



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ

27 հուլիսի 2017 թվականի N 915 - Ն

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ 2012 ԹՎԱԿԱՆԻ
ԴԵԿՏԵՄԲԵՐԻ 27-Ի N 1691-Ն ԵՎ 2014 ԹՎԱԿԱՆԻ ՄԱՐՏԻ 27-Ի N 375-Ն
ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՄ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ
Մ Ա Ս Ի Ն

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը **ո ր ո շ ու մ է.**

1. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի «Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 29-ի N 1917-Ն և N 1923-Ն, ինչպես նաև 2012 թվականի ապրիլի 19-ի N 594-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 1691-Ն որոշման մեջ կատարել հետևյալ փոփոխությունները և լրացումը՝

1) որոշման 4.2-րդ կետից հանել «Ընդ որում, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթի շրջանակներում զինծառայողներին, քրեակատարողական, փրկարար ծառայության ծառայողներին տրամադրվող պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության ծառայությունների ծավալը պետք է առնվազն հավասար լինի Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման N 5 հավելվածով նախատեսված՝ սոցիալական

փաթեթի շահառուների պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթի ծավալին:» նախադասությունը.

2) որոշումը լրացնել հետևյալ բովանդակությամբ նոր՝ 4.7-րդ կետով.

«4.7. Սահմանել, որ սկսած 2018 թվականի հունվարի 1-ից սոցիալական փաթեթի ծառայություններից (այդ թվում՝ առողջապահական փաթեթի ծառայությունները) օգտվելու պարտադիր նախապայման է հանդիսանում նույնականացման քարտի առկայությունը:».

3) որոշման 5.4-րդ կետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.

«5.4 Պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության բաղադրիչից օգտվելու համար սոցիալական փաթեթի շահառուն պետք է դիմի 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված համապատասխան ծառայություն մատուցող ցանկացած բժշկական կազմակերպություն:».

4) որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 11-րդ ենթակետը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.

«11) պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն՝ առողջապահական փաթեթի բաղադրամաս, որի շրջանակներում տրամադրվող ծառայությունների ցանկը սահմանվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ:».

5) որոշման N 1 հավելվածի 4-րդ կետի 4-րդ ենթակետից հանել «առողջապահական փաթեթից օգտվելու և (կամ)» և «բժշկական կազմակերպություններ» բառերը.

6) որոշման N 1 հավելվածի 20-րդ կետի 1-ին ենթակետում «անձնագրի տվյալները (սերիան, համարը, վավերականության ժամկետը, ում կողմից է տրված)» բառերը փոխարինել «նույնականացման քարտի տվյալները (համարը, վավերականության ժամկետը, ում կողմից է տրված)» բառերով.

7) որոշման N 4 հավելվածի 1-ին կետում և 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում «2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման N 2 հավելվածով» բառերը փոխարինել «2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ» բառերով:

2. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի «Սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը, սոցիալական փաթեթի շահառուի պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը, ինչպես նաև առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման ու վարման կարգը հաստատելու մասին» N 375-Ն որոշումը շարադրել նոր խմբագրությամբ՝ համաձայն հավելվածի:

3. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին՝ սույն որոշման հավելվածով նախատեսված դրույթների կատարումն ապահովելու նպատակով՝

1) սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո երկամսյա ժամկետում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ նախատեսված լիազորությունների սահմաններում համապատասխան իրավական ակտերում կատարել սույն որոշումից բխող փոփոխություններ.

2) հիմք ընդունելով սույն որոշման հավելվածով նախատեսված դրույթները՝ սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո 10-օրյա ժամկետում, համաձայնեցնելով Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարության հետ, հաստատել սոցիալական փաթեթի շահառուներին տրամադրվող 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.

3) հիմք ընդունելով սույն որոշման հավելվածով նախատեսված դրույթները՝ սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո մեկամսյա ժամկետում կազմակերպել առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների հետ սոցիալական փաթեթի շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման պայմանագրերի կնքման գործընթացը: Ընդ որում, 2017 թվականի պայմանագրերը կնքելիս հիմք ընդունել սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելու նախորդ ամսվա 1-ի դրությամբ էլեկտրոնային շտեմարանում գրանցված շահառուների թիվը:

4) սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո եռամսյա ժամկետում ներկայացնել մեխանիզմներ էլ-առողջապահություն համակարգում ձևավորվելիք վիճակագրության հիման վրա հաշվարկված բազմագործոն, դիվերսիֆիկացված ապահովագրավճարների կիրառման արդյունքում քաղաքացիների կողմից ծառայությունը մատուցող ապահովագրական ընկերության ընտրությունն ազատ սկզբունքով իրականացնելու համար: Ընդ որում, ներկայացնել սույն որոշման և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման մեջ փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին առաջարկություններ՝ համաձայն որի առողջապահական փաթեթի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար սոցիալական փաթեթի շահառուների կողմից ծառայությունը մատուցող ապահովագրական ընկերությունը կընտրվի ազատ սկզբունքով:

4. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության աշխատակազմի ղեկավարին՝ սույն որոշման հավելվածով նախատեսված դրույթների կատարումն ապահովելու նպատակով սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո մեկամսյա ժամկետում սահմանված կարգով կազմակերպել էլեկտրոնային շտեմարանում սոցիալական փաթեթի շահառուների տվյալների փոփոխության հետ կապված գործընթացը՝ հիմք ընդունելով սույն որոշման հավելվածով նախատեսված դրույթները:

5. 2021 թվականի հունվարի 1-ից առողջապահական փաթեթի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար սոցիալական փաթեթի շահառուների կողմից ծառայությունը մատուցող ապահովագրական ընկերությունն ընտրվում է ազատ սկզբունքով:

6. Սույն որոշման 1-ին և 2-րդ կետերը (բացառությամբ որոշման 1-ին կետի 6-րդ ենթակետի) ուժի մեջ են մտնում սույն որոշման պաշտոնական հրապարակմանը հաջորդող 2-րդ ամսվա 1-ից, որոշման 1-ին կետի 6-րդ ենթակետն ուժի մեջ է մտնում 2018 թվականի հունվարի 1-ից, իսկ 3-րդ և 4-րդ կետերը՝ սույն որոշման պաշտոնական հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՎԱՐՉԱՊԵՏ

2017 թ. օգոստոսի 7
Երևան



Կ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

«ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ

27 մարտի 2014 թվականի N 375-Ն

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇՐՋԱՆԱԿ-
ՆԵՐՈՒՄ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅ-
ՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՈՒ
ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ
ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ, ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒ-
ԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԱՏՈՒՑՈՂ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԿՆՔՎՈՂ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ
ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԸ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՄԱՆԵԼԻՈՒ-
ԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՈՒ ՎԱՐՄԱՆ
ԿԱՐԳԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Հանրային ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության
օրենքի 26-րդ հոդվածի 3-րդ մասը՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը
ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ է.

1. Հաստատել՝

1) սոցիալական փաթեթի շահառուների ստորջապահական փաթեթի շրջանակներում
պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական
օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգը՝ համաձայն N 1
հավելվածի.

2) սոցիալական փաթեթի 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 ծառայությունների մատուցող ընկերությունների միջև կնքվող պայմանագրի օրինակելի ձևը՝ համաձայն N 3 հավելվածի.

4) առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման կարգը՝ համաձայն N 4 հավելվածի:

2. Սահմանել, որ սոցիալական փաթեթի 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:

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, համաձայնեցնելով Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարի հետ, հաստատել սոցիալական փաթեթի 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.

2) սույն որոշման N 1 հավելվածի 7-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների համաձայնեցումն ստանալուց հետո 15-օրյա ժամկետում սույն որոշմամբ սահմանված կարգով կազմակերպել առողջության ապահովագրության ծառա-

յություններ մատուցող ընկերությունների հետ առողջության ապահովագրության պայմանագրերի կնքման գործընթացը:

4. Հանձնարարել պետական կառավարման 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 4-րդ կետով նախատեսված դիմումը Հայաստանի Հանրապետության կառավարության աշխատակազմ ներկայացնելը.

2) սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելուց հետո 30-օրյա ժամկետում տվյալ մարմնում աշխատող անձանց՝ սույն որոշման N 4 հավելվածի 8-րդ կետով նախատեսված տվյալների մուտքագրումն էլեկտրոնային շտեմարան.

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

Կ Ա Ր Գ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ
ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ
ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԵՎ 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 առողջապահական փաթեթի շրջանակներում 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 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) (այսուհետ՝ շահառուներ):

3. 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՝ պայմանագիր) միջոցով:

4. Առողջապահական կազմակերպությունների կողմից շահառուներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման հատուցումն իրականացվում է ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

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

5. 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 սույն ծրագրի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից քննված պահանջներով կայացված որոշումները վիճարկելու իրավունքից հրաժարվելու վերաբերյալ համաձայնագիր: Ընդ որում, 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:

6. Սույն որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարը, ծառայությունների գները և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարը հաստատելուց հետո 2-օրյա ժամկետում նախարարությունը պատվիրված նամակով տեղեկացնում է սույն կարգի 5-րդ կետի պայմանները բավարարող ապահովագրական ընկերություններին տվյալ տարվա պայմանագրային գործընթացն սկսելու մասին: Ընդ որում, նամակին կից ապահովագրական ընկերություններին տրամադրվում է նաև սույն որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարը, ծառայությունների գները և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարը:

7. Սույն կարգի 6-րդ կետով նախատեսված գրության ստացման օրվանից հետո 3-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունը պայմանագրային գործընթացին մասնակցության մասին գրավոր տալիս է իր համաձայնությունը կամ հրաժարվում դրանից: Ընդ որում, սահմանված ժամկետներում ապահովագրական ընկերության գրավոր պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում:

8. Սույն կարգի 7-րդ կետում նշված պայմաններով պայմանագրային գործընթացից հրաժարված ապահովագրական ընկերությունը տվյալ տարվա ընթացքում չի կարող վերականգնել ծրագրին մասնակցելու իր իրավունքը:

9. Նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև տվյալ տարվա պայմանագրերը կնքվում են նախորդ տարվա դեկտեմբերի 1-ի դրությամբ սույն որոշման N 4 հավելվածով սահմանված էլեկտրոնային շտեմարանում գրանցված շահառուների թվի շրջանակներում:

10. 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 հինք 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:

11. 2019 թվականի և հաջորդող յուրաքանչյուր տարվա համար՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների միջև շահառուների թվի բաշխումն իրականացնելիս կատարվում է ճշգրտում՝ համաձայն հետևյալ բանաձևի՝

$$\text{ՇՃԹ} = \text{ՇԹ} \pm \text{ՖՀԲ} \pm \text{ՀՑ}$$

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 կայացրված 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:

12. Սույն կարգի 11-րդ կետում նշված ՖՀԲ և ՀՑ ցուցանիշների հաշվարկն իրականացվում է հետևյալ քայլերի հաջորդականությամբ՝

1) քաղ 1

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

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

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-ն 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) քաղ 2

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

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

որտեղ՝

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

3) քալ 3

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

$$ԱԲ = ԲԱ / ((ԱՇԸԹ_{սկիզբ} + ԱՇԸԹ_{վերջ}) / 2)$$

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) քալ 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՝

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

որտեղ՝

$\sum \text{ՇԹ}_k$ -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,

ԱՇԸԹ_{սկիզբ}-ն և ԱՇԸԹ_{վերջ}-ն՝ կիրառվում են քայլ 3-ում նշվածի սահմանմամբ.

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՝

$$\begin{aligned} \text{ՀՑ} &= \text{քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,7 * \text{ՇԹ} / \sum \text{ՇԹ}_R \\ &+ \text{քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,3 * \text{ՇՏ} \end{aligned}$$

որտեղ՝

$\sum \text{ՇԹ}_R$ -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՝

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

13. Սույն կարգի 10-12-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 կարգով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը: Ընդ որում, ապահովագրական ընկերությունների շահառուների սույն կետով սահմանված կարգով բաշխված ցանկում փոփոխություններ հնարավոր է իրականացնել մինչև տվյալ տարվա հունվարի 20-ը՝ չխախտելով սույն կարգով սահմանված բաշխման սկզբունքները:

14. Յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը սահմանվում է սույն կարգի 10-12-րդ կետերով սահմանված կարգով ընտրված շահառուների համար՝ յուրաքանչյուր շահառուի ֆինասավորման չափը հաշվարկվում է տարվա ընթացքում շահառու հանդիսանալու օրերի քանակի և սույն որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի արտադրյալով:

15. Շահառուների ցանկում փոփոխություններ իրականացվում են յուրաքանչյուր տարվա հունիսի 1-ի դրությամբ սույն որոշման N 4 հավելվածով սահմանված էլեկտրոնային շտեմարանում գրանցված շահառուների ցանկից ելնելով՝

1) շահառուի սոցիալական փաթեթից օգտվելու իրավունքի դադարեցման և նոր շահառուների ընդգրկման դեպքում պայմանագրում կատարվում են փոփոխություններ՝ լրացուցիչ ցանկի հաստատման միջոցով: Ընդ որում, շահառուի սոցիալական փաթեթից օգտվելու իրավունքի դադարեցման դեպքում տվյալ շահառուին սպասարկող ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում կատարվում է նվազեցում, նոր շահառուների բաշխումն ըստ ապահովագրական ընկերությունների իրականացվում է պայմանագրերի կնքման պահի դրությամբ հաստատված շահառուների թվերի համամասնությամբ.

2) յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը վերահաշվարկվում է սույն կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով փոփոխված շահառուների թվից ելնելով՝ սույն կարգի 14-րդ կետով սահմանված կարգով:

16. Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ընթացքում առողջապահական փաթեթով նախատեսված ծառայությունների ստացման համար առնվազն մեկ անգամ դիմած շահառուն, ելնելով մատուցված ծառայությունների սպասարկման որակից և այլ չափորոշիչներից, իրավունք ունի գրավոր դիմելու Հայաստանի Հանրապետության առողջա-

պահության նախարարություն՝ պահանջելով ընթացիկ տարվան հաջորդող տարվա ընթացքում բացառել ծրագրի շրջանակներում նույն ապահովագրական ընկերության ապահովագրված անձ հանդիսանալու հնարավորությունը:

17. 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 10-12-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված շահառուների թվի և նախորդ տարվա շահառուների թվի բացասական տարբերության դեպքում ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում կատարվում է նվազեցվում այդ տարբերության չափով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը՝ մինչև սույն ժամանակ բացառելով սույն կարգի 16-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը.

2) ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում տվյալ տարվա համար սույն կարգի 10-12-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 16-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը:

18. Ապահովագրական ընկերությունները շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց հատուցումն իրականացնում են առողջապահական կազմակերպու-

թյունների հետ կնքված պայմանագրերի (այսուհետ՝ համագործակցության պայմանագիր) շրջանակներում: Համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևը ծրագրին մասնակից բոլոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից համատեղ ներկայացվում է նախարարություն և համաձայնեցվում է նախարարի հետ: Ընդ որում, համագործակցության պայմանագրի համաձայնեցման գործընթացը պետք է իրականացվի մինչև նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև պայմանագրերի կնքումը:

19. Ապահովագրական ընկերությունն ապահովվում է շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը Հայաստանի Հանրապետության և Արցախի Հանրապետության տարածքում գործող և սույն որոշման N 2 հավելվածով սահմանված փաթեթում ընդգրկված ծառայություններ իրականացնող և նախարարության կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված առողջապահական կազմակերպություններում:

20. Նախարարության հետ պայմանագրի կնքումից հետո 5-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունը ծանուցում է սույն կարգի 19-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված առողջապահական կազմակերպություններին՝ համագործակցության պայմանագրերի կնքման գործընթացի կազմակերպման մասին:

21. Առողջապահական կազմակերպությունն ապահովագրական ընկերության ծանուցումն ստանալուց հետո 5-օրյա ժամկետում պայմանագրային գործընթացին մասնակցության մասին գրավոր տալիս է իր համաձայնությունը կամ հրաժարվում դրանից: Սահմանված ժամկետներում առողջապահական կազմակերպության պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում: Ընդ որում, առողջապահական կազմակերպության կողմից որևէ ապահովագրական ընկերության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում սույն կարգի 19-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում նախարարության կողմից կատարվում է փոփոխություն և տվյալ

առողջապահական կազմակերպությունը գրկվում է ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունքից:

III. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ

22. 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՝ տվյալ շահառուին սպասարկող առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժշկական կազմակերպության կամ դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ մատուցող առողջապահական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացության հիման վրա:

23. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու համար շահառուները պետք է առողջապահական կազմակերպություն ներկայացնեն անձը հաստատող փաստաթուղթ (2018 թվականի հունվարի 1-ից միայն նույնականացման քարտ), որի հիման վրա էլեկտրոնային առողջապահական 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:

24. Շտապ և անհետաձգելի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն պահանջող դեպքերում շահառուները կարող են ծրագրի շրջանակներում ստանալ բժշկական օգնություն ու սպասարկում՝ մինչև պացիենտի դուրսգրումը անձը հաստատող փաստաթուղթը

(2018 թվականի հունվարի 1-ից միայն նույնականացման քարտը) առողջապահական կազմակերպություն ներկայացնելու պայմանով:

IV. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄԸ

25. Ապահովագրական ընկերությունների կողմից մատուցվող ապահովագրական ծառայությունների ամսական վճարումն իրականացվում է նախարարության կողմից՝ Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարություն ներկայացված հայտերի համաձայն՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի կատարման եռամսյակային համամասնության շրջանակներում և պայմանագրով նախատեսված վճարման ժամանակացույցի համաձայն:

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

27. Առողջապահական կազմակերպությունների կողմից փաստացի կատարված աշխատանքների համար հիմք է հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի հունվարի 26-ի N 95-Ն որոշմամբ սահմանված էլեկտրոնային առողջապահական համակարգը՝ մինչև նույն ժամանակ պահպանելով ապահովագրական ընկերության իրավունքը՝ առողջապահական կազմակերպությունից պահանջելու տրամադրել էլեկտրոնային առողջապահական համակարգում չտեղադրված և կատարված աշխատանքների փաստը հաստատող անհրաժեշտ փաստաթղթերը՝ համաձայն ապահովագրական ընկերության և առողջապահական կազմակերպության միջև կնքված համագործակցության պայմանագրի:

28. Նախարարությունն էլեկտրոնային առողջապահական համակարգով կարող է ուսումնասիրել ծրագրի շրջանակներում սոցիալական փաթեթի 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, մշտադիտարկումներ և ստուգումներ:

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ՝ 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 սոցիալական փաթեթի 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, հողախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը.

2) հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետևյալ հետազոտությունները՝

- ա. էլետրոնային տեղափոխության հետազոտությամբ,
- բ. էլետրոնային տեղափոխության հետազոտությամբ,
- գ. ռենտգենոգրաֆիա ներերակային հեղուկ կոնտրաստավորմամբ,
- դ. կոլոնոսկոպիա,
- ե. մամոգրաֆիա,
- զ. էլետրոնային տեղափոխության չափավորված ծանրաբեռնվածությամբ (տրեդմիլ-տեստ, վելոէրգոմետրիա),
- 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 «բ»-«ժբ» պարբերություններում ներառված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններն իրականացվում են համավճարային սկզբունքով: Ընդ որում, համավճարների չափաքանակները կամ գները հաստատվում են սույն որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով:

4. Սույն հավելվածի 11-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, 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 պատուվաճքների և (կամ) շերտազատումների վիրահատություններ,

է. կարդիոլերտեր-դեֆիբրիլատորի իմպլանտացիա,

ը. սրտամկանի էլեկտրոֆիզիոլոգիական հետազոտություններ, սրտի կաթետերային արլացիա,

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 շուղերի արժեքները,

ժգ. շագանակագեղձի միջմիզուկային մասնահատում (ՏՈԻՌ, TYP) բիպոլյար կամ լազերային եղանակով,

ժդ. քարափշրում (լիթոտրիպսիա)՝ հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոռենոսկոպիկ,

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 խորհրդատվություններ.

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: Ընդ որում, սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետի «ա»-«ը» («ը» պարբերությունը ներառյալ) պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունների արժեքները ներառվում են հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գնի մեջ, իսկ «թ»-«ժբ» («ժբ» պարբերությունը ներառյալ) պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունները հատուցվում են լրացուցիչ սույն 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 հատուցվում են նաև սույն հավելվածի 11-րդ կետի 8-18-րդ ենթակետերում նշված հիվանդությունների և իրավիճակների դեպքում:

IV. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՓԱԹԵԹԸ

8. Կանխարգելիչ բժշկական քննությունն իրականացվում է օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը) միայն մեկ անգամ: Ընդ որում, եթե

շահառուն կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցել է տարվա երկրորդ կեսին, ապա հաջորդը կարող է անցնել ոչ շուտ, քան վեց ամիս անց:

9. Շահառուի կանխարգելիչ բժշկական քննությունն ընդգրկում է՝

1) ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն՝ զարկերակային ճնշման պարտադիր չափումով և մարմնի զանգվածի որոշմամբ.

2) տղամարդկանց համար ուռուլոզի (բացակայության դեպքում վիրաբույժի) խորհրդատվություն.

3) կանանց համար գինեկոլոզի 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 կողմից կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցած լինելու հանգամանքը հավաստվում է էլեկտրոնային առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի միջոցով կամ 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման համաձայն տրամադրված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցնելու վերաբերյալ տեղեկանքով:

V. ԾՐԱԳՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

11. Ծրագրի շրջանակներում հատուցման 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 դեղեր, բժշկական պարագաներ), 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) նախագորակոչային կամ գորակոչային 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) ավերգոդիագնոստիկական, սկարիֆիկացիոն փորձերը.

8) վերջույթների և (կամ) դրանց առանձին սեգմենտների պրոթեզավորումը, ինչպես նաև պրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, ինյուլանտները, 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 ակոհուլի, թմրանյութերի, թմրամիջոցների, թունա-

վոր 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 (նևրոզ, փսիխոպաթիա, փսիխոզ և այլն), հոգեկան հիվանդություններ, դրանց հետևանքներ, հոգեթերապևտի ծառայություններ, հիպնոս.

12) մանկաբարձական բուժօգնություն (ծննդօգնություն, հղիության ախտաբանություն, հղիների նախաձննդյան և հետձննդյան հսկողություն).

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

14) առավելապես 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 սեանս.

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.

18) ցանկացած ոչ վիրահատական բուժում պահանջող քրոնիկ հիվանդությունները և (կամ) դրանց ենթասուր շրջանի բուժումը, ինչպես նաև մշտական, պահպանողական բուժումը և (կամ) դինամիկ հսկողությունը (բացառությամբ կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների), այդ թվում՝

ա. բնածին անոմալիաներ, գարգացման 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 միջոդային սկավատակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ (պրոթրուզիաներ, ճողվածքներ և այլն), օստեոխոնդրոզ, կեցվածքի խախտման շեղումներ, սկոլիոզ, կիֆոզ,

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

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

12. Շահառուներին սույն հավելվածի 2-րդ, 5-րդ և 9-րդ կետերով նախատեսված ծառայությունների հատուցումն առաջնահերթ իրականացվում է ծրագրի շրջանակներում: Այն 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 11-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:

Օրինակելի ձև

**ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ**

ՀՀ 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 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 առողջության ապահովագրության նպատակով կնքեցին սույն ապահովագրության պայմանագիրը (այսուհետ՝ պայմանագիր)՝ հետևյալի մասին.

1. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ՀԱՄԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

- 1.1. Սույն պայմանագրում կիրառվող հասկացություններն ունեն օրենսդրական և ենթօրենսդրական իրավական ակտերով 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 հավելվածում նշված անձինք:
- 1.3. *Ապահովագրական պարահար*՝ 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 չհարուցվող 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 հասրուցում*⁴ ապահովագրական պատահար տեղի ունենալու արդյունքում ապահովագրված անձին պայմանագրով նախատեսված և փաստացի մատուցված բժշկական ծառայությունների, դեղերի, բժշկական պարագաների արժեքի վճարում անմիաջապես դրանք մատուցած բժշկական հաստատությանը:
- 1.8. *Ապահովագրության տարածք*⁵ 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*⁶ արտաքին, կարճաժամկետ (մինչև մի քանի ժամ), անկանխատեսելի, արտաքին գործոնների (ֆիզիկական, քիմիական, մեխանիկական) ազդեցությանը և անկանխատեսելի պայմանների և հանգամանքների զուգադիպման 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 օրենսդրությանը 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 սահման-

- ված բժշկական օգնության և սպասարկման 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. 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 հեռախոսագանգով (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 ապահովագրված անձն սպացուցում 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 վերանալուց 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:
- 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, ահաբեկչական գործողություններ, իշխանության զավթում կամ նմանօրինակ այլ իրավիճակներ, ինչպես նաև զինվորական ծառայության մեջ գտնվող ապահովագրված անձի՝ ծառայությունից բխող պարտականությունների կատարումը կամ ապահովագրված անձի մասնակցությունը զորավարություններին, 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, ԶՀԱՏՈՒՑՎՈՂ 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 համընդհանուր 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 տվյալ 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 են 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. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԸ, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ 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 (ՀՀ ֆինանսների նախարարի 2015 թվականի ապրիլի 1-ի N 179-Ն հրամանով հաստատված ձևով) հիման վրա, որն ապահովադրի կողմից ենթակա է հաստատման՝ դրա ստացումից ոչ ուշ, քան 10 օրվա ընթացքում:
- 6.5. Վճարման ենթակա ապահովագրավճարի հերթական մասը պայմանագրի վճարման ժամանակացույցով ապահովագրավճարի տվյալ մասի համար սահմանված վճարման ժամկետից 20 օր հետո ամբողջությամբ վճարված չլինելու դեպքում ապահովագրողն իրավունք ունի առանց ապահովագրավճարի (դրա հերթական մասի) վճարման համար լրացուցիչ ժամկետ սահմանելու միակողմանի վաղաժամակետ դադարեցնել պայմանագիրը՝ դադարեցման օրվանից 5 օր առաջ դրա մասին ծանուցելով ապահովադրին:

7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻ, 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 10-12-րդ կետերով սահմանված Ա, Հ, Կ, ԱԲ, ԲԱ, ԱՀՄ, ՀԱ, ԱՇԸԹ_{սկիզբ}, ԱՇԸԹ_{վերջ} ցուցանիշները (ընդ որում՝ Ա, Հ ցուցանիշների դեպքում մասնաբաժինների փոխարեն ներկայացվում են ապահովագրողի կողմից հաշվեգրված համախառն ապահովագրավճարների և հատուցումների համապատասխան ցուցանիշները, իսկ Կ ցուցանիշի դեպքում՝ մասնաբաժնի 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 առողջապահական համակարգը (e-health) սույն պայմանագրի կատարման համար անհրաժեշտ որոշակի իրավասություններով 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, ինչպես նաև իր պաշտոնական ինտերնետային կայքի համապատասխան բաժնում հրապարակել տեղեկատվություն ապահովագրության փաթեթի, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող համապատասխան բժշկական հաստատությունների և ապահովագրված անձի կողմից ծառայությունների լիարժեք օգտվելու համար անհրաժեշտ այլ տեղեկատվություն,
դ. 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. ապահովագրողի կողմից տրամադրված ապահովագրության քարտը կամ ապահովագրողի կողմից տրամադրված այլ փաստաթուղթ կորցնելու դեպքում ստանալու կրկնօրինակը,

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

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

7.4. Ապահովագրված անձը պարտավոր է՝

ա. պայմանագրով սահմանված ժամկետներում և կարգով տեղեկացնել ապահովագրողին ախտորոշում կամ բուժում պահանջող իր առողջության վիճակի մասին,

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

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

դ. 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. ապահովագրված անձի նույնականացման նպատակով տրամադրելու անվանական համարակալված ապահովագրական քարտեր՝ ապահովագրողի համապատասխան ծառայության թեժ գծի հեռախոսահամարներով,

դ. 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. էլեկտրոնային առողջապահական համակարգում իրեն տրամադրված հասանելիության և իրավասությունների շրջանակներում իրականացնել պայմանագրի կատարմանն ուղղված անհրաժեշտ գործողություններ,

դ. պայմանագրի գործողության ընթացքում անվանական ապահովագրական քարտի կորստի դեպքում անվճար վերատրամադրել՝ ապահովագրված անձին՝ վերջինիս կողմից գրավոր ծանուցման ստացումից հետո՝ 15 օրացուցային օրվա ընթացքում,

ե. ապահովագրված անձանց՝ պայմանագրում նշված էլեկտրոնային փոստի հասցեներին ծանուցում ուղարկելու եղանակով ապահովագրված անձանց իրազեկել պայմանագրով ապահովագրված լինելու, պայմանագրով տրամադրվող ծառայությունների ծավալի, դրանցից օգտվելու կարգի, իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ՝ պայմանագրով վերջիններիս ապահովագրված անձ հանդիսանալու օրվանից 15 օրացուցային օրվա ընթացքում,

զ. բժշկական հաստատությունների հետ բժշկական ծառայությունների մատուցման պայմանագրերը կնքել ապահովադրի հետ համաձայնեցված համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևին համապատասխան: Ընդ որում, համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևի պայմաններին չհամապատասխանող պայմանագրի կնքումը կամ ապահովադրի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված բժշկական հաստատատության հետ կնքված համագործակցության պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցումը դիտվում է 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. կատարել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ և պայմանագրով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

8. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՎ ՆԱԽԱՏԵՍՎԱԾ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ

- 8.1. Պայմանագրով նախատեսված ծառայություններից օգտվելու համար ապահովագրված անձը պետք է դիմի բացառապես Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի ----- հրամանով սահմանված ցանկում (այսուհետ՝ համագործակցող բժշկական հաստատությունների ցանկ) ընդգրկված բժշկական հաստատություններ՝ ներկայացնելով անձը հաստատող փաստաթուղթը (2018 թվականի հունվարի 1-ից նույնականացման քարտը):
- 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, բժշկական հաստատությունը, ուր պատրաստվում է դիմել, անձը նույնականացնող տվյալներ, 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 և (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 և (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 գլխավոր մասնագետներին) 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 ապակողմնորոշիչ 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 դեպքում իրականացվում է պայմանագրով վճարման ենթակա ապահովագրավճարի վերահաշվարկ՝ վճարման ենթակա ապահովագրավճարը նվազեցնելով 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:
- 10.3. Ապահովագրված անձանց ցուցակում նոր ապահովագրված անձինք ավելացնելու դեպքում իրականացվում է պայմանագրով վճարման ենթակա ապահովագրավճարի վերահաշվարկ՝ վճարման ենթակա ապահովագրավճարն ավելացնելով ապահովագրված անձանց ցուցակում ավելացված անձանց համար հաշվարկված ապահովագրավճարի չափով, որը յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար հաշվարկվում է 1 օրվա համար սահմանված ապահովագրավճարի մեծություն և

տվյալ ապահովագրված անձի համար սահմանված պայմանագրի գործողության օրերի քանակի արտադրյալով:

- 10.4. Ապահովագրված անձանց ցուցակում ապահովագրված անձանց հանելու և (կամ) նոր ապահովագրված անձանց ավելացման դեպքում կողմերն իրականացնում են փոխադարձ պարտավորությունների հաշվարկ և համապատասխան փոփոխությունները, այդ թվում՝ ապահովագրավճարի հերթական մասնաբաժինների փոփոխված մեծությունները, ամրագրում նույն համաձայնագրով:

11. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ, ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

- 11.1. Պայմանագրի գործողության ժամկետը սկսվում է __/__/____թ. ժամը՝ 00:01-ին և ավարտվում է __/__/____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 պայմանագրի 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 համաձայնագիրն 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 կետով 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 կետերով 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 կետով 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 կետով նախատեսված դեպքի՝ պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցման մնացած բոլոր դեպքերում ապահովադիրը պարտավոր է վճարել պայմանագրի փաստացի գործած օրերի համար հաշվարկված ապահովագրավճարը (այսուհետ նաև՝ 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 հաշարկվում է հետևյալ կերպ՝ տվյալ անձի գծով պայմանագրի փաստացի գործած օրեր \times 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 կետով նախատեսված հիմքով (ապահովագրողի կողմից պայմանագրի 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՝ համաձայնագիր կնքելու միջոցով, որը կհանդիսանա պայմանագրի անբաժանելի մասը:
- 12.2. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովադիրը պարտավոր է ապահովագրողին 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում գրավոր հայտնել պայմանագիրը 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 հանգամանքերի 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 ապահովադիրին 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 ապահովադիրին 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 առավագն 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 ապահովադիրն կամ ապահովագրված անձին ուղարկվող ծանուցումները:

14. ԱՆՀԱՂԹԱՀԱՐԵԼԻ ՈՒԺԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՖՈՐՍ-ՄԱԺՈՐ)

- 14.1. Մույն պայմանագրով և մույն պայմանագրի հիման վրա կնքված համաձայնագրերով պարտավորություններն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն չկատարելու համար կողմերն ազատվում են պատասխանատվությունից, եթե դա եղել է անհաղթահարելի

ուժի ազդեցության հետևանքով, որը ծագել է սույն պայմանագիրը կնքելուց հետո, և որը կողմերը չէին կարող կանխատեսել կամ կանխարգելել: Այդպիսի իրավիճակներ են երկրաշարժը, ջրհեղեղը, հրդեհը, պատերազմը, ռազմական և արտակարգ դրություն հայտարարելը, քաղաքական հուզումները, գործադուլները, հաղորդակցության միջոցների աշխատանքի դադարեցումը, պետական մարմինների ակտերը և այլն, 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 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 իրավունքը:

ԿՈՂՄԵՐԻ ՎԱՎԵՐԱՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂ

ԱՊԱՀՈՎԱԴԻՐ

գտնվելու վայրը _____

էլ. փոստ _____

հեռախոսահամարը _____

հհ _____

հվհհ-ն՝ _____

գտնվելու վայրը _____

էլ. փոստ _____

հեռախոսահամարը _____

հհ _____

հվհհ-ն՝ _____

1. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐՈՎ ՆԱԽԱՏԵՍՎԱԾ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

- 1.1. Պայմանագրի գործողության ընթացքում տեղի ունեցած դժբախտ պատահարների հետևանքով առաջացած վնասվածքների (կտրվածքներ, հոդախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) արտահիվանդանոցային ձևով իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը,
- 1.2. Արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող՝ հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները՝ համաձայն ստորև 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 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 և (կամ) թերապևտիկ բուժում (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 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: Սույն հավելվածի 1.2.9-1.2.19-րդ ենթակետերում թվարկված հետազոտություններ 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 միկրոկլաթետրի, միկրոպարոյրի 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 պրոթեզա-

վորում, սրտի ռիթմը վարող սարքերի իմպլանտացիա,

- զ. աորտայի անևրիզմանների պատովածքների և (կամ) շերտազատումների վիրահատություններ,
- է. կարդիովերտեր-դեֆիբրիլատորի իմպլանտացիա,
- ը. սրտամկանի էլեկտրաֆիզիոլոգիական հետազոտություններ, սրտի կաթետերային արլացիա,
- 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 (ՏՈԻՌ, TYP)՝ բիպոլյար կամ լազերային եղանակով,
- ժդ. քարափշրում (լիթոտրիպսիա)՝ հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոռենոսկոպիկ,
- 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՝ հետևյալ ծավալով՝

- ա. ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն՝ զարկերակային ճնշման պարտադիր չափումով և մարմնի զանգվածի որոշմամբ,
- բ. ուռուցի (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 առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի միջոցով կամ 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. նախազորակոչային կամ գորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային փորձաքննություն.
- 3.2.5. ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ և (կամ) բուժում, առողջարանային կամ վերակազմողական 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. ավերգողիագնոստիկա, սկարիֆիկացիոն փորձեր.
- 3.2.8. վերջույթների և (կամ) դրանց առանձին սեգմենտների 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 ակոհոլի, 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 (սևրոզ, 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, տուբերկուլոզ, թմրաբանական հիվանդություններ կամ ակոհոլիզմ, թմրամոլություն, տոքսիկոմանիա.
- 3.2.14. առավելապես սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-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 արտատրիկամային մաքրում պահանջող հիվանդություններ՝ ներառյալ քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (պլազմոֆերեզ, հեմոսորբցիա և այլն)՝ բացառությամբ սուր երիկամային անբավարարության դեպքերի, որոնց ժամանակ հատուցվում է արյան արտատրիկամային մաքրման ոչ ավելի, քան 4 սեանս.

- 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, ինչպես նաև ցանկացած այլ ոչ վիրահատական բուժում պահանջող քրոնիկ հիվանդությունները հատուցվում են բացառապես կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների և (կամ) բարդությունների ժամանակ, ընդ որում, հատուցման 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 միջոդային սկավառակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ (պրոթրուզիաներ, ճողվածքներ և այլն), օստեոխոնդրոզ, կեցվածքի խախտման շեղումներ, սկոլիոզ, կիֆոզ.
- 3.3.4. աուտոիմուն հիվանդություններ, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, պսորիազ, էկզեմա.
- 3.3.5. լյարդային անբավարարություն, քրոնիկական վիրուսակրություն (այդ թվում՝ նաև վիրուսային հեպատիտները), քրոնիկական բացիլակրություն, քրոնիկական պարազիտակրություն:

ՎՃԱՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՑՈՒՅՑԸ

(դրամ)

Բաժինը, խումբը, դասը, ծրագիրը	Ծրագրի անվանումը	Վճարման ենթակա ապահովագրավճարի մասնաբաժինները և դրանց համապատասխան վերջնաժամկետները											
		մինչև փետրվարի___	մինչև մարտի___	մինչև ապրիլի___	մինչև մայիսի___	մինչև հունիսի___	մինչև հուլիսի___	մինչև օգոստոսի___	մինչև սեպտեմբերի___	մինչև հոկտեմբերի___	մինչև նոյեմբերի___	մինչև դեկտեմբերի___	Ընդամենը , տարի
07.03.01.04	Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ												

Ապահովադիր

(ստորագրությունը)

Ապահովագրող

(ստորագրությունը)

Կ Ա Ր Գ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՄԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ
ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ

1. Սույն կարգով կարգավորվում են «Հանրային ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասով սահմանված մարմինների՝ բացառությամբ սույն հոդվածի 1-ին մասի 8-րդ և 14-րդ ենթակետերի (բացառությամբ 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 էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման հետ կապված հարաբերությունները:

2. Սույն կարգի 1-ին կետով նախատեսված էլեկտրոնային շտեմարանը ձևավորվում է պետական մարմինների և կազմակերպությունների կողմից իրենց աշխատողների վերաբերյալ սույն կարգի 8-րդ կետով սահմանված տվյալների՝ էլեկտրոնային շտեմարան մուտքագրման միջոցով:

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

4. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 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՝ էլեկտրոնային շտեմարանի վարման համար պատասխանատու անձի անունը, ազգանունը, հայրանունը, պաշտոնը (բացառությամբ սույն կարգի 9-րդ կետում նշված մարմինների), բջջային հեռախոսահամարը:

5. Էլեկտրոնային շտեմարանը վարում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության աշխատակազմը:

6. Էլեկտրոնային շտեմարան մուտքագրվող տվյալներն ինքնաշխատ եղանակով ճշտվում են բնակչության պետական ռեգիստրի տեղեկատվական համակարգի միջոցով:

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

8. Սույն կարգի 1-ին կետում նշված մարմինների և կազմակերպությունների կողմից էլեկտրոնային շտեմարանում 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, տարեթիվը և ծննդավայրը.

4) սեռը.

5) անուսնական վիճակը.

6) քաղաքացիությունը.

7) Հայաստանի Հանրապետությունում հաշվառման վայրի հասցեն կամ փաստացի բնակության վայրը.

8) Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիությունը կամ օտարերկրյա պետության քաղաքացիությունը և Հայաստանի Հանրապետությունում բնակության իրավունքը հավաստող փաստաթղթի տվյալները (տեսակը, համարը, տալու ամսաթիվը, վավերության ժամկետը և տրամադրող մարմինը).

9) գործատուի անվանումը կամ պետական գրանցման համարը.

10) հանրային ծառայության տեսակը.

11) ստորաբաժանման անվանումը.

12) զբաղեցրած պաշտոնի անվանումը.

13) պաշտոնի խումբը և ենթախումբը՝ նման դասակարգման առկայության դեպքում.

14) տվյալ պաշտոնում նշանակման օրը, ամիսը, տարեթիվը.

15) դասային աստիճանը՝ առկայության դեպքում.

16) աշխատանքից ազատվելու դեպքում՝ ազատվելու օրը, ամիսը, տարեթիվը.

17) սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսանալու կարգավիճակը.

18) սոցիալական փաթեթից օգտվելու իրավունքի ձեռքբերման օրը, ամիսը, տարեթիվը, ինչպես նաև սոցիալական փաթեթից օգտվելու իրավունքի դադարեցման օրը, ամիսը, տարեթիվը.

19) սոցիալական փաթեթի շահառուի բջջային հեռախոսահամարը և էլեկտրոնային փոստի հասցեն:

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

10. 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 Էլեկտրոնային շտեմարանում պետք է ունենան սոցիալական փաթեթի շահառուի կարգավիճակ:

11. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից Էլեկտրոնային շտեմարանի տվյալներից օգտվելու կարգը սահմանվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության աշխատակազմի ղեկավարի հրամանով:»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ

Վ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ

