

Հավելված  
ՀՀ կառավարության 2022 թվականի  
հունիսի 17-ի N 915 - Ն որոշման

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

## Կ Ա Ր Գ

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻ, ԻՆՉՊԵՍ ՆԱԵՎ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԵՎ ՆԵՂ ՄԱՄՆԱԳԻՏԱԿԱՆ 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 առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման (այսուհետ՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում) կազմակերպման և ֆինանսավորման հետ կապված հարաբերությունները:

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

1) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 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 կետով նախատեսված անձանց)։

2) պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով՝

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

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

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

3. Եթե աշխատողի հիմնական և համատեղությամբ աշխատանքները կատարվում են այնպիսի գործատուի մոտ, որը սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպություն է, ապա համատեղությամբ աշխատանք կատարող անձը ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում է որպես շահառու իր հիմնական աշխատանքի վայրից, որի դեպքում աշխատողն իր համատեղությամբ աշխատանքը հաստատող փաստաթուղթ (տեղեկանք) է ներկայացնում հիմնական աշխատավայրի գործատուին: Ծրագրի շրջանակներում որպես շահառու ընդգրկվելու համար աշխատողի աշխատաժամանակի տևողությունը հիմնական և համատեղությամբ աշխատավայրերում միասին՝ չպետք է պակաս լինի Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ տևողության առնվազն 50 տոկոսից: Եթե աշխատողի հիմնական աշխատանքը կատարվում է այնպիսի գործատուի մոտ, որը ներառված չէ սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպությունների ցանկում, սակայն համատեղությամբ աշխատանքը կատարվում է սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված կազմակերպություններում, և աշխատաժամանակն այդ կազմակերպություններում կազմում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված աշխատաժամանակի նորմալ տևողության առնվազն 50 տոկոսը, ապա այդ անձը ծրագրի շրջանակներում ընդգրկվում է որպես շահառու՝ համատեղությամբ աշխատանքային պայմանագիր կնքած գործատուի միջոցով: Եթե սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում նշված անձը միաժամանակ նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետով սահմանված սոցիալական փաթեթի շահառու է, ապա նա ծրագրից օգտվում է միայն որպես Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշման N 1 հավելվածի 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետով սահմանված սոցիալական փաթեթի շահառու: Շահառուների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը կազմակերպվում և ֆինանսավորվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության (այսուհետ՝ նախարարություն) և առողջության ապահո-

վագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների (այսուհետ՝ ապահովագրական ընկերություններ) միջև կնքված առողջության ապահովագրության պայմանագրերի (այսուհետ՝ ապահովագրության պայմանագիր) միջոցով:

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

5. Ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունն ապահովում է շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը Հայաստանի Հանրապետության և Արցախի Հանրապետության տարածքում գործող, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշման (այսուհետ՝ որոշում) 2-րդ կետի 3-րդ ենթակետով նախատեսված պայմանագրերով սահմանված ծառայություններ մատուցող և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի (այսուհետ՝ նախարար) կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկված առողջապահական կազմակերպություններում: Նախարարի կողմից հաստատված ցանկում ընդգրկվում են ապահովագրության պայմանագրերի կնքման տարում ծրագրի շրջանակներում շահառուներին բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցած բոլոր առողջապահական կազմակերպությունները, ինչպես նաև ծրագրին մասնակցելու հայտ ներկայացրած բոլոր այն առողջապահական կազմակերպությունները, որոնք ունեն որոշման 2-րդ կետի 3-րդ ենթակետով նախատեսված ծառայությունների մատուցման լիցենզիա:

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

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

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

8. «Հանրային ծառայության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված հանրային իշխանության մարմինների (բացառությամբ Կենտրոնական բանկի և Երևանի քաղաքապետարանի) և նրանց ենթակայության տակ գտնվող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների, ինչպես նաև նրանց համակարգի մեջ մտնող 50 տոկոս և ավելի՝ պետությանը սեփականության իրավունքով պատկանող բաժնեմաս ունեցող փակ բաժնետիրական ընկերությունների (այսուհետ՝ մարմիններ և կազմակերպություններ) աշխատողների (բացառությամբ զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց), 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 առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների աշխատողների վերաբերյալ առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ձևավորվում և վարվում է էլեկտրոնային շտեմարան:

9. Շահառուների ցուցակը ձևավորվում է էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ՀՀ պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգից ինքնաշխատ հարցումների արդյունքում ստացված տեղեկատվության հիման վրա և հաստատվում պետական մարմինների իրավասու անձանց կողմից:

10. Այն դեպքում, երբ ՀՀ պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգից տվյալների ինքնաշխատ փոխանցումը հնարավոր չէ, էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում տվյալները լրացվում են պետական մարմնի (կազմակերպության) իրավասու անձի կողմից, իսկ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ներառված տվյալների ցանկացած փոփոխության դեպքում տվյալ պետական մարմնի (կազմակերպության) կողմից 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում կատարվում է համապատասխան գրառում կամ ճշգրտում:

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

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

13. Նախարարության կողմից ՀՀ պետական եկամուտների կոմիտեին ինքնաշխատ հարցումների հիման վրա տրամադրվում է տեղեկատվություն էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում սույն կարգի 5-րդ կետում նշված կազմակերպությունների ցանկի վերաբերյալ՝ նույնականացում իրականացնելու նպատակով:

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

15. Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի կողմից ՀՀ պետական եկամուտների կոմիտեի տեղեկատվական համակարգին հարցում է իրականացվում՝ ըստ սույն կարգի 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետում ընդգրկված կազմակերպությունների հարկ վճարողի հաշվառման համարի, որի արդյունքում վերջինս տրամադրում է այդ կազմակերպության աշխատակիցների 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:

16. Սույն կարգի 15-րդ կետում նշված տվյալների հիման վրա էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում ձևավորվում է շահառուների շտեմարան, 6 ամիս հետո աշխատողին տրվում է շահառուի կարգավիճակ, իրականացվում է հաշվարկ և կցագրվում է ապահովագրական ընկերությանը:

17. Շահառուի պաշտոնից ազատման վերաբերյալ տեղեկության ստացման դեպքում, վեցամսյա ժամկետը լրանալուց հետո, տվյալ անձը դադարում է լինել շահառու, իսկ 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:

18. Վարչապետի աշխատակազմի կողմից վարվող էլեկտրոնային առողջապահության շտեմարանի տեղեկատվությունն արխիվացվում և պահվում է Վարչապետի աշխատակազմում, ինչպես նաև էլեկտրոնային կրիչի միջոցով փոխանցվում է նախարարություն:

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

19. 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» ՀՀ 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:

20. Որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարը, ծառայությունների գները և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարը հաստատվելուց հետո 2-օրյա ժամկետում նախարարությունն էլեկտրոնային փոստով և պատվիրված նամակով տեղեկացնում է սույն կարգի 19-րդ կետի պայմանները բավարարող բոլոր ապահովագրական ընկերություններին՝ տվյալ տարվա պայմանագրային գործընթացն սկսելու մասին: Նամակին կից ապահովագրական ընկերություններին տրամադրվում է տեղեկատվություն նաև որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված մեկ



շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի, ծառայությունների գների և յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսվող ապահովագրական գումարի վերաբերյալ:

21. Սույն կարգի 20-րդ կետով նախատեսված գրության ստացման օրվանից հետո 3-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունը պայմանագրային գործընթացին մասնակցության մասին գրավոր տալիս է իր համաձայնությունը՝ գրությանը կից ներկայացնելով սույն կարգի 19-րդ կետի պահանջները բավարարող կնքված համաձայնագիրը կամ հրաժարվում մասնակցությունից: Սահմանված ժամկետներում ապահովագրական ընկերության գրավոր պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում:

22. Մասնակցության հայտ ներկայացրած ապահովագրական ընկերությունը գրկվում է տվյալ պայմանագրային տարվա համար ծրագրին մասնակցելու իրավունքից, եթե չի բավարարում սույն կարգի 19-րդ կետով սահմանված պահանջները, չի ներկայացրել սույն կարգի նույն կետով սահմանված պահանջները բավարարող կնքված համաձայնագիրը կամ հրաժարվել է մասնակցությունից կամ չի կատարել ապահովագրության պայմանագրի կնքման համար սույն կարգով նախատեսված գործողությունները:

23. Սույն կարգի 20-րդ կետով սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հայտերն ստանալուց հետո 2 աշխատանքային օրվա ընթացքում նախարարի կողմից հաստատվում են ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների ցանկը (ցանկում ներառվում են որոշման պահանջները բավարարող և որոշմամբ սահմանված կարգով և ժամկետներում մասնակցության գրավոր համաձայնություն տված բոլոր ապահովագրական ընկերությունները) և յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվը (շահառուների թվի բաշխման համամասնություններն ըստ ապահովագրական ընկերությունների)՝ հաշվարկված սույն կարգի 32-րդ կետով սահմանված կարգով:

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

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

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

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

28. Առողջապահական կազմակերպությունն ապահովագրական ընկերության կողմից տրամադրված համագործակցության պայմանագիրն ստանալուց հետո 5-օրյա ժամկետում հաստատված պայմանագիրը տրամադրում է ապահովագրական ընկերությանը: Սահմանված ժամկետներում առողջապահական կազմակերպության պատասխանի բացակայությունը դիտվում է որպես պայմանագրային գործընթացից հրաժարում: Առողջապահական կազմակերպության կողմից որևէ ապահովագրական ընկերության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում հրաժարումից 30 օրվա ընթացքում սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում նախարարության կողմից կատարվում է փոփոխություն, և տվյալ առողջապահական կազմակերպությունը զրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու իրավունքից:

29. Ապահովագրական ընկերության կողմից սույն կարգի 5-րդ կետի համաձայն հաստատված ցանկում ներառված որևէ առողջապահական կազմակերպության հետ համագործակցության պայմանագիր կնքելուց հրաժարվելու դեպքում ապահովագրական ընկերությունը զրկվում է տվյալ տարվա համար ծրագրի շրջանակներում ծառայություններ մատուցելու իրավունքից: Տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուները վերաբաշխվում են ծրագիրն իրականացնող մյուս ապահովագրական ընկերությունների միջև սույն կարգի 41-րդ կետով սահմանված կարգով:

30. Համագործակցության պայմանագրերի կնքման գործընթացի կազմակերպման մեկնարկից հետո 15-օրյա ժամկետում ապահովագրական ընկերությունները

նախարարությանը ներկայացնում են այն առողջապահական կազմակերպությունների ցանկը, որոնց հետ կնքվել են համագործակցության պայմանագրերը:

31. Պայմանագրի գործողության ընթացքում ծրագրին մասնակցող առողջապահական կազմակերպությունների ցանկում նոր կազմակերպություն ընդգրկվելու դեպքում նախարարությունը փոփոխության վերաբերյալ 5-օրյա ժամկետում ծանուցում է ապահովագրական ընկերություններին, իսկ վերջիններս սույն կարգի 27-րդ և 28-րդ կետերով սահմանված կարգով կնքում են համագործակցության պայմանագրերը:

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

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

1) որտեղ՝

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

բ) ՇԹ-ն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թիվն է,

գ) Ա-ն ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջության կամավոր ապահովագրության գծով (բացառությամբ սույն կարգով իրականացված առողջության ապահովագրության) նախորդ 3 տարիների հաշվեգրված համախառն ապահովագրավճարներում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է,

դ) Հ-ն ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջության կամավոր ապահովագրության գծով (բացառությամբ սույն կարգով իրականացված առողջության ապահովագրության) շուկայում նախորդ 3 տարիների հաշվեգրված համախառն ապահովագրական հատուցումներում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է,

ե) Կ-ն ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունների՝ Հայաստանի Հանրապետության կենտրոնական բանկի կանոնակարգի 3/02-ի համաձայն նախորդ տարվա վերջի դրությամբ հաշվարկված նորմատիվային

ընդհանուր կապիտալների (Ն1.1 նորմատիվի հաշվարկային մեծության) հանրագումարում տվյալ ապահովագրական ընկերության մասնաբաժինն է.

2) ընդ որում՝ Ա և Հ ցուցանիշների համար հիմք են հանդիսանում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ապահովագրական ընկերությունների պաշտոնական կայքերում հրապարակված՝ արտաքին աուդիտի կողմից համապատասխան տարիների համար հաստատված տարեկան ֆինանսական հաշվետվությունները.

3) Կ ցուցանիշի համար հիմք է 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:

33. 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 21-րդ կետի համաձայն,

գ) ՖՀԲ-ն յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության կողմից սպասարկվող շահառուների թվի ավելացման կամ նվազեցման չափն է՝ կախված ընդդեմ ապահովագրական ընկերության բողոքներով ֆինանսական համակարգի հաշտարարի կողմից կայացված որոշումների ցուցանիշից, որը հաշվարկվում է սույն կարգի 23-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 23-րդ կետի համաձայն:

34. Սույն կարգի 33-րդ կետում նշված ՖՀԲ և ՀՑ ցուցանիշների հաշվարկն իրականացվում է հետևյալ քայլերի հաջորդականությամբ՝

1) քայլ 1.

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

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

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 և վերջին օրվա դրությամբ.

2) քայլ 2.

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

$$U\text{Հ} = \text{ԸՀ} / ((\text{ՇԸԸԹսկիզբ} + \text{ՇԸԸԹվերջ}) / 2)$$

որտեղ՝

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

3) քայլ 3.

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

$$ԱԲ = ԲԱ / ((\text{ԱՇԸԸԹսկիզբ} + \text{ԱՇԸԸԹվերջ}) / 2)$$

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. ԱՇԸԸԹսկիզբ-ը և ԱՇԸԸԹվերջ-ը տվյալ ապահովագրական ընկերության կողմից ծրագրի շրջանակներում ընթացիկ տարվա համար կնքված ապահովագրության պայմանագրով ապահովագրած շահառուների ընդհանուր թիվն է, համապատասխանաբար, հաշվետու ժամանակաշրջանի սկզբի և վերջի օրվա դրությամբ.

4) քայլ 4.

ա) կախված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության համար հաշվարկված ԱԲ ցուցանիշից՝ ծրագրին մասնակցող ապահովագրական ընկերությունները բաժանվում են երկու խմբի՝

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

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

բ) 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%

գ) 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՝

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

որտեղ՝

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

դ)  $\text{ՇՏ}$ -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՝

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

5) քայլ 5.

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

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

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 քայլ 3-ում նշվածի սահմանմամբ.

6) քայլ 6.

ա) 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.

բ) 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%

զ) 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՝

$$\text{ՀՑ} = \text{քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,7 * \text{ՇԹ} / \text{ՇՇԹԲ} + \text{քայլ 6-ում հաշվարկված նվազեցումների հանրագումար} * 0,3 * \text{ՇՏ}$$

որտեղ՝

ա. ՇՇԹԲ-ն այն ապահովագրական ընկերությունների ՇԹ-ների հանրագումարն է, որոնց ԱՀՄ ցուցանիշը գերազանցում է ՄՀ ցուցանիշը,

բ. 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՝

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

35. Սույն կարգի 32-34-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության շահառուների թվի շրջանակներում շահառուների ընդհանուր ցանկից տվյալ ապահովագրական ընկերության շահառուներն ընտրվում են նախարարության կողմից, ապահովագրական ընկերությունների ներկայացուցիչների մասնակցությամբ, պատահական ընտրության կարգով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը: Ապահովագրական ընկերությունների շահառուների՝ սույն կետով սահմանված կարգով բաշխված ցանկում փոփոխություններ

հնարավոր է իրականացնել մինչև պայմանագրի գործողության առաջին ամսվա ավարտը՝ չխախտելով սույն կարգով սահմանված բաշխման սկզբունքները և ապահովագրական ընկերությունների մասնակցության հաստատված համամասնությունները:

36. Յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը սահմանվում է սույն կարգի 32-34-րդ կետերով սահմանված կարգով ընտրված շահառուների համար՝ յուրաքանչյուր շահառուի ֆինանսավորման չափը հաշվարկվում է տարվա ընթացքում ապահովագրված շահառու հանդիսանալու օրերի թվի և որոշման 3-րդ կետի 1-ին ենթակետով սահմանված կարգով մեկ շահառուի հաշվով նախատեսված ապահովագրավճարի արտադրյալով:

37. Շահառուների ցանկում փոփոխություններ իրականացվում են ոչ շուտ, քան յուրաքանչյուր ամիսը մեկ անգամ և ոչ ուշ, քան յուրաքանչյուր կիսամյակը մեկ անգամ՝ բացառությամբ սույն կարգի 35-րդ կետով սահմանված կարգով իրականացվող ճշգրտումների: Շահառուների ցանկում փոփոխություններն իրականացվում են էլեկտրոնային շտեմարաններում գրանցված շահառուների ցանկից ելնելով, ընդ որում՝

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

2) շահառուի՝ ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունից և սպասարկումից օգտվելու իրավունքի դադարեցման կամ նոր շահառուների ընդգրկման դեպքում ապահովագրված անձանց ցանկում փոփոխություններն իրականացվում են նախարարության կողմից ապահովագրական ընկերություններին

նույնպես ծանուցման և ծանուցմանը կից ներկայացված փոփոխությունների ցանկերի հիման վրա: Տվյալ տարվա ընթացքում երկու անգամ՝ հունիս և նոյեմբեր ամիսներին, նախարարության և ապահովագրական ընկերությունների միջև կնքվում են համաձայնագրեր, որոնցով արձանագրվում են ապահովագրված անձանց ցանկի և պայմանագրային գումարի փոփոխությունները:

3) յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության պայմանագրային գումարը վերահաշվարկվում է սույն կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված համաձայնագրերով՝ ելնելով սույն կետով սահմանված կարգով շահառուների թվի փոփոխություններից: Պայմանագրային գումարի վերահաշվարկներն իրականացվում են սույն կարգի 39-րդ կետով սահմանված կարգով:

38. Բժշկական օգնության դիմած շահառուին շահառուների ցանկում որևէ պատճառով ընդգրկված չլինելու դեպքում առողջապահական կազմակերպության կողմից ծրագրի շրջանակներում նախատեսված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները մատուցվում են նախարարության կողմից տրամադրված ծանուցման հիման վրա, ընդ որում՝ նախարարության կողմից առողջապահական կազմակերպությանը ծանուցումը կատարվում է ոչ ուշ, քան բժշկական օգնության դիմած անձի՝ շահառու հանդիսանալու հավաստիացումն ստանալուց հետո 1 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Շահառուի բժշկական օգնության հատուցումն իրականացվում է ապահովագրական ընկերության կողմից սույն կարգի 37-րդ կետով սահմանված կարգով շահառուների ցանկում փոփոխություն կատարելուց հետո:

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

40. 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 32-34-րդ կետերով սահմանված կարգով հաշվարկված շահառուների թվի և նախորդ տարվա շահառուների թվի բացասական տարբերության դեպքում ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում կատարվում է նվազեցում այդ տարբերության չափով՝ շահառուների ամբողջ ցանկի նկատմամբ կիրառելով պատահական թվերի բաշխման սկզբունքը՝ մինևնույն ժամանակ բացառելով սույն կարգի 27-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը.

2) ապահովագրական ընկերության շահառուների ցանկում տվյալ տարվա համար սույն կարգի 32-34-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՝ մինևնույն ժամանակ բացառելով սույն կարգի 39-րդ կետով սահմանված կարգով դիմում ներկայացրած շահառուին նույն ապահովագրական ընկերությունում ապահովագրելու հնարավորությունը:

41. Պայմանագրի գործողության ընթացքում կամ շահառուների բաշխումից հետո որևէ ապահովագրական ընկերության ծրագրից դուրս գալու դեպքում սույն կարգի 32-34-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: Սույն կետով

իրականացված շահառուների թվի վերահաշվարկի արդյունքում սույն կարգի 36-րդ կետով սահմանված կարգով փոփոխություններ են կատարվում ապահովագրական ընկերությունների պայմանագրային գումարներում, իսկ վերահաշվարկից հետո 15-օրյա ժամկետում փոփոխություններ են կատարվում նաև ապահովագրական ընկերության հետ կնքված պայմանագրերում:

#### **4. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ**

42. Ծրագրի շրջանակներում բժշկական օգնությունն և սպասարկումն իրականացվում է՝

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

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

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

44. Շտապ և անհետաձգելի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն պահանջող դեպքերում շահառուները կարող են ծրագրի շրջանակներում ստանալ բժշկական օգնություն ու սպասարկում՝ մինչև պացիենտի դուրսգրումն անձը

հաստատող փաստաթուղթը առողջապահական կազմակերպություն ներկայացնելու պայմանով:

## **5. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄԸ**

45. 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:

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

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

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

բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ուսումնասիրություններ և մշտադիտարկումներ:»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ  
ՂԵԿԱՎԱՐ

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ