

ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

Հունվար 2026 | N° 6

Դեպի առողջության համընդհանուր ապահովագրություն. հեռանկար և միջազգային փորձ

Հայաստանում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության համակարգ ներդնելու վերաբերյալ առաջին խոստովանելը տրվել են դեռևս 2018-ին՝ իշխող քաղաքական ուժի նախընտրական [ծրագրում](#)։ Սակայն մշակված [հայեցակարգի առաջին նախագիծը](#), որը խոստանում էր արդեն 2022 թվականին հանրապետությունում ներդնել առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգ, հանրային քննարկման արդյունքում արժանացել էր բացասական գնահատականի և ժամականավորապես սառեցվել՝ մասամբ պայմանավորված նաև COVID-19-ի ճգնաժամային իրավիճակով և պատերազմական իրադարձություններով։ Հայեցակարգի [քարտեզաված նախագիծը](#) ներկայացվել և ընդունվել է 2023 թվականին, որին հաջորդել է հայեցակարգից բխող [օրենքը](#) հանրությանը ներկայացնելը։ Վերջինս [լրացումներով](#) հանրային քննարկման է ներկայացվել այս տարի հոկտեմբերի առաջին կեսին։ Իսկ 2025 թվականի նոյեմբերի 13-ին ՀՀ կառավարությունը գրավոր քվեարկությամբ [հավանություն է տվել](#) նախագծի երրորդ տարբերակին, որը արդեն ոչ թե համապարփակ, այլ համընդհանուր ապահովագրություն էր խոստանում, ինչն էլ ավելի համապատասխան է դրա բովանդակությանը։ Օրենսդրական փաթեթի նախագիծը 2025-ի դեկտեմբերի 2-ին ներկայացվել է [Ազգային ժողովի քննարկմանը](#), դեկտեմբերի 17-ին ընդունվել երկրորդ ընթերցմամբ, և ուժի մեջ է մտել 2026 թվականի հունվարի 1-ից։

Քաղաքականության այս համառոտագրում քննարկելու ենք Հայաստանի առողջապահության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի առանձնահատկությունները, սպասվող հեռանկարներն ու դրանց տնտեսական արդյունավետությունը միջազգային փորձի հիման վրա։

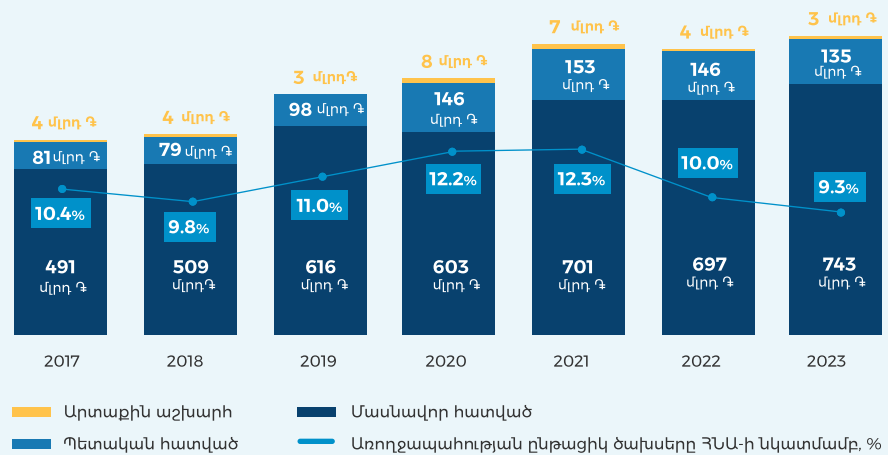


Առողջության համընդհանուր ապահովագրության անհրաժեշտությունը

Համաձայն պաշտոնական տվյալների 2017-2023 թվականներին Հայաստանում առողջապահական ընթացիկ ծախսերն աճել են շուրջ 1.5 անգամ՝ գերազանցելով [882 մլրդ ՀՀ դրամ](#), ինչը համար-

ժեք է ՀՆԱ-ի 9.3%-ին, ընդ որում՝ Հայաստանի այս ցուցանիշը համադրելի է համաշխարհային միջինի հետ՝ շուրջ 10% (2023թ.):

Գծապատկեր 1. Առողջապահության ընթացիկ ծախսերի դինամիկան, 2017-2023թթ.



Աղբյուրը՝ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ

Հարկ է նշել, որ ընթացիկ ծախսերի կառուցվածքում առյուծի բաժինը մասնավոր հատվածին է (տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումներ և գործատուների վճարումներ, մասնավոր ապահովագրական ընկերություններին վճարված գումարներ և փոխանցում) ավելի քան 84%, իսկ պետական հատվածը ապահովել է առող-

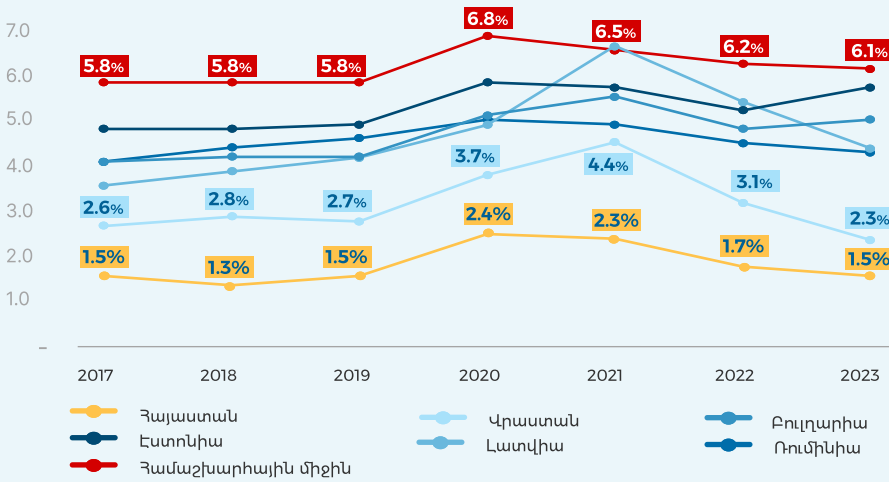
ջապահական ընթացիկ ծախսերի ընդամենը 15%-ը, ի տարբերություն [համաշխարհային միջինի](#)՝ 62% (2022թ.): Նմանապես, համաձայն համաշխարհային բանկի տվյալների բազայի՝ զգալիորեն ցածր է նաև այդ ծախսերի մասնաբաժինը ՀՆԱ-ում (1.5%)՝ համեմատած համաշխարհային միջինի հետ, որը 2023 թվականին եղել է 6.1%:



Աղբյուրը՝ policyadvisor.com

Հայաստանում
պետական հատվածն
ապահովում է ընթացիկ
առողջապահական
ծախսերի ընդամենը
15%-ը:

Գծապատկեր 2. Առողջապահության գծով կառավարության ծախսերի մասնաբաժինը ՀՆԱ-ում



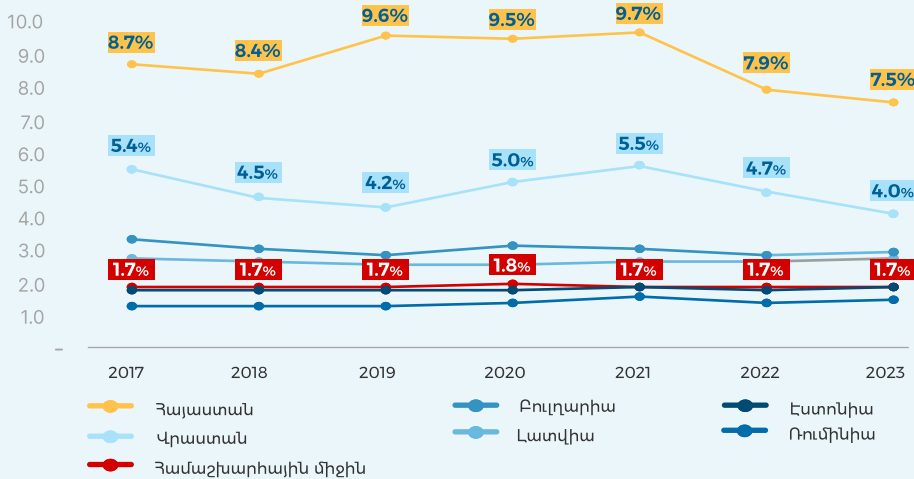
Աղբյուր՝ ՀՀ ՎԿ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

Թեև վերջին տարիներին շատացել է մարդկանց քանակը, որոնք ունեն առողջության մասնավոր ապահովագրություն, մասնավոր ֆինանսավորման կառուցվածքում ամենամեծ կշիռը շարունակում են ունենալ տնային տնտեսությունների գրպանից ուղղակի վճարները (96%): 2023 թվականին գրպանից

կատարված առողջապահական ընթացիկ ծախսերը կազմել են ՀՆԱ-ի շուրջ 7.5%-ը, ինչը զգալիորեն գերազանցում է համաշխարհային միջինը՝ 1.7%, ինչպես նաև Արևելյան Եվրոպայի մի շարք երկրների ցուցանիշները:

Ըստ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի՝ 2023թ-ին ՀՀ-ում գրպանից կատարված ընթացիկ առողջապահական ծախսերը կազմել են ՀՆԱ-ի 7.5%-ը՝ զգալիորեն գերազանցելով 1.7% համաշխարհային միջինը:

Գծապատկեր 3. Առողջապահության գծով տնային տնտեսությունների՝ գրպանից կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը ՀՆԱ-ում



Աղբյուր՝ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

Հայեցակարգի համաձայն՝ անբավարար ֆինանսավորումը հանգեցնում է իրական ծախսերից ցածր փոխհատուցվող գների և գրպանից կատարվող ծախսերի ահռելի չափերի և անկառավարելիության. ավելի պատկերավոր ասված՝ Հայաստանում տնային տնտեսություններ-

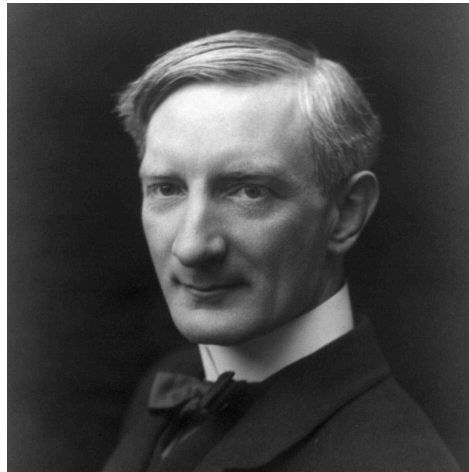
ը առողջապահական ծախսերին են ուղղում իրենց եկամուտների 16.1%-ը, ինչը գերազանցում է ինչպես համաշխարհային (12.7%), այդպես էլ տարածաշրջանային (7.4%) միջին ցուցանիշները: Արդյունքում, ֆինանսական պատճառներով ոչ աղքատ բնակչության 12.6%-ը,

աղքատների 24.5%-ը և ծայրահեղ աղքատների 49%-ը չի հաճախում առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բժշկի:

Ներդնելով առողջապահության ֆինանսավորման համար եկամուտների հավաքագրման կանխավճարային մոդել՝ կա-

ռավարությունը խոստանում է բնակչության համար հասանելի դարձնել բժշկական հիմնական ծառայությունները և կրճատել գրպանից կատարվող ծախսերը:

Առողջության համընդհանուր ապահովագրության միջազգային փորձ



Վիլյամ Բլեքից, Աղբյուրը՝ Wikipedia

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման կանխավճարային համակարգերը բազմաթիվ են, սակայն դրանք կարելի է բաժանել երկու հիմնական մոդելի՝ «բլեքիցյան» և «բիսմարկյան»:

Բրիտանացի տնտեսագետ և բարեփոխիչ Վիլյամ Բլեքիցի մշակած [մոդելի](#) համաձայն՝ առողջապահական ծառայությունները ֆինանսավորվում են պետական բյուջեի հարկային եկամուտներից և իրացվում մեծամասամբ պետական հաստատությունների կողմից: Եթե անգամ գործում են մասնավոր հիվանդանոցներ, դրանք իրենց ֆինանսավորումը ստանում են պետությունից: Մոդելի հիմքում առողջության՝ որպես մարդու իրավունքի գաղափարն է, որի պաշտպանությունը պետք է լինի պետության խնդիրն ու, փաստորեն, մենաշնորհը:

«Բլեքիցյան» մոդելը [գործում է](#) մոդելի հիմնադրի հայրենիքում՝ Մեծ Բրիտանիայում, Իտալիայում, Իսպանիայում, Պորտուգալիայում, սկանդինավյան երկրներում և այլն: Այս մոդելի կիրառութ-

յան դեպքում սովորաբար ձևավորվում են ծառայությունների [ցածր սակագներ](#), սակայն նաև մեծ կախվածություն [քաղաքական որոշումներից](#) ու պետական ընդհանուր [եկամուտների մեծությու-](#)
[նից](#): Մրցակցության բացակայության պատճառով կարող է առաջանալ նաև առողջապահական համակարգի անարդյունավետություն, այդ թվում՝ ենթառուցվածքների, բուժանձնակազմի քանակի և որակի տեսանկյունից:

«Բլեքիցյան» մոդելի դեպքում մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների գործունեությունը արգելված չէ, սակայն պետական ծագմամբ հիմնադրամը ունի բացառիկ ուժեղ մրցակցային դիրք մասնավոր հատվածի նկատմամբ, ինչն էլ սովորաբար հանգեցնում է համակարգի կառավարման անարդյունավետության:



Օտտո Ֆոն Բիսմարկ, Աղբյուրը՝ Wikipedia

«Բիսմարկյան» մոդելը ներդրվել է ավելի վաղ՝ Գերմանիայում [Օտտո Ֆոն Բիսմարկի](#) կողմից: Այս մոդելի դեպքում ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրը գործատուների ու վարձու աշխատողների պարբերական վճարումներն են՝ ապահովագրավճարները, որոնք ուղղվում են դեպի ոչ առևտրային հիմնադրամներ (բազմաթիվ), այսպես կոչ-

«Բլեքիցյան» մոդելի դեպքում սովորաբար ձևավորվում են ծառայությունների ցածր սակագներ, սակայն նաև մեծ կախվածություն քաղաքական որոշումներից ու պետական եկամուտների մեծությունից:

Մեծ Բրիտանիա



Աղբյուր՝ [itv.ge](https://www.itv.ge)

«Բևերիջան» մոդելը Մեծ Բրիտանիայում ապահովում է անվճար առողջապահական ծառայություններ բոլորի համար: Սակայն քանի որ պետության կողմից առաջարկող ապահովագրական փաթեթը համապարփակ չէ, զգալիորեն մեծ են գրպանից կատարվող ծախսերը. մասնավորապես, 2023 թվականին մեկ անձին բաժին ընկնող ծախսերի **15%-ը** գրպանից կատարվող ծախսերն են: Ցածր ֆինանսավորման պատճառով առկա է ծառայությունների **[թույլ որակ և հաճախակի առաջացող երկար հերթեր](#)**, իսկ **[կախվածությունը](#)** իշխող քաղաքական ուժի որոշումներից հանգեցնում է սոցիալական ու ֆինանսական անկայունության:

ված, **[«հիվանդության ֆոնդեր»](#)** (sickness funds): Ի տարբերություն Բևերիջի մոտեցման՝ բիսմարկյան մոդելի դեպքում ազատ մրցակցության ձևավորման համար առավել մեծ հնարավորություններ կան:

«Բիսմարկյան» մոդելը գործում է մոդելի հիմնադրի հայրենիք Գերմանիայում, Նաև Ավստրիայում, Շվեյցարիայում, Իսրայելում, Ճապոնիայում և այլուր: Այս երկրներում, որպես նախկին «հիվանդության ֆոնդեր», գործում են շահույթ չհետապնդող հիմնադրամներ, իսկ շահույթ հետապնդող մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները գործում են որպես հավելյալ ծառայությունների մատակարարներ: Այսպիսի համակարգերը ավելի բարդ է կառավարել, քան «բևերիջան» մոտեցմամբ համակարգերը, սակայն շուկայում բազմաթիվ ապահովագրողների միջև մրցակցությունը խթանում է ապրանքների, առաջարկվող փաթեթների բազմազանությունը, շահառուների համար պայքարում ստիպում է գտնել նորարարական **[մոտեցումներ](#)**:

«Բիսմարկյան» մոդելի մասնավոր դեպք է **«միակ վճարողի» մոդելը**, որի դեպքում

քաղաքացիներն իրենց ապահովագրական վճարներն ուղղում են դեպի մեկ միասնական հիմնադրամ: Այդպիսի մոդել է գործում Էստոնիայում, Ֆրանսիայում, Հունաստանում, Կորեայում, Թուրքիայում և այլուր:

«Բիսմարկյան» մոդելի դեպքում կարող են ի հայտ գալ այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ ֆորմալ հատվածից դեպի ոչ ֆորմալ հատված աշխատողների **[հոսքը](#)**, ապահովագրավճարներից խուսափելու նպատակով աշխատավարձի իրական չափը թաքցնելու ձգտումը, իսկ ծերացող բնակչություն ունեցող երկրների դեպքում հավաքագրվող ապահովագրավճարների **[նվազումը](#)** և այլն:



Աղբյուր՝ [New York Times](https://www.nytimes.com)

Շուկայում բազմաթիվ ապահովագրողների միջև մրցակցությունը «բիսմարկյան» մոդելի դեպքում խթանում է առաջարկվող փաթեթների բազմազանությունը, շահառուների համար պայքարում ստիպում է գտնել նորարարական մոտեցումներ:

Հայաստանում
գործարկված մոդելն
առավել նման է
Էստոնիայում գործող
մոդելին:

Էստոնիա



Աղբյուր՝ Sputnik Արմենիա

Էստոնիայում գործող «միակ վճարովի» մոդելում ֆինանսավորման աղբյուրը հիմնականում վարձու աշխատողների կողմից վճարվող նպատակային վճարներն են: Առողջապահական վճարներ իրականացնում են միայն վարձու աշխատողները, մինչդեռ նրանք, ովքեր առողջապահական վճարներ չեն վճարում, սակայն օգտվում են ապահովագրությունից (անչափահասներ, թոշակառուներ և այլն), կազմում են ընդհանուր շահառուների գրեթե կեսը: Մեկ միասնական հիմնադրամի գործունեության պայմաններում գները ձևավորվում են ոչ թե ազատ շուկայական պայմաններում, այլ վերահսկողաբար, մասնավոր խաղացողները չեն կարողանում մրցել միակ վճարողի հետ: Համակարգում առկա է անբավարար ֆինանսավորում, որի հետևանքներից մեկը Էստոնիայում բուժաշխատողների թվի նվազումն է, մասնավորապես, 2024 թվականին յուրաքանչյուր 1,000 բնակչին բաժին է հասել 3.5 բժիշկ և 6.6 բուժքույր, համեմատած ՏՀԶԿ միջինի հետ՝ համապատասխանաբար 3.9 ու 9.2: Մեծ է գրպանից կատարվող վճարումների մակարդակը. 2021 թվականին դրանք կազմել են առողջապահական ծախսերի շուրջ 22%-ը:

Այս երկու հիմնական մոտեցումներից զատ կան նաև տարբեր **«հիբրիդային»** մոդելներ, որոնք կարող են տարբեր դրևորումներ ունենալ: Այդ հիբրիդային մոդելներից է, այսպես կոչված, **կարգավորվող մրցակցային մոդելը**, երբ առողջության ապահովագրությունը պարտադիր է, ծառայությունը մատուցում են բազմաթիվ ապահովագրական ընկերություններ, որոնք գործում են խիստ կարգավորվող մրցակցային շուկայում:



Աղբյուր՝ Estonian Health Insurance Fund

Նիդերլանդներ

Բնակչությունից պահանջվում է ապահովագրվել մասնավոր ապահովագրական ընկերություններում, որոնց բազմազանությունը փոքր ինչ բարդացնում է ընտրությունը: Սակայն համակարգը բավականին արդյունավետ է. գրեթե ամբողջ բնակչության առողջապահական կարիքները լրիվությամբ և ժամանակին բավարարվում են (2024 թվականին 16 տարեկանից բարձր բնակչության միայն 1.9%-ի առողջապահական կարիքները [չէին բավարարվել](#), որից ընդամենը 0.6 տոկոսային կետն է թանկության, հեռավորության կամ հերթերի պատճառով): Գործում է ռիսկերի բալանսավորման արդյունավետ [համակարգ](#). Կառավարության ակտիվ միջամտության և կարգավորումների շնորհիվ բոլոր ապահովագրվող անձանց համար գործում է գրեթե նույն ապահովագրավճարի չափը՝ անկախ ռիսկայնությունից, մինչև նույն ժամանակ ապահովագրական ընկերությունները ստանում են փոխհատուցում բարձր ռիսկայնության ապահովադիրներ վերցնելու համար:



Աղբյուրը՝ stock.adobe.com

Նիդերլանդներում,
որտեղ գործում է
հիբրիդային մոդել,
բնակչության
գոհունակության
մակարդակը կազմում է
83%:

Ընդհանուր առմամբ, կատարյալ մոդել գոյություն չունի: Սակայն այս կամ այն մոդելն ունեցող երկրում գոհունակության շուրջ հարցումները ցույց են տալիս, որ, այնուամենայնիվ, կան որոշ

համակարգեր, որոնք ապահովում են գոհունակության ավելի բարձր մակարդակ, ինչպիսին է Նիդերլանդներում կիրառված հիբրիդային մոդելը:



Աղբյուրը՝ Getty images

**Աղյուսակ 1. Առողջության պարտադիր ապահովագրության մոդելների
նկարագրությունը ընտրված երկրներում**

Երկիր	Գոհունակության մակարդակ	Չբավարար- ված կարիքներ	Առողջության պարտադիր ապահովագրության մասնաբաժինն առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում	Մոդելի տեսակ	Ապահովագրական կառույցներ
Գերմանիա	81%	0.9%	78%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Առողջության պարտադիր ապահովագրության շահույթ չի տալիս ոչ ու հիմնադրամներ + մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ
Նիդերլանդներ	83%	0.7%	75%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության համընդհանուր ապահովագրություն)	Պարտադիր ապահովագրություն, որը տրամադրվում է մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից
Չեխիա	75%	0.4%	73%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Առողջության ապահովագրության պետական հիմնադրամներ
Շվեդիա	75%	-	0%	Բներիջյան մոդել (Առողջապահության ազգային ծառայություն)	Պետությունից ֆինանսավորվող միասնական պետական համակարգ
Ֆրանսիա	60%	4.5%	80%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Միասնական պետական մարմին + մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ
Ֆինլանդիա	61%	-	12%	Բներիջյան մոդել (Առողջապահության ազգային ծառայություն)	Պետությունից ֆինանսավորվող համակարգ + առողջության ազգային ապահովագրության մեխանիզմ
Իսպանիա	62%	1.8%	4%	Բներիջյան մոդել (Առողջապահության ազգային ծառայություն)	Պետությունից ֆինանսավորվող միասնական համակարգ + մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ
Էստոնիա	62%	8.2%	67%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Առողջության ապահովագրության միասնական հիմնադրամ
Պորտուգալիա	58%	-	3%	Բներիջյան մոդել (Առողջապահության ազգային ծառայություն)	Պետությունից ֆինանսավորվող Առողջապահության ազգային ծառայություն
Իտալիա	44%	1.5%	0%	Բներիջյան մոդել (Առողջապահության ազգային ծառայություն)	Պետությունից ֆինանսավորվող Առողջապահության ազգային ծառայություն

Երկիր	Գոհունակության մակարդակը	Զբաղարարված կարիքներ	Առողջության պարտադիր ապահովագրության մասնաբաժինն առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում	Մոդելի տեսակ	Ապահովագրական կառույցներ
Լատվիա	54%	6.9%	0%	Բներիցյան մոդել	Պետությունից ֆինանսավորվող միասնական համակարգ
Լիտվա	53%	3.7%	60%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Առողջության ապահովագրության միասնական հիմնադրամ
Լեհաստան	51%	-	67%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Միասնական հիմնադրամ
Ֆունդարիա	41%	0.8%	62%	Բիսմարկյան մոդել (Առողջության սոցիալական ապահովագրություն)	Միասնական պետական հիմնադրամ
Ֆունաստան	27%	6.1%	32%	Հիբիդային մոդել	Միասնական Առողջապահության ազգային կազմակերպություն

Աղբյուր՝ OECD, «[Health at a Glance 2025](#)»; Eurostat, [Population and social conditions database](#); European Commission, [Country Health Profiles 2025](#)

Նշում՝ (1) մուգ կապույտով և մուգ երկնագույնով նշված են այն երկրները, որտեղ գործում է նմանատիպ համակարգ, ինչը 2026 թվականի հունվարի 1-ից գործում է Հայաստանում, ընդ որում մուգ կապույտով նշված Նիդերլանդներում, որտեղ ապահովագրությունը ևս պարտադիր է, դա իրականացվում է մասնավոր ապահովագրողների միջոցով: Ներկայացված են վերջին հասանելի՝ 2023 թվականի, ցուցանիշները: (2) «-» տվյալները բացակայում են

Առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգը Հայաստանում

Հայաստանում առողջության ապահովագրության մոդելն, ըստ էության, իրենից ներկայացնում է «բիսմարկյան մոդել»՝ «միակ վճարողի» տարբերակով: Այսպես, [«Առողջության համընդհանուր ապահովագրության մասին»](#) օրենքի համաձայն **ապահովագրական բոլոր գործառնությունները վստահվելու են մեկ միասնական հիմնադրամի**, որը ապահովվելու է ինչպես հիվանդանոցների ու դեղատների հետ պայմանագրային հարաբերությունների հաստատումը, այնպես էլ ապահովագրավճարների հավաքագրման և հատուցման գործառնությունները, բժշկական օգնության և

սպասարկման ծառայությունների, դեղերի դիմաց հատուցման առավելագույն չափը և այլն: Սակայն, ի տարբերություն, դասական «բիսմարկյան մոդելի», Հայաստանում խոսք չի գնում սոցիալական համերաշխության մասին, երբ ֆինանսապես ապահովված անձինք վճարում են նաև սոցիալապես անապահով անձանց համար, փոխարենը սոցիալական որոշակի խմբերի համար (օրինակ՝ տարեցներ, երեխաներ) վճարելու է պետությունը (տես Աղյուսակ 2): Ապահովագրված անձանց երկնագույն գումավորված խմբերի ապահովագրավճարը հիմնադրամի գանձապետա-

Հայաստանում ներդրվել է առողջության ապահովագրության «բիսմարկյան» մոդել, «միակ վճարողի» տարբերակով:

Հայաստանում
առողջության
համընդհանուր
ապահովագրության
համակարգը կներդրվի
փուլային եղանակով՝
2026-2028 թվականների
ընթացքում:

կան հաշվին է փոխանցվում պետա-կան բյուջեից, իսկ մյուս խմբերի դեպքում շահառուներից հավաքագրվում է ապահովագրավճար՝ ամսական կամ տարեկան սկզբունքով: Ապահովագրավճարի դրույքաչափը սահմանվել է **տարե-**

կան 129,600 դրամ կամ ամսական 10,800 դրամ, ընդ որում՝ վարձու աշխատողների դեպքում պարտադիր վճարները պահելու և գանձապետական հաշվին փոխանցելու է գործատուն՝ հանդես գալով որպես հարկային գործակալ:

Աղյուսակ 2. Հայաստանում առողջության համընդհանուր ապահովագրության ենթակա սոցիալական խմբերը

1. Մինչև 18 տարեկան երեխաները, նաև առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաները, եթե 18-23 տարեկան են կամ մինչև 26 տարեկան են, բայց սովորում են առկա ուսուցմամբ,
2. 65 և բարձր տարիքի անձինք,
3. Հաշմանդամության մինչև 3-րդ խումբ ունեցող անձինք,
4. Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ,
5. Հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողներ,
6. Մինչև երկու տարեկան երեխա խնամող մայրեր (որդեգրողներ),
7. Երեք կամ ավելի անչափահաս երեխաների խնամք իրականացնող ծնողներից (խնամակալներից) մեկը,
8. Հաշմանդամություն ունեցող երեխայի ծնողներից (խնամակալներից) մեկը,
9. Երկրորդ համաշխարհային պատերազմի մասնակիցներ,
10. Ընտանիքի անապահովության միավոր ունեցող ընտանիքի անդամ,
11. Վարձու աշխատողներ,
12. Քաղաքացիաիրավական պայմանագրերի շրջանակում աշխատողներ,
13. Անհատ ձեռնարկատերեր, նոտարներ,
14. Վարձակալական վճար, տոկոս, շահաբաժին, ռոյալթի ստացողներ,
15. Գյուղատնտեսական անհատական գործունեությամբ զբաղվողներ,
16. Ապահովագրված անձանց փոխկապակցված անձինք՝ կամավոր կարգով:

Նշում՝ Երկնագույն գունավորված խմբերի ապահովագրության վճարը ամբողջությամբ կվճարի պետությունը

Առհասարակ, ապահովագրական ծածկույթը բացի հանրապետության բոլոր ռեզիդենտ քաղաքացիներից ներառում է նաև օտարերկրացիների որոշ խմբերի, օրինակ՝ Հայաստանում բնակության իրավունք ունեցող վարձու աշխատողներ, անհատ ձեռնարկատերեր, նոտարներ և այլն):

Ի տարբերություն նախկինում շրջանառված նախագծերի՝ գործող օրենքում ներդրվել է նաև բժշկական օգնության, սպասարկման ծառայությունների, դեղերի դիմաց համավճարի սկզբունքը, ինչը

թույլ է տալիս բժշկական հաստատություններին սահմանելու՝ տվյալ բժշկական ծառայության, դեղի դիմաց կառավարության սահմանած հատուցման առավելագույն չափից մինչև 2 անգամ ավելի բարձր գին, ընդ որում՝ բացասական տարբերությունը պետք է վճարի բուժառուին:

Համակարգը ներդրվելու է փուլային եղանակով՝ 2026-2028 թվականների ընթացքում (Աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3. Հայաստանում առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրման փուլերը

	1-ին փուլ (2026թ.)	2-րդ փուլ (2027թ.)	3-րդ փուլ (2028թ.)
1.	մինչև 18 տարեկան երեխաները	մինչև 200,000 դրամ աշխատավարձ կամ դրան հավասարեցված վճարումներ ստացող վարձու աշխատողները	բոլոր մնացած շահառուները
2.	65 և բարձր տարիքի անձինք	քաղիրավական պայմանագրով աշխատող անձինք	
3.	հաշմանդամության 1-3 կարգ ունեցող անձինք	պասիվ եկամուտ ստացող անձինք	
4.	սոցիալական աջակցության համակարգում ներառված քաղաքացիները (այդ թվում՝ զոհված զինծառայողների ընտանիքի անդամները)	-	
5.	այն վարձու աշխատողները, ում աշխատավարձը (ներառյալ հարկերը և պարտադիր վճարները) 2025թ-ի նոյեմբերին կամ 2026թ-ի որևէ ամսվա ընթացքում գերազանցել է 200,000 դրամը		
6.	այն անհատ ձեռնարկատերերը ու նոտարները, որոնց տարեկան իրացման շրջանառությունը 2025թ-ին գերազանցել է 2,400,000 դրամը	-	

Հարկ է նշել, որ ֆինանսական բեռը նվազեցնելու նպատակով, արվել են նաև որոշակի վերանայումներ, այսպես 200,000 դրամից մինչև 1,000,000 դրամ աշխատավարձ ստացողների դեպքում՝ ի հաշիվ դրոշմանիշային վճարների դրույքաչափի նվազման պարտադիր ապահովագրական վճարների փաստացի բեռը մեղմվել է: Ինչ վերաբերում է 1,000,000 դրամից բարձր աշխատավարձ ստացող շահառուներին, ապա նրանք 2026 թվականին ամբողջովին վճարելու են 10,800 դրամ ապահովագրավճարը, ինչպես նաև շարունակելու են «Զինապահ» հիմնադրամին հատկացնել 15,000 դրամ, բայց հաջորդ տարի եկամուտների հայտարարագրման համակարգի շրջանակում ձեռք բերված սոցիալական կրեդիտների միջոցով կարողանալու են հետ ստանալ ամսական մինչև 4,000 դրամ: Ընդհանուր առմամբ, 2026 թվականին կապահովագրվեն մոտ **1,600,000 մարդ**:

2029 թվականի հունվարի 1-ից, այսինքն՝ համակարգի ամբողջական ներդրումից հետո սկսելու է գործել նաև **բոնուսային համակարգ**:

Բոնուսները կարող են օգտագործվել ապահովագրավճարի վճարման և այլ լրացուցիչ ծառայություններից օգտվելու նպատակով: Դրանք կուտակվում են, եթե անձը տարվա ընթացքում օգտվել է բացառապես կանխարգելիչ ծառայություններից: Իսկ եթե վերջինս հանդես է եկել նաև որպես արյան դոնոր կամ բժշկի կողմից գրանցվել է առողջ ապրելակերպին միտված ցուցանիշների բարելավվում (մարմնի զանգվածի, ծրխելու կամ ակոհոլային խմիչքների օգտագործումից հրաժարվելու հետ կապված), ապա այս դեպքում բոնուսների նկատմամբ կիրառվում են լրացուցիչ գործակիցներ:

2026թ-ին Հայաստանում կապահովագրվեն մոտ 1,600,000 մարդ, որոնց համար ֆինանսական բեռը մեղմացնելու նպատակով ներդրվել են անցումային դրույթներ:

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

- ✓ Ֆինանսական հաշվարկները ցույց են տալիս, որ 2026 թվականին ներդրված **համակարգը ապահովելու է առողջապահական ծախսերի լավագույն դեպքում մոտ 23%-ը**, ինչը ցածր է դիտարկված բոլոր երկրների ցուցանիշներից (ամենացածրը Յունաստանում է, կազմում է 32%):
- ✓ Զվագիպետական կառույց հանդիսացող առողջության համընդհանուր ապահովագրության հիմնադրամին վերապահելով հատուցման առավելագույն չափ և համավճարի առավելագույն չափ սահմանելու իրավունք՝ **ստեղծվում է շուկայական գներին միջամտելու գործուն մեխանիզմ**: Խնդիրն ավելի է սրվում, եթե հաշվի առնենք, որ այս շուկայում գործում են մեկ խոշոր գնորդ և բազմաթիվ վաճառողներ: Այն պարագայում, երբ ֆիսկալ կամ քաղաքական նպատակահարմարությունից ելնելով հատուցման/համավճարների առավելագույն չափերի և փաստացի գների միջև առաջանա շոշափելի ճեղքվածք, խնդիրն ավելի ցայտուն է դառնալու:
- ✓ Առողջության համընդհանուր ապահովագրության այս մոդելի կիրառումը ստեղծում է **վտանգներ ոլորտի երկարաժամկետ ներդրումային գրավչության համար**:
- ✓ Փաստացի գների և հատուցման/համավճարի առավելագույն գների չափերի սահմանումը առանձին դեպքերում կարող է հանգեցնել նաև ստվերային շրջանառության աճի, մասնավորապես, **երբ փաստացի գինը կրկնակի գերազանցի սահմանված հատուցման չափը**, քաղաքացին տարբերությունը ստիպված է լինելու վճարել կանխիկ:
- ✓ Միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ առաջարկվող մոդելի, առողջապահական ենթակառուցվածքների և ֆինանսավորման ցածր մակարդակի պայմաններում, ամենայն հավանականությամբ, հաճախորդների **գոհունակությունը դիտարկված երկրների միջինից ցածր է լինելու**, ինչը կարող է ստվերել ռեֆորմը:
- ✓ Հաշվի առնելով աշխատանքի շուկայում ընդունված պրակտիկան, երբ վարձու աշխատողի հետ համաձայնության են գալիս զուտ աշխատավարձի շուրջ, **որոշ դեպքերում ֆինանսական բեռն իրենց վրա են կրելու գործատուները**, ինչը լրացուցիչ ծախս է նրանց համար և խոչընդոտում է, որ ԱՀԱ համակարգի շահառուները պահանջատեր լինեն:
- ✓ Առաջարկվում է բանկային համակարգի հետ քննարկումների արդյունքում կիրառել այնպիսի մեխանիզմ, որ **պարտադիր ապահովագրական վճարները ավտոմատ դեբետագրվեն (գանձվեն) շահառուների բանկային հաշվեհամարներից եկամտի ստացման պահին**, սա մի կողմից կլուծի պասիվ եկամուտներ ունեցող անձանց վճարման հարցը, մյուս կողմից կբարձրացնի շահառուների ներգրավվածությունը համակարգին և կչեզոքացնի հնարավոր բեռը գործատուների համար: Այդպիսի մեխանիզմներ գործում են [Ճվեյցրաիայում](#), [Նիդերլանդներում](#):
- ✓ Պահպանելով արդեն իսկ ձևավորված հիմնադրամը՝ անցում կատարել կարգավորվող **մրցակցային շուկայի մոդելին**, որի շրջանակում ամեն տարի շահառուները կարող են ընտրել իրենց սպասարկող ապահովագրական ընկերությանը, որին էլ ամսական կտրվածքով գումարը կփոխանցի հիմնադրամը: Ապահովագրական ընկերությունների միջև գնային մրցակցությունը կսահմանափակվի՝ բոլորը պարտավորված կլինեն առաջարկել կառավարության որոշմամբ սահմանված ծառայությունները՝ ֆիքսված գնով: Այսպիսի միջնորդների ներգրավումը թույլ կտա մրցակցություն ձևավորել բժշկական ծառայությունների շուկայում, բարձրացնել շահառուների սպասարկման որակը, նվազեցնել fraud-ի ռիսկը, առողջության առաջնային պահպանման հիմնարկների ծանրաբեռնվածությունը:

Քաղաքական համառոտագրում տեղ գտած կարծիքների համընկնումը Ֆրիդրիխ Նաումանի «Հանուն ազատության» հիմնադրամի հետ պարտադիր չէ