



Համարը N 375-Ն

Տեսակը Պաշտոնական
Ինկորպորացիա

Տիպը Որոշում
Սկզբնաղբյուրը ՀՀՊՏ 2014.04.16/20(1033) Հոդ.
306

Կարգավիճակը Գործում է
Ընդունման վայրը Երևան

Ընդունող մարմինը ՀՀ կառավարություն
Ստորագրող մարմինը ՀՀ վարչապետ
Վավերացնող մարմինը
Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը 17.04.2014

Ընդունման ամսաթիվը 27.03.2014
Ստորագրման ամսաթիվը 11.04.2014
Վավերացման ամսաթիվը
Ուժը կորցնելու ամսաթիվը

Ծանուցում

17.06.22 N 375-Ն որոշումն ունի անցումային դրույթ:
17.06.2022 N 915-Ն որոշման փոփոխություններն ուժի մեջ կմտնեն 01.01.2023 թվականին:

- Կապեր այլ փաստաթղթերի հետ**
- Փոփոխողներ և ինկորպորացիաներ**

ՀՀ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄԸ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՅՆՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՈՒ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՆՐԱՆՑ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ, ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆՆԵՐԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՈՒ ՎԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԱՏՈՒՑՈՂ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԿՆՔՎՈՂ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ

(որոշումը խմբ. 27.07.17 N 915-Ն, 20.12.18 N 1558-Ն)

27 մարտի 2014 թվականի N 375-Ն

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՅՆՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՈՒ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՆՐԱՆՑ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ, ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆՆԵՐԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՈՒ ՎԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԱՏՈՒՑՈՂ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԿՆՔՎՈՂ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը **որոշում է.**

1. Հաստատել՝

1) սոցիալական փաթեթի շահառուների, ինչպես նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը՝ համաձայն N 1 հավելվածի.

2) շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը՝ համաձայն N 2 հավելվածի.

3) Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների միջև կնքվող պայմանագրի օրինակելի ձևը՝ համաձայն N 3 հավելվածի.

4) շահառուների էլեկտրոնային շտեմաբանների ձևավորման և վարման կարգը՝ համաձայն N 4 հավելվածի:

2. Սահմանել, որ՝

1) շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ֆինանսավորվում է յուրաքանչյուր տարի՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցների հաշվին.

2) շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքը ծագում է շահառուի՝ առաջին անգամ աշխատանքի ընդունվելու օրվանից 6 ամիս հետո, շարունակում է գործել շահառուի կարգավիճակում հաստիքային աշխատող հանդիսանալու ամբողջ ընթացքում և ավարտվում է աշխատանքից ազատվելու օրվանից 6 ամիս հետո, ընդ որում՝ մեկ մարմնից մեկ այլ մարմին տեղափոխության դեպքում շահառուի՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքը շարունակում է գործել առանց ընդհատման:

3. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին՝

1) յուրաքանչյուր տարվա «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքն ուժի մեջ մտնելուց հետո 10-օրյա ժամկետում մշակել և հաստատել շահառուների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների գները, ինչպես նաև յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսված ապահովագրական գումարի և ապահովագրավճարի մեծությունը՝ ապահովագրավճարի հաշվարկներում հիմք ընդունելով վնասաբերության (հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին) 90 տոկոս ուղենշային մակարդակը (այսուհետ՝ ուղենշային վնասաբերություն)՝ բացառությամբ սույն ենթակետի «բ» պարբերության, ընդ որում՝

ա. Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» ծրագրի համար նախատեսված ընդհանուր միջոցների շրջանակներում փաստացի վնասաբերության մակարդակը (ապահովագրական հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին, ընդ որում՝ ապահովագրական հատուցումների ցուցանիշում ներառվում են նաև էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ապահովագրական ընկերություններին ներկայացված, սակայն դեռևս չկարգավորված հայտերի գումարները) ուղենշային վնասաբերությունից ցածր լինելու դեպքում ծրագիրն իրականացնող ապահովագրական ընկերությունները կնքված պայմանագրերի շրջանակներում ֆինանսավորվում են տվյալ տարվա համար նախատեսված ամբողջ գումարի չափով, սակայն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար ուղենշային և փաստացի վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը համարվում է կանխավճար՝ հաջորդ տարվա համար: Ապահովագրական ընկերության հետ հաջորդ տարվա պայմանագրի չկնքման դեպքում ապահովագրական ընկերությունը սույն կետում նշված կանխավճարը տվյալ տարվա պայմանագրի ավարտից հետո մեկամսյա ժամկետում վերադարձնում է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի համապատասխան եկամուտների հաշվին,

բ. Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» ծրագրի համար նախատեսված ընդհանուր միջոցների շրջանակներում փաստացի վնասաբերության մակարդակը 95 տոկոսից ավելի լինելու դեպքում սույն կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով ապահովագրավճարի մեծության սահմանման ընթացքում ուղենշային վնասաբերության հաշվարկման ցուցանիշներում ապահովագրական հատուցումների մեծության մեջ ներառվում է նաև փաստացի վնասաբերության և 95 տոկոս վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը,

գ. վնասաբերության ցուցանիշները հաշվարկվում են հաշվարկմանը նախորդող 12 ամիսների տվյալների հիման վրա.

2) սույն որոշման N 1 հավելվածի 10-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների համաձայնեցումն ստանալուց հետո 15-օրյա ժամկետում սույն որոշմամբ սահմանված կարգով կազմակերպել առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների հետ առողջության ապահովագրության պայմանագրերի կնքման գործընթացը:

4. Հանձնարարել պետական կառավարման համակարգի մարմինների ղեկավարներին, ինչպես նաև առաջարկել Երևանի քաղաքապետին ապահովել (այդ թվում՝ իրենց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային

կազմակերպությունների և այլ կազմակերպությունների մասով՝

1) սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո 15-օրյա ժամկետում սույն որոշման N 4 հավելվածի 8-րդ կետով նախատեսված դիմումը Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմ ներկայացնելը.

2) սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո 30-օրյա ժամկետում տվյալ մարմնում աշխատող անձանց՝ սույն որոշման N 4 հավելվածի 12-րդ կետով նախատեսված տվյալների մուտքագրումն էլեկտրոնային շտեմարան.

3) տվյալ մարմնում աշխատող անձանց տեղեկացումը՝ սույն որոշման N 4 հավելվածով նախատեսված էլեկտրոնային շտեմարանում տվյալների հավաքագրման վերաբերյալ:

Հավելված N 1

**ՀՀ կառավարության 2014 թվականի
մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման**

Կ Ա Ր Գ

**ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ
ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ
ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՈՒ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ**

I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են տվյալ տարվա Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառուների, ինչպես նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման (այսուհետ՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում) կազմակերպման և ֆինանսավորման հետ կապված հարաբերությունները:

2. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու իրավունք ունեն (այսուհետ՝ շահառուներ)

1) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետի համաձայն աշխատողներ (սոցիալական փաթեթի շահառուներ) հանդիսացող և սոցիալական փաթեթի առողջապահական փաթեթից օգտվելու իրավունք ունեցող անձինք (բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2013 թվականի հուլիսի 25-ի N 806-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետով նախատեսված անձանց).

2) պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով՝

ա. 50 տոկոս և ավելի պետության կամ համայնքային բաժնեմաս ունեցող միայն ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների (դիսպանսերներ, պոլիկլինիկաներ, ընտանեկան բժշկության կենտրոններ, առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ, բժշկական ամբուլատորիաներ, գյուղական առողջության կենտրոններ) հաստիքացուցակով նախատեսված հաստիք զբաղեցնող և նորմալ աշխատաժամանակի 50 տոկոսից ավելի աշխատաժամանակով աշխատողները (այդ թվում՝ վարչական)՝ բացառությամբ տնտեսական (տեխնիկական) սպասարկում իրականացնող աշխատողների,

բ. մարզերում գործող 50 տոկոս և ավելի պետության կամ համայնքային բաժնեմաս ունեցող հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների (բժշկական կենտրոններ, հիվանդանոցներ, ծննդատներ), արյան փոխներարկման կայանների հաստիքացուցակով նախատեսված հաստիք զբաղեցնող և նորմալ աշխատաժամանակի 50 տոկոսից ավելի աշխատաժամանակով աշխատողները (այդ թվում՝ վարչական)՝ բացառությամբ տնտեսական (տեխնիկական) սպասարկում իրականացնող աշխատողների,

գ. Երևան քաղաքում գործող 50 տոկոս և ավելի պետության կամ համայնքային բաժնեմաս ունեցող հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների (բժշկական կենտրոններ, հիվանդանոցներ, ծննդատներ) ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և շտապ բժշկական օգնություն իրականացնող հաստիքացուցակով նախատեսված հաստիք զբաղեցնող և նորմալ աշխատաժամանակի 50 տոկոսից ավելի աշխատաժամանակով բուժաշխատողները (ավագ, միջին և կրտսեր):

(2-րդ կետը լրաց. 30.05.19 N 690-Ն)

3. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 17-րդ կետով նախատեսված կարգավորումը տարածվում է սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում ընդգրկված կազմակերպություններում համատեղությամբ աշխատանք կատարող անձանց վրա: Սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպություններում համատեղությամբ աշխատանք կատարող անձինք ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում են իրենց հիմնական աշխատանքի վայրից: Եթե աշխատողի հիմնական և համատեղությամբ աշխատանքները կատարվում են այն գործատուի մոտ, որն ընդգրկված է սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպությունների ցանկում, ապա աշխատողը համատեղությամբ աշխատանքը հաստատող փաստաթուղթ (տեղեկանք) է ներկայացնում հիմնական աշխատավայրի գործատուին, որի դեպքում աշխատողի աշխատաժամանակի տևողությունը հիմնական և համատեղությամբ աշխատավայրերում միասին պետք է կազմի տվյալ աշխատողի համար Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ տևողության 50 տոկոսը: Եթե աշխատողի հիմնական աշխատանքը կատարվում է այնպիսի գործատուի մոտ, որը ներառված չէ սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպությունների ցանկում, սակայն համատեղությամբ աշխատանքը կատարվում է սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպություններում և աշխատաժամանակն այդ կազմակերպություններում նվազագույն կազմում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ տևողության 50 տոկոսը, ապա այդ անձինք ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում են համատեղությամբ աշխատանքային պայմանագիր կնքած գործատուի միջոցով: Շահառուների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը կազմակերպվում և ֆինանսավորվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության (այսուհետ՝ նախարարություն) և առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների (այսուհետ՝ ապահովագրական ընկերություններ) միջև կնքված առողջության ապահովագրության պայմանագրերի (այսուհետ՝ ապահովագրության պայմանագիր) միջոցով:

4. Առողջապահական կազմակերպությունների կողմից շահառուներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման հատուցումն իրականացվում է ապահովագրական ընկերությունների կողմից: Ապահովագրական ընկերությունները շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց հատուցումն իրականացնում են առողջապահական կազմակերպությունների հետ կնքված համագործակցության պայմանագրերի (այսուհետ՝ համագործակցության պայմանագիր) շրջանակներում՝ հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի հունվարի 26-ի N 95-Ն որոշմամբ սահմանված էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում (այսուհետ՝ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ) գրանցված տեղեկատվությունը:

5. Ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունն ապահովում է շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը Հայաստանի Հանրապետության և Արցախի Հանրապետության տարածքում գործող, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման (այսուհետ՝ որոշում) N 3 հավելվածով նախատեսված ծառայություններ մատուցող և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի (այսուհետ՝ նախարար) կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված առողջապահական կազմակերպություններում: Նախարարի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկվում են ապահովագրության պայմանագրերի կնքման տարում ծրագրի շրջանակներում շահառուներին բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցած բոլոր առողջապահական կազմակերպությունները, ինչպես նաև ծրագրին մասնակցելու հայտ ներկայացրած բոլոր այն առողջապահական կազմակերպությունները, որոնք ունեն որոշման N 3 հավելվածով նախատեսված ծառայությունների մատուցման լիցենզիա:

6. Սույն կարգի 5-րդ կետով սահմանված կարգով հաստատված ցանկում ընդգրկված և համագործակցության պայմանագիր կնքած առողջապահական կազմակերպությունը շահառուներին բժշկական օգնությունը և սպասարկումն իրականացնում է այն բոլոր ծառայությունների գծով, որոնք ենթակա են շահառուին տրամադրման՝ համաձայն որոշման, և որոնց համար առողջապահական կազմակերպությունը Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ունի լիցենզիա:

7. Ծրագրի շրջանակներում շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր դեպքերը, շահառուների բժշկական տվյալները, կատարված բժշկական ծառայությունները, այդ թվում՝ նաև լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունները, շահառուներին ցուցված կամ մատուցված բժշկական ծառայությունների մասով առողջապահական կազմակերպությունների կողմից ապահովագրական ընկերություններին ուղարկվող բոլոր հարցումները, ապահովագրական ընկերությունների կողմից դրանց հաստատումները և մերժումները համապատասխանաբար առողջապահական կազմակերպությունների և ապահովագրական ընկերությունների կողմից գրանցվում են էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում:

II. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԴՐԱՆՑ ՄԻՋԵՎ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ ԹՎԻ ԲԱՇԽՄԱՆ ՄԿՋԲՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԵՐԻ ԿՆՔՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ

8. Ծրագրի շրջանակներում ապահովագրության պայմանագրեր կնքվում են Հայաստանի Հանրապետության տարածքում գործող այն ապահովագրական ընկերությունների հետ, որոնք ունեն առողջության ապահովագրության դասով ապահովագրական գործունեություն իրականացնելու լիցենզիա և «Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի

մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված կարգով կնքել են ծրագրի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից քննված պահանջներով կայացված որոշումները վիճարկելու իրավունքից հրաժարվելու վերաբերյալ համաձայնագիր: Նշված համաձայնագիրը պետք է կնքվի ոչ պակաս, քան յուրաքանչյուր շահառուի համար սահմանված ապահովագրական գումարի չափով և անընդմեջ գործի ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրի գործողության ամբողջ ընթացքում:

9. Որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարը, ծառայությունների գները և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարը հաստատվելուց հետո 2-օրյա ժամկետում նախարարությունն էլեկտրոնային փոստով և պատվիրված նամակով տեղեկացնում է սույն կարգի 8-րդ կետի պայմանները բավարարող բոլոր ապահովագրական ընկերություններին տվյալ տարվա պայմանագրային գործընթացն սկսելու մասին: Նամակին կից ապահովագրական ընկերություններին տրամադրվում է տեղեկատվություն նաև որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի, ծառայությունների գների և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարի վերաբերյալ:

10. Սույն կարգի 9-րդ կետով նախատեսված գրության ստացման օրվանից հետո 3-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունը պայմանագրային գործընթացին մասնակցության մասին գրավոր տալիս է իր համաձայնությունը՝ գրությանը կից ներկայացնելով սույն կարգի 8-րդ կետի պահանջները բավարարող կնքված համաձայնագիրը կամ հրաժարվում մասնակցությունից: Սահմանված ժամկետներում ապահովագրական ընկերության գրավոր պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում:

11. Մասնակցության հայտ ներկայացրած ապահովագրական ընկերությունը գրկվում է տվյալ պայմանագրային տարվա համար ծրագրին մասնակցելու իրավունքից, եթե չի բավարարում սույն կարգի 8-րդ կետով սահմանված պահանջները, չի ներկայացրել սույն կարգի 8-րդ կետով սահմանված պահանջները բավարարող կնքված համաձայնագիրը կամ հրաժարվել է մասնակցությունից կամ չի կատարել ապահովագրության պայմանագրի կնքման համար սույն կարգով նախատեսված գործողությունները:

12. Սույն կարգի 10-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հայտերն ստանալուց հետո 2 աշխատանքային օրվա ընթացքում նախարարի կողմից հաստատվում են ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների ցանկը (ցանկում ներառվում են որոշման պահանջները բավարարող և որոշմամբ սահմանված կարգով և ժամկետներում մասնակցության գրավոր համաձայնություն տված բոլոր ապահովագրական ընկերությունները) և յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվը (շահառուների թվի բաշխման համամասնություններն ըստ ապահովագրական ընկերությունների)՝ հաշվարկված սույն կարգի 21-րդ կետով սահմանված կարգով:

13. Նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև պայմանագրերը կնքվում են յուրաքանչյուր տարվա համար՝ մինչև այդ տարվան նախորդող տարվա դեկտեմբեր ամսվա ավարտը՝ հիմք ընդունելով որոշման N 4 հավելվածով սահմանված էլեկտրոնային շտեմարաններում առկա շահառուների՝ տվյալ տարվա դեկտեմբերի 1-ի դրությամբ գրանցված թիվը և տվյալները: Հերթական տարվա պայմանագրերն ուժի մեջ են մտնում կնքմանը հաջորդող տարվա հունվարի 1-ից և գործում են մեկ տարի ժամկետով:

14. Ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների ցանկի հաստատումից հետո 5-օրյա ժամկետում համագործակցության պայմանագրի ձևը ծրագրին մասնակից բոլոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից համատեղ ներկայացվում է նախարարություն և համաձայնեցվում է նախարարի հետ: Համագործակցության պայմանագրի ձևը մերժվում է նախարարի կողմից, եթե այն հակասում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության և որոշման պահանջներին: Համագործակցության պայմանագրի համաձայնեցման գործընթացը պետք է իրականացվի մինչև նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև պայմանագրերի կնքումը և ոչ ուշ, քան տվյալ տարվա դեկտեմբերի 23-ը: Ապահովագրական ընկերությունների կողմից համագործակցության պայմանագիրը համաձայնեցման չներկայացվելու դեպքում շարունակում է գործել նախորդ ժամանակահատվածում արդեն իսկ համաձայնեցված համագործակցության պայմանագրի ձևը:

15. Յուրաքանչյուր տարվա ավարտին՝ հերթական տարվա պայմանագրային գործընթացի փուլում, նախարարության կամ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների կողմից համագործակցության պայմանագրի փոփոխման առաջարկ չներկայացվելու դեպքում գործող համագործակցության պայմանագրերը համարվում են սահմանված ձևին համապատասխանող՝ բացառությամբ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գների, որոնք պետք է համապատասխանեցվեն որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հերթական տարվա համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հաստատված գներին:

16. Սույն կարգի 5-րդ կետով սահմանված կարգով առողջապահական կազմակերպությունների ցանկի հաստատումից և համագործակցության պայմանագրի ձևի համաձայնեցումից հետո 3-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունը համագործակցության պայմանագիրը տրամադրում է սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված բոլոր առողջապահական կազմակերպություններին համագործակցության պայմանագրերի կնքման գործընթացի կազմակերպման համար:

17. Առողջապահական կազմակերպությունն ապահովագրական ընկերության կողմից տրամադրված համագործակցության պայմանագիրն ստանալուց հետո 5-օրյա ժամկետում հաստատված պայմանագիրը տրամադրում է ապահովագրական ընկերությանը: Սահմանված ժամկետներում առողջապահական կազմակերպության պատասխանի

բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում: Առողջապահական կազմակերպության կողմից որևէ ապահովագրական ընկերության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում հրաժարումից 30 օրվա ընթացքում սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում նախարարության կողմից կատարվում է փոփոխություն, և տվյալ առողջապահական կազմակերպությունը զրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունքից:

18. Ապահովագրական ընկերության կողմից սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված որևէ առողջապահական կազմակերպության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում ապահովագրական ընկերությունը զրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում ծառայություններ մատուցելու իրավունքից: Տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուները վերաբաշխվում են ծրագրին իրականացնող մյուս ապահովագրական ընկերությունների միջև սույն կարգի 30-րդ կետով սահմանված կարգով:

19. Համագործակցության պայմանագրերի կնքման գործընթացի կազմակերպման մեկնարկից հետո 15-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունները նախարարությանը ներկայացնում են այն առողջապահական կազմակերպությունների ցանկը, որոնց հետ կնքվել են համագործակցության պայմանագրերը:

20. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ծրագրին մասնակցող առողջապահական կազմակերպությունների ցանկում նոր կազմակերպություն ընդգրկվելու դեպքում նախարարությունը փոփոխության վերաբերյալ 5-օրյա ժամկետում ծանուցում է ապահովագրական ընկերություններին, իսկ վերջիններս սույն կարգի 16-րդ և 17-րդ կետերով սահմանված կարգով կնքում են համագործակցության պայմանագրերը:

21. Տվյալ տարվա համար յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{ՇԹ} = (\text{Ա} * 0.44 + \text{Հ} * 0.26 + \text{Կ} * 0.30) * \text{ՇԸԹ}$$

- 1) որտեղ՝
 - ա. ՇԸԹ-ն՝ ծրագրում ընդգրկված շահառուների ընդհանուր թիվն է,
 - բ. ՇԹ-ն՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվն է,
 - գ. Ա-ն՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջության կամավոր ապահովագրության գծով (բացառությամբ սույն կարգով իրականացված առողջության ապահովագրության) նախորդ 3 տարիների հաշվեգրված համախառն ապահովագրավճարներում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է,
 - դ. Հ-ն՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջության կամավոր ապահովագրության գծով (բացառությամբ սույն կարգով իրականացված առողջության ապահովագրության) շուկայում նախորդ 3 տարիների հաշվեգրված համախառն ապահովագրական հատուցումներում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է,
 - ե. Կ-ն՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների՝ Հայաստանի Հանրապետության կենտրոնական բանկի կանոնակարգի 3/02-ի համաձայն նախորդ տարվա վերջի դրությամբ հաշվարկված նորմատիվային ընդհանուր կապիտալների (Ն1.1 նորմատիվի հաշվարկային մեծության) հանրագումարում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է,
 - 2) ընդ որում՝ Ա և Հ ցուցանիշների համար հիմք են հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների պաշտոնական կայքերում հրապարակված՝ արտաքին աուդիտի կողմից համապատասխան տարիների համար հաստատված տարեկան ֆինանսական հաշվետվությունները,
 - 3) Կ ցուցանիշի համար հիմք են հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության կենտրոնական բանկի խորհրդի 2009 թվականի հունիսի 2-ի N 166-Ն որոշմամբ հաստատված կանոնակարգի 8/03-ի համաձայն հրապարակվող հիմնական տնտեսական նորմատիվների վերաբերյալ հաշվետվության՝ նորմատիվի փաստացի մեծությունը:
22. 2019 թվականի և հաջորդող յուրաքանչյուր տարվա համար ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների միջև շահառուների թվի բաշխումն իրականացնելիս կատարվում է ճշգրտում՝ համաձայն հետևյալ բանաձևի՝

$$\text{ՇՃԹ} = \text{ՇԹ} +/- \text{ՖՀԲ} +/- \text{ՀՑ}$$

- 1) որտեղ՝
 - ա. ՇՃԹ-ն՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների ճշգրտված թիվն է,
 - բ. ՇԹ-ն՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվն է՝ հաշվարկված սույն կարգի 10-րդ կետի համաձայն,
 - գ. ՖՀԲ-ն՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի ավելացման կամ նվազեցման չափն է՝ կախված ընդդեմ ապահովագրական ընկերության բողոքներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված որոշումների ցուցանիշից, որը հաշվարկվում է սույն կարգի 12-րդ կետի համաձայն,
 - դ. ՀՑ-ն՝ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի ավելացման կամ

նվազեցման չափն է՝ կախված ապահովագրական հատուցումների ցուցանիշից, որը հաշվարկվում է սույն կարգի 12-րդ կետի համաձայն:

23. Սույն կարգի 22-րդ կետում նշված ՖՀԲ և ՀՑ ցուցանիշների հաշվարկն իրականացվում է հետևյալ քայլերի հաջորդականությամբ՝

1) քայլ 1

Հաշվարկվում է ծրագրին մասնակցած ապահովագրական ընկերությունների դեմ ներկայացրած բողոքներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված դրական որոշումների միջին ցուցանիշը (ՄԲ)՝

$$ՄԲ = Բ / ((\text{ՇԸԹ}_{\text{սկիզբ}} + \text{ՇԸԹ}_{\text{վերջ}}) / 2)$$

որտեղ՝

Բ-ն՝ ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրերի գծով ծրագրին մասնակցած ապահովագրական ընկերությունների դեմ կիրառման տարվան (տվյալ պայմանագրի գործողության տարի) նախորդող տարվա հունվարի 1-ից մինչև նոյեմբերի 30-ը ընկած ժամանակահատվածի ընթացքում (այսուհետ՝ հաշվետու ժամանակաշրջան) ներկայացրած պահանջներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված բավարարման կամ մասնակի բավարարման որոշումների և ֆինանսական համակարգի հաշտարարի միջնորդությամբ կնքված հաշտության այն համաձայնագրերի թվի հանրագումարն է, որոնց արդյունքում ապահովագրական ընկերությունները վճարել են ապահովագրական հատուցում:

ՇԸԹ_{սկիզբ} -ն և ՇԸԹ_{վերջ} -ն՝ ծրագրում ընդգրկված շահառուների ընդհանուր թիվն է՝ համապատասխանաբար հաշվետու ժամանակաշրջանի սկզբի և վերջին օրվա դրությամբ.

2) քայլ 2

Հաշվարկվում է ծրագրին մասնակցած ապահովագրական ընկերությունների միջին հատուցման ցուցանիշը (ՄՀ)՝

$$ՄՀ = ԸՀ / ((\text{ՇԸԹ}_{\text{սկիզբ}} + \text{ՇԸԹ}_{\text{վերջ}}) / 2)$$

որտեղ՝

ԸՀ-ն՝ ծրագրին մասնակցած ապահովագրական ընկերությունների կողմից հաշվետու ժամանակաշրջանի ընթացքում ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրերի գծով հաշվեգրված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարն է.

3) քայլ 3

Հաշվարկվում է ծրագրին մասնակցած յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության դեմ ներկայացրած բողոքներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված դրական որոշումների ցուցանիշը (ԱԲ)՝

$$ԱԲ = ԲԱ / ((\text{ԱՇԸԹ}_{\text{սկիզբ}} + \text{ԱՇԸԹ}_{\text{վերջ}}) / 2)$$

որտեղ՝

ԲԱ-ն՝ ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրի գծով ծրագրին մասնակցած տվյալ ապահովագրական ընկերության դեմ հաշվետու ժամանակաշրջանի ընթացքում ներկայացրած պահանջներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված բավարարման կամ մասնակի բավարարման որոշումների և ֆինանսական համակարգի հաշտարարի միջնորդությամբ կնքված հաշտության այն համաձայնագրերի թվի հանրագումարն է, որոնց արդյունքում ապահովագրական ընկերությունը վճարել է ապահովագրական հատուցում:

ԱՇԸԹ_{սկիզբ} -ն և ԱՇԸԹ_{վերջ} -ն՝ տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից ծրագրի շրջանակներում ընթացիկ տարվա համար կնքված ապահովագրության պայմանագրով ապահովագրած շահառուների ընդհանուր թիվն է՝ համապատասխանաբար հաշվետու ժամանակաշրջանի սկզբի և վերջի օրվա դրությամբ.

4) քայլ 4

Կախված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված ԱԲ ցուցանիշից՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունները բաժանվում են երկու խմբի՝

- ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱԲ ցուցանիշը գերազանցում է ՄԲ ցուցանիշը.
- ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱԲ ցուցանիշը փոքր է ՄԲ ցուցանիշից:

Այն ապահովագրական ընկերությունների համար, որոնց ԱԲ ցուցանիշը գերազանցում է ՄԲ ցուցանիշը, ՖՀԲ ցուցանիշը բացասական մեծություն է, այսինքն, իրականացվում է տվյալ ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված շահառուների թվի նվազեցում՝ համաձայն N 1 սանդղակի:

Սանդղակ N 1

(ԱԲ – ՄԲ)/ ՄԲ-մեծության միջակայքերի դեպքում	Շահառուների թվի նվազեցման %
---	-----------------------------

0%-3%	0%
3%-10%	5%
10%-20%	10%
> 20%	15%

Այն ապահովագրական ընկերությունների համար, որոնց ԱԲ ցուցանիշը փոքր է ՄԲ ցուցանիշից, ՖՀԲ ցուցանիշը դրական մեծություն է, այսինքն, իրականացվում է տվյալ ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված շահառուների թվի ավելացում՝ համաձայն ստորև նշված բանաձևի՝

$$\text{ՖՀԲ} = \text{քայլ 4-ի համաձայն հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,7 * \text{ՇԹ} / \sum \text{ՇԹ}_i + \text{քայլ 4-ի համաձայն հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,3 * \text{ՇՏ}$$

որտեղ՝
 $\sum \text{ՇԹ}_i$ -ն՝ այն ապահովագրական ընկերությունների ՇԹ-ների հանրագումարն է, որոնց ԱԲ ցուցանիշը փոքր է ՄԲ ցուցանիշից:

ՇՏ-ն՝ տվյալ ապահովագրական ընկերության ԱԲ ցուցանիշի ՄԲ ցուցանիշից շեղման տոկոսն է ՄԲ ցուցանիշից փոքր ԱԲ ցուցանիշ ունեցող բոլոր ապահովագրական ընկերությունների դրական շեղումների հանրագումարի մեջ: ՇՏ-ն որոշվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{ՇՏ}_k = ((\text{ԱԲ}_k - \text{ՄԲ}) / \text{ՄԲ}) / (\sum ((\text{ԱԲ}_n - \text{ՄԲ}) / \text{ՄԲ}))$$

5) քայլ 5

Հաշվարկվում է ծրագրին մասնակցած յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության ապահովագրական հատուցման միջին ցուցանիշը (ԱՀՄ)՝

$$\text{ԱՀՄ} = \text{ՀԱ} / ((\text{ԱՇԸԹ}_{\text{սկիզբ}} + \text{ԱՇԸԹ}_{\text{վերջ}}) / 2)$$

որտեղ՝

ՀԱ-ն՝ ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրի գծով ծրագրին մասնակցած տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից հաշվետու ժամանակաշրջանի ընթացքում հաշվեգրված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարն է,

$\text{ԱՇԸԹ}_{\text{սկիզբ}}$ -ն և $\text{ԱՇԸԹ}_{\text{վերջ}}$ -ն՝ կիրառվում են քայլ 3-ում նշվածի սահմանամար.

6) քայլ 6

Կախված ծրագրին մասնակցած յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված ապահովագրական հատուցման միջին ցուցանիշներից (ԱՀՄ)՝ ապահովագրական ընկերությունները բաժանվում են երկու խմբի՝

- ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը փոքր է ՄՀ ցուցանիշից,
- ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը գերազանցում է ՄՀ ցուցանիշը:

Այն ապահովագրական ընկերությունների համար, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը փոքր է ՄՀ ցուցանիշից, ՀՑ ցուցանիշը բացասական մեծություն է, այսինքն, իրականացվում է տվյալ ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված շահառուների թվի նվազեցում՝ համաձայն N 2 սանդղակի:

Սանդղակ N 2

(ՄՀ – ԱՀՄ)/ ՄՀ-մեծության միջակայքերի դեպքում	Շահառուների թվի նվազեցման %
0%-3%	0%
3%-10%	5%

10%-20%	10%
> 20%	15%

Այն ապահովագրական ընկերությունների համար, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը գերազանցում է ՄՀ ցուցանիշը, ՀՑ ցուցանիշը դրական մեծություն է, այսինքն, իրականացվում է տվյալ ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված շահառուների թվի ավելացում՝ համաձայն ստորև նշված բանաձևի՝

ՀՑ = քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար * 0,7 * ՇԹ / ՇԹ_բ + քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար * 0,3 * ՇՏ

որտեղ՝

ՇԹ_բ -ն՝ այն ապահովագրական ընկերությունների ՇԹ-ների հանրագումարն է, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը գերազանցում է ՄՀ ցուցանիշը:

ՇՏ-ն՝ տվյալ ապահովագրական ընկերության ՄՀ ցուցանիշի ԱՀՄ ցուցանիշից շեղման տոկոսն է ԱՀՄ ցուցանիշից բարձր ՄՀ ցուցանիշ ունեցող բոլոր ապահովագրական ընկերությունների շեղումների հանրագումարի մեջ: ՇՏ-ն որոշվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{ՇՏ}_k = ((\text{ՄՀ}_k - \text{ԱՀՄ}) / \text{ԱՀՄ}) / (\sum((\text{ՄՀ}_n - \text{ԱՀՄ}) / \text{ԱՀՄ}))$$

24. Սույն կարգի 21-23-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության շահառուների թվի շրջանակներում շահառուների ընդհանուր ցանկից տվյալ ապահովագրական ընկերության շահառուներն ընտրվում են նախարարության կողմից, ապահովագրական ընկերությունների ներկայացուցիչների մասնակցությամբ, պատահական ընտրության կարգով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը: Ապահովագրական ընկերությունների շահառուների՝ սույն կետով սահմանված կարգով բաշխված ցանկում փոփոխություններ հնարավոր է իրականացնել մինչև պայմանագրի գործողության առաջին ամսվա ավարտը՝ չխախտելով սույն կարգով սահմանված բաշխման սկզբունքները և ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հաստատված համամասնությունները:

25. Յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը սահմանվում է սույն կարգի 21-23-րդ կետերով սահմանված կարգով ընտրված շահառուների համար՝ յուրաքանչյուր շահառուի ֆինանսավորման չափը հաշվարկվում է տարվա ընթացքում ապահովագրված շահառու հանդիսանալու օրերի թվի և որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի արտադրյալով:

26. Շահառուների ցանկում փոփոխություններ իրականացվում են ոչ շուտ, քան յուրաքանչյուր ամիսը մեկ անգամ և ոչ ուշ, քան յուրաքանչյուր կիսամյակը մեկ անգամ՝ բացառությամբ սույն կարգի 24-րդ կետով սահմանված կարգով իրականացվող ճշգրտումների: Շահառուների ցանկում փոփոխություններն իրականացվում են էլեկտրոնային շտեմարաններում գրանցված շահառուների ցանկից ելնելով, ընդ որում՝

1) շահառուի՝ ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքի դադարեցման և նոր շահառուների ընդգրկման դեպքում պայմանագրում կատարվում են փոփոխություններ: Շահառուի՝ ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքի դադարեցման դեպքում տվյալ շահառուին սպասարկող ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում կատարվում է նվազեցում, և նոր շահառուների բաշխումն ըստ ապահովագրական ընկերությունների իրականացվում է այնպես, որ պահպանվեն սույն որոշմամբ սահմանված կարգով շահառուների թվերի հաստատված համամասնությունները:

2) շահառուի՝ ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքի դադարեցման կամ նոր շահառուների ընդգրկման դեպքում ապահովագրված անձանց ցանկում փոփոխություններն իրականացվում են նախարարության կողմից ապահովագրական ընկերություններին ուղարկված ծանուցման և ծանուցմանը կից ներկայացված փոփոխությունների ցանկերի հիման վրա: Տվյալ տարվա ընթացքում երկու անգամ՝ հունիս և նոյեմբեր ամիսներին, նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև կնքվում են համաձայնագրեր, որոնցով արձանագրվում են ապահովագրված անձանց ցանկի և պայմանագրային գումարի փոփոխությունները:

3) յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը վերահաշվարկվում է սույն կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված համաձայնագրերով՝ ելնելով սույն կետով սահմանված կարգով շահառուների թվի փոփոխություններից: Պայմանագրային գումարի վերահաշվարկներն իրականացվում են սույն կարգի 25-րդ կետով սահմանված կարգով:

27. Բժշկական օգնության դիմած շահառուին շահառուների ցանկում որևէ պատճառով ընդգրկված չլինելու դեպքում առողջապահական կազմակերպության կողմից ծրագրի շրջանակներում նախատեսված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները մատուցվում են նախարարության կողմից տրամադրված ծանուցման հիման վրա, ընդ որում, նախարարության կողմից առողջապահական կազմակերպությանը ծանուցումը կատարվում է ոչ ուշ, քան

բժշկական օգնության դիմած անձի՝ շահառու հանդիսանալու հավաստիացումն ստանալուց հետո 1 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Շահառուի բժշկական օգնության հատուցումն իրականացվում է ապահովագրական ընկերության կողմից սույն կարգի 26-րդ կետով սահմանված կարգով շահառուների ցանկում փոփոխություն կատարելուց հետո:

28. Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ընթացքում առողջապահական փաթեթով նախատեսված ծառայությունների ստացման համար առնվազն մեկ անգամ դիմած շահառուն իրավունք ունի գրավոր դիմելու նախարարություն՝ պահանջելով ընթացիկ տարվան հաջորդող տարվա ընթացքում բացառել ծրագրի շրջանակներում նույն ապահովագրական ընկերության ապահովագրված անձ հանդիսանալու հնարավորությունը:

29. Յուրաքանչյուր հաջորդ տարվա դեկտեմբերի 1-ի դրությամբ յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում փոփոխությունները կատարվում են հետևյալ սկզբունքներով՝

1) ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում տվյալ տարվա համար սույն կարգի 21-23-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված շահառուների թվի և նախորդ տարվա շահառուների թվի բացասական տարբերության դեպքում ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում կատարվում է նվազեցում այդ տարբերության չափով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը՝ մինչև սույն ժամանակ բացառելով սույն կարգի 27-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը:

2) ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում տվյալ տարվա համար սույն կարգի 21-23-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված շահառուների թվի և նախորդ տարվա շահառուների թվի դրական տարբերությունը բաշխվում է դրական տարբերություն ունեցող ապահովագրական ընկերությունների միջև՝ շահառուների բաշխման համար կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը՝ մինչև սույն ժամանակ բացառելով սույն կարգի 28-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը:

30. Պայմանագրի գործողության ընթացքում կամ շահառուների բաշխումից հետո որևէ ապահովագրական ընկերության ծրագրից դուրս գալու դեպքում սույն կարգի 21-23-րդ կետերով սահմանված սկզբունքներով կատարվում է ծրագրին մասնակցող յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի վերահաշվարկ, և ծրագրից դուրս եկած ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրված շահառուները բաշխվում են ծրագրին մասնակցող մյուս ապահովագրական ընկերությունների միջև այնպես, որպեսզի ապահովագրական ընկերությունների կողմից սպասարկվող շահառուների թվերը համապատասխանեն վերահաշվարկի արդյունքում սահմանված համամասնություններին: Սույն կետով իրականացված շահառուների թվի վերահաշվարկի արդյունքում սույն կարգի 25-րդ կետով սահմանված կարգով փոփոխություններ են կատարվում ապահովագրական ընկերությունների պայմանագրային գումարներում, իսկ վերահաշվարկից հետո 15-օրյա ժամկետում փոփոխություններ են կատարվում նաև ապահովագրական ընկերության հետ կնքված պայմանագրերում:

III. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ

31. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է՝

1) հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում՝ տվյալ առողջապահական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացության հիման վրա:

2) դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների դեպքում՝ նեղ մասնագետի կամ տվյալ դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ մատուցող առողջապահական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի կամ տվյալ շահառուին սպասարկող առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժշկական կազմակերպության կողմից տրված եզրակացության հիման վրա:

32. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ստանալու համար շահառուները պետք է առողջապահական կազմակերպություն ներկայացնեն անձը հաստատող փաստաթուղթ, որի հիման վրա էլեկտրոնային առողջապահության համակարգով առողջապահական կազմակերպությունը ճշտում է շահառուին սպասարկող ապահովագրական ընկերությունը, և շահառուին մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման մասին առողջապահական կազմակերպությունը համագործակցության պայմանագրով սահմանված կարգով տեղեկացնում է ապահովագրական ընկերությանը:

(32-րդ կետը փոփ. 28.10.21 N 1781-Ն)

33. Շտապ և անհետաձգելի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն պահանջող դեպքերում շահառուները կարող են ծրագրի շրջանակներում ստանալ բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն՝ մինչև պացիենտի դուրսգրումն անձը հաստատող փաստաթուղթը առողջապահական կազմակերպություն ներկայացնելու պայմանով:

(33-րդ կետը փոփ. 28.10.21 N 1781-Ն)

IV. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄԸ

34. Ապահովագրական ընկերությունների կողմից մատուցվող ապահովագրական ծառայությունների ամսական վճարումն իրականացվում է նախարարության կողմից՝ Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարություն ներկայացված հայտերի հիման վրա՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի կատարման եռամսյակային

համամասնության շրջանակներում և պայմանագրով նախատեսված վճարման ժամանակացույցի համաձայն:

35. Ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջապահական կազմակերպությունների կողմից մատուցված ծառայությունների համար վճարումն իրականացվում է փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց՝ որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված ծառայությունների գներով:

36. Առողջապահական կազմակերպությունների կողմից փաստացի մատուցված ծառայությունների համար հիմք է էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը՝ մինչև ժամանակ պահպանելով ապահովագրական ընկերության իրավունքը՝ առողջապահական կազմակերպությունից պահանջելու տրամադրել էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում չտեղադրված և մատուցված ծառայությունների փաստը հաստատող անհրաժեշտ փաստաթղթերը՝ համաձայն ապահովագրական ընկերության և առողջապահական կազմակերպության միջև կնքված համագործակցության պայմանագրի:

37. Նախարարությունն էլեկտրոնային առողջապահության համակարգով կարող է ուսումնասիրել ծրագրի շրջանակներում շահառուներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները, դրանց ծավալները և, անհրաժեշտության դեպքում, համագործակցության պայմանագրով սահմանված կարգով առողջապահական կազմակերպություններում կարող է իրականացնել բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ուսումնասիրություններ և մշտադիտարկումներ:

(հավելվածը լրաց. 30.05.19 N 690-Ն, փոփ. 28.10.21 N 1781-Ն)

Հավելված N 2

ՀՀ կառավարության 2014 թվականի

մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ

I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն ու սպասարկում (այսուհետ՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում) իրականացնող կազմակերպություններում տվյալ տարվա Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) շրջանակներում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման (այսուհետ՝ որոշում) N 1 հավելվածի 2-րդ կետով հաստատված շահառուներին (այսուհետ՝ շահառուներ) տրամադրվող բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների տեսակների հետ կապված հարաբերությունները:

II. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ

- 2. Ծրագրի շրջանակներում հատուցման ենթակա են հետևյալ արտահիվանդանոցային ծառայությունները՝
 - 1) վնասվածքների (կտրվածքներ, հոդախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը.
 - 2) հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետևյալ հետազոտությունները՝
 - ա. էխոկարդիոգրաֆիա դոպլեր հետազոտությամբ,
 - բ. էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա,
 - գ. ռենտգենոգրաֆիա ներերակային հեղուկ կոնտրաստավորմամբ,
 - դ. կոլոնոսկոպիա,
 - ե. մամոգրաֆիա,
 - զ. էլեկտրոկարդիոգրաֆիա չափավորված ծանրաբեռնվածությամբ (տրեդմիլ-տեստ, վելոերգոմետրիա),
 - է. հոլտեր մոնիթորինգ,
 - ը. ռադիոնուկլիդային ախտորոշման հետազոտություններ (երիկամներ, լյարդ, ոսկրեր, թոքեր և այլն),

- թ. համակարգչային տոմոգրաֆիա առանց ներերակային կոնտրաստավորման,
- ժ. համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա ներերակային կոնտրաստավորմամբ (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը),
- ժա. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա՝ առանց կոնտրաստավորման (անկախ սարքի հզորությունից),
- ժբ. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա՝ կոնտրաստավորմամբ (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը, անկախ սարքի հզորությունից):

3. Սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետի «թ»-«ժբ» պարբերություններում ներառված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններն իրականացվում են համավճարային սկզբունքով: Ընդ որում, համավճարների չափաքանակները կամ գները հաստատվում են որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով:

4. Սույն հավելվածի 12-րդ կետի 8-18-րդ ենթակետերում նշված հիվանդությունների և իրավիճակների դեպքերում արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով սահմանված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները ենթակա են հատուցման ծրագրի շրջանակներում՝ սույն հավելվածի 3-րդ կետով սահմանված կարգով:

III. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ

5. Ծրագրի շրջանակներում հատուցման ենթակա են հետևյալ հիվանդանոցային ծառայությունները՝
- 1) վիրահատական և (կամ) թերապևտիկ բուժումը (բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 28-ի N 57-Ն հրամանով հաստատված ցանկում ընդգրկված նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների՝ բացառությամբ սույն կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված դեպքերի)։
 - 2) նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող հետևյալ բժշկական ծառայությունները՝
 - ա. գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների էնդովասկուլյար բուժում (ներառյալ միկրոկաթետրի, միկրոպարոլի և (կամ) օնիքսի արժեքը),
 - բ. կլիպաների օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,
 - գ. շունտավորող համակարգերի օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,
 - դ. էնդովասկուլյար ռեկոնստրուկտիվ բուժում՝ նյարդավիրաբուժական հիվանդությունների ժամանակ,
 - ե. սրտի բաց վիրահատություն և (կամ) կորոնար անոթների ստենտավորում՝ ինչպես դեղապատ, այնպես էլ՝ ոչ դեղապատ ստենտերով, սրտի փականների պրոթեզավորում, սրտի ռիթմը վարող սարքերի իմպլանտացիա,
 - զ. աորտայի անևրիզմաների պատրվածքների և (կամ) շերտազատումների վիրահատություններ,
 - է. կարդիոկերտեր-դեֆիբրիլատորի իմպլանտացիա,
 - ը. սրտամկանի էլեկտրոֆիզիոլոգիական հետազոտություններ, սրտի կաթետերային աբլացիա,
 - թ. սիներակի (Վ. Կավա/V. Cava) ֆիլտրի տեղադրումը (ներառյալ ֆիլտրի արժեքը),
 - ժ. արթրոսկոպիկ վիրահատություններ,
 - ժա. խոշոր հոդերի էնդոպրոթեզավորում՝ ռեկոնստրուկցիայով, առանց էնդոպրոթեզի արժեքի,
 - ժբ. բացառապես վնասվածքաբանական վիրահատությունների ժամանակ կիրառվող մետաղական կոնստրուկցիաների, ընդ որում, միայն հարթակների, պտուտակների և շյուղերի արժեքները,
 - ժգ. շագանակագեղձի միջմիզուկային մասնահատում (ՏՈՒՌ, TYP) բիպոլյար կամ լազերային եղանակով,
 - ժդ. քարափշրում (լիթոտրիպսիա)՝ հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոնենոսկոպիկ,
 - ժե. սկլերոպլաստիկան, կեռատոպլաստիկան,
 - ժզ. աչքի առաջային խցիկի արհեստական փականների կիրառում (շունտավորում),
 - ժէ. նորագոյացությունների ճառագայթային բուժում՝ տարեկան ոչ ավելի, քան 35 սեանս,
 - ժը. նորագոյացությունների ներխոռոչային ճառագայթային բուժում՝ տարեկան ոչ ավելի, քան 10 սեանս:
 6. Հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ներառում է բուժման համար անհրաժեշտ միջոցառումները, այդ թվում՝
 - 1) բժշկական խորհրդատվությունները.
 - 2) հիվանդանոցային բուժման ընթացքում իրականացվող բոլոր լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները.
 - 3) հիվանդանոցային բուժման ընթացքում հիվանդանոցի կողմից անհրաժեշտ դեղերով, բժշկական նշանակության պարագաներով ապահովումը և բուժական բոլոր միջամտությունները.
 - 4) պացիենտին հիվանդասենյակով ապահովելը (բացառությամբ պացիենտի կողմից նախընտրած առանձին վճարովի հիվանդասենյակների արժեքի):

7. Սույն հավելվածի 5-րդ կետում ընդգրկված հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում հատուցման ենթակա են նաև սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2)-րդ ենթակետում ընդգրկված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները: Սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետի «ա»-«ը» պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունների արժեքները ներառվում են հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գնի մեջ, իսկ «թ»-«ժբ» պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունները հատուցվում են

լրացուցիչ՝ որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված ամբողջ գնով (առանց համավճարի կիրառման): Սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում ընդգրկված հետազոտությունները հաստուցվում են նաև սույն հավելվածի 12-րդ կետի 8-18-րդ ենթակետերում նշված հիվանդությունների և իրավիճակների դեպքում:

IV. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՓԱԹԵԹԸ

8. Սույն փաթեթով նախատեսված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն իրականացվում է միայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետի համաձայն աշխատողներ (սոցիալական փաթեթի շահառուներ) հանդիսացող և սոցիալական փաթեթի առողջապահական փաթեթից օգտվելու իրավունք ունեցող անձանց՝ օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը) միայն մեկ անգամ: Եթե սոցիալական փաթեթի շահառուն կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցել է տարվա երկրորդ կեսին, ապա հաջորդը կարող է անցնել ոչ շուտ, քան վեց ամիս անց:

9. Սոցիալական փաթեթի շահառուի կանխարգելիչ բժշկական քննությունն ընդգրկում է՝

- 1) ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն՝ զարկերակային ճնշման պարտադիր չափումով և մարմնի զանգվածի որոշմամբ.
- 2) տղամարդկանց համար ուռուցիկ (բացակայության դեպքում՝ վիրաբույժի) խորհրդատվություն.
- 3) կանանց համար գինեկոլոգի խորհրդատվություն.
- 4) կանանց համար կրծքագեղձի ֆիզիկալ զննում.
- 5) արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ լեյկոֆորմուլայով.
- 6) խոլեստերինի որոշում արյան մեջ.
- 7) էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ).

8) որովայնի խոռոչի, փոքր կոնքի օրգանների և վահանաձև գեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն, կանանց համար՝ նաև կրծքագեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն:

10. Շահառուի կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցկացվում է այն կազմակերպության կողմից, որում տվյալ շահառուն ունի առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի մոտ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի մարտի 30-ի N 420-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով գրանցում՝ բացառությամբ գյուղական բնակավայրերում գործող կազմակերպությունների (գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներ, գյուղական առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ, գյուղական առողջության կենտրոններ): Գյուղական բնակավայրերում գործող կազմակերպություններում առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի մոտ գրանցում ունեցող շահառուներն իրենց կանխարգելիչ բժշկական քննություններն անցնում են տվյալ տարածաշրջանի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնությունն իրականացնող պոլիկլինիկայում կամ բժշկական կենտրոնում:

11. Սոցիալական փաթեթի շահառուի կողմից կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցած լինելու հանգամանքը հավաստվում է էլեկտրոնային առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի միջոցով կամ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման համաձայն տրամադրված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցնելու վերաբերյալ տեղեկանքով:

V. ԾՐԱԳՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

12. Ծրագրի շրջանակներում հաստուցման ենթակա չեն հետևյալ հիվանդությունները, դեպքերը, բժշկական օգնության տեսակները, առողջական վիճակները, հետազոտությունները և ծառայությունները՝

- 1) արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը (այդ թվում՝ ստոմատոլոգիական, ակնաբուժական ծառայությունները)՝ բացառությամբ սույն հավելվածի 2-րդ և 9-րդ կետերով սահմանված դեպքերի.
- 2) այն հետազոտությունները, բժշկական միջամտությունները, բժշկական օգնության ու սպասարկման ցանկացած այլ ծառայությունները (ներառյալ դեղերը, բժշկական պարագաները), որոնք մատուցվել են շահառուի ցանկությամբ և (կամ) իրականացվել են առանց բժշկի նշանակման.
- 3) ծառայություններ, հետազոտություններ, դեղեր և (կամ) այլ բուժօգնության ծառայություններ, որոնք փաստացի չեն տրամադրվել շահառուին, պացիենտի կողմից նախընտրած առանձին վճարովի հիվանդասենյակի ծախսերը.
- 4) նախազորակոչային կամ զորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային փորձաքննությունը.
- 5) ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները և (կամ) բուժումը, առողջարանային կամ վերականգնողական բուժումը, ցանկացած պրոֆիլակտիկ և (կամ) կազդուրիչ միջոցառումները.
- 6) ոչ ավանդական այլընտրանքային բուժումը և ախտորոշման մեթոդները, Հայաստանի Հանրապետությունում սահմանված կարգով չարտոնագրված դեղերի կամ բժշկական պարագաների ձեռքբերումը.
- 7) ակերգոդիագնոստիկական, սկարիֆիկացիոն փորձերը.
- 8) վերջույթների և (կամ) դրանց առանձին սեզմենտների պրոթեզավորումը, ինչպես նաև պրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, իմպլանտները, տեսողական, լսողական սարքերը, այլ կարգավորիչ բժշկական հարմարանքները (բացառությամբ սույն հավելվածի 5-րդ կետի 2-րդ ենթակետում սահմանված դեպքերի).

9) առողջության վատթարացումները (բացառությամբ վնասվածքների), որոնք առաջացել են շահառուի կողմից ավտոմոբիլի, թմրանյութերի, թմրամիջոցների, թունավոր նյութերի կամ առանց բժշկի նշանակման դեղերի օգտագործման դեպքում կամ հետևանքով.

10) ժանտախտ, տուլարեմիա, սիբիրյան խոց, խոլերա, տիֆ, պոլիոմիելիտ, դրանց բարդություններ կամ հետևանքներ.

11) հոգեկան սահմանային վիճակներ (ներքո, փսիխոպաթիա, փսիխոզ և այլն), հոգեկան հիվանդություններ, դրանց հետևանքներ, հոգեթերապևտի ծառայություններ, հիպնոս.

12) մանկաբարձական բուժօգնություն (ծննդօգնություն, հղիության ախտաբանություն, հղիների նախածննդյան և հետծննդյան հսկողություն).

13) պարբերական հիվանդություն, տուբերկուլյոզ, թմրաբանական հիվանդություններ կամ ավտոմոբիլով, թմրամոլություն, տոքսիկոմանիա.

14) առավելագույն սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի բժշկական օգնության և (կամ) սպասարկման ծառայությունները.

15) ուռուցքաբանական հիվանդությունների քիմիաթերապևտիկ, վերականգնողական (այդ թվում՝ նաև առողջարանային) բժշկական օգնության և (կամ) սպասարկման ծառայությունները.

16) արյան արտաերիկամային մաքրում պահանջող հիվանդություններ՝ ներառյալ քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (պլազմոֆերեզ, հեմոսորբցիա և այլն)՝ բացառությամբ սուր երիկամային անբավարարության դեպքերի, որոնց ժամանակ հատուցվում է արյան արտաերիկամային մաքրման՝ ոչ ավելի, քան 4 սեսիա.

17) ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) ֆունկցիայի և (կամ) էրեկտիլ դիսֆունկցիայի (իմպոտենցիա) հետ կապված հետազոտությունները և (կամ) բուժումը, դիամետրեան, հակաբեղմնավորիչ միջամտությունները, այդ թվում՝ նաև ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը և (կամ) հեռացումը, այլ հակաբեղմնավորիչ միջոցները.

18) ստորև նշված հիվանդությունների և վիճակների թերապևտիկ բուժումը, ինչպես նաև ցանկացած այլ ոչ վիրահատական բուժում պահանջող քրոնիկ հիվանդությունների թերապևտիկ բուժումը հատուցվում է բացառապես կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների և (կամ) բարդությունների ժամանակ, ընդ որում, հատուցման ենթակա չեն դրանց ենթատուր շրջանի բուժումը, ինչպես նաև մշտական, պահպանողական բուժումը և (կամ) դինամիկ հսկողությունը

ա. բնածին անոմալիաներ, զարգացման արատներ և (կամ) այլ անատոմիական առանձնահատկություններ, ժառանգական, գենետիկ հիվանդություններ, էպիլեպսիա,

բ. մանկական ուղեղային կաթված, շաքարային դիաբետ, թոքերի քրոնիկ ոչ յուրահատուկ հիվանդություններ՝ թոքերի էմֆիզեմա, պնևմոսկլերոզ և այլն,

գ. ողնաշարի միջոցային սկավառակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ (պրոթրուզիաներ, ճողվածքներ և այլն), օստեոխոնդրոզ, կեցվածքի խախտման շեղումներ, սկոլիոզ, կիֆոզ,

դ. աուտոիմուն հիվանդություններ, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, պտրիազ, էկզեմա,

ե. լյարդային անբավարարություն, քրոնիկական վիրուսակրություն (այդ թվում՝ նաև վիրուսային հեպատիտները), քրոնիկական բացիլյակրություն, քրոնիկական պարագիտակրություն:

13. Շահառուներին սույն հավելվածի 2-րդ, 5-րդ և 9-րդ կետերով նախատեսված ծառայությունների հատուցումն առաջնահերթ իրականացվում է ծրագրի շրջանակներում: Սյն շահառուների համար, ովքեր Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման համաձայն օգտվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքից՝ սույն հավելվածի 12-րդ կետում նշված բժշկական օգնության ու սպասարկման տեսակները (ծրագրի շրջանակներում չհատուցվող) իրականացվում և հատուցվում են տվյալ տարվա Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով նախատեսված «Առողջապահություն» բաժնի համապատասխան ծրագրերի շրջանակներում:

Հավելված N 3
ՀՀ կառավարության 2014 թվականի
մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման

Օրինակելի ձև

**ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ
ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ**

ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը (այսուհետ՝ ապահովադիր)՝ ի դեմս _____ ի մի կողմից, և _____ (այսուհետ՝ ապահովագրող) ի դեմս գործադիր տնօրեն _____ մյուս կողմից, հետագայում երկու կողմերը միասին կանվանվեն «կողմեր», Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետով սահմանված անձանց (այսուհետ՝ շահառու) առողջության ապահովագրության նպատակով կնքեցին սույն ապահովագրության պայմանագիրը (այսուհետ՝ պայմանագիր) հետևյալի մասին.

1. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1.1. Սույն պայմանագրում կիրառվող հասկացություններն ունեն Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված նշանակությունը, եթե սույն պայմանագրով դրանց նշանակությունը պարզաբանված չէ:

1.2. Ապահովագրված անձ՝ անձը, որի հետ կապված ապահովագրական պատահարի առաջացումը հանդիսանում է պայմանագրի առարկա: Պայմանագրով ապահովագրված անձինք են հանդիսանում պայմանագրի N 2 հավելվածով նշված անձինք:

1.3. Ապահովագրական պատահար՝ պայմանագրով նախատեսված դեպք, որի տեղի ունենալու ուժով ապահովագրողը պարտավորվում է պայմանագրի համաձայն վճարել ապահովագրական հատուցում:

1.4. Ապահովագրական գումար՝ պայմանագրով ապահովագրողի կողմից վճարման ենթակա հնարավոր ապահովագրական հատուցման առավելագույն չափ:

1.5. Ապահովագրավճար՝ պայմանագրով տրամադրվող ապահովագրության դիմաց ապահովագրողին վճարվելիք գումար, որը ենթակա է վճարման պայմանագրով սահմանված կարգով և ժամկետներում:

1.6. Ոչ պայմանական չհատուցվող գումար՝ պայմանագրում կոնկրետ գումարի կամ ապահովագրական գումարի կամ այլ մեծության նկատմամբ տոկոսի տեսքով սահմանված մեծություն, որի չափով ապահովագրողն ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտականությունից (վճարման ենթակա ապահովագրական հատուցումը նվազեցվում է չհատուցվող գումարի չափով):

1.7. Ապահովագրական հատուցում՝ ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու արդյունքում ապահովագրված անձին պայմանագրով նախատեսված և փաստացի մատուցված բժշկական ծառայությունների, դեղերի, բժշկական պարագաների արժեքի վճարում անմիջապես դրանք մատուցած բժշկական հաստատությանը:

1.8. Ապահովագրության տարածք՝ տարածք, որի սահմաններում տարածվում է պայմանագրի գործողությունը, և միայն որի սահմաններում տեղի ունեցած ապահովագրական պատահարները պայմանագրի համաձայն կարող են համարվել ապահովագրական պատահար: Պայմանագրով ապահովագրության տարածք է հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության և Արցախի Հանրապետության տարածքը:

1.9. Դժբախտ պատահար՝ արտաքին, կարճաժամկետ (մինչև մի քանի ժամ), անկանխատեսելի, արտաքին գործոնների (ֆիզիկական, քիմիական, մեխանիկական) ազդեցությամբ և անկանխատեսելի պայմանների և հանգամանքների գուցադիպման հետևանքով պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրված անձի կամքից անկախ տեղի ունեցած իրադարձություն (որի բնույթը, տեղի ունենալու ժամը և վայրը կարող են հստակ որոշվել), որի հետևանքով առաջացած մարմնական վնասվածքների կամ տոքսիկ ազդեցության հետևանքով վնաս է հասցվել ապահովագրված անձի առողջությանը:

2. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԱՌԱՐԿԱՆ

2.1. Պայմանագրով ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու դեպքում հատուցել ապահովագրված անձանց մատուցվող բժշկական ծառայությունների արժեքները՝ պայմանագրում նշված ծավալով, պայմաններով և կարգով, իսկ ապահովադիրը պարտավորվում է վճարել ապահովագրողի կողմից սույն կետում նշված պարտավորությունն ստանձնելու դիմաց պայմանագրում սահմանված ապահովագրավճարները:

3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏԸ

3.1. Պայմանագրով ապահովագրության օբյեկտ են հանդիսանում ապահովագրված անձանց՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չհակասող անձնական շահերը, որոնք կապված են ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու հետևանքով ապահովագրված անձանց ցուցաբերված բժշկական օգնության և տրամադրված բժշկական ծառայությունների դիմաց ֆինանսական ծախսերի հատուցման հետ:

4. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐԸ

4.1. Պայմանագրով ապահովագրական պատահար է համարվում պայմանագրի պայմանների համաձայն և դրա գործողության ընթացքում ապահովագրված անձի դիմելը պայմանագրով սահմանված բժշկական հաստատություններ՝

պայմանագրով սահմանված բժշկական օգնության և պասսարկման ծառայություններից օգտվելու համար՝ կապված առողջական վիճակի վատթարացման և (կամ) բժշկական օգնություն պահանջող այլ վիճակների հետ, որը հանգեցնում է ապահովագրողի՝ ապահովագրական հատուցում տրամադրելու պարտավորության առաջացմանը՝ համաձայն պայմանագրի և պայմանագրի N 1 հավելվածին համապատասխան տրամադրվող ծառայությունների ծավալի:

4.2. Պայմանագրի N 1 հավելվածով սահմանվում են պայմանագրով հատուցման ենթակա բժշկական և այլ ծառայությունների տեսակները, ցանկը, ծավալը, այդ ծառայություններից բացառությունները, որոնք ենթակա չեն հատուցման և կարգավորող այլ դրույթներ:

4.3. Ապահովագրված անձը պարտավոր է ապահովագրական պատահարի մասին հեռախոսազանգով (պայմանագրում նշված հեռախոսահամարով) ոչ ուշ, քան 24 ժամվա ընթացքում, տեղեկացնել ապահովագրողին՝ բացառությամբ պայմանագրի 4.4-րդ կետով նախատեսված դեպքերի:

4.4. Պայմանագրի 4.3-րդ կետով սահմանված ժամկետի բացթողումը հարգելի է ճանաչվում, եթե ապահովագրական պատահարի վերաբերյալ ապահովագրողը սահմանված ժամկետում տեղեկացվել է բժշկական հաստատության կամ ապահովագրված անձի ներկայացուցչի կամ այլ անձի կողմից կամ ապահովագրված անձն ապացուցում է հետևյալ պայմանների միաժամանակյա առկայության փաստը՝

4.4.1. Ժամկետի բացթողման պատճառ է հանդիսացել ապահովագրված անձի անգիտակից վիճակում կամ այնպիսի իրավիճակում գտնվելը, որն անհնարին է դարձրել նրա կողմից սահմանված ժամկետում տեղեկացման պարտավորության կատարումը:

4.4.2. ապահովագրված անձը տեղեկացման պարտավորությունը կատարել է սույն պայմանագրի 4.4.1-ին ենթակետով նախատեսված հիմքերը վերանայուց հետո՝ ոչ ուշ, քան 24 ժամվա ընթացքում:

4.5. Ապահովագրական պատահար չի համարվում ապահովագրված անձի դիմելը բժշկական կամ այլ հաստատություն՝ այնպիսի բժշկական օգնության, սպասարկման կամ այլ ծառայությունների (այդ թվում՝ նաև դեղերի, հետազոտության) ստացման համար, որոնք՝

4.5.1. նախատեսված չեն պայմանագրով կամ դրանք հանդիսանում են բացառություն՝ համաձայն պայմանագրի.

4.5.2. ստացվել են այն բժշկական հաստատություններում, որոնք նախատեսված չեն պայմանագրով.

4.5.3. կապված են ապահովագրված անձի կողմից ինքն իրեն միտումնավոր մարմնական վնասվածքների հասցման կամ ինքնասպանության փորձերի հետ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ապահովագրված անձը բերված է եղել այդպիսի վիճակի երրորդ անձանց անօրինական գործողությունների հետևանքով, որը հաստատվել է համապատասխան դատական ակտերով, կամ չի կարող հասկանալ իր գործողությունների նշանակությունը կամ ղեկավարել դրանք:

4.6. Ապահովագրողն ազատվում է ապահովագրական հատուցում վճարելու պարտականությունից, եթե պատահարն ուղղակի կամ անուղղակի ձևով հետևանք է ստորև նշվածներից որևէ մեկի՝

4.6.1. միջուկային պայթյուն, ճառագայթում, ռադիոակտիվ վարակում, ատոմային, քիմիական կամ կենսաբանական զենքի ներգործություն, տեխնածին, տարերային կամ էկոլոգիական (բնապահպանական) աղետ, համաճարակ և (կամ) դրանց հետևանքների հետ ուղղակի կամ անուղղակի կապ ունեցող հիվանդություններ, վնասվածքներ, առողջական վիճակի վատթարացումներ.

4.6.2. ցանկացած տեսակի պատերազմ (անկախ նրանից՝ պատերազմ հայտարարված է, թե ոչ), ռազմական գործողություններ, ինչպես նաև գորաշարժեր կամ այլ ռազմական միջոցառումներ, քաղաքացիական պատերազմ, ցանկացած տեսակի ժողովրդական հուզումներ, քաղաքացիական խռովություններ, զանգվածային անկարգություններ կամ գործադուլներ, անարևելյան գործողություններ, իշխանության զավթում կամ նմանօրինակ այլ իրավիճակներ, ինչպես նաև զինվորական ծառայության մեջ գտնվող ապահովագրված անձի՝ ծառայությունից բխող պարտականությունների կատարումը կամ ապահովագրված անձի մասնակցությունը գորավարժություններին, ռազմական տեխնիկայի փորձարկումներին կամ նմանատիպ այլ գործողություններին և (կամ) թվարկվածներից որևէ մեկի հետևանքների հետ ուղղակի կամ անուղղակի կապ ունեցող հիվանդությունների, վնասվածքների և այլնի բուժման.

4.6.3. մեքենա վարելու, զենք կրելու իրավունքի, սպորտային կամ այլ բնույթի միջոցառումների մասնակցելու կամ ուսումնական կամ այլ տեսակի հաստատություններ ընդունվելու կամ որոշակի տեսակի գործունեություն իրականացնելու կամ որոշակի երկրներ այցելելու համար տեղեկանքի տրամադրման համար անհրաժեշտ հետազոտությունների անցկացման:

5. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ, ՉՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐԸ

5.1. Յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար ապահովագրական գումարը սահմանվում է _____ դրամ:

5.2. Պայմանագրով ընդամենը ապահովագրական գումարը կազմում է _____ դրամ:

5.3. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրված անձի հետ տեղի ունեցած յուրաքանչյուր ապահովագրական պատահարի գծով վճարվող հատուցման գումարը, ինչպես նաև պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրված անձի հետ տեղի ունեցած բոլոր ապահովագրական պատահարների գծով վճարվող հատուցումների հավընդհանուր գումարը չի կարող գերազանցել պայմանագրի 5.1-ին կետում նշված գումարի չափը:

5.4. Պայմանագրի գործողության ընթացքում յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար ապահովագրական գումարը նվազեցվում է սույն անձի գծով կատարված յուրաքանչյուր ապահովագրական հատուցման գումարի չափով:

5.5. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրողի պարտավորությունները յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի գծով համարվում են լրիվ ծավալով կատարված՝ ապահովագրված անձի կատարված հատուցումների և տրամադրված ծառայությունների արժեքների հանրագումարը համապատասխան ապահովագրական գումարին հասնելու պահից:

5.6. Յուրաքանչյուր դեպքում, երբ ապահովագրված անձին մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների համար (ներառյալ դեղերի, բժշկական պարագաների և այլն) պայմանագրով սահմանված է ոչ պայմանական չհատուցվող գումար, ապա այդ ծառայություններն ստանալու կամ դեղերի/բժշկական պարագաների ձեռքբերման համար ապահովագրված անձը կամ նրա ներկայացուցիչը պարտավոր է ոչ պայմանական չհատուցվող գումարի չափով համապատասխան հաստատությանը վճարել իր միջոցների հաշվին:

5.7. Եթե պայմանագրով նախատեսված ոչ պայմանական չհատուցվող գումարի չափով գումարն ապահովագրված անձի կողմից համապատասխան հաստատությանը չվճարելու դեպքում այդ վճարումն ապահովագրողի նախաձեռնությամբ իրականացվում է ապահովագրողի կողմից, ապա ապահովագրված անձը պարտավոր է ապահովագրողի կողմից վճարված չհատուցվող գումարը վերադարձնել ապահովագրողին՝ վերջինիս կողմից այդպիսի պահանջ ներկայացնելու օրվան հաջորդող 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

6. ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐԱՎՃԱՐԸ, ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՉՎՃԱՐՄԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

6.1. Յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար ապահովագրավճարը սահմանվում է _____ դրամ:

6.2. Պայմանագրով բոլոր ապահովագրված անձանց գծով ընդհանուր ապահովագրավճարը կազմում է _____ դրամ:

6.3. Ապահովագրավճարի վճարման կարգը սահմանվում է կողմերի միջև կնքված վճարման ժամանակացույցի (այսուհետ՝ պայմանագրի վճարման ժամանակացույց) համաձայն (N 3 հավելված):

6.4. Ապահովադրի կողմից ապահովագրավճարի հերթական մասերի վճարումներն իրականացվում են կողմերի միջև կնքված հանձնման-ընդունման արձանագրության (ֆինանսների նախարարի 2017 թվականի մայիսի 20-ի N 230-Ն հրամանով հաստատված ձևով) հիման վրա, որն ապահովադրի կողմից ենթակա է հաստատման՝ դրա ստացումից ոչ ուշ, քան 10 օրվա ընթացքում:

6.5. Ապահովագրողը պարտավոր է վճարման ենթակա ապահովագրավճարի հերթական մասի համար պայմանագրի 6.4-րդ կետով նախատեսված արձանագրությունը և դրա անբաժանելի մասը կազմող հաշիվ ապրանքագիրը (կազմված ֆինանսների նախարարի 2017 թվականի մայիսի 20-ի N 230-Ն հրամանով հաստատված ձևով և սահմանված պահանջներին համապատասխան) ապահովադրին ներկայացնել մինչև պայմանագրի վճարման ժամանակացույցով ապահովագրավճարի տվյալ մասի համար սահմանված վճարման ամսվա 10-ը, ընդ որում՝ արձանագրությունը սահմանված ժամկետից ուշ ներկայացվելու դեպքում ապահովադրին իրավունք ունի ապահովագրավճարի տվյալ մասի վճարումը հետաձգել և իրականացնել արձանագրության ներկայացմանը հաջորդող ամսվա ընթացքում:

6.6. Վճարման ենթակա ապահովագրավճարի հերթական մասը պայմանագրի վճարման ժամանակացույցով ապահովագրավճարի տվյալ մասի համար սահմանված վճարման ժամկետից 20 օր հետո ամբողջությամբ վճարված չլինելու դեպքում (բացառությամբ պայմանագրի 6.7-րդ կետով սահմանված դեպքի) ապահովագրողն իրավունք ունի առանց ապահովագրավճարի (դրա հերթական մասի) վճարման համար լրացուցիչ ժամկետ սահմանելու միակողմանի վաղաժամկետ դադարեցնել պայմանագիրը՝ դադարեցման օրվանից 5 օր առաջ դրա մասին ծանուցելով ապահովադրին:

6.7. Եթե ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարումը պայմանագրի 6.5-րդ կետով սահմանված կարգով հետաձգվել է պայմանագրի 6.4-րդ կետով նախատեսված արձանագրությունն ապահովադրի կողմից սահմանված ժամկետում չհաստատելու հիմքով, ապա ապահովագրողն իրավունք ունի առանց ապահովագրավճարի հերթական մասի վճարման համար լրացուցիչ ժամկետ սահմանելու միակողմանի վաղաժամկետ դադարեցնել պայմանագիրը՝ դադարեցման օրվանից 10 օր առաջ դրա մասին ծանուցելով ապահովադրին, պայմանով, որ ապահովագրողի կողմից ապահովագրավճարի հերթական մասի համար պայմանագրի 6.4-րդ կետով սահմանված արձանագրությունը ներկայացնելուն հաջորդող ամսվա ավարտին ապահովագրավճարի տվյալ մասն ամբողջությամբ վճարված չէ ապահովադրի կողմից:

6.8. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով ապահովադրի հետ պայմանագրի գործողության տարվա համար կնքված առողջության ապահովագրության բոլոր պայմանագրերի (բոլոր ապահովագրական ընկերությունների հետ կնքված) գծով փաստացի վնասաբերության (ապահովագրական հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին, ընդ որում՝ ապահովագրական հատուցումների ցուցանիշում ներառվում են նաև էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ապահովագրական ընկերություններին ներկայացված, սակայն դեռևս չկարգավորված հայտերի գումարները) ցուցանիշը (այսուհետ՝ ծրագրի վնասաբերության ցուցանիշ) պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտի դրությամբ 90 տոկոսից (այսուհետ՝ ուղենշային վնասաբերություն) ցածր լինելու դեպքում՝

618111 եթե պայմանագրի ավարտին հաջորդող տարվա համար ապահովադրի և ապահովագրողի միջև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով առողջության

ապահովագրության պայմանագիր կնքված չէ, ապա ուղենշային վնասաբերության և պայմանագրի փաստացի վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարն ապահովագրողի կողմից ենթակա է վերադարձման ապահովադրին (վերադարձում է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի համապատասխան եկամուտների հաշվին) պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտից հետո 2 ամսվա ընթացքում:

618121 եթե պայմանագրի ավարտին հաջորդող տարվա համար ապահովադրի և ապահովագրողի միջև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով կնքվել է առողջության ապահովագրության պայմանագիր, ապա ուղենշային վնասաբերության և փաստացի վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը դիտվում է որպես պայմանագրի գործողությանը հաջորդող տարվա համար կնքված առողջության ապահովագրության պայմանագրի համար վճարված կանխավճար:

6191 Պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտին ծրագրի վնասաբերության ցուցանիշն ուղենշային վնասաբերության մակարդակը գերազանցելու դեպքում, եթե պայմանագրի ավարտին հաջորդող տարվա համար ապահովադրի և ապահովագրողի միջև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով առողջության ապահովագրության պայմանագիր կնքված չէ, ապա ապահովադիրը պարտավոր է պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտից հետո 2 ամսվա ընթացքում պայմանագրի փաստացի վնասաբերության և ուղենշային վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարի չափով լրացուցիչ ապահովագրավճար վճարել ապահովագրողին:

7. ԱՊԱՀՈՎԱԴՐԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

7.1. Ապահովադիրն իրավունք ունի՝

ա. ծանոթանալու պայմանագրի պայմաններին,

բ. վաղաժամկետ լուծելու պայմանագիրը՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված դեպքերում,

գ. պայմանագիրը կորցնելու դեպքում ստանալու դրա կրկնօրինակը,

դ. ապահովագրողից պահանջելու ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման N 1 հավելվածի 21-23-րդ կետերով սահմանված Ա, Հ, Կ ցուցանիշները (ընդ որում՝ Ա, Հ ցուցանիշների դեպքում մասնաբաժինների փոխարեն ներկայացվում են ապահովագրողի կողմից հաշվեգրված համախառն ապահովագրավճարների և հատուցումների համապատասխան ցուցանիշները, իսկ Կ ցուցանիշի դեպքում՝ մասնաբաժին փոխարեն ներկայացվում է ապահովագրողի նորմատիվային ընդհանուր կապիտալի համապատասխան ցուցանիշը), ինչպես նաև պայմանագրի կատարման արդյունքում ձևավորված վիճակագրական ցուցանիշներ (պայմանագրով ապահովագրված անձանց դիմելիություն, պայմանագրով հաշվեգրված հատուցումներն ըստ սեռատարիքային խմբերի և այլն), որոնց տրամադրումը չի հակասում օրենքին,

ե. օգտվելու պայմանագրով և Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ նախատեսված այլ իրավունքներից:

7.2. Ապահովադիրը պարտավոր է՝

ա. պայմանագրում նշված կարգով և ժամկետում վճարել ապահովագրավճարը,

բ. էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը սույն պայմանագրի կատարման համար անհրաժեշտ որոշակի իրավասություններով և պարտավորություններով հասանելի դարձնել ապահովագրողին,

գ. պայմանագրի 13.1-ին կետով նախատեսված ծանուցման եղանակներից որևէ մեկով ապահովագրված անձանց ծանուցել պայմանագրով ապահովագրված լինելու, պայմանագրով տրամադրվող ծառայությունների ծավալի, դրանցից օգտվելու կարգի, իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ,

դ. պաշտոնական ինտերնետային կայքում հրապարակել պայմանագրով տրամադրվող ծառայությունների ծավալի, դրանցից օգտվելու կարգի, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող համապատասխան բժշկական հաստատությունների ցանկի, ապահովագրված անձի իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ, ինչպես նաև ապահովագրված անձի կողմից ծառայությունների լիարժեք օգտվելու համար անհրաժեշտ այլ տեղեկատվություն,

ե. կատարել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

7.3. Ապահովագրված անձն իրավունք ունի՝

ա. պայմանագրով սահմանված կարգով ստանալու պայմանագրով նախատեսված ծառայությունները,

բ. պայմանագրին համապատասխան պահանջելու բժշկական օգնության և ծառայությունների տրամադրում՝ բժշկական հաստատություններից,

գ. ապահովագրողից ստանալու տեղեկատվություն պայմանագրի՝ իրեն վերաբերող դրույթների վերաբերյալ,

դ. օգտվելու Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ իրավունքներից:

7.4. Ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

ա. պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և կարգով ապահովագրական պատահարի մասին տեղեկացնել ապահովագրողին,

բ. ապահովագրողին իրավունք տրամադրել ծանոթանալու իրեն վերաբերող բժշկական փաստաթղթերի, տեղեկությունների հետ, որոնք անհրաժեշտ են պայմանագրի կատարման համար,

գ. կատարել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

7.5. Ապահովագրողն իրավունք ունի՝

ա. ապահովադրից պահանջելու վճարել իրեն վճարման ենթակա ապահովագրավճարները,

բ. պայմանագրով և Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ նախատեսված դեպքերում մերժելու ապահովագրական հատուցման տրամադրումը,

գ. օգտվելու Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ իրավունքներից:

7.6. Ապահովագրողը պարտավոր է՝

ա. ապահովադրին ծանոթացնել սույն պայմանագրի պայմաններին,

բ. պայմանագրով սահմանված կարգով, ծավալով և ժամկետներում տրամադրել ապահովագրական հատուցում,

գ. պայմանագրով ստանձնած պարտավորությունների կատարման ամբողջ ժամկետի ընթացքում մշտապես միացված լինել էլեկտրոնային առողջապահական համակարգին՝ պայմանագրով և բժշկական հաստատությունների հետ կնքված համագործակցության պայմանագրով ստանձնած պարտավորությունների կատարման համար անհրաժեշտ իրավասություններով և էլեկտրոնային առողջապահական համակարգում իրականացնել պայմանագրի և համագործակցության պայմանագրի կատարմանն ուղղված անհրաժեշտ գործողություններ,

դ. ապահովագրված անձանց՝ պայմանագրում նշված էլեկտրոնային փոստի հասցեներին ծանուցում ուղարկելու եղանակով իրազեկել պայմանագրով ապահովագրված լինելու, պայմանագրով տրամադրվող ծառայությունների ծավալի, դրանցից օգտվելու կարգի, իրավունքների և պարտավորությունների, շահառու հանդիսանալու ժամանակահատվածի վերաբերյալ՝ պայմանագրի կնքումից հետո 15 օրացուցային օրվա ընթացքում: Ընդ որում՝ ապահովադրի կողմից սույն ենթակետով սահմանված ծանուցման բովանդակության նկատմամբ պահանջներ ներկայացվելու դեպքում ապահովագրողը պարտավոր է ծանուցման բովանդակությունը համապատասխանեցնել սահմանված պահանջներին,

ե. պայմանագրում ապահովագրված անձանց էլեկտրոնային փոստի հասցեների բացակայության դեպքում պայմանագրի կնքումից հետո 15 օրացուցային օրվա ընթացքում ապահովագրված անձանց՝ պայմանագրում նշված բջջային հեռախոսահամարներին կարճ հաղորդագրություն (sms) ուղարկելու եղանակով իրազեկել ապահովագրողի կողմից ապահովագրված լինելու վերաբերյալ, ընդ որում՝ հաղորդագրությունը պետք է առնվազն պարունակի ապահովագրողի անվանումը, շուրջօրյա գործող հեռախոսահամարը և ապահովագրված անձի ապահովագրության պայմանագրի գործողության ժամկետի սկսվելու ամսաթիվը,

զ. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով հաստատված ցանկում ընդգրկված բժշկական հաստատությունների հետ բժշկական ծառայությունների մատուցման պայմանագրերը կնքել ապահովադրի հետ համաձայնեցված համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևին համապատասխան: Հաստատված ցանկում նոր բժշկական հաստատություն ընդգրկվելու դեպքում այդ մասին տեղեկացվելուց հետո ոչ ուշ, քան 8 օրացուցային օրվա ընթացքում բժշկական հաստատության հետ կնքել համագործակցության պայմանագիր: Ընդ որում՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված ժամկետներում և կարգով համագործակցության պայմանագրերի չկնքումը կամ սահմանված ձևի պայմաններին չհամապատասխանող պայմանագրի կնքումը կամ ապահովադրի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված բժշկական հաստատության հետ կնքված համագործակցության պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցումը դիտվում են որպես ապահովագրողի կողմից պայմանագրի էական խախտում,

է. ըստ ապահովադրի հարցման՝ 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում ապահովադրին տրամադրել պայմանագրի 7.1-ին կետի «դ» ենթակետով նախատեսված ցուցանիշները,

ը. ըստ ապահովադրի հարցման՝ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում ապահովադրին տրամադրել պայմանագրի 7.6-րդ կետի «գ» ենթակետով նախատեսված կարգով կնքված համագործակցության պայմանագրերի վերաբերյալ տեղեկատվություն, անհրաժեշտության դեպքում, նաև կնքված պայմանագրերի պատճենները,

թ. կատարել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

8. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՎ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ

8.1. Պայմանագրով նախատեսված ծառայություններից օգտվելու համար ապահովագրված անձը պետք է դիմի բացառապես առողջապահության նախարարի հրամանով սահմանված ցանկում (այսուհետ՝ համագործակցող բժշկական հաստատությունների ցանկ) ընդգրկված բժշկական հաստատություններ՝ ներկայացնելով անձը հաստատող փաստաթուղթը:

(8.1-ին կետը փոփ. 28.10.21 N 1781-Ն)

8.2. Պայմանագրով նախատեսված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ստացման համար ապահովագրված անձը պարտավոր է մինչև բժշկական հաստատություն դիմելը (բացառությամբ շտապ և անհետաձգելի բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերի) հեռախոսազանգով (պայմանագրում նշված հեռախոսահամարով) տեղեկացնել դրա մասին ապահովագրողին՝ հաղորդելով անունը, ազգանունը, անձնագրային տվյալները կամ անձը նույնականացնող տվյալներ, բժշկական հաստատությունը, ուր պատրաստվում է դիմել, ինչպես նաև ապահովագրողի հարցմամբ՝ այլ տվյալներ, որոնք անհրաժեշտ են բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը

կազմակերպելու համար:

8.3. Շտապ և անհետաձգելի բժշկական օգնություն ու սպասարկում պահանջող դեպքերում ապահովագրված անձի՝ սույն պայմանագրի 8.2-րդ կետով սահմանված ապահովագրողին տեղեկացնելու պարտավորությունը ծագում է բժշկական հաստատություն դիմելուց հետո՝ առաջին իսկ հնարավորության դեպքում, ընդ որում՝ այս դեպքում սույն կետով սահմանված պարտավորությունը համարվում է կատարված նաև այն դեպքում, եթե անհրաժեշտ տեղեկատվությունն ապահովագրողին տրամադրվել է բժշկական հաստատության կամ ապահովագրված անձի ներկայացուցչի կամ այլ անձի կողմից:

8.4. Պայմանագրով նախատեսված ծառայությունները սույն պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրված անձին մատուցվում են ապահովագրողի և բժշկական հաստատության միջև կնքված համագործակցության պայմանագրով (այսուհետ՝ համագործակցության պայմանագիր) սահմանված կարգով և ժամկետներում:

8.5. Ապահովագրողը համագործակցության պայմանագրով սահմանված անհրաժեշտ փաստաթղթերը և տեղեկություններն ստանալուց հետո պարտավոր է համագործակցության պայմանագրով սահմանված կարգով բժշկական հաստատությանը տրամադրել հավաստիք (հաստատում) կամ մերժում բժշկական հաստատության կողմից տրամադրված փաստաթղթում ցուցված ծառայության և (կամ) բժշկական միջամտության, հետազոտության իրականացման համար:

8.6. Ապահովագրողի և ծառայությունը մատուցած բժշկական հաստատության միջև տեղեկությունների փոխանակման, փաստաթղթաշրջանառության, վճարումների, փոխադարձ հաշվարկների հետ կապված հարաբերությունները, ապահովագրված անձին ծառայություն մատուցելու համար ապահովագրողին փոխանցվող անհրաժեշտ տեղեկությունների և փաստաթղթերի ցանկը, ինչպես նաև ապահովագրական հատուցման համար անհրաժեշտ փաստաթղթերի ցանկը սահմանվում են բժշկական հաստատության հետ կնքված համագործակցության պայմանագրով:

8.7. Բացառությամբ ապահովագրված անձի կյանքին վտանգ սպառնացող դեպքերի, երբ պահանջվում է անհետաձգելի բժշկական օգնություն, ապահովագրողի մոտ հիմնավոր կասկածներ առաջանալու դեպքում (անձի առողջական վիճակի և (կամ) հետազոտությունների արդյունքների անհամապատասխանությունը դրված ախտորոշմանը և այլն) ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրված անձից պահանջելու անցնել կրկնակի լաբորատոր և (կամ) գործիքային հետազոտություններ, բժշկական խորհրդատվություններ՝ ապահովագրողի հաշվին: Սույն կետում նշված հետազոտությունների և (կամ) խորհրդատվության ընթացքում ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգելու ծառայության մատուցման հավաստիքի տրամադրումը և (կամ) ապահովագրական հատուցման մասին որոշման ընդունումը և (կամ) հատուցման վճարման կատարումը՝ մինչև դրանց ավարտը:

8.8. Պայմանագրի 8.7-րդ կետում նշված խորհրդատվություններն ստանալու և հետազոտությունները կատարելու համար ապահովագրողն առաջարկում է համագործակցող բժշկական հաստատությունների ցանկում ներառված և ապահովագրված անձի բնակության վայրից առավելագույնը 30 կմ հեռավորության վրա գտնվող (բացակայության դեպքում՝ ամենամոտ գտնվող) առնվազն 3 բժշկական հաստատություն, որոնցից մեկում ապահովագրված անձը պարտավոր է անցնել նշված հետազոտությունները, խորհրդատվությունները:

8.9. Ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրական հատուցման մասին որոշումն ընդունել՝ հիմք ընդունելով պայմանագրի 8.7-րդ կետով սահմանված հետազոտությունների և բուժզննումների արդյունքները:

9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄԸ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՄԵՐԺՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

9.1. Ապահովագրողի կողմից բժշկական ծառայությունը մատուցելու հավաստիքի տրամադրումը մերժելու դեպքում ապահովագրված անձն իրավունք ունի ապահովագրողին ներկայացնելու ապահովագրական հատուցման դիմում (ապահովագրողի կողմից սահմանված ձևով): Հատուցման դիմումի և ապահովագրական հատուցման տրամադրման համար անհրաժեշտ փաստաթղթերն ստանալուց հետո ապահովագրողը պարտավոր է 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում ընդունել ապահովագրական հատուցման մասին որոշում:

9.2. Պայմանագրով նախատեսված կարգով և ժամկետներում պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայություններն ապահովագրված անձին մատուցված լինելու դեպքում ապահովագրողը պարտավոր է մատուցված բժշկական ծառայությունների գծով համագործակցության պայմանագրով սահմանված անհրաժեշտ փաստաթղթերն ստանալուց հետո 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում ընդունել ապահովագրական հատուցման մասին որոշում:

9.3. Ապահովագրողն իրավունք ունի հետաձգելու ապահովագրական հատուցման մասին որոշման ընդունումը կամ ապահովագրական հատուցման վճարումը՝ մինչև ապահովագրական պատահարի մասին ամբողջական տեղեկատվության, պատահարը հաստատող համապատասխան փաստաթղթերի ստացումը կամ իրավասու մարմիններից, բժշկական հաստատություններից, փորձագետներից պատահարի հետ կապված հարցումների պատասխանների ստացումը, սակայն ոչ ավելի, քան ապահովագրական պատահարից հետո 30 օրով:

9.4. Ապահովագրական հատուցման մերժման դեպքում ապահովագրողն ընդունում է պատճառաբանված որոշում, որը հնգօրյա ժամկետում ուղարկվում է ապահովագրված անձին:

9.5. Պայմանագրով տրամադրվող բժշկական ծառայությունների, դեղերի, բժշկական պարագաների և (կամ) այլ բժշկական ծառայությունների դիմաց ապահովագրական հատուցման գումարի չափերը որոշելիս ապահովագրողը հիմք

է ընդունում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման գները, ընդ որում, որոշակի բուժման, ծառայության, հետազոտության և (կամ) դեղերի համար քանակային, ժամկետային, ծավալային, գումարային և (կամ) այլ տեսակի նորմատիվներ սահմանված լինելու դեպքում ապահովագրողի կողմից վճարման ենթակա հատուցման գումարները չեն կարող գերազանցել համապատասխան նորմատիվային մեծությունները:

9.6. Ապահովագրողն իրավունք ունի մերժելու ապահովագրական հատուցման վճարումը հետևյալ դեպքերում՝

9.6.1. ապահովադիրը կամ ապահովագրված անձը չի կատարել պայմանագրով սահմանված իր պարտականությունները.

9.6.2. ապահովագրված անձը խախտել է պայմանագրով նախատեսված ծառայություններ ստանալու՝ պայմանագրով սահմանված կարգը, ժամկետները կամ պահանջները.

9.6.3. խախտվել են ապահովագրական հատուցման որոշման ընդունման համար անհրաժեշտ փաստաթղթերը ներկայացնելու ժամկետները, կարգը կամ պահանջները.

9.6.4. ապահովագրողին ներկայացվել են ապահովագրական հատուցման կարգավորման կամ հավաստիքի տրամադրման համար թերի կամ ոչ լիարժեք փաստաթղթեր.

9.6.5. ապահովագրված անձը կատարել է այնպիսի գործողություններ, որոնց արդյունքում անհնարին է դարձել ապահովագրողի կողմից ապահովագրական պատահարի հանգամանքների պարզմանն ուղղված գործողությունների իրականացումը (անհնարին է դարձել ապահովագրական պատահարի հանգամանքների հետաքննությունը).

9.6.6. ապահովագրված անձը չի կատարել ապահովագրողի կողմից պայմանագրի 8.7-րդ կետով նախատեսված պահանջը կամ հրաժարվել է այդ պահանջը կատարելուց կամ խախտել է պայմանագրի 8.8-րդ կետով սահմանված պահանջները.

9.6.7. ապահովագրված անձին տրամադրված բժշկական կամ այլ ծառայությունները սահմանված չեն պայմանագրով.

9.6.8. կատարված բուժումը (այդ թվում՝ դեղորայքային) և (կամ) բուժական միջոցները, հետազոտությունները Հայաստանի Հանրապետության կամ միջազգային բժշկական ասոցիացիաների արձանագրություններով ճանաչված չեն որպես անհրաժեշտ տվյալ հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական վիճակի համար: Ապահովագրողն իրավունք ունի մատուցված ծառայության, դեղորայքային բուժման, կատարված կամ նշանակված հետազոտության անհրաժեշտությունը որոշելու համար հարցում կատարելու համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետներին (անհրաժեշտության դեպքում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության խորհրդատուներին) և հիմք ընդունել նրանց եզրակացությունները.

9.6.9. ներկայացված հայտն ակնհայտ կեղծ է, հատուցում ստանալու համար օգտագործվել են կեղծված միջոցներ կամ գործողություններ, ապահովագրված անձը կամ նրա անունից գործող անձը թաքցրել է ապահովագրական պատահարին վերաբերող իրեն հայտնի փաստերը, տրամադրել է կեղծ կամ ապակողմնորոշյալ տեղեկություններ և այլն:

9.7. Բացի պայմանագրի 9.6-րդ կետով նախատեսված դեպքերից՝ ապահովագրողն իրավունք ունի մերժելու ապահովագրական հատուցման վճարումը պայմանագրով կամ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ նախատեսված այլ դեպքերում:

10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՑԱՆԿՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

10.1. Սույն պայմանագրի N 2 հավելվածում՝ ապահովագրված անձանց ցուցակում, բոլոր փոփոխությունները և լրացումները կատարվում են կողմերի միջև երկկողմանի կնքված համաձայնագրի միջոցով:

10.2. Ապահովագրված անձանց ցուցակից ապահովագրված անձանց հանելու կամ ապահովագրված անձանց ցուցակում նոր ապահովագրված անձինք ավելացնելու անհրաժեշտության դեպքում ապահովադիրն էլեկտրոնային փոստի միջոցով ծանուցում է ապահովագրողին՝ ծանուցմանը կից ներկայացնելով փոփոխությունների ցանկը՝ .xlsx ձևաչափի ֆայլով:

10.3. Պայմանագրի 10.2-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովադրի կողմից ուղարկված ծանուցման և փոփոխությունների ցանկի հիման վրա ապահովագրողն ապահովագրված անձանց ցուցակում իրականացնում է համապատասխան փոփոխություններ:

10.4. Ապահովագրված անձանց ցուցակից ապահովագրված անձանց հանելու կամ նոր ապահովագրված անձինք ավելացնելու դեպքում պայմանագրով սահմանված ապահովագրավճարը ենթակա է վերահաշվարկման, ընդ որում՝

10.4.1 ապահովագրված անձանց ցուցակից ապահովագրված անձանց հանելու դեպքում ապահովագրավճարը ենթակա է նվազեցման ապահովագրված անձանց ցուցակից հանված անձանց գծով պայմանագրի գործողության չլրացած ժամկետի համար վճարման ենթակա ապահովագրավճարի մասի չափով, որը յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար հաշվարկվում է 1 օրվա համար սահմանված ապահովագրավճարի մեծության (այսուհետ՝ օրական ապահովագրավճար) և տվյալ ապահովագրված անձի համար պայմանագրի գործողության չլրացած օրերի քանակի արտադրյալով.

10.4.2 ապահովագրված անձանց ցուցակում նոր ապահովագրված անձինք ավելացնելու դեպքում ապահովագրավճարը ենթակա է ավելացման ապահովագրված անձանց ցուցակում ավելացված անձանց համար հաշվարկված ապահովագրավճարի չափով, որը յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար հաշվարկվում է 1 օրվա

համար սահմանված ապահովագրավճարի մեծության և տվյալ ապահովագրված անձի համար սահմանված պայմանագրի գործողության օրերի քանակի արտադրյալով:

10.5. Ապահովագրված անձանց ցուցակում ապահովագրված անձանց հանելու կամ նոր ապահովագրված անձանց ավելացման դեպքում կողմերը պայմանագրի 10.4-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրավճարի վերահաշվարկը և փոխադարձ պարտավորությունների հաշվարկն իրականացնում են պայմանագրի գործողության ընթացքում երկու անգամ՝ պայմանագրի գործողության 6-րդ և գործողության ավարտին նախորդող ամիսներին, և համապատասխան փոփոխությունները, այդ թվում՝ վճարման ենթակա ապահովագրավճարի հերթական մասնաբաժինների փոփոխված մեծություններն ամրագրում են կողմերի միջև կնքված համաձայնագրով:

11. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ, ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

11.1. Պայմանագրի գործողության ժամկետը սկսվում է __ __ __թ. ժամը՝ 00:01-ին և ավարտվում __ __ __թ. ժամը՝ 23:59-ին:

11.2. Պայմանագրի գործողությունը դադարում է պայմանագրի գործողության ժամկետը լրանալու դեպքում:

11.3. Յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար պայմանագրի գործողության ժամկետն սկսվում է տվյալ անձի անվան դիմաց N 2 հավելվածով սահմանված պայմանագրի գործողության սկզբի ամսաթվից և ավարտվում է N 2 հավելվածով սահմանված գործողության ժամկետի ավարտին՝ բացառությամբ պայմանագրի 11.4-րդ կետով նախատեսված դեպքի:

11.4. Եթե պայմանագրի գործողության ընթացքում կողմերի միջև կնքված համաձայնագրով որևէ ապահովագրված անձ հանվում է ապահովագրված անձանց ցուցակից, ապա տվյալ ապահովագրված անձի համար պայմանագրի գործողության ժամկետն ավարտվում է համապատասխան համաձայնագրին ուժի մեջ մտնելու պահից, եթե այլ բան նախատեսված չէ համաձայնագրով:

11.5. Պայմանագրի գործողությունը վաղաժամկետ դադարում է՝

11.5.1. ապահովադրի կողմից պայմանագրից ցանկացած պահի վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում՝ պայմանով, որ ապահովադիրը դրա մասին ոչ պակաս, քան 15 օր առաջ գրավոր ծանուցել է ապահովագրողին.

11.5.2. եթե ապահովադիրը համաձայն չէ (չի տվել համաձայնությունը կամ չի ընդունել ապահովագրողի առաջարկը կամ չի կատարել ապահովագրողի պահանջը) պայմանագրի 12.4-12.5-րդ կետերով սահմանված կարգով ապահովագրողի կողմից պայմանագրի պայմանների վերանայման առաջարկի հետ.

11.5.3. ապահովագրողի նախաձեռնությամբ՝ պայմանագրի 6.5-րդ կետով նախատեսված հիմքով.

11.5.4. ապահովագրողի նախաձեռնությամբ՝ ապահովադրի կողմից պայմանագրի էական խախտում թույլ տալու դեպքում.

11.5.5. ապահովադրի նախաձեռնությամբ՝ ապահովագրողի կողմից պայմանագրի էական խախտում թույլ տալու դեպքում.

11.5.6. ապահովադրի և ապահովագրողի փոխադարձ համաձայնությամբ և պայմանավորված ժամկետներում.

11.5.7. Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ կամ պայմանագրով նախատեսված այլ դեպքերում:

11.6. 11.5.1-ին ենթակետով նախատեսված հիմքով ապահովադրի կողմից պայմանագրից վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ ծանուցումն ապահովագրողի կողմից ստանալու պահից հետո 15-րդ օրը, եթե ծանուցմամբ ավելի ուշ ժամկետ նախատեսված չէ:

11.7. 11.5.2-11.5.4-րդ ենթակետերով նախատեսված հիմքերով ապահովագրողի կողմից պայմանագիրը միակողմանի լուծելու դեպքում պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ ապահովագրողի կողմից ապահովադրին ուղարկված ծանուցման մեջ նշված ամսաթվից, սակայն ոչ շուտ, քան ծանուցման ամսաթիվը:

11.8. 11.5.5-րդ ենթակետով նախատեսված հիմքով ապահովադրի կողմից պայմանագրից վաղաժամկետ հրաժարվելու դեպքում պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարում է վաղաժամկետ լուծման վերաբերյալ ապահովադրի կողմից ապահովագրողին ուղարկված ծանուցման մեջ նշված ամսաթվից, սակայն ոչ շուտ, քան ծանուցման ամսաթիվը:

11.9. Բացառությամբ 11.5.5-րդ ենթակետով նախատեսված դեպքի՝ պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցման մնացած բոլոր դեպքերում ապահովադիրը պարտավոր է վճարել պայմանագրի փաստացի գործած օրերի համար հաշվարկված ապահովագրավճարը (այսուհետ՝ վաստակած ապահովագրավճար), ինչն իրենից ներկայացնում է պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրված անձանց ցուցակում ընդգրկված անձանց գծով պայմանագրի փաստացի գործած օրերի համար հաշվարկված ապահովագրավճարների հանրագումարային մեծությունը:

Յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի գծով վաստակած ապահովագրավճարը հաշվարկվում է հետևյալ կերպ՝ տվյալ անձի գծով պայմանագրի փաստացի գործած օրեր x օրական ապահովագրավճար:

11.10. 11.5.1-11.5.4-րդ ենթակետերից որևէ մեկով նախատեսված հիմքով պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցման դեպքում, եթե՝

11.10.1. վճարված ապահովագրավճարը չի գերազանցում պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրողի կողմից տրամադրված ապահովագրական հատուցումների (այդ թվում՝ նաև հատուցման ենթակա, սակայն դեռևս չվճարված գումարների) ընդհանուր մեծությունը, ապա ապահովադրին ապահովագրավճարի վերադարձ չի իրականացվում.

11.10.2. վճարված ապահովագրավճարը գերազանցում է պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրողի կողմից

տրամադրված ապահովագրական հատուցումների (այդ թվում՝ նաև հատուցման ենթակա, սակայն դեռևս չվճարված գումարների) ընդհանուր մեծությունը, ապա ապահովագրողն ապահովադրին վերադարձնում է վճարված ապահովագրավճարի 90 տոկոս մեծության և վաստակած ապահովագրավճարի դրական տարբերությունը:

11.11. 11.5.5-րդ ենթակետով նախատեսված հիմքով (ապահովագրողի կողմից պայմանագրի էական խախտում) պայմանագրի վաղաժամկետ լուծման դեպքում ապահովադիրն իրավունք ունի ստանալու պայմանագրի գործողության ընթացքում իր կողմից վճարված ապահովագրավճարների և ապահովագրողի կողմից կատարված ապահովագրական հատուցումների դրական տարբերությունը: Եթե մինչև սույն կետի համաձայն պայմանագիրը լուծելու օրն ապահովագրական հատուցում չի կատարվել, ապա ապահովադիրն իրավունք ունի ապահովագրավճարները հետ ստանալու ամբողջությամբ:

11.12. Ապահովագրողի՝ պայմանագրով ստանձնած պարտավորությունները դադարում են պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտին և (կամ) պայմանագրում նախատեսված այլ դեպքերում:

12. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ, ԼՐԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

12.1. Պայմանագրում փոփոխություններ և լրացումներ կարող են կատարվել միայն կողմերի փոխադարձ համաձայնությամբ՝ համաձայնագրի կնքելու միջոցով, որը կհանդիսանա պայմանագրի անբաժանելի մասը:

12.2. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում գրավոր հայտնել պայմանագրի կնքելիս ապահովագրողին հայտնած հանգամանքների՝ իրեն հայտնի դարձած փոփոխությունների մասին, եթե այդ փոփոխությունները կարող են որակապես ազդել ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության վրա:

12.3. Բոլոր դեպքերում էական (ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխության վրա որակապես ազդող) են համարվում պայմանագրում, պայմանագրի կնքման պահին ապահովագրողին ներկայացված փաստաթղթերում, տեղեկություններում առկա հանգամանքների փոփոխությունները, ինչպես նաև ապահովագրված անձանց թվի կամ կազմի՝ պայմանագրի կնքման պահին առկա՝ համապատասխանաբար թվի կամ կազմի նկատմամբ 20 տոկոս և ավելի փոփոխությունը:

12.4. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրական ռիսկի աստիճանի փոփոխման դեպքում ապահովագրողն իրավունք ունի վերանայելու և առաջարկելու ապահովադրին փոփոխել պայմանագրի պայմանները:

12.5. Եթե պայմանագրի կնքումից հետո ընդունվում կամ փոփոխվում են օրենքներ կամ այլ իրավական ակտեր, որոնք կարող են ազդեցություն ունենալ պայմանագրի, ապահովագրողի ստանձնած պարտավորությունների վրա և (կամ), որոնք առկա չեն եղել պայմանագրի կնքման պահին կամ որոնց դրույթները տարբերվում են պայմանագրի կնքման պահին գործող օրենքների կամ իրավական ակտերի դրույթներից, ապա ապահովագրողն իրավունք ունի առաջնորդվելու պայմանագրի կնքման պահին առկա օրենքների և իրավական ակտերի՝ պայմանագրի կնքման պահին գործող դրույթներով կամ դիտարկելու նման հանգամանքը որպես ռիսկի աստիճանի վրա որակապես ազդող փոփոխություն և պայմանագրով սահմանված կարգով վերանայելու և ապահովադրին առաջարկելու փոփոխել պայմանագրի պայմանները:

13. ԾԱՆՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

13.1. Պայմանագրի շրջանակներում նախատեսված բոլոր ծանուցումները (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պայմանագրով որոշակի ծանուցման համար սահմանված է որոշակի եղանակ) պետք է ուղարկվեն հետևյալ եղանակներից առնվազն երկուսով՝

13.1.1. ձայնագրվող հեռախոսազանգով՝ պայմանագրում նշված հեռախոսահամարով.

13.1.2. փոստով՝ պատվիրված նամակով, ծանուցվող անձի՝ պայմանագրում նշված հասցեին.

13.1.3. ծանուցումն ստորագրությամբ առձեռն հանձնելու միջոցով.

13.1.4. էլեկտրոնային փոստով ծանուցվող անձի՝ պայմանագրում նշված էլեկտրոնային փոստի հասցեին:

13.2. Պայմանագրի 13.1-ին կետում նշված եղանակներից ցանկացած երկուսով ծանուցումները պայմանագրի շրջանակներում դիտվում են որպես պատշաճ ծանուցում: Եթե պայմանագրով որոշակի ծանուցման համար սահմանված է որոշակի եղանակ, ապա պատշաճ է համարվում տվյալ եղանակով ծանուցումը:

13.3. Պայմանագրով նախատեսված ծանուցումները ծանուցվող անձի կողմից համարվում են պատշաճ ստացված և վերջինների կողմից որոշակի գործողություններ կատարելու համար սահմանված ժամկետներն սկսվում են հաշվարկվել՝

13.3.1. ձայնագրվող հեռախոսազանգի դեպքում՝ ծանուցման օրվան հաջորդող օրվանից.

13.3.2. էլեկտրոնային փոստով ուղարկվելու դեպքում՝ ծանուցումն ուղարկվելու օրվան հաջորդող օրվանից.

13.3.3. ծանուցումն ստորագրությամբ առձեռն հանձնվելու դեպքում՝ հանձնելու օրվան հաջորդող օրվանից.

13.3.4. պատվիրված նամակով ուղարկվելու դեպքում՝ հետպատասխան տեղեկացման մեջ նշված ծանուցման ստացման հաջորդող օրվանից կամ որևէ հիմքով նամակը վերադարձվելու հաջորդող օրվանից:

13.4. Ծանուցումները հավաստող փաստաթղթեր և (կամ) նյութեր են համարվում՝

13.4.1. ծանուցումը հեռախոսազանգով կատարելու դեպքում՝ հեռախոսազանգի ձայնագրությունը.

13.4.2. ծանուցումն էլեկտրոնային փոստով ուղարկման դեպքում՝ համակարգչում և (կամ) փոստային սերվերում

պահպանված՝ ուղարկված էլեկտրոնային ծանուցումը.

13.4.3. ծանուցումն ստորագրությամբ առձեռն հանձնվելու դեպքում՝ ստացման մասին հասցեատիրոջ ստորագրության նշումով ծանուցման մեկ օրինակը կամ պատճենը.

13.4.4. ծանուցումը պատվիրված նամակով ուղարկվելու դեպքում՝ տվյալ ծանուցման գծով ստացված հետպատասխան տեղեկացման կտրոնը:

13.5. Ապահովադրի և (կամ) ապահովագրված անձանց՝ պայմանագրում նշված հասցեի և (կամ) էլեկտրոնային փոստի հասցեի փոփոխության դեպքում ապահովադիրն ապահովագրողին տեղեկացնում է դրա մասին՝ ներկայացնելով նոր հասցե և (կամ) էլեկտրոնային փոստի հասցե, որով համապատասխանաբար ապահովադիրը կամ ապահովագրված անձը համաձայն կլինի ստանալ ապահովագրողի կողմից պայմանագրի համաձայն համապատասխանաբար ապահովադիրին կամ ապահովագրված անձին ուղարկվող ծանուցումները:

14. ԱՆՀԱՂԹԱՀԱՐԵԼԻ ՌԻՃԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՖՈՐՍ-ՄԱԺՈՐ)

14.1. Սույն պայմանագրով և սույն պայմանագրի հիման վրա կնքված համաձայնագրերով պարտավորություններն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն չկատարելու համար կողմերն ազատվում են պատասխանատվությունից, եթե դա եղել է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված անհաղթահարելի ուժի ազդեցության հետևանքով, որը ծագել է սույն պայմանագիրը կնքելուց հետո, և որը կողմերը չէին կարող կանխատեսել կամ կանխարգելել: Այդպիսի իրավիճակներ են նաև երկրաշարժը, ջրհեղեղը, հրդեհը, պատերազմը, ռազմական և արտակարգ դրություն հայտարարելը, քաղաքական հուզումները, գործադուլները, հաղորդակցության միջոցների աշխատանքի դադարեցումը, պետական մարմինների ակտերը և համանման այլ իրավիճակներ, որոնք անհնարին են դարձնում սույն պայմանագրով պարտավորությունների կատարումը: Եթե արտակարգ ուժի ազդեցությունը շարունակվում է 3 ամսվանից ավելի, ապա կողմերից յուրաքանչյուրն իրավունք ունի լուծելու պայմանագիրը՝ դրա մասին նախապես՝ 10 աշխատանքային օր առաջ տեղյակ պահելով մյուս կողմին:

15. ԱՅԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

15.1. Պայմանագրի կապակցությամբ ծագած վեճերը լուծվում են բանակցությունների միջոցով: Համաձայնություն ձեռք չբերելու դեպքում վեճերը լուծվում են Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից «Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի համաձայն կամ դատական կարգով՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության համաձայն:

15.2. Պայմանագիրը կազմված է _____ էջից, կնքվում է երկու օրինակից, որոնք ունեն հավասարազոր իրավաբանական ուժ: Պայմանագրի NN 1, 2 և 3 հավելվածները պայմանագրի անբաժանելի մասն են: Յուրաքանչյուր կողմին տրվում է պայմանագրի մեկ օրինակ:

15.3. Պայմանագրից ծագած կողմի վճարային պարտավորությունը չի կարող դադարել այլ պայմանագրից ծագած՝ հակընդդեմ պարտավորության հաշվանցով, առանց կողմերի գրավոր և կնիքով հաստատված համաձայնության: Պայմանագրից ծագած պահանջի իրավունքը չի կարող փոխանցվել այլ անձի, առանց պարտապան կողմի գրավոր համաձայնության:

15.4. Պայմանագրի նկատմամբ կիրառվում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությունը:

ԿՈՂՄԵՐԻ ՎԱՎԵՐԱՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂ

գտնվելու վայրը _____
Էլ. փոստը _____
հեռախոսահամարը _____
հհ _____

ՀՎՀՀ-ն _____

ԱՊԱՀՈՎԱԴԻՐ

գտնվելու վայրը _____
Էլ. փոստը _____
հեռախոսահամարը _____
հհ _____

ՀՎՀՀ-ն _____

ՋԱՎԵԼՎԱԾ N 1

**Շահառուների
առողջության ապահովագրության պայմանագրի**

1.1. Պայմանագրի գործողության ընթացքում տեղի ունեցած դժբախտ պատահարների հետևանքով առաջացած վնասվածքների (կոտրվածքներ, հողախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) արտահիվանդանոցային ձևով իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը:

1.2. Արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող՝ հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները՝ համաձայն ցանկի: Ընդ որում՝ սույն հավելվածի 1.2.9-1.2.19-րդ ենթակետերում ներառված յուրաքանչյուր հետազոտության յուրաքանչյուր իրականացման դեպքում կիրառվում է ոչ պայմանական չհատուցվող գումար՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման գներով համապատասխան հետազոտության համար սահմանված համավճարի չափով՝

- 1.2.1. էխոկարդիոգրաֆիա՝ դոպլեր հետազոտությամբ.
- 1.2.2. էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա.
- 1.2.3. ռենտգենոգրաֆիա՝ ն/ե հեղուկ կոնտրաստավորմամբ (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը).
- 1.2.4. կոլոնոսկոպիա.
- 1.2.5. մամոգրաֆիա.
- 1.2.6. էլեկտրակարդիոգրաֆիա չափավորված ծանրաբեռնվածությամբ (տրեդմիլ-թեստ, վելոերգոմետրիա).
- 1.2.7. հոլտեր մոնիթորինգ.
- 1.2.8. ռադիոնուկլիդային ախտորոշման հետազոտություններ՝ երիկամներ, լյարդ, ոսկրեր, թոքեր և այլն.
- 1.2.9. համակարգչային տոմոգրաֆիա 1 հատված, առանց ն/ե կոնտրաստավորման.
- 1.2.10. համակարգչային տոմոգրաֆիա 2 հատված, առանց ն/ե կոնտրաստավորման.
- 1.2.11. համակարգչային տոմոգրաֆիա 3 և ավելի հատվածներ, առանց ն/ե կոնտրաստավորման.
- 1.2.12. համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա ն/ե կոնտրաստավորմամբ՝ 1 հատվածի (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը).
- 1.2.13. համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա ն/ե կոնտրաստավորմամբ՝ 2 հատվածի (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը).
- 1.2.14. համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա ն/ե կոնտրաստավորմամբ՝ 3 և ավելի հատվածի (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը).
- 1.2.15. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա 1 հատված (առանց կոնտրաստ նյութի արժեքի)՝ անկախ սարքի հզորությունից.
- 1.2.16. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա 2 հատված (առանց կոնտրաստ նյութի արժեքի)՝ անկախ սարքի հզորությունից.
- 1.2.17. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա 1 հատված, նույն քաղաքացուն 1-ին հետազոտությունից սկսած 6 ամսվա ընթացքում (առանց կոնտրաստ նյութի արժեքի)՝ անկախ սարքի հզորությունից.
- 1.2.18. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա 1 հատված (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը)՝ անկախ սարքի հզորությունից.
- 1.2.19. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա 2 հատված (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը)՝ անկախ սարքի հզորությունից:

- 1.3. Հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ համաձայն ստորև նշված ծավալի՝
 - 1.3.1. վիրահատական կամ թերապևտիկ բուժում (բացառությամբ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 28-ի N 57-Ն հրամանով հաստատված ցանկում ընդգրկված նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների՝ բացառությամբ սույն հավելվածի 1.3.3-րդ ենթակետով նախատեսված դեպքերի).
 - 1.3.2. սույն հավելվածի 1.2.1-1.2.19-րդ ենթակետերում թվարկված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները, որոնք իրականացվել են հիվանդանոցային պայմաններում: Ընդ որում՝ սույն հավելվածի 1.2.1-1.2.8-րդ ենթակետերում ներառված հետազոտությունների արժեքները ներառվում են հիվանդանոցային բուժման ընդհանուր արժեքի մեջ, իսկ 1.2.9-1.2.19-րդ ենթակետերում թվարկված հետազոտությունների արժեքները հաշվարկվում և հատուցվում են լրացուցիչ՝ ամբողջությամբ: Հիվանդանոցային բուժման ընթացքում սույն հավելվածի 1.2.9-1.2.19-րդ ենթակետերում թվարկված հետազոտություններն ամբողջությամբ հատուցվում են նաև սույն հավելվածի 3.2.8-3.2.17-րդ և 3.3.1-3.3.5-րդ ենթակետերում նշված ապահովագրական հատուցման բացառություն հանդիսացող հիվանդությունների և իրավիճակների դեպքում.
 - 1.3.3. նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող հետևյալ բժշկական ծառայությունները՝
 - ա. գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների էնդովասկուլյար բուժում (ներառյալ միկրոկաթետերի, միկրոպարույրի և (կամ) օնիքսի արժեքը),
 - բ. կլիպսների օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,
 - գ. շունտավորող համակարգերի օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,
 - դ. էնդովասկուլյար ռեկոնստրուկտիվ բուժում՝ նյարդավիրաբուժական հիվանդությունների ժամանակ,
 - ե. սրտի բաց վիրահատություն և (կամ) կորոնար անոթների ստենտավորում՝ ինչպես դեղապատ, այնպես էլ ոչ դեղապատ ստենտերով, սրտի փականների պրոթեզավորում, սրտի ռիթմը վարող սարքերի իմպլանտացիա,
 - զ. աորտայի անևրիզմանների պատվածքների և (կամ) շերտազատումների վիրահատություններ,

- ե. կարդիոլերտեր-դեֆիրիլատորի իմպլանտացիա,
 - ը. սրտամկանի էլեկտրաֆիզիոլոգիական հետազոտություններ, սրտի կաթետերային արլացիա,
 - թ. սիներակի (Վ. Կավա/V. Cava) ֆիլտրի տեղադրումը (ներառյալ ֆիլտրի արժեքը),
 - ժ. արթոթոսկոպիկ վիրահատություններ,
 - ժա. խոշոր հոդերի էնդոպրոթեզավորում՝ ուղեկցող սրտային արժեքի,
 - ժբ. բացառապես վնասվածքաբանական վիրահատությունների ժամանակ կիրառվող մետաղական կոնստրուկցիաների, ընդ որում՝ միայն հարթակների, պտուտակների և շտապերի արժեքները,
 - ժգ. շագանակագեղձի միջմիզուկային մասնահատում (ՏՈՒՌ, TYP) բիպոլյար կամ լազերային եղանակով,
 - ժդ. քարափշրում (լիթոտրիպիա)՝ հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոտենուսկոպիկ,
 - ժե. սկլերոպլաստիկան, կեռատոպլաստիկան,
 - ժզ. աչքի առաջային խցիկի արհեստական փականների կիրառում (շունտավորում),
 - ժէ. նորագոյացությունների ճառագայթային բուժում՝ տարեկան ոչ ավելի, քան 35 սեանս,
 - ժը. նորագոյացությունների ներխոռոչային ճառագայթային բուժում՝ տարեկան ոչ ավելի, քան 10 սեանս:
- 1.4. Տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննություն (բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված անձանց)՝ հետևյալ ծավալով՝
- ա. ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն՝ զարկերակային ճնշման պարտադիր չափումով և մարմնի զանգվածի որոշմամբ,
 - բ. ուռուղզի (բացակայության դեպքում՝ վիրաբույժի) խորհրդատվություն (տղամարդկանց համար),
 - գ. գինեկոլոգի խորհրդատվություն,
 - դ. կրծքագեղձի ֆիզիկալ զննում,
 - ե. արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ լեյկոֆորմուլայով,
 - զ. խոլեստերինի որոշում արյան մեջ,
 - է. էլեկտրասրտագրություն (ԷՍԳ),
 - ը. որովայնի խոռոչի, փոքր կոնքի օրգանների և վահանաձև գեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն, կանանց համար՝ նաև կրծքագեղձի ուլտրաձայնային հետազոտություն:

2. ՀԱՏՈՒԿ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

- 2.1. Հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ներառում են բուժման համար անհրաժեշտ միջոցառումները, այդ թվում՝
 - 2.1.1. բժշկական խորհրդատվություններ.
 - 2.1.2. հիվանդանոցային բուժման ընթացքում իրականացվող բոլոր լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները, այդ թվում՝ նաև սույն հավելվածի 1.2.1-1.2.19-րդ ենթակետերում նշվածները.
 - 2.1.3. հիվանդանոցային բուժման ընթացքում հիվանդանոցի կողմից անհրաժեշտ դեղերով, բժշկական նշանակության պարագաներով ապահովումը և բուժական միջամտությունները.
 - 2.1.4. պացիենտին հիվանդասենյակով ապահովելը (բացառությամբ պացիենտի կողմից նախընտրած առանձին վճարովի հիվանդասենյակների արժեքի):
- 2.2. Սույն հավելվածի 1.4-րդ կետով սահմանված կանխարգելիչ բժշկական քննությունը կարող է կատարվել օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը) միայն մեկ անգամ: Ընդ որում, եթե ապահովագրված անձը կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցել է տարվա երկրորդ կեսին, ապա հաջորդը կարող է անցնել ոչ շուտ, քան վեց ամիս անց:
- 2.3. Ապահովագրված անձի կողմից կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցած լինելու հանգամանքը հավաստվում է էլեկտրոնային առողջապահության տեղեկատվական համակարգի միջոցով կամ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման համաձայն տրամադրված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցնելու մասին տեղեկանքով:
- 2.4. Սույն հավելվածի 1.2-րդ կետում նշված հետազոտությունները (1.2-րդ կետով նախատեսված ծավալով) հատուցվում են նաև սույն հավելվածի 3.2.8-3.2.17-րդ և 3.3.1-3.3.5-րդ ենթակետերում նշված ապահովագրական հատուցման բացառություն հանդիսացող հիվանդությունների և իրավիճակների դեպքում:

3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՅԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

- 3.1. Սույն հավելվածի 3.2-րդ կետում նշվածների գծով չեն հատուցվում թե՛ ախտորոշիչ, թե՛ բժշկական ծառայությունները՝ ներառյալ բժշկական խորհրդատվությունները, հետազոտությունները և դեղորայքային բուժումը:
- 3.2. Հետևյալ հիվանդությունները, դեպքերը, բժշկական օգնության տեսակները, առողջական վիճակները, հետազոտությունները կամ այլ ծառայությունները հանդիսանում են բացառություններ ապահովագրական հատուցման դեպքերից (ծածկույթից), և ապահովագրողը պատասխանատվություն չի կրում դրանց համար.
 - 3.2.1. արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունը, սպասարկումը (այդ թվում՝ ստոմատոլոգիական,

ակնաբուժական ծառայությունները): Սույն ենթակետում նշված բացառությունը չի վերաբերում սույն հավելվածի 1.1-ին կետով սահմանված դեպքերին.

3.2.2. այն հետազոտությունները, բժշկական միջամտությունները, բժշկական օգնության ու սպասարկման ցանկացած այլ ծառայությունները (ներառյալ դեղեր, բժշկական պարագաներ), որոնք չեն նշանակվել բժշկի կողմից և (կամ) մատուցվել են ապահովագրված անձի ցանկությամբ.

3.2.3. ծառայություններ, հետազոտություններ, դեղեր և (կամ) այլ բուժօգնության ծառայություններ, որոնք փաստացի չեն տրամադրվել ապահովագրված անձին, ապահովագրված անձի կողմից նախընտրած առանձին վճարովի հիվանդասենյակի ծախսերը.

3.2.4. նախագորակոչային կամ գորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային փորձաքննություն.

3.2.5. ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ և (կամ) բուժում, առողջարանային կամ վերականգնողական բուժում, ցանկացած պրոֆիլակտիկ և (կամ) կազդուրիչ միջոցառումներ և այլն.

3.2.6. ոչ ավանդական այլընտրանքային բուժում և ախտորոշման մեթոդներ, Հայաստանի Հանրապետությունում սահմանված կարգով չարտոնագրված դեղերի և (կամ) բժշկական պարագաների ձեռքբերում.

3.2.7. ավերգողիագնաստիկա, սկարիֆիկացիոն փորձեր.

3.2.8. վերջույթների և (կամ) դրանց առանձին սեզմենտների պրոթեզավորումը, ինչպես նաև պրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, իմպլանտները, տեսողական, լսողական սարքերը, այլ կարգավորիչ բժշկական հարմարանքները: Սույն ենթակետում նշված բացառությունը չի վերաբերում սույն հավելվածի 1.3.3-րդ ենթակետով նախատեսված դեպքերին.

3.2.9. առողջության վատթարացումները (բացառությամբ վնասվածքների), որոնք առաջացել են ապահովագրված անձի կողմից ակտիվ, թմրանյութերի, թմրամիջոցների, թունավոր նյութերի կամ առանց բժշկի նշանակման դեղերի օգտագործման դեպքում կամ հետևանքով.

3.2.10. ժանտախտ, տուլարեմիա, սիբիրյան խոց, խոլերա, տիֆ, պոլիոմիելիտ, դրանց բարդություններ կամ հետևանքներ.

3.2.11. հոգեկան սահմանային վիճակներ (ներոզ, փսիխոպաթիա, փսիխոզ և այլն), հոգեկան հիվանդություններ, դրանց հետևանքներ, հոգեթերապևտի ծառայություններ, հիպնոս.

3.2.12. մանկաբարձական բուժօգնություն (ծննդօգնություն, հղիության ախտաբանություն, հղիների նախածննդյան և (կամ) հետծննդյան հսկողություն).

3.2.13. պարբերական հիվանդություն, տուբերկուլյոզ, թմրաբանական հիվանդություններ կամ ակտիվ, թմրամոլություն, տոքսիկոմանիա.

3.2.14. առավելապես սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ, ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի բժշկական օգնության և (կամ) սպասարկման ծառայությունները.

3.2.15. ուռուցքաբանական հիվանդությունների քիմիաթերապևտիկ, վերականգնողական (այդ թվում՝ նաև առողջարանային) բժշկական օգնության և (կամ) սպասարկման ծառայությունները.

3.2.16. արյան արտաերիկամային մաքրում պահանջող հիվանդություններ՝ ներառյալ քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (պլազմաֆերեզ, հեմոսորբցիա և այլն)՝ բացառությամբ սուր երիկամային անբավարարության դեպքերի, որոնց ժամանակ հաստուցվում է արյան արտաերիկամային մաքրման ոչ ավելի, քան 4 սեսանս.

3.2.17. ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) ֆունկցիայի և (կամ) էրեկտիլ դիսֆունկցիայի (իմպոտենցիա) հետ կապված հետազոտությունները և (կամ) բուժումը, դիսմենորեան, հակաբեղմնավորիչ միջամտությունները, այդ թվում՝ նաև ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը և (կամ) հեռացումը, այլ հակաբեղմնավորիչ միջոցները:

3.3. Ստորև նշված հիվանդությունների և վիճակների թերապևտիկ բուժումը, ինչպես նաև ցանկացած այլ ոչ վիրահատական բուժում պահանջող քրոնիկ հիվանդությունների թերապևտիկ բուժումը հաստուցվում է բացառապես կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների և (կամ) բարդությունների ժամանակ, ընդ որում՝ հաստուցման ենթակա չեն դրանց ենթասուր շրջանի բուժումը, ինչպես նաև մշտական, պահպանողական բուժումը և (կամ) դինամիկ հսկողությունը

3.3.1. բնածին անոմալիաներ, զարգացման արատներ և (կամ) այլ անատոմիական առանձնահատկություններ, ժառանգական, գենետիկ հիվանդություններ, էպիլեպսիա.

3.3.2. մանկական ուղեղային կաթված, շաքարային դիաբետ, թոքերի քրոնիկ ոչ յուրահատուկ հիվանդություններ՝ թոքերի էմֆիզեմա, պնևմոսկլերոզ և այլն.

3.3.3. ողնաշարի միջողային սկավառակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ (պրոթորոզիաներ, ճողվածքներ և այլն), օստեոխոնդրոզ, կեցվածքի խախտման շեղումներ, սկոլիոզ, կիֆոզ.

3.3.4. աուտոիմուն հիվանդություններ, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, պտորիազ, էկզեմա.

3.3.5. լյարդային անբավարարություն, քրոնիկական վիրուսակրություն (այդ թվում՝ նաև վիրուսային հեպատիտները), քրոնիկական բացիլակրություն, քրոնիկական պարազիտակրություն:

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՑՈՒՑԱԿԸ

NN ը/կ	Անունը	Ազգանունը	Ծննդյան ամսաթիվը	Սեռը	Քաղաքացիությունը	Անձը հաստատող փաստաթուղթ	Ծանուցման հասցեն	Էլ. փոստի հասցեն (ծանուցման էլ. փոստը)	Հանրային ծառայությունների համարանիշը (սոցիալական քարտը) կամ դրա բացակայության մասին տեղեկանքի համարը	Հեռախոսահամարը	Աշխատանքի վայրը (գործատուի անվանումը)	Պայմանագրի գործողության ժամկետի սկիզբը	Պայմանագրի գործողության ժամկետի ավարտը
-----------	--------	-----------	------------------	------	------------------	--------------------------	------------------	--	--	----------------	---------------------------------------	--	--

Հավելված N 3

Շահառուների

առողջության ապահովագրության պայմանագրի

ՎՃԱՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՑՈՒՅՑԸ

Բաժինը, խումբը, դասը, ծրագիրը	Ծրագրի անվանումը	Վճարման ենթակա ապահովագրավճարի մասնաբաժինները և դրանց համապատասխան վերջնաժամկետները												
		մինչև փետրվարի 25	մինչև մարտի 25	մինչև ապրիլի 25	մինչև մայիսի 25	մինչև հունիսի 25	մինչև հուլիսի 25	մինչև օգոստոսի 25	մինչև սեպտեմբերի 25	մինչև հոկտեմբերի 23	մինչև նոյեմբերի 25	մինչև դեկտեմբերի 25	Ընդամենը տարի	
07.03.01.04	Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ													

Ապահովադիր

(ստորագրությունը)

Ապահովագրող

(ստորագրությունը)

(հավելվածը փոփ. 28.10.21 N 1781-Ն)

Հավելված N 4

ՀՀ կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆՆԵՐԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են՝

1) «Հանրային ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված հանրային իշխանության մարմինների (բացառությամբ Կենտրոնական բանկի և Երևանի քաղաքապետարանի) և նրանց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների, ինչպես նաև նրանց համակարգի մեջ մտնող 50 տոկոս և ավելի՝ պետությանը սեփականության իրավունքով պատկանող բաժնեմաս ունեցող փակ բաժնետիրական ընկերությունների (այսուհետ՝ մարմիններ և կազմակերպություններ) աշխատողների (բացառությամբ զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց) ու Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետով նախատեսված անձանց վերաբերյալ առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման հետ կապված հարաբերությունները:

2) պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով առողջապահության նախարարության կողմից էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման հետ կապված հարաբերությունները:

2. Պետական մարմինների և կազմակերպությունների կողմից իրենց աշխատողների տվյալներն էլեկտրոնային շտեմարաններում մուտքագրվում են տվյալ աշխատողի աշխատանքի ընդունումից կամ ազատումից հետո 10-օրյա ժամկետում:

3. Էլեկտրոնային շտեմարաններ մուտքագրվող տվյալներն ինքնաշխատ եղանակով ճշտվում են բնակչության պետական ռեգիստրի տեղեկատվական համակարգի միջոցով:

4. Էլեկտրոնային շտեմարաններում ներառված տվյալների ցանկացած փոփոխության դեպքում մարմնի կամ կազմակերպության կողմից 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում կատարվում է համապատասխան գրառում:

5. Էլեկտրոնային շտեմարաններում տվյալների մուտքագրման ժամանակին, ճշգրիտ և ամբողջական կատարման պատասխանատուն հանդիսանում է տվյալ պետական մարմնի (կազմակերպության) ղեկավարը:

6. Սույն կարգի 1-ին կետի 1-ին ենթակետով նախատեսված Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանը ձևավորվում է պետական մարմինների և կազմակերպությունների կողմից իրենց աշխատողների վերաբերյալ սույն կետի 12-րդ կետով սահմանված տվյալների՝ էլեկտրոնային շտեմարան մուտքագրման միջոցով:

7. Մարմինները և կազմակերպությունները մուտք են գործում Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարան՝ Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից տրամադրված օգտվողի անունը և գաղտնաբառը մուտքագրելու միջոցով:

8. Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմն օգտվողի անունը և գաղտնաբառը տրամադրում է մարմինների և կազմակերպությունների կողմից ներկայացված դիմումի հիման վրա՝ 7 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Դիմումի մեջ պետք է նշված լինեն տվյալ մարմնի կամ կազմակերպության՝ Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանի վարման համար պատասխանատու անձի անունը, ազգանունը, հայրանունը, պաշտոնը, բջջային հեռախոսահամարը:

9. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետի համաձայն աշխատողներ (սոցիալական փաթեթի շահառուները) հանդիսացող անձինք առողջապահական փաթեթից օգտվելու համար Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանում պետք է ունենան սոցիալական փաթեթի շահառուի կարգավիճակ:

10. Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանի տվյալներից Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության օգտվելու կարգը սահմանվում է Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի աշխատակազմի ղեկավարի հրամանով:

11. Սույն կարգի 1-ին կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված առողջապահության նախարարության կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանը ձևավորվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից իրենց աշխատողների վերաբերյալ սույն կարգի 12-րդ և 13-րդ կետերով սահմանված տվյալների՝ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ մուտքագրման միջոցով:

12. Էլեկտրոնային շտեմարաններում մուտքագրվում են հետևյալ տվյալները՝

- 1) աշխատողի անունը, ազգանունը, հայրանունը.
- 2) հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշ չունենալու մասին տեղեկանքի համարը կամ սոցիալական քարտի համարը. կամ սոցիալական քարտ չունենալու վերաբերյալ տեղեկանքի համարը.
- 3) ծննդյան օրը, ամիսը և տարեթիվը.

- 4) սեռը.
 - 5) քաղաքացիությունը.
 - 6) Հայաստանի Հանրապետությունում հաշվառման վայրի հասցեն կամ փաստացի բնակության վայրը, եթե տարբերվում է հաշվառման վայրի հասցեից.
 - 7) Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիությունը կամ օտարերկրյա պետության քաղաքացիությունը և Հայաստանի Հանրապետությունում բնակության իրավունքը հավաստող փաստաթղթի տվյալները (տեսակը, համարը, տալու ամսաթիվը, վավերության ժամկետը և տրամադրող մարմինը).
 - 8) գործատուի անվանումը և պետական գրանցման համարը.
 - 9) տվյալ պաշտոնում նշանակման օրը, ամիսը, տարեթիվը.
 - 10) աշխատանքից ազատվելու դեպքում՝ ազատվելու օրը, ամիսը, տարեթիվը.
 - 11) սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսանալու կարգավիճակը.
 - 12) փաթեթից օգտվելու իրավունքի ձեռքբերման օրը, ամիսը, տարեթիվը, ինչպես նաև փաթեթից օգտվելու իրավունքի դադարեցման օրը, ամիսը, տարեթիվը.
 - 13) շահառուի բջջային հեռախոսահամարը և էլեկտրոնային փոստի հասցեն:
13. Առողջապահության նախարարության կողմից վարվող էլեկտրոնային շտեմարանում չեն մուտքագրվում սույն կարգի 12-րդ կետի 12-րդ, 13-րդ ենթակետերով պահանջվող տվյալները, իսկ 8-րդ ենթակետում պետական գրանցման համարի փոխարեն լրացվում է հարկ վճարողի հաշվառման համարը: