**\\server\ICHD\Graphics, Music, Photo & Video\Logos\ICHD.png**

**Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն**

**www.ichd.org**

### Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորություններն ու խնդիրները

Համահամայնքային քննարկումներ  
Հայաստանի Հանրապետության Արմավիրի, Գեղարքունիքի և Սյունիքի  
մարզերի բնակիչների հետ

**Քննարկումների արդյունքների վերլուծություն**

Վերլուծությունը մշակվել է ­Մարդ­կա­յին զար­գաց­ման մի­ջազ­գա­յին կենտ­րո­նի կող­մից Միացյալ Թագավորության «Լավ կառավարման հիմնադրամի» և Շվեդիայի կառավարության օժանդակությամբ իրականացվող «Նոր Հայաստան՝ ժամանակակից խորհրդարան» ծրագրի շրջանակներում՝ ՀՀ ԱԺ, ՄԱԶԾ, ՕքսԵՋեն և Ժողովրդավարության Վեսթմինսթր հիմնադրամների հետ համագործակցությամբ:

Փաստաթղթի բովանդակության համար պատասխանատու է միայն Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնը:

Ս­տորև քաղաքացիների ար­տա­հայտ­ած տե­սա­կետ­նե­րն ու կար­ծիք­նե­րը հնչեցվել են քննարկումների մասնակից­ների կողմից և միշտ չէ, որ արտահայտում է Մարդ­կա­յին զար­գաց­ման մի­ջազ­գա­յին կենտ­րո­նի տե­սա­կետ­ներն ու կար­ծիք­նե­րը:

© Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն, 2021

Երևան 2021թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

[Երախտագիտության խոսք 5](#_Toc66704932)

[Ներածություն 6](#_Toc66704933)

[Մեթոդաբանություն 7](#_Toc66704934)

[Համահամայնքային քննարկումների ձևաչափը 7](#_Toc66704935)

[Համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համեմատական վերլուծությունը 9](#_Toc66704936)

[Հիմնական դիտարկումներ և եզրակացություններ 11](#_Toc66704937)

[ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾԱԾԿՈՒՅԹ 11](#_Toc66704938)

[ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՀՈՍՔԵՐԸ. ԾԱԽՍԵՐ ԵՎ ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ 12](#_Toc66704939)

[ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ 13](#_Toc66704940)

[ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ 14](#_Toc66704941)

[ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ 16](#_Toc66704942)

[ՄՇԱԿՈՒԹԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ, ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԳԻՏԵԼԻՔԻ ԵՎ ՎՍՏԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԵՎ ԳՈՐԾԱՐԿՄԱՆ ՎՐԱ 19](#_Toc66704943)

[ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՑԵՐԸ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ 21](#_Toc66704944)

[Շահեր, դիրքորոշում, մտադրություններ, զգացմունքներ, վախեր, մտահոգություններ, արժեքներ, կարծրատիպեր, համոզմունք 22](#_Toc66704945)

[Ա. ԱՀԱ ԾԱԾԿՈՒՅԹ 22](#_Toc66704946)

[Բ. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ, ԾԱԽՍԵՐ, ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ 24](#_Toc66704947)

[Գ. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿ 29](#_Toc66704948)

[Դ. ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐ 32](#_Toc66704949)

[Ե. ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ 39](#_Toc66704950)

[Զ. ԳԻՏԵԼԻՔ, ՎՍՏԱՀՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹ 47](#_Toc66704951)

[Է. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅՈՒՆ 52](#_Toc66704952)

[4. Սոցիալական երկխոսություն 58](#_Toc66704953)

[Ա. ԱՀԱ ԾԱԾԿՈՒՅԹ 59](#_Toc66704954)

[Բ. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ, ԾԱԽՍԵՐ, ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ 61](#_Toc66704955)

[Գ. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿ 67](#_Toc66704956)

[Դ. ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐ 70](#_Toc66704957)

[Ե. ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ 77](#_Toc66704958)

[Զ. ԳԻՏԵԼԻՔ, ՎՍՏԱՀՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹ 86](#_Toc66704959)

[Է. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅՈՒՆ 93](#_Toc66704960)

[Հավելված 1. Գունային կոդավորում 100](#_Toc66704961)

[Հավելված 2. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների շուրջ սցենարները 101](#_Toc66704962)

[Սցենար 1. Խխունջի վազքը 101](#_Toc66704963)

[Սցենար 2. Տնտեսական կրիան և առողջապահության Աքիլլեսը 102](#_Toc66704964)

[Սցենար 3. Անապահով ճպուռն ու ապահովագրված մրջյունը 103](#_Toc66704965)

[Սցենար 4. Ապահովագրության մկնիկը` տնտեսական կոկոսում 104](#_Toc66704966)

[Հավելված 3. Համահամայնքային քննարկման տարածական նկարագիրը 105](#_Toc66704967)

[Հավելված 4. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների շուրջ սոցիալական երկխոսությունը զուգահեռ քննարկումների արդյունքների համադրման միջոցով 106](#_Toc66704968)

[Հավելված 5. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների այլընտրանքային տարբերակներում ներառված հիմնախնդիրները, հիմնական առանցքները 107](#_Toc66704969)

[ Առկա փաթեթներ 107](#_Toc66704970)

[ Առաջարկվող ՀԾՓ 107](#_Toc66704971)

[ Կամավոր բժշկական ապահովագրություն (նոր փաթեթներ) 109](#_Toc66704972)

[ Ապահովագրական ծածկույթի տարեկան ծախսը (շահառուի հաշվով) 109](#_Toc66704973)

[ Տնային տնտեսությունների ծախքեր 109](#_Toc66704974)

[ Տնային տնտեսությունների եկամուտներ 109](#_Toc66704975)

[ Պետություն, պետական բյուջե, առողջապահության ծախսերի ավելացում 110](#_Toc66704976)

[ Պետական (միասնական գնորդ և վճարող)՝ Հիմնադրամ vs. մասնավոր 110](#_Toc66704977)

[ էլ. առողջապահության e-Health համակարգ 110](#_Toc66704978)

[ Դեղատոմսեր 110](#_Toc66704979)

[ Ուղեգրում 110](#_Toc66704980)

[ Հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ 110](#_Toc66704981)

[ Պլանային և շտապ դեպքեր 110](#_Toc66704982)

[ Պետական և մասնավոր բուժհաստատություններում բուժծառայությունների ներկա որակ և մատչելիություն. 110](#_Toc66704983)

[ Կյանքի տևողություն և որակ, հաշմանդամություն 110](#_Toc66704984)

[ Ապահովագրական փաթեթի առանձնահատկությունները սոցիալական տարբեր խմբեր 111](#_Toc66704985)

[ Ռիսկեր 111](#_Toc66704986)

[ Վստահություն 111](#_Toc66704987)

[ Բուժհաստատությունների ֆինանսներ 111](#_Toc66704988)

[ Բուժաշխատողներ և նրանց ընտանիքի անդամներ 111](#_Toc66704989)

[ Ավելի շատ վճարողը ստանում է ծառայությունների նույն շրջանակը (կամ ավելի քիչ) և որակը 111](#_Toc66704990)

[ Ավելի շատ վճարողը վճարում է և՛ իր, և՛ մյուսների փաթեթի համար 111](#_Toc66704991)

[ Հաղորդակցություն, վարքագիծ 111](#_Toc66704992)

[ Վարակիչ հիվանդությունների համաճարակ, պանդեմիա 112](#_Toc66704993)

[ Ֆինանսա-տնտեսական ճգնաժամ 112](#_Toc66704994)

[ Տարածաշրջանային հակամարտությունների սրացում (լայնատարած, լոկալ) 112](#_Toc66704995)

[Հավելված 6. Համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համադրություն-հակադրություն սանդղակը 113](#_Toc66704996)

# Երախտագիտության խոսք

Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնն իր խորին երախտագիտությունն է հայտնում բոլոր նրանց, ովքեր աջակցել են «Նոր Հայաստան՝ ժամանակակից խորհրդարան» ծրագրի շրջանակներում ՀՀ երեք մարզերի բնակիչների հետ գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման համակարգի ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վերաբերյալ համահամայնքային քննարկումները կազմակերպելու և անցկացնելու հարցում։ Շնորհակալ ենք նրանց մասնակցության, կառուցողական քննադատության և ընկերական խորհուրդների համար:

Ցանկանում ենք մեր խորին երախտագիտությունը հայտնել Միացյալ Թագավորության «Լավ կառավարման հիմնադրամին» և Շվեդիայի կառավարությանը՝ սույն քննարկումներն ու ամփոփումն իրականացնելու հնարավորություն ընձեռելու համար: Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում ՄԱԶԾ «Նոր Հայաստան՝ ժամանակակից խորհրդարան» ծրագրի թիմին մշտական օժանդակության և անմիջական աջակցության համար։

Խորին շնորհակալություն ենք հայտնում ՀՀ ԱԺ [տնտեսական հարցերի մշտական հանձնաժողով](http://parliament.am/committees.php?do=show&ID=111208&lang=arm)ին և ՀՀ ԱԺ «Լուսավոր Հայաստան» խմբակցությանը քննարկումներին օժանդակելու համար:

Շնորհակալություն ենք հայտնում նաև ՀՀ Շիրակի, Արմավիրի և Տավուշի մարզային և համայնքային իշխանություններին քննարկումներին ակտիվ մասնակցության և բովանդակային շահագրգիռ ներդրման, անգնահատելի գաղափարների և ողջամիտ դիտողությունների համար:

Մեր երախտագիտությունն ենք հայտնում նաև ՀՀ Շիրակի, Արմավիրի և Տավուշի մարզերում մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնի գործընկերներին, որոնց անմիջական գործուն դերակատարման շնորհիվ հնարավոր դարձավ ապահովել Հայաստանի Հանրապետությունում գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վերաբերյալ քննարկումներին շահագրգիռ քաղաքացիների մասնակցությունը։

# Ներածություն

Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վերաբերյալ ՀՀ քաղաքացիների ձայնը լսելի դարձնելու և հասարակությանը հուզող խնդրի քննարկումներին ակտիվորեն ներգրավելու նպատակով, «Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն» (ՄԶՄԿ) հասարակական կազմակերպությունը, Միացյալ Թագավորության «Լավ կառավարման հիմնադրամի» և Շվեդիայի կառավարության օժանդակությամբ իրականացվող «Նոր Հայաստան՝ ժամանակակից խորհրդարան» ծրագրի շրջանակներում՝ ՀՀ ԱԺ, ՄԱԶԾ, ՕքսԵՋեն և Ժողովրդավարության Վեսթմինսթր հիմնադրամների հետ համագործակցությամբ, ՀՀ երեք մարզերի համայնքներում 2021թ. փետրվարին նախաձեռնեց համահամայնքային քննարկումների շարք:

Համահամայնքային քննարկումների ձևաչափով ՄԶՄԿ-ն նախկինում քննարկման է դրել հասարակությանը հուզող բազմաթիվ հարցեր, այդ թվում՝ Լեռնային Ղարաբաղի հակամարտության կարգավորման, ՀՀ Սահմանադրության փոփոխությունների, Հայաստան-Թուրքիա հարաբերությունների կարգավորման, ՀՀ պաշտպանության ոլորտում քաղաքականության բարեփոխումների վերաբերյալ հարցերը: Այս ձևաչափը հասարակության տարբեր խմբերը ներկայացնող մեր համաքաղաքացիներին հնարավորություն է ընձեռում անմիջականորեն և արդյունավետ կերպով մասնակցել քննարկումներին, արտահայտել իրենց կարծիքն ու մոտեցումները և բարձրաձայնել իրենց մտահոգող խնդիրները:

Քննարկումներին մասնակցել են հանրապետության ավելի քան 200 քաղաքացի՝ ՀՀ Շիրակի, Արմավիրի և Տավուշի մարզերից:

Քննարկումներն իրականացվել են գույքի և եկամուտների հայտարարագրման ոլորտում վարվող պետական քաղաքականության փաստաթղթերի, ընթացիկ ծրագրերի և նախագծերի, մասնագետների հետ քննարկումների, մամուլում հրապարակումների, կարծիքների և վերլուծականների հիման վրա ՄԶՄԿ փորձագետների կողմից մշակված գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վերաբերյալ չորս հնարավոր տարբերակների շուրջ, որոնք ներկայացված են Հավելված 2-ում:

Համահամայնքային քննարկումների ՄԶՄԿ ձևաչափը հնարավորություն է ընձեռում արձանագրել քննարկման ընթացքում հնչած յուրաքանչյուր ամփոփ միտք և առաջարկություն, ամփոփել ու վերլուծել դրանք և դնել հանրության ու որոշում կայացնողների առջև: Քննարկման ընթացքում արտահայտված բոլոր մտքերը ներկայացված են ՄԶՄԿ պաշտոնական էլեկտրոնային կայքում՝ <http://www.ichd.org> հասցեում:

Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների մասնակցության՝ երկխոսության և բանավեճի արդյունքներն ամփոփված են սույն փաստաթղթում և վստահելի տեղեկությունների աղբյուր են գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման քաղաքականության բարեփոխումների մշակման պատասխանատուների և շահագրգիռ պետական, համայնքային, հասարակական, մասնավոր հատվածի կազմակերպությունների և միջազգային զարգացման գործընկերների համար։

# Մեթոդաբանություն

Հայաստանի Հանրապետությունում գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների շուրջ հանրային քննարկումների իրականացման և դրա արդյունքների վերլուծության մեթոդաբանությունը բաղկացած է երկու մասից: Մեթոդաբանական առաջին մասը ներկայացնում է համահամայնքային քննարկումների ձևաչափը, իսկ երկրորդը՝ քննարկումների արդյունքների վերլուծական գործիքները:

## Համահամայնքային քննարկումների ձևաչափը

Համահամայնքային քննարկման (Town Hall Meeting) ձևաչափը մշակվել և ներդրվել է ՄԶՄԿ կողմից 2005 թվականին, հանրային որոշումների կայացմանը քաղաքացիների արդյունավետ մասնակցությունն ապահովելու նպատակով: Իր տեսակի մեջ եզակի մասնակցային ժողովրդավարության այս ձևաչափը մշակվել է «Ամերիկան խոսում է» (America Speaks) կազմակերպության փորձի հիման վրա, որը մշակել է այս ձևաչափի մեթոդաբանական սկզբունքները և դրանք առ այսօր հաջողությամբ կիրառում է ԱՄՆ-ում:

Որոշում կայացնողները հաճախ դժվարանում են գնահատել հանրային շահերի կենտրոնում գտնվող այս կամ այն խնդրի վերաբերյալ շարքային քաղաքացիների մեծամասնության կարծիքներն ու ընկալումները: Ավելին, նման իրավիճակում քաղաքացիները ևս օտարվում են հանրային կառավարման գործընթացից և հակված չեն մասնակցել հանրային կյանքին: Արդյունքում, արատավոր շղթան փակվում է՝ մարտահրավեր նետելով ժողովրդավարությանը երկրում:

Համահամայնքային քննարկումների գործընթացը հնչեցնում է քաղաքացիների ձայնը, լսելի դարձնում նրանց կարծիքներն ու մոտեցումները հանրային որոշումների կայացման գործում՝ հանրային կարևորագույն խնդիրների վերաբերյալ հասարակության անդամների կամքն ու դիրքորոշումը կառավարման ղեկը ստանձնած գործիչներին անմիջականորեն հայտնելու հնարավորություն ընձեռելու միջոցով:

Յուրաքանչյուր քննարկում ապահովում է բազմակարծությունն ու քաղաքական դաշտում հավասարակշռությունը՝ գործընթացում հարյուրավոր շարքային քաղաքացիների միաժամանակյա ընդգրկման, քաղաքացիների արտահայտած կարծիքների անհապաղ և արդյունավետ ամփոփման, ինչպես նաև արդյունքների լայնածավալ տարածման ու տեղեկատվության սփռման շնորհիվ:

Ձևաչափի համեմատական առավելություններն են, մասնավորապես, հիմնախնդրի վերաբերյալ կարծիքների վերուղղումը, արդյունավետ մասնակցությունը՝ հնչած որևէ միտք չի անտեսվում, քննարկումների շարունակականությունը, գերակայությունների հստակ առանձնացումը: Ձևաչափի հաջող կիրառման հիմնական գրավականներն են, մասնավորապես, բազմակարծության ապահովումը յուրաքանչյուր սեղանի շուրջ, որոշում կայացնողների ներգրավումը գործընթացի յուրաքանչյուր փուլում, բարձրորակ բովանդակության, կառուցվածքի և ընթացքի ապահովումը, գործընթացի ազդեցությամբ կատարվող իրական փոփոխությունները:

Համահամայնքային քննարկումների ձևաչափը խարսխված է քաղաքացիների միջև երկխոսության և կարծիքների փոխանակման վրա՝ ի հակադրություն երկարաշունչ ելույթների, հարցուպատասխանի կամ զեկուցումների:

Կլոր սեղանի շուրջ քննարկումներին, ձայնի հավասար իրավունքով, մասնակցում են հասարակության տարբեր խմբերը ներկայացնող քաղաքացիներ՝ 10-15 հոգի յուրաքանչյուր սեղանի շուրջ, ովքեր իրենց կարծիքն են արտահայտում քաղաքականության, միջոցների տրամադրման, պլանավորման կամ այլ կարևոր հիմնախնդիրների վերաբերյալ: Եթե առանձին քննարկումը մասնակիցների թիրախ խմբին չի ներկայացնում սեռային կամ տարիքային հատուկ պահանջներ, ապա յուրաքանչյուր սեղանի շուրջ, ինչպես նաև դահլիճում, ապահովվում է կանանց, տղամարդկանց, երիտասարդների հնարավորինս հավասար կազմ: Յուրաքանչյուր սեղանի շուրջ քննարկումը վարում է բարձր որակավորում ունեցող սեղանավարը (facilitator), ինչն ապահովում է մասնակիցների հետևողականությունը քննարկվող խնդրի շրջանակներում, ինչպես նաև ժողովրդավարական սկզբունքների պահպանումը քննարկման ընթացքում: Քննարկվող խնդրի վերաբերյալ մասնակիցների իրազեկման պատշաճ մակարդակն ապահովելու նպատակով, նրանց տրամադրվում են հնարավորինս մանրամասն և հավասարակշռված տեղեկություններ խնդրի վերաբերյալ:

Ձևաչափի շրջանակներում կիրառվող տեղեկատվական տեխնոլոգիաները հնարավորություն են ընձեռում առանձին սեղանների շուրջ ընթացող քննարկումները վերածել ընդհանուր խմբային քննարկման ողջ դահլիճում: Յուրաքանչյուր սեղանի շուրջ արտահայտված մտքերն ու կածիքները գրանցվում և կենտրոնացվում են անլար համակարգչային ցանցի միջոցով: Յուրաքանչյուր սեղանին ներկա է գրառող, ում պարտականությունն է գրանցել քննարկման մասնակիցների հնչեցրած յուրաքանչյուր միտք և ուղարկել այն գլխավոր օպերատորին, ով ապահովում է ստացված ուղերձների ցուցադրումը քննարկման բոլոր մասնակիցների համար տեսանելի դիրքերում տեղակայված էկրաններին: Քննարկման ավարտին, համակարգչային ծրագրի միջոցով, յուրաքանչյուր մասնակցի հնարավորություն է ընձեռվում քվեարկել՝ ի օգուտ հստակ ձևակերպված հարցերի շուրջ սեփական դիրքորոշման: Հատկանշական է, որ ողջ խումբը հնարավորություն ունի անդրադառնալ ցանկացած առանձին սեղանի շուրջ հնչեցված մտքերին, ինչպես նաև քվեարկության միջոցով որոշում կայացնողներին հասցնել իրենց դիրքորոշումը խնդրի վերաբերյալ: Քննարկման ավարտին ամփոփվում և հնչեցվում է քվեարկության միջոցով ներկաների արտահայտած ընդհանրական դիրքորոշումը: Որոշում կայացնողները ակտիվորեն ներգրավվում են քննարկմանը՝ մասնակցելով քննարկմանը, դիտելով գործընթացը, ինչպես նաև քննարկման ավարտին արձագանքելով քաղաքացիների հարցադրումներին ու կամարտահայտությանը:

Միով բանիվ, համահամայնքային քննարկման կազմակերպումը պահանջում է. (ա) քննարկման խնդրի հստակեցում և ձևակերպում, (բ) քննարկման համար անհրաժեշտ փորձագիտական տեղեկությունների ապահովում այլընտրանքային տարբերակների տեսքով, (գ) անհրաժեշտ ծրագրային ապահովում, (դ) անհրաժեշտ համակարգչային սարքավորում, (ե) քննարկումների վայրի, պայմանների ու կահավորման ապահովում, (զ) համակարգչային ցանցի կազմակերպում, (է) պատշաճ որակավորում ունեցող սեղանավարների և գրառողների առկայություն, անհրաժեշտության դեպքում՝ նրանց վերապատրաստման միջոցով, (ը) քննարկման մասին քաղաքացիների իրազեկում և մասնակիցների կազմի ապահովում, (թ) քննարկման ընթացքում սպասարկող և տեխնիկական անձնակազմի առկայություն, (ժ) քննարկման արդյունքների ամփոփում, (ի) արդյունքների վերաբերյալ իրազեկում բոլոր շահագրգիռ անձանց: Հավելված 3-ում ներկայացված է համահամայնքային քննարկման տիպական տարածական նկարագիրը:

Պայմանավորված ՀՀ-ում նոր կորոնավիրուսի համաճարակի բռնկումով՝ սույն համահամայնքային քննարկումներն իրականացվել են առցանց տարբերակով՝ հնարավորինս պահպանելով ավանդական կամ ֆիզիկական մասնակցությամբ քննարկումների մեթոդաբանությունն ու միջոցները։

Առցանց քննարկումներն իրականացվել են Zoom հավելվածի միջոցով՝ ներգրավելով մինչև 100 մասնակից համահամայնքային յուրաքանչյուր քննարկման ժամանակ։ Մասնակիցները բաժանվել են մինչև 10 հոգանոց վիրտուալ խմբերի Zoom հավելվածի առանձին վիրտուալ սենյակներում՝ ավանդական քննարկման նմանությամբ։

Zoom հավելվածին զուգահեռ կիրառվել է ՄԶՄԿ համահամայնքային քննարկումների THM հավելվածը, ինչի միջոցով գրառողի կողմից յուրաքանչյուր սենյակում առանձին-առանձին արձանագրվել են քննարկման մասնակիցների արտահայտած մտքերը, տեսակետները, կարծիքները։ Բոլոր համակարգիչները THM հավելվածի միջոցով առցանց կապակցվել են կենտրոնական ադմինիստրատորի համակարգչին, ինչը հնարավորություն է ընձեռել համախմբել, խմբագրել, ամփոփել և արտածել վիրտուալ սենյակներում հնչած մտքերը։

## Համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համեմատական վերլուծությունը

Համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համեմատական վերլուծության մեթոդաբանությունն անուղղակի սոցիալական երկխոսություն է ապահովում քննարկվող խնդրի՝ գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վերաբերյալ ՀՀ երեք մարզերի քաղաքացիների վերաբերմունքն ու դիրքորոշումն արտահայտող փաստարկների համադրման և այդպիսով՝ միջնորդավորված զուգահեռ «երկխոսություն» ծավալելու միջոցով (Հավելված 4):

Համեմատական վերլուծության մեթոդաբանությունը հենվում է երկու բաղադրիչների վրա. (ա) համահամայնքային քննարկումների արդյունքների (ուղերձների) վերլուծություն՝ արծարծված հիմնախնդիրների (Հավելված 5) և երեք հիմնական՝ գիտելիք[[1]](#footnote-1), վերաբերմունք[[2]](#footnote-2) և ընկալում հարթությունների (dimensions) առումով, և (բ) քննարկման դրված սցենարների վերաբերյալ կամ հիմնախնդիրների շուրջ արտահայտված կողմ և դեմ կարծիքների՝ ուղերձների ամփոփում:

Նման մոտեցումն ապահովում է քաղաքացիների միջև միջնորդավորված բանավեճն ու երկխոսությունը՝ նրանց հնչեցրած կարծիքների՝ ուղերձների, ամփոփման միջոցով: Որոշ դեպքերում բանավեճը կամ բողոքը միակ հնարավոր ձևաչափներն են: Այն դեպքերում, երբ մարդիկ ներգրավվում են բանավեճի կամ ընդդիմախոսության մեջ, կողմերը փորձում են անհրաժեշտ ճնշում գործադրել կամ քաղաքական աջակցություն ձեռք բերել իրենց պահանջներն ու պատկերացումները տեղ հասցնելու նպատակով: Քանզի բանավեճի ու երկխոսության նպատակները տարբեր են, ուստի երկուսն էլ հաղորդակցության դաշտի կարևորագույն տարրեր են: Ցավո՛ք, հաճախ երկխոսության և բանավեճի միջև հավասարակշռությունը զգալիորեն շեղված է երկրորդի կողմը:

Հանրային քննարկումներում բանավեճային ձևաչափը գերակշռում է բազում պատճառներով, այդ թվում. (ա) ոմանք համոզված են, որ բանավեճն ու ընդդիմախոսությունը լսելի դառնալու միակ ուղին են, (բ) երկխոսության մոդելը շատերի ընկալմամբ նպաստում են վիճակի պահպանմանը կամ դանդաղ փոփոխություններին, (գ) համայնքային կամ հասարակական մակարդակներում իրական և արդյունավետ երկխոսության դրական օրինակների եզակի են, (դ) բանավեճից բացի այլ մեթոդների համար հաստատված կանոնների բացակայությունը, (ե) անձանց տարբեր խմբերի միջև առկա թշնամական մթնոլորտը ենթադրում է, որ հաղորդակցությունը ևս պիտի լինի թշնամական, (զ) բանավիճելն ավելի հրապուրիչ ու հետաքրքիր է, քան երկխոսելը և բանավիճողին նկատելի է դարձնում, (է) բանավեճն ու ընդդիմախոսությունը «խոսել-դատարկվելու» գործառույթ ունի, (ը) բանավեճի պարագայում մարդիկ կարող են լսելու չտալ ու չսովորել բաներ, որոնք չեն սիրում, (թ) բանավիճելն ավելի հեշտ է. ռիսկերը քիչ են, բանավիճողը նվազ խոցելի է, (ժ) մարդիկ սիրում են հանդես գալ խմբերի, այլ ոչ սեփական անձի անունից, (ի) երկխոսությունը ընկալվում է որպես «հալելու ու հալվելու» միջոց, (լ) վախը, որ երկխոսությունը զիջումներ է պահանջում, (խ) վախը, որ երկխոսելու պարագայում խնդրելու են «ձուլվել-միակարծիք դառնալ», (ծ) վախը, որ շփոթմունքը, խոցելիության զգացումը կամ հակառակ կողմից կարծիքն ըմբռնելը երկխոսողին դարձնում է նվազ համոզիչ, (կ) վախը, որ երկխոսության մեջ մտնելու պարագայում, եթե դիմացինը մնում է բանավեճի շրջանակներում, ապա երկխոսություն սկսողը կարող է տանուլ տալ երկխոսությունը, (հ) շատերը տեղյակ չեն երկխոսության առանձնահատկություններին և չգիտեն, թե ինչու է այն շահեկան: Այսպե՛ս, շատերը տեղյակ չեն, օրինակ, որ իրենզ համոզչությունը միայն շահում է, երբ հակառակ կողմին հասկանալ են տալիս, որ լսել են նրան:

Իհարկե՛, երկխոսության ծավալումն ինքնին ամենաբուժիչ չէ, սակայն բանավեճ-երկխոսություն խառնուրդի հավասարակշռումը օգտակար է այն հաղորդակցության և խնդիրների լուծման բազմաթիվ խոչընդոտների հաղթահարելու գործում, որոնք ստեղծվում են բացառապես բանավեճի ձևաչափի պարագայում: Երկխոսության առավել բարձր մակարդակը կարող է խթանել քննարկումներում առավել մեծ թվով անձանց ներգրավումը: Երկխոսությունը հնարավորություն է ընձեռում հարստացնել քննարկումը սեփական փորձի օրինակներով, փոխանակել տարակուսանքը, մտավախություններն ու շփոթմունքը: Այս պարագայում ավելի շատ տեղեկություններ են փոխանակվում և ըմբռնումը խորանում է: Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների և խնդիրների քննարկումը հաճախ հիմնվում է մյուսների կողմից խնդրի ընկալման, ցանկությունների և գերակայությունների թյուր ընկալման վրա: Արդյունքում՝ հնարավորությունների զարգացման նախաձեռնությունները կարող են դուրս գալ ուղեգծերից[[3]](#footnote-3):

Վերլուծությունը ենթադրում է նաև դասակարգված և խմբավորված ուղերձների համեմատական վերլուծություն՝ հակադրություն-համադրություն (Contrast-Coherence) սանդղակով (Հավելված 6): Վերլուծության փուլերն են.

**Փուլ 1-ին. Նախնական մշակման** փուլումհեռացվել են կրկնվող կամ տեխնիկական ուղերձները, քերականորեն սրբագրվում է ողջ տեքստը:

**Փուլ 2-րդ. Տեսակավորման** փուլումհեռացվել են անձնական կամ ազգային վիրավորանք[[4]](#footnote-4) կրող ուղերձները, որոնք կարող են տրամադրվել կամ վերլուծվել առանձին հետազոտության շրջանակներում, մասնավորապես, ի հայտ բերելու համար առանձնապես բացասական վերաբերմունքն ու ընկալումը, որոնք, օրինակ, խոչընդոտում են հարաբերությունների կարգավորմանը:

**Փուլ 3-րդ. Ըստ հիմնախնդիրների դասակարգման** փուլում հնչած ուղերձները դասակարգվել են ըստ առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու հիմնախնդիրների (Հավելված 5) և ապա ամփոփվել Սոցիալական երկխոսության վերլուծական աղյուսակում: Այս փուլում յուրաքանչյուր ուղերձ տեղադրվել է համակարծիք ուղերձների վանդակում, ներառելով թե՛ ռացիոնալ, թե՛ իռացիոնալ թե՛ հուզական փաստարկները: Հակառակ վանդակում տեղադրվել են ընդդիմախոս փաստարկներ պարունակող ուղերձները: Որոշ դեպքերում ընդդիմախոս վանդակներում ուղերձներ չկան:

**Փուլ 4-րդ. Սինթեզի** փուլում դասակարգված ուղերձներն ու փաստարկները վերլուծվել են համադրություն-հակադրություն սանդղակի միջոցով: Այս փուլում հիմնախնդիրները դիտարկվել են երկու առանցքներով՝ (ա) ինչպիսի ազդեցություն կունենա գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարգրման ներդրումն առանձին հիմնախնդրի վրա, և (բ) ինչպիսի ազդեցություն կունենա առանձին հիմնախնդիրը գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարգրման ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների վրա։ Դիտարկվող հիմնախնդրի վերաբերյալ առանձին վերաբերմունքի կշիռն ու ընկալման սրությունը պայմանավորվել են ոչ թե այդ վերաբերմունքն արտահայտող արտահայտությունների, այդ թվում՝ ռացիոնալ, իռացիոնալ, հուզական և այլ, հաճախականությամբ կամ քանակով, այլ նման արտահայտությունների բազմազանությամբ ու բազմակողմանիությամբ: Այսինքն առանձին վերաբերմունքը կարևորվել է այնքանով, որքանով ավելի բազմազան են այն հիմնավորող կամ արտահայտող ձևակերպումները: Ձևակերպումների մեխանիկական կրկնությունը չի փաստում առանձին վերաբերմունքի միանշանակ կարևորության մասին, այլ կարող է արտահայտել, օրինակ, հիմնախնդրի վերաբերյալ առկա կարծրատիպերի տարածվածությունը:

# Հիմնական դիտարկումներ և եզրակացություններ

## ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾԱԾԿՈՒՅԹ

Քննարկման մասնակիցները, ընդհանուր առմամբ, դրական են գնահատում առողջության համընդհանուր ապահովագրության (ԱՀԱ) համակարգի ներդրումը բնակչության առողջության պահպանման և առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավման առումով: Միևնույն ժամանակ, քննարկման ընթացքում մասնակիցների կողմից ապահովագրության համակարգի ներդրման արդյունավետությունը պայմանավորող գործոնների շարքում դիտարկվում է առաջարկվող ծառայությունների ծածկույթի հարցը:

*«Կանխարգելիչ բժշկությունը մեր երկրում հասանելի չի ապահովագրության միջոցով, պարտադիր պետք է վիրահատության կարիք լինի, նոր օգնեն»:*

Քննարկման մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով առողջության ապահովագրության ծածկույթը պետք է ներառի ինչպես վիրահատությունները, այնպես էլ կանխարգելիչ հետազոտությունները, անհրաժեշտության դեպքում նաև արտասահմանում բուժման կազմակերպումը: Քաղաքացիները կարևորում են ապահովագրական ծառայությունների հիմնական փաթեթում նախնական կանխարգելիչ բուժզննման, հատկապես դժվարամատչելի հետազոտությունների ներառումը:

*«Ատամնաբուժական ծառայությունն այն կարևոր բաժինն է, որը պետք է ավելանա ապահովագրական փաթեթում»։*

Մասնակիցների մի մասն էլ ընդգծում է ապահովագրական փաթեթում ատամնաբուժական ծառայությունների ներառման անհրաժեշտությունը, նշելով, թե հատկապես տարեցների համար անհրաժեշտություն է ստոմատոլոգիական ծառայությունների տրամադրումը:

*«Անպտղությունը Հայաստանում մեծ խնդիր է, և լավ կլինի, եթե ապահովագրական ծառայությունների մեջ նաև այդ խնդիրը ներառվի»։*

Քաղաքացիներից ոմանք էլ առաջարկում են ապահովագրական փաթեթներում ներառել նաև բուժման համար անհրաժեշտ դեղերի տրամադրումը: Մի խումբ քաղաքացիների կարծիքով էլ Հայաստանում անպտղությունը մեծ խնդիր է, հետևաբար, դրա բուժումը ևս պետք է ներառել առողջության համընդհանուր ապահովագրության փաթեթում: Քննարկման ընթացքում բարձրացվում է նաև բուժման նպատակով ճանապարհի և կեցության ծախսերի փոխհատուցումն ապահովագրական փաթեթում ներառելու հարցը:

«*Շատ հայեր կան, որ ապրում են այլ երկրներում, բայց գալիս են մեր երկիր ինչ-որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար։ Կարելի է նրանց համար էլ տարբերակներ մտածել»։*

Բնակիչներից ոմանք էլ առաջարկում են, հաշվի առնելով հասարակության տարբեր խմբերի կարիքները, առանձին ապահովագրական փաթեթներ մշակել ուսանողների, տարեցների, ինչպես նաև սփյուռքահայերի և օտարերկրացիների համար:

*«Ամեն մարդ ինքը կարող է ընտրել, թե ինչ է ուզում՝ բազային փաթե՞թ, թե՞, օրինակ, պատրաստ է ավել վճարել և ավելի մեծ թվով ծառայություններ ստանալ»։*

Մասնակիցների մի խումբ էլ առաջարկում է մշակել ապահովագրության մի քանի փաթեթներ, որպեսզի բնակիչները կարողանան ընտրել թե՛ ֆինանսական, թե՛ ապահովագրական փաթեթում ներառված բուժծառայությունների տեսանկյունից իրենց համար ավելի նախընտրելի տարբերակը:

*«Փաթեթի ընտրություն կատարելը անհատի համար շատ դժվար է»:*

Մյուս կողմից, մասնակիցներից ոմանք կարծում են, որ բնակիչների համար դժվար է կողմնորոշվել, թե ի՞նչ ծառայություններ պետք է ներառվեն ապահովագրական փաթեթում. շատերի համար կանխատեսելի չէ, թե ի՞նչ կլինի ապագայում, ի՞նչ հիվանդություններ կառաջանան։ Որոշ մասնակիցներ առաջարկում են ապահովագրական փաթեթը ձևավորել բնակչի՝ նախնական բժշկական հետազոտություններ անցնելուց հետո միայն:

## ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՀՈՍՔԵՐԸ. ԾԱԽՍԵՐ ԵՎ ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ

*«Մարդիկ երբ հիվանդանում են, չգիտեն՝ բուժվելու մասին մտածե՞ն, թե՞ գումար հայթայթելու։ Նեղ պահին ապահովագրության առկայությունը շատ մեծ խնդիրներ է լուծում»։*

Քննարկման մասնակիցները, ընդհանուր առմամբ, առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրումը կարևորում են նաև բնակչության՝ առողջապահական բնույթի ծախսերը առավել արդյունավետ կառավարելու հնարավորություն ընձեռելու տեսանկյունից, նկատելով, թե առողջական խնդիրներ ունենալու պարագայում ապահովագրությունը օգնում է մեծ ծախսերից խուսափել: Ըստ քաղաքացիների՝ մարդիկ բժշկական ծառայություններից օգտվելու համար երբեմն ստիպված են լինում վարկեր վերցնել, իսկ ապահովագրության համակարգը թույլ կտա, ամսական վճարներ կատարելով, առավել ապահով զգալ:

*«Մենք չենք կարող ունենալ լավ առողջապահական համակարգ ու քիչ ծախսենք****»****։*

Որոշ քաղաքացիներ առաջարկում են կենսաթոշակային ֆոնդից գումարներ տրամադրել առողջապահության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրման համար: Մասնակիցներ մեկ այլ խումբ էլ կարծում է, թե բնակչության վճարած եկամտահարկից կարելի է գումարներ փոխանցել համընդհանուր ապահովագրության համակարգին: Քննարկման մասնակիցներից ոմանց կարծիքով էլ առողջապահական վճարների կուտակային համակարգ պետք է ներդրվի և հարկման գումարը որոշվի՝ կախված բնակչի՝ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու ծավալից։

*«68000 դրամ աշխատավարձ ստանալը դեռ չի նշանակում աշխատավարձ ունենալ»։*

Միաժամանակ, քաղաքացիներից ոմանք կարծում են, որ առկա սոցիալ-տնտեսական պայմաններում քաղաքացիների համար լրացուցիչ ֆինանսական բեռ կդառնա նոր վճարների ավելացումը: Քաղաքացիներից ոմանք նկատում են, թե բնակիչների մեծ մասը ստանում է նվազագույն աշխատավարձ, ինչը չի բավարարում նույնիսկ տարրական կենցաղային պահանջները բավարարելու համար, իսկ լրացուցիչ գումարների գանձումը առանց այն էլ ծանր սոցիալական վիճակն ավելի կբարդացնի:

*«Նվազագույն աշխատավարձ ստացողների համար ապահովագրությունը թանկ է**նստում. մարդիկ տարեկան մի անգամ են բժշկի դիմում՝ տասը-քսան հազար դրամ գումար վճարելով, իսկ ապահովագրության վճարները բարձր են»*։

Մասնակիցների մի խումբ էլ կարծում է, թե տարեկան վճարները ֆինանսական տեսանկյունից ձեռնտու չեն, քանի որ տարվա ընթացքում հնարավոր է բուժհաստատություն դիմելու և բժշկական ծառայություններից օգտվելու անհրաժեշտություն չառաջանա: Արդյունքում, ապահովագրական վճարները կամ հարկը դառնալու են լրացուցիչ ֆինանսական բեռ:

*«Ցանկացած դեպքում մեր գրպանից ենք վճարում։ Հարկ ենք տալիս։ Ի՞ նչ տարբերություն...»*

Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ, սակայն, նշում է որակյալ ծառայությունների ստանալու դիմաց ապահովագրական վճար կամ հարկ վճարելու պատրաստակամության մասին: Նրանք ընդգծում են, որ բժշկական ապահովագրության համակարգի արագ և արդյունավետ ներդրման համար պետք է սահմանել առողջապահական հարկ, ընդ որում, ներկա ինֆլյացիայի պայմաններում 7 տոկոս հարկը կարող է բավարար չլինեն:

*«Ե՛վ անձը, և՛ պետությունը պետք է ներդրում ունենան առողջության ապահովագրման հարցում»։*

Քննարկման մասնակիցների մի մասի կարծիքով, բնակիչներն ավելի հեշտ կհամաձայնեն վճարել առողջապահական հարկը, եթե այն համաֆինանսավորվի պետության կողմից։ Մյուս կողմից, որոշ քաղաքացիներ էլ գտնում են, թե պետության միջոցները սուղ են, հետևաբար գործատուն և աշխատողը պետք է վճարեն առողջապահական հարկը:

*«Բարձր աշխատավարձ ստացողին յոթ տոկոսի հարկումը մեծ սոցիալական պրոբլեմների առաջ չի կանգնեցնի, ինչը չենք կարող ասել ցածր աշխատավարձ ստացողի մասին»։*

Քաղաքացիների մի խմբի կարծիքով առողջապահական հարկը պետք է գանձվի՝ հաշվի առնելով բնակչի աշխատավարձի չափը, քանի որ հատկապես նվազագույն աշխատավարձ ստացողների համար 7 տոկոս սահմանաչափը բավականին մեծ գումար է: Տոկոսադրույքը պետք է կախված լինի աշխատավարձի չափից. Օրինակ. «մինչև երկու հարյուր հազար ստացողի համար յոթ տոկոս լինի վճարը, իսկ դրանից բարձր ստացողի համար՝ մեկ-երկու տոկոս ավելի», կարծում են որոշ քաղաքացիներ։

*«Եթե քսան տոկոս հարկ ենք վճարում հիմա, հետո էլ յոթ տոկոս ապահովագրության համար ենք վճարելու, էդպես ո՞ւր կհասնի։ 50-60% հարկե՞ր ենք վճարելու»։*

Մյուս կողմից, քաղաքացիներից ոմանց կարծիքով առողջապահական հարկի ներմուծումը հանգեցնելու է ստվերային տնտեսության ընդլայնմանը և աշխատավարձի իրական չափը թաքցնելուն, հետևաբար ապահովագրական վճարը պետք է լինի ֆիքսված գումար, որը բոլորը կվճարեն և կստանան նույն որակի և ծավալի բուժծառայություններ:

*«Առողջապահական տուրիզմ ապահովող երկրները նաև առողջ երկրներ են. տուրիզմն օգնում է զարգացնել առողջապահական համակարգը»։*

Քաղաքացիների մի խումբ գտնում է, թե մեր երկիրը շատ լուրջ պոտենցիալ ունի առողջապահական տուրիզմի զարգացման համար, ուստի պետք է քայլեր ձեռնարկել այս ուղղությամբ։ Հայաստան եկող զբոսաշրջիկները կարող են ապահովագրվել, սա հնարավորություն կտա, որպեսզի ֆինանսական բեռը միայն այստեղ աշխատող մարդկանց ուսերին չլինի։

## ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

*«Ես մանկավարժ եմ, հինգ կոլեգաներով մարզում գնացել էինք բժշկի, բոլորիս էլ ասել էր, որ երկու մմ-ոց խպիպ ունենք։ Ո՞նց կարող է նման բան պատահել»:*

Քննարկման մասնակիցները անդրադառնում են ներկայում մատուցվող բուժծառայությունների որակի տարբեր խնդիրների՝ ախտորոշման և բուժման անարդյունավետ սխեմաների կիրառման, ավելորդ հետազոտությունների և ուղեգրումների, կաբինետից կաբինետ վազքի, կողմնակի վճարումներ կատարելու պրակտիկայի մասին: Նշվում է, որ նման խնդիրները լուծված տեսնելու և որակյալ ծառայություններ ստանալու պարագայում բնակչությունն առավել մեծ պատրաստակամությամբ կընդունի պարտադիր ապահովագրության համակարգի ներդրումը:

Ընդ որում, մասնակիցների շրջանում գերակշռում է այն կարծիքը, որ պացիենտին՝ բուժհաստատությունն ընտրելու հնարավորության ընձեռումը կնպաստի բուժհաստատությունների միջև առողջ մրցակցության ձևավորմանը: Այդ պարագայում բուժհաստատությունները շահագրգռված կլինեն պացիենտին որակյալ բուժօգնություն տրամադրելու, տեխնիկական հագեցվածությունն ու բուժանձնակազմի կարողությունները բարելավելու գործում: Մյուս կողմից, ԱՀԱ համակարգի ներդրման պայմաններում քաղաքացիները հնարավոր են համարում բուժօգնության որակի անկումը՝ պայմանավորված դեպի բուժհաստատություններ մարդկանց հոսքի ավելացման և բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածության ավելացման հետ:

*«Մարզերում հենց մտնում ես բժշկի մոտ, հարց է տալիս՝ գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ։ Սկսում ես մտածել՝ բա արժի՞ ստուգվել»։*

Մասնակիցների կարծիքները տարբերվում են ԱՀԱ շրջանակներում բուժվող պացիենտին բուժհաստատության կողմից հնարավոր տարբերակված վերաբերմունքի ցուցաբերման առնչությամբ: Քաղաքացիների մի խմբի կարծիքով բուժհաստատության համար որևէ տարբերություն չկա, թե ով կվճարի պացիենտի համար՝ պետությունը, ապահովագրությունը, թե ինքը՝ պացիենտը: Յուրաքանչյուր պարագայում քաղաքացին արժանանալու է նույն վերաբերմունքին։ Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ, հղում կատարելով բուժհաստատություններում պետպատվերի և սոցփաթեթի շրջանակներում բուժվող պացիենտների հանդեպ խտրական վերաբերմունքին, համարում է, որ նման խնդիրներ կարող են ծագել նաև ապահովագրություն ունեցող բնակիչների համար: Մասնակիցները նշում են բուժանձնակազմի կողմից պացիենտից լրացուցիչ գումար պահանջելու, անհարկի ուղղորդումներ կատարելու դեպքերի, սոցփաթեթի շրջանակում կատարվող բուժզննումների ձևական բնույթի և ապահովագրական ընկերությունից կախված՝ բուժանձնակազմի տարբերակված վերաբերմունքի մասին:

*«Երբ վիրահատության կարիք ունեցա, բուժհաստատությունն ասաց՝ պետական ֆինանսավորումն այս պահին վերջացել է։ Սոցփաթեթի շահառուներին հիվանդանոցներում տարբերակում են ու նրանց դիտարկում են որպես «երկրորդ սորտի» մարդիկ»։*

Մասնակիցների մի խումբ էլ ապահովագրված պացիենտների սպասարկման որակը վերահսկելու համար կարևորում է մոնիտորինգի արդյունավետ համակարգի ներդրումը, որի օգնությամբ հնարավոր կլինի վեր հանել տարբեր բուժհաստատություններում առկա խնդիրները: Վերահսկող գործառույթներ իրականացնող հավանական դերակատարների թվում դիտարկվում են թե՛ պետությունը, թե՛ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները:

## ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

*«Պետական սեկտորում բուժաշխատողները քիչ են վարձատրվում, մասնագետները մարզերում երկար չեն մնում։ Մարդիկ պետք է հնարավորություն ունենան իրենց բնակավայրում որակյալ բուժծառայություն ստանալ»։*

Քննարկման մասնակիցների մի մասն ԱՀԱ համակարգի ներդրումը համարում է առողջապահության ոլորտի զարգացման համար անհրաժեշտ գումարային հոսքեր ապահովելու արդյունավետ տարբերակ: Ըստ գերակա կարծիքի՝ համակարգը կնպաստի բուժաշխատողների աշխատավարձի բարձրացմանն ու հիվանդանոցների տեխնիկական հագեցվածության ապահովմանը:

Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ էլ թերահավատորեն է վերաբերվում ֆինանսական հոսքերի ավելացման պարագայում բուժաշխատողների աշխատավարձերի էական բարձրացման և տեխնիկական հագեցվածության ապահովման հեռանկարին: Նշվում է, որ կամավոր ապահովագրության համակարգի ներդրումը դեռևս չի նպաստել բուժօգնության և սպասարկման որակի նշանակալի բարելավման:

Որպես հնարավոր լուծում առաջարկվում է սահմանել ապահովագրական հարկի կամ վճարների արդյունքում գոյացած գումարի ծախսման ուղղությունները, այդ թվում՝ քանի՞ տոկոսն է ուղղվում տեխնիկայի ձեռքբերմանը, քանի՞ տոկոսը՝ բուժանձնակազմի աշխատավարձի բարձրացմանը: Մասնակիցների մեկ այլ խումբ էլ համարում է, որ բուժաշխատողների աշխատավարձի չափը պետք է ձևավորվի մրցակցային միջավայրում, և ապահովագրական հարկը կամ վճարները չպետք է դիտարկվեն որպես բուժանձնակազմի աշխատավարձը համատարած կերպով բարձրացնելու միջոց:

Ընդհանուր առմամբ, քննարկման մասնակիցները խիստ կարևորում են բուժաշխատողների համար աշխատանքային գրավիչ պայմանների ստեղծումը և մրցունակ աշխատավարձի սահմանումը՝ որակյալ մասնագետների արտահոսքը դեպի արտերկիր և մարզերից Երևան կանխելու համար:

*«Մեր աշխատակիցներից մեկը ձեռքի ցավից գանգատվում է, մի քանի հետազոտություն է մարզում անցել, հիմա էլ պիտի նորից Երևան գա։ Էլ ինչու՞ իզուր տանջվեց, պիտի միանգամից գար Երևան ու հարցերը լուծեր»։*

Մասնակիցները կարևորում են առողջապահական համակարգի տարածքային համաչափ զարգացման խնդիրը: Ներկայում, ըստ մասնակիցների, մարզային բուժհաստատություններում առավել սուր են մասնագիտական ներուժի և տեխնիկական հագեցվածության խնդիրները: Մարդիկ նախընտրում են մարզերից գնալ Երևան՝ որակյալ բուժօգնություն ստանալու համար:

*«Ես բուժզննում եմ անցել մեր մարզում, ոչ մի բան ցույց չտվեց։ Նույն հետազոտության համար եկա Երևան ու հիվանդությունս բացահայտեցին»։*

Ըստ որոշ մասնակիցների՝ հանրության վստահությունը ցածր է մասնավորապես մարզերում կազմակերպվող բուժզննման արդյունքների նկատմամբ: Այս առումով կարևորվում է մարզերում առողջության առաջնային պահպանման օղակի և ախտորոշիչ լաբորատորիաների գործունեության զարգացումը:

*«Մարզերում հիմնականում նորավարտ, անփորձ բժիշկներ են աշխատում։ Հենց մի քիչ փորձ են հավաքում, թողնում, գնում են Երևան»։*

Բուժաշխատողների՝ մարզերից Երևան արտահոսքին, ըստ որոշ մասնակիցների, նպաստում է նաև բուժծառայությունների համար Երևանում գործող ավելի բարձր գինը: Որպես մարզային բուժհիմնարկների զարգացմանը նպաստելու հնարավոր տարբերակ՝ մասնակիցներից ոմանք առաջարկում են բժշկական որոշակի ծառայությունների համար կոնկրետ արժեք սահմանել: Նշվում է, որ գումարների հավասար բաշխումը մայրաքաղաքում և մարզերում գործող պետական բուժհաստատությունների միջև ևս կխթանի մարզային բուժհաստատությունների զարգացումը:

Քննարկման որոշ մասնակիցների կարծիքով ապահովագրության շրջանակներում բուժհաստատությունն ընտրելու հնարավորության ընձեռումը կարող է հանգեցնել նրան, որ մարդիկ նախընտրեն բուժօգնություն ստանալ բացառապես Երևանում: Մինչդեռ, ուղեգրումները կարելի է կիրառել նաև մարզային բուժհաստատությունները զարգացնելու համար։ Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ, սակայն, գտնում է, որ առանց մարզային բուժհաստատությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների որակի նշանակալի բարելավման մարզերում բուժօգնություն ստանալու պահանջը կարող է հանրության շրջանում դժգոհություն առաջացնել:

*«Մարզերում նեղ մասնագետների լուրջ կարիք կա։ Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ստիպված ենք լինում ուղեգրել Երևան, որտեղ էլ բուժօգնության կազմակերպման համար որևէ արտոնյալ պայմաններ նախատեսված չեն։ Սոցիալական ծանր պայմաններում գտնվող ընտանիքների համար բուժօգնության ծախսերը Երևանում հոգալը գրեթե անհնարին է»։*

Մարզային բուժհաստատություններում կադրային ապահովվածության և մասնագիտական պատրաստվածության խնդիրները լուծելու համար քաղաքացիներն առաջարկում են կազմակերպել որակյալ մասնագետների գործուղումներ տարբեր մարզեր, Երևանի և մարզերի բուժհաստատությունների համագործակցությամբ իրականացնել փոխանակման ծրագրեր, խրախուսել արտասահմանում աշխատող բժիշկների այցերը: Ըստ մեկ այլ կարծիքի՝ նման միջոցառումներից ոչ բոլորն են իրատեսական, քանի որ գործատուները շահագրգռված չեն իրենց հաստատություններում աշխատող փորձառու մասնագետներին մարզեր գործուղելու։

Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ կարծում է, որ հանրության վստահությունը բուժաշխատողների նկատմամբ ոչ միշտ է ձևավորվում օբյեկտիվ հիմքով՝ ստացած ծառայության որակի հիման վրա: Մասնավորապես, ըստ մասնակիցների՝ առկա է կանխակալ վերաբերմունք մարզերում աշխատող բուժանձնակազմի մասնագիտական որակների նկատմամբ: Մինչդեռ, մայրաքաղաքի որևէ ճանաչված կլինիկայում աշխատանքի անցնելով՝ բժիշկը կարող է ավելի մեծ վստահություն վայելել:

Ընդհանուր առմամբ, մասնակիցները կարևորում են բուժաշխատողների կարողությունների զարգացմանն ուղղված միջոցառումների, վերապատրաստումների կազմակերպումը: Ըստ մեկ այլ կարծիքի՝ ներկայում ևս իրականացվում են բուժաշխատողների վերապատրաստման տարբեր ծրագրեր, սակայն բուժաշխատողներն ակտիվորեն չեն մասնակցում, «ստորագրում են և վերադառնում իրենց աշխատանքին»:

*«... մարդիկ նույնիսկ խնդիր չունենալու դեպքում որոշում են գնալ, ստուգվել, քանի որ «գումարն արդեն մուծած է» և շատ նեղվում են, երբ բժիշկն իրենց հասանելիք ուղեգիրը չի տալիս»:*

Քննարկման մասնակիցները բարձրաձայնում են նաև առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրման պայմաններում բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածության հնարավոր աճի մասին: Մայրաքաղաքի բուժհաստատությունների գերծանրաբեռնվածության խնդիրը լուծելու համար քաղաքացիները կարևոր են համարում մարզերում առնվազն որակյալ հետազոտությունների կազմակերպումը: Որպես խնդրի լուծման հնարավոր ուղիներ առաջարկվում են բուժհաստատություններում բուժաշխատողների կազմի ընդլայնումն ու արդյունավետ կադրային քաղաքականությունը, պացիենտների խմբավորումը և ընդունելության սահմանափակումը, աշխատանքային օրվա ու տարեկան պարտադիր բուժզննումների ճշգրիտ պլանավորումը: Կարևորվում է նաև բժշկական ցուցումների նշանակման արդյունավետ համակարգի ներդրումը, որպեսզի մարդիկ բուժօգնության դիմեն իրական անհրաժեշտության դեպքում:

## ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

*«Պետք չէ պարտադրել բնակչին, թե նա որտեղ պետք է անցնի բուժզննումը։ Մարդն ինքը պետք է ընտրի, թե որ պոլիկլինիկայում է անցնելու բուժզննում»։*

Մասնակիցներից գտնում են, որ առողջության ապահովագրման համակարգի արդյունավետ ներդրման և քաղաքացիների՝ համակարգից գոհ լինելու համար անհրաժեշտ է շահառուներին ընձեռել բուժհաստատությունն ու բժշկին ազատ ընտրելու հնարավորություն: Սա հատկապես կարևորվում է մարզերի բնակիչների համար, քանի որ մարզային բուժհաստատություններում առկա է նեղ մասնագետների, ինչպես նաև բժշկական նորագույն սարքավորումների պակաս: Ըստ քննարկման մասնակիցների՝ այս գործընթացը կհանգեցնի բժիշկների միջև մրցակցության ավելացմանը, ինչն էլ կբերի մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի բարելավմանը:

*«Համակարգը պետք է որոշի, թե հիվանդը որ բժշկի մոտ գնա, ոչ թե բժիշկը կամ հիվանդը»։*

Միաժամանակ, մասնակիցների մեկ այլ խմբի կարծիքով, եթե քաղաքացիներն իրենք որոշեն, թե որտեղ են ուզում բուժծառայություն ստանալ, որոշ բուժհաստատություններում կավելանա ծանրաբեռնվածությունը, իսկ մյուսներում ՝ հատկապես մարզային հիվանդանոցներում կկրճատվի մարդկանց հոսքը, ինչն էլ կհանգեցնի լճացման: Որպես լուծում՝ բնակիչներից ոմանք առաջարկում են պացիենտների բաշխումն իրականացնել համակարգչային ծրագրի միջոցով, որը, հաշվի առնելով, բնակչի խնդիրները և հիվանդանոցների ծանրաբեռնվածությունը, կորոշի, թե որտեղ պետք է պացիենտը ստանա համապատասխան բուժսպասարկումը: Արդյունքում, հավասար ծանրաբեռնվածություն կապահովվի բուժհիմնարկներում։

*«Մեր երկրում դժվար է տարբերակել աշխատողին ու չաշխատողին»։*

Առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի արդյունավետ ներդրման համար բնակիչներից ոմանք կարևորում են գործազրկության իրական մակարդակի հստակեցումը: Ըստ մի խումբ քաղաքացիների՝ «անապահով» ու «նպաստառու» ընտանիք հասկացությունը հստակ սահմանված չէ, և որոշ քաղաքացիներ նախընտրում են գործազրկության նպաստ ստանալ աշխատելու փոխարեն: Արդյունքում, ըստ մասնակիցների քաղաքացիները վստահություն չունեն գործող համակարգերի նկատմամբ և հետագայում կդժգոհեն սոցիալական անապահովության նպաստ ստացողների փոխարեն առողջության ապահովագրության գումարը վճարելու պահանջից: Հետևաբար պետք է ստեղծել այնպիսի մեխանիզմներ, որ բժշկական ապահովագրության բեռը չմնա միայն գրանցված աշխատողների ուսերին, նկատում են բնակիչներից ոմանք:

*«Պետությունը պետք է ամեն ինչ անի, որ բոլոր քաղաքացիներին հարկային դաշտ բերի, հետո նոր խոսենք բժշկական պարտադիր ապահովագրության մասին»։*

Առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրման խոչընդոտ կարող է լինել նաև Հայաստանում ստվերային տնտեսությունը: Բնակիչներից ոմանց կարծիքով եկամտահարկ չվճարող քաղաքացիները կխուսափեն նաև առողջապահության հարկը վճարելուց: Որպես լուծում քաղաքացիներից ոմանք առաջարկում են, սահմանել որոշակի գումար բոլորի համար, որպեսզի մարդիկ չթաքցնեն իրենց իրական եկամուտները:

*«Աշխատողները միշտ տուժված են լինում, չի կարելի որ չաշխատողների համար աշխատողներն այդպիսի մեծ բեռ վերցնեն իրենց վրա։ Մարդիկ կան, ովքեր գերադասում են նպաստ ստանալ, քան աշխատել»։*

Մյուս կողմից, քաղաքացիներից ոմանք էլ կարծում են, թե առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրումը կնպաստի ստվերի կրճատմանը: Մասնակիցների կարծիքով, եթե սկզբնական շրջանում բժշկական ապահովագրման համակարգը ներդրվի միայն աշխատողների համար, չգրանցված աշխատողները շահագրգռված կլինեն, որպեսզի իրենք ևս գրանցվեն և օգտվեն համակարգի արտոնություններից: Ըստ որոշ քաղաքացիների՝ պետք է արտոնություններ տրվեն այն գործատուներին, որոնց աշխատակիցները կամավոր գրանցվում են առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգում:

*«Հայաստանում առողջապահական ոլորտի համակարգում բազում չլուծված խնդիրներ կան»։*

Միաժամանակ, մասնակիցների մի խումբ էլ նշում է, թե առողջության ապահովագրության ներդրմանը պատրաստ չէ ոչ միայն առողջապահական համակարգը, այլև պետությունը, և առկա խնդիրների պայմաններում ապահովագրության ներդրումը լրացուցիչ խնդիրներ կառաջացնի քաղաքացիների ու բուժհաստատությունների համար: Ըստ քաղաքացիների՝ համակարգի արդյունավետ ներդրման համար, նախ, անհրաժեշտ է բարելավել առողջապահական համակարգը, կարգավորել օրենսդրական դաշտը, որից հետո միայն կարելի է գործարկել առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգը:

*«Ուշ թե շուտ պետք է անցնենք ապահովագրությանը։ Սակայն մեծ է հավանականությունը, որ էլի ԽԾԲ-ն է աշխատելու»։*

Քննարկման մասնակիցների մեկ այլ խմբի կարծիքով երկրում, հատկապես առողջապահական համակարգում առկա կոռուպցիան ևս կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ համակարգի անարգել ներդրման համար: Ըստ բնակիչների՝ չկա հիվանդությունների բուժման հստակ սահմանված գնացուցակ, հաճախ են ուղղորդման դեպքերը: Որոշ մասնակիցներ էլ նկատում են, թե. «սոցփաթեթներից օգտվողները երբեմն ծանոթների միջոցով կանխիկացնում են գումարները և օգտագործում այլ նպատակներով»: Քննարկման մասնակիցների կարծիքով՝ պետք է լուծվեն վերոնշյալ խնդիրները, խստացվի պետության վերահսկողությունը, որպեսզի համակարգի ներդրումը լինի արդյունավետ:

*«Եթե սպասենք, որ կոռուպցիան վերանա, նոր բարեփոխումներ անենք, կարող է մի հարյուր տարի էլ սպասենք»։*

Միաժամանակ, քաղաքացիների մեկ այլ խմբի կարծիքով, առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրումը կհանգեցնի կոռուպցիոն ռիսկերի կրճատմանը: Ներքին ազդարարման համակարգի և «թեժ գծի» ներդրումը կստեղծի վերլուծական բազա, որի տվյալների մշակման և վերլուծման արդյունքում հնարավոր կլինի վեր հանել բուժհաստատություններում առկա կոռուպցիոն, տեխնիկական, բուժանձնակազմի վերաբերյալ խնդիրներն ու թերությունները։ Բնակիչների մյուս խմբի կարծիքով՝ կոռուպցիոն ռիսկերի նվազեցմանը կնպաստի հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների համար վարկանիշային համակարգի ներդրումը:

*«Պետք է ուսումնասիրել այն երկրների փորձը, որոնք արդեն իսկ ներդրել են ԱՀԱ համակարգը»:*

Քննարկման մասնակիցների կարծիքով առողջության ապահովագրությունը, ինչպես ցանկացած նորություն, սկզբնական շրջանում հանդիպելու է դիմադրության։ Համակարգի արդյունավետ ներդրման համար նախ պետք է ուսումնասիրել այն երկրների փորձը, որտեղ արդեն կիրառվում է առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգ: Սա հնարավորություն կտա տեսնել առկա խնդիրները, երկարաժամկետ հեռանկարում համակարգի գրանցած հաջողությունները, արդյունքում Հայաստանում համակարգի ներդրումն իրականացնել ավելի սահուն կերպով, կարծում են քննարկման մասնակիցները: Քաղաքացիներից ոմանք էլ, առաջարկում են առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ամբողջական ներդրումից առաջ այն փորձնական տարբերակով ներդնել, հասկանալ խնդիրները և դրանց լուծման տարբերակները: Բնակիչների մեկ այլ խումբ առաջարկում է փուլային տարբերակով ներդնել՝ առաջին փուլում առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգում ընդգրկելով պետական համակարգի աշխատողներին:

*«Ցանկալի է հիմնադրամը պետական լինի, որ չստացվի, որ դա ուղղակի փող աշխատելու միջոց է»։*

Քննարկման մասնակիցների մի խմբի կարծիքով ապահովագրական վճարներն ադյունավետորեն կառավարելու համար պետք է ստեղծել պետական անկախ հիմնադրամ: Ինչպես նկատում են քաղաքացիներից ոմանք, պետական հիմնադրամներն ավելի վստահելի են, իսկ պետությունն անհամեմատ ավելի փորձառու է, քան մասնավոր ընկերությունները: Միաժամանակ նշվում է, թե չպետք է արգելվի մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների գործունեությունը: Մեկ այլ խմբի կարծիքով պետությունը պետք է ակտիվորեն ներգրավվի համակարգի կայացմանը, որից հետո կարող է համակարգի կառավարումը պատվիրակել մասնավոր ընկերություններին։

*«Պետական ապահովագրության համակարգը չի աշխատի. մեր երկրի արտաքին պարտքը մեծ է, ինֆլյացիա կլինի»։*

Միաժամանակ, քաղաքացիների մեկ այլ խումբ նշում է, որ պետությունն ի վիճակի չէ արդյունավետորեն կազմակերպել առողջության համընդհանուր ապահովագրության ներդրման գործընթացը՝ հաշվի առելով պետության կողմից պետպատվերի շրջանակում մատուցվող ծառայությունների որակի խնդիրները: Մասնավորապես, հիվանդանոցները երբեմն հրաժարվում են սպասարկել պետպատվերով հիվանդներին՝ նշելով, թե պետությունն ուշ է վճարում: Հետևաբար, ըստ քաղաքացիների, պետությունը պետք է միայն վերահսկի ապահովագրական համակարգի գործունեությունը և անմիջականորեն չզբաղվի համակարգի կառավարմամբ:

*«Երբ խոսում ենք բանկային համակարգի մասին, չենք խոսում պետական միասնական բանկի մասին։ Նույն կերպ էլ ապահովագրության դեպքում։ Կենտրոնական բանկը վերահսկում է, բայց կան մասնավոր բանկեր»։*

Քաղաքացիների մեկ այլ խմբի կարծիքով, պետության համար լրացուցիչ ֆինանսական բեռ կդառնա նոր համակարգի ստեղծումն ու գործարկումը: Ըստ քաղաքացիների, արդեն արդյունավետ գործում է մասնավոր ապահովագրության համակարգը, պետությունը պետք է միայն կարգավորի ոլորտը և վերահսկի: Ինչպես նկատում են քաղաքացիներից ոմանք, մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների մրցակցության արդյունքում բարելավվում է մատուցվող ծառայությունների որակը։

Մյուս կողմից, մասնակիցների մեկ այլ խումբ գտնում է, թե ապահովագրական ընկերությունների համար քաղաքացու շահը երկրորդական է, մասնավոր ընկերությունները հակված են ավելացնելու սեփական եկամուտները, այլ ոչ թե զարգացնելու համակարգը: Հետևաբար, ըստ քաղաքացիների, պետությունը պետք է մասնակցի ապահովագրության համակարգի ներդրմանը՝ միաժամանակ վերահսկելով մասնավոր ընկերությունների գործունեությունը:

## ՄՇԱԿՈՒԹԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ, ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԳԻՏԵԼԻՔԻ ԵՎ ՎՍՏԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԵՎ ԳՈՐԾԱՐԿՄԱՆ ՎՐԱ

*«Մինչ այսօր չգիտեմ, թե իմ աշխատավարձից որքան տոկոսն է փոխանցվում առողջության ապահովագրությանը»:*

Քաղաքացիները բարձրաձայնում են առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի վերաբերյալ հանրության շրջանում գիտելիքի ու տեղեկատվության պակասի, իսկ որոշ դեպքերում՝ ոչ ճիշտ պատկերացումների մասին: Մասնակիցներն անհրաժեշտ են համարում համակարգը հանրությանը ավելի պարզ և մատչելի կերպով ներկայացնելը:

*«Ունեմ ապահովագրություն, մենք միշտ Մարտունիում ենք ստուգվում, և ես տեղյակ չեմ՝ կարո՞ղ եմ արդյոք Երևանում անցնել բուժզննում, թե ոչ»։*

Հանրության շրջանում գիտելիքի և տեղեկացվածության հնարավոր խնդիրներին անդրադառնալիս, քննարկման մասնակիցները հղում են կատարում կամավոր ապահովագրության և սոցիալական փաթեթների շրջանակներում բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններ ստանալու իրենց փորձին: Մասնակիցները նշում են ապահովագրական ընկերությունների առաջարկած փաթեթների միջև ընտրություն կատարելու դժվարությունների, բնակչության՝ ԱՐՄԵԴ համակարգից օգտվելու ոչ բավարար հմտությունների, որոշ դեպքերում աշխատավարձից գանձվող գումարի չափի, ապահովագրական փաթեթում ընդգրված ծառայությունների և ընթացակարգերի, իրավունքների և պարտականությունների վերաբերյալ անտեղյակության մասին:

Ըստ մասնակիցների՝ հատկապես կարևոր է հանրությանը մանրամասն բացատրելը, թե որքան գումար է կազմելու ապահովագրության հարկը/վճարը, և ինչպիսի ծառայություններ է ստանալու անձը այդ գումարի դիմաց: Ընդ որում, քարոզչական տեխնոլոգիաների պրոֆեսիոնալ կիրառմանը զուգահեռ կարևորվում են պարզ հաշվարկների և պրակտիկ օգուտների ներկայացումը՝ ոչ միայն առողջության պահպանման, այլև ֆինանսների կառավարման տեսանկյունից:

*«Եթե պետությունը բնակչությանը հարկում է, ապա պետք է նաև վստահությունը բարձրացնի, որպեսզի սպառողը առանց մեկ վայրկյան մտածելու վճարի ոչ թե յոթ, այլ տասնյոթ տոկոս»։*

Քննարկման մասնակիցները կարևորում են նաև առողջության ապահովագրության համակարգի նկատմամբ հանրության վստահությունը բարձրացնելուն ուղղված ջանքերը: Այս առումով, պետության արդյունավետ հաղորդակցությանը զուգահեռ կարևորվում են նաև շահառուների անձնական փորձառնությունն ու համակարգից «գոհ մնալը», վերջիններիս համոզվածությունը որակյալ ծառայություն ստանալու մեջ:

*«Խնդիր է այն, որ մեկ հաստիք ունեցողին հասնում է ամբողջական բժշկական ապահովագրություն, կես հաստիքով աշխատողին՝ կիսով չափ։ Բուժման կեսը ո՞րն է»*

Վստահության խնդիրները լուծելու համար քաղաքացիները կարևորում են ներդրվող համակարգի թափանցիկությունը: Ըստ որոշ մասնակիցների՝ ներկայում հասարակության տարբեր շերտերի համար ոչ միշտ են հասկանալի, թե ինչ չափանիշներով են ընտրվում սոցփաթեթի շահառուները, կամ ինչ մեխանիզմներով և չափանիշներով է որոշվում դրույքաչափից և աշխատավարձի չափից կախված ապահովագրության շրջանակներում առաջարկվող ծառայությունների ծավալը:

Մասնակիցները, ելնելով իրենց փորձից, արձանագրում են վստահության խնդիրներ թե՛ բուժհաստատություններում մատուցվող ծառայությունների որակի, թե՛ ապահովագրական ընկերությունների գործունեության հետ կապված: Առանձին դեպքերում մասնակիցները վստահության ցածր մակարդակը կապում են պետական համակարգի և քաղաքական իշխանության անարդյունավետ աշխատանքի հետ:

*«Պետք է այնպես անել, որ քաղաքացին գործ չունենա ապահովագրական կազմակերպությունների հետ։ Վերջիններս հաճախ խաբում են քաղաքացիներին և ամեն ինչ անում, որ չվճարեն»։*

Անդրադառնալով սոցիալական փաթեթի և կամավոր ապահովագրության շրջանակներում ծառայություններ ստանալու իրենց փորձին՝ որոշ քաղաքացիներ նշում են, որ ապահովագրական ընկերությունները պատշաճ կերպով փոխանցումները չեն կատարում: Օրինակ՝ ապահովագրական ընկերությունը փոխհատուցում է միայն հիվանդանոցում օգտագործվող դեղորայքի ծախսը և չի վճարում ամբուլատոր բուժման համար անհրաժեշտ դեղերի համար կամ նախատեսում է ընդամենը 600 դրամ փոխհատուցում որոշ ծառայությունների համար` անիմաստ դարձնելով սեփական գրպանից վճարումը կատարելիս այդ մասին հիշատակելը: Որոշ դեպքերում էլ, ըստ մասնակիցների, ապահովագրական ընկերությունները ծառայությունների արժեքը ավելի քիչ են գնահատում, քան դրանց համար պետությունն է սահմանել։

Մասնակիցների մեկ այլ խումբ կարծում է, որ ապահովագրական ընկերությունները չեն կարող թերանալ ծառայությունների դիմաց փոխհատուցելու գործում, քանի որ բուժհաստատության հետ կնքում են պայմանագիր և ունեն հստակ պարտավորություններ։ Բացի այդ, գործող սոցփաթեթի շրջանակներում բուժհաստատություն ուղղորդելու դեպքերը, ըստ մասնակիցների, բացառվում են, քանի որ քաղծառայողները ԱՆ-ի կողմից հաստատված ցանկից ազատ են ընտրելու բուժհաստատություն: Բուժհաստատությունը պարզապես հարցում է ուղարկում ապահովագրական ընկերությանը, ստանում հաստատում կամ մերժում։

*«Ես վիրահատություն եմ անցել սոցփաթեթի շրջանակներում և շատ գոհ եմ, շատ արագ կազմակերպվեց և ֆինանսական մեծ բեռ չեմ կրել»։*

Մասնակիցների մի խումբ իր գոհունակությունն է արտահայտում կամավոր ապահովագրության և սոցփաթեթի շրջանակներում ստացված բուժծառայություններից՝ նշելով առողջական խնդիրների բուժման տարբեր դրական օրինակներ: Այլ քաղաքացիներ էլ դրական են գնահատում ապահովագրության համակարգի ներդրումը պարտադիր տարեկան բուժզննումներ նախատեսելու և գին-որակ հարաբերակցության տեսանկյունից հարմար լինելու համար: Մասնակիցների մեկ այլ խումբ նշում է, որ կամավոր ապահովագրության կամ սոցիալական փաթեթի մասնակից լինելը թույլ է տալիս առավել պաշտպանված և ապահով զգալ:

*«Վիրահատությունից առաջ վիրահատող բժիշկը նշում է, որ չի վստահում սոցփաթեթի շրջանակում իրականացրած բուժզզնման տվյալներին և ուղարկում է վճարովի հետազոտության»։*

Քաղաքացիների մեկ այլ խումբ, սակայն, իր դժգոհությունն է արտահայտում ստացված ծառայությունների որակից և համակարգի մասնակիցների ֆինանսական բեռի չափից: Բնակիչները, մասնավորապես, նշում են թղթաբանության և բյուրոկրատական քաշքշուկների, հերթագրվելու և երկար ժամանակ սպասելու անհրաժեշտության, սոցփաթեթի շրջանակներում իրականացվող բուժզննման ձևական բնույթի, բուժհաստատությունն ընտրելու հնարավորության բացակայության, բուժհաստատություններում հավելյալ վճարումներ կատարելու դեպքերի, ինչպես նաև ծառայությունների փաթեթում իրենց հիվանդությունների ներառված չլինելու մասին:

*«Պետությունը հիմա էլ որոշ բժշկական հետազոտություններ անվճար է իրականացնում։ Ի՞նչն է մարդկանց խանգարում գնալ և անվճար բուժզննում անցնել։ Մտածելակերպի խնդիր է»:*

Ըստ որոշ մասնակիցների՝ առողջության մասին հետևողականորեն հոգ տանելը Հայաստանում տարածված մշակույթ չէ, և մարդիկ սովորաբար բժշկի են դիմում «դանակը ոսկորին հասնելու» պարագայում: Քաղաքացիները նշում են, որ այս խնդիրը հատկապես սուր է արտահայտվում մարզերում, որտեղ բուժհաստատություն դիմելն ասոցացվում է «անիմաստ» ծախսերի հետ և արդարացվում է միայն ծայրահեղ իրավիճակներում:

*«Իմ ընկերն աշխատում է դպրոցում: Սկզբնական շրջանում թե՛ ընկերս, թե՛ իր գործընկերները խիստ դեմ էին պարտադիր ապահովագրության համակարգին։ Առաջին բուժզննման ժամանակ ընկերոջս մոտ հայտնաբերեցին քաղցկեղ՝ բոլորովին նոր ձևավորվող։ Մինչդեռ, եթե այդ բուժզննումը չլիներ, ընկերս կարող էր հիմա ողջ չլինել»։*

Մասնակիցների մեկ այլ խումբ էլ նշում է, որ հանրության շրջանում աստիճանաբար տեղի է ունենում մտածելակերպի փոփոխություն և առողջական լուրջ խնդիրներից խուսափելու համար կանխարգելիչ գործողությունների կարևորության գիտակցում: Ըստ գերակա կարծիքի՝ առողջության համընդհանուր ապահովագրության համակարգի ներդրումը կնպաստի պարբերաբար բուժզննումներ անցնելու պրակտիկայի տարածմանը: Միևնույն ժամանակ նշվում է, որ ամիսներ առաջ հերթագրվելու և սպասելու մշակույթի ձևավորումը, բուժհաստատությունում կողմնակի վճարումներ անելու պրակտիկայի բացառումը նշանակալի ջանքեր են պահանջելու:

## ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՑԵՐԸ ԱՀԱ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

*«Անապահով խմբերի համար պետք է պետությունը փոխհատուցի, ոչ թե աշխատողները»:*

Առողջապահության համընդհանուր ապահովագրության համակարգը ներդնելիս պետք է հաշվի առնել և՛ սոցիալական արդարության, և՛ սոցիալական հավասարության սկզբունքները, նշում են քննարկման մասնակիցները: Ուստի, ինչպես նկատում են քաղաքացիներից ոմանք, ԱՀԱ համակարգը պետք է հաշվի առնի բնակչության անապահով խավի կարիքներն ու խնդիրները:

*«Աշխատող և առողջ բնակչությունը պետք է ինչ-որ չափով իր վրա վերցնի նաև չաշխատող ու ոչ առողջ բնակիչների առողջապահական ծախսը»։*

Քննարկման մասնակիցների մի խմբի կարծիքով պետք է սահմանվի բժշկական ծառայությունների նվազագույն փաթեթ, որը հասանելի կլինի բոլոր քաղաքացիներին՝ անկախ նրանց կողմից առողջության ապահովագրության համար կատարած վճարների չափից: Ընդ որում, բարձր եկամուտ ունեցողները պետք է հոգան չաշխատող, անաշխատունակ խավի համար: Մասնակիցներից ոմանք նկատում են, թե ոչ բոլոր ապահովագրական վճար վճարողներն են տարվա ընթացքում դիմելու բուժհաստատություններ, հետևաբար կարելի է նրանց վճարած գումարները փոխանցել անապահով խավի բուժծառայությունների տրամադրմանը:

*«Մեկը շատ է վաստակում, որովհետև իրեն շատ բաներից կտրել է, իսկ մյուսն էլ քիչ է աշխատում, ու իրենք պետք է հավասար հնարավորություններ ունենա՞ն...»*

Միաժամանակ, մասնակիցների մեկ այլ խումբ գտնում է, թե յուրաքանչյուր քաղաքացի ինքը պետք է վճարի իր ապահովագրության համար և ստանա իր վճարած գումարի չափով ծառայություններ: «Բարձր աշխատավարձ ստացողները իրենց վճարած հարկերով արդեն իսկ մեծ ներդրում են ունենում պետբյուջեում», նշում են որոշ քաղաքացիներ: Ըստ քաղաքացիների, արդարացի չէ, երբ. «մարդ ամեն օր քրտնաջան աշխատում է և պետք է վճարի նաև այն մարդկանց համար, ովքեր պարզապես չեն ուզում աշխատել»: Որոշ մասնակիցներ կարծում են, որ անապահովության նպաստին զուգահեռ ապահովագրական վճարները փոխհատուցելու դեպքում սոցիալապես անապահով ներկայացուցիչների մոտ կարող է նվազել աշխատելու ցանկությունը: Որպես սոցիալական համերաշխության խթանման հնարավոր տարբերակ՝ մի խումբ քաղաքացիներ առաջարկում են ավելի բարձր աշխատավարձ ստացողների և ավելի մեծ չափով ապահովագրական վճարումներ կատարողների համար սահմանել արտոնյալ պայմաններ, օրինակ, տրամադրել լրացուցիչ ծառայություններ։

Քննարկման մի խումբ մասնակիցներ էլ բարձրացնում են աշխատող, բայց չգրանցված բնակիչների համար ապահովագրական վճարների փոխանցման արդարության խնդիրը: Ինչպես նկատում են մասնակիցներից ոմանք. «ստվերում» աշխատողները հարկեր չվճարելով ստանում են ավելի մեծ եկամուտ, քան գրանցված աշխատողները»: Սոցիալական արդարության խնդիրն ավելի է սրվում այն դեպքում, երբ պետությունը ստվերում աշխատողներին առաջարկում է ապահովագրական փաթեթներ, որոնց համար վճարում են գրանցված աշխատողները: Քաղաքացիները մտավախություն են հայտնում, թե հարկատուների մի մասը կթաքցնեն իրենց իրական եկամուտները, որպեսզի չվճարեն ուրիշների փոխարեն։

*«Մեր տան միակ աշխատողը լինելով՝ կարող եմ ասել, որ իմ ընտանիքի մյուս անդամները՝ ամուսինս, երեխաներս, նույնպես կարիք ունեն հետազոտություններ անցնելու»:*

Մի խումբ քաղաքացիներ էլ նշում են, թե պատրաստ են վճարել առողջապահության համընդհանուր ապահովագրական գումարը, եթե վստահ լինեն, որ այն ծառայում է նաև իրենց ընտանիքի չաշխատող անդամների առողջապահական ծառայությունների փոխհատուցմանը: Միաժամանակ, քննարկումների մասնակիցների մի մասը նշում է, թե սոցփաթեթի և ապահովագրության շահառուներին պետք է հնարավորություն տրվի փաթեթում առկա ծառայությունները փոխանցել ընտանիքի անդամներին:

# Շահեր, դիրքորոշում, մտադրություններ, զգացմունքներ, վախեր, մտահոգություններ, արժեքներ, կարծրատիպեր, համոզմունք

Այս բաժնում ամփոփված են խնդրի շուրջ քննարկումների մասնակից քաղաքացիների ընկալումները և վերաբերմունք՝ ներկայացնելով նրանց կողմից բարձրաձայնված շահերը, դիրքորոշումները, մտադրությունները, զգացմունքները, վախերը, մտահոգությունները, արժեքները, կարծրատիպերը և համոզմունքները։ Գունային կոդավորմամբ տարբերակված են մարզային քննարկումների արդյունքները, մասնավորապես.

ՀՀ Արմավիրի և Շիրակի մարզ, 15 փետրվարի, 2021թ.

ՀՀ Սյունիքի և Շիրակի մարզ, 17 փետրվարի, 2021թ.

ՀՀ Գեղարքունիքի մարզ, 19 փետրվարի, 2021թ

## Ա. ԱՀԱ ԾԱԾԿՈՒՅԹ

Պարտադիր ապահովագրման համակարգում պետք է ներառել նաև **հանգստի** համար նախատեսված գումարներ։

Պետք է մեծացնել **ուսուցիչների** համար նախատեսված բժշկական **փոխհատուցումների շրջանակը**։

Ապահովագրական ծառայությունների **հիմնական փաթեթում** պետք է լինի արյան ընդհանուր անալիզ, բիոպսիայի ծառայություններ և շտապ արվող վիրահատական գործողություններ՝ ապենդիցիտ և այլն։

Ցանկալի է, որ հնարավոր լինի **օգտվել բոլոր**, ոչ թե սահմանափակ թվով ծառայություններից։

Մարդկանց համար դժվար է կողմնորոշվել, թե ինչ կցանկանային տեսնել **ապահովագրական ծառայությունների փաթեթում**, որովհետև շատերի համար կանխատեսելի չէ, թի ինչ կլինի ապագայում, ինչ հիվանդություններ կառաջանան։

**Փաթեթի ընտրություն** կատարելը անհատի համար շատ դժվար է, քանի որ բժիշկը հետազոտությունից հետո միայն կարող է որոշակիորեն ասել, թե որ փաթեթն է ավելի քիչ ռիսկային ու որն է ավելի պիտանի լինելու։

Պետք է ներդնել նաև **ուսանողների** համար նախատեսված ապահովագրության **փաթեթ**։

Պետությունը պետք է որոշակի տարիքային խմբեր սահմանի, օրինակ, մանկահասակների կամ 63 տարեկանից բարձրերի, և նրանց համար **հստակ թիրախային ծրագրեր** մշակի։

Բժշկական **ապահովագրության փաթեթը** կարելի է ձևավորել նախնական զննումից հետո։

**Կանխարգելիչ բժշկությունը** մեր երկրում հասանելի չի ապահովագրության միջոցով, պարտադիր պետք է վիրահատության կարիք լինի, նոր օգնեն, մինչդեռ կարելի է կանխարգելել։

**Ուսուցիչների սոցփաթեթներում** ծառայություններն ավելի շատ են, քան առողջապահական ոլորտում աշխատողի փաթեթի ծառայությունները։

Փաստացի, այս պահին համակարգի պրոբլեմն այն է, որ **ծածկույթը** սահմանափակ է, ու պետք է այն ավելացնել։

Ուսուցչուհին զարմանում է, թե ինչու **ատամնաբուժական ծառայություններն** ընգրկված չեն բժշկական ապահովագրության մեջ. դա հատկապես կարևոր է տարեց ուսուցիչների համար։

**Ատամնաբուժական ծառայություններն** այն կարևոր բաժինն է, որը պետք է ավելանա սոցփաթեթում։

Սոցփաթեթով ինձ փոխհատուցել են **ատամնաբուժական ծառայությունների** համար։

Բժշկական **ապահովագրական փաթեթում** տարբեր տեսակի հետազոտություններ պետք է ներառվեն։ Նաև վիրահատություններ։ Բայց ճիշտ կլինի այս հարցում անհատական մոտեցում ցուցաբերելու մասին մտածել։ Կան մարդիկ, որոնք հստակ խնդիրներ ունեն, և լավ կլինի, եթե նրանց ապահովագրությունն էլ համապատասխան ուղղվածություն ունենա։

Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր պետք է ներդնել, որովհետև պետությունը միայնակ չի կարող այդ ծանր բեռը տանել։ Ապահովագրական վճարները պետք է մինիմալ լինեն։ Պետք է նաև մտածել **ստոմատոլոգիական որոշ ծառայությունների** ապահովագրման մասին։

Անպտղությունը Հայաստանում մեծ խնդիր է, և լավ կլինի, եթե **ապահովագրական ծառայությունների** մեջ նաև այդ խնդիրը ներառվի։

Առողջապահության **ապահովագրության փաթեթի** մեջ կան մի շարք ծառայություններ, որոնք պոլիկլինիկաներում այսպես թե այնպես անվճար են։

Եթե սոցփաթեթները տրված են միայն **կանխագելիչ ծառայությունների** համար, ապա ապահովագրությունն իմաստ չունի։ Պետք է ամբողջական լինի փաթեթը, որ սպառողը կարողանա հանգիստ դիմել բժշկի, եթե նույնիսկ գումար չունի։

Որպեսզի սոցփաթեթներն իրենց նպատակին ծառայեն և շահառուները գոհ լինեն, պետք է բուժօգնության բոլոր սահմանափակումները հանվեն ու լիարժեք բուժօգնություն տրամադրվի։ Երկրորդը՝ շահառուն, **որ հիվանդանոցում ցանկանա**, այնտեղ էլ պետք է իր բուժօգնությունը ստանա։ Սրանք սոցփաթեթի երկու գլխավոր թերություններն են։

Լավ կլիներ, որ հնարավորություն լիներ ապահովագրական **փաթեթը փոխանցել** մեկ այլ մարդու, բայց ամբողջ աշխարհում էդպիսի բան չկա։

Խնդիր է այն, որ մանկավարժները **խիստ սահմանափակ ծառայություններից** են օգտվում և լրիվ դրույքով զբաղված չլինելու դեպքում, էլ ավելի քիչ ծառայություններից են օգտվում։

**Փաթեթներում** պետք է ներառել այն բժշկական գործողությունների ապահովագրությունը, որոնք նպաստում են հիվանդության **կանխարգելմանը**։

Համակարգը պետք է այնպես ներդրվի, որ բոլոր **պլանային դեպքերը** **հնարավոր լինի ծածկել**՝ երկարատև դեղորայքային բուժում կամ ոչ սուր դեպքեր և այլն։

**Կանխարգելիչ բուզննումների**, հատկապես դժվարամատչելի հետազոտոթյունների, **ծածկույթը** պետք է ընդլայնվի։

Պետք է **փաթեթներ** մշակել, որ եթե, օրինակ, մարդ ցանկանում է ստոմատոլոգիական ծառայություններ ստանալ, ավելի շատ վճարի։

Պետք է **փաթեթները** մշակել այնպես, ինչպես մեքենաների ապահովագրության դեպքում է։ Սա թույլ կտա ծառայությունների մի քանի փաթեթից օգտվել և ըստ դրա վճարումներ կատարել։

Ապահովագրական **տարբեր փաթեթներ** կարող են լինել։ Ամեն մարդ ինքը կարող է ընտրել, թե ինչ է ուզում՝ բազային փաթե՞թ, թե՞, օրինակ, պատրաստ է ավել վճարել և ավելի մեծ թվով ծառայություններ ստանալ։

Եթե հիվանդն արդեն Հայաստանում չի կարող բուժվել (օնկոլոգիայի պարագայում նման բան հաճախ է լինում), ապահովագրությունը կկարողանա՞ նաև նման ծախսեր հոգալ, թե՞ ոչ։

Ապահովագրության **փաթեթային** տարբերակը շատ գրավիչ է։

Շատ հայեր կան, որ ապրում են այլ երկրներում, բայց գալիս են մեր երկիր ինչ-որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար։ Կարելի է նրանց համար էլ **տարբերակներ** մտածել։

Առողջապահական ապահովագրության փաթեթներում լավ կլինի ներառել նաև **ստոմատոլոգիական ծառայություններ։**

Մենք պետք է ավելի շատ մտածենք ոչ թե հիվանդությունների բուժման, այլ **կանխարգելման** մասին։ Լավ կլիներ, եթե **ապահովագրությունը** ներառի նաև հետազոտումները։

Այնպիսի փաթեթ, որը կարող է բարելավել կյանքի որակը, չկա։ Միայն վիրահատության համար է այս **համակարգը** նորմալ աշխատում։ **Բուժզննմանը**, որն իրականացվում է մարզերում, թերահավատորեն են վերաբերվում, քանի որ սարքերի հնությունը ապահովության զգացողություն չի տալիա։

Մարզերում առկա է նեղ մասնագետների պակաս, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու **հնարավորություն լինի** փաթեթներում։

## Բ. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ, ԾԱԽՍԵՐ, ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ

Ես տարել եմ վեց վիրահատություն, որը մեր պայմաններում բավականին մեծ գումար է ենթադրում, և տարիներով ամբողջ **ընտանիքի** **բյուջեն** պետք է առողջական այդ խնդիրների լուծմանն ուղղվի։ Ավելի լավ է ապահովագրական վճարներն ամեն ամիս անել և նման խնդիրների դեպքում ապահով լինել։

Բուժանձնակազմը կողմ է պարտադիր ապահովագրման ծրագրին, որովհետև պացիենտի բուժման ընթացքում հաճախ խնդիրներ են առաջանում նրա **վճարունակության** առումով։

Եթե ապահովագրությունը դառնա **մատչելի**, բոլորն էլ կմասնակցեն։

**Ոչ բոլորը կարող են** 80 հզր վճարել։ Գուցե մարդիկ դեմ լինեն ապահովագրական վճարներին, բայց եթե ուրիշ բաների համար գումար գտնում ենք, դա էլ կգտնենք։

Եթե ամբուլատոր ծառայություններ լինեն, **յոթ տոկոս** աշխատավարձ տալուն համաձայն եմ։

Միջինից ցածր աշխատավարձ ստացողի համար **յոթ տոկոսը** շատ բարձր է։

Ժողովուրդը սոցիալապես շատ ծանր վիճակում է։ Կենսական ծախսերը չափազանց մեծ են, և ներկա իրավիճակում ժողովուրդը պարզապես **համաձայն չի լինի** նոր վճարների բեռի տակ մտնել։

Աշխատավարձին ձեռք տալն այս պահին բարդ է։ Մանավանդ, եթե մարդը նվազագույն՝ 68.000 դրամ, աշխատավարձ է ստանում։ Պետք է հաշվի առնենք, որ հիմնականում մարդկանց իրենց **աշխատավարձը չի բավարարում**, և իրենք էլ սեփական ծախսերը պլանավորելու խնդիր ունեն։

Մենք չենք կարող ունենալ լավ առողջապահական համակարգ ու **քիչ ծախսենք**։

Եթե գյուղատնտեսության համար մարդիկ վճարում են, առողջապահության համար կվճարեն։

**Մասնավոր հիմնարկների** մասնակցությունն իր աշխատակիցների ապահովագրմանը կարելի է որոշակիորեն փոխհատուցել պետության կողմից։ Օրինակ՝ կարելի է նվազեցնել նրանց հարկերը, հարկային սահմանաչափ սահմանել և դրանից շատ հարկ մուծողներին պետական օգնություն տրամադրել։

Անկեղծ ասած, հարկային տեսանկյունից չեմ պատկերացնում, թե ինչպես են աշխատավարձից ապահովագրությանը փոխանցում կատարելու, բայց բոլորի դեպքում նույն մեխանիզմով **հաշվարկելը ճիշտ չէ։**

Եթե աշխատողները կարողանան **յոթ տոկոս հարկ** վճարելով ապահովել բոլորի առողջապահական ծառայությունների անվճար լինելը, ապա պետք է այդ հարկը ներդնել։

**Գյուղապետարանները** լավ հարկեր են հավաքում, կարող են օգնել չաշխատողների ապահովագրման հարցերում։

Եթե քսան տոկոս հարկ ենք վճարում հիմա, հետո էլ յոթ ապահովագրության համար ենք վճարելու, էդպես ո՞ւր կհասնի։ **50-60% հարկե՞ր** ենք վճարելու։

Ինչո՞ւ չի քննարկվում աշխատող մարդու ֆիքսված, ոչ թե **տոկասային հարաբերակցությամբ, ապահովագրությունը։**

Կամ պետությունը պետք է եռապատկի առողջապահությանը տրամադրվող գումարները, կամ պետք է ներդնել **առողջապահության հարկ**։ Այլ լուծում չկա ընդհանուր եկամունտների ձևավորման համար։

Եթե քաղաքացին ցանկանում է ավելի շատ ապահովագրական ծառայություններ ստանալ, ապա իր որոշմամբ կարելի է աշխատավարձից ավելի շատ **փոխանցումներ** կատարել։

Գուցե ապահովագրության գումարը պայմանավորված լինի **աշխատավարձի չափով** եւ արտահայտվի տոկոսներով։

Վճարել պետք է։ Բոլորն էլ պետք է վճարեն, բայց թե ինչ գումարով և ինչքան, դժվար է ասել։ Սա պետք է **ֆինասիստները հաշվարկեն**։

Իմ նախընտրած տարբերակը ապահովգրության համար **աշխատավարձից որոշակի պահումներ** անելն է։

Ապահովագրական համակարգի ներդրումը ճիշտ է, բայց պետք է հաշվի առնել, թե մարդիկ ինչքան հնարավորություն ունեն վճարելու՝ եթե **աշխատավարձը** չի հերիքում նույնիսկ նվազագույն զամբյուղ ապահովելուն, ապա մարդկանց համար դժվար է գումար տրամադրել ապահովագրության համար։

Մարզերում հիվանդանոց դիմելն ասոցացվում է խիստ **մեծ ծախսերի** հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։

Առողջության ապահովագրման համար գումարները պետք է գանձնվեն մարդկանց աշխատավարձից։ **Որոշակի տոկոս** որոշվի և այդպես գանձնվի։ Բայց որպեսզի դա հնարավոր լինի, պետք է բոլոր աշխատողներին գրանցել և հարկային դաշտ բերել։

Այսօրվա պետական աշխատողը չի ստանում բավարար **աշխատավարձ** լրացուցիչ ծառայություններից օգտվելու համար։ Օրինակ՝ մանկավարժները շատ քիչ են վաստակում։

Այսօրվա պետական աշխատողը չի ստանում այնքան **աշխատավարձ**, որ ապահովագրության համար գումար վճարի։ Օրինակ՝ շատ մանկավարժներ նվազագույն աշխատավարձից ցածր են ստանում, էլ ո՞նց վճարեն։

Մարդկ էս պահին **պատրաստ չեն** մեծ գումար վճարել բժշկական ապահովագրության համար։

Ցանկացած դեպքում մեր գրպաննից ենք վճարում։ **Հարկ ենք տալիս**։ Ի՞ նչ տարբերություն...

**Տոկոսադրույքը** պետք է տարբեր լինի տարբեր չափի աշխատավարձ ստացողների համար։

**Դրույքաչափերը** պետք է համընդհանուր չլինեն, քանի որ տարբեր չափի աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է նույն չափով չվճարեն. բարձր աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է ավելի շատ վճարեն։

Եթե հարկը ներդրվում է և նույն չափով չի նվազում **եկամտահարկը**, ապա սա հասարակության լայն շերտերի մոտ բողոք է առաջացնելու։ Հիմա հարց. եթե մենք քսան տոկոս եկամտահարկ ենք մինչ օրս վճարել, ապա մինչև հիմա ինչո՞ւ չենք այդ **գումարի դիմաց** ապահովագրություն ստացել։ Պետք է նպատակային կերպով մարդկանց բացատրել, թե իրենց հարկերի դիմաց ինչ են ստանում։

Որպես **հարկ** շատ դժվար կլինի հաշվարկել և ներդնել, որ բոլորին հասկանալի լինի վճարման տրամաբանությունը, սակայն որպես **համաֆինասավովող վճար**, իմ կարծիքով, ավելի դյուրին կլինի։

Ցածր վարձատրություն ունեցող անհատի համար **յոթ տոկոսը** իրականում մեծ գումար է, բայց եթե նույնիսկ օրենքի ուժով դա հարկեն, ապա պետոթյունը պետք է իդեալական առողջապահական ծառայություններ տրամադրի։

Բարձր աշխատավարձ ստացողին **յոթ տոկոսի հարկում**ը մեծ սոցիալական պրոբլեմների առաջ չի կանգեցնի, ինչը չենք կարող ասել ցածր աշխատավարձ ստացողի մասին։

Պետք է ոչ թե **յոթ տոկոս** հարկվի, այլ սիմվոլիկ գումար, ու դա բոլորի համար պարտադիր պետք է լինի։

**Յոթ տոկոսը** մեծ թիվ է, բայց մարդիկ կվճարեն, եթե ծառայությունը որակյալ լինի և ներառի նաև ընտանիքի անդամներին։

**Յոթ տոկոսի** հետ ես համաձայն չեմ, դա մեծ գումար է իմ համար։

**Ընդհանուր հարկային համակարգը** ավելի քաղաքակիրթ մոտեցում է։

եթե որակյալ ծառայություններ մատուցվեն, համաձայն եմ վճարել հարկը։ Այն հավասար պետք է լինի՝ **2%ից ոչ ավել**։

Գումարի փոխանցվելը և **կուտակվելը** ավելի ճիշտ է։

Առողջապահական ապահովագրության վճարները պետք է կուտակային լինեն, որպեսզի եթե մարդիկ այդ տարի չեն օգտվել ապահովագրության ծառայություններից, նրանց **վճարած գումարը** փոխանցվի հաջորդ տարի և ավելի շատ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն ստանան։

Ե՛վ **անձը, և՛ պետությունը** պետք է ներդրում ունենան առողջության ապահովագրման հարցում։

Եթե յուրաքանչյուր ընտանիքի համար **սահմանվի գումար**, կոմունալ վճարի նման, ու ընտանիքը միաժամանակ զգա բուժաշխատողների հոգածությունը, նորմալ ծառայություն ստանա, ի վերջո առանց ընդդիմանալու կկատարի վճարները։

Անհատների համար **ապահովագրություն կա**, բայց թանկ է։ Ավելի ձեռնտու է օրինակ ընտանեկան փաթեթով տարբերակը։

Ընդունված չէ առողջության համար **գումարներ խնայել** և, երբ թանկարժեք բժշկական ծառայութուններից օգտվելու խնդիր է լինում, մարդիկ ստիպված դիմում են բանկերին, իսկ ապահովագրությունը օգնում է մեծ ծախսերից խուսափել։

Հարցին ավելի արագ լուծում տալու համար, կարծում եմ, անհրաժեշտ է **առողջապահական հարկի** ներմուծում։

Բժշկական ապահովագրության համար քաղաքացու վճարելիք գումարը պետք է գանձվի **հարկի** տեսքով։ Բայց մենք դեռ չգիտենք, մարդիկ կկարողանա՞ն հարկային նոր բեռի տակ մտնել, թե՞ ոչ։

Եթե **առողջապահության հարկ** լինի, գումարը ավելի թիրախավորված կօգտագործվի։

Աշխատավարձերը էնքան քիչ են, որ մի **նոր հարկը տեղին չէ**։

Բեռը պետք է մնա աշխատող մարդու ուսերին։ Պետք է հասկանալ աշխատող մարդու **աշխատավարձի չափը** ու ավելորդ բեռ չդնել տնտեսական այս ծանր պայմանների, ինֆլյացիայի պայմաններում։ Անհրաժեշտ է այլ ռեսուրսներ ներգրավել, թեկուզ կենսաթոշակային ֆոնդից։

Դրոշմանիշային վճարների օրինակով կարող է արվել, կարելի է աշխատավարձի չափից կախված որոշել նաև **ապահովագրական հարկի չափը**։

«**Գործատո՞ւն, թե՞ աշխատողը վճարի**» հարցին պատասխանեմ՝ ցանկալի է և՛, և՛։

Արդյո՞ք պետական **միջոցները** կբավարարեն ամբողջական ապահովագրության համար։

Պետք է **հստակ սահմանված գումար** լինի, որը բոլորը կվճարեն և կստանան նույն բուժծառայությունը։

**Առողջապահության հարկ** վճարելու գաղափարը շատ լավ գաղափար է, եթե լավ ծառայություններ մատուցեն։

Պետք է լինի լողացող **հարկային քաղաքականություն**, որպեսզի ապահովագրությունից քիչ օգտվողը քիչ **հարկվի**, իսկ եթե մարդ շատ է օգտվում, իր հարկային պարտականությունը պետք է ավելանա։

Ես միշտ կողմանկից եմ եղել, որ բոլոր նման հարկերի դեպքում պահպանվի նույն տոկոսային հարաբերակցությունը։ Օրինակ՝ բոլորը վճարեն իրենց **աշխատավարձի 10%-ը**՝ անկախ իրենց աշխատավարձի չափից։

Պատրաստ չենք վճարել չաշխատողների փոխարեն, քանի որ աշխատողների **աշխատավարձը հազիվ իրենց է հերիքում։**

200 հզր. էլ ստանանք, պատրաստ ենք վճարել **յոթ տոկոս հարկ**։

Ես ստանում եմ 68.000 դրամ ու դրանից հարկ եմ վճարում։ Ինձ **համար յոթ տոկոսը մեծ գումար է**։

Գնաճով պայմանավորված՝ չի բացառվում, որ **յոթ տոկոսը կարող է քիչ լինել**։

Աշխատողի համար **յոթ տոկոս առողջապահական հարկ** վճարելը շատ մեծ գումար է, հատկապես մինչև երկու հարյուր հազար աշխատավարձ ստացողի համար։

Կարելի է մտածել այնպիսի համակարգ, որ մինչև երկու հարյուր հազար ստացողի համար յոթ տոկոս լինի վճարը, իսկ դրանից բարձր ստացողի համար՝ մեկ-երկու տոկոս ավելի։

**Նվազագույն աշխատավարձ** ստացողի համար լրացուցիչ գումար վճարելը դժվար է։ Մարդ մտածում է, որ միգուցե էդ ծառայության կարիքը չունենա էլ։

Իհարկե պետությունը պետք է **սուբսիդավորի**, բայց յուրաքանչյուրն ինքը պետք է վճարի իր առողջության պահպանման համար։

68000 դրամ աշխատավարձ ստանալը դեռ չի նշանակում աշխատավարձ ունենալ։ Պետք է **հարկ գանձվի** այն մարդկանցից, ովքեր բարձր են ստանում, կամ էլ տոկոսային հարաբերակցություն պետք է լինի։

Այն երկրներում, որոնք խիստ սոցիալական ուղղվածություն ունեն, առողջապահության ապահովագրությունը պետական հոգածության հիմնական թեմաներից է։ Այդ երկրներում ապահովագրությունը **համաֆինանսավորվում** է պետության և քաղաքացու կողմից։

Նվազագույն աշխատավարձ ստացողների համար **ապահովագրությունը թանկ է** նստում. մարդիկ տարեկան մի անգամ են բժշկի դիմում՝ տասը-քսան հազար դրամ գումար վճարելով, իսկ ապահովագրության վճարները բարձր են։

Մարզերում բուժհաստատությունները բավարար որակ չեն ապահովում։ Բուժվելու համար մարդիկ գալիս են Երևան և հաճախ մայրաքաղաք գալու, այնտեղ ապրելու, սնվելու **ծախսերն ավելի շատ են,** քան բուն բուժման ծախսը։

Թեկուզ **կես-կես անենք ապահովագրական վճարները**՝ հիսունը մենք, հիսունն էլ պետությունը։ Այդպես լավ կլինի։

Գործող համակարգը պետք է մնա, իսկ բժշկական ապահովագրությունը պետք է ավելանա **եկամտային հարկի** հաշվին։ Բոլոր այն ծառայությունները, որոնք հիմա անվճար են, պետք է մնան անվճար։

Մարդիկ երբ հիվանդանում են, չգիտեն՝ բուժվելու մասին մտածե՞ն, թե՞ **գումար հայթայթելու**։ Նեղ պահին ապահովագրության առկայությունը շատ մեծ խնդիրներ է լուծում։

Պետք են **հստակ հաշվարկներ**, որոնք ցույց կտան, թե բժշկակական ապահովագրության ֆինանսավորման որ մասն է պետք թողնել պետության և որ մասը՝ քաղաքացու վրա։

Եթե տանից մեկն է աշխատում, կարելի է գործատուին դիմել, որ տան անդամների թվով նույն չափով պահումներ անի։

Ես վերջին մեկ տարում երկու անգամ առնչվել եմ առողջապահական համակարգի հետ։ Դժվար է, բայց պետք է գիտակցենք, որ առողջությունից թանկ բան չկա։ Մարդիկ պետք է ոսկե միջինը գտնեն և ամեն ինչ անեն, որ հետագայում հիվանդանոցներում բուժվելու համար անհրաժեշտ **գումարի խնդիր չունենան։**

Եթե մարդ նախորդ տարում ունեցել է ծախսեր, շատ է օգտվել ծառայություններից, հաջորդ տարի կարելի է **տոկոսները բարձրացնել**։

Մարզերի պարագայում պետք է միշտ նկատի ունենալ, որ նեղ մասնագետների լուրջ կարիք կա։ Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ստիպված ենք լինում ուղեգրել Երևան, որտեղ էլ բուժօգնության կազմակերպման համար որևէ արտոնյալ պայմաններ նախատեսված չեն։ Սոցիալական ծանր պայմաններում գտնվող ընտանիքների համար բուժօգնության **ծախսերը** Երևանում հոգալը գրեթե անհնարին է։

Բոլոր հարցերը լուծվում են **դրամական միջոցների** ներդրմամբ։ Երբ պետության գումարը սուղ է, մարդիկ փորձում են հարմարվել։

Ինչու ենք քննարկում **միայն հարկի տարբերակը**, որը կրկին հանգեցնելու է **ստվերային տնտեսության** ընդլայնմանը, աշխատողներին չգրանցելու, աշխատավարձը ցածր ներկայացնելու դեպքերի աճին։ Կարող է լինել ֆիքսված ապահովագրական վճար, օրինակ՝ տարեկան 28000 դրամ, որի դեպքում մարդիկ շահագրգռված կլինեն իրենց իրական աշխատավարձերը ներկայացնել։

**Պետությունը** պետք է դիտարկի իր **բյուջետային հնարավորությունները** և հաշվարկի, թե վճարների որ մասն է պետք թողնել քաղաքացիների վրա և ընդհանրապես ինչ սկզբունքով պետք է գանձել վճարներըլ։ Դա հաշվարկների և քաղաքական որոշման հարց է։

## Գ. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿ

Շատ դեպքերում, երբ գնում ես բժշկի՝ ապահովագրման սահմաններում, ինչ-որ պարզունակ բան են ասում, մինչդեռ դա բուժում չի։

Մեր երկրում ապահովագրությունը շատ էժան է, այդ պատճառով էլ շատ հատուցումներ անելը եւ առաջարկվող բուժումները **ոչ միշտ են որակյալ**։

Եթե դու պատրաստ ես վճարել, ընտրում ես ամենալավ հիվանդանոցը, ամենալավ բժշկին։ Վճարովի ու պետպատվերով բուժվելու դեպքում վերաբերմունքը նույնը չէ, մինչդեռ ապահովագրության ներդրման պայմաններում բժիշկները **նույն կերպ կվերաբերվեն** բոլորին։

Շատ դեպքերում մարդիկ Հայաստանում չեն ստանում ծառայությունը, մեկնում են արտերկիր։ Եթե անցնենք համատարած ապահովագրության, բուժօգնության **որակն** էլ պետք է բարձրացնել, որպեսզի մարդիկ իմանան ինչի համար են վճարում։

Ազատ ուղեգրման համակարգը կնպաստի հիվանդանոցների մատուցած ծառայությունների **որակի** բարձրացմանը։

**Որակը** կտուժի, քանի որ սցենարում նշվում է, որ բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը մեծացել է, մեր իրականության մեջ միշտ այդպես է լինում։

Ապահովագրության դեպքում հոսքը դեպի բժշկական հաստատություններ կշատանա, որի արդյունքում կվատանա ծառայությունների **որակը**, քանի որ մասնագետների պակաս կա, ու ամեն բժշկի, ըստ պետական չափորոշիչների, այնքան հիվանդ է հասնում, որ անհնար է որակյալ բժշկական ծառայություն ապահովել։

Ապահովագրական ընկերություններում պետք է աշխատանքային խմբեր լինեն, որոնք **կհետևեն** բժիշկների աշխատանքին։

Ինձ **ուղղորդել** են բուժհաստատություն, որտեղ և՛ համապատասխան տեխնիկա չկար, և՛ մասնագետն էր թույլ։

Բժիշկները նայում են, թե որ ապահովագրական ընկերությանն ենք դիմել եւ դրանով պայմանավորված՝ **տարբեր կերպ են վերաբերվում** հիվանդին։

Ապահովագրական ընկերությունները շատ դեպքերում **անարդար** են վերաբերում պացիենտներին։

Որպես բժիշկ կարող եմ ասել, որ հետազուտությւոնների համար սխալ է մարզից Երևան գալ, քանի որ անհարկի ծանրաբեռնվում են Երևանի բուժհիմնարկները, ինչն էլ գցում է բուժսպասարկման **որակը**։ Պետք է գոնե որոշ մինիմալ հետազոտություններ անցնել մարզում։

Կան բուժհիմնարկներ, որ պետպատվերի շրջանակներում **ցածր որակով** են սպասարկում, իսկ մասնավորի դեպքում որակը բարձր է։ Սա պետք է պետական մակարդակով **վերահսկել**։

Մասնավոր կլինիկաներն ավելի մեծ վստահություն ունեն հանրության մոտ։ Պետք է մրցակցություն ստեղծվի, որպեսզի պետական հիվանդանոցներն էլ փորձեն կատարելագործվել ու կարողանան մրցակցել մասնավորների հետ։ Դա կհանգեցնի հիվանդանոցների ծառայությունների **որակի** բարձրացմանը։

Ավելի նպատակահարմար կլինի Երևան գալու փոխարեն մարզում ստանալ պոլիկլինիկ ծառայություններ, եթե դրանց **որակը** բարձր լինի։

Այսօր հիվանդանոցները հիմնականում մասնավոր են և գործում են մրցակցային միջավայրում։ Սա մեծ խթան է ծառայությունների **որակը** բարելավելու և նոր տեխնոլոգիաներ կիրառելու համար։

Ես մանկավարժ եմ, հինգ կոլեգաներով **մարզում** գնացել էինք բժշկի, բոլորիս էլ ասել էր, որ երկու մմ-ոց խպիպ ունենք։ Ո՞նց կարող է պատահել, որ հինգս էլ նույն չափի խպիպ ունենանք։

Ապահովագրական ընկերություններն իրենք են շահագրգռված, որ բուժօգնությունը և սպասարկումը լինեն որակյալ, ԱՆ-ն ունենա **որակի հստակ** պահանջներ, բուժաշխատողները լինեն պատրաստված, տեխնիկան՝ նոր։ Սա բիզնես է։

**Որակյալ ծառայությունների** պարագայում, ես պատրաստ եմ ամսական մինչև 20.000 դրամ ապահովագրության վճար վճարել։ Բայց եթե ընտանիքի ողջ բեռը մեկ անձի վրա է, ապա այդ գինն էլ անտանելի շատ է դառնում։

Մի քանի տարի առաջ Հոլանդիայում էի։ Տանը, որտեղ գտնվում էի, փոքրիկ վեճ եղավ։ Ընտանիքի տղային **տուգանել էին**, քանի որ չէր գնացել պարտադիր **բուժզննման**։

Մարզերում հենց մտնում ես բժշկի մոտ, հարց է տալիս՝ **գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ**։ Սկսում ես մտածել՝ բա արժե՞ ստուգվել։ Դրա համար էլ գալիս ենք Երևան։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ **«Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ**»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն չենք վստահում բուժաշխատողներին։

Սոցփաթեթի բուժզննումները հիմնականում ձևական բնույթ են կրում։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ՝ մանկավարժ, և երբեմն վիրահատության կարիքի դեպքում բուժհաստատությունն ասում է, որ պետական ֆինանսավորումն այս պահին վերջացել է։

Սոցփաթեթի շահառուներին հիվանդանոցներում տարբերակում են ու նրանց դիտարկում են, որպես **«երկրորդ սորտի»** մարդիկ։

Ես որպես բժիշկ կարող եմ հաստատել, որ հանրավոր չի սոցփաթեթի շրջանակում այցելած մարդուն ավելի վատ բուժսպասարկում տրամադրվի, քան ուրիշ պացիենտին։

Ես բուժզննում եմ անցել մեր մարզում, բայց **դժգոհ եմ**։ Նույն հետազոտության համար եկա Երևան ու հիվանդությունս բացահայտեցին։

Երբեմն իրական հետազոտությունների փոխարեն ուղղակի արդյունքերն են գրում ապահովագրված անձանց դեպքում, որը հարմար է և՛ բուժաշխատողին (աշխատանք չի կատարում), և՛ ապահովագրված մարդուն՝ ժամանակ չի կորցնում։

Հիվանդանոցներում դեպք է լինում, երբ բժիշկները **դրդում են** պացիենտներին ապահովագրված ծառայություններից բացի այլ հետազոտումներ ու բուժումներ ստանալ։ Դա նույնպես խնդիր է, որ պետք է լուծվի։

Տարբեր հիվանդանոցների կողմից՝ ապահովագրված պացիենտների սպասարկման որակը վերահսկելու համար պետք է մշակել **մոնիտորինգի համակարգ**, որի օգնությամբ հնարավոր կլինի վեր հանել բոլոր խնդիրները և փորձել լուծումներ գտնել։

Սա շղթայական ռեակցիա է. եթե պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետք է ենթադրի նաև որակյալ բժշկական ծառայություններ, ապա պետությունը պետք է **վերահսկի** որակյալ ծառայությունների հասանելիությունը։

Բուժոլորտում մրցակցությունը հետզհետե հանում է մատուցվող ծառայությունների **որակի** հարցը։ Այդ մրցկացությունում հաջողության հասած հիվանդանոցները հաճախ չեն բուժում պետպատվերով հիվանդներին՝ ասելով, որ պետությունը ուշացնում է վճարները։ Նույն բանը կարող է լինել նաև ապահովագրական ընկերության հետ։

Մասնավոր կլինիկաները, որոնք մրցակցում են, բարձրացնում են իրենց ծառայությունների **որակը**։ Նրանց համար տարբերություն չկա, թե ով կվճարի պացիենտի համար՝ պետությունը, ապահովագրությունը, թե՞ ինքը՝ պացիենտը։

Բժշկի բարոյական նկարագրից է կախված, թե ինչ **որակի** բուժօգնություն կստանաս, իր ծանոթի մոտ կուղղորդի՞, թե՞ իրապես լավ մասնագետի։ Բախտի բան է։

Մարզերում բուժհաստատությունները բավարար որակ չեն ապահովում։ Բուժվելու համար մարդիկ գալիս են Երևան և հաճախ մայրաքաղաք գալու, այնտեղ ապրելու, սնվելու **ծախսերն ավելի շատ են,** քան բուն բուժման ծախսը։

Մենք ունենք սոցփաթեթի ներդրման փորձ. բուժհաստատություն դիմելիությունը աճեց, բայց դա չհանգեցրեց **որակի** խնդիրների։ Ընդհակառակը, բուժհաստատությունների միջև մրցակցություն սկսվեց, քանի որ մարդիկ որոշակի թվով հաստատությունների միջև ընտրություն անելու հնարավորություն ունեին։ Արդյունքում, նոր տեխնիկա էին բերում, դասընթացներ անում։

Եթե պետական հիվանդանոցները մասնավորեցվեն, ապա կբարձրանա դրանց մատուցած **ծառայությունների** **որակը** և երկրորդ՝ զգալիորեն կնվազեն ուղեգրային համակարգի հետ կապված կոռուպցիոն ռիսկերը։

Օրինակ՝ մասնավոր հիվանդանոցներից մեկում վիրահատություն է եղել, որի համար պետությունը վճարել է։ Բայց հիվանդանոցի տնօրինությունը լրացուցիչ 150 հազար դրամ է պահանջել պացիենտից՝ իբրև թե պալատի համար։ Իսկ երբ հիմնավորել են, որ պետության վճարը նաև պալատին է վերաբերվում, ապա այդ նույն գումարը հիվանդանոցը հիմնավորել է որպես «լրացուցիչ սննդի» վարձ։

Ես որպես բժիշկ կարող եմ ասել, որ չեմ կարող **աղքատին ու հարուստին** տարբեր ծառայություններ մատուցել։ Ես երկուսին էլ նույն ձևով լսում եմ, հետազոտում կամ վիրահատում։

Մենք ունենք **սոցփաթեթ**, սակայն **լուրջ խնդիրների ենք բախվում**։ Հաճախ ախտորոշում ստանալու համար ստիպված ենք լինում հերթագրվել, և այնպիսի տպավորություն է, որ նախապատվությունը տրվում է մահճակալային բուժսպասարկման կարիք ունեցողներին։

Ինձ մոտ վերջերս ստեղծվել էր մի իրավիճակ, որ բժիշկը նշանակել էր մեծ թվով անալիզներԼ Հասկանալի էլ չէր՝ պե՞տք էին այդքան անալիզները, թե՞ ոչ։ Տարբեր մասնագետների մոտ **ուղղորդեց**, բոլոր վայրերում մեծ գումարներ ծախսեցի։ Մինչդեռ եթե մեզ մոտ լիներ նորմալ ընտանեկան բժիշկ, ճանաչեր ինձ ու իմ խնդիրները, ավելի սրտացավորեն կմոտենար և անհրաժեշտ ուղղորդումներ միայն կաներ։

## Դ. ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐ

Էլեկտրոնային առողջապահության վերաբերյալ **սեմինարներ** պետք է անցկացվեն։ Օրինակ՝ մեծահասակ բժիշկներ ունենք, ովքեր տեղեկացված չեն կամ չեն կարողանում օգտվել էլեկտրոնային համակարգից։

**Մասնագետների** մեծ խնդիր ունենք։ Խնդիր է նաև **բուժհաստատությունների** կենտրոնացվածությունը։ Սա համակարգային խնդիր ու ու սրա լուծումը կարևորագույն առաջնահերթություն է։

Նույն հիվանդանոցում կա բժիշկ, ով համարվում է ավելի լավ մասնագետ, որոշակի համբավ ունի, և բոլորը ձգտում են իր մոտ բուժօգնություն ստանալ։ Պետք **է բարձրացնել տարբեր մասնագետների որակավորումը**, ունենալ առավել մեծ թվով որակյալ մասնագետներ։

Հայաստանում մայրաքաղաքը գերծանրաբեռնված է, որովհետև բոլոր մարզերից գալիս են Երևան՝ լավ հիվանդանոցներում բուժօգնություն ստանալու։ Դրա համար մարզային պոլիկլինիկաները **պետք է լավ վիճակի բերվեն**, որ մարդիկ բոլոր խնդիրների համար չհասնեն Երևան։

Հիմա Երևանի հիվանդանոցներում մահճակալների խնդիր ունենք, տեղ չկա, որ քո պացիենտին պառկացնես։ Հիվանդանոցները գերծանրաբեռնված են։ Իսկ եթե **մարզերում լավ պայմաններ ու նեղ մասնագետներ** լինեն, էսպիսի վիճակ չի լինի։

Արմավիրի մարզից եմ, օգտվում եմ Երևանի հիվանդանոցներից։ Փորձը ցույց է տալիս, որ պրակտիկա ունենալու պարագայում է միայն հնարավոր որակյալ բուժօգնություն տրամադրել։ Անհրաժեշտ է, որ **մարզերում էլ բարձր որակավորում ունեցող բժիշկներ աշխատեն**, արտասահմանից բժիշկներ այցելեն, լավագույն փորձը ցույց տան։

Ապահովագրության վճարները կնպատեն նաև **բուժծառայողների** աշխատավարձի բարձրացմանը, **հիվանդանոցների** տեխնիկական հագեցվածությանը, որն էլ կրկին բնակչությանն է ծառայելու։

Երբեմն հավաքած գումարներն էլ չեն փրկում։ Արդեն որերորդ տարին է՝ ապահովագրությունը կա, սակայն ամենատարրական պայմանները **մարզի հիվանդանոցներում** չեն ստեղծվել, բուժանձնակազմի աշխատավարձը ևս չի բարձրացել, մարդիկ պետք եղած ժամանակ էլի քաղաք են գնում։

Արդյունավետության սկզբունքն է կարևոր, միգուցե որոշակի քվոտաներ է անհրաժեշտ սահմանել՝ ներդրումների ինչ-որ տոկոսը պետք է ուղղվի **տեխնիկայի ձեռքբերմանը**, ինչ-որ տոկոսը՝ **բուժանձնակազմի աշխատավարձի** բարձրացմանը։

**Պացիենտների տեսակավորումը** և բուժհաստատություններում ընդունելության սահմանափակումը կկարգավորի **ծանրաբեռնվածությունը**։

Եթե բուժծառայության ապահովագրման ուղեգրերը հասցե չունենան, այդ դեպքում բոլոր քաղաքացիները կփորձեն Երևան գալ, և դա կխանգարի **մարզային բուժհաստատությունների** զարգացմանը։

Կարելի է դիտարկել բարձրորակ մասնագետների՝ ՀՀ **բոլոր մարզերում** հավասարապես բաշխելու հնարավորությունը, որպեսզի ապահովագրական ուղեգիր ունեցող քաղաքացիները կարողանան ըստ իրենց բնակության վայրի դիմեն բուժհաստատություններ։

Պետությունը ինքն էլ պետք է ամեն ինչ անի, որպեսզի **մարզային բուժհաստատությունները** հետևողականորեն զարգանան և որակյալ բժշկական ծառայություններ մատուցեն։

Պետք է այնպես անել, որ բժշկական ապահովագրությունից ստացված գումարներն արդյունավետորեն ներդրվեն նաև **բուժհաստատությունների** զարգացման գործում։

**Մարզային հիվանդանոցներն** այսօր ավելի են հագեցած, քան Երևանի մի շարք մասնավոր հիվանդանոցներ։ Խնդիրը միայն կադրային հագեցվածության հարցն է, և եթե լավ ուսանողներին լավ աշխատավարձ տան, նրանք կարող ենք գնալ մարզեր։

Առողջության ապահովագրությանն անցնելուց առաջ **մարզային հիվանդանոցները** պետք է անպայման ապահովվեն որակյալ կադրերով։ Հակառակ պարագայում մայրաքաղաքի բուժհաստատությունները նոր ծանրաբեռնվածության տակ կընկնեն։

Գործատուները չեն համաձայնի, որ իրենց հաստատություններում աշխատող փորձված մասնագետները **տեղափոխվեն մարզեր**։

Որոշակիորեն կարելի է խրախուսել բուժհաստատության ղեկավարությանը՝ **փոխանակման ծրագրեր** նախաձեռնելու և իրականացնելու համար։

**Առաջնային բուժօգնության օղակում** փաստացի ծանրաբեռնվածությունը չի ավելանա, քանի որ այս պահին էլ կցագրված ազգաբնակչության համար ծառայություններն անվճար են։ Ապահովագրության ներդրման դեպքում կավելանա **ստացիոնար բուժօգնություն** իրականացնող բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածությունը։

Մարզեր հիմնականում նորավարտ, **անփորձ բժիշկների** են ուղարկում։ Նրանք փորձ են հավաքում, գնում Երևան։ Պետք է հակառակ մեխանիզմը կիրառել. արդեն փորձառու բժիշկները պետք է ժամանակ առ ժամանակ գան մարզեր, իրենց փորձով կիսվեն մարզի հիվանդանոցների անձնակազմի հետ։

Շատ հիվանդանոցներում մասնագետները ծանոթով երկար մնում են իրենց պաշտոններին, մինչդեռ ավելի որակյալ **երիտասարդ մասնագետներն** անգործ են մնում։ Իսկ եթե մրցակցություն լինի հիվանդանոցների միջև, ապա կառավարիչներն ամեն ինչ կանեն, որպեսզի որակյալ մասնագետներին բերեն իրենց բուժհաստատություն։

Եթե պետությունը կարողանա **համայնքային բուժօգնությունը** զարգացնել, ծառայությունները ընդլայնել, բժշկական տուրիզմն էլ կզարգանա հանրապետության ամբողջ տարածքով, այլ ոչ թե միայն Երևանում։

Ես ապահովագրություն ունեմ, օգտվում եմ որոշակի պարբերականությամբ, սակայն լուրջ խնդիր ունենալու դեպքում, չենք կարող սահմանափակվել **տեղամասային պոլիկլինիկայով** կամ **մարզային հիվանդանոցով**, որտեղ բուժօգնությունը որակյալ չէ։

Ցուցումների հետ կապված լուրջ **ծանրաբեռնվածություն** է ստեղծվում, քանի որ մարդիկ նույնիսկ խնդիր չունենալու դեպքում որոշում են գնալ, ստուգվել, քանի որ «գումարն արդեն մուծած է» և շատ նեղվում են, երբ բժիշկն իրեն հասանելիք ուղեգիրը չի տալիս։ Այս հարցը նույնպես անհրաժեշտ է կարգավորել, որպեսզի մարդիկ բուժօգնության դիմեն իրական անհրաժեշտության դեպքում։

Մենք բժիշկներին ճանաչելու հարցում խնդիրներ ունենք, օրինակ, եթե աշխատում ես Երևանում, ինչ-որ ճանաչված կլինիկայում, ուրեմն հայտնի ես՝ անկախ կլինիկայի մյուս մեծ խնդիրներից։ Իսկ **մարզերում շատ լավ բժիշկներ** ունենք, որոնք ճանաչված չեն։

Եթե նույնիսկ մարդկանց հոսքն ավելանա, չափից դուրս չի ավելանա։ Մինչդեռ եթե **բժիշկների աշխատավարձերը** բարձրանան, վերջիններս էլ շահագրգռված կլինեն աշխատելու այստեղ և չեն արտագաղթի։

Մեկ **բժշկին** Հայաստանում հասնում է 2300 հիվանդ. ինչպե՞ս է նոր համակարգն աշխատելու այս դեպքում։

Մեր **բժիշկները** աշխատում են իրենց «ուղեղի» հաշվին. լսում, լսում են հիվանդին, նոր որոշում, թե ինչ ուղղությամբ տանեն ախտորոշումն ու բուժօգնությունը։ Հիվանդն էլ ասում է, թե հասարակ սոնոգրաֆիայի հնարավորություն չունի։ Դրսում էս ամեն ինչն արվում է **տեխնոլոգիաների** միջոցով, բժիշկն իր գլուխը չի ջարդում։

Հայաստանում ծննդօգնությունը անվճար է, մարդիկ դրա համար չեն վճարում, իսկ պետությունը միջոցներն այնպես է բաշխում, որ **բժիշկները** քիչ են **վարձատրվում** և ստիպված են լինում գնալ արտասահմանում աշխատել։

Կարելի է օգտագործել խորհրդային շրջանի փորձը, երբ **մասնագետ բժիշկը** չէր կարող Երևանում աշխատել, եթե մինչ այդ որոշ ժամանակ մարզերում չի աշխատել։

Հիմա արդեն գործում է ազատ **ուղեգրման համակարգ**, որը մրցակցություն է առաջացնում բուժհաստատությունների միջև։

Հիվանդանոցները համաձայնվում են պետպատվերի ցածր վարձատրվող տեղեր վերցնել, նրանց միջև այս առումով **մրցակցություն է ընթանում**։

Բժիշկները **պետք է տեղյակ չլինեն**, թե հիվանդն ինչպես է հայտնվել իրենց մոտ. ապահովագրման փաթեթո՞վ, թե՞ առանց։

Պլանային դեպքերի համար պետք է կարևորել **առողջության պահպանման առաջին օղակի** դերը, որն արդեն սոցփաթեթի շրջանակներում աշխատելու փորձ ունի։ Աշխատանքն էլ պետք է որոշակիորեն **կարգավորվի** ապահովագրությունն իրականացնողների կողմից։

Մասնավորի դեպքում **մրցակցություն** կլինի, ինչն էլ կստիպի բարձրացնել ծառայությունների որակը։ Վերահսկողության գործընթացը ևս ավելի արդյունավետ կարող է լինել, քանի որ արտաքին դերակատարը՝ պետությունն, է անելու **վերահսկողությունը**։

Ապահովագրական ընկերություններում պետք է աշխատանքային խմբեր լինեն, որոնք **կհետևեն** բժիշկների աշխատանքին։

Եթե **պետական հիմնադրամ** լինի, բուժհաստատություններում տարբերակումներ չեն լինի։

Որպես օրինակ կարելի է դիտարկել նաև **պետության օգնությունը** ապահովագրման ներդրման գործում։

Կարելի է էնպես կազմակերպել, որ ապահովագրությունը **կամավոր** լինի, բայց բոլորի համար էլ **գայթակղիչ լինի** տարբեր փաթեթների միջոցով։

Երբ **ապահովագրական ընկերություննները** վերաբերում են առողջապահությանը որպես բիզնեսի, մրցակցություն է լինում, որակի բարելավում է լինում։

Անհասկանալի է, թե որոնք են բժշկական ապահովագրության **չափանիշները**։ Օրինակ՝ օրերի քանակ է սահմանվում, և դա անհասկանալի է։

Երևանում **բուժզննման մակարդակը** շատ բարձր է, իսկ մարզերում նույնիսկ գործիքների պակաս կա։

Միայն **դժվարամատչելի հետազոտություններն** են, որ Երևանում են անցնում։ Մնացած բոլոր հետազոտոտություններն այս պահին կարողանում են նաև մարզերում իրականացնել։

Որպես բժիշկ կարող եմ ասել, որ հետազուտությւոնների համար սխալ է մարզից Երևան գալ, քանի որ անհարկի **ծանրաբեռնվում են** Երևանի բուժհիմնարկները, ինչն էլ գցում է բուժսպասարկման **որակը**։ Պետք է գոնե որոշ մինիմալ հետազոտություններ անցնել մարզում։

Մարդիկ ուզում են **մարզերից գալ Երևան** և բուժծառայություն ստանալ։ Արդյունքում Երևանում համակարգը **գերծանրաբեռնվում** է։ Ավելի լավ կլինի, որ մարզերում մարդիկ համախմբվեն և մարզպետարանից պահանջեն, որ մարզի բժշկական խնդիրները լուծեն։

**Մարզերում** հենց մտնում ես բժշկի մոտ, հարց է տալիս՝ գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ։ Սկսում ես մտածել՝ բա արժե՞ ստուգվել։ Դրա համար էլ գալիս ենք Երևան։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ **«Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ**»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն չենք վստահում բուժաշխատողներին։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ և համաձայն եմ, որ մարզում անցնեմ հիմնական ստուգումները **Գոհ եմ** տրամադրված ծառայությունների որակից, միայն բարդ հետազոտությւոնների ժամանակ կարելի է գնալ Երևան։

Յուրաքանչյուր բուժկենտրոն պետք է աշխատի լինել մրցունակ՝ ծառայությունների **որակը** բարձրացնելով։ Եթե ուզում են իրենց շատ դիմեն, պետք է իրենց ծառայությունների որակը բարձրացնեն։

**Բուժհաստատությունները** կարող են հատուկ բժիշկներ ունենալ, որոնք կզբաղվեն հենց ապահովագրված պացիենտներով։ Անգամ հսկեն նրանց, ժամանակ առ ժամանակ բուժզննման կկանչեն և այլն։

Շահառուն պետք է հնարավորություն ունենա ինքն ընտրել **մասնագետին**, թե ում է ցանկանում դիմել։ Այս գործընթացը կհանգեցնի բժիշկների մոտ մրցակցության ավելացմանը, իսկ եթե բժիշկը վստահ է, որ միևնույն է, իր մոտ գալու են, նա երբեք չի ցանկանա **կատարելագործվել**։

Կան **բուժհիմնարկներ**, որ պետպատվերի շրջանակներում ցածր որակով են սպասարկում, իսկ մասնավորի դեպքում որակը բարձր է։ Սա պետք է պետական մակարդակով **վերահսկել**։

Մեկ բուժաշխատող չի կարող սպասարկել որոշակի թվից ավելի պացիենտների, ուստի **ծանրաբեռնվածության** դեպքում պետք է մտածել անձնակազմը ընդլայնելու կամ արդյունավետությունը բարձրացնելու ուղղությամբ։

Եթե մարդկանց քանակն ավելանում է, իսկ **բուժաշխատողի** **աշխատավարձը** էապես չի բարձրանում, որակը հաստատ կտուժի։

Ավելի նպատակահարմար կլինի Երևան գալու փոխարեն մարզում ստանալ պոլիկլինիկ ծառայություններ, եթե դրանց որակը բարձր լինի։

Չի կարող որակը լինել նույնը։ Մարդկանց հոսքերի մեծացմանը զուգահեռ՝ պետք է **բժշկի աշխատավարձը** զգալի բարձրանա։ Պետք է համակարգ ներդնել, որը թույլ կտա հավասար ծանրաբեռվածություն ապահովել բուժհիմնարկներում։

Ես բուժզննում եմ անցել մեր **մարզում**, բայց դժգոհ եմ։ Նույն հետազոտության համար եկա Երևան ու հիվանդությունս բացահայտեցին։

**Մարզում** պետք է բուժհիմնարկները հզորացնել և տեխնիկապես հագեցնել, եթե պահանջում են, որ մարդիկ մարզում անցնեն հետազոտությունններ։

Պետք է **բժշկի** նկատմամբ վստահությունը բարձրացնել։ Կարևոր չէ, մասնագետը կլինի Երևանում, թե մարզում։ Եթե մասնագետներ լինեն **մարզերում**, միանշանակ ավելի նախընտրելի է մարզում ստանալ բուժսպասարկում։

Մեր **շրջանում** չկա սարքավորումների հագեցվածություն։ Եթե լիներ, էլ ինչու՞ կհասնեինք Երևան։

Մարզերում բժիշկների մասնագիտական կարողությունները բարձր են, խնդիրը հիմնականում **տեխնիկական հագեցվածությունն** է։

Ես մանկավարժ եմ, հինգ կոլեգաներով մարզում գնացել էինք բժշկի, բոլորիս էլ ասել էր, որ երկու մմ-ոց խպիպ ունենք։ Ո՞նց կարող է պատահել, որ հինգս էլ նույն չափի խպիպ ունենանք։

Հաշվի առնելով **բուժհիմնարկների ծանրաբեռնվածությունը** (բուժհիմնարկները հիմնականում առավոտյան են ծանրաբեռնված լինում)՝ ճիշտ բաշխումը բուժծառայության որակը կբարձրացնի։

Մենաշնորհային հիվանդանոցներ չպետք է ձևավորվեն, պետք է բալանսը պահպանվի**՝ և՛ մարզերում, և՛ Երևանում։**

Եթե **մարզերում** գումար ներդրվի և գոնե ախտորոշիչ սարքեր բերվեն, մարդիկ կմնան մարզերում ու Երևանում էլ ծանրաբեռնվածություն չի լինի։

Ապահովագրական համակարգի համար հավաքվող գումարները պետք է առաջին հերթին ուղղել **մարզերում տեխնիկական հագեցվածությունն** ապահովելուն։ Թե չէ Երևանում կլինի գերծանրաբեռնվածություն և ընդհանուր առողջապահական համակարգը կոլապսի կմատնվի։

Բժշկական շատ ծառայություններ **Երևանում ու մարզերում** տարբեր գին ունեն։ Դրա արդյունքում բժիշկները գալիս են Երևան, որպեսզի շատ վճարվեն։ Եվ քանի որ մենք ունենք մարզային բուժհիմնարկների զարգացման խնդիր, պետք է բժշկական կոնկրետ ծառայությունների գինը, օրինակ Կեսարյան հատումը, ամեն տեղ նույնը սահմանվի։

**Երեւանում և խոշոր քաղաքաներում** շատ բժիշկներ կան, մարզերում՝ ոչ։ Պետք է **գործուղումներ** կազմակերպել։

Պետք է խրախուսել **մարզերում բժիշկների** աշխատանքը։

Հայաստանում **մարզային հիվանդանոցները** ծանր վիճակում են։ Ամեն ինչ Երևանում է կենտրոնացած։ Պետք է ապահովագրության ուղեգրումներն այնպես կազմակերպել, որ մարզային բժշկությունն էլ զարգանա։

Եթե բժիշկների կարիք կա, կարող ենք **վերապատրաստել**։

Հայաստանում հաճախ ամեն ինչ ֆիկտիվ բնույթ է կրում։ Օրինակ՝ **բժիշկների վերապատրաստման** ծրագրեր կան, բայց բժիշկները գնում, ստորագրում են, իբրև մասնակցել են այդ ծրագրին և վերադառնում են։

Ես ուզում եմ պարտադիր գալ Երևան՝ բուժզննում անցնելու, որովհետև **մարզում** գնում ես հետազոտության ու փոշմանում։ Ասում են՝ գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ։

Եթե **պացիենտների բաշխումն** ըստ հետազոտության բնույթի համաչափ արվի և բուժաշխատողի **աշխատավարձը** բարձրանա, համակարգը հաստատ ավելի լավ վիճակում կհայտնվի։

Կարևոր է, որ բոլոր հիվանադանոցները հավասար հնարավորություններ ունենան և մենաշնորհային հիվանդանոցներ չլինեն։ Նույնը՝ մասնագիտական որակի և հագեցվածության առումով. եթե ցանկանում են լուծել բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածության խնդիրը **Երևանում, մարզերում** այս խնդիրներին լուծում պիտի տալ, մարզի բնակիչները հենց մարզերում ստանան բուժսպասարկում։

Մեր աշխատակիցներից մեկը ձեռքի ցավից գանգատվում է, մի քանի հետազոտություն է **մարզում** անցել, հիմա էլ պիտի նորից Երևան գա։ Էլ ինչու՞ իզուր տանջվեց, պիտի միանգամից գար Երևան ու հարցերը լուծեր։

Գումարների հավասար բաշխում պիտի լինի, **մարզային հիվանդանոցներում** քիչ գումար է գալիս։

Ապահովագրության վճարները չի կարելի դիտարկել որպես **բուժաշխատողների աշխատավարձը** բարձրացնելու միջոց։ Բժիշկների աշխատավարձը պետք է մրցակցային սկզբունքով ձևավորվի։

Կան հիվանդանոցներ, որ պատշաճ չեն կատարում իրենց պարտականությունները, ինչ է թե պետական պատվերով են ծառայություն մատուցում։ Իսկ **մասնավոր սեկտորը** մի քիչ այլ է։ Եթե մարդ դժգոհ մնաց, հաջորդ տարի կփոխի այդ ծառայությունը։

Երեք տարին մեկ՝ պարտադիր ու սահմանված կարգով պետք է իրակացվի **սկրինինգ**։ Հստակ օր ու ժամ պետք է առանձնացված լինի յուրաքանչյուր քաղաքացու համար։ Սա թույլ կտա **ծանրաբեռնվածության** խնդիրը լուծել։ Հիմա որոշակի խրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձինք կարող են տեղի-անտեղի գալ հիվանդանոց։

Մարզերում հիվանդանոց դիմելն ասոցացվում է խիստ **մեծ ծախսերի** հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։

Բուժհաստատությունները պատրաստ են սպասարկել ապահովագրությամբ իրենց մոտ եկած պացիենտներին։ Խնդիրը քաղաքացիների շրջանում է։

**Յուրաքանչյուր մարզում** պետք է հնարավորություն ստեղծել՝ ստանալու տարբեր տեսակի բուժօգնություն, որպեսզի մարդիկ չհասնեն Երևան։

Մարզերի պարագայում պետք է միշտ նկատի ունենալ, որ **նեղ մասնագետների լուրջ կարիք կա**։ Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ստիպված ենք լինում ուղեգրել Երևան, որտեղ էլ բուժօգնության կազմակերպման համար որևէ արտոնյալ պայմաններ նախատեսված չեն։ Սոցիալական ծանր պայմաններում գտնվող ընտանիքների համար բուժօգնության ծախսերը Երևանում հոգալը գրեթե անհնարին է։

Եթե մարդիկ **իրենք որոշեն**՝ որտեղ են ուզում բուժծառայություն ստանալ, **մարզերում լճացում կլինի**, քանի որ մասնագետները ցածր են վարձատրվում, մարզերում չեն մնում։

Որպեսզի մարզում լավ բժիշկ լինի, պետք **է բարձր վարձատրվի**, որ կարողանա ընտանիքը պահել ու մնալ իր մարզում։ Ինչպես նաև պետք է **մարզային հիվանդանոցները** նոր սարքավորումներով հագեցված լինեն, որպեսզի Երևան հոսքը դադարի։

Ես չեմ կարծում, որ ապահովագրության ներդրման դեպքում մարդիկ կսկսեն պոլիկլինիկաներ կամ հիվանդանոցներ գնալ։ Մինչև խնդիր չլինի, մարդը չի գնա բժշկի։ Հետևաբար, **բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածությունը** չի մեծանա։

**Բուժաշխատողների ծանրաբեռնվածության** հարցն ավելի շատ բուժհաստատությունների կադրային քաղաքականության դաշտում է։

**Բուժաշխատողների աշխատավարձերը** եթե նշանակալիորեն չաճեն, լուրջ դժգոհություններ են լինելու։

Աշխատավարձերի բոնուսները որոշ չափով կլուծեն նաև **բուժաշխատողների** ծանրաբեռնվածության հարցը։

**Բժշկի բարոյական նկարագրից** է կախված, թե ինչ որակի բուժօգնություն կստանաս, իր ծանոթի մոտ կուղղորդի՞, թե՞ իրապես լավ մասնագետի։ Բախտի բան է։

Մարզերում առկա է **նեղ մասնագետների պակաս**, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու հնարավորություն լինի փաթեթներում։

Այս սցենարի տրամաբանությամբ ապահովագրության համակարգը չի կարող արդյունավետ լինել, քանի որ **գերծանրաբեռնված են լինելու բուժհաստատությունները**։

Պետական սեկտորում **բուժաշխատողները** քիչ են վարձատրվում, մասնագետները մարզերում երկար չեն մնում։ Պետությունը սա իր վրա պետք է վերցնի, որ մարդիկ հնարավորություն ունենան իրենց բնակության վայրում որակյալ բուժծառայություն ստանալ։

Եթե որևէ ոլորտում համապատասխան գումար չի լինում, ապա այդտեղից **մասնագետների արտահոսք** է սկսվում։ Իսկ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը կարող է ոլորտի զարգացման համար անհրաժեշտ գումարային հոսքեր ապահովել։

**Տեխնիկական հագեցվածությունը և մասնագետների առկայությունը** կարող է ապահովագրման փաթեթում ներառված ծառայություն մատուցող դառնալու համար անհրաժեշտ պայման լինել։

Այնպիսի փաթեթ, որը կարող է բարելավել կյանքի որակը, չկա։ Միայն վիրահատության համար է այս համակարգը նորմալ աշխատում։ **Բուժզննմանը**, որն իրականացվում է մարզերում, թերահավատորեն են վերաբերվում, քանի որ **սարքերի հնությունը** ապահովության զգացողություն չի տալիա։

Մենք ունենք սոցփաթեթի ներդրման փորձ. բուժհաստատություն դիմելիությունը աճեց, բայց դա չհանգեցրեց **որակի** խնդիրների։

Ընդհակառակը, բուժհաստատությունների միջև մրցակցություն սկսվեց, քանի որ մարդիկ որոշակի թվով հաստատությունների միջև ընտրություն անելու հնարավորություն ունեին։ Արդյունքում, նոր տեխնիկա էին բերում, դասընթացներ անում։

## Ե. ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

Հիմա պետպատվերով ծառայություն ստանալու համար Արմեդ համակարգով գրանցվելիս խնդիրներ են առաջանում, քանի որ մարդը **ազատ չէ ընտրելու** այն հիվանդանոցը, բժշկին, որտեղ/ում մոտ ուզում են բուժօգնություն ստանալ։ Ապահովագրության դեպքում շատ կարևոր է, որ մարդիկ ընտրելու հնարավորություն ունենան։

Եթե բժշկական ապահովագրություն ունեցող անձը հնարավորություն ունենա **ընտրել**, թե որ բուժհաստատության ծառայություններից օգտվի, ապա կարելի է ակնկալել, որ համակարգը լիարժեքորեն կծառայի քաղաքացուն։

Պետք է ստեղծել հնարավորություն, որ **լրացուցիչ վճարի** դիմաց հավելյալ ծառայություններ գումարվեն քո ապահովագրության փաթեթին։

Սոցփաթեթի շրջանակներում ես փորձում էի **ընտրել բուժհաստատություն**, սակայն մեզ տեղեկացրեցին, որ հնարավոր չէ ընտրություն անել։ Մյուս մասնակիցը հակադարձում է՝ համակարգը թույլ է տալիս ընտրել։

Վերապատրաստումների միջոցով հնարավոր չէ հասնել տարբեր մասնագետների կողմից նույնանման որակյալ բուժօգնության տրամադրմանը, ապահովագրական փաթեթը պետք է լինի անհատական, **ընտրելու հնարավորություն տա**։

Բժիշկները պետք է տեղյակ չլինեն, թե հիվանդն ինչպես է հայտնվել իրենց մոտ. ապահովագրման փաթեթո՞վ, թե՞ առանց։

**Պետությունը ինքը պետք է որոշի**, թե ապահովագրության ծառայության ինչ առաջնահերթություններ կան և դրանով որոշվի ապահովագրությամբ մատուցվող ծառայությունների մինիմալ ծավալը։

Մենք **պետք է հասկանանք**, թե մեր երկրում բնակչության քանի՞ տոկոսն է աշխատող, հետո հասկանանք, թե ի վիճակի՞ ենք պարտադիր ապահովագրությունը ներդնել, թե՞ ոչ։

Արդյո՞ք ներկա պայմաններում մեր պետությունը և առողջապահական համակարգն ի վիճակի են նման **բեռ վերցնել** իրենց վրա։

Պետությունը պետք է ամեն ինչ անի, որ բոլոր քաղաքացիներին **հարկային դաշտ** բերի, հետո նոր խոսենք բժշկական պարտադիր ապահովագրության մասին։

Մենք պիտի առանձին համակարգ ստեղծենք այն մարդկանց համար, ովքեր լավ պայմաններում են ապրում, բայց **խուսափում են աշխատանքից**։

**Հարկային ստվերը** պետք է վերանա, որպեսզի բոլոր իրական աշխատողները հարկ վճարեն, իսկ ստվերով աշխատող անհատը ինչպես եկամտահարկ չի վճարում, այնպես էլ առողջապահության հարկը չի վճարի։

Պետությունը մարդկանցից հարկեր է հավաքում և ինքն է որոշում, թե ինչ հիվանդություններ բուժել և որ բուժհաստատություններում։ **Վերահսկողությունը** այդ գործունեության հանդեպ թույլ է։

Հայտնի է՝ **մրցակցությունն** է որակ տալիս։

**Կենտրոնացած հիմնադրամը** ավելի լավ է գործում, դա ավելի արդյունավետ է ամբողջ համակարգը կառավարելու առումով, բայց դա լինի պետական, թե մասնավոր, արդեն քննարկման հարց է։

**Հիմնադրամը** պետք է լինի անկախ, դա ամենակարևորն է։

Ցանկալի է **հիմնադրամը** պետական լինի, որ չստացվի, որ դա ուղղակի փող աշխատելու միջոց է։

Երբ խոսում ենք բանկային համակարգի մասին, չենք խոսում պետական **միասնական** բանկի մասին։ Նույն կերպ էլ ապահովագրության դեպքում։ Կենտրոնական բանկը վերահսկողն է, բայց կան մասնավորներ։ Նույնն էլ ապահովագրության համակարգում պետք է լինի։

Պետությունը ծանրաբեռնված է պատերազմի, կորոնավիրուսի հետևանքներին արձագանքելով, ուստի, մասնավորի միջոցով պետք է կազմակերպել ապահովագրությունը, իհարկե՝ **պետության վերահսկողությամբ։**

Ամեն դեպքում պետական **վերահսկողությունը** պարտադիր է։

Հասարակությունում անվստահություն կա «**գործազուրկ**» ստատուսի նկատմամբ՝ եթե թվերը ճշտգրիտ լինեն, և միայն արժանի մարդիկ նպաստ ստանան գործազուկ լինելու համար, կամ Փարոս համակարգում գրանցված լինեն միայն իրոք անապահովները, ես դեմ չեմ լինի իմ աշխատավարձի որոշ չափը տրամադրել նրանց օգնելու համար։

Առողջության ապահովագրման համար գումարները պետք է գանձնվեն մարդկանց աշխատավարձից։ **Որոշակի տոկոս** որոշվի և այդպես գանձնվի։ Բայց որպեսզի դա հնարավոր լինի, պետք է բոլոր աշխատողներին գրանցել և **հարկային դաշտ բերել**։

Պետք է գործիքներ մշակել, որպեսզի բժշկական ապահովագրության բեռը չմնա միայն գրանցված աշխատողների ուսերին։ Անգամ **ստվերում** աշխատող մարդկանց համար կարելի է նման գործիք մտածել և այնպես անել, որպեսզի նրանք էլ վճարեն առողջության ապահովագրության համար։

Եթե ֆիքսված թիվ լինի, բոլորը կվճարեն գումարը, իսկ եթե տոկոսային լինի, շատերը իրենց **եկամուտները կթաքցնեն**։

Պարտադիր ապահովագրություն ներդնելը կարող է հանգեցնել նրան, որ **չգրանցված աշխատողը** ցանկանա **գրանցվել**, որպեսզի օգտվի այդ համակարգից։ Դա կբերի ստվերի կրճատմանը։

Ապահովագրական ընկերություններից գումարներ ստանալու խնդիր կա։ Ոչ բոլոր ընկերություններն են լավ որակի ծառայություն մատուցում։ Մարդիկ պետք է հնարավորություն ունենան **ընտրելու**, թե որտեղ են ապահովագրվում։ Ինչպես նաև ընտրեն, թե որտեղ են բուժվելու։

Որպեսզի սոցփաթեթներն իրենց նպատակին ծառայեն և շահառուները գոհ լինեն, պետք է բուժօգնության բոլոր սահմանափակումները հանվեն ու լիարժեք բուժօգնություն տրամադրվի։ Երկրորդը՝ շահառուն, որ հիվանդանոցում ցանկանա, այնտեղ էլ պետք է իր բուժօգնությունը ստանա։ Սրանք սոցփաթեթի երկու գլխավոր թերություններն են։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ և դժգոհ եմ, որ չեմ կարող հետազոտություններս անցնել Երևանում։

Շահառուն պետք է հնարավորություն ունենա ինքն **ընտրել մասնագետին**, թե ում է ցանկանում դիմել։ Այս գործընթացը կհանգեցնի բժիշկների մոտ մրցակցության ավելացմանը, իսկ եթե բժիշկը վստահ է, որ միևնույն է, իր մոտ գալու են, նա երբեք չի ցանկանա կատարելագործվել։

Նախկինում մեզ հնարավորություն էին տալիս **ընտրել** հիվանդանոցը, դա մեծ առավելություն էր, հիմա հանել են այդ կետը։

Պետք չէ պարտադրել բնակչին, թե նա որտեղ պետք է անցնի բուժզննունը։ Մարդն ինքը պետք է ընտրի՝ որ պոլիկլինիկայում է անցնելու բուժզննում։

Ապահովագրական համակարգը պետք է այնքան ճկուն լինի, որ **համակարգչի միջոցով** կարողանա մարդկանց հավասարաչափ բաշխել։

Չի կարող որակը լինել նույնը։ Մարդկանց հոսքերի մեծացմանը զուգահեռ՝ պետք է բժշկի աշխատավարձը զգալի բարձրանա։ Պետք է համակարգ ներդնել, որը թույլ կտա **հավասար ծանրաբեռվածություն** ապահովել բուժհիմնարկներում։

Ներկա պահին ուղեգրային համակարգը չի նշում, թե պացիենտը որ հիվանդանոցում բուժվի իր ուղեգրով։ Պացիենտն **ինքն է ընտրում** իրեն հարմար բուժհաստատությունը։

Մարդ **ինքը պետք է որոշի**, թե որտեղ է ցանկանում բուժծառայություն ստանալ՝ մարզերու՞մ, թե՞ Երևանում։

Եթե մարդիկ **իրենք որոշեն**՝ որտեղ են ուզում բուժծառայություն ստանալ, մարզերում լճացում կլինի, քանի որ մասնագետները ցածր են վարձատրվում, մարզերում չեն մնում։

Մարզերում առկա է նեղ մասնագետների պակաս, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու **հնարավորություն լինի** փաթեթներում։

**Համակարգը պետք է ինքը որոշի**, թե հիվանդները որ բժշկի մոտ գնան, այլ ոչ թե բժիշկը կամ հիվանդը։ Համակարգը պետք է որոշի ըստ բուժհաստատության ծանրաբեռնվածության։

Աշխատողները միշտ տուժված են լինում, չի կարելի որ չաշխատողների համար աշխատողներն այդպիսի մեծ բեռ վերցնեն իրենց վրա։ Մարդիկ կան, ովքեր գերադասում են **նպաստ ստանալ**, քան աշխատել։

Հայաստանում այս պահին չկա **գործազրկության իրական մակարդակի** վերաբերյալ հստակ տեղեկատվություն։

**«Անապահով» ու «նպաստառու»** ընտանիք ասվածը շատ հարաբերական է։ Պետք է այդ համակարգի հանդեպ վստահությունը վերականգնվի ու աշխատողները վստահ լինեն, որ այդ համակարգում գրանցված մարդն իրականում անապահով է ու, միգուցե, այդ դեպքւմ ցանկանա նրա փոխարեն վճարել։

Սկզբում համակարգը պետք է ներդնել միայն աշխատողների համար։ Հիմա մենք ունենք **ստվերային աշխատողներ**, որոնք գրանցված չեն, բայց աշխատավարձ ստանում են։ Սա կստիպի մարդկանց, որ գրանցվեն, օգտվեն ծառայություններից։

Քաղաքացիների համար, իհարկե, դժվարություններ կլինեն **ապահովագրության վճարների** տեսակետից։ Կառավարությունը երևի պետք է շահառուների խմբեր ձևավորի և որոշ քաղաքացիների օգնի։

Մեր երկրում դժվար է տարբերակել աշխատողին ու չաշխատողին։ Ամենամեծ խնդիրը **ստվերի** կրճատումն է։

Պետությունը պետք է խստորեն **վերահսկի** մասնավոր ընկերություններին, որպեսզի գերշահույթ չստանան։

Հայաստանում թե՛ բժշկական և թե՛ ապահովագրական ոլորտներում **բազում խնդիրներ կան**։ Մեր երկրում ապահովագրական կազմակերպությունները գործում են այն տրամաբանությամբ, որ դրանց հիմնադիրները հարստանան։ Իսկ քաղաքացու շահը երկրորդական խնդիր է, կարծես։

Եթե **վերահսկողությունը** ստեղծվելիք հիմնադրամի կողմից արդյունավետորեն իրականացվի, որակի խնդիրներ չեն լինի։

Ինչպես մեզ մոտ աշխատեց ԱՊՊԱ համակարգը, այնպես էլ կարող է աշխատել պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը։ Կլինեն **մասնավոր ընկերություններ** և **պետական վերահսկողություն**։

Հիմնադրամի ստեղծման սխեման մոտավորապես նույնն է լինելու, ինչ ապահովագրական ընկերություններինը։ Եթե պետությունը հնարավորություն տա ապահովագրական ընկերություններին մրցակցել, իրականացնել ապահովագրությունը, ապա լրացուցիչ ծախս չի կրի **հիմնադրամ** ստեղծելու համար և կիրակացնի միայն **վերահսկողության** գործառույթը։

Արդյո՞ք պետությունն ի վիճակի է **վերահսկել** այդպիսի մեծ հոսքեր։

Նախարարության ներկայացուցիչը վստահեցնում է, որ պետությունը կարող է **վերահսկել**, եթե աշխատակիցներ ավելանան։

Ապահովագրման համակարգի ներդրումից հետո պետք էր **մոնիթորինգ** անել և բացերը վեր հանել, իսկ դա լավ չի արվել։

Շատ մանկավարժներ, որոնք հիմա ունեն առողջական ապահովագրություն, դիմում են ապահովագրական ընկերություններ, գումար են ստանում, հետո այդ գումարն այլ նպատակներով ծախսում։ **Պետական վերահսկողությունը** շատ թույլ է։

Եթե մասնավորը կարող է, **պետությունը** կկարողանա ու կկարողանա վերահսկել։

**Պետության ներկայությունը** պետք է շարունակական լինի, ոչ թե մեկանգամյա։

**Պետությունը** պետք է այնքան մասնակցի, մինչև համակարգը կայանա։ Հետո արդեն կարող է չմասնակցել։

Մենք ուզում ենք, որ մեր կյանքն ապահովագրված լինի։ Դա երևի անհրաժեշտ է ժամանակի տրենդերից հետ չմնալու համար։ Բայց այսքան ժամանակ մենք անգամ ինքներս մեզ չենք ապահովագրել և հիմա հայտնի չէ, թե **պետությունն** ինչպես դա կարող է անել։

Եթե ապահովագրման հարցը դիտարկենք որպես **բիզնես**, կադրային հարցն էլ կլուծվի։ Եթե աշխատավարձ լինի և աշխատանքային պայմանները գրավիչ լինեն, մարդիկ էլ ավելի արդյունավետ կաշխատեն։

Պետք է լինի **հիմնադրամ**, որտեղ գումարը կձևավորվի աշխատող մարդկանց կողմից վճարված հարկերից որոշակի տոկոսով։ Մյուս կողմից էլ հիմնադրամին կֆինանսավորի պետությունը, ու այդ գումարները կուղղվեն անապահով խավի առողջության ապահովագրմանը։

Ապահովագրությունը ոչ միայն չի խոչընդոտելու առողջապահության ոլորտում առկա խնդիրներին, այլև նպաստելու է դրանց լուծմանը։ Ձևավորվում է **ֆոնդ**, որը տնօրինում է ապահովագրական վճարները, կարգավորում ողջ գործընթացը, հաստատում ծառայություններն ու գնացուցակը։

Կորոնավիրուսի օրերին մենք տեսանք, թե ինչ է ստացվում, երբ ամեն ինչ իր վրա է վերցնում **պետությունը**։ Դա և՛ հիվանդի, և՛ նրա հարազատների համար շատ գնահատելի է։ Առաջարկում ենք առողջապահական ապահովագրական փաթեթներ պատրաստել։

Իմ կարծիքով՝ մրցակցության բացակայությունն ու մոնոպոլիան չեն կարող նպաստել արդյունավետ համակարգի կայացմանը։ Մասնավոր ընկերությունների նկատմամբ կարող է իրականացվել խիստ **վերահսկողություն**՝ պետության կողմից։

Պետությունը պետք է ոչ թե մտնի բիզնեսի դաշտ, այլ **կարգավորի** այն։

Պետությունը ավելի փորձառու է ապահովագրության հարցում. դրա համար մեկ միասնական **պետական ապահովագրական ընկերություն** պետք է լինի։

Մենք պետք է **համակարգային խնդիրներ** լուծենք և՛ առողջապահական, և՛ ապահովագրական ոլորտներում։ Հատկապես մասնավոր ընկերություններն ավելի հակված են ավելացնելու սեփական եկամուտները և ոչ թե զարգացնելու համակարգը։

**Պետական ապահովագրական համակարգին** ես դեմ եմ, մասնավոր ապահովագրության դեպքում մրցակցություն կլինի, ինչ արդյունքում ապահովագրական ընկերությունները շահագրգռված են լինելու բարելավել ծառայությունների որակը։ Այսօր արդեն գործում է ապահովագրական ընկերությունների գործունեության խիստ վերահսկման համակարդ, կան տարբեր մարմիններ, որ զբաղվում են քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանությամբ։

Ֆինանսական համակարգը և առողջապահությունը չի կարելի համեմատել։ Չեմ կարծում, որ մարդիկ ավելի շատ կվստահեն **մասնավորին**, քան **պետական համակարգին**։

Հավանաբար **պետական հիմնադրամը** նախընտրում ենք այն պատճառով, որ մեր գումարները չուղղվեն մեկ մարդու շահերի բավարարմանը, որ ծառայեն պետությանը, հանրությանը։

Ամեն ինչն **անհնար է ապահովագրել**։ Մենք բարձրացնելու ենք մարդկանց կողմից կատարվող վճարների չափը, բայց փաստացի չենք կարողանալու ամեն պարագաների համար բժշկական ապահովագրության մեջ ներառված ծառայություն տրամադրել։

Հայաստանում պետության կողմից մատակարարվող անվճար բուժծառայությունների **գները սխալ են** հաշվարկված։ Մենք պետք է հստակ իմանանք, թե որակյալ բուժծառայությունն ինչ արժե, հետո նոր անվճար և ապահովագրական ծառայությունների պայմանների մասին մտածենք։

**Պետական ապահովագրության համակարգը** չի աշխատի. մեր երկրի արտաքին պարտքը մեծ է, ինֆլյացիա կլինի։

Կարևոր չի, **պետական թե մասնավոր** լինի ապահովագրական ընկերությունը, առաջին տարիների ընթացքում ֆինանսական հոսքերը հնարավոր չի լինելու կառավարել։ Պետք է **պիլոտային տարբերակով** սկսել ներդրումը։

Ես սպասարկում եմ Թուրքիայի հետ սահմանամերձ գյուղեր, գյուղերը հազիվ են շնչում։ **Պետությունը պետք է օգնի,** բայց այդքան ուժ չունի, մասնավորի կարիքը կա։

Չեմ կարծում, որ **ապահովագրությունը իրեն կարդարացնի**։ Ժողովուրդը շատ անբարենպաստ վիճակում է ապրում, իսկ պետությունն էլ չի կարող այդ բեռը վերցնել իր վրա։

Ամբողջ աշխարհում ընդունված է, որ անհատը կարող է բացի պարտադիր ապահովագրությունից օգտվի նաև մասնավոր ապահովագրությունից։ Սակայն, այս հնարավորությունից օգտվում է հիմնականում վճարունակ խավը։ **Մասնավոր ապահովագրական** ընկերությունների ապահովագրությունից օգտվում են այն նպատակով, որպեսզի հավելյալ ծառայություններ ստանան։ Պետական ապահովագրության փաթեթի ծառայությունների շրջանակը պետք է ավելի մեծ լինի։

Ես վախենում եմ, որ ապահովագրության մեխանիզմը կներդնենք, հետո կհասկանանք, որ **սխալ ենք արել**, ինչպես դա հաճախ է լինում։

Պետությունն առողջապահական ապահովագրության գործընթացը **վերահսկելուց** բացի պետք է նաև հստակ փաթեթ մշակի, որպեսզի մարդիկ իմանան, թե բժշկական ինչ ծառայություններից կարող են օգտվել ապահովագրվելուց հետո։

Ճիշտ կլիներ, որ **ամեն ինչը լիներ անվճար**։ Ժողովուրդը չի կարող հիմա գումար ծախսել ապահովագրության վրա։ Պետությունը պետք է հոգա քաղաքացիների առողջության մասին։

**Թեժ գիծը** դժգոհությունները գրանցելու միջոց է։ Եթե հետո տվյալները ճիշտ մշակվեն, արդյունք կտա, եթե ոչ, ոչ մի օգուտ էլ չի լինի։

**Թեժ գիծը** պետք է լինի լուրջ վերլուծական բազա, բոլոր զանգերը պետք է լուրջ մշակվեն եւ լուծումներ առաջարկվեն։

Ծանրաբեռնվածությունից խուսափելու համար **թեժ գիծը** պետք է հնարավորություն տա առցանց դիմելու և հետզանգ պատվիրելու։

Պետք է մշակել նաև «**Ներքին ազդարարման» համակարգ**, որի խնդիրը բուժհաստատությունում առկա խնդիրները՝ այդ թվում կոռուպցիոն, տեխնիկական, անձնակազմային և այլն, բացահայտնելն ու չեզոքացնելն է։

Հայաստանում հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների համար վարկանիշային համակարգ է անհրաժեշտ։ Բուժհաստատությունների վարկանիշը կձևավորվի **Մոնիտորինգի և Ներքին ազդարարման համակարգերից** ստացված տվյալների հիման վրա և հնարավորություն կտա քաղաքացիներին ավելի հեշտ կողմնորոշվել, թե իր ուղեգրով կոնկրետ որ բուժհաստատություն գնալ։

Բուժոլորտում մրցակցությունը հետզհետե հանում է մատուցվող ծառայությունների որակի հարցը։ Այդ մրցկացությունում հաջողության հասած հիվանդանոցները հաճախ չեն բուժում **պետպատվերով հիվանդներին՝** ասելով, որ պետությունը ուշացնում է վճարները։ Նույն բանը կարող է լինել նաև ապահովագրական ընկերության հետ։

Ի՞նչ է անում պետությունը առողջապահական համակարգի արդիականացման համար։

Առողջության ապահովագրությունը չի կարող միանգամից լուծել առողջապահական ոլորտի բոլոր խնդիրները։ Կողմնակի վճարները դեռ որոշ ժամանակ կարող են մնալ, բայց իմ փորձը ցույց է տալիս, որ հետզհետե **կողմնակի վճարները** պակասում են։

Ես հավատում եմ, որ առողջապահության ապահովագրման համակարգի լիարժեք ներդրման պարագայում քաղաքացիները կազատվեն բուժհաստատություններում բոլոր **կողմնակի վճարներից**։ Եթե իհարկե այդ ապահովագրությունը ներառի համապատասխան ծառայության փաթեթը։

Պետք է լինի և**՛ պետական, և՛ մասնավոր ապահովագրություն**։ Եթե տնտեսվարողը նորմալ աշխատում է, պետք է հոգա նաև իր աշխատողների առողջապահության հարցերը, իսկ պետական համակարգը պետք է ապահովի իր մոտ աշխատողների հարցերը։

Պետք է մարդկանց հնարավորություն տալ, որ իրենք ընտրեն, թե որ համակարգից են ուզում օգտվել՝ **պետակա՞ն, թե՞ մասնավոր**։

Լինի **պետական, թե մասնավոր**՝ որևէ գործակալություն չի կարողանալու մոտակա հինգ-վեց տարում մարդկանց հոսքերը կառավարել։

Ֆրանսիայում պետական առողջապահական մեկ մարմին է ամբողջը համակարգում, իսկ **մասնավոր կազամակերպություններն** առաջարկում են հավելյալ, շքեղ ծառայություններ։ Եվ կա այլ փորձ, երբ միայն մասնավոր կազմակերպություններն են իրականացնում ապահովագրությունը։ Երկուսն էլ ունեն իրենց առավելություններն ու թերությունները։

Ապահովագրության համակարգը պետք է պետության ձեռքում լինի, բայց միաժամանակ **մասնավորը** չպետք է արգելվի։

Եթե ֆինանսական դաշտը չի կայունանում, ֆինանասական հոսքերը չեն ավելանում, այս կամ այն **ընկերությունը** դժվար թե կարողանա աշխատանքն ավելի լավ կազմակերպել։

Այս համակարգը, իհարկե, լավ նախաձեռնություն է, սակայն **պետությունը** չպետք է կրճատի իր ներդրումներն առողջապահության ոլորտում։

Պիտի միմյանց լսենք եւ քննարկենք, որ այդ խնդիրները լուծվեն։

**Պետությունը** պետք է ամեն տարի իր ներդրումը ունենա ապահովագրության համակարգում։

ՀՀ-ում ոչ բոլոր **աշխատող քաղաքացիներն** են հիվանդանում կամ դիմում բուժհաստատություն, ուստի նրանց վճարած գումարը կարող է բավարարել մյուս խմբերին՝ անչափահաս, գործազուրկ, ծեր և այլն։

Չկան պետականորեն ընդունված բուժման սխեմաներ, նույն հիվանդությունը տարբեր հիվանդանոցներում տարբեր կերպ կարող է բուժվել, տարբեր գումար արժենալ. մարդ չի հասկանում իրեն ինչ ծառայություններ են հասնում, **կոռումպացված մթնոլորտ է**։ Այս խնդիրները պետք է լուծվեն ու նոր անցնենք ապահովագրության համակարգի ներդրմանը։

Ուշ թե շուտ պետք է անցնենք ապահովագրությանը։ Սակայն մեծ է հավանականությունը, որ էլի **ԽԾԲ-ն** է աշխատելու։ Այսօր էլ պետաշխատողները, որ ունեն որոշակի ապահովագրություն, ոչ նպատակային են օգտագործում դա, որոշ ծանոթների միջնորդությամբ, տարբեր կազմակերպություների միջոցով կանխիկացնում են։

Կան մոնիթորինգի և **կոռուպցիայի** ներքին ազդարարման համակարգեր, որոնց միջոցով կարելի է իրականացնել ընթացիկ մոնիթորինգը, վերահսկողությունը, խրախուսել քաղաքացիների կողմից կոռուպցիայի դեպքերի մասին ազդարարման դեպքերը։

Բժիշկներն ու պետական հաստատությունները կարող են ապահովագրված անձանց **ուղղորդել** դեպի իրենց ծանոթ հիմնարկներ և մասնագետներ, ինչը որոշ իմաստով **կոռուպցիոն ռիսկեր** է պարունակում։

Եթե սպասենք, որ **կոռուպցիան վերանա**, նոր բարեփոխումներ անենք, կարող է մի հարյուր տարի էլ սպասենք։

Առողջապահական ապահովագրության ներդրմանը պատրաստ չէ ոչ միայն **առողջապահական համակարգը**, այլև **պետությունն** ընդհանրապես։ Տարբեր գերատեսչություններ իրար հետ լավ չեն համագործակցում, յուրաքանչյուրը միայն իր ոլորտի խնդիրներն է առաջ տանում։

Առողջապահական ապահովագրությունը Հայաստանում պետք է **փուլային տարբերակով** ներդնել։ Օրինակ, սկզբում դա պետք է լինի կամավորության հիմքով։ Կամ պետք է պետական հիմնարկներից սկսել։

Պետությունը պետք է կադրային քաղաքականություն իրականացնի և մոտիվացնի պետական աշխատողին՝ չարտագաղթելու և հենց մասնագիտությամբ աշխատելու համար։ Պետք է նաև արտողնություններ տա իր և իր ընտանիքի անդամների համար։

Ապահովագրության համար կարելի է արտոնություններ տալ գործատուներին, բայց միայն որոշ պայմաններում։ Օրինակ, եթե նրանք թոշակի տարիքի աշխատակիցներ ունեն։ Կամ սահմանափակ հնարավորություններով աշխատակիցներ։ Այդ պարագայում պետությունը բժշկական ապահովագրության համար հարկային արտոնություններ կարող է տալ գործատուներին։

Ռեսուրսների տեսանկյունից ապահովագրական ընկերություններն անշուշտ ստիպված են լինելու ավելացնել ռեսուրսները, չեն կարող նույն ռեսուրսներով սպասարկել հարյուր հզ. և երկու մլն. մարդու։ Այս հարցը, սակայն, հեշտ լուծելի է։ Արմեդ համակարգն էլ թույլ է տալիս արագ և արդյունավետ կերպով հաստատումներն անել, քաշքշուկի հարցը լուծել։ **Օրենսդրական նպաստավոր դաշտ** պետք է լինի, որից հետո միայն հնարավոր կլինի ներդնել համակարգը։

Պետք է ուսումնասիրել այն երկրների փորձը, որոնք արդեն իսկ ներդրել են ԱՀԱ համակարգը։ Դա ոչ միայն թույլ կտա տեղայնացնել **փորձը**, հաշվի առնելով մեր առանձնահատկությունները, աշխարհայացքը, այլև ուսումնասիրել արդեն իսկ առկա խնդիրները։

Սոցիալական պետությունների նման մոդելը բավականին արդյունավետ է, պետությունը ակտիվորեն ներգրավված է, ծառայությունների փաթեթները խիստ անհատականացված են, արդյունավետորեն իդենտիֆիկացված են խոցելի խմբերը և նրանց տրամադրվող աջակցությունն էլ թիրախային է՝ ըստ կարիքների։ Եթե ես անեի բարեփոխումները, կփորձեի այս **փորձը ուսումնասիրել**, տեղայնացնել։

Հայաստանում առողջապահական համակարգը **սխալ է պլանավորված, լավ չի աշխատում** և վտանգ կա, որ այս իրավիճակում ապահովագրության համակարգ ներդնելը կարող է նոր խնդիրներ առաջացնել քաղաքացիների ու բուժհաստատությունների համար։

Մեր երկիրը շատ լուրջ պոտենցիալ ունի **առողջապահական տուրիզմի** զարգացման, մասնավորապես ստոմատոլոգիական, սրտի բուժման ծառայությունների դեպքում. պետք է քայլեր ձեռնարկել այս ուղղությամբ։ Հայաստան եկող տուրիստները կարող են ապահովագրվել, դրսից ֆինանսավորվող կազմակերպությունների աշխատակիցներ. ամեն դեպքում ամեն ինչ պետք է անել, որ ֆինանսական բեռը միայն այստեղ աշխատող մարդկանց ուսերին չլինի։

Առողջապահական **տուրիզմ** ապահովող երկրները նաև առողջ երկրներ են. տուրիզմն օգնում է զարգացնել առողջապահական համակարգը։

Կախված է **ծառայությունների փաթեթից**, թե մարդիկ կցանկանա՞ն գումար վճարել իրենց աշխատավարձից։

**Պետությունը** պետք է թարմացնի իր **առողջապահական համակարգը**, նոր մակարդակի հասցնի ու նոր փորձի որևէ առաջարկով հանդես գալ, որը իրենից ենթադրում է հարկային բեռի ավելացում բնակչության համար։

Իմ կարծիքով չարժե հիմա ներդնել առողջության ապահովագրությունը, մենք հիմա լուրջ խնդիրներ ունենք **առողջապահական համակարգում**, որոնք պետք է առաջնահերթ լուծվեն։

Գործող ապահովագրության համակարգում բուժհաստատություն ուղղորդելու դեպքերը բացառվում են, քանի որ քաղծառայողները **ԱՆ**-ի կողմից հաստատված ցանկից ազատ են ընտրելու բուժհաստատություն, որն ուղղակի հարցում է ուղարկում ապահովագրական ընկերությանը, ստանում հաստատում կամ մերժում։

Ապահովագրական ընկերություններն իրենք են շահագրգռված, որ բուժօգնությունը և սպասարկումը լինեն որակյալ, **ԱՆ-ն ունենա որակի հստակ պահանջներ**, բուժաշխատողները լինեն պատրաստված, տեխնիկան՝ նոր։ Սա բիզնես է։

Հայաստանում **առողջապահական ոլորտի համակարգում** բազում չլուծված խնդիրներ կան։ Հետևաբար, մենք պատրաստ չենք նաև պարտադիր ապահովագրության ներդրմանը։

Կարելի է մեխանիզմներ մշակել, որ գումարի մի մասը հատկացվի **ներդրումներին**։ Եթե նման մեխանիզմ չլինի, ֆինանսական ներդրումներ կարող է չլինեն։

Ներկայում արդեն իսկ պետության կողմից առաջարկվող **պետպատվերի** համակարգի շրջանակներում պետության խոստացած ծառայություններն ամենևին **չեն բավարարում** մարդկանց կարիքներին։ Բազմաթիվ մարդիկ պարզապես դուրս են մնում։

Մենք պետք է **ուսումնասիրենք սոցիալիստական ուղղվածությամբ երկրների փորձը** և հասկանանք, թե ինչպես են իրենք կարողացել լուծել բժշկական ապահովագրությունը ներդնելու պահին առկա խնդիրները և ինչ արդյունքների են հասել ավելի երկարաժամկետ հեռանկարում։

Ապահովագրության վճարների մասին խոսելիս, թե ով պետք է վճարի՝ պետությո՞ւնը, թե՞ անհատը, պետք է լուրջ **ուսումնասիրություններ լինեն**, որ հասկանալի լինի՝ իրականում որքա՞ն գումար է հարկավոր և որքա՞ն ներդրում կարող է ունենալ պետությունը։

Պետք չի սպասել, որ երկիրը **տնտեսական աճ** ունենա, հետո մտցնել պարտադիր ապահովագրումը։ Եթե շտապ չանենք, ապա առողջապահական համակարգը ճգնաժամի մեջ կհայտնվի։

Մենք պետք է նաև պետության առջև դրված խնդիրների **առաջնահերթությունները** հասկանանք։ Օրինակ, պատերազմից ավելի շատ վնաս եղավ, քան կորոնավիրուսից։ Եվ կարևոր է հասկանալ, թե որ ուղղությամբ է պետք կենտրոնացնել ջանքերը։

Արդյո՞ք **պետական միջոցները** կբավարարեն ամբողջական ապահովագրության համար։

**Վճարների սխեմաներ** են պետք։ Օրինակ՝ գումարը կարելի է վճարել ոչ թե ապահովագրական ընկերությանը, այլ պետությանը։ Իսկ հետո արդեն պետությունը այդ նույն գումարները ապահովագրական ընկերության միջոցով կփոխանցի համապատասխան բուժհաստատությանը։

**Պետությունը պետք է դիտարկի** իր բյուջետային հնարավորությունները և հաշվարկի, թե վճարների որ մասն է պետք թողնել քաղաքացիների վրա և ընդհանրապես ինչ սկզբունքով պետք է գանձել վճարները։ Դա հաշվարկների և քաղաքական որոշման հարց է։

Կարող է օգնության **կենտրոնացած հիմնադրամ լինել**, որը կօգնի հատուկ կարիք ունեցող, սոցիալապես անապահով մարդկանց. այստեղ պետք է հոգաբարձուների խորհրդում լինեն և՛ պետությունը, և՛ մասնավորը։

Ցանկալի է, որ փոխանցումները լինեն **տարիքով մեծ մարդկանց կամ անապահով խմբերի** ծախսերի համար, այլ ոչ թե այն մարդկանց, ովքեր ուղղակի տանն են նստել ու չեն աշխատում։

## Զ. ԳԻՏԵԼԻՔ, ՎՍՏԱՀՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹ

Եթե մենք ոչ միայն քարոզչության մակարդակով մարդկանց **համոզենք**, այլև **որոշակի ֆինանսական հաշվարկներ ներկայացնենք**, ցույց տանք պրակտիկ օգուտը ոչ միայն առողջության պահպանման, այլև ֆինանսական տեսանկյունից, միգուցե դիմադրությունն ավելի քիչ լինի։

Ապահովագրությունը, ինչպես ցանկացած նորություն, լայն ծավալով սկզբնական շրջանում չի ընդունվում։ Նույնը տեղի է ունեցել նաև **ավտոմեքենաների ապահովագրության** նախնական շրջանում, մինչդեռ հիմա մարդիկ արդեն **չեն բողոքում**։

Պետք է լայնածվալ **տեղեկատվություն** ապահովել, մեր անգրագիտությունն այնքան շատ է, որ չգիտենք նույնիսկ ում դիմել, դիմելու դեպքում նորմալ պատասխան չենք ստանում։ Եթե տեղեկատվությունը նորմալ հասանելի լինի, ես կուզենամ օգտվել կամավոր ապահովագրությունից։

Մեր երկրում մարդիկ կան, որ ընդհանրապես **տեղյակ չեն**, թե ինչ է առողջապահական ապահովագրությունը։ Դրա հետ կապված **տեղեկություն** պիտի տրամադրվի բոլորին։

Եթե մենք որոշում ենք, թե ինչ մեխանիզմով ենք համապարփակ ապահովագրություն ներդնում, ապա մենք պետք է իմանանք նաև թե այդ ապահովագրությունը ինչ **ծավալի ծառայություններ** է ներառում։

Լիքը մարդիկ **չգիտեն**, որ ինչ-որ ծրագրերի շահառու են, դրա համար **իրազեկվածությունը** պետք է բարձրացնել։ Դա կարող է լինել, օրինակ, համայնքներում սոց. աշխատողների միջոցով։

Ապահովագրությունը հավասարապես օգտակար կլինի և՛ բուժաշխատողների, և՛ քաղաքացիների համար։ Ուղղակի քանի որ ապահովագրական համակարգերը դեռևս նոր են և «գործուն» չեն, **վստահության խնդիր կա**։

Պետք է մարդիկ **իրազեկված լինեն**, թե ինչ է նշանակում ապահովագրություն, որպեսզի ցանկանան օգտվել։

Հարկ վճարողը պետք է իմանա, թե իր վճարած հարկերի դիմաց ինքը իրականում ինչ **ծառայությունների փաթեթ** կստանա։

Ապահովագրութունը **մշակույթ է**, որը մեր երկրում դեռ չկա։

Եթե մարդիկ **վստահ լինեն**, որ ապահովագրական վճարներ անելու դեպքում իրենք և իրենց ընտանիքի անդամները ցանկացած պարագայում կստանան **անվճար որակյալ բուժօգնություն**, ապա կհամաձայնվեն։

Մարդը երբ հիվանդանում է, պետք է **վստահ լինի**, որ կդիմի եւ կստանա նորմալ բուժում։

Մենք ունենք ապահովագրական ծրագրերի **մարկետինգի** և հանրությանը ավելի **լավ ներկայացնելու** խնդիր։

Մինչ այսօր չգիտեմ, թե իմ աշխատավարձից որքան տոկոսն է փոխանցվում առողջության ապահովագրությանը։ Մանկավարժ եմ, կուզենայի ավելի **իրազեկ** լինել այս առումով։

Պետք են **վերապատրաստումներ** ե՛ւ բժիշկների, ե՛ւ հիվանդների համար։

Եթե ցանկանում ես, որ աշխատողը վճարի չաշխատողի համար, պետք է դրա վերաբերյալ **հանրային** **տեղեկատվությունն** ավելի գեղեցիկ մատուցվի։

Գրեթե բոլոր զարգացած երկրներում գործում է ապահովագրություն, որի համար վճարում է վճարունակ քաղաքացին։ Կան նաև որոշ նվազագույն ծառայությունների ընդգրկող փաթեթներ, որոնց համար վճարում է պետությունը, այդպիսով ներառելով հանրության **անապահով հատվածին**։

Մենք հերթագրվելու, ամիսներով սպասելու **սովոր չենք**։ Մենք լսում ենք, որ արտերկրում ատամնացավի համար հերթագրում են քսան օր անց։ Չեմ պատկերացնում, թե նման **մշակույթ** կարող է լինել մեր մոտ, կամ կգա՞ մի օր, որ մեզ զանգեն ասեն, ձեր հերթական բուժզննման ժամանակն է։ Ես ապահովագրություն ունեմ, բայց երբևէ նման զանգ չեմ ստացել։

Ովքեր ունեն **պարտադիր ապահովագրություն**, նրանք **կամա թե ակամա** ժամանակին բժշկական հաստատություններ կդիմեն ու դրանով էլ **կկանխարգելեն** առողջական ծանր հետևանքները։

Ապահովագրական ընկերության աշխատակից եմ եւ բնականաբար կարեւորում եմ ապահավագրումը. հայերին **բնորոշ** է, որ դիմում են բուժ հաստատոսւթյուներին, երբ **դանակը հասնում է ոսկորներին**։ Ապահովագրումը նպաստում է, որ ժամանակին դիմեն։

**Ապագան** ապահովագրական մեխանիզմների ներդրման մեջ է։

Ապահովագրությունն ամեն մարդու **ներդրումն է** իր առողջության համար։

Ապահովագրությունը կարող է մեկ այլ խնդիր առաջացնել՝ կարող է տուժել **հիվանդությունների կանխարգելման պրակտիկան**։ Մարդիկ կարող են **մտածել**, թե միևնույն է, ապահովագրությամբ բուժվելու են և արդյունքում տուժելու են հիվանդությունների կանխարգելման խնդիրները։

Իմ ընկերն աշխատում է դպրոցում, որտեղ արդեն գործում է պարտադիր ապահովագրություն։ Սկզբնական շրջանում թե՛ ընկերս, թե՛ իր գործընկերները խիստ դեմ էին։ Առաջին բուժզննման ժամանակ արդեն հայտնաբերեցին քաղցկեղ՝ բոլորովին նոր ձևավորվող։ Այսինքն, եթե այդ բուժզննումը չլիներ, ընկերոջս կյանքին շատ լուրջ վտանգ կարող էր սպառնալ։ Վաղ թե ուշ, բոլորս էլ հանգելու ենք այն **գիտակուցթյանը**, որ առողջությունն ամեն ինչից թանկ է։

Եթե Երևանում մարդիկ ավելի հաճախ են բուժզննում անցնում, օրինակ՝ կարող են ուղղակի առողջության ընդհանուր վիճակը ստուգելու համար այցելել բժշկի, ապա մարզերում **մտածելակերպը** մի քիչ այլ է, բժշկի դիմելն արդարացվում է միայն ծայրահեղ իրավիճակներում։

Եթե հնարավորինս արդյունավետ տարբերակով ներդրվի ԱՀԱ համակարգը, մարդիկ ստիպված կլինեն պարբերաբար այցելել **բուժզննման**, չսպասել, որ **դանակը ոսկորին հասնի**։

Մեր **մարզում** ես պարտադրում եմ, որ ինձ հետազոտեն, բայց արդյունքներից գոհ չեմ, վստահություն չունեմ։ Անիմաստ հետազոտությունների շարք եմ անցնում, հետո գնում Երևան։

Ես, որպես սոցփաթեթի շահառու, երբեմն անիմաստ հետազոտություններ եմ անցնում **մարզում** և արդյունքներին էլ չեմ վստահում։

Եթե մասնագետը լավն է, կարևոր չէ՝ **Երևա**՞ն ես գնում, թե՞ **մարզ**։ Այստեղ վստահության խնդիր կա։

Սպառողներն իրենց իրավունքներից **տեղյակ չեն**։ Ավելին, կան մարդիկ, ովքեր նույնիսկ տեղյակ չեն, թե որ ապահովագրությունից են օգտվում։ **Թափանցիկության** խնդիր կա։

Մենք՝ որպես ապահովագրական գործակալ, տարեկան որոշակի պլաններ ունենք, բայց դրանք կատարելու համար նաև խնդիրների ենք բախվում՝ կապված բնակչության մոտ **տեղեկատվության պակասի** ու սոցիալական վիճակի հետ։

Որպես ապահովագրական գործակալ կարող եմ նշել, որ **թերտեղեկացվածության** պատճառով բնակչության համար դժվար է ընկալել ապահովագրությունը։ Մյուս կողմից էլ սոցիալական վիճակը թույլ չի տալիս բնակչությանը կամավոր ապահովագրություն ձեռք բերել, ինչն էլ դժվարեցնում է պլանի կատարումը։

Մենք **ավանդական ժողովուրդ** ենք և հաճախ բացասական ենք տրամադրված ցանկացած նորարարության հանդեպ։ Պրակտիկ կիրառման պարագայում միայն մարդիկ կսկսեն գնահատել տվյալ համակարգի կարևորությունը։

Ունեմ ապահովագրություն, մենք միշտ Մարտունիում ենք ստուգվում, և ես **տեղյակ չեմ**, թե կարող եմ արդյոք Երևանում անցնել բուժզննում, թե ոչ։ Նաև դժգոհ եմ, որ որոշ հետազոտությունների դեպքում համավճար կա։

Առողջապահական ապահովագրություն ներդնելուց առաջ պետք է հասկանանք, թե մարդիկ որքանո՞վ են **ճիշտ հասկանում**, թե երբ և ինչ բուժզննման կարիք ունեն։ Շատ քաղաքացիներ, որոնք տարբեր արտոնություններ ունեն, հաճախ միանգամից դիմում են թանկարժեք բուժզննման, և դա այն դեպքում, երբ մինչ այդ կարող էին պոլիկլինիկաներ գնալ և այնտեղ ստանալ իրենց հուզող հարցերի պատասխանները։

Պացիենտները դիմելով հիվանդանոց՝ **տեղյակ չեն** լինում, թե ինչն է փոխհատուցվում, ինչը՝ չէ։ Օրինակ՝ այն հետազոտությունները, որոնք հնարավոր են անվճար անցնել պոլիկլինիկաներում, կարող եք էնտեղ անցնել։

Չկան պետականորեն ընդունված բուժման սխեմաներ, նույն հիվանդությունը տարբեր հիվանդանոցներում տարբեր կերպ կարող է բուժվել, տարբեր գումար արժենալ. մարդ չի հասկանում իրեն ինչ ծառայություններ են հասնում, **կոռումպացված մթնոլորտ է**։ Այս խնդիրները պետք է լուծվեն ու նոր անցնենք ապահովագրության համակարգի ներդրմանը։

Ապահովագրական ընկերությունները **թափանցիկ չեն** աշխատում, ինչի արդյունքում շահառուները չգիտեն իրենց իրավունքները ու պարտականությունները։

Սոցփաթեթից և բուժհաստատությունների ներկայացուցիչների հարցուպատասխանից երևում է, որ քաղաքացիների **իրազեկվածությունը ցածր է.** չգիտեն՝ ինչից կարող են օգտվել, ինչից ոչ։

Եթե **Երևանում** մարդիկ ավելի հաճախ են **բուժզննում** անցնում, օրինակ՝ կարող են ուղղակի առողջության ընդհանուր վիճակը ստուգելու համար այցելել բժշկի, ապա **մարզերում** մտածելակերպը մի քիչ այլ է, բժշկի դիմելն արդարացվում է միայն ծայրահեղ իրավիճակներում։

Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ **«Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ**»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն **չենք վստահում** բուժաշխատողներին։

Մարզերում հիվանդանոց դիմելն **ասոցացվում է** խիստ մեծ ծախսերի հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։

Երբ մարդիկ օգտվեն ապահովագրության ծառայություններից, նրանք **կհասկանան**, որ դա շատ օգտակար է։ Ժամանակին նույն խնդիրն ունեինք, օրինակ, ավտոմեքենաների պարտադիր ապահովագրության հետ կապված։ Բայց մարդիկ օգտվեցին, տեսան, որ դա օգտակար է և հիմա նույնիսկ փոքր քերծվածքների դեպքում կանգնում ու սպասում են ապահովագրական ընկերության ներկայացուցիչներին։

Եթե հարկը ներդրվում է և նույն չափով չի նվազում եկամտահարկը, ապա սա հասարակության լայն շերտերի մոտ բողոք է առաջացնելու։ Հիմա հարց. եթե մենք քսան տոկոս եկամտահարկ ենք մինչ օրս վճարել, ապա մինչև հիմա ինչո՞ւ չենք այդ գումարի դիմաց ապահովագրություն ստացել։ Պետք է նպատակային կերպով **մարդկանց բացատրել**, թե իրենց հարկերի դիմաց ինչ են ստանում։

Որպես մանկավարժ մենք օգտվում ենք ապահովագրությունից, ու այդպես հաստատ ավելի ճիշտ է. հետևում ենք մեր առողջությանը։ Եթե ճիշտ կերպով մարդկանց **բացատրեն**, նորմալ ծառայություններ մատուցվեն, մարդիկ քաշքշուկի մեջ չընկնեն, բոլորն էլ ի վերջո գիտակցաբար միանալու են համակարգին։

Հայաստանում շատ վճարներ կան, օրինակ՝ կենսաթոշակայինը, որոնց մասին քաղաքացիները լավ տեղեկացված չեն։ Նրանք վճարում են, բայց հստակ չգիտեն, թե որքան են վճարում ու հետո ինչ են ստանալու դրա փոխարեն։ Դրա համար պետք է լինելու բժշկական ապահովագրության ներդրումը ուղեկցել **տեղեկատվական-քարոզչական** մեծ աշխատանքով։

Ծառայությունների որակը պետք է ավելանա, մարդիկ պետք է տեսնեն բարեփոխումները, այլապես միայն հաղորդակցությամբ հնարավոր չէ ռեալ **վստահություն** ձեռք բերել։

Մենք մեզ պետք է փոխենք, մեր **մենթալիտետը**, որովհետև, եթե դու սոցփաթեթից էլ ես օգտվում, անկախ քեզնից դու կողքից գումար ես տալիս բժշկին, որ քեզ առանձնահատուկ վերաբերմունք ցուցաբերի։

Մարդիկ կան, որ լուրջ չեն վերաբերվում իրենց կամ հարազատների առողջությանը։ Սա **տեղեկության և վստահության պակասի** հետևանք է։ Եթե այսօրվա քաղաքացին տեղեկացված է և վստահ է, որ բուժծառայությունը որակյալ է, ինչքան պետք է, կվճարի։

Բնակչության շրջանում շերտեր կան, որ լուջ չեն վերաբերվում իրենց առողջությանը, պետք է **տեղեկացնել, կրթել**, որ մարդիկ հասկանան, թե ինչքան կարևոր է առողջությանը հետևելը։ Եթե վստահություն լինի համակարգին, առողջությունն էլ կարևորեն, յոթ չէ, տաս տոկոս էլ կվճարեն մարդիկ։

Եթե քաղաքացին **գիտի իր իրավունքները ու պարտականությունները** և բժշկից պահանջում է իր պարտականությունների ճշգրիտ կատարում, ապա չի լինի մի բժիշկ, որ ամբողջությամբ չսպասարկի։

Յուրաքանչյուր դեպքում, եթե պետությունը բնակչությանը հարկում է, նա նախ և առաջ պարտավոր է կա՛մ երաշխիքներ տրամադրել, կա՛մ էլ՝ **վստահությունը** բարձրացնել, որպեսզի սպառողը առանց մեկ վայրկյան մտածելու վճարի ոչ միայն յոթ, այլ 17 տոկոս։

Չնայած մեր ազգային **մտածելակերպին**՝ երբ մարդիկ բժշկի են դիմում միայն այն պարագայում, երբ դանակը ոսկորին է հասնում, պետք է այնուամենայնիվ ներդնել ապահովագրական համակարգը։

Փաստորեն, առողջ լինելը **ձեռնտու չի**. վճարում ես՝ չես օգտվում։

Պետությունը հիմա էլ որոշ բժշկական հետազոտություններ անվճար է իրականացնում։ Բայց քաղաքացիները չեն օգտվում այդ ծառայություններից։ Ի՞նչն է մարդկանց խանգարում գնալ և անվճար բուժզննում անցնել։ **Մտածելակերպի խնդիր է**, մինչև դանակը ոսկորին չհասնի, մարդիկ հիվանդանոց չեն գնում։

**«Անապահով» ու «նպաստառու»** ընտանիք ասվածը շատ հարաբերական է։ Պետք է այդ համակարգի հանդեպ **վստահությունը** վերականգնվի ու աշխատողները վստահ լինեն, որ այդ համակարգում գրանցված մարդն իրականում անապահով է ու, միգուցե, այդ դեպքւմ ցանկանա նրա փոխարեն վճարել։

Կորոնավիրուսի համաճարակը հետաքրքիր բան բացահայտեց՝ մարդիկ հիվանդանում են, ինքնուրույն բուժվում, բայց հետո չեն գնում ստուգվելու, որպեսզի իմանան վարակվա՞ծ էին, թե՞ ոչ։ Այսինքն, նրանք **պատրաստ չեն** 15.000 դրամ վճարել, որպեսզի վստահ լինեն այդ վտանգավոր վարակից պաշտպանվելու հարցում։

Ապահովագրական ընկերությունները Հայաստանում **վստահելի չեն**։ Մինչ այդ ոլորտում իրական բարեփոխումներ չլինեն, նրանց չի կարելի գումար վստահել։

Մարդիկ պետք է նաև **տեղեկացված լինեն** սոցփաթեթից օգտվելու կանոների մասին, որոնց մասին բավարար գիտելիքներ չունեն այսօր։

Մի քանի տարի առաջ ինձ համար չկարողացա գտնել այնպիսի ապահովագրական ընկերություն, որը միայն ինձ ապահովագրեր։ Միգուցե կա, բայց **ինֆորմացիան** քիչ է ինտերնետում։

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետ կապված պետք է անպայման հանրությանը **մանրամասն բացատրվի**, թե այդ ամենն ինչի համար է, ու արդյո՞ք իր հիվանդությունները ներառված են ապահովագրվող հիվանդությունների ցանկում։ Ինպես նաև պետք է մարդը ինքը ընտրի ապահովագրող կազմակերպությունը։

ԱՐՄԵԴ համակարգի վերաբերյալ **տեղեկատվությունը** զրոյական մակարդակում է, պետք է այդ համակարգի վերաբերյալ տեղեկատվությունն ընդլայնել։

Ընդհանուր **տեղեկատվության մեծ պակաս կա**, իսկ բժշկական բոլոր ծառայությունների որակը մարզերում շատ ցածր է, մասնագետների պակաս կա։

Կողմնակի վճարները ձևավորված «**մշակույթ**» է, որի հաղթահարման համար շատ ժամանակ է պետք։

Ներկա իշխանություններին **չեմ վստահում**, դրա համար էլ չեմ վճարի այս պահին առողջապահության հարկ։ Բայց ընդհանուր առմամբ դեմ չեմ այդ հարկային քաղաքականությանը։

Ես հիմա աշխատում եմ և կարող եմ հոգալ իմ առողջության հետ կապված հարցերը։ Բայց վաղը-մյուս օրը հնարավոր է աշխատանք չունենամ, և երևի թե անհրաժեշտ է արդեն այսօր **մտածել ապագայի մասին։**

Կովիդը, պատերազմը և այլ խնդիրներ մեզ ծուղակը գցեցին։ Մեր **կենսակերպն այնպիսին չէր**, որ ապահովագրվեինք։ Բայց հիմա սկսել ենք **մտածել** դրա մասին։

Մարդկանց **տարեկան հետազոտությունները** պետք է դարձնել **մշակույթ**, միգուցե տարիներ հետո բոլորն էլ հասկանան, թե դա ինչքան կարևոր է և կամավոր կերպով պատրաստ լինեն վճարելու, բայց հիմա դեռ այդպես չէ։

Պետք է բոլորը ունենան առողջապահական ապահովագրություն (նախապայմանը այն է, որ ուղղակի փաթեթը ի օգուտ հիվանդի լինի), քանի որ այլ պարագայում, ոչ մեկը չի դիմում բժշկի, քանի **դանակը չի հասել ոսկորին։**

Մենք զգացել ենք, որ **պրոֆիլակտիկ ստուգումներ** անելու **մշակույթ** է ներդրվել։ Եթե մարդ կարողանա նախապես օգտվել այդ ծառայություններից, կունենանք հիվանդացության և մահացության ցածր տոկոսներ։

Պետական բժշկական հաստատություններից օգտվողները ավելի քիչ են, քան մասնավորից. տեխնիկական զինվածության, մասնագետների պակասի և վստահության խնդիրներ կան...

Արդեն մի տարի է, որ ես օնկոլոգիական հիվանդության հետ կապված խնդիրներ ունեմ և պրակտիկայով զգացել եմ, թե ինչ է նշանակում ապահովագրություն ունենալը։ Երբ ասում են, որ քաղցկեղից այսքան մեծ թվով մահացություն կա, դա հիմնականում պայմանավորված է ժամանակին **պրոֆիլակտիկ** ստուգումներ չանելով։

## Է. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅՈՒՆ

Պարտադիր ապահովագրության հարցը լուծելուց պետք է անպայման հաշվի առնել **խավերի փոխհարաբերությունները։** Գումարային խնդիրը պետք է տարբեր խավերի համար տարբեր լինի։

Մեր երկրում պիտի գործիքակազմ ներդրվի, որ **աշխատող** մարդիկ պարտադիր կերպով ապահովագրության ծրագրի մասնակցեն, իսկ **չաշխատող** մարդիկ կարողանան որոշ ծառայություններ ստանալ։

Առողջապահությունը երբեք անվճար չի լինում։ Դրա համար վճարում է կա՛մ քաղաքացին, կա՛մ պետությունը։ Պետության խնդիրն է հոգ տանել **անապահով խավի** մասին։

Մենք, որպես պետություն, պետք է նախ և առաջ այս ծառայությունների շահառու դարձնենք **սոցիալապես անապահով խմբերին**, քանի որ նրանք վճարունակ չեն ու բասմաթիվ բժշկական ծառայություններից նրանք սեփական միջոցներով չեն կարող օգտվել։

Խնդիր եմ տեսնում բնակչության այն հատվածի համար, որն **անաշխատունակ** է։

Պետք է մեր երկրում ապահովագրությունը պարտադիր լինի, բայց ոչ բոլորը կարող են վճարել, կարևոր է, որ **պետությունը ևս վճարի**։

**Պետական աջակցությունը** գոնե միջնաժամկետում պետք է լինի։ Դրանից հետո արդեն պարզ կլնի, թե որ մեխանիզմն է ավելի արդյունավետ։

**Հավասար պետք է լինի** առողջության հարկը՝ այսինքն ֆիքսված գումար, մենք բոլորս վճարում ենք նույն պայմանների համար։

Ճիշտ է, նույն ծառայությունն ենք ստանալու, սակայն եկամուտը պետք է հարկվի որոշակի տոկոսով, հիսուն և երեք հարյուր հազար ստացող մարդիկ չեն կարող նույն գումարը վճարել։ **Չաշխատող մարդկանց** համար էլ պետք է որոշակի նպաստավոր պայմաններ ստեղծել, պետբյուջեից վճարել. **աշխատողների ուսերին** ամբողջ բեռը չի կարող դրվել։

**Արդարության սկզբունքը** անհրաժեշտ է պահել։ Եթե ես բարձր աշխատավարձ ստացող եմ, իմ մնացած հարկերով ես արդեն իսկ ավելի մեծ ներդրում եմ ունենում պետբյուջեին, և այդ դեպքում ես համաձայն չեմ լինի ապահովագրության համակարգին։ Ավելի լավ է պետք եղած ժամանակ իմ գրպանից վճարում անեմ և ինձ անհրաժեշտ բուժօգնությունը ստանամ։

Սխալ է, որ մարդը, ով առավոտ շուտ դուրս է գալիս աշխատանքի, դժվարությամբ աշխատում է, վճարի նաև բարեկեցիկ պայմաններում ապրող **չաշխատող մարդկանց** համար։

Անարդար եմ համարում, որ հինգ-վեց հարյուր հազար ստացող մարդը **նույն ծառայություններից** օգտվի, ինչ, օրինակ, երեսուն-քառասուն հազար ստացողը։

Պետությունը պետք է օգնի **չաշխատող մարդկանց** ներգրավվելու ապահովագրության համակարգում։

Աշխատող և առողջ բնակչությունը պետք է ինչ-որ չափով իր վրա վերցնի նաև **չաշխատող ու ոչ առողջ բնակիչների առողջապահական ծախսը։**

Համակարգի մասին խոսելիս մենք խոսում ենք գրանցված աշխատողների մասին։ Եթե հաշվի առնենք ստվերային տնտեսությունում ներգրավված ու գերշահույթ ստացող անհատներին ու կազմակերպություններին, ապա **խիստ անարդար** կարող է լինել ապահովագրության հարկի ներդրումը միայն գրանցված աշխատողների համար։

**Չաշխատող մարդկանց** պարտադիր ապահովագրությունը պետությունն անպայման պետք է իր վրա վերցնի (օրինակ՝ չաշխատողներին միանգամից աշխատանք առաջարկելով), քանի որ աշխատողների մեծ մասը դժգոհ կլինի, եթե իրենց վճարած հարկերից փոխհատուցվի նաև չաշխատողների առողջապահական ապահովագրության վճարը։

Այն մարդը, ով տարիներ շարունակ վճարումներ է արել պետությանը, կարող է ավելի լավ ապահովել իր և ընտանիքի ծախսերը։ Իսկ մյուսների **բեռը** պետությունը պետք է վերցնի իր վրա։

Պետական աշխատողները **պարտավոր չեն** ապահովել առողջության ապահովագրությունը չաշխատողների համար. պետությունը պետք է այդ բեռն իր վրա վերցնի։

Երիտասարդ գործազուրկների համար **փոխհատուցում պետք չի** կատարել, այլ այնպես անել, որ նրանք ձգտում ունենան աշխատելու ու վճարելու պարտադիր առողջապահության ապահովագրության համար։

Մեր հանրության ապրելակերպը տարբերվում է արևմտյան երկրների ապրելակերպցի։ Այդ իսկ պատճառով, բժշկական ապահովագրություն ներդնելու պարագայում ավելի արդյունավետ կլինի առաջնորդվել սոցիալական արդարության սկզբունքով։ Ցավոք, **համերաշխությունը տեղին չէ**, որովհետև շատերն էլ թաքցնում են իրենց եկամուտներն ու հարկերը։

Եթե մենք ուզում ենք, որ մեր **հարազատներին ու ընտանիքի անդամներին** հասանելի լինեն բժշկական ընդհանուր ծառայությունները, մենք պետք է մտածենք, թե ինչքան **կարող ենք վճարել** դրա համար։ Սակայն, համակարգն էլ պետք է հստակ նշի, թե ինքը ինչ որակի ծառայություններ կտրամադրի։

**Առողջապահական հարկի** մի մասը եթե օգտագործեմ, ասենք, հերթական բուժզննման համար, ապա մյուս մասը մեծ հաճույքով կփոխանցեմ **անապահով խավին**։

**Ընտանիքի անդամները** պետք է կարողանան օգտվել աշխատողի սոցփաթեթից։ Վերջինս իր սոցփաթեթը կարող է տրամադրել իր ընտանիքի չաշխատող անդամին։

Մեր տան միակ աշխատողը լինելով՝ կարող եմ ասել, որ իմ ընտանիքի մյուս անդամները՝ ամուսինս, երեխաներս, նույնպես կարիք ունեն հետազոտություններ անցնելու, և ճիշտ կլինի, որ **ընտանիքի անդամները** նույնպես լինեն սոցփաթեթի շահառու։

Սոցփաթեթը կարող է վերափոխվել ընտանեկան փաթեթի, որպեսզի պետական համակարգում աշխատողի տան անդամը կարողանա իր՝ մասնավոր հատվածում աշխատող **ընտանիքի անդամին**, նույնպես ներգրավի։

Ցանկացած ոլորտում համահարթեցումը չի կարող դրական հետևանքների բերի։ Դրույքաչափը պետք է **տարբերակված լինի**։

Տոկոսադրույքը պետք է **տարբեր լինի** տարբեր չափի աշխատավարձ ստացողների համար։

Դրույքաչափերը պետք է համընդհանուր չլինեն, քանի որ տարբեր չափի աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է **նույն չափով չվճարեն**. բարձր աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է ավելի շատ վճարեն։

Համապարփակ փաթեթը ոսկի միջինն է, և բոլորին կարելի է նույն փաթեթից տրամադրել. կապ չունի, թե սպառողը ինչքան հարկ կամ գումար է վճարում։

Առողջության ապահովագրման համար **շատ վճարողները** կարող են պարզապես ծառայությունների ավելի մեծ փաթեթից օգտվել։

Սոց. արդարության տեսակետից, այո, **հարուստը պետք է վճարի աղքատի համար**, պետք է լինի ֆիքսված վճար բոլորի համար։

Կարևոր է, որ բոլորը **հավասար պայմաններով** որակյալ ծառայություններ ստանան, ու դա կախված չլինի այն բանից, թե որքան աշխատավարձ է ստանում մարդը, որքան գումար է հատկացնում ապահովագրությանը։

Նրանք, ովքեր **մեծ գումար** են ստանում, պիտի ավելի շատ վճարեն ու ավելի շատ ծառայություններ ստանան։

Եթե բոլորը նույն չափով վճարեն, **քիչ ստացողները ծանր վիճակում կհայտնվեն**, բայց պետք է բոլորն էլ հավասար բուժում ստանան, թող վերջիններին պետությունն օգնի։

Նրանք, ովքեր **շատ գումար** են աշխատում, պետք է ավելի **շատ վճարեն,** և շատ վճարողն էլ պետք է շատ ծառայություններ ստանա, որպեսզի արդար լինի բոլորի նկատմամբ։

**Մինիմում ծառայությունները** պետք է բոլորը ստանան։ Ով ուզում է ավելի շատ բան ստանալ, ավելի շատ պետք է վճարի։

Չի կարելի **հասարակության մի մասին** վճարել, մյուսներին թողնել սառույցի վրա։

**Հարուստը** պետք է վճարի **աղքատի** փոխարեն։ Բայց պետք է բոլորն ունենան հավասար իրավունքներ և ծառայություններ։

Մեր բնակչության մեջ մի երևույթ է ձևավորվել. մարդիկ կան, որ քրտնաջան աշխատում են, թեկուզ ցածր աշխատավարձով ընտանիք են պահում, իսկ որոշ մարդիկ գնում են Փարոսում գրանցվում, ու չեն ուզում աշխատել։ Այս դեպքում **աշխատողը** ինչու՞ պիտի մյուսին պահի։

Մարդիկ կան, ովքեր **ջանք չեն գործադրում**, չեն աշխատում, օգտվում են Փարոս համակարգից։ Արդյունքում հասարակության մյուս մասի վճարած հարկերով նրանց գումար և առավելություններ է տրամադրվում։

Մեկը **շատ է վաստակում**, որովհետև իրեն շատ բաներից կտրել է, իսկ մյուսն էլ քիչ է աշխատում, ու իրենք պետք է հավասար հնարավորություններ ունենա՞ն...

**Հարուստը** կսկսի ցանկանա, որ **աղքատանա** և պետության հաշվին ապրի։

Ես գտնում եմ, որ միայն աշխատողների վճարելը ճիշտ չէ։ Եթե մարդը չի աշխատում, ոչինչ չի անում, մտածում է՝ «Հա, դե ես ապահովագրված եմ, թող ուրիշները աշխատեն», էլ չի ցանկանա աշխատել։ Չաշխատողներին այլ փաթեթներ ու պայմաններ կարող են առաջարկվել, հատուկ խմբերում ընդգրկված մարդկանց համար էլ պետք է արտոնյալ պայմաններ գործեն։

Ինչու՞ պետք է բուժաշխատողը քսանչորս ժամ աշխատի, ամիսներով տան երես չտեսնի ու այդ գումարը փոխանցի **ուրիշ մարդկանց**։

**Արդարացի չէ**, որ աշխատողը պետք է չաշխատողի փոխարեն վճարի։ Ես ծանոթ եմ սոցիալապես անապահով վիճակում գտնվող մարդկանց հետ, ու հաստատ շատ մարդիկ ստում են, որ արտոնություններից օգտվեն։

**Արդարացի չէ**, որ աշխատողը վճարի չաշխատողի համար, օրինակ, մեր համայնքում հինգ ընտանիք կա ընդամենը, որ իրականում սոցիալապես անապահով են, մնացածը՝ խաբում են։

**Չաշխատողները** թող աշխատեն ու իրենց կարիքները հոգան, **աշխատողը պարտավոր չի** բոլորի կարիքները հոգա։

Եթե մենք ունենանք բազային փաթեթ, որ հասանելի է բոլորին, և ավելի լավ փաթեթներ՝ ըստ կատարած վճարների, **արդարության** հարցը պետք է որ լուծվի։

Չի կարելի ասել, եթե **աղքատ** ես, մի հիվանդացի։ Չենք ասում շքեղություններ, բայց սոցիալական խնդիր ունեցող մարդկանց տարրական ապահովագրության հարցը պետք է լուծել։

Առողջության պարտադիր ապահովագրման դեպքում, եթե դա գործի **սոցիալական համերաշխության** սկզբունքով, վտանգ կա, որ շատ հարկատուներ կանցնեն ստվերի տակ, որպեսզի իրենք չվճարեն ուրիշների համար։

Բարձր աշխատավարձ ստացողին յոթ տոկոսի հարկումը մեծ սոցիալական պրոբլեմների առաջ չի կանգեցնի, ինչը չենք կարող ասել ցածր աշխատավարձ ստացողի մասին։

Ապահովագրությունն անհրաժեշտ է: Յուրաքանչյուր **աշխատող** պետք է կատարի վճարումներ: Սակայն **կենսաթոշակառուները** այլևս հնարավորություն չունեն ապահովագրելու իրենց առողջությունը: Այդ հարցը պետք է լուծվի **պետության** կողմից:

Ծառայությունների որոշակի **նվազագույն փաթեթ** պետք է հասանելի լինեն բոլորին, իսկ ավելի երկարաժամկետ բուժում ենթադրող ծառայությունները երևի թե հասանելի կլինեն միայն աշխատող մարդկանց։

Եթե աշխատողի գումարը հերիքի իր և իր ընտանիքի առաջնային կարիքները բավարարելուն, ապա հնարավոր է նա ցանկանա վճարել **չաշխատողի** համար։

Պետությունը պետք է ոչ թե բոլորի կարիքները հոգա, այլ նպաստավոր պայմաններ ապահովի, որ բոլորը կարողանան աշխատել և լուծել իրենց խնդիրները։

Պետությունը պետք է լուծի միմիայն **սոցիալապես խոցելի խմբերի** խնդիրները ու վճարի միայն նրանց փոխարեն։

Բժիշկը վիրահատելիս չի նայում, թե մարդը **բարձր ստացող է՞, թե՞ ցածր**։ Այս դեպքում շատ վճարելը ու՞մ է պետք։

Կենսաթոշակային համակարգի տրամաբանությամբ, աշխատողները գումար են վաստակում և վճարում կենսաթոշակային տարիքի անձանց կենսաթոշակը։ Սակայն առողջական խնդիրներ կարող են ունենալ բոլորը՝ զրոյի մինչև հարյուր տարեկան, և **աշխատողները** որքան էլ հարկ վճարեն, ամբողջ բնակչության ապահովագրության համար չի հերիքի։

Չաշխատող բոլոր քաղաքացիների համար պետք չէ վճարել. աշխատողը կարող է առավելագույնս վճարել միայն **խոցելի խմբերի** ներկայացուցիչների համար։

Որակյալ ծառայությունների պարագայում, ես պատրաստ եմ ամսական մինչև 20.000 դրամ ապահովագրության վճար վճարել։ Բայց եթե **ընտանիքի** ողջ բեռը մեկ անձի վրա է, ապա այդ գինն էլ անտանելի շատ է դառնում։

Սոցիալական պետություններում քաղաքացին օգտվում է որոշակի քանակությամբ ծառայություններից և դրա համար չի վճարում հարկ։ Կա **բազային սերտիֆիկատ** և հավելյալ ծառայություն ենթադրող սերտիֆիկատներ, որոնց համար արդեն քաղաքացին պետք է ապահովագրական վճարումներ անի։

Հետաքրքիր է, ինչպե՞ս կազդի այս համակարգը **հաշմանդամություն** ունեցող մարդկանց վրա, ովքեր գործող համակարգում նշանակալի արտոնություններ ունեն։

Ես եթե կարողանամ իմ սոցփաթեթում ներառել իմ **ընտանիքի անդամներին**, ավելի լավ կլինի, քան եթե իմ մնացած գումարն ուրիշ մարդկանց տրամադրեմ, մանավանդ եթե վստահ չեմ, որ այդ մարդիկ իրոք կարիքի մեջ են։

Սոցփաթեթների ծառայությունները շահառուն պետք է կարողանա փոխանցել իր **ընտանիքի մյուս անդամին։**

Ես մանկավարժ եմ ու մեր տան միակ աշխատողը։ Եթե ես իմ փաթեթի ծառայություններից չեմ օգտվում, լավ կլիներ, որ իմ **տան անդամները** գոնե օգտվեին։

Լավ կլիներ, եթե ընտանիքի մեկ անդամը, ով բարձր եկամուտ ունի, կարողանա իր ապահովագրությունն անհրաժեշտության պարագայում փոխանցել իր **ընտանիքի մեկ այլ անդամի**։

Ապահովագրություն ներդնելը միանշանակ ճիշտ է, սակայն, անհրաժեշտ է ֆինանսական այնպիսի բեռ սահմանել, որ ընդունելի լինի մարդկանց համար, հնարավորինս պահպանվեն **արդարության և հավասարության սկզբունքները**։ Լուրջ աշխատանքներ պետք է տարվեն, մեխանիզմներ ներդրվեն, նախօրոք գրանցումներ արվեն։

Մեր հանրապետությունում ոչ բոլոր չաշխատողներն են, որ գումար չեն վաստակում։ Նրանց փոխարեն վճարելու տրամաբանությունն **անարդար մոտեցում** է։ Կարելի է վերաձևակերպել այդ այդ մոտեցումը. աշխատողը վճարի իր **ընտանիքի չաշխատող անդամների** համար։

Որպես արտոնյալ պայման՝ **ապահովագրության բարձր հարկ վճարողներներին** կարող է առաջարկվել **ընտանիքի անդամների** ապահովագրություն։

Ավելի բարձր աշխատավարձ ունեցողներին և ավելի **մեծ չափով ապահովագրական վճար** մուծողներին կարող են առաջարկվել արտոնյալ պայմաններ, լրացուցիչ ծառայություններ։ Ավելի քիչ մուծողներն էլ գոնե նվազագույն փաթեթից պետք է օգտվեն։

Եթե մարդ ստանալու է նույն տիպի բուժօգնություն, ապա դրա դիմաց տարբեր չափով վճարելն **արդարացի չէ։**

Կան խավեր, որ **վատ են ապրում**։ Պետք է իրենց մի քիչ օգնել։

Սոցիալապես անապահով խավի ներկայացուցիչների համար պետք է **վճարի պետությունը**։

Անապահով ընտանիքներին շատ մեծ ուշադրություն է դարձվում, նրանք օգտվում են Փարոս համակարգից ու ստանում են նպաստ, օգտվում են բազմատեսակ օգնություններից, իսկ շարքային գրադարանավարը ոչնչից չի օգտվում ու ապրում է միայն 68 հազար դրամով։ Անապահով ընտանիքների խնդիրների մասին **թող պետությունը հոգա**, իսկ աշխատող մարդը փորձում է մի կերպ իր ընտանիքի հոգսերին անդրադառնալ։

Նորմալ է, որ ոմանք ավելի **քիչ վճարեն** ապահովագրության համար, բայց պետք է **ծառայություններից հավասար օգտվեն։**

Ամեն մեկը պետք է ստանա **այն ծավալի բժշկական ծառայություններ**, ինչի համար վճարում է։

**Հավասար պայմաններով** բուժծառայություններից օգտվելը բոլորի համար ցանկալի է, բայց չգիտեմ, որքանով է դա հնարավոր։

Աշխատող մարդիկ կարող են իրենց լրացուցիչ չծախսած գումարի ֆոնդը փոխանցել **ընտանիքի անդամին։**

**Պատրաստ չենք վճարել** չաշխատողների փոխարեն, քանի որ աշխատողների աշխատավարձը հազիվ իրենց է հերիքում։

Ես դեմ եմ, որ և՛ շատ աշխատողը, և՛ քիչ աշխատողը նույն յոթ տոկոսը վճարեն։ Շատ աշխատողներն **ավելի շատ պետք է վճարեն**։

Որպեսզի կարծիք հայտնենք այն մասին, թե արդյոք աշխատող մարդը պետք է **վճարի չաշխատողի համար**, պետք է նախ և առաջ հետևյալ հաշվարկն անել. եթե աշխատողը հոգա նաև իր ընտանիքի չաշխատող անդամների ապահովագրության մասին, ապա որքա՞ն չաշխատողի համար պետք է մենք վճարենք... Այդ թիվը իմանալուց հետո կարելի է հասկանալ կարո՞ղ ենք նրանց համար գումար ապահովել, թե՞ ոչ։

**Սոցիալապես անապահովներին** պետք է օգնի պետությունը և նրանք, ովքեր աշխատում են։ Բայց աշխատողները միշտ դժգոհում են՝ մենք աշխատում և ծախսում ենք մեր կյանքը, ինչո՞ւ պիտի վճարեմ չաշխատողի համար։

**Անապահով խմբերի** համար պետք է պետությունը փոխհատուցի, ոչ թե աշխատողները։

Ես կարծում եմ, որ յուրաքանչյուր քաղաքացի ինքը պետք է վճարի իր ապահովագրության համար։ **Սոցիալական համերաշխության** սկզբունքն այս հարցում երևի թե այդքան էլ արդար չի։

**Չաշխատող մարդիկ** պետք է սոցիալական կարգավիճակ ունենան, այսինքն որևէ հիմք ունենան չաշխատելու համար։ Իսկ հիմա մեր չաշխատողների մեծ մասն ուղղակի չի ուզում աշխատել։ Օրինակ՝ եթե ամուսինը չի թողնում, որ կինը աշխատի, դա պետության խնդիրը չէ։

Եթե մարդը **չի աշխատում** ու ստանում է ապահովագրություն, **մոտիվացիա** չի ունենա աշխատելու։

**Երեխաներին ու թոշակառուներին** արդեն իսկ պետությունն անվճար բուժօգնություն է առաջարկում որոշակի ծառայություններ ստանալու համար։

Չաշխատողների համար նույնպես վճարելը **արդար չէ**։ Դա կարող է հանգեցնել նպաստների իրավիճակին, երբ մարդիկ նախընտրում են չաշխատել, եթե պետությունից գումար են ստանում։

Եթե կան ընտանիքներ, որտեղ մեկ կամ երկու մարդ է ընդամենն աշխատում, ապա նրանք պետք է իրենց հոգածության տակ վերցնեն նաև **ընտանիքի չաշխատող անդամներին**։

Բարձր եկամուտ ունենալու դեպքում կարելի է մեծ գումար վճարել ապահովագրության ահամար, եթե վստահ լինեմ, որ այդ ապահովագրությունից կարող են օգտվել նաև **ընտանիքի այլ անդամներ**։

Եթե միայն կանգնենք ու բողոքենք, որ չենք ուզում **աշխատողներով** այդ բեռը մեր ուսերին վերցնել ու տանել, ոչ մի վերջնակետի չենք հանգի։ Միևնույն է՝ այս ռեֆորմը արվելու է։ Անհրաժեշտ է որոշակի սանդղակ սահմանել։

Առողջապահական **համապարփակ համակարգի** ստեղծումը **շատ կարևոր** է, քանի որ մեր երկրում ոչ բոլորն են օգտվում սոցփաթեթներից:

Պետք է մտածել ոչ միայն վճարունակ քաղաքացիների մասին։ Նվազագույն փաթեթը պետք **է հասանելի լինի բոլորին**։ Մինչդեռ հիմա մարդիկ, պարբերաբար **բուժզննում** անցնելու փոխարեն, խուսափում են դրանից գումար չունենալու պատճառով և երբ տարիներ անց գնում են բուժզննման, արդեն բուժման ենթակա չի լինում խնդիրը։

68000 դրամ աշխատավարձ ստանալը դեռ չի նշանակում աշխատավարձ ունենալ։ Պետք է **հարկ գանձվի** այն մարդկանցից, ովքեր բարձր են ստանում, կամ էլ տոկոսային հարաբերակցություն պետք է լինի։

**Սոցիալապես անապահով խավը** պետք է ավելի շահագրգռված լինի ապահովագրությամբ, որպեսզի ինչ-որ պահի կարողանա բուժում ստանալ։

ՀՀ-ում ոչ բոլոր **աշխատող քաղաքացիներն** են հիվանդանում կամ դիմում բուժհաստատություն, ուստի նրանց վճարած գումարը կարող է բավարարել մյուս խմբերին՝ անչափահաս, գործազուրկ, ծեր և այլն։

Կարող է օգնության **կենտրոնացած հիմնադրամ լինել**, որը կօգնի հատուկ կարիք ունեցող, սոցիալապես անապահով մարդկանց. այստեղ պետք է հոգաբարձուների խորհրդում լինեն և՛ պետությունը, և՛ մասնավորը։

# 4. Սոցիալական երկխոսություն

Այս բաժնում ներկայացված է համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համեմատական վերլուծության արդյունքում ստացված անուղղակի՝ միջնորդավորված սոցիալական երկխոսությունը, մասնավորապես քննարկման դրված սցենարների վերաբերյալ կամ հիմնախնդիրների շուրջ արտահայտված կողմ և դեմ կարծիքների՝ ուղերձների ամփոփման միջոցով։

## Ա. ԱՀԱ ԾԱԾԿՈՒՅԹ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ապահովագրական ծառայությունների **հիմնական փաթեթում** պետք է լինի արյան ընդհանուր անալիզ, բիոպսիայի ծառայություններ և շտապ արվող վիրահատական գործողություններ՝ ապենդիցիտ և այլն։  Մենք պետք է ավելի շատ մտածենք ոչ թե հիվանդությունների բուժման, այլ **կանխարգելման** մասին։ Լավ կլիներ, եթե **ապահովագրությունը** ներառի նաև հետազոտումները։  Այնպիսի փաթեթ, որը կարող է բարելավել կյանքի որակը, չկա։ Միայն վիրահատության համար է այս **համակարգը** նորմալ աշխատում։ **Բուժզննմանը**, որն իրականացվում է մարզերում, թերահավատորեն են վերաբերվում, քանի որ սարքերի հնությունը ապահովության զգացողություն չի տալիա։  Մարզերում առկա է նեղ մասնագետների պակաս, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու **հնարավորություն լինի** փաթեթներում։  **Կանխարգելիչ բժշկությունը** մեր երկրում հասանելի չի ապահովագրության միջոցով, պարտադիր պետք է վիրահատության կարիք լինի, նոր օգնեն, մինչդեռ կարելի է կանխարգելել։  Ցանկալի է, որ հնարավոր լինի **օգտվել բոլոր**, ոչ թե սահմանափակ թվով ծառայություններից։  Փաստացի, այս պահին համակարգի պրոբլեմն այն է, որ **ծածկույթը** սահմանափակ է, ու պետք է այն ավելացնել։  Որպեսզի սոցփաթեթներն իրենց նպատակին ծառայեն և շահառուները գոհ լինեն, պետք է բուժօգնության բոլոր **սահմանափակումները հանվեն** ու լիարժեք բուժօգնություն տրամադրվի։ Երկրորդը՝ շահառուն, **որ հիվանդանոցում ցանկանա**, այնտեղ էլ պետք է իր բուժօգնությունը ստանա։ Սրանք սոցփաթեթի երկու գլխավոր թերություններն են։  **Փաթեթներում** պետք է ներառել այն բժշկական գործողությունների ապահովագրությունը, որոնք նպաստում են հիվանդության **կանխարգելմանը**։  **Կանխարգելիչ բուզննումների**, հատկապես դժվարամատչելի հետազոտոթյունների, **ծածկույթը** պետք է ընդլայնվի։  Պետք է **փաթեթներ** մշակել, որ եթե, օրինակ, մարդ ցանկանում է ստոմատոլոգիական ծառայություններ ստանալ, ավելի շատ վճարի։  Առողջապահական ապահովագրության փաթեթներում լավ կլինի ներառել նաև **ստոմատոլոգիական ծառայություններ։**  Ուսուցչուհին զարմանում է, թե ինչու **ատամնաբուժական ծառայություններն** ընգրկված չեն բժշկական ապահովագրության մեջ. դա հատկապես կարևոր է տարեց ուսուցիչների համար։  **Ատամնաբուժական ծառայություններն** այն կարևոր բաժինն է, որը պետք է ավելանա սոցփաթեթում։  Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր պետք է ներդնել, որովհետև պետությունը միայնակ չի կարող այդ ծանր բեռը տանել։ Ապահովագրական վճարները պետք է մինիմալ լինեն։ Պետք է նաև մտածել **ստոմատոլոգիական որոշ ծառայությունների** ապահովագրման մասին։  Սոցփաթեթով ինձ փոխհատուցել են **ատամնաբուժական ծառայությունների** համար։  Անպտղությունը Հայաստանում մեծ խնդիր է, և լավ կլինի, եթե **ապահովագրական ծառայությունների** մեջ նաև այդ խնդիրը ներառվի։  Եթե սոցփաթեթները տրված են միայն **կանխագելիչ ծառայությունների** համար, ապա ապահովագրությունն իմաստ չունի։ Պետք է ամբողջական լինի փաթեթը, որ սպառողը կարողանա հանգիստ դիմել բժշկի, եթե նույնիսկ գումար չունի։  Համակարգը պետք է այնպես ներդրվի, որ բոլոր **պլանային դեպքերը** **հնարավոր լինի ծածկել**՝ երկարատև դեղորայքային բուժում կամ ոչ սուր դեպքեր և այլն։  Եթե հիվանդն արդեն **Հայաստանում չի կարող բուժվել** (օնկոլոգիայի պարագայում նման բան հաճախ է լինում), ապահովագրությունը կկարողանա՞ նաև նման ծախսեր հոգալ, թե՞ ոչ։  Արդեն մի տարի է, որ ես օնկոլոգիական հիվանդության հետ կապված խնդիրներ ունեմ և պրակտիկայով զգացել եմ, թե ինչ է նշանակում ապահովագրություն ունենալը։ Երբ ասում են, որ քաղցկեղից այսքան մեծ թվով մահացություն կա, դա հիմնականում պայմանավորված է ժամանակին **պրոֆիլակտիկ** ստուգումներ չանելով։  Պարտադիր ապահովագրման համակարգում պետք է ներառել նաև **հանգստի** համար նախատեսված գումարներ։ |  | Մարդկանց համար դժվար է կողմնորոշվել, թե ինչ կցանկանային տեսնել **ապահովագրական ծառայությունների փաթեթում**, որովհետև շատերի համար կանխատեսելի չէ, թի ինչ կլինի ապագայում, ինչ հիվանդություններ կառաջանան։  **Փաթեթի ընտրություն** կատարելը անհատի համար շատ դժվար է, քանի որ բժիշկը հետազոտությունից հետո միայն կարող է որոշակիորեն ասել, թե որ փաթեթն է ավելի քիչ ռիսկային ու որն է ավելի պիտանի լինելու։  Ապահովագրական **տարբեր փաթեթներ** կարող են լինել։ Ամեն մարդ ինքը կարող է ընտրել, թե ինչ է ուզում՝ բազային փաթե՞թ, թե՞, օրինակ, պատրաստ է ավել վճարել և ավելի մեծ թվով ծառայություններ ստանալ։  Բժշկական **ապահովագրական փաթեթում** տարբեր տեսակի հետազոտություններ պետք է ներառվեն։ Նաև վիրահատություններ։ Բայց ճիշտ կլինի այս հարցում անհատական մոտեցում ցուցաբերելու մասին մտածել։ Կան մարդիկ, որոնք հստակ խնդիրներ ունեն, և լավ կլինի, եթե նրանց ապահովագրությունն էլ համապատասխան ուղղվածություն ունենա։  Բժշկական **ապահովագրության փաթեթը**  կարելի է ձևավորել նախնական զննումից հետո։  Պետք է **փաթեթները** մշակել այնպես, ինչպես մեքենաների ապահովագրության դեպքում է։ Սա թույլ կտա ծառայությունների մի քանի փաթեթից օգտվել և ըստ դրա վճարումներ կատարել։  Ապահովագրության **փաթեթային** տարբերակը շատ գրավիչ է։  Առողջապահության **ապահովագրության փաթեթի** մեջ կան մի շարք ծառայություններ, որոնք պոլիկլինիկաներում այսպես թե այնպես անվճար են։ |
| Պետք է մեծացնել **ուսուցիչների** համար նախատեսված բժշկական **փոխհատուցումների շրջանակը**։  Խնդիր է այն, որ մանկավարժները **խիստ սահմանափակ ծառայություններից** են օգտվում և լրիվ դրույքով զբաղված չլինելու դեպքում, էլ ավելի քիչ ծառայություններից են օգտվում։ |  | **Ուսուցիչների սոցփաթեթներում** ծառայություններն ավելի շատ են, քան առողջապահական ոլորտում աշխատողի փաթեթի ծառայությունները։ |
| Պետք է ներդնել նաև **ուսանողների** համար նախատեսված ապահովագրության **փաթեթ**։  Պետությունը պետք է որոշակի տարիքային խմբեր սահմանի, օրինակ, մանկահասակների կամ 63 տարեկանից բարձրերի, և նրանց համար **հստակ թիրախային ծրագրեր** մշակի։ |  | Շատ հայեր կան, որ ապրում են այլ երկրներում, բայց գալիս են մեր երկիր ինչ-որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար։ Կարելի է նրանց համար էլ **տարբերակներ** մտածել։ |

## Բ. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ, ԾԱԽՍԵՐ, ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Մարդիկ երբ հիվանդանում են, չգիտեն՝ բուժվելու մասին մտածե՞ն, թե՞ **գումար հայթայթելու**։ Նեղ պահին ապահովագրության առկայությունը շատ մեծ խնդիրներ է լուծում։  Եթե ապահովագրությունը դառնա **մատչելի**, բոլորն էլ կմասնակցեն։  **Ոչ բոլորը կարող են** 80 հզր վճարել։ Գուցե մարդիկ դեմ լինեն ապահովագրական վճարներին, բայց եթե ուրիշ բաների համար գումար գտնում ենք, դա էլ կգտնենք։  Ընդունված չէ առողջության համար **գումարներ խնայել** և, երբ թանկարժեք բժշկական ծառայութուններից օգտվելու խնդիր է լինում, մարդիկ ստիպված դիմում են բանկերին, իսկ ապահովագրությունը օգնում է մեծ ծախսերից խուսափել։  Մենք չենք կարող ունենալ լավ առողջապահական համակարգ ու **քիչ ծախսենք**։  Ես վերջին մեկ տարում երկու անգամ առնչվել եմ առողջապահական համակարգի հետ։ Դժվար է, բայց պետք է գիտակցենք, որ առողջությունից թանկ բան չկա։ Մարդիկ պետք է ոսկե միջինը գտնեն և ամեն ինչ անեն, որ հետագայում հիվանդանոցներում բուժվելու համար անհրաժեշտ **գումարի խնդիր չունենան։**  Ես տարել եմ վեց վիրահատություն, որը մեր պայմաններում բավականին մեծ գումար է ենթադրում, և տարիներով ամբողջ **ընտանիքի** **բյուջեն** պետք է առողջական այդ խնդիրների լուծմանն ուղղվի։ Ավելի լավ է ապահովագրական վճարներն ամեն ամիս անել և նման խնդիրների դեպքում ապահով լինել։  Մարզերի պարագայում պետք է միշտ նկատի ունենալ, որ նեղ մասնագետների լուրջ կարիք կա։ Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ստիպված ենք լինում ուղեգրել Երևան, որտեղ էլ բուժօգնության կազմակերպման համար որևէ արտոնյալ պայմաններ նախատեսված չեն։ Սոցիալական ծանր պայմաններում գտնվող ընտանիքների համար բուժօգնության **ծախսերը** Երևանում հոգալը գրեթե անհնարին է։    Մարզերում հիվանդանոց դիմելն ասոցացվում է խիստ **մեծ ծախսերի** հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։  Բոլոր հարցերը լուծվում են **դրամական միջոցների** ներդրմամբ։ Երբ պետության գումարը սուղ է, մարդիկ փորձում են հարմարվել։ |  | Բեռը պետք է մնա աշխատող մարդու ուսերին։ Պետք է հասկանալ աշխատող մարդու **աշխատավարձի չափը** ու **ավելորդ բեռ** չդնել տնտեսական այս ծանր պայմանների, ինֆլյացիայի պայմաններում։ Անհրաժեշտ է այլ ռեսուրսներ ներգրավել, թեկուզ կենսաթոշակային ֆոնդից։  Պատրաստ չենք վճարել չաշխատողների փոխարեն, քանի որ աշխատողների **աշխատավարձը հազիվ իրենց է հերիքում։**  **Նվազագույն աշխատավարձ** ստացողի համար լրացուցիչ գումար վճարելը դժվար է։ Մարդ մտածում է, որ միգուցե էդ ծառայության կարիքը չունենա էլ։  68000 դրամ աշխատավարձ ստանալը դեռ չի նշանակում աշխատավարձ ունենալ։ Պետք է **հարկ գանձվի** այն մարդկանցից, ովքեր բարձր են ստանում, կամ էլ տոկոսային հարաբերակցություն պետք է լինի։  Նվազագույն աշխատավարձ ստացողների համար **ապահովագրությունը թանկ է** նստում. մարդիկ տարեկան մի անգամ են բժշկի դիմում՝ տասը-քսան հազար դրամ գումար վճարելով, իսկ ապահովագրության վճարները բարձր են։  Մարզերում բուժհաստատությունները բավարար որակ չեն ապահովում։ Բուժվելու համար մարդիկ գալիս են Երևան և հաճախ մայրաքաղաք գալու, այնտեղ ապրելու, սնվելու **ծախսերն ավելի շատ են,** քան բուն բուժման ծախսը։  Միջինից ցածր աշխատավարձ ստացողի համար **յոթ տոկոսը** շատ բարձր է։  Ցածր վարձատրություն ունեցող անհատի համար **յոթ տոկոսը** իրականում մեծ գումար է, բայց եթե նույնիսկ օրենքի ուժով դա հարկեն, ապա պետոթյունը պետք է իդեալական առողջապահական ծառայություններ տրամադրի։  Ժողովուրդը սոցիալապես շատ ծանր վիճակում է։ Կենսական ծախսերը չափազանց մեծ են, և ներկա իրավիճակում ժողովուրդը պարզապես **համաձայն չի լինի** նոր վճարների բեռի տակ մտնել։  Աշխատավարձին ձեռք տալն այս պահին բարդ է։ Մանավանդ, եթե մարդը նվազագույն՝ 68.000 դրամ, աշխատավարձ է ստանում։ Պետք է հաշվի առնենք, որ հիմնականում մարդկանց իրենց **աշխատավարձը չի բավարարում**, և իրենք էլ սեփական ծախսերը պլանավորելու խնդիր ունեն։  Ապահովագրական համակարգի ներդրումը ճիշտ է, բայց պետք է հաշվի առնել, թե մարդիկ ինչքան հնարավորություն ունեն վճարելու՝ եթե **աշխատավարձը** **չի հերիքում** նույնիսկ նվազագույն զամբյուղ ապահովելուն, ապա մարդկանց համար դժվար է գումար տրամադրել ապահովագրության համար։  Այսօրվա պետական աշխատողը չի ստանում այնքան **աշխատավարձ**, որ ապահովագրության համար գումար վճարի։ Օրինակ՝ շատ մանկավարժներ նվազագույն աշխատավարձից ցածր են ստանում, էլ ո՞նց վճարեն։  Մարդկ էս պահին **պատրաստ չեն** մեծ գումար վճարել բժշկական ապահովագրության համար։  Ցանկացած դեպքում մեր գրպաննից ենք վճարում։ **Հարկ ենք տալիս**։ Ի՞ նչ տարբերություն...  Եթե հարկը ներդրվում է և նույն չափով չի նվազում **եկամտահարկը**, ապա սա հասարակության լայն շերտերի մոտ բողոք է առաջացնելու։ Հիմա հարց. եթե մենք քսան տոկոս եկամտահարկ ենք մինչ օրս վճարել, ապա մինչև հիմա ինչո՞ւ չենք այդ **գումարի դիմաց** ապահովագրություն ստացել։ Պետք է նպատակային կերպով մարդկանց բացատրել, թե իրենց հարկերի դիմաց ինչ են ստանում։  Այսօրվա պետական աշխատողը չի ստանում բավարար **աշխատավարձ** լրացուցիչ ծառայություններից օգտվելու համար։ Օրինակ՝ մանկավարժները շատ քիչ են վաստակում։  Պետք է լինի **հիմնադրամ**, որտեղ գումարը կձևավորվի աշխատող մարդկանց կողմից վճարված հարկերից որոշակի տոկոսով։ Մյուս կողմից էլ հիմնադրամին կֆինանսավորի պետությունը, ու այդ գումարները կուղղվեն անապահով խավի առողջության ապահովագրմանը։  **Ընդհանուր հարկային համակարգը** ավելի քաղաքակիրթ մոտեցում է։  Բժշկական ապահովագրության համար քաղաքացու վճարելիք գումարը պետք է գանձվի **հարկի** տեսքով։ Բայց մենք դեռ չգիտենք, մարդիկ կկարողանա՞ն հարկային նոր բեռի տակ մտնել, թե՞ ոչ։ |
| **Մասնավոր հիմնարկների** մասնակցությունն իր աշխատակիցների ապահովագրմանը կարելի է որոշակիորեն փոխհատուցել պետության կողմից։ Օրինակ՝ կարելի է նվազեցնել նրանց հարկերը, հարկային սահմանաչափ սահմանել և դրանից շատ հարկ մուծողներին պետական օգնություն տրամադրել։  Վճարել պետք է։ Բոլորն էլ պետք է վճարեն, բայց թե ինչ գումարով և ինչքան, դժվար է ասել։ Սա պետք է **ֆինասիստները հաշվարկեն**։  Պետք են **հստակ հաշվարկներ**, որոնք ցույց կտան, թե բժշկակական ապահովագրության ֆինանսավորման որ մասն է պետք թողնել պետության և որ մասը՝ քաղաքացու վրա։  **Պետությունը պետք է դիտարկի** իր բյուջետային հնարավորությունները և հաշվարկի, թե վճարների որ մասն է պետք թողնել քաղաքացիների վրա և ընդհանրապես ինչ սկզբունքով պետք է գանձել վճարները։ Դա հաշվարկների և քաղաքական որոշման հարց է։  **Գյուղապետարանները** լավ հարկեր են հավաքում, կարող են օգնել չաշխատողների ապահովագրման հարցերում։ |  | Անկեղծ ասած, հարկային տեսանկյունից չեմ պատկերացնում, թե ինչպես են աշխատավարձից ապահովագրությանը փոխանցում կատարելու, բայց բոլորի դեպքում նույն մեխանիզմով **հաշվարկելը ճիշտ չէ։**  Եթե քաղաքացին ցանկանում է ավելի շատ ապահովագրական ծառայություններ ստանալ, ապա իր որոշմամբ կարելի է աշխատավարձից ավելի շատ **փոխանցումներ** կատարել։ |
| Հարցին ավելի արագ լուծում տալու համար, կարծում եմ, անհրաժեշտ է **առողջապահական հարկի** ներմուծում։  Կամ պետությունը պետք է եռապատկի առողջապահությանը տրամադրվող գումարները, կամ պետք է ներդնել **առողջապահության հարկ**։ Այլ լուծում չկա ընդհանուր եկամունտների ձևավորման համար։  Եթե **առողջապահության հարկ** լինի, գումարը ավելի թիրախավորված կօգտագործվի։  «**Գործատո՞ւն, թե՞ աշխատողը վճարի**» հարցին պատասխանեմ՝ ցանկալի է և՛, և՛։  Ապահովագրության վճարների մասին խոսելիս, թե ով պետք է վճարի՝ պետությո՞ւնը, թե՞ անհատը, պետք է լուրջ **ուսումնասիրություններ լինեն**, որ հասկանալի լինի՝ իրականում որքա՞ն գումար է հարկավոր և որքա՞ն ներդրում կարող է ունենալ պետությունը։  Պետք է **հստակ սահմանված գումար** լինի, որը բոլորը կվճարեն և կստանան նույն բուժծառայությունը։  Եթե աշխատողները կարողանան **յոթ տոկոս հարկ** վճարելով ապահովել բոլորի առողջապահական ծառայությունների անվճար լինելը, ապա պետք է այդ հարկը ներդնել։  **Յոթ տոկոսը** մեծ թիվ է, բայց մարդիկ կվճարեն, եթե ծառայությունը որակյալ լինի և ներառի նաև ընտանիքի անդամներին։  **Առողջապահության հարկ** վճարելու գաղափարը շատ լավ գաղափար է, եթե լավ ծառայություններ մատուցեն։  Եթե գյուղատնտեսության համար մարդիկ վճարում են, առողջապահության համար կվճարեն։  200 հզր. էլ ստանանք, պատրաստ ենք վճարել **յոթ տոկոս հարկ**։  Գնաճով պայմանավորված՝ չի բացառվում, որ **յոթ տոկոսը կարող է քիչ լինել**։  Եթե ամբուլատոր ծառայություններ լինեն, **յոթ տոկոս** աշխատավարձ տալուն համաձայն եմ։  Իհարկե պետությունը պետք է **սուբսիդավորի**, բայց յուրաքանչյուրն ինքը պետք է վճարի իր առողջության պահպանման համար։  Կարելի է մտածել այնպիսի համակարգ, որ մինչև երկու հարյուր հազար ստացողի համար յոթ տոկոս լինի վճարը, իսկ դրանից բարձր ստացողի համար՝ մեկ-երկու տոկոս ավելի։  **Տոկոսադրույքը** պետք է տարբեր լինի տարբեր չափի աշխատավարձ ստացողների համար։  **Դրույքաչափերը** պետք է համընդհանուր չլինեն, քանի որ տարբեր չափի աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է նույն չափով չվճարեն. բարձր աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է ավելի շատ վճարեն։  Այն երկրներում, որոնք խիստ սոցիալական ուղղվածություն ունեն, առողջապահության ապահովագրությունը պետական հոգածության հիմնական թեմաներից է։ Այդ երկրներում ապահովագրությունը **համաֆինանսավորվում** է պետության և քաղաքացու կողմից։  Թեկուզ **կես-կես անենք ապահովագրական վճարները**՝ հիսունը մենք, հիսունն էլ պետությունը։ Այդպես լավ կլինի։  Գործող համակարգը պետք է մնա, իսկ բժշկական ապահովագրությունը պետք է ավելանա **եկամտային հարկի** հաշվին։ Բոլոր այն ծառայությունները, որոնք հիմա անվճար են, պետք է մնան անվճար։  Առողջության ապահովագրման համար գումարները պետք է գանձնվեն մարդկանց աշխատավարձից։ **Որոշակի տոկոս** որոշվի և այդպես գանձնվի։ Բայց որպեսզի դա հնարավոր լինի, պետք է բոլոր աշխատողներին գրանցել և հարկային դաշտ բերել։  Բարձր աշխատավարձ ստացողին **յոթ տոկոսի հարկում**ը մեծ սոցիալական պրոբլեմների առաջ չի կանգեցնի, ինչը չենք կարող ասել ցածր աշխատավարձ ստացողի մասին։  Գումարի փոխանցվելը և **կուտակվելը** ավելի ճիշտ է։  Առողջապահական ապահովագրության վճարները պետք է կուտակային լինեն, որպեսզի եթե մարդիկ այդ տարի չեն օգտվել ապահովագրության ծառայություններից, նրանց **վճարած գումարը** փոխանցվի հաջորդ տարի և ավելի շատ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն ստանան։  Եթե յուրաքանչյուր ընտանիքի համար **սահմանվի գումար**, կոմունալ վճարի նման, ու ընտանիքը միաժամանակ զգա բուժաշխատողների հոգածությունը, նորմալ ծառայություն ստանա, ի վերջո առանց ընդդիմանալու կկատարի վճարները։  եթե որակյալ ծառայություններ մատուցվեն, համաձայն եմ վճարել հարկը։ Այն հավասար պետք է լինի՝ **2%ից ոչ ավել**։  Ինչո՞ւ չի քննարկվում աշխատող մարդու ֆիքսված, ոչ թե **տոկասային հարաբերակցությամբ, ապահովագրությունը։**  Իմ նախընտրած տարբերակը ապահովգրության համար **աշխատավարձից որոշակի պահումներ** անելն է։  Դրոշմանիշային վճարների օրինակով կարող է արվել, կարելի է աշխատավարձի չափից կախված որոշել նաև **ապահովագրական հարկի չափը**։  Պետք է լինի լողացող **հարկային քաղաքականություն**, որպեսզի ապահովագրությունից քիչ օգտվողը քիչ **հարկվի**, իսկ եթե մարդ շատ է օգտվում, իր հարկային պարտականությունը պետք է ավելանա։  Գուցե ապահովագրության գումարը պայմանավորված լինի **աշխատավարձի չափով** եւ արտահայտվի տոկոսներով։  Եթե մարդ նախորդ տարում ունեցել է ծախսեր, շատ է օգտվել ծառայություններից, հաջորդ տարի կարելի է **տոկոսները բարձրացնել**։  Ե՛վ **անձը, և՛ պետությունը** պետք է ներդրում ունենան առողջության ապահովագրման հարցում։  Որպես **հարկ** շատ դժվար կլինի հաշվարկել և ներդնել, որ բոլորին հասկանալի լինի վճարման տրամաբանությունը, սակայն որպես **համաֆինասավովող վճար**, իմ կարծիքով, ավելի դյուրին կլինի։  Ես միշտ կողմանկից եմ եղել, որ բոլոր նման հարկերի դեպքում պահպանվի նույն տոկոսային հարաբերակցությունը։ Օրինակ՝ բոլորը վճարեն իրենց **աշխատավարձի 10%-ը**՝ անկախ իրենց աշխատավարձի չափից։  Պետք է ոչ թե **յոթ տոկոս** հարկվի, այլ սիմվոլիկ գումար, ու դա բոլորի համար պարտադիր պետք է լինի։ |  | Ես ստանում եմ 68.000 դրամ ու դրանից հարկ եմ վճարում։ Ինձ **համար յոթ տոկոսը մեծ գումար է**։  **Յոթ տոկոսի** հետ ես համաձայն չեմ, դա մեծ գումար է իմ համար։  Աշխատողի համար **յոթ տոկոս առողջապահական հարկ** վճարելը շատ մեծ գումար է, հատկապես մինչև երկու հարյուր հազար աշխատավարձ ստացողի համար։  Եթե քսան տոկոս հարկ ենք վճարում հիմա, հետո էլ յոթ ապահովագրության համար ենք վճարելու, էդպես ո՞ւր կհասնի։ **50-60% հարկե՞ր** ենք վճարելու։  Աշխատավարձերը էնքան քիչ են, որ մի **նոր հարկը տեղին չէ**։  Ինչու ենք քննարկում **միայն հարկի տարբերակը**, որը կրկին հանգեցնելու է **ստվերային տնտեսության** ընդլայնմանը, աշխատողներին չգրանցելու, աշխատավարձը ցածր ներկայացնելու դեպքերի աճին։ Կարող է լինել ֆիքսված ապահովագրական վճար, օրինակ՝ տարեկան 28000 դրամ, որի դեպքում մարդիկ շահագրգռված կլինեն իրենց իրական աշխատավարձերը ներկայացնել։  Ճիշտ կլիներ, որ **ամեն ինչը լիներ անվճար**։ Ժողովուրդը չի կարող հիմա գումար ծախսել ապահովագրության վրա։ Պետությունը պետք է հոգա քաղաքացիների առողջության մասին։ |
| Մեր երկիրը շատ լուրջ պոտենցիալ ունի **առողջապահական տուրիզմի** զարգացման, մասնավորապես ստոմատոլոգիական, սրտի բուժման ծառայությունների դեպքում. պետք է քայլեր ձեռնարկել այս ուղղությամբ։ Հայաստան եկող տուրիստները կարող են ապահովագրվել, դրսից ֆինանսավորվող կազմակերպությունների աշխատակիցներ. ամեն դեպքում ամեն ինչ պետք է անել, որ ֆինանսական բեռը միայն այստեղ աշխատող մարդկանց ուսերին չլինի։  Առողջապահական **տուրիզմ** ապահովող երկրները նաև առողջ երկրներ են. տուրիզմն օգնում է զարգացնել առողջապահական համակարգը։ |  |  |

## Գ. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ազատ ուղեգրման համակարգը կնպաստի հիվանդանոցների մատուցած ծառայությունների **որակի** բարձրացմանը։  Բուժոլորտում մրցակցությունը հետզհետե հանում է մատուցվող ծառայությունների **որակի** հարցը։ Այդ մրցկացությունում հաջողության հասած հիվանդանոցները հաճախ չեն բուժում պետպատվերով հիվանդներին՝ ասելով, որ պետությունը ուշացնում է վճարները։ Նույն բանը կարող է լինել նաև ապահովագրական ընկերության հետ։  Մասնավոր կլինիկաները, որոնք մրցակցում են, բարձրացնում են իրենց ծառայությունների **որակը**։ Նրանց համար տարբերություն չկա, թե ով կվճարի պացիենտի համար՝ պետությունը, ապահովագրությունը, թե՞ ինքը՝ պացիենտը։  Բժշկի բարոյական նկարագրից է կախված, թե ինչ **որակի** բուժօգնություն կստանաս, իր ծանոթի մոտ կուղղորդի՞, թե՞ իրապես լավ մասնագետի։ Բախտի բան է։  Մենք ունենք սոցփաթեթի ներդրման փորձ. բուժհաստատություն դիմելիությունը աճեց, բայց դա չհանգեցրեց **որակի** խնդիրների։  Ընդհակառակը, բուժհաստատությունների միջև մրցակցություն սկսվեց, քանի որ մարդիկ որոշակի թվով հաստատությունների միջև ընտրություն անելու հնարավորություն ունեին։ Արդյունքում, նոր տեխնիկա էին բերում, դասընթացներ անում։  Եթե պետական հիվանդանոցները մասնավորեցվեն, ապա կբարձրանա դրանց մատուցած **ծառայությունների** **որակը** և երկրորդ՝ զգալիորեն կնվազեն ուղեգրային համակարգի հետ կապված կոռուպցիոն ռիսկերը։  Եթե դու պատրաստ ես վճարել, ընտրում ես ամենալավ հիվանդանոցը, ամենալավ բժշկին։ Վճարովի ու պետպատվերով բուժվելու դեպքում վերաբերմունքը նույնը չէ, մինչդեռ ապահովագրության ներդրման պայմաններում բժիշկները **նույն կերպ կվերաբերվեն** բոլորին։  Մասնավոր կլինիկաներն ավելի մեծ վստահություն ունեն հանրության մոտ։ Պետք է մրցակցություն ստեղծվի, որպեսզի պետական հիվանդանոցներն էլ փորձեն կատարելագործվել ու կարողանան մրցակցել մասնավորների հետ։  Դա կհանգեցնի հիվանդանոցների ծառայությունների **որակի** բարձրացմանը։  Այսօր հիվանդանոցները հիմնականում մասնավոր են և գործում են մրցակցային միջավայրում։ Սա մեծ խթան է ծառայությունների **որակը** բարելավելու և նոր տեխնոլոգիաներ կիրառելու համար։  Ապահովագրական ընկերություններն իրենք են շահագրգռված, որ բուժօգնությունը և սպասարկումը լինեն որակյալ, ԱՆ-ն ունենա **որակի հստակ** պահանջներ, բուժաշխատողները լինեն պատրաստված, տեխնիկան՝ նոր։ Սա բիզնես է։  Մի քանի տարի առաջ Հոլանդիայում էի։ Տանը, որտեղ գտնվում էի, փոքրիկ վեճ եղավ։ Ընտանիքի տղային **տուգանել էին**, քանի որ չէր գնացել պարտադիր **բուժզննման**։  Սա շղթայական ռեակցիա է. եթե պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը պետք է ենթադրի նաև որակյալ բժշկական ծառայություններ, ապա պետությունը պետք է **վերահսկի** որակյալ ծառայությունների հասանելիությունը։  Ապահովագրական ընկերություններում պետք է աշխատանքային խմբեր լինեն, որոնք **կհետևեն** բժիշկների աշխատանքին։  Տարբեր հիվանդանոցների կողմից՝ ապահովագրված պացիենտների սպասարկման որակը վերահսկելու համար պետք է մշակել **մոնիտորինգի համակարգ**, որի օգնությամբ հնարավոր կլինի վեր հանել բոլոր խնդիրները և փորձել լուծումներ գտնել։  **Որակյալ ծառայությունների** պարագայում, ես պատրաստ եմ ամսական մինչև 20.000 դրամ ապահովագրության վճար վճարել։ Բայց եթե ընտանիքի ողջ բեռը մեկ անձի վրա է, ապա այդ գինն էլ անտանելի շատ է դառնում։ |  | Մեր երկրում ապահովագրությունը շատ էժան է, այդ պատճառով էլ շատ հատուցումներ անելը եւ առաջարկվող բուժումները **ոչ միշտ են որակյալ**։  Շատ դեպքերում, երբ գնում ես բժշկի՝ ապահովագրման սահմաններում, ինչ-որ պարզունակ բան են ասում, մինչդեռ դա բուժում չի։  Շատ դեպքերում մարդիկ Հայաստանում չեն ստանում ծառայությունը, մեկնում են արտերկիր։ Եթե անցնենք համատարած ապահովագրության, բուժօգնության **որակն** էլ պետք է բարձրացնել, որպեսզի մարդիկ իմանան ինչի համար են վճարում։  **Որակը** կտուժի, քանի որ սցենարում նշվում է, որ բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը մեծացել է, մեր իրականության մեջ միշտ այդպես է լինում։  Ապահովագրության դեպքում հոսքը դեպի բժշկական հաստատություններ կշատանա, որի արդյունքում կվատանա ծառայությունների **որակը**, քանի որ մասնագետների պակաս կա, ու ամեն բժշկի, ըստ պետական չափորոշիչների, այնքան հիվանդ է հասնում, որ անհնար է որակյալ բժշկական ծառայություն ապահովել։  Մարզերում բուժհաստատությունները բավարար որակ չեն ապահովում։ Բուժվելու համար մարդիկ գալիս են Երևան և հաճախ մայրաքաղաք գալու, այնտեղ ապրելու, սնվելու **ծախսերն ավելի շատ են,** քան բուն բուժման ծախսը։  Կան բուժհիմնարկներ, որ պետպատվերի շրջանակներում **ցածր որակով** են սպասարկում, իսկ մասնավորի դեպքում որակը բարձր է։ Սա պետք է պետական մակարդակով **վերահսկել**։  Ես մանկավարժ եմ, հինգ կոլեգաներով **մարզում** գնացել էինք բժշկի, բոլորիս էլ ասել էր, որ երկու մմ-ոց խպիպ ունենք։ Ո՞նց կարող է պատահել, որ հինգս էլ նույն չափի խպիպ ունենանք։  Որպես բժիշկ կարող եմ ասել, որ հետազուտությւոնների համար սխալ է մարզից Երևան գալ, քանի որ անհարկի ծանրաբեռնվում են Երևանի բուժհիմնարկները, ինչն էլ գցում է բուժսպասարկման **որակը**։ Պետք է գոնե որոշ մինիմալ հետազոտություններ անցնել մարզում։  Ավելի նպատակահարմար կլինի Երևան գալու փոխարեն մարզում ստանալ պոլիկլինիկ ծառայություններ, եթե դրանց **որակը** բարձր լինի։ |
| Ես որպես բժիշկ կարող եմ հաստատել, որ հանրավոր չի սոցփաթեթի շրջանակում այցելած մարդուն ավելի վատ բուժսպասարկում տրամադրվի, քան ուրիշ պացիենտին։ |  | Ինձ **ուղղորդել** են բուժհաստատություն, որտեղ և՛ համապատասխան տեխնիկա չկար, և՛ մասնագետն էր թույլ։  Ապահովագրական ընկերությունները շատ դեպքերում **անարդար** են վերաբերում պացիենտներին։  Բժիշկները նայում են, թե որ ապահովագրական ընկերությանն ենք դիմել եւ դրանով պայմանավորված՝ **տարբեր կերպ են վերաբերվում** հիվանդին։  Օրինակ՝ մասնավոր հիվանդանոցներից մեկում վիրահատություն է եղել, որի համար պետությունը վճարել է։ Բայց հիվանդանոցի տնօրինությունը լրացուցիչ 150 հազար դրամ է պահանջել պացիենտից՝ իբրև թե պալատի համար։ Իսկ երբ հիմնավորել են, որ պետության վճարը նաև պալատին է վերաբերվում, ապա այդ նույն գումարը հիվանդանոցը հիմնավորել է որպես «լրացուցիչ սննդի» վարձ։  Մենք ունենք **սոցփաթեթ**, սակայն **լուրջ խնդիրների ենք բախվում**։ Հաճախ ախտորոշում ստանալու համար ստիպված ենք լինում հերթագրվել, և այնպիսի տպավորություն է, որ նախապատվությունը տրվում է մահճակալային բուժսպասարկման կարիք ունեցողներին։  Ինձ մոտ վերջերս ստեղծվել էր մի իրավիճակ, որ բժիշկը նշանակել էր մեծ թվով անալիզներԼ Հասկանալի էլ չէր՝ պե՞տք էին այդքան անալիզները, թե՞ ոչ։ Տարբեր մասնագետների մոտ **ուղղորդեց**, բոլոր վայրերում մեծ գումարներ ծախսեցի։ Մինչդեռ եթե մեզ մոտ լիներ նորմալ ընտանեկան բժիշկ, ճանաչեր ինձ ու իմ խնդիրները, ավելի սրտացավորեն կմոտենար և անհրաժեշտ ուղղորդումներ միայն կաներ։  Մարզերում հենց մտնում ես բժշկի մոտ, հարց է տալիս՝ **գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ**։ Սկսում ես մտածել՝ բա արժե՞ ստուգվել։ Դրա համար էլ գալիս ենք Երևան։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ **«Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ**»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն չենք վստահում բուժաշխատողներին։  Սոցփաթեթի բուժզննումները հիմնականում ձևական բնույթ են կրում։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ՝ մանկավարժ, և երբեմն վիրահատության կարիքի դեպքում բուժհաստատությունն ասում է, որ պետական ֆինանսավորումն այս պահին վերջացել է։  Սոցփաթեթի շահառուներին հիվանդանոցներում տարբերակում են ու նրանց դիտարկում են, որպես **«երկրորդ սորտի»** մարդիկ։  Ես բուժզննում եմ անցել մեր մարզում, բայց **դժգոհ եմ**։ Նույն հետազոտության համար եկա Երևան ու հիվանդությունս բացահայտեցին։  Երբեմն իրական հետազոտությունների փոխարեն ուղղակի արդյունքերն են գրում ապահովագրված անձանց դեպքում, որը հարմար է և՛ բուժաշխատողին (աշխատանք չի կատարում), և՛ ապահովագրված մարդուն՝ ժամանակ չի կորցնում։  Հիվանդանոցներում դեպք է լինում, երբ բժիշկները **դրդում են** պացիենտներին ապահովագրված ծառայություններից բացի այլ հետազոտումներ ու բուժումներ ստանալ։ Դա նույնպես խնդիր է, որ պետք է լուծվի։ |

## Դ. ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ապահովագրության վճարները կնպատեն նաև **բուժծառայողների** **աշխատավարձի** բարձրացմանը, **հիվանդանոցների** տեխնիկական հագեցվածությանը, որն էլ կրկին բնակչությանն է ծառայելու։  Պետությունը ինքն էլ պետք է ամեն ինչ անի, որպեսզի մարզային բուժհաստատությունները հետևողականորեն զարգանան և որակյալ բժշկական ծառայություններ մատուցեն։  Եթե նույնիսկ մարդկանց հոսքն ավելանա, չափից դուրս չի ավելանա։ Մինչդեռ եթե բժիշկների **աշխատավարձերը** բարձրանան, վերջիններս էլ շահագրգռված կլինեն աշխատելու այստեղ և չեն արտագաղթի։  Հայաստանում ծննդօգնությունը անվճար է, մարդիկ դրա համար չեն վճարում, իսկ պետությունը միջոցներն այնպես է բաշխում, որ բժիշկները **քիչ են վարձատրվում** և ստիպված են լինում գնալ արտասահմանում աշխատել։  Եթե որևէ ոլորտում համապատասխան գումար չի լինում, ապա այդտեղից մասնագետների արտահոսք է սկսվում։ Իսկ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը կարող է ոլորտի զարգացման համար անհրաժեշտ գումարային հոսքեր ապահովել։  Բուժաշխատողների աշխատավարձերը եթե նշանակալիորեն չաճեն, լուրջ դժգոհություններ են լինելու։  Պետական սեկտորում բուժաշխատողները քիչ են վարձատրվում, մասնագետները մարզերում երկար չեն մնում։ Պետությունը սա իր վրա պետք է վերցնի, որ մարդիկ հնարավորություն ունենան իրենց բնակության վայրում որակյալ բուժծառայություն ստանալ։  Եթե մարդկանց քանակն ավելանում է, իսկ բուժաշխատողի **աշխատավարձը** էապես չի բարձրանում, որակը հաստատ կտուժի։  Չի կարող որակը լինել նույնը։ Մարդկանց հոսքերի մեծացմանը զուգահեռ՝ պետք է բժշկի **աշխատավարձը** զգալի բարձրանա։ Պետք է համակարգ ներդնել, որը թույլ կտա հավասար ծանրաբեռվածություն ապահովել բուժհիմնարկներում։  Արդյունավետության սկզբունքն է կարևոր, միգուցե որոշակի քվոտաներ է անհրաժեշտ սահմանել՝ ներդրումների ինչ-որ տոկոսը պետք է ուղղվի տեխնիկայի ձեռքբերմանը, ինչ-որ տոկոսը՝ բուժանձնակազմի աշխատավարձի բարձրացմանը։  Եթե պացիենտների բաշխումն ըստ հետազոտության բնույթի համաչափ արվի և բուժաշխատողի աշխատավարձը բարձրանա, համակարգը հաստատ ավելի լավ վիճակում կհայտնվի։ |  | Երբեմն հավաքած գումարներն էլ չեն փրկում։ Արդեն որերորդ տարին է՝ ապահովագրությունը կա, սակայն ամենատարրական պայմանները մարզի հիվանդանոցներում չեն ստեղծվել, բուժանձնակազմի աշխատավարձը ևս չի բարձրացել, մարդիկ պետք եղած ժամանակ էլի քաղաք են գնում։  Մեկ բժշկին Հայաստանում հասնում է 2300 հիվանդ. ինչպե՞ս է նոր համակարգն աշխատելու այս դեպքում։  Ապահովագրության վճարները չի կարելի դիտարկել որպես բուժաշխատողների աշխատավարձը բարձրացնելու միջոց։ Բժիշկների աշխատավարձը պետք է մրցակցային սկզբունքով ձևավորվի։ |
| Հայաստանում մայրաքաղաքը գերծանրաբեռնված է, որովհետև բոլոր մարզերից գալիս են Երևան՝ լավ հիվանդանոցներում բուժօգնություն ստանալու։ Դրա համար մարզային պոլիկլինիկաները **պետք է լավ վիճակի** բերվեն, որ մարդիկ բոլոր խնդիրների համար չհասնեն Երևան։  Եթե բուժծառայության ապահովագրման ուղեգրերը հասցե չունենան, այդ դեպքում բոլոր քաղաքացիները կփորձեն Երևան գալ, և դա կխանգարի մարզային բուժհաստատությունների զարգացմանը։  Այնպիսի փաթեթ, որը կարող է բարելավել կյանքի որակը, չկա։ Միայն վիրահատության համար է այս համակարգը նորմալ աշխատում։ Բուժզննմանը, որն իրականացվում է մարզերում, թերահավատորեն են վերաբերվում, քանի որ սարքերի հնությունը ապահովության զգացողություն չի տալիա։  Մեր աշխատակիցներից մեկը ձեռքի ցավից գանգատվում է, մի քանի հետազոտություն է մարզում անցել, հիմա էլ պիտի նորից Երևան գա։ Էլ ինչու՞ իզուր տանջվեց, պիտի միանգամից գար Երևան ու հարցերը լուծեր։  Գումարների հավասար բաշխում պիտի լինի, մարզային հիվանդանոցներում քիչ գումար է գալիս։  Մարզերում հիվանդանոց դիմելն ասոցացվում է խիստ մեծ ծախսերի հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։  Եթե պետությունը կարողանա համայնքային բուժօգնությունը զարգացնել, ծառայությունները ընդլայնել, բժշկական տուրիզմն էլ կզարգանա հանրապետության ամբողջ տարածքով, այլ ոչ թե միայն Երևանում։  Երևանում բուժզննման մակարդակը շատ բարձր է, իսկ մարզերում նույնիսկ գործիքների պակաս կա։  Յուրաքանչյուր մարզում պետք է հնարավորություն ստեղծել՝ ստանալու տարբեր տեսակի բուժօգնություն, որպեսզի մարդիկ չհասնեն Երևան։  Եթե մարդիկ իրենք որոշեն՝ որտեղ են ուզում բուժծառայություն ստանալ, մարզերում լճացում կլինի, քանի որ մասնագետները ցածր են վարձատրվում, մարզերում չեն մնում։  Որպեսզի մարզում լավ բժիշկ լինի, պետք է բարձր վարձատրվի, որ կարողանա ընտանիքը պահել ու մնալ իր մարզում։ Ինչպես նաև պետք է մարզային հիվանդանոցները նոր սարքավորումներով հագեցված լինեն, որպեսզի Երևան հոսքը դադարի։  Մենաշնորհային հիվանդանոցներ չպետք է ձևավորվեն, պետք է բալանսը պահպանվի՝ և՛ մարզերում, և՛ Երևանում։  Ապահովագրական համակարգի համար հավաքվող գումարները պետք է առաջին հերթին ուղղել մարզերում տեխնիկական հագեցվածությունն ապահովելուն։ Թե չէ Երևանում կլինի գերծանրաբեռնվածություն և ընդհանուր առողջապահական համակարգը կոլապսի կմատնվի։  Պետք է այնպես անել, որ բժշկական ապահովագրությունից ստացված գումարներն արդյունավետորեն ներդրվեն նաև բուժհաստատությունների զարգացման գործում։  Երեւանում և խոշոր քաղաքաներում շատ բժիշկներ կան, մարզերում՝ ոչ։ Պետք է գործուղումներ կազմակերպել։  Պետք է խրախուսել մարզերում բժիշկների աշխատանքը։  Բժշկական շատ ծառայություններ Երևանում ու մարզերում տարբեր գին ունեն։ Դրա արդյունքում բժիշկները գալիս են Երևան, որպեսզի շատ վճարվեն։ Եվ քանի որ մենք ունենք մարզային բուժհիմնարկների զարգացման խնդիր, պետք է բժշկական կոնկրետ ծառայությունների գինը, օրինակ Կեսարյան հատումը, ամեն տեղ նույնը սահմանվի։  Հայաստանում մարզային հիվանդանոցները ծանր վիճակում են։ Ամեն ինչ Երևանում է կենտրոնացած։ Պետք է ապահովագրության ուղեգրումներն այնպես կազմակերպել, որ մարզային բժշկությունն էլ զարգանա։ |  | Մարզային հիվանդանոցներն այսօր ավելի են հագեցած, քան Երևանի մի շարք մասնավոր հիվանդանոցներ։ Խնդիրը միայն կադրային հագեցվածության հարցն է, և եթե լավ ուսանողներին լավ աշխատավարձ տան, նրանք կարող ենք գնալ մարզեր։  Յուրաքանչյուր բուժկենտրոն պետք է աշխատի լինել մրցունակ՝ ծառայությունների որակը բարձրացնելով։ Եթե ուզում են իրենց շատ դիմեն, պետք է իրենց ծառայությունների որակը բարձրացնեն։  Միայն դժվարամատչելի հետազոտություններն են, որ Երևանում են անցնում։ Մնացած բոլոր հետազոտոտություններն այս պահին կարողանում են նաև մարզերում իրականացնել։  Ավելի նպատակահարմար կլինի Երևան գալու փոխարեն մարզում ստանալ պոլիկլինիկ ծառայություններ, եթե դրանց որակը բարձր լինի։  Կարևոր է, որ բոլոր հիվանադանոցները հավասար հնարավորություններ ունենան և մենաշնորհային հիվանդանոցներ չլինեն։ Նույնը՝ մասնագիտական որակի և հագեցվածության առումով. եթե ցանկանում են լուծել բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածության խնդիրը Երևանում, մարզերում այս խնդիրներին լուծում պիտի տալ, մարզի բնակիչները հենց մարզերում ստանան բուժսպասարկում։ |
| Կարելի է դիտարկել բարձրորակ մասնագետների՝ ՀՀ բոլոր մարզերում հավասարապես բաշխելու հնարավորությունը, որպեսզի ապահովագրական ուղեգիր ունեցող քաղաքացիները կարողանան ըստ իրենց բնակության վայրի դիմեն բուժհաստատություններ։  Որոշակիորեն կարելի է խրախուսել բուժհաստատության ղեկավարությանը՝ փոխանակման ծրագրեր նախաձեռնելու և իրականացնելու համար։  Արմավիրի մարզից եմ, օգտվում եմ Երևանի հիվանդանոցներից։ Փորձը ցույց է տալիս, որ պրակտիկա ունենալու պարագայում է միայն հնարավոր որակյալ բուժօգնություն տրամադրել։ Անհրաժեշտ է, որ մարզերում էլ բարձր որակավորում ունեցող բժիշկներ աշխատեն, արտասահմանից բժիշկներ այցելեն, լավագույն փորձը ցույց տան։  Մեր շրջանում չկա սարքավորումների հագեցվածություն։ Եթե լիներ, էլ ինչու՞ կհասնեինք Երևան։  Նույն հիվանդանոցում կա բժիշկ, ով համարվում է ավելի լավ մասնագետ, որոշակի համբավ ունի, և բոլորը ձգտում են իր մոտ բուժօգնություն ստանալ։ Պետք է բարձրացնել տարբեր մասնագետների որակավորումը, ունենալ առավել մեծ թվով որակյալ մասնագետներ։  **Մասնագետների** մեծ խնդիր ունենք։ Խնդիր է նաև **բուժհաստատությունների** կենտրոնացվածությունը։ Սա համակարգային խնդիր ու ու սրա լուծումը կարևորագույն առաջնահերթություն է։  Հիմա Երևանի հիվանդանոցներում մահճակալների խնդիր ունենք, տեղ չկա, որ քո պացիենտին պառկացնես։ Հիվանդանոցները գերծանրաբեռնված են։ Իսկ եթե մարզերում լավ պայմաններ ու նեղ մասնագետներ լինեն, էսպիսի վիճակ չի լինի:  Մարզերում առկա է նեղ մասնագետների պակաս, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու հնարավորություն լինի փաթեթներում։  Առողջության ապահովագրությանն անցնելուց առաջ մարզային հիվանդանոցները պետք է անպայման ապահովվեն որակյալ կադրերով։ Հակառակ պարագայում մայրաքաղաքի բուժհաստատությունները նոր ծանրաբեռնվածության տակ կընկնեն։  Մարզեր հիմնականում **նորավարտ, անփորձ բժիշկների** են ուղարկում։ Նրանք փորձ են հավաքում, գնում Երևան։ Պետք է հակառակ մեխանիզմը կիրառել. արդեն փորձառու բժիշկները պետք է ժամանակ առ ժամանակ գան մարզեր, իրենց փորձով կիսվեն մարզի հիվանդանոցների անձնակազմի հետ։  Մարզերի պարագայում պետք է միշտ նկատի ունենալ, որ նեղ մասնագետների լուրջ կարիք կա։ Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ստիպված ենք լինում ուղեգրել Երևան, որտեղ էլ բուժօգնության կազմակերպման համար որևէ արտոնյալ պայմաններ նախատեսված չեն։ Սոցիալական ծանր պայմաններում գտնվող ընտանիքների համար բուժօգնության ծախսերը Երևանում հոգալը գրեթե անհնարին է։  Կարելի է օգտագործել խորհրդային շրջանի փորձը, երբ մասնագետ բժիշկը չէր կարող Երևանում աշխատել, եթե մինչ այդ որոշ ժամանակ մարզերում չի աշխատել։  Մարզում պետք է բուժհիմնարկները հզորացնել և տեխնիկապես հագեցնել, եթե պահանջում են, որ մարդիկ մարզում անցնեն հետազոտությունններ։  Ես մանկավարժ եմ, հինգ կոլեգաներով մարզում գնացել էինք բժշկի, բոլորիս էլ ասել էր, որ երկու մմ-ոց խպիպ ունենք։ Ո՞նց կարող է պատահել, որ հինգս էլ նույն չափի խպիպ ունենանք։  Եթե մարզերում գումար ներդրվի և գոնե ախտորոշիչ սարքեր բերվեն, մարդիկ կմնան մարզերում ու Երևանում էլ ծանրաբեռնվածություն չի լինի։  Ես ապահովագրություն ունեմ, օգտվում եմ որոշակի պարբերականությամբ, սակայն լուրջ խնդիր ունենալու դեպքում, չենք կարող սահմանափակվել տեղամասային պոլիկլինիկայով կամ մարզային հիվանդանոցով, որտեղ բուժօգնությունը որակյալ չէ։ |  | Գործատուները չեն համաձայնի, որ իրենց հաստատություններում աշխատող փորձված մասնագետները տեղափոխվեն մարզեր։  Մենք բժիշկներին ճանաչելու հարցում խնդիրներ ունենք, օրինակ, եթե աշխատում ես Երևանում, ինչ-որ ճանաչված կլինիկայում, ուրեմն հայտնի ես՝ անկախ կլինիկայի մյուս մեծ խնդիրներից։ Իսկ մարզերում շատ լավ բժիշկներ ունենք, որոնք ճանաչված չեն։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ և համաձայն եմ, որ մարզում անցնեմ հիմնական ստուգումները Գոհ եմ տրամադրված ծառայությունների որակից, միայն բարդ հետազոտությւոնների ժամանակ կարելի է գնալ Երևան։  Պետք է բժշկի նկատմամբ վստահությունը բարձրացնել։ Կարևոր չէ, մասնագետը կլինի Երևանում, թե մարզում։ Եթե մասնագետներ լինեն մարզերում, միանշանակ ավելի նախընտրելի է մարզում ստանալ բուժսպասարկում։  Մարզերում բժիշկների մասնագիտական կարողությունները բարձր են, խնդիրը հիմնականում տեխնիկական հագեցվածությունն է։ |
| Առաջնային բուժօգնության օղակում փաստացի ծանրաբեռնվածությունը չի ավելանա, քանի որ այս պահին էլ կցագրված ազգաբնակչության համար ծառայություններն անվճար են։ Ապահովագրության ներդրման դեպքում կավելանա ստացիոնար բուժօգնություն իրականացնող բուժհաստատությունների **ծանրաբեռնվածությունը**։  Ցուցումների հետ կապված լուրջ ծանրաբեռնվածություն է ստեղծվում, քանի որ մարդիկ նույնիսկ խնդիր չունենալու դեպքում որոշում են գնալ, ստուգվել, քանի որ «գումարն արդեն մուծած է» և շատ նեղվում են, երբ բժիշկն իրեն հասանելիք ուղեգիրը չի տալիս։ Այս հարցը նույնպես անհրաժեշտ է կարգավորել, որպեսզի մարդիկ բուժօգնության դիմեն իրական անհրաժեշտության դեպքում։  Այս սցենարի տրամաբանությամբ ապահովագրության համակարգը չի կարող արդյունավետ լինել, քանի որ **գերծանրաբեռնված** են լինելու բուժհաստատությունները։  Որպես բժիշկ կարող եմ ասել, որ հետազուտությւոնների համար սխալ է մարզից Երևան գալ, քանի որ անհարկի ծանրաբեռնվում են Երևանի բուժհիմնարկները, ինչն էլ գցում է բուժսպասարկման որակը։ Պետք է գոնե որոշ մինիմալ հետազոտություններ անցնել մարզում։  Մարդիկ ուզում են մարզերից գալ Երևան և բուժծառայություն ստանալ։ Արդյունքում Երևանում համակարգը գերծանրաբեռնվում է։ Ավելի լավ կլինի, որ մարզերում մարդիկ համախմբվեն և մարզպետարանից պահանջեն, որ մարզի բժշկական խնդիրները լուծեն։  Մեկ բուժաշխատող չի կարող սպասարկել որոշակի թվից ավելի պացիենտների, ուստի **ծանրաբեռնվածության** դեպքում պետք է մտածել անձնակազմը ընդլայնելու կամ արդյունավետությունը բարձրացնելու ուղղությամբ։  Չի կարող որակը լինել նույնը։ Մարդկանց հոսքերի մեծացմանը զուգահեռ՝ պետք է բժշկի աշխատավարձը զգալի բարձրանա։ Պետք է համակարգ ներդնել, որը թույլ կտա հավասար ծանրաբեռվածություն ապահովել բուժհիմնարկներում։ |  | Պացիենտների տեսակավորումը և բուժհաստատություններում ընդունելության սահմանափակումը կկարգավորի ծանրաբեռնվածությունը։  Ես չեմ կարծում, որ ապահովագրության ներդրման դեպքում մարդիկ կսկսեն պոլիկլինիկաներ կամ հիվանդանոցներ գնալ։ Մինչև խնդիր չլինի, մարդը չի գնա բժշկի։ Հետևաբար, բուժհաստատությունների ծանրաբեռնվածությունը չի մեծանա։  Բուժաշխատողների **ծանրաբեռնվածության** հարցն ավելի շատ բուժհաստատությունների կադրային քաղաքականության դաշտում է։  Աշխատավարձերի բոնուսները որոշ չափով կլուծեն նաև բուժաշխատողների **ծանրաբեռնվածության** հարցը։  Հաշվի առնելով բուժհիմնարկների ծանրաբեռնվածությունը (բուժհիմնարկները հիմնականում առավոտյան են ծանրաբեռնված լինում)՝ ճիշտ բաշխումը բուժծառայության որակը կբարձրացնի։  Երեք տարին մեկ՝ պարտադիր ու սահմանված կարգով պետք է իրակացվի սկրինինգ։ Հստակ օր ու ժամ պետք է առանձնացված լինի յուրաքանչյուր քաղաքացու համար։ Սա թույլ կտա ծանրաբեռնվածության խնդիրը լուծել։ Հիմա որոշակի խրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձինք կարող են տեղի-անտեղի գալ հիվանդանոց։ |
| **Բժշկի բարոյական նկարագրից** է կախված, թե ինչ որակի բուժօգնություն կստանաս, իր ծանոթի մոտ կուղղորդի՞, թե՞ իրապես լավ մասնագետի։ Բախտի բան է։  Մարզերում հենց մտնում ես բժշկի մոտ, հարց է տալիս՝ գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ։ Սկսում ես մտածել՝ բա արժե՞ ստուգվել։ Դրա համար էլ գալիս ենք Երևան։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ «Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն չենք վստահում բուժաշխատողներին։  Ես ուզում եմ պարտադիր գալ Երևան՝ բուժզննում անցնելու, որովհետև մարզում գնում ես հետազոտության ու փոշմանում։ Ասում են՝ գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ։  Կան բուժհիմնարկներ, որ պետպատվերի շրջանակներում ցածր որակով են սպասարկում, իսկ մասնավորի դեպքում որակը բարձր է։ Սա պետք է պետական մակարդակով վերահսկել։  Ես բուժզննում եմ անցել մեր մարզում, բայց դժգոհ եմ։ Նույն հետազոտության համար եկա Երևան ու հիվանդությունս բացահայտեցին։ |  | Բուժհաստատությունները պատրաստ են սպասարկել ապահովագրությամբ իրենց մոտ եկած պացիենտներին։ Խնդիրը քաղաքացիների շրջանում է։ |
| Եթե բժիշկների կարիք կա, կարող ենք վերապատրաստել։  Հայաստանում հաճախ ամեն ինչ ֆիկտիվ բնույթ է կրում։ Օրինակ՝ բժիշկների վերապատրաստման ծրագրեր կան, բայց բժիշկները գնում, ստորագրում են, իբրև մասնակցել են այդ ծրագրին և վերադառնում են։  Շահառուն պետք է հնարավորություն ունենա ինքն ընտրել **մասնագետին**, թե ում է ցանկանում դիմել։ Այս գործընթացը կհանգեցնի բժիշկների մոտ մրցակցության ավելացմանը, իսկ եթե բժիշկը վստահ է, որ միևնույն է, իր մոտ գալու են, նա երբեք չի ցանկանա **կատարելագործվել**։  Էլեկտրոնային առողջապահության վերաբերյալ **սեմինարներ** պետք է անցկացվեն։ Օրինակ՝ մեծահասակ բժիշկներ ունենք, ովքեր տեղեկացված չեն կամ չեն կարողանում օգտվել էլեկտրոնային համակարգից։  Մեր **բժիշկները** աշխատում են իրենց «ուղեղի» հաշվին. լսում, լսում են հիվանդին, նոր որոշում, թե ինչ ուղղությամբ տանեն ախտորոշումն ու բուժօգնությունը։ Հիվանդն էլ ասում է, թե հասարակ սոնոգրաֆիայի հնարավորություն չունի։ Դրսում էս ամեն ինչն արվում է **տեխնոլոգիաների** միջոցով, բժիշկն իր գլուխը չի ջարդում։ |  |  |
| Հիմա արդեն գործում է ազատ ուղեգրման համակարգ, որը մրցակցություն է առաջացնում բուժհաստատությունների միջև։  Կան հիվանդանոցներ, որ պատշաճ չեն կատարում իրենց պարտականությունները, ինչ է թե պետական պատվերով են ծառայություն մատուցում։ Իսկ մասնավոր սեկտորը մի քիչ այլ է։ Եթե մարդ դժգոհ մնաց, հաջորդ տարի կփոխի այդ ծառայությունը։  Հիվանդանոցները համաձայնվում են պետպատվերի ցածր վարձատրվող տեղեր վերցնել, նրանց միջև այս առումով **մրցակցություն** է ընթանում։  Շատ հիվանդանոցներում մասնագետները ծանոթով երկար մնում են իրենց պաշտոններին, մինչդեռ ավելի որակյալ երիտասարդ մասնագետներն անգործ են մնում։ Իսկ եթե **մրցակցություն** լինի հիվանդանոցների միջև, ապա կառավարիչներն ամեն ինչ կանեն, որպեսզի որակյալ մասնագետներին բերեն իրենց բուժհաստատություն։ |  | Ապահովագրության վճարները չի կարելի դիտարկել որպես բուժաշխատողների աշխատավարձը բարձրացնելու միջոց։ Բժիշկների աշխատավարձը պետք է մրցակցային սկզբունքով ձևավորվի։ |

## Ե. ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Հիմա պետպատվերով ծառայություն ստանալու համար Արմեդ համակարգով գրանցվելիս խնդիրներ են առաջանում, քանի որ մարդը **ազատ չէ ընտրելու** այն հիվանդանոցը, բժշկին, որտեղ/ում մոտ ուզում են բուժօգնություն ստանալ։ Ապահովագրության դեպքում շատ կարևոր է, որ մարդիկ ընտրելու հնարավորություն ունենան։  Եթե բժշկական ապահովագրություն ունեցող անձը հնարավորություն ունենա **ընտրել**, թե որ բուժհաստատության ծառայություններից օգտվի, ապա կարելի է ակնկալել, որ համակարգը լիարժեքորեն կծառայի քաղաքացուն։  Ապահովագրական ընկերություններից գումարներ ստանալու խնդիր կա։ Ոչ բոլոր ընկերություններն են լավ որակի ծառայություն մատուցում։ Մարդիկ պետք է հնարավորություն ունենան **ընտրելու**, թե որտեղ են ապահովագրվում։ Ինչպես նաև **ընտրեն**, թե որտեղ են **բուժվելու**։  Որպեսզի սոցփաթեթներն իրենց նպատակին ծառայեն և շահառուները գոհ լինեն, պետք է բուժօգնության բոլոր սահմանափակումները հանվեն ու լիարժեք բուժօգնություն տրամադրվի։ Երկրորդը՝ շահառուն, **որ հիվանդանոցում ցանկանա**, այնտեղ էլ պետք է իր բուժօգնությունը ստանա։ Սրանք սոցփաթեթի երկու գլխավոր թերություններն են։  Մարդ **ինքը պետք է որոշի**, թե որտեղ է ցանկանում բուժծառայություն ստանալ՝ մարզերու՞մ, թե՞ Երևանում։  Մարզերում առկա է նեղ մասնագետների պակաս, ու ցանկալի է, որ մայրաքաղաքում բուժզննում անցնելու **հնարավորություն լինի** փաթեթներում։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ և դժգոհ եմ, որ չեմ կարող հետազոտություններս անցնել Երևանում։  Շահառուն պետք է հնարավորություն ունենա ինքն **ընտրել մասնագետին**, թե ում է ցանկանում դիմել։ Այս գործընթացը կհանգեցնի բժիշկների մոտ մրցակցության ավելացմանը, իսկ եթե բժիշկը վստահ է, որ միևնույն է, իր մոտ գալու են, նա երբեք չի ցանկանա կատարելագործվել։  Նախկինում մեզ հնարավորություն էին տալիս **ընտրել** հիվանդանոցը, դա մեծ առավելություն էր, հիմա հանել են այդ կետը։  **Պետք չէ պարտադրել** բնակչին, թե նա որտեղ պետք է անցնի բուժզննունը։ Մարդն ինքը պետք է **ընտրի**՝ որ պոլիկլինիկայում է անցնելու բուժզննում։  Վերապատրաստումների միջոցով հնարավոր չէ հասնել տարբեր մասնագետների կողմից նույնանման որակյալ բուժօգնության տրամադրմանը, ապահովագրական փաթեթը պետք է լինի անհատական, **ընտրելու հնարավորություն տա**։  Սոցփաթեթի շրջանակներում ես փորձում էի **ընտրել բուժհաստատություն**, սակայն մեզ տեղեկացրեցին, որ հնարավոր չէ ընտրություն անել։ |  | **Համակարգը պետք է ինքը որոշի**, թե հիվանդները որ բժշկի մոտ գնան, այլ ոչ թե բժիշկը կամ հիվանդը։ Համակարգը պետք է որոշի ըստ բուժհաստատության ծանրաբեռնվածության։  Եթե մարդիկ **իրենք որոշեն**՝ որտեղ են ուզում բուժծառայություն ստանալ, մարզերում լճացում կլինի, քանի որ մասնագետները ցածր են վարձատրվում, մարզերում չեն մնում։  Ապահովագրական համակարգը պետք է այնքան ճկուն լինի, որ **համակարգչի միջոցով** կարողանա մարդկանց հավասարաչափ բաշխել։  Չի կարող որակը լինել նույնը։ Մարդկանց հոսքերի մեծացմանը զուգահեռ՝ պետք է բժշկի աշխատավարձը զգալի բարձրանա։ Պետք է համակարգ ներդնել, որը թույլ կտա **հավասար ծանրաբեռվածություն** ապահովել բուժհիմնարկներում։  Ծանրաբեռնվածությունից խուսափելու համար **թեժ գիծը** պետք է հնարավորություն տա առցանց դիմելու և հետզանգ պատվիրելու։  Գործող ապահովագրության համակարգում բուժհաստատություն ուղղորդելու դեպքերը բացառվում են, քանի որ քաղծառայողները **ԱՆ**-ի կողմից հաստատված ցանկից ազատ են ընտրելու բուժհաստատություն, որն ուղղակի հարցում է ուղարկում ապահովագրական ընկերությանը, ստանում հաստատում կամ մերժում։  Ներկա պահին ուղեգրային համակարգը չի նշում, թե պացիենտը որ հիվանդանոցում բուժվի իր ուղեգրով։ Պացիենտն **ինքն է ընտրում** իրեն հարմար բուժհաստատությունը։  Մյուս մասնակիցը հակադարձում է՝ համակարգը թույլ է տալիս ընտրել։ |
| **«Անապահով» ու «նպաստառու»** ընտանիք ասվածը շատ հարաբերական է։ Պետք է այդ համակարգի հանդեպ վստահությունը վերականգնվի ու աշխատողները վստահ լինեն, որ այդ համակարգում գրանցված մարդն իրականում անապահով է ու, միգուցե, այդ դեպքւմ ցանկանա նրա փոխարեն վճարել։  Հասարակությունում անվստահություն կա «**գործազուրկ**» ստատուսի նկատմամբ՝ եթե թվերը ճշտգրիտ լինեն, և միայն արժանի մարդիկ նպաստ ստանան գործազուկ լինելու համար, կամ Փարոս համակարգում գրանցված լինեն միայն իրոք անապահովները, ես դեմ չեմ լինի իմ աշխատավարձի որոշ չափը տրամադրել նրանց օգնելու համար։  Հայաստանում այս պահին չկա **գործազրկության իրական մակարդակի** վերաբերյալ հստակ տեղեկատվություն։  Մեր երկրում դժվար է տարբերակել աշխատողին ու չաշխատողին։ Ամենամեծ խնդիրը **ստվերի** կրճատումն է։  Մենք **պետք է հասկանանք**, թե մեր երկրում բնակչության քանի՞ տոկոսն է աշխատող, հետո հասկանանք, թե ի վիճակի՞ ենք պարտադիր ապահովագրությունը ներդնել, թե՞ ոչ։  Մենք պիտի առանձին համակարգ ստեղծենք այն մարդկանց համար, ովքեր լավ պայմաններում են ապրում, բայց **խուսափում են աշխատանքից**։  **Հարկային ստվերը** պետք է վերանա, որպեսզի բոլոր իրական աշխատողները հարկ վճարեն, իսկ ստվերով աշխատող անհատը ինչպես եկամտահարկ չի վճարում, այնպես էլ առողջապահության հարկը չի վճարի։  Պետությունը պետք է ամեն ինչ անի, որ բոլոր քաղաքացիներին **հարկային դաշտ** բերի, հետո նոր խոսենք բժշկական պարտադիր ապահովագրության մասին։  Եթե ֆիքսված թիվ լինի, բոլորը կվճարեն գումարը, իսկ եթե տոկոսային լինի, շատերը իրենց **եկամուտները կթաքցնեն**։ |  | Աշխատողները միշտ տուժված են լինում, չի կարելի որ չաշխատողների համար աշխատողներն այդպիսի մեծ բեռ վերցնեն իրենց վրա։ Մարդիկ կան, ովքեր գերադասում են **նպաստ ստանալ**, քան աշխատել։  Պետք է գործիքներ մշակել, որպեսզի բժշկական ապահովագրության բեռը չմնա միայն գրանցված աշխատողների ուսերին։ Անգամ **ստվերում** աշխատող մարդկանց համար կարելի է նման գործիք մտածել և այնպես անել, որպեսզի նրանք էլ վճարեն առողջության ապահովագրության համար։  Սկզբում համակարգը պետք է ներդնել միայն աշխատողների համար։ Հիմա մենք ունենք **ստվերային աշխատողներ**, որոնք գրանցված չեն, բայց աշխատավարձ ստանում են։ Սա կստիպի մարդկանց, որ գրանցվեն, օգտվեն ծառայություններից։  Պարտադիր ապահովագրություն ներդնելը կարող է հանգեցնել նրան, որ **չգրանցված աշխատողը** ցանկանա **գրանցվել**, որպեսզի օգտվի այդ համակարգից։ Դա կբերի ստվերի կրճատմանը։  Ապահովագրության համար կարելի է **արտոնություններ** տալ գործատուներին, բայց միայն որոշ պայմաններում։ Օրինակ, եթե նրանք թոշակի տարիքի աշխատակիցներ ունեն։ Կամ սահմանափակ հնարավորություններով աշխատակիցներ։ Այդ պարագայում պետությունը բժշկական ապահովագրության համար հարկային արտոնություններ կարող է տալ գործատուներին։  Պետությունը պետք է կադրային քաղաքականություն իրականացնի և **մոտիվացնի** պետական աշխատողին՝ չարտագաղթելու և հենց մասնագիտությամբ աշխատելու համար։ Պետք է նաև **արտոնություններ** տա իր և իր ընտանիքի անդամների համար։    Առողջության ապահովագրման համար գումարները պետք է գանձնվեն մարդկանց աշխատավարձից։ **Որոշակի տոկոս** որոշվի և այդպես գանձնվի։ Բայց որպեսզի դա հնարավոր լինի, պետք է բոլոր աշխատողներին գրանցել և **հարկային դաշտ բերել**։ |
| Չկան պետականորեն ընդունված բուժման սխեմաներ, նույն հիվանդությունը տարբեր հիվանդանոցներում տարբեր կերպ կարող է բուժվել, տարբեր գումար արժենալ. մարդ չի հասկանում իրեն ինչ ծառայություններ են հասնում, **կոռումպացված մթնոլորտ է**։ Այս խնդիրները պետք է լուծվեն ու նոր անցնենք ապահովագրության համակարգի ներդրմանը։  Ուշ թե շուտ պետք է անցնենք ապահովագրությանը։ Սակայն մեծ է հավանականությունը, որ էլի **ԽԾԲ-ն** է աշխատելու։ Այսօր էլ պետաշխատողները, որ ունեն որոշակի ապահովագրություն, ոչ նպատակային են օգտագործում դա, որոշ ծանոթների միջնորդությամբ, տարբեր կազմակերպություների միջոցով կանխիկացնում են։  Բժիշկներն ու պետական հաստատությունները կարող են ապահովագրված անձանց **ուղղորդել** դեպի իրենց ծանոթ հիմնարկներ և մասնագետներ, ինչը որոշ իմաստով **կոռուպցիոն ռիսկեր** է պարունակում։  Շատ մանկավարժներ, որոնք հիմա ունեն առողջական ապահովագրություն, դիմում են ապահովագրական ընկերություններ, գումար են ստանում, հետո այդ գումարն այլ նպատակներով ծախսում։ **Պետական վերահսկողությունը** շատ թույլ է։ |  | Առողջության ապահովագրությունը չի կարող միանգամից լուծել առողջապահական ոլորտի բոլոր խնդիրները։ Կողմնակի վճարները դեռ որոշ ժամանակ կարող են մնալ, բայց իմ փորձը ցույց է տալիս, որ հետզհետե **կողմնակի վճարները** պակասում են։  Ապահովագրությունը ոչ միայն չի խոչընդոտելու առողջապահության ոլորտում առկա խնդիրներին, այլև նպաստելու է դրանց լուծմանը։ Ձևավորվում է **ֆոնդ**, որը տնօրինում է ապահովագրական վճարները, կարգավորում ողջ գործընթացը, հաստատում ծառայություններն ու գնացուցակը։  Ես հավատում եմ, որ առողջապահության ապահովագրման համակարգի լիարժեք ներդրման պարագայում քաղաքացիները կազատվեն բուժհաստատություններում բոլոր **կողմնակի վճարներից**։ Եթե իհարկե այդ ապահովագրությունը ներառի համապատասխան ծառայության փաթեթը։  Պետք է մշակել նաև «**Ներքին ազդարարման» համակարգ**, որի խնդիրը բուժհաստատությունում առկա խնդիրները՝ այդ թվում կոռուպցիոն, տեխնիկական, անձնակազմային և այլն, բացահայտելն ու չեզոքացնելն է։  Հայաստանում հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների համար վարկանիշային համակարգ է անհրաժեշտ։  Բուժհաստատությունների վարկանիշը կձևավորվի **Մոնիտորինգի և Ներքին ազդարարման համակարգերից** ստացված տվյալների հիման վրա և հնարավորություն կտա քաղաքացիներին ավելի հեշտ կողմնորոշվել, թե իր ուղեգրով կոնկրետ որ բուժհաստատություն գնալ։  **Թեժ գիծը** դժգոհությունները գրանցելու միջոց է։ Եթե հետո տվյալները ճիշտ մշակվեն, արդյունք կտա, եթե ոչ, ոչ մի օգուտ էլ չի լինի։  **Թեժ գիծը** պետք է լինի լուրջ վերլուծական բազա, բոլոր զանգերը պետք է լուրջ մշակվեն եւ լուծումներ առաջարկվեն։  Եթե սպասենք, որ **կոռուպցիան վերանա**, նոր բարեփոխումներ անենք, կարող է մի հարյուր տարի էլ սպասենք։  Կան մոնիթորինգի և **կոռուպցիայի** ներքին ազդարարման համակարգեր, որոնց միջոցով կարելի է իրականացնել ընթացիկ մոնիթորինգը, վերահսկողությունը, խրախուսել քաղաքացիների կողմից կոռուպցիայի դեպքերի մասին ազդարարման դեպքերը։ |
| Առողջապահական ապահովագրություն ներդնելուց առաջ պետք է հասկանանք, թե մարդիկ որքանո՞վ են **ճիշտ հասկանում**, թե երբ և ինչ բուժզննման կարիք ունեն։ Շատ քաղաքացիներ, որոնք տարբեր արտոնություններ ունեն, հաճախ միանգամից դիմում են թանկարժեք բուժզննման, և դա այն դեպքում, երբ մինչ այդ կարող էին պոլիկլինիկաներ գնալ և այնտեղ ստանալ իրենց հուզող հարցերի պատասխանները։  Ապահովագրությունն ամեն մարդու **ներդրումն է** իր առողջության համար։  **Ապագան** ապահովագրական մեխանիզմների ներդրման մեջ է։  Մենք պետք է **ուսումնասիրենք սոցիալիստական ուղղվածությամբ երկրների փորձը** և հասկանանք, թե ինչպես են իրենք կարողացել լուծել բժշկական ապահովագրությունը ներդնելու պահին առկա խնդիրները և ինչ արդյունքների են հասել ավելի երկարաժամկետ հեռանկարում։  Պետք է ուսումնասիրել այն երկրների փորձը, որոնք արդեն իսկ ներդրել են ԱՀԱ համակարգը։ Դա ոչ միայն թույլ կտա տեղայնացնել **փորձը**, հաշվի առնելով մեր առանձնահատկությունները, աշխարհայացքը, այլև ուսումնասիրել արդեն իսկ առկա խնդիրները։  Պլանային դեպքերի համար պետք է կարևորել **առողջության պահպանման առաջին օղակի** դերը, որն արդեն սոցփաթեթի շրջանակներում աշխատելու փորձ ունի։ Աշխատանքն էլ պետք է որոշակիորեն **կարգավորվի** ապահովագրությունն իրականացնողների կողմից։  Ապահովագրությունը, ինչպես ցանկացած նորություն, լայն ծավալով սկզբնական շրջանում չի ընդունվում։ Նույնը տեղի է ունեցել նաև **ավտոմեքենաների ապահովագրության** նախնական շրջանում, մինչդեռ հիմա մարդիկ արդեն **չեն բողոքում**։  Երբ մարդիկ օգտվեն ապահովագրության ծառայություններից, նրանք **կհասկանան**, որ դա շատ օգտակար է։ Ժամանակին նույն խնդիրն ունեինք, օրինակ, ավտոմեքենաների պարտադիր ապահովագրության հետ կապված։ Բայց մարդիկ օգտվեցին, տեսան, որ դա օգտակար է և հիմա նույնիսկ փոքր քերծվածքների դեպքում կանգնում ու սպասում են ապահովագրական ընկերության ներկայացուցիչներին։  Սոցիալական պետությունների նման մոդելը բավականին արդյունավետ է, պետությունը ակտիվորեն ներգրավված է, ծառայությունների փաթեթները խիստ անհատականացված են, արդյունավետորեն իդենտիֆիկացված են խոցելի խմբերը և նրանց տրամադրվող աջակցությունն էլ թիրախային է՝ ըստ կարիքների։ Եթե ես անեի բարեփոխումները, կփորձեի այս **փորձը ուսումնասիրել**, տեղայնացնել։  Կարևոր չի, **պետական թե մասնավոր** լինի ապահովագրական ընկերությունը, առաջին տարիների ընթացքում ֆինանսական հոսքերը հնարավոր չի լինելու կառավարել։ Պետք է **պիլոտային տարբերակով** սկսել ներդրումը։  Առողջապահական ապահովագրությունը Հայաստանում պետք է **փուլային տարբերակով** ներդնել։ Օրինակ, սկզբում դա պետք է լինի կամավորության հիմքով։ Կամ պետք է պետական հիմնարկներից սկսել։  Ապահովագրման համակարգի ներդրումից հետո պետք էր **մոնիթորինգ** անել և բացերը վեր հանել, իսկ դա լավ չի արվել։  Պիտի միմյանց լսենք և քննարկենք, որ այդ խնդիրները լուծվեն։ |  | Առողջապահական ապահովագրության ներդրմանը պատրաստ չէ ոչ միայն **առողջապահական համակարգը**, այլև **պետությունն** ընդհանրապես։ Տարբեր գերատեսչություններ իրար հետ լավ չեն համագործակցում, յուրաքանչյուրը միայն իր ոլորտի խնդիրներն է առաջ տանում։  Հայաստանում առողջապահական համակարգը **սխալ է պլանավորված, լավ չի աշխատում** և վտանգ կա, որ այս իրավիճակում ապահովագրության համակարգ ներդնելը կարող է նոր խնդիրներ առաջացնել քաղաքացիների ու բուժհաստատությունների համար։  Չկան պետականորեն ընդունված բուժման սխեմաներ, նույն հիվանդությունը տարբեր հիվանդանոցներում տարբեր կերպ կարող է բուժվել, տարբեր գումար արժենալ. մարդ չի հասկանում իրեն ինչ ծառայություններ են հասնում, **կոռումպացված մթնոլորտ է**։ Այս խնդիրները պետք է լուծվեն ու նոր անցնենք ապահովագրության համակարգի ներդրմանը։  Իմ կարծիքով չարժե հիմա ներդնել առողջության ապահովագրությունը, մենք հիմա լուրջ խնդիրներ ունենք **առողջապահական համակարգում**, որոնք պետք է առաջնահերթ լուծվեն։  Հայաստանում **առողջապահական ոլորտի համակարգում** բազում չլուծված խնդիրներ կան։ Հետևաբար, մենք պատրաստ չենք նաև պարտադիր ապահովագրության ներդրմանը։  Ի՞նչ է անում պետությունը առողջապահական համակարգի արդիականացման համար։  **Պետությունը** պետք է թարմացնի իր **առողջապահական համակարգը**, նոր մակարդակի հասցնի ու նոր փորձի որևէ առաջարկով հանդես գալ, որը իրենից ենթադրում է հարկային բեռի ավելացում բնակչության համար։  Ռեսուրսների տեսանկյունից ապահովագրական ընկերություններն անշուշտ ստիպված են լինելու ավելացնել ռեսուրսները, չեն կարող նույն ռեսուրսներով սպասարկել հարյուր հզ. և երկու մլն. մարդու։ Այս հարցը, սակայն, հեշտ լուծելի է։ Արմեդ համակարգն էլ թույլ է տալիս արագ և արդյունավետ կերպով հաստատումներն անել, քաշքշուկի հարցը լուծել։ **Օրենսդրական նպաստավոր դաշտ** պետք է լինի, որից հետո միայն հնարավոր կլինի ներդնել համակարգը։ |
| Ցանկալի է **հիմնադրամը** պետական լինի, որ չստացվի, որ դա ուղղակի փող աշխատելու միջոց է։  Եթե **պետական հիմնադրամ** լինի, բուժհաստատություններում տարբերակումներ չեն լինի։  **Հիմնադրամը** պետք է լինի անկախ, դա ամենակարևորն է։  Ֆինանսական համակարգը և առողջապահությունը չի կարելի համեմատել։ Չեմ կարծում, որ մարդիկ ավելի շատ կվստահեն **մասնավորին**, քան **պետական համակարգին**։  Հավանաբար **պետական հիմնադրամը** նախընտրում ենք այն պատճառով, որ մեր գումարները չուղղվեն մեկ մարդու շահերի բավարարմանը, որ ծառայեն պետությանը, հանրությանը։  **Վճարների սխեմաներ** են պետք։ Օրինակ՝ գումարը կարելի է վճարել ոչ թե ապահովագրական ընկերությանը, այլ պետությանը։ Իսկ հետո արդեն պետությունը այդ նույն գումարները ապահովագրական ընկերության միջոցով կփոխանցի համապատասխան բուժհաստատությանը։  Մենք պետք է **համակարգային խնդիրներ** լուծենք և՛ առողջապահական, և՛ ապահովագրական ոլորտներում։ Հատկապես **մասնավոր ընկերություններն ավելի հակված են ավելացնելու սեփական եկամուտները** և ոչ թե զարգացնելու համակարգը։  Պետությունը ավելի փորձառու է ապահովագրության հարցում. դրա համար մեկ միասնական **պետական ապահովագրական ընկերություն** պետք է լինի։  Ապահովագրության համակարգը պետք է պետության ձեռքում լինի, բայց միաժամանակ **մասնավորը** չպետք է արգելվի։  Եթե ֆինանսական դաշտը չի կայունանում, ֆինանասական հոսքերը չեն ավելանում, այս կամ այն **ընկերությունը** դժվար թե կարողանա աշխատանքն ավելի լավ կազմակերպել։  Եթե մասնավորը կարող է, **պետությունը** կկարողանա ու կկարողանա։  Նախարարության ներկայացուցիչը վստահեցնում է, որ պետությունը կարող է վերահսկել, եթե աշխատակիցներ ավելանան։  **Պետության ներկայությունը** պետք է շարունակական լինի, ոչ թե մեկանգամյա։  **Պետությունը** պետք է այնքան մասնակցի, մինչև համակարգը կայանա։ Հետո արդեն կարող է չմասնակցել։  Կորոնավիրուսի օրերին մենք տեսանք, թե ինչ է ստացվում, երբ ամեն ինչ իր վրա է վերցնում **պետությունը**։ Դա և՛ հիվանդի, և՛ նրա հարազատների համար շատ գնահատելի է։ Առաջարկում ենք առողջապահական ապահովագրական փաթեթներ պատրաստել։  Պետությունը մարդկանցից հարկեր է հավաքում և ինքն է որոշում, թե ինչ հիվանդություններ բուժել և որ բուժհաստատություններում։ **Վերահսկողությունը** այդ գործունեության հանդեպ թույլ է։  **Պետությունը ինքը պետք է որոշի**, թե ապահովագրության ծառայության ինչ առաջնահերթություններ կան և դրանով որոշվի ապահովագրությամբ մատուցվող ծառայությունների մինիմալ ծավալը։  Պետությունն առողջապահական ապահովագրության գործընթացը **վերահսկելուց** բացի պետք է նաև հստակ փաթեթ մշակի, որպեսզի մարդիկ իմանան, թե բժշկական ինչ ծառայություններից կարող են օգտվել ապահովագրվելուց հետո։  **Պետությունը** պետք է ամեն տարի իր ներդրումն ունենա ապահովագրության համակարգում։  Այս համակարգը, իհարկե, լավ նախաձեռնություն է, սակայն **պետությունը** չպետք է կրճատի իր ներդրումներն առողջապահության ոլորտում։  Կարելի է մեխանիզմներ մշակել, որ գումարի մի մասը հատկացվի **ներդրումներին**։ Եթե նման մեխանիզմ չլինի, ֆինանսական ներդրումներ կարող է չլինեն։  Որպես օրինակ կարելի է դիտարկել նաև **պետության օգնությունը** ապահովագրման ներդրման գործում։ |  | Բուժոլորտում մրցակցությունը հետզհետե հանում է մատուցվող ծառայությունների որակի հարցը։ Այդ մրցկացությունում հաջողության հասած հիվանդանոցները հաճախ չեն բուժում **պետպատվերով հիվանդներին՝** ասելով, որ պետությունը ուշացնում է վճարները։ Նույն բանը կարող է լինել նաև ապահովագրական ընկերության հետ։  **Պետական ապահովագրության համակարգը** չի աշխատի. մեր երկրի արտաքին պարտքը մեծ է, ինֆլյացիա կլինի։  Ներկայում արդեն իսկ պետության կողմից առաջարկվող **պետպատվերի** համակարգի շրջանակներում պետության խոստացած ծառայություններն ամենևին **չեն բավարարում** մարդկանց կարիքներին։ Բազմաթիվ մարդիկ պարզապես դուրս են մնում։  Չեմ կարծում, որ **ապահովագրությունը իրեն կարդարացնի**։ Ժողովուրդը շատ անբարենպաստ վիճակում է ապրում, իսկ պետությունն էլ չի կարող այդ բեռը վերցնել իր վրա  Ամեն ինչն **անհնար է ապահովագրել**։ Մենք բարձրացնելու ենք մարդկանց կողմից կատարվող վճարների չափը, բայց փաստացի չենք կարողանալու ամեն պարագաների համար բժշկական ապահովագրության մեջ ներառված ծառայություն տրամադրել։  Արդյո՞ք **պետական միջոցները** կբավարարեն ամբողջական ապահովագրության համար։  Արդյո՞ք պետությունն ի վիճակի է **վերահսկել** այդպիսի մեծ հոսքեր։  Արդյո՞ք ներկա պայմաններում մեր պետությունը և առողջապահական համակարգն ի վիճակի են նման **բեռ վերցնել** իրենց վրա։  **Պետությունը ծանրաբեռնված** է պատերազմի, կորոնավիրուսի հետևանքներին արձագանքելով, ուստի, մասնավորի միջոցով պետք է կազմակերպել ապահովագրությունը, իհարկե՝ **պետության վերահսկողությամբ։**  Մենք ուզում ենք, որ մեր կյանքն ապահովագրված լինի։ Դա երևի անհրաժեշտ է ժամանակի տրենդերից հետ չմնալու համար։ Բայց այսքան ժամանակ մենք անգամ ինքներս մեզ չենք ապահովագրել և հիմա **հայտնի չէ**, թե **պետությունն** ինչպես դա կարող է անել։  Պետք է լինի և**՛ պետական, և՛ մասնավոր ապահովագրություն**։ Եթե տնտեսվարողը նորմալ աշխատում է, պետք է հոգա նաև իր աշխատողների առողջապահության հարցերը, իսկ պետական համակարգը պետք է ապահովի իր մոտ աշխատողների հարցերը։  Լինի **պետական, թե մասնավոր**՝ որևէ գործակալություն չի կարողանալու մոտակա հինգ-վեց տարում մարդկանց հոսքերը կառավարել։  Ֆրանսիայում պետական առողջապահական մեկ մարմին է ամբողջը համակարգում, իսկ **մասնավոր կազամակերպություններն** առաջարկում են հավելյալ, շքեղ ծառայություններ։ Եվ կա այլ փորձ, երբ միայն մասնավոր կազմակերպություններն են իրականացնում ապահովագրությունը։ Երկուսն էլ ունեն իրենց առավելություններն ու թերությունները։  Պետք է մարդկանց հնարավորություն տալ, որ իրենք ընտրեն, թե որ համակարգից են ուզում օգտվել՝ **պետակա՞ն, թե՞ մասնավոր**։  **Կենտրոնացած հիմնադրամը** ավելի լավ է գործում, դա ավելի արդյունավետ է ամբողջ համակարգը կառավարելու առումով, բայց դա լինի **պետական, թե՞ մասնավոր**, արդեն քննարկման հարց է։ |
| Ես սպասարկում եմ Թուրքիայի հետ սահմանամերձ գյուղեր, գյուղերը հազիվ են շնչում։ **Պետությունը պետք է օգնի,** բայց այդքան ուժ չունի, մասնավորի կարիքը կա։  Պետությունը պետք է ոչ թե մտնի բիզնեսի դաշտ, այլ **կարգավորի** այն։  Մասնավորի դեպքում **մրցակցություն** կլինի, ինչն էլ կստիպի բարձրացնել ծառայությունների որակը։ Վերահսկողության գործընթացը ևս ավելի արդյունավետ կարող է լինել, քանի որ արտաքին դերակատարը՝ պետությունն, է անելու **վերահսկողությունը**։  Հայտնի է՝ **մրցակցությունն** է որակ տալիս։  Եթե ապահովագրման հարցը դիտարկենք որպես **բիզնես**, կադրային հարցն էլ կլուծվի։ Եթե աշխատավարձ լինի և աշխատանքային պայմանները գրավիչ լինեն, մարդիկ էլ ավելի արդյունավետ կաշխատեն։  Երբ **ապահովագրական ընկերություննները** վերաբերում են առողջապահությանը որպես բիզնեսի, մրցակցություն է լինում, որակի բարելավում է լինում։  Երբ խոսում ենք բանկային համակարգի մասին, չենք խոսում պետական **միասնական** բանկի մասին։ Նույն կերպ էլ ապահովագրության դեպքում։ Կենտրոնական բանկը վերահսկողն է, բայց կան մասնավորներ։ Նույնն էլ ապահովագրության համակարգում պետք է լինի։  Իմ կարծիքով՝ մրցակցության բացակայությունն ու մոնոպոլիան չեն կարող նպաստել արդյունավետ համակարգի կայացմանը։ Մասնավոր ընկերությունների նկատմամբ կարող է իրականացվել խիստ **վերահսկողություն**՝ պետության կողմից։  **Ապահովագրական ընկերություններն** իրենք են շահագրգռված, որ բուժօգնությունը և սպասարկումը լինեն որակյալ, **ԱՆ-ն ունենա որակի հստակ պահանջներ**, բուժաշխատողները լինեն պատրաստված, տեխնիկան՝ նոր։ Սա բիզնես է։  Հիմնադրամի ստեղծման սխեման մոտավորապես նույնն է լինելու, ինչ ապահովագրական ընկերություններինը։ Եթե պետությունը հնարավորություն տա ապահովագրական ընկերություններին մրցակցել, իրականացնել ապահովագրությունը, ապա լրացուցիչ ծախս չի կրի **հիմնադրամ** ստեղծելու համար և կիրակացնի միայն **վերահսկողության** գործառույթը։  Ինչպես մեզ մոտ աշխատեց ԱՊՊԱ համակարգը, այնպես էլ կարող է աշխատել պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը։ Կլինեն **մասնավոր ընկերություններ** և **պետական վերահսկողություն**։  Ամբողջ աշխարհում ընդունված է, որ անհատը կարող է բացի պարտադիր ապահովագրությունից օգտվի նաև մասնավոր ապահովագրությունից։ Սակայն, այս հնարավորությունից օգտվում է հիմնականում վճարունակ խավը։ **Մասնավոր ապահովագրական** ընկերությունների ապահովագրությունից օգտվում են այն նպատակով, որպեսզի հավելյալ ծառայություններ ստանան։ Պետական ապահովագրության փաթեթի ծառայությունների շրջանակը պետք է ավելի մեծ լինի։  Պետք է ստեղծել հնարավորություն, որ **լրացուցիչ վճարի** դիմաց հավելյալ ծառայություններ գումարվեն քո ապահովագրության փաթեթին:  **Պետական ապահովագրական համակարգին** ես դեմ եմ, մասնավոր ապահովագրության դեպքում մրցակցություն կլինի, ինչ արդյունքում ապահովագրական ընկերությունները շահագրգռված են լինելու բարելավել ծառայությունների որակը։ Այսօր արդեն գործում է ապահովագրական ընկերությունների գործունեության խիստ վերահսկման համակարգ, կան տարբեր մարմիններ, որ զբաղվում են քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանությամբ։ |  | Հայաստանում թե՛ բժշկական և թե՛ ապահովագրական ոլորտներում **բազում խնդիրներ կան**։ Մեր երկրում ապահովագրական կազմակերպությունները գործում են այն տրամաբանությամբ, որ դրանց հիմնադիրները հարստանան։ Իսկ քաղաքացու շահը երկրորդական խնդիր է, կարծես։  Ես վախենում եմ, որ ապահովագրության մեխանիզմը կներդնենք, հետո կհասկանանք, որ **սխալ ենք արել**, ինչպես դա հաճախ է լինում։  Պետությունը պետք է խստորեն **վերահսկի** մասնավոր ընկերություններին, որպեսզի գերշահույթ չստանան։  Ամեն դեպքում պետական **վերահսկողությունը** պարտադիր է։  Եթե **վերահսկողությունը** ստեղծվելիք հիմնադրամի կողմից արդյունավետորեն իրականացվի, որակի խնդիրներ չեն լինի։ |

## Զ. ԳԻՏԵԼԻՔ, ՎՍՏԱՀՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Մենք ունենք ապահովագրական ծրագրերի **մարկետինգի** և հանրությանը ավելի **լավ ներկայացնելու** խնդիր։ |  | Եթե մենք ոչ միայն քարոզչության մակարդակով մարդկանց **համոզենք**, այլև **որոշակի ֆինանսական հաշվարկներ ներկայացնենք**, ցույց տանք պրակտիկ օգուտը ոչ միայն առողջության պահպանման, այլև ֆինանսական տեսանկյունից, միգուցե դիմադրությունն ավելի քիչ լինի։  Պետք են **վերապատրաստումներ** ե՛ւ բժիշկների, ե՛ւ հիվանդների համար։  Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հետ կապված պետք է անպայման հանրությանը **մանրամասն բացատրվի**, թե այդ ամենն ինչի համար է, ու արդյո՞ք իր հիվանդությունները ներառված են ապահովագրվող հիվանդությունների ցանկում։ Ինպես նաև պետք է մարդը ինքը ընտրի ապահովագրող կազմակերպությունը։  Եթե հարկը ներդրվում է և նույն չափով չի նվազում եկամտահարկը, ապա սա հասարակության լայն շերտերի մոտ բողոք է առաջացնելու։ Հիմա հարց. եթե մենք քսան տոկոս եկամտահարկ ենք մինչ օրս վճարել, ապա մինչև հիմա ինչո՞ւ չենք այդ գումարի դիմաց ապահովագրություն ստացել։ Պետք է նպատակային կերպով **մարդկանց բացատրել**, թե իրենց հարկերի դիմաց ինչ են ստանում։  Հայաստանում շատ վճարներ կան, օրինակ՝ կենսաթոշակայինը, որոնց մասին քաղաքացիները լավ տեղեկացված չեն։ Նրանք վճարում են, բայց հստակ չգիտեն, թե որքան են վճարում ու հետո ինչ են ստանալու դրա փոխարեն։ Դրա համար պետք է լինելու բժշկական ապահովագրության ներդրումը ուղեկցել **տեղեկատվական-քարոզչական** մեծ աշխատանքով։ |
| Պետք է լայնածվալ տեղեկատվություն ապահովել, մեր **անգրագիտությունն** այնքան շատ է, որ չգիտենք նույնիսկ ում դիմել, դիմելու դեպքում նորմալ պատասխան չենք ստանում։ Եթե տեղեկատվությունը նորմալ հասանելի լինի, ես կուզենամ օգտվել կամավոր ապահովագրությունից։  Մեր երկրում մարդիկ կան, որ ընդհանրապես **տեղյակ չեն**, թե ինչ է առողջապահական ապահովագրությունը։ Դրա հետ կապված **տեղեկություն** պիտի տրամադրվի բոլորին։  Լիքը մարդիկ **չգիտեն**, որ ինչ-որ ծրագրերի շահառու են, դրա համար **իրազեկվածությունը** պետք է բարձրացնել։ Դա կարող է լինել, օրինակ, համայնքներում սոց. աշխատողների միջոցով։  Մինչ այսօր չգիտեմ, թե իմ աշխատավարձից որքան տոկոսն է փոխանցվում առողջության ապահովագրությանը։ Մանկավարժ եմ, կուզենայի ավելի **իրազեկ** լինել այս առումով։  Մի քանի տարի առաջ ինձ համար չկարողացա գտնել այնպիսի ապահովագրական ընկերություն, որը միայն ինձ ապահովագրեր։ Միգուցե կա, բայց **ինֆորմացիան** քիչ է ինտերնետում։  ԱՐՄԵԴ համակարգի վերաբերյալ **տեղեկատվությունը** զրոյական մակարդակում է, պետք է այդ համակարգի վերաբերյալ տեղեկատվությունն ընդլայնել։  Ընդհանուր **տեղեկատվության մեծ պակաս կա**, իսկ բժշկական բոլոր ծառայությունների որակը մարզերում շատ ցածր է, մասնագետների պակաս կա։  Սպառողներն իրենց իրավունքներից **տեղյակ չեն**։ Ավելին, կան մարդիկ, ովքեր նույնիսկ տեղյակ չեն, թե որ ապահովագրությունից են օգտվում։ **Թափանցիկության** խնդիր կա։  Մենք՝ որպես ապահովագրական գործակալ, տարեկան որոշակի պլաններ ունենք, բայց դրանք կատարելու համար նաև խնդիրների ենք բախվում՝ կապված բնակչության մոտ **տեղեկատվության պակասի** ու սոցիալական վիճակի հետ։  Ունեմ ապահովագրություն, մենք միշտ Մարտունիում ենք ստուգվում, և ես **տեղյակ չեմ**, թե կարող եմ արդյոք Երևանում անցնել բուժզննում, թե ոչ։ Նաև դժգոհ եմ, որ որոշ հետազոտությունների դեպքում համավճար կա։  Պացիենտները դիմելով հիվանդանոց՝ **տեղյակ չեն** լինում, թե ինչն է փոխհատուցվում, ինչը՝ չէ։ Օրինակ՝ այն հետազոտությունները, որոնք հնարավոր են անվճար անցնել պոլիկլինիկաներում, կարող եք էնտեղ անցնել։  Որպես ապահովագրական գործակալ կարող եմ նշել, որ **թերտեղեկացվածության** պատճառով բնակչության համար դժվար է ընկալել ապահովագրությունը։ Մյուս կողմից էլ սոցիալական վիճակը թույլ չի տալիս բնակչությանը կամավոր ապահովագրություն ձեռք բերել, ինչն էլ դժվարեցնում է պլանի կատարումը։  Ապահովագրական ընկերությունները **թափանցիկ չեն** աշխատում, ինչի արդյունքում շահառուները չգիտեն իրենց իրավունքները ու պարտականությունները։  Սոցփաթեթից և բուժհաստատությունների ներկայացուցիչների հարցուպատասխանից երևում է, որ քաղաքացիների **իրազեկվածությունը ցածր է.** չգիտեն՝ ինչից կարող են օգտվել, ինչից ոչ։ |  | Պետք է մարդիկ **իրազեկված լինեն**, թե ինչ է նշանակում ապահովագրություն, որպեսզի ցանկանան օգտվել։  Հարկ վճարողը պետք է **իմանա,** թե իր վճարած հարկերի դիմաց ինքը իրականում ինչ **ծառայությունների փաթեթ** կստանա։  Եթե մենք որոշում ենք, թե ինչ մեխանիզմով ենք համապարփակ ապահովագրություն ներդնում, ապա մենք պետք է իմանանք նաև թե այդ ապահովագրությունը ինչ **ծավալի ծառայություններ** է ներառում։  Եթե ցանկանում ես, որ աշխատողը վճարի չաշխատողի համար, պետք է դրա վերաբերյալ **հանրային** **տեղեկատվությունն** ավելի գեղեցիկ մատուցվի։  Մարդիկ պետք է նաև **տեղեկացված լինեն** սոցփաթեթից օգտվելու կանոների մասին, որոնց մասին բավարար գիտելիքներ չունեն այսօր։  Եթե քաղաքացին **գիտի իր իրավունքները ու պարտականությունները** և բժշկից պահանջում է իր պարտականությունների ճշգրիտ կատարում, ապա չի լինի մի բժիշկ, որ ամբողջությամբ չսպասարկի։ |
| Ապահովագրությունը հավասարապես օգտակար կլինի և՛ բուժաշխատողների, և՛ քաղաքացիների համար։ Ուղղակի քանի որ ապահովագրական համակարգերը դեռևս նոր են և «գործուն» չեն, **վստահության խնդիր կա**։  Ներկա իշխանություններին **չեմ վստահում**, դրա համար էլ չեմ վճարի այս պահին առողջապահության հարկ։ Բայց ընդհանուր առմամբ դեմ չեմ այդ հարկային քաղաքականությանը։  Ես սոցփաթեթի շահառու եմ, ու եղել է այնպես, որ բժիշկը հարցրել է « Գրե՞մ, թե՞ ստուգեմ», կամ **«Գրե՞մ, թե՞ անալիզ վերցնեմ**»։ Սա է խնդիրը ու այդ պատճառով էլ գալիս ենք Երևան։ Մարզում արդեն **չենք վստահում** բուժաշխատողներին։  Ծառայությունների որակը պետք է ավելանա, մարդիկ պետք է տեսնեն բարեփոխումները, այլապես միայն հաղորդակցությամբ հնարավոր չէ ռեալ **վստահություն** ձեռք բերել։  Մարդիկ կան, որ լուրջ չեն վերաբերվում իրենց կամ հարազատների առողջությանը։ Սա **տեղեկության և վստահության պակասի** հետևանք է։ Եթե այսօրվա քաղաքացին տեղեկացված է և վստահ է, որ բուժծառայությունը որակյալ է, ինչքան պետք է, կվճարի։  Ապահովագրական ընկերությունները Հայաստանում **վստահելի չեն**։ Մինչ այդ ոլորտում իրական բարեփոխումներ չլինեն, նրանց չի կարելի գումար վստահել։ |  | Մարդը երբ հիվանդանում է, պետք է **վստահ լինի**, որ կդիմի եւ կստանա նորմալ բուժում։  **«Անապահով» ու «նպաստառու»** ընտանիք ասվածը շատ հարաբերական է։ Պետք է այդ համակարգի հանդեպ **վստահությունը** վերականգնվի ու աշխատողները վստահ լինեն, որ այդ համակարգում գրանցված մարդն իրականում անապահով է ու, միգուցե, այդ դեպքւմ ցանկանա նրա փոխարեն վճարել։  Եթե մարդիկ վստահ լինեն, որ ապահովագրական վճարներ անելու դեպքում իրենք և իրենց ընտանիքի անդամները ցանկացած պարագայում կստանան **անվճար որակյալ բուժօգնություն**, ապա կհամաձայնվեն։  Բնակչության շրջանում շերտեր կան, որ լուջ չեն վերաբերվում իրենց առողջությանը, պետք է **տեղեկացնել, կրթել**, որ մարդիկ հասկանան, թե ինչքան կարևոր է առողջությանը հետևելը։ Եթե **վստահություն** **լինի** համակարգին, առողջությունն էլ կարևորեն, յոթ չէ, տաս տոկոս էլ կվճարեն մարդիկ։  Յուրաքանչյուր դեպքում, եթե պետությունը բնակչությանը հարկում է, նա նախ և առաջ պարտավոր է կա՛մ երաշխիքներ տրամադրել, կա՛մ էլ՝ **վստահությունը** բարձրացնել, որպեսզի սպառողը առանց մեկ վայրկյան մտածելու վճարի ոչ միայն յոթ, այլ 17 տոկոս։ |
| Ապահովագրութունը **մշակույթ է**, որը մեր երկրում դեռ չկա։  Կողմնակի վճարները ձևավորված «**մշակույթ**» է, որի հաղթահարման համար շատ ժամանակ է պետք։  Կովիդը, պատերազմը և այլ խնդիրներ մեզ ծուղակը գցեցին։ Մեր **կենսակերպն այնպիսին չէր**, որ ապահովագրվեինք։ Բայց հիմա սկսել ենք **մտածել** դրա մասին։  Ապահովագրական ընկերության աշխատակից եմ եւ բնականաբար կարեւորում եմ ապահավագրումը. հայերին **բնորոշ** է, որ դիմում են բուժ հաստատոսւթյուներին, երբ **դանակը հասնում է ոսկորներին**։ Ապահովագրումը նպաստում է, որ ժամանակին դիմեն։  Ովքեր ունեն **պարտադիր ապահովագրություն**, նրանք **կամա թե ակամա** ժամանակին բժշկական հաստատություններ կդիմեն ու դրանով էլ **կկանխարգելեն** առողջական ծանր հետևանքները։  Չնայած մեր ազգային **մտածելակերպին**՝ երբ մարդիկ բժշկի են դիմում միայն այն պարագայում, երբ դանակը ոսկորին է հասնում, պետք է այնուամենայնիվ ներդնել ապահովագրական համակարգը։  Պետությունը հիմա էլ որոշ բժշկական հետազոտություններ անվճար է իրականացնում։ Բայց քաղաքացիները չեն օգտվում այդ ծառայություններից։ Ի՞նչն է մարդկանց խանգարում գնալ և անվճար բուժզննում անցնել։ **Մտածելակերպի խնդիր է**, մինչև դանակը ոսկորին չհասնի, մարդիկ հիվանդանոց չեն գնում։  Մենք **ավանդական ժողովուրդ** ենք և հաճախ բացասական ենք տրամադրված ցանկացած նորարարության հանդեպ։ Պրակտիկ կիրառման պարագայում միայն մարդիկ կսկսեն գնահատել տվյալ համակարգի կարևորությունը։  Կորոնավիրուսի համաճարակը հետաքրքիր բան բացահայտեց՝ մարդիկ հիվանդանում են, ինքնուրույն բուժվում, բայց հետո չեն գնում ստուգվելու, որպեսզի իմանան վարակվա՞ծ էին, թե՞ ոչ։ Այսինքն, նրանք **պատրաստ չեն** 15.000 դրամ վճարել, որպեսզի վստահ լինեն այդ վտանգավոր վարակից պաշտպանվելու հարցում։  Մենք հերթագրվելու, ամիսներով սպասելու **սովոր չենք**։ Մենք լսում ենք, որ արտերկրում ատամնացավի համար հերթագրում են քսան օր անց։ Չեմ պատկերացնում, թե նման **մշակույթ** կարող է լինել մեր մոտ, կամ կգա՞ մի օր, որ մեզ զանգեն ասեն, ձեր հերթական բուժզննման ժամանակն է։ Ես ապահովագրություն ունեմ, բայց երբևէ նման զանգ չեմ ստացել։  Եթե **Երևանում** մարդիկ ավելի հաճախ են **բուժզննում** անցնում, օրինակ՝ կարող են ուղղակի առողջության ընդհանուր վիճակը ստուգելու համար այցելել բժշկի, ապա **մարզերում** մտածելակերպը մի քիչ այլ է, բժշկի դիմելն արդարացվում է միայն ծայրահեղ իրավիճակներում։  Մարզերում հիվանդանոց դիմելն **ասոցացվում է** խիստ մեծ ծախսերի հետ, այդ պատճառով նախընտրում են չդիմել։  Մենք մեզ պետք է փոխենք, մեր **մենթալիտետը**, որովհետև, եթե դու սոցփաթեթից էլ ես օգտվում, անկախ քեզնից դու կողքից գումար ես տալիս բժշկին, որ քեզ առանձնահատուկ վերաբերմունք ցուցաբերի։  Ապահովագրությունը կարող է մեկ այլ խնդիր առաջացնել՝ կարող է տուժել **հիվանդությունների կանխարգելման պրակտիկան**։ Մարդիկ կարող են **մտածել**, թե միևնույն է, ապահովագրությամբ բուժվելու են և արդյունքում տուժելու են հիվանդությունների կանխարգելման խնդիրները։ |  | Եթե հնարավորինս արդյունավետ տարբերակով ներդրվի ԱՀԱ համակարգը, մարդիկ ստիպված կլինեն պարբերաբար այցելել **բուժզննման**, չսպասել, որ **դանակը ոսկորին հասնի**։  Պետք է բոլորը ունենան առողջապահական ապահովագրություն (նախապայմանը այն է, որ ուղղակի փաթեթը ի օգուտ հիվանդի լինի), քանի որ այլ պարագայում, ոչ մեկը չի դիմում բժշկի, քանի **դանակը չի հասել ոսկորին։**  Մենք զգացել ենք, որ **պրոֆիլակտիկ ստուգումներ** անելու **մշակույթ** է ներդրվել։ Եթե մարդ կարողանա նախապես օգտվել այդ ծառայություններից, կունենանք հիվանդացության և մահացության ցածր տոկոսներ։  Մարդկանց **տարեկան հետազոտությունները** պետք է դարձնել **մշակույթ**, միգուցե տարիներ հետո բոլորն էլ հասկանան, թե դա ինչքան կարևոր է և կամավոր կերպով պատրաստ լինեն վճարելու, բայց հիմա դեռ այդպես չէ։  Իմ ընկերն աշխատում է դպրոցում, որտեղ արդեն գործում է պարտադիր ապահովագրություն։ Սկզբնական շրջանում թե՛ ընկերս, թե՛ իր գործընկերները խիստ դեմ էին։ Առաջին բուժզննման ժամանակ արդեն հայտնաբերեցին քաղցկեղ՝ բոլորովին նոր ձևավորվող։ Այսինքն, եթե այդ բուժզննումը չլիներ, ընկերոջս կյանքին շատ լուրջ վտանգ կարող էր սպառնալ։ Վաղ թե ուշ, բոլորս էլ հանգելու ենք այն **գիտակուցթյանը**, որ առողջությունն ամեն ինչից թանկ է։  Ես հիմա աշխատում եմ և կարող եմ հոգալ իմ առողջության հետ կապված հարցերը։ Բայց վաղը-մյուս օրը հնարավոր է աշխատանք չունենամ, և երևի թե անհրաժեշտ է արդեն այսօր **մտածել ապագայի մասին։** |
| Մենք արդեն երկու տարի անցել ենք **կամավոր ապահովագրության** ծրագրին։ Մինչ այսօր այն պետք չի եկել, բայց մեզ ավելի ապահով ենք զգում։  **Ապահովագրական ընկերությունը** չի կարող չփոխհատուցել ծառայությունների դիմաց, քանի որ բուժհաստատության հետ կա պայմանագիր։  Շատ կողմ եմ **մասնավոր ապահովագրությանը**, սակայն գների և ծառայությունների սահմանափակումների հետ կապված խնդիրներ եմ տեսնում, ոչ բոլորն են համաձայնվում առաջարկվող պայմաններին։  Անձամբ օգտվում եմ ապահովագրական ընկերության ծառայություններից և մշտապես բարձր որակով հետազոտություններ եմ անցնում, և կարծում եմ, որ շատ կարևոր է **ապահովագրությունը**։  Գործող ապահովագրության համակարգում բուժհաստատություն ուղղորդելու դեպքերը բացառվում են, քանի որ քաղծառայողները ԱՆ-ի կողմից հաստատված ցանկից ազատ են ընտրելու բուժհաստատություն, որն ուղղակի հարցում է ուղարկում **ապահովագրական ընկերությանը**, ստանում հաստատում կամ մերժում։  Ես **սոցփաթեթ** ունեմ, ու թեև անհրաժեշտություն չի եղել մինչ այժմ օգտվելու դրանից, ինձ պաշտպանված եմ զգում։ |  | Բոլորի գրպանին հարմար չէ **կամավոր ապահովագրությանը** մասնակցելը։  **Ապահովագրական ընկերություններից** գումարներ ստանալու խնդիր կա։ Ոչ բոլոր ընկերություններն են լավ որակի ծառայություն մատուցում։ Մարդիկ պետք է հնարավորություն ունենան ընտրելու, թե որտեղ են ապահովագրվում։ Ինչպես նաև ընտրեն, թե որտեղ են բուժվելու։  Պետք է այնպես անել, որ քաղաքացին գործ չունենա **ապահովագրական կազմակերպությունների** հետ։ Վերջիններս հաճախ խաբում են քաղաքացիներին և ամեն ինչ անում, որ չվճարեն։  **Կամավոր բժշկական ապահովագրությունն** այսօր հասանելի չէ Հայաստանի բնակիչների մեծ մասին։ Այդ ծառայությունները մեր երկրում այսօր շատ **թանկ են**։  **Ապահովագրական ընկերությունները** փոխհատուցում են միայն հիվանդանոցներում օգտագործվող դեղորայքի ծախսը։ Ամբուլատոր բուժման ժամանակ դեղերի համար ապահովագրականները երբեք չեն վճարում։  Ապահովագրությունից օգտվելիս հաճախ ենք բախվում **բյուրոկրատիայի**։  **Ապահովագրական ընկերությունները** շատ ծառայությունների համար այնքան քիչ են վճարում, որ պարզապես անհարմար է գնալ հետազոտություն անել, հետո բժշկին ասել, որ՝ դե 600 դրամը ապահովագրությունը կվճարի։ Իսկ շատ ծառայությունների համար էլ ապահովագրականները ավելի քիչ են գնահատում, քան այն գինն է, որը դրանց համար պետությունն է սահմանել։ |
| Արդեն մի տարի է, որ ես օնկոլոգիական հիվանդության հետ կապված խնդիրներ ունեմ և պրակտիկայով զգացել եմ, թե ինչ է նշանակում **ապահովագրություն ունենալը**։ Երբ ասում են, որ քաղցկեղից այսքան մեծ թվով մահացություն կա, դա հիմնականում պայմանավորված է ժամանակին **պրոֆիլակտիկ** ստուգումներ չանելով։  **Սոցփաթեթից** վերջերս եմ օգտվել, թեև շատ ձգձգվեց, բայց ի վերջո համավճարով անցա ՄՌՏ հետազոտություն, շատ գոհ եմ։ Նախկինում ես երբեք տարին մեկ անգամ չէի գնա հետազոտվելու, հիմա գնում եմ։  Ես էլ եմ վիրահատություն անցել **սոցփաթեթի** շրջանակներում և շատ գոհ եմ, շատ արագ կազմակերպվեց և ֆինանսական մեծ բեռ չեմ կրել։  Ես ուսուցիչ եմ, **ապահովագրական ծառայություններից** օգտվել եմ և երեք անգամ լուրջ վիրահատություն եմ ունեցել։ Ես համաձայն եմ գումար վճարել ու նման ծառայություն ստանալ, որովհետև հակառակ դեպքում այդ ծախսերը հոգալն անհնար է։  **Պետծառայողների** առողջության ապահովագրությունը շատ լավ փաթեթ է, գին-որակ հարաբերակցության տեսակետից շատ հարմար է։  **Ապահովագրությունից** օգտվել եմ, ու չնայած այլ վճարներ ևս եղել են, բայց ապահովագրությունն ինձ ահագին օգնել է, գոհ եմ։  Պետական ծառայողն օգտվել է **բժշկական ապահովագրությունից**, երկու անգամ վիրահատվել ու գոհ է, բայց վատ է, որ որևէ հետազոտություն չի փոխհատուցվում։  Ես **ապահովագրական ծառայություններից** օգտվում եմ որպես մանկավարժ, և տարին մեկ պարտավորվում եմ բուժզննում անցնել։  Ապահովագրություն ունենալը միշտ ավելի **նախընտրելի է**՝ թեկուզ միայն այն պատճառով, որ տարեկան **պարտադիր բուժզննում** է նախատեսվում։  **Պետական համակարգում** աշխատողները գոհ են ապահովագրման վիճակից։  Ապահովագրական համակարգի ներդրումը **պետհաստատություններում** դրական արդյունքներ է ապահովում ունի այն առումով, որ մարդկանց վրայից ամենամյա **բուժզննման** բեռը դուրս է եկել։  **Պետպատվերի** միջոցով մեր գործընկերներից մեկը բարդ վիրահատության է ենթարկվել եւ հիմա առողջ ներկայանում է աշխատանքի։ |  | Մենք ունենք **սոցփաթեթ**, սակայն լուրջ խնդիրների ենք բախվում։ Հաճախ ախտորոշում ստանալու համար ստիպված ենք լինում հերթագրվել, և այնպիսի տպավորություն է, որ նախապատվությունը տրվում է մահճակալային բուժսպասարկման կարիք ունեցողներին։  Չեմ օգտվել **ապահովագրությունից**, բայց նկատում եմ, որ մարդիկ ավելի շատ դժգոհում են **թղթաբանությունից ու բյուրոկրատիայից**. այս գործընթացները պետք է ավելի պարզեցվեն։  Հիվանդանոցային պալատների գումարները **ապահովագրման մեջ չկան**. էսպես, թե էնպես, դու ստիպված ես լինում լրացուցիչ ծախսեր անել։ Բուժումը պետք է ամբողջական փաթեթով լինի։  Ունեմ **ապահովագրություն**, մենք միշտ Մարտունիում ենք ստուգվում, և ես տեղյակ չեմ, թե կարող եմ արդյոք Երևանում անցնել բուժզննում, թե ոչ։ Նաև դժգոհ եմ, որ որոշ հետազոտությունների դեպքում **համավճար** կա։  Ես ունեմ **սոցփաթեթ**, ունեմ առողջական խնդիրներ, բայց երբեք չեմ օգտվել, քանի որ իմ հիվանդությունները սոցփաթեթում չկա։ Կես տարին մեկ գնում եմ Երեւան՝ ստուգումների, էդ ծառայությունները՝ կանխարգելիչ, չկան փաթեթում։  Սոցփաթեթի բուժզննումները հիմնականում **ձևական** բնույթ են կրում։  Երբեմն իրական հետազոտությունների փոխարեն **ուղղակի արդյունքերն** են գրում **ապահովագրված անձանց** դեպքում, որը հարմար է և՛ բուժաշխատողին (աշխատանք չի կատարում), և՛ ապահովագրված մարդուն՝ ժամանակ չի կորցնում։  Սոցփաթեթի շահառուներին հիվանդանոցներում տարբերակում են ու նրանց դիտարկում են, որպես **«երկրորդ սորտի» մարդիկ**։  Ես սոցփաթեթի **շահառու** եմ և դժգոհ եմ, որ չեմ կարող հետազոտություններս անցնել Երևանում։  Վիրահատությունից առաջ վիրահատող բժիշկը նշում է, որ հիմք չի ընդունում ու չի վստահում **սոցփաթեթի** շրջանակում իրականացրած բուժզզնման տվյալներին և ուղարկում է կրկնակի ու վճարովի հետազոտության։  Շահառուները **լուրջ չեն վերաբերվում** առողջապահական ապահովագրության ինստիտուտին։ Օրինակ՝ ուսուսցիչների ինչ-որ մաս օգտվում է այդ ծառայություններից զուտ թղթաբանության համար։ Հետազոտությունների մեծ մասը ձևական բնույթ է կրում։  Մարդիկ ոչ միշտ են ճիշտ օգտագործում իրենց **ապահովագրությունը**, և դա պայմանավորված է մարդկանց սոցիալական վիճակից։ |
| Բուժանձնակազմից միշտ **դիմում էինք**, որ մեզ էլ **ապահովագրեն**, հիմա դա գործում է, գոհ ենք։  Մենք կոլեկտիվով մտածում ենք **փորձնական ապահովագրվել** մեկ տարով։ Հիմա ուսումնասիրում ենք մինիմալ վճարով ապահովագրության ընձեռած հնարավորությունները։ |  | Գրադարանների աշխատակիցներն ընդգրկված չեն **սոցփաթեթի** մեջ։  Մարզային գրադարանի աշխատողը օգտվում է **սոցփաթեթից**, իսկ համայնքային գրադարանի աշխատակիցները չեն օգտվում։  Մենք մանկապարտեզում ենք աշխատում, բայց **ապահովագրություն չունենք**։  Խնդիր է այն, որ մեկ հաստիք ունեցողին հասնում է **ամբողջական բժշկական ապահովագրություն**, կես հաստիքով աշխատողին՝ **կիսով չափ**։ Բուժման կեսը ո՞րն է։  Այսօրվա **սոցփաթեթում** կա բազային կամ բազային պլյուս տարբերակ. բոլորը նույն ձևով չեն օգտվում ապահովագրությունից։ Մանկավարժները օգտվում են բազային փաթեթից, սակայն անգամ դրանից ամբողջովին չեն օգտվում։ Դրույքաչափն էլ իր հերթին է ազդեցություն թողնում փաթեթի ծավալի վրա։  Ներկայումս բժշկական **ապահովագրումը** տարբեր չափով գումար վճարողների համար տարբեր ծառայություններ է առաջարկում։ Օրինակ, նույն դպրոցում աշխատող մանկավարժներից նրանք, ում աշխատավարձն ավելի բարձր է, այդ գումարից են հստակ տոկոսով ապահովագրության վճար անում և մի քիչ ավելի շատ ծառայություններ են ստանում, քան ավելի ցածր աշխատավարձ ունեցող իրենց գործընկերները։  Որպես բուժաշխատող տեղյակ եմ, թե ինչ վատ վիճակում է հասարակության առողջական վիճակը, և ապահովագրության ներդրումը շատ լավ կլինի։ Մյուս կողմից էլ **սոցփաթեթների** գաղափարն է շատ լավը, սակայն, ցավոք, քիչ մարդիկ են օգտվում։ |

## Է. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՄԵՐԱՇԽՈՒԹՅՈՒՆ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Աշխատող և առողջ բնակչությունը պետք է ինչ-որ չափով իր վրա վերցնի նաև **չաշխատող ու ոչ առողջ բնակիչների առողջապահական ծախսը։**  Պարտադիր ապահովագրության հարցը լուծելուց պետք է անպայման հաշվի առնել **խավերի փոխհարաբերությունները։** Գումարային խնդիրը պետք է տարբեր խավերի համար տարբեր լինի։  Մեր երկրում պիտի գործիքակազմ ներդրվի, որ **աշխատող** մարդիկ պարտադիր կերպով ապահովագրության ծրագրի մասնակցեն, իսկ **չաշխատող** մարդիկ կարողանան որոշ ծառայություններ ստանալ։  **Առողջապահական հարկի** մի մասը եթե օգտագործեմ, ասենք, հերթական բուժզննման համար, ապա մյուս մասը մեծ հաճույքով կփոխանցեմ **անապահով խավին**։  Կարևոր է, որ բոլորը **հավասար պայմաններով** որակյալ ծառայություններ ստանան, ու դա կախված չլինի այն բանից, թե որքան աշխատավարձ է ստանում մարդը, որքան գումար է հատկացնում ապահովագրությանը։  Կան խավեր, որ **վատ են ապրում**։ Պետք է իրենց մի քիչ օգնել։  Նորմալ է, որ ոմանք ավելի **քիչ վճարեն** ապահովագրության համար, բայց պետք է **ծառայություններից հավասար օգտվեն։**  **Հավասար պայմաններով** բուժծառայություններից օգտվելը բոլորի համար ցանկալի է, բայց չգիտեմ, որքանով է դա հնարավոր։  Ես դեմ եմ, որ և՛ շատ աշխատողը, և՛ քիչ աշխատողը նույն յոթ տոկոսը վճարեն։ Շատ աշխատողներն **ավելի շատ պետք է վճարեն**։  Ավելի բարձր աշխատավարձ ունեցողներին և ավելի **մեծ չափով ապահովագրական վճար** մուծողներին կարող են առաջարկվել արտոնյալ պայմաններ, լրացուցիչ ծառայություններ։ Ավելի քիչ մուծողներն էլ գոնե նվազագույն փաթեթից պետք է օգտվեն։  Եթե միայն կանգնենք ու բողոքենք, որ չենք ուզում **աշխատողներով** այդ բեռը մեր ուսերին վերցնել ու տանել, ոչ մի վերջնակետի չենք հանգի։ Միևնույն է՝ այս ռեֆորմը արվելու է։ Անհրաժեշտ է որոշակի սանդղակ սահմանել։  Դրույքաչափը պետք է **տարբերակված լինի**։  Տոկոսադրույքը պետք է **տարբեր լինի** տարբեր չափի աշխատավարձ ստացողների համար։  Դրույքաչափերը պետք է համընդհանուր չլինեն, քանի որ տարբեր չափի աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է **նույն չափով չվճարեն**. բարձր աշխատավարձ ստացող մարդիկ պետք է ավելի շատ վճարեն։  Սոց. արդարության տեսակետից, այո, **հարուստը պետք է վճարի աղքատի համար**, պետք է լինի ֆիքսված վճար բոլորի համար։  Չի կարելի **հասարակության մի մասին** վճարել, մյուսներին թողնել սառույցի վրա։  **Հարուստը** պետք է վճարի **աղքատի** փոխարեն։ Բայց պետք է բոլորն ունենան հավասար իրավունքներ և ծառայություններ։  Չի կարելի ասել, եթե **աղքատ** ես, մի հիվանդացի։ Չենք ասում շքեղություններ, բայց սոցիալական խնդիր ունեցող մարդկանց տարրական ապահովագրության հարցը պետք է լուծել։  Բարձր աշխատավարձ ստացողին յոթ տոկոսի հարկումը մեծ սոցիալական պրոբլեմների առաջ չի կանգեցնի, ինչը չենք կարող ասել ցածր աշխատավարձ ստացողի մասին։  Ծառայությունների որոշակի **նվազագույն փաթեթ** պետք է հասանելի լինեն բոլորին, իսկ ավելի երկարաժամկետ բուժում ենթադրող ծառայությունները երևի թե հասանելի կլինեն միայն աշխատող մարդկանց։  **Մինիմում ծառայությունները** պետք է բոլորը ստանան։ Ով ուզում է ավելի շատ բան ստանալ, ավելի շատ պետք է վճարի։  Որակյալ ծառայությունների պարագայում, ես պատրաստ եմ ամսական մինչև 20.000 դրամ ապահովագրության վճար վճարել։ Բայց եթե **ընտանիքի** ողջ բեռը մեկ անձի վրա է, ապա այդ գինն էլ անտանելի շատ է դառնում։  Պետք է մտածել ոչ միայն վճարունակ քաղաքացիների մասին։ Նվազագույն փաթեթը պետք **է հասանելի լինի բոլորին**։ Մինչդեռ հիմա մարդիկ, պարբերաբար **բուժզննում** անցնելու փոխարեն, խուսափում են դրանից գումար չունենալու պատճառով և երբ տարիներ անց գնում են բուժզննման, արդեն բուժման ենթակա չի լինում խնդիրը։  ՀՀ-ում ոչ բոլոր **աշխատող քաղաքացիներն** են հիվանդանում կամ դիմում բուժհաստատություն, ուստի նրանց վճարած գումարը կարող է բավարարել մյուս խմբերին՝ անչափահաս, գործազուրկ, ծեր և այլն։  Եթե մենք ունենանք բազային փաթեթ, որ հասանելի է բոլորին, և ավելի լավ փաթեթներ՝ ըստ կատարած վճարների, **արդարության** հարցը պետք է որ լուծվի։  Ճիշտ է, նույն ծառայությունն ենք ստանալու, սակայն եկամուտը պետք է հարկվի որոշակի տոկոսով, հիսուն և երեք հարյուր հազար ստացող մարդիկ չեն կարող նույն գումարը վճարել։ **Չաշխատող մարդկանց** համար էլ պետք է որոշակի նպաստավոր պայմաններ ստեղծել, պետբյուջեից վճարել. **աշխատողների ուսերին** ամբողջ բեռը չի կարող դրվել։  Ապահովագրություն ներդնելը միանշանակ ճիշտ է, սակայն, անհրաժեշտ է ֆինանսական այնպիսի բեռ սահմանել, որ ընդունելի լինի մարդկանց համար, հնարավորինս պահպանվեն **արդարության և հավասարության սկզբունքները**։ Լուրջ աշխատանքներ պետք է տարվեն, մեխանիզմներ ներդրվեն, նախօրոք գրանցումներ արվեն։  Առողջապահությունը երբեք անվճար չի լինում։ Դրա համար վճարում է կա՛մ քաղաքացին, կա՛մ պետությունը։ Պետության խնդիրն է հոգ տանել **անապահով խավի** մասին։ |  | **Հավասար պետք է լինի** առողջության հարկը՝ այսինքն ֆիքսված գումար, մենք բոլորս վճարում ենք նույն պայմանների համար։  Եթե մարդ ստանալու է նույն տիպի բուժօգնություն, ապա դրա դիմաց տարբեր չափով վճարելն **արդարացի չէ։**  Անարդար եմ համարում, որ հինգ-վեց հարյուր հազար ստացող մարդը **նույն ծառայություններից** օգտվի, ինչ, օրինակ, երեսուն-քառասուն հազար ստացողը։  Երիտասարդ գործազուրկների համար **փոխհատուցում պետք չի** կատարել, այլ այնպես անել, որ նրանք ձգտում ունենան աշխատելու ու վճարելու պարտադիր առողջապահության ապահովագրության համար։  Սխալ է, որ մարդը, ով առավոտ շուտ դուրս է գալիս աշխատանքի, դժվարությամբ աշխատում է, վճարի նաև բարեկեցիկ պայմաններում ապրող **չաշխատող մարդկանց** համար։  **Արդարության սկզբունքը** անհրաժեշտ է պահել։ Եթե ես բարձր աշխատավարձ ստացող եմ, իմ մնացած հարկերով ես արդեն իսկ ավելի մեծ ներդրում եմ ունենում պետբյուջեին, և այդ դեպքում ես համաձայն չեմ լինի ապահովագրության համակարգին։ Ավելի լավ է պետք եղած ժամանակ իմ գրպանից վճարում անեմ և ինձ անհրաժեշտ բուժօգնությունը ստանամ։  Համակարգի մասին խոսելիս մենք խոսում ենք գրանցված աշխատողների մասին։ Եթե հաշվի առնենք ստվերային տնտեսությունում ներգրավված ու գերշահույթ ստացող անհատներին ու կազմակերպություններին, ապա **խիստ անարդար** կարող է լինել ապահովագրության հարկի ներդրումը միայն գրանցված աշխատողների համար։  Պետական աշխատողները **պարտավոր չեն** ապահովել առողջության ապահովագրությունը չաշխատողների համար. պետությունը պետք է այդ բեռն իր վրա վերցնի։  Մեր հանրության ապրելակերպը տարբերվում է արևմտյան երկրների ապրելակերպցի։ Այդ իսկ պատճառով, բժշկական ապահովագրություն ներդնելու պարագայում ավելի արդյունավետ կլինի առաջնորդվել սոցիալական արդարության սկզբունքով։ Ցավոք, **համերաշխությունը տեղին չէ**, որովհետև շատերն էլ թաքցնում են իրենց եկամուտներն ու հարկերը։  Ամեն մեկը պետք է ստանա **այն ծավալի բժշկական ծառայություններ**, ինչի համար վճարում է։  **Պատրաստ չենք վճարել** չաշխատողների փոխարեն, քանի որ աշխատողների աշխատավարձը հազիվ իրենց է հերիքում։  **Անապահով խմբերի** համար պետք է պետությունը փոխհատուցի, ոչ թե աշխատողները  Ես կարծում եմ, որ յուրաքանչյուր քաղաքացի ինքը պետք է վճարի իր ապահովագրության համար։ **Սոցիալական համերաշխության** սկզբունքն այս հարցում երևի թե այդքան էլ արդար չի։  **Չաշխատող մարդիկ** պետք է սոցիալական կարգավիճակ ունենան, այսինքն որևէ հիմք ունենան չաշխատելու համար։ Իսկ հիմա մեր չաշխատողների մեծ մասն ուղղակի չի ուզում աշխատել։ Օրինակ՝ եթե ամուսինը չի թողնում, որ կինը աշխատի, դա պետության խնդիրը չէ։  Եթե մարդը **չի աշխատում** ու ստանում է ապահովագրություն, **մոտիվացիա** չի ունենա աշխատելու։  Մեր բնակչության մեջ մի երևույթ է ձևավորվել. մարդիկ կան, որ քրտնաջան աշխատում են, թեկուզ ցածր աշխատավարձով ընտանիք են պահում, իսկ որոշ մարդիկ գնում են Փարոսում գրանցվում, ու չեն ուզում աշխատել։ Այս դեպքում **աշխատողը** ինչու՞ պիտի մյուսին պահի։  Մարդիկ կան, ովքեր **ջանք չեն գործադրում**, չեն աշխատում, օգտվում են Փարոս համակարգից։ Արդյունքում հասարակության մյուս մասի վճարած հարկերով նրանց գումար և առավելություններ է տրամադրվում։  Մեկը **շատ է վաստակում**, որովհետև իրեն շատ բաներից կտրել է, իսկ մյուսն էլ քիչ է աշխատում, ու իրենք պետք է հավասար հնարավորություններ ունենա՞ն...  Առողջության պարտադիր ապահովագրման դեպքում, եթե դա գործի **սոցիալական համերաշխության** սկզբունքով, վտանգ կա, որ շատ հարկատուներ կանցնեն ստվերի տակ, որպեսզի իրենք չվճարեն ուրիշների համար։  Ես գտնում եմ, որ միայն աշխատողների վճարելը ճիշտ չէ։ Եթե մարդը չի աշխատում, ոչինչ չի անում, մտածում է՝ «Հա, դե ես ապահովագրված եմ, թող ուրիշները աշխատեն», էլ չի ցանկանա աշխատել։ Չաշխատողներին այլ փաթեթներ ու պայմաններ կարող են առաջարկվել, հատուկ խմբերում ընդգրկված մարդկանց համար էլ պետք է արտոնյալ պայմաններ գործեն։  Ինչու՞ պետք է բուժաշխատողը քսանչորս ժամ աշխատի, ամիսներով տան երես չտեսնի ու այդ գումարը փոխանցի **ուրիշ մարդկանց**։  **Արդարացի չէ**, որ աշխատողը պետք է չաշխատողի փոխարեն վճարի։ Ես ծանոթ եմ սոցիալապես անապահով վիճակում գտնվող մարդկանց հետ, ու հաստատ շատ մարդիկ ստում են, որ արտոնություններից օգտվեն։  **Արդարացի չէ**, որ աշխատողը վճարի չաշխատողի համար, օրինակ, մեր համայնքում հինգ ընտանիք կա ընդամենը, որ իրականում սոցիալապես անապահով են, մնացածը՝ խաբում են։  **Չաշխատողները** թող աշխատեն ու իրենց կարիքները հոգան, **աշխատողը պարտավոր չի** բոլորի կարիքները հոգա։  Բժիշկը վիրահատելիս չի նայում, թե մարդը **բարձր ստացող է՞, թե՞ ցածր**։ Այս դեպքում շատ վճարելը ու՞մ է պետք։  Չաշխատող բոլոր քաղաքացիների համար պետք չէ վճարել. աշխատողը կարող է առավելագույնս վճարել միայն **խոցելի խմբերի** ներկայացուցիչների համար։  Կենսաթոշակային համակարգի տրամաբանությամբ, աշխատողները գումար են վաստակում և վճարում կենսաթոշակային տարիքի անձանց կենսաթոշակը։ Սակայն առողջական խնդիրներ կարող են ունենալ բոլորը՝ զրոյի մինչև հարյուր տարեկան, և **աշխատողները** որքան էլ հարկ վճարեն, ամբողջ բնակչության ապահովագրության համար չի հերիքի։  Ցանկացած ոլորտում համահարթեցումը չի կարող դրական հետևանքների բերի։ |
| Համապարփակ փաթեթը ոսկի միջինն է, և բոլորին կարելի է նույն փաթեթից տրամադրել. կապ չունի, թե սպառողը ինչքան հարկ կամ գումար է վճարում։  Առողջապահական **համապարփակ համակարգի** ստեղծումը **շատ կարևոր** է, քանի որ մեր երկրում ոչ բոլորն են օգտվում սոցփաթեթներից:  ։ |  | Առողջության ապահովագրման համար **շատ վճարողները** կարող են պարզապես ծառայությունների ավելի մեծ փաթեթից օգտվել։  Նրանք, ովքեր **մեծ գումար** են ստանում, պիտի ավելի շատ վճարեն ու ավելի շատ ծառայություններ ստանան:  Նրանք, ովքեր **շատ գումար** են աշխատում, պետք է ավելի **շատ վճարեն,** և շատ վճարողն էլ պետք է շատ ծառայություններ ստանա, որպեսզի արդար լինի բոլորի նկատմամբ։  Սոցիալական պետություններում քաղաքացին օգտվում է որոշակի քանակությամբ ծառայություններից և դրա համար չի վճարում հարկ։ Կա **բազային սերտիֆիկատ** և հավելյալ ծառայություն ենթադրող սերտիֆիկատներ, որոնց համար արդեն քաղաքացին պետք է ապահովագրական վճարումներ անի։ |
| Աշխատող մարդիկ կարող են իրենց լրացուցիչ չծախսած գումարի ֆոնդը փոխանցել **ընտանիքի անդամին։**  Ես եթե կարողանամ իմ սոցփաթեթում ներառել իմ **ընտանիքի անդամներին**, ավելի լավ կլինի, քան եթե իմ մնացած գումարն ուրիշ մարդկանց տրամադրեմ, մանավանդ եթե վստահ չեմ, որ այդ մարդիկ իրոք կարիքի մեջ են։  Եթե կան ընտանիքներ, որտեղ մեկ կամ երկու մարդ է ընդամենն աշխատում, ապա նրանք պետք է իրենց հոգածության տակ վերցնեն նաև **ընտանիքի չաշխատող անդամներին**։  Սոցփաթեթների ծառայությունները շահառուն պետք է կարողանա փոխանցել իր **ընտանիքի մյուս անդամին։**  Ես մանկավարժ եմ ու մեր տան միակ աշխատողը։ Եթե ես իմ փաթեթի ծառայություններից չեմ օգտվում, լավ կլիներ, որ իմ **տան անդամները** գոնե օգտվեին։  Լավ կլիներ, եթե ընտանիքի մեկ անդամը, ով բարձր եկամուտ ունի, կարողանա իր ապահովագրությունն անհրաժեշտության պարագայում փոխանցել իր **ընտանիքի մեկ այլ անդամի**։  Մեր տան միակ աշխատողը լինելով՝ կարող եմ ասել, որ իմ ընտանիքի մյուս անդամները՝ ամուսինս, երեխաներս, նույնպես կարիք ունեն հետազոտություններ անցնելու, և ճիշտ կլինի, որ **ընտանիքի անդամները** նույնպես լինեն սոցփաթեթի շահառու։  Որպես արտոնյալ պայման՝ **ապահովագրության բարձր հարկ վճարողներներին** կարող է առաջարկվել **ընտանիքի անդամների** ապահովագրություն։  Ես եթե կարողանամ իմ սոցփաթեթում ներառել իմ **ընտանիքի անդամներին**, ավելի լավ կլինի, քան եթե իմ մնացած գումարն ուրիշ մարդկանց տրամադրեմ, մանավանդ եթե վստահ չեմ, որ այդ մարդիկ իրոք կարիքի մեջ են։  Բարձր եկամուտ ունենալու դեպքում կարելի է մեծ գումար վճարել ապահովագրության ահամար, եթե վստահ լինեմ, որ այդ ապահովագրությունից կարող են օգտվել նաև **ընտանիքի այլ անդամներ**։  Սոցփաթեթը կարող է վերափոխվել ընտանեկան փաթեթի, որպեսզի պետական համակարգում աշխատողի տան անդամը կարողանա իր՝ մասնավոր հատվածում աշխատող **ընտանիքի անդամին**, նույնպես ներգրավի։  **Ընտանիքի անդամները** պետք է կարողանան օգտվել աշխատողի սոցփաթեթից։ Վերջինս իր սոցփաթեթը կարող է տրամադրել իր ընտանիքի չաշխատող անդամին։  Եթե աշխատողի գումարը հերիքի իր և իր ընտանիքի առաջնային կարիքները բավարարելուն, ապա հնարավոր է նա ցանկանա վճարել **չաշխատողի** համար։  Մեր հանրապետությունում ոչ բոլոր չաշխատողներն են, որ գումար չեն վաստակում։ Նրանց փոխարեն վճարելու տրամաբանությունն **անարդար մոտեցում** է։ Կարելի է վերաձևակերպել այդ այդ մոտեցումը. աշխատողը վճարի իր **ընտանիքի չաշխատող անդամների** համար։ |  | Եթե տանից մեկն է աշխատում, կարելի է գործատուին դիմել, որ **տան անդամների** թվով նույն չափով **պահումներ** անի։  Եթե մենք ուզում ենք, որ մեր **հարազատներին ու ընտանիքի անդամներին** հասանելի լինեն բժշկական ընդհանուր ծառայությունները, մենք պետք է մտածենք, թե ինչքան **կարող ենք վճարել** դրա համար։ Սակայն, համակարգն էլ պետք է հստակ նշի, թե ինքը ինչ որակի ծառայություններ կտրամադրի։  Որպեսզի կարծիք հայտնենք այն մասին, թե արդյոք աշխատող մարդը պետք է **վճարի չաշխատողի համար**, պետք է նախ և առաջ հետևյալ հաշվարկն անել. եթե աշխատողը հոգա նաև իր ընտանիքի չաշխատող անդամների ապահովագրության մասին, ապա որքա՞ն չաշխատողի համար պետք է մենք վճարենք... Այդ թիվը իմանալուց հետո կարելի է հասկանալ կարո՞ղ ենք նրանց համար գումար ապահովել, թե՞ ոչ։ |
| Պետք է մեր երկրում ապահովագրությունը պարտադիր լինի, բայց ոչ բոլորը կարող են վճարել, կարևոր է, որ **պետությունը ևս վճարի**։  Եթե բոլորը նույն չափով վճարեն, **քիչ ստացողները ծանր վիճակում կհայտնվեն**, բայց պետք է բոլորն էլ հավասար բուժում ստանան, թող վերջիններին պետությունն օգնի։  **Պետական աջակցությունը** գոնե միջնաժամկետում պետք է լինի։ Դրանից հետո արդեն պարզ կլնի, թե որ մեխանիզմն է ավելի արդյունավետ։  Մենք, որպես պետություն, պետք է նախ և առաջ այս ծառայությունների շահառու դարձնենք **սոցիալապես անապահով խմբերին**, քանի որ նրանք վճարունակ չեն ու բամաթիվ բժշկական ծառայություններից նրանք սեփական միջոցներով չեն կարող օգտվել։  Պետությունը պետք է օգնի **չաշխատող մարդկանց** ներգրավվելու ապահովագրության համակարգում։  **Չաշխատող մարդկանց** պարտադիր ապահովագրությունը պետությունն անպայման պետք է իր վրա վերցնի (օրինակ՝ չաշխատողներին միանգամից աշխատանք առաջարկելով), քանի որ աշխատողների մեծ մասը դժգոհ կլինի, եթե իրենց վճարած հարկերից փոխհատուցվի նաև չաշխատողների առողջապահական ապահովագրության վճարը։  Այն մարդը, ով տարիներ շարունակ վճարումներ է արել պետությանը, կարող է ավելի լավ ապահովել իր և ընտանիքի ծախսերը։ Իսկ մյուսների **բեռը** պետությունը պետք է վերցնի իր վրա։  Պետական աշխատողները **պարտավոր չեն** ապահովել առողջության ապահովագրությունը չաշխատողների համար. պետությունը պետք է այդ բեռն իր վրա վերցնի։  Սոցիալապես անապահով խավի ներկայացուցիչների համար պետք է **վճարի պետությունը**։  Անապահով ընտանիքներին շատ մեծ ուշադրություն է դարձվում, նրանք օգտվում են Փարոս համակարգից ու ստանում են նպաստ, օգտվում են բազմատեսակ օգնություններից, իսկ շարքային գրադարանավարը ոչնչից չի օգտվում ու ապրում է միայն 68 հազար դրամով։ Անապահով ընտանիքների խնդիրների մասին **թող պետությունը հոգա**, իսկ աշխատող մարդը փորձում է մի կերպ իր ընտանիքի հոգսերին անդրադառնալ։  **Սոցիալապես անապահովներին** պետք է օգնի պետությունը և նրանք, ովքեր աշխատում են։ Բայց աշխատողները միշտ դժգոհում են՝ մենք աշխատում և ծախսում ենք մեր կյանքը, ինչո՞ւ պիտի վճարեմ չաշխատողի համար։  **Անապահով խմբերի** համար պետք է պետությունը փոխհատուցի, ոչ թե աշխատողները։  Ապահովագրությունն անհրաժեշտ է: Յուրաքանչյուր **աշխատող** պետք է կատարի վճարումներ: Սակայն **կենսաթոշակառուները** այլևս հնարավորություն չունեն ապահովագրելու իրենց առողջությունը: Այդ հարցը պետք է լուծվի **պետության** կողմից:  Պետությունը պետք է լուծի միմիայն **սոցիալապես խոցելի խմբերի** խնդիրները ու վճարի միայն նրանց փոխարեն։ |  | Չաշխատողների համար նույնպես վճարելը **արդար չէ**։ Դա կարող է հանգեցնել նպաստների իրավիճակին, երբ մարդիկ նախընտրում են չաշխատել, եթե պետությունից գումար են ստանում։  **Հարուստը** կսկսի ցանկանա, որ **աղքատանա** և պետության հաշվին ապրի։  **Երեխաներին ու թոշակառուներին** արդեն իսկ պետությունն անվճար բուժօգնություն է առաջարկում որոշակի ծառայություններ ստանալու համար։  Պետությունը պետք է ոչ թե բոլորի կարիքները հոգա, այլ նպաստավոր պայմաններ ապահովի, որ բոլորը կարողանան աշխատել և լուծել իրենց խնդիրները։ |

# Հավելված 1. Գունային կոդավորում

ՀՀ Արմավիրի մարզ, 15 փետրվարի, 2021թ.

ՀՀ Սյունիքի մարզ, 17 փետրվարի, 2021թ.

ՀՀ Գեղարքունիքի մարզ, 19 փետրվարի, 2021թ.

# Հավելված 2. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների շուրջ սցենարները

## Սցենար 1. Անկոտրում գեղն ու պառկած գերանը

«Մուկը ծակը չի մտնում, ցախավելն էլ պոչից կապեցին...»

2020թ. բռնկված նոր կորոնավիրուսի համավարակի (COVID-19) և սեպտեմբերյան պատերազմի ավերիչ հետևանքներով 2022թ. Հայաստանի բնակչության բարեկեցության մակարդակն էականորեն նվազել էր։ Այդուհանդերձ, տնտեսական բարեփոխումների արդյունքում կառավարությանը հաջողվեց պահպանել պետական եկամուտների մակարդակը. 2022թ. պետական բյուջե մուտքագրվեց շուրջ 1.5 տրիլիոն ՀՀ դրամ։ Ընդ որում, եկամտային հարկը կազմում էր հարկային եկամուտների և պետական տուրքերի ավելի քան մեկ երրորդը։ Պետական եկամուտների ձևավորման գործում ամենամեծ ներդրումն ունեին եկամտահարկ վճարողները։ Պետեկամուտների առաջանցիկ աճ ապահովելու նպատակով 2022թ. կառավարությունը մեկնարկեց գույքի և եկամուտների համընդհանուր հայտարարագրման համակարգի աստիճանական ներդրման գործընթացը։

Աստիճանականորեն ընդլայնվում էր գույքի և եկամուտների հայտարարագրման համակարգում ընդգրկված անձանց շրջանակը։ Այսպես, սկզբնական փուլում եկամուտների հայտարարագրման պարտավորություն սահմանվեց միայն վարձու աշխատողների և ֆորմալ հատվածում ինքնազբաղվածների համար։ Նրանք պարտավոր էին ներկայացնել հարկային տարում իրենց ստացած աշխատավարձը կամ ձեռնարկատիրական գործունեությունից ստացված եկամուտը։

Համակարգի ներդրման ավարտին՝ 2026թ. նախատեսվում էր, որ եկամուտները պիտի հայտարարագրեն հարկային տարում Հայաստանում առնվազն 190 օր բնակված բոլոր անձինք՝ ռեզիդենտները։ Եկամուտները պիտի հայտարարագրեին նաև անձինք, ում ընտանեկան կամ տնտեսական կենսական շահերի կենտրոնը գտնվում էր Հայաստանում։ Այսպես, 2026 թվականից գույքի և եկամուտների հայտարարագրեր էին ներկայացնում նրանք, ում ընտանիքը բնակվում էր Հայաստանում և նրանք, ում անձնական կամ ընտանեկան հիմնական գույքը գտնվում էր մեր երկրում։ Հայտարարագրեր էին ներկայացնում նաև Հայաստանում հիմնական մասնագիտական գործունեության իրականացնողները։

Ռեզիդենտները հայտարարագրում էին ոչ միայն աշխատավարձը, այլև եկամտի բոլոր տեսակներն ու դրա աղբյուրները, ինչպես նաև ձեռք բերված կամ օտարված անշարժ և շարժական գույքը։ Ռեզիդենտները հայտարարագրում էին անգամ հարկային արտոնությունները, պետական և տեղական բյուջեների նկատմամբ պարտավորություններն ու դրանց կատարումը, փոխառությունները (վարկեր) կամ դրանց դիմաց ստացված շահույթը, խաղատներում կամ շահումներով խաղերում ստացած եկամուտները, մրցույթների կամ վիճակախաղերի շահումները, նվիրատվության կամ օգնության կարգով ստացված դրամական միջոցները։

Միաժամանակ, 2023-2026թթ. աստիճանականորեն ընդլայնվեց նաև հարկման ենթակա եկամուտները (հարկման բազան) նվազեցնող ծախսերի շրջանակը։ Այսպես, 2026թ. ավարտին հարկման բազան նվազեցվում էր սոցիալական և ապահովագրության ծախսերի, հիպոթեկային, սպառողական, կրթության և առողջապահության վարկերի մարման, ինչպես նաև աշխատանքային նոր գործունեության կամ աշխատանքի կորստի, կյանքում առաջին անգամ տուն կամ հողատարածք ձեռք բերելու ծախսերի չափով։

Եկամուտների նախնական հայտարարագրումն իրականացնում էր ՀՀ պետական եկամուտների կոմիտեն, որն իրեն հասանելի տեղեկատվության հիման վրա բոլորի համար լրացնում էր հայտարարագիրը և վերջնաժամկետից մեկ ամիս առաջ տեղադրում պաշտոնական կայքում։ Տեղեկատվությունը հասանելի էր միայն հայտարարատուին։ Վերջինս մուտք էր գործում առցանց համակարգ միայն իրեն հասանելի մուտքանունի և գաղտնաբառի օգնությամբ՝ հայտարարատուների անձնական տվյալները պաշտպանված էին։

Համակարգի ներդրումը հակասականորեն ընդունվեց հասարակության կողմից. նվազող բարեկեցության պայմաններում շատերն այն համարում էին բնակչության ուսերին դրված լրացուցիչ հարկային և ֆինանսական բեռ։ Համակարգի հանդեպ վստահությունը դարձավ ամենաբարդ խնդիրը։

## Սցենար 2. Տնտեսական կրիան և առողջապահության Աքիլլեսը

Կորոնավիրուսի համավարակը և 2020թ. սեպտեմբերի վերջին վերսկսված և 44 օր տևած լայնածավալ ռազմական գործողությունների ավերիչ հետևանքները երկիրը կանգնեցրին բարդ սոցիալ-տնտեսական խնդիրների առջև։ Այդուհանդերձ, ՀՀ կառավարությունը հետևողականորեն շարունակում էր 2022թ. տարեսկզբին ներդրված առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի կայացմանը միտված միջոցառումները։ Այսպես, կարևորելով առողջության առաջնային պահպանումը՝ առաջին փուլով 18 տարեկանից բարձր ամբողջ բնակչության համար հասանելի դարձավ «Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ» հիմնական ծառայությունների փաթեթը (ՀԾՓ), որն ընդգրկում էր. (ա) տեղամասային բժշկի խորհրդատվություն և ուղեգրում, (բ) հղիության հսկողություն և պարտադիր հետազոտություններ, (գ) շտապ օգնություն և սանավիացիա, (դ) անհետաձգելի ստոմատոլոգիական ծառայություններ, (ե) հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղերի տրամադրում։

Եթե մինչ ապահովագրության ներդրումը մարդիկ ստիպված էին իրենց առողջության պահպանման համար վճարել հիմնականում սեփական գրպանից, ապա ապահովագրությունը հնարավորություն ընձեռեց թեթևացնել այդ բեռը, քանի որ երկրի ողջ բնակչությունը ներառող ապահովագրական ծածկույթի համար պահանջվող ծախսերի փոխհատուցումը իրականացվում էր պետական բյուջեից (40%) և առողջության հարկից (60%)։ Անգամ սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամի պայմաններում տարեկան ապահովագրական ծածկույթը մեկ բնակչի հաշվով կազմում էր շուրջ 80՛000 դրամ:

Չնայած ՀԾՓ հասանելիությանը՝ առողջության հարկի ներդրումն ընդգծված դժգոհության ալիք բարձրացրեց որոշ սոցիալական խմբերում։ Մասնավորապես, աշխատողները, ինքնազբաղվածները և գյուղացիական տնտեսությունները կարծում էին, որ անարդար է առողջության հարկ վճարել նույն դրույքաչափով։ Թեև 2021թ. եկամտահարկի չափը բոլոր աշխատողների համար սահմանվել էր 20%, նախկին 23%-ի փոխարեն, սակայն տարբեր եկամուտներ ունեցող սոցիալական խմբերի համար նման համահարթեցումը շարունակում էր ընկալվել որպես անարդար մոտեցում՝ հատկապես աճող անհավասարության պայմաններում: Այսպես, Հայաստանում աշխատողների շուրջ 60%-ի եկամուտները կազմում էին 150.000 դրամից պակաս, մինչդեռ նրանք, ի հավելումն եկամտահարկի, ստիպված էին առողջության հարկ վճարել նույն դրույքաչափով, ինչպես ավելի բարձր եկամուտ ունեցողները։ Ավելին, Հայաստանում կանանց ավելի քան 70%-ը չէր աշխատում, իսկ աշխատող տասը կնոջից միայն երկուսի վաստակն էր 100.000 դրամից ավելի կազմում։ Այսպիսով, բնակչության շուրջ կեսի՝ այսինքն չաշխատող կանանց առողջության ապահովագրության համար նույնչափ էր վճարում թե՛ բարձր, թե՛ ցածր եկամուտ ունեցողը։ Բարձր եկամուտ ունեցողները դժգոհում էին նաև այն հանգամանքից, որ իրենց, ինչպես բոլորին, տրամադրվում է նույն ՀԾՓ-ն, մինչդեռ նրանց վճարած եկամտահարկի գումարն ավելի էր, հետևաբար ավելին է ՀԾՓ-ից ակնկալիքը։ Ի տարբերություն այս խմբերի՝ գործատուների մտահոգություններին կառավարությունն ավելի արագ արձագանքեց՝ հարկային արտոնություններ տրամադրվելով այն տնտեսվարողներին, որոնք պարտավորվեցին մաս կազմել առողջության հարկի վճարմանը։

Թեև բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերը տնտեսական ճգնաժամի պատճառով հիմնականում անփոփոխ մնացին, պետության կողմից խիստ ֆինանսական և վերահսկողական մեխանիզմների ներդրման, բուժհաստատությունների կողմից կառավարման արդյունավետ մոդելների, նոր կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի կիրառման, ինչպես նաև ԱՐՄԵԴ էլեկտրոնային առողջապահական տեղեկատվական համակարգի բարելավման շնորհիվ զգալիորեն բարձրացավ սպասարկման որակը։ Այսպես, շոշափելիորեն նվազեց ուղեգրման, հերթերի և վճարման հետ կապված վարչարարական և հայեցողական քաշքշուկը։ Ավելին, ՀԾՓ-ով ընձեռնված հնարավորությունը՝ այցելել անձի կողմից նախընտրած բուժհաստատություն, անձի բոլոր այցելությունները և մատուցված ծառայությունների արդյունքները համակարգում սեղմ ժամկետներում գրանցելը, ինչպես նաև համակարգում որոնումը, հարցումը, բուժօգնությունից օգտվելու հայցը արագ և հետևողականորեն քննելու պրակտիկան թույլ տվեցին որոշակիորեն վերականգնել առողջապահական ծառայությունների որակի հանդեպ վստահությունը։

## Սցենար 3. Անապահով ճպուռն ու ապահովագրված մրջյունը

2021թ. երկրորդ կեսին Հայաստանի տնտեսությունը արագ վերականգնվեց 2020թ. համավարակի և սեպտեմբերյան պատերազմի ծանր հետևանքներից և կարճ ժամանակահատվածում գրանցեց երկնիշ տնտեսական աճ։ Սա հնարավորություն տվեց նշանակալիորեն ավելացնել պետական բյուջեից առողջապահությանը հատկացվող ծախսերը: Մեծացած ֆինանսական հոսքերն արդյունավետ օգտագործելու, համակարգում առկա խնդիրները կարգավորելու և հասարակության համար ավելի մատչելի ու որակյալ բուժծառայություններ ապահովելու համար ներդրվեց առողջապահության համընդհանուր ապահովագրության համակարգ (ԱՀԱ):

Ապահովագրության համակարգի գործառույթներն արդյունավետորեն իրականացնելու համար ստեղծվեց պետական Հիմնադրամ, որի հիմնական գործառույթը հատուցումների կառավարումը, ծառայությունների գնումը, գների վերանայումը, մատակարարների ընտրությունն էր:

Նոր համակարգի հիմքում դրվեց սոցիալական համերաշխության սկզբունքը. եկամուտ ստացողը վճարում է և՛ իր, և՛ հասարակության մյուս անդամների (երեխաներ, կենսաթոշակառուներ, գործազուրկներ, եկամուտ չունեցողներ, աղքատներ (շուրջ 105՛000 ընտանիք) փաթեթների համար, որի շնորհիվ, թե՛ հարուստները, թե՛ աղքատներն ու անապահով ընտանիքները պիտի նույն պայմաններով ստանային գրեթե նույն ծավալով ու որակի բուժօգնություն և սպասարկման հիմնական ծառայություններ։

Ի լրումն առողջապահության համընդհանուր ապահովագրության՝ ՀԾՓ-ում չընդգրկված և չփոխհատուցվող բժշկական և հարբժշկական ծառայությունների, դեղերի կամ արտերկրում բուժման ապահովման նպատակով ԱՀԱ-ին զուգահեռ առաջարկվում էր կամավոր ապահովագրություն։ Վերջինս սակայն 2023թ. դրությամբ առողջապահության ոլորտում մատուցվող ծառայությունների որակի բարձրացման չէր բերել, քանի որ համընդհանուր ապահովագրության շրջանակում մատուցվող բուժծառայությունների որակը մնացել էր գրեթե անփոփոխ, իսկ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները շահագրգռված չէին ավելի բարձր որակի ծառայություններ առաջարկել:

Սոցիալական արդարության գաղափարի կողմնակիցները պնդում էին, որ յուրաքանչյուրը պետք է ստանա իր կատարած վճարներին համարժեք ծառայություններ: Շատերը վստահ էին, թե ընտանիքի վաստակող անդամների եկամուտներից կատարվելիք վճարների միջոցով կարելի է ապահովել նաև ընտանիքի չաշխատող անդամների ապահովագրությունը:

Պետական բյուջեի՝ առողջապահական ոլորտի ծախսերի ավելացման և ապահովագրության համակարգի ներդրման արդյունքում շուրջ 2.5 անգամ ավելացան բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերը, սակայն, ոչ արդյունավետ կառավարման արդյունքում, բուժանձնակազմի աշխատավարձերը գրեթե չավելացան, իսկ մարզերում նեղ մասնագետների առկայության և բուժհաստատությունների մոդեռնիզացման խնդիրները մնացին չլուծված։

Համակարգի ներդրումը և բնակչության համար հիմնական բուժծառայությունների փաթեթի սահմանումն ավելացրեց բուժահստատություններ հաճախումների թիվը, ինչը բերեց բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածության նշանակալի ավելացման: Հնացած տեխնոլոգիաներով և ծանրաբեռնված բուժանձնակազմով բնակիչներին՝ ակնկալվող որակի ծառայությունների տրամադրումը գրեթե անհնար էր: Բուժծառայությունների որակի նկատմամբ նորմատիվային պահանջների բացակայության և բուժանձնակազմի գերծանրաբեռնավծության պայմաններում ավելացան քաղաքացիների կողմից բուժաշխատողներին տրվող կողմնակի վճարները։ Արդյունքում ավելացան քաղաքացիների գրպանից կատարվող ուղիղ ծախսերը, ինչն ի սկզբանե ենթադրվում էր կրճատել նոր համակարգի շնորհիվ:

Բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը կարգավորելու նպատակով 2021թ. ներդրվեց դեղատոմսերի դուրս գրման, ուղեգրման, անհետաձգելի, լաբորատոր-գործիքային, մասնագիտացված խորհրդատվության տրամադրման գրանցումների ԱՐՄԵԴ էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգը, որը, սակայն հստակ կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի բացակայության պայմաններում չկարողացավ ապահովել նախատեսվող արդյունքը։ Գրեթե անփոփոխ մնացին նախկինում առկա ռիսկերը, տարածված էր մնում պացիենտներին կոնկրետ բուժհիմնարկ ուղղորդելու պրակտիկան:

## Սցենար 4. Ապահովագրության մկնիկը` տնտեսական կոկոսում

2021թ. Հայաստանն արագորեն հաղթահարեց 2020թ. նոր կորոնավիրուսի համավարակի սոցիալ-տնտեսական հետևանքները և սեպտեմբերյան պատերազմի կործանարար հետևանքները։ Կարճ ժամանակահատվածում երկիրը գրանցեց բարձր տնտեսական աճ։ 2022թ. սկզբին 5%-ով աճել էր տնային տնտեսությունների զբաղված անդամների թիվը (շուրջ 670 հազար անձ), և միջին ամսական անվանական աշխատավարձը կազմում էր շուրջ 264 հազար դրամ:

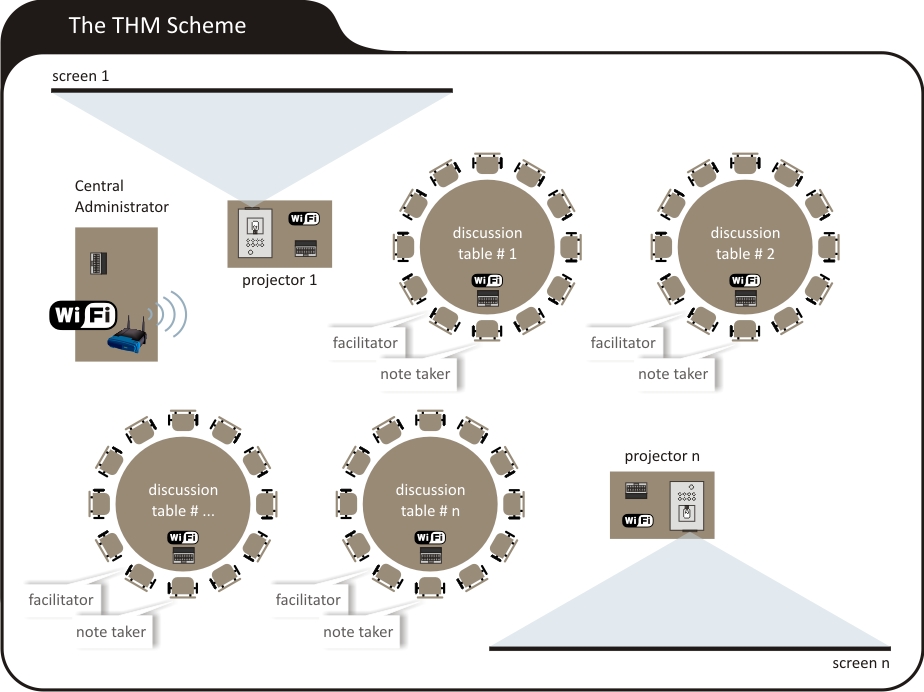
Համավարակի դեմ պայքարը վեր հանեց առողջապահական համակարգի կարողությունների բարելավման մի շարք կենսական խնդիրներ, որոնց հաղթահարման ուղղությամբ 2021թ. պետբյուջեից առողջապահական ոլորտի ծախսերին հատկացվեցին շուրջ 35%-ով ավելի միջոցներ։ 2022թ. ներդրվեց նաև ԱՀԱ համակարգը՝ սահմանելով առողջության հարկ աշխատող անձանց աշխատավարձի 7%-ի չափով և առաջարկելով առողջապահական ՀԾՓ ողջ բնակչության համար։ Հայաստանը «առողջապահական տուրիզմի» տարածաշրջանային կենտրոն դարձնելու նպատակով՝ ԱՀԱ մասնակից դառնալու հնարավորություն տրվեց նաև օտարերկրացիներին և երկքաղաքացիներին։

Առաջարկվող ՀԾՓ-ում ներառված էին հիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման մի շարք ծառայություններ, այդ թվում՝ սիրտ-անոթային հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների բուժումը և վիրահատությունը, մանկաբարձությունը և նեոնատալ խնամքը, նախածննդյան և հետծննդյան բուժօգնությունը և սպասարկումը, մանկական և նորածնային, ընդհանուր, անոթային, էնդոկրին, կրծքային, ակնաբուժական, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական, նյարդավիրաբուժական, միկրովիրաբուժական, գինեկոլոգիական, քիթ, կոկորդ, ականջաբանական և դիմածնոտային, ուրոլոգիական, պրոկտոլոգիական վիրահատությունները։ Փաթեթը ներառում էր նաև բուժման համար անհրաժեշտ բժշկական խորհրդատվությունները, լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները, դեղորայքով և հիվանդասենյակով ապահովումը, բուժական միջամտությունները: Բացառություն էին պլաստիկ վիրաբուժությունը, կոսմետոլոգիական ծառայությունները, հիմնական ցանկից դուրս դեղերը, նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների միջոցով իրականացվող միջամտությունները և հետազոտությունները։ Փաթեթում չընդգրկված ծառայությունները ձեռք էին բերվում անմիջականորեն բուժհաստատությանը վճարելու կամ ապահովագրական ընկերություններում լրացուցիչ փաթեթ ձեռքբերելու միջոցով։

Պետական ծախսերի ավելացման և ապահովագրական համակարգի ներդրման արդյունքում շուրջ 3 անգամ ավելացան բուժհաստատությունների ֆինանսական հոսքերը։ Առաջատար մի քանի բուժհաստատություններում թափ առան ծառայությունների մոդեռնիզացման և տեխնոլոգիական հագեցվածության ապահովման աշխատանքները։ Միջինում 40%-ով բարձրացավ բուժանձնակազմի աշխատավարձը, և 2023թ. բուժաշխատողների միջին ամսական անվանական աշխատավարձը կազմեց 270 հազար դրամ։ Արդյունքում պատշաճ բուժծառայություններ ստանալու համար քաղաքացիների կողմից կատարվող կողմնակի վճարները զգալիորեն կրճատվեցին։

Այնուամենայնիվ, ներդրման սկզբնական շրջանում համակարգը բախվեց մի շարք մարտահրավերների։ Նախ, գրանցվեց ֆինանսական խնդիրների պատճառով նախկինում բուժհաստատություն չդիմած անձանց դիմելիության կտրուկ աճ։ Երկրորդ. 2021թ. բուժծառայությունների որակի վրա բացասաբար ազդեց բուժանձնակազմի ծանրաբեռվածության աճը, որը մեղմելու նպատակով 2022թ. բուժաշխատողների մասնագիտական պաշտպանվածության մակարդակը բարձրացնելու քայլեր ձեռնարկվեցին և նրանց տրվեցին կենսաթոշակային ապահովության արտոնյալ երաշխիքներ։ Շարունակում էին մտահոգիչ մնալ ոչ անհրաժեշտ ծառայությունների մատուցման, կոնկրետ բուժհիմնարկներ ուղղորդումների, ծառայությունների անհարկի ուշացման և մերժումների դեպքերը։ Այս ռիսկերը մեղմելու նպատակով 2022թ. ծառայությունների մատուցման ողջ գործընթացը, ինչպես նաև բուժհաստատության և պետական հիմնադրամի/ապահովագրական ընկերության հաղորդակցությունը գրանցվում էր ԱՐՄԵԴ տեղեկատվական համակարգում, ինչը թույլ էր տալիս բացահայտել հնարավոր ուղղորդումները, քննել կոնկրետ ծառայությունների մատուցման, դրանց ուշացման կամ մերժման որոշումների հիմնավորվածությունը: Գործում էր թեժ գիծ՝ հնարավոր չարաշահումները բացահայտելու նպատակով։

# Հավելված 3. Համահամայնքային քննարկման տարածական նկարագիրը



# Հավելված 4. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների շուրջ սոցիալական երկխոսությունը զուգահեռ քննարկումների արդյունքների համադրման միջոցով

**Քննարկման  
արդյունքներ**

**Քննարկման  
արդյունքներ**

Արդյունքների

Մշակում

Արդյունքների

Մշակում

Վիրավորանք

Բանավեճ

Երկխոսություն

# Հավելված 5. Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հնարավորությունների ու խնդիրների այլընտրանքային տարբերակներում ներառված հիմնախնդիրները, հիմնական առանցքները

Անորոշություններ/առանցքներ

1. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների որակ (անփոփոխ-բարելավված)
2. Տնտեսական աճ (տնային տնտեսությունների եկամուտներ, պետական բյուջե) (ցածր, բարձր)

1. Հիմնական բուժօգնության և սպասարկման ծառայությունների փաթեթ

* Առկա փաթեթներ
  + - Պետական ծառայողների փաթեթներ
    - Ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30.00 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ և նրանց ընտանիքի անդամներ
    - Մինչև 18 տարեկան երեխաներ
    - Հաշմանդամություն ունեցող անձինք և նրանց ընտանիքի անդամներ
    - Նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի տղաներ և նրանց ընտանիքի անդամներ
    - Զինծառայողներ, փրկարար ծառայողներ և, նրանց ընտանիքների անդամներ
    - Ձերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատազրկման դատապարտվածներ և նրանց ընտանիքի անդամներ
    - Մանկատներում, ծերանոցներում և անօթևանների ժամանակավոր կացարաններում խնամվող անձինք և նրանց ընտանիքի անդամներ
    - Վերակենդանացման միջոցառումներ
    - Տուբերկուլյոզի բուժօգնության ծառայություններ
    - Հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժօգնության ծառայություններ
    - Աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժօգնության ծառայություններ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ
    - Ծննդօգնություն
    - Հեմոդիալիզի ծառայություններ
    - Համաֆինանսավորում՝ արտոնյալ պայմաններով
    - Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության ծառայություններ՝ բոլորին
    - Կամավոր ապահովագրական փաթեթներ
* Առաջարկվող ՀԾՓ
  + - **Արտահիվանդանոցային** բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններ.
      * **տեղամասային բժշկի** խորհրդատվություն, նրա ուղեգրմամբ նեղ մասնագետների խորհրդատվություն և բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրում լաբորատոր-գործիքային՝ այդ թվում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների.
      * **հղիության** հսկողության ընթացքում մասնագիտացված խորհրդատվություն և պարտադիր լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ.
      * **շտապ** բժշկական օգնության ծառայություներ, սանավիացիա.
      * ստոմատոլոգիական բուժօգնություն.
      * հիմնական **դեղերի** ցանկում ընդգրկված և տեղամասային բժշկի կողմից նշանակված դեղերի տրամադրում հիվանդությունների դեպքում
* արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (ճնշման հիվանդություներ, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, ուղեղի անոթային հիվանդություն.
* ներզատական համակարգի հիվանդություներ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ (դիաբետ, զոբ).
* մարսողական օրգանների հիվանդություններ (ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոց, լեղապարկի հիվանդություններ).
* շնչառական ուղիների հիվանդություններ (բրոնխիտ, թոքաբորբ, ասթմա)այլ քրոնիկ հիվանդություններ (աչքի հիվանդություններ, ռեակտիվ հոդախախտեր, ռևմատոիդ հոդաբորբ, սպոնդիլոպաթիաներ, երիկամի և միզածորանի հիվանդություններ, արգանդի պարանոցի էրոզիա).
  + - * մտավոր և ֆիզիկական խնդիրներ ունեցող երեխաների **խնամքի** ծառայություններ
    - **Հանրային** առողջապահության ծառայություններ.
      * իմունիզացիա**.**
      * կանխարգելիչ բուժօգնություն, պարտադիր բժշկական զննումներ և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ.
      * աղիքային և ինֆեկցիոն այլ հիվանդությունների բուժօգնություն.
      * տուբերկուլյոզի **բուժօգնություն.**
      * ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ բուժօգնություն.
      * հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժօգնություն.
      * հեմոդիալիզի բուժօգնություն.
    - **Հիվանդանոցային** բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններ.
      * նորածինների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայություններ.
      * քրոնիկ հիվանդությունների սրացման դեպքում **վերակենդանացման և անհետաձգելի** բուժօգնության ծառայություններ.
      * **սիրտ-անոթային** հիվանդությունների բուժում (սրտային վիրաբուժություն, առիթմոլոգիա, էնդովասկուլյար վիրաբուժություն).
      * չարորակ նորագոյացությունների վիրահատության և ճառագայթային բուժման ծառայություններ, ինչպես նաև քիմիոթերապևտիկ բուժօգնություն.
      * **մանկաբարձություն** և **նեոնատալ** խնամք, նախածննդյան և հետծննդյան բուժօգնություն և սպասարկում.
      * մանկական և նորածնային վիրաբուժության, ընդհանուր, անոթային, դիմածնոտային, էնդոկրին, կրծքային վիրաբուժության, ակնաբուժական, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական, նյարդավիրաբուժական, միկրովիրաբուժական, գինեկոլոգիական, քիթ, կոկորդ, ականջաբանական և դիմածնոտային, ուրոլոգիական, պրոկտոլոգիական **վիրահատություններ**.
      * բուժման համար անհրաժեշտ **միջոցառումները** և **հարբժշկական** ծառայություններ.
* բժշկական խորհրդատվություններ.
* հիվանդանոցային բուժման ընթացքում լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ.
* հիվանդանոցային բուժման ընթացքում անհրաժեշտ դեղորայքով և ԲՆԱ-ով ապահովում, բուժական միջամտություններ.
* հիվանդին հիվանդասենյակով ապահովելը (բացառությամբ վճարովի հիվանդասենյակների).
  + - Բացառություններ.
      * Կոսմետոլոգիական, պլաստիկ վիրաբուժություն.
      * Հիմնական դեղերի ցանկից դուրս դեղեր.
      * Առանձին ոչ բժշկական հարակից ծառայություններ.
      * ՀԾՓ-ում չընդգրկված ստոմատոլոգիական ծառայություններ.
      * ՀԾՓ-ում չընդգրկված նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների օգտագործմամբ իրականացվող միջամտությունները և հետազոտությունները.
* Կամավոր բժշկական ապահովագրություն (նոր փաթեթներ)
  + - ՀԾՓ-ից դուր մնացած ծառայություններ
    - Բուժում արտերկրում (Գերմանիա, Իսրայել, Հոլանդիա)
    - Ապահովագրական ընկերություններ

1. Ֆինանսավորում, ծախսեր, եկամուտներ

* Ապահովագրական ծածկույթի տարեկան ծախսը (շահառուի հաշվով)
* Տնային տնտեսությունների ծախքեր
  + - Առողջության հարկ
      * Առողջության հարկ վճարողներ
* Աշխատողներ (եկամտահարկ վճարողներ), ինքնազբաղվածներ
* Գյուղացիական տնտեսություններ
* Գործատու (ոչ որպես հարկային ագենտ, այլ աշխատողի հարկի բեռի մասը կրող), արտոնություններ, գործատուների կողմից աշխատավարձի հնարավոր բարձրացում՝ ապահովագրությանն ուղղված գումարին համարժեք
* Երեխաներ, կենսաթոշակառուներ, գործազուրկ, եկամուտ չունեցողներ՝ ընդհանրապես
* Պետական աշխատողներ
* Աղքատներ (105՛000 ընտանիքներ)
* Ոչ քաղաքացիներ, Երկքաղաքացիներ (կրկնակի ապահովագրություն, կամավոր)
  + - * Դրույքաչափ, մատչելիություն
* 41%-ի եկամուտները՝ 150 հազար և ավելի
* 59%-ը՝ 150 հազարից պակաս եկամուտ
* Կանանց՝ 74%-ը եկամուտ չունի, 7%-ը մինև 50 հազար, 15%-ը՝ 50 - 100 հազար, 100 հազարից ավել եկամուտ ունի կանանց 4%-ը...
* Եկամտահարկի դրույքաչափի փոփոխություն (20% բոլորի համար 2021թ.-ից, -4%)
  + - * Ապահովագրական ծածկույթում առողջապահության հարկի մասնաբաժինը (որ մասն է ծածկվում ապահովադրի գրպանից, որ մասն է փակում պետությունը)
    - Լրավճար, վճարովի ծառայությունների ծախսեր, կամավոր ապահովագրություն
      * ՀԾՓ-ում չընդգրկված և չփոխհատուցվող ծառայություններ
      * Արտահիվանդանոցային դեղերի ապահովում
* նվազագույն փաթեթ
* գներ
* առավելագույն գներ
* մասնակի հատուցում՝ 50%, 100%
* լրավճար
  + - Տրանսպորտային և կացության ծախսեր
    - Մասնավոր vs. պետական պարտադիր ապահովագրական համակարգի ներդրում
      * Աշխատավարձից արվող պահումների խելամիտ չափ (եթե հարկ չէ, այլ ապահովագրական վճարներ են)
      * Ընտանիքի չաշխատող անդամների ապահովագրության մեխանիզմ
* Տնային տնտեսությունների եկամուտներ
  + - «Գրպանից» ուղիղ ծախսերի կրճատում/ավելացում, եկամտի անուղղակի ավելացում/նվազում
* Պետություն, պետական բյուջե, առողջապահության ծախսերի ավելացում
  + - Պետական բույջեի վրա համակարգի ներդրման ծախսը (միանվագ ծախս vs. ընթացիկ ծախսեր)
    - Պետբյուջեի եկամուտներից առողջապահական ծախսերին ուղղված գումարների ավելացում
    - Ապահովագրական ծածկույթում առողջապահության հարկի մասնաբաժինը (որ մասն է ծածկվում ապահովադրի գրպանից, որ մասն է փակում պետությունը)

1. Կառավարում

* Պետական (միասնական գնորդ և վճարող)՝ Հիմնադրամ vs. մասնավոր
  + - հատուցումների կառավարում, ծառայությունների գնում, գների վերանայում, մատակարարների ընտրություն
* էլ. առողջապահության e-Health համակարգ
  + - Անձի այցելությունները բուժհաստատություն
    - Բուժծառայությունների մատուցման բոլոր փուլերը (հետազոտություններ, միջամտություններ)
    - Բուժհաստատության կողմից բոլոր հարցումները և ապահովագրական ընկերության կողմից դրանց պատասխանները

1. Սպասարկում (սխեմա)

* Դեղատոմսեր
* Ուղեգրում
  + - միայն բժշկական ցուցումների հիման վրա, ամբուլատորիա-պոլիկլինիկաներից, էլեկտրոնային
* Հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ
  + - անհետաձգելի բուժօգնության (emergency).
    - լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ.
    - մասնագիտացված խորհրդատվություն տրամադրելու.
* Պլանային և շտապ դեպքեր
  + - Շահառուի այց նախընտրած բուժհաստատություն (անձը հաստատող փաստաթուղթ).
    - Շահառուի որոնում e-health համակարգում և հարցում (ապահովագրական ընկերությանը, հիմնադրամին), հարցման հաստատման կամ մերժման ժամկետ (2 օր, 60 րոպե, շտապ դեպքերում՝ հեռախոսազանգ).
    - Վճարման հարցում (ապահովագրական ընկերությանը, հիմնադրամին) e-health համակարգով՝ ծառայության փաստացի մատուցումից հետո, հաստատում.
    - Հիվանդությունների ու վիճակների վերաբերյալ կլինիկական ուղեցույցներ և գործելակարգեր
    - Մարզերի նեղ մասնագետներով ապահովվածություն (բուժօգնության ծավալներ, կադրեր).

1. Որակ

* Պետական և մասնավոր բուժհաստատություններում բուժծառայությունների ներկա որակ և մատչելիություն.
  + - Դանակը ոսկորին հասնելիս դիմել
    - Գլխին սարքել
    - Առողջ տեղը հիվանդ հանել
    - Ավելորդ հետազոտությունների և նախապես հայտնի անարդյունավետ բուժման սխեմաների կիրառում
    - Ավելորդ ուղեգրում
    - Բուժաշխատողների կողմից ոչ հոգատար և/կամ ոչ հարգալից վերաբերմունք
    - Կաբինետից-կաբինետ վազք
    - Կողմնակի վճարներ և թեյավճարներ
* Կյանքի տևողություն և որակ, հաշմանդամություն
* Ապահովագրական փաթեթի առանձնահատկությունները սոցիալական տարբեր խմբեր
  + - Նույն փաթեթ՝ անկախ սոցիալական կարգավիճակից
    - Տարբեր սակագներով ապահովագրական ծառայությունների փաթեթների ընտրության հնարավորություն՝ հիմնական ծառայությունների ապահովմամբ
    - Կամավոր vs. պարտադիր
    - Գումար հայթայթելը, վարկեր, պարտքով գումար, գույքի վաճառքով
    - Հարկերի/ապահովագրական վճարների չափի և առաջարկվող ծառայությունների փաթեթի համապատասխանություն
    - Հիվանդանոցային բուժօգնության որակի չափելի ցուցանիշներ.
* Ռիսկեր
  + - Բուժհաստատությունների կողմից ոչ անհրաժեշտ ծառայությունների մատուցում
    - Պացիենտի ուղղորդում որևէ կոնկրետ բժշկական կազմակերպություն
    - Հաստատումների անհարկի ուշացումներ և ծառայությունների անհիմն մերժում
* Վստահություն

1. Բուժհաստատություններ և բուժաշխատողներ

* Բուժհաստատությունների ֆինանսներ
  + - Ֆինանսական հոսքեր (կավելանան ~2.5 անգամ, չեն փոխվի, կնվազեն)
    - Կոշտ ֆինանսական նորմատիվներ
    - Մոդեռնիզացման կարիք՝ ներդրումների անհրաժեշտություն
* Բուժաշխատողներ և նրանց ընտանիքի անդամներ
  + - Բուժանձնակազմին ուղղակիորեն վճարվող գումարների զրոյացում
      * ոչ պաշտոնական վճարներ
      * սև կասսա
    - Բուժանձնակազմի աշխատավարձ
      * Առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկման ոլորտում 2019թ. դեկտեմբեր միջին ամսական անվանական աշխատավարձ՝ ~ 193՛000 դրամ (բոլոր ոլորտների համար 224,000)
      * Առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկման ոլորտում 2019թ. դեկտեմբեր 27՛312 մարդ պետական հատվածում և 19՛530՝ ոչ պետական
      * Հանրային հատվածում՝ միջինում 240 հազար-բժիշկներ, 120 հազար-բուժքույրեր, 100 հազար-կրտսեր բուժանձնակազմ
      * Փոփոխություն՝ ավելացում 27%?, կմնա նույնը, նվազում
    - Բուժանձնակազմի աշխատանքային ծանրաբեռնվածություն
      * Ծառայությունների որակի հանդեպ պահանջների և պատասխանատվության աստիճանի փոփոխություն
      * Մասնագիտական «պաշտպանվածություն» և ֆիզիկական անձեռնմխելիություն
      * Ավելի բարձր մոբիլություն՝ բուժհիմնարկի կամ աշխարհագրական առումով
      * Սոցիալական երաշխիքներ
      * Ապահովագրական համակարգի ներդրմամբ պայմանավորված ծանրաբեռնվածության ավելացում

1. Սոցիալական արդարություն vs. համերաշխություն

* Ավելի շատ վճարողը ստանում է ծառայությունների նույն շրջանակը (կամ ավելի քիչ) և որակը
* Ավելի շատ վճարողը վճարում է և՛ իր, և՛ մյուսների փաթեթի համար
* Հաղորդակցություն, վարքագիծ

1. Ճգնաժամեր

* Վարակիչ հիվանդությունների համաճարակ, պանդեմիա
* Ֆինանսա-տնտեսական ճգնաժամ
* Տարածաշրջանային հակամարտությունների սրացում (լայնատարած, լոկալ)

# Հավելված 6. Համահամայնքային քննարկումների արդյունքների համադրություն-հակադրություն սանդղակը

* Մասնակի համադրում
* Հակադրում
* Համադրում

**III**

**I**

**II**

* Հարթություններ

**III**

**III**

**III**

**I**

**II**

**II**

**II**

1. Գիտելիքը ներառում է. (ա) կյանքի փորձի և կրթության միջոցով անձի ձեռք բերած փորձառությունն ու հմտությունները, խնդրո առարկայի տեսական կամ գործնական ըմբռնումը, (բ) առանձին ոլորտում կամ ընդհանուր առմամբ հայտնի տեղեկություններն ու փաստերը, և (դ) դեպքերի կամ իրավիճակների վերաբերյալ իրազեկությունը: Գիտելիքի վերաբերյալ փիլիսոփայական քննարկումները հաճախ սկսվում են գիտելիքի պլատոնական սահմանմանը հղումով՝ «գիտելիքը հիմնավորված ճշմարիտ հավատն է»: Այդուհանդերձ, գիտելիքի համընդհանուր ճանաչման և ընդունման արժանացած սահմանումը կամ նման սահմանման հեռանկարը բացակայում է, իսկ միմյանց հետ մրցող տեսությունները բազում են: Անգլերենի օքսֆորդյան բառարան. <http://www.oed.com>: [↑](#footnote-ref-1)
2. Վերաբերմունքը ենթադրական կառուցվածք է, որն արտահայտում է առարկայի հանդեպ անձի համակրանքի կամ հակակրանքի աստիճանը: Վերաբերմունքը, ընդհանուր առմամբ, բացասական կամ դրական պատկերացումներն են անձի, վայրի, առարկայի կամ դեպքի հանդեպ, որոնք հաճախ կոչվում են վերաբերմունքի առարկա: Մարդիկ կարող են նաև հակասական կամ տարակուսելի վերաբերվել առարկային, ինչը նշանակում է, որ նրանք միաժամանակ թե՛ դրական, թե՛ բացասական վերաբերմունք ունեն խնդրո առարկայի հանդեպ: Վերաբերմունքը գնահատական է: Այն ձևավորվում է ԱՎԳ մոդելով (ազդեցություն, վարքագիծ և գիտակցում): Զգայական արձագանքը հուզական արձագանք է, որն արտահայտում է առարկային անձի կողմից տրված նախապատվության աստիճանը: Վարքագծային մտադրությունն արտահայտվում է անձի խոսքի կամ տիպական վարքագծային միտումների միջոցով: Գիտակցական արձագանքը առարկայի գիտակցական գնահատումն է, որը ներառում է առարկայի վերաբերյալ անձի պատկերացումներն ու համոզմունքները: Վերաբերմունքը հաճախ անձնական փորձի կամ դիտարկման ճանապարհով միջավայրից քաղած դասերի արդյունք է: Breckler, S. J., & Wiggins, E. C. (1992). On defining attitude and attitude theory: Once more with feeling. In A. R. Pratkanis, S. J. Breckler, & A. C. Greenwald (Eds.), Attitude structure and function. Hillsdale, NJ: Erlbaum: էջեր՝ 407-427: [↑](#footnote-ref-2)
3. Doug Stone, Robert Ricigliano and Eric Collins. Conflict Management Group. 1993: [↑](#footnote-ref-3)
4. Սույն մեթոդաբանության շրջանակներում վիրավորանքը սահմանվում է որպես արտահայտություն կամ գործողություն, որը որևէ մեկին կարող է պատճառել հուզական ցավ կամ որևէ այլ կերպով կարող է բորբոքել անհատին: Վիրավորանքը հարաբերական հասկացություն է, քանզի վիրավորանքի զգացումը հաճախ պայմանավորված է առանձին անհատի անձնական արժեքներով: Սույն մեթոդաբանության շրջանակներում վիրավորանք չեն համարվել այն արտահայտությունները, որոնք ազատորեն շրջանառվել են հայաստանյան կամ միջազգային լրատվամիջոցներում: [↑](#footnote-ref-4)