամավոր բժշկական ապահովագրություն, քանի որ դրանց անդամներ կդառնան ոչ թե իրավաբանական, այլ ոչ բարձր վճարունակությամբ ֆիզիկական անձինք: Պետությունը կարող է խթանել նման ապահովագրության զարգացումը և դրանով արագացնել ոչ միայն երկրի ապահովագրական շուկայի զարգացման, այլ նաև բնակչության սոցիալական ապահովվածության բարձրացման հետ կապված գործընթացները:

Ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացման առավելություններից են.

Առաջին, ապահովագրական ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են ոչ առևտրային ապահովագրության կողմից ավելի ցածր արժեք ունեն, քան առևտրային ապահովագրության մեթոդի հիման վրա տրամադրվող նմանատիպ ծառայությունները. Դա կնպաստի ապահովադիրների և ապահովագրված անձանց շրջանակի ընդլայնմանը:

Երկրորդ, ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ապահովագրությունը Էական դեր է խաղում ապահովագրության կողմից (որոնք միաժամանակ այդ կազմակերպության սեփականատերեր են) սեփական առողջության նկատմամբ պատասխանատվություն դաստիարակելու հարցում:

Երրորդ, ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացումը կբարձրացնի բնակչության կուլտուրան, ապահովագրական հարաբերություններին վարժեցնելով բնակչության այն խմբերին, որոնք առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունների հետ ԿԲԱ պայմանագրեր կնքելու բավարարչության միջոցներ ունեն:

Ինչ վերաբերում է ոչ առևտրային կազմակերպության կազմակերպատիրական ձևին, ապա ժամանակակից գրականության մեջ արտահայտվում են հակասական կարծիքներ¹⁷³:

Մանրամասների մեջ չխորանալով՝ այնուամենայնիվ նշենք, որ կիսում ենք այն հեղինակների տեսակետը, որոնք կարծում են, որ ոչ առևտրային ապահովագրությունը կարող է կազմավորվել ցանկացած կազմակերպատիրական ձևով, որն օրենքով նախատեսված է ոչ առևտրային կազմակերպություններ ստեղծելու համար¹⁷⁴:

Մասնավորապես ՅՅ քաղ. օր-ը նախատեսում է միավորումների, միությունների, հիմնադրամների ձևով ոչ առևտրային կազմակերպությունների ստեղծման հնարավորություն (ՅՅ քաղ. օր 122-րդ, 123-րդ հոդված):

Այսպիսով, առաջարկում ենք Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՅՅ օրենքի 8-րդ հոդվածը շարադրել հետևյալ բովանդակությամբ.

Ապահովագրողներ են հանդիսանում սույն օրենքով սահմանված կարգով որպես բաժնետիրական ընկերություն կամ սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն ստեղծված կազմակերպությունները, վերաապահովագրական

¹⁷³ Տե՛ս **Пылов К. И.** Комментарий к Закону РФ «О страховании». М.: Российский юридический издательский дом. 1995. Էջ 21, **Меребашвили Т. А.** Материальные и процессуальные вопросы взаимного страхования ответственности судовладельцев. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. –СПб, 2003:

¹⁷⁴ Տե՛ս **Серегеева А. П., Толстого Ю. К.** - М.: Проспект. 1997, էջ 505:

ընկերությունները, ինչպես նաև ոչ առևտրային կազմակերպություններ հանդիսացող ապահովագրական ընկերությունները

ԿԲԱ մյուս առանձնահատկություններ, ի տարբերություն ապահովագրության դասական տեսակների (վճարումն իրականացվում է դրամական եղանակով) և պարտադիր բժշկական ապահովագրության (վճարումն իրականացվում է բնեղենով), այն է, որ վերջինիս դեպքում վճարումն իրականացվում է ոչ միայն դրամական եղանակով, այլ բնեղենով:

Այսօր հատուցման երկու ձևերն էլ հավասարապես կիրառվում են զարգացած երկրների ԿԲԱ պրակտիկայում: Ապահովագրական հատուցման դրամական ձևը սահմանվում է ապահովագրության պայմանագրով: Ապահովագրված անձը դիմում է բժշկական ծառայությունն ստանալու համար, ինքը վճարում է այդ ծառայության դիմաց և վճարման անդորրագիրը ներկայացնում ապահովագրողին: Վերջինս վճարում է ԿԲԱ պայմանագրով սահմանված չափով և պայմաններով: Ապահովագրական հատուցման բնեղենով տարբերակի ժամանակ ապահովագրողն ապահովագրված անձին դրամական հատուցում չի տրամադրում: Բժշկական ծառայությունների անհրաժեշտությունն առաջանալու դեպքում նա իր վրա է վերցնում ապահովագրված անձին այդպիսի ծառայություններ տրամադրելու պարտավորությունը: Մենք կիսում ենք այն հեղինակների կարծիքը, որոնք գտնում են, որ կամավոր բժշկական ապահովագրության հարաբերությունների առանձնահատկություններից է նրա բնեղենով իրականացման հնարավորությունը, և ապահովագրության այս տեսակի համար որպես ապահովագրական հատուցում են դիտվում բժշկական օգնությունը և/կամ կանխարգելիչ միջոցառումները¹⁷⁵:

Հայաստանի Հանրապետությունում ԿԲԱ վրա տարածվում են Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքի բոլոր դրույթները: Նշված օրենքի 7-րդ հոդվածով չի

¹⁷⁵ Տե՛ս **Каликова Г. А.** Проблемы гражданско-правового регулирования медицинского страхования и медицинских услуг: Автореф. дис. ...канд. юрид. наук. –Алма-Ата. 1992. –С.6; **Ковалевский М. А.** Правовое регулирование добровольного медицинского страхования //Страховое право. -2004. –N 2. – էջ 2, 3:

նախատեսվում, որ ապահովագրական հատուցումը կարող է իրականացվել թե դրամով, թե բնեղենով: Հոդվածի 2-րդ մասի 2-րդ կետը սահմանում է. Ոչ կյանքի ապահովագրության դասերն են՝ առողջության ապահովագրությունը՝ ա) ամրագրված դրամական հատուցմամբ, բ) հատուցմամբ՝ կախված պատահարի բնույթից :

Բնեղենով հատուցման ձևը նախատեսված է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 983¹-րդ հոդվածով, որի 6-րդ կետի համաձայն՝ Ապահովագրական հատուցումն ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու արդյունքում ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պայմանագրի հիման վրա ապահովադրին կամ շահառուին վճարման ենթակա գումարն է՝ դրամական արտահայտությամբ կամ համարժեք գույքով : Մինչդեռ ԿԲԱ ժամանակ ապահովագրական հատուցման բնեղենով ձևը իրականացվում է ոչ թե գույք տրամադրելով, այլ որոշակի բժշկական ծառայություններ մատուցելու ձևով: Ապահովագրական հատուցման հենց այդ ձևն է առավել տարածված ՀՀ-ում: Դա անհրաժեշտություն է առաջացնում թե ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում, թե Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքում կատարել համապատասխան փոփոխություններ: Մասնավորապես առաջարկում ենք ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 983¹ հոդվածի 6-րդ կետը շարադրել հետևյալ բովանդակությամբ.

Ապահովագրական հատուցումն ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու արդյունքում ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պայմանագրի հիման վրա ապահովադրին կամ շահառուին վճարման ենթակա գումարն է կամ համարժեք գույքը: Կամավոր բժշկական ապահովագրության դեպքում ապահովագրողը ապահովագրության պայմանագրի պայմաններին համապատասխան ապահովագրական հատուցման հաշվին իրավունք ունի կազմակերպել ապահովագրված անձանց բժշկական ծառայությունների տրամադրումը և վճարել ապահովագրված անձանց տրամադրված ծառայությունների դիմաց :

Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 2-րդ մասի 2-րդ կետը առաջարկում ենք շարադրել հետևյալ կերպ.

2. Ոչ կյանքի ապահովագրության դասերն են՝

2) բժշկական ապահովագրությանը՝ ամրագրված դրամական հատուցմամբ, բ. բժշկական ծառայություններ մատուցելով:

Անձնական ապահովագրության պայմանագիրը այն ինը պայմանագրերից մեկն է, որը ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքը բնութագրում է որպես հրապարակային¹⁷⁶: Դա նշանակում է նման գործարքների իրականացման և բովանդակության իրավական ռեժիմի մի շարք կարևոր տարբերություններ այլ տեսակի ապահովագրության պայմանագրերից: Անձնական ապահովագրության պայմանագրի հրապարակայնությունն այն է, որ որոշակի տեսակի ապահովագրություն իրականացնելու լիցենզիա ունեցող ապահովագրողը պարտավոր է պայմանագիր կնքել ցանկացած անձի հետ, ով կդիմի իրեն: Միաժամանակ, բոլոր կատեգորիաների սպառողների համար պայմանագրերի միանման պայմանների մասին ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 426-րդ հոդվածը անձնական ապահովագրության դեպքում բավականին վիճելի է: Անձնական ապահովագրության պայմանագիր կնքելու նպատակով ապահովագրողին դիմում են ինչպես ամուր առողջություն ունեցող անձինք, այնպես էլ հաշմանդամները: Ըստ օրենքի նրանց բոլորի հետ պետք է պայմանագրերը կնքվեն միևնույն պայմաններով, և ապահովագրական գումարները պետք է գանձվեն հավասարաչափ: Ընդ որում, ինչպես արդարացիորեն նշում է Յու.Բ.Տոգելսոնը, անձնական ապահովագրության պայմանագրի կնքումից ապահովագրողը կարող է հրաժարվել միայն այն դեպքում, երբ չունի համապատասխան լիցենզիա, կամ եթե իր սեփական միջոցների և ապահովագրական գումարի հարաբերակցությունը նրան թույլ չի տալիս իր վերցնել ապահովագրական գումար վճարելու պարտավորությունը¹⁷⁷: ՌԴ Գերագույն դատարանի պլենումի թիվ 6 որոշման 55 կետի և ՌԴ Գերագույն Արբիտրաժային դատարանի պլենումի 01.07.1996թ. □ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի առաջին մասի

¹⁷⁶ Տե՛ս **Терехов М. В.** Гражданско-правовое регулирование добровольного личного страхования в Российской Федерации: дис. . канд. юрид. наук. - М., 2009, էջ 45:

¹⁷⁷ Տե՛ս Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Т.2 /Под ред. проф. **Абовой Т. Е., проф. Кабалкина А. Ю.** -М.: Юрайт, 2003. էջ 681:

կիրարկման հետ կապված մի քանի հարցերի մասին՝ որոշման¹⁷⁸ համաձայն՝ առևտրային կազմակերպությանը հրապարակային պայմանագիր կնքելու և հարկադրելու մասին հայցերով վեճերի և ծման դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ սպառողին ապրանք հանձնելու, որոշակի աշխատանք կատարելու, ծառայություն և մատուցելու անհնարինության ապացուցման բեռը դրվում է առևտրային կազմակերպության վրա: Հրապարակային պայմանագրի առանձին պայմանների մասին կողմերի միջև ծագած վեճերը սպառողը կարող է հանձնել դատարանի քննությանը՝ անկախ առևտրային կազմակերպության համաձայնությունից: Դատական պրակտիկան ելնում է նրանից, որ հրապարակային պայմանագիր կնքելու և հարկադրելու մասին հայցով դատարան կարող է դիմել միայն առևտրային կազմակերպության կոնտրագենտը, որի նկատմամբ նման իրավունք առևտրային կազմակերպությունը չունի¹⁷⁹:

Նման իրավական կարգավորումը ձեռնտու է ապահովագրողներին, քանի որ դա նրանց ստիպում է իրենց վրավերցնել ռիսկեր, որոնց հետ նրանք կնախընտրեին չառնչվել: Յու.Բ.Ֆոգելսոնը այդ առիթով գրում է. «Եթե անձնական ապահովագրության պայմանագիր կնքելիս որոշակի կատեգորիայի ապահովադիրների համար ապահովագրողը կիրառում է ապահովագրության որոշակի կանոններ (ՌԴ քաղ. օրենսգրքի 943-րդ հոդ.) և ապահովագրական սակագներ (ՌԴ քաղ. օրենսգրքի 954-րդ հոդ., կետ 2), ապա նա պարտավոր է կիրառել միևնույն կանոնները և սակագները նույն կատեգորիայի բոլոր ապահովադիրների նկատմամբ (ՌԴ քաղ. օրենսգրքի 426-րդ հոդ., կետ 2 հոդ.), սակայն դա չի նշանակում, որ տվյալ կանոնները և սակագները պետք է կիրառվեն ընդհանրապես բոլոր ապահովադիրների նկատմամբ: Կարևորն այն է, որ առավելություն չտրվի ապահովադիրներից որևէ մեկին: Մասնավորապես, սակագները կարող են փոխվել՝ կախված ապահովագրության օբյեկտից և վտանգավորությունից (ՌԴ քաղ.

¹⁷⁸ Ст' у Постановление Пленума Верховного Суда РФ №6, Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ №8 от 01 июля 1996г. «О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» //Российская газета, 1996, N152:

¹⁷⁹ Ст' у Информационное письмо Президиума ВАС РФ от 05 мая 1997 N14 «Обзор практики разрешения споров, связанных с заключением, изменением и расторжением договоров» // Вестник ВАС РФ, 1997, N7:

օրենսգրքի 954-րդ հոդ., կետ 2)¹⁸⁰: Նշված դատողությունները անհրաժեշտ է համարել արդարացի, սակայն նման տեսակետը անհրաժեշտ է օրենսդրորեն ամրագրել:

Մեր կարծիքով, ՀՀ-ում անձնական ապահովագրության պայմանագրերը հրապարակային պայմանագրերի թվին դասելը կնպաստի կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացմանը, քանի որ այդ ինստիտուտի գոյությունն ուղղված է առաջին հերթին ազատ շուկայի գործունեության երաշխիքների ստեղծման, ազատ մրցակցության զարգացմանը: Բացի այդ, ապահովագրված անձանց իրավունքները առավելագույնս կպաշտպանվեն, քանզի նրանց վրա կտարածվեն սպառողների իրավունքների պաշտպանության մասին օրենսդրությունը և դրանց համապատասխան ընդունված այլ իրավական ակտերը:

Միաժամանակ կարծում ենք, ապահովագրողներին պետք է հնարավորություն տրվի որոշ կատեգորիայի ապահովադիրներին նկատմամբ կիրառել ապահովագրության տարբեր պայմաններ՝ պայմանավորված նրանց տարիքով, մասնագիտությամբ, առողջական վիճակով և այլ, քանի որ դրանք կարող են ազդել ապահովագրական ռիսկերի մեծացման վրա:

ՀՀ-ում անձնական ապահովագրության առանձնահատկություններից մեկն էլ այն է, որ ի տարբերություն ՌԴ-ի, այստեղ սուբրոգացիան տարածվում է նաև անձնական ապահովագրության պայմանագրերի վրա:

Սուբրոգացիան (լատ. subrogare, subrogation-փոխարինում) օրենքի վրա հիմնված պահանջի իրավունքի փոխանցում է ապահովագրողին, որն ապահովադիրը (շահառուն) ունի այն անձի նկատմամբ, որը պատասխանատու է ապահովագրությամբ հատուցված վնասների համար, և որն իրականացվում է ապահովագրողի կողմից ապահովագրական հատուցման ծավալով՝ այդ իրավունքի փոխանցման եղանակով¹⁸¹: Ապահովագրության մեջ սուբրոգացիան թույլ է տալիս ապահովագրողին փոխհատուցել վճարված ապահովագրական

¹⁸⁰ Ст' у Комм. к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Т.2 /Под ред. проф. **Абовой Т. Е.**, проф. **Кабалкина А. Ю.** –М.: Юрайт, 2003, էջ 681:

¹⁸¹ Ст' у Гражданское право. Т.4 /Под ред. **Суханова Е.А.** 3-е изд. –М.: Волтерс Клувер, 2008, էջ 358:

հատուցումը և դրանով նվազեցնում է ապահովագրական կազմակերպությունների վնասները¹⁸²:

Սուբրոգացիան այն իրավական միջոցներից մեկն է, որը կոչված է ծառայելու վնասների հատուցման պատասխանատվության անխուսափելիության և լիարժեքության սկզբունքների իրացմանը¹⁸³:

Ռեգրեսի և սուբրոգացիայի համեմատությունը բավականին մանրամասն ներկայացված է Ս.Դեդիկովի «Ռեգրես և սուբրոգացիա. Համեմատական վերլուծության փորձ» հոդվածում¹⁸⁴, որտեղ տրված են դրանց էական տարբերությունները:

Ուսումնասիրվող հարցի կոնտեքստում սուբրոգացիան ցեսիայից տարբերվում է նրանով, որ անցումն իրականացվում է ոչ թե գործարքի, այլ օրենքի հիման վրա (ՌԴ քաղ. օր. 387), և ռեգրեսից տարբերվում է նրանով, որ ռեգրեսի դեպքում տեղի է ունենում ոչ թե արդեն գոյություն ունեցող պարտավորության մեջ անձանց փոփոխություն, այլ առաջանում է նոր պարտավորություն, և ռեգրեսային պահանջը իրականացվում է այլ կանոններով, քան սկզբնական պարտավորության պահանջի պարագայում (ՌԴ քաղ. օր. 382 հոդ. մաս 1, կետ 2):

Ռեգրեսի դեպքում մի պարտավորությանը փոխարինվում է մեկ ուրիշով, իսկ սուբրոգացիայի դեպքում՝ փոխարինվում է միայն պարտավորության պարտատերը, իսկ պարտավորությունը պահպանվում է: Այդ պատճառով սուբրոգացիայի կարգով անցած պահանջի իրավունքը իրականացվում է այն նույն կանոնների պահպանմամբ, որոնք առկա էին այդ պարտավորության սկզբնական պարտատիրոջ պահանջի իրավունքի դեպքում (ՌԴ քաղ. օր. 965 հոդ., մաս 2)¹⁸⁵:

ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 965-րդ հոդվածը սուբրոգացիա է նախատեսում միայն գույքային ապահովագրության պայմանագրերի

¹⁸² Տե՛ս **Чебунин А. В.** Вопросы значения и содержания механизма страховой суброгации //Страховое право.–М.: Анкил, 2002, N1. 20-32:

¹⁸³ Տե՛ս **Самигуллин Д. Д.** Правовые аспекты страхования в предпринимательской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук. - Самара, 2004, էջ 140:

¹⁸⁴ Տե՛ս **Дедиков С.** Регресс и суброгация: опыт сравнительного анализа// Хозяйство и право, 2005, N4. էջ 64-70:

¹⁸⁵ Տե՛ս **Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. Т.2 /Под ред. проф. Абовой Т. Е., проф. Кабалкина А. Ю.** –М.: Юрайт, 2003:

համար: Օրենսդիրը գույքային ապահովագրության մեջ ձգտել է բացառել ապահովադրի (շահառուի) անհիմն հարստացումը՝ ի հաշիվ վնասի փոխհատուցման ինչպես վնաս պատճառողից, այնպես էլ ապահովագրական հատուցման ձևով ապահովագրողի կողմից, ուստի ամրագրել է սուբրոգացիայի իրավական կառուցվածքը, որը գործում է օրենքի հիման վրա, եթե պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ¹⁸⁶:

Իսկ ինչու՞ անձնական ապահովագրության համար սուբրոգացիա նախատեսված չէ: Որոշ հեղինակներ ուղղակիորեն հայտարարում են ապահովադրի իրավունքի սուբրոգացիայի անթույլատրելիությունն այն անձին, որը պատասխանատու է կյանքին կամ առողջությանը վնաս պատճառելու համար¹⁸⁷: Մ. Ի. Բրագինսկին տվյալ դեպքում հիմնվում է անձնական ապահովագրության պայմանագրի վերաբերյալ ՌԴ քաղ. օր. 965-րդ հոդվածում նման հիշատակման բացակայության վրա¹⁸⁸:

Միաժամանակ կարևոր նշանակություն ունի այն տեսակետը, որ կյանքի և առողջության ապահովագրության պայմանագրով ապահովագրական հատուցման վճարի դեպքում առկա իրավաբանական փաստերի կազմը չի բացառում սուբրոգացիան¹⁸⁹: Սուբրոգացիայի դեպքում ապահովագրության մեջ առկա են երկու պարտավորություններ, որոնք ուղղված են պարտատիրոջ հետևյալ շահերի բավարարմանը՝ մեկը պատճառված վնասի համար պատասխանատու անձի նկատմամբ, իսկ մյուսը՝ ապահովագրողի¹⁹⁰: Գույքային պատասխանատվության դեպքում սուբրոգացիայի հնարավորության և անձնական ապահովագրության դեպքում սուբրոգացիայի անհնարինությունը հարցում սկզբունքային պահ է այն, թե ինչպիսի գույքային շահերի է վնաս պատճառվել:

Դատական պրակտիկան ուսումնասիրվող հարցում ընդհանուր

¹⁸⁶ Տե՛ս и Постановление Президиума ВАС РФ от 13 марта 2002г. N4299/01// Вестник ВАС РФ, 2002, N7:

¹⁸⁷ Տե՛ս и **Фогельсон Э. Б.** Страховые убытки. Некоторые проблемы правового регулирования //Убытки и практика их возмещения. -М.: Статут, 2006:

¹⁸⁸ Տե՛ս и **Брагинский М. И., Витрянский В. В.** Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. -М.: Статут, 2002:

¹⁸⁹ Տե՛ս и **Терехов А. В.** Суброгация в современном гражданском праве России: вопросы теории и практики. Дис. ... канд. юрид. наук. -М., 2009, էջ 149:

¹⁹⁰ Տե՛ս и **Мусин В. А.** Страхование в советском праве //Советское государство и право, 1976, N7, էջ 126-130:

առմամբ միատեսակ է¹⁹¹: Դատարանները ղեկավարվում են ՌԴ քաղ. օր. 383-րդ հոդվածի դրույթներով, ըստ որի՝ պարտադրոջ անձի հետ անխզելիորեն կապված, այդ թվում՝ կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի փոխատուցման իրավունքի փոխանցումը այլ անձի չի թույլատրվում:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1021-րդ հոդվածը, ի տարբերություն ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի, չի տարածվում միայն գույքային ապահովագրության վրա: Սակայն գտնում ենք, որ թեև օրենսդիրը այդ իրավունքը չի սահմանափակել միայն գույքային ապահովագրությունով, սակայն դրա իրականացումն անհնար է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 162-րդ և 398-րդ հոդվածների ուժով, որոնց համաձայն՝ անձի առողջությունն անօտարելի է ու անփոխանցելի և պարտադրոջ անձի հետ անխզելիորեն կապված իրավունքների՝ ներառյալ ալիմենտի և կյանքին կամ առողջությանը պատճառված վնասների հատուցման պահանջների անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում: Հետևաբար առաջարկում ենք ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 398-րդ հոդվածում նախատեսել, որ այդ արգելքը չի տարածվի բժշկական ապահովագրության վրա, մասնավորապես՝ Պարտադրոջ անձի հետ անխզելիորեն կապված իրավունքների՝ ներառյալ ալիմենտի և կյանքին կամ առողջությանը պատճառված վնասների հատուցման պահանջների անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում՝ բացառությամբ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1021-րդ հոդվածով նախատեսված դեպքերի:

Այսպիսով, ամփոփելով սույն պարագրաֆում կատարված վերլուծությունները՝ եկանք հետևյալ եզրահանգումների՝

1. ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքով, ինչպես նաև ՊԱԿ-ի 1021-րդ հոդվածով և 398-րդ հոդվածով սահմանված իրավունքների անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում:

2. ՊԱԿ-ի 1021-րդ հոդվածով և 398-րդ հոդվածով սահմանված իրավունքների անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում:

¹⁹¹ Ст. 10 и Постановление Президиума ВАС РФ от 10 апреля 2001г. N10426/00; Постановление ФАС Московского округа от 22 декабря 2004г. по делу N КА-А40/10446-04//СПС КонсультантПлюс:

կարող է իրականացվել թե՛ դրամական հատուցմամբ և թե՛ բժշկական ծառայություններ մատուցելով:

3. Կամալոր, հարկապես անհատական, բժշկական ապահովագրության զարգացմանը կնպաստի այն հանգամանքը, որ այդ սպայմանագրերը լինեն հրապարակային: Բացի այդ, օրենսդրորեն ամրագրել նաև, որ ԿԲԱ սպայմանագրից բխող իրավահարաբերությունների վրա տարածվում են սպառողների իրավունքների պաշտպանության վերաբերյալ ՀՀ օրենսդրության դրույթները:

4. Թեև ՀՀ-ում, ի տարբերություն ՌԴ-ի, սուբբոզացիան տարածվում է նաև անձնական ապահովագրության սպայմանագրերի վրա, սակայն այն հակասում է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի այն դրույթին, որ պարտադրոջ անձի հետ անխզելիորեն կապված իրավունքների՝ ներառյալ պիմենտի և կյանքին կամ առողջությանը պարճառված վնասների հատուցման պահանջների անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում: Առաջարկում ենք ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 398-րդ հոդվածում նախատեսել համապատասխան դրույթ, որի շնորհիվ այդ հոդվածի գործողությունը կընդլայնվի և այդ արգելքը չի տարածվի ապահովագրության, մասնավորապես բժշկական ապահովագրության վրա:

3.2 Կամալոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի բովանդակությունը

Օրենսդիրը սահմանել է ապահովագրության պայմանագրի պայմանների բավականին լայն շրջանակ, որոնք պարտադիր պետք է համաձայնեցնեն պայմանագրի կողմերը: ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 998-րդ հոդվածով սահմանվում է, որ

- Ապահովագրության պայմանագրի էական պայմաններն են՝ 1) ապահովագրության օբյեկտը; 2) ապահովագրական պատահարը (պատահարները) կամ իրադարձությունը, որի տեղի ունենալու դեպքում տրվում է ապահովագրական հատուցումը; 3) ապահովագրական գումարի չափը; 4) ապահովագրական հատուցման կարգը; 6) ապահովագրավճարի չափը; 7) ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու մասին ապահովադրի և (կամ) շահառուի կողմից ապահովագրողին տեղեկացնելու կարգը և ժամկետները; 8) վնասի գնահատման կարգը; 9) ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարի՝ պայմանագրում սահմանված ժամկետներում և կարգով չվճարելու հետևանքները:

□: Իսկ նույն հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝

- 1) ապահովագրության պայմանագրում պետք է նշվեն նաև՝ 1) ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետը; 2) ապահովագրության պայմանագրի փոփոխման, լրացման և վաղաժամկետ լուծման կարգը; 3) նշում այն մասին, որ ապահովադիրը ծանոթացել է ապահովագրության վկայագրի պայմաններին; 4) ապահովագրության պայմանագիրը կնքելու տարին, ամիսը, ամսաթիվը:

Այս պայմանները կիրառվում են նաև ԿԲԱ պայմանագրի նկատմամբ, քանի որ բացակայում են ԿԲԱ հարաբերությունները կարգավորող հատուկ նորմերը:

ՀՀ քաղ.օր-ի 998-րդ հոդվածում թվարկված պայմանները ձևականորեն սահմանում են ոչ միայն □ կողմերի համար պարտադիր նվազագույնը, այլև հնարավոր առավելագույնը □, որի համաձայնեցումը բավարար է ապահովագրության պայմանագրեր կնքելու համար¹⁹²:

¹⁹² Տե՛ս Երգինսկի Մ. Ի., Վիտրյանսկի Վ. Վ. Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. - М.: «Статут», 2003, էջ 295-296:

ժամանակահատվածը :

Գտնում ենք, որ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 998-րդ հոդվածի 2-րդ մասի 1-ին կետում նշված Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետը պետք է փոխարինել Ապահովագրության ժամկետ քառակապակցությամբ :

Արտահայտվել է նաև այնպիսի կարծիք, որ որպես ԿԲԱ պայմանագրի էական պայման պետք է համարել բժշկական կազմակերպությունների ցանկը, որոնք ապահովագրված անձանց տրամադրում են բժշկական ծառայություններ¹⁹⁴: ՌԴ-ում քննված դատական պրակտիկայի օրինակները¹⁹⁵, ընդհակառակը, վկայում են այն մասին, որ ԿԲԱ պայմանագրում բժշկական ծառայությունների կատարողների ցանկը էական պայման չէ¹⁹⁶:

Մեր կարծիքով, ճիշտ չէ բժշկական կազմակերպությունների նշումը պայմանագրում էական պայմանների շարքում ընդգրկել : Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ապահովագրական հատուցումը կարող է տրամադրվել նաև ոչ թե բնեղենով, այլ դրամական ձևով, այդպիսի պայմանն առհասարակ կարող է չընդգրկվել պայմանագրում :

Անհրաժեշտ ենք գտնում նաև անդրադառնալ այնպիսի պայմանի, ինչպիսին է ապահովագրական գումարի չափը :

Ապահովագրական գումարն իրենից ներկայացնում է դրամական գումար, որը սահմանված է օրենքով և/կամ որոշված է ապահովագրության պայմանագրով : Ընդ որում, անձնական ապահովագրության դեպքում այդ գումարը սահմանում է ապահովագրողը ապահովադրի հետ համաձայնեցնելով :

Որոշ հեղինակներ ԿԲԱ-ում ապահովագրական գումարը որոշում են բժշկական հաստատության կողմից ապահովագրված անձին տրամադրվող բժշկական և այլ (առողջարարական, սոցիալական) ծառայությունների արժեքով¹⁹⁷: Բայց քանի որ ԿԲԱ իրականացման

¹⁹⁴ Տե՛ս **Иванишин П. 3** Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: дис. канд. юрид. наук. – Казань, էջ 72:

¹⁹⁵ ՀՀ-ում նշված բնույթի դատական գործերը բացակայում են :

¹⁹⁶ Տե՛ս Постановление Федерального арбитражного суда Западно-сибирского округа от 29.02.2000г. №04/482-41/А70-2000 //Справочная правовая система «КонсультантПлюс»- Судебная практика:

¹⁹⁷ Տե՛ս Гражданское право. Т. IV/ Под ред. **Суханова Е. А.** 3-е изд. М: Волтере Клувер, 2008, էջ 389:

առանձնահատկությունը ամբ պայմանավորված ապահովագրողը բժշկական ծառայությունն մատուցողին վճարում է բժշկական ծառայությունները տրամադրելուց հետո, ապա բժշկական ապահովագրության մեջ ինչպես առանձին ապահովագրական պատահարի, այնպես էլ ապահովագրության պայմանագրի գործողության ողջ ընթացքում ապահովագրական գումարի նման բնութագրումը ոչ մի կերպ թույլ չի տալիս որոշել \$ինանսավորման թեկուզ մոտավոր ծավալները:

Յու. Բ. Ֆոգելսոնը, ուսումնասիրելով ապահովագրական գումարի իրավական նշանակությունը, հանգում է այն եզրակացության, որ այն ինչպես գույքային, այնպես էլ անձնական ապահովագրության մեջ սահմանափակում է յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի դեպքում հատուցումը, իսկ հաջորդական ապահովագրական պատահարներ տեղի ունենալու դեպքում վճարման ենթակա ընդհանուր գումարը կարող է գերազանցել այն¹⁹⁸: Եթե ընդունենք ապահովագրական գումարի նշանակության նման հասկացությունը, ապա կարելի է խոսել ծավալի կամ սահմանի, այսինքն՝ սահմանափակման մասին, այն է՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի դեպքում ապահովագրի (շահառուի) շահերի ապահովագրական պաշտպանության մասին: Սակայն ԿԲԱ պայմանագիրը պետք է ներառի այդ □սահմանի□ մասին դրույթ, որը կամավոր բժշկական ապահովագրության ծրագրերին համապատասխան կոնկրետ բժշկական ծառայությունների ցանկն է: Մենք կիսում ենք այն հեղինակների կարծիքը, որոնք որպես ապահովագրության սովորական և ԿԲԱ պայմանագրի պայմանների հիմնական տարբերություն, առանձնացնում են ապահովագրական գումարի փոխարինումը ապահովագրական ծրագրով¹⁹⁹:

Այսպիսով, ապահովագրության պայմանագրի անհրաժեշտ պայմանների վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ դրանում անհրաժեշտ է կատարել փոփոխություններ: Կարծում ենք, որ պայմանագրի էական պայմանները պետք է շարադրվեն ՅՅ

¹⁹⁸ Տե՛ս **Фогельсон Ю. Б.** Договор страхования в российском гражданском праве: дис. ... д-ра юрид. наук. - М., 2005, էջ 104-105:

¹⁹⁹ Տե՛ս **Рассолова Т. М.** Страхование право. –М.: Закон и право, 2008, էջ 264; **Терехов М. В.** Гражданско-правовое регулирование добровольного личного страхования: дис. канд. юрид. наук. -М., 2009, էջ 144:

քաղաքացիական օրենսգրքի 998-րդ հոդվածում և գույքային ու անձնական ապահովագրության համար սահմանվեն առանձին-առանձին:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում կողմերի իրավունքները և պարտականությունները դասակարգված չեն ըստ բժշկական ապահովագրության պարտավորության մասնակիցների իրավական կարգավիճակի:

Ապահովադրի իրավունքների և պարտականությունների ծավալի վերաբերյալ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքը սահմանում է, որ նա իրավունք ունի՝

- ապահովագրական գումարի սահմաններում և հաշվի առնելով պայմանագրի կոնկրետ պայմանները՝ ստանալ ապահովագրական գումար կամ ապահովագրական հատուցում,
- պայմանագրի ապահովագրական գումարի կամ պատասխանատվության ծավալի փոխվելու դեպքում փոփոխել ապահովագրության պայմանները, եթե այլ բան նախատեսված չէ ապահովագրական կանոններով,
- ապահովագրության կանոններով սահմանված կարգով վաղաժամ կետլուծել ապահովագրության պայմանագիրը:

Ապահովադրի հաջորդ իրավունքը վերաբերում է ապահովագրված անձին փոխարինելու հնարավորությանը: ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1011-րդ հոդվածը սահմանում է, որ ապահովագրության պայմանագրում նշված ապահովագրված անձը կարող է ապահովադրի կողմից փոխարինվել այլ անձով՝ ապահովագրված անձին այդ մասին գրավոր ծանուցելով: ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1012-րդ հոդվածը նույնպես նախատեսում է ապահովադրի իրավունքը՝ ապահովագրության պայմանագրում նշված շահառուին փոխարինելու այլ անձով՝ այդ մասին գրավոր ծանուցելով ապահովագրողին: Այսինքն, ապահովագրված անձի համաձայնությունը այս դեպքերում պարտադիր չէ: Ինչպես նշվել է սույն գլխի 1-ին ենթագլխում, կամավոր բժշկական ապահովագրությունը անձնական ապահովագրության տարատեսակ է: Հետևաբար կարծում ենք՝ դառչ միայն հակասում է օրենսգրքի 996-րդ հոդվածի 5-րդ մասի դրույթին (Անձնական ապահովագրության պայմանագիրը կնքված է համարվում հօգուտ ապահովագրված անձի

(շահառուի), եթե պայմանագրում այլ անձ նշված չէ որպես շահառու: Առանց ապահովագրված անձի գրավոր համաձայնության՝ ապահովագրված անձ չհանդիսացող ապահովադիրը կամ երրորդ անձն ամեն դեպքում շահառու լինել չի կարող: Ապահովագրված անձի գրավոր համաձայնության բացակայությամբ կնքված ապահովագրության պայմանագիրն առնչինչ է), այլև սույն իրավակարգավորումը չի համապատասխանում բժշկական ապահովագրության՝ որպես սոցիալական կողմնորոշում ունեցող ապահովագրության նպատակներին:

Այս դեպքում կարևոր է այն հանգամանքը, որ, թեև ապահովագրված անձը ԿԲԱ հարաբերություններում ընդգրկվում է ապահովադրի ակտիվ գործողությունների շնորհիվ, նա ունի ինքնուրույն շահ, որը կախված չէ ապահովադրի շահից: ԿԲԱ պայմանագիրը լուծելու ցանկության կամ ապահովագրված անձին փոխարինելու դեպքում ապահովադրի պարտականությունները ստանձնելու ապահովագրված անձի իրավունքն ամրագրելը կհամապատասխանի վերը նշված նպատակին:

Թեև ապահովագրական կազմակերպությունները կարող են նման իրավունք տրամադրել ապահովագրված անձանց, սակայն դրա ամրագրումը օրենքի մակարդակով թույլ կտա այդ դրույթը տարածել բոլոր ապահովագրված անձանց վրա՝ հնարավորություն տալով վերջիններիս չկաշկանդվել ապահովադրի և ապահովագրողի հայեցողությամբ:

Ի հաստատումն վերոգրյալի՝ ցանկանում ենք փաստել, որ հարցը հետևյալ կերպ է կարգավորված ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքով, որի 955-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ **Անձնական ապահովագրության պայմանագրում նշված ապահովագրված անձը կարող է ապահովադրի կողմից փոխարինվել այլ անձով միայն ապահովագրված անձի և ապահովագրողի համաձայնության դեպքում** : **Գտնում ենք, որ նման դրույթ կարելի է ներմուծել նաև ԶԶ քաղաքացիական օրենսգրքի 1011-րդ հոդվածում:**

Ապահովադրի հիմնական պարտականությունն է ապահովագրավճարի վճարումը, որին մանրամասն անդրադարձ է կատարվել սույն աշխատանքի 2-րդ գլխում:

Բացի վերոնշյալից, ապահովադրի պարտականություններից մեկն էլ այն է, որ նա պայմանագիրը կնքելիս ապահովագրողին պետք է հայտնի հանգամանքների իրեն հայտնի դարձած փոփոխությունների մասին, եթե այդ փոփոխությունները կարող են որակապես ազդել ապահովագրական ռիսկի մեծանալու կամ նվազելու վրա (ՀՀ քաղ. օր-ի 1015-րդ հոդված):

Ապահովագրողին իր առողջության մասին տեղեկություններ հայտնելու ապահովադրի պարտականությունը կարելի է համարել տեղեկատվական : Յու.Վ.Դյուկանը ապահովադրի այն պարտականությունը, որը վերաբերում է ռիսկի մասին տեղեկատվության տրամադրմանը, դասում է նախապայմանագրային պարտավորությունների թվին²⁰⁰: Այդ պարտականությունը ընդհանուր կարգով ամրագրված է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1000-րդ հոդվածում, որի 1-ին մասի համաձայն՝ Ապահովագրության պայմանագիրը կնքելիս ապահովադրի ապահովագրողի գրավոր պահանջով պարտավոր է նրան գրավոր տեղեկություններ հայտնել ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու և դրա արդյունքում հնարավոր վնասի չափը որոշելու համար էական նշանակություն ունեցող հանգամանքների երևան գալու՝ իրեն հայտնի հավանականության մասին, եթե այդ հանգամանքերը հայտնի չեն և չէին կարող հայտնի լինել ապահովագրողին : Նույն հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ նշված էական տեղեկություններ բացահայտելու պահանջն ապահովագրողի հայեցողությունն է, և ապահովադրը նման կոնկրետ պահանջի բացակայության պայմաններում ապահովագրական պայմանագիրն ուժի մեջ մտնելուց հետո պատասխանատվություն չի կրում տեղեկատվությունը չբացահայտելու համար:

Վ.Ի.Սերեբրովսկին նշում է ապահովադրի այդ պարտականության առանձնահատկությունը: Դրան չի համապատասխանում որևէ մեկի իրավունքը, քանի որ ապահովագրողը չունի համապատասխան միջոցներ ստիպելու ապահովադրին տալ անհրաժեշտ տեղեկությունները. նա չի կարող դատական կարգով պահանջել այդ

²⁰⁰ Ст' у Основы страховой деятельности: Учебник/ Отв. ред. проф Федорова Т. А. М., 2001, էջ 194:

պարտականությունը կատարել ...²⁰¹:

Այդ պարտականության հիմքում ընկած է **առավելագույն վստահության սկզբունքը** (լատ. uberrimae fide), որը բոլոր մասնագետները դասում են ապահովագրության հիմնարար սկզբունքների թվին²⁰²:

Այդ սկզբունքի կիրառումը գործնականում նշանակում է, որ ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին հայտնել ապահովագրության օբյեկտի մասին ամբողջական և հավաստի տեղեկություն, որը ազդում կամ կարող է ազդել ապահովագրական պատահարի վրա հասնելու հավանականության աստիճանի վրա մինչ պայմանագրի կնքումը կամ դրա գործողության ընթացքում վնասների չափի վրա:

Կարծում ենք՝ տվյալ դեպքում գործող օրենսդրության մեջ ամրագրված **առավելագույն վստահության սկզբունքի** հասկացության ամրագրումն անհիմն կերպով սահմանափակված է, քանի որ ապահովադիրը հայտնում է այն հանգամանքները, որոնք պահանջվել են ապահովագրողի կողմից: Փաստորեն ազգային օրենսդրության մեջ իրագործված է **սուբյեկտիվ չափանիշի դոկտրինան**, այն դեպքում, երբ ավանդական մոտեցումը հիմնված է օբյեկտիվ չափանիշի վրա. պետք է հաղորդվի ոչ միայն այն տեղեկությունը, որը հայտնի է ապահովադիրին, այլև այն տեղեկությունը, որը պետք է նրան հայտնի լինի²⁰³:

Սուբյեկտիվ չափանիշի դոկտրինան ամրագրված է նաև Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի պրակտիկայում²⁰⁴:

²⁰¹ Տե՛ս **Серебровский В. И.** Страхование. М., 1927, էջ 113:

²⁰² Այդ սկզբունքի էությունն այն է, որ ապահովագրության պայմանագրի կողմերը պարտավոր են գործել **առավելագույն բարեխղճորեն** և միմյանց նկատմամբ լինեն անկեղծ: Դ.Բլանդը գրում է. «Բոլոր գործնական օպերացիաները պետք է անցկացվեն բարեխղճության սկզբունքի պահպանմամբ, այդ կերպ չի կարող լինել ոչ խաբեություն, ոչ խաբելու մտադրություն...»:

²⁰³ Տե՛ս **Дедиков С.** Принцип наивысшей добросовестности-краеугольный камень перестрахования/ Хозяйство и право, 2003, N5, էջ 37:

²⁰⁴ Տե՛ս Ֆինանսական համակարգի հաշտարար, Գործ 21, 54 - Պահանջ-դիմում ուղղված ՀՀ-ում գործող Ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված առողջության ապահովագրության հետ, Էլ. աղբյուր <http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/Naxadep-22.pdf>, http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/Naxadep_35.pdf, Գործ 67-Պահանջ-դիմում՝ ուղղված ՀՀ-ում գործող ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված <<Առողջության պետական ապահովագրության>> հետ Էլ. աղբյուր <http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/51.pdf> դիտելու ամսաթիվ 10.05.2015թ.:

Մեր կարծիքով, այս մոտեցումը չի ապահովում պայմանագրի կողմերի հավասարությունը, այլ ընդհակառակը. ապահովագրողը ապահովադրի համեմատոչ շահավետվիճակում է:

Մեկնաբանելով վերոնշյալ նորմը՝ Յու. Ֆոգելսոնը գրում է. □Ապահովադրի կողմից *uberrimae fide* սկզբունքը ամբողջ ծավալով պահպանելու պահանջը ըստ էության նշանակում է, որ նա պետք է գործի այնպես, կարծես իր շահը ապահովագրված չէ: Մեկնաբանվող հոդվածում այդ սկզբունքից արված բացառությունը որոշ չափով հանգեցնում է ապահովադրի անպատասխանատվությանը: Օրենքը նրան չի պարտադրում ձեռնարկել բոլոր անհրաժեշտ միջոցները ռիսկի աստիճանի մասին տեղեկություն ստանալու համար, որը նա կձեռնարկեր, եթե ապահովագրված չլիներ: Դա էականորեն դժվարացնում է ապահովագրողի աշխատանքը, որը պետք է ապահովադրին դրդի հավաքելու անհրաժեշտ տեղեկություն □²⁰⁵:

Պետք է ավելացնել, որ այդպիսի տեղեկությունների բացակայությունը կարող է ոչ միայն էականորեն դժվարացնել ապահովագրողի աշխատանքը, այլև հանգեցնել ֆինանսական անկայունության:

Այդ սկզբունքի էությունը այն է, որ ապահովադիրը պարտավոր է բացահայտել ռիսկի մասին ամբողջ այն տեղեկությունը, որը կազդի ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու և դրա հետևանքով հնարավոր վնասի չափը որոշելու վրա:

Ա.Մ.Ավագյանը, վկայակոչելով Իտալիայի քաղաքացիական օրենսգրքի 1892 և 1893 հոդվածները, առաջարկում է նախատեսել ապահովադրի պարտականությունը ապահովագրողին հայտնել ոչ միայն ապահովագրական ռիսկի, այլև պայմանագրի համար նշանակություն ունեցող հանգամանքների մասին ցանկացած տեղեկություն, որը կնպաստի քաղաքացիաիրավական կարգավորման նպատակներին՝ անձնական ապահովագրության պայմանագրի կողմերի հավասարության ամրագրմանը²⁰⁶:

Մեր կարծիքով, ապահովադրի վրա նման պարտականություն է դնելը չի բխում քաղաքացիաիրավական կարգավորման նպատակներից,

²⁰⁵ Տե՛ս **Фогельсон Ю. Б.** Комментарий к страховому законодательству. М., 1999, էջ 146:

²⁰⁶ Տե՛ս **Авакян А. М.** Цели и принципы правового регулирования договора личного страхования. «Общество и право», 2011, N 3:

այն է՝ չի ապահովում պայմանագրի կողմերի հավասարությունը, այլ ընդհակառակը՝ ապահովադիրն ապահովագրողի համեմատ ոչ շահավետ վիճակում է հայտնվում:

Այսպիսով, մեր կարծիքով, անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1000-րդ հոդվածում ամրագրել ապահովադիր պարտականությունը, ուստի առաջարկում ենք այն շարադրել հետևյալ կերպ.

□Ապահովագրության պայմանագիրը կնքելիս ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին տեղեկություններ հայտնել ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու և դրա հետևանքով հնարավոր վնասի չափը որոշելու համար էական նշանակություն ունեցող հանգամանքների մասին, որոնք հայտնի են կամ կարող են հայտնի լինել ապահովադիրին, ինչպես նաև պահանջվել են ապահովագրողի կողմից □:

Ապահովագրությունը գործունեություն է, որով ապահովագրողները պարտավորություն են ստանձնում հատուցել ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական պատահարների հետևանքով ապահովադրված անձանց կրած փաստացի վնասը կամ կորուստները:

Այստեղ, սակայն, հարց է առաջանում՝ արդյո՞ք առկա են այդ սկզբունքից որոշակի սահմանափակումներ և ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին հայտնել ծառայողական, առևտրային կամ բանկային գաղտնիք պարունակող տեղեկություններ:

Ռուս իրավագետ Ա. Ա. Իվանովը գրում է. □Ցանկացած հանգամանքներում այժմ որևէ մեկը ապահովադիրին պարտավոր չէ հայտնել տեղեկություններ, որոնք առևտրային, բանկային, բժշկական և այլ գաղտնիք են □²⁰⁷: Իրավացի է Ս. Դեդիկովը, ով կարծում է, որ այդ □...պնդումը ճշգրտման կարիք ունի, այդպիսի հարցադրումն առհասարակ պատշաճ չէ: Իսկապես, որևէ մեկն իրավունք չունի ստիպելու քաղաքացիական շրջանառության սուբյեկտին հայտնել ուրիշ մասնավոր անձի այս կամ այն գաղտնիքը պարունակող տեղեկություններ... Բայց եթե ապահովագրողը առանց համապատասխան տեղեկությունների չի

²⁰⁷ Ст' у Гражданское право: Учебник /Под ред. Сергеева А. П., Толстого Ю. К.; М., 2001, էջ 510:

կարող ապահովագրական պայմանագրով ճիշտ որոշել ապահովագրական պատահարների վրա հասնելու հավանականության աստիճանը և վնասների հնարավոր չափը, ապա ապահովագրությունը վերածվում է իր տեսակի մեջ ազարտի՝ կիաջողվի՞, թե՞ ոչ: Այդպիսի մոտեցումը ապահովագրության հետ որևէ ընդհանրություն չունի: Եվ թե ապահովադիրը հայտնում է ապահովագրողին, որ կոնկրետ տեղեկատվությունը փակ բնույթի է, իսկ վերջինս, չնայած դրան, պատրաստ է կնքելու ապահովագրության պայմանագիր, բնական է, դա իր ձեռնարկատիրական ռիսկն է:

Ապահովադիրն իրավունք չունի տեղյակ չպահելու ընդունող կողմին այն հանգամանքների առկայություն մասին, որը □գաղտնի է □ կամ նախատեսված է □ծառայողական օգտագործման համար□: Նման գործողությունները պետք է որակել որպես կոնտրագենտին մոլորության մեջ գցել, ինչն էլ վերջինիս հիմք է տալիս բարձրացնելու գործարքի անվավերության ճանաչման մասին հարցը □²⁰⁸:

Համաձայն ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1002-րդ հոդվածի (□Ապահովագրության գաղտնիությունը □)՝ ապահովագրողը իր հերթին ստանձնում է պարտականությունն ապահովելու ապահովադիրն և ապահովագրված անձին վերաբերող տեղեկությունների գաղտնիությունը: Տեղեկությունները, որոնք իրեն հայտնի են դարձել ապահովագրողին բուժօգնության տրամադրում կազմակերպելու ընթացքում (ապահովագրված անձի կողմից բժշկական ծառայություններ ստանալու համար դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հիվանդության ախտորոշման, բուժման մեթոդների և միջոցների մասին տեղեկություններ) **բժշկական գաղտնիք** են: Ապահովագրական կազմակերպությունների աշխատողները չեն դասվում այն սուբյեկտների թվին, որոնք պարտավոր են դա պահպանել: Սակայն այդ տեղեկությունները ապահովագրողին անցնելիս (տրամադրվելիս) դրանք ձեռք են բերում ծառայողական գաղտնիքի իրավական ռեժիմ (ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1002-րդ հոդվածի ուժով): Ապահովագրողը ապահովագրության գաղտնիությունը խախտելու համար, կախված

²⁰⁸ Дедиков С. Принцип наивысшей добросовестности – краеугольный камень перестрахования // Хозяйство и право, 2003, N5, էջ 40:

խախտված իրավունքների տեսակից և (կամ) դրանց բնույթից, պատասխանատվություն է կրում 141-րդ հոդվածի կանոններին համապատասխան:

Վնասի առաջացման դեպքում ապահովադիրը դիմում է ապահովագրողին ապահովագրական հատուցում ստանալու պահանջով: Ընդ որում, ապահովադիրը, ըստ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1017-րդ, 1018-րդ հոդվածների, պարտավոր է.

- լրացուցիչ վնասի ծագմանը նպաստող պատճառների կանխարգելման և վերացման համար ձեռնարկել անհրաժեշտ միջոցներ,

- սահմանված ժամկետում ապահովագրողին տեղեկացնել պատահարի մասին,

- սահմանված կարգով գրավոր դիմում ներկայացնել ապահովագրական հատուցման վճարման համար,

- ապահովագրական պատահարի և վնասի չափի որոշման փաստի որոշման համար ապահովագրողին տրամադրել վնասի մասին ողջ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, ինչպես նաև փաստաթղթերը:

Նաև անհրաժեշտ է նշել, որ ապահովադիրը պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնի այն բանին, թե պայմանագրում և ապահովագրության կանոններում ինչպես են որոշվում ապահովագրական պատահարի մասին ապահովագրողին տեղեկացնելու ժամկետը և եղանակը: ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1017-րդ հոդվածի համաձայն՝ ծանուցումը պետք է կատարվի անհապաղ (ողջամիտ ժամկետում) այն բանից հետո, երբ հայտնի է դարձել ապահովագրական պատահարի մասին: Եթե պայմանագրում սահմանված են ծանուցման ժամկետն ու եղանակը, դրանք պետք է պահպանել:

Այսպես, ՀՀ-ում ապահովագրական կազմակերպություններից Ռոսգոստրախ-Արմենիա ընկերության կազմած տիպային պայմանագրով ապահովագրված անձանց պարտականությունն է իր առողջական վիճակի մասին հեռախոսով կամ գրավոր, այդ թվում էլ եկտրոնային նամակով ապահովագրողին անհապաղ տեղյակ պահել ավտորոշում կամ բուժում ստանալու անհրաժեշտության մասին, սակայն ոչ ուշ, քան 24 ժամվա ընթացքում, բացառությամբ շտապ և

անհետաճ գելի բուժօգնությունն դեպքերի²⁰⁹: Սա, փաստորեն, ցանկացած տեսակի ապահովագրության դեպքում ապահովագրված անձի հիմնական պարտականությունն է, որը նախատեսված է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1017-րդ հոդվածով, ընդ որում վերոգրյալ պարտականության նախատեսումը ապահովագրության պայմանագրի մեջ, համաձայն նույն օրենսգրքի 998-րդ հոդվածի պարտադիր պայման է:

Ինչ վերաբերում է ԿԲԱ պայմանագրով ապահովագրական կազմակերպությունների իրավունքներին, ապա դրանք հիմնականում միատեսակ են: Դրանք են՝ սահմանված ժամկետում ապահովագրավճար վճարելու պահանջի իրավունքն է, ապահովագրվել ցանկացող անձի բուժօգնում անցկացնելու միջոցով ապահովագրական ռիսկի գնահատման իրավունքը, ապահովագրական ռիսկի աստիճանի վրա ազդող ոչ հավաստի տեղեկությունների հայտնաբերելիս ապահովագրության գործողության վաղաժամկետ դադարեցման իրավունքը:

Մեր կարծիքով, ապահովագրողի պարտականությունը սերտորեն կապված է բարեխղճության սկզբունքի հետ, որը, ցավոք, օրենսդրորեն ամրագրված չէ: Դրա էությունն այն է, որ ապահովագրողը պարտավոր է ապահովադրին (ապահովագրված անձին) բացատրել ապահովագրության պայմանագրից բխող իրավունքները և պարտականությունները, ինչպես նաև ապահովագրական այն եզրույթները, որոնք հասկանալի չեն նրան, հատկապես եթե նա ֆիզիկական անձ է, և նրա համար երբեմն դժվար է հասկանալ պայմանագրի բովանդակությունը, կամ եթե նա չունի անհրաժեշտ կրթություն: Դրա հիմնական պատճառն այն է, որ ապահովագրական պայմանագիրը բավականին բարդ է, պարունակում է մեծ թվով մասնագիտական եզրույթներ՝ ապահովագրական ռիսկ, ապահովագրական գումար, ապահովագրավճար, ապահովագրական շահ, շահառու, ապահովագրված անձ և այլն, որոնց սահմանումները տրված են օրենսդրության մեջ: Այդ իսկ պատճառով ապահովագրողը պարտավոր է ոչ միայն ծանոթացնել ապահովագրության պայմանագրի

²⁰⁹ Տե՛ս Առողջության ապահովագրությունն (Էլեկտրոնային աղբյուր՝ [URL:<http://www.rgs.am/arm/285/page.html>], դիտելու ամսաթիվ՝ 22.11.2013):

պայմաններին, այլև բացառել դրանց բովանդակությունը, որպեսզի ապահովադիրը կարողանա հստակ պատկերացնել իր իրավունքներն ու պարտականությունները:

Վերոգրյալից բխում է, որ անհրաժեշտ է **Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին** ՌԳ օրենքի 81-րդ հոդվածը լրացնել և շարադրել հետևյալ կերպ. **Ապահովագրողը պարտավոր է ապահովադիրին (հաճախորդին) գրավոր ներկայացնել և բանավոր բացատրել ապահովագրության պայմանագրի բոլոր պայմանները, նրա իրավունքները և պարտականությունները, վերջինիս անհասկանալի ապահովագրական եզրույթները, ինչպես նաև այդ պարտականության չկատարման համար պատահանատվությունը**:

Ապահովագրողի պարտականությունը՝ պայմանավորված բարեխղճության սկզբունքով (Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՌԳ օրենքի 81-րդ հոդվածի վերաբերյալ) ամրագրվել է նաև Ֆինանսական հաշտարարի պրակտիկայում: Գործ 21-ում մասնավորապես նշում է.

«...Բոլոր այն դեպքերում, երբ ապահովագրության պայմանագիրը ձևակերպված չի լինի այնպես, որ ապահովադիրը հստակ պատկերացում կազմի ապահովագրական պատահարի դեպքում իր կողմից ձեռնարկվելիք միջոցների կամ ներկայացվելիք փաստաթղթերի մասին, կամ հաճախորդին գոնե բանավոր կերպով բացատրված կամ պարզաբանված չեն լինի կոնկրետ դեպքերում իր իրավունքներն ու պարտականությունները, ապա Յաշտարարը կարող է որոշում կայացնել հօգուտ հաճախորդի, եթե ապահովագրական ընկերության վերոնշյալ պարտականության չկատարումն է հանգեցրել ապահովագրական հատուցում տալը մերժելուն»²¹⁰:

Ինչ վերաբերում է ԿԲԱ պայմանագրում ապահովագրողի իրավունքներին և պարտականություններին, ապա պետք է պնդել, որ ներկայումս դրանք ավելի անորոշ են, քան ապահովադիրի իրավունքներն ու պարտականությունները: Օրինակ՝

²¹⁰ Տե՛ս Ֆինանսական հաշտարար, Գործ 21 - Պահանջ-դիմում ուղղված ՌԳ-ում գործող Ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված առողջության ապահովագրության հետ, ԷԼ. Աղբյուր <http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/Naxadep-22.pdf> (դիտելու ամսաթիվ՝ 10.05.2015թ.):

ապահովագրողին իրավունք է վերապահված քաղաքացու առողջությանը պատճառված վնասի համար պատասխանատու իրավաբանական կամ ֆիզիկական անձանցից պահանջել ծախսերի փոխատուցում այն գումարի սահմաններում, որը ծախսվել է ապահովագրվածին բժշկական օգնություն ցույց տալու համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ վնասը պատճառվել է ապահովադրի կողմից:

Բացի իրավունքներից, ապահովագրողի վրա դրվում են պարտականություններ, որոնք կարելի է բաժանել 2 խմբի՝ ռիսկ կրելու և ապահովագրական փոխատուցում (ապահովագրական գումար) վճարելու պարտականություններ:

Ռիսկ կրելու պարտականությունն ստանձնելով՝ ապահովագրողը պետք է պայմանագրում հստակ և հասկանալի բնութագրի ապահովագրվող ռիսկը, որում ապահովագրողը պարտավոր է նշել առաջնային բացառությունները, որոնք ապահովագրական պաշտպանության տակ չեն առնվում: Եթե գոյություն ունեն երկրորդային բացառություններ, ապա դրանք նույնպես պետք է նշվեն:

Ռիսկը կրելիս ապահովագրողը ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1000²-րդ հոդվածով նախատեսված կարգով իրավունք ունի ստուգել ապահովագրված օբյեկտի վիճակը, ինչպես նաև ապահովադրի կողմից ապահովագրության օբյեկտի մասին իրեն հայտնած տեղեկությունների և իրական հանգամանքների համապատասխանությունը՝ անկախ այն բանից՝ ապահովագրության պայմանները փոփոխվել են, թե՞ ոչ:

Ընդհանուր առմամբ մի շարք դեպքերում ապահովագրողն իրավունք ունի հրաժարվելու պայմանագրային պարտավորությունների կատարումից կամ վնասի հատուցման կամ ապահովագրական գումար վճարելու մասով փոփոխել պայմանները: Դահնարավոր է այն դեպքերում, երբ ապահովադիրը.

- հայտնել է ոչ հավաստի, այսինքն ակնհայտ սուտ կամ ոչ լրիվ տվյալներ այն հանգամանքների վերաբերյալ, որոնք էական նշանակություն ունեն ռիսկի աստիճանի գնահատման համար,
- ապահովագրողին չի տեղեկացրել ռիսկի էական

փոփոխություններին, ապահովագրողին սահմանված կարգով չի տեղեկացրել ապահովագրական պատահարի մասին կամ ապահովագրական կազմակերպության ներկայացուցչի համար խոչընդոտներ է ստեղծել վնասի առաջացման հանգամանքների, բնույթի կամ չափի որոշման հարցում,

- վնասի չափի որոշման համար անհրաժեշտ փաստաթղթեր չի տրամադրել,
- միջոցներ չի ձեռնարկել վնասի կանխարգելման կամ դրա չափերի նվազեցման ուղղությամբ, որն էլ առաջացրել է անուղղելի հետևանքներ:

ԿԲԱ իրավահարաբերություններին քիտղ պարտականություններին մի որոշակի բեռ ապահովագրողի հետ միասին ընկնում է բժշկական ծառայություններ մատուցողի վրա: Ընդ որում, նախ և առաջ անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկական ծառայություններին կուեկտիվ կատարողի պարտականությունները տարբերվում են անհատի պարտականություններին, քանի որ վերջին հաշվով բժշկական ծառայության անմիջական մատուցումն իրականացնում է անհատ-բժիշկը:

Այստեղից հետևում է, որ բժշկական ծառայություն մատուցողի պարտականություններին ծավալը բացահայտելու համար անհրաժեշտ է ճշտել բժշկի պարտականություններին սահմանը:

Ինչ վերաբերում է ԿԲԱ համակարգում բժշկական ծառայություններ մատուցողների կոնկրետ պարտականություններին, ապա դրանց սահմանման համար անհրաժեշտ է դիմել Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքին:

Այս օրենքի 19-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են՝

ա) յուրաքանչյուր մարդու ցուցաբերել անհետաձգելի, առաջին բժշկական օգնություն՝ անկախ այդ օգնության դիմաց վարձատրությունը երաշխավորող հիմքերի և այլ հանգամանքների առկայությունից.

բ) ապահովել ցուցաբերվող բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների

համապատասխանությունը սահմանված չափանիշներին.

գ) յուրաքանչյուրին տեղյակ պահել նրան տրամադրվելիք բժշկական օգնության և սպասարկման տվյալ տեսակի, մեթոդների, ծավալների, տրամադրման կարգի և պայմանների մասին.

դ) յուրաքանչյուր մարդու կամ բժշկական օգնության համար այլ վճարողների պահանջով տրամադրել անհրաժեշտ տվյալներ հիվանդին ցուցաբերած բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների և այդ նպատակով կատարված ծախսերի մասին.

ե) ապահովել մարդու՝ բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիությունը, բացի Չայաստանի Չանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից.

զ) ներկայացնել վիճակագրական և այլ տեղեկություններ՝ Չայաստանի Չանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով.

է) հոգատար և հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերել հիվանդների նկատմամբ:

Ինչ վերաբերում է ապահովագրված անձանց իրավունքներին ու պարտականություններին, ապա տվյալ իրավահարաբերություններին բնորոշ իրավունքների և պարտականությունների սահմանման դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել մի շարք առանձնահատկություններ.

ա) ապահովագրված անձանց վրա տարածվում է այն իրավունքների և պարտականությունների ամբողջ ծավալը, որը հատուկ է ապահովադրին և շահառուին:

բ) ԿԲԱ իրավահարաբերություններում ապահովագրված անձինք օժտված են միայն իրենց հատուկ իրավունքների և պարտականությունների ծավալով:

գ) ապահովագրված անձինք բժշկական օգնություն ստացողներ են, և հետևաբար նրանք օժտված են այն բոլոր իրավունքներով և պարտականություններով, որոնք հատուկ են հիվանդներին:

Այսպիսով կարելի է պնդել, որ ԿԲԱ պայմանագրից բխող

իրավահարաբերությունների սուբյեկտների իրավունքների և պարտականությունների ծավալը իրավունքների և պարտականությունների ամբողջություն է, որը ապահովագրության, բժշկական օրենսդրության և տրամադրվում է տվյալ կոնտրագենտին:

Ամփոփելով տվյալ հիմնախնդրի ուսումնասիրությունը՝ ցավով պետք է նշել այն փաստը, որ ներկայումս ապահովագրության մասին օրենսդրությունը չի նախատեսում պայմանագրի կողմերի կոնկրետ և հստակ արտահայտված իրավունքներ և պարտականություններ: Այդ ամենը հերթական անգամ վկայում է այն մասին, որ անհրաժեշտ է ապահովագրության մասին օրենքը լրացնել համապատասխան նորմերով:

Այսպիսով, ամփոփելով սույն պարագրաֆում կատարված վերլուծությունները՝ եկանք հետևյալ եզրահանգումների՝

1. Անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1011-րդ հոդվածում նախատեսել ապահովագրված անձի իրավունքը և այն շարադրել հետևյալ կերպ Անձնական ապահովագրության պայմանագրում նշված ապահովագրված անձը կարող է ապահովադրի կողմից փոխարինվել այլ անձով միայն ապահովագրված անձի և ապահովագրողի համաձայնությամբ և դեպքում:

2. Անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1000-րդ հոդվածում ամրագրել ապահովադրի պարտականությունը: Այդ իսկ պատճառով առաջարկում ենք այն շարադրել հետևյալ կերպ Ապահովագրության պայմանագիրը կնքելիս ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին տեղեկություններ հայտնել ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու և դրա արդյունքում հնարավոր վնասի չափը որոշելու համար էական նշանակություն ունեցող հանգամանքների մասին, որոնք հայտնի են կամ կարող են հայտնի լինել ապահովադրին, ինչպես նաև պահանջվել են ապահովագրողի կողմից:

3. Անհրաժեշտ է Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքի 81-րդ հոդվածը լրացնել և շարադրել հետևյալ կերպ Ապահովագրողը պարտավոր է ապահովադրին (հաճախորդին) գրավոր ներկայացնել և բանավոր բացատրել ապահովագրության պայմանագրի բոլոր պայմանները, նրա

իրավունքները և պարտականությունները, վերջինիս անհասկանալի աստիճանական եզրույթները, ինչպես նաև այդ պարտականություն չկատարման համար պատասխանատվությունը :

3.3 Կամավոր բժշկական աստիճանական պայմանագրի կողմերի պատասխանատվությունը

ԿԲԱ պայմանագրից բխող քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հարցը բժշկական ծառայությունների մատուցման և ԿԲԱ իրավահարաբերություններում դեռևս թերի է ուսումնասիրված, իսկ իրավաբանական գրականության մեջ դրա սահմանումը վիճելի է: Դրա պատճառն այն է, որ մեր երկրում անվճար բժշկության առկայության պայմաններում երկար ժամանակ գոյություն ունեցող այնպիսի հասկացություն, ինչպիսին է բժշկական ծառայությունների ոլորտում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը: Բժշկական ծառայությունների մատուցման ոլորտում իրավախախտում թույլ տալու դեպքում խոսք կարող էր լինել միայն կարգապահական, վարչական կամ քրեական պատասխանատվության մասին, որը կարգավորվում էր համապատասխանաբար աշխատանքային, վարչական և քրեական օրենսդրության նորմերով:

Որոշ հեղինակներ քաղաքացիաիրավական պատասխանատվություն հասկացությունը բնութագրում են որպես պետական հարկադրանքի եղանակ: Այսպես օրինակ, Վ.Պ.Գրիբանովը այն բնութագրում է որպես պետական հարկադրանքի միջոց՝ կապված գույքային բնույթի սանկցիաների կիրառման հետ, որոնք ուղղված են խախտված իրավունքների վերականգնմանը և քաղաքացիական շրջանառության իրավահավասար մասնակիցների տնտեսական նորմալ հարաբերությունների խթանմանը²¹¹: Ս.Ն.Բրատուսը գտնում էր, որ իրավաբանական պատասխանատվությունը պարտավորության կատարումն է պետական կամ դրան հավասարեցված հասարակական հարկադրանքի հիման վրա: Ընդ որում, նա համարում է, որ պարտավորության ինքնակամ կատարումը իրավաբանական

²¹¹ Ст' у Грибанов В. П. Осуществление и защита гражданских прав. М.: 2000, էջ 299:

պատասխանատվությունն է՝²¹²:

Օ.Ս.Իոֆֆեն գտնում է, որ ցանկացած իրավական պատասխանատվության ընդհանուր հատկանիշը այն է, որ պատասխանատվության յուրաքանչյուր միջոց հանդես է գալիս որպես պետական հարկադրանքով ապահովված սանկցիա: Պատասխանատվությունը՝ որպես կատարված քաղաքացիական իրավախախտման բացասական հետևանք, արտահայտվում է կամ չկատարված պարտականությունը նոր պարտականությամբ փոխարինելու, կամ խախտված պարտականությունը նոր, լրացուցիչ պարտականության միացնելու կամ այն իրավունքից զրկելու մեջ, որից բխել է խախտված պարտականությունը...²¹³:

Ինչպես իրավամբ նշում է Տ. Կ. Բարսեղյանը, դժվար թե կարելի է համաձայնել այն տեսակետի հետ, որը ոչ միայն նույնացնում է թեկուզ և միմյանց հետ սերտորեն կապված, մեկը մյուսին պայմանավորող, բայց այնուհանդերձ միմյանցից տարբերվող «սանկցիա» և «պատասխանատվություն» հասկացությունները, այլ և անբարենպաստ հետևանքների առաջացումը համարում է ներհատուկ միայն պատասխանատվության միջոցների համարվող սանկցիաներին: Ինչպես իրավագիտորեն նկատում է հեղինակը, սանկցիան իրավանորմով կամ պայմանագրով նախատեսված ներգործության միջոց է, իրավախախտման համար նախատեսված անշահավետ հետևանք, որի կիրառման համար ամենաքիչը անհրաժեշտ է, որ խախտված լինեն սուբյեկտիվ իրավունքներ, և տուժողը դրսևորի սանկցիա կիրառելու ցանկություն: Սանկցիայում նախատեսված ներգործության միջոցները սոսկ վերացական հնարավորություն են, որոնց կիրառելիությունը, օգտակարությունը և ներգործությունը կախված են և տուժողի ցանկությունց, և պատասխանատվության գործընթացն ապահովող հիմքերի ու պայմանների առկայությունից: Յետևաբար, սանկցիան՝ որպես արտենցիալ հնարավորություն, միշտ գոյություն ունի, իսկ իրավական պատասխանատվությունը վրա է հասնում միայն սուբյեկտիվ իրավունքների իրական խախտման դեպքում՝ որպես իրավական սանկցիայով նախատեսված որոշակի հետևանքների

²¹² Տե՛ս **Братусь С. Н.** Юридическая ответственность и законность. М. 1976, էջ 85-86:

²¹³ **Иоффе О. С., Шаргородский М. Д.** Вопросы теории права. М., 1961, էջ 317:

իրականացման գործընթաց, սանկցիայի կիրառման գործառնություն²¹⁴:

Նշված մոտեցումները ներառում են նաև այլ թերություններ. մասնավորապես՝ պարտավորության հարկադիր կատարման և օպերատիվ ներգործության միջոցները սանկցիա չեն համարում՝ գտնելով, որ դրանք պարտապանի համար անբարենպաստ հետևանքներ չեն առաջացնում²¹⁵:

Քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հասկացության սահմանման վերաբերյալ ընդունված է մեկ մոտեցում ևս: Այն արտացոլում է միայն դրա պրակտիկ կողմերը՝ կապված համապատասխան իրավական նորմերի կիրառման հետ, որոնք պատասխանատվություն են նախատեսում պայմանագրային պարտավորության խախտման համար: Տվյալ դեպքում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը դիտվում է որպես պարտավորության խախտում թույլ տված պարտապանի պարտականություն՝ պարտատիրոջը հատուցել պատճառված վնասները և վճարել օրենքով կամ պայմանագրով սահմանված տուգանքը²¹⁶:

Մեր կարծիքով, քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հասկացության առավել լիարժեք սահմանումը տվել է Տ.Կ.Բարսեղյանը: Նա պնդում է, որ **քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը սուբյեկտիվ իրավունքներին վնաս պատճառող իրավախախտմաներից սուբյեկտի շահերի պաշտպանությունն ապահովելու համար օրենքով կամ կողմերի պայմանավորվածությամբ սահմանված այն հատուկ սանկցիաների կիրառման գործառնություն է, որի արդյունքում իրավախախտող զրկվում է որոշակի նյութական բարիքներից**²¹⁷:

Կարծում ենք, որ հենց այդ հասկացությունը առավել կոնկրետ է արտահայտում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության տարբերությունը իրավաբանական պատասխանատվության այլ տեսակներից:

Ապահովագրության պայմանագրով քաղաքացիաիրավական

²¹⁴ Տե՛ս **Բարսեղյան Տ. Կ.** Գոլյբային պատասխանատվության ինստիտուտի էվոլյուցիան և արդիական հիմնահարցերը: Երևան, 2006, էջ 47-48:

²¹⁵ Տե՛ս նույն տեղում, էջ 49:

²¹⁶ Տե՛ս Гражданское право России: Курс лекций. Ч.1 /Под ред. **Садикова О. Н.**. М.: Юрид. лит., 1996, էջ 269:

²¹⁷ Տե՛ս **Բարսեղյան Տ. Կ.** Գոլյբային պատասխանատվության ինստիտուտի էվոլյուցիան և արդիական հիմնահարցերը: Երևան, 2006, էջ 58:

պատասխանատվությունը համանուն պատասխանատվության տարատեսակ է: Ըստ այդմ, կարելի է եզրակացնել, որ ԿԲԱ իրավահարաբերություններում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը օրենքով կամ կողմերի պայմանավորվածությամբ սահմանված այն հատուկ սանկցիաների կիրառման գործառույթն է, որի արդյունքում իրավախախտողը գրկվում է որոշակի նյութական բարիքներից:

Իրավունքի գիտության մեջ ընդունված է քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը բաժանել տարբեր տեսակների. օրինակ, չափանիշներից մեկը պատասխանատվությունը մի քանի անձանց միջև բաշխելու առանձնահատկությունն է: Որպես քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության տեսակների բաժանման չափանիշ Վ. Պ. Գրիբանովը նշում է քաղաքացիական իրավունքի այս կամ այն ինստիտուտի նորմերով կարգավորվող հասարակական հարաբերությունների բնույթը²¹⁸:

Մեր կարծիքով, ԿԲԱ պայմանագրով քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հարցի բազմակողմանի ուսումնասիրության համար առավել գործնական հետաքրքրություն է ներկայացնում այն տեսակների բաժանելը՝ պայմանավորված ուսումնասիրվող իրավահարաբերությունների սուբյեկտային կազմով:

Դեպքերը, որոնց վրա հասնելիս ապահովագրական իրավահարաբերության մասնակիցների նկատմամբ կարող են կիրառվել քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության միջոցներ, կարելի է բաժանել երեք խմբի՝ ապահովարի պատասխանատվություն, ապահովագրողի պատասխանատվություն, բժշկական ծառայություն մատուցողի պատասխանատվություն:

Ապահովարի պատասխանատվությունը: Ընդհանուր կանոնի համաձայն՝ ապահովարի պատասխանատվությունը հանդես է գալիս ապահովագրական հատուցման լրիվ կամ մասնակի կորստի ձևով: Այդ մասին գրավոր որոշումն ընդունվում է ապահովագրական ընկերության կողմից, իսկ մերժման դեպքում՝ պատճառաբանված հիմնավորմամբ: Ապահովարին ապահովագրական հատուցումը մերժելու հիմքեր են ապահովարի (ապահովագրված անձի) կամ

²¹⁸ Ст' у Грибанов В. П. Осуществление и защита гражданских прав. М.: 2000, էջ 346:

շահառուի՝ դիտավորությանը կատարված գործողությունները, որոնք ուղղված են ապահովագրական պատահարի առաջացմանը: Այդպիսի հետևանքների է հանգեցնում նաև ապահովագրության պայմանագիր կնքելիս ապահովադրի կողմից ապահովագրության օբյեկտի վերաբերյալ կեղծ տեղեկություններ ներկայացնելը կամ դրանք թաքցնելը (ՀՀ քաղ.օր-ի 1003¹-րդ հոդվածի 1-ին մասի 2-րդ կետ): Ի դեպ, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1020-րդ հոդվածի 3-րդ մասը և սգրեթե նույնությամբ և առավել ամբողջականորեն կարգավորում է այս հարցը: Այս առումով, կարծում ենք, անհարկի է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի երկու հոդվածներում գրեթե նույն բովանդակությամբ միևնույն իրավահարաբերության կարգավորումը:

Նույնը վերաբերում է նաև ՀՀ քաղ.օր-ի 1003¹-րդ հոդված 1-ին մասի 1-ին կետին, որն ամբողջությամբ ամրագրված է նույն օրենսգրքի 1019-րդ 1-ին և 1020-րդ հոդվածի 1-ին մասի 2-րդ կետում:

Կարծում ենք՝ այս հարցը առավել ճիշտ է կարգավորված ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքում, որտեղ այս հարաբերության կարգավորումը նախատեսված է միայն ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 963-րդ հոդվածով՝ վերնագրված «Ապահովադրի, ապահովագրված անձի կամ շահառուի մեղքով ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու հետևանքները»: Ուստի գտնում ենք, որ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում անհարկի կրկնություններից խուսափելու նպատակով նշված իրավահարաբերության կարգավորումը պետք է թողնել միայն ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1019-րդ 1-ին մասում:

Հատուցման մերժման հիմք է նաև ապահովադրի՝ երրորդ անձի կողմից հատուցում ստանալը, որը պատասխանատու է պատճառված վնասի համար այն չափով, որքանով հատուցում ստացվել է վնաս պատճառած անձից:

Այսպիսով, առաջին խումբն են կազմում այն դեպքերը, որտեղ պարտականությունների կատարումը խախտվում է ապահովադրի կողմից, և առաջացնում հետևյալ իրավական հետևանքները.

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1000-րդ հոդվածի 3-րդ մասի համաձայն՝ «Եթե ապահովագրության պայմանագիրը կնքելուց հետո պարզվել է, որ ապահովադիրը սույն հոդվածի 1-ին կետում նշված

հանգամանքների մասին ապահովագրողին հայտնել է ակնհայտ սուտ տեղեկություններ, ապա ապահովագրողն իրավունք ունի պահանջելու անվավեր ճանաչել պայմանագիրը և կիրառել սույն օրենսգրքի 313-րդ հոդվածի 2-րդ կետով նախատեսված հետևանքները: Այսպիսով, ապահովագրողն իրեն պատճառված իրական վնասի հատուցման իրավունք ունի:

Ապահովադրի կողմից ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1015-րդ հոդվածի 1-ին մասով նախատեսված է, որ Ապահովադրի կամ շահառուի կողմից ոչ կյանքի ապահովագրության պայմանագրի գործողության ընթացքում սույն հոդվածի 1-ին կետով նախատեսված ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին անհապաղ հայտնել պայմանագիրը կնքելիս ապահովագրողին հայտնած հանգամանքների՝ իրեն հայտնի դարձած փոփոխությունների մասին, եթե այդ փոփոխությունները կարող են որակապես ազդել ապահովագրական ռիսկի մեծանալու կամ նվազելու վրա: Այս պարտականությունները չկատարելու դեպքում ապահովագրողն իրավունք ունի չվճարելու ապահովագրական հատուցումը և պահանջելու լուծել ապահովագրության պայմանագիրը և հատուցելու պայմանագրի լուծմամբ իրեն պատճառված վնասները կամ նվազեցնելու հատուցման չափը կամ չնվազեցնելու ապահովագրավճարը:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1010-րդ հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն՝ եթե ապահովագրության պայմանագրի ուժի մեջ մտնելու պահից 14-օրյա ժամկետում ապահովադիրը չի վճարում միանվագ կամ առաջին հերթական ապահովագրավճարը, ապա ապահովագրողն իրավունք ունի միակողմանի լուծելու ապահովագրության պայմանագիրը, եթե պայմանագրով նախատեսված չէ այլ ժամկետ կամ ապահովագրավճարի մուծման տարաժամկետման հնարավորություն: Նույն հետևանքն է նախատեսում նաև վերոնշյալ հոդվածի 7-րդ մասը, եթե լրացուցիչ ժամկետի ընթացքում ապահովադիրը չի վճարում ապահովագրավճարը:

Ապահովագրավճարի չվճարման իրավական հետևանքներին վերաբերող գրականության մեջ առկա է երկու վիճելի հարց՝ արդյոք կարող է ապահովագրության պայմանագիրը ապահովագրավճարը սահմանված ժամկետում չվճարելու հետևանքով

կասեցվել, թե՞ այն կարող է միայն վաղաժամ կետ դադարել:

Պայմանագրի կասեցումը ապահովագրողի կողմից սանկցիայի կիրառում է ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարի վճարման ժամկետի խախտման համար: Ապահովագրողը իրավունք ունի միակողմանի կասեցնել ԿԲԱ պայմանագրի գործողությունը՝ այդ մասին ծանուցելով ապահովադրին: Այլ կերպ ասած՝ կասեցում նշանակում է ապահովագրության ժամկետի ընդմիջում և ենթադրում է մի ժամանակահատված, երբ համապատասխան իրադարձությունները չեն համարվում ապահովագրական պատահարներ²¹⁹:

Այսպես օրինակ՝ Ինգո-Արմենիա ապահովագրական ընկերության կողմից առաջարկված ԿԲԱ պայմանագրի պայմաններին համապատասխան ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրավճարի մի մասի կամ ամբողջ ապահովագրավճարի՝ պայմանագրով նախատեսված ժամկետներում Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից չվճարվելու դեպքում կասեցնել ապահովագրական պայմանագրով իր պարտավորությունների կատարումը կամ դադարեցնել ապահովագրության պայմանագիրը ²²⁰:

Իսկ Սիլ Ինշուրանսի կողմից կիրառվող Առողջության ապահովագրության դրույթներ և պայմաններ -ի 5.7-ում նշված է, որ Պայմանագրով/Վկայագրով այլ բան նախատեսված չլինելու դեպքում ապահովագրության Պայմանագրով/Վկայագրով սահմանված ժամկետում ապահովագրավճարը չվճարելու դեպքում, Ապահովագրողն իրավունք ունի միակողմանի և լուծել պայմանագիրն՝ այդ մասին գրավոր ծանուցելով Ապահովադրին ²²¹:

Յու.Ֆոգելսոնի կարծիքով, կասեցման օրինակականությունը կասկածելի է հետևյալ պատճառով. պայմանագրով պայմանավորված ապահովագրության գործողության կասեցման մասին պայմանը՝ որպես ժամանակին չվճարված հերթական ապահովագրավճարի հետևանք, ստեղծում է կողմերի շահերի անհավասարակշռություն (դիսբալանս): Բայց այս խնդիրն առկա է ոչ միայն պայմանագրի

²¹⁹ Տե՛ս **Дедиков С. В.** Договор добровольного медицинского страхования // Цивилист. 2006. N 4:

²²⁰ Տե՛ս Բժշկական ապահովագրության կանոններ (Էլ. աղբյուր՝ http://www.ingoarmenia.am/uploads/files/Medical%20insurance%20rules_%20eng.pdf):

²²¹ Տե՛ս Առողջության ապահովագրության դրույթներ և պայմաններ (Էլ. աղբյուր՝ http://www.silinsurance.am/images/file/Med_%20insurance%20cond.pdf):

գործողության կատարման, այլ նաև ապահովագրության պայմանագրի գործողության լրիվ դադարեցման դեպքում՝ որպես հերթական ապահովագրավճարը չվճարելու հետևանք²²²:

Հերթական ապահովագրավճարը սահմանված ժամկետում չվճարելու վերաբերյալ պայմանագրի գործողությունը դադարեցնելու հնարավորության հարցի շուրջ ՌԴ-ում ձևավորվել էր երկու մոտեցում: Մեկը բխում էր ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 954-րդ հոդվածի 3-րդ մասից ու պայմանագրի ազատությանից և կայանում նրանում, որ այդ հիմքով պայմանագրի դադարեցումը հնարավոր է: Ընդ որում, ՌԴ դատական պրակտիկայում մինչև 2004թ. ձևավորվել էր հենց այդպիսի դիրքորոշում²²³: Բայց 2003թ. վերջերին ՌԴ բարձրագույն արբիտրաժային դատարանների նախագահների խորհրդում արտահայտվել էր այլ դիրքորոշում՝ հիմնված թույլ կողմի պաշտպանության սկզբունքի վրա, որում նշվում էր, որ անթույլատրելի է որպես սահմանված ժամկետում ապահովագրավճար չվճարելու հետևանք պայմանագրի գործողությունը մեքենայորեն դադարեցնելը առանց ապահովարին նախնական ծանուցման և առանց նրան հնարավորություն ընձեռելու գիտակցելու և ուղղելու ստեղծված իրավիճակը²²⁴:

Գտնում ենք, որ այս դիրքորոշումը թույլ է տալիս վերացնել կողմերի շահերի անհավասարակշռությունը, սակայն, ճիշտ կլինի, որ այն ամրագրվի օրենսդրորեն:

Արտասահմանյան իրավակարգերը չեն սահմանափակվում պայմանագրի ոչ արդարացի (անբարեխիղճ) պայմաններից բխող պաշտպանության ընդհանուր միջոցներով, այլ ապահովարին հաճախ հնարավորություն են տալիս խնդիրը լուծել առանց պայմանագրին անդրադառնալու:

Այսպես, □Ապահովագրական պայմանագրի□ մասին Գերմանիայի օրենքի 39-րդ հոդվածը ուղղակիորեն նախատեսում է պայմանագրից

²²² Տե՛ս **Фогельсон Ю. Б.** Страховое право: теоретические основы и практика применения ("Норма", "Инфра-М", 2012)/ СПС КонсультантПлюс:

²²³ Տե՛ս Постановление ФАС Московского округа от 13 января 2003 г. N КГ-А40/8597-02; Постановление ФАС Волго-Вятского округа от 8 февраля 2000 г. N А43-4829/99-23-206; Постановление ФАС Уральского округа от 17 мая 2000 г. N Ф09-617/2000-ГК:

²²⁴ Տե՛ս Президиум высшего арбитражного суда РФ. Информационное письмо от 28 ноября 2003 г. N 75, Обзор практики по страховым спорам (п. 16). / СПС КонсультантПлюс:

ապահովագրողի հրաժարվելու անհրաժեշտությանը՝ պայմանավորված ապահովագրավճարի ժամկետանցությանը: Ընդ որում, ապահովադրին պետք է հիշեցնում արվի վճարելու մասին, որը մերժվելու դեպքում բնականաբար և արդարացիորեն ապահովագրողին իրավունք է տալիս հրաժարվել պայմանագրից²²⁵:

ԱՄՆ օրենսդրությանը նույնպես բացառում է ապահովագրության պայմանագրի գործողության մեքենայորեն դադարեցումը՝ առանց ապահովադրին ծանուցելու և նրան հնարավորություն տալու վճարել ապահովագրավճարը թեկուզ ժամկետի բացթողնմամբ²²⁶:

Այսպիսով, արտասահմանյան երկրների իրավակարգերը միասնական մոտեցում ունեն ապահովագրավճարը վճարելու ժամկետի խախտման դեպքում ապահովագրության պայմանագրի գործողությանը մեքենայորեն և անմիջապես դադարեցնելու հարցում:

Նույնը վերաբերում է նաև պայմանագրով ամրագրված ապահովագրության գործողության կասեցման պայմանին:

Մենք ևս համակարծիք ենք, որ մինչև ապահովագրավճար չվճարելու պատճառով ապահովագրական պայմանագրի դադարեցումը ապահովագրողը նախապես պետք է գրավոր ծանուցի ապահովադրին ապահովագրավճար վճարելու անհրաժեշտության մասին՝ տրամադրելով նրան ողջամիտ ժամկետ:

Իսկ ինչ վերաբերում է ապահովագրության պայմանագրի կասեցմանը, ապա դրա կիրառումը հակասում է օրենսդրությանը, քանի որ նման սանկցիան խախտում է ԿԲԱ կոլեկտիվ պայմանագրում ապահովագրված անձի և անհատական պայմանագրում ապահովադրի իրավունքները: Պայմանագրի կասեցումը կատարվում է ապահովագրողի նախաձեռնությամբ՝ առանց ապահովադրի հետ համաձայնեցնելու, և հետևաբար կարող են էապես վտանգվել բժշկական օգնության դիմող անձանց շահերը²²⁷:

²²⁵ Տե՛ս **Фогельсон Ю. Б.**, Страховое право: теоретические основы и практика применения: Монография, 2012 /СПС КонсультантПлюс:

²²⁶ Տե՛ս նույն տեղում:

²²⁷ Տե՛ս **Овчинникова Ю. С.** Договор добровольного медицинского страхования: основные черты и проблемы применения «Право и экономика», 2011, N8// СПС КонсультантПлюс:

Ապահովագրողի պատասխանատվությունը: Ապահովագրողի քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության ինստիտուտը ապահովագրական օրենսդրության մեջ ամենախճճվածներից մեկն է, քանզի պատասխանատվության այս տեսակը հանգում է ապահովագրողի՝ ապահովագրական դեպքի վրա հասնելիս ապահովագրական գումարը վճարելու պարտականությանը:

Այսպես, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1024-րդ հոդվածի համաձայն՝ օտեթե անձը, որի վրա օրենքով դրված է ապահովագրության պարտականությունը, չի իրականացրել այն կամ ապահովագրության պայմանագիրը կնքել է օրենքով սահմանված պայմանների համեմատությամբ շահառուի դրությունը վատթարացնող պայմաններով, ապա ապահովագրական պատահարը վրա հասնելու դեպքում նա պարտավորվում է շահառուին վճարել այն չափի գումար, որը նա կստանար, եթե ապահովագրությունն իրականացվեր պառչած կարգով:

Այս հոդվածից բխում է, որ ապահովագրողի պատասխանատվությունը սահմանափակվում է ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտականությամբ:

Գործող օրենսդրությունը ապահովագրողի համար սահմանում է նաև պատասխանատվությունն ապահովագրության պայմանները չկատարելու համար: Այսպես, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1014-րդ հոդվածի 5-րդ մասի համաձայն՝ Ապահովադրի (շահառուի) կողմից ապահովագրության պայմանագրից վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում նրան վերադարձվում են պայմանագրի չլրացած ժամկետի համար մոծված ապահովագրավճարները՝ սահմանելով կատարված ծախսերը, եթե դրանք նախատեսված են ապահովագրության պայմանագրով: Եթե ապահովադրի պահանջները պայմանավորված են ապահովագրողի կողմից ապահովագրության պայմանագրի պայմանների խախտմամբ, ապա վերջինս ապահովադրին է վերադարձնում վճարված ապահովագրավճարներն ամբողջությամբ, եթե ապահովագրության պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ:

Պետք է նշել, որ գործող օրենսդրությունը նեղ է մեկնաբանում ապահովագրողի պատասխանատվությունն այն առումով, որ վերը նշված դեպքում անտեսվում է այն հանգամանքը,

որ անձը, ում վրա դրված է ապահովագրության պարտականությունը, շնորհիվ այն բանի, որ չի կատարել իր պարտականությունը կամ այն կատարել է ոչ պատշաճ կարգով, անհիմն խնայում է այդ գումարները: Գտնում ենք, որ օրենսդրությունը պետք է նախատեսի կամավոր ապահովագրական հարաբերություններում ուրիշի դրամական միջոցներն օգտագործելու համար գումարի տկոսների բռնագանձման հնարավորությունը՝ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 411-րդ հոդվածով սահմանված կարգով:

Այսպիսով, մեզ թվում է ոչ միայն տրամաբանական, այլև նպատակահարմար է լրացնել ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1014-րդ հոդվածի 5-րդ մասը հատուկ նորմով, որը կներառի ապահովագրողի կողմից կամավոր ապահովագրության պայմանագրի խախտման հետևանքները: Մասնավորապես, պետք է ապահովագրավճարը վերադարձնելու ժամկետը խախտելու դեպքում հնարավորություն նախատեսել ուրիշի դրամական միջոցների օգտագործման համար ապահովագրողից բռնագանձել տկոսներ օրենսգրքի 411-րդ հոդվածով սահմանված կարգով:

Անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1014-րդ հոդվածի 5-րդ մասը շարադրել հետևյալ կերպ. □Ապահովագրողի կողմից պայմանագրի խախտման համար ապահովագրի նախաձեռնությամբ պայմանագրի լուծման դեպքում ապահովագրի իրավունք ունի, եթե ապահովագրության պայմանագրով այլ բան նախատեսված չէ, ստանալու պայմանագրի գործողության ընթացքում իր կողմից վճարված ապահովագրավճարների և ստացած ապահովագրական հատուցումների դրական տարբերությունը: Եթե մինչև սույն կետի համաձայն՝ պայմանագիրը լուծելու օրն ապահովագրական հատուցում չի կատարվել, ապա ապահովագրի իրավունք ունի ապահովագրավճարները հետ ստանալու ամբողջությամբ: Եթե պայմանագրի լուծման հիմք հանդիսացած խախտումը պայմանագրով վճարման ենթակա հատուցման ոչ լրիվ կատարումն է, ապա ապահովագրի իրավունք ունի հետ ստանալու ապահովագրավճարներն ամբողջությամբ: **Ապահովագրողի կողմից ապահովագրավճարի վերադարձման ժամկետի խախտման դեպքում ապահովագրի իրավունք ունի պահանջել վճարելու տկոսներ՝**

սույն օրենսգրքի 411-րդ հոդվածին համապատասխան □:

Նույնը վերաբերում է նաև ապահովագրողի կողմից ապահովագրական հատուցումը ուշացնելու դեպքերին:

Սակայն բժշկական ապահովագրության իրավահարաբերությունների բնույթը (բժշկական բաղադրիչի առկայությունը, ՌԴ-ում ԿԲԱ պայմանագրի հրապարակային բնույթից ելնելով՝ իրավահարաբերությունների կարգավորման համար սպառողների իրավունքների պաշտպանության մասին օրենսդրության նորմերի կիրառումը) թույլ է տալիս պնդել, որ ընդհանրապես բժշկական ապահովագրության և մասնավորապես կամավոր բժշկական ապահովագրության ոլորտում, քաղաքացիաիրավական **պատասխանատվության ավանդական ձևերին գուճահեռ²²⁸, խախտողի նկատմամբ կարող են կիրառվել նաև ներգործության այլ ձևեր:**

Իրավունքի դոկտրինայում ձևավորվել է նման հետևանքների դասակարգման նկատմամբ որոշակի մոտեցում, որի համաձայն՝ դրանցից մի քանիսը կարող են դասվել այն միջոցների թվին, որոնք խախտողին պարտավորությունների պատշաճ կատարման են հարկադրում՝ ապրանքի կամ կատարված աշխատանքների թերությունների վերացում, կոնտրագենտի կողմից դրանք վերացնելու համար կատարված ծախսերի հատուցում, անորակ ապրանքների փոխարինում: Մյուսներն օպերատիվ ներգործության միջոցներ են և արտացոլում են տուժող կողմի միակողմանի գործողությունների իրավունքը՝ ապրանքներից (ծառայություններից) հրաժարվելը, պայմանագրի կատարումից հրաժարվելը և այլն:

ԿԲԱ իրավահարաբերություններում ևս այդ միջոցները կարելի է բաժանել երկու խմբի՝ պարտապանի կողմից պարտավորության չկատարման կամ ոչ պատշաճ կատարման դեպքում

²²⁸ Օրինակ, Պ.Չ.Իվանիշինը ԿԲԱ իրավահարաբերություններում առանձնացնում է պարտավորությունների ոչ պատշաճ կատարման համար քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հետևյալ ձևերը. ա) ապահովագրության պայմանագրով պարտավորության ոչ պատշաճ իրականացման համար վնասների հատուցում, բ) պարտավորության ոչ պատշաճ իրականացման համար տուժանքի վճարում, գ) ուրիշի դրամական միջոցներն ապրիսի օգտագործելու համար տոկոսների վճարում, Տե՛ս **Иванишин П. 3.** Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: дис. ... канд. юрид. наук. - Казань, 2004, էջ 108:

օպերատիվ ներգործության միջոցներ և ապահովադրին/ապահովագրված անձին իրավունք տրամադրող միջոցներ, որոնք ուղղված են խախտողին՝ իր հաշվին ԿԲԱ պայմանագրով նախատեսված պարտավորությունների բնեղենով կատարմանը հարկադրելուն:

Այս վերջինի կապակցությամբ կարելի է նշել հետևյալը. 33 քաղաքացիական օրենսգրքի 413-րդ հոդվածի համաձայն՝ Պարտապանի կողմից գույք պատրաստելու և պարտատիրոջ սեփականությանը կամ օգտագործմանը հանձնելու կամ նրա համար որոշակի աշխատանք կատարելու կամ ծառայություն մատուցելու պարտավորությունը չկատարելու դեպքում պարտատերն իրավունք ունի ողջամիտ ժամկետում և ողջամիտ գնով պարտավորության կատարումը հանձնարարել երրորդ անձանց կամ այն կատարել իր ուժերով ու պարտապանից պահանջել հատուցելու իր կրած անհրաժեշտ ծախսերը կամ այլ վնասները, եթե այլ բան չի բխում օրենքից, այլ իրավական ակտերից, պայմանագրից կամ պատասխանատվության էությունից:

Սակայն բժշկական ծառայության առանձնահատկությունը ենթադրում է հայտնաբերված թերությունների վերացում միայն կրկնակի բժշկական միջամտության դեպքում, որը, սակայն, ոչ մի կերպ չի կարող հիվանդին (ԿԲԱ իրավահարաբերություններում՝ ապահովադրին) բավարարել: Վերջինիս ձեռնտու է պարտավորության ոչ պառչած կատարողի նկատմամբ ներգործության այլ միջոցներ կիրառելը՝ նրան կատարված ծախսերի հատուցման պահանջ ներկայացնելով: Մեզ թվում է, որ ԿԲԱ իրավահարաբերություններում նշված միջոցի իրացումը թույլ է տալիս պնդել, որ անորակ բժշկական ծառայությունների մատուցման դեպքում կամավոր ապահովագրության պայմանագրով ապահովադիրը կարող է ապահովագրողից պահանջել հատուցել այն ծախսերը, որոնք նակատարել է ԿԲԱ պայմանագրին կից կատարողների ցանկում չնախատեսված բժշկական ծառայություններ մատուցող այլ անձի մոտ:

Ամփոփելով վերոգրյալը՝ կարելի է նշել, որ ապահովագրողին պարտավորության պառչած կատարման հարկադրելու և ապահովադիրների/ապահովագրված անձանց իրավունքների

պաշտականության տեսակետից ապահովարի նկատմամբ պարտավորության չկատարման կամ ոչ պատշաճ կատարման դեպքում այլ հետևանքների կիրառումը կարող է լինել ավելի արդյունավետ և նպատակահարմար, քան վնասների փոխատուցումը, տուժանքի վճարումը կամ տոկոսների գանձումը:

Բժշկական ապահովագրության իրավահարաբերության նկատմամբ բժշկական ծառայության նկատմամբ մատուցողի պատասխանատվության ներքո:

ԿԲԱ իրավահարաբերության նկատմամբ բժշկական ծառայության նկատմամբ մատուցողի պատասխանատվության հարցն ուսումնասիրելիս անհրաժեշտ է կատարել բժշկական ծառայության նկատմամբ տարբերակում՝ հաշվի առնելով նրանց կազմակերպչական և անձնային առանձնահատկությունները, **քանի որ ԿԲԱ իրավահարաբերության նկատմամբ բժշկական ծառայության նկատմամբ մատուցող կարող են լինել ցանկացած կազմակերպչական ձևի իրավաբանական անձինք, մասնավոր բժշկական գործունեության վրա զբաղվող ֆիզիկական անձինք, ինչպես նաև բժշկական կազմակերպություններում որպես աշխատանքային պարտականության նկատմամբ բժշկական ծառայության նկատմամբ մատուցող ֆիզիկական անձինք:**

Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ հետաքրքրությունն է ներկայացնում նախև առաջ ցանկացած կազմակերպչական ձևի բժշկական կազմակերպությունների, ինչպես նաև մասնավոր բժշկական գործունեության վրա զբաղվող ֆիզիկական անձանց պատասխանատվությունը: Դրա պատճառն այն է, որ չնայած կազմակերպություններում որպես աշխատանքային պարտականության նկատմամբ բժշկական ծառայության նկատմամբ մատուցող բուժաշխատողը քրեական, վարչական և աշխատանքային պատասխանատվության սուբյեկտ է, այնուամենայնիվ քաղաքացիական պատասխանատվության սուբյեկտ չի համարվում: Այդ է վկայում ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1062-րդ հոդվածը, որի համաձայն՝ աշխատանքային պարտականության նկատմամբ կատարելիս աշխատողի պատճառված վնասի համար պատասխանատվություն է կրում գործատու:

Ինչ վերաբերում է ապահովագրված անձանց բժշկական ծառայություններ մատուցող մասնավոր բժշկական գործունեություններ ամբողջականությամբ զբաղվող բժշկի պարտականությունը՝ հատուցել անորակ բժշկական ծառայություն մատուցելու հետևանքով պատճառված վնասը, ապա այս պարտականությունն ամբողջովին համապատասխանում է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1058-րդ հոդվածի դրույթներին:

ԿԲԱ պայմանագրով նախատեսված կարգով ապահովադիրն ոչ որակյալ ծառայություն մատուցելու համար պատասխանատու կողմին որոշելու դեպքում անհրաժեշտություն է առաջանում առանձնացնել նշված ծառայության մատուցմանը մասնակցող անձանց և որոշել նրանց պատասխանատվության սահմանները:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1088-րդ հոդվածը սահմանում է, որ 1. Քաղաքացու կյանքին, **առողջությանը** կամ գույքին կամ իրավաբանական անձի գույքին՝ ապրանքների, աշխատանքների կամ ծառայությունների կառուցվածքային, բաղադրամասային կամ այլ թերությունների, ինչպես նաև ապրանքի, աշխատանքի, ծառայության մասին ոչ ճիշտ կամ ոչ բավականաչափ ճշգրիտ տեղեկատվություն տրամադրելու հետևանքով պատճառված վնասը ենթակա է հատուցման ապրանք վաճառողի կամ արտադրողի, աշխատանք կատարողի կամ **ծառայություններ մատուցողի կողմից**՝ անկախ նրանց մեղքից և նրանց հետ տուժողի պայմանագրային հարաբերությունների մեջ գտնվելու պարագայից:

Անկախ այն բանից, թե որ պայմանագիրն է համարվում բժշկական ծառայության մատուցման հիմք՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության, թե՞ վճարովի բժշկական ծառայություններ մատուցելու (կամավոր բժշկական ապահովագրություն) պայմանագիրը, սահմանվում է նաև այդ ծառայությունը մատուցողին քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության ենթարկելու կարգը:

Պրակտիկայում առողջապահության նույն ոլորտի նմանատիպ իրավաբարաբերությունները կարող են ունենալ իրավական կարգավորման տարբեր ռեժիմներ: Եթե բժշկական ծառայությունը տրամադրվում է ՊԲԱ պայմանագրի շրջանակներում, ապա

բուժհաստատությանը դելիկտային պատասխանատվության է ենթակվում անորակ բժշկական օգնության հետևանքով ապահովագրված անձի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի համար: Իսկ եթե հաճախորդի կյանքին և առողջությանը վնասը պատճառվում է անորակ վճարովի բժշկական ծառայության տրամադրման հետևանքով, ապա վրա է հասնում թե դելիկտային, թե պայմանագրային պատասխանատվություն: Այս դեպքում կհատուցվի ոչ միայն հաճախորդի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասը, այլև ԿԲԱ պայմանագրով նախատեսված վնասները, և կվճարվեն տուժանքները:

Քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության հարցի ուսումնասիրության համար անհրաժեշտ ենք համարում անդրադառնալ պատասխանատվության այնպիսի ձևի ուսումնասիրությանը, ինչպիսին է բարոյական վնասի հատուցումը, քանի որ ԿԲԱ պայմանագրի ոչ պաշտոնապես կատարման հետևանքով ապահովադիրը/ապահովագրված անձը կարող է կրել ֆիզիկական և բարոյական բնույթի վնասներ:

Ինչպես հայտնի է, ոչ գույքային իրավունքների խախտումը կարող է առաջացնել և նյութական, և բարոյական վնաս: Առաջին դեպքում վնասի հատուցումն օգտագործվում է որպես նյութական զրկանքների դրամական փոխհատուցում: Այդ վնասը հատուցվում է քաղ. օր. իններորդ՝ վնաս պատճառելու հետևանքով ծագող պարտավորություններ բաժնի ընդհանուր կանոններով, եթե օրենքով պատասխանատվության ավելի բարձր չափ նախատեսված չէ (Քաղ. օր. 1077-րդ հոդ.)²²⁹:

ՌԴ քաղաքացիական օրենսգրքի 151-րդ հոդվածը բարոյական վնասը բնորոշում է որպես ֆիզիկական և հոգեկան տառապանքներ: Բարոյական վնասի նմանատիպ բնորոշում է տրված նաև Բարոյական վնասի փոխհատուցման մասին օրենսդրություն ընդունելու որոշ հարցերի մասին ՌԴ գերագույն դատարանի պլենումի 1994թ. դեկտեմբերի 20-ի N10 որոշման²³⁰ մեջ, ըստ որի՝ բարոյական վնաս են

²²⁹ Տե՛ս **Բարսեղյան Ս. Կ.** Գույքային պատասխանատվության ինստիտուտի էվոլյուցիան և արդիական հիմնահարցերը, Եր., 2006, էջ 176:

²³⁰ Տե՛ս Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 N 10 (ред. от 06.02.2007) "Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда", //СПС КонсультантПлюс:

համարվում է ֆիզիկական և հոգեկան տառապանքները, որոնք պատճառվել են գործողության կամ անգործության հետևանքով և խախտում են քաղաքացու ոչ գույքային (կյանք, առողջություն, արժանապատվություն, գործարար համբավ և այլն) կամ գույքային իրավունքները:

Այս որոշման համաձայն՝ հոգեկան տառապանքներ են՝ հարազատների կորուստը, ակտիվ հասարակական կյանք վարելու անհնարինությունը, աշխատանքի կորուստը, անձնական, բժշկական գաղտնիքի բացահայտումը, պատիվը, արժանապատվությունը և գործարար համբավը արատավորող, իրականությանը չհամապատասխանող տեղեկությունների տարածումը, որևէ իրավունքների սահմանափակումը կամ զրկումը, ֆիզիկական ցավը՝ խեղում կամ առողջության այլ վնաս պատճառելու հետևանքով և այլն:

Ինչ վերաբերում է ՀՀ գործող օրենսդրությանը, ապա ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 162.1 հոդվածի 1-ին մասը տալիս է ոչ նյութական վնասի հասկացությունը, որի համաձայն՝ ոչ նյութական վնասը ֆիզիկական կամ հոգեկան տառապանք է, որն առաջացել է անձին ի ծնե կամ օրենքի ուժով պատկանող ոչ նյութական բարիքների դեմ ոտնձգող կամ նրա անձնական ոչ գույքային իրավունքները խախտող որոշմամբ, գործողությամբ կամ անգործությամբ, իսկ նույն հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն՝ Պատվին, արժանապատվությանը կամ գործարար համբավին պատճառված վնասը հատուցվում է սույն օրենսգրքի 1087.1 հոդվածով, իսկ կոնվենցիոն իրավունքների խախտման և անարդարացի դատապարտման հետևանքով պատճառված ոչ նյութական վնասը՝ 1087.2 հոդվածով սահմանված կարգին և պայմաններին համապատասխան:

ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 1087.1 հոդվածը՝ պատվին, արժանապատվությանը կամ գործարար համբավին պատճառված վնասի հատուցման կարգը և պայմանները, հնարավորություն է ընձեռում զրպարտության և վիրավորանքի դեպքերում ստանալու դրամական փոխհատուցում, որը, ըստ էության, բարոյական վնասի

փոխհատուցման դրսևորում է²³¹:

Այսպիսով՝ ակնհայտ է, որ օրենսգրքով արդեն իսկ նախատեսվում է բարոյական վնասի հատուցման ինստիտուտ, որը սակայն սահմանափակվում է միայն անձի պատվին, արժանապատվությանը և գործարար համբավին պատճառված վնասով, ինչպես նաև կոնվենցիոն իրավունքների խախտման և անարդարացի դատապարտման հետևանքով պատճառված ոչ նյութական վնասով:

Ինչպես իրավացիորեն գտնում է Գ.Բեքմեզյանը, քաղաքացիական օրենսգրքի վերոնշյալ իրավակարգավորումները չեն ապահովում և երաշխավորում ՀՀ-ում ոչ նյութական վնասի ամբողջական հատուցում՝ դրանով իսկ սահմանափակելով անձանց ամբողջական և բավարար վնասի հատուցում ստանալու հնարավորությունը, մասնավորապես հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ վերջին ժամանակներս բավականին շատացել են արտադրողների, ապրանքների վաճառողների, ծառայությունների մատուցողների կողմից սպառողներին անորակ ապրանքներ վաճառելու կամ անորակ ծառայություններ մատուցելու հետևանքով պատճառվող համատարած վնասի դեպքերը, \$ինանսական կազմակերպությունների կողմից սպառողներին մատուցվող ծառայությունների ընթացքում կազմակերպությունների կողմից իրենց իրավունքների չարաչափման կամ պարտականությունների թերի կատարման հետևանքով անձանց պատճառվող վնասների դեպքերը, որոնք չնչին նյութական վնասի հետ մեկտեղ կարող են առաջացնել էական անհանգստություններ, զրկանքներ, այսինքն՝ ոչ նյութական վնաս: Որպես օրինակ կարելի է նշել ապահովագրական ընկերությունների կողմից ապահովագրական հատուցումների տրամադրման արհեստական ձգձգումները²³²:

Մեր կարծիքով, բարոյական վնասի հատուցում չնախատեսելը հատկապես այնպիսի անձնական ոչ գույքային իրավունքի խախտման

²³¹ ՀՀ սահմանադրական դատարան Արթուր Խաչատրյանի դիմումի վերաբերյալ գրավոր մեկնաբանություններ (AMICUS CURIAE) № 07-13-Ա, հաստատված է ՀՀ փաստաբանների պալատի խորհրդին առընթեր գիտավերլուծական կենտրոնի խորհրդի 24.06.2013թ. № 7-Ա որոշմամբ, էլեկտրոնային արքյուր՝ http://advocates.am/images/gitaverlucakan/2013/amicus_07-13.pdf (դիտելու ամսաթիվ 24.06.2015):

²³² Տե՛ս **Բեքմեզյան Գ.** ՀՀ քաղաքացիական օրենսդրությամբ ոչ նյութական վնասի հատուցման մի շարք հարցերի շուրջ, ԵՊՀ իրավագիտության \$ակուլտետի պրոֆեսորադասախոսական կազմի գիտաժողովի նյութերի ժողովածու, Երևան, 2015թ., էջ 195-196:

համար, ինչ պիսիս է առողջությունը, ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի
էական թերություններինց մեկն է:

Այդ իսկ պատճառով, կարծում ենք, առողջությանը վնաս
պատճառելու հետևանքով բարոյական վնասի հատուցումն
ապահովելու համար ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում անհրաժեշտ է
կատարել համապատասխան լրացում՝ մասնավորապես Քաղ. օր. 1087.1
հոդվածի գործողությունը տարածելով ոչ միայն պատվին,
արժանապատվությանը կամ գործարար համբավին վնասելու, այլ նաև
առողջությանը վնաս պատճառելու դեպքերի վրա:

ԵԶՐԱԿԱՏՈՒ ԹՅՈՒՆ

Բժշկական ապահովագրության վերաբերյալ ՀՀ գործող օրենսդրության վերլուծությանը մեզ թույլ է տալ իսկատարել մի շարք եզրակացություններ և առաջարկություններ՝ ուղղված պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրությանը կարգավորող նորմատիվ բազայի կատարելագործմանը:

Մասնավորապես, ուսումնասիրելով պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրությունը, հանգել ենք այն եզրակացությանը, որ օրենքի ուժով (պարտադիր) և կողմերի կամահայտնությամբ (կամավոր) իրականացվող ապահովագրությունն ունի միանման սոցիալ-տնտեսական էություն, միասնական սկիզբ, ընդհանուր եզրաքանություն (տերմինոլոգիա): Բժշկական ապահովագրության երկու ձևերն էլ փոխադարձ լրացնում են միմյանց և միասին կազմում մեկ միասնական համակարգ:

1. Բժշկական ապահովագրության իրավահարաբերությունները կարգավորող իրավական նորմերի մանրամասն և համեմատական վերլուծությունը մեզ թույլ է տվել անելու հետևյալ առաջարկությունները:

ա) Քննության առնելով առողջապահության երեք հիմնական մոդելները, այն է՝ բիսմարկյան, բևերիջյան և մասնավոր կամ ամերիկյան, եկել ենք այն եզրահանգման, որ ՀՀ-ի պարագայում չպետք է հարաբերություններին կարգավորման այս կամ այն համակարգը կամ մոդելը ամբողջությամբ պատճենահանել: Արևմտյան երկրների փորձն օգտագործելիս հարկավոր է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, որ որոշակի համակարգային տարրերի առկայությունը, ինչպիսիք են, օրինակ, ապահովագրական \$ոնդերը, պայմանագրային հարաբերությունները, ժամանակի ընթացքում ապացուցել են իրենց կենսունակությունը, ինչպես նաև հաշվի առնել այն, որ յուրաքանչյուր համակարգ ունի իր առավելությունները. մասնավորապես բիսմարկյան մոդելում ապահովագրված անձի կողմից բժշկին կամ բժշկական հաստատությունն ընտրելու հնարավորության նախատեսումը, բացի պետական բյուջեից, որպես \$ինանսավորման աղբյուր, նաև

գործատուների կողմից վճարվելիք ապահովագրավճարների նախատեսումը, իսկ բներիջյան մոդելում՝ պետական վերահսկողության և մասնակցության մեծ դերակատարումը:

բ) Բացի այդ, նշվել է բժշկական ապահովագրության ներդրման ուղղությամբ օրենսդրական բազայի անհրաժեշտության մասին: Ընդ որում, գտնում ենք, որ ընդունվելիք օրենքը պետք է կարգավորի միայն պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը՝ առանձնացնելով նրա գործունեության ոլորտը ԿԲԱ-ից:

Աշխատանքում մենք առաջարկում ենք ապահովագրության այս տեսակը անվանել բժշկական ապահովագրություն և բժշկական ապահովագրություն հասկացությունը սահմանել հետևյալ կերպ՝
«Բժշկական ապահովագրությունը առողջության պահպանության ոլորտում բնակչության շահերի սոցիալական պաշտպանության ձև է, որը ձևավորվում է ապահովագրված անձանց գույքային շահերի կապակցությամբ և նպատակ ունի ապահովագրական դեպքի առաջացման պարագայում բժշկական ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում երաշխավորելու ապահովագրված անձի՝ ապահովագրական միջոցների հաշվին որակյալ բժշկական օգնություն և ստանալու հնարավորությունը»:

2. Մանրամասն ուսումնասիրվել է թե՛ պարտադիր, թե՛ կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրերից ծագող իրավահարաբերությունների սուբյեկտային կազմը: Առաջարկվող հասկացությունները հետագայում կարող են օգտագործվել բժշկական ապահովագրության օրենսդրության ձևավորման և կատարելագործման ժամանակ:

Մասնավորապես, առաջարկվել է բժշկական ապահովագրության ոլորտում բուժօգնություն տրամադրող բոլոր սուբյեկտների համար օգտագործել «բժշկական ծառայությունների մատուցող» եզրույթը, որի տակ հասկանալ օրենքով սահմանված կարգով լիցենզավորված և հավատարմագրված ցանկացած կազմակերպչի րավական 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

բուժօգնությունն աշխատանքային հարաբերությունների հիման վրա:

Բացի այդ, գտնում ենք, որ հետագայում ընդունվելիք օրենքում ուշադրություն պետք է դարձնել այն հանգամանքին, որ ՊԲԱ համակարգի սուբյեկտների կազմում ընդգրկվեն մասնավոր բժշկական կազմակերպությունները, քանի որ հակառակ պարագայում դառն միայն կխախտի անձի՝ իր ցանկությամբ բժշկական օգնություն ցուցաբերողին ընտրելու իրավունքը, այլև մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների համար չի ստեղծի հավասար և արդար պայմաններ, բացի այդ, վերջիններիս բացակայությունը կարող է հանգեցնել մրցակցության սահմանափակմանը, արգելմանը:

3. Բժշկական ապահովագրության պայմանագրով որպես ապահովագրական պատահար առաջարկվում է դիտել հիվանդության, վնասվածքի հաստատման փաստը, որի դեպքում ապահովագրական պատահարները կհամապատասխանեն պատահականության և հավանականության մասին օրենքով նախատեսված պահանջներին:

4. Քննարկելով ԿԲԱ-ն, արտահայտում ենք մեր համակարծիքությունն այն հեղինակների հետ, որոնք համարում են, որ վերջինս հանդիսանում է անձնական ապահովագրության տեսակ, քանի որ այն սերտորեն կապված է այնպիսի անձնական ոչ նյութական բարիքի հետ, ինչպիսին է առողջությունը:

Այնուհետև անդրադարձ է կատարվել ԿԲԱ առանձնահատկություններին և, վերհանելով առկա բացթողումները, արվել են միջարք առաջարկություններ:

ա) Մասնավորապես, առաջարկել ենք ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքում նախատեսվել ոչ առևտրային կազմակերպությունների միջոցով բժշկական ապահովագրություն իրականացնելու հնարավորություն, քանի որ առանց ոչ առևտրային ապահովագրական կազմակերպությունների կողմից անձնական և հատկապես կամավոր բժշկական ապահովագրություն իրականացնելու հայկական ապահովագրական շուկան չի կարող հասնել այնպիսի ցուցանիշների, որոնք առկա են զարգացած երկրներում:

Կարելի է ասել, որ ՊԲԱ և ԿԲԱ հետ կապված հարցերի հետագա հետազոտությունը հեռանկարային է ինչպես կարգավորվող

հարաբերությունների էությունը բացահայտման տեսանկյունից, այնպես էլ բժշկական ապահովագրության մասին օրենսդրության հետագա կատարելագործման նպատակով:

բ) Այսպես, առաջարկվել է Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 2-րդ մասի 2-րդ կետում որպես ոչ կյանքի ապահովագրության դասեր ամրագրել բժշկական ապահովագրությունը՝ ամրագրված դրամական հատուցմամբ, բ. բժշկական ծառայություններ մատուցելով:

գ) Թեև ՀՀ-ում սուբրոգացիան տարածվում է նաև անձնական ապահովագրության պայմանագրերի վրա, սակայն այն հակասում է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի այն դրույթին, որ պարտատիրոջ անձի հետ անխզելիորեն կապված իրավունքների՝ մասնավորապես առողջությանը պատճառված վնասի հատուցման պահանջի անցնելն այլ անձի չի թույլատրվում:

Ըստ այդմ առաջարկվել է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 398-րդ հոդվածում նախատեսել համապատասխան դրույթ, որի շնորհիվ այդ հոդվածի գործողությունը կընդլայնվի և այդ արգելքը չի տարածվի ապահովագրության, մասնավորապես բժշկական ապահովագրության վրա:

5. Անդրադառնալով ԿԲԱ պայմանագրի բովանդակությանը, մեր կողմից ուշադրություն է դարձվել դրանում առկա որոշ հակասությունների, որոնք վերջինիս հնարավորություն են տվել եզրակացնել ապահովագրության պայմանագրի էական պայմաններում փոփոխությունների կատարելու անհրաժեշտության մասին, որոնք պետք է շարադրվեն ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի 998-րդ հոդվածում և գույքային ու անձնական ապահովագրության համար սահմանվեն առանձին-առանձին:

6. Անդրադարձ է կատարվել բժշկական ապահովագրության համակարգում առկա քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությանը: Կարևորվել են հիմնականում այնպիսի հարցեր, ինչպիսիք են պատասխանատվության հասկացությունը և տեսակները:

Մասնավորապես, առաջարկվել է ԿԲԱ իրավադատություններում քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությունը սահմանել որպես օրենքով կամ կողմերի

պայմանավորվածությամբ սահմանված այն հատուկ սանկցիաների կիրառման գործառնություն, որի արդյունքում իրավախախտողը զրկվում է որոշակի նյութական բարիքներից:

Ապահովագրողի պատասխանատվության հարցերն ուսումնասիրելիս ուշադրություն է դարձվում դրա առանձնահատկություններին, մասնավորապես, նա պատասխանատվություն չի կրում երրորդ անձանց գործողությունների համար: Իսկ ինչ վերաբերում է բժշկական ծառայություն մատուցողի պատասխանատվությանը, ապա ՊԲԱ շրջանակներում վերջինս է ենթակվում դելիկտային պատասխանատվության՝ անորակ բժշկական օգնության հետևանքով ապահովագրված անձի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի համար:

7. Աշխատանքում հետազոտվում են նաև քաղաքացիաիրավական պատասխանատվության ավանդական ձևերին զուգահեռ՝ ԿԲԱ իրավահարաբերություններում ոչ պատշաճ կատարողի նկատմամբ ներգործության այլ ձևերի կիրառման հարցեր: Մեր կարծիքով ապահովադիրն իրավունք ունի ապահովագրողին պահանջ ներկայացնելու՝ հատուցելու այն ծախսերը, որոնք նա կատարել է ԿԲԱ պայմանագրին կից կատարողների ցանկում չնախատեսված բժշկական ծառայություններ մատուցող այլ անձի մոտ:

Անդրադարձ է կատարվել պատասխանատվության այնպիսի ձևի ուսումնասիրությանը, ինչպիսին է բարոյական վնասի հատուցումը, քանի որ ԿԲԱ պայմանագրի ոչ պատշաճ կատարման հետևանքով ապահովադիրը/ապահովագրված անձը կարող է կրել ֆիզիկական և բարոյական բնույթի վնասներ:

Ըստ այդմ առաջարկվել է առողջությանը վնաս պատճառելու հետևանքով բարոյական վնասի հատուցումն ապահովելու համար ՀՀ քաղաքացիական օրենգրքում կատարել համապատասխան լրացում՝ մասնավորապես Քաղ. օր. 1087.1 հոդվածի գործողություններ տարածելով ոչ միայն պատվին, արժանապատվությանը կամ գործարար համբավին պատճառված վնասի, այլ նաև առողջությանը վնաս պատճառելու դեպքերի վրա:

Օգտագործված գրականության ցանկ

Նորմատիվ իրավական ակտեր

1. ՀՀ Սահմանադրություն, 27.11.2005 թ., ՀՀ Սահմանադրության փոփոխություններ, 06.12.2015 թ. // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
2. Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության 1946 թվականի Կանոնադրություն, առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ինտերնետային ք.who.int:
3. Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր (ընդունվել է ՄԱԿ-ի Գլխավոր Ասամբլեայի թիվ 217 A (III) բանաձևով 10.12.1948թ.-ին), <http://www.un.am/>:
4. Սոցիալական ապահովության ոլորտում իրավունքների պաշտպանության համար միջազգային համակարգի ներդրման մասին 1982թ.-ի ԱՄԿ-ի կոնվենցիա, <http://www.ilo.org/>:
5. Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին 1966թ. Կոնվենցիա, <http://www.un.am/>:
6. Ապահովագրության մասին 1996թ. դեկտեմբերի 16-ի ՀՀ օրենքը, ՀՀ գործող օրենքների ժողովածու (1995-1999թթ.), Գիրք Ա, Եր., 1999, էջ 453-466:
7. Ապահովագրության մասին 2004թ. հունիսի 11-ի ՀՀ օրենք // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
8. Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին 2007թ. ապրիլի 9-ի ՀՀ օրենք // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
9. Բաժնետիրական ընկերությունների մասին 25.09. 2001թ. ՀՀ օրենք // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
10. Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին 1996 թ. մարտի 04-ի ՀՀ օրենք // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
11. ՀՀ Քաղաքացիական օրենսգիրք, 1998 թ. մայիսի 5 // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
12. Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը հաստատելու մասին թիվ 1917 ՀՀ Կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի

- որոշում, // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
13. □ Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին □ ՅՅ կառավարության 04.03.2004 318-Ն որոշում // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
 14. ՅՅ կառավարության 04.03.2004 318-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին 26 դեկտեմբերի 2013 թվականի N 1515-Ն որոշում // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
 15. □ Սոցիալական փաթեթի բովանդակությունը, ծառայությունների ցանկը, ծառայությունները մատուցող կազմակերպությունների ցանկերը և /կամ/ չափորոշիչները հաստատելու մասին □ թիվ 1923 ՅՅ կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի որոշում // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
 16. □ Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու, ՅՅ կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 1917-Ն և թիվ 1923-Ն, ինչպես նաև 2012 թվականի ապրիլի 19-ի թիվ 594-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին □ թիվ 1691 որոշումը ՅՅ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի որոշում // իրավական տեղեկատվական համակարգ <<Arlis>>:
 17. ՅՅ կառավարության 2014-2016թթ. պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր // Կառավարության ինտերնետ կայք <http://www.gov.am>:
 18. ՅՅ կառավարության 2014-2025 թթ. Յեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր // Կառավարության ինտերնետ կայք <http://www.gov.am>:
 19. ՅՅ կառավարության 2014թ. ծրագիր (ՅՅ կառավարության 2014 թ. մայիսի 19-ի N 511-Ս որոշման հավելված) // Կառավարության ինտերնետ կայք <http://www.gov.am>:
 20. □ ՅՅ-ում բժշկական ապահովագրության ներդրման հայեցակարգը □ արձանագրային որոշում, ՅՅ կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 10 օգոստոսի 2000թ. N 33,

www.irtek.am:

21. ՀՀ առողջապահության նախարարության 16 նոյեմբերի 2009 թվականի N 1780-Ա Քժշկական հաստատության ներքին բժշկական օգնության և սպասարկման պետական պատվերի տեղադրման կարգը սահմանելու մասին՝ հրաման // Առողջապահության նախարարության ինտերնետ կայք <http://www.moh.am>:
22. Ուկրաինայի Հանրապետության 1996թ. Սպահովագրության մասին օրենքը, (Էլեկտրոնային աղբյուր <http://meget.kiev.ua/zakon/zakon-o-strahovanii>):
23. Гражданский кодекс РФ. Части первая, вторая и третья//Собрание законодательства РФ.-1994.- N32.- Ст.3301;-1996.- N5.-Ст. 410;-2001.- N49.- Ст.4552.:
24. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. (ред. от 07.03.2005) N 5487 //Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ", 19 августа 1993 г., N 33, ст. 1318; Собрание законодательства РФ.-2005.- N10.-Ст. 763:
25. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" //СПС КонсультантПлюс:
26. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" //Система ГАРАНТ:
27. Федеральный закон от 28.06.1991 N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"// СПС КонсультантПлюс:
28. Федеральный закон от 27.11.1992 N 4015-1 (ред. от 23.07.2013) "Об организации страхового дела в Российской Федерации" /СПС КонсультантПлюс:
29. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2004 г. № 1180 «О концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь (Էլեկտրոնային աղբյուր <http://www.minfin.gov.by/print/supervision/acts/d070ffd39480f32b.html>):

Դատական արակտիկա

30. Ֆինանսական հաշտարար, Գործ 21 - Պահանջ-դիմում ուղղված ՀՀ-ում գործող Ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված

- առողջ ու թյան ապահովագրության հետ, ԷԼ. Աղբյուր
<http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/Naxadep-22.pdf>:
31. Ֆինանսական հաշտարար, Գործ 54 - Պահանջ-դիմում ուղղված ՀՀ-
 ում գործող Ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված
 առողջ ու թյան ապահովագրության հետ, ԷԼ. աղբյուր
http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/Naxadep_35.pdf:
 32. Ֆինանսական հաշտարար, Գործ 67-Պահանջ-դիմում՝ ուղղված ՀՀ-
 ում գործող ապահովագրական ընկերության դեմ՝ կապված
 □Առողջ ու թյան պետական ապահովագրության □ հետ ԷԼ. աղբյուր
<http://www.fsm.am/uploadfiles/Naxadep/Arm/51.pdf>:
 33. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 N 10 (ред. от
 06.02.2007) "Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации
 морального вреда" //Консультант Плюс.
 34. Постановление Пленума Верховного Суда РФ N6, Пленума Высшего
 Арбитражного Суда РФ N8 от 01 июля 1996г. □О некоторых вопросах,
 связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской
 Федерации□ // Российская газета, 1996, N152:
 35. Постановление ФАС Волго-Вятского округа от 8 февраля 2000 г. N А43-
 4829/99-23-206:
 36. Постановление Федерального арбитражного суда Западно-сибирского округа
 от 29.02.2000г. NФ04/482-41/А70-2000 //Справочная правовая система
 □Консультант Плюс□- Судебная практика:
 37. Постановление ФАС Уральского округа от 17 мая 2000 г. N Ф09-617/2000-ГК
 //СПС Консультант Плюс:
 38. Постановление Президиума ВАС РФ от 10 апреля 2001г. N10426/00//СПС
 Консультант Плюс:
 39. Постановление Президиума ВАС РФ от 13 марта 2002г. N4299/01// Вестник
 ВАС РФ, 2002, N7:
 40. Постановление ФАС Московского округа от 13 января 2003 г. N КГ-А40/8597-
 02//СПС Консультант Плюс:
 41. Постановление ФАС Московского округа от 22 декабря 2004г. по делу N КА-
 А40/10446-04//СПС Консультант Плюс:
 42. Президиум высшего арбитражного суда РФ. Информационное письмо от 28
 ноября 2003 г. N 75 Обзор практики по страховым спорам (п. 16). / СПС

Մասնագիտական գրականություն

43. **Բարսեղյան Տ.Կ.** Գույքային պատասխանատվության ինստիտուտի էվոլյուցիան և արդիական հիմնահարցերը, Եր., 2006, էջ 74:
44. **Բեքմեզյան Գ.** ՀՀ քաղաքացիական օրենսդրությամբ ոչ նյութական վնասի հատուցման միջարք հարցերի շուրջ, ԵՊՀ իրավագիտության ֆակուլտետի պրոֆեսորադասախոսական կազմի գիտաժողովի նյութերի ժողովածու, Երևան, 2015թ., էջ 195-196:
45. Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական իրավունք, **Բարսեղյան Տ.Կ.** ԵՊՀ, Եր., 2006-560 էջ:
46. Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական իրավունք: 2-րդ մաս /խմբագիրներ **Տ. Բարսեղյան, Ա. Հայկյան, Գ. Ղարաբանյան, Ս. Մեղրյան**/ ԵՊՀ, Եր., 2008թ., 560 էջ:
47. Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման ուղիները Հայաստանի Հանրապետությունում - Վ. Հ. Ավետիսյան, Ա. Ս. Դադունց, Մ. Գ. Հակոբյան: Գիտ. խմբ.՝ Վ. Հարությունյանի - Եր., ՀՀ ԳԱԱ «Գիտություն» հրատարակչություն, 2010, 126 էջ:
48. Սոցիալական փաթեթի ամփոփիչ արդյունքների վերաբերյալ տեղեկանք /2012թ./:
49. **Авакян А.М.** Цели и принципы правового регулирования договора личного страхования. «Общество и право», 2011, N 3:
50. **Айкянц А. М.** "История развития частного права в Армении", Асогик, Е. 2006, 252 էջ:
51. **Андреевская Е.С.** Этапы становления обязательного медицинского страхования в России// Учен.зап.Петрозавод. гос. ун-та. 2009. №8:
52. **Ариничева Л.** Полис ОМС- твоя социальная защита. // Труд. 2003. 15 июля:
53. **Архипов А.П.** О проблемах медицинского страхования. // Финансы. -2011, N6:
54. **Брагинский М.И., Витрянский В.В.** Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. М.: «Статут», 2003, 1055 էջ:
55. **Братусь С.Н.** Юридическая ответственность и законность. М. Юрид. лит., 1976, 215 էջ:

56. **Бурая Ю.С.**, История страхования, учебно-методический комплекс. Казань, Изд-во «ЮниверсумЪ», 2009, 49:
57. **Гвозденко А.А.** Основы страхования: Учебник. М.: Финансы и статистика, 2004, 318 с:
58. **Герасименко, Л. В.** Некоторые вопросы правового статуса страховщика по медицинскому страхованию // Общество и право. -2008. - № 3:
59. **Грибанов В.П.** Осуществление и защита гражданских прав. М. Статут, 2000, 411 с:
60. **Грищенко Н.Б.** Основы страховой деятельности. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001, 274:
61. **Грищенко Н.Б., Клевно В.А., Мищенко В.В.** Добровольное медицинское страхование. Основы современной практики. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001. 156 с:
62. Гражданское право. Учебник. В 2-х т. Т.1. Под ред. Е.А. Суханова. М., 1993. 432 с:
63. Гражданское право. Т. IV/ Под ред. Суханова Е.А. 3-е изд. –М.: Волтерс Клувер, 2008, 720 с:
64. Гражданское право. Учебник. Часть 2. Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. М.: Проспект. 1997. 784 с:
65. Гражданское право России: Курс лекций. Ч.1 /Под ред. О.Н. Садикова. М.: Юрид. лит., 1996. 304 с:
66. Гражданское право: Т. 1. Учебник /Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. М., 2001, 632 с:
67. Гражданское право: Т. 2. Учебник /Под ред. А.П. Сергеева, Ю.К. Толстого. М., 2001, 736 с:
68. **Дедиков С.В.** Договор добровольного медицинского страхования. Цивилист. 2006. N 4// СПС КонсультантПлюс:
69. **Дедиков С.** Принцип наивысшей добросовестности – краеугольный камень перестрахования // Хозяйство и право, 2003, N5. С. 35-45:
70. **Дедиков С. В.** Регресс и суброгация: опыт сравнительного анализа// Хозяйство и право, 2005, N4. С. 54-70:
71. **Дождев Д.В.** Римское частное право: Учеб. для юрид. вузов и ф-тов. 2-е изд., изм. и доп. М., 2000. 765 с:
72. **Игошин, Н.А.** Страховое право: учеб. пособие для студентов вузов,

- обучающихся по специальности «Юриспруденция» /Н. А. Игошин, Е. А. Игошина, Л. В. Щербачева; под ред. Н. М. Коршунова. — М.: ЮНИТИ - ДАНА: Закон и право, 2010. — 167 с :
73. **Иоффе О.С.** Ответственность по советскому гражданскому праву. ЛГУ., 1955, 310 с :
74. **Иоффе О.С.** Советское гражданское право: Изд-во ЛГУ. Т 1., 1958, 511 с :
75. **Иоффе О.С., Шаргородский М.Д.** Вопросы теории права. М.: Госюриздат, 1961, 381 с :
76. **Кирилловых А.А.** Правовое регулирование обязательного медицинского страхования. □Законодательство и экономика□. 2011. №6//Система Гарант:
77. **Кирилловых А.А.** Некоторые вопросы ответственности в сфере обязательного медицинского страхования □Социальное и пенсионное право□, 2011, № 3 //КонсультантПлюс:
78. **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. 293-335 с :
79. **Ковалевский М.А.** Правовое регулирование добровольного медицинского страхования //Страховое право. -2004. № 2:
80. **Козлова Н., Кратенко М.** Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. № 12:
81. Комментарий к Закону РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 □О медицинском страховании граждан в Российской Федерации□ /Под ред. Савиной Л.В.// Подготовлен для СПС КонсультантПлюс, 2007:
82. Комментарий к Гражданскому кодексу РФ, части 2 (постатейный) /Под ред. О.Н. Садикова. М.:ИНФРА-М, 2005, 1061 с :
83. Комментарий к Гражданскому кодексу РФ: части второй /Под ред. Т.Е.Абовой и А.Ю.Кабалкина; Ин-т государства и права РАН.--М.: Юрайт-Издат, 2004.1045 с :
84. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Воробьева Л.В., Савина Л.В., Шашкова О.В. (под ред. Л.В. Воробьевой). -Система

ГАРАНТ, 2011:

85. Корнеева О.В. Федеральный закон от 19 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации": проблемы соотношения с нормами ГК РФ о возмещении вреда здоровью ("Социальное и пенсионное право", 2011, N 4)//СПС Консультант Плюс:
86. **Кучма М.И.** Плюсы и минусы Федерального закона «Об основах обязательного социального страхования» // Труд и социальные отношения. 2002. N1:
87. **Лисицын Ю.П.** "Общественное здоровье и здравоохранение": Учебник.-2-е изд.,- М., ГЭОТАР-МЕДИА, 2010, 512 с :
88. **Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Савельева Е.Н.** Медицинское страхование: Учебное пособие. М.: Медицина, 1995:
89. Медицинская организация как субъект обязательного социального страхования, (Соколова Н.А.), "Университетский издательский консорциум "Юридическая книга", 2010 //Консультант Плюс:
90. "Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. Разработка темы, комментарии и разъяснения налогового эксперта Т.А. Масловой", М.: Библиотечка «Российской газеты», 2011. Вып.23. 144 с :
91. **Мейер Д.И.** Русское гражданское право-В 2-х частях. -М.: «Статут», 2002, 831 с :
92. **Миронов А.А., Таранов А. М., Чейда А.А.** «Медицинское страхование», М., 1994, 312 с :
93. **Мусин В.А.** Суброгация в советском гражданском праве //Советское государство и право, 1976, N7. с 126-130:
94. **Номоконова З.П.** Государственный механизм регулирования обязательного медицинского страхования в России (на примере территориального фонда ОМС в Забайкальском крае) //Государственная власть и местное самоуправление. - М.: Юрист, 2010, № 8. – с 30-34:
95. **Овчинникова Ю.С.** Договор добровольного медицинского страхования: основные черты и проблемы применения «Право и экономика», 2011, N8// КонсультантПлюс:
96. Основы страховой деятельности: Учебник/ Отв. ред. проф. **Т.А. Федорова.** М.: БЕК, 2001, 325 с :
97. **Панкратов В.** Обязательное медицинское страхование: от понятийного

- аппарата к правовой регламентации.// Российская юстиция.2003, N10:
98. **Дрошнев В.В.** Обязательное медицинское страхование в России /Текст/ В.В.Дрошнев.- М.: Анкил, 2004, 160 է շ :
 99. **Пылов К.И.** Комментарий к Закону РФ «О страховании». М.: Российский юридический издательский дом. 1995. 284 է շ :
 100. **Рассолова Т. М.,** Страхование право. Учебное пособие. -М., Юнити Дана, Закон и право, 2008, 367 է շ :
 101. **Решетников А.В.** Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М.: Финансы и статистика, 1998, 336 է շ :
 102. Российский статистический ежегодник. Стат. сб. / Госкомстат России. – М.: Госкомстат России М., 2002. 690 է շ :
 103. **Садковская Т.В., Храбан В.Г.** Некоторые аспекты взаимоотношений страховых медицинских организаций и медицинских учреждений // Медицинское право. 2007. - № 3. է շ 31-38:
 104. **Свидерский А.В.** Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Учеб.пособие. -Тюмень 2001, 103 է շ :
 105. **Серебровский В.И.** Страхование. М., Финансовое Издательство НКФ СССР, 1927, 144 է շ :
 106. **Серебровский В.И.** Избранные труды по наследственному и страховому праву. 2-е изд., испр. М.: Статут (в серии «Классика российской цивилистики»), 2003, 557 է շ :
 107. Системы здравоохранения в переходный период, Армения, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, С. Оганесян и др., 2001г.,87 է շ :
 108. **Смирнова М.Б.** Страхование право, учебное пособие, М.,: ЗАО Юстицинформ, 2007, 320 է շ :
 109. **Сплетугов Ю. А., Дюжиков Е.Ф,** Страхование, М., Инфра-М, 2006, 312 է շ :
 110. Страхование право: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Юриспруденция» /под ред. **Шахова В.В., Григорьева В.Н., Кузбагарова А.Н.** — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2011,399 է շ :
 111. Страхование: учебник/под ред. **Шахова В.В., Ахвелдиани Ю.Т.** Третье

издание, Москва, ЮНИТИ-ДАНА, 2011:

112. **Сударикова И.А.** Международное страхование. Учебное пособие. Саратов, 2014г., 160 է շ :
113. **Сухая С.** Здоровье не купишь, зато застрахуешь. //Труд. 2004. 16 января:
114. **Фогельсон Ю.Б.** Комментарий к страховому законодательству. М., Юрист, 1999, 130 է շ :
115. **Фогельсон Ю.Б.** Страхование право: теоретические основы и практика применения ("Норма", "Инфра-М", Монография, 2012)/ Консультант Плюс:
116. **Фогельсон Ю.Б.** Страховые убытки. Некоторые проблемы правового регулирования. -М.: Статут, 2006// СПС Консультант Плюс:
117. **Фогельсон Ю.Б.** Введение в страховое право. –М.: Юристь, 2001. –224 է շ :
118. **Чебунин А.В.** Вопросы значения и содержания механизма страховой суброгации //Страховое право. –М.: Анкил, 2002, N1. է շ 20-32:
119. **Ширипов Д.В.,** Страхование право: учебное пособие, Москва, Дашков и Ко, 2008, 245 է շ :
120. **Michele A. Green, Joann C. Rowell,** Understanding Health Insurance; A Guide to Billing and Reimbursement, Eleventh edition, 2013, է շ 22:

Առե նախնու թյ ու ննէր և սեղմագրեր

121. **Антонова Н.Л.** Становление, функционирование и развитие социальной практики обязательного медицинского страхования в России: дис. ... д-ра социологических наук: 22.00.04 / Н.Л. Антонова. - Екатеринбург, 2012:
122. **Ахмедов, Самир Аваз Оглы.** Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения: дис. ...канд. экон. наук. М., 1997:
123. **Бутковский П.П.** Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования дис. ... канд. юрид. наук / П.П. Бутковский. - М., 2005:
124. **Бушуева В.П.** Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.02 / В.П. Бушуева. - М., 2006:
125. **Иванишин П.З.** Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: дис. ... канд. юридических наук:

- 12.00.03 / П.З. Иванишин. - Казань, 2004:
126. **Каликова Г.А.** Проблемы гражданско-правового регулирования медицинского страхования и медицинских услуг: Автореф. дис. ...канд. юр. наук. –Алма-Ата. 1992:
127. **Машкова С.Ю.** Гражданско-правовые проблемы страхования имущественных интересов участников отношений оказания медицинской помощи: дис. канд. юрид. наук: 12.00.03/ С.Ю.Машкова. - М., 2005:
128. **Меребашвили Т.А.** Материальные и процессуальные вопросы взаимного страхования ответственности судовладельцев. автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03, 12.00.15/ Т.А. Меребашвили. - СПб., 2003:
129. **Самигуллин Д.Д.** Правовые аспекты страхования в предпринимательской деятельности: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03/ Д.Д. Самигуллин. - Самара, 2004:
130. **Степкина Ю. А.** Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в РФ: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.10 / Ю.А. Степкина. - СПб., 2012:
131. **Терехов М.В.** Гражданско-правовое регулирование добровольного личного страхования в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / М.В.Терехов. - М., 2009:
132. **Терехов А.В.** Суброгация в современном гражданском праве России: вопросы теории и практики. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / М.В.Терехов. – М., 2008:
133. **Тыжинова Н. А.,** Развитие личного страхования в посткризисный период: авторефер. дис. ... канд. экон наук: 08.00.10 / Н.А. Тыжинова. - Иркутск, 2012:
134. **Фогельсон Ю.Б.** Договор страхования в российском гражданском праве: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Ю.Б. Фогельсон. - М., 2005:

Է Լ Ե Կ Կ Ի Մ Ո Ն Ա Յ Ի Ն Ո Ե Ս Ո Լ Ր Ս Ն Ե Ր

135. Ապահովագրողները քննադատում են կառավարությանը, <http://www.banks.am/printpage.php?lang=am&nid=9015>:
136. Առողջության ապահովագրության, Է Լ Ե Կ Կ Ի Մ Ո Ն Ա Յ Ի Ն Ա Պ Ե Յ Ն Ը Ր // [URL:<http://www.rgs.am/arm/285/page.html>]:
137. Բժշկական ապահովագրության, Է Լ Ե Կ Կ Ի Մ Ո Ն Ա Յ Ի Ն Ա Պ Ե Յ Ն Ը Ր`

- <https://eminsurance.wordpress.com/tag/պարտադիր-ապահովագրություն/>:
138. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԿԻՆՈՄԱՏՈԳՐԱՖԻՍՏՆԵՐԻ ՄԻԱԿՈՐՈՒՄ ՀԿ-ի բոլոր աշխատակիցների առողջության մասին այսուհետ կհոգա ՌԵՍՈ ապահովագրական ընկերությունը, (Էլեկտրոնային աղբյուր) // [URL: <http://www.insurance.am/others/89/2278-reso-health-insurance.html#.Upcp3qxRWQA>]:
 139. Հանուն առողջության, Էլեկտրոնային աղբյուր, <http://www.medpractic.com/arm/>:
 140. ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալներ, Էլեկտրոնային աղբյուր՝ [Armstat.am](http://armstat.am)
 141. ՀՀ սահմանադրական դատարանի Արթուր Խաչատրյանի դիմումի վերաբերյալ գրավոր մեկնաբանություններ (AMICUS CURIAE) № 07-13-Ա, հաստատված է ՀՀ փաստաբանների պալատի խորհրդին առընթեր գիտավերլուծական կենտրոնի խորհրդի 24.06.2013թ. № 7-Ա որոշմամբ, Էլեկտրոնային աղբյուր՝ http://advocates.am/images/gitaverlucakan/2013/amicus_07-13.pdf:
 142. Սոցիալաբանական համար բուժօգնությունը ստանալու կարգը հեշտացվել է <http://moh.am/?section=news%2Fopen&id=143&nid=2547>:
 143. Քննարկվեցին բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագծերը (Էլեկտրոնային աղբյուր՝ <http://armenpress.am/arm/news/372759/qnnarkvecin-bzhshkakan-apahovagrutyannasin.html>):
 144. **Алексеев В.А., Борисов К.Н.** Обзор систем здравоохранения в странах мира // Международное здравоохранение. 2011, Էլեկտրոնային աղբյուր <http://rosmedportal.com/>:
 145. **Бойко А.Т.** Принципы экономического построения систем здравоохранения Медицинская академия последипломного образования, Էլեկտրոնային աղբյուր) // [URL: <http://www.maps.spb.ru/ordinator/element2.3.3.htm>]:
 146. Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи [Электронный ресурс] //Международный центр финансово-экономического развития: [сайт] 05.05.2010. URL://m CFR.ru/journals/34/311/17793/18943/:

147. Комментарий к Закону Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (постатейный) (Габова А.А., Козлова Н.Е.) ("Юстицинформ", 2007)//Консультант Плюс (ԱՄԼ ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` <http://www.lawmix.ru/commlaw/812>):
148. **Лаврова Ю.А.** Обязательное медицинское страхование в Германии и России. Сравнительный анализ систем ОМС, ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` www.forinsurer.com.ru/public:
149. **Лебедева Л.Ф., Емельянов Е.В.** Формирование трудового потенциала в США [Электронный ресурс] // Россия и Америка в XXI веке: электрон.науч. журн. 2010. №1. URL: <http://www.rusus.ru/?act=read&id=180>:
150. Медицинское страхование за рубежом /ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ)// [URL: <http://health.rin.ru/uni/text/pages/2777.html>]:
151. Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в Российской Федерации www.archive.kremlin.ru/text/docs/2003/04/44254.shtml:
152. Заседание президиума Государственного совета № 28 «О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» от 02 апреля 2003г., ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` <http://duma.tomsk.ru/page/2894/>:
153. **Юрин А.В.** Обязательное и добровольное медицинское страхование: вместо или вместе? 30 марта 2011г., ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` <http://www.insur-info.ru/comments/711/>:
154. Health insurance, ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ http://www.toytowngermany.com/wiki/Health_insurance:
155. Insurance Contract Act 2008, ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` http://www.gesetze-im-internet.de/englisch_vvg/englisch_vvg.html#p0669:
156. **Murray John E.** Industrial sickness funds. http://eh.net/encyclopedia/article/murray.Industrial_sickness:
157. What Agreements and public health, ԷԼ ԵԿՄՈՐՆԱՅ ԻՆ ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf:
158. Worldwide Benefit and employment guidelines, Western Europe-Switzerland (ԷԼ . ՄՆՔԵՅ ՆԼՐ` [file:///C:/Users/comp/Downloads/10-WBEGWE_Switzerland%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/comp/Downloads/10-WBEGWE_Switzerland%20(1).pdf)):

Գործնական արակտիկա

159. Առողջ ու թյան ապահովագրողական դրույթներ և

- սլաք մանկեր (ԷԼ . աղբյուր
http://www.silinsurance.am/images/file/Med_%20insurance%20cond.pdf):
160. Բժշկական ապահովագրության կանոններ,
http://www.ingoarmenia.am/uploads/files/Medical%20insurance%20rules_%20eng.pdf:
161. Ինգո-Արմենիա ԱՓԲԸ-ի Բժշկական ապահովագրության կանոններ (ԷԼ . աղբյուր
http://www.ingoarmenia.am/uploads/files/Medical%20insurance%20rules_%20eng.pdf):
162. ՍիԼ Ինշուրանս կազմակերպության առողջության ապահովագրության դրույթներ և սլաք մանկեր (ԷԼ . աղբյուր
http://www.silinsurance.am/images/file/Med_%20insurance%20cond.pdf):
163. Информационное письмо Президиума ВАС РФ от 05 мая 1997 N14
 □Обзор практики разрешения споров, связанных с заключением, изменением и расторжением договоров□ // Вестник ВАС РФ, 1997, N7:
164. Правила добровольного медицинского страхования СК □Сибирь□ // Архив СК □Сибирь□ за 2005г.:
165. Правила договора добровольного медицинского страхования ООО СК □Интеррос-Согласие□ //Архив ООО СК□Интеррос-Согласие□ за 2004г.: