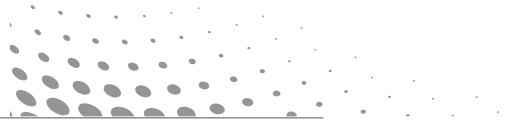


# ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ



## ԱՆՈՒՇ ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ

*ՀՊՏՀ տնտեսական ինֆորմատիկայի և տեղեկատվական համակարգերի ամբիոնի ասպիրանտ*

## ՀՀ ԲԺՇԿԱԿԱՆ

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ  
ՀԻՄՆԱԽՆԵՂԻՐՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ  
ԼՈՒԾՄԱՆ ՈԱՋՄԱԿԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Պարտադիր ապահովագրությունն ի սկզբանե առաջացել և այսօր էլ կիրառվում է առաջին հերթին որպես սոցիալական կարգավորիչ մեխանիզմ՝ հասարակական կյանքում առկա առավել խոշոր ռիսկերի կառավարման նպատակով: Այս իմաստով պարտադիր ապահովագրությունը հանդես է գալիս որպես բնակչության սոցիալական պաշտպանության պետական գործառույթի շուկայական լրացում՝ քաղաքացուն տրամադրելով սոցիալական ապահովության երաշխիքներ, միաժամանակ նվազեցնելով պետության ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունն այս գործառույթի մասով: Նման մեխանիզմների կառավարումն առավել կարևորվում է անցումային տնտեսությամբ երկրներում՝ պայմանավորված դրանցում սոցիալական պաշտպանության սկզբունքների և ձևերի համակարգային փոփոխությամբ:

ՀՀ տնտեսության զարգացման ներկա փուլում որակյալ ապահովագրական համակարգի կայացումը բացառիկ կարևորություն ունեցող խնդիր է: ՀՀ ապահովագրական շուկայի զարգացման վերջին տարիների միտումները հիմք են տալիս փաստելու, որ ոլորտն այսօր գտնվում է կայացման վաղ փուլում: Լիարժեք կայացման համար խիստ անհրաժեշտ է երկրում ապահովագրական շուկայի զարգացմանն ուղղված համակողմանի քաղաքականության մշակումն ու իրականացումը:

Ներկայումս ՀՀ-ում ապահովագրական գործունեության զարգացման ցածր մակարդակի ու դեռևս թույլ մրցակցության պայմաններում մեծ է պետության կարգավորիչ մեխանիզմների դերը տվյալ շուկայի կայացմանն աջակցելու և հետագա կայուն զարգացման նախադրյալներն ապահովելու:

գործում: Ոլորտի զարգացմանը նպաստող պետական քաղաքականության կարևոր ուղղություններից է պարտադիր ապահովագրական համակարգի ներդրումն ու զարգացումը: Դա գրեթե բոլոր զարգացած շուկայական տնտեսություններում օգտագործվում է որպես սոցիալական տարատեսակ ռիսկերի կառավարման գործիք՝ հաջողությամբ փոխարինելով կամ լրացնելով սոցիալական ապահովության և ապահովագրության պետական համակարգի գործունեությունը, միաժամանակ նվազեցնելով պետության սոցիալական գործառնությունների իրականացման ծախսատարությունը:

ՀՀ տնտեսության արդի ժամանակաշրջանում կարևորվում է պարտադիր ապահովագրության զարգացման հնարավորությունների ու դրա հետ կապված հիմնախնդիրների հետազոտությունն ու համապատասխան լուծումների առաջադրումը: Հասունացել է պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի ընդունման անհրաժեշտությունը: Դրա վերաբերյալ քննարկումներն արդեն իսկ սկսվել են: Պետության կարգավորիչ մեխանիզմների առաջնայնությունն այս ոլորտում պայմանավորված է նրանով, որ ներկայիս հայաստանյան ապահովագրական շուկայի ինքնազարգացման ներուժն ու համակարգի հիմնական մասնակիցների տնտեսական շահագրգռվածության աստիճանը խիստ անբավարար են բժշկական ապահովագրության գործընթացն առանց պետական միջամտության կյանքի կոչելու համար:

Ապահովագրական շուկան ՀՀ-ում օրենսդրական հիմքերի վրա դրվեց 1996 թ., երբ ընդունվեց «Ապահովագրության մասին» օրենքը: 1997 թ. վերալիցենզավորումից հետո գործող 85 ընկերություններից մնացին 20-ը, որոնցից այսօր գործում են միայն 7-ը՝ «Գարանտ Ինշուրանս», «Ռասկո», «Ռեսո», «Նաիրի Ինշուրանս», «Ռոսգոսստրախ Արմենիա», «Սիլ Ինշուրանս»:

Մինչև 2007 թ. ապահովագրական ոլորտը բավական դանդաղ էր զարգանում: 2007 թ. հետո, երբ ապահովագրական ընկերությունները հայտնվեցին ԿԲ վերահսկողության դաշտում, այս բնագավառում զգալի ակտիվություն նկատվեց: Իսկ 2010 թ. ԱՊՊԱ-ն իսկական հեղաշրջում առաջացրեց՝ դառնալով ապահովագրական շուկայի զարգացման լուրջ խթան: Սակայն նշված շուկան մեր երկրում դեռևս հեռու է զարգացած համարվելուց: Դա է վկայում թեկուզ այն հանգամանքը, որ մեկ շնչին բաժին ընկնող ապահովագրական տարեկան վճարի չափը ՀՀ-ում կազմում է 7 դոլար: Սա աշխարհում ամենացածր ցուցանիշներից մեկն է: Համեմատության համար ասենք, որ Ռուսաստանում այս ցուցանիշը 12 դոլար է, Եվրոպական զարգացած երկրներում՝ մինչև 50 դոլար: Այս առումով մենք զիջում ենք անգամ մեր ամիջական հարևաններին, քանի որ Ադրբեջանն ու Վրաստանը ապահովագրության պարտադիր ձևերին ավելի վաղ են անցել:

Ավելի լավ պատկերացնելու համար ներկայացնենք ԿԲ-ին ապահովագրական ընկերությունների տրամադրած ընթացիկ և կանխատեսվող տվյալներն ըստ 2011-2014 թթ. գործարար ծրագրի.<sup>1</sup>

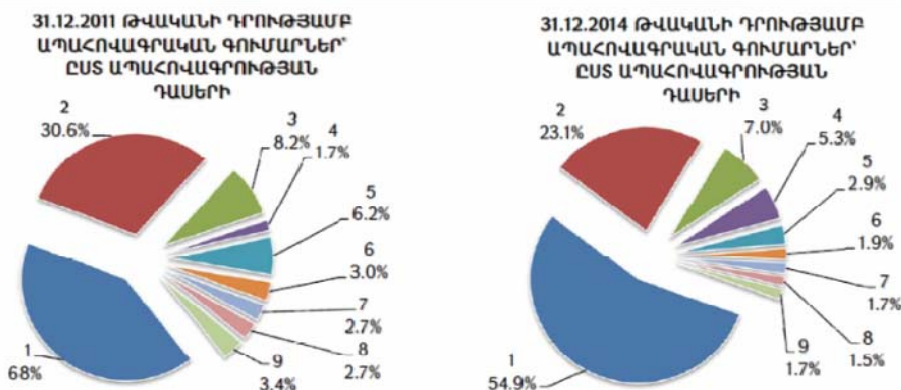
<sup>1</sup> ՀՀ ապահովագրական համակարգի հնարավոր զարգացումները 2012-2014 թթ.:

ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ	Ապահովագրական հատուցումներ				Վերապահովագրողներից ստացվող գումարներ ապահովագրական հատուցումների գծով			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Դժբախտ պատահարներից ապահովագրություն	29,419	25,810	27,865	29,929	6,849	1,749	807	890
Առողջության ապահովագրություն	1,042,464	2,748,600	3,923,946	4,302,467	-	-	-	-
Ցամաքային տրանսպորտի ապահովագրություն	966,335	868,746	992,863	1,144,481	379,657	197,364	221,371	257,009
Օդանավերի ապահովագրություն	-	-	-	-	-	-	-	-
Փոխադրվող գույքի (բեռների) ապահովագրություն	43,453	59,656	73,817	96,200	32,615	45,608	48,801	64,909
Հրդեհից և բնական աղետներից ապահովագրություն	195,763	253,844	252,873	270,932	155,889	235,141	223,453	238,507
Գույքին հասցված այլ վնասներից ապահովագրություն	1,899	3,702	8,993	22,166	391	1,500	5,400	13,325
Ցամաքային ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության կամավոր ապահովագրություն	12,489	8,459	13,916	15,569	5,350	2,892	1,582	1,708
Ցամաքային ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության պարտադիր ապահովագրություն	5,531,225	6,382,692	7,669,981	8,687,291	-	-	-	-
Օդանավերի օգտագործումից բխող պատասխանատվության ապահովագրություն	-	-	-	-	-	-	-	-
Ընդհանուր պատասխանատվության ապահովագրություն	91,011	48,075	28,156	43,927	6,523	29,898	8,695	10,836
Վարկի ապահովագրություն	15,015	108,180	-	-	-	-	-	-
Երաշխիքի տրամադրում	4,875	-	-	-	-	-	-	-
Ֆինանսական վնասների ապահովագրություն	126,535	33,988	29,193	36,624	83,687	27,704	15,754	20,361
Աջակցության ապահովագրություն	80,504	92,495	101,245	112,865	14,537	28,085	25,564	28,078

**Գծանկար 1. Ապահովագրական ընկերությունների ցուցանիշներն ըստ ապահովագրության դասերի (2012–2014 թթ.)**

Ինչպես տեսնում ենք, ըստ կանխատեսման, բժշկական ապահովագրությանը բաժին ընկնող գումարը 2014 թ., 2011 թ. համեմատությամբ, ավելանում է 3,6%-ով (գծանկար 2):

Եթե 2014 թ. գործի դրվի պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը, այս ցուցանիշը, անկասկած, կաճի:



1. Ցամաքային ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության պարտադիր ապահովագրություն, 2. Հրդեհից և բնական աղետներից, 3. Աջակցության, 4. Առողջության, 5. Ընդհանուր պատասխանատվության, 6. Փոխադրվող գույքի (բեռների), 7. Գույքին հասցված այլ վնասներից, 9. Դժբախտ պատահարներից, 10. Ապահովագրության այլ դասեր:

**Գծանկար 2. Ապահովագրական գումարներն ըստ ապահովագրության դասերի**

2012 թ. Հայաստանում ներդրվել է սոցիալական փաթեթ, որը նախատեսված է մշակույթի, կրթության և սոցիալական պաշտպանության ոլորտներում քաղաքացիական և պետական ծառայողների համար: Սոցիալական փաթեթի բաղադրիչներից մեկը պարտադիր բժշկական ապահովագրությունն է: Դրա շրջանակներում տրամադրվում է 132 հազ. դրամ, որից 52 հազ.-ը բաժին է ընկնում բժշկական ապահովագրությանը: Այսօր բժշկական ապահովագրությունը գործում է 120 հազար քաղաքացիական և պետական ծառայողների համար: Սոցիալական փաթեթը չի գործում կադրային պահուստում գտնվող, տվյալ կառույցում վեց ամիսը չգերազանցող ստաժ ունեցող, կես դրույքից պակաս դրույքով աշխատող անձանց, ինչպես նաև բարձրաստիճան պաշտոնյաների և տեխնիկական ապահովություն իրականացնող աշխատակիցների համար:

Բոլոր ապահովագրական ընկերություններն առաջարկում են բազային փաթեթ, որի ապահովագրավճարը կազմում է 52 հազ. դրամ, իսկ հատուցման սահմանավճարը՝ 3 մլն 800 հազ. դրամ: Այս փաթեթի շրջանակներում ապահովագրված անձը հնարավորություն ունի ՀՀ և ԼՂՀ տարածքում ստանալու.

1. հիվանդանոցային պայմաններում սուր, անհետաձգելի և պլանային բժշկական ծառայություններ, այդ թվում՝ սրտի և նյարդավիրաբուժական միջամտություններ,
2. նախահիվանդանոցային և հիվանդանոցային լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ,
3. տարեկան կանխարգելիչ բուժզննում, ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի խորհրդատվություն,
4. դժբախտ պատահարի հետևանքով առաջացած վնասվածքների առաջնային բուժում<sup>2</sup>:

Այս ամենը, իհարկե, հիմք է ստեղծում հետագա պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրման համար, որի մասին օրենքը նախատեսվում է հաստատել 2014 թ.: Սակայն կան բազմաթիվ խոչընդոտներ, որոնց հաղթահարման համար բավական երկար ժամանակ կպահանջվի: Նախատեսվում են բազմաթիվ քայլեր, որոնք անհրաժեշտ են բժշկական խնամքն ավելի արդյունավետ, թափանցիկ, հասանելի դարձնելու համար:

ՀՀ-ում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման ճանապարհին առկա են մի շարք խնդիրներ, որոնց արդյունավետ լուծումներն օրվա հրամայականն են: Այսպես՝

1. Շատ կարևոր է ապահովագրական վերահսկողության բուն նպատակների սահմանումը, լավագույն մեխանիզմների լայն կիրառությունը: Շուկայի զարգացման խնդրում վերահսկողության դերը ճիշտ գնահատելու համար պետք է անդրադառնալ դրա հիմնական նպատակներին: Որպես կանոն, ապահովագրության վերահսկողության նպատակադրումները տվյալ երկրի իշխանությունների խնդիրն են: Ըստ այդմ, դրանք կարող են խիստ տարբեր լինել: Սակայն կան ընդհանուր և համապարփակ խնդիրներ, որոնց լուծմանն էլ հիմնականում հանգում են վերահսկողության հետևյալ նպատակները. արդար և թափանցիկ ապահովագրական շուկայի ձևավորում, դրա ֆինանսական կայունության ապահովում, ապահովադիրների շահերի պաշտպանություն, շուկայի վարվելակերպի կանոնների պահպանում, ապա-

<sup>2</sup> Տես ՀՀ Կառավարության որոշում, 29 դեկտեմբերի 2011 թվական, N 1923-Ն:

հովվագրական հատուցումների տրամադրման ապահովում, ֆինանսական խարդախությունների կանխում, շուկայի մասնակիցների կողմից օրենսդրության պահանջների կատարում, տնտեսության մասշտաբով ապահովագրության հիմնական գործառույթների ապահովում: Օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում օրենքով հաստատված ապահովագրական համակարգի նպատակներն են՝ վստահելի և կայուն շուկայի ապահովում, բնակչության տեղեկացվածություն, սպառողների շահերի պաշտպանություն, ֆինանսական հանցագործությունների և խարդախությունների նվազեցում<sup>3</sup>: Ինչ վերաբերում է Հայաստանում նույն նպատակներին, ապա դրանց հստակեցումն ու ամրագրումը հնարավորություն կտան իրատեսորեն գնահատելու վերահսկողական համակարգի գործունեությունը, առավելություններն ու թերությունները՝ արդյունավետ և նպատակաուղղված դարձնելով ապահովագրության զարգացման ռազմավարության իրագործումը: Սա առավել թափանցիկ և գնահատելի կդարձնի վերահսկողությունը և թույլ կտա ապահովագրական ընկերություններին ինքնուրույն գնահատելու իրենց ռիսկերը:

2. Անդրադառնալով բուն ապահովագրական շուկայի հիմնախնդիրներին՝ հատկանշական է ապահովագրական համակարգի նկատմամբ հասարակության վստահության ցածր մակարդակը: Ուստի առաջնային պետք է համարել բնակչության վստահության բարձրացմանն ու առկա լուրջ ապահովագրական ներուժի գրավմանն ուղղված ռազմավարության մշակումն ու համապատասխան միջոցառումների իրականացումը: Հասարակության ոչ բավարար տեղեկացվածությունը ևս խնդիր է ՀՀ-ում, որը նույնպես իր բացասական ազդեցությունն է թողնում շուկայի ծավալների և զարգացման տեմպերի վրա: Այս առումով ընդգծվում է վերահսկող մարմնի կողմից որոշակի միջամտության և ներգործության միջոցների գործադրման անհրաժեշտությունը:

3. Խիստ կարևոր է նաև մեր ապահովագրական շուկայում ստանձնած ռիսկերի՝ արտերկրում վերաապահովագրության չափազանց մեծ ծավալների առկայությունը: Իհարկե, սա ունի մի շարք դրական կողմեր, բայց և քիչ չեն բացասական հետևանքները: Նախ՝ ՀՀ-ի դեպքում վերաապահովագրությունը հասնում է հսկայական ծավալների: Նման պայմաններում տեղի է ունենում ֆինանսական հոսքերի արտահոսք երկրից, ապահովագրական ընկերությունները կարծես թե հետզհետե դառնում են միջնորդ ընկերություններ վերաապահովագրողների և ապահովագրվողների միջև: Աստիճանաբար շուկայի ռիսկերը կենտրոնանում են մեկ կամ մի քանի խոշոր վերաապահովագրողների շրջանակում, որի հետևանքով ՀՀ ողջ ապահովագրական շուկան և դրա ռիսկերը հայտնվում են մեկ կամ մի քանի օտարերկրյա ընկերությունների ազդեցության ներքո, ինչը չի բխում երկրի տնտեսական և ընդհանուր պետական շահերից:

4. ՀՀ-ում գրեթե զարգացած չէ ակտուարական ինստիտուտը: Ապահովագրական ընկերությունները միջոցներ չեն ծախսում ակտուարների կրթության և վերապատրաստման նպատակով, քանի որ խոսքը լուրջ ֆինանսական ներդրումների մասին է: Բացի այդ, վերաապահովագրողներն առաջադրում են իրենց սակագները, հետևապես՝ ՀՀ-ում սակագների հաշվարկներ չեն կատարվում:

<sup>3</sup> Տե՛ս <http://www.legislation.gov.uk>

5. Հաջորդ կարևոր խնդիրն այն է, որ մեր երկրում բացակայում են ապահովագրական երաշխիքային ֆոնդերի (առավել ևս պարտադիր ապահովագրության դեպքում), ապահովագրական բյուրոների, վիճակագրական կենտրոնների, ապահովագրական ընկերությունների, սերվիս կենտրոնների, ակտուարական և վնասը գնահատող ինստիտուտները:

Ապահովագրական համակարգի կայացման և արդյունավետ զարգացման համար առաջնահերթ կարևորություն ունի ռիսկային գործոնի համապատասխան վերլուծությունը և դրա նվազեցման արդյունավետ քաղաքականության մշակումը:

Ոստ ՀՀ ԱՎԾ «ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2012 թ. հունվար-դեկտեմբեր հրապարակման»<sup>4</sup> 65 և բարձր տարիքի բնակչության տեսակարար կշիռը 11.1% է<sup>4</sup>: ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի համաձայն՝ եթե այս ցուցանիշը 7%-ից բարձր է, ապա այդպիսի բնակչությունը համարվում է ծերացած: Նույնանման ցուցանիշներ են գրանցվում նաև եվրոպական երկրներում, օրինակ՝ Բելգիայում 2011 թ. 65 և բարձր տարիքի անձանց մասնաբաժինը ամբողջ երկրի բնակչության մեջ 17.2% է, Գերմանիայում՝ 20.6%, Հոլանդիայում՝ 15.6%, Իռլանդիայում՝ 11.6% և այլն: Իսկ ըստ կանխատեսման՝ 2050 թ. այս ցուցանիշներն աստիճանաբար կաճեն. Բելգիա՝ 27.3%, Գերմանիա՝ 33.5%, Հոլանդիա՝ 29.9%, Իռլանդիա՝ 26.5%, Հայաստան՝ 25.3%<sup>5</sup>:

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության սոցիալական ապահովության ծառայության ամփոփ տեղեկատվության համաձայն՝ 2012 թ. վերջին կենսաթոշակառուների թիվը 508.071 էր, որոնցից ապահովագրական և սոցիալական կենսաթոշակառուների թվաքանակը կազմել է 504.941: Աղքատության ընտանեկան նպաստ և միանվագ դրամական օգնություն ստացող ընտանիքների թիվը՝ 111.412 է, իսկ ընտանիքի անդամների թիվը՝ 411.759:

Տարիքը, սոցիալական և առողջական վիճակը համարվում են առաջնային ռիսկային գործոններ, և այդ ռիսկերը բավականին մեծ թիվ են կազմում: Ուստի հարց է առաջանում՝ ինչպե՞ս վարվել 65 և բարձր տարիքի, սոցիալապես անապահով և առողջական վատ վիճակ ունեցող անձանց հետ:

Ներկայումս եվրոպական զարգացած երկրներում կիրառվում են ապահովագրական ռիսկերի նվազեցման արդյունավետ մեթոդներ և մոդելներ, որոնք կարող են տեղայնացվել ՀՀ ապահովագրական շուկայում: Այդ առումով, անհրաժեշտ է մեր հանրապետությունում դրանց կիրառման հնարավորությունների ուսումնասիրությունը: Խոսքը, մասնավորապես, վերաբերում է ռիսկերի հավասարակշռության մոդելին, որը հաջողությամբ գործադրվում է Հոլանդիայում, Գերմանիայում, Ավստրալիայում և Իռլանդիայում: Այս երկրները բժշկական ապահովագրության համակարգում կիրառում են նոր մոտեցում, որի հիմքում, այսպես կոչված, հավասարակշռության պահուստային ֆոնդն է (equalization pool): Այդ ֆոնդի նպատակը ֆինանսական ռիսկերի հավասարակշռության ապահովումն է երկարաժամկետում: Սովորաբար, ապահովագրական շուկաներում ապահովագրողները ռիսկային անհատներին առաջարկում են ավելի թանկ ապահովագրավճարներ՝ դրանով իսկ նրանց համար պակաս գրավիչ դարձնելով ապահովագրությունը,

<sup>4</sup> Տե՛ս <http://www.armstat.am/am/?nid=81&id=1418>

<sup>5</sup> Տե՛ս <http://www.oeaw.ac.at>

միաժամանակ ցածր ապահովագրավճարներով փաթեթներ են առաջարկում առավել պակաս ռիսկային անձանց: Սա կարող է ապահովագրությունը չափից ավելի թանկ դարձնել ծերերի և միգուցե սոցիալապես խոցելի այլ խավերի համար, որոնք ունեն առավել արտահայտված առողջական խնդիրներ, հետևաբար՝ ապահովագրության ավելի մեծ կարիք, իսկ աշխատունակ երիտասարդները, որոնց համար այդ ծառայությունը մատչելի է, դրա կարիքն ավելի քիչ ունեն: Այս խնդիրները լուծելու համար վերոնշյալ երկրներում բժշկական ապահովագրությունը պարտադիր է: Օրինակ՝ Հոլանդիայում ապահովագրողները պարտավորվում են ապահովագրել բոլոր դիմողներին, իսկ ցանկացած ապահովագրված անձ կարող է ամեն տարի փոխել իր ապահովագրողին: Այն անձինք, ովքեր ներկայացնում են չապահովագրվելու հիմնավոր պատճառ կամ էլ ծառայում են զինված ուժերում, կարող են հրաժարվել մանդատից: 2010 թ. Հոլանդիայի բնակչության 1%-ը ապահովագրված չէր, իսկ 2%-ը ապահովագրավճարը նվազագույնը վեց ամիս չէր վճարել և համարվում էր մասնակի չապահովագրված<sup>6</sup>: Վերոնշյալ երկրներում ստեղծվել է ռիսկի հավասարակշռության ֆոնդ: Առողջ երիտասարդները վճարում են ռիսկի հավասարակշռման ֆոնդին, իսկ վատառողջ մեծահասակները ստանում են այդ գումարը: Ռիսկի հավասարակշռության ֆոնդի առկայությունը բժշկական ապահովագրողների միջև մրցակցությունը ավելի թափանցիկ է դարձնում, որը կարգավորվում է այն իմաստով, որ ռիսկի հավասարակշռության ֆոնդը բաշխում է ռիսկային խաչածև լրահատկացումներ հիվանդների և առողջների միջև: Մյուս կողմից՝ ռիսկի հավասարակշռության մոդելի նպատակն է որոշել յուրաքանչյուր անհատի համար ընդունելի գինը (acceptable cost): Օրինակ՝ Հոլանդիայում բժշկական ապահովագրական շուկայի հեղափոխությունն իրականացվել է ըստ այն ենթադրության, որ մրցակցությունն ու հաճախորդի ընտրությունը կարող են էականորեն բարելավել բժշկական խնամքի որակն ու արդյունավետությունը<sup>7</sup>: Այս ճանապարհով պարտադիր ապահովագրական փաթեթը ձկուն գներով հասանելի է դառնում բոլորին: Իսկ ապահովագրական ընկերությունները ձգտում են ներգրավել ավելի ռիսկային անհատներին՝ դրա դիմաց ստանալով փոխհատուցում: Ինչևհետե, համընդհանուր հասանելիության և համերաշխության բացասական հետևանքներից խուսափելու համար էլ անհրաժեշտ է մրցակցության խստագույն կարգավորում: Ի դեպ, հնարավոր են համերաշխության և հասանելիության խախտման դեպքեր եթե ոչ կարճաժամկետ հատվածում, ապա երկարաժամկետում՝ անկասկած:

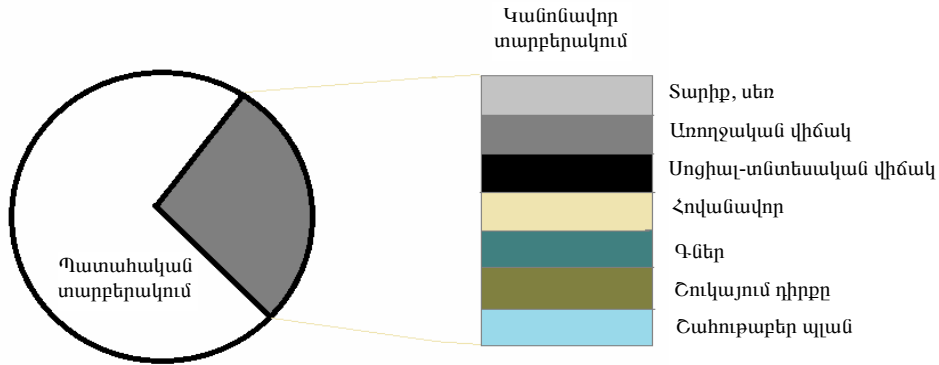
Խոսելով համերաշխության սկզբունքի մասին՝ մենք պատկերացնում ենք հասանելիությունը, որն ապահովվում է «ռիսկի համերաշխության» միջոցով, այն է՝ առողջները վճարում են հիվանդների համար, երիտասարդները՝ ծերերի: Չկարգավորվող մրցակցային բժշկական ապահովագրական շուկաներում ապահովագրողները ռիսկի են դիմում՝ ապահովագրելով անհատներին ըստ անհատական ռիսկի գործոնների. հիվանդները պետք է վճարեն ավելի բարձր ապահովագրավճար, քան առողջները: Սա կոչվում է *համար-ժեքության կանոն*: Անհատական բժշկական ապահովագրությունը հարմար

<sup>6</sup> St'u International Profiles of Health Care Systems, The commonwealth fund, 2012:

<sup>7</sup> St'u Hans Maarse and Ruud Ter Meulen, Consumer choice in Dutch health insurance after reform. Health Care Analysis 2006(14):

չէ բարձր ռիսկայնությամբ անհատների համար, քանի որ ապահովագրավճարների միջև տարբերությունն այս դեպքում բավականին մեծ է:

Եվրոպական երկրներում բժշկական ապահովագրական համակարգում կիրառվող ռիսկային գործոնները դասակարգվում են ըստ յոթ խմբի.<sup>8</sup>



Գծանկար 3. Ռիսկային գործոնների դասակարգումը

Առաջին երեք գործոնները բնութագրում են անհատներին (ապահովագրվողներին)՝ տարիք և սեռ, առողջական վիճակ, սոցիալ-տնտեսական գործոններ (կյանքի տևողություն, ճաշակ, վճարունակություն, կրոն, բնակչության խտություն, ազգային պատկանելություն): Չորրորդ գործոնը ներառում է հովանավորի մասին ամբողջական տեղեկատվություն: Ապահովագրողի՝ շուկայում ունեցած դիրքը պայմանավորված է այն բանով, թե նա որքանով կարող է սակարկել գնային գեղչերը: Որպես համարժեքության սկզբունքի արդյունք՝ մրցակցային բժշկական ապահովագրական շուկաներում առողջ մարդիկ վճարում են ավելի ցածր ապահովագրավճարներ, քան առողջները: Ֆինանսական փոխանցումներն օգնում են խուսափելու խնդիրներից, որոնք առաջանում են բարձր ռիսկայնությամբ անձանց ապահովագրելիս: Առաջին և լավագույն լուծումը, այսպես կոչված, հովանավոր գտնելն է, որը կփոխհատուցի նշված անձանց՝ ներդնելով ռիսկային ապահովագրավճարներ: Վերոնշյալ երկրներում հովանավորի դերը ստանձնում է կառավարական մարմինը, որը կազմակերպում է համապատասխան բարձր ռիսկային լրահատկացումների գործընթացը բժշկական ապահովագրողների միջև՝ ըստ ռիսկի հավասարակշռման սկզբունքի: Անհրաժեշտ են մոդելներ, որոնք առավելագույնս ճիշտ կգնահատեն ռիսկերը, ինչը, սակայն, այնքան էլ հեշտ չէ: Ամեն երկիր մշակում է իր մոդելը, և յուրաքանչյուր երկրի համար տվյալ ռիսկը կարող է գնահատվել կամ լրահատկացվող (սուբսիդավորվող) կամ չլրահատկացվող (չսուբսիդավորվող):

Ուսումնասիրելով նշված երկրների պարտադիր բժշկական ապահովագրական շուկան և հաշվի առնելով << ապահովագրական շուկայի առկա խնդիրներն ու պարտադիր բժշկական ապահովագրական համակարգի ներդրման նախապատրաստումը՝ առաջարկում ենք կիրառել արտերկրում

<sup>8</sup> St'u Testing the effectiveness of risk equalization models in health insurance, Pieter Johannes Adrianus Stam, 2007:



ձևավորված ռիսկի հավասարակշռության ֆունդի մոդելը և մշակել մեր ապահովագրական համակարգին համապատասխանող մոդել՝ որոշելով լրահատկացվող և չլրահատկացվող ռիսկային գործոնները: Այս մոդելը հնարավորություն կտա ինչ-որ չափով մեղմելու սոցիալական անհավասարության խնդիրը, առավել արդյունավետ կազմակերպելու բժշկական խնամքը՝ համընդհանուր հասնելիություն ապահովելով պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրման արդյունքում:

**АНУШ ТУМАНЯН**

Аспирант кафедры „Экономической информатики  
и информационных систем“ АГЭУ

***Проблемы системы медицинского страхования в Армении и стратегии их решения.***- Сегодня развитые европейские страны используют эффективные модели и методы для снижения страхового риска, которые могут быть локализованы на страховом рынке Армении.

В данной статье рассматриваются проблемы на страховом рынке Армении, стратегии их решения, и как новый подход предлагается применить модель выравнивания рисков для нашего рынка обязательного медицинского страхования.

**ANUSH TUMANYAN**

Post-graduate at the Chair of  
„Economic Informatics and Information Systems“ at ASUE

***Problems of Health Insurance in Armenia and Strategies of Their Solution.***- Currently, the developed European countries use effective methods and models of reducing insurance risks, which can be localized in the Armenian insurance market.

This paper attempts to identify the main problems of insurance market of Armenia, strategies of their solution and as a new approach it is proposed to apply the risk equalization model for our mandatory health insurance market.

