

Հ Ա Յ Ե Ց Ա Կ Ա Ր Գ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ

Բովանդակություն

Օգտագործված հապավումներ-----	2
1. Ամփոփ նկարագիր-----	3
2. Առկա իրավիճակը և խնդիրները-----	3
3. ԱՀԱ ներդրման ռազմավարությունը-----	5
4. ԱՀԱ ծածկույթի նկարագրությունը-----	6
4.1. Բնակչություն-----	6
4.2. Ծառայություններ-----	7
4.3. Ծախսեր-----	8
5. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցները-----	8
5.1. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը-----	10
6. Կառավարումը-----	10
7. Ծառայությունների փոխհատուցումը-----	12
8. ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը-----	14
9. Հաշվետվողականություն, մոնիթորինգ և վերահսկում-----	15
10. Առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունը ԱՀԱ ներդրմանը-----	17

Օգտագործված հապավումներ

1.	ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
2.	ԱՀԱ	Առողջության համապարփակ ապահովագրություն
3.	ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
4.	ԱՆ	ՀՀ առողջապահության նախարարություն
5.	ԲՆԱ	Բժշկական նշանակության ապրանք
6.	ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
7.	ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
8.	ՀԾՓ	Հիմնական ծառայությունների փաթեթ
9.	ՆԾՓ	Նվազագույն ծառայությունների փաթեթ
10.	ՊԱԳ	ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալություն
11.	ՊՊ	Պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բուժօգնություն և սպասարկում
12.	ՖՆ	ՀՀ ֆինանսների նախարարություն

1. Ամփոփ նկարագիր

1. Առողջության համապարփակ ապահովագրության (այսուհետ՝ ԱՀԱ) ներդրման հայեցակարգը (այսուհետ՝ հայեցակարգ) մշակվել է ի կատարումն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 8-ի N 65-Ա որոշման N 1 հավելվածի 4.3-րդ բաժնով և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2021 թվականի նոյեմբերի 18-ի N 1902-Լ որոշման N 1 հավելվածի «Առողջապահության նախարարություն» բաժնի 1.1-ին կետով սահմանված միջոցառման:

2. ԱՀԱ-ն առողջապահության բնագավառում բնակչության առողջության պահպանման՝ պետության կողմից երաշխավորված ինքնուրույն համակարգ է, որն ապահովում է հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկման ծախսերի փոխհատուցումը: ԱՀԱ համակարգն ապահովագրվածների համար երաշխավորում է բարձրորակ բժշկական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորություններ:

3. ԱՀԱ-ն իրականացվելու է մեկ միասնական գնորդի/վճարողի սկզբունքով՝ պետության կողմից հիմնադրված կառույցի՝ Հիմնադրամի (այսուհետ՝ Հիմնադրամ) միջոցով, որը պետք է ապահովի ապահովագրվածների առողջապահական ծախսերի համար անհրաժեշտ գումարների հաշվարկման և ծախսման արդյունավետությունը:

4. ԱՀԱ ներդրման հիմնական նպատակը բնակչության բոլոր խմբերի համար առողջապահական հիմնական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիության ապահովումն է և բուժօգնության որակի բարելավումը:

5. ԱՀԱ ներդրման հիմնական նպատակի իրականացումը կնպաստի հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների բարելավմանը, կյանքի միջին տևողության ավելացմանը, առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակի նվազմանը, մարդկային կապիտալի կայուն զարգացմանը և տնտեսության աճին:

2. Առկա իրավիճակը և խնդիրները

6. Հայաստանի առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի գնահատման միջազգային համեմատականները և ծախսարդյունավետ ծրագրերի մասով դիտարկումները ցույց են տալիս, որ պետական ֆինանսական միջոցների ավելացման դեպքում առկա է դրա բաշխման և բժշկական ծառայությունների մատուցման համապատասխան կարողությունների բարելավում, ինչն արտահայտվում է ոչ ֆինանսական ցուցանիշների՝ կյանքի միջին տևողության աճի, մայրական և երեխաների մահացության ցուցանիշների նվազման տեսքով¹ (Աղյուսակ 1):

¹ Ըստ ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության գրանցումների, որոնք հանդիսանում են մահվան վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների սկզբնաղբյուրը:

Աղյուսակ 1: Առողջապահական առանձին ցուցանիշների դինամիկան

Հ/Հ	Առողջապահական ցուցանիշի անվանումը	1998 թ.	2008 թ.	2021 թ.
1.	Կյանքի սպասվող տևողությունը՝ ծնվելու պահից, որից	71.5	73.8	73.5
1.1.	<i>տղամարդ</i>	69.1	70.0	68.4
1.2.	<i>կին</i>	75.2	76.3	78.6
2.	Մանկական մահացության ցուցանիշը 1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով	14.7	10.8	6.91
3.	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը (1000 կենդանի ծնվածի հաշվով)	18.4	12.1	8.7
4.	Մայրական մահացության ցուցանիշը (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով)	38.8	23	22.0
5.	Առողջապահության բյուջետային ծախսերը պետական ծախսերում, %	6.4	6.1	5.4
6.	Առողջապահության պետական ծախսերը ՀՆԱ-ում, %	1,6	1,5	1,4
7.	Մասնավոր առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ում, %		2,5	7,8

7. Սակայն երբ դիտարկում ենք այն միջոցները, որոնց հաշվին ապահովվում են այդ ցուցանիշները, ապա նկատելի է, որ Հայաստանն ունի Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ երկրների համեմատ ցածր պետական ֆինանսավորում՝ վերջին 25 տարիների ընթացքում ապահովելով առողջապահության բնագավառի մասով համախմբված բյուջեի ծախսերի 5.4%-ը կամ ՀՆԱ-ում շուրջ 1,4%-ը, որն առնվազն 4 անգամ պակաս է Հայաստանի հետ միևնույն եկամտային խմբում գտնվող երկրների միջին ցուցանիշներից²:

8. Ոչ բավարար չափով ֆինանսավորումը բերել է ծառայությունների մատուցման համակարգի մասնատման, իրական ծախսերից ցածր փոխհատուցվող գների, բժշկական մասնագիտացված անձնակազմի բացակայությանը մարզերում: Ֆինանսական մատչելիության ցածր մակարդակը բերել է բժշկական կազմակերպությունների թերի ծանրաբեռնվածությանը և ֆինանսական պատճառներով ոչ աղքատ բնակչության 12,6%-ը, աղքատների 24,5%-ը և ծայրահեղ աղքատների 49%-ը չի հաճախում ԱԱՊ բժշկի³:

9. Առողջապահության պետական ֆինանսական միջոցների պակասը և գրպանից դուրս կատարվող ծախսերի անկառավարելիությունը խոչընդոտում են համակարգի զարգացմանը և բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավմանը, նպաստում բազմաթիվ ընտանիքների աղքատացման առողջապահական աղետալի ծախսերի պատճառով, խոչընդոտում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հասանելիության և ֆինանսական մատչելիության բարելավմանը: Տնային տնտեսությունների եկամուտներից առողջապահական ծախսերին 10%-ից

² Համաձայն ԱՀԿ տվյալների բազայի, Հայաստանի հետ միևնույն եկամտային խմբում գտնվող երկրներում պետական առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ում միջինում 4-6% են կազմում:

³ Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, 2019 թ.:

ավելին ուղղելու ցուցանիշով (16.1%), Հայաստանը գերազանցում է համաշխարհային (12.7%) և տարածաշրջանային (7.4%) միջին ցուցանիշները: Բնակչության շուրջ 9%-ի մոտ սպառողական ծախսերի ավելի քան 25%-ը կազմում են առողջապահական ծախսերը, որի հետևանքով վերջիններիս շուրջ 6%-ն աղքատանում է, ինչն ամենաբարձր ցուցանիշներից մեկն է տարածաշրջանում⁴:

10. Հայաստանի կառավարությունը պետք է ապահովի բնակչության ֆինանսական հասանելիությունը և պաշտպանվածությունը հիմնական ծառայությունների փաթեթում ընդգրկված ծառայություններ ստանալիս, ժամանակի ընթացքում կրճատի բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց կատարվող աղետալի ծախսերը և դրա հետևանքով աղքատացող բնակչության թվաքանակը, բարձրացնի առողջապահության բնագավառում ծախսվող գումարների արդյունավետությունն ու նպատակայնությունը և բարելավի բժշկական օգնության և սպասարկման որակը՝ ներդնելով առողջապահության ֆինանսավորման համար եկամուտների հավաքագրման կանխավճարային մոդել՝ պետության հավասարակշռված համաֆինանսավորմամբ, առողջապահական ծառայությունների ստրատեգիական գնման ուժեղ և անկախ համակարգի ձևավորմամբ:

3. ԱՀԱ ներդրման ռազմավարությունը

11. Բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության մակարդակի փուլային բարձրացումը կանխատեսվող հարկաբյուջետային հնարավորությունների համապատասխան՝ հանդիսանում է ԱՀԱ ներդրման առաջնային նպատակ:

12. Բացի ֆինանսական պաշտպանվածության մակարդակի բարձրացումից, ԱՀԱ ներդրումը նպատակ ունի նաև վերացնել ներկայումս պետության կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերում առկա մասնատումը (ֆրագմենտացիան), ինչպես նաև իրականացնել հատուցումներ նորմատիվային ծախսերի հիման վրա հաշվարկված գներով՝ դրանով իսկ ապահովելով բուժօգնության որակի համապատասխան ստանդարտները:

13. ԱՀԱ սահուն ներդրումն ապահովելու համար պահանջվում է ապահովագրության Հիմնադրամի գործառույթների և կարողությունների փորձարկում, մասնագիտացված կադրերի հավաքագրում, կրթում, տեղեկատվական համակարգերի մշակում և փորձարկում: Միաժամանակ ԱՆ կողմից սկսված առողջության առաջնային պահպանման օղակի, տեղեկատվական համակարգերի, բուժօգնության որակի բարելավման միջոցառումները, առողջապահական ենթակառուցվածքների զարգացումը հընթացս կնպաստեն ԱՀԱ-ի արդյունավետ ներդրմանը:

14. Հաշվի առնելով վերը թվարկվածները, ինչպես նաև ԱՀԱ հայեցակարգով սահմանված նպատակներին կարճաժամկետ հատվածում հասնելու կարևորությունը, ԱՀԱ-ը կներդրվի փուլային տարբերակով, որտեղ առաջին տարին՝ 2023

⁴ Տեսլիս տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, 2018 թ.:

թվականը կլինի «նախապատրաստական փուլ». հաջորդ երեք տարիները՝ 2024-2026 թվականները կլինեն «փորձարկման փուլ», իսկ արդեն չորրորդ տարվանից՝ 2027 թվականից ԱՀԱ-ն կկիրարկվի ամբողջությամբ:

15. ԱՀԱ ներդրման յուրաքանչյուր փուլի ընթացքում կիրականացվեն ծածկույթի ծախսերի հաշվարկները, և կորոշվի ապահովագրավճարի չափը, ըստ ապահովագրվածների խմբերի պետության համաֆինանսավորման չափը և ապահովագրվածների մասնակցության չափը:

16. ԱՀԱ ներդրումն ըստ նախանշված ռազմավարության և յուրաքանչյուր փուլում իրականացման ենթակա միջոցառումները, դրանց կատարման ժամկետները ներկայացված են Հավելված 1-ում:

4. ԱՀԱ ծածկույթի նկարագրությունը

4.1. Բնակչություն

17. ԱՀԱ ներդրման առաջին՝ նախապատրաստական փուլում կսահմանվեն յուրաքանչյուր փուլում ԱՀԱ-ում ընդգրկվող բնակչության խմբերը, կպատրաստվեն վերջիններիս տվյալների բազաները, կիրականացվի դրանց նույնականացումն այլ տվյալների բազաների հետ, ինչպես նաև էլեկտրոնային ապահովագրական փոխիսների թողարկումը:

18. ԱՀԱ ներդրման երկրորդ՝ փորձարկման փուլի 1-ին տարվա ընթացքում ԱՀԱ-ում կընդգրկվեն պետության կողմից սահմանված բնակչության խմբերը, այդ թվում՝ նպաստի համակարգում ընդգրկված և 28,01 և ավելի միավոր ունեցող ընտանիքի անդամներ, հաշմանդամություն ունեցող անձինք, մինչև 18 տարեկան երեխաներ, բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված այլ անձինք, սոցիալական փաթեթում ընդգրկված շահառուներ: Փորձարկման փուլի 2-րդ տարվա ընթացքում պետության կողմից սահմանված բնակչության խմբերին կմիանան նաև 63 և բարձր տարիքի քաղաքացիները, ինչպես նաև պետական հատվածի վարձու աշխատողները: Փորձարկման փուլի վերջին տարում՝ 2026 թվականին ԱՀԱ-ին հնարավորություն կունենան միանալու բոլոր վարձու աշխատողները, ինքնագրադված անձինք և գյուղատնտեսությունում զբաղվածները:

19. Նախատեսվում է, որ ԱՀԱ ներդրման վերջին՝ կիրարկման փուլում ՀՀ բոլոր քաղաքացիները կամ նրանց գերակշիռ մեծամասնությունը (95% և ավելի) կունենան միևնույն ծառայությունների փաթեթը:

20. Կախված հարկաբյուջետային հնարավորություններից՝ պետական բյուջեի հատկացումների ծավալից և փորձարկման փուլի տարեկան փաստացի ցուցանիշներից, փորձարկման փուլում բնակչության խմբերի և ծառայությունների փաթեթի ընդգրկման տեմպը կարող է փոփոխվել:

Աղյուսակ 2. Բնակչության ընդգրկման կանխատեսվող ցուցանիշներն ըստ ԱՀԱ ներդրման փուլերի

	Բնակչության խումբ	Շահառուների թվաքանակ 2019 թ.-ի տվյալներով	Նախապատ- րաստման փուլ	Փորձարկման փուլ			Ամբողջական կիրարկում
			2023 թ.	2024 թ.	2025 թ.	2026 թ.	2027 թ.
	Ընդամենը	2,962,000	Բնակչության խմբերի և նրանց պետական համաֆինան- սավորման չափաքանակ- ների օրենքով ամրագրում, ապահովա- գրվածների ռեեստրի ձևավորում, էլեկտրո- նային փոլիսների թողարկում	1,364,282	1,722,366	2,307,068	2,868,488
1.	Հաշմանդամություն ունեցող անձինք	191,959		191,959	191,959	191,959	191,959
2.	18 և բարձր տարիքի բնակչության սոցիա- լապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձինք	489,924		489,924	489,924	489,924	489,924
3.	Աշխատող բնակչություն և ինքնազբաղվածներ, որից	641,802		120,000	269,900	641,802	641,802
3.1.	<i>պետական հատվածի աշխատողներ, այդ թվում՝</i>	269,900			269,900	269,900	269,900
3.1.1.	<i>սոցիալաթերի շահառուներ</i>	120,000		120,000	120,000	120,000	120,000
4.	Թոշակառուներ (63 և բարձր տարիքի անձինք)	208,184			208,184	208,184	208,184
5.	Ուսանողներ	70,327					70,327
6.	Գործազուրկներ	62,119					62,119
7.	Աշխատանք փնտրողներ	28,974					28,974
8.	Երեխաներ (0-18 տարեկան անձինք)	562,399		562,399	562,399	562,399	562,399
9.	Գյուղացիական տնտեսություններում զբաղվածներ	212,800				212,800	212,800
10.	Բնակչության այլ խմբեր	493,512					400,000

4.2. Ծառայություններ

21. ԱՀԱ ներդրման առաջին՝ նախապատրաստման փուլում կձևավորվեն հիմնական ծառայությունների և նվազագույն ծառայությունների փաթեթները (Հավելված 2): Հիմնական ծառայությունների փաթեթը հասանելի կլինի ԱՀԱ-ի փորձարկման փուլի ընթացքում պետության կողմից սահմանված բնակչության, ինչպես նաև ԱՀԱ-ի փորձարկման փուլում միացած շահառուների համար: Նվազագույն ծառայությունների փաթեթը հասանելի կլինի ԱՀԱ-ում չընդգրկված քաղաքացիների համար:

22. ԱՀԱ-ի ներդրման վերջնարդյունքում բոլոր ապահովագրված քաղաքացիները կունենան միևնույն ծածկույթը, անկախ վճարունակությունից և սոցիալական կարգավիճակից, որը կտարբերվի միայն տարիքով և սեռով պայմանավորված հատուցումների առանձնահատկություններով:

23. Կամավոր բժշկական ապահովագրությունը կգործի ի լրումն ապահովագրված և չապահովագրված անձանց հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթներին և կներառի դրանցում չընդգրկված ծառայությունները:

4.3. Ծախսեր

24. Ծածկույթի ծախսերը կներառեն հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթի հատուցումների ծավալները և ռիսկային հավելումները: ԱՀԱ-ի կառավարման ծախսերը կհաշվարկվեն առանձին՝ հաշվի առնելով ԱՀԱ-ի կառավարման համար անհրաժեշտ գործառույթների իրականացումը արհեստավարժ մասնագետների, արդիական տեխնիկական և տեղեկատվական տեխնոլոգիաների միջոցով ապահովելու պարտադիր պայմանները՝ դրա համար նախատեսվող ծածկույթի ընդհանուր ծախսերից ոչ ավելի, քան 2%-ի չափով ծախսեր:

25. Ծածկույթի ապահովման համար անհրաժեշտ ծախսերի (այսուհետ՝ ծածկույթի ծախսեր) հաշվարկը կիրականացվի ԱՆ կողմից ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում՝ ՖՆ-ի հետ համաձայնեցված մեթոդաբանության հիման վրա:

26. Յուրաքանչյուր տարվա ծածկույթի ծախսերի հաշվարկը կիրականացվի՝ հիմք ընդունելով հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթի հատուցումների նախորդող ժամանակաշրջանի ծավալները, հիմնական և նվազագույն փաթեթների շրջանակներում հատուցվող ծառայությունների գների կանխատեսվող փոփոխությունները և դրանց հատուցման պայմանների կանխատեսվող փոփոխությունները, շահառուների սեռատարիքային կառուցվածքի և դիմելիության կանխատեսվող փոփոխությունները, առողջապահական քաղաքականության փոփոխությունների արդյունքում այն գործոնները, որոնք կարող են ազդել հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթների կառուցվածքի, ծառայությունների գների և դրանց հատուցման պայմանների, ինչպես նաև շահառուների դիմելիության կանխատեսվող ցուցանիշների վրա:

5. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցները

27. ԱՀԱ-ի համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցները կգոյանան երկու հիմնական աղբյուրներից՝ պետական բյուջեից և ԱՀԱ-ին միանալու ապահովագրական վճարներից:

28. Պետական բյուջեի միջոցները կհատկացվեն ծածկույթի ծախսերի ծածկման համաֆինանսավորման սկզբունքով՝ հաշվի առնելով շահառուների սոցիալական և առողջական ռիսկերը:

29. ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում կսահմանվի պետական բյուջեի միջոցներից ծածկույթի ծախսերի համաֆինանսավորման չափն ըստ ներդրման փուլերի, ինչպես նաև այդ գումարների հատկացման պարբերականությունը՝ հաշվի առնելով ֆիսկալ տարածքը: Այս փուլում կիրականացվեն նաև ԱՀԱ հիմնադրամի ստեղծման ծախսերը:

Աղյուսակ 3. ԱՀԱ-ի ներդրման համար պահանջվող ֆինանսական միջոցների կանխատեսվող ուղենիշային չափերն ըստ ներդրման փուլերի, մլրդ դրամ

	Նախապատրաստական փուլ	Փորձարկման փուլ				Կիրարկում
		2023 թ.	2024 թ.	2025 թ.	2026 թ.	2027 թ.
Ընդամենը, որից	1.5	185,0	235,0	305,0	370,0	
Պետական բյուջե (մասնակի և ամբողջ ծավալով սուբսիդավորում)	1.5	175,0	220,0	270,0		Ուղենիշային ՀՆԱ 4 %
Ապահովագրական վճար		Կախված միացողների թվից	Կախված միացողների թվից	Կախված միացողների թվից	Կախված սուբսիդավորման համամասնությունից	

30. Աղյուսակ 3-ում ներկայացված գումարները հաշվարկվել են 2019 թ.-ի տվյալների բազայի հիման վրա կատարված ակտուարական հաշվարկներից ելնելով և կարող են փոփոխվել ըստ ներդրման փուլերի՝ գնաճով, դիմելիությամբ և այլ գործոններով պայմանավորված ռիսկերից, ինչպես նաև ծածկույթի կառավարման ծախսերի չափից ելնելով: 2023 թ.-ին նախատեսվող 1,5 մլրդ դրամի չափով ծախսն իր մեջ ներառում է ԱՀԱ Հիմնադրամի ստեղծման կապիտալ և գործառնության ծախսերը:

31. ԱՀԱ ներդրման յուրաքանչյուր փուլում պետության կողմից իրականացվող համաֆինանսավորման (սուբսիդավորման) սկզբունքներից և չափից ելնելով՝ կկանխատեսվեն դրանց ծավալները:

32. Ըստ ԱՀԱ ներդրման փուլերի, կառավարությունը պետական բյուջեից ամբողջությամբ վճարվող աշխատավարձերի, կենսաթոշակների, նպաստների և այլ դրամական միջոցների շահառուների համար պլանավորվող գումարների ավելացումներում կարող է նախատեսել վերջիններիս ապահովագրական վճարները: Բացի դրանից, ԱՀԱ ներդրման փորձարկման փուլի սկզբից՝ 2024 թ.-ից սկսված, պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների սոցիալական փաթեթի շահառու և այլ աշխատակիցներին հնարավորություն կընձեռվի սոցիալական փաթեթի գումարը վերահասցեագրել որպես ապահովագրական վճար:

5.1. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը

33. ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում օրենքով կսահմանվեն ֆինանսական միջոցների հավաքագրման ժամկետները, պարբերականությունը, տեղեկատվության փոխանակման կարգն ու պայմանները: Առանձին ենթաօրենսդրական ակտերով, ինչպես նաև ԱՀԱ Հիմնադրամի կառավարման խորհրդի որոշումներով կսահմանվեն քաղաքացիների կողմից համաֆինանսավորման գումարների հավաքագրման առանձնահատկությունները:

34. ԱՀԱ-ի փորձարկման փուլում ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը կիրականացվի գանձապետական հատուկ հաշվում: ԱՀԱ-ի ամբողջական ներդրումից հետո ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը կարող է փոխանցվել կենսաթոշակային հիմնադրամներին:

35. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրման մեխանիզմները կտարբերակվեն ըստ եկամուտների աղբյուրների: Պետական բյուջեից ֆինանսական միջոցները կհավաքագրվեն ամսական կտրվածքով՝ ըստ պետական համաֆինանսավորման չափերի ձևավորված շահառուների ցանկերի: Մասնակիցներն իրենց վճարները կփոխանցեն իրենց գործատուների միջոցով կամ ինքնուրույն՝ կախված շահառուի փոխանցման պահին ունեցած կարգավիճակից:

6. Կառավարումը

36. ԱՀԱ-ի կառավարման նպատակով ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում կստեղծվի առողջության համապարփակ ապահովագրության հիմնադրամ (այսուհետ՝ Հիմնադրամ):

37. Հիմնադրամի գործառնությունները կսահմանվեն օրենքով, իսկ կանոնադրությունը կհաստատվի կառավարության որոշմամբ: Հիմնադրամը կունենա կառավարման խորհուրդ, որի կողմից կիրականացվի հիմնական որոշումների ընդունումը: Հիմնադրամի կառավարման ընթացքում արդյունավետ որոշումների կայացման, դրանց մասնակցային և թափանցիկ բնույթն ապահովելու նպատակով, կառավարման խորհրդին կից կգործեն երկու հանձնաժողովներ՝ ռազմավարական գնումների և կատարողականի վերահսկման: Խորհրդի անդամները կաշխատեն հասարակական հիմունքներով: Կառավարման խորհրդում կարող են ընդգրկվել կառավարության անդամներ, գործատուների, աշխատողների, սպառողների և առողջապահության մասնագիտական հատվածի շահերը ներկայացնող կազմակերպությունների անդամներ՝ հավասար ներկայացուցչականությամբ (50-ական տոկոս մասնակցությամբ կառավարության և մյուս ներկայացուցիչների համար): Կառավարման խորհրդին կից հանձնաժողովներում կլինեն ներկայացուցիչներ բժշկական կազմակերպությունները ներկայացնող միություններից, հասարակական կազմակերպություններից, մասնագիտացված ասոցիացիաներից: Կարող են ընդգրկվել նաև ոլորտային փորձագետներ: Կառավարման խորհրդի կազմը կնշանակվի վարչապետի կողմից, 1-ից 3 տարի ժամկետով, իսկ կառավարման

խորհրդի նախագահ ի պաշտոնե կնշանակվի առողջապահության նախարարը (Հիմնադրամի կառուցվածքը ներկայացված է Հավելված 3-ում):

38. Ծառայությունների գնման նպատակով բժշկական կազմակերպությունների ընտրության չափանիշները և կարգը սահմանվում են Հիմնադրամի խորհրդի կողմից և պետք է հանդիսանան այն հիմնաքարերը, որոնք կապահովեն Հիմնադրամի ֆինանսական կայունությունը, ապահովագրության ներդրման նպատակների իրագործումը, ռազմավարական գնորդին բնորոշ գործառույթների իրացումը:

39. Պայմանագրերի ընտրողական կնքման սկզբունքը (selective contracting) պետք է կիրառվի ոչ միայն բժշկական կազմակերպությունների, այլ նաև այդ բժշկական կազմակերպություններից գնման ենթակա ծառայությունների ցանկերի նկատմամբ: Անհրաժեշտ է գնահատել նաև բժշկական օգնության և սպասարկման որոշակի ծառայությունների նկատմամբ բնակչության պահանջարկն ըստ տարածաշրջանների՝ հիմնվելով դրանց սպառման ցուցանիշների վերլուծությունների վրա: ԱՆ-ն և Հիմնադրամը համատեղ կմշակեն բժշկական օգնության, սպասարկման և դեղերի որոշակի տեսակներ ՀԾՓ-ում և ՆԾՓ-ում ընդգրկելու (կամ չընդգրկելու) սկզբունքներ, որը պետք է հիմնված լինի հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վերլուծության, ապացուցողական բժշկության հիման վրա կատարված ծախսարդյունավետության գնահատման, ինչպես նաև տեխնոլոգիական զարգացման ապահովման վրա: Այս սկզբունքների հիման վրա կառավարությունը կիրականացնի ՀԾՓ-ի և ՆԾՓ-ի պարբերական վերանայումներ:

40. Հիմնադրամի աշխատակազմը պետք է ունենա բժշկական կազմակերպությունների ներկայացուցիչների հետ պայմանագրերի կազմման և կատարման պայմանների մշտադիտարկման գործառույթներ: Մշտադիտարկումները պետք է կատարվեն համապատասխան վերլուծությունների միջոցով՝ բժշկական կազմակերպությունների, հզորությունների, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի, ֆինանսական կարգապահության, պացիենտների կարծիքների վերաբերյալ բժշկական կազմակերպություններից կամ հարցումների միջոցով ստացվող տվյալների հիման վրա: Այդ ամենը պետք է նպաստի պայմանագրերի ընտրողական կնքմանը, ինչը պետք է հիմնված լինի հստակ սահմանված չափանիշների և թափանցիկ գործընթացի վրա և ապահովի բնակչության համար ծառայությունների ֆիզիկական (տարածքային) մատչելիություն և որակի համապատասխան մակարդակ:

41. Պայմանագրային գումարի կիրառումը կարևոր գործիք է ֆինանսական միջոցներն արդյունավետ ծախսելու համար, սակայն դրա կիրառումը պետք է շատ ճկուն լինի, չնախատեսի պայմանագրային գումարների փոփոխության հետևանքով պայմանագրերի անընդհատ փոփոխություններ, հաշվի առնի նաև բժշկական օգնության և սպասարկման որակը բնութագրող ցուցանիշների գնահատումը:

42. Նախատեսվում է, որ Հիմնադրամը կօգտագործի գնագոյացման մշակված գործիքներ՝ օգտագործվող դեղերի և ԲՆԱ ծավալները և հնարավոր ծախսերը գնահատելու համար: Այդ գործիքները Հիմնադրամը կօգտագործի տեղական արտադրողների և ներմուծողների հետ բանակցելիս՝ ծառայության գների վերաբերյալ համաձայնություն ստանալու ժամանակ, իսկ դեղերի և ԲՆԱ կենտրոնացված ձեռքբերման հնարավորությունը կարող է օգտագործվել որպես գործիք՝ ներքին արտադրողների և ներմուծողների հետ բանակցություններում:

43. Մարդասիրական, բարեգործական ճանապարհներով ստացված ապրանքների բաշխումը և դրանց հետագա ծախսագրումը պետք է համաձայնեցվեն Հիմնադրամի հետ: Հիմնադրամը նաև պետք է լիազորություն ունենա մասնակցել ԱՆ կողմից՝ դոնոր կազմակերպությունների հետ համատեղ մշակվող ծրագրերին, ներկայացնել առաջարկություններ կազմվող ծրագրերի վերաբերյալ: Հիմնադրամը կարող է նաև հանդես գալ որպես առողջապահության բնագավառում ԱՆ-ի հետ համատեղ ծրագրեր իրականացնող՝ գնահատելով ծրագրի անհրաժեշտ ուղղությունները և իրականացման դեպքում դրա ծախսարդյունավետությունը:

7. Ծառայությունների փոխհատուցումը

44. ԱՀԱ-ի կողմից հատուցումները կարգավորող ենթաօրենսդրական նորմատիվ փաստաթղթերը կմշակվեն ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում:

45. Նախապատրաստական փուլում կսահմանվեն ԱՀԱ-ի կայունացման/պահուստային միջոցների չափերը:

46. Հատուցումների ապահովման և ԱՀԱ Հիմնադրամի կառավարման ծախսերի իրականացման նպատակով կսահմանվեն պարբերական վճարումների կատարման համար անհրաժեշտ շրջանառու միջոցների չափերն ու դրանց տրամադրման մեխանիզմները, որոնք կարող են վերանայվել ըստ ԱՀԱ ներդրման փուլերի:

47. ԱՀԱ ներդրման արդյունավետության համար կարևոր նշանակություն ունեն ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմները: Ապահովագրական փաթեթներում ընդգրկվող հիմնական ծառայությունների փոխհատուցման համար կկիրառվի խառը փոխհատուցման սկզբունքը: ԱԱՊ մակարդակում կգուզակցվեն ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորումը, ամբուլատոր պայմաններում հիվանդությունների բուժման դիմաց փոխհատուցման, ինչպես նաև ըստ գործունեության արդյունքների գնահատման ֆինանսավորման էլեմենտները: Հիվանդանոցային մակարդակում փոխհատուցումը կիրականացվի ըստ ավարտված դեպքի՝ այն գուզակցելով պայմանագրային գումարի և որակի գնահատման ցուցանիշների էլեմենտներով:

48. Արտահիվանդանոցային պայմաններում քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում դեղերի փոխհատուցումը կիրականացվի դեղատոմսերի հիման վրա՝ հիմնական

դեղերի ցանկում ընդգրկված և փոխհատուցման ենթակա դեղերի համար Հիմնադրամի կողմից սահմանված դեղերի առավելագույն գների վերաբերյալ հրապարակային առաջարկ ներկայացնելու միջոցով, որին կարող է միանալ տարածքում գործող և համապատասխան լիցենզիա ունեցող ցանկացած կազմակերպություն: Հիմնադրամը կվարի դեղերի փաթեթների սահմանաչափերի վերաբերյալ շահառուների անհատականացված հաշվառում:

49. Արտահիվանդանոցային պայմաններում քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում դեղերի՝ Հիմնադրամի կողմից սահմանված փոխհատուցման առավելագույն գնից բարձր գնով ձեռքբերման դեպքում կգործի լրավճարի սկզբունքը, և քաղաքացին կվճարի հաստատված առավելագույն գնի և վաճառքի գնի տարբերությունը: Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը կազմելու համար կիրականացվի հիմնական դեղերի ցանկի վերանայում և գնահատում, դրա արդյունավետության գնահատում՝ ելնելով հիմնական հիվանդությունների կառուցվածքից և շահառուների խմբերից:

50. Փոխհատուցման համար կիրառվելու են ԱՆ կողմից հաստատված նոր մեթոդաբանության հիման վրա հաշվարկված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գները: Ընդ որում, ծառայությունների գների հաշվարկման հիմքում ընկած նորմատիվային ծախսերը՝ դեղերի և ԲՆԱ, լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների, վիրահատական միջամտությունների, ախտորոշման և բուժման ընթացքում մատուցված մասնագիտական խորհրդատվության մասով, պետք է հանդիսանան ծառայությունների մատուցման նվազագույն տեխնիկական չափանիշներ: Նախապատրաստման փուլում կսահմանվեն նաև բուժանձնակազմի աշխատավարձի նվազագույն սահմանաչափերը՝ ըստ մասնագիտությունների: Կարևոր է նաև վերադիր ծախսերի չափաքանակների սահմանումը: Վերադիր ծախսերի չափը կարող է օգտագործվել որպես բժշկական կազմակերպությունների զարգացման ցուցիչ: Զարգացող առողջապահության համակարգ ունենալու, ներդրումներ ապահովելու նպատակով վերադիր ծախսերի չափը կարող է ավելացվել: Հիմնադրամը նաև պետք է հրապարակի փոխհատուցման ենթակա ծառայությունների տեխնիկական նվազագույն պայմանները՝ այդ թվում լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների համար:

51. Պայմանագրով նախատեսված պայմանների էական, ինչպես նաև պարբերական խախտումների համար կսահմանվեն պատասխանատվության միջոցներ ինչպես բժշկական կազմակերպությունների, այնպես էլ բժիշկների համար՝ ընդհուպ մինչև պայմանագրի լուծարում կամ լիցենզիայից զրկելու համար դիմում ԱՆ:

52. Ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման տեխնիկական չափանիշները և նորմատիվային ծախսերը կզուգակցվեն ծառայությունների որակի պահանջների հետ: Այդ տեսանկյունից կարևորվում է ԱՆ կողմից գործելակարգերի և նորմատիվների հաստատումը, կիրառման ապահովումը և հետագա բարելավումները: Որպես հիմնական կիրարկող կառույց կարող է հանդես գալ Հիմնադրամը, որը կիրականացնի

դրանց պրակտիկ կիրառման մշտադիտարկում, ծախս-արդյունավետության փորձարկում և տվյալներ կտրամադրի Հիմնադրամի խորհրդին՝ հետագա բարելավումների համար: Բացի դրանից, Հիմնադրամը կարող է գոյություն ունեցող կլինիկական ուղեցույցների կամ նորմատիվների հիման վրա մշակել սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում կիրառելի գործելակարգեր, որոնք կօգտագործվեն դեպքերի փոխհատուցման ժամանակ:

8. ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը

53. ԱՀԱ-ի ներդրման փորձարկման փուլից սկսած կառավարությունը կապահովի պետական բյուջեից հատկացվող ֆինանսական միջոցների աստիճանական ավելացում՝ ԱՀԱ-ի վերջնական ներդրման տարվա (2027 թ.) և հաջորդ տարիների համար ապահովելով պետական բյուջեի ծախսերի առնվազն 15% կամ ՀՆԱ-ում նվազագույնը 4% չափաբաժին:

Հիմնադրամի ֆինանսական հոսքերը կապահովվեն ամսական կտրվածքով՝ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին, Հիմնադրամի գանձապետական հաշվեհամարին կատարվող փոխանցումների միջոցով:

54. Կառավարությունը կքննարկի Հիմնադրամի տարեկան բյուջեի նախագիծը հիմնական ֆինանսական ցուցանիշների մակարդակով, ինչպես օրինակ՝ պլանավորված եկամուտներն ու ծախսերը, նախատեսվող դեֆիցիտը կամ ավելցուկը, վարչական ծախսերի տեսակարար կշիռը և այլն, և որպես պետական բյուջեի բաղկացուցիչ մաս այն կներկայացնի Ազգային ժողովի հաստատմանը:

55. Հիմնադրամը՝ յուրաքանչյուր բյուջետային տարվա համար, կառավարության որոշմամբ հաստատված մեթոդաբանության հիման վրա, կհաշվարկի մեկ շահառուի հաշվով համաֆինանսավորման չափը և ծածկույթի ծախսերը, կհամադրի պլանային եկամուտների հետ և ԱՀԱ խորհրդին կներկայացնի առաջարկություններ դեֆիցիտի լրացման աղբյուրների կամ ավելցուկի ծախսման ուղղությունների վերաբերյալ: Հիմնադրամի կողմից կներկայացվեն նաև միջին ժամկետ և երկարաժամկետ ծախսերի և եկամուտների գնահատականներ: Ներդրման յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում, սկսած երրորդ եռամսյակից, Հիմնադրամը խորհուրդ պետք է ներկայացնի ընթացիկ տարվա ֆինանսական ցուցանիշները, ավելցուկի կամ դեֆիցիտի չափը, ինչպես նաև առաջարկություններ ծառայությունների փաթեթի ընդլայնման կամ սահմանափակումների կիրարկման վերաբերյալ:

56. Յուրաքանչյուր տարվա համար ԱՀԱ գործադիր տնօրենը կհաշվարկի Հիմնադրամի վարչական ծախսերը և կներկայացնի կառավարման խորհրդի հաստատմանը:

57. Ապահովագրության ներդրումը բժշկական կազմակերպությունների կողմից կարող է դիտվել որպես լրացուցիչ միջոցներ ներգրավելու աղբյուր՝ իրականում ոչ

անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցելու և դրանց դիմաց փոխհատուցում ստանալու միջոցով: Այս երևույթը հայտնի է որպես անբարեխղճության ռիսկ: Նման ռիսկերի մեղմման նպատակով պետք է կիրառվեն փոխհատուցման մեխանիզմներ, որոնք կսահմանափակեն բժշկական կազմակերպությունների կողմից ապահովագրվածներին ոչ անհրաժեշտ ծառայությունների մատուցումը: Մյուս կողմից, շահառուների համար կկիրառվեն խրախուսման մեխանիզմներ՝ ծառայությունների քիչ սպառման համար: Կկիրառվեն նաև կանխարգելիչ հետազոտությունների պարտադիր անցկացման դեպքում փաթեթի ակտիվացման մեխանիզմներ, ինչպես նաև քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում դրանց դինամիկ հսկման ապահովման պարտադիր պայմաններ: Ներդրված կլինիկական ուղեցույցների, գործելակարգերի և ծախսերի նորմատիվների հետ կապված առաջացող սահմանափակումները պետք է նպաստեն բժշկական օգնության և սպասարկման որակի և մատչելիության բարձրացմանը և չկրեն սուբյեկտիվ՝ փորձագիտական մակարդակի կամ զուտ ֆինանսական սահմանափակման բնույթ: Նմանատիպ ռիսկերի մեղմման նպատակով որոշ ծառայությունների և բնակչության որոշ խմբերի համար հատուցումների ծավալների սահմանափակումները կարող են արդյունավետ լինել: Բացի դրանից, ԱՀԱ ներդրման առնվազն սկզբնական ժամանակահատվածում կկիրառվի բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման պայմանագրային առավելագույն գումարի կիրառման սկզբունքը, որը կգուգակցվի որակի գնահատման ցուցանիշների և կատարողականի ընթացիկ վերլուծությունների մեխանիզմներով և կհանդիսանա իրականում ոչ անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցելու գայթակղության զսպման մեխանիզմ:

58. Կանխատեսվում է, որ ԱՀԱ ներդրման սկզբում՝ 1-2 տարիների ընթացքում հնարավոր է ծառայությունների ծավալների աճ, որոնք պայմանավորված են նախկինում որոշակի առողջական խնդիրներ ունեցող, սակայն բժշկի չդիմած շահառուների դիմելիության աճով: Այդ ռիսկերը, որոնք տնային տնտեսությունների հետազոտությունների 2019 թվականի ամփոփ արդյունքների համաձայն կազմում են հարցվածների 71.7%-ը, պայմանավորված են ԱԱՊ ծառայություններից օգտվելու համար չդիմելու հիմնական պատճառներով՝ ինքնաբուժմամբ զբաղվելով (59,1%) և ֆինանսական խոչընդոտներով (12,6%): Հետևաբար, ապահովագրավճարների հաշվարկման դեպքում պետք է հաշվի առնել դիմելիության աճի հնարավոր ռիսկը:

9. Հաշվետվողականություն, մոնիթորինգ և վերահսկում

59. ԱՀԱ-ն հնարավորություն կտա ապահովել բժշկական օգնության և սպասարկման մատուցման և փոխհատուցման համադրելի տվյալների ստացումը, որոնք հիմք կհանդիսանան ապահովագրության գործընթացի թափանցիկ իրականացման համար: Այդ առումով, պետք է հաստատվեն ֆինանսական և ոչ ֆինանսական տվյալներ պարունակող հաշվետվությունների ստանդարտ ձևաչափեր՝

1) արտաքին օգտագործողների համար՝ կառավարություն, վարչապետ, Ազգային ժողով.

2) ԱՀԱ կառավարման համար՝ Հիմնադրամի կառավարման խորհուրդ.

3) ներքին օգտագործման համար՝ Հիմնադրամի կառուցվածքային ստորաբաժանումներ, տնօրինություն.

4) հանրային հաշվետվություններ:

60. Հիմնադրամի կողմից պարբերաբար հրապարակվող տվյալների և հաշվետվությունների ձևերը, կառուցվածքն ու բովանդակությունը նախօրոք պետք է հաստատվեն կառավարման խորհրդի կողմից:

61. Հաշվետվություններում պետք է ընդգրկվեն այն բոլոր ցուցանիշները, որոնք կարող են արտացոլել ԱՀԱ կարճաժամկետ նպատակների իրականացումը, ինչպես նաև գնահատել այդ ընթացքում իրականացվող միջոցառումների արդյունքները:

62. Ներքին օգտագործման համար կարող են կիրառվել հաշվետվությունների ոչ ստանդարտ ձևաչափեր, որոնք ունակ կլինեն տվյալներ տրամադրել ֆինանսական հոսքերի օպտիմալ կառավարման, բժշկական կազմակերպությունների կատարողականների և բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ընթացիկ վերահսկման նպատակով:

63. Պետք է մշակվեն մշտադիտարկման իրականացման կանոնակարգեր, կազմվեն անհրաժեշտ տվյալների ցանկերը, որոնք պետք է համադրվեն ծառայությունների վերահսկման նպատակով: Բժշկական կազմակերպություններից կարող են պահանջվել ոչ միայն ստանդարտ հաշվետվություններ, որոնք կօգտագործվեն ծառայությունների դիմաց ֆինանսավորման նպատակով, այլև այլ տվյալներ, որոնք կրնա լինեն ծառայությունների համար կատարված ծախսերը և բժշկական օգնության և սպասարկման որակը, ծառայությունների համար սահմանված տեխնիկական չափանիշների ապահովումը:

64. Ապահովագրված անձանց նույնականացման նպատակով օրենքով կամ կառավարության որոշումներով կսահմանվեն տարբեր գերատեսչությունների կողմից Հիմնադրամին ներկայացվող տվյալների շտեմարանների ցանկերը, դրանց տրամադրման հաճախականությունը, ձևաչափը:

65. Հիմնադրամի կառուցվածքում կլինի ներքին աուդիտի ստորաբաժանում, որի անդամները կնշանակվեն անմիջականորեն խորհրդի կողմից: Այդ ստորաբաժանումը, այլ գործառույթների հետ մեկտեղ, պատասխանատու կլինի նաև կառույցի կողմից բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքված պայմանագրերի կատարողականների վերահսկման համար, որոնց արդյունքների վերաբերյալ պարբերաբար կգեկուցի խորհրդին: Հիմնադրամի աշխատանքների գնահատումը կիրականացվի ԱՀԱ խորհրդի կողմից հաստատված արդյունքային ցուցանիշների հիման վրա, որոնց մշակման և գնահատման մեթոդաբանությունը կհաստատվի խորհրդի կողմից:

66. Հիմնադրամը կունենա արտաքին աուդիտ: Հաշվեքննիչ պալատը կիրականացնի բյուջեի կատարողականի գնահատում, իսկ միջազգային հեղինակավոր աուդիտորական կազմակերպության կողմից կիրականացվի Հիմնադրամի ֆինանսական աուդիտ:

67. Հիմնադրամը պարբերաբար, առնվազն եռամյա կտրվածքով, կներկայացնի տեղեկատվություն ԱՀԱ ներդրման նպատակի և միջոցառումների արդյունքային ցուցանիշների համախմբում ներկայացված արդյունքների (Հավելված 4) և ԱՀԱ ներդրման ազդեցության գնահատման վերաբերյալ (Հավելված 5), որոնք հիմք կհանդիսանան ԱՀԱ գործունեության գնահատումն իրականացնելու համար:

10. Առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունը ԱՀԱ ներդրմանը

68. ԱՀԱ ներդրման պայմաններն ուղղակիորեն կապված են առողջապահության հիմնական գործառույթների իրականացման հետ: Տարիների ընթացքում ձևավորված խնդիրները, որոնք բերել են առողջապահության համակարգի կառավարման, առողջության առաջնային պահպանման օղակի, դեղորայքային քաղաքականության, տեղեկատվական համակարգերի, կադրերով ապահովման գործառույթների արդյունավետության նվազեցման, պետք է իրենց առաջնահերթ լուծումները ստանան ապահովագրական համակարգի ներդրումից առաջ, ինչպես նաև ներդրմանը զուգահեռ՝ առաջացող նոր հարաբերությունների պայմաններում: Ուստի ակնկալվում է, որ Հայեցակարգի ընդունումից հետո ԱՆ-ն կիրականացնի ԱՀԱ ներդրման պայմաններն ապահովող միջոցառումները՝ դրանց կատարման համար սահմանված ժամկետներում:

69. Այդ տեսանկյունից կարևորվում է ԱՆ կողմից արդեն իսկ հաստատված ԱԱՊ բարեփոխումների, բուժօգնության որակի բարելավման, առողջապահության տեղեկատվական համակարգի զարգացման ռազմավարությունների, ենթակառուցվածքների զարգացման ծրագրերի հետևողական իրականացումը:

Հավելված 1: Առողջության համապարփակ ապահովագրության փուլային ներդրման միջոցառումների ցանկը 2023-2026 թվականների համար

Հ/Հ	Միջոցառման անվանումը	Պատասխանատու մարմինը	Համակատարող մարմինը(ները)	Կատարման ժամկետը	Ակնկալվող արդյունքը
1.	Ծածկույթ/Բնակչություն				
1.1.	Պետության կողմից համաֆինանսավորվող բնակչության խմբերի և/կամ ծառայությունների (հիվանդությունների) որոշում ըստ ԱՀԱ ներդրման փուլերի	Առողջապահության նախարարություն	Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն Արդարադատության նախարարություն	2023 թ. հունիս	ԱՀԱ օրենքում բնակչության խմբերի ամրագրում
1.2.	Բնակչության խմբերի նույնականացում, ապահովագրվածների ռեեստրի ձևավորում և էլեկտրոնային կամ քարտային փոխիսների թողարկում	Առողջապահության նախարարություն	«ԷԿԵՆԳ» ՓԲԸ	2023 թ. նոյեմբեր 2024 թ. նոյեմբեր 2025 թ. նոյեմբեր 2026 թ. նոյեմբեր	ԱՀԱ Հիմնադրամի կողմից վարվող Ապահովագրվածների էլեկտրոնային ռեեստր
2.	Ծածկույթ/ծառայությունների փաթեթ				
2.1.	Առողջության համապարփակ ապահովագրության շրջանակներում հատուցման ենթակա հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթի մշակում և գնահատում՝ ակտուարական հաշվարկների և կանխատեսումների միջոցով	Առողջապահության նախարարություն	-	2023 թ. հունիս 2024 թ. հունիս 2025 թ. հունիս 2026 թ. հունիս	Ծածկույթի ծախսերի չափը հաշվարկված է ըստ Ապահովագրված և չապահովագրված 1 անձի
2.2.	Առողջության համապարփակ ապահովագրության շրջանակներում հատուցման ենթակա հիմնական և նվազագույն ծառայությունների	Առողջապահության նախարարություն		2023 թ. հունիս	Մշակված և գործող գործիքը տեղակայված է, համապատասխան մասնագետներն ուսուցված են

	փաթեթի հաշվարկման գործիքի մշակում				
3.	Եկամուտների հավաքագրում				
3.1.	Ըստ բնակչության խմբերի պետության համաֆինանսավորման չափաքանակների որոշում	Առողջապահության նախարարություն	Ֆինանսների նախարարություն	2023 թ. հունիս 2026 թ. հունիս	ԱՀԱ օրենքում ֆիքսված է համաֆինանսավորման չափաքանակը փորձարկման փուլից և վերջնական ներդրման փուլից առաջ
3.2.	Պետության և ինքնուրույն մասնակիցների կողմից ԱՀԱ-ին միանալու վճարների կատարման մեխանիզմի մշակում	Առողջապահության նախարարություն	Ֆինանսների նախարարություն	2023 թ. հունիս	Հաստատված է վճարների կատարման կարգն ըստ ԱՀԱ-ի եկամուտների աղբյուրների
4.	ԱՀԱ-ի կառավարում				
4.1.	Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրմանն ուղղված օրենսդրական փաթեթի մշակում	Առողջապահության նախարարություն	Արդարադատության նախարարություն	2023 թ. ապրիլ	Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին օրենք, այլ օրենքներում փոփոխություններ կատարելու մասին օրենսդրական փաթեթ
4.2.	Առողջության համապարփակ ապահովագրության հիմնադրամի և դրա կառավարման խորհրդի ստեղծում, վերջինիս գործունեությունը կարգավորող ենթաօրենսդրական նորմատիվ իրավական ակտերի փաթեթի մշակում	Առողջապահության նախարարություն	Արդարադատության նախարարություն Էկոնոմիկայի նախարարություն	2023 թ. հունիս	Առողջության համապարփակ ապահովագրության հիմնադրամի ստեղծման և կանոնադրության հաստատման մասին կառավարության որոշում, կառավարման խորհրդի հաստատման մասին վարչապետի որոշում, Հիմնադրամի ստորաբաժանումների, աշխատակիցների գործունեությունը կանոնակարգող փաստաթղթերի հաստատում

5.	Փոխհատուցում				
5.1.	Բժշկական օգնության և սպասարկման, դեղերի դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմների մշակում	Առողջապահության նախարարություն		2023 թ. նոյեմբեր	Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային, այդ թվում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների, քրոնիկ հիվանդների արտահիվանդանոցային պայմաններում հատկացվող դեղերի փոխհատուցման հաստատված կարգ
5.2.	Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գների հաշվարկման գործիքի մշակում	Առողջապահության նախարարություն		2023 թ. հունիս	Առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված տեխնիկական առաջադրանք, դրա հիման վրա մշակված գործիք, որի հիման վրա հաշվարկվում են բժշկական ծառայությունների գները
5.3.	Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների, դեղերի փոխհատուցման պայմանագրերի օրինակելի տարբերակների մշակում			2023 թ. նոյեմբեր	Ըստ մատակարարողների տեսակների հաստատված պայմանագրերի օրինակելի ձևեր
5.4.	Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների, դեղերի մրցակցային գնում			2023 թ. դեկտեմբեր 2024 թ. դեկտեմբեր 2025 թ. դեկտեմբեր 2026 թ. դեկտեմբեր	Ծառայությունների և դեղերի գնման մրցակցային կարգի հիման վրա ընտրված մատակարարների ցանկ

Հավելված 2: Հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթների նկարագրերը

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ԽՄԲԵՐ	Մինչև 18 տարեկան անձանց համար ՀԾՓ	18 տարեկանից բարձր ապահովագրված անձանց համար ՀԾՓ	18 տարեկանից բարձր չապահովագրված անձանց համար ՆԾՓ
Ծառայության նկարագրություն	Հաարուցում/հաարուցման չափ		
Արտահիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում՝			
Տեղամասային բժշկի խորհրդատվությունը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում վերջինիս ուղեգրմամբ նեղ մասնագետների խորհրդատվությունը և բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրում լաբորատոր-գործիքային՝ այդ թվում հատուկ և դժվարամատչելի լաբորատոր-գործիքային ակստորոշիչ հետազոտությունների համար	100%	100%	Տեղամասային բժշկի խորհրդատվությունը և բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրում ընդհանուր բնույթի լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների համար (արյան և մեզի ընդհանուր քնություն, արյան բիոքիմիական հետազոտություն (մինչև 7 բաղադրիչ)), քրոնիկ հիվանդությամբ հաշվառման մեջ գտնվելու դեպքում համապատասխան նեղ մասնագետի խորհրդատվություն՝ տարեկան ոչ ավելի, քան 4 այց
Բժիշկ-փորձագետների և հեռախոսագանգերի կենտրոնի շուրջօրյա խորհրդատվական ծառայություն	100%	100%	100%
Մտավոր և ֆիզիկական խնդիրներ ունեցող երեխաների խնամքի ծառայություններ	100%	-	-
Հղիության հսկողության ընթացքում մասնագիտացված խորհրդատվությունը և պարտադիր լաբորատոր-գործիքային ակստորոշիչ հետազոտությունները	100%	100%	100%

Շտապ բժշկական օգնության ծառայություններ, այդ թվում սանավիացիա՝ համաձայն հիվանդությունների ցանկի	100%	100%	Տարեկան ոչ ավելի, քան 4 կանչ
Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունը	100%	Ստոմատոլոգիական անհետաձգելի բժշկական օգնությունը (զննում և ատամի հեռացում, մինչև երկու ատամի վիրաբուժական բուժում, պրոթեզավորում 63 և բարձր տարիքի անձանց համար)	Միայն 63 և բարձր տարիքի անձանց համար (զննում և ատամի հեռացում, մինչև երկու ատամի վիրահատական կամ թերապևտիկ բուժում, պրոթեզավորում)
Հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված և տեղամասային բժշկի կողմից նշանակված դեղերի տրամադրում	- տուրերկուլոզ (հակատուրերկուլոզային դեղեր), հոգեկան հիվանդություններ (հոգեմետ դեղեր), չարորակ նորագոյացություններ (հակաուռուցքային դեղեր, հեմոֆիլիայի դեղեր, ցավազրկող դեղեր, թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր), շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետ (հակադիաբետիկ դեղեր), էպիլեպսիա (հակացնցումային դեղեր), պարբերական հիվանդություն	- արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, դրանցից՝ արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդություններ/գերճնշումային հիվանդություն, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, ուղեղի անոթային հիվանդություն, կորոնար շրջանառությունը բարելավող դեղեր՝ սրտամկանի ինֆարկտից հետո սահմանված ժամանակահատվածում, սրտի փականների արատների դեպքում պրոթեզավորումից հետո տրամադրվող հակակոագուլյանտներ. - ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ, դրանցից՝ թիրեոտոքսիկոզ (հիպերթիրեոզ), շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետի դեպքում հակադիաբետիկ դեղեր.	Միայն հետևյալ քրոնիկ հիվանդությունների բուժման նպատակով՝ - կորոնար շրջանառությունը բարելավող դեղեր՝ սրտամկանի ինֆարկտից հետո սահմանված ժամանակահատվածում, սրտի փականների արատների դեպքում պրոթեզավորումից հետո տրամադրվող հակակոագուլյանտներ. - շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետի դեպքում հակադիաբետիկ դեղեր. - քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (երիկամային փոխպատվաստման և (կամ) ծրագրային հեմոդիալիզի դեպքերում (ցիկլոսպորին, էրիթրոպոետին, մոֆետիլի միկոֆենոլատ և (կամ) դրանց համարժեք այլ դեղեր), տուրերկուլոզ (հակատուրերկուլոզային դեղեր), հոգեկան հիվանդություններ (հոգեմետ դեղեր), չարորակ նորագոյացությունների դեպքում ցավազրկող դեղեր և թմրամիջոցների

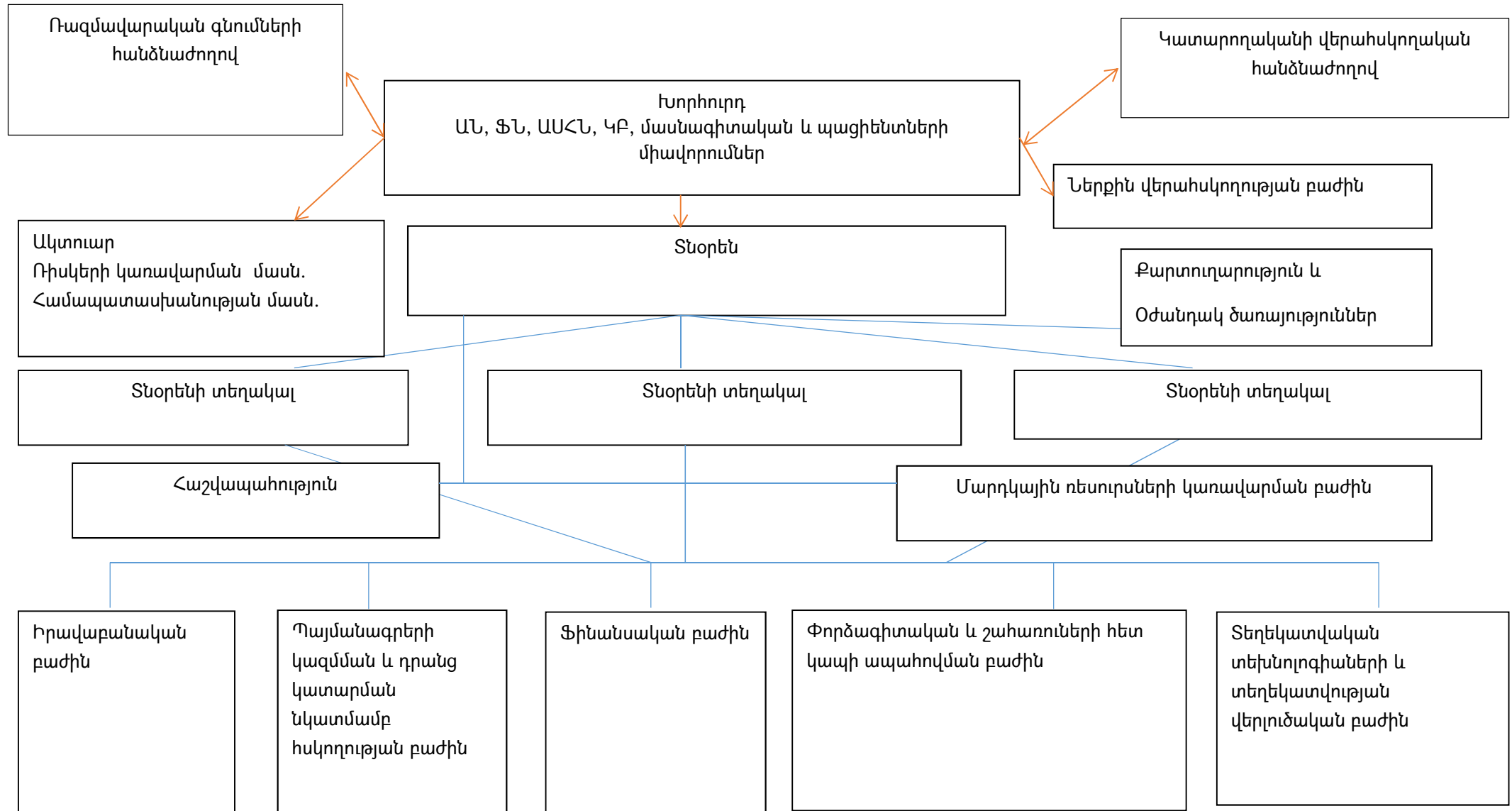
	(կոլխիցին և կամ այլ դեղեր), մալարիա (հակամալարիային դեղեր), քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (երիկամային փոխպատվաստման և (կամ) ծրագրային հեմոդիալիզի դեպքերում (ցիկլոսպորին, էրիթրոպոետին, մոֆետիլի միկոֆենոլատ և (կամ) դրանց համարժեք այլ դեղեր), ֆենիլկետոնուրիա (ֆենիլալանին չպարունակող մանկական կեր), անհաս նորածինների շնչառական խանգարման համախտանիշ (բերակտանտ ակտիվ նյութ պարունակող դեղեր), հիպոֆիզային գաճաճություն ախտանիշ (հորմոնային դեղեր)	– մարսողական օրգանների հիվանդություններ, դրանցից՝ ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոց, լեղապարկի և լեդուլինների հիվանդություններ. – շնչառական ուղիների հիվանդություններ, դրանցից՝ բրոնխիտ՝ քրոնիկական և չճշտված, էմֆիզեմա, թոքաբորբ, ասթմա, ասթմատիկ ստատուս. – այլ քրոնիկ հիվանդություններ, դրանցից՝ աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ, ռեակտիվ հոդախախտեր, ռևմատոիդ հոդաբորբ, շարակցական հյուսվածքի տարածուն ախտահարումներ, սպոնդիլոպաթիաներ, երիկամների գլոմերուլյար և տուբուլոինտերստիցիալ. երիկամի և միզաձորանի այլ հիվանդություններ, քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (երիկամային փոխպատվաստման և (կամ) ծրագրային հեմոդիալիզի դեպքերում (ցիկլոսպորին, էրիթրոպոետին, մոֆետիլի միկոֆենոլատ և (կամ) դրանց համարժեք այլ դեղեր), արզանդի	կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր, էպիլեպսիա (հակացնցումային դեղեր), պարբերական հիվանդություն (կոլխիցին և կամ այլ դեղեր), մալարիա (հակամալարիային դեղեր), Մարդու իմունային անբավարարության (ՄԻԱՎ) վարակի դեպքում դեղեր, վիրուսային հեպատիտ Յ հիվանդություն (հակավիրուսային դեղեր):
--	--	---	---

		պարանոցի էրոզիա և էկտրոպրիոն, տուբերկուլոզ (հակատուբերկուլոզային դեղեր), հոգեկան հիվանդություններ (հոգեմետ դեղեր), չարորակ նորագոյացությունների դեպքում ցավազրկող դեղեր և թմրամիջոցների կամ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղեր, էպիլեպսիա (հակացնցումային դեղեր), պարբերական հիվանդություն (կոլիսիցին և կամ այլ դեղեր), մալարիա (հակամալարիային դեղեր), Մարդու իմունային անբավարարության (ՄԻԱՎ) վարակի դեպքում դեղեր, վիրուսային հեպատիտ Ց հիվանդություն (հակավիրուսային դեղեր)	
Պետական հոգաձության առողջապահական ծառայություններ, այդ թվում՝			
Իմունիզացիա	100%	100%	
Կանխարգելիչ բժշկական օգնություն, սկրինինգային ծրագրեր, պարտադիր բժշկական զննություններ և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ	100%	100%	Միայն սկրինինգային ծրագրերը
Աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	100%	100%	Միայն սրացման դեպքերում

Տուբերկուլոզի թժշկական օգնության ծառայություններ	100%	100%	100%
ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ թժշկական օգնության ծառայություններ	100%	100%	100%
Հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների թժշկական օգնության ծառայություններ	100%	100%	100%
Հեմոդիալիզի ծառայություններ	100%	100%	100%
Հիվանդանոցային արտահիվանդանոցային թժշկական օգնություն (emergency) պայմաններում անհետաձգելի	100%	100%	100%
*Հիվանդանոցային պայմաններում թժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում՝			
Նորածինների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայություններ	100%	-	-
Քրոնիկ հիվանդությունների սրացման դեպքում վերակենդանացման և անհետաձգելի թերապիայի թժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ	100%	100%	100%
Սիրտ-անոթային հիվանդությունների բուժում՝ այդ թվում սրտային վիրաբուժություն, առիթմոլոգիա, էնդովասկուլյար վիրաբուժություն	100%	սրտի ստենտավորում մինչև 3 դեղապատ ստենտի տեղադրմամբ), առիթմոլոգիա (սարքի տեղադրում առնվազն 3 տարի շահագործմամբ)	սրտի ստենտավորում 1 ստենտի տեղադրմամբ միայն անհետաձգելի դեպքում
Զարորակ նորագոյացությունների վիրահատության և ճառագայթային բուժման ծառայություններ, ինչպես նաև քիմիոթերապիայի թժշկական օգնություն և սպասարկում	100%	չարորակ նորագոյացությունների վիրահատություն և ճառագայթային բուժում մինչև 22 սեանսի հատուցմամբ, քիմիոթերապիայի թժշկական օգնություն և սպասարկում՝ մինչև 1,6 մլն դրամի չափով հատուցում	չարորակ նորագոյացությունների վիրահատության և ճառագայթային բուժման ծառայություններ՝ մինչև 10 սեանս, քիմիոթերապիայի թժշկական օգնություն և սպասարկում՝ մինչև 150,0 հազար դրամի չափով

Մանկաբարձություն, նախածննդյան և հետծննդյան բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ	100%	100%	100%
Մանկական և նորածնային վիրաբուժության, ընդհանուր, անոթային, դիմաձուտային, էնդոկրին, կրծքային վիրաբուժության, ակնաբուժական, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական, նյարդա-վիրաբուժական, միկրովիրաբուժական, գինեկոլոգիական, քիթ, կոկորդ, ականջաբանական և դիմաձուտային, ուրոլոգիական, պրոկտոլոգիական վիրահատություններ	100%	100%	Միայն անհետաձգելի դեպքերում
Վերականգնողական բուժման ծառայություններ առանձին հիվանդությունների կամ վիճակների դեպքում	100%	Միայն քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում	-
Օրգանների փոխպատվաստում	100%	30%	-
Էնդովասկուլյար վիրաբուժություն	100%	Մինչև 78 տարեկաններին	Մինչև 78 տարեկաններին
Պալիատիվ բուժման և խնամքի ծառայություններ	-	100%	-

Հավելված 3: Առողջության համապարփակ ապահովագրության հիմնադրամի կառուցվածքը



Հավելված 4: ԱՀԱ ներդրման նպատակների և միջոցառումների գնահատման համախմբված ցուցանիշների ցանկ

ՑՈՒՑԱՆԻՇ	ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ (Միջին ժամկետ 2024-2026 թթ. Երկարաժամկետ 2024-2030 թթ.)	ԵԼԱԿԵՏԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ 2019 թ.
1	2	3
<i>Ֆինանսական ցուցանիշներ</i>		
ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական ծախսերի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջին ժամկետում = 3%, երկարաժամկետում = 4% ⁵	1,45%
Պետական բյուջեում առողջապահության ծախսերի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջին ժամկետում = 12%, երկարաժամկետում = 15%	5,69%
Ֆինանսական պատճառներով բժշկի չդիմող տնային տնտեսությունների անդամներ	Նվազում, միջին ժամկետում ≤ 10%, երկարաժամկետում ≤ 4%	12,6% - ոչ աղքատներ 24,5% - աղքատներ 49% - ծայրահեղ աղքատներ
Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ԸԱԾ-ում	Նվազում, միջին ժամկետում ≤ 65%, երկարաժամկետում ≤ 25%	86,4%
Գրպանից դուրս ուղղակի կատարվող առողջության ծախսերի տեսակարար կշիռը մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջին ժամկետում ≤ 80%, երկարաժամկետում ≤ 25%	98,7%
Մասնավոր ծախսերում առողջության ապահովագրությանն ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը	Աճ, միջին ժամկետում ≥ 10%, երկարաժամկետում ≥ 20%	1,3%
Դեղորայքի ձեռքբերմանն ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջին ժամկետում ≤ 30%, երկարաժամկետում ≤ 20%	38,8%
Կանխարգելման և պարտադիր բուժզննմանն ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում	Շարունակական աճ, միջին ժամկետում ≥ 1,5%, երկարաժամկետում ≥ 4.5%	0,77%

⁵ Ֆինանսական միջոցների կանխատեսվող ուղենիշային չափ, որը ֆիսկալ հնարավորությունների դեպքում կարող է ավելանալ

<i>Ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ</i>		
Մահացության ցուցանիշը 1 000 բնակչի հաշվով	Շարունակական նվազում, Երկարաժամկետում մոտ 1.2 անգամ	9,1
Ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության ցուցանիշը 1 000 բնակչի հաշվով	Նվազում, Երկարաժամկետում մոտ 1.2 անգամ	8.7
Մեծահասակների (հավանական մահվան տարիքը 15-ից 60 տարեկան) մահացության գործակիցը, 1 000 բնակչի հաշվով	Նվազում, Երկարաժամկետում մոտ 90	118
Ոչ վարակիչ հիվանդություններից (հավանական մահվան տարիքը 15-ից 60 տարեկան) մահացության տեսակարար կշիռը ընդամենը ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության մեջ	Նվազում, Երկարաժամկետում մոտ 48	59
Բնակչության թվաքանակի մեջ գրանցված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը	Շարունակական նվազում, Երկարաժամկետում 3.2%	6.8
Ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամություն ունեցող անձանց տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակում	Նվազում, միջին ժամկետում մինչև 55% Երկարաժամկետում մինչև 45%	65
Պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային ծրագրերի շահառուների թվաքանակ	Շարունակական աճ, միջին ժամկետում $\geq 2000,0$ հազար, Երկարաժամկետում $\geq 2800,0$ հազար	1395,0 հազար

Հավելված 5. ԱՀԱ ներդրման ազդեցության գնահատումը

Պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, բժշկական կազմակերպությունների, ձեռնարկությունների և բնակչության եկամուրների և ծախսերի վրա ազդեցությունը

1. Պետական և տեղական բյուջեների վրա ազդեցությունը գնահատվում է եկամտային և ծախսային մասի վրա ազդեցությունը հաշվի առնելով: ԱՀԱ ներդրումը կրերի փոփոխություններ ինչպես ծախսային, այնպես էլ եկամտային մասում: Առավել երկարաժամկետ ներդրման տեսանկյունից, այս ազդեցությունը պետք է գնահատել նաև ընդհանուր տնտեսության վրա ազդեցության առումով, քանզի ԱՀԱ ներդրումը երկարաժամկետ կտրվածքում բերելու է առողջության մասնավոր ծախսերի կառուցվածքի և ծավալի փոփոխություններ: Փոփոխությունների արդյունքում ակնկալվում է մասնավոր ծախսերի ծավալի կրճատում շուրջ 30%-ի չափով, իսկ այդ ծախսերի կառուցվածքում ուղղակի գրպանից դուրս կատարվող ծախսերը կնվազեն մինչև 25%: Կանխատեսվում է, որ ազատված դրամական միջոցներն ուղղակիորեն կներդրվեն տնտեսության մեջ և կավելանան սպառողական ծախսերին, որոնցից էլ հարկերի և տուրքերի տեսքով դրանց մի մասը կվերադառնա պետական կամ տեղական բյուջե:
2. Պետական և տեղական բյուջեների վրա ազդեցությունը կարտահայտվի պետական բյուջեից բնակչության համապատասխան խմբերի համար ՀԾՓ-ի համաֆինանսավորմանն ուղղվող գումարների տեսքով, պետական հատվածի աշխատակիցների կողմից Համակարգին միանալու վճարների չափով, ինչպես նաև ԱՀԱ կառավարման ծախսերի տեսքով:
3. Համակարգին միանալու վճարների չափը կորոշվի նրանց եկամուտների չափից ելնելով: ԱՀԱ ներդրման մասին օրենքով կորոշվեն եկամուտների միջակայքերը և ըստ այդ միջակայքերի ԱՀԱ համակարգին միանալու վճարի չափը: Ակնկալվում է, որ ֆիզիկական անձանց եկամուտների պարտադիր հայտարարագրման դեպքում անձի սոցիալական կրեդիտների տրամադրման շրջանակներում կնախատեսվեն Համակարգին միացողների վճարների համապատասխան չափաքանակների հետ վերադարձ կամ ծախսագրում:
4. Կառավարությունը և համայնքները, որպես պետական և համայնքային ենթակայության հիմնարկներում և կազմակերպություններում աշխատողների գործատուներ, կարող են վճարել ԱՀԱ-ին միանալու վճարները կամ դրանց մի մասը, ինչը նույնպես

- կհանդիսանա պետական և համայնքային բյուջեի ծախս: Նախատեսվող ծախսերի մեծությունները կհաշվարկվեն ԱՀԱ ներդրման նախապատրաստական փուլում՝ ԱՀԱ համակարգում ընդգրկվող բնակչության խմբերը և նրանց տվյալների ռեեստրը կազմելուց հետո:
5. Մասնավոր կազմակերպությունների գործատուները կարող են մասնակի կամ ամբողջությամբ վճարել իրենց աշխատակիցների ԱՀԱ համակարգին մասնակցության վճարները՝ աշխատատեղերին լրացուցիչ գրավչություն հաղորդելու ակնկալիքով: Կատարված վճարներն ըստ ՀՀ հարկային օրենսգրքի կհամարվեն ծախս:
 6. ԱՀԱ ներդրման հետևանքով կավելանան բյուջետային մուտքերը ոչ միայն առողջապահական ծախսերից ազատված միջոցները սպառողական այլ ծախսերին ուղղելու հետևանքով առաջացած լրացուցիչ հարկային մուտքերի տեսքով, այլ նաև բժշկական կազմակերպությունների շրջանառության ավելացման, ոչ պաշտոնական շրջանառության կրճատման, առողջապահական համակարգի ներքին կառավարման արդյունավետության մակարդակի բարձրացման, ծառայությունների մատուցման տարբեր մակարդակների միջև գործող հավասարակշռված ֆինանսավորման մեխանիզմների միջոցով:
 7. Տեղական բյուջեները կունենան լրացուցիչ միջոցներ ԱՀԱ ներդրումից հետո՝ իրենց ենթակայության տակ գտնվող կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման հետևանքով ձևավորված շահաբաժինների տեսքով: Համաձայն բժշկական կազմակերպությունների կողմից ներկայացված ֆինանսական ցուցանիշների, 2019 թվականին հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններից ստացված եկամտից պետական տուրքերի և հարկերի մասով վճարումները կազմել են շուրջ 16%: Ակնկալվում է, որ ԱՀԱ ներդրումից հետո այդ ցուցանիշն առնվազն կպահպանվի, ինչը ենթադրում է բժշկական ծառայությունների մատուցման արդյունքում պետական բյուջե հարկերի և տուրքերի տեսքով գումարների վերադադարձ՝ յուրաքանչյուր փուլում ԱՀԱ շրջանակներում հատուցումներին ուղղված գումարներին համապատասխան:
 8. Դրական կլինի նաև գրեթե բոլոր բժշկական կազմակերպությունների բյուջեների վրա ազդեցությունը, քանզի գների համահարթեցման և ծառայությունների միևնույն փաթեթի նախատեսման դեպքում գրեթե 2,5 անգամ կավելանա բժշկական հաստատությունների շրջանառությունը: Միևնույն ժամանակ, ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է սահմանել կոշտ տեխնիկական պահանջներ՝ բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների նորմատիվային ծախսերի ապահովման, բուժանձնակազմի համար հաշվարկված նորմատիվային աշխատավարձերի սահմանման, լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների իրականացման մեթոդաբանության և ստուգաչափումների (կալիբրովկա) պարտադիր անցկացման միջոցով: Դա բժշկական կազմակերպություններից կպահանջի մոբիլիզացնել ռեսուրսներ և անհրաժեշտության դեպքում կատարել որոշակի ներդրումներ, ինչը

կնպաստի առողջապահության բնագավառում ներդրումների աճին, ինչպես նաև ծախսարդյունավետության և որակի ցուցանիշների բարելավմանը:

9. Նվազագույնի կհասցվեն բժշկական անձնակազմին անմիջականորեն վճարվող գումարները կամ բժիշկներին տրվող ոչ պաշտոնական վճարները, քանզի ապահովագրավճարի հիմք հանդիսացող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գներում նորմատիվային աշխատավարձի հաշվարկումը և բազային աշխատավարձի ավելացումը կատարվել են՝ հաշվի առնելով բուժանձնակազմին անմիջականորեն վճարվող գումարների մեծությունը (փաստացի միջին աշխատավարձի 65%-ի չափով)⁶:

Սոցիալական ազդեցությունը

10. ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է ուղղակի ազդեցություն սոցիալական հարաբերությունների վրա: Բնակչության բոլոր խմբերի համար ՀԾՓ-ի և ՆԾՓ-ի սահմանումը կբացառի բնակչության մոտ առաջացած շփոթությունը և անորոշությունը՝ պետության կողմից անվճար երաշխավորվող ծառայությունների վերաբերյալ: Ապահովագրավճարների վճարման հիմքում դնելով սոցիալական և առողջական ռիսկերի հաշվարկումը՝ հնարավորություն է ստեղծվում բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրել երաշխավորված անվճար ապահովագրական ծածկույթ, որի համաֆինանսավորման չափը կորոշվի՝ հաշվի առնելով շահառուների եկամուտները և վարքագիծը:
11. ԱՀԱ ներդրման նախապատրաստական փուլում կմշակվեն, իսկ փորձարկման փուլում կիրականացվեն ըստ սոցիալական ռիսկերի մասնակցության վճարների սուբսիդավորման մեխանիզմները: Առողջական ռիսկերի հիման վրա վճարների որոշման մեխանիզմները կկիրառվեն ԱՀԱ ամբողջական կիրարկումից հետո: Չնայած, փորձարկման փուլում նախատեսվում է կանխարգելիչ և սքրինինգային հետազոտությունների ծավալներն ըստ համապատասխան խմբերի դարձնել պարտադիր՝ ՀԾՓ-ն ակտիվացնելու համար: Որոշ դեպքերում ծառայություններից օգտվելու ծավալների դինամիկ հսկողությունը նույնպես կարող է դառնալ պետության համաֆինանսավորման չափի վերանայման պայման:

⁶ Օգտագործվել են 2018 թվականին բուժանձնակազմի փաստացի աշխատավարձերի տվյալների և ՏՏԿԱՀ-ից բուժանձնակազմին անմիջականորեն վճարված գումարների չափերի վերաբերյալ տվյալների հիման վրա կատարված գնահատումները:

12. Հիմնական ծառայությունների փաթեթ ստանալու տեսանկյունից չեն տարբերվի հարուստների և աղքատների կամ սոցիալապես անապահովների համար գոյություն ունեցող պայմանները, բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները, դրանց մատուցման որակը: Առողջական խնդիրներ առաջանալու դեպքում մարդիկ չեն մտածի գումարներ հայթայթելու, վարկեր վերցնելու, պարտքով գումար խնդրելու կամ անձնական գույք վաճառելու մասին: Ֆինանսական պաշտպանվածության և մատչելիության բարձրացման շնորհիվ կնվազի ծայրահեղ ուշացված դեպքերում բժշկի դիմելու դեպքերի թիվը, իսկ ժամանակին ախտորոշման և բուժման դեպքում կբարելավվի նրանց կյանքի որակը: ԱՀԱ ներդրումը կարևորվում է նաև հոգեբանական տեսանկյունից, քանզի հաղթահարվում է հիվանդությունների առաջացման դեպքում ֆինանսապես անպաշտպան լինելու վախը, ինչն էլ իր հերթին նպաստում է անձի ինքնավստահության բարձրացմանը, արդյունավետ գործունեությանը, ազատության և պաշտպանվածության գիտակցության բարձրացմանը:
13. Հանրության շրջանում ԱՀԱ ծածկույթի մասին կարծիքը և այդ ծածկույթի համար վճարելու պատրաստակամությունն ուսումնասիրելու նպատակով իրականացված հարցումների տվյալների համաձայն, հարցմանը մասնակցածների գերակշիռ մասը՝ 60-80% նախընտրություն է տվել ԱՀԱ-ին: Այն հարցին, թե արդյոք պատրաստ են վճարել իրենց եկամտից որոշակի մասնաբաժին ԱՀԱ համակարգին, մասնակիցների մոտ 73%-ը պատասխանել է՝ «այո»:

Տնտեսության վրա ազդեցությունը

14. ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է համակարգին մասնակցության միջոցով գումարների ներգրավում, ինչպես նաև պետական բյուջեի եկամուտներից առողջապահական ծախսերին ուղղված գումարների ավելացում: Սակայն թե կարճաժամկետ հատվածում, թե երկարաժամկետ կտրվածքով այդ լրացուցիչ ծախսերը կունենան դրական ազդեցություն տնտեսության վրա: Բնակչության կողմից ուղղակիորեն բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց կատարվող վճարումների կրճատման հետևանքով կավելանան սպառողական ծախսերը տնտեսական գործունեության այլ ոլորտներում, կկրճատվի առողջապահական ծախսերի ազդեցության պատճառով աղքատացած և ծայրահեղ աղքատության խմբում ընդգրկված բնակչության թվաքանակը:
15. ԱՀԱ համակարգի առկայությունը դրականորեն կազդի նաև Հայաստանի ներդրումային միջավայրի զարգացման տեսանկյունից, քանզի ցանկացած ներդրող շահագրգռված է առողջ աշխատակիցներ ունենալու մեջ և որքան աշխատակիցների առողջության հետ կապված հարցերը կանոնակարգված լինեն պետության կողմից տրամադրվող երաշխիքների տեսքով՝ հիմնական, աղետալի

ծախսեր պահանջող հիվանդությունների բուժման մասով, պարտադիր բժշկական զննումների և հետազոտությունների իրականացման հետ կապված, այնքան ներդրողի համար կանխատեսելի և շատ ավելի վստահելի կդառնա ներդրումային միջավայրը:

16. Ֆինանսական կայունության ապահովման, իրական ծախսերի հիման վրա փոխհատուցման, ՀԾՓ-ի և ՆԾՓ-ի հստակ սահմանման դեպքում կավելանան նաև առողջապահության բնագավառում մասնավոր ներդրումները:
17. ԱՀԱ ներդրման արդյունքում կկրճատվեն հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները, կբարելավվեն կյանքի որակը և կյանքի առողջ ապրելու ժամանակահատվածը, կկրճատվի առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց դեպքերի քանակը՝ խուսափելով ՀՆԱ բացասական ազդեցությունից, որը կարող է առաջանալ առողջության կորստի, հիվանդացության և հաշմանդամության պատճառներով:
18. Հայաստանի ողջ տնտեսությունն ընդհանուր առմամբ վնասներ է կրում հիվանդություններ կամ վաղ տարիքից հաշմանդամություն ունեցող անձանց չկատարած նյութական և ոչ նյութական ներդրումների հետևանքով: Ընդ որում, սիրտ-անոթային հիվանդություններից հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների (այսուհետ՝ ՀԸԿՏ) ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 4.306՝ 100,000 բնակչի հաշվով, ինչը համահավասար է այդ հիվանդությունների հետևանքով տարեկան մոտ 350 կյանքի կորստի:
19. Փորձագետների հաշվարկներով ցածր և միջին եկամտով երկրներում սիրտ-անոթային հիվանդությունները և շաքարային դիաբետը կարող են 6,77%-ով նվազեցնել ՀՆԱ-ն: Հայաստանում մինչև 60 տարեկան հաշմանդամություն ունեցող անձանց 60%-ի հաշմանդամությունը պայմանավորված է հենց վերը նշված հիվանդություններով: ԱՀԱ ներդրմամբ նվազագույնի կհասցվի առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը, իսկ հայտնաբերված հիվանդությունների բուժման նպատակով տրամադրվող ծառայությունների փոխհատուցման գործուն մեխանիզմները հնարավորություն կտան կրճատել ՀԸԿՏ ցուցանիշը և դրա ազդեցությունը ՀՆԱ վրա՝ դրանով իսկ մեղմելով ԱՀԱ ներդրման տնտեսական ազդեցության ռիսկերը:
20. Հայաստանում ՌՎՀ տնտեսական բեռի վերլուծությունը⁷ ցույց է տալիս ՌՎՀ-ի պատճառով տնտեսությանը հասցվող վնասի ծավալները՝ գնահատելով դրանց ուղղակի և անուղղակի ծախսերը: Ուղղակի ծախսերից են սրտանոթային հիվանդությունների,

⁷ Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը և հսկողությունը Հայաստանում՝ Ներդրումները հիմնավորող փաստաթղթեր, [70e5e6b86702636ee880df101e8199cf.pdf \(nih.am\)](https://www.nih.am/70e5e6b86702636ee880df101e8199cf.pdf)

շաքարային դիաբետի, քաղցկեղի և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների բուժման հետ կապված պետական առողջապահական ծախսերը: Անուղղակի ծախսերը ներառում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց վճարվող նպաստները, ժամանակավոր անաշխատունակության հետ կապված վնասները, աշխատավայրում ցածր արտադրողականությամբ աշխատելու (ձևական ներկայության) հետևանքով կրած վնասները, ինչպես նաև աշխատունակ տարիքի անձանց վաղաժամ մահվան հետևանքով առաջացած տնտեսական վնասները: Կորցրած աշխատունակության արդյունքում առաջացած անուղղակի լրացուցիչ ծախսերը ավելի քան չորս անգամ գերազանցում են ուղղակի ծախսերը՝ կազմելով 294.9 մլրդ դրամ: ՀՀ տնտեսության վնասը տարեկան կազմում է 362.7 մլրդ դրամ, որը համարժեք է 2023 թվականի համար կանխատեսվող համախառն ներքին արդյունքի 4,7%-ին:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ