



ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ
CENTRE FOR POLICY STUDIES



Վիշեգրադյան քառյակի փորձի կիրառումը Հայաստանում բարեփոխումների առաջխաղացման համար

Ծրագիրն իրականացվում է գործընկերների մասնակցությամբ.

Res Publica հիմնադրամ / Visegrad Insight (Լեհաստան)

Յագելոնյան ակումբ (Լեհաստան)

Բուդապեշտի հանրային քաղաքականության վերլուծությունների ինստիտուտ
(Հունգարիա)

«EUROPEUM» եվրոպական քաղաքականության ինստիտուտ (Չեխիա)

EURACTIV Սլովակիա



Klub
Jagielloński



BUDAPEST
INSTITUTE

WISEGRAD
INSIGHT



Մամլել Խարազյան

Հայաստանի առողջապահական
համակարգը. անցյալից դեպի ապագա

Սույն հրապարակումը լույս է տեսնում Քաղաքականության հետազոտական կենտրոնի կողմից լեհ, հունգարացի, չեխ և սլովակ փորձագետների հետ համագործակցությամբ իրականացվող «Վիշեգրադյան քաղաքի փորձի կիրառումը Հայաստանում բարեփոխումների առաջխաղացման համար» ծրագրի շրջանակում:

Ծրագիրը ֆինանսավորվում է Լեհաստանի, Հունգարիայի, Չեխիայի և Սլովակիայի կառավարությունների կողմից՝ Միջազգային Վիշեգրադյան հիմնադրամի միջոցով, որի նպատակը Գենտրոնական Եվրոպայում հարստն տարածաշրջանային համագործակցության առաջխաղացումն է:

This paper is published within the Advancing Reforms in Armenia with Visegrad Four's Know-how project framework.

The project is co-financed by the Governments of Czechia, Hungary, Poland and Slovakia through Visegrad Grants from International Visegrad Fund. The mission of the fund is to advance ideas for sustainable regional cooperation in Central Europe.

Grant #22010376

Additional information: <https://centreforpolycystudies.org/en/Visegrad>

Հոդվածաշարի խմբագիրներ՝ Արմեն Գրիգորյան, Տաթևիկ Ղազարյան
Series editors: **Armen Grigoryan, Tatevik Ghazaryan**

© Քաղաքականության հետազոտական կենտրոն / Centre for Policy Studies
© Միջազգային Վիշեգրադյան հիմնադրամ / International Visegrad Fund

Երևան, հունիս 2021
Yerevan, June 2021

«Վիշեգրադյան քառյակի փորձի կիրառումը Հայաստանում բարեփոխումների առաջխաղացման համար» ծրագրի նպատակը Հայաստան-ԵՄ Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագրով առաջնահերթություն համարվող որոշ ոլորտներում բարեփոխումներին նպաստելն է:

Ծրագիրն, ի լրումն Վիշեգրադյան քառյակի երկրների քաղաքականության, անդրադարձել է հետևյալ թեմաներին.

- քաղաքացիական անվտանգության ոլորտի բարեփոխում,
- առողջապահության ոլորտ,
- այլընտրանքային էներգետիկայի զարգացում,
- տեղեկատվական տեխնոլոգիաներ, էլեկտրոնային կառավարում և տեղեկատվական հասարակություն:

Յուրաքանչյուր թեմայի վերաբերյալ կազմակերպվել է երեք առցանց սեմինար՝ Վիշեգրադյան քառյակի երկրներից փորձագետների մասնակցությամբ, իսկ այնուհետև՝ փորձագիտական քննարկումներ, ինչպես նաև նախապատրաստվել են հոդվածներ՝ քաղաքականության առաջարկներով:ⁱ Սեմինարներում փորձագետների զեկույցները և սույն հրապարակումը չեն արտահայտում Միջազգային Վիշեգրադյան հիմնադրամի տեսակետը:

Առողջապահության ֆինանսավորման փորձագետ, տ.գ.թ., Առողջապահության տնտեսագետների ասոցիացիայի նախագահ Սամվել Խարազյանի հոդվածն ամփոփում է ծրագրի առողջապահության ոլորտի բարեփոխմանը նվիրված հատվածը:

Հեղինակը և ՔՀԿ աշխատակազմը շնորհակալություն են հայտնում առողջապահության նախկին փոխնախարար Ավետ Գրիգորյանին՝ ծրագրի իրականացմանը մեծապես նպաստելու համար:

This article by health financing expert, chairman of the Health Economists Association, Dr Samvel Kharazyan, summarises the findings of the project module covering healthcare reform. The author and the Centre for Policy Studies express sincere gratitude to the former deputy minister of healthcare, Avet Grigoryan, for his valuable contribution to the project's success.

Opinions expressed in the experts' presentations and in this paper do not represent those of the International Visegrad Fund.

ⁱ Սեմինարների տեսագրություններն ու ծրագրին առնչվող այլ նյութեր հասանելի են <https://centreforpolystudies.org/Visegrad> կայքում:

Սամվել Խարազյան

Հայաստանի առողջապահական համակարգը. անցյալից դեպի ապագա

Բովանդակություն

Ամփոփում	1
Առողջապահական համակարգը	3
Առողջապահության ֆինանսավորումը	5
Բնակչության խմբերը և ծառայությունների տեսակները	8
Բժշկական ծառայությունների փոխհատուցումը	9
Եզրահանգումներ	11
Ապագային միտված քայլեր	14

Օգտագործված հասցեականները

ԱԱԾ	Ազգային անվտանգության ծառայություն
ԱԱՊ	առողջության առաջնային պահպանում
ԱԱՊԿ	առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն
ԱԽ	ՀՀ Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	ՀՀ Առողջապահության նախարարություն
ԲՄԿ	բուժակ-մանկաբարձական կետ
ԳԱՎԻ	Պատվաստումների և պատվաստանյութերի միջազգային դաշինք
ԳԲԱ	ցյուղական բժշկական ամբուլատորիա
ԴԲՊԱԱԿ	Դեղերի և բժշկական պարագաների ապահովման ազգային կենտրոն
ԴԲՏՓԿ	Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն
ՀԶՌԾ	ՀՀ կառավարության հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր
ՀԾՓ	հիմնական ծառայությունների փաթեթ
ՀՆԱ	համախառն ներքին արդյունք
ՀՎԿԱԿ	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն
ՄԺԾԾ	ՀՀ կառավարության միջինաժամկետ ծախսերի ծրագիր
ՊԱԳ	ՀՀ առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԲԱ	պարտադիր բժշկական ապահովագրություն
ՊՆ	ՀՀ Պաշտպանության նախարարություն
ՔԿՀ	ՀՀ Արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկ

Անփոփում

Հայաստանի Հանրապետությունում անկախության հռչակումից հետո ձևավորվեցին նոր քաղաքական, տնտեսական և սոցիալական հարաբերություններ և նորանկախ երկրում սկզբնավորվեց բարեփոխումների գործընթաց, ինչպես տնտեսության տարբեր բնագավառներում, այնպես էլ առողջապահության համակարգում: Անցած 20 տարիների ընթացքում մեր երկրում ձևավորվել է առողջապահության բյուջետային միասնական ֆինանսավորման համակարգ, ինչը ենթադրում է կենտրոնացված կարգով՝ հարկերի հավաքագրման միջոցով բյուջեի պլանավորում և ֆինանսական միջոցների բաշխում: Ավելին, սկսած 1998 թ. տարանջատվեցին, իսկ 2002-ից կրկին միաձուլվեցին առողջապահական քաղաքականություն իրականացնողի և ֆինանսավորողի ֆունկցիաները՝ ՊԱԳ-ը կառուցվածքային բարեփոխումների շրջանակներում դարձնելով ԱՆ առանձնացված ստորաբաժանում: Սակայն, ֆինանսավորումը շարունակում է իրականացվել միասնական վճարողի սկզբունքով՝ բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքված պայմանագրերի շրջանակներում քաղաքացիներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց: Պետությունն է հավաքում հարկեր, կազմակերպում բժշկական օգնության իրականացումը և դրա դիմաց ուղղակի վճարումը: Կառավարությունը պլանավորում է պետական բյուջեն՝ առողջապահության կարիքների ապահովման նպատակով, որոշելով ռեսուրսների ռ՝ո մասը պետք է ուղղել այդ նպատակին, ինչպես նաև սահմանում է թե ինչպե՞ս և ի՞նչ գներով պետք է փոխհատուցվեն ծառայությունները:

Չնայած միասնական վճարողի սկզբունքի որդեգրմանը և ՊԲԱ ներդրման հայեցակարգի ընդունմանը դեռևս 2000-ականների սկզբին, իսկ 2002 թ. ընդունված ապահովագրության մասին օրենքում կային առողջությանը հասցված վնասի փոխհատուցմանը վերաբերվող դրույթներ, առողջության կամ բժշկական ապահովագրության հարաբերությունները կարգավորված չեն (թեկուզ նաև կամավոր ապահովագրության պարագայում), իսկ մասնավոր ապահովագրության ծածկույթը չի գերազանցել ընդհանուր մասնավոր ծախսերի 1%-ը: 2012-2013 թթ. փորձ կատարվեց զարգացնել կամավոր բժշկական ապահովագրությունը՝ ներդնելով սոցիալական փաթեթի շրջանակներում պետական ծառայողների պարտադիր առողջապահական ծածկույթով ապահովման ծրագիրը, սակայն կարճ ժամանակահատվածում կառավարությունը ետ կանգնեց ընտրված ուղուց, քանի որ պետության կարգավորիչ դերն այս պարագայում ամբողջովին իրացված չէր ոչ միայն ինստիտուցիոնալ կառույցների մասով և ներուժով, այլև օրենսդրորեն: Այս ընթացքում փորձեր են կատարվել նաև պաշտոնականացնել բնակիչների կողմից կատարվող այլ մասնավոր վճարումները՝ ներդնելով համավճարային սկզբունքը (2011-ից), ինչը պետք է բերեր բնակչության կողմից մասնավոր ծախսերի թափանցիկության բարձրացման և որոշ չափով կրճատման: Չնայած դրան, շարունակվում է մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշռի գերազանցումը պետական ծախսերի նկատմամբ (2017 թ. տվյալներով մասնավոր ծախսերը կազմում էին ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 85,5%-ը՝ պետական

ծախսերի 14,5%-ի պայմաններում), ինչը բնորոշ չէ պետական կամ բյուջետային ֆինանսավորման համակարգին՝ ինչպիսին Հայաստանում է: Ավելին, մասնավոր ծախսերից միայն 1% են կազմում կամավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով իրացված ծախսերը,¹ իսկ առյուծի բաժինն ընկնում է մասնավոր գրպանից կատարված ծախսերին, որոնցում զգալի տեսակարար կշիռ ունեն ոչ պաշտոնական վճարումները: Այս ամենն այն պարագայում, երբ պետական կամ բյուջետային մոդել ունեցող երկրներում պետական ծախսերն ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 60%-ից ավելին են կազմում: Կյանքի որակը բնութագրող ցուցանիշների իմաստով Հայաստանը ևս առաջընթաց չի գրանցում, իսկ ոչ վարակիչ հիվանդությունների աճը և դրանցից մահացության և հաշմանդամության ծավալներն ահագնացնող են: Այդ իմաստով Հայաստանը զբաղեցնում է 166-րդ տեղը 197 երկրներից՝ 100.000 բնակչի հաշվով արձանագրելով 908 մահվան դեպք կամ ընդհանուր մահվան դեպքերի մոտ 90%-ը (2015թ.): 2017 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ 15-ից 60 տարեկան որոշակի ֆունկցիոնալ խանգարումներով հաշմանդամների թիվը կազմել է բնակչության 6,7%-ը, թեպետ ըստ ԱՀԿ տվյալների աշխարհում այդ ցուցանիշը կազմում է 2,2-3,8%:² Այս պայմաններում պետական բյուջեի միջոցների ավելացման տեմպերը (համաձայն ՄԺԾԾ 2020-2022 թթ. և ՀԶՌԾ 2014-2025 թթ.) քիչ խոստումնալից են, հետևաբար առողջապահության՝ որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի կարևորագույն տարրի, ինչպես նաև, որպես մարդկային կապիտալի զարգացման միջոցի, ֆինանսավորման համակարգում արդյունավետ մեխանիզմի ներդրումն առավել քան արդիական է: Միջազգային փորձի տեսանկյունից բազմաթիվ երկրներ վաղուց ներդրել են առողջապահական ծախսերի ապահովման նոր աղբյուր՝ առողջության ապահովագրություն և ներկայումս նրանց հիմնական ռազմավարական խնդիրն է համընդհանուր ծածկույթի ապահովումը բնակչության բոլոր խմբերի համար: Այս տեսանկյունից, Հայաստանում առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հիմնական նպատակներն են՝

1. Բնակչության հիմնական բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը և պաշտպանվածությունն ապահովելը,
2. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց կատարվող աղետալի ծախսերի և դրա հետևանքով աղքատացող բնակչության թվաքանակի կրճատումը,
3. Առողջապահության բնագավառում ծախսվող գումարների արդյունավետության և նպատակայնության մակարդակի բարձրացումը,
4. Բուժօգնության որակի բարելավումը:

¹ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2016 թ.

² https://www.wto.org/english/res_e/statis_e/statis_e.htm

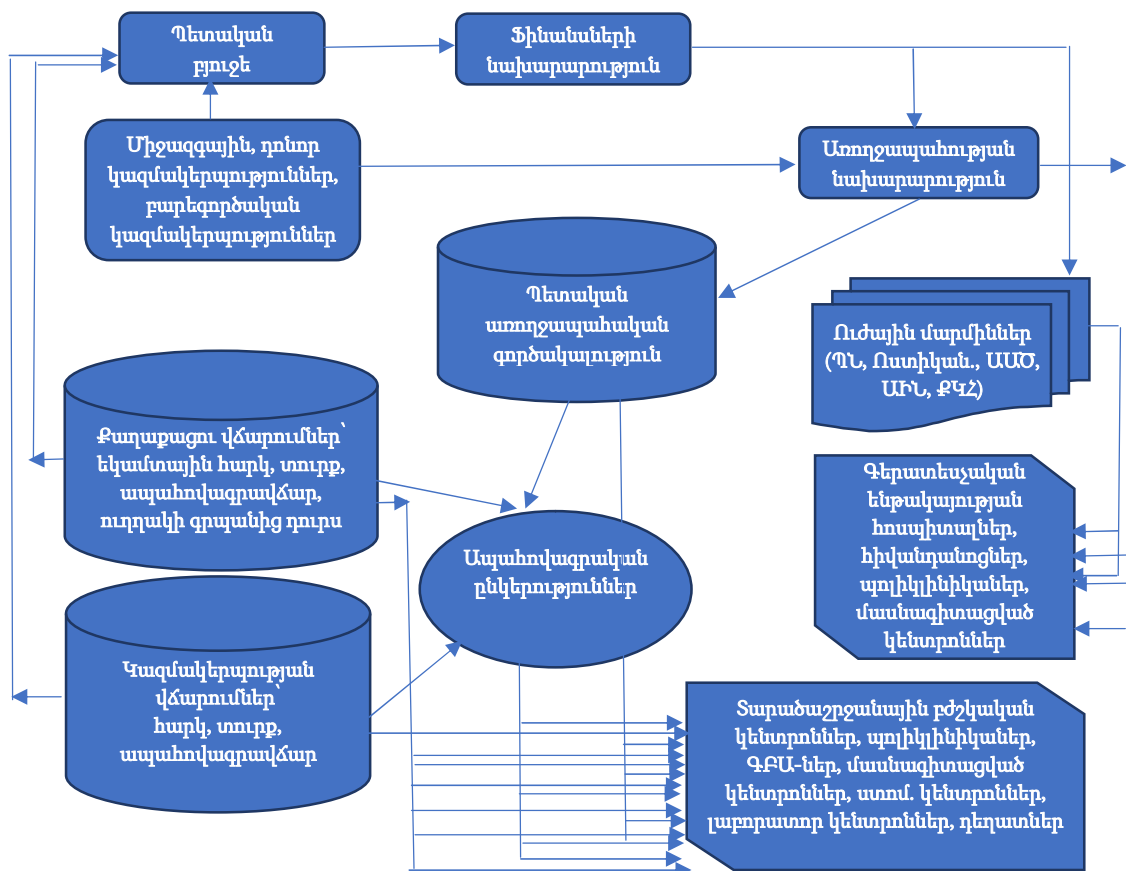
Հիվանդանոցները, որոնք հիմնականում իրականացնում են բնակչության ստացիոնար բուժումը, մեծամասամբ բազմապրոֆիլային են, իսկ ավելի փոքր մասը՝ նեղ մասնագիտացված (սրտանոթային, վնասվածքաբանական, տուբերկուլյոզային, հոգեբուժական, ինֆեկցիոն, ծննդատներ, վերականգնողական կենտրոններ, առողջարաններ և այլն): Բուժական-կանխարգելիչ կազմակերպությունները՝ պոլիկլինիկաները, մատուցում են ԱԱՊ ծառայություններ գրանցված բնակչությանը, իրականացնում են հիվանդությունների կանխարգելման և հայտնաբերման, հիվանդությունների հսկման աշխատանքներ, ուղեգրում են ստացիոնար բուժման, նեղ մասնագիտացված խորհրդատվության, կազմակերպում են հիվանդների, աշխատունակությունը ժամանակավորապես կորցրած անձանց բժշկական փորձաքննությունը: ԳԲԱ-ները և ԲՄԿ-ները տարածքային սկզբունքով իրականացնում են գյուղերի բնակչության բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ՝ խիստ սահմանափակ ռեսուրսների առկայության պայմաններում: ՀՎԿԱԿ-ը (նախկին Սանիտարահամաճարակային ծառայությունը) մշակում և իրականացնում է սանիտարական հսկողության, սանիտարահիգիենիկ և հակահամաճարակային միջոցառումներ: Մասնավոր և անհատական բուժապասարկման գործող ցանցը հիմնականում իրականացնում է ատամնաբուժական, մաշկավեներական, ֆիզիոթերապևտիկ, ժողովրդական բժշկության և այլ ծառայություններ: Դեղատներն, առանց բացառության, մասնավորեցվել են, հնարավորություն է ընձեռնվել հիմնել նորերը, ինչը լայնորեն օգտագործվում է տնտեսվարողների կողմից: Ներկայումս դեղատնային գործունեության լիցենզիա է տրված մոտ 1500 կազմակերպության:

Հիվանդանոցների մեծ մասը կամ շուրջ 75,7%-ը պետության մասնաբաժնով՝ ԱՆ, տեղական ինքնակառավարման մարմինների ենթակայության ներքո գտնվող փակ բաժնետիրական ընկերություններ, պետական կամ համայնքային ոչ առևտրային ընկերություններ են: Առողջապահական հիմնարկների ներուժը հիմնականում կենտրոնացված է խոշոր քաղաքներում՝ Երևանում են գործում բժիշկների 68,3%-ը, ստացիոնար բուժօգնության 32,1%-ն ընդհանուր հիվանդանոցային մահճակալների 51,8%-ով, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների 21,1%-ը, ինչը ստեղծում է լուրջ խոչընդոտներ հեռավոր բնակավայրերի բնակչության բուժապասարկման ֆիզիական և հասանելիության/մատչելիության ապահովման գործում:

Բնակչության որոշակի հատված սպասարկվում է առանձին գերատեսչական առողջապահական հաստատություններում, որոնք նույնպես ֆինանսավորվում են պետական բյուջեից:³ Դրանք ուժային կառույցների՝ ՊՆ, Ոստիկանության, ԱԱԾ, ԱԻՆ, ՔԿՀ կառուցվածքում գործող պոլիկլինիկաները և հոսպիտալներն են:

³ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2007 թ.

Դեռևս 1996 թ. սկսված հանրային ֆինանսների կառավարման բարեփոխումների շրջանակներում ընդգրկվեց նաև առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումների ծրագիրը, որի արդյունքում 1997թ. ձևավորվեց ՀՀ կառավարությանն առընթեր ՊԱԳ-ը, որը 2002-ից դարձավ ԱՆ առանձնացված ստորաբաժանում և մինչ օրս գործում է այդ կարգավիճակով: ՊԱԳ-ի ստեղծման նպատակը ժամանակի ընթացքում ՊԲԱ հիմնադրամի փոխակերպվելն էր: Այդ նպատակով դեռ 2000 թ. ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացավ ՊԲԱ ներդրման հայեցակարգը, իսկ արդեն 2002 թ. նախապատրաստվեց և ՀՀ կառավարության քննարկմանը ներկայացվեց բժշկական ապահովագրության մասին օրենքի նախագիծը: Սակայն ելնելով մակրոտնտեսական անկայուն իրավիճակից, տնտեսության և աշխատաշուկայի ստվերայնության բարձր ցուցանիշներից, ՊԲԱ համակարգի ներդրումը առժամանակ կասեցվեց: Չնայած դրան, ՊԱԳ-ի կողմից շարունակվում է իրականացվել բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրերի հիման վրա բժշկական ծառայությունների փոխհատուցումը՝ ըստ պետական առողջապահական նպատակային ծրագրերում ընդգրկված առաջնահերթությունների և պետական բյուջեի ֆինանսավորման չափաքանակների:



5

քաղաքացիների անմիջական վճարումները և պետական բյուջեն: Առողջապահության ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրներն են մարդասիրական օգնությունը և դոնոր կազմակերպությունների ու երկրների կողմից իրականացվող ծրագրերը:

Պետական բյուջեով նախատեսված առողջապահության ծախսերի ձևավորումն ունի երկու հիմնական մոտեցում՝ առողջապահական գերակայությունների պահպանում և սոցիալական ուղղվածության ապահովում: Պետական բյուջեն համարվում է առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրներից մեկը: Բյուջեում առողջապահությանն ուղղվող գումարները հաշվարկվում են նախորդ տարիների կատարողականների և բյուջետային հատկացումների հիման վրա՝ ելնելով պլանային տարվա համար նախատեսվող բյուջետային ցուցանիշներից: Առողջապահության ֆինանսավորումն իրականացվում է բյուջետային ընդհանուր մուտքերից՝ կախված ԱՆ և կառավարության գերակայություններից և առաջնահերթություններից: 2019-ից անցում է կատարվել ծրագրային բյուջետավորմանը, սակայն բյուջեի պլանավորման սկզբունքները գրեթե չեն փոխվել, իսկ բյուջետային ծրագրերը և քաղաքականության միջոցառումները հիմնականում արտացոլում են նախկինում գոյություն ունեցած բյուջեի խմբերը և դասերը: Չնայած ԱՆ-ն պարբերաբար կառավարությանն է ներկայացնում նոր ծրագրեր և միջոցառումներ, դրանք հիմնականում չեն բավարարվում ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառաբանությամբ: Տարիներ շարունակ առողջապահությունը չի համարվել առաջնահերթ ուղղություն և պետական բյուջեի հատկացումները միջինում չեն գերազանցել տարեկան բյուջետային ծախսերի 6%-ը, իսկ վերջերս՝ կորոնավիրուսով պայմանավորված իրավիճակի հետ կապված, հիմնական ռեսուրսներն ուղղվում են համաճարակի դեմ պայքարին:

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ամենախոշոր աղբյուրը քաղաքացիների ուղղակի վճարումներն են, որոնք կազմում են առողջապահության ֆինանսավորման շուրջ 85,5%-ը:⁴ Քաղաքացիների ուղղակի վճարումներից 90% և ավելին կազմում են գրպանից դուրս վճարումները (կանխիկ, անկանխիկ, ապառիկ և այլն), որոնցից գրեթե 20-30%, ըստ փորձագիտական գնահատականների, կազմում են ոչ պաշտոնական վճարումները: Սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամի պայմաններում, չնայած վճարունակության խիստ անկմանը, բնակչությունը ստիպված էր իր առողջապահական կարիքների համար վճարումների բեռի մեծ մասը վերցնել իր վրա, կատարելով ոչ պաշտոնական (ստվերային) անմիջական վճարումներ: Թեև 1997 թ. վճարովի ծառայություններ իրականացնելու իրավունքն օրենքով ամրագրելը նպատակ ուներ եթե ոչ վերացնել, ապա գոնե էապես կրճատել բնակչության կողմից ոչ պաշտոնական (ստվերային) վճարումները, այդուհանդերձ դա տեղի չունեցավ: Այդպիսի իրավիճակի հիմնական և կարևորագույն պատճառը պետական բյուջեի միջոցների հաշվին իրականացվող բժշկական օգնության և ծառայությունների, ինչպես նաև վճարովի ծառայությունների համար սահմանված ցածր գներն էին, որոնք ամբողջությամբ

⁴ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2016 թ.

չէին ծածկում կատարվող իրական ծախսերը: Այդ ծառայությունների իրականացման, գնագոյացման հարցերն, ըստ էության, դեռևս ամբողջությամբ կանոնակարգված չեն: Վճարովի ծառայությունների գները սահմանվում են բուժօգնություն իրականացնողների կողմից՝ առանց պետության միջամտության ու կարգավորման: Շատ դեպքերում վճարովի բուժօգնության գները հաստատվում են պետական բյուջեից ֆինանսավորվող համանման անվճար բուժօգնության համար սահմանված գների շրջանակներում կամ դրանցից պակաս: Համավճարները, որպես ֆինանսավորման պաշտոնական մասնավոր աղբյուր, մինչև՝ 2003 թ. հոկտեմբեր չեն ունեցել գործնական կիրառում՝ չհաշված 2001 թ. սեպտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին կառավարության որոշմամբ ծննդօգնության դիմաց համավճարի կիրառման փորձարարական ծրագիրը, որը բուժօգնություն իրականացնողների լուրջ լոբբինգի արդյունքում տապալվեց: Համավճարն ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օդակում թերևս սկսեց գործել 2004 թ.՝ անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղորայքային ծրագիրը սկսելուն զուգընթաց, ինչը հատկապես սկսեց աճել հետագա տարիներին: Այս ծրագրով բնակչության որոշակի խմբեր օգտվում են անվճար դեղորայքից՝ կատարելով համավճար դեղորայքի գնի 50% կամ 70%-ի չափով: Հիվանդանոցային օդակում ներկայումս շարունակվում է 2010 թ. փորձարարական կարգով ներդրված, իսկ 2011-ից ամբողջ երկրում անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության բյուջետային ծրագրերի համար կիրառվող համավճարների ծրագիրը: Կիրառման մասնատվածությունը և պետության կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների գների ցածր մակարդակը, համավճարի չափի անփոփոխ լինելը տարիների ընթացքում համավճարը դարձրեցին լրացուցիչ բեռ բնակչության գրպանին:

Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մյուս աղբյուրը՝ արտաքին աղբյուրներից ՀՀ առողջապահության համակարգում կատարված ծախսերը, իրենց արտացոլումն են գտնում ՀՀ պետական բյուջեում, բացառությամբ բարեգործական ծրագրերի շրջանակներում առողջապահության համակարգում կատարված աշխատանքների և մատակարարված ապրանքների: Առողջապահության համակարգում հիմնական ֆինանսական ներկայությունն ապահովել են Համաշխարհային բանկի, Գլոբալ հիմնադրամի, ԳԱՎԻ-ի կողմից իրականացվող ծրագրերը: Այս կազմակերպությունների կողմից տրամադրվող ֆինանսական աջակցությունը՝ վարկերի և դրամաշնորհների տեսքով, ուղղված է առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքների հզորացմանը և կառավարման բարելավմանը (Համաշխարհային բանկ), առանձին հիվանդությունների դեմ պայքարին (Գլոբալ հիմնադրամի կողմից՝ տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի դեմ պայքար), պատվաստանյութերի ձեռք բերմանը (ԳԱՎԻ): Ֆինանսավորումն իրականացվում է վարկային ծրագրերի կամ կառավարության հետ համագործակցային հուշագրերի շրջանակներում և տարեցտարի նվազում է՝ ակնկալելով պետության կողմից մասնակցության չափի ավելացում տարիների ընթացքում:

Բնակչության խմբերը և ծառայությունների տեսակները

Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակում բնակչությանը հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում է տրամադրվում ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին՝ անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով՝ դեռևս 1999-ից ձևավորելով ՀԾՓ-ն, որը որոշակի փոփոխություններով գործում է մինչ օրս: ՀԾՓ-ն ընդգրկում է ինչպես ամբողջ բնակչության, այնպես էլ բնակչության որոշակի խմբերի համար անվճար և արտոնյալ (համավճարով) պայմաններով մատուցվող ծառայություններ: Ամբողջ բնակչության համար հիմնականում հասանելի են առանձին անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների, ինֆեկցիոն և սոցիալական նշանակության հիվանդությունների, ԱԱՊ և շտապ բժշկական օգնության ծառայությունները: Բնակչության խմբերը, որոնց համար հասանելի է ավելի լայն ծածկույթ, ձևավորվել են տարիների ընթացքում՝ հիմնականում ընդգրկելով սոցիալական կամ հատուկ կարգավիճակ ունեցողներին, հաշմանդամներին, զինծառայողներին, մինչև 18 տարեկան երեխաներին, միայնակ ծնողների երեխաներին, ընտանեկան նպաստի համակարգում ընգրկված 28 և ավելի միավոր ունեցող ընտանիքների անդամներին: Բնակչության բոլոր խմբերին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում նախարարի կողմից սահմանված հիվանդությունների և վիճակների ցանկի համաձայն տրամադրվում են հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման հետևյալ տեսակները և ծառայությունները.

- ա. վերակենդանացման միջոցառումներ,
- բ. տուբերկուլյոզի բժշկական օգնության ծառայություններ,
- գ. հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,
- դ. աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,
- ե. գորակոչային և նախագորակոչային տարիքի անձանց փորձաքննության և բժշկական օգնության ծառայություններ,
- զ. ծննդօգնություն,
- է. մինչև 18 տարեկան երեխաների բժշկական օգնության ծառայություններ,
- ը. հեմոդիալիզի ծառայություններ:

Ընդ որում, բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրվում են նաև արտոնյալ պայմաններով, այսինքն՝ համավճարի/համաֆինանսավորման սկզբունքով բուժման և ախտորոշման փաթեթներ: Այս դեպքերում բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց համար համաֆինանսավորման դրույթը չի կիրառվում կամ կիրառվում է միայն առանձին փորձարարական ծրագրերում:

Բնակչության բոլոր խմբերին անվճար տրամադրվում է նաև պետության կողմից երաշխավորված արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում՝

սահմանված ծառայությունների փաթեթների շրջանակներում (բացառությամբ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայությունների):

Բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց, վերը նշված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներից ու ծառայություններից բացի, անվճար տրամադրվում են նաև հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման մնացած տեսակներն ու ծառայությունները, դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների և ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայությունների փաթեթներ, այդ թվում՝ մինչև 12 տարեկան երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ: Բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, ինչպես նաև ծառայությունների փաթեթները, դրանց բացառությունները սահմանվում են ՀՀ կառավարության որոշումներով և առողջապահության նախարարի հրամաններով:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներից դուրս մնացած ծառայությունների համար թե՛ բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերը, թե՛ այդ խմբերում չընդգրկված քաղաքացիները վճարում են ուղղակիորեն, ապահովագրական ընկերությունների կողմից ձեռք բերված ապահովագրական փաթեթների շրջանակներում, բանկային վարկերի միջոցով՝ միայն աշխատող լինելու դեպքում, կամ բարեգործական կազմակերպությունների, հիմնադրամների միջոցների հաշվին:

ՀՕՓ-ի էվոլյուցիոն զարգացման ընթացքում այն կորցրել է սկզբնական տրամաբանությունը՝ հիվանդությունների հիմնական բեռին համահունչ ծառայությունների մատուցումը: ՀՕՓ-ներում փոփոխությունները իրականացվել են ելնելով քաղաքական դիվիդենտներ հավաքելու հնարավորությունից, նախընտրական խոստումների իրականացման ցանկությունից, կարճաժամկետ սոցիալական խնդիրներ լուծելու հնարավորությունից: Դա է պատճառը, որ տարիների ընթացքում ձևավորվել են ՀՕՓ-ի տարբեր փաթեթներ բնակչության տարբեր խմբերի համար՝ ստեղծելով անորոշություն ոչ միայն ֆինանսավորման կառավարման մարմնի, այլև բժշկական կազմակերպությունների և քաղաքացիների համար:

Բժշկական ծառայությունների փոխհատուցումը

Արդեն իսկ 1999 թ. ԱԱՊ համակարգում անցում կատարվեց ըստ սպասարկվող ազգաբնակչության թվի (per capita) ֆինանսավորման մեխանիզմի, այսինքն ՀՀ պետական բյուջեից իրականացվեց ֆինանսավորում տարվա կտրվածքով մեկ բնակչի հաշվով նախատեսված միջինացված գնով, որի մեծությունը տարբեր է երեխաների և մեծահասակների համար: Ֆինանսավորման նման մեխանիզմին անցումը կարևորվում է հիմնականում բյուջետային ծախսերի զսպման, վարչարարական ծախսերի կրճատման, ֆինանսական ռեսուրսների արդարացի և

հավասարաչափ բաշխման և համեմատաբար պատշաճ մակարդակի վերահսկելիություն՝ կանխատեսելի պլանավորում և գնահատում ապահովելու տեսանկյունից: Նման ֆինանսավորման մեխանիզմը որոշ փոփոխություններով գործում է մինչ օրս: Այդ առումով հատկապես կարևորվում է արդեն 2004-ից ընտանեկան բժիշկների կողմից մատուցվող ծառայությունների մասով առանձին բյուջեների և պայմանագրերի կազմումը: Ներդրվեց «Մասնավոր ֆոնդապահի» սկզբունքը, համաձայն որի ընտանեկան բժիշկների կողմից իրականացվող բուժօգնության ֆինանսավորման մեխանիզմները ներառում են ընտանեկան բժիշկների կողմից իրականացվող և ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորվող բնակչության ԱԱՊ, մասնագիտացված բուժօգնության տեսակները, ինչպես նաև փաստացի աշխատանքների դիմաց ֆինանսավորվող լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները, անվճար դեղորայքի տրամադրումը և մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնությունը (հղիների ընթացիկ հսկողություն): Սկսած 2007թ. լայնորեն ներդրվեց ԱԱՊ բնագավառում բնակչության ազատ գրանցումը ԱԱՊ բժիշկների մոտ, ինչը նպատակ ուներ գործարկել բնակչության կողմից իրենց ԱԱՊ բժշկին ընտրելու իրավունքը, որը սահմանված է «Բնակչության բուժօգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով: Սկսած 2010 թ. ներդրվել է ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորման սկզբունքը, գնահատվող ցուցանիշների կազմը և բնույթը: Որպես արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության մակարդակի առանձին օղակ հանդես է գալիս նաև շտապ բժշկական օգնությունը: Այստեղ կիրառվում է փաստացի կանչերի դիմաց տարբերակված (ընդհանուր, մասնագիտացված, բուժակային /ֆելդշերային/) գներով ֆինանսավորում: Ընդ որում, շտապ բժշկական օգնության ծրագրի պլանավորումը և պայմանագրային գումարների հաշվարկը նույնպես իրականացվում է ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման սկզբունքով:

Ներդրված նոր մեխանիզմները և պայմանագրերը նպատակ ունեն հզորացնել ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններին և բժիշկներին, ուժեղացնել ուղեգրումների համակարգը, թույլ չտալով անհարկի հիվանդանոցային բուժօգնության ուղեգրումներ կատարել: Սակայն ԱԱՊ մակարդակում բժիշկների մոտիվացիայի ցածր մակարդակը, լաբորատոր հետազոտությունների իրականացման սահմանափակումները, արտահիվանդանոցային դեղորայք տրամադրելու սահմանափակումները չնպաստեցին խնդրի լուծմանը: Այդ խնդիրների թվին են դասվում նաև հստակ սխեմաների և արտահիվանդանոցային պայմաններում բուժման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների ցանկերի բացակայությունը, հիվանդանոցային ուղեգրումներ տրամադրելու պայմանների ոչ հստակ կանոնակարգումը:

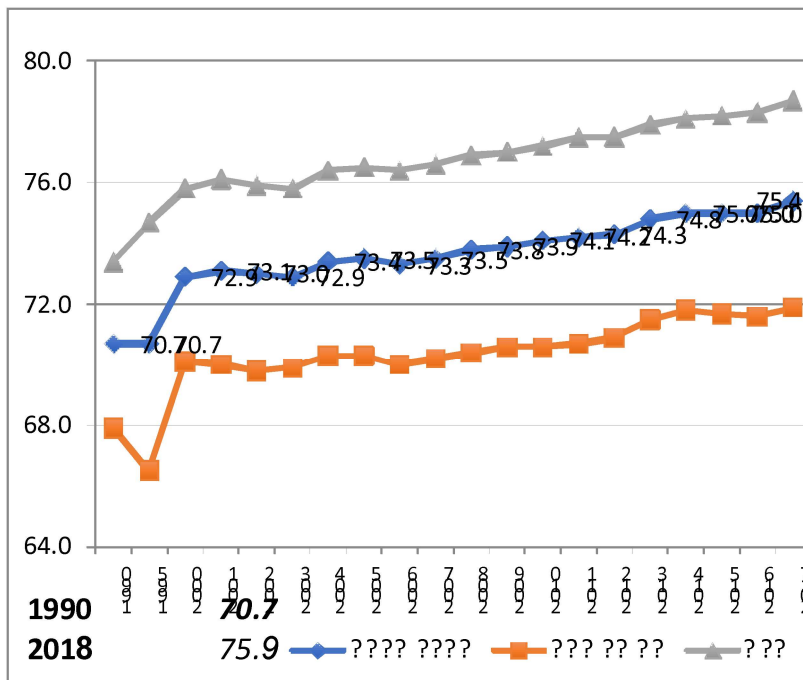
Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման փոխհատուցման հիմքում 1997-ից սկսած ներդրվեց պայմանագրային հիմունքներով փաստացի սպասարկված դեպքի (մատուցված ծառայության) դիմաց ֆինանսավորման սկզբունքը: Այդ սկզբունքը գործում է մինչ օրս. փոխհատուցումն իրականացվում է յուրաքանչյուր ավարտված դեպքի դիմաց մատուցված ծառայությունների համար հաստատված միջինացված գնով: Առաջին անգամ կիրառվող պայմանագրային հարաբերությունների միջոցով հստակեցվեցին պատվիրատու-կատարող

փոխհարաբերությունները, ինչպես նաև՝ յուրաքանչյուր բուժօգնություն և ծառայություն մատուցողի կողմից տրամադրվող և պետության կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների տեսակները: Նշված մեխանիզմի ներդրումը ենթադրում էր հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների և դրանց գների ձևավորումը ըստ առանձին բժշկական ծառայությունների: Ֆինանսավորման նշված մեխանիզմի գործնական կիրառումն ավելի առաջադեմ է և համապատասխանում է այն նպատակներին, որոնք դրված էին նման փոփոխությունների հիմքում: Սակայն դրա հետ մեկտեղ, այն ունի որոշակի թերություններ.

- հիվանդանոցային բուժման գինն իրատեսական չէ, հիմնված չէ ըստ տնտեսագիտական դասակարգման ծախսերի կառուցվածքում հաշվառման ենթակա ծախսերի անվանական շուկայական արժեքների վրա և ըստ էության, մասնակի է փոխհատուցում բուժօգնություն իրականացնողների իրական ծախսերը,
- չնայած դեռ 2019 թ. հաստատված մեթոդաբանությանը, պետության կողմից հատուցվող ծառայությունների գները, բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող վճարովի ծառայությունների գները, ապահովագրական ընկերությունների կողմից փոխհատուցվող գները չեն ձևավորվում նույն մեթոդաբանությամբ և այն չունի միասնական բնույթ, հետևաբար միևնույն ծառայության համար կարող են գործել տարբեր գներ, որոնց հաշվարկման մեթոդները, ինչպես նաև մեծությունն էականորեն տարբերվում են,
- համակարգի կառավարման և վերահսկման ոչ կատարյալ մակարդակի, ինչպես նաև պետական պատվերի շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա հիվանդությունների ցանկի ոչ կատարյալ ու հստակ ձևակերպման արդյունքում նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվել բուժօգնություն իրականացնողների կողմից խախտումների համար,
- հիմքում չունենալով կլինիկական ուղեցույցներ կամ ստանդարտներ, չի նպաստում մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարձրացմանը,
- չի նպաստում բուժանձնակազմի վարձատրման համակարգի զարգացմանը:

Եզրահանգումներ

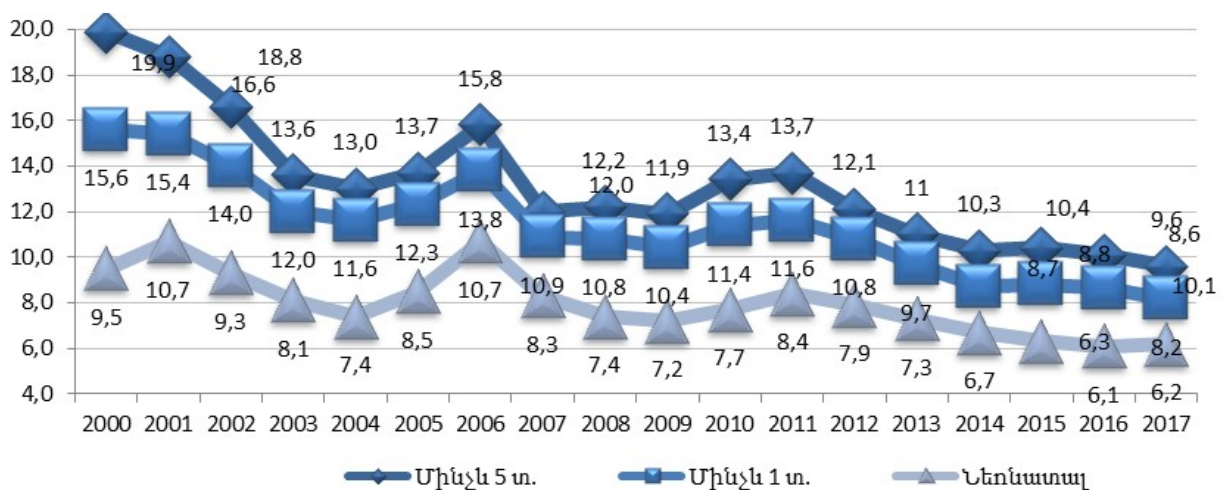
Հայաստանի առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի գնահատման միջազգային համեմատականները և ծախսարդյունավետ ծրագրերի մասով դիտարկումները ցույց են տալիս, որ համապատասխան ֆինանսական միջոցների պայմաններում առողջապահության համակարգը արդյունավետորեն է գործում և հնարավորություն է տալիս գրանցել բարելավվող ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ կյանքի միջին տևողության աճի, մայրական և երեխաների մահացության նվազման տեսքով: 2017 թ. կյանքի սպասվող տևողությունը՝ ծնվելու պահից, տղամարդկանց



համար կազմել է 71,9 տարի, որն ավելի բարձր է, քան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ այլ երկրներում, իսկ կանանց համար՝ 78,7 տարի: Այդ երկու ցուցանիշներն էլ գերազանցել են 1997 և 2007 թթ. գրանցված մակարդակները, որոնք համապատասխանաբար կազմել էին 68,2 և 74,7 տարի (1997 թ.), 69,8 և 76,1 տարի (2007 թ.):

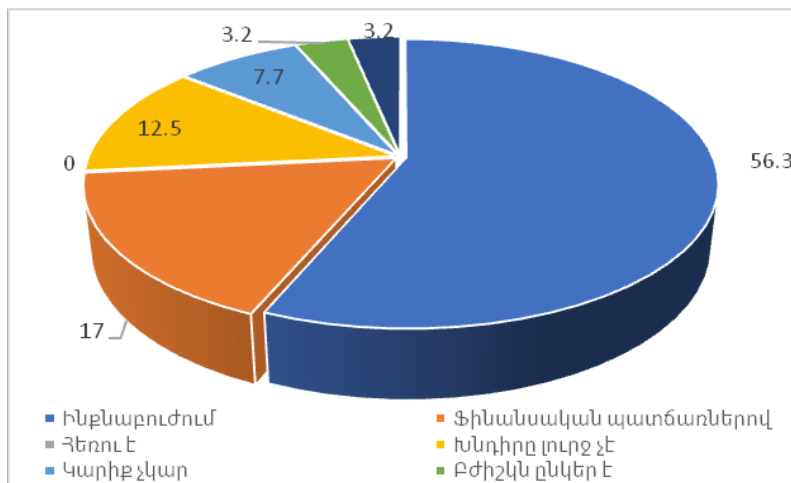
Ըստ ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության գրանցումների, որոնք հանդիսանում են մահվան վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների սկզբնաղբյուրը, տարեցտարի արձանագրվել է մինչև մեկ տարեկան մանկական մահացության դեպքերի անկում: 2017 թ. ընթացքում արձանագրվել է կյանքի առաջին տարում երեխաների մահացության 311 դեպք, իսկ մանկական մահացության գործակիցը 1000 կենդանի ծնվածի հաշվով կազմել է 8,2 պրոմիլ, 1997 թ.՝ 15,4 պրոմիլի և 2007 թ.՝ 10,9 պրոմիլի համեմատ:

Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության գործակիցը (1000 կենդանի ծնվածի հաշվով) 2017 թ. կազմել է 9,6 պրոմիլ՝ 1997 թ. 19,5 և 2007 թ. 12,3 պրոմիլի համեմատ: Տարեցտարի նվազում են նաև մայրական մահացության դեպքերը: 2017 թ. մայրական մահացության գործակիցը կազմել է 8,0 պրոմիլ (100.000 կենդանի ծնվածի հաշվով)՝ 1997 թ. արձանագրված 39,0 և 2007 թ.՝ 15,0 պրոմիլի համեմատ:



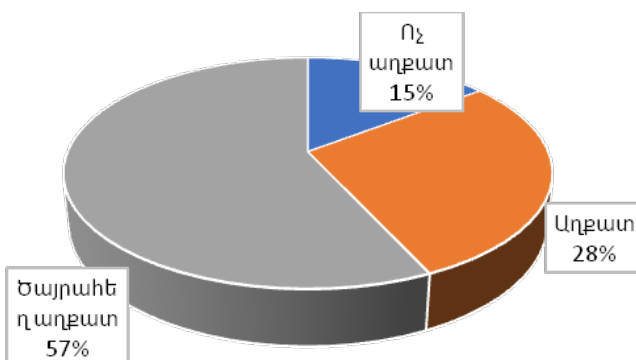
Արձանագրված ցուցանիշները Հայաստանը կարողացել է ապահովել Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ երկրների համեմատ ցածր պետական

ֆինանսավորմամբ՝ 2017 թ. ապահովելով առողջապահության ոլորտի մասով համախմբված բյուջեի ծախսերի 5,4%-ը կամ ՀՆԱ-ի շուրջ 1,5%-ը, որն առնվազն 4 անգամ պակաս է միջազգային ցուցանիշներից:



Ոչ բավարար չափով ֆինանսավորումը հանգեցրել է հասարակության սոցիալապես անապահով հատվածի թույլ թիրախավորման, իրական ծախսերից ցածր փոխհատուցվող գների, մարզերում բժշկական մասնագիտացված անձնակազմի բացակայությանը: Ֆինանսական մատչելիության

ցածր մակարդակը հանգեցրել է բժշկական կազմակերպությունների թերի ծանրաբեռնվածությանը և բնակչության շուրջ 17%-ը ֆինանսական պատճառներով չի հաճախում ԱԱՊ բժշկի: Այս ամենը խոչընդոտում է համակարգի համաչափ զարգացմանը և բուժօգնության որակի բարելավմանը, նպաստում է բազմաթիվ ընտանիքների աղքատացմանն առողջապահական



աղետալի ծախսերի պատճառով, խոչընդոտում է բժշկական ծառայությունների հասանելիության և ֆինանսական մատչելիության բարելավմանը: Համակարգի արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված քայլերը չեն համապատասխանում պետության կողմից հատկացվող ֆինանսավորմանը, իսկ բնակչության կողմից կատարվող ծախսերը

մեծամասամբ անկառավարելի և անկանխատեսելի են, քանզի կատարվում են առողջական խնդիրների առաջացման դեպքում միայն: Պետության մակրոտնտեսական ցուցանիշների, պետական պարտքի ցուցանիշների, արտաքին և ներքին անվտանգության հետ կապված խնդիրների վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ առողջապահությունը դեռևս երկար ժամանակ չի կարող հանդես գալ առաջնահերթ և գերակա ոլորտների շարքում: Չնայած 2020 թ. կորոնավիրուսի համաճարակի ընթացքում հասարակության կողմից առողջությունը գնահատելու և առողջապահական համակարգերի պատրաստվածությունը բարձրացնելու պահանջի ձևակերպմանն ուղղությամբ գրանցված առաջընթացին, կառավարության կողմից բյուջետային ծախսերի կատարման առաջնությունները էականորեն չեն փոխվել: Ստեղծված իրավիճակը կարելի է բնութագրել որպես «ջայլամային քաղաքականություն», քանզի շատ լավ գիտակցելով, որ պետությունը ծածկում է առողջապահական

ծախսերի շատ փոքր մասը, իսկ հիմնական ծախսերն իրենց վրա են կրում քաղաքացիները, կառավարությունը որևէ համակարգային փոփոխություն չի իրականացնում կայուն ֆինանսական համակարգ ստեղծելու ուղղությամբ՝ դրանով իսկ նպաստելով ֆինանսական պատճառներով բժշկին ժամանակին չդիմելու հետևանքով առողջությանը հասցված վնասների առաջացմանը, որոնք շատ դեպքերում կարող են մահվան ելքով ավարտվել:

Ապագային միտված քայլեր

Հիմնական ռազմավարական մոտեցումները շարադրվում են առողջապահության զարգացման ռազմավարական փաստաթղթերում, որոնք իրենց նպատակադրման առումով միտված են.

- «Մարդակենտրոն» առողջապահություն ունենալուն,
- Մարդու իրավունքների գերակայությանը,
- Արդյունավետ քաղաքականության մշակմանը և համարժեք կառավարմանը,
- Մասնակցային կառավարմանը,
- Սոցիալական համերաշխության հիման վրա գործող մոդելներին նախապատվություն տալուն,
- Բոլորի համար հավասար իրավունքներ և հնարավորությունների ապահովմանը:

Այս մոտեցումների իրականացման տեսանկյունից նախատեսվում է նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացությունը, մահացությունը, առողջության վրա ռիսկի գործոնների բացասական ազդեցությունը և բարելավել հոգեկան առողջությունը: Չնայած վերջին տասնամյակների ընթացքում հիվանդությունների ընդհանուր տեսակարար կշռում վարակիչ հիվանդությունների մասնաբաժնի նվազմանը, նոր վիրուսային հիվանդությունները և հակապատվաստումային տրամադրությունների աճը ստիպում են մեծ ուշադրություն հատկացնել վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանը, դրանց առաջացման դեպքում հիվանդությունների բուժմանը և տարածմանը: Հայաստանի համար կարևոր մարտահրավեր է նաև ժողովրդագրական իրավիճակը: Այդ տեսանկյունից մոր, մանկան և վերարտադրողական առողջության ոլորտում փոփոխությունները կարևոր առաջնահերթություններ են: Իհարկե, այս ամենի համատեքստում առողջապահական համակարգի արդյունավետ և համաչափ կառավարումը, ռեսուրսների համաչափ օգտագործումը, բնակչությանը որակյալ և անվտանգ բժշկական օգնության տրամադրումը առավել կարևոր են: Բժշկական ստանդարտների, ուղեցույցների մշակումը և ներդրումը, տեղեկատվական համակարգերի միջոցով հիմնական տվյալների հավաքագրումը և որոշումների ընդունումը կարող են դառնալ լավ հիմք բուժօգնության որակի մակարդակի շարունակական բարելավման ճանապարհին: Այս ամենի իրագործման համար

անհրաժեշտ է ստեղծել առողջապահության ֆինանսավորման կայուն համակարգ, ներդնել առողջության համապարփակ ապահովագրություն, որը թույլ կտա առողջապահության համակարգային փոփոխությունների միջոցով բնակչությանը ֆինանսապես պաշտպանել անընդհատ աճող առողջապահական անկանխատեսելի ծախսերից: