

Հավելված  
ՀՀ կառավարության 2024 թվականի  
փետրվարի 1-ի N 174 - Ն որոշման

«ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՈՒ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ, ՆՐԱՆՑ՝ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 44-րդ հոդվածի 2-րդ մասը և «Պետական պաշտոններ և պետական ծառայության պաշտոններ զբաղեցնող անձանց վարձատրության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 26-րդ հոդվածը՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը **ո ր ո շ ու մ է.**

1. Հաստատել՝

1) սոցիալական փաթեթի շահառուների, ինչպես նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների (այսուհետ՝ շահառու)՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը՝ համաձայն N 1 հավելվածի.

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

2. Սահմանել, որ՝

1) շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն

ու սպասարկումը ֆինանսավորվում է յուրաքանչյուր տարի՝ ոչ ավելի, քան Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցները.

2) շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքը ծագում է շահառուի՝ առաջին անգամ աշխատանքի ընդունվելու օրվանից 6 ամիս հետո, շարունակում է գործել շահառուի կարգավիճակում հաստիքային աշխատող հանդիսանալու ամբողջ ընթացքում և ավարտվում է աշխատանքից ազատվելու օրվանից 6 ամիս հետո, ինչպես նաև մինչև երեք տարեկան երեխայի խնամքի համար տրամադրվող նպատակային արձակուրդում գտնվելու ժամանակահատվածում: Ընդ որում, եթե շահառուն կազմակերպությունից աշխատանքից ազատվելուց հետո մինչև մեկ ամսվա ընթացքում ընդունվում կամ տեղափոխվում է մեկ այլ շահառու կազմակերպությունում աշխատանքի կամ տվյալ կազմակերպությունում աշխատանքից ազատվելուց հետո մինչև մեկ ամսվա ընթացքում կրկին ընդունվում է աշխատանքի կամ տեղափոխվում այլ աշխատանքի՝ առնվազն կես դրույք (նորմալ կամ կրճատ տևողությամբ աշխատաժամանակի առնվազն 50 տոկոս) աշխատանքային ծանրաբեռնվածությամբ, ապա շահառուի՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքը շարունակում է գործել առանց ընդհատման.

3) Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների, ինչպես նաև ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պայմանագրերի օրինակելի ձևերը հաստատում է առողջապահության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմինը:

### 3. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին՝

1) յուրաքանչյուր տարվա «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի ընդունումից հետո մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 31-ը մշակել և հաստատել շահառուների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական

օգնության ու սպասարկման ծառայությունների գները, փոխհատուցման առանձնահատկությունները, ինչպես նաև յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսված ապահովագրական գումարի և ապահովագրավճարի մեծությունը, ընդ որում՝

ա. ապահովագրավճարի հաշվարկներում հիմք է ընդունվում փաստացի վնասաբերության (նախորդ տարում ծրագրի շրջանակներում ընդհանուր հատուցումների հարաբերությունն ընդհանուր ապահովագրավճարներին) 90 տոկոս ուղենշային մակարդակը (այսուհետ՝ ուղենշային վնասաբերություն), բայց ոչ ավելի, քան Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» ծրագրի (այսուհետ՝ ծրագիր) համար նախատեսված միջոցները,

բ. Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով ծրագրի համար նախատեսված ընդհանուր միջոցների շրջանակներում ծրագրի փաստացի վնասաբերության մակարդակը ծրագրի ուղենշային վնասաբերությունից ցածր լինելու դեպքում ծրագիրն իրականացնող ապահովագրական ընկերությունները կնքված պայմանագրերի շրջանակներում ֆինանսավորվում են տվյալ տարվա համար նախատեսված ամբողջ գումարի չափով, ընդ որում, յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար ուղենշային և փաստացի վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը համարվում է կանխավճար հաջորդ տարվա համար և պակասեցվում է ապահովագրական ընկերության հաջորդ տարվա հաշվարկված պայմանագրային գումարից: Ապահովագրական ընկերության հետ հաջորդ տարվա պայմանագրի չկնքման դեպքում ապահովագրական ընկերությունը սույն կետում նշված կանխավճարը տվյալ տարվա պայմանագրի ավարտից հետո մեկամսյա ժամկետում վերադարձնում է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի համապատասխան եկամուտների հաշվին,

գ. ծրագրի շրջանակներում փաստացի վնասաբերության ընդհանուր մակարդակը 95 տոկոսից ավելի լինելու դեպքում սույն կետի 1-ին ենթակետով սահմանված ապահովագրավճարի մեծության հաշվարկման ընթացքում ուղենշային

վնասաբերության հաշվարկման ցուցանիշներում ապահովագրական հատուցումների մեծության մեջ ներառվում է նաև փաստացի վնասաբերության և 95 տոկոս վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը: Ծրագրի շրջանակներում բոլոր ապահովագրական ընկերությունների հետ հաջորդ տարվա պայմանագրերի կնքման դեպքում ապահովագրական ընկերություններին հատուցվում է յուրաքանչյուրի մասով սույն պարբերությունում նշված վնասաբերության դրական տարբերության բացարձակ գումարը,

դ. տվյալ տարվա վնասաբերության ցուցանիշները հաշվարկվում են՝ հիմք ընդունելով նախորդող տարվա ընթացքում փաստացի փոխհատուցված ծավալները, այդ թվում՝ պայմանագրային գումարների հաշվարկման համար հիմք հանդիսացող տարվան նախորդող տարվա ընթացքում փաստացի մատուցված և պայմանագրային գումարների հաշվարկման համար հիմք հանդիսացող տարվա ընթացքում փոխհատուցված ծավալները.

2) յուրաքանչյուր տարի մինչև տվյալ տարվա հունվարի 31-ը սույն որոշմամբ սահմանված կարգով կազմակերպել առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների հետ առողջության ապահովագրության պայմանագրերի կնքման գործընթացը:

4. Հանձնարարել պետական կառավարման համակարգի մարմինների ղեկավարներին, ինչպես նաև առաջարկել Երևանի քաղաքապետին՝ իրենց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների և այլ կազմակերպությունների մասով հսկողություն սահմանել սույն որոշման N 1 հավելվածով նախատեսված էլեկտրոնային շտեմարանում տվյալ մարմնում աշխատող անձանց տվյալների մուտքագրման և շահառուների կարգավիճակների հաստատման գործընթացի նկատմամբ:

5. Սույն որոշման գործողությունը տարածվում է 2024 թվականի հունվարի 1-ից ծագած հարաբերությունների վրա:

Հավելված N 1  
ՀՀ կառավարության 2014 թվականի  
մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման

Կ Ա Ր Գ

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

1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

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

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

1) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 7-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 կետի 1-ին ենթակետով նախատեսված անձանց):

2) պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների հետևյալ աշխատողները՝

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

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

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

3. Շահառուների համատեղությամբ աշխատանքի դեպքում՝

1) եթե աշխատողի հիմնական կամ համատեղությամբ աշխատանքները կատարվում են այնպիսի գործատուների մոտ, որոնք սույն կարգի 2-րդ կետի 1-ին ենթակետում նշված շահառուների կազմակերպություններ են, ապա ծրագրի շրջանակներում անձն ընդգրկվում է որպես շահառու Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 30-րդ կետով սահմանված կարգով.

2) եթե աշխատողի հիմնական և համատեղությամբ աշխատանքները կատարվում են այնպիսի գործատուների մոտ, որոնք սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպություններ են, ապա համատեղությամբ աշխատանք կատարող անձը ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում է որպես շահառու իր հիմնական աշխատանքի վայրից: Ծրագրի շրջանակներում որպես շահառու ընդգրկվելու համար աշխատողի աշխատաժամանակի տևողությունը հիմնական և համատեղությամբ աշխատավայրերում միասին չպետք է պակաս լինի առնվազն կես դրույքից (նորմալ կամ կրճատ տևողությամբ աշխատաժամանակի առնվազն 50 տոկոսից).

3) եթե աշխատողի հիմնական աշխատանքը կատարվում է այնպիսի գործատուի մոտ, որը ներառված չէ սույն կարգի 2-րդ կետի 1-ին ենթակետում նշված կազմակերպությունների ցանկում, սակայն համատեղությամբ աշխատանքը կատարվում է սույն կարգի 2-րդ կետի 1-ին կամ 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպությունում, և աշխատաժամանակն այդ կազմակերպությունում կազմում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ կամ կրճատ տևողության առնվազն 50 տոկոսը, ապա այդ անձը ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում է որպես շահառու համատեղությամբ աշխատանքային պայմանագիր կնքած գործատուի միջոցով.

4) եթե սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված անձը համատեղությամբ աշխատում է նաև սույն կարգի 2-րդ կետի 1-ին ենթակետում նշված կազմակերպությունում և, որտեղ աշխատողի աշխատաժամանակի տևողությունը Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ կամ կրճատ տևողության առնվազն 50 տոկոս է, ապա այդ անձը

ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում է որպես շահառու համատեղությամբ աշխատանքային պայմանագիր կնքած գործատուի միջոցով: Այս դեպքում աշխատողը համատեղության աշխատավայրից իր դրույքի (աշխատաժամանակի տևողության) վերաբերյալ փաստաթուղթ (տեղեկանք) է ներկայացնում հիմնական աշխատավայրի գործատուին, որի հիման վրա հիմնական աշխատավայրի գործատուն էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում դադարեցնում է շահառուի կարգավիճակը:

4. Շահառուների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը կազմակերպվում և ֆինանսավորվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության (այսուհետ՝ նախարարություն) և առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների (այսուհետ՝ ապահովագրական ընկերություններ) միջև կնքված առողջության ապահովագրության պայմանագրերի (այսուհետ՝ ապահովագրության պայմանագիր) հիման վրա:

5. Ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունն ապահովում է շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը սույն որոշման N 2 հավելվածով սահմանված ծառայություն/ծառայություններ մատուցող և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի (այսուհետ՝ նախարար) կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված բժշկական կազմակերպություններում՝ առողջապահական կազմակերպությունների հետ կնքված համագործակցության պայմանագրերի (այսուհետ՝ համագործակցության պայմանագիր) շրջանակներում: Նախարարի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկվում են ապահովագրության պայմանագրերի կնքման նախորդ տարում ծրագրի շրջանակներում շահառուներին բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցած բոլոր բժշկական կազմակերպությունները, ինչպես նաև 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում տվյալ տարում ծրագրին մասնակցելու համար առաջին անգամ հայտ ներկայացրած բոլոր այն բժշկական կազմակերպությունները, որոնք ունեն սույն որոշման N 2 հավելվածով սահմանված ծառայության/ծառայությունների մատուցման լիցենզիա:



6. Բժշկական կազմակերպությունների կողմից շահառուներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման հատուցումն իրականացվում է ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

7. Ապահովագրական ընկերությունները, հիմք ընդունելով էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում մուտքագրված տեղեկատվությունը, շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց հատուցումն իրականացնում են անմիջապես բժշկական կազմակերպություններին՝ կնքված համագործակցության պայմանագրերի դրույթներին համապատասխան:

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

## 2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՇՏԵՄԱՐԱՆՆԵՐԻ ՁԵՎԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄԸ

9. «Հանրային ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված հանրային իշխանության մարմինների (բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության կենտրոնական բանկի և Երևանի քաղաքապետարանի) և նրանց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների, ինչպես նաև նրանց համակարգի մեջ մտնող 50 տոկոս և ավելի պետությանը սեփականության իրավունքով պատկանող բաժնետասնեցող փակ բաժնետիրական ընկերությունների աշխատողների (բացառությամբ զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց), Հայաստանի Հանրապետության

կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետով նախատեսված անձանց ու պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների (այսուհետ՝ մարմիններ (կազմակերպություններ) աշխատողների վերաբերյալ Հայաստանի Հանրապետության պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգից տվյալների ինքնաշխատ եղանակով էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ձևավորվում և վարվում է էլեկտրոնային շտեմարան:

10. Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ձևավորված շտեմարանում շահառուների կարգավիճակը հաստատվում է պետական մարմնի (կազմակերպության) իրավասու անձանց կողմից:

11. Այն դեպքում, երբ Հայաստանի Հանրապետության պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգից տվյալների ինքնաշխատ փոխանցումը հնարավոր չէ, ապա էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում տվյալները լրացվում են պետական մարմնի (կազմակերպության) իրավասու անձանց կողմից:

12. Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ներառված տվյալների ցանկացած փոփոխության դեպքում տվյալ պետական մարմնի (կազմակերպության) կողմից 1 աշխատանքային օրվա ընթացքում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում կատարվում է համապատասխան փոփոխություն:

13. Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում տվյալների՝ ժամանակին հաստատման, մուտքագրման, դրանց ճշգրիտ և ամբողջական լինելու պատասխանատուն տվյալ պետական մարմնի (կազմակերպության) ղեկավարն է:

14. Շահառու կազմակերպությունների ցանկում առաջին անգամ ներառվելու կամ ցանկից դուրս գալու կամ հարկ վճարողի հաշվառման համարի (ՀՎՀՀ) փոփոխության դեպքում պետական մարմնի (կազմակերպության) կողմից դրա մասին մեկամսյա ժամկետում տեղեկատվություն է ներկայացվում նախարարություն:

15. Սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում ընդգրկված կազմակերպությունների ցանկը վարում է նախարարությունը:

16. e-citizen.am հարթակի ինքնաշխատ հարցումների հիման վրա նախարարության կողմից տրամադրվում է անձի շահառու հանդիսանալու և կցագրված ապահովագրական ընկերությունների վերաբերյալ ժամանակագրական տեղեկատվություն:

17. Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի կողմից Հայաստանի Հանրապետության պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգին հարցում է իրականացվում՝ ըստ սույն կարգի 2-րդ կետում ընդգրկված կազմակերպությունների հարկ վճարողի հաշվառման համարի, որի արդյունքում վերջինս տրամադրում է այդ կազմակերպության աշխատողների մասին հետևյալ տվյալները՝

1) հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշ չունենալու մասին տեղեկանքի համարը.

2) տվյալ պաշտոնում նշանակման օրը, ամիսը, տարեթիվը.

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

4) հղիության և ծննդաբերության նպատակային արձակուրդ, մինչև երեք տարեկան երեխայի խնամքի համար տրամադրվող նպատակային արձակուրդ գնալու և արձակուրդից վերադառնալու օրը, ամիսը, տարեթիվը:

18. Սույն կարգի 17-րդ կետում նշված տվյալների հիման վրա էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ձևավորվում է շահառուների շտեմարան, և իրականացվում է շահառուների կցագրում ապահովագրական ընկերությանը:

19. Շահառուի պաշտոնից ազատվելուց վեցամսյա ժամկետը լրանալուց հետո նրան սպասարկող ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում ինքնաշխատ եղանակով կատարվում է նվազեցում, և նոր շահառուների բաշխումն ըստ ապահովագրական ընկերությունների իրականացվում է այնպես, որ պահպանվեն սույն որոշմամբ սահմանված կարգով շահառուների թվերի հաստատված համամասնությունները:

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

20. Ծրագրի շրջանակներում ապահովագրության պայմանագրեր կնքվում են Հայաստանի Հանրապետության տարածքում գործող այն ապահովագրական ընկերությունների հետ, որոնք ունեն առողջության ապահովագրության դասով ապահովագրական գործունեություն իրականացնելու լիցենզիա, իրականացրել են տվյալ դասով առնվազն 3 տարվա գործունեություն և «Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված կարգով կնքել են ծրագրի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից քննված պահանջներով կայացված որոշումները վիճարկելու իրավունքից հրաժարվելու վերաբերյալ համաձայնագիր: Նշված համաձայնագիրը պետք է կնքվի ոչ պակաս, քան յուրաքանչյուր շահառուի համար սահմանված ապահովագրական գումարի չափով և անընդմեջ գործի ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրի գործողության ամբողջ ընթացքում:

21. Յուրաքանչյուր տարվա «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքն ընդունելուց հետո 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում նախարարությունն էլեկտրոնային փոստով տեղեկացնում է սույն կարգի 20-րդ կետի պայմանները բավարարող բոլոր ապահովագրական ընկերություններին պայմանագրային գործընթացն սկսելու մասին:

22. Սույն կարգի 21-րդ կետով նախատեսված գրության ստացման օրվանից հետո 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում ապահովագրական ընկերությունը պայմանագրային գործընթացին մասնակցության մասին գրավոր տալիս է իր համաձայնությունը՝ գրությանը կից ներկայացնելով սույն կարգի 20-րդ կետով նախատեսված լիցենզիայի, հաշտարարի հետ համաձայնագրի և 3 տարվա գործունեությունը հավաստող փաստաթղթերի պատճենները կամ հրաժարվում մասնակցությունից:

23. Սահմանված ժամկետներում ապահովագրական ընկերության գրավոր պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում:

24. Մասնակցության հայտ ներկայացրած ապահովագրական ընկերությունը զրկվում է տվյալ պայմանագրային տարվա համար ծրագրին մասնակցելու իրավունքից, եթե՝

1) չի բավարարում սույն կարգի 20-րդ կետով սահմանված պահանջները.

2) սահմանված ժամկետում չի ներկայացրել սույն կարգի 20-րդ կետով սահմանված պահանջները բավարարող կնքված համաձայնագիրը.

3) հրաժարվել է մասնակցությունից.

4) չի կատարել ապահովագրության պայմանագրի կնքման համար սույն կարգով նախատեսված գործողությունները:

25. Սույն կարգի 22-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հայտերն ստանալուց հետո 2 աշխատանքային օրվա ընթացքում նախարարի կողմից հաստատվում է ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների ցանկը, որում ներառվում են որոշման պահանջները բավարարող և որոշմամբ սահմանված կարգով և ժամկետներում մասնակցության գրավոր համաձայնություն տված բոլոր ապահովագրական ընկերությունները:

26. Նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև տվյալ տարվա պայմանագրերը կնքվում են յուրաքանչյուր տարվա համար՝ մինչև տվյալ տարվա հունվարի 31-ը՝ հիմք ընդունելով էլեկտրոնային շտեմարաններում առկա շահառուների նախորդ տարվա դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ գրանցված թիվը և տվյալները: Պայմանագրերն ուժի մեջ են մտնում տվյալ տարվա հունվարի 1-ից և գործում են մեկ տարի ժամկետով: Ընդ որում, մինչև պայմանագրերի կնքումը, իրականացվում է նախորդ տարվա դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ էլեկտրոնային շտեմարանում առկա շահառուների բաշխում՝ սույն կարգի 25-րդ կետով սահմանված ցանկում ներառված ապահովագրական ընկերությունների միջև,

որի հիման վրա նրանց կողմից իրականացվում է շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը:

27. Ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների ցանկի հաստատումից հետո 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևը ծրագրին մասնակից բոլոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից համատեղ ներկայացվում է նախարարություն ու համաձայնեցվում և հաստատվում է նախարարի հետ: Համագործակցության պայմանագրի օրինակելի ձևը մերժվում է նախարարի կողմից, եթե այն հակասում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության և որոշման պահանջներին:

28. Համագործակցության պայմանագրի համաձայնեցման գործընթացը պետք է իրականացվի մինչև նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև պայմանագրերի կնքումը:

29. Ապահովագրական ընկերությունների կողմից համագործակցության պայմանագիրը համաձայնեցման չներկայացվելու կամ նախարարի կողմից փոփոխություններ չնախաձեռնվելու դեպքում շարունակում է գործել նախարարի կողմից հաստատված գործող համագործակցության պայմանագիրը:

30. Համագործակցության պայմանագրում նախարարի կողմից կարող են կատարվել փոփոխություններ և դրանց մասին 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում տեղեկացնել ապահովագրական ընկերություններին:

31. Ապահովագրական ընկերությունները պարտավոր են ցանկում ներառված բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագիր կնքել ոչ ուշ, քան տվյալ տարվա հունվարի 31-ը:

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

հերթական տարվա համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հաստատված գներին:

33. Սույն կարգի 5-րդ կետով սահմանված կարգով բժշկական կազմակերպությունների ցանկի հաստատումից և համագործակցության պայմանագրի ձևի համաձայնեցումից հետո 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում ապահովագրական ընկերությունը համագործակցության պայմանագիրը տրամադրում է սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված բոլոր բժշկական կազմակերպություններին համագործակցության պայմանագրերի կնքման գործընթացի կազմակերպման համար: Ընդ որում, տվյալ տարվա ընթացքում ցանկում փոփոխություն կատարվելու դեպքում ապահովագրական ընկերությունը պարտավոր է 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում իր կողմից վավերացված համագործակցության պայմանագիրը տրամադրել ցանկում ներառված բժշկական կազմակերպությանը:

34. Բժշկական կազմակերպությունն ապահովագրական ընկերության կողմից տրամադրված համագործակցության պայմանագիրն ստանալուց հետո 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում հաստատված պայմանագիրը տրամադրում է ապահովագրական ընկերությանը: Սահմանված ժամկետներում ցանկում ներառված բժշկական կազմակերպության պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում: Բժշկական կազմակերպության կողմից որևէ ապահովագրական ընկերության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում տվյալ ապահովագրական ընկերությունը 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում տեղեկատվություն է ներկայացնում նախարարություն և տեղեկատվությունն ստանալուց 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում նախարարության կողմից կատարվում է փոփոխություն, և տվյալ բժշկական կազմակերպությունը զրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունքից:

35. Ապահովագրական ընկերության կողմից սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված որևէ բժշկական կազմակերպության

հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու կամ սահմանված ժամկետում պայմանագիր չկնքելու դեպքում ապահովագրական ընկերությունը գրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում ծառայություններ մատուցելու իրավունքից: Տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուները վերաբաշխվում են ծրագիրն իրականացնող մյուս ապահովագրական ընկերությունների միջև սույն կարգի 41-րդ կետով սահմանված կարգով:

36. Սույն կարգի 22-րդ կետով նախատեսված ժամկետի ավարտից հետո 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում ապահովագրական ընկերությունները նախարարություն են ներկայացնում այն բժշկական կազմակերպությունների ցանկը, որոնց հետ կնքվել են համագործակցության պայմանագրեր:

37. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ծրագրին մասնակցող բժշկական կազմակերպությունների ցանկում նոր կազմակերպություն ընդգրկվելու դեպքում նախարարությունը փոփոխության վերաբերյալ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում ծանուցում է ապահովագրական ընկերություններին, իսկ վերջիններս սույն կարգի 32-րդ և 33-րդ կետերով սահմանված կարգով կնքում են համագործակցության պայմանագրերը:

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

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

1) որտեղ՝

ա. ՇԸԹ-ն ծրագրում ընդգրկված շահառուների ընդհանուր թիվն է,

բ. ՇԹ-ն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող ծրագրում ընդգրկված 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) Ա, Հ և Կ ցուցանիշների համար հիմք է հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության կենտրոնական բանկի կողմից տրվող տեղեկատվությունը:

39. 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 38-րդ կետի համաձայն,

գ. ՖՀԲ-ն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի ավելացման կամ նվազեցման չափն է՝ կախված ընդդեմ ապահովագրական ընկերության բողոքներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված որոշումների ցուցանիշից,

դ. ՀՑ-ն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի ավելացման կամ նվազեցման չափն է՝ կախված ապահովագրական հատուցումների ցուցանիշից:

40. Սույն կարգի 39-րդ կետում նշված ՖՀԲ և ՀՑ ցուցանիշների հաշվարկն իրականացվում է հետևյալ հաջորդականությամբ՝

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

$$\text{ՄԲ} = \text{Բ} / ((\text{ՇԸԹ-սկիզբ} + \text{ՇԸԹ-վերջ}) / 2), \text{ որտեղ՝}$$

ա. 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) ներկայացված 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,

բ. ՇԸԹ-սկիզբ-ը և ՇԸԹ-վերջ-ը ծրագրում ընդգրկված շահառուների ընդհանուր թիվն է, համապատասխանաբար, հաշվետու ժամանակաշրջանի սկզբի (տվյալ տարվա հունվարի 1-ի) և վերջին օրվա (տվյալ տարվա նոյեմբերի 30-ի) դրությամբ.

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

$$\text{ՄՀ} = \text{ԸՀ} / ((\text{ՇԸԹ-սկիզբ} + \text{ՇԸԹ-վերջ}) / 2), \text{ որտեղ՝}$$

ա. ԸՀ-ն ծրագրին մասնակցած ապահովագրական ընկերությունների կողմից ընթացիկ տարվա հունվարի 1-ից մինչև նոյեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրերի գծով հաշվեգրված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարն է.

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

$ԱԲ = ԲԱ / ((ԱՇԸԹ-սկիզբ + ԱՇԸԹ-վերջ) / 2)$ , որտեղ՝

ա. 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,

բ. ԱՇԸԹ-սկիզբ-ը և ԱՇԸԹ-վերջ-ը տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից ծրագրի շրջանակներում ընթացիկ տարվա համար կնքված ապահովագրության պայմանագրով ապահովագրած շահառուների ընդհանուր թիվն է, համապատասխանաբար, հաշվետու ժամանակաշրջանի տվյալ տարվա հունվարի 1-ի և նոյեմբերի 30-ի դրությամբ.

4) կախված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված ԱԲ ցուցանիշից՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունները բաժանվում են հետևյալ խմբերի՝

ա. ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱԲ ցուցանիշը գերազանցում է ՄԲ ցուցանիշը,

բ. ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱԲ ցուցանիշը փոքր է ՄԲ ցուցանիշից,

գ. 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 տոկոսը
0%-3%	0%
3%-10%	5%
10%-20%	10%
> 20%	15%

դ. 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՝

$$\text{ՖՀԲ} = 40\text{-րդ կետի } 4\text{-րդ ենթակետի համաձայն հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,7 * \text{ՇԹ} / \sum \text{ՇԹԲ} + 40\text{-րդ կետի } 4\text{-րդ ենթակետի համաձայն հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,3 * \text{ՇՏ},$$

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

ե. 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) հաշվարկվում է ծրագրին մասնակցած յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության ապահովագրական հատուցման միջին ցուցանիշը (ԱՀՄ)՝

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

ա. ՀԱ-ն ծրագրի շրջանակներում կնքված ապահովագրության պայմանագրի գծով ծրագրին մասնակցած տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից

հաշվետու ժամանակաշրջանի ընթացքում հաշվեգրված ապահովագրական հատուցումների հանրագումարն է,

բ. ԱՇԸԹ-սկիզբ-ը և ԱՇԸԹ-վերջ-ը կիրառվում են 40-րդ կետի 3-րդ ենթակետում նշվածի սահմանմամբ.

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

ա. ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը փոքր է ՄՀ ցուցանիշից,

բ. ապահովագրական ընկերություններ, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը գերազանցում է ՄՀ ցուցանիշը.

գ. 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 տոկոսը
0%-3%	0%
3%-10%	5%
10%-20%	10%
> 20%	15%

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

$ՀՑ = 40\text{-րդ կետի } 6\text{-րդ ենթակետում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,7 * ՇԹ /$

$\Sigma \text{ՇԹԲ} + 40\text{-րդ կետի } 6\text{-րդ ենթակետում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,3 * \text{ՇՏ}$

որտեղ՝

$\Sigma \text{ՇԹԲ-ն}$  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՝

$$\text{ՇՏ}k = ((\text{ՄՀ}k - \text{ԱՀՄ}) / \text{ԱՀՄ}) / (\Sigma((\text{ՄՀ}n - \text{ԱՀՄ}) / \text{ԱՀՄ})):$$

41. Սույն կարգի 38-40-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության շահառուների թվի շրջանակներում շահառուների ընդհանուր ցանկից տվյալ ապահովագրական ընկերության շահառուներն ընտրվում են էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի միջոցով՝ պատահական ընտրության կարգով: Ապահովագրական ընկերությունների շահառուների՝ սույն կետով սահմանված կարգով բաշխված ցանկում փոփոխություններ իրականացվում են էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի միջոցով՝ պահպանելով սույն կարգով սահմանված բաշխման սկզբունքները և ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հաստատված համամասնությունները:

42. Յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը սահմանվում է սույն կարգի 38-40-րդ կետերով սահմանված կարգով ընտրված շահառուների շահառու/օրերի և որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառու/օրվա հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի օրական մեծության արտադրյալով: Սույն կարգի 2-րդ կետով սահմանված շահառուների յուրաքանչյուր խմբի համար 1 շահառուի հաշվով ապահովագրական վճարի օրական մեծությունը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{ՇԱ} = (\Phi \text{Հ} / \text{ՈՒՎ} / \text{ՇՕ}), \text{ որտեղ՝}$$

ՇԱ – 1 շահառուի հաշվով հաշվարկվող օրական ապահովագրավճար,

ՓՀ – շահառուների տվյալ խմբի համար հաշվետու ժամանակահատվածում հատուցումների փաստացի հանրագումար,

ՇՕ – հաշվետու ժամանակահատվածի շահառուների տվյալ խմբի փաստացի շահառու/օրերի թվաքանակ,

ՈԻՎ – ուղենշային վնասաբերություն:

Այն դեպքում, երբ սույն կարգի 2-րդ կետի 1-ին և 2-րդ ենթակետերով սահմանված շահառուների համար փաստացի ընդհանուր հատուցումների հարաբերությունն ուղենշային վնասաբերությանը գերազանցում է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցները, ապա ապահովագրավճարների հաշվարկներում փաստացի 1 շահառուի հաշվով հաշվարկվող օրական ապահովագրավճարների նկատմամբ կիրառվում է ճշգրտման գործակից (Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցների և փաստացի հատուցումների հարաբերությունն ուղենշային վնասաբերությանը):

43. Շահառուների ցանկում փոփոխություններն իրականացվում են էլեկտրոնային շտեմարաններում գրանցված շահառուների ցանկից ելնելով, ընդ որում՝

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

2) տվյալ տարվա ընթացքում ապահովագրված անձանց ցանկի և պայմանագրային գումարի փոփոխություններն արձանագրվում են նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև կնքվող համաձայնագրերի միջոցով:

44. Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ընթացքում առողջապահական փաթեթով նախատեսված ծառայությունների ստացման համար առնվազն մեկ անգամ դիմած (բացառությամբ կանխարգելիչ բժշկական քննության) շահառուն իրավունք ունի գրավոր դիմելու նախարարություն՝ պահանջելով բացառել ծրագրի շրջանակներում նույն ապահովագրական ընկերության ապահովագրված անձ հանդիսանալու հնարավորությունը:

45. Պայմանագրի գործողության ընթացքում կամ շահառուների բաշխումից հետո որևէ ապահովագրական ընկերության ծրագրից դուրս գալու դեպքում սույն կարգի 38-40-րդ կետերով սահմանված սկզբունքներով կատարվում է ծրագրին մասնակցող յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի վերահաշվարկ, և ծրագրից դուրս եկած ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրված շահառուները բաշխվում են ծրագրին մասնակցող մյուս ապահովագրական ընկերությունների միջև այնպես, որ ապահովագրական ընկերությունների կողմից սպասարկվող շահառուների թվերը համապատասխանեն վերահաշվարկի արդյունքում սահմանված համամասնություններին:

#### 4. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

46. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունն և սպասարկումն իրականացվում է՝

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

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



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

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

#### 5. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄԸ

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

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

51. Բժշկական կազմակերպությունների կողմից փաստացի մատուցված ծառայությունների դիմաց փոխհատուցում ստանալու համար հիմք է էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ներանցված տեղեկատվությունը՝ միևնույն ժամանակ պահպանելով ապահովագրական ընկերության իրավունքը՝ բժշկական կազմակերպությունից պահանջելու տրամադրել մատուցված ծառայությունների

փաստը հաստատող անհրաժեշտ այլ փաստաթղթեր՝ համաձայն ապահովագրական ընկերության և բժշկական կազմակերպության միջև կնքված համագործակցության պայմանագրի:

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

Հավելված N 2  
ՀՀ կառավարության 2014 թվականի  
մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման

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

### 1. 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 սույն որոշման (այսուհետ՝ որոշում) N 1 հավելվածի 2-րդ կետով հաստատված շահառուներին (այսուհետ՝ շահառուներ) տրամադրվող բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների տեսակների հետ կապված հարաբերությունները:

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

2. Ծրագրի շրջանակներում հատուցման ենթակա են հետևյալ արտահիվանդանոցային ծառայությունները՝

1) վնասվածքների (կտրվածքներ, հոդախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը.

- 2) հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետևյալ հետազոտությունները՝
- ա. էխոկարդիոգրաֆիա դուպլեքս հետազոտությամբ,
  - բ. էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա,
  - գ. ռենտգենոգրաֆիա ներերակային հեղուկ կոնտրաստավորմամբ,
  - դ. կոլոնոսկոպիա,
  - ե. մամոգրաֆիա,
  - զ. էլեկտրոկարդիոգրաֆիա չափավորված ծանրաբեռնվածությամբ (տրեդմիլ-թեստ, վելոերգոմետրիա),
  - է. հոլտեր մոնիթորինգ,
  - ը. ռադիոնուկլիդային ախտորոշման հետազոտություններ (երիկամներ, լյարդ, ոսկրեր, թոքեր և այլն),
  - թ. համակարգչային տոմոգրաֆիա առանց ներերակային կոնտրաստավորման,
  - ժ. համակարգչային տոմոգրաֆիկ անգիոգրաֆիա կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա ներերակային կոնտրաստավորմամբ (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը),
  - ժա. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա՝ առանց կոնտրաստավորման (անկախ սարքի հզորությունից),
  - ժբ. մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա՝ կոնտրաստավորմամբ (ներառյալ կոնտրաստ նյութի արժեքը՝ անկախ սարքի հզորությունից):

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

4. Սույն հավելվածի 12-րդ կետի 8-18-րդ ենթակետերում նշված հիվանդությունների և վիճակների դեպքերում արտահիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող՝ սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետով սահմանված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները ենթակա են

հատուցման ծրագրի շրջանակներում՝ որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված գներով և սույն հավելվածի 3-րդ կետով սահմանված կարգով:

3. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ  
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ  
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓԱԹԵԹԸ

5. Ծրագրի շրջանակներում հատուցման ենթակա են հետևյալ հիվանդանոցային ծառայությունները՝

1) վիրահատական և թերապևտիկ բուժումը (բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների ցանկում ընդգրկված 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 միկրոկաթետերի, միկրոպարոյրի և օնիքսի արժեքը),

բ. կլիպսների օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,

գ. շունտավորող համակարգերի օգտագործում՝ նյարդավիրաբուժական վիրահատությունների ժամանակ,

դ. էնդովասկուլյար ռեկոնստրուկտիվ բուժում՝ նյարդավիրաբուժական հիվանդությունների ժամանակ,

ե. խոշոր և պերիֆերիկ անոթների ստենտավորում, բալոնային դիլատացիա, անգիոպլաստիկա,

զ. սրտի բաց վիրահատություններ, աորտակորոնար շունտավորում,

է. սրտի փականների պրոթեզավորում,

ը. սրտի ռիթմը վարող սարքերի (Pacemaker) իմպլանտացիա,

թ. փորոքների կծկումները վերասինքրոնիզացնող ՍՌՎՍ իմպլանտացիա,

ժ. կարդիովերտեր դեֆիբրիլյատորների իմպլանտացիա,

ժա. լրացուցիչ անցուղիների կաթետերային արվացիա,  
 ժբ. վերել և վայրէջ աորտայի վիրահատություններ՝ անկախ եղանակից,  
 ժգ. բալոնային պլաստիկա կամ վավվուտոմիա սրտի բնածին արատների  
 դեպքում,

ժդ. տրանսկաթետերային եղանակով սրտի վիրահատական միջամտություններ՝  
 սրտի բնածին և կառուցվածքային (ձեռքբերովի) արատների դեպքում,

ժե. սիներակի (Վ.Կավա/V.Cava) ֆիլտրի տեղադրում (ներառյալ ֆիլտրի  
 արժեքը), այդ թվում՝ ժամանակավոր,

ժզ. բացառապես վնասվածքաբանական վիրահատությունների ժամանակ  
 օգտագործվող մետաղական կոնստրուկցիաների՝ հարթակների, պտուտակների և  
 շյուղերի կիրառում (այդ թվում՝ հարթակների, պտուտակների և շյուղերի արժեքը),

ժէ. քարափշրում (լիթոտրիպսիա)՝ հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոտենու-  
 կոպիկ,

ժը. սկլերոպլաստիկա, կեռատոպլաստիկա,

ժթ. 15 և ավելի MeV (մեգաէլեկտրոնվոլտ) հզորություն ունեցող բժշկական  
 գծային արագացուցիչով ճառագայթային բուժում՝ արտոնյալ պայմաններով  
 համավճարային սկզբունքով.

3) նորագոյացությունների ճառագայթային բուժում.

4) նորագոյացությունների ներխոտոչային ճառագայթային բուժում:

6. Հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ներառում է  
 բուժման համար անհրաժեշտ միջոցառումները, այդ թվում՝

1) բժշկական խորհրդատվությունները,

2) հիվանդանոցային բուժման ընթացքում իրականացվող բոլոր լաբո-  
 րատոր-գործիքային հետազոտությունները,

3) հիվանդանոցային բուժման ընթացքում հիվանդանոցի կողմից անհրա-  
 ժեշտ դեղերով, բժշկական նշանակության պարագաներով ապահովումը և բուժա-  
 կան 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 սույն հավելվածի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետի «ա»-«ը» պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունների արժեքները ներառվում են հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գնի մեջ, իսկ «թ»-«ժբ» պարբերություններում ընդգրկված հետազոտությունները հատուցվում են լրացուցիչ՝ որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված ամբողջ գնով (առանց համավճարի կիրառման): Բժշկական կազմակերպություններին իրականացրած բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց փոխհատուցման առանձնահատկությունները սահմանում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարը:

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

8. Սույն փաթեթով նախատեսված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն իրականացվում է միայն սույն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված շահառուներին՝ օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը) միայն մեկ անգամ: Եթե սոցիալական փաթեթի շահառուն կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցել է տարվա երկրորդ կեսին, ապա հաջորդը կարող է անցնել ոչ շուտ, քան վեց ամիս անց:

9. Սոցիալական փաթեթի շահառուի կանխարգելիչ բժշկական քննությունն ընդգրկում է՝

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

2) տղամարդկանց համար ուռուլոգի (բացակայության դեպքում՝ վիրաբույժի) խորհրդատվություն.

3) կանանց համար գինեկոլոգի խորհրդատվություն.

4) կանանց համար կրծքագեղձի ֆիզիկալ զննում.

5) արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ լեյկոֆորմուլայով.

6) խոլեստերինի որոշում արյան մեջ.

7) էլեկտրասարտագրություն (ԷՄԳ)։

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

10. Շահառուի կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցկացվում է այն կազմակերպության կողմից, որում տվյալ շահառուն ունի առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի մոտ սահմանված կարգով գրանցում՝ բացառությամբ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող ընտանեկան բժշկի մոտ գրանցում ունեցող շահառուների։ Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող ընտանեկան բժշկի մոտ գրանցում ունեցող շահառուներն իրենց կանխարգելիչ բժշկական քննություններն անցնում են տարածաշրջանի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնությունն իրականացնող պոլիկլինիկայում կամ բժշկական կենտրոնում։ Այն անձինք, որոնք առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի մոտ չունեն սահմանված կարգով գրանցում, պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննությունը կարող են անցնել այն բժշկական կազմակերպություններում, որոնք իրականացնում են սոցիալական փաթեթի կանխարգելիչ բժշկական ծառայություններ։

11. Սոցիալական փաթեթի շահառուի կողմից կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցած լինելու հանգամանքը հավաստվում է էլեկտրոնային առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի միջոցով կամ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 4-րդ կետի 5-րդ ենթակետի համաձայն տրամադրված կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցնելու վերաբերյալ տեղեկանքով։

##### 5. ԾՐԱԳՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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



1) արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը՝ բացառությամբ սույն հավելվածի 2-րդ և 9-րդ կետերով սահմանված դեպքերի.

2) այն հետազոտությունները, բժշկական միջամտությունները, բժշկական օգնության ու սպասարկման ցանկացած այլ ծառայություններ (ներառյալ դեղերը, բժշկական պարագաները), որոնք մատուցվել են շահառուի ցանկությամբ կամ իրականացվել են առանց բժշկի նշանակման.

3) ծառայություններ, հետազոտություններ, դեղեր և 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 բուժումը, առողջարանային կամ վերականգնողական բուժումը, ցանկացած պրոֆիլակտիկ և կազդուրիչ միջոցառումներ.

6) ոչ ավանդական այլընտրանքային բուժումը և ախտորոշման մեթոդները, Հայաստանի Հանրապետությունում սահմանված կարգով չարտոնագրված դեղերի կամ բժշկական պարագաների ձեռքբերումը.

7) ավերգողիագնոստիկան, սկարիֆիկացիոն փորձերը.

8) վերջույթների և դրանց առանձին սեգմենտների պրոթեզավորումը, ինչպես նաև պրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, ինպլանտները, տեսողական, լսողական սարքերը, այլ կարգավորիչ բժշկական հարմարանքներ (բացառությամբ սույն հավելվածի 5-րդ կետի 2-րդ ենթակետով սահմանված դեպքերի և ներակնային արհեստական ոսպնյակների).

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

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

11) հոգեկան հիվանդություններ, հոգեթերապևտի ծառայություններ, հիպնոս,

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

13) պարբերական հիվանդություն, տուբերկույրոզ, թմրաբանական հիվանդություններ կամ ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն, տոքսիկոմանիա։

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

15) ուռուցքաբանական հիվանդությունների քիմիաթերապևտիկ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները։

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

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

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

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

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

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

դ. ատոտիմուն հիվանդություններ, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, պտորիագ, էկզեմա,

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

13. Շահառուներին մատուցած բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց հատուցումն առաջնահերթ իրականացվում է ծրագրի շրջանակներում, ընդ որում, ծրագրի շրջանակներում համավճարային սկզբունքով փոխհատուցվող արտահիվանդանոցային հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները և 15 և ավելի MeV (մեգաէլեկտրոնվոլտ) հզորություն ունեցող բժշկական գծային արագացուցիչով ճառագայթային բուժումը կարող են իրականացվել նաև «Առողջապահություն» բաժնի համապատասխան այլ ծրագրերի շրջանակներում, եթե շահառուն միևնույն ժամանակ օգտվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշմամբ սահմանված պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունից և սպասարկումից:»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ  
ՂԵԿԱՎԱՐ

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ