

Հայաստանում առողջության համապարփակ
ապահովագրության առաջարկվող
համակարգի կատարելագործման ուղիները

քաղաքականության վերլուծություն



ACSES
ARMENIAN CENTER FOR
SOCIO-ECONOMIC STUDIES



**EURASIA
PARTNERSHIP
FOUNDATION**

Երևան, Մայիս, 2022թ.

Էջ

3

Տեղեկատվական
ամփոփագիր

Էջ

5

Ներածություն

Էջ

8

Մեթոդաբանություն

Էջ

11

Հայաստանում ԱՀԱ
համակարգի ներդրման
հակիրճ
նկարագրությունը

Էջ

15

ՀԱԾ ապահովման
տարրեր մոդելների
համեմատական
վերլուծությունը

Էջ

23

ԱՀԱ համակարգի
ֆինանսական բեռի
բաշխումը

Էջ

34

ԱՀԱ համակարգի
ներդրման տնտեսական
ազդեցությունների
ըրջանակը

Էջ

37

Եզրակացություններ և
առաջարկություններ

Էջ

40

Հավելվածներ և
գրականություն

Տեղեկատվական ամփոփագիր

Դեռևս 2019թ-ին ՀՀ առողջապահության նախարարությունը շրջանառության մեջ է դրել Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման հայեցակարգը և համապատասխան օրենքի նախագիծը (2022թ), որը հիմնված է այսպես կոչված «Բիսմարկյան» մոդելի հիման վրա, ըստ որի պետք է ձևավորվի առողջության համապարփակ ապահովագրության միասնական հիմնադրամ, որի եկամուտները պետք է հիմնականում գոյանան պետության վճարումների, վարձու աշխատողների աշխատավարձի, քաղիրավական պայմանագրով աշխատողների աշխատավարձի, անհատ ձեռներեցների և նոտարների եկամուտների բազայի հիման վրա գանձվող առողջապահական վճարների հաշվին: Գործատուն և վարձու աշխատողը պետք է վճարեն 3-ական տոկոս:

Քաղաքականության սույն վերլուծության շրջանակում բացահայտվել է, որ հայեցակարգի և նախագծի մշակման շրջանակում ի սկզբանե դիտարկվել է միայն տվյալ մոդելը՝ հիմք ընդունելով այն կանխավարկածը, որ այլ մոդելների պարագայում ծախսերը լինելու են ավելի շատ և անարդյունավետ: Բացի այդ չեն դիտարկվել առողջության համակարգի ֆինանսավորման այլընտրանքային տարբերակները, չի իրականացվել կարգավորման ազդեցության գնահատում:

Հիմք ընդունելով տվյալ իրավիճակը, սույն քաղաքականության վերլուծության շրջանակում դիտարկվել

են աշխարհում առավել տարածված երեք մոդելները՝ կոնկրետ երկրների օրինակով, յուրաքանչյուրի համար ներկայացվել են առավելությունները և թերությունները:

Խորին հարցազրույցների և գրականության ուսումնասիրության արդյունքում բացահայտվել են համակարգի ֆինանսավորման այլընտրանքային տարբերակների առավելությունները (աշխատավարձ+հիմնական պասիվային եկամուտներ, ԱԱՀ), այդ թվում նշելով ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրների ծավալները, դրանց առավելությունները և թերությունները:

Ի հավելումս, առանձնացվել և մանրամասն նկարագրվել են շահառուների խմբերը (վարձու աշխատողներ, գործատուներ, առողջապահական համակարգի կազմակերպություններ, ապահովագրական ընկերություններ), որոնց վրա առանձին պետք է գնահատել կարգավորման ազդեցությունը:

Հապավումների ցանկ

ԱԱՀ	Ավելացված արժեքի հարկ
ԱՀԱ	Առողջության համապարփակ ապահովագրություն
ԵՀՀ	Եվրասիա համագործակցության հիմնադրամ
ԵՄ	Եվրամիություն
ՀԱԾ	Համապարփակ առողջապահական ծածկույթ
ՀԲ	Համաշխարհային բանկ
ՄՀԻ	Միջազգային հանրապետական ինստիտուտ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն

2019թ-ին Հայաստանում համապարփակ առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) ծառայությունների ինդեքսը եղել է 69.3%, ինչը թեև ավելի բարձր է, քան աշխարհի 194 երկրների միջնարժեքը՝ 68.1%, բայց ավելի ցածր է քան վերին միջին եկամտային խմբի երկրների միջինը (76.6%) [1]: Միննույն ժամանակ, առողջապահական ընթացիկ ծախսերի կառուցվածքում «գրպանից կատարվող ծախսերի» մասնաբաժնով, Հայաստանն աշխարհում զբաղեցնում է առաջին տեղը՝ 84.8% ցուցանիշով (631.4 մլրդ դրամ), այն դեպքում երբ տվյալ ցուցանիշի համաշխարհայի միջնարժեքը եղել է 28.3%, իսկ վերին միջին եկամտային խմբի երկրների միջինը՝ 32.0%: [2] Այսպիսի բարձր ծախսերը հաճախ հանգեցնում են առողջապահական ծառայությունների հասանելիության սահմանափակման և աղքատացման: Այս պարագայում առողջության համապարփակ ապահովագրության (ԱՀԱ) համակարգի ներդրումը էականորեն կարող է ապահովել բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը բնակչության համար:

2019թ-ին առողջապահության նախարարությունը Ասիական զարգացման բանկի ֆինանսավորմամբ մշակել և հանրությանն է ներկայացրել առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի հայեցակարգի նախագիծը, որը սակայն, դատելով e-draft.am-ում տեղ գտած մեկնաբանություններով, արժանացել է բացասական արձագանքների:

Քաղաքականության սույն վերլուծությունը մշակվել է ACSES վերլուծական կենտրոնի կողմից Եվրասիա համագործակցության հիմանդրամի (ԵՀՀ) ֆինանսավորմամբ: Նպատակն է ներկայացնել առաջարկվող համակարգի կատարելագործման ուղիներ իրազեկելով դրանց մասին քաղաքականություն մշակողներին, գործարար ասոցիացիաներին և հասարակական հատվածին: Հաշվի առնելով վերլուծության նպատակը, սահմանվել են հետևյալ խնդիրները

- Պարզել առողջության համապարփակ ապահովագրության (ԱՀԱ) տարբեր մոդելների կիրառության նպատակահարմարությունը,
- Բացահայտել ֆինանսական բեռի բաշխման օպտիմալությունը,
- Նույնականացնել տնտեսական ազդեցությունների շրջանակը:

Սույն վերլուծության շրջանակում իրականացվել է միջազգային լավագույն փորձի ուսումնասիրություն, ոլորտի գրականության ուսումնասիրություն, անց են կացվել խորին հարցազրույցներ, ինչպես նաև իրականացվել է երկրորդային տվյալների վերլուծություն:

Վերլուծությունը բաղկացած է համառոտագրից, ներածությունից, մեթոդաբանությունից, չորս գլխից, եզրակացություններից, առաջարկություններից և հավելվածներից:

Ներածություն

Առաջին գլխում ներկայացվել է Հայաստանում առաջարկվող առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի հակիրճ նկարագրությունը:

Երկրորդ գլխում ներկայացվել է ՀԱԾ ապահովման երեք մոդելները, դրանց առավելությունները և թերությունները:

Երրորդ գլխում ներկայացվել է ՀԱԾ ֆինանսավորման մեխանիզմները և տարբեր երկրներում ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը:

Չորրորդ գլխում ներկայացվել է Հայաստանում ԱՀԱ առաջարկվող համակարգի ներդրման տնտեսական ազդեցությունների շրջանակը:

Վերլուծությունը ամփոփվել է եզրակցություններով և առաջարկություններով:

Վերլուծության շրջանակում տեղ գտած մտքերը արտահայտում են ACSES վերլուծական կենտրոնի դիրքորոշումը և միշտ չէ, որ համընկնեն ԵՀՀ-ի դիրքորոշման հետ:

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Մեթոդաբանություն

Վերլուծությունը իրականացվել է առաջնային և երկրորդային տվյալների ուսումնասիրության հիման վրա:

Որպես երկրորդային տվյալների աղբյուր օգտագործվել են հետևյալ զեկույցները, հետազոտությունները և տվյալների բազաները.

- Հայաստանում առողջապահության ֆինանսավորման վերաբերյալ նախկինում իրականացված հետազոտությունները,
- Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման վերաբերյալ միջազգային կազմակերպությունների, մասնավորապես Համաշխարհային բանկի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության, իրականացրած հետազոտությունները,
- ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալների բազաները,
- Հարցման արդյունքում ՀՀ Պետական եկամուտների կոմիտեից ստացված տվյալները,
- Համաշխարհային բանկի տվյալների բազաները (օրինակ՝ *Universal Health Coverage Global Monitoring Data*),
- Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալների բազաները (օրինակ՝ *Global Health Expenditure database*),

- *Peterson-KFF Health System Tracker* 2022 տվյալների բազան,
- Տարբեր երկրների իրավական տեղեկատվական համակարգեր,
- Գրականության բաժնում ներկայացված այլ գիտական հոդվածներ և զեկույցներ:

Առաջնային տվյալների հավաքագրման համար, հետազոտական թիմը խորին հարցազրույցներ է անցկացրել գործարար միությունների 5 ներկայացուցիչների հետ, որոնց ցանկը ներկայացված է Հավելված 1-ում:

Հայաստանում առաջարկվող առողջության ապահովագրության համակարգը հիմնված է այսպես կոչված «Բիսմարկյան» մոդելի հիման վրա, ըստ որի համապարփակ ապահովագրական ծածկույթը ապահովվում է առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի միջոցով իսկ ապահովագրված անձանց առողջապահական ծախսերը կատարվում են պետության կողմից հիմնադրված առողջապահության համապարփակ ապահովագրության միասնական հիմնադրամի կողմից: Նման մոդել կիրառվում է Էստոնիայում, Ֆրանսիայում, Հունաստանում և այլն երկրներում: Մույն հետազոտությունը իրականացնող թիմը ուսումնասիրել է, ըստ Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ), աշխարհում ամենատարածված համապարփակ

Մեթոդաբանություն

առողջապահական ծածկույթի ապահովման երեք հիմնական մոդելները, ներառյալ «Բիսմարկյան» մոդելը, դրանց առավելությունները և թերությունները՝ հիմք ընդունելով այն երկրների փորձը, որոնք կիրառում են այդ մոդելները: 1-ին մոդելը կոչվում է պետական կամ բյուջետային ֆինանսավորման մոդել, 2-րդ մոդելը կառուցված է առողջապահության պարտադիր ապահովագրության միասնական հիմնադրամի շուրջ («Բիսմարկյան» մոդել) իսկ 3-րդ մոդելը կառուցված է առողջության պարտադիր ապահովագրության բազմաթիվ հիմնադրամների կամ ընկերությունների շուրջ, որոնք ավելի մանրամասն ներկայացված են «ՀԱԾ ապահովման տարբեր մոդելների համեմատական վերլուծությունը» գլխում:

Այդպիսով, համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ապահովման միջազգային փորձի ուսումնասիրության համար ընտրվել են Միացյալ Թագավորությունը (Մոդել 1), Նիդերլանդները (Մոդել 2) և Էստոնիան (Մոդել 3) որպես երկրներ, որտեղ համապատասխան մոդելը կիրառվում է ավելի քան 20 տարի:

Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ֆինանսական բեռի բաշխման հետ կապված միջազգային փորձի ուսումնասիրության համար ընտրվել են երկրներ, որոնք մտնում են այն եկամտային խմբի մեջ, որին դասվում է Հայաստանը՝ ըստ Համաշխարհային բանկի դասակարգման (Ղազախստան, Չինաստան, Մոլդովա):

Հայաստանում ԱՀԱ համակարգի
ներդրման հակիրճ
նկարագրությունը

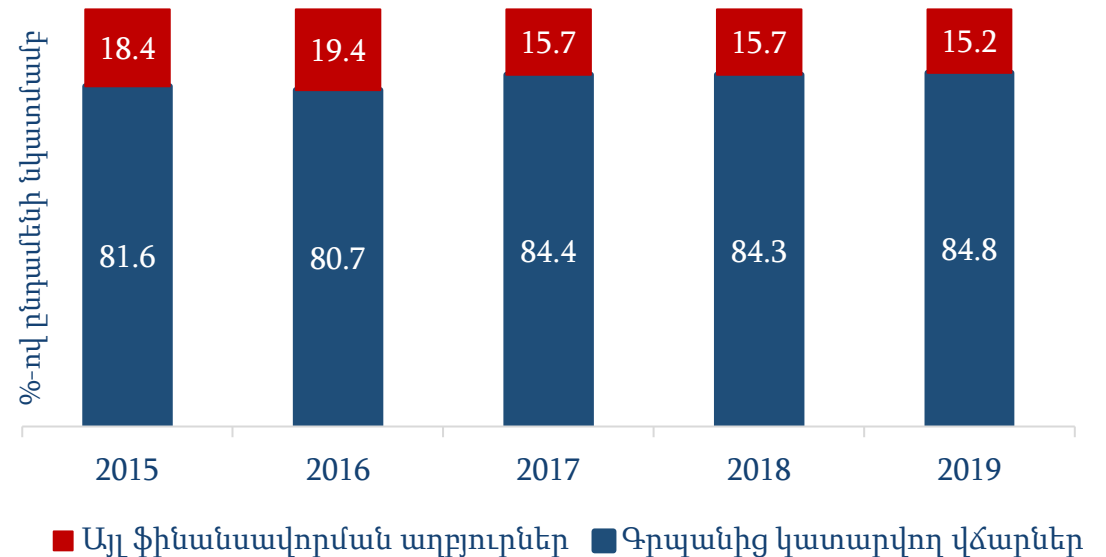
Հայաստանում ԱՀԱ համակարգի ներդրման հակիրճ նկարագրությունը

Համաձայն «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» ՀՀ օրենքի նախագծի Հայաստանում կգործեն առողջության ապահովագրության երկու տեսակ **համապարփակ եվ կամավոր ապահովագրություն**։

Այսօր Հայաստանում արդեն իսկ գործում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն, սակայն բնակչության 2%-ից պակասն են օգտվում դրանից իսկ այս մեխանիզմի միջոցով իրականացված առողջապահական ծախսերը կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի միայն 1.2%-ը: [3]

Հայաստանում առողջապահական ծախսերի գերակշիռ մասը բնակչությունը հոգում է սեփական միջոցների հաշվին՝ գրպանից: Օրինակ, ինչպես ցույց է տալիս Աղյուսակ 1-ը՝ 2019թ-ին առողջապահության ընթացիկ ծախսերի շուրջ 85%-ը բաժին է ընկնում գրպանից կատարվող վճարումներին (out-of-pocket), ինչը զգալիորեն բարձր է վերին միջին եկամտային խմբի երկրների շուրջ 30% ցուցանիշից ինչպես նաև տնտեսական զարգացման մակարդակով Հայաստանին մոտ կամ տարածաշրջանի շատ երկրներից: Օրինակ, Վրաստանում գրպանից կատարվող վճարումները կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 47%-ը, Մոլդովայում՝ 36%, Խորվաթիայում՝ 11%, Էստոնիայում՝ 24%, Բելառուսում՝ 26%, Ղազախստանում՝ 33% իսկ Ռուսաստանում՝ 36%: [4]

Առողջապահության ընթացիկ ծախսերի ֆինանսավորման աղբյուրները Հայաստանում 2015-2019թթ



Նախագծով նախատեսվում է, որ Հայաստանում կգործի առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգ, որի շնորհիվ բնակչության բոլոր խմբերը կունենան բժշկական հիմնական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիություն իսկ կամավոր ապահովագրությունը կլրացնի առաջարկվող համապարփակ ապահովագրության համակարգին:

Հայաստանում ԱՀԱ համակարգի ներդրման հակիրճ նկարագրությունը

Առաջարկվող համակարգի շրջանակներում պարտադիր ապահովագրություն ունեցող անձանց մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծախսերի փոխհատուցումը իրականացվելու է երկու հիմնական աղբյուրներից՝ պետական բյուջեի ընդհանուր եկամուտներից և առողջության հարկից իսկ ԱՀԱ-ն իրականացվելու է պետության կողմից հիմնադրված կառույցի՝ ԱՀԱ հիմնադրամի միջոցով:

Մասնավորապես, ԱՀԱ ծածկույթի համար պահանջվող ծախսերի **փոխհատուցումը կիրականացվի հետևյալ աղբյուրներից.**

- ապահովագրված անձանց ԱՀԱ վճարներից և նրանց փոխարեն կատարվող վճարներից,
- չապահովագրված անձանց համար պետական բյուջեից կատարվող վճարներից,
- պետական բյուջեից լրացուցիչ հատկացումներից,
- ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց կամավոր մուծումներից,
- օրթոպեդիկ սարքերի ձեռքբերման ծախսերը փոխհատուցելու համար պետական բյուջեի հատկացումներից,
- առողջապահական կազմակերպություններից կամ դեղատներից վերականգնված կամ վերադարձված դրամական միջոցներից,

- ապահովագրված անձի առողջությանը պատճառված վնասի համար ֆիզիկական և իրավաբանական անձանցից օրենքով սահմանված կարգով վերականգնված միջոցները:

Առողջության համապարփակ ապահովագրության շրջանակներում **փոխհատուցվում են** խորհրդատվական, կանխարգելիչ, բուժական, պալիատիվ, դեղորայքային օգնության ցուցաբերում, ախտորոշիչ հետազոտությունների, վերականգնողական բուժման, բժշկական փորձաքննության անցկացում, հարբժշկական, ոչ բուժական բնույթի ծառայությունները:

ՀՀ-ում առաջարկվող ԱՀԱ համակարգի ֆինանսավորման բեռի բաշխումը

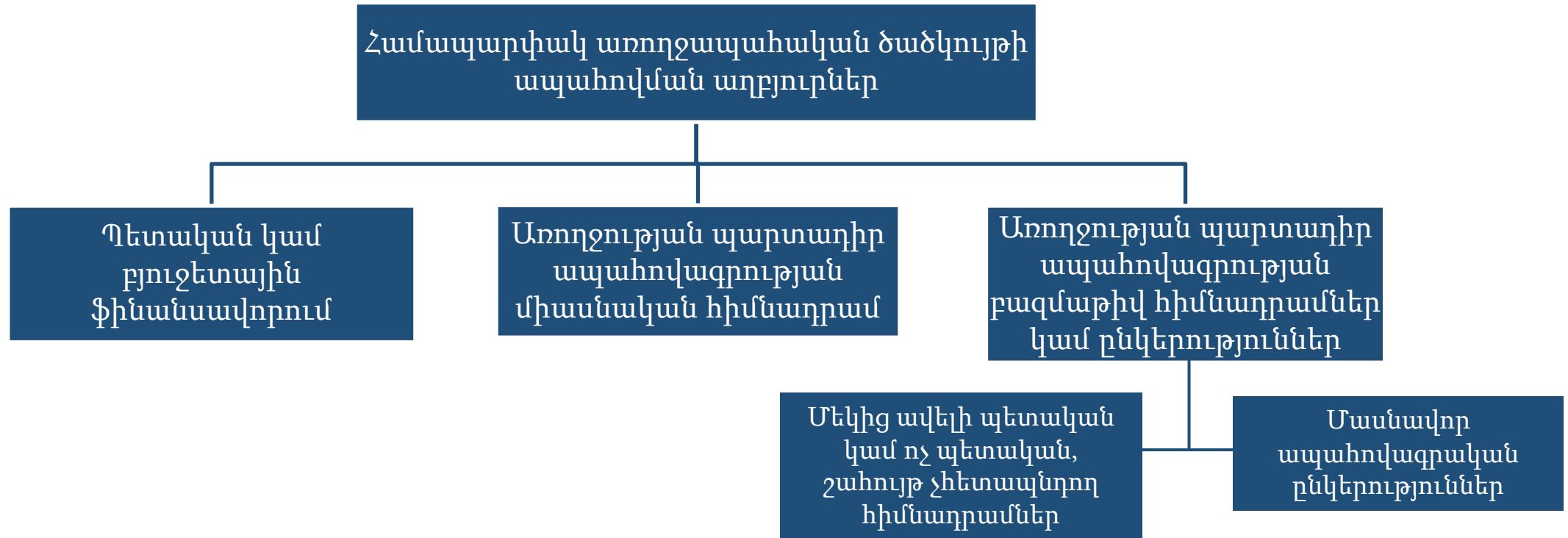
Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
<ul style="list-style-type: none"> • 3% ,եթե վարձու աշխատողի ամսական եկամուտը չի գերազանցում նվազագույն աշխատավարձի 15-ապատիկը • ½ նվազագույն աշխատավարձի չափով, եթե վարձու աշխատողի ամսական եկամուտը գերազանցում է նվազագույն աշխատավարձի 15-ապատիկը 	<ul style="list-style-type: none"> • 3% , եթե ամսական եկամուտը չի գերազանցում նվազագույն աշխատավարձի 15-ապատիկը • ½ նվազագույն աշխատավարձի չափով, եթե ամսական եկամուտը գերազանցում է նվազագույն աշխատավարձի 15-ապատիկը 	<p>ԱՁ կամ նոտար հանդիսացող անձը, քաղաքացիական-իրավական պայմանագրերով աշխատողը</p> <ul style="list-style-type: none"> • բազային եկամտի 6%-ի չափով, եթե եկամուտը տարեկան կտրվածքով չի գերազանցում նվազագույն աշխատավարձի 175-ապատիկը • նվազագույն աշխատավարձի 10-ապատիկի չափով, եթե տարեկան եկամուտը գերազանցում է նվազագույն աշխատավարձի 175-ապատիկը <p>Ընդ որում, ինքնազբաղված անձանց, միկրոձեռնարկատիրության սուբյեկտ հանդիսացող ԱՁ-երի կամ ԱՁ չհանդիսացող ֆիզիկական անձանց կողմից նվազագույն աշխատավարձի 3%-ի չափով վճարում կատարելու դեպքում ԱՀԱ վճարի մնացած մասը կվճարվի պետական բյուջեի միջոցներից:</p> <p>Մոնոպոլիստական կենսաթոշակային ապահովագրության գրանցում ունեցող աշխատանքային տարիքի գործազուրկների համար տարեկան ապահովագրական վճարումը կատարվում է կուտակային կենսաթոշակային ֆոնդի պահառուի կողմից նվազագույն աշխատավարձի 6%-ի չափով, մասնակցի կողմից կենսաթոշակային հաշվում առկա միջոցներից պահանջի առկայության դեպքում:</p>	<p>Պետությունը վճարելու է հետևյալ խմբերի ապահովագրավճարները՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • մինչև 3 տարեկան երեխայի խնամքի արձակուրդում գտնվող կանայք, • հղի կանայք, • 3 կամ ավելի անչափահաս երեխաների խնամակալներից մեկը, • պետությունից սոցիալական աջակցություն և պետական նպաստ ստացող անձինք, • ֆունկցիոնալության սահմանափակում ունեցող անձի խնամող ծնողներից մեկը, • Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ, զինծառայողներ, նրանց ընտանիքների անդամներ, ՀՀ պաշտպանության ժամանակ զոհված զինծառայողների ընտանիքների անդամներ, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողներ, բռնադատվածներ, տեղահանվածներ, • Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ, • Աֆղանստանում մարտական գործողությունների մասնակցած անձինք, • հոգևորականներ, հոգևորականների կրթարանների ուսանողներ, • անհատ ձեռնարկատեր չհանդիսացող գյուղատնտեսական անհատական գործունեությամբ զբաղվողներ:

ՀԱԾ ապահովման
տարբեր մոդելների
համեմատական
վերլուծությունը

Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ապահովման մոդելները

Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպությունը (ՏՀԶԿ)՝ հիմնվելով տարբեր երկրների փորձի ուսումնասիրության վրա, առանձնացնում է համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ապահովման երեք հիմնական մոդել:

Չնայած երկրներից յուրաքանչյուրում գերիշխում է երեք մոդելներից որևէ մեկը, այնուամենայնիվ, պետք է նկատի ունենալ, որ բացի ֆինանսավորման նշված աղբյուրներից, երկրներում գործում է նաև առողջության կամավոր ապահովագրության համակարգ, որը ևս հանդիսանում է համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ապահովման աղբյուրներից մեկը՝ սակայն շատ ավելի փոքր չափով:



Աղբյուր՝ OECD, 2019, <https://bit.ly/39kDX4o>

Բյուջետային ֆինանսավորման մոդել

Բնակչությունը առողջապահական ծառայություններից օգտվում է անվճար. դրա դիմաց վճարում է պետությունը:

Առողջապահական ծախսերի ֆինանսավորման աղբյուրը հանդիսանում են պետական բյուջեի հարկային եկամուտները (քաղաքացիները առանձին առողջապահական վճար չեն վճարում):

Առավելություններ	Թերություններ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Բժշկական օգնության և սպասարկման ցածր սակագներ [5] ▪ Եկամուտների ձևավորման աղբյուրների լայն շրջանակ ▪ Կառավարման պարզ համակարգ, քանի որ առանձին առողջապահական վճար չի ներդրվում և ֆինանսավորումը տեղի է ունենում պետական բյուջեի հարկային եկամուտների հաշվին[13] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Հարկային բեռի ավելացում բոլորի համար՝ անկախ նրանից, թե ինչ չափով է տվյալ քաղաքացին օգտվում առողջապահական ծառայություններից ▪ Առողջապահական ծածկույթի ֆինանսավորման մեծ կախվածություն քաղաքական որոշումներից [6] ▪ Առողջապահական ծածկույթի ֆինանսավորման կախվածություն պետական բյուջեի եկամուտների մեծության փոփոխությունից [7] ▪ Առողջապահական համակարգի անարդյունավետության մեծ հավանականություն (ենթակառուցվածքների որակ, բուժանձնակազմի քանակ և որակ)՝ մրցակցության բացակայության պատճառով

Երկրները, որտեղ գործում է այս մոդելը

Ավստրալիա, Կանադա, Դանիա, Ֆինլանդիա, Իսլանդիա, Իռլանդիա, Իտալիա, Լատվիա, Նոր Զելանդիա, Նորվեգիա, Պորտուգալիա, Իսպանիա, Շվեդիա, Միացյալ Թագավորություն

Բյուջետային ֆինանսավորման մոդելը Միացյալ Թագավորությունում



Ֆինանսավորման աղբյուր	Պետական բյուջեի հարկային եկամուտներ
Առավելություններ	Անվճար առողջապահական ծառայություններ բոլորի համար
Մարտահրավերներ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ցածր ցուցանիշ՝ համադրելի երկրների հետ համեմատած: ՄԹ-ում առողջապահության ֆինանսավորումը (մեկ շնչի հաշվով £2,989) <u>ավելի ցածր է</u>, քան ԵՄ-15-ի մեդիանային ցուցանիշը (մեկ շնչի հաշվով £3,663): [8] ▪ Բժշկական օգնության և սպասարկաման թույլ որակ, ներառյալ բժշկական կազմակերպություններում հաճախակի առաջացող երկար հերթեր: [9] ▪ Ֆինանսավորման չափը մեծապես կախված է իշխող քաղաքական ուժի որոշումներից և քաղաքական ուժերի հարաբերակցության փոփոխության դեպքում նվազում կամ ավելանում է: Ավելին, որոշ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ քաղաքական որոշումներից մեծ կախվածությունը առողջապահության համակարգի թերֆինանսավորման պատճառներից մեկն է: [10]

Առողջության ապահովագրության միասնական հիմնադրամ

Համապարփակ ապահովվում է առողջապահական ապահովագրության համակարգի անձանց առողջապահական կատարվում են պետության կողմից հիմնադրված

ծածկույթը պարտադիր միջոցով,

Առողջապահության համապարփակ ապահովագրության միասնական հիմնադրամի կողմից: Հիմնադրամի միջոցները ձևավորվում են վարձու աշխատողների և գործատուների կողմից իրականացվող պարտադիր ապահովագրության վճարների հաշվին և հավաքագրվում են գործող հարկային մեխանիզմների միջոցով:

Առավելություններ	Թերություններ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ուժեղ աջակցություն շահառուների կողմից, քանի որ որպես կանոն մեծ է սոլիդարության սկզբունքով իրականացվող վճարների շնորհիվ ապահովագրավճար չվճարող, բայց առողջության ապահովագրությունից օգտվող բնակչության շրջանակը ▪ Ռիսկի խմբավորում (risk pooling) չի իրականացնում, բոլոր ապահովագրվողների համար՝ անկախ տարիքից, առողջական վիճակից և այլ առանձնահատկություններից, սահմանվում է հավասար ապահովագրավճար 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Եկամուտների ձևավորման աղբյուրների փոքր շրջանակ՝ սահմանափակված պաշտոնապես զբաղված բնակչությամբ ▪ Հարկման համեմատաբար փոքր բազա այն երկրներում, որտեղ կա սովերային տնտեսության մեծ ծավալ կամ հարկերից խուսափելը տարածված երևույթ է [11] ▪ Ֆորմալ հատվածից դեպի ոչ ֆորմալ հատված աշխատողների հոսքի, ինչպես նաև իրական աշխատավարձը թաքցնելու մեծ հավանականություն՝ ապահովագրավճարներից խուսափելու նպատակով [12] ▪ Գործազրկության մակարդակի աճի հավանականություն [13] ▪ Երկրներում, որտեղ բնակչության կազմում մեծահասակները մեծ տեսակարար կշիռ ունեն, սոցիալական վճարներից ստացվող եկամուտները ակնկալվում է, որ բնակչության ծերացման արդյունքում զգալիորեն կնվազեն: [14]

Երկրները, որտեղ գործում է այս մոդելը

Էստոնիա, Ֆրանսիա, Հունաստան, Հունգարիա, Կորեա, Լիտվա, Լյուքսեմբուրգ, Լեհաստան, Սլովենիա, Թուրքիա

Առողջության ապահովագրության միասնական վճարողի մոդելը Էստոնիայում

	Ֆինանսավորման աղբյուր	Հիմնականում վարձու աշխատողների կողմից վճարվող նպատակային սոցիալական վճար
	Մարտահրավերներ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Անբավարար ֆինանսավորում, որի հետևանքներից մեկը առողջապահության ոլորտում աշխատանքի ցածր վարձատրությունն է, ինչի պատճառով տարեցտարի Էստոնիայում նվազում է բուժաշխատողների թվաքանակը, բժշկական հաստատություններում մշտապես գոյանում են երկար հերթեր: [15] [16] Անբավարար ֆինանսավորման գլխավոր պատճառը կայանում է նրանում, որ առողջապահական վճարներ իրականացնում են միայն վարձու աշխատողները, մինչդեռ նրանք, ովքեր առողջապահավճարներ չեն վճարում, սակայն օգտվում են ապահովագրությունից (անչափահասներ, գործազուրկներ և այլն) կազմում են ընդհանուր շահառուների շուրջ կեսը: [17] ▪ Բնակչության մի զգալի հատվածի առողջապահական կարիքները յուրաքանչյուր տարի մնում են չբավարարված: 2019թ-ին Էստոնիայում բնակչության 17.6%-ի առողջապահական կարիքները չէին բավարարվել, այն դեպքում երբ ԵՄ երկրներում այս ցուցանիշը կազմում է միջինում 3.1%: [18] ▪ Բնակչության ծածկույթի համեմատաբար ցածր մակարդակ: 2019 թ-ին Էստոնիայի բնակչության 5%-ը առողջապահության ապահովագրությունից չէր օգտվում: Մրա համար կան մի շարք պատճառներ. ծածկույթից դուրս մնացողների մի մասը արտերկրում աշխատողներն են, ժամանակավոր աշխատանք ունեցողները, սեզոնային աշխատողները, սոցիալական հարկով չհարկվող եկամուտ ստացողները, հարկերից խուսափածները և այլն: [19] ▪ Գրպանից կատարվող վճարումների բարձր մակարդակ: 2019 թ-ին Էստոնիայում գրպանից կատարվող վճարումները կազմել են առողջապահական ծախսերի շուրջ 24%-ը: [20]

Առողջության ապահովագրության բազմաթիվ հիմնադրամներ կամ ընկերություններ

Համապարփակ ապահովվում է առողջապահական ապահովագրության համակարգի միջոցով, սակայն ապահովագրված անձանց առողջապահական ծախսերը կատարվում են բազմաթիվ հիմնադրամների կամ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

առողջապահական ծախսերը կատարվում են բազմաթիվ հիմնադրամների կամ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

Առավելություններ	Թերություններ
<ul style="list-style-type: none"> Շուկայում բազմաթիվ ապահովագրողների միջև մրցակցությունը խթանում է ապրանքների, առաջարկվող փաթեթների բազմազանությունը, շահառուների համար պայքարում ստիպում է գտնել նորարարական մոտեցումներ [21] 	<ul style="list-style-type: none"> Ռիսկերի խմբավորում (risk pooling) . ապահովագրական ընկերությունները բարձր ռիսկայնություն ունեցող անձանց համար միևնույն փաթեթի համար կարող են սահմանել ավելի բարձր գին Բարձր և աճող ապահովագրավճարների հավանականություն [22] Կառավարման ավելի բարդ համակարգ

Երկրները, որտեղ գործում է այս մոդելը

Ավստրիա, Բելգիա, Չիլի, Չեխիայի Հանրապետություն, Գերմանիա, Իսրայել, Ճապոնիա, Մեքսիկա, Նիդեռլանդներ, Սլովակիա, Շվեյցարիա

Առողջության ապահովագրության բազմաթիվ ընկերություններով մոդելը Նիդերլանդներում



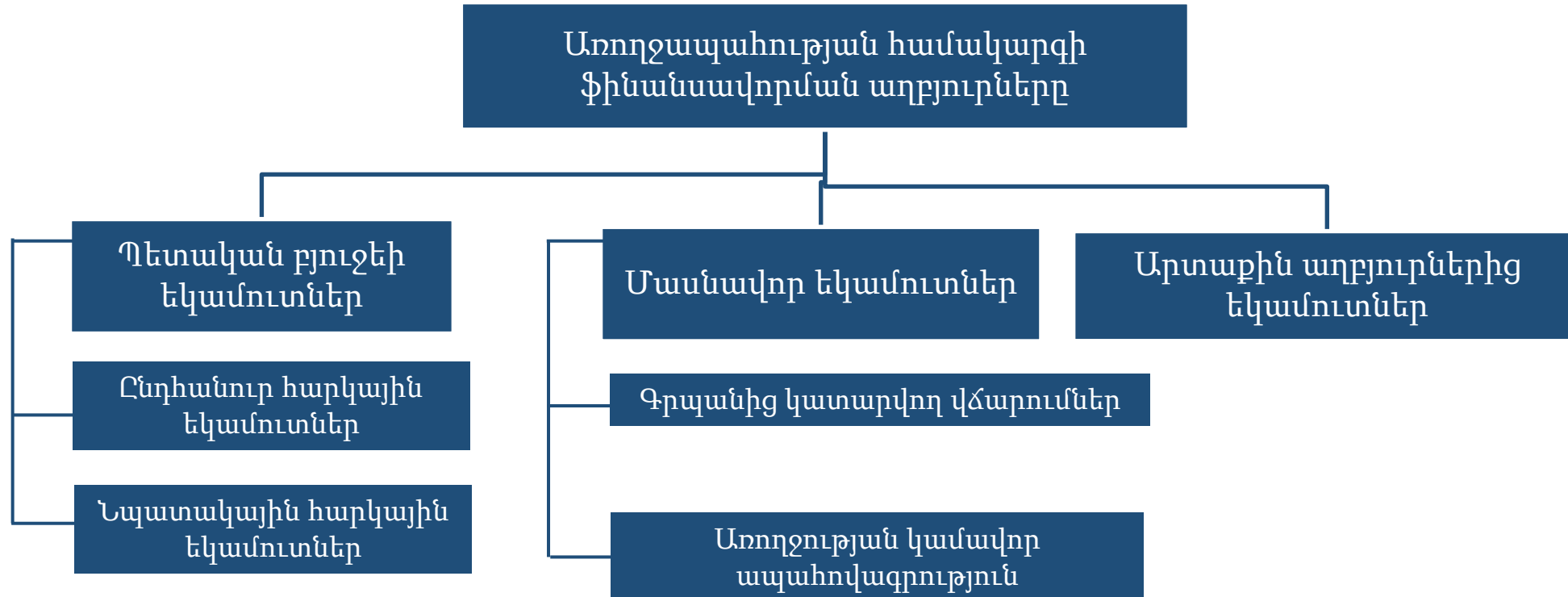
Ֆինանսավորման աղբյուր	Բնակչությունից պահանջվում է ապահովագրվել մասնավոր ապահովագրական ընկերություններում
Առանձնահատկություններ եվ առավելություններ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Բնակչության 99.9%-ը օգտվում է առողջության ապահովագրությունից: [23] ▪ Բնակչության գրեթե 100%-ի առողջապահական կարիքները լրիվությամբ և ժամանկին բավարարվում են (2019 թ-ին բնակչության միայն 1.1 % -ի առողջապահական կարիքները չէին բավարարվել): [24] ▪ Ռիսկերի հավասերացման արդյունավետ համակարգ. կառավարության ակտիվ միջամտության և կարգավորումների շնորհիվ բոլոր ապահովագրվող անձանց համար գործում է նույն ապահովագրավճարի չափը՝ անկախ ռիսկայնությունից, մինչև նույն ժամանակ ապահովագրական ընկերությունները ստանում են փոխհատուցում բարձր ռիսկայնության ապահովադիրներ վերցնելու համար: [25]
Մարտահրավերներ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Առողջապահական համակարգի բարձր աստիճանի բարդությունը: [26]

ԱՀԱ համակարգի
Ֆինանսական բեռի բաշխումը

ՀԱԾ ֆինանսավորման մեխանիզմները

Գոյություն ունեն համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ֆինանսավորման տարբեր աղբյուրներ: Դրանցից մեկը *պետական բյուջեի հարկային եկամուտներն* են, ընդ որում այս եկամուտները կարող են ձևավորվել ինչպես ուղղակի (օր-կ եկամտային հարկ) և անուղղակի հարկերից (օր-կ ավելացված արժեքի հարկ, ակցիզային հարկեր),

այնպես էլ նպատակային առողջապահական վճարներից: Դա նույնպես համարվում է հարկատեսակ, որը վճարում են ինչպես գործատուները, այնպես էլ վարձու աշխատողները: Դրանց համար, որպես կանոն, հարկման բազա է հանդիսանում վարձու աշխատողների համախառն աշխատավարձը:



ՀԱԾ ֆինանսավորման մեխանիզմները

Երկրորդ աղբյուրը *մասնավոր եկամուտներն են*, որոնք ձևավորվում են առողջապահական ծառայությունների դիմաց բնակչության կատարած մասնավոր ծախսերից կամ այլ կերպ ասած՝ գրպանից կատարվող վճարումներից, կամ առողջության կամավոր ապահովագրությունից:

Առողջապահական ծածկույթը կարող է նաև ֆինանսավորվել *արտաքին աղբյուրներից*, դրանց մեջ մտնում են ինչպես առողջապահության ոլորտի համար տրամադրված նպատակային միջոցները, այնպես էլ այլ միջոցներ, որոնք կարող են վերաբաշխվել և ուղղվել առողջապահության ոլորտին:

Ֆինանսավորման մեխանիզմների ընտրությունը որպես կանոն կախված է երկրի առանձնահատկություններից: Օրինակ, բազմաթիվ հետազոտություններ վկայում են, որ ցածր և միջին եկամուտներով երկրներում, որտեղ բնակչության մի ստվար հատված աշխատում է ոչ ֆորմալ հատվածում և պաշտոնական աշխատավարձի հիման վրա հաշվարկվող հարկման բազան փոքր է, համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ֆինանսավորման համար նպատակային առողջապահական վճարներից գոյացած պետական եկամուտներին ապավինելը անարդյունավետ որոշում է և պետք է դրանից անցում կատարել այլ մեխանիզմների: [27][28] Սակայն պետական բյուջեի եկամուտները սահմանափակ են մեծ թվով շահառուների

սուբսիդավորելու համար:

Այս խնդրի լուծման ևս մեկ տարբերակ կարող է լինել ոչ ֆորմալ հատվածի աշխատողների համար առողջության համապարփակ ապահովագրության շրջանակներում հատուցման ենթակա ծառայությունների ավելի փոքր փաթեթների սահմանումը, որպեսզի ֆորմալ հատվածից ոչ ֆորմալ հատված անցնելու գրավչությունը զբաղվածների համար փոքրանա: [29]

Միջազգային կառույցների կողմից խորհուրդ է տրվում այս խնդրի հաղթահարման համար դիմել նաև այլ հարկերից գոյացող եկամուտներին: Օրինակ տարածված պրակտիկա է ԱԱՀ որոշ մասնաբաժինը առողջապահության ոլորտի ծախսերի ֆինանսավորմանը ուղղելը, հատկապես մեծ ոչ ֆորմալ զբաղվածություն ունեցող երկրներում, որտեղ ուղղակի հարկերի հավաքագրումը հանդիպում է լուրջ խոչընդոտների (Չիլի, Գանա, Իրան, Իտալիա): Որոշ երկրներում դրան է ուղղվում ակոնոլի և ծխախոտի հետ կապված հարկերի մի մասը (Եգիպտոս, Ֆրանսիա, Ֆիլիպիններ, Թուրքիա): [30] Ընդ որում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս ՀԱԾ-ի ֆինանսավորման համար դիմել այնպիսի ապրանքների սպառման հարկմանը, որոնք վնասակար են առողջության համար, օրինակ ծխախոտի, ակոնոլային խմիչքների, ավելացված շաքարի: [31]

ՀԱԾ ֆինանսավորման մեխանիզմները

Մակայն ցանկացած երկրում հարկային դրույքաչափերի փոփոխությունը պահանջում է բազմակողմանի վերլուծություն և գնահատում, քանի որ տարբեր հարկատեսակների դրույքաչափերի բարձրացումը կախված էրկրի առանձնահատկություններից տարբեր ազդեցություն է թողնում տնտեսական աճի, զբաղվածության և հասարակության տարբեր եկամտային խմբերի բարեկեցության վրա:

Օրինակ, Հայաստանի համար Համաշխարհային բանկի կողմից կազմված մոդելի արդյունքները [32] ցույց են տալիս, որ կարճաժամկետում ակցիզային հարկի, աշխատավարձի գծով եկամտային հարկի, ԱԱՀ-ի, ոչ աշխատավարձային եկամուտների հարկերի բարձրացման միջոցով համապարփակ առողջապահության ապահովագրության համակարգի ֆինանսավորումը կհանգեցնի ՀՆԱ-ի համապատասխանաբար 4.3%, 3%, 1.8% և 1% կրճատման, իսկ երկարաժամկետում (մինչև 2050թ.) էֆֆեկտը կլինի համապատասխանաբար -0.1%, -0.3%, 0.1%, 1%:

Անդրադառնալով տարբեր եկամտային խմբերի բարեկեցության վրա ազդեցությանը՝ պետք է նշել, որ կախված եկամտային խմբից և հարկման բազայից ազդեցությունները խիստ փոփոխական են կարճաժամկետում և երկարաժամկետում:

Ընդհանուր առմամբ, ՀԲ-ի ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ կարճաժամկետում աշխատավարձ չհանդիսացող եկամուտների ազդեցությունը ամենանպաստավորն է տնտեսության և տարբեր եկամտային խմբերի բարեկեցության վրա, իսկ ԱԱՀ-ի միջոցով ֆինանսավորումը ավելի նպաստավոր է, քան աշխատավարձի հարկման միջոցով ֆինանսավորումը:

Հայաստանում համապարփակ առողջապահական ծառայությունների ապահովման Հայաստանում առաջարկվող համակարգի համաձայն ապահովագրավճարներ վճարողներ են հանդիսանում վարձու աշխատողները, գործատուները, ինքնազբաղված անձինք, անհատ ձեռնարկատերերը, քաղաքացիական-իրավական պայմանագրերով աշխատանք կատարող կամ ծառայություն մատուցողները, նոտարները, իսկ պետությունը սուբսիդավորում է որոշ խմբերի ապահովագրավճարները: Նկատի ունենալով, որ Հայաստանում, ինչպես և զարգացող շատ երկրներում, ոչ ֆորմալ հատվածում զբաղվածները զգալի կշիռ ունեն գրանցված աշխատավարձի հիման վրա հաշվարկվող հարկման բազման փոքր է, իսկ հաշվի առնելով ֆորմալ հատվածից ոչ ֆորմալ հատված անցնելու գրավչությունը (ինչպես նաև ծերացող բնակչությունը), կարելի է պնդել, որ առաջարկվող համակարգը սոցիալապես արդար չէ և կարող է ռիսկեր առաջացնել երկարաժամկետում:

ՀԱԾ Ֆինանսավորման մեխանիզմները

Հայաստանում ԱՀԱ Ֆինանսավորման ընտրված մեխանիզմների ազդեցությունը եկամտային խմբերի վրա, կարճաժամկետում և երկարաժամկետում

Դեցիլ	Կարճաժամկետ				Երկարաժամկետ (30 տարի)			
	Աշխատավարձի հարկ	Ոչ աշխատավարձ. եկամուտ. հարկ	ԱԱՀ	Ակցիզային հարկ	Աշխատավարձի հարկ	Ոչ աշխատավարձ. եկամուտ. հարկ	ԱԱՀ	Ակցիզային հարկ
I	0.3	2.4	1.4	0.8	-2.5	-0.9	-1.8	-1.2
II	0.6	3.1	3.0	1.8	-1.9	-0.1	-0.4	0.1
III	1.3	3.5	2.7	1.0	-1.5	0.1	-0.8	-0.6
IV	1.5	2.9	2.6	1.4	-1.5	-0.5	-1.0	-0.3
V	1.0	2.5	2.3	0.2	-1.8	-0.8	-1.3	-1.2
VI	0.0	1.2	2.0	-0.2	-2.6	-1.9	-1.5	-1.5
VII	2.2	4.4	4.1	1.3	-0.4	1.1	0.6	0.1
VIII	1.9	3.6	4.3	2.1	-1.3	-0.1	0.1	0.3
IX	3.2	4.7	4.8	2.6	-0.5	0.5	0.3	0.4
X	1.4	3.9	2.1	3.0	-1.0	0.7	-1.1	1.5

Պասիվային եկամուտները Հայաստանում

Միննույն ժամանակ, ՊԵԿ-ից ստացված պասիվային եկամուտների ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ 2021թ-ին հիմնական չորս պասիվ եկամուտների ընդհանուր մեծությունը կազմել է շուրջ 356.3 մլրդ դրամ, սակայն այդ գումարը ստացող ֆիզիկական անձանց քանակը խիստ սահմանափակ է (ոչ ավել քան 30 հազար մարդ), ինչը

նշանակում է, որ մի կողմից կան մարդիկ ովքեր չհանդիսանալով վարձու աշխատողներ էական եկամուտներ ունեն, բայց ըստ առաջարկվող հարկման մեխանիզմի ԱՀԱ համակարգի համար չեն վճարելու, մյուս կողմից, եթե նրանց վրա էական հարկային բեռ դրվի, սոցիալապես արդարացված չի լինի:

Հիմնական պասիվ եկամուտների (բացառությամբ ավանդի տոկոսի) մեծությունը և ստացող ֆիզիկական անձանց քանակը, 2021թ-ին

Եկամտի տեսակ	< 5մլն դրամ*		այդ թվում վարձու աշխատող կամ քաղ. իրավական պայմանագիր**		5ից 10մլն (ներառյալ) դրամ		այդ թվում վարձու աշխատող կամ քաղ. իրավական պայմանագիր		>10մլն դրամ		այդ թվում վարձու աշխատող կամ քաղ. իրավական պայմանագիր	
	քանակ	գումար	քանակ	գումար	քանակ	գումար	քանակ	գումար	քանակ	գումար	քանակ	գումար
Ռոյալթի	1,010	475,965,305	507	230,681,610	27	188,139,311	8	54,962,065	42	1,155,090,714	8	418,815,604
Տոկոս	320	341,605,040	185	191,214,269	60	422,345,592	42	291,537,555	144	17,077,946,554	99	11,952,847,853
Վարձավճար	20,941	23,127,889,848	11,417	12,104,265,636	1,483	10,260,927,646	666	4,620,975,494	1,359	46,438,371,634	682	30,543,457,402
Շահաբաժիններ	1,943	1,746,415,314	1,089	1,234,664,852	455	3,299,158,202	333	2,424,067,142	1,341	251,751,577,772	1,017	211,109,561,847
Ընդամենը		25,691,875,507		13,760,826,367		14,170,570,751		7,391,542,256		316,422,986,674		254,024,682,706

Աղբյուր՝ ՊԵԿ

ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը տարբեր երկրներում

	Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
Էստոնիա	13% [33]		<ul style="list-style-type: none"> • Ինքնագրավածներ (ներառյալ իրականացրած գործունեության մեջ ներգրավված ամուսնու), [34] • կառավարման կամ վերահսկող մարմնի անդամները, • Քաղաքացիաիրավական պայմանագրի հիման վրա ծառայություն մատուցող անձինք, • ովքեր վճարում են հարկեր ձեռնարկատիրական եկամտից 	<p>Պետությունը վճարում է հետևյալ խմբերի ապահովագրավածները՝ [35]</p> <ul style="list-style-type: none"> • գործազուրկներ, • թոշակառուներ, • երեխայի խնամքի արձակուրդում գտնվող անձինք, • Անձինք, ովքեր խնամում են հաշմանդամ անձանց, • Ժամկետային զինծառայողները, • Դոկտորանտուրային կրթաթոշակ ստացողները, • Միջազգային պաշտպանությունից օգտվող անձինք • Արվեստով զբաղվող նպաստառու անձինք • և այլն

**Հղի կանայք, մինչև 19 տարեկան երեխաները, մինչև կենսաթոշակային տարիքը լրանալուն հինգ տարի մնացած անձր (ուսման սինը ապահովագրված է), ուսանողները կարող են օգտվել առողջության ապահովագրությունից, սակայն ապահովագրավածներ չեն վճարում:*

ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը տարբեր երկրներում

	Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
Ղազախստան	3%	2%	<ul style="list-style-type: none"> Անհատ ձեռնարկատերեր և մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող անձինք [36] Քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ հինքնազբաղվածներ, ընդ որում քաղաքաբնակ հինքնազբաղվածների համար վճարը ավելի բարձր է, քան գյուղաբնակների համար, Ֆիզիկական անձինք, ովքեր հարկերը վճարում են ինքնուրույն 	<p>Պետությունը վճարում է հետևյալ խմբերի ապահովագրավճարները [37]</p> <ul style="list-style-type: none"> Երեխաներ Գրանցված գործազուրկներ Չաշխատող հղի կանայք մինչև երեք տարեկան երեխայի (երեխաների) խնամքի արձակուրդում գտնվող անձինք հղիության, ծննդաբերության, երեխայի որդեգրման հետ կապված արձակուրդում գտնվող անձինք հաշմանդամ երեխայի խնամքով զբաղվող չաշխատող անձինք թոշակառուներ, այդ թվում Հայրենական պատերազմի վետերաններ քրեակատարողական հիմնարկներում պատիժ կրող անձինք հաշմանդամներ բազմազավակ մայրեր քննչական մեկուսարաններում պահվող անձինք, ինչպես նաև չաշխատող անձինք, որոնց նկատմամբ որպես խափանման միջոց կիրառվել է տնային կալանքը միջնակարգ, բարձրագույն, հետբուհական կրթական համակարգերում առկա ուսուցմամբ կրթություն ստացողները չաշխատող անձինք, ովքեր ստանում է պետական նպատակային սոցիալական օգնություն <p>Պետությունը մեկ անձի համար իրականացնում է վճար ընթացիկ ֆինանսական տարվան նախորդող երկու տարիներին երկրի միջին ամսական աշխատավարձի 1.7%-ի չափով:</p>

ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը տարբեր երկրներում

	Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
Մուրովա		9% [38]	<p>Հետևյալ անձինք վճարում են հաստատված գումար. [39]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Հետևյալ խմբերին դասվող չաշխատող ֆիզիկական անձինք <ul style="list-style-type: none"> • գյուղատնտեսական նշանակության հողերի (բացառությամբ այգիների և բանջարանոցների) սեփականատերերը. • Անհատ ձեռնարկատերերը. • Ֆիզիկական անձինք, ովքեր պայմանագրի հիման վրա վարձակալում կամ օգտագործում են հողատարածք գյուղատնտեսական նպատակներով, բացառությամբ այգիների և բանջարանոցների. • լիցենզավորման ենթակա գործունեությամբ զբաղվելու լիցենզիա ունեցող ձեռնարկատերեր. • Ֆիզիկական անձինք, ովքեր վարձակալության են տալիս տրանսպորտային միջոցներ, շենքեր, շինություններ, սարքավորումներ և այլ նյութական արժեքներ, բացառությամբ գյուղատնտեսական նշանակության հողերի վարձակալության (բացառությամբ այգիների և բանջարանոցների). • այլն: 2. Նոտարներ, փաստաբաններ, թարգմանիչներ և այլն: 	<p>Պետությունը վճարում է հետևյալ խմբերի ապահովագրավճարները. [40]</p> <ul style="list-style-type: none"> • մինչև 18 տարեկան երեխաներ, • ուսանողներ, • հղի կանայք, • ծանր կամ միջին աստիճանի սահմանափակումներ ունեցող անձինք, • թոշակառուներ, • զբաղվածության տարածքային պետական գործակալություններում գրանցված գործազուրկները • անձինք, ովքեր խնամում են ծանր հաշմանդամություն ունեցող անձանց, ովքեր կարիք ունեն խնամքի և/կամ մշտական հսկողության այլ անձի կողմից • ընտանիքում չորս կամ ավելի անչափահաս երեխաների, այդ թվում որդեգրված, խնամք իրականացնող ծնողը՝ մինչև երեխաներից գոնե մեկի 18 տարեկանը լրանալը, • սոցիալական նպաստի իրավունք ունեցող ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների անդամները, • միջազգային պաշտպանությունից օգտվող անձինք • օրգանների կենդանի դոնոր, • Պատերազմի վետերաններ, • Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցները:

ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը տարբեր երկրներում

	Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
Չինաստան				
Քաղաքային աշխատողների հիմնական բժշկական ապահովագրություն	6%, սակայն կարող է տարբերվել ըստ քաղաքների օրինակ Շանհայում դրույքաչափը կազմում է 10.5%, Պեկինում՝ 9.8%, Գուանչժոում՝ 6.35% [41][42]	որպես կանոն 2% [43]		
Քաղաքների ու գյուղերի բնակչության հիմնական բժշկական ապահովագրություն (կամավոր)			Շահառուներն են քաղաքների և գյուղերի բնակչությունը, ովքեր պաշտոնապես զբաղված չեն և կամ այլ պատճառներով դուրս են մնում պարտադիր ապահովագրական համակարգից, ներառյալ ինքնազբաղվածներ, ոչ լրիվ աշխատաժամանակով աշխատողներ, տարեցներ, երեխաներ և այլն [44][45]	Պետությունը սուբսիդավորում է ապահովագրավճարների գերակշիռ մասը, անհատական ապահովագրավճարներին բաժին է ընկնում ընդհանուրի փոքր մասը: [46]

ԱՀԱ ֆինանսավորման բեռի բաշխումը տարբեր երկրներում

	Գործատու	Վարձու աշխատող	Այլ վճարողներ	Պետություն
Շվեյցարիա	<p>Ապահովագրավողները ապահովագրվում են ըստ իրենց ընտրության մասնավոր ապահովագրական ընկերություններից որևէ մեկում: [47]</p> <p>Պետությունը սահմանում է որոշակի կարգավորումներ ապահովագրավճարների և այլնի հետ կապված, ինչը թույլ է տալիս երկրում ստեղծել հավասար և մատչելի պայմաններ բոլոր ապահովագրվողների համար:</p>			<p>Պետությունը սուբսիդավորում է ցածր եկամուտ ունեցող խմբերի, երեխաների, ուսանողների ապահովագրավճարները:</p>
Նիդերլանդներ	<p>Ապահովագրվողները ապահովագրվում են ըստ իրենց ընտրության մասնավոր ապահովագրական ընկերություններից որևէ մեկում: [48]</p> <p>Պետությունը սահմանում է որոշակի կարգավորումներ ապահովագրավճարների և այլնի հետ կապված, ինչը թույլ է տալիս երկրում ստեղծել հավասար և մատչելի պայմաններ բոլոր ապահովագրվողների համար:</p> <p>Բացի ապահովագրավճարներից վարձու աշխատողները նաև վճարում են առանձին (սոլիդարության) վճար, որը պետությունը փոխանցում է ապահովագրող ընկերություններին՝ որպես փոխհատուցում տարբեր ռիսկայնության խմբերի համար հավասար ապահովագրավճարներ սահմանելու փոխարեն: [49]</p>			<p>Պետությունը սուբսիդավորում է որոշ ցածր եկամուտ ունեցող խմբերի ապահովագրավճարները:</p>

ԱՀԱ համակարգի ներդրման
տնտեսական ազդեցությունների
շրջանակը

ԱՅԱ համակարգի տնտեսական ազդեցության շրջանակը

Համաձայն [«Նորմատիվ իրավական ակտերի մասին»](#) ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 1-ին կետի. «Կառավարության սահմանած կարգով և դեպքերում օրենքի կամ Կառավարության որոշման նախագիծը մշակող պետական կառավարման մարմինը կազմակերպում է նախագծի կարգավորման ազդեցության գնահատումը [այսուհետ՝ ԿԱԳ]»: Կառավարությունն իր հերթին 2020թ-ի դեկտեմբերի 17-ի [N 2075-Ն](#) որոշմամբ սահմանում է, որ ԿԱԳ իրականացվում է, եթե օրենքի կամ կառավարության որոշման նախագիծը կարող է ունենալ նշանակալի ազդեցություն(ներ) գործարար միջավայրի կամ անձանց գործունեության պայմանների վրա: Ըստ այդմ, ԿԱԳ-ն իրականացվում է հետևյալ բնագավառներում՝

- գործարար միջավայրի և մրցակցության.
- հանրային ֆինանսների.
- սոցիալական.
- առողջապահության.
- շրջակա միջավայրի:

Հաշվի առնելով ԱՀԱ համակարգի ներդրման առանձնահատկությունները, ազդեցությունը տնտեսության վրա և սույն ուսումնասիրության շրջանակում իրականացված խորին հարցազրույցների արդյունքները՝ անհրաժեշտություն է առաջանում իրականացնելու տնտեսական ազդեցությունների մանրամասն գնահատում շահառուների առնվազն հետևյալ խմբերի վրա՝

- **Վարձու աշխատողներ**, համաձայն ԱՀԱ նախագծի վարձու աշխատողները պարտավոր են կատարել վճարումներ իրենց աշխատավարձի 3%-ի չափով: Համաձայն Վիճակագրական կոմիտեի տվյալների, 2021թ-ին ֆորմալ վարձու աշխատողների միջին աշխատավարձը եղել է 204,048 դրամ (պետական հատվածում՝ 179,174 դրամ, մասնավոր հատվածում՝ 215,674 դրամ): 2022թ-ի հունվարի 1-ից, 204,048 դրամ համախառն աշխատավարձ ստացող վարձու աշխատողի տնօրինվող եկամուտը կազմում է 146,516 դրամ, որից եթե նվազեցվի նաև ԱՀԱ վճարը (6,121 դրամ), տնօրինվող եկամուտը կկազմի 140,395 դրամ: Այսինքն, միջին աշխատավարձ ստացող վարձու աշխատողի տնօրինվող եկամուտը կկրճատվի 4.2%-ով, սակայն նրանք իրենց առողջապահական ծախսերի մի զգալի մասը շարունակելու են կատարել իրենց գրպանից, մասնավորապես որ 2021թ-ին պետական ընթացիկ առողջապահական ծախսերի ծավալը չի համապատասխանում հայեցակարգով նախատեսված թիրախներին:
- **Գործատուներ**, համաձայն ՎԿ տվյալների 2021թ-ի տարեվերջի դրությամբ 1 և ավել վարձու աշխատող ունեցող գործատուների թիվը եղել է 57,581, ընդ որում մինչև 50 աշխատող ունեցող գործատուների մասնաբաժինը եղել է 96.3%: 2021թ-ին այս խմբի գործատուների վարձու աշխատողների միջին աշխատավարձը 13.2%-ով ավելի քիչ է եղել, քան 50 և ավել աշխատող ունեցող գործատուներին:

ԱՅԱ համակարգի տնտեսական ազդեցության շրջանակը

- **Առողջապահական համակարգի կազմակերպություններ,** համաձայն ԱՀԱ նախագծի նախատեսվում է սահմանել հենակետային գներ ԱՀԱ հիմնադրամի բյուջեից վճարվող անհատական առողջապահական ծառայությունների համար, ինչը էականորեն վտանգում է մրցակցությունը առողջապահական համակարգում գործող 127 հիվանդանոցների և առողջության առաջնային պահպանման 500 հաստատությունների համար, ինչը կարող է հանգեցնել նաև ոլորտի ներդրումային գրավչության անկմանը:
- **Գործող մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ,** ներկայումս առողջության ապահովագրության ծառայություններ են մատուցում 6 մասնավոր կազմակերպություններ՝ ապահովելով շուրջ 120 հազ. անձի կամավոր ապահովագրությունը: ԱՀԱ նախագծի առաջարկվող կարգավորումների արդյունքում էականորեն սահմանափակվում է տվյալ կազմակերպությունների տնտեսական գործունեության հնարավորությունը:

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

Քաղաքականության սույն վերլուծության արդյունքում կարելի է ընդգծել հետևյալ հիմնական եզրակացությունները

- Առողջապահության նախարարության կողմից առաջարկվող միասնական վճարողի (հիմնադրամի) կենտրոնացված մոդելը թեև ունի առավելություններ, բայց նաև գերծ չի թերություններից, մասնավորապես, խոսքը գնում է **գործառնական և թերֆինանսավորման ռիսկերի մասին**: Օրինակ, ըստ առողջապահական ազգային հաշիվների տվյալների՝ 2019թ-ին պետական և գրպանից կատարվող ծախսերի մեծությունը կազմել է շուրջ 629 մլրդ դրամ, այսինքն համակարգը ապահովելու է ծախսերի միայն 36%-ը, հետևաբար «գրպանից կատարվող ծախսերը» միևնույն է շարունակելու են մեծ մասնաբաժին ունենալ:
- Ֆորմալ հատվածում զբաղվածների վարձատրության բազայի վրա հիմնված **ֆինանսավորման մոդելը սոցիալապես արդար չէ և ռիսկային է**, մասնավորապես, երբ զբաղվածության կառուցվածքում դեռևս մեծ տեսակարար կշիռ է կազմում ոչ ֆորմալ հատվածի մասնաբաժինը (շուրջ 1/3), 200-300 հազ. արտագնա աշխատողներ կան, իսկ բնակչության կառուցվածքում առկա են ծերացման միտումներ և միջին տարիքը մեծանում է:

- Համաձայն ՀԲ ուսումնասիրությունների առողջության ֆինանսավորումը ավելի նպատակահարմար է իրականացնել աշխատավարձ չհանդիսացող եկամուտների հարկման միջոցով, որին իրենց գրավչությամբ հաջորդում են ԱԱՀ-ը և եկամտային հարկը:
- Պետությունը վճարում է առանձին խմբերի համար, օրինակ, անհատ ձեռնարկատեր չհանդիսացող գյուղատնտեսական անհատական գործունեությամբ զբաղվողների, որոնց կարգավիճակը ինքնին չի նշանակում, որ վճարունակ չեն:
- Օրենքի շրջանառվող նախագիծը չի համապատասխանում «Նորմատիվ իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 1-ին կետի պահանջներին, մասնավորապես, չի իրականացվել օրենքի նախագծի կարգավորման ազդեցության գնահատում, չեն դիտարկվել այլընտրանքային տարբերակներ:

Բացի այդ, ինչպես պարզվում է ուսումնասիրության արդյունքում՝ առողջապահության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրումը թեև հանդիսանում է առանցքային բարեփոխում, բայց դեռևս **բավարար չափով և լիարժեք չի քննարկվել հասարակական հատվածի ներկայացուցիչների հետ**, այդ մասին են վկայում նաև մեր կողմից իրականացված խորքային հարցազրույցների արդյունքները:

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի վերաբերյալ **իրագրելիվածության պակաս կանալն բնակչության շրջանում**, այսպես բնակչության միայն 36%-ն է տեղյակ, որ ըստ կառավարության 2021-2026թթ-ի ծրագրի նախատեսվում է ներդնել պարտադիր բժշկական ապահովագրություն: Բացի այդ թեև 75%-ը կողմ է միանգամից կամ փուլային տաբերակով պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրմանը, միայն 34%-ն է պատրաստ վճարել դրա դիմաց հավելյալ հարկի տեսքով (տե՛ս Հավելված 2):

Հիմք ընդունելով իրականացված վերլուծության արդյունքները ներկայացվում են հետևյալ առաջարկությունները՝

1. ԱՀԱ համակարգի ներդրման օրենք մշակելիս դիտարկել և ներկայացնել առողջության ապահովագրության բոլոր երեք հիմնական մոդելների առավելությունները և թերությունները,
2. Հաշվի առնելով Հայաստանի տնտեսության ոչ ֆորմալ հատվածի մեծությունը՝ սոցիալական արդարություն պահելու նպատակով դիտարկել ԱՀԱ համակարգի ֆինանսավորման այլընտրանքային տարբերակները՝ աշխատավարձի հարկումը զուգակցելով ֆիզիկական անձանց պասիվ եկամուտների հարկման հետ, ինչպես նաև առանձին ԱԱՀ-ով հարկման մոդելը:

3. Սահմանափակել շահառուների շրջանակը, որոնց փոխարեն վճարում է պետությունը, մասնավորապես, անհատ ձեռնարկատեր չհանդիսացող գյուղատնտեսական անհատական գործունեությամբ զբաղվողների փոխարեն պետության կողմից ֆինանսավորումը տարածել միայն սահմանամերձ բնակավայրերի բնակիչների վրա:
4. Օրենքի նախագիծ մշակելիս գնահատել կարգավորման ազդեցությունները առնվազն վարձու աշխատողների, գործատուների, առողջապահական համակարգի կազմակերպությունների և առողջության ապահովագրությամբ զբաղվող կազմակերպությունների վրա:

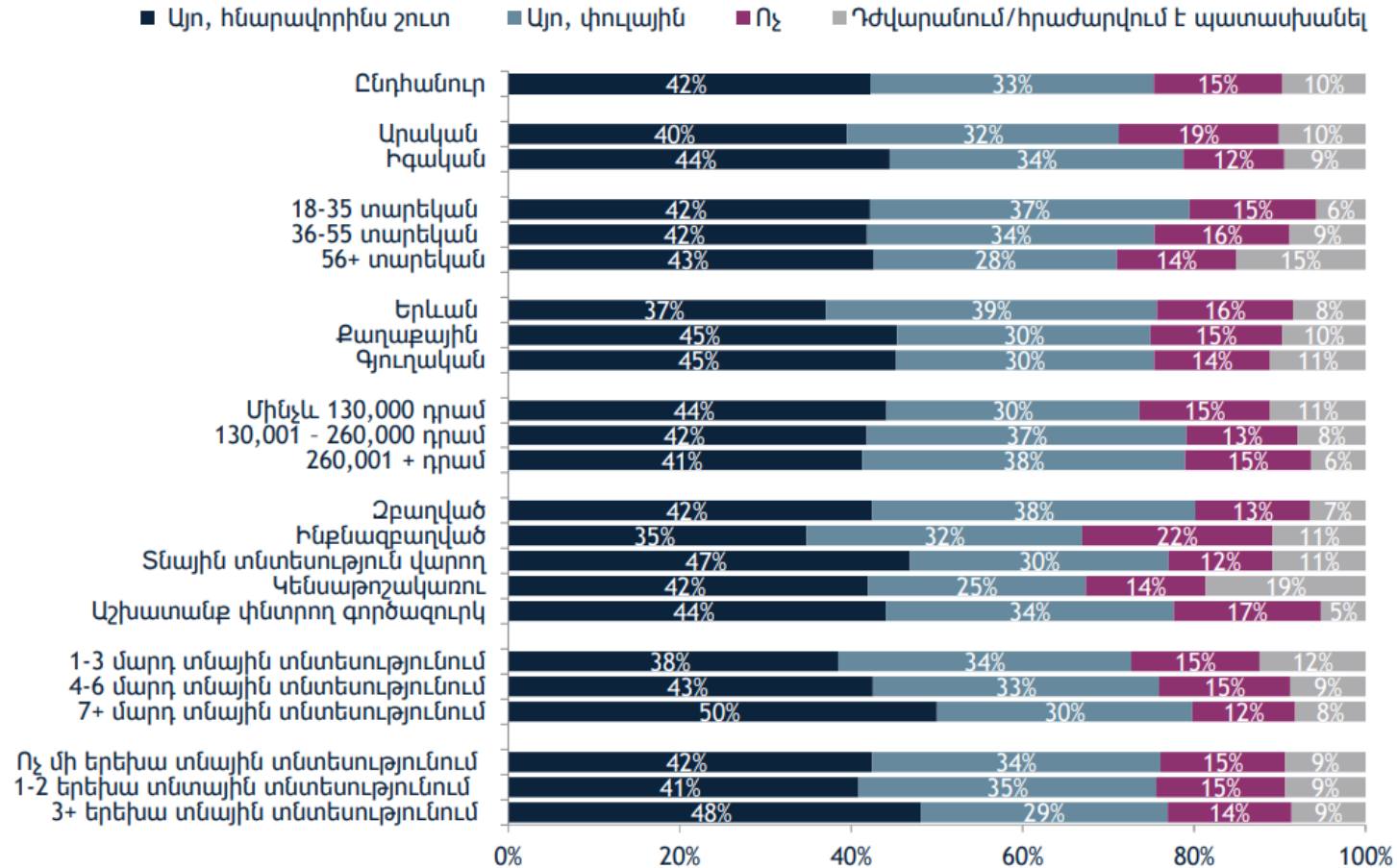
Հավելվածներ

Ջավելված 1. Խորին հարցազրույցի մասնակիցները

N	Անուն ազգանուն	Կազմակերպություն
1.	Փայլակ Թադևոսյան	«Հարկ վճարողների պաշտպանություն» ասոցիացիա
2.	Ներսես Կարամանուկյան Արտավազդ Յախշիբեկյան	Հայաստանի գործարարների և արդյունաբերողների միություն
3.	Ռուբեն Օսիպյան	ՓՄՁ Համագործակցության ասոցիացիա
4.	Լուսինե Մնացականյան	Հայաստանի ամերիկյան առևտրի պալատ (AmCham)
5.	Տիգրան Զրբաշյան	Ամերիա ՓԲԸ

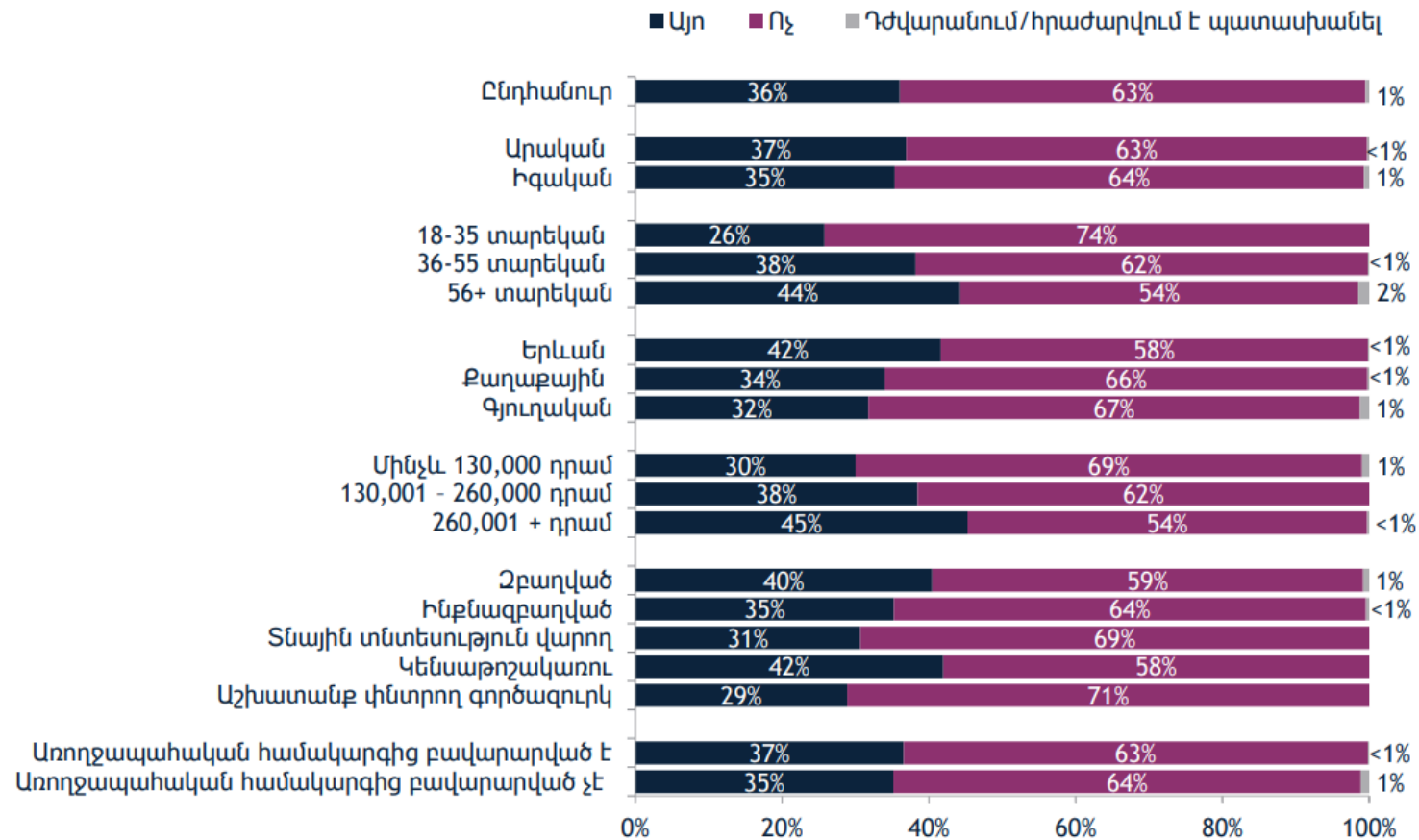
Հավելված 2. ԱՅԱ համակարգի ներդրման իրազեկվածությունը

Ըստ Ձեզ՝ պե՞տք է ներդրվի պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը:



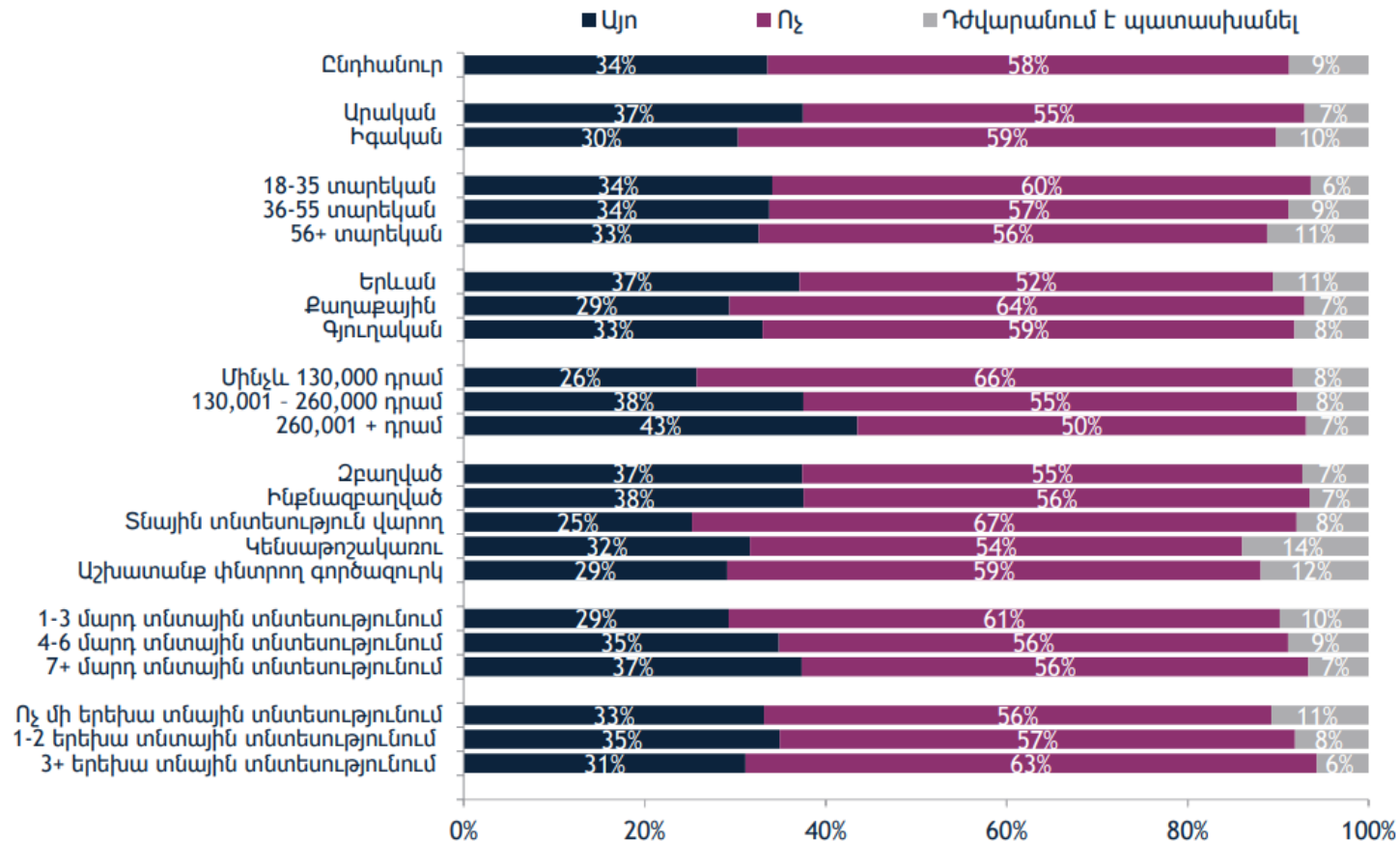
Հավելված 2.

Տեղյա՞կ եք, որ Կառավարության 2021-2025 թվականների ծրագրով նախատեսվում է Հայաստանում ներդնել պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ:



Հավելված 2.

Կհամաձայնե՞ք, որ քաղաքացիները պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգից օգտվելու համար ավելի շատ հարկ վճարեն:*



*Մինչև հարցը լսելը, հարցվողները տեղեկացվել են՝ «Որպես կանոն, պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը ֆինանսավորվում է քաղաքացիների կողմից վճարվող հատուկ հարկով:»

Գրականություն

- [1] World Bank Group (2022). “Universal Health Coverage Global Monitoring Data - 2021”. Հասանելի է <https://rb.gy/yxizqb>
- [2] World Bank Group (2022). “Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)”. Հասանելի է <https://rb.gy/z452e9>
- [3] Զուկվումա, Ա. և այլք (2021). «Հայաստանում առողջապահության ֆինանսավորում, Հանրային ֆինանսների կառավարման բարեփոխումները հանուն առողջապահական ծառայությունների մատուցման բարելավման». Համաշխարհային բանկի խումբ. Հասանելի է. <https://bit.ly/3NorOu5>
- [4] World Bank Group (2022). World Health Organization Global Health Expenditure database. Հասանելի է. <https://bit.ly/3Nlk0t5>
- [5] Chung, M. (2017). “Health care reform: learning from other major health care systems”. In: Princeton Public Health Review. Հասանելի է. <https://bit.ly/3MGCAM4>
- [6] (first citation): Smith, P. (2018). “Advancing Universal Health Coverage: What Developing Countries Can Learn from the English Experience?”. Universal Health Coverage Series No. 40, World Bank Group, Հասանելի է. <https://bit.ly/3wuhAms>
- [7] Kutzin, J. (2011). “Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?”. Presented at the 1st annual meeting of SBO network on health expenditure (OECD). Հասանելի է. <https://bit.ly/3Ps1nWa>
- [8] Office for National statistics of UK. (2019). “How does UK healthcare spending compare with other countries?”. Հասանելի է. <https://bit.ly/3NIX3WD>
- [9] (subsequent citations): Smith, P. (2018)
- [10] (first citation): Hussey, P., Anderson, G.F. (2003). “A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform”. Health Policy 66 (2003). Հասանելի է. <https://bit.ly/3FWvKQh>
- [11] (subsequent citations): Hussey, P., Anderson, G.F. (2003)
- [12] Bitran, R., (2014). “UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE CHALLENGE OF INFORMAL EMPLOYMENT: Lessons from Developing Countries”. HNP Discussion Paper. Հասանելի է. <https://bit.ly/3MGHCrW>
- [13] Wang, H., et al (2012). “Health insurance handbook : how to make it work”. World Bank working papers, ISSN 1726-5878. Հասանելի է. <https://bit.ly/3wtR2kU>
- [14] Cylus, J., et al (2019). “Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options”. WHO The economics of healthy and active ageing series. Հասանելի է. <https://bit.ly/3Lut6T1>
- [15] Masso, M., et al (2018). “ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Estonia”.
[16] hervey, G. (2017). “The EU exodus: When doctors and nurses follow the money”. [online]. Հասանելի է. <https://politi.co/3yMtjhp>
- [17] Vörk, A., Habicht, T. (2018). “Can people afford to pay for health care?: New evidence on financial protection in Estonia”. WHO series. Հասանելի է. <https://bit.ly/37Z1XKf>
- [18] (first citation): Eurostat. Unmet health care needs statistics (accessed 19.05.2022), Հասանելի է. <https://bit.ly/3aaUPuZ>
- [19] OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). “State of Health in the EU · Estonia · Country Health Profile 2021”. Հասանելի է. <https://bit.ly/3G25rrG>
- [20] World Bank Group (2022). World Health Organization Global Health Expenditure database. Հասանելի է. <https://bit.ly/3Mt7kjV>
- [21] Zweifel, P. (2004). “Multiple Payers in Health Care: A Framework for Assessment”. HNP Discussion Paper 31599. Հասանելի է. <https://bit.ly/3G0P4Mn>
- [22] SWI (2021). “Swiss to pay lower health insurance premiums in 2022”. [online]. Հասանելի է. <https://bit.ly/3PxLvko>
- [23] Peterson-KFF Health System Tracker (2022). Percent uninsured. Հասանելի է. <https://bit.ly/39uPHBv>

Գրականություն

- [24] (subsequent citations): Eurostat
- [25] Jeurissen, P., Maarse, H. (2021). “The market reform in Dutch health care Results, lessons and prospects”
- [26] Hein de Vries et al. (2020). “Effects of the reform of the Dutch healthcare into managed competition: Results of a Delphi study among experts”. Health Policy 125 (2020). Հասանելի է. <https://bit.ly/3FY7kG1>
- [27] Kutzin, J., Yip, W., Cashin, C. (2016) “Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage”. World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy: World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy (2016). Հասանելի է. <https://bit.ly/3LuzLfZ>
- [28] Yazbeck, A. S., et al (2020). “The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries”. Health Affairs Vol. 39, No. 5. Հասանելի է. <https://bit.ly/3MveBzD>
- [29] Bitran, R. (World Bank consultant) (2018). “Health insurance for the informally employed Lessons from developing countries”. Հասանելի է. <https://bit.ly/3PvBfd2>
- [30] Cashin, C., Sparkes, S., Bloom, D. (2017). “Earmarking for health: from theory to practice”. WHO, Health Financing Working Paper No. 5. Հասանելի է. <https://bit.ly/3G79xPt>
- [31] WHO (2019). “Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don’ts”. HEALTH FINANCING GUIDANCE NOTE NO 9. Հասանելի է. <https://bit.ly/3wuNgXu>
- [32] Դուրյու, Հ. և այլք (2021). «Հայաստանի համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ֆինանսավորման մակրոտնտեսական ազդեցությունները». Հասանելի է. <https://bit.ly/3wWfTNE>
- [33] PWC (2022). Tax summaries: Estonia. Հասանելի է. <https://pwc.to/3Mv2cvw>
- [34] Health Insurance Fund of Estonia (2022). Health insurance (Accessed 19.05.2022) [online]. Հասանելի է. <https://bit.ly/3Mt2iDH>
- [35] Health Insurance Fund of Estonia (2020). “Estonian Health Insurance Fund Annual Report of financial year 2020”
- [36] Электронное правительство Республики Казахстан (2022). “Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС)”. [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3yNhRIY>
- [37] Kodeksy-kz.com (2022). Ст. 26 Об обязательном социальном медицинском страховании 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК. Հասանելի է. <https://bit.ly/3lpL1j5>
- [38] PWC (2022). Tax summaries: Moldova. Հասանելի է. <https://pwc.to/3wCIIhN>
- [39] Министерство Юстиции (2022). ЗАКОН Республика Молдова № 1593 от 26-12-2002. [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3FZlqXw>
- [40] Министерство Юстиции (2022). ЗАКОН Республика Молдова № 1585 от 27-02-1998 об обязательном медицинском страховании. [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3yQsrsf>
- [41] (first citation): Chinese government portal (2022). Decision of the State Council on Establishing the Basic Medical Insurance System for Urban Employees from August 4, 2005. Հասանելի է. <https://bit.ly/3wu4Z2g>
- [42] PWC (2022). Tax summaries: China. Հասանելի է. <https://pwc.to/3Luq9BC>
- [43] (subsequent citations): Chinese government portal (2022). Decision from August 4, 2005
- [44] The Web site of the National People's Congress (NPC) of the People's Republic of China. “Law of the People's Republic of China on Basic Medical and Health Care and the Promotion of Health” [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3Pvw6So>
- [45] China Labour Bulletin 2011-2022. (2021) “China’s social security system”. [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3sK3xa0>
- [46] Tikkanen, R., et al. (2020). “China”. The Commonwealth Fund International Health Care System Profiles. Հասանելի է. <https://bit.ly/3wrcuXL>
- [47] Federal law on health insurance [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3Mq9n8a>

Գրականություն

[48] Health Insurance Act. [online] Հասանելի է. <https://bit.ly/3NnSWcx>

[49] PWC (2022). Tax summaries: Netherlands. Հասանելի է. <https://pwc.to/3LvcqKS>