**Հավելված**

**ՀՀ կառավարության 2022 թվականի**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -ի N----Լ որոշման**

**Հ Ա Յ Ե Ց Ա Կ Ա Ր Գ**

**ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ**

Բովանդակություն

[Օգտագործված հապավումներ 3](#_Toc122522077)

[1. Ամփոփ նկարագիր 4](#_Toc122522078)

[2. Առկա իրավիճակը և խնդիրները 4](#_Toc122522079)

[3. ԱՀԱ ծածկույթի նկարագրությունը 7](#_Toc122522080)

[3.1 Բնակչություն 7](#_Toc122522081)

[4.2 Ծառայություններ 8](#_Toc122522082)

[4.3. Ծախսեր 9](#_Toc122522083)

[5. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցները 9](#_Toc122522084)

[5.1. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը 11](#_Toc122522085)

[6. Կառավարումը 11](#_Toc122522086)

[7. Ծառայությունների փոխհատուցումը 13](#_Toc122522087)

[8. ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը 15](#_Toc122522088)

[9. Հաշվետվողականություն, մոնիտորինգ և վերահսկում 16](#_Toc122522089)

[10. Առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունը ԱՀԱ ներդրմանը 18](#_Toc122522090)

# 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 բոժօգնություն և սպասարկում |
| 12 | ՖՆ | ՀՀ ֆինանսների նախարարություն |

# **Ամփոփ նկարագիր**

1. Առողջության համապարփակ ապահովագրության (այնսուհետ՝ 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 թիվ 1902-Լ որոշման Հավելված 1-ի «Առողջապահության նախարարություն» բաժնի 1.1-րդ 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 համակարգը 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:

# **Առկա իրավիճակը և խնդիրները**

1. 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 տեսքով[[1]](#footnote-1) (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1: Առողջապահական առանձին ցուցանիշների դինամիկան

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ՀՀ** | **Առողջապահական ցուցանիշի անվանումը** | **1998թ․** | **2008թ.** | **2021թ․** |
| **1** | **կյանքի սպասվող տևողությունը` ծնվելու պահից, որից** | **71.5** | **73.8** | **73.5** |
| *1.1* | *Տղամարդ* | *69.1* | *70.0* | *68.4* |
| *1.2* | *Կին* | *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 |

1. Սակայն երբ դիտարկում ենք այն միջոցները, որոնց հաշվին ապահովվում են այդ ցուցանիշները, ապա նկատելի է, որ Հայաստանը 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 ցուցանիշներից[[2]](#footnote-2)։
2. 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 բժշկի[[3]](#footnote-3):
3. 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 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%-ը աղքատանում է՝ ինչն ամենաբարձր ցուցանիշներից մեկն է տարածաշրջանում[[4]](#footnote-4):
4. 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, բարձրացննի առողջապահության բնագավառում ծախսվող գումարների արդյունավետությունն ու նպատակայնությունը և բարելավվի 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։
5. ԱՀԱ ներդրման ռազմավարությունը
6. Բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության մակարդակի փուլային բարձրացումը կանխատեսվող հարկաբյուջետային հնարավորություններին համապատասխան՝ հանդիսանում է ԱՀԱ ներդրման առաջնային նպատակ։
7. Բացի ֆինանսական պաշտպանվածության մակարդակի բարձրացումը, ԱՀԱ-ի 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։
8. 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։
9. Հաշվի առնելով վերը թվարկվածները, ինչպես նաև ԱՀԱ հայեցակարգով սահմանված նպատակներին կարճաժամկետ հատվածում հասնելու կարևորությունը, ԱՀԱ-ը կներդրվի փուլային տարբերակով, որտեղ առաջին տարին` 2023 թվականը կլինի «նախապատրաստական փուլ»․ հաջորդ երեք տարիները՝ 2024-2026 թվականները կլինեն «փորձարկման փուլ», իսկ արդեն չորրորդ տարվանից` 2027 թվականից ԱՀԱ-ն կկիրարկվի ամբողջությամբ։
10. ԱՀԱ ներդրման յուրաքանչյուր փուլի ընթացքում կիրականացվեն ծածկույթի ծախսերի հաշվարկները և կորոշվի ապահովագրավճարի չափը, ըստ ապահովագրվածների խմբերի պետության համաֆինանսավորման չափը և ապահովագրվածների մասնակցության չափը։
11. ԱՀԱ ներդրումն ըստ նախանշված ռազմավարության և յուրաքանչյուր փուլում իրականացման ենթակա միջոցառումները, դրանց կատարման ժամկետները ներկայացված են Հավելված 1-ում։

# 3. ԱՀԱ ծածկույթի նկարագրությունը

# 3.1 Բնակչություն

1. ԱՀԱ ներդրման առաջին՝ նախապատրաստական փուլում կսահմանվեն յուրաքանչյուր փուլում ԱՀԱ-ում ընդգրկվող բնակչության խմբերը, կպատրաստվեն վերջիններիս տվյալների բազաները, կիրականացվի դրանց նույնականացումը այլ տվյալների բազաների հետ, ինչպես նաև էլեկտրոնային ապահովագրական փոլիսների թողարկումը։
2. 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 անձիք, մինչև 18 տարեկան երեխաներ, բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված այլ անձիք, 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, ինքնազբաղված անձինք և գնուղատնտեսությունում զբաղվածները։
3. Նախատեսվում է, որ ԱՀԱ ներդրման վերջին՝ կիրարկման փուլում ՀՀ բոլոր քաղաքացիները կամ նրանց գերակշիռ մեծամասնությունը (95% և ավել) կունենան միևնույն ծառայությունների փաթեթը։
4. Կախված հարկաբյուջետային հնարավորություններից՝ պետական բյուջեի հատկացումների ծավալից և փորձարկման փուլի տարեկան փաստացի ցուցանիշներից, փորձարկման փուլում բնակչության խմբերի ընդգրկման տեմպը կարող է փոփոխվել։

Աղյուսակ 2. Բնակչության ընդգրկման կանխատեսվող ցուցանիշներն ըստ ԱՀԱ ներդրման փուլերի

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Բնակչության խումբ** | **Շահառուների թվաքանակ 2019թ-ի տվյալներով** | **Նախապատրաստման փուլ** | **Փորձարկման փուլ** | | | **Ամբողջական կիրարկում** |
|  |  |  | **2023թ** | **2024թ** | **2025թ** | **2026թ** | **2027թ** |
|  | Ընդամենը | 2,962,000 | Բնակչության խմբերի և նրանց պետական համաֆինանսավորման չափաքանակների օրենքով ամրագրում, ապահովագրվածների ռեեստրի ձևավորում, էլեկտրոնային փոլիսների թողարկում | 1,364,282 | 1,722,366 | 2,307,068 | 2,868,488 |
| 1 | Հաշմանդամություն ունեցող անձիք | 191,959 | 191,959 | 191,959 | 191,959 | 191,959 |
| 2 | 18 և բարձր տարիքի բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձիք | 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* | *պետական հատվածի աշխատողներ,* ***այդ թվում*** | *269,900* |  | 269,900 | 269,900 | 269,900 |
| *3.1.1* | *սոցփաթեթի շահառուներ* | *120,000* | 120,000 | 120,000 | 120,000 | 120,000 |
| 4 | Թոշակառուներ (63 և բարձր տարիքի անձիք) | 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 անձիք) | 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

1. 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։
2. ԱՀԱ-ի ներդրման վերջնարդյունքում բոլոր ապահովագրված քաղաքացիները կունենան միևնույն ծածկույթը, անկախ վճարունակությունից և սոցիալական կարգավիճակից, որը կտարբերվի միայն տարիքով և սեռով պայմանավորված հատուցումների առանձնահատկություններով։
3. Կամավոր բժշկական ապահովագրությունը կգործի ի լրումն ապահովագրված և չապահովագրված անձանց հիմնական և նվազագույն ծառայությունների փաթեթներին և կներառի դրանցում չընդգրկված ծառայությունները:

# 4.3. Ծախսեր

1. 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 նախատեսելով ծածկույթի ընդհանուր ծախսերից ոչ ավել քան 2%-ի չափով ծախսեր։
2. Ծածկույթի ապահովման համար անհրաժեշտ ծախսերի (այնուհետև՝ Ծածկույթի ծախսեր) հաշվարկը կիրականացվի ԱՆ կողմից ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում՝ ՖՆ-ի հետ համաձայնեցված մեթոդաբանության հիման վրա։
3. 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։

# ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցները

1. ԱՀԱ-ի համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցները կգոյանան երկու հիմնական աղբյուրներից՝ պետական բյուջեից և ԱՀԱ-ին միանալու ապահովագրական վճարներից։
2. Պետական բյուջեի միջոցները կհատկացվեն ծածկույթի ծախսերի ծածկման համաֆինանսավորման սկզբունքով՝ հաշվի առնելով շահառուների սոցիալական և առողջական ռիսկերը։
3. 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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Նախապատ-րաստական փուլ* | *Փորձարկման փուլ* | | | *Կիրարկում* |
|  | **2023թ** | **2024թ** | **2025թ** | **2026թ** | **2027թ** |
| *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 սոբսիդավորման համամասնությունից* |

1. Աղյուսակ 3-ում ներկայացված գումարները հաշվարկվել են 2019թ-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։ 2023թ-ին նախատեսվող 1,5 մլրդ դրամի չափով ծախսը իր մեջ ներառում է ԱՀԱ Հիմնադրամի ստեղծման կապիտալ և գործառութային ծախսերը։
2. ԱՀԱ ներդրման յուրաքանչյուր փուլում պետության կողմից իրականացվող համաֆինանսավորման (սուբսիդավորման) սկզբունքներից և չափից ելնելով կկանխատեսվեն դրանց ծավալները։
3. 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՝ 2024թ-ից սկսված, պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների սոցիալական փաթեթի շահառու և այլ աշխատակիցներին հնարավորություն կընձեռնվի սոցիալական փաթեթի գումարը վերահասցեագրել որպես ապահովագրական վճար։

# ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը

1. 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։
2. ԱՀԱ-ի փորձարկման փուլում ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը կիրականացվի գանձապետական հատուկ հաշվում։ ԱՀԱ-ի ամբողջական ներդրումից հետո ֆինանսական միջոցների հավաքագրումը կարող է փոխանցվել կենսաթոշակային հիմնադրամներին։
3. ԱՀԱ-ի ֆինանսական միջոցների հավաքագրման մեխանիզմները կտարբերակվեն ըստ եկամուտների աղբյուրների։ Պետական բյուջեից ֆինանսական միջոցները կհավաքագրվեն ամսեկան կտրվածքով՝ ըստ պետական համաֆինանսավորման չափերի ձևավորված շահառուների ցանկերի։ Մասնակիցներն իրենց վճարները կփոխանցեն իրենց գործատուների միջոցով կամ ինքնուրույն՝ կախված շահառուի փոխանցման պահին ունեցած կարգավիճակից։

# Կառավարումը

1. ԱՀԱ-ի կառավարման նպատակով ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում կստեղծվի առողջության համապարփակ ապահովագրության հիմնադրամ (այսուհետ՝ Հիմնադրամ)։
2. Հիմնադրամի գործառույթները 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):
3. 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։
4. 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 պահանջարկը ըստ տարածաշրջանների՝ հիմնվելով դրանց սպառման ցուցանիշների վերլուծությունների վրա: ԱՆ-ն և Հիմնադրամը համատեղ կմշակեն բժշկական օգնության և 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:
5. Հիմնադրամի աշխատակազմը պետք է ունենա բժշկական կազմակերպությունների ներկայացուցիչների հետ պայմանագրերի կազմման և կատարման պայմանների մշտադիտարկման գործառույթներ։ Մշտադիտարկումները պետք է կատարվեն համապատասխան վերլուծությունների միջոցով՝ բժշկական կազմակերպություների 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 կնքման, ինչը պետք է հիմնված լինի հստակ սահմանված չափանիշների և թափանցիկ գործընթացի վրա և ապահովի բնակչության համար ծառայությունների ֆիզիկական (տարածքային) մատչելիություն և որակի համապատասխան մակարդակ:
6. Պայմանագրային գումարի կիրառումը կարևոր գործիք է ֆինանսական միջոցները 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։
7. 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 ձեռք բերման հնարավորությունը կարող է օգտագործվել որպես գործիք՝ ներքին արտադրողների և ներմուծողների հետ բանակցություններում։
8. Մարդասիրական, բարեգործական ճանապարհներով ստացված ապրանքների բաշխումը և դրանց հետագա ծախսագրումը պետք է համաձայնեցվի 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։

# Ծառայությունների փոխհատուցումը

1. ԱՀԱ-ի կողմից հատուցումները կարգավորող ենթաօրենսդրական նորմատիվ փաստաթղթերը կմշակվեն ԱՀԱ-ի ներդրման նախապատրաստական փուլում։
2. Նախապատրաստական փուլում կսահմանվեն ԱՀԱ-ի կայունացման/պահուստային միջոցների չափերը։
3. 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։
4. ԱՀԱ ներդրման արդյունավետության համար կարևոր նշանակություն ունեն ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմները։ Ապահովագրական փաթեթներում ընդգրկվող հիմնական ծառայությունների փոխհատուցման համար կկիրառվի խառը փոխհատուցման սկզբունքը։ ԱԱՊ մակարդակում կզուգակցվեն 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 զուգակցելով պայմանագրային գումարի և որակի գնահատման ցուցանիշների էլեմենտներով:
5. 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:
6. 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 արդունավետության գնահատում՝ ելնելով հիմնական հիվանդությունների կառուցվածքից և շահառուների խմբերից:
7. 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 հետազոտություների, 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։
8. 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։
9. Ծառայություների 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 դա, հիմնադրամը կարող է գոյություն ունեցող կլինիկական ուղեցույցների կամ նորմատիվների հիման վրա մշակել սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում կիրառելի գործելակարգեր, որոնք կօգտագործվեն դեպքերի փոխհատուցման ժամանակ։

# ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը

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

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

1. 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:
2. 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 խորհրդին պետք է ներկայացնի ընթացիկ տարվա ֆինանսական ցուցանիշները, ավելցուկի կամ դեֆիցիտի չափը, ինչպես նաև առաջարկություններ ծառայությունների փաթեթի ընդլայնման կամ սահմանափակումների կիրարկման վերաբերյալ:
3. Յուրաքանչյուր տարվա համար ԱՀԱ գործադիր տնօրենը կհաշվարկի Հիմնադրամի վարչական ծախսերը և կներկայացնի կառավարման խորհրդի հաստատմանը:
4. 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 դա, ԱՀԱ ներդրման առնվազն սկզբնական ժամանակահատվածում կկիրառվի բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման պայմանագրային առավելագույն գումարի կիրառման սկզբունքը, որը կզուգակցվի որակի գնահատման ցուցանիշների և կատարողականի ընթացիկ վերլուծությունների մեխանիզմներով և կհանդիսանա իրականում ոչ անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցելու գայթակղության զսպման մեխանիզմ:
5. 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:

# Հաշվետվողականություն, մոնիտորինգ և վերահսկում

1. 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.
2. արտաքին օգտագործողների համար՝ Կառավարություն, Վարչապետ, Ազգային ժողով.
3. ԱՀԱ կառավարման համար՝ Հիմնադրամի կառավարման խորհուրդ.
4. ներքին օգտագործման համար՝ Հիմնադրամի կառուցվածքային ստորաբաժանումներ, տնօրինություն.
5. հանրային հաշվետվություններ։
6. Հիմնադրամի կողմից պարբերաբար հրապարակվող տվյալների և հաշվետվությունների ձևերը, կառուցվածքն ու բովանդակությունը նախօրոք պետք է հաստատվեն կառավարման խորհրդի կողմից:
7. Հաշվետվություններում պետք է ընդգրկվեն այն բոլոր ցուցանիշները, որոնք կարող են արտացոլել ԱՀԱ կարճաժամկետ նպատակների իրականացումը, ինչպես նաև գնահատել այդ ընթացքում իրականացվող միջոցառումների արդյունքները։
8. 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։
9. 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 կբնութագրեն ծառայությունների համար կատարված ծախսերը և բժշկական օգնության և սպասարկման որակը, ծառայությունների համար սահմանված տեխնիկական չափանիշների ապահովումը։
10. Ապահովագրված անձանց նույնականացման նպատակով օրենքով կամ կառավարության որոշումներով կսահմանվեն տարբեր գերատեսչությունների կողմից Հիմնադրամին ներկայացվող տվյալների շտեմարանների ցանկերը, դրանց տրամադրման հաճախականությունը, ձևաչափը։
11. 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 կզեկուցի խորհրդին: Հիմնադրամի աշխատանքների գնահատումը կիրականացվի ԱՀԱ խորհրդի կողմից հաստատված արդյունքային ցուցանիշների հիման վրա, որոնց մշակման և գնահատման մեթոդաբանությունը կհաստատվի խորհրդի կողմից:
12. Հիմնադրամը կունենա արտաքին աուդիտ: Հաշվեքննիչ պալատը կիրականացնի բյուջեի կատարողականի գնահատում, իսկ միջազգային հեղինակավոր աուդիտորական կազմակերպության կողմից կիրականացվի Հիմնադրամի ֆինանսական աուդիտ:
13. Հիմնադրամը պարբերաբար, առնվազն եռամյա կտրվածքով, կներկայացնի տեղեկատվություն ԱՀԱ ներդրման նպատակի և միջոցառումների արդյունքային ցուցանիշների համախմբում ներկայացված արդյունքների վերաբերյալ (Հավելված 4-ը), որոնք հիմք կհանդիսանան ԱՀԱ գործունեության գնահատումն իրականացնելու համար:

# Առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունը ԱՀԱ ներդրմանը

1. ԱՀԱ ներդրման պայմանները 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:
2. Այդ տեսանկյունից կարևորվում է ԱՆ կողմից արդեն իսկ հաստատված ԱԱՊ բարեփոխումների, բուժօգնության որակի բարելավման, առողջապահության տեղեկատվական համակարգի զարգացման ռազմավարությունների, ենթակառուցվածքների զարգացման ծրագրերի հետևողական իրականացումը։

1. Ըստ ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության գրանցումների, որոնք հանդիսանում են մահվան

   վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների սկզբնաղբյուրը: [↑](#footnote-ref-1)
2. Համաձայն ԱՀԿ տվյալների բազայի, Հայաստանի հետ միևնույն եկամտային խմբում գտնվող երկրներում պետական առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ում միջինում 4-6% են կազմում [↑](#footnote-ref-2)
3. Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, 2019թ [↑](#footnote-ref-3)
4. Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, 2018թ.: [↑](#footnote-ref-4)