
ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՈՐՈՇ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

ՇԵՐԱԶ ՋՆԴՈՅԱՆ

Ֆինանսատնտեսական ճգնաժամը բացասաբար ազդեց ՀՀ բնակչության սոցիալական, այդ թվում՝ առողջապահական ծառայությունների փաստացի մատուցման մակարդակի վրա, որի հետևանքով բյուջետային ֆինանսավորումը նվազեց, կրճատվեցին առողջապահական տարբեր ծրագրեր ու բնակչության զգալի հատվածի առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը: Այսպես՝ 2009 թ. պետական բյուջեն առողջապահության մասով կատարվեց 85%-ով, կամ փաստացի կատարված ծախսերը նախատեսվածից պակաս էին 9,9 մլրդ դրամով, իսկ 2010 թ. պետական բյուջեի փաստացի ծախսերը շեղվեցին Կայուն զարգացման ծրագրի նպատակակետից 26,0 մլրդ դրամով, իսկ 2011 թ. հաստատված պետական բյուջեի մասով՝ 40,8 մլրդ դրամով, 2012 թ. առողջապահության ոլորտի ծախսերը կատարվել են 96,2%-ով կամ 2,55 մլրդ դրամով պակաս¹:

Դրա պատճառով նվազում է առողջապահական ծառայությունների դիմող և, հետևաբար՝ աճում ինքնաբուժությամբ զբաղվող անձանց թիվը, որի բացասական հետևանքներն ակնառու են: Այս իրավիճակում ՀՀ կառավարությունը, սկսած 2010 թ. հուլիսից, ներմուծեց առողջապահության ծառայությունների պաշտոնական համավճարի ինստիտուտը, որը լայն տարածում ունի միջազգային պրակտիկայում: Պաշտոնական համավճարների և ընդհանրապես վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռի աճը երկակի նշանակություն ունի: Այն ավելացնում է ոլորտի և բուժաստատության ֆինանսավորման բացարձակ մեծությունը, բուժումը ամբողջ ծավալով և որակյալ իրականացնելու, հիվանդի կողմից առողջապահական ծառայությունից լիարժեք օգտվելու հնարավորությունները: Մյուս կողմից այն նվազեցնում է առողջության ծառայությունների դիմող անձանց հնարավորությունները և մոտիվացիան: Պատկերը առավել ամբողջական դիտարկելու համար նշենք, որ առողջության ծառայությունների համար պաշտոնական համավճարները, փաստորեն, փոփոխություն են առաջացնում վերաբաշխման համամասնություններում: Երևանում համավճարը առողջապահական ծառայությունների գնի մեջ հավասար է և/կամ գերազանցում է պետական պատվերի ֆինանսավորումը 30-50%-ով, իսկ առանձին դեպքերում՝ 2 անգամ: Մարզերում համավճարը ծառայության գնի մեջ կազմում է 50-ից մինչև 100% և ավելի:

Ճգնաժամի հետևանքով աղքատ բնակչության զգալի մասի համար

¹ Տե՛ս «Կայուն զարգացման ծրագիր», «ՀՀ պետական բյուջեի կատարման 2009, 2010, 2011, 2012 թվականների հաշվետվություններ», <http://www.minfin.am>

կտրուկ նվազել է առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մատչելիությունը, իսկ մեծությամբ չհիմնավորված համավճարները խորացնում են այդ միտումը՝ այն տարածելով նաև ոչ աղքատ բնակչության վրա: Այսպիսով, եթե խնդիրը դիտարկում ենք առողջության ապահովագրության և զբաղվածության, հիվանդների անհատական վճարումների հարաբերակցության համատեքստում, կարող ենք արձանագրել, որ համակարգի ֆինանսավորումը դառնում է ավելի խոցելի: Ի դեպ, միջազգային պրակտիկայում նման վիճակ արձանագրվել է Արգենտինայում 2001-2002 թթ. տնտեսական ճգնաժամի ընթացքում, որտեղ առողջապահությանն ուղղվող միջոցները առավելապես վերաբաշխվեցին ֆինանսական ավելի մեծ վճարումներ պահանջող ոլորտներին՝ ախտորոշում և հիվանդանոցային բուժօգնություն: Աղքատ բնակչության զգալի մասը կորցրեց առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը, դրանք հասու դարձան միայն ավելի ունևոր քաղաքացիներին²: Արգենտինայի իրավիճակի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առողջապահական համակարգը խոցելի է տնտեսական ճգնաժամերի նկատմամբ՝ առողջության ապահովագրության, զբաղվածության և հիվանդների անհատական վճարումների կախվածության կապը բավականաչափ էական լինելու պատճառով:

ՀՀ-ում ստեղծված իրավիճակում ամենակարևոր հարցադրումն այն է, թե հետճգնաժամային փուլում, երբ բնակչության եկամուտների աճը և աղքատության մակարդակը դեռևս դրական միտումներ չեն արձանագրել, այլ շարունակում են նվազել է, ինչքա՞ն և ո՞ր համամասնությունն է ընդունելի հիվանդանոցային ծառայությունների պետպատվերի և համավճարի սահմանման համար: Այլ կերպ ասած՝ ո՞րն է դրա օպտիմալ միջակայքը, որի սահմաններում այն կազդի դրական, իսկ դրանից այն կողմ՝ պաշտոնական համավճարի և ֆինանսավորման ընդհանուր աճը կուղեկցվի առողջության պահպանման համար առողջապահական հաստատություններ դիմելիության նվազումով, հետևապես համավճարը կվերածվի բացասական գործոնի:

Նման լայն քննարկում ՀՀ կառավարությունը և առողջապահության նախարարությունը պաշտոնական համավճարի ներմուծումից հետո չեն արել: Այս հարցադրումը պահանջում է համապատասխան չափորոշիչների ամրագրում և հիմնավորված լուծում: Դրան, ի դեպ, պետք է մասնակից լինեն ոչ միայն առողջապահության նախարարության և համակարգի մասնագետները, այլև կառավարության իրավասու և շահագրգիռ օղակները, օրենսդրի ներկայացուցիչները, այդ թվում՝ ՏԻՄ-ի ավագանիների, քաղաքացիական հասարակության կառույցները: Որպես դրա սահմանման չափորոշիչ առաջարկում ենք դիտարկել ՀՀ-ում աղքատության փաստացի մակարդակի ցուցանիշը և դրա վարքագծի դինամիկան, պետբյուջեի առողջապահության ոլորտին ուղղվող ֆինանսավորման ծավալը, դրա մեծության և ՀՆԱ-ի հարաբերակցությունը, այդ ցուցանիշների միտումները,

² Տե՛ս **Eleonora Cavagnero, Marcel Bilgerc**, Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system, *Journal of Health Economics*, 29 (2010), էջ 479–488, <http://cdi.mecon.gov.ar/doc/sd/6.pdf>, journal homepage: www.elsevier.com/locate/econbase

սպառողական զամբյուղի կառուցվածքում առողջությանն ուղղվող մասնաբաժնի մեծությունը, դրա դինամիկան: Նպատակահարմար է նշված ցուցանիշների փոփոխման միտումները դիտարկել՝ սկսած 2008 թ. առ ուսումնասիրության պահը: Միևնույն ժամանակ հարկ ենք համարում նշել, որ խնդրո առարկա համամասնության սահմանման և դրա չափորոշիչների ընտրության հարցը պահանջում է առանձին ուսումնասիրություն, ուստի դուրս է սույն հոդվածի նպատակներից:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի միջոցառումների առիթով բարձրացրեց ընդհանրապես առողջապահական գործունեությանը վերաբերող մի շարք հիմնարար հարցեր, որոնցում շեշտվում են տարբեր հաստատությունների գործունեության կրկնության և ավելորդ ներթափանցման նվազեցումը, անհատական ծրագրերի բազմապատիկ (սիներգիկ) ուժեղացման ապահովումը³:

Այս տեսանկյունից անդրադառնանք ՀՀ առողջապահական համակարգում ֆինանսավորման կոնկրետ խնդիրներին: 2006 թ. սկսած՝ ՀՀ-ում բնակչության պոլիկլինիկական առաջնային օգնությունը անվճար է և իրականացվում է պետական պատվերով՝ բյուջետային ֆինանսավորման հաշվին: Ինչպես նշվում է ԱՀԿ-ի 2009 թ. «Ֆինանսական ճգնաժամ և գլոբալ առողջապահություն» բարձր մակարդակի խորհրդատվական զեկույցում, առողջության սոցիալական պաշտպանությունը այն ռիսկերի միավորումն է, որոնք կանխվում են առողջապահության բյուջետային ֆինանսավորման և ապահովագրական ֆինանսավորման միջոցով, իսկ վերջինս այդ համադրության կարևոր բաղադրիչն է⁴: ԱՀԿ-ի բոլոր զեկույցներում հիվանդությունների կանխարգելմանը սատարելու կայուն մոտեցումը մնում է անփոփոխ, որը մեզ մոտ իրականացվում է պոլիկլինիկական ծառայությունների միջոցով:

2011 թ. սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ներդրվեց առողջության ապահովագրության բաղադրիչը, որի ֆինանսավորումը ապահովագրվող անձանց համար փաստացի կատարվում է պետական բյուջեից, ընդգրկում է քաղծառայողների, պետական այլ ծառայողների և հանրային ծառայողների լայն զանգվածը: Նկատենք, որ դրա ներմուծումը զգալիորեն մեծացրեց առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը: Մինչդեռ այն ունի երկակի մեկնաբանություն. որքան էլ որ դրա ֆինանսավորման միջոցները հատկացվում են բյուջետային խողովակով, դրանք անձի վաստակած սեփական միջոցներն են: Սոցիալական փաթեթի վերաբերյալ պետության գաղափարախոսությունը այն է, որ հնարավոր չէ նշանակալի չափով բարձրացնել բոլոր քաղաքացիական և հանրային ծառայողների վարձատրությունը, իսկ սոցիալական փաթեթի ուղղություններով հատկացված լրացուցիչ միջոցները թույլ են

³ Տե՛ս «Доклад Консультации высокого уровня. Всемирная организация здравоохранения». «Финансовый кризис и глобальное здравоохранение». Женева, 19 января 2009 г. http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_ru_.pdf

⁴ Տե՛ս նույն տեղը:

տալիս պահպանել հավասարությունը՝ բոլորին տրամադրել առաջնահերթ անհրաժեշտ ծառայություններ:

Երկու համակարգերի՝ անվճար առաջնային պոլիկլինիկական օգնության և սոցիալական փաթեթի առողջապահության ապահովագրության առկայության դեպքում միևնույն անձը իրավունք ունի և իրականում ստանում է նմանատիպ առողջապահական ծառայություններ երկու ֆինանսավորման խողովակներից միաժամանակ՝ պետպատվերով՝ իրեն սպասարկող պոլիկլինիկայից և սոցիալական փաթեթով՝ առողջության ապահովագրության ձևաչափով հիվանդանոցային բուժհաստատություններից՝ վճարովի հիմքով, որի ծառայությունները հատուցում է ապահովագրական ընկերությունը: Խնդիրը վերաբերում է շուրջ 120 հազ. անձանց, որոնք օգտվում են սոցիալական փաթեթի ընձեռած առողջապահական ապահովագրության հնարավորությունից: Կարող ենք արձանագրել, որ պետության բյուջետային սահմանափակ ֆինանսական հնարավորությունների և քաղաքացիների ցածր վճարունակության դեպքում ուղղակի շռայլություն է միևնույն անձի համար առողջապահական համարժեք ծառայությունների կրկնակի ֆինանսավորումը: Այլ հարց է, թե անձը դրանից օգտվում է, թե ոչ, սակայն միանշանակ իրավունք ունի օգտվելու, քանի որ դրա ֆինանսավորումը իրականացված է: Նկատենք, որ որոշ դեպքերում այդ կատեգորիայի անձինք իրականում միաժամանակ օգտվում են երկու՝ պոլիկլինիկայի անվճար և ընտրովի բուժհաստատության ծառայություններից (այդ թվում՝ նաև ապահովագրական ընկերության հետ փոխկապակցված մասնավոր պոլիկլինիկական ծառայություններ մատուցող բուժհաստատությունից) ըստ ընձեռած հնարավորությունների: Այստեղ կարող ենք դիտարկել մի քանի գործոն ևս:

Առաջինը, առողջապահության տարբեր մակարդակի ծառայությունների միջև փոխգործակցությունը՝ ի նպաստ հիվանդի: ՀՀ-ում պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային ծառայությունների միջև փոխգործակցության խթանող սխեմա չկա: Դրանցից յուրաքանչյուրը հիվանդի հետ հարաբերությունները կառուցում է իր ձևաչափի շրջանակներում՝ հնարավորինս չեզոք դիրք գրավելով նախորդ կամ հաջորդ մակարդակի ծառայության հանդեպ. նպատակ և համապատասխան սխեմա չի դրված, որպեսզի տարբեր մակարդակների բուժհաստատություններում հիվանդը բոլորի կողմից դիտվի որպես բուժման կամ առողջապահական ներգործության մեկ օբյեկտ՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցած բոլոր մասնակիցների համատեղ պատասխանատվությամբ:

Այնուամենայնիվ արձանագրենք, որ բնակչության մի ստվար հատվածի առողջապահական համանման կամ գրեթե չտարբերվող ծառայությունների խմբի համար վճարվում է երկու անգամ կամ կրկնակի: Տարբերությունն այն է, որ սոցփաթեթի առողջության ապահովագրության 52 հազ. և 3.800 հազ. ՀՀ դրամ ապահովագրական գումարի կամ ծածկույթի բազային փաթեթով (ներկայացված է «Ռոսգոսստրախ-Արմենիա» ընկերության օրինակով⁵, որը ուղղակի չի տարբերվում մնացած ընկերություն-

⁵ Տե՛ս «ՀՀ ֆինանսների նախարարության պաշտոնական կայք, Սոցիալական փաթեթ, Առողջության ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների ցանկ», <http://www.minfin.am>

ների փաթեթներից) հատուցումը տրվում է հիվանդանոցային պայմաններում մատուցված ծառայությունների համար, իսկ պոլիկլինիկական ծառայության համար անձը այդ ծառայությունները կարող է ստանալ իրեն սպասարկող պոլիկլինիկայում: Սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության բազային փաթեթից առանձնացնենք այն ծառայությունները, որոնք մատուցվում են նաև պոլիկլինիկայում: Դրանք են.

- անվճար բուժօգնությունը սուր, անհետաձգելի և պլանային դեպքերում,

- լաբորատոր և գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները (ապահովագրության դեպքում ցանկը նշվում է, որին հաջորդում է հիվանդանոցային բուժումը),

- տարեկան մեկ անգամ կանխարգելիչ բուժօգնում անցնելու հնարավորությունը (պոլիկլինիկայում դրա համար սահմանափակում չկա),

- ապահովագրված անձին արտահիվանդանոցային պայմաններում տրամադրվում է անվճար բուժօգնություն պայմանագրի գործողության ընթացքում տեղի ունեցած դժբախտ պատահարների դեպքում:

Նշված բոլոր ծառայությունները մատուցվում են անվճար նաև պոլիկլինիկայում:

Պոլիկլինիկական ծառայությունների հետ չկրկնվող հիվանդանոցային հատուցվող բուժօգնությունը ներառում է թերապևտիկ և վիրաբուժական հետևյալ բուժումները.

ա) նյարդավիրաբուժական (այդ թվում՝ գլխուղեղի անոթային հիվանդություններ),

բ) սրտի վիրահատական և ներանոթային միջամտություններ (այդ թվում դեղապատ ստենտներ, սրտի փականների պրոթեզավորում, սրտի ռիթմը վարող սարքեր):

գ) չարորակ նորագոյացությունների ճառագայթային բուժում (հեռահար՝ 35 սեանս, ներխոռոչային՝ 10 սեանս),

դ) վերակենդանացման միջոցառումներ և ինտենսիվ թերապիա՝ մինչև 10 օր (ըստ նախարարի կողմից հաստատված հիվանդությունների ցանկի),

ե) վնասվածքներ (կոտրվածքներ, հոդախախտումներ, վերքեր, սալ-ջարդեր, պոլիտրավմաներ),

զ) էլեկտրահարություններ, այրվածքներ և ցրտահարություններ:

Նկատենք, որ պոլիկլինիկայում չեն կարող մատուցվել և, հետևապես՝ կրկնվել ա), բ), գ), դ) կետերում նշված ծառայությունների ֆինանսավորումները, որոնք շատ թանկ են, միաժամանակ պատահելու ցածր հավանականություն ունեն: Շեշտենք, որ, կախված բարդության աստիճանից, պոլիկլինիկայում և հիվանդանոցում կարող են կրկնվել ե) և գ) կետերում նշված ծառայությունների մատուցումը և, հետևապես՝ ֆինանսավորումները:

Պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային բուժսպասարկման դեպքում ծախսերի տարբերության հիմնական տարրերն են՝ հիվանդասենյակի, հիվանդանոցի կոմունալ և տնտեսական ծախսերը, պետպատվերի շրջա-

նակներում բուժվող հիվանդությունների գծով ապահովագրված անձի կողմից վճարման ենթակա համավճարները: Տարբերություններ կան նաև բուժանձնակազմի վարձատրության չափերի միջև:

Սոցիալական փաթեթի մեջ ընդգրկված անձանց առողջապահության համար նմանատիպ ծառայությունների կրկնությունների մեծությունը գնահատելու համար հարկ է նշել, որ, իհարկե, հիվանդանոցային բուժումը հնարավոր չէ փոխարինել պոլիկլինիկականով, սակայն հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ վերը նշված կրկնվող բուժօգնությունների տեսակները բժշկական առումով դասվում են ոչ ծանր կամ ոչ հիվանդանոցային սպասարկման դեպքերին, և սպառողներն իրենք նախընտրում են դրանց համար ստանալ պոլիկլինիկական ծառայություն, ուստի մեր գնահատմամբ՝ կրկնվող ծառայությունները և դրանց ֆինանսավորումը 60-65 տոկոս է: Հետևապես, հաշվի առնելով սոցփաթեթում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային և պոլիկլինիկական ծառայությունների որոշ բաղադրիչների նմանությունները և կրկնությունը և այն բացառելու խնդիրը, սոցփաթեթի մեջ ընդգրկված անձանց պոլիկլինիկական սպասարկման ֆինանսավորումը նպատակահարմար կլինի իրականացնել (ապահովագրավճարների միջոցով) պոլիկլինիկականերին հատուցման ձևաչափով ֆինանսավորելով ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

Նման լուծման դեպքում պոլիկլինիկական ծառայությունից նույն ծավալով օգտվելու, միաժամանակ սոցփաթեթում ընդգրկված անձանց բազային փաթեթի 3.800 հազ. դրամ ապահովագրական ծածկույթը (կամ ապահովագրական գումարը) մեծացնելու և ծառայությունների տեսակները ընդլայնելու հնարավորություն է առաջանում՝ ներառելով նրա անձնական բյուջեի համար ոչ մատչելի և ավելի թանկ առողջապահական ծառայություններ: Նկատենք, որ եթե տվյալ անձի բուժումը պահանջի հիվանդանոցային տարբերակ, ապա առաջարկվող սխեման դա չի սահմանափակում: Այս դեպքում հարց կառաջանա. բուժօգնությունների ծավալների աճին, կամ ավելի ճիշտ կլինի ասել՝ ապահովագրական դեպքերի աճին զուգահեռ անհրաժեշտ կլինի ավելացնել բազային փաթեթի ապահովագրավճարի 52 հազ. դրամ մեծությունը, քանի որ փոխվում է նաև բազային փաթեթում ընդգրկված ծառայությունների ցանկը: Նման փաստարկի համաձայնելով՝ այդուհանդերձ հարկ է թվարկել դրա վրա ազդող բոլոր այլ գործոնները: Այս դեպքում ապահովագրվողների ավելացումը կատարվում է առավել ցածր ծանրության, թվով շատ և նվազ ծախսատարություն ունեցող, միաժամանակ ավելի բարձր հավանականություն և հստակ վիճակագրություն ունեցող դեպքերի հաշվին (հաշվի առնելով երկար տարիների թվային շարքերը), իսկ բարձր ծանրություն ու մեծ ծախսատարություն և միաժամանակ առավել նվազ հավանականություն ունեցող դեպքերը արդեն ներառված են ապահովագրողների փաթեթներում:

Դրան զուգահեռ՝ նաև անհրաժեշտ է դիտարկել սոցիալական փաթեթի շրջանակներում գործող ապահովագրական ընկերությունների՝ առողջության ապահովագրության պրոդուկտի վնասաբերության աստիճանը, որը հաշվարկվում է՝ տարվա ընթացքում ապահովագրավճարների մեծու-

թյունը հարաբերելով հատուցումների, չվաստակած ապահովագրավճարների պահուստի և վնասների պահուստների միջոցների հանրագումարին: Եթե պրոդուկտի վնասաբերության աստիճանը գերազանցում է 87%-ը, կամ եկամտաբերությունը պակաս է 13 տոկոսից, ապա միայն այդ դեպքում է նպատակահարմար անդրադառնալ ապահովագրավճարների վերանայման խնդրին: Դա այն եկամտաբերությունն է, որը բոլոր կողմերին պետք է ընդունելի լինի անուղղակի պարտադիր ապահովագրության համար, որը ապահովագրողների ապահովագրավճարների պորտֆելի կառուցվածքում զբաղեցնում է երկրորդ տեղը: Մասնավորապես, 2012 թ.⁶ տվյալներով ապահովագրական համակարգի հաշվեգրված ապահովագրավճարների կառուցվածքում առողջության ապահովագրությունը կազմել է 35.8%, որը հիմնականում ձևավորվել է սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության հաշվին:

Պատկերը առավել ամբողջական ներկայացնելու համար պետք է նշել, որ ապահովագրողները սոցիալական փաթեթի շրջանակներում հավաքում են ավելի շատ ապահովագրական վճարներ, քանի որ սոցփաթեթի շատ սպառողներ նախընտրում են բազային փաթեթի համար վճարել ոչ թե նվազագույն 52 հազ. դրամ, այլ ավելի: Օրինակ՝ ապահովագրական ծածկույթում ներառում են նաև ընտանիքի մեկ այլ անդամի՝ ամուսնուն, կնոջը կամ երեխային, քանի որ սոցիալական փաթեթի համար հատկացված 132 հազ. դրամի մյուս բաղադրիչների համար նախատեսված 80 հազ. դրամը և կարող է ուղղվել առողջապահության ապահովագրությանը՝ ավելի ընդգրկուն փաթեթներ ձեռք բերելու կամ ծածկույթում ընտանիքի անձանց ներառելու համար: Այդ գործոնը հաշվի առնելով՝ պետք է նշել, որ ապահովագրական ընկերություններում սոցիալական փաթեթի շրջանակում մեկ անձի առողջության ապահովագրավճարը միջինը ոչ թե 52 հազ. դրամ է, այլ, մեր գնահատմամբ, ոչ պակաս, քան 80 հազ. դրամ:

Սոցիալական փաթեթում ընդգրկված անձանց առողջության ապահովագրության հիվանդանոցային ծառայությունների որոշ բաղադրիչների ֆինանսավորման և նույն անձանց համար բյուջետային խողովակով հատկացվող պոլիկլինիկական ֆինանսավորման կրկնության հետևանքով առաջանում է սուղ միջոցների անարդյունավետ ծախսում (չասենք վատնում): Մինչդեռ կրկնաֆինանսավորման փոխարեն միջոցները կարող էին ուղղվել նույն անձի համար պահանջվող ավելի խորը մասնագիտացված և թանկարժեք բուժումների ֆինանսավորմանը: Այդ դեպքում կմեծանա բազային ապահովագրական ներկայիս 3.800 հազ. դրամ ծածկույթը և կընդլայնվի ծառայությունների ցանկը: Անհրաժեշտություն առաջանալու դեպքում նույն անձը կկարողանա օգտվել ավելի թանկարժեք առողջապահական ծառայություններից:

Հարկ է նշել, որ ստեղծված իրավիճակը նվազեցնում է մասնավոր բժշկական հաստատությունների կողմից առաջարկվող առավել ծախսատար ախտորոշումների և ստացիոնար վերականգնողական բուժման ծա-

⁶ Տե՛ս «Հայաստանի ֆինանսական համակարգը: Ձարգացում, կարգավորում, վերահսկողություն, 2012 թ.», 33 կենտրոնական բանկ, էջ 58, <https://www.cba.am>

ռաջություններից օգտվելու հնարավորությունները: Մյուս կողմից, այն թուլացնում է առանց այն էլ հետ մնացած մարզային առողջապահության զարգացումը: Կրկնակի ֆինանսավորումը աշխատում է ոչ թե մարզերի պոլիկլինիկական ծառայությունների, այլ նմանատիպ վճարովի պոլիկլինիկաների օգտին, որոնք փոխկապված են ապահովագրական ընկերությունների հետ և գտնվում են Երևանում: Հետևաբար, խնդրի ազդեցությունը զնահատելիս պետք է նկատել, որ ստեղծվում է նաև լրացուցիչ զործոն, որը բացասաբար է ազդում մարզերում առողջապահական ծառայությունների զարգացման և ընդհանուր առմամբ կառավարության հռչակած ՀՀ տարածքային համաչափ զարգացման քաղաքականության վրա: Եթե դրան հավելենք նաև այն, որ սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները⁷ դրանք կարգավորող միջգերատեսչական հանձնաժողովի կողմից հաստատվել են այնպես, որ Երևանում 30-33%-ով բարձր են մարզերի համանման ծառայությունների գներից, ապա պատկերն ավելի ամբողջական կդառնա:

Հետևանքը լինում է այն, որ ոլորտը կարգավորող մարմինը՝ առողջապահության նախարարությունը, կորցնելով «կարգավորվող շուկայի» վրա տնտեսական կառուցակարգերով ներգործելու հնարավորությունը, փորձում է վարչարարական միջոցներով զսպել հիվանդների հոսքը մարզերից դեպի Երևանի բուժօգնություններ և այդ եղանակով ապահովել մարզային բուժօգնությունների անհրաժեշտ ծանրաբեռնվածությունը հիվանդներով: Մասնավորապես՝ հղիներին ծննդօգնության սերտիֆիկատներով տրվող բուժօգնությունը մարզերի բնակիչները այսուհետև կարող են անվճար ստանալ միայն իրենց բնակության վայրի տարածքային առողջապահական հաստատությունում⁸: Ի դեպ, տվյալ մոտեցումը վիճահարույց է նաև մարդու իրավունքների սահմանափակման տեսանկյունից, քանի որ մարդիկ անվճար որակյալ առողջապահական ծառայություններ ստանալու առումով բաժանվում են երկու խմբի՝ մարզերի և Երևանի բնակիչների:

Ներկայացված իրավիճակը վկայում է, որ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգը պահանջում է արմատական բարեփոխումներ, քանի որ առկա ձևաչափը նվազեցնում է առողջապահական համակարգի կարողությունները, արդյունավետությունը, սահմանափակում է

⁷ Տե՛ս Սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները կարգավորող միջգերատեսչական հանձնաժողովի 2013 թ. փետրվարի 25-ի թիվ 1Ա որոշումը «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի № 1691-Ն որոշման մեջ ներառված առողջության ապահովագրության շրջանակներում բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և կողմնորոշիչ գները հաստատելու մասին», <http://www.minfin.am/>

⁸ Տե՛ս «Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը և ըստ բժշկական կազմակերպությունների հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումներն ու պայմանները հաստատելու մասին» և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 22 հունվարի 2013 թվականի № 89-Ա հրամանը ուժը կորցրած ճանաչելու մասին, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի, 20 մայիս 2013 թ. № 1371 -Ա հրաման:

քաղաքացիների առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունները՝ միևնույն ֆինանսավորման մակարդակի դեպքում, կասկածելի է դարձնում պետական բյուջեից ոլորտին հատկացվող ֆինանսական միջոցների նպատակայնության ապահովումը, լիարժեք չի օգտագործում առողջապահության ծառայությունների միասնական համակարգին մասնակից դարձած ապահովագրողների կարողությունները:

Նկատենք, որ ստեղծված իրավիճակում, երբ առողջության ապահովագրություն իրականացնող ապահովագրական ընկերությունները վերածվել են բուժհաստատությունների ֆինանսավորումը իրականացնող միջնորդների, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը պահանջում է առավել արմատական վերանայում և ամբողջական լուծումների ամրագրում: Վերը ներկայացված առաջարկը ինքնին հանգեցնում է բոլորի համար անվճար առաջնային պոլիկլինիկական ֆինանսավորման վերնայմանը: Մասնավորապես, սոցիալական փաթեթում ընդգրկված անձանց պոլիկլինիկական ծառայությունները առողջության ապահովագրության խողովակով իրականացնելը նշանակում է որոշակի խմբի անձանց համար անվճար առաջնային պոլիկլինիկական ֆինանսավորման վերանայում: Ընդ որում, դա չի վատացնում, այլ հակառակը՝ լավացնում է վիճակը միաժամանակ բնակչության երկու խմբի՝ սոցիալական փաթեթի մեջ ներառված քաղաքացիների և մնացած քաղաքացիների համար մատուցվող առաջնային պոլիկլինիկական ծառայությունների որակը: Այդ պնդումը հիմնվում է այն բանի վրա, որ առողջության ապահովագրության միջոցով իրականացվող ծառայությունների որակը պետք է անհամեմատ բարձր լինի, քանի որ ապահովագրողները այս դեպքում օբյեկտիվորեն ստանձնում են ծառայությունների որակը վերահսկողի գործառույթը: Մնացած բնակչության պոլիկլինիկական ծառայության որակը ևս պետք է բարձրանա այն պարզ պատճառով, որ հնարավորություն է ստեղծվում ավելացնելու դրանց ֆինանսավորման չափը՝ անմիջապես բյուջետային խողովակով: Բացի դրանից, միևնույն պոլիկլինիկայում սպասարկվող սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրությունից օգտվող անձին և պետպատվերով այդ ծառայությունից օգտվողին հնարավոր չէ տրամադրել որակապես տարբերվող ծառայություններ: Պոլիկլինիկաները կհայտնվեն, լավ իմաստով, միանգամից երկու «ստուգող աչքի» դիտակետում՝ պետության համապատասխան մարմինների, որոնք այսօր էլ իրականացնում են այդ վերահսկողական գործառույթները, և ապահովագրողի, որը օբյեկտիվորեն ստանձնում է ապահովագրված անձանց շահերի պաշտպանությունը:

Սոցիալապես սխեմայից օգտվող անձանց պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորումը ապահովագրական խողովակով իրականացնելու դեպքում, ի դեմս ապահովագրողների (հիմնված նրանց տնտեսական շահի վրա), առաջ կգա մի օղակ, որը հիվանդին կդիտի բոլոր մակարդակների բուժհաստատությունների կողմից առողջապահական ներգործության մեկ օբյեկտ՝ առողջապահական ծառայությունների մատուցած բոլոր մասնակիցների համա-

տեղ պատասխանատվությամբ: Այդպիսով, այդ մոտեցումը ապահովագրողը կարող է պարտադրել առողջապահության տարբեր մակարդակի առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին: Միաժամանակ նկատենք, որ այսօր քաղաքացիների անունից առողջապահության ծառայությունների որակը վերահսկող կամ շահերը պաշտպանող ինստիտուտ, բացի պետական համապատասխան մարմիններից, գոյություն չունի:

Նշենք, որ առաջարկված մոտեցման լուծումները ամրագրելու համար ծախսեր և երկար ժամանակ չեն պահանջվի, փոխարենը անհրաժեշտ է քաղաքական կամք և պրոֆեսիոնալ մոտեցում, որպեսզի ճիշտ հավասարակշռվեն բոլոր կողմերի՝ առողջապահական ծառայություններից օգտվողների, բուժիաստատությունների, ապահովագրական ընկերությունների և պետության շահերը: Քաղաքական կամքը (օրենսդրական նախաձեռնությունով հանդերձ) այս դեպքում անհրաժեշտ է, որպեսզի պետությունը հրաժարվի 2006 թ. բոլորի համար ներդրված անվճար պոլիկլինիկական ծառայության մոտեցումից՝ հօգուտ նույն ծառայությունը առողջապահության ապահովագրության միջոցով հատկացնելու առայժմ միայն սոցիալաբեթից օգտվող անձանց համար (հարկ է նշել, որ այդ խնդիրը առաջանալու է նաև առողջության պարտադիր ապահովագրության դեպքում):

ШЕРАЗ ДЖНДОЯН – О некоторых вопросах финансирования системы здравоохранения РА. – В статье рассмотрены проблемы финансирования системы здравоохранения Армении и предложены варианты их решения. После официального введения платежей за медицинские услуги не был поднят вопрос об оптимальной пропорциональности безвозмездного государственного финансирования через систему госзаказа и указанных платежей, что, с одной стороны, стимулировало бы высокое качество услуг, а с другой, обеспечило бы их доступность. Ныне пользователи пакета социальных услуг, предоставляемых государством, обеспечиваются медицинскими услугами, схожими с их безвозмездным первичным поликлиническим обслуживанием. Чтобы повысить эффективность медицинских услуг и их финансирования, предлагается все эти услуги, включая поликлинические, для пользователей пакета социальных услуг финансировать через канал медицинского страхования. При этом учтены целевое использование государственного финансирования, предоставление потребителям качественных и комплексных услуг здравоохранения, а также контроль за лечением застрахованных.

SHERAZ DGNDYAN – On Some Issues of Health Care Finance of RA. – The article reviews the existing problems of financing in health system of RA, and presents possible approaches to their solution. The author points that after the introduction of official co-payments for health services, it doesn't place the matter on optimal proportion of state free funding and these co-payments, which on the one hand may stimulate the improvement of the quality of health services, and on the other, at the same time restrain access to health care for users. The author discusses the issue of existing similar

health services and financing for the persons included in the list of beneficiary of the package of social services, provided by the state and gratuitous primary outpatient medical care for the same person. For the improving of the efficiency of health services and their financing the author offers funding all health services, including primary services for persons included in the list of users of the package of social services through the channel health insurance. The positive effect of this approach is justified by comparing the interests of all stakeholders. In this case the aim and effectiveness of public funding, provisions of high-quality and comprehensive health care services to consumers, as well as a direct interest in monitoring the quality of treatment insured by the insurers are taken into account.