

ՍԱՄՎԵԼ ԶԱՆԻԲԵԿԻ ԽԱՐԱԶՅԱՆ

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ԾՐԱԳՐԱՅԻՆ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ
ՄԻՋՈՑՈՎ**

Ատենախոսություն

Ը. 00.03 - «Ֆինանսներ, հաշվապահական հաշվառում» մասնագիտությամբ
տնտեսագիտության թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման համար

Գիտական ղեկավար՝

տնտեսագիտության դոկտոր, դոցենտ

Սերգեյ Սպարտակի Սուքիասյան

ԵՐԵՎԱՆ 2018

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....3

ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՐԴԻ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ.....9

1.1. Առողջապահությունը որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի բաղկացուցիչ տարր և մարդկային կապիտալի զարգացման միջոց.....9

1.2. Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման միջազգային փորձի վերլուծությունը.....19

1.3. Առողջապահական համակարգում ծրագրային բյուջետավորման և ըստ արդյունքների ֆինանսավորման մոտեցումները38

ԳԼՈՒԽ 2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ48

2.1. ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հիմնական սկզբունքները.....48

2.2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական պետական ծախսերի ընդհանուր գնահատականը.....65

2.3. Առողջապահության համակարգում կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման գործող համակարգերը74

ԳԼՈՒԽ 3. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ.....86

3.1. Ծրագրային բյուջետավորման զարգացմանն ուղղված արդյունքների գնահատման մեթոդի ներդրում.....86

3.2. Առողջապահության բյուջեի կառուցվածքային փոփոխություններ.....96

3.3. Ցուցանիշների համախմբի միջոցով առողջապահության ֆինանսավորման գնահատում104

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ115

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ.....118

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ126

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ.....129

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հետազոտության թեմայի արդիականությունը: Հասարակության զարգացման տարբեր ժամանակահատվածներում կիրառվել են առողջապահության կազմակերպման, կառավարման և ֆինանսավորման տարբեր մոտեցումներ, որոնք բնորոշ են եղել տվյալ հասարակարգի քաղաքականությանը և սոցիալ-տնտեսական հարաբերություններին: Հայաստանի Հանրապետությունում անկախության հռչակումից հետո ձևավորվեցին նոր քաղաքական, տնտեսական և սոցիալական հարաբերություններ և նորանկախ հանրապետությունում սկզբնավորվեց բարեփոխումների գործընթաց ինչպես տնտեսության տարբեր բնագավառներում, այնպես էլ առողջապահության համակարգում:

Դիտարկումները ցույց են տալիս, որ չափազանց քիչ են ուսումնասիրված ՀՀ-ում վերջին տարիներին իրականացված առողջապահության համակարգի բարեփոխումների, ներդրված ֆինանսավորման մեխանիզմների արդյունքները, մեծամասամբ բացակայում է դրանց գնահատումը: Մինչդեռ 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 թվականից տարանջատվեցին, իսկ 2002 թվականից կրկին միաձուլվեցին առողջապահության քաղաքականություն իրականացնողի և ֆինանսավորողի ֆունկցիաները՝ պետական առողջապահական գործակալությունը կառուցվածքային բարեփոխումների շրջանակներում դարձնելով ՀՀ առողջապահության նախարարության առանձնացված ստորաբաժանում: Սակայն, չնայած դրան, ֆինանսավորումը շարունակում է իրականացվել բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրային փոխհարաբերությունների հիման վրա՝ միասնական վճարողի սկզբունքով: Բնականաբար այս դեպքում քաղաքացիներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց վճարում է պետությունը: Պետությունն է հավաքում հարկեր, կազմակերպում է բժշկական օգնության իրականացումը և դրա դիմաց ուղղակի վճարումը: Որպես կանոն կառավարությունը պլանավորում է պետական բյուջե՝ առողջապահության կարիքների ապահովման

նպատակով, որոշելով թե ռեսուրսների ո՞ր մասը պետք է ուղղել այդ նպատակի համար, ինչպես նաև սահմանում է թե ինչպե՞ս և ի՞նչ գներով պետք է փոխհատուցվեն ծառայությունները: Չնայած միասնական վճարողի սկզբունքի կիրառմանը, վերջին ժամանակաշրջանում (2012-2013 թթ-երին) 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 դերը այս պարագայում ամբողջովին իրացված չէր ոչ միայն ինստիտուցիոնալ կառույցների առկայությամբ և ներուժով, այլ նաև օրենսդրորեն: Փորձեր են կատարվում նաև պաշտոնականացնել բնակիչների կողմից կատարվող այլ մասնավոր վճարումները՝ ներդնելով համավճարային սկզբունքը (2011 թ-ից), ինչը պետք է բերեր բնակչության կողմից մասնավոր ծախսերի թափանցիկության բարձրացման և որոշ չափով կրճատման: Սակայն, չնայած դրան շարունակվում է մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշռի գերազանցումը պետական ծախսերի նկատմամբ (2015 թվականի տվյալներով մասնավոր ծախսերը կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 82%-ը՝ պետական ծախսերի 17%-ի պայմաններում), ինչը բնորոշ չէ պետական կամ բյուջետային ֆինասավորման համակարգին՝ ինչպիսին Հայաստանում է: Ավելին, մասնավոր ծախսերից միայն 1%-ն է կազմում կամավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով իրացված ծախսերը¹, իսկ առյուծի բաժինը ընկնում է մասնավոր՝ գրպանից կատարված ծախսերին, որի մեջ զգալի տեսակարար կշիռ ունեն ոչ պաշտոնական վճարումները: Այս ամենը այն պարագայում, երբ պետական կամ բյուջետային մոդել ունեցող երկրներում պետական ծախսերն ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 60%-ից ավելին են կազմում: Կյանքի որակը բնութագրող ցուցանիշների իմաստով նույնպես Հայաստանը առաջընթաց չի գրանցում, իսկ ոչ վարակիչ հիվանդությունների աճը և դրանցից մահացության և հաշմանդամության ծավալները ահագնացնող են: Այդ իմաստով Հայաստանը զբաղեցնում է 166-րդ տեղը

¹ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների գեկույց, 2016 թվական

197 երկրների մեջ՝ 100.000 բնակչի հաշվով արձանագրելով 908 մահվան դեպք կամ ընդհանուր մահվան դեպքերի մոտ 90%-ը (2015թ): Իսկ Հայաստանում 2017 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ 15-ից 60 տարեկան որոշակի ֆունկցիոնալ խանգարումներով հաշմանդամների թիվը կազմում է բնակչության 6.7%-ը, թեպետ համաձայն ԱՀԿ տվյալների աշխարհում այդ ցուցանիշը կազմում է 2.2-3.8%-ը:² Այս պայմաններում պետական բյուջեի միջոցների ավելացման տեմպերը (համաձայն ՄԺԾԾ 2018-2020 թթ և ՀՁՌԾ 2014-2025թթ) քիչ խոստումնալից են, հետևաբար առողջապահության՝ որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի կարևորագույն տարրի, ինչպես նաև որպես մարդկային կապիտալի զարգացման միջոցի, ֆինանսավորման համակարգում արդյունավետ ծախսման մեխանիզմների ներդրումը առավել քան արդիական են:

Աշխարհում նմանատիպ համակարգերը, որոնք գործում են պետական բյուջետային ֆինանսավորման մոդելների պայմաններում, հայտնի են որպես ծրագրային բյուջետավորման համակարգեր, որոնք նպաստում են ծախսերի ֆինանսական և սոցիալական արդյունավետության բարձրացմանը՝ արդյունքների կարևորման և դրանց մասին բարելավված տեղեկատվության ապահովման միջոցով:

Վերը նշված՝ հանգուցալուծում պահանջող հիմնահարցերի արդիականությամբ և լուծման հրատապությամբ է պայմանավորված ատենախոսության թեմայի ընտրությունը, հետազոտության կառուցվածքը և տրամաբանությունը:

Հետազոտության նպատակը և խնդիրները: Ատենախոսության նպատակն է ուսումնասիրել առողջապահության համակարգը, ֆինանսավորման հիմնական մոտեցումները, միջազգային պրակտիկայում լավագույն փորձը և հաշվի առնելով ՀՀ-ում գործող առողջապահական համակարգի առանձնահատկությունները, առաջարկել ՀՀ-ում առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման կատարելագործման ուղիներ: Այս տեսանկյունից ատենախոսությունում փորձ է կատարվել՝

- Լուսաբանել առողջապահության որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի էությունը և դերը սոցիալ-տնտեսական համակարգում,
- Ուսումնասիրել առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մոտեցումներն ու առանձնահատկությունները, այդ գործընթացին վերաբերող միջազգային փորձը,

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

համեմատել գործող ֆինանսավորման մոդելները,

- Ուսումնասիրել առողջապահական հիմնական ցուցանիշները, դրանց ազդեցությունը մարդկային կապիտալի վրա,
- Գնահատել ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ներկա իրավիճակը, ուսումնասիրել համակարգում իրականացված բարեփոխումները, դրանց շարունակման կամ այլ բովանդակության բարեփոխումներ իրականացնելու անհրաժեշտությունը,
- Վերլուծել առողջապահության բյուջեն, դրա կառուցվածքը, պետական առողջապահական ծախսերի դինամիկան, գնահատել ծրագրային բյուջետավորման ներդրման ընթացքը, վերհանել հիմնական խնդիրները,
- Ուսումնասիրել ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ, ձևավորել դրանց համախումբ, որոնք կարող են կիրառվել առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատման համար:

Հետազոտության առարկան և օբյեկտը: Հետազոտության օբյեկտը առողջապահության համակարգն է, իսկ առարկան՝ ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը, դրա առանձնահատկությունները և զարգացման արդյունավետ ուղիները:

Հետազոտության տեսական, տեղեկատվական և մեթոդական հիմքերը:

Ատենախոսության համար տեսական հիմք են հանդիսացել տնտեսագիտության տեսության և առողջապահության ֆինանսավորման վերաբերյալ արտասահմանյան և հայրենական մի շարք գիտնականների կողմից կատարված հետազոտությունները, հրապարակումները և գիտավերլուծական նյութերը:

Աշխատանքի տեղեկատվական հիմք են հանդիսացել ՀՀ և այլ պետությունների վերաբերյալ վիճակագրական տվյալները, միջազգային կազմակերպությունների տեղեկագրերը (ԱՀԿ, ՏՀԶԿ, ՀԲ), և փորձագիտական գնահատականները, ՀՀ առողջապահության համակարգը կարգավորող օրենսդրական և նորմատիվային ակտերը, ՀՀ առողջապահության նախարարության և նրա աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) կողմից մշակված՝ առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ծրագրերը, ՀՀ ազգային վիճակագրական

ծառայության հրատարակումները:

Հետազոտության ընթացքում կիրառվել են տնտեսավիճակագրական խմբավորումների համեմատական գնահատման մեթոդները:

Հետազոտության հիմնական արդյունքները և գիտական նորույթը:

Ատենախոսության հիմնական գիտական արդյունքներն ու նորույթը կայանում են հետևյալում.

✓ Մշակվել են առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող անձանց գործունեության արդյունքների գնահատման վրա հիմնված ֆինանսավորման նորմատիվային արժեքները և ծանրաբեռնվածության գործակիցները:

✓ Հիմնավորվել և առաջարկվել է ռազմավարական ծրագրերին և գերակա խնդիրներին համապատասխան առողջապահության բյուջեի կառուցվածք, որը ենթադրում է բյուջեի խմբերի, դասերի և ծրագրերի վերակազմավորում և վերախմբավորում՝ առկա խնդիրների լուծմանն ուղղված միջոցառումների և գործողությունների գնահատմամբ:

✓ Մշակվել է «Հայաստանի առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի գնահատման սանդղակ», որը հնարավորություն կտա ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների, ինչպես նաև ռիսկերի կառավարման արդյունքների չափման միջոցով գնահատել առողջապահությանն ուղղվող ֆինանսական միջոցների արդյունավետությունը՝ կարճաժամկետ և երկարաժամկետ հատվածում:

✓ Ներկայացվել են ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման ռազմավարական ծրագրի նոր դրույթներ, որոնք արտացոլում են հետևյալ խնդիրների լուծումը՝ բնակչության կողմից ուղղակի կատարվող առողջապահական ծախսերի կրճատում, բժշկական օգնության գների ձևավորման և առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի հիմնական սկզբունքների սահմանում, առողջապահության ֆինանսավորման մոդելի սահմանում:

Հետազոտության արդյունքների տեսական և գործնական նշանակությունը:

Աշխատանքի տեսական նշանակությունը կայանում է նրանում, որ հետազոտելով միջազգային փորձը և հայ գիտնականների՝ այս ոլորտին վերաբերող աշխատանքները, միասնական մեթոդաբանական մոտեցման համատեքստում

դիտարկվել և վերլուծվել են ՀՀ առողջապահության համակարգի և դրա ֆինանսավորման առանձնահատկությունները և հիմնախնդիրները:

Ատենախոսության տեսական և գործնական արդյունքները կարող են հիմք հանդիսանալ ՀՀ կառավարության ծրագրով նախատեսված 2019 թվականից ծրագրային բյուջետավորման անցման քայլերի մշակման ընթացքում:

Ձեռք բերված գիտական արդյունքների մի մասը՝ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցողներին ըստ գործունեության ցուցանիշների լրացուցիչ փոխհատուցման առաջարկվող մոտեցումների կիրառման վերաբերյալ առկա է հետաքրքրվածություն Մոնղոլիայի Հանրապետության, Տաջիկստանի Հանրապետության, ԼՂՀ առողջապահական համակարգերի կողմից: Հետազոտության արդյունքները կարող են օգտակար լինել նաև առողջապահության ֆինանսավորման, բյուջետավորման գործընթացն ուսումնասիրող տնտեսագետների, ինչպես նաև այլ հետազոտողների համար: Հետազոտության արդյունքները կարող են օգտագործվել բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների ուսանողների, առողջապահության կազմակերպիչների ուսուցման, ինչպես նաև վերջիններիս մասնագիտական որակավորման դասընթացներում:

Հետազոտության արդյունքների փորձարկումը և հրապարակումները:

Հետազոտության որոշ արդյունքներ, որոնք վերաբերում են առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում ցուցանիշների գնահատման վրա հիմնված ֆինանսավորմանը, տեղեկատվական համակարգերի կառուցվածքին, բյուջեի պլանավորման ոչ ֆինանսական ցուցանիշներին, օգտագործվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալության կողմից մշակված ենթաօրենսդրական փաստաթղթերում և հրապարակումներում:

Ատենախոսության հիմնական դրույթներն իրենց արտացոլումն են գտել հեղինակի 7 գիտական հոդվածներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը: Ատենախոսությունը բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացություններից և առաջարկություններից, օգտագործված գրականության ցանկից, հավելվածից և հապավումների ցանկից:

ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՐԴԻ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

1.1. Առողջապահությունը որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի բաղկացուցիչ տարր և մարդկային կապիտալի զարգացման միջոց

Առողջությունն ընդհանուր ֆիզիկական, հոգեկան բարեկեցության վիճակ է, և ոչ թե միայն ֆիզիկական թերությունների և հիվանդությունների բացակայություն: Այն հանդիսանում է կյանքի որակի բարելավման, սոցիալական առաջընթացի պայման և նախադրյալ, ուստի պետության սոցիալական քաղաքականության հաջողության աստիճանը կարելի է որոշել բնակչության առողջության վրա նրա ազդեցության չափով: Ինչպես նշված է Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ) հոչակագրում. «Բարձր մակարդակի առողջության տիրապետումը մարդու հիմնական իրավունքներից մեկն է³»:

Հասարակական առողջությունն ազգային անվտանգության ապահովման, անհատի և հասարակության ներդաշնակ զարգացման գործոն է, որը գտնվում է սոցիալ-տնտեսական, բարոյահոգեբանական, վարքաբանական և կենսաբանական գործոնների ազդեցության ներքո: Հարկ է նշել, որ առողջության վրա ազդող բազմաթիվ գործոններ, ինչպիսիք են շրջակա միջավայրը, ապրելակերպը, կենցաղը, արտադրությունը, սոցիալ-տնտեսական և ժառանգական գործոնները, գտնվում են առողջապահության ոլորտի շրջանակներից դուրս:

Առողջապահությունն ընդգրկում հասկացություն է, որը չունի համապարփակ միջազգային սահմանում և կառուցվածք: Այն, ընդհանուր առմամբ, բնութագրվում է որպես բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման, հիվանդացության կրճատման, կյանքի տևողության աճի և կյանքի որակի խթանման՝ հասարակական ջանքերով կազմակերպվող գործընթաց: Առողջապահությունը կարելի է դիտարկել նաև որպես սոցիալական, տնտեսական և քաղաքական համակարգ, որի հիմնական գործառույթը և վերջնական նպատակը բժշկական ծառայությունների մատուցումն է⁴:

³ The World Health Report, p. 7, 2010, Health system financing analyses

⁴ Л. Щербачков, Г. Самохлаова, “Здравоохранение в современном мире: перспективы развития”, Москва, Изд.

Առողջապահությունը կարելի է բնորոշել նաև որպես պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հսկողության ներքո բժշկական գործունեություն իրականացնող անձանց և կազմակերպությունների (անկախ սեփականության ձևից) ամբողջականություն, որոնք զբաղված են մարդու առողջության պահպանմանն ու բարելավմանն անմիջականորեն ուղղված գործունեության տեսակներով (ախտորոշում, դեղագործություն, սանիտարական աշխատանքներ և այլն):

Տնտեսության կառուցվածքում առանձնացվում են նյութական (առարկայական, նյութաիրային ապրանքներ ստեղծող) և ոչ նյութական (արտադրվող ծառայություններն անմիջականորեն սպառվում են) արտադրության ճյուղերը: Ա. Վյակովի կարծիքով, այն փաստարկը, որ առողջապահության արտադրանքը (օրինակ՝ դեղամիջոցները) ստեղծվում է նյութաիրային տեսքով, կիրառվում են նյութական տարրեր, արհեստական օրգաններ, տեխնոլոգիաներ, համոզիչ չէ առողջապահությանը նյութական արտադրության ճյուղ համարելու համար: Նյութականացված, առարկայական տարրերի առկայությունը, ինչպես նաև մարդու՝ բժշկական ներգործության ենթարկվող օրգանիզմի մարմնային բնույթը երկրորդական են դառնում բուժծառայությունների սոցիալական բնույթի համեմատությամբ, որը բնորոշում է դրանց բնական, գիտական և տեղեկատվական բաղադրիչները⁵:

Ոչ նյութական արտադրության ոլորտում ստեղծվում են և նյութական, և ոչ նյութական ծառայություններ: Սոցիալական ոլորտի ենթակառուցվածքները հանդիսանում են ոչ նյութական արտադրության ճյուղեր: Այդ ճյուղերի թվին առողջապահությունը դասելու չափանիշներից հարկ է նշել ծառայությունների սոցիալական ուղղվածությունը (մատուցվում են մարդու պահանջմունքների բավարարման նպատակով), արտադրության և սպառման ժամանակային

Մտորմ 2017, 76ս.

“Общественное здоровье и здравоохранение”, под ред. В. Миняева, Н. Вишнякова, Москва, 2004, 527 с.

Решетников А., Алексеева В., Ефименко С., Галкин Е., Жилина Т., Ильясова Л., Кобяцкая Е., Шамшурина Н., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2004, 271 с.

Семенов В., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2-е изд. с доп.2015, 649 с

Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S., “Health systems in transition: learning from experience”, World Health Organization, Copenhagen, 2004, 152 p.

Preker A., Feachem C., “Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe”, 1995, World Bank Technical Paper N293, 118 p.

⁵ Вялков А., Райзберг Б., Шиленко Ю., “Управление и экономика здравоохранения”, Москва, 2004, 327 с.

համընկնումը, պահպանման և փոխադրման անհնարինությունը (օրինակ, անհնար է գինեկոլոգիական վիրահատության ծառայությունը պահել, պահեստավորել կամ տեղափոխել), մատակարարի և սպառողի միջև անմիջական շփման հնարավորությունը:

Նշենք, որ բուժօժանություններում նյութականն ու ոչ նյութականն անքակտելիորեն զուգակցվում են: Նույնքան պայմանական է ծառայությունների խմբավորումն՝ ըստ մասնակցության. անհատական, ընտանեկան, հավաքական, խմբային, և զանգվածային: Հավաքական, խմբային ծառայություններում միևնույն բժիշկը սպասարկում է բազմաթիվ հաճախորդների: Գործնականում գերակշռում են անհատական ծառայությունները, մինչդեռ զանգվածային ծառայությունները (հակահամաճարակային, սանիտարահիգիենիկ և այլ) կազմում են հարաբերականորեն ոչ մեծ մասնաբաժին: Ընդ որում, ծառայությունների անհատական ուղղվածությունը զուգակցվում է բուժման զանգվածային միջոցների և եղանակների հետ:

Ինչպես հասարակական տնտեսության ցանկացած ճյուղ, առողջապահությունը ևս ունի մի շարք առանձնահատկություններ, որոնցով էլ պայմանավորվում է տնտեսական փոխհարաբերությունների առանձնահատուկ ձևերի առկայությունը: Դրանցից հարկ է նշել հաճախորդի անձնական կողմնորոշվածությունը (որն արտահայտվում է գործունեության հասցեագրված բնույթով), առողջապահության ֆինանսավորման տարբեր եղանակների և բուժօգնության փոխհատուցման ձևերի (վճարովի, անվճար, խառը) միահյուսման բարդությունը, առողջության վրա ինքնաբուժման զգալի ազդեցությունը, հաճախորդների և բուժող անձնակազմի փոխհարաբերություններում բարոյաէթիկական գործոնների զգալի դերը:

Թեև առողջապահության մի շարք հատկանիշներ բնորոշ են նաև տնտեսության այլ ճյուղերին, սակայն մեծ թվով տնտեսական բնութագրիչներ առողջապահությունում առկա են անհամեմատ ավելի մեծ չափով, քան այլ ճյուղերում: Այդպիսիք են անորոշությունը (սկսած հիվանդության պատահական բնույթից մինչև բուժման արդյունավետության գնահատումը), պետության մասնակցության չափը, ինչպես նաև մարդկանց այն գործողությունները, որոնք այլ մարդկանց համար առաջացնում են շահույթ կամ ծախսեր: Այդ բնութագրիչներից է նաև տեղեկատվական

անհամաչափությունը. մասնագետը (բժիշկն), ընդհանուր առմամբ, ունի զգալիորեն ավելի մեծ գիտելիքներ և տեղեկատվություն հիվանդության ախտորոշման և բուժման գործընթացների վերաբերյալ, քան հաճախորդը (սպառողը), իսկ վերջինս ավելի տեղեկացված է սեփական առողջության վիճակի մասին, քան ապահովագրողները⁶:

Որպես համակարգ, առողջապահությունն ընդգրկում է հասարակության և պետության սոցիալ-տնտեսական փոխհարաբերությունները, որոնց զարգացմանը կարող են նպաստել պետական կարգավորման կազմակերպական, ֆինանսական, տեխնոլոգիական, իրավական և այլ մեխանիզմները: Հանրային առողջապահությունն ընդգրկում է պրոֆիլակտիկ, հակահամաճարակային և սանիտարահիգիենիկ միջոցառումներ, որոնք իրականացվում են հասարակության հսկողության ներքո և հանրային ռեսուրսերի օգտագործման միջոցով:

Առողջապահությունը, որպես հասարակական արտադրության ոլորտ, բնութագրվում է իր գործունեության տեսակի և նշանակության (առողջության պահպանում) միասնությամբ, ինչպես նաև կիրառվող տեխնոլոգիաներով: Ընդ որում, դժվար է առողջապահությունը հստակորեն սահմանազատել հասարակական տնտեսության այլ ոլորտներից, քանի որ առողջության պահպանման և ամրապնդման գործում փոքր չէ նաև գործունեության այլ տեսակների դերը, որոնք մասնագիտական-բժշկական գործունեության տեսակներ չլինելով հանդերձ, ըստ էության, ձևավորում են առողջապահության, որպես ճյուղի, հենքը:

Առողջապահությունը երբեմն համարում են ծառայությունների ոլորտի բաղադրիչ, ինչպիսիք են նաև մշակույթը, կրթությունը, սոցիալական ապահովությունը, բնակչության կենցաղային սպասարկումը: Առավել ընդունված է առողջապահությունը դասել սոցիալական ճյուղերի թվին, քանի որ մի կողմից՝ այն կոչված է նպաստելու հասարակության և անհատի առողջության բարելավմանն, իսկ մյուս կողմից՝ նրա արտադրանքը հիմնականում ներկայանում է ոչ թե իրերի, այլ ծառայությունների տեսքով, ինչը հատուկ է սոցիալական ճյուղերին:

⁶ Шейман И., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2001, 324 с.
Phelps C., “Health economics”, Addison-Wesley, 1997, 687 p.

Սոցիալական ոլորտի ծառայությունները հանդես են գալիս որպես զուտ հանրային, մասնավոր կամ բացասվող հանրային բարիքներ: Զուտ հանրային բարիքներին (օրինակ՝ հակահամաճարակային միջոցառումներին) բնորոշ է ցածր բացասվողությունը. մարդիկ չեն կարող զրկվել դրանց սպառումից, առավել ևս, որ դրանք կարող են տրամադրվել անվճար: Դրանք հավաքական սպառման օբյեկտներ են, այսինքն՝ մեկ մարդու կողմից սպառման դեպքում չեն նվազում սպառման այն ռեսուրսները, որոնք մատչելի են հասարակության մյուս անդամների համար: Բացի այդ, չնայած բուժօժանությունը մատուցվում է կոնկրետ անձին, սակայն դրա դրական սպառողական արդյունքը զգում են նաև հասարակության մյուս անդամները, ովքեր չեն մասնակցում շուկայական գործարքներին (օրինակ՝ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման ծառայությունները): Մասնավոր բարիքները բաշխվում են առանձին անձանց միջև (օրինակ, ատամնաբուժական ծառայությունը սպառվում է հաճախորդի բացառիկ անհատական պատվերով): Բացասվող հանրային բարիքին բնորոշ են բարձր բացասելիությունը և ցածր մրցակցությունը. այն սպառվում է համատեղ, սակայն սահմանափակ թվով մարդկանց կողմից (օրինակ, ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժումը): Այսպիսով, սոցիալական ոլորտը ծառայություններ է արտադրում ոչ միայն հանրային, այլ նաև անհատական կարիքների բավարարման համար:

Այսպիսով, առողջապահական համակարգը ավելին է, քան բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցումը՝ ներառելով նաև հիվանդությունների կանխարգելումը և բնակչության առողջության ամրապնդումն ու խթանումը: Մի խոսքով, այն բնութագրում է առողջական վիճակը, որը հանդես է գալիս որպես պացիենտի համար հնարավոր հիվանդությունների տիրույթ՝ ներառելով ախտանշանները, ֆունկցիոնալ սահմանափակումները և կյանքի որակը⁷:

Կյանքի որակի բարձրացման կայուն պայմանների ստեղծման մեջ, գիտելիքահեն տնտեսության ստեղծման և զարգացման մեջ, տեղեկատվական հասարակության ձևավորման, քաղաքացիական հասարակության զարգացման համար մեծ առավելություններ ունեն որակյալ մարդկային կապիտալ կուտակած երկրները:

Այսինքն՝ տնտեսական գործունեության, գիտության, կառավարման և այլ ոլորտներում համաշխարհային մակարդակով կրթված, փորձառու, մրցունակ մասնագետներ ունեցող երկրները:

Մարդկային կապիտալը գիտելիքների, ունակությունների համադրություն է, որը օգտագործվում է անհատների և հասարակության՝ որպես մեկ ամբողջության բազմազան կարիքների բավարարման համար: Առաջին անգամ «մարդկային կապիտալ» տերմինը օգտագործել է Թեոդոր Շուլցը, իսկ նրա հետևորդ Գարի Բեքերը զարգացրել է այս գաղափարը՝ փաստելով մարդկային կապիտալում ներդրումների արդյունավետությունը և ձևակերպելով տնտեսական մոտեցում մարդկային վարքագծի համար: Ի սկզբանե մարդկային կապիտալի հասկացության տակ հասկացվում էր միայն ներդրումների ամբողջությունը մարդկանց մեջ, ինչը բարձրացնում էր աշխատանքի արտադրողականությունը, կրթական և մասնագիտական հմտությունները: Ս. Յու. Ռոչչինը, Տ. Օ. Ռազումովը մարդկային կապիտալը դիտարկում են որպես աշխատուժի որակական բնութագրիչ: Նրանց կարծիքով, մարդկային կապիտալի հիմքում ընկած է առանձին մարդու բնությունից օժտված կարողությունը, որը կարող է ավելանալ կրթման, մասնագիտական վերապատրաստման, աշխատանքային փորձի ձեռք բերման միջոցով⁸:

Հետագայում մարդկային կապիտալի հայեցակարգը նշանակալիորեն աճել է: Վերջին հաշվարկները, կատարված Համաշխարհային բանկի փորձագետների կողմից, մարդկային կապիտալի մեջ ներառում են սպառողական ծախսերի արժեքը՝ ընտանիքների կողմից սննդի, հագուստի, կացարանի, կրթության, առողջապահության, մշակույթի վրա կատարած ծախսերը, ինչպես նաև այս նպատակի համար կատարված պետական ծախսերը: Միևնույն ժամանակ բանկը կարևորում է ներդրումների ազդեցությունը կրթության, առողջապահության, կառավարման, ենթակառուցվածքների զարգացման վրա⁹:

⁷ Spertus et al (*Am Heart J.*2002;143:636–642) and Wilson and Cleary (*JAMA.* 1995;273:59–65)

⁸ Рощин С.Ю., Разумова Т.О. Экономика труда: экономическая теория труда: Учебное пособие. М.: ИНФА-М. 2000. С. 400

⁹ Annual report 2014, the World bank, p.115-116

Մարդկային կապիտալը, լայն իմաստով, տնտեսական զարգացման ինտենսիվ արդյունավետ գործոն է, հասարակության և ընտանիքի զարգացումը, այդ թվում՝ աշխատանքային ռեսուրսների կրթված մասը, գիտական և վարչական աշխատանքի գործիքները, շրջակա միջավայրը և այն աշխատանքային գործունեությունը, որը ապահովում է մարդկային կապիտալի՝ որպես զարգացման արտադրական գործոնի արդյունավետ և ռացիոնալ գործունեությունը: Նեղ իմաստով՝ մարդկային կապիտալը գիտելիքն է, առողջությունը, որակական և արտադրական աշխատանքը, կյանքի որակը: Մարդկային կապիտալն ինովացիոն տնտեսության և գիտելիքների տնտեսության ձևավորման և զարգացման հիմնական գործոնն է: Մարդկային կապիտալի զարգացման և որակի բարելավման պայմաններից մեկը տնտեսական ազատության բարձր ցուցանիշն է: Օգտագործվում է մարդկային կապիտալի հետևյալ դասակարգումը՝

1. Անհատական,
2. Կազմակերպության,
3. Ազգային:

Ազգային մարդկային կապիտալը երկրի մարդկային կապիտալն է, որը մտնում է երկրի ազգային հարստության կազմի մեջ: Ազգային մարդկային կապիտալը ներառում է քաղաքական, սոցիալական կապիտալը, ազգային հետախուզական գործունեությունը, ազգային մրցակցային առավելությունները և ազգի բնական ներուժը:

Ազգային մարդկային կապիտալը կազմում է զարգացող երկրների ազգային հարստության կեսից ավելին, իսկ զարգացած երկրներում՝ 70-80%-ը: Ազգային մարդկային կապիտալի առանձնահատկությունը որոշել է համաշխարհային քաղաքակրթության և աշխարհի երկրների պատմական զարգացումը, իսկ XX-XXI դարերում համարվել և շարունակում է համարվել տնտեսության և հասարակության զարգացման գլխավոր ներդրումային գործոնը:

ԱՄՆ-ում մարդկային կապիտալի արժեքը XX դարի վերջին կազմում էր 95 տրլ դոլլար կամ ազգային հարստության 77%, մարդկային կապիտալի համաշխարհային ընդհանուր արժեքի 26%: Համաշխարհային մարդկային կապիտալի արժեքը կազմել է 365 տրլ դոլլար կամ համաշխարհային հարստության 66%, իսկ ԱՄՆ-ի հետ

համեմատած՝ 384%-ը: Չինաստանի համար այս ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմում են՝ 25 տրլ դոլլար, ազգային հարստության 77%, համաշխարհային մարդկային կապիտալի ընդհանուր արժեքի 7%, իսկ ԱՄՆ-ի հետ համեմատած՝ 26%: Բրազիլիայի համար այս ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմում են՝ 9 տրլ դոլլար, 74%, 2% և 9%: Հնդկաստանի համար՝ 7տրլ դոլլար, 52%, 2%, և 7%: Ռուսաստանի համար՝ 30 տրլ դոլլար, 50%, 8% և 2%: 20-րդ դարի վերջին Մեծ յոթնակին բաժին էր ընկնում համաշխարհային մարդկային կապիտալի 59%, որը կազմում է Մեծ յոթնակի ազգային հարստության 78%:

Աշխարհի երկրների մեծ մասում մարդկային կապիտալի արժեքը կազմում է ազգային հարստության կեսից ավելին՝ բացառությամբ ՕՊԵԿ-ի երկրների, Ռուսաստանի և այն երկրների, որտեղ բնական ռեսուրսների արժեքը շատ ավելի մեծ է ազգային հարստության մասնաբաժնում: Մարդկային կապիտալի տարբերությունը բնական ռեսուրսներից, դասական աշխատանքից և սովորական կապիտալից կայանում է նրանում, որ այն պահանջում է անընդհատ ներդրումներ և զգալի ժամանակ՝ կատարված ներդրումները վերադարձնելու համար: 1990-ական թթ. վերջին զարգացած երկրներում մարդկային կապիտալի մեջ էր ներդրվում բոլոր միջոցների 70%, իսկ ֆիզիկական կապիտալում՝ ընդամենը 30%:

Համաշխարհային մարդկային կապիտալի հիմնական մասը կենտրոնացված է զարգացած երկրներում: Դա բացատրվում է նրանով, որ վերջին հինգ տասնամյակի ընթացքում այս երկրներում մարդկային կապիտալում կատարված ներդրումները էականորեն գերազանցում են ֆիզիկական կապիտալում կատարված ներդրումներին: ԱՄՆ-ում մարդկային կապիտալում կատարված ներդրումները /գիտության, կրթության, առողջապահության, սոց. ապահովության ոլորտներ/ արտադրական ներդրումների համեմատ 1970թ. կազմում էին 194%, իսկ 1990թ.՝ 318%: Ընդ որում, մարդկային կապիտալում կատարված ներդրումների հիմնական մասը զարգացած երկրներում իրականացնում է կառավարությունը: Եվ հենց դրանում է կայանում տնտեսության պետական կարգավորման հիմնական ֆուկցիաներից մեկը:

Առաջանում են որոշ դժվարություններ զարգացման տարբեր մակարդակում գտնվող երկրների մարդկային կապիտալի արժեքի համեմատման ժամանակ: Թերզարգացած

և զարգացող երկրներում մեկ միավոր կապիտալի արտադրության ժամանակ էականորեն տարբեր է մարդկային կապիտալի արտադրողականությունը, ինչպես նաև որակը (օրինակ՝ էականորեն տարբեր է բժշկական ծառայությունների և կրթության որակը):

Մարդկային կապիտալի ցածր մակարդակի և որակի պայմաններում բարձր տեխնոլոգիական ոլորտներում կատարված ներդրումները արդյունք չեն տալիս: Ֆինների, իռլանդացիների, ճապոնացիների, չինացիների (Թայվան, Հոնկ Կոնգ, Սինգապուր, Չինաստան և այլն), ապա կորեացիների, եվրոպական նոր զարգացած երկրների (Հունաստան, Իսպանիա, Պորտուգալիա) համեմատաբար բարձր առաջխաղացումը հանգեցնում է այն եզրակացությանը, որ մարդկային կապիտալի բարձր որակի ձևավորման հիմք է հանդիսացել այդ երկրներում բնակչության բարձր զարգացվածության մակարդակը:

Մ.Մ. Կրիտսկին տվել է մարդկային կապիտալի ոչ ավանդական սահմանում: «Մարդկային կապիտալը սկզբնապես հանդես է գալիս որպես կյանքի և գործունեության որոշակի ձև, որը յուրացնում է նախորդ ձևերը, ... և իրագործվում է որպես արդյունք հասարակության պատմական շարժման համար դեպի ներկայիս գոյության վիճակը»¹⁰:

Հանդես գալով որպես ընդհանուր կապիտալի որոշակի մաս, մարդկային կապիտալը իրենից ներկայացնում է կրթության, հատուկ մասնագիտացման, առողջապահության, աշխատուժի տեղաշարժման վրա կատարված ծախսերի ամբողջություն¹¹:

Տնտեսագետները մարդկային կապիտալի տեսակները դասակարգում են մարդկային կապիտալում կատարված ներդրումների՝ ծախսերի, տեսակներով: Ի.Վ. Իլնինսկին առանձնացնում է հետևյալ բաղադրիչները՝ կրթության կապիտալ, առողջության կապիտալ և մշակույթի կապիտալ: Այդպիսով, նրա կարծիքով, մարդկային կապիտալի հաշվարկի բանաձևը կունենա հետևյալ տեսքը.

$ՄԿ = Կա + Կկ + Կմ$, որտեղ

ՄԿ – մարդկային կապիտալն է,

¹⁰ Т. Беглова Человеческий капитал в современном мире. 4-е изд. Л.: Изд. Санкт Пет.Ун-та. 2015

¹¹ Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова. Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. СПб.: Наука. 1999. С.42

ԿԿ – Կրթության կապիտալը,

Կա – Առողջության կապիտալը,

Կմ – Մշակույթի կապիտալը.

Առողջության կապիտալն իրենից ներկայացնում է ներդրում (ծախս)՝ մարդու առողջության և աշխատունակության ձևավորման, պահպանման և կատարելագործման նպատակով: Առողջության կապիտալը հանդիսանում է մարդկային կապիտալը կրող մեխանիզմը¹²: Առողջական կապիտալը ազգային հարստություն է:

Ի. Վ. Իլինսկին առողջության կապիտալ հասկացության մեջ առանձնացնում է հիմնական և ձեռքբերովի կապիտալները: Առաջինը, նրա կարծիքով, որոշվում է մարդու ֆիզիոլոգիական բնույթով, որը նրան փոխանցվում է ժառանգաբար: Այդ վիճակները հիմնականում որոշված են նախորոք, չնայած ներկայիս գենային ինժեներիայի դարում հնարավոր է շատ հաջողված ուղղումներ կատարվեն: Ձեռքբերովի կապիտալը ձևավորվում է մարդու ֆիզիկական հնարավորությունների ձևավորման և գործարկման ընթացքում՝ արտադրության մեջ: Նորարական արտադրության պայմաններում մարդուց պահանջվում է տեղեկատվության մշակման բարձր արագություն, դիմադրողականություն, արագ արձագանքման և որոշումներ կայացնելու ունակություններ: Ինչն էլ իր հերթին պահանջում է մարդկանց կրթական մակարդակի և առողջության ապահովում:

Մարդու առողջության պահպանման նպատակով կատարվող ներդրումները, որոնք նպաստում են հիվանդացության և մահացության կրճատմանը, ուղղակիորեն ավելացնում են մարդու աշխատունակ տարիների թիվը, հետևաբար՝ նաև մարդկային կապիտալի գործարկման ժամանակը: Մարդու առողջական վիճակը վերջինիս բնական կապիտալն է, որի մի մասը փոխանցվում է մարդուն ժառանգաբար: Մյուս մասը հանդիսանում է ձեռքբերովի, քանզի արդյունք է հասարակության և հենց իր՝ մարդու, կատարած ծախսերի: Մարդու կյանքի ընթացքում տեղի է ունենում մարդկային կապիտալի սպառում: Ներդրումները, որոնք կապված են առողջության պահպանման հետ, կարող են դանդաղեցնել այդ սպառման ընթացքը: Ոչ բոլոր

ներդրումներն են համարվում ներդրումներ մարդկային կապիտալում, այլ միայն նրանք, որոնք տնտեսապես անհրաժեշտ են և հանրային տեսանկյունից նպատակահարմար:

Մեր կարծիքով, հիմնական ներդրումները պետք է նպատակաուղղվեն ոչ թե հիվանդությունների բուժմանը, այլ աստիճանաբար պետք է ավելացվեն ներդրումները մարդկանց առողջ ապրելակերպի բարելավման, ռիսկերի կրճատման, հիվանդությունների վաղ կանխարգելման և նախնական փուլերում բուժման վրա: Այդ ներդրումներն են, որ կբերեն առողջության կապիտալի կայունությանը, կյանքի որակի բարձրացման, կյանքի միջին տևողության աճի, առողջ կյանքի տևողության աճի, առողջության վիճակի ցուցանիշների բարելավմանը:

1.2. Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման միջազգային փորձի վերլուծությունը

Միջազգային փորձի ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ բժշկական օգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման մեխանիզմները կարող են միմյանցից հստակ չտարբերվել իրենց արդյունավետությամբ և իրատեսական լինելով: Այս կամ այն ծրագրի հաջողությունը կամ արդյունավետությունը կախված է նախ և առաջ նրանից, թե ինչպե՞ս է տվյալ համակարգը մշակված և ներդրված, ինչքանո՞վ է այն կառավարելի՝ անկախ բժշկական ծառայությունների տրամադրման համակարգի տեսակից (պետական, մասնավոր կամ խառը):

Կառավարությունները պետք է ձգտեն ապահովել բժշկական ծառայությունների մատուցման առավել մատչելի և արդյունավետ համակարգ, որի դեպքում կկիրառվեն արդարության սկզբունքների վրա հիմնված փոխհատուցման մեխանիզմներ¹³:

¹¹ Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. СПб.: Изд. СПбУЭФ. 1996. С. 30, 163

¹³ Викхам Ш., Симиджийский Ю.- “Национальные системы медицинского страхования: Выборочный обзор международного опыта”, 3-е изд. 2014г., стр.75: 24-38

Черниковский Д. Реформы системы здравоохранения в промышленно развитых демократических странах /Всемирный банк, 2016., стр. 116: 48-53

Шейман И.М. – Страховая медицина Запада и реформа здравоохранения в СССР // Мировая экономика и международные отношения. – 1990.-N8 - стр.87-95.

Յուրաքանչյուր երկրում բժշկական օգնության կազմակերպումը, բժշկական ծառայությունների մատուցման մակարդակը, դրանց փոխհատուցման հիմքում դրված սկզբունքները և, անշուշտ, համապատասխան ֆինանսական միջոցների տրամադրումը ուղղակի կապված է տվյալ երկրի հասարակական-քաղաքական, սոցիալ-տնտեսական, պատմական և մշակութային իրավիճակի հետ:

Առողջապահական համակարգի արդյունավետ գործունեությունը պայմանավորված է առողջապահության համակարգի կառավարման, ռեսուրսային ապահովման (այդ թվում մարդկային, դեղորայքային), բժշկական ծառայությունների տրամադրման և ֆինանսավորման գործառույթներով: Նշված գործառույթները փոխկապակցված են և բխում են մեկը մյուսից, ուստի առողջապահական համակարգի զարգացումը ենթադրում է թվարկվածներից յուրաքանչյուրի զարգացումն առանձին և ընդհանուր, որպեսզի ապահովվի ամբողջ համակարգի ներդաշնակ զարգացումը:

Բժշկական ծառայությունների մատչելիության՝ այդ թվում առաջնային բուժօգնության, հիվանդությունների կանխարգելման և ընթացիկ վերահսկողության գործառույթները, համարվում են առաջնահերթ: Առանց զարգացած և գործուն առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի հնարավոր չէ ապահովել մատչելիությունը բնակչության բոլոր խավերի համար: Դրա միջոցով է որոշվում բնակչության կողմից առողջապահական կարիքների առաջացման դեպքում բժշկական ծառայություններից օգտվելու կարողությունը: Ուսումնասիրելով այդ՝ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) անդամ երկրները դեռևս 2005 թ. հռչակեցին, որ մասնակից երկրները պետք է զարգացնեն առողջապահության ֆինանսավորման համակարգերը՝ դրանով իսկ հնարավորություն տալով մարդկանց օգտվել բժշկական ծառայություններից և չմտածել դրանց դիմաց վճարելու մասին: Այս նպատակը սահմանվեց որպես համընդհանուր կամ համազգային առողջապահություն: Այս նպատակների իրագործման համար երկրների կառավարությունները պետք է պատասխանեին 3 հիմնական հարցերի.

1. Ինչպիսի՞ համակարգ ընտրել առողջապահության ֆինանսավորման համար:

2. Ինչպե՞ս կարելի է պաշտպանել մարդկանց այս կամ այն պատճառով առողջության վատթարացման հետևանքով առաջացող ֆինանսական ծախսերից և բժշկական ծառայությունների դիմաց ուղղակի վճարելուց:
3. Ինչպե՞ս կարելի է խրախուսել առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործումը:¹⁴

Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգերի գնահատման նպատակով՝ ուսումնասիրենք տարբեր երկրներում առողջապահական համակարգերի զարգացման ընթացքում ձևավորված մեխանիզմները և դրանց փոփոխությունները: Հիմնականում կարելի է առանձնացնել առողջապահության ֆինանսավորման չորս բազային մոդելներ¹⁵.

Պետական կամ բյուջետային ֆինանսավորման (Բևերիջյան) կամ միասնական վճարողի մոդել, որը իրականացվում է հիմնականում բյուջետային աղբյուրներից (90%): Այն առաջին անգամ ընդունվել է 1948-ական թվականներին Մեծ Բրիտանիայում և այնուհետև կիրառվել է Եվրոպական մի շարք երկրներում (Իտալիա, Շվեդիա, Հունգարիա, Իռլանդիա, Ֆինլանդիա): Այս համակարգի ֆինանսավորումը իրականացվում է պառլամենտի և կառավարության կողմից վերահսկվող հարկերի հավաքագրման միջոցով: Բյուջետային կամ պետական համակարգերը բժշկական կազմակերպությունների հետ որպես կանոն կառուցում են ինտեգրված մոդելով փոխհարաբերություններ (միաձուլվում են բուժօգնություն իրականացնողի և ֆինանսավորողի ֆունկցիաներ): Հարկ է նշել նաև, որ վերջին տարիներին գնալով աճում են այս համակարգում պայմանագրային փոխհարաբերությունները: Միասնական վճարողի սկզբունքով կառուցված առողջապահական համակարգերում

¹⁴ The World Health Report, 2010, Health system financing analyses, pages 102: 7,

¹⁵ Вихам Ш., Смиджийский Ю.- “Национальные системы медицинского страхования: Выборочный обзор международного опыта”, 3-е изд. 2016г, 72 стр

Румянцев. Ю – “Финансирование здравоохранения в развитых странах ”- “Врач”, 1999, N1 стр. 42-43.

Шейман И.М.-Бюджетно-страховая система здравоохранения. Основные характеристики и методы построения. Кемерово. ИнСЭЛЗ, 2015г.

Шейман И.М. – Бюджетно страховая система здравоохранения: Основные характеристики и методы построения - Можайск: Можайск. полигр. комб., 4-е изд. с доп, 2008.-147 с.

Blendon R.-Three systems: A comparative survey // Health Management Quat.-2017.-Vol. 11, N 1.-p.p. 6-14.

Donaldson C., Gererd k.- Economics of Health care Financing : The Visible Hand. – Houndmills: The Macmillan Press Ltd, 2013.- 411 p.

Hunter D.J.,Guentert B.-The financing of health care // Opportunities for the Future. Health Care Reforms for Health Gain: European Health Policy Conference. – Copen-hagen, 2008.- Vol. 4.

քաղաքացիներին մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց վճարում է պետությունը: Պետությունն է հավաքում հարկեր, կառավարում և կազմակերպում է բժշկական օգնության իրականացումը և դրա դիմաց ուղղակի վճարումը: Որպես կանոն կառավարությունը պլանավորում է պետական բյուջե՝ առողջապահության կարիքների ապահովման նպատակով, որոշելով թե ռեսուրսների որ մասը պետք է ուղղել այդ նպատակի համար, ինչպես նաև սահմանում է թե ինչպես և ինչ գներով պետք է փոխհատուցվեն ծառայությունները: Որոշ դեպքերում բժիշկները համարվում են պետական ծառայողներ, որոնք ստանում են ֆիքսված աշխատավարձ¹⁶: Սակայն մեծամասամբ նրանք անկախ են և ստանում են վճարումներ՝ կախված մատուցված բուժօգնության ծավալներից (այցերի թիվ, կատարած վիրահատությունների թիվ և այլն): Միասնական վճարողի սկզբունքի կիրառման ամենակոշտ մոդելի կողմնակիցները գտնում են, որ պետք է սահմանափակվեն կամավոր բժշկական ապահովագրության և այլ մասնավոր վճարումներ կատարելու հնարավորությունները: Այդ տարբերակի կողմնակիցներ են հանդիսանում Մայքլ Մուրը, Փոլ Կուրտմանը, Դենիս Կուսինիչը, ինչպես նաև «Բժիշկները պետական ֆինանսավորման կողմնակից» շարժման այլ մասնակիցներ:

Բյուջետա-ապահովագրական (Բիսմարկյան) կամ «Բժշկական ապահովագրություն աշխատանքի վայրում» մոդել, որը իրականացվում է պետական հատկացումներից և գործատուների ու աշխատողների նպատակային մուծումներից գոյացած միջոցներով¹⁷: Արտաբյուջետային ապահովագրական միջոցներով իրականացվող ֆինանսավորումը գերակշռում է Գերմանիայում (78%), Իտալիայում (87%), Ֆրանսիայում (71%), Բելգիայում (56%), Ճապոնիայում (73%)¹⁸: Բուժ. օգնություն

¹⁶ Levey S., Kill J. – National Health Insurance- the Triumph of Equivocation//New. Engl.J. Med.-1989.-Vol.321.- N 25.-p.p. 1750-1754.

Lister J.-Reform of British national health service //New Engl.J. Med.-1990.- N6.-p.p. 410-412.

Martikainen A., Uusikyla P.- Restructuring Health Policies- the Finnish Case.- Helsinki: University of Helsinki, 2015

Orosz E.-Decentralization and Health Care System Change in Hungary- Budapest; Eötvös Lorand University, 2006.

¹⁷ Преображенская В.С., Васюкова В.С.-“Структура и функции органов здравоохранения в условиях перехода на бюджетно-страховое финансирование” // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко.-М.; N 1, 1992, стр.23-28.

Преображенская В.С., Залозов С.В.- Переход к медицинскому страхованию: Некоторые вопросы эффективности управления здравоохранением // Бюл. НИИ им. Н.А.Семашко.-М.: 2014.-N 1.- стр. 52-56.

¹⁸ Интиньяно Б.М. – Финансирование здравоохранения в Европе // Сессия ВОЗ, 42-я.-Копенгаген: 2005.-сентябрь- стр. 1-23.

Корюкин В.Г., Семенов В.Ю.-“Медицинское страхование в Японии”. Здравоохранение РФ, N10, 2006 г, стр. 26-67.

Лошак А.Я.-“Страхование здоровья в развитых капиталистических странах”. Социальная гигиена и организация здравоохранения, N 7, Москва, 2004 г.

“Общие сведения о системе здравоохранения Франции”. М. Посольство Франции в России, 1996 г. стр. 26.

իրականացնողների հետ ստեղծվում են պայմանագրային փոխհարաբերություններ: Բուժ. աշխատողների վճարումը հիմնականում իրականացվում է հոնորարային մեթոդով⁹: Այն երկրներում, որտեղ կան նման տիպի համակարգեր, պետությունը պահանջում է, որպեսզի Գործատուները ապահովեն իրենց աշխատակիցների բժշկական ապահովագրությունը «Հիվանդանոցային դրամարկղերի» («больничные кассы») միջոցով: Այդ ապահովագրական ֆոնդերը կարող են գործել տնտեսության մեկ կամ մի քանի ճյուղերի շրջանակներում, սակայն ապահովագրավճարի չափը որոշվում է պետության կողմից: Իրականում այդ վճարումները հանդես են գալիս աշխատավարձից գանձվող եկամտահարկի տեսքով և ուղղակիորեն փոխանցվում են համապատասխան ֆոնդերին: Բժշկական կազմակերպությունները մնում են անկախ, իսկ մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների չափերի որոշումը իրականացվում է ֆոնդերի հետ բանակցությունների միջոցով՝ հաճախ անհատական, հաճախ էլ միասնական մոտեցմամբ:

Առողջության ազգային (պետական) ապահովագրության մոդելը, ունի Բևերիցյան և Բիսմարկյան մոդելների տարրերը: Այն օգտագործում է մասնավոր հատվածի մատակարարներին, սակայն վճարողը կառավարության կողմից իրականացվող ապահովագրական ծրագիրն է, որը ձևավորվում է քաղաքացիների վճարումներից: Քանի որ չկա մարկետինգ իրականացնելու կարիք, բացակայում է դեպքերի մերժման ֆինանսական շարժառիթը, այս համընդհանուր առողջապահական ծրագրերը ավելի կառավարելի են ու քիչ ծախսատար, քան ամերիկյան ոճով շահույթ հետապնդող ապահովագրությունը: Միասնական վճարողը ավելի մեծ հնարավորություններ ունի ավելի ցածր գներով ծառայություններ գնելու համար: Կանադայում, օրինակ, բանակցությունների արդյունքում դեղագործական ընկերությունները այնպիսի ցածր գներ են առաջարկել, որ ամերիկացիները սկսել են իրենց հյուսիսային սահմանի դեղատները փակել՝ ավելի էժան դեղեր գնելու հնարավորությունից օգտվելու համար: Առողջության ազգային (պետական) ապահովագրության մոդելները նաեւ վերահսկում են ծախսերը, սահմանափակելով

Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.-“Реформы системы здравоохранения в Европе”, Анализ современных стратегий, 2000г.,432 с.
d’ Intignano B.M.Sante, mon cher souer//Lattes – Economica. – Paris: 1989 – 45 p.
Kamke Kerstin.The German Health Care System and Health Care Reform.Health Policy 43:171-194.1998

այն բժշկական լրացուցիչ ծառայությունները, որոնց դիմաց պետք է վճարեն կամ հերթագրում են հիվանդներին: Այդպիսի մոդելի դասական տարբերակը գործում է Կանադայում, սակայն շատ զարգացող երկրներ, ինչպիսիք են օրինակ Թաիլանդը և Հարավային Կորեան, նույնպես տեղայնացնում են այն²⁰:

Մասնավոր-ձեռնարկատիրական կամ կառավարվող մրցակցության մոդել, որը իրականացվում է հիմնականում կամավոր ապահովագրական և ազգաբնակչությանը մատուցված վճարովի ծառայություններից գոյացած միջոցներով: Նման մոդել է գործում ԱՄՆ-ում, Իսրայելում, Հոլանդիայում²¹: Մասնավոր-ձեռնարկատիրական (Կառավարվող մրցակցություն) մոդելը ենթադրում է, որ ազգաբնակչության համար առողջության ապահովումը ամեն մի անձի անհատական գործն է: Պետական կարգավորումը այս հարցում գործնականորեն բացակայում է²²: Միաժամանակ առավել մատչելի բուժ. օգնություն է նախատեսում, քան քաղաքացիների կողմից ուղղակի վճարումների դեպքում: Նման համակարգը հիմնականում զարգացած է ԱՄՆ-ում, որտեղ այն կազմում է 30%, այլ երկրներում այն տարածվում է 5-10%-ի սահմաններում: Կառավարվող մրցակցության համակարգի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացվում է մասնավոր հատվածի կողմից, ինչը սակայն ունի ավելի շատ «արհեստական» բնույթ, քանի որ գտնվում է պետության կոշտ կարգավորիչ և վերահսկող ձեռքի տակ²³: Մեծ մասամբ պետությունը բնակչությանն է թողնում պարտադիր կարգով բժշկական ապահովագրություն ձեռք բերելու իրավունքը, ինչով նույնականացվում է գործատուի կողմից աշխատակիցներին ապահովագրելու պարտադիր լինելու հետ: Համեմատաբար «մաքուր» Կառավարվող մրցակցության

¹⁹ Health care in transition (HIT) profiles (selected countries). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1994.

²⁰ Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D.U. "Costs of Health Care Administration in the U.S. and Canada." (2003), *N Engl J Med*, 349, 768-775.

²¹ Porta, A. The Israel National Health Insurance Law and Quality of Care. *The International Journal for Quality in Health Care*, vol. 7, No.3, pp. 281-284, 2014

Yang, B.- Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea. In Dunlop, D. and Martins, J. (editors), *An International Assessment of Health Care Financing: Lesson for Developing Countries*. Economic Development Institute of The World Bank. Washington, D.C. 2008.

²² Chollet, D. and Lewis, M. Private Insurance: Principles and Practice. In Sheiber, G. (editor), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.

Culier A.J., Jonson B. -Public and Private Health Services: Complimentarities and Conflicts. - Oxford: Basil Blackwell, 1986.-512 p.

²³ Alain Enthoven, "The History and Principles of Managed Competition," *Health Affairs* 12, suppl. 1 (1993): 24-48.

համակարգ է գործում Շվեյցարիայում, չնայած նմանատիպ սկզբունքի է բերվում նաև Հոլանդիայի առողջապահական համակարգը: 1993 թվականին Քլինթոնի կողմից հնչեցված առողջապահական համակարգի բարեփոխումներում, ինչպես նաև Մասսաչուսեթս նահանգում 2006 թվականին իրականացված վերափոխումները և այսօր ԱՄՆ Դեմոկրատական կուսակցության կողմից հնչեցվող սկզբունքները իրենցից ներկայացնում են Կառավարվող մրցակցության տարբեր մոտեցումների ամբողջություն²⁴:

Այդ մոդելների շրջանակներում մասնավոր ծախսերի կատարման հետ կապված նկատելի են էական տարբերություններ: Որոշ երկրներում, ինչպիսիք Ֆրանսիան և Ճապոնիան, սպառողների մասնակցությունը առողջապահության ֆինանսավորման մեջ բավականին շոշափելի է, սակայն դա արվում է առողջապահական ծառայությունների անհարկի սպառումը ինչ որ ձևով զսպելու և առողջապահական ծախսերի մակարդակը իջեցնելու նպատակով: Այլ երկրներում գրպանից դուրս կատարվող վճարումները սահմանափակվում են: Կան երկրներ, որտեղ ընդունված է լրացուցիչ բժշկական ապահովագրության ձեռք բերումը մասնավոր ապահովագրական ընկերություններից:

Ելնելով վերը ասվածից՝ շատ կարևոր է արձանագրել մասնավոր ապահովագրության տարբեր ձևերի շուրջ առկա հետևյալ եզրահանգումները²⁵:

Նախ՝ պետք է զարգացնել պետական ֆինանսավորմամբ կամ պետության կողմից ֆինանսավորվող ապահովագրական համակարգերը և նոր միայն հետագա մասնավոր ապահովագրության ներդրումը²⁶: Երկրորդ եզրակացությունը պետք է լինի այն, որ մասնավոր ապահովագրությունը պետք է ապահովի ծածկույթ միայն այն ծառայությունների համար, որոնք չեն ընդգրկվել պետական կամ պարտադիր ապահովագրական ծրագրերում: Եվ վերջապես երրորդ եզրակացությունը, որ հաշվի առնելով մասնավոր բժշկական ապահովագրական շուկայի շահաբերության ձգտումները և իրականացվող այլ՝ ոչ ապահովագրական հատուցումներին ուղղված

²⁴ Michael Tanner, "No Miracle in Massachusetts: Why Governor Romney's Health Care Reform Won't Work," Cato Institute Briefing Paper no. 97, June 6, 2006.

²⁵ Викхам Ш., Симиджийский Ю.- "Национальные системы медицинского страхования: Выборочный обзор международного опыта", 2000г.

ծախսերի հնարավորությունները՝ պետությունը պետք է ուժեղ օրենսդրական բազա ապահովի դրանց կանոնակարգման համար²⁷:

Գերակայությունների հաստատումը և ռեսուրսների բաշխումը նույնպես էականորեն տարբերվում են: Օրինակ, Ճապոնիայում հսկայական միջոցներ են ներդրվում տեխնոլոգիաների զարգացման մեջ, սակայն օրինակ, վիրաբուժական դեպքերի փոխհատուցման չափը սահմանափակվում է: Իսկ Ֆրանսիան առանձնանում է բժիշկների կողմից դեղատոմսերով դեղերի բաց թողնման հսկայական ծավալներով:

Փաստացի արդյունքները նույնպես տարբեր են: Կանադայում, Մեծ Բրիտանիայում, Նորվեգիայում և Իսպանիայում բժշկական օգնությունը և սպասարկումը նորմավորվում է, ինչի արդյունքում բնակիչները ստիպված են լինում շատ երկար սպասել բուժօգնություն ստանալու համար, իսկ Ֆրանսիային և Շվեյցարիային հաջողվել է խուսափել հերթերի առաջացումից: Մինևույն ժամանակ Ֆրանսիան, Իտալիան և Գերմանիան դժվարություններ ունեն առողջապահական ծախսերի ավելացմամբ պայմանավորված բյուջետային ծախսերի աճի հետ կապված, իսկ Կանադան և Մեծ Բրիտանիան այդ խնդիրների լուծման ուղղությամբ ավելի արդյունավետ են գործում: Որոշ երկրներում էլ, օրինակ՝ Հունաստանում, Տաջիկստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը գոյություն ունի միայն թղթի վրա, քանի որ պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքը ընդունված է, սակայն չի գործում:

Միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը հաճախ չի տալիս հստակ պատկերացում, թե ապահովագրական որ մեխանիզմի կամ որ աղբյուրի փոխհատուցումն է առավել գերադասելի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հարցում, քանի որ դրանք հաճախ ինտեգրված են միմյանց²⁸:

²⁷ Joseph Kutzin, Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Health Systems Financing, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, Published online: 17 June 2013, p 602-606

²⁸ Беатрис Майнуни- Финансирование здравоохранения в Европе, Франция, Парижский университет, 1992 г. Институт социальных исследований. Расходы населения России на медицинскую помощь. Аналитический отчет о результатах социологического исследования . Москва 1998.
Клозон М.К., Бояджян В.А., Шепин В.О., Медик В.А. – Опыт медицинского страхования в Бельгии // Проблемы соц. гигиены и история медицины. 3-е изд.-2004.-№6.-стр.51-54.
Царегородцев А.- “Об итогах деятельности здравоохранения Российской Федерации в 1993-1995 годах”. Экономика здравоохранения N 8,2006 г., с. 5-6.
Abel-Smith B. – Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience. Health Policy and Planning 7(3): 215-226, 1998.

Գիտնականները շատ հաճախ փորձում են գնահատական տալ այս կամ այն երկրի առողջապահական համակարգերի գործող մոդելներին՝ կատարելով համեմատական վերլուծություններ: Այդ աշխատանքների մեծ մասի համաձայն ԱՄՆ համակարգը ամենաանարդյունավետն է՝ ետ մնալով շատ այլ արդյունաբերական զարգացած երկրներից: Դա իհարկե հնարավորություն է տալիս ասելու, որ ամերիկացիները վճարում են իրենց առողջության համար ավելի շատ, սակայն ստանում են դրա դիմաց շատ ավելի քիչ:

Այնուամենայնիվ, նմանատիպ գնահատականները հարկ է ընդունել թերահավատությամբ, որովհետև դրանք ներկայացնողներից շատերը հատուկ ընտրում են այն ոլորտները, որտեղ հետազոտության արդյունքները կարող են հաստատել արդեն իսկ իրենց կողմից հնչեցված եզրակացությունները:

ԱՀԿ կողմից հետազոտվում և գնահատման համար հիմք են հանդիսանում բազմաթիվ ցուցանիշներ, ինչպիսիք են կյանքի սպասվելիք միջին տևողությանը, մահացության ցուցանիշները, մահացությունը ծննդաբերության ընթացքում, պրենատալ, պերինատալ մահացությունը և այլն²⁹: Այս ատենախոսության մեջ մեր կողմից իրականացվող առողջապահական համակարգերի գնահատման համար ընտրվել է ցուցանիշների կազմ, որոնք հիմնականում գնահատում են հիվանդացության բեռը, ինչը տնտեսության զարգացման, սոցիալական և ֆինանսական լուրջ խնդիրներ է առաջ քաշում երկրների առջև: Մեր կողմից ընտրված ցուցանիշները հիմնականում վերաբերում են կյանքի սպասվելիք միջին տևողությանը, մահացության ցուցանիշներին, այդ թվում մահացությունը 15-60 տարեկան հասակում, մահացությունը ոչ ինֆեկցիոն հիվանդություններից: Իհարկե այս ցուցանիշների համախումբը համադրվում է նաև ժողովրդագրական, ֆինանսական ցուցանիշների կազմի հետ: Նշենք միայն, որ 2011 թվականին 155 մահ ցուցանիշով Հայաստանը 95-

Berman, P.(editor).- Health Sector Reform in Countries: Making Health Development Sustainable. Harvard Series on Population and International. Harvard University Press. 2017.

Berman P. –Health sector reform: making health development sustainable // Health Policy.- 1995.- Vol. 32.- P. 3-13.

Ensor T. and Thompson,R.- Health Insurance as a Catalyst to Change in Former Communist Countries? Health Policy 43: 203-218. 2008.

Jonson, B. and Musgrove, P. Government Financing of Health Care . In Sheiber, G. (editor), Innovations in Health Care Financing : Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.

29 World health report 2012, p. 176

րդ տեղում էր: Այսինքն, չորս տարվա ընթացքում մահերի թիվը կրճատվել է 37-ով՝ դրանով իսկ Հայաստանին առաջ մղելով միանգամից 34 կետով:

Աղյուսակ 1.2.1³⁰

Մեծահասակների մահացության ցուցանիշը 2015 թվականին

Երկիրը	Մեծահասակների մահացության ցուցանիշը (հավանական մահվան տարիքը 15 եւ 60 տարիների միջև: 1000 բնակչի հաշվով)	Հորիզոնական ցածրից բարձր
Իսլանդիա	48	1
Շվեյցարիա	51	2
Շվեդիա	52	3
Կիպրոս	53	4
Մալթա	54	5
Ճապոնիա	55	6
Սինգապուր	55	7
Իտալիա	56	8
Իսպանիա	56	9
Հոլանդիա	57	10
Սլովակիա	109	55
Հորդանան	112	56
Արգենտինա	116	58
Լեհաստան	117	60
Հայաստան	118	61
Էստոնիա	119	65
Սերբիա	121	66
Մեքսիկա	122	67

Որպես ցուցանիշ, առողջական վիճակը ցույց է տալիս, թե քանի մարդ է մահանում ամեն տարի, և ինչու են նրանք մահացել: Այն մեկն է այն առավել կարևոր ցուցանիշներից, ինչը հնարավորություն է տալիս չափել հիվանդությունների ու վնասվածքների բեռը, որը ազդում է երկրի առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատման վրա: Մահվան պատճառների վիճակագրությունը օգնում է առողջապահական մարմիններին կենտրոնացնել իրենց ուշադրությունը հանրային առողջապահական գործողություններին³¹:

Վերջին տարիներին առողջապահության բնագավառում ի հայտ են եկել նոր մարտահրավերներ, մասնավորապես՝ խախտվել է վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների (այսուհետ՝ ՈՎՀ) հավասարակշռությունը՝ ի հաշիվ վերջինիս:

³⁰ ԱՀԿ տվյալների բազա, 2017 թվական,

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.11>

³¹ http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=36

Մահերի թիվն ըստ հիմնական պատճառների

Դեպքեր Բոլոր պատճառներով (ընդամենը ուսումնասիրված են 148 պատճառ)	2000թ		2015թ	
	Մահեր (մլն)	Հորիզոնական (բարձրից ցածր)	Մահեր (մլն)	Հորիզոնական (բարձրից ցածր)
Բոլոր դեպքերը	52 135		56 441	
Սրտի իշեմիկ հիվանդություններ	6 883	1	8 756	1
Սուր ինֆարկտ	5 407	2	6 241	2
Քրոնիկ օբստրուկտիվ շնչառական հիվ-ներ	2 953	4	3 190	3
Ներքին շնչառական ուղիների հիվ-ներ	3 408	3	3 170	4
Շնչափողի, բրոնխների և թոքերի քաղցկեղ	1 255	9	1 695	5
Շաքարային դիաբետ	958	12	1 586	6
Ալցիեյների հիվանդություն և այլ խանգարում	654	21	1 542	7
Փորլուծության հետ կապված հիվ-ներ	2 177	5	1 389	8
Տուբերկուլոզ	1 667	6	1 373	9
Ճանապարհային պատահարներ	1 118	11	1 342	10
Լյարդի ցեռոզ	905	13	1 162	11
Երիկամային հիվանդություններ	709	18	1 129	12
ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ	1 463	7	1 060	13
Վաղաժամկետ ծննդյան բարդություններ	1 340	8	1 058	14
Սրտի հիպերտենզիվ հիվանդություններ	1046	16	942	15
Լյարդի քաղցկեղ	662	20	788	16
Ինքնավնասում	748	15	788	17
Կոլոնայ և հետանցքային շրջանի քաղցկեղ	578	22	774	18
Ստամոքսի քաղցկեղ	739	17	754	19
Նորաձնային ասֆիքսիա և տրավմա	1 120	10	691	20
Մալարիա	859	14	439	23
Կարմրուկ	739	16	140	31

Այնպիսի հիվանդությունները, ինչպիսիք են՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, սրտի իշեմիկ հիվանդությունը և սրտամկանի սուր ինֆարկտը, թունավորումները և վնասվածքները, շաքարային դիաբետի հետ կապված խնդիրները, շարունակում են առաջնային տեղեր զբաղեցնել ընդհանուր մահացության կառուցվածքում: Ավելին, տարեցտարի նկատվում է ՈՎՀ-ի աճ: Միայն 2000-2015 թվականների ընթացքում այդ աճը կազմել է շուրջ 37%:

³² ԱՀԿ տվյալների բազա, 2017 թվական,
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

Մահացության թիվը 100.000 բնակչի հաշվով՝ ըստ հիմնական պատճառների, 2015թ

Երկրներ	Մահվան բոլոր դեպքերը		Մահերը ՈՎՀ պատճառով	
	Քանակը	Հորիզոնական (ցածրից բարձր)	Քանակը	Հորիզոնական (ցածրից բարձր)
Ճապոնիա	318.6	1	244.2	1
Շվեյցարիա	331.4	2	291.6	3
Իտալիա	339.2	3	303.6	6
Ավստրիա	344.7	4	302.9	5
Սինգապուր	348.5	5	264.8	2
Իսլանդիա	354.7	6	311.7	8
Իսպանիա	360	7	323.1	13
Իսրայել	363.3	8	311.2	7
Նոր Զելանդիա	364.6	9	313.6	10
Ֆրանսիա	369.1	10	313.2	9
Բուրն	901.9	100	572.8	90
Մոլդովա	907.8	101	787.6	159
Սիրիա	921.7	102	572.7	89
Իրաք	930.9	103	715.5	145
Հայաստան	941.7	104	847.5	166
Ուզբեկստան	944	105	810.9	163
Տաջիկստան	951.9	106	752.6	153
Ղրղզստան	966.3	109	835.4	164
Ռուսաստան	966.9	110	790.3	160

ՈՎՀ ներկայացնում են ամբողջ աշխարհում մահացության հիմնական պատճառը (տարեկան շուրջ 39.5 միլիոն մահվան դեպք կամ մահվան բոլոր դեպքերի 70%-ը³⁴ բերելով ավելի շատ մահացու դեպքերի, քան բոլոր մյուս այլ պատճառները միասին վերցրած: Նշված հիվանդություններից առաջացած բեռը բարձրանում է հատկապես ցածր և միջին եկամտով երկրներում, որոնց շարքին է դասվում նաև Հայաստանը: Ընդ որում, Հայաստանում ՈՎՀ-ից մահացության դեպքերի թիվը կազմում է մոտ 90% ընդհանուր մահվան դեպքերի մեջ, ուստի 172 երկրների մեջ այդ ցուցանիշով զբաղեցնում է 166-րդ հորիզոնականը:

ԱՀԿ հաշվարկների համաձայն՝ 2030 թվականին շուրջ 23,3 մլն մարդ ամբողջ աշխարհում կմահանա արյան շրջանառության հիվանդություններից, հիմնականում՝

³³ ԱՀԿ տվյալների բազա, 2017 թվական,

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=78

³⁴ Global Health Estimates 2017: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, World Health Organization; 2017.

սրտի հիվանդություններից և ինսուլտից, որոնք ըստ կանխատեսումների կմնան որպես մահացության հիմնական պատճառներ:

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով տառապող անձանց համար, ովքեր դասվում են ցածր կամ միջին եկամտով խմբերին, առավել քիչ հասանելի են արդյունավետ բժշկական ծառայությունները, ներառյալ վաղ հայտնաբերումը, համապատասխան բուժօգնությունը, վիրահատական միջամտությունը: Արդյունքում, բազմաթիվ անձինք մահանում են այդ հիվանդություններից երիտասարդ հասակում:

ԱՀԿ հաշվարկներով՝ 2020 թվականին երկրագնդում կարճանագրվեն չարորակ նորագոյացություններով շուրջ 20 մլն. նոր հիվանդներ, իսկ նույն այս հիվանդություններից մահացողների թիվը կկազմի շուրջ 10 միլիոն: ԱՀԿ-ի տվյալներով աշխարհում շաքարային դիաբետով տառապում են մոտ 350 մլն. մարդ: ՈՎՀ-ի տարեկան մահացության կառուցվածքում դիաբետի բաժինը կազմում է 1,6 մլն.: Բնորոշ է, որ շաքարային դիաբետի մահացության 80%-ը գրանցված է ցածր և միջին սոցիալ-տնտեսական մակարդակ ունեցող երկրներում:

Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակիորեն ու անուղղակիորեն կախված են տարատեսակ գործոններից, ինչպիսիք են՝ սոցիալ-տնտեսական գործոններ, սեռ, տարիք, ժառանգական նախատրամադրվածություն, և անշուշտ, կենսակերպ:

Ապացուցված է, որ բազմաթիվ ՈՎՀ-ներից հիվանդացությունը, ինչպես նաև վաղաժամ մահերի մի զգալի մասը հնարավոր է կանխարգելել առողջ կենսակերպի համար համապատասխան նպաստավոր պայմաններ ապահովելու միջոցով: Բացի դա, այսպես կոչված «Ռիսկերի կառավարման» միջոցով հնարավոր կլինի նվազեցնել նաև հաշմանդամության հետ կապված կյանքի տարիների կորստի պատճառով սպասվող տնտեսական վնասը: Պատահական չէ, որ «Ռիսկերի կառավարման» համար լայնորեն օգտագործվում են նաև սկրինինգային հետազոտությունները՝ համապատասխան տարիքասեռային կազմի համար:

Մեր կարծիքով հենց այստեղ պետության կատարած ներդրումները և հետագայում նաև հետևողական պայքարը արդեն հայտնաբերված ՈՎՀ-ների դեմ

կարող է անդրադառնալ ընդհանուր առմամբ առողջական վիճակի ցուցանիշի բարելավման վրա: Պատահական չէ, որ այն երկրները, որտեղ զգալի ներդրումներ են իրականացվում սկրինինգային հետազոտությունների վրա՝ ռիսկերի կառավարման նպատակով, բավականին բարձր է նաև առողջական վիճակի ցուցանիշը:

Աղյուսակ 1.2.4³⁵

Իրականացվող սկրինինգային ծրագրերը (2016թ)

Երկիրը	Ծրագրային սկրինինգներ		Ոչ ծրագրային սկրինինգներ	
	50-69 տարեկան կանանց մեջ կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերման նպատակով հետազոտվածների մասը (%)	20-69 տարեկան կանանց մեջ արգանդի վզիկի քաղցկեղի հայտնաբերման նպատակով հետազոտվածների մասը (%)	Սքրինինգի միջոցով 50-69 տարեկան կանանց մեջ կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերման նպատակով հետազոտվածների մասը (%)	Սքրինինգի միջոցով 20-69 տարեկան կանանց մեջ արգանդի վզիկի քաղցկեղի հայտնաբերման նպատակով հետազոտվածների մասը (%)
Ավստրիա	0	0	80.2	81.5
Պորտուգալիա	0	0	73.6	54.8
Իսպանիա	0	0	64.2	77.1
Հունաստան	0	0	49.5	69.7
Ֆինլանդիա	85.5	69.8	-	-
Հոլանդիա	82.1	66.1	-	-
Դանիա	73.7	66.3	-	-
Իսրայել	72.9	0	-	-
Սլովենիա	72.8	72.2	-	-
Միացյալ թագավորություն	72.6	68.5	-	-
Նորվեգիա	72.6	76.2	-	-
Իռլանդիա	72.2	64.9	-	-
Նոր Զելանդիա	71	75	-	-
Բելգիա	61	63.2	-	-
Իտալիա	59.6	41.2	-	-
Իսլանդիա	58	61	-	-
Գերմանիա	54.3	55.9	-	-
Ֆրանսիա	53.5	0	-	-
Չեխիայի հանրապետություն	52.7	51.5	-	-
Էստոնիա	51	53	-	-
Թուրքիա	27.3	15.5	-	-
Մեքսիկա	17.4	20	-	-
Շվեդիա	0	78.4	-	-

³⁵ OECD Health Statistics 2017, Definitions, Sources and Methods, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

Այսպիսով, անկախ երկրի տնտեսական վիճակից, աշխարհագրական դիրքից՝ առկա է ՈՎՀ-ներից մահացության և հիվանդացության բարձր մակարդակ: Ինչպես ամբողջ աշխարհում, Հայաստանի Հանրապետությունում նույնպես, լայնորեն տարածված են ՈՎՀ-երը, որոնք կազմում են երկրում գրանցվող բոլոր մահերի շուրջ 93%-ը: Իրենց հերթին արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը ընդհանուր մահվան պատճառների մեջ՝ կազմելով 50,7%, չարորակ նորագոյացությունները կազմում են 29,6%, մարսողական օրգանների հիվանդությունները՝ 4%, շնչառական օրգանների հիվանդությունները՝ 7,0%, վնասվածքները և թունավորումները՝ 4% և շաքարային դիաբետը՝ 4,7%)³⁶:

Սրտանոթային հիվանդություններից հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների (այսուհետ՝ ՀԸԿՏ) ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 4.306՝ 100,000 բնակչի հաշվով (կամ այդ հիվանդությունների հետևանքով տարեկան մոտ 350 կյանքի կորուստ):

Թեպետ այս ատենախոսության նպատակը չէ ներկայացնել ՀԸԿՏ-ների տնտեսական վնասներն ու ծախսերը, այնուամենայնիվ, ընտանիքները, համայնքները և Հայաստանի ողջ բնակչությունն ընդհանուր առմամբ վնասներ են կրում հիվանդ կամ վաղաժամկետ հաշմանդամ դարձած անձանց չկատարած նյութական և ոչ նյութական ներդրումների հետևանքով: Մեր հաշվարկները վկայում են, որ Հայաստանի Հանրապետությունում յուրաքանչյուր տարի միայն չարորակ նորագոյացությունների պատճառով հաշմանդամ են ճանաչվում ավելի քան 3.000 մարդ: Ընդ որում դրանց մեջ 72%-ը մինչև 60 տարեկան անձիք են: Առաջին անգամ հաշմանդամ դարձած մարդկանց ընդհանուր թվից 65%-ը հիմնական 3 հիվանդությունների՝ նորագոյացությունների, Էնդոկրին համակարգի հիվանդությունների, սննդային և նյութափոխանակության խանգարումների՝ այդ թվում շաքարային դիաբետի և արյան շրջանառության հիվանդությունների մասնաբաժինն են կազմում: Ընդ որում մինչև 60 տարեկան հաշմանդամ դարձածների 60%-ը հաշմանդամ են դարձել հենց վերը նշված 3 հիվանդությունների գծով: Թեպետ համաձայն ԱՀԿ տվյալների աշխարհում 15-ից 60

³⁶ ԱՀԿ տվյալների բազա, 2017 թ, Global Health Estimates 2017: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, World Health Organization; 2017.

տարեկան որոշակի ֆունկցիոնալ խանգարումներով հաշմանդամների թիվը կազմում է բնակչության 2.2-3.8%-ը, Հայաստանում 2016 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ այդ ցուցանիշը կազմում է 6.7%:

Փորձագետների հաշվարկներով ցածր և միջին եկամտով երկրներում սրտանոթային հիվանդությունները և դիաբետը կարող են 6,77%-ով նվազեցնել համախառն ներքին արդյունքը (այսուհետ՝ ՀՆԱ):

Աղյուսակ 1.2.5³⁷

Հայաստանի Հանրապետությունում առաջին անգամ հաշմանդամ ճանաչվածների թվաքանակի բաշխվածությունն ըստ հիվանդությունների (2016թ)

Հ/Հ	Հիվանդությունների անվանումը	Հիվանդությունների ծածկագիրը ըստ միջազգային X դասակարգման	Ճանաչվել են հաշմանդամ /մարդ/	տարիքային կենսաթոշակառուներ	մինչև 60 տարեկան	մինչև 60 տարեկանների տեսակարար կշիռը
1	Նորագոյացություններ	դաս II C00-D48	3102	875	2227	72%
1.1	որից՝ չարորակ նորագոյացություններ	C00-C97	3014	864	2150	71%
1.1.1	դրանցից՝ կրծքագեղձի չարորակ նորագոյացություն	C50	729	181	548	75%
2	Էնդոկրին համակարգի հիվանդություններ, սննդային և նյութափոխանակության խանգարումներ	դաս IV E00-E90	1263	266	997	79%
2.1.	շաքարային դիաբետ	E10-E14	1038	257	781	75%
3	Արյան շրջանառության հիվանդություններ	դաս IX I 00-I 99	6233	1857	4376	70%
3.1	սրտի իշեմիկ հիվանդություն	I 20-I 25	3138	1042	2096	67%
3.2	հիպերտոնիկ հիվանդություն	I 13	1481	264	1217	82%
3.3	սրտի քրոնիկական ռևմատիկ հիվանդություն	I 05-I 09	87	20	67	77%
3.4	ուղեղ-անոթային հիվանդություններ	I 60-I 69	1002	415	587	59%
	Ընդամենը ՈՎՀ (1+2+3)		10598	2998	7600	72%
	ՈՎՀ տեսակարար կշիռը		65%	81%	60%	X
	Ընդամենը	X	16370	3686	12684	77%

Օգտագործելով գրեթե նույն ցուցանիշների կազմը առողջապահական համակարգերի արդյունավետության գնահատումներ են իրականացվում նաև տնտեսական համագործակցության զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ)

³⁷ Վարչական վիճակագրական հաշվետվություն ԲՄՓՀ գործունեության մասին, 2014-2016թթ

կողմից³⁸: Վերջինս սակայն շատ ավելի մեծ շեշտադրում է կատարում ֆինանսական ցուցանիշների կազմին, այնպիսիք ինչպիսիք են ՀՆԱ-ի մեջ առողջապահական ընդհանուր ծախսերի տեսակարար կշիռը, առողջապահության պետական ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում, համախմբված բյուջեում:

Բացի հիմնական ֆինանսական ցուցանիշների կազմից թե՛ ՏՀՁԿ և թե՛ ԱՀԿ կողմից գնահատականները հիմնվում են նաև երկրների առողջապահական ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) տվյալների գնահատման վրա:

ԱԱՀ-ներում ներառվող տեղեկատվությունն օգտակար է որոշումներ կայացնելու համար, քանի որ հնարավորություն է ընձեռում գնահատել առկա ռեսուրսների օգտագործումը (ընթացիկ պահի դրությամբ) և կարող է կիրառվել առողջապահական կոնկրետ համակարգի և այլ երկրների համակարգերի համեմատական վերլուծության նպատակով: Ինչևէ, առկա գնահատականները ոչ միշտ են հաշվի առնում ոչ բժշկական, արտաքին գործոնները: ՏՀՁԿ կողմից իրականացվող գնահատականներում մեջբերվում է, որ ներկայացվող գնահատականներում բժշկական և ոչ բժշկական գործոնների հնարավոր ազդեցությունը կյանքի միջին տևողության ցուցանիշի վրա տարբեր երկրներում և տարբեր ժամանակային կտրվածքով հնարավոր չէ որոշել³⁹: Ավելին, Ռոբերտ Օխսֆելդը և Ջոն Շնայդերը, որոնք համապատասխան հետազոտություններ են իրականացրել ԱՄՆ ձեռներեցության ինստիտուտի պատվերով, պարզել են, որ ոչ բժշկական արտաքին գործոնները կարող են ունենալ այնպիսի վճռորոշ ազդեցություն, որ, օրինակ ԱՄՆ-ն կյանքի միջին տևողության ցուցանիշով հայտնվի 1-ին հորիզոնականում, եթե վերը նշված ցուցանիշի հաշվարկի ժամանակ հաշվի չառնվեն սպանությունները և դժբախտ պատահարները⁴⁰:

Իրականում շուկայական տնտեսության պայմաններում ինչպես բոլոր ոլորտներում, առողջապահության մեջ նույնպես գործում է քիչ ծախսերով առավելագույն քանակ հասկացությունը: Սակայն առողջապահության համակարգում

³⁸ OECD Health Data 2013, OECD, Paris. Updated June 2013, <http://www.oecd.org/health/healthdata>.

³⁹ OECD, "Health at a Glance: OECD Indicators, 2005" (Paris: OECD Publishing, 2005), p. 11.

⁴⁰ Robert L. Ohsfeldt and John E. Schneider, *The Business of Health: The Role of Competition, Markets, and Regulation* (Washington: American Enterprise Institute Press, 201)

քանակական ցուցանիշները պետք է գնահատվեն դրանց որակական վերջնական արդյունքների տեսանկյունից: Առավել ևս, որ ԱՄՆ-ի նման պետության օրինակը ցույց է տալիս, որ մեծ գումարներ ծախսելը առողջապահության համար դեռևս չի նշանակում ունենալ արդյունավետ գործող առողջապահական համակարգ: Սակայն միևնույն ժամանակ փաստ է նաև այն, որ առողջապահական արդյունավետ համակարգեր ունեցող երկրներում պետական ծախսերը կազմում են ՀՆԱ ոչ պակաս քան 7%-ը:

Աղյուսակ 1.2.6⁴¹

Առողջապահական և ֆինանսական միջինացված ցուցանիշների համադրում
(2001-2016թթ)

Երկիրը	ԸԱԾ ՀՆԱ -ում %	Հորիզ ոնակա ն (բարձր ից ցածր)	Մեկ շնչին ընկնող առողջապ ահության պետական ծախսերը (% ԸԱԾ- երի մեջ)	Մեկ շնչին ընկնող առողջապահ ության մասնավոր և այլ ծախսերը (% ԸԱԾ-երի մեջ)	Մեծահաս ակների մահացութ ցուցանիշը (հավանա կան մահվան տարիքը 15 եւ 60 տարիներ ի միջև: 1000 բնակչի հաշվով)	Հորիզոն ական (ցածրից բարձր)	ՈՎՀ մահացութ յան ցուցանիշ մինչև 60 տարեկան անձանց մոտ (1000 բնակչի հաշվով)	Հորիզոն ական (ցածրից բարձր)
Իսլանդիա	9.1	16	80.5	19.5	49	1	311.7	8
Սան Մարինո	6.5	74	87.8	12.2	50	2	0	0
Քուվեյթ	2.9	161	82.6	17.4	52	3	406.3	39
Շվեյցարիա	11.5	178	66	34	53	4	291.6	3
Իտալիա	9.1	17	78	22	54	5	303.6	6
Սինգապուր	4.6	125	39.8	60.2	54	6	264.8	2
Կիպրոս	7.4	45	46.3	53.7	56	7	333	14
Իսրայել	7.2	51	59.1	40.9	56	8	311.2	7
Շվեդիա	9.7	8	81.5	18.5	56	9	333.5	15
Մալթա	8.7	27	66.1	33.9	58	10	364.5	24
Իրաք	5.2	111	63.5	36.5	153	105	715.5	145
Լատվիա	5.7	98	61.9	38.1	153	106	623.7	104
Նիկարագուա	8.4	30	53.7	46.3	158	109	546.6	74
Հայաստան	3,9	127	39	61	162	111	908	166
Տաջիկստան	6.8	65	30.6	69.4	165	112	752.6	153
Լիտվա	6.2	82	66.6	33.4	170	115	580.6	94
Ուզբեկստան	6.1	86	51	49	170	116	810.9	163

⁴¹ ԱՀԿ և ՏՀԶԿ տվյալների բազաներ, 2001-2016

Մեր կարծիքով, այստեղ ավելի մեծ դերակատարում ունեն այն մոդելները, որոնք ընտրել են երկրները առողջապահության ֆինանսավորման համար: Այն երկրները, որտեղ քիչ թե շատ արձանագրել են հաջողություններ առողջապահական հիմնական այնպիսի ցուցանիշների մասով, ինչպիսիք են կյանքի միջին տևողությունը, ՌՎՀ-ից մահացության մակարդակի կրճատումը և այլն, ունեն գերակշռող պետական ֆինանսավորման համակարգեր (Իսլանդիա, Սան Մարինո, Շվեյցարիա, Իտալիա) կամ մասնավոր ֆինանսավորման համակարգեր են գործում՝ պետական կոշտ կարգավորման համակարգերի ներքո (Սինգապուր, Կիպրոս): Բացի դա, նմանատիպ երկրներում ներդրված է և գործում է համակարգված սկրինինգային ծրագրերի, հիվանդությունների ռիսկերի կառավարման մոդելներ, գործում է հաշվետվողականության թափանցիկ համակարգ, բյուջետային համակարգերը որպես կանոն գործում են ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքով՝ առաջնահերթությունները տալով հենց սկրինինգային ծրագրերի շրջանակներում համակարգված, հասցեական ֆինանսավորմանը:

Հաշվի առնելով վերը նշվածները, առաջարկում ենք.

1. Ապահովել ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների նպատակային պլանավորումը, բաշխումը և վերահսկումը հիմնական ՌՎՀ-երի՝ արյան շրջանառության համակարգի (սրտանոթային հիվանդություններ), չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի մասով ձևավորելով պետական նպատակային ծրագրեր:
2. Բյուջետային միջոցների հատկացման արդյունավետության գնահատման նպատակով կիրառել ՌՎՀ-ից առաջացող վաղաժամ (մինչև 60 տարեկան) մահացությունը նվազեցնելու տարեկան ցուցանիշ:
3. Հաստատել մեթոդաբանություն հաշմանդամության և/կամ մահվան պատճառով կորցրած տարիների վնասի հաշվարկման նպատակով, որը նաև հիմք կհանդիսանա առողջապահության համակարգում կատարվող ներդրումների արդյունավետությունը գնահատելու համար:
4. Գնահատել առողջ ապրելակերպի և ռիսկերի կրճատմանն ուղղված միջոցառումները, մշակել դրանց ֆինանսավորմանը պետական բյուջեից մասնակցության ծրագրեր:

5. Ժամանակակից գիտական մեթոդներով ՈՎՀ-ի հայտնաբերման, ախտորոշման և որակյալ բուժման մատչելիության ապահովում Հայաստանի բոլոր քաղաքացիների համար՝ ազգային, տարածաշրջանային, քաղաքային և համայնքային մակարդակներում:

1.3. Առողջապահական համակարգում ծրագրային բյուջետավորման և ըստ արդյունքների ֆինանսավորման մոտեցումները

«Արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորում», իսկ հետագայում՝ «ծրագրային բյուջետավորում» տերմինները առաջին անգամ օգտագործվել և որոշ չափով կիրառվել են Միացյալ Նահանգներում 1950-ական և 1960-ական թթ.: 1980-ական թթ. վերջին և 1990-ական թթ. սկզբին նույն գաղափարները, որոշ լրացումներով սկսեցին կիրառվել մի շարք այլ ՏՀԶԿ երկրներում, ինչպես նաև որոշ զարգացող երկրներում: Վերջին 3 տասնամյակի ընթացքում սկսեցին կիրառվել նոր անվանումներ, ինչպես, օրինակ, «Ուղղակի արդյունքների և վերջնական արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորում» Այնուամենայնիվ, չնայած տարբեր անվանումներին, բուն գաղափարը, ընդհանուր առմամբ, մնացել է նույնը:

Այսպիսով, սկսած 1960-ական թվականներից բյուջետային համակարգերի զարգացման պատմության մեջ հստակորեն նկատելի է միտումը դեպի բյուջեի թափանցիկության մեծացմանը ուղղված բարելավումների իրականացումը և բյուջեում այնպիսի տեղեկատվության կարևորումը, որը անհրաժեշտ է հանրությանը, խորհրդարանին, որոշում կայացնողներին:

«Զրո հիմքով» բյուջետավորում (1960-1970-ական թթ.). Նախատեսված էր ընդդեմ այն մոտեցման, ըստ որի վերլուծվում են միայն նոր/լրացուցիչ ծախսերը: «Զրո հիմքով բյուջետավորման» մոտեցման դեպքում յուրաքանչյուր տարվա բյուջետային գործընթացում քննության են առնվում բոլոր ծախսերը, այդ թվում նաև գոյություն ունեցող ծախսային պարտավորությունների գծով:

Նոր պետական կառավարում (ՆՊԿ), ներառյալ արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը (1980-ական թթ. մինչև այժմ): ՆՊԿ և արդյունքների վրա հիմնված

բյուջետավորման բարեփոխումները հիմնականում ուղղված են սուղ ռեսուրսների օգտագործման հասցեականության մեծացմանը, որին նպաստում են հստակությունն առ այն, թե ինչ ծառայություններ/ապրանքներ են մատուցվում ծախսվող բյուջետային միջոցների դիմաց, բյուջետային ծախսերի ֆինանսական և նպատակային արդյունավետության կարևորումը, արդյունքների վերբարելյալ հաշվետվողականության ուժեղ համակարգերը:

Նոր պետական կառավարումը, այդ թվում՝ արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը այժմ լայն տարածում է գտել ՏՀԶԿ երկրների մեծ մասում: Այն նաև գնալով ավելի լայն տարածում է ստանում ողջ աշխարհում՝ բացի զարգացած երկրներից ընդգրկելով նաև թե ցածր, թե միջին եկամուտ ունեցող և թե անցումային, այդ թվում՝ նախկին խորհրդային երկրները:

ՏՀԶԿ երկրներից օրինակելի են համարվում Ավստրալիան և Նոր Զելանդիան: Վերջինս ներդրել է ծառայությունների/ուղղակի արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը՝ սկսած 1980-ական թվականների վերջերից և 1990-ական թվականների սկզբից:

Շատ այլ երկրներ նույնպես փորձել են կամ փորձում են կիրառել պետական ֆինանսների կառավարման այս նոր մոտեցումը: Դրանց թվում են թե միջին եկամուտ ունեցող որոշ երկրներ, թե առավել հաջողակ անցումային երկրներ և թե ցածր եկամուտ ունեցող երկրներ, որտեղ արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման իրականացումն ընթացել է կամ ընթանում է տարբեր հաջողությամբ:

ՏՀԶԿ երկրներում արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման բարեփոխումները ուղեկցվել են պետական կառավարման ոլորտի մի շարք այլ բարեփոխումներով: Բարեփոխումների հիմնական տարրերն էին.

- Օրենսդիր մարմնի դերի հզորացումը կառավարության գերատեսչությունների և վարչությունների արդյունքների վերահսկողության գործում,
- Կենտրոնական կառավարման/բյուջետավորման գործառույթ իրականացնող գերատեսչության/ պետական մարմնի դերի փոփոխությունը և անցումը մանրակրկիտ ֆինանսական վերահսկողությունից ծախսերի տեխնիկական և նպատակային արդյունավետության գնահատման, գնային վերլուծությունների, արդյունքների

գնահատման: Շատ ՏՀԶԿ երկրներում կենտրոնական բյուջետային մարմինները, օրինակ, Ֆինանսների և կառավարման նախարարությունը Ավստրալիայում կամ Գանձապետարանը Նոր Զելանդիայում նաև ստանձնել են պետական մարմինների համար խորհրդատվական և մասնագիտական աջակցության տրամադրման դերը, ինչպես նաև ղեկավար դեր բարեփոխումների ընթացքի որոշման և իրականացման հարցում:

- օրենսդրությամբ արդյունքների բնորոշման և հաշվետվության, ֆինանսների և կորպորատիվ կառավարման, աուդիտի և հաշվետվողականության պահանջների ամրագրումը,
- աուդիտորական մարմինների դերի հզորացումը և ոչ ֆինանսական արդյունքների աուդիտի/գնահատման իրականացումը,
- պետական մարմինների մակարդակով ֆինանսական միջոցների կառավարման հարցում ճկունության մեծացումը՝ ավելի մեծ հաշվետվականության դիմաց:

Մի շարք միջին եկամուտ ունեցող զարգացող երկրներ հաջողությամբ ընդունել և ինստիտուցիոնալ հիմքերի վրա են դրել արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման մոտեցումները: Այս երկրների մեջ առաջատարներն են Սինգապուրը (որն այժմ մեկ շնչին ընկնող ՀՆԱ-ի հաշվով առաջ է անցել նույնիսկ մի շարք զարգացած երկրներից) և Մալազիան: Հարավային Ամերիկայում ծրագրային/արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման առաջատար է Զիլին: Ծրագրային բյուջետավորման մոտեցումները կիրառվում են նաև մի շարք այլ միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, այդ թվում՝ Հարավային Աֆրիկայում:

Միջին եկամուտ ունեցող երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ գոյություն չունեն պետական նոր կառավարման և արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման գործընթացների ոչ ստանդարտ տարբերակներ, ոչ էլ պարտադիր հերթականություն: Իրականում, հնարավոր է և հաճախ ցանկալի բարեփոխումները ներմուծել աստիճանաբար և ելնելով պրակտիկ նկատառումներից: Միջին եկամուտ ունեցող երկրների փորձը ցույց է տալիս նաև, որ արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը կարող է բարելավել պետական ծառայության կառավարման մշակույթը և

արդյունքները, հատկապես այն դեպքում, երբ նոր համակարգը ներդրվում է պետական մարմինների և գերատեսչությունների ակտիվ մասնակցությամբ:

Ցածր եկամուտ ունեցող տարբեր երկրներ իրականացնում են արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման բարեփոխումներ: Դրանց թվում են Բոլիվիան, Գանան, Վիետնամը, Կամբոջիան, Մալին: Ցածր եկամուտ ունեցող երկրների մեջ այս հարցում առաջատար են Տանզանիան և Ուգանդան, որոնք հաջող փորձեր են կատարել մի շարք ոլորտներում արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը և կենտրոնական, և տեղական մակարդակով ներմուծելու ուղղությամբ: Մյուս երկրներում արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը իրականացվել է տարբեր հաջողությամբ:

Ցածր եկամուտ ունեցող երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ ծրագրային բյուջետավորման ներդրումից կարելի է որոշակի օգուտներ քաղել նաև կարճաժամկետ հատվածում, նույնիսկ այն դեպքում, երբ նոր պետական կառավարման համակարգերը դեռ ամբողջությամբ չեն ներդրվել: Այն նպաստում է քաղաքականության առավել կարևորմանը, ռեսուրսների ուղղորդմանը առնաջնահերթ խնդիրներին և գերակայություններին, օգնում է պետական մարմիններին ավելի իրատեսական մոտեցում կիրառել նպատակների սահմանման հարցում և մեծացնում է նրանց շահագրգռվածությունը արդյունքների նվաճման ուղղությամբ: Շնորհիվ արդյունքների վերաբերյալ հաշվետվության և կանոնավոր մոնիտորինգի՝ ծրագրային/արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը թույլ է տալիս ժամանակին հայտնաբերել պետական մարմինների գործունեության, մատուցվող ծառայությունների և ոչ-ֆինանսական արդյունքների հետ կապված խնդիրները և շտկել դրանք: Այն նաև օգնում է պետական մարմինների և ծառայություն մատուցող կազմակերպությունների նպատակների համատեղմանը ոլորտային և ազգային ռազմավարությունների հետ և միջգերատեսչական ծրագրերի ուղղությամբ կազմակերպությունների միջև աշխատանքների արդյունավետ կազմակերպմանը: Սրանով հանդերձ, արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորումը նպաստում է պետական միջոցների ծախսման արդյունավետության բարձրացմանը:

Նախկին սոցիալիստական մի շարք երկրներ ներդնում են արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման տարրեր: Այս հարցում առաջատար են Մերձբալթյան երկրները, մասնավորապես Լատվիան և Լիտվան, Բալկանյան երկրները, մասնավորապես Մակեդոնիան և Սլովենիան: Նշված երկրներից շատերում արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման հիմնական տարրերն են բյուջետային ծրագրերի վերաձևակերպումը՝ կառուցելով դրանք պետական մարմինների կողմից ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն մատուցվող ծառայությունների կամ ծառայությունների խմբերի շուրջ, ոչ-ֆինանսական արդյունքների վերաբերյալ տեղեկատվության մշակումը և ներառումը պլանավորման և ռազմավարական փաստաթղթերում:

Ներկայումս մեծամասնությամբ, այդ թվում նաև Հայաստանում կիրառվում է մուտքերի վրա հիմնված բյուջետավորումը:

Մուտքերի վրա հիմնված բյուջետավորման համակարգը հիմնականում ուշադրությունը սևեռում է բյուջետային տարվա ընթացքում Կառավարության կողմից օգտագործված ռեսուրսներին: Մուտքերն այն հողվածներ են, որոնք արտացոլված են ՀՖԴ տնտեսագիտական դասակարգման հաշվետվությունների կազմման մեթոդաբանության մեջ, և ներառում են այնպիսի հողվածներ, ինչպիսիք են՝ աշխատավարձերը, գրեթեական պիտույքներն ու գրասենյակային կահույքը: Թեև մուտքերի վրա հիմնված այս մոտեցումը տալիս է մանրամասն տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչի վրա է ծախսվում դրամը, իրականում այն շատ քիչ տեղեկատվություն է տալիս այն մասին, թե ինչ է արտադրվում այդ դրամը ծախսելու արդյունքում, այսինքն ինչ ծառայություններ են մատուցվում քաղաքացիներին:

Ծրագրային բյուջետավորումը լրացնում է այս թերությունը: Ծրագրային բյուջետավորման համակարգը կենտրոնանում է և՛ հատկացված միջոցների հաշվին մատուցված ծառայությունների (և այլ քաղաքականության միջոցառումներին), և՛ նշված ծառայությունների արտադրության և իրականացման համար օգտագործվող մուտքերի/ռեսուրսների վրա: Այս երկու տիպի տեղեկատվությունն էլ կարևոր են կառավարության ընդհանուր գործունեությունը և առանձին պետական մարմնի գործունեությունը գնահատելու համար:

Ավանդական (մուտքերի վրա հիմնված) բյուջետավորման և ծրագրային բյուջետավորման հիմնական տարբերություններն են՝

1. Նոր մոտեցմամբ ուշադրության կենտրոնում են մատուցվող ծառայությունները և ձեռքբերվող արդյունքները, այլ ոչ թե դրանց համար օգտագործվող ռեսուրսները: Շնորհիվ նշվածի՝ բյուջետավորման նոր մոտեցումը հնարավորություն է տալիս կառավարությանը ընտրություն կատարել իր կողմից իրականացվելիք՝ տարբեր տեսակի գործողությունների միջև՝ հաշվի առնելով դրանց համեմատական ծախսերն ու օգուտները:

2. Ավանդական մոտեցման դեպքում շեշտը դրվում է պլանավորման փուլում ֆինանսական մանրակրկիտ վերահսկողության վրա: Նոր մոտեցմամբ շեշտը դրվում է հաշվետվության փուլում թե՛ ֆինանսական, և թե՛ ոչ ֆինանսական արդյունքների մոնիտորինգի վրա:

3. Ավանդական մոտեցման կիրառման ժամանակ շեշտադրումն ուղղվում է գործառնական դասակարգմանը, մինչդեռ նոր մոտեցման համաձայն՝ քաղաքականության միջոցառումները ներկայացվում են ծրագրային դասակարգմամբ՝ խմբավորված ըստ իրականացնող պետական մարմինների:

4. Ավանդական մոտեցման կիրառման ժամանակ հաճախ բյուջետային դասակարգումներում որպես առանձին ծրագրեր կամ հատկացումներ ներկայացվում են ծառայություններ մատուցելու համար անհրաժեշտ ռեսուրսները (մուտքերը), մինչդեռ նոր մոտեցման համաձայն՝ որպես առանձին քաղաքականության միջոցառում ներկայացվում են միայն այն ծառայությունները կամ ուղղակի արդյունքները, որոնք մատուցվում են արտաքին շահառուներին:

5. Ավանդական մոտեցման դեպքում, կան դեպքեր, երբ միևնույն ծրագրում, այսինքն՝ միևնույն հատկացման շրջանակներում, միասին ներկայացվում են և՛ ընթացիկ և՛ ոչ ֆինանսական ակտիվներին առնչվող (կապիտալ) ծախսերը. օրինակ՝ կենտրոնական ապարատի պահպանման ծախսերում ներառված են բուն պահպանման ընթացիկ բնույթի ծախսերը և վարչական շենքերի հիմնանորոգման, տրանսպորտային միջոցների ձեռքբերման և այլ ոչ ֆինանսական ակտիվներին առնչվող (կապիտալ) ծախսեր: Սակայն նոր՝ ծրագրային դասակարգմամբ ընթացիկ և

ոչ ֆինանսական ակտիվներին առնչվող (կապիտալ) ծախսերը ներկայացվում են առանձին քաղաքականության միջոցառումներում և նույնիսկ առանձին ծրագրերում:

6. Նոր մոտեցման մեկ այլ սկզբունք է պետական մարմինների կողմից անմիջականորեն մատուցվող ծառայությունների տարանջատումը պետական մարմնի ղեկավարի պատասխանատվության ներքո իրականացվող ծառայություններից: Վերջինս վերաբերում է այն ծառայություններին, որոնք պետական մարմնի ղեկավարը գնում է այլ կազմակերպություններից իր բյուջետային միջոցների հաշվին: Օրինակ՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական տեսչության կողմից իրականացվող՝ տեսչական հսկողության ծառայությունները ներկայացվում են առանձին բաժնում, որպես անմիջականորեն ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի կողմից մատուցվող ծառայություններ, իսկ հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունները ներկայացվում են այլ բաժնում, որպես ՀՀ առողջապահության նախարարի պատասխանատվության ներքո իրականացվող ծառայություններ, որոնք ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմը գնում է բժշկական կազմակերպություններից:

7. Կապիտալ ծախսերը նույնպես տարանջատվում են նոր մոտեցմամբ՝ ներկայացվելով ըստ հանրային սեփականության կառավարման քաղաքականության միջոցառումներում ընդգրկված ակտիվների, հանրության կողմից անմիջականորեն օգտագործվող ակտիվների և դրամական ծախսերի:

Այսպիսով, մեր կարծիքով, ծրագրային բյուջետավորման հիմնական հատկանիշներից է բյուջետային գումարների դիմաց մատուցվող ծառայությունների և արդյունքների թափանցիկության և հաշվետվականության կարևորումը, որի դեպքում պետական բյուջեի միջոցների հաշվին մատուցվող ծառայությունների, ինչպես նաև պետական մարմինների գործունեության ոչ ֆինանսական արդյունքների ցուցանիշները նույնքան կարևոր են համարվում, որքան և ֆինանսականը:

Բացի դա, գործելով արդյունքների գնահատման վրա ձևավորվող հարաբերությունների պայմաններում, ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքը ենթադրում է համապատասխան մոտեցում դրսևորել նաև միկրոմակարդակում՝ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման մեխանիզմների ներդրման,

բժշկական անձնակազմի աշխատանքի դիմաց վարձատրության մոտեցումներում: Դա մի կողմից նպաստում է առկա միջոցների առավել նպատակային օգտագործմանը՝ դրանք ակնկալվող արդյունքների տեսանկյունից գնահատելու և ֆինանսավորելու կարողությունները զարգացնելու միջոցով, իսկ մյուս կողմից նպաստում է բժշկական ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության մակարդակի բարձրացմանը, քանզի իրականացվում են այնպիսի գործողություններ և միջոցառումներ, որտեղ ընդգրկվում են հասարակության առավել խոցելի զանգվածներ՝ թե սոցիալական, թե առողջական ռիսկերի տեսանկյունից: Շատ հաճախ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման հասկացությունը դիտվում է կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորում, ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորում, Կատարողականի վրա հիմնված փոխհատուցում հասկացությունների շարքում⁴²:

Կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորումը կարելի է դիտել որպես առողջության առաջնային պահպանման համակարգի վրա շուկայի ազդեցության նախնական և փորձնական կիրառություն: Այդ փորձը իրականացվեց պետական բյուջեի միջոցներով և պետական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների վրա Զամբիայի արևմտյան տարածաշրջանի առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակում 1990-ականների սկզբից: Այնուհետև փորձը շարունակվեց Կամբոջիայում՝ 1999 թվականին Կամբոջիայի պետական բյուջեից միջոցներ ուղղվեցին հասարակական կազմակերպություններին՝ արդյունքների հիման վրա ֆինանսավորման ծրագիրն իրականացնելու նպատակով, իսկ Հաիթիում հասարակական կազմակերպություններն սկսեցին ֆինանսավորվել կատարողականի հիման վրա մատուցված ծառայությունների դիմաց: 2002 թվականից սկսած Ռուանդայում ներդրվեց կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորումը: Ընդ որում դրա ներդրումն իրականացվեց Կամբոջիայում նմանատիպ համակարգի ներդրման հեղինակների կողմից: Այնուհետև, սկսած 2006 թվականից կատարողականի վրա

⁴² Basic Economics of Results-Based Financing in Health, By William D. Savedoff, Senior Partner Social Insight Bath, Maine USA, 2010, p. 18, Verification in results – based financing (RFB), The case of the United Kingdom, Cheril Cashin, Petra Vergeer, 2013, p. 64

հիմնված ֆինանսավորման համակարգեր ներդրվեցին Կոնգոյում, Բուրունդիում, Թաիլանդում, պիլոտային կարգով Կամերունում և Կենտրոնական Աֆրիկյան հանրապետությունում: 2013 թվականին լրացուցիչ ծրագրեր նախատեսվեցին և ներդրման շրջանակը ընդլայնվեց՝ ընդգրկելով Աֆղանստանը, Բենինը, Բուրկինա Ֆասոն, Կամերունը, Չադը, Զիբուտին, Գաբոնը, Գամբիան, Քենիան, Ղրղզստանի Հանրապետությունը, Լեսոտոն, Լիբերիան, Մոզամբիկը, Նիգերիան, Սենեգալը, Տաջիկիստանը, Վիետնամը և այլն:⁴³ Ռուանդայում, Աֆղանստանում, Կոնգոյում, Հաիթիում ներդրված գործունեության ցուցանիշների հիման վրա ֆինանսավորման համակարգերը վառ օրինակ են ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում առողջապահության մատչելիության և ծախսերի կառավարման գործուն մեխանիզմների ձևավորման առումով: Երկրներում ներդրված և գնահատվող ցուցանիշները իրենց կազմով և քանակով թեկուզ տարբերվում են, սակայն դրանք բոլորը բխում են երկրի առջև դրված առողջապահական խնդիրներից և նպատակներից: Օրինակ, Ռուանդայում, Քենիայում, Կոնգոյում և Հաիթիում ցուցանիշների թիվը չի գերազանցում 10-ը և դրանք հիմնականում ընդգրկում են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլյոզի և մալարիայի կրճատմանն ուղղված գործողություններն ու միջոցառումները:⁴⁴ Ռուանդայում սկսած 2002 թվականից ներդրվել է միջազգային լավագույն փորձի վրա հիմնված կատարողականի դիմաց խրախուսական ֆինանսավորման համակարգը, որը հնարավորություն է տվել այս երկրում 10 տարվա ընթացքում մոտ 50%-ով կրճատել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով վարակակիրների թիվը, վերարտադրողական խնդիրներով կանանց թիվը, տուբերկուլյոզով հիվանդների բացահայտումը հասցնել 90%-ի:⁴⁵ Մինչդեռ զարգացած երկրներում, ինչպես օրինակ Մեծ Բրիտանիան է, կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորումը ներդրվել է նպատակ ունենալով բարձրացնել ԱԱՊ օղակի գործունեության արդյունավետությունը, վերափոխել քաղաքացուն տրամադրվող ծառայությունների բնույթը, զարգացնել ԱԱՊ բժիշկների հմտությունները, բարելավվել

⁴³ Performance-Based Financing Toolkit, György Béla Fritsche, Robert Soeters, Bruno Meessen with Cedric Ndizeye, Caryn Bredenkamp, and Godelieve van Heteren, The World Bank, Washington DC, p. 358: 2-6

⁴⁴ Utilizing Performance-Based Financing to Achieve Health Goals, HealthSystems20/20, November 2007, p. 4

⁴⁵ Rwanda: Performance-Based Financing in the Public Sector, Louis Rusa, Miriam Schneidman, Gyuri Fritsche, and Laurent Musango, Center for Global Development, p. 27 | www.cgdev.org

վերջիններիս կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը: 2006 թվականին ներդրված ծրագիրը ընդգրկեց 146 ցուցանիշ՝ 4 գերակա ուղղություններում՝ կլինիկական, կազմակերպչական, պացիենտների փորձառություն և այլ: Արդեն 2010 թվականին ցուցանիշների թիվը իջավ 134-ի: Յուրաքանչյուր ցուցանիշ ունի գնահատման առավելագույն միավոր և յուրաքանչյուր ԱԱՊ բժիշկ հավաքում է այդ միավորները: Միավորների առավելագույն թիվը 1000-ն է, իսկ 1 միավորի արժեքը 127 ՄԲՖ: Ծրագիրը ի սկզբանե ներ է դրվել կամավորության սկզբունքով, չնայած դրան մասնակցում են մեծ թվով ընտանեկան բժիշկներ: Չնայած այն սկզբնապես մեծ քննադատության էր արժանանում, քանի որ հաշվի չէր առնում որոշ հիվանդությունների վարման հետ կապված աշխատանքի ծանրաբեռնվածությունը (2008թվականին), սակայն հետագայում որոշակի փոփոխություններ մտցվեցին հաշվարկներում և մտավախությունը աստիճանաբար մարեց:⁴⁶

Ներկայումս աշխարհում ընթանում են առողջության որակի բարելավմանն ուղղված գործընթացներ, որոնք բերում են ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների անցման անհրաժեշտության: Թե պետությունները իրենց բյուջետային միջոցները ծախսելիս, թե դոնորները որոշակի ծրագրեր իրականացնելիս սահմանում են որոշակի արդյունքային, նպատակային ցուցանիշներ՝ կատարված աշխատանքները գնահատելու նպատակով: Մեր կարծիքով, նշված կոնտեքստում շատ կարևոր է, որպեսզի գնահատումները ելնեն միջնաժամկետ և երկարաժամկետ ծրագրերից, սահմանվեն արդյունքներին հասնելու նպատակով անհրաժեշտ գործողությունների և միջոցառումների իրականացման գնահատման ցուցանիշներ, որոնց գնահատումը և մշտադիտարկումը ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն նպաստելու են վերջնական արդյունքների ապահովմանը: Ընդ որում, արդյունքների գնահատումը երկարաժամկետ կտրվածքով կարող է ունենալ լուրջ քաղաքական, իսկ գործողությունների և միջոցառումների գնահատումը՝ ավելի շատ ֆինանսական կշիռ:

⁴⁶ Basic Economics of Results-Based Financing in Health, By William D. Savedoff, Senior Partner Social Insight Bath, Maine USA, 2010, p. 18: 4-5

ԳԼՈՒԽ 2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ

ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ

2.1. ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հիմնական սկզբունքները

1995 թվականից սկսած Հայաստանի Հանրապետությունում սկսեց իրականացվել առողջապահության համակարգի կենտրոնացված կառավարման ապակենտրոնացումը: Դրա արդյունքում նախկինում գործող շրջանային մոտ 40 բուժմիավորումների հիման վրա ստեղծվեցին 377 ինքնուրույն բժշկական կազմակերպություններ՝ պետական ձեռնարկության կարգավիճակով, որոնց ընդհանուր թիվը արդեն 1997 թվականին կազմեց մոտ 670: Դրանք հետագայում, գործող օրենսդրությանը համապատասխան, վերափոխվեցին պետական փակ բաժնետիրական ընկերությունների: Բուժօգնություն իրականացնողները, ստանալով փակ բաժնետիրական ընկերության կարգավիճակ, առաջին հերթին հողվածային ֆինանսավորումից անցան պայմանագրային հիմունքներով փաստացի մատուցված ծառայությունների դիմաց «մեկ տողով» ֆինանսավորման մեխանիզմին:

Առողջապահության համակարգում բարեփոխումների կարևորագույն քայլ էր 1996 թվականին ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի ընդունումը, որում մասնավորապես ամրագրվեց՝

- պետությունը բնակչության առողջության պահպանման իր սահմանադրական պարտականությունները կատարելու նպատակով կազմում և իրականացնում է պետական առողջապահական նպատակային ծրագրեր,
- քաղաքացին ունի բուժօգնություն իրականացնողի ընտրության իրավունք,
- բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման աղբյուրներն են՝ հատկացումները ՀՀ պետական բյուջեից, ապահովագրական հատկացումները, մարդկանց անմիջական վճարումները, ՀՀ օրենսդրությամբ չարգելված այլ աղբյուրները:

Ելնելով օրենքով ամրագրված կետերից սկսվեցին քայլերը պետական նպատակային ծրագրերի կազմման և այլ մեխանիզմների մշակման ուղղությամբ:

Կարելի է առանձնացնել ՀՀ առողջապահության համակարգում բժշկական օգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման հիմնականում 2 մակարդակ.

1. Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն, որի մեջ ամենամեծ տեսակարար կշիռը կամ մոտ 90%-ը բաժին է ընկնում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակին,
2. Հիվանդանոցային բժշկական օգնություն:

Մինչև 1999 թվականը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ)/ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպություններում փոխհատուցումն իրականացվում էր ըստ փաստացի կատարված հաճախումների թվի և նեղ մասնագիտացված կաբինետների պահպանման ծախսերի, հաշվի չէր առնվում սպասարկվող բնակչության թվաքանակը, հիվանդների թիվը և այլն:

Այդ ժամանակահատվածում, մեր կարծիքով, ֆինանսավորման այդ մեխանիզմին բնորոշ էին մի շարք թերություններ.

- սպառողին անհրաժեշտ ծավալի ու որակի բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման գործում բժշկի շահագրգռվածության բացակայությունը,
- ավելի մեծ ֆինանսական ռեսուրսներ ստանալու նպատակով հաճախումների թվի արհեստական մեծացումը (հավելագրումը), ինչը հանգեցնում էր մատուցվող ծառայությունների քանակական ցուցանիշների անհիմն ուռճեցման,
- վարչարարության մեծ ծավալը՝ կապված բուժօգնության և սպասարկման փաստի արձանագրման և դրանց հետագա փոխհատուցման խնդիրներով,
- ֆինանսական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման նկատմամբ վերահսկողության ցածր մակարդակը:

Արդեն իսկ 1999 թվականից 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 արդյունավետ օգտագործման ապահովման և համեմատաբար պատշաճ մակարդակի վերահսկելիություն՝ կանխատեսելի պլանավորում և բաշխում ապահովելու տեսանկյունից: Նման ֆինանսավորման մեխանիզմը որոշ փոփոխություններով գործում է մինչ օրս: Սակայն պատմականորեն, ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման սկզբունքը ունեցել է տարբեր դրսևորումներ: Այսպես, 1999 թվականին ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորումը ներդրվեց միայն ԱԱՊ մակարդակում, իսկ նեղ մասնագիտացված խորհրդատվությունների և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների դիմաց ֆինանսավորումը շարունակվեց կատարվել փաստացի՝ ըստ նեղ մասնագետների մոտ հաճախումների և ըստ կատարված հետազոտությունների: Ընդ որում, այդ խորհրդատվությունները և հետազոտությունները չէին սահմանափակվում և չէին կանոնակարգվում: Մեր կարծիքով դա էր պատճառը, որ ԱԱՊ ծառայությունների համար ամրագրված ըստ մարդաշնչի վճարման և նեղ մասնագետների կողմից ցուցաբերվող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության համար ըստ մատուցված ծառայությունների ծավալի փոխհատուցման համագոյակցությունը ստեղծեցին խթաններ հիվանդներին պոլիկլինիկաների նեղ մասնագետների մոտ ուղեգրելու թվաքանակի աճի համար, որը ուներ նաև նեղ մասնագետների հսկայական բանակի զբաղվածությունը ապահովելու նպատակ: Սա կրճատում է համակարգի արդյունավետությունը՝ նվազեցնելով ԱԱՊ բժիշկների (մանկաբույժների, թերապևտների, և հատկապես ընտանեկան բժիշկների) գործունեության շրջանակը: Ուղեգրումների թվի աճին և նեղ մասնագետների մոտ հաճախումների աճին զուգահեռ ավելանում է նաև տվյալ ծրագրով բյուջեի կատարողականը, ինչը բերում է հսկայական գերակատարումների: 2000 թվականի կեսերից մինչև 2002 թվականը ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորումը տարածվեց նաև մասնագիտացված բուժօգնության և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների ֆինանսավորման վրա: Դա իհարկե ունեցավ իր առավելությունները, քանզի նախ և առաջ նպաստեց ավելի հստակ, կանխատեսելի բյուջետավորման և բյուջեի կատարողական ունենալուն, սակայն մյուս կողմից այն ունեցավ բացասական ազդեցություն, քանզի սահմանափակվեցին բժշկական

ծառայությունների մատուցման ծավալները, որովհետև բուժփիմնարկի վարչակազմը շահագրգռված չէր իրականացնել հետազոտություններ կամ անհրաժեշտության դեպքում ուղեգրել նեղ մասնագիտացված խորհրդատվության, քանի որ միևնույն է դրանից բուժփիմնարկի ֆինանսավորման չափը չէր փոխվում: Ելնելով վերը նշվածից նաև արգելվում էր ԱԱՊ բժիշկներին լրացուցիչ հետազոտությունների կամ մասնագիտացված խորհրդատվության ուղեգրել, որի հետևանքով ավելացավ հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերի թիվը: Նեղ մասնագետների կողմից հիվանդների ընդունելության ծավալները նվազեցին, քանզի ֆինանսավորումը հաճախումների թվից կախված չէր և նեղ մասնագետները անկախ կատարված աշխատանքի ծավալներից՝ փոխհատուցվում էին միևնույն նորմատիվի շրջանակներում: Սկսած 2002 թվականից լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների, իսկ սկսած 2004 թվականից նաև մասնագիտացված բուժօգնության ֆինանսավորումը սկսեց իրականացվել համապատասխանաբար փաստացի հետազոտությունների և հաճախումների թվից ելնելով: Միևնույն ժամանակ ներդրվեց սահմանափակված բյուջեի սկզբունքը՝ ինչը արգելում էր պայմանագրային գումարներից ավել աշխատանքների ֆինանսավորումը: Բնականաբար, այդ մեխանիզմները հնարավորություն չէին տալիս բուժփիմնարկներին ակնկալել լրացուցիչ ֆինանսական մուտքեր պայմանագրային գումարից ավել կատարված աշխատանքների՝ մասնագիտական խորհրդատվության և հետազոտությունների համար: Սակայն ֆինանսավորման, ինչպես նաև վարձատրման գործող մոտեցումները՝ մրցակցության բացակայություն, հաճախումների և հետազոտությունների սահմանափակ թվաքանակ և այլն, ստեղծում էին լրացուցիչ խնդիրներ: Մասնավորապես ըստ մարդաշնչի վճարման չափը չէր համապատասխանում ծառայությունների իրական ինքնարժեքին, այն ամբողջությամբ չէր ծածկում ծախսերը և չէր ապահովում ցանկալի վարձատրության մակարդակ բուժանձնակազմի համար, լաբորատոր հետազոտությունների գները մեծամասամբ մի քանի անգամ ցածր էին իրական շուկայական արժեքներից, նեղ մասնագետների խորհրդատվության համար նախատեսվող վճարումը մոտ 2.5 անգամ ցածր էր վճարովի խորհրդատվության արժեքից: ԱԱՊ մակարդակի ծառայությունները շարունակում էին մնալ նվազ մատչելի

բնակչության մեծ թվաքանակի համար, իսկ ոչ պաշտոնական վճարումների ծավալները տարեց-տարի աճ էին գրանցում: Հիմնականում վերը նշված խնդիրներով էր պայմանավորված 2006 թվականից ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնության և սպասարկման հիմնական ծառայությունների փաթեթը ամբողջ բնակչության համար անվճար հայտարարելու քաղաքականությունը, ինչը հնարավոր եղավ իրականացնել պետական բյուջեից համապատասխան միջոցների ավելացմամբ՝ մոտ 2.7 անգամ: 2006 թվականից սկսած գործող հիմնական ծառայությունների փաթեթը մնացել է անփոփոխ: Ծառայությունների ֆինանսավորման մոտեցումներում կիրառվում է խառը ֆինանսավորման սկզբունքը՝ ընդգրկելով ինչպես ըստ մարդաշնչի, այնպես էլ փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմներ: Այսպես, ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորումը ընդգրկում է ընտանեկան բժշկի, տեղամասային թերապևտի և մանկաբույժի կողմից իրականացվող առողջության առաջնային պահպանումը, մասնագիտացված բուժօգնությունը և իգական սեռի անձանց մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնություն, իսկ փաստացի աշխատանքների դիմաց ֆինանսավորումը՝ նեղ մասնագետների մոտ խորհրդատվության նպատակով ուղեգրումների, լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների, հղիների հսկողության, զինկոմիսարիատներին կից բժշկական հանձնաժողովներում ընդգրկված բժիշկների և բուժքույրերի աշխատանքի փոխհատուցման և անվճար ու արտոնյալ պայմաններով դեղորայքի տրամադրման ենթածրագրերը:

«Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ընթացքը հիմնականում բնորոշվում է ռազմավարական կարևոր մի քանի քայլերով, որոնցից կցանկանայի անդրադառնալ 2001 թվականին սկսված ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրմանը և համապատասխան ֆինանսավորման մեխանիզմների մշակմանը՝ ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի կայացման նպատակով: Այդ առումով հատկապես կարևորվում է արդեն 2004 թվականից 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 առողջության առաջնային պահպանման, մասնագիտացված սրտաբանական, նյարդաբանական, վիրաբուժական, քիթ-կոկորդական ջաբանական (ԼՕՐ), ներզատաբանական, ինֆեկցիոն բուժօգնության տեսակները, ինչպես նաև փաստացի աշխատանքների դիմաց ֆինանսավորվող լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ, անվճար դեղորայքի տրամադրումը և մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնությունը (հղիների ընթացիկ հսկողություն):

Չնայած ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման սկզբունքի առավելություններին, որոնք արդեն նշել ենք վերևում, այն իր մեջ ունի մի շարք բացասական տարրեր, որոնցից մենք առանձնացրել ենք հետևյալները.

- մատուցված ծառայությունների իրական ծավալների և դրանց որակի գնահատման բացակայություն,
- բժիշկների վարձատրության տարբերակված մոտեցման բացակայություն,
- իրականացված գործունեությունը գնահատող չափանիշների/ցուցանիշների բացակայություն:

Մեր կարծիքով, նշված թերություններով է պայամանավորված վերջին տարիներին ԱԱՊ կազմակերպություններ բնակչության հաճախումների կրճատման միտումը, իրականացվող կանխարգելիչ միջոցառումների թիվը: Բնակչությունը ստիպված միայն ծայրահեղ դեպքում է օգտվում բժշկական օգնությունից, այն էլ նրա թանկարժեք օղակում՝ հիվանդանոցում: Այս խնդիրներին որոշակի լուծում տալու և համակարգի հետագա բարելավման աշխատանքների իրականացման նպատակով անհրաժեշտություն էր առաջացել իրականացնել որոշակի բարեփոխումներ ԱԱՊ ֆինանսավորման սկզբունքներում, որի արդյունքում սկսած 2007 թվականից լայնորեն ներդրվեց առողջության առաջնային պահպանման բնագավառում բնակչության ազատ գրանցումը ԱԱՊ բժիշկների մոտ, ինչը նպատակ ուներ՝

ա) գործարկել բնակչության կողմից իրենց ԱԱՊ բժշկին ընտրելու իրավունքը, որը սահմանված է «Բնակչության բուժօգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 3-րդ կետով,

բ) տեղամասային բժշկի պարտադիր նշանակման փոխարեն՝ սպասարկման տարածքի բնակչությանը հնարավորություն տալ ԱԱՊ բժշկի ընտրություն կատարել,

գ) ստեղծել բնակչության առողջության վերաբերյալ համակարգչային ռեգիստր՝ ռեսուրսների նպատակային պլանավորման և ԱԱՊ ծառայությունների արդյունավետ կառավարման համար,

դ) բարելավել բնակչության մատուցվող ԱԱՊ ծառայությունների որակը:

Չնայած ձեռնարկված քայլերին և իրականացված միջոցառումներին, դեռևս առկա են որոշակի խնդիրներ, որոնք պայմանավորված են ինչպես ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական հարաբերություններով, այնպես էլ առողջապահության համակարգում գործող ֆինանսավորման մեխանիզմներով: Մասնավորապես, չնայած ՀՀ պետական բյուջեից առողջության առաջնային պահպանմանը հատկացվող միջոցները 2008 թվականից մինչև 2017 թվականն ընկած ժամանակահատվածում աճել են շուրջ 34%-ով, սակայն իրական աճի ցուցանիշները ըստ առանձին տարիների նույնիսկ չեն ծածկում տարեկան միջին գնաճը, ինչը հնարավորություն չի տալիս որևէ լուրջ ծրագիր իրականացնել:

Աղյուսակ 2.1.⁴⁷

2008-2017 թվականների պեղության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը և Տարեկան միջին գնաճը Հայաստանի Հանրապետությունում*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Տարեկան միջին գնաճ, %	109	103.4	108.2	107.7	102.6	105.8	103	103.7	98.6	102,2
Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ ծրագիր (%/մլն դրամ)		99.1	98.8	105.7	101.4	98.8	118.9	111.4	102.5	94,9
	7,942	7,873	7,782	8,229	8,346	8,247	9,803	10,921	11,196	10,626

Ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման նորմատիվի հաշվարկը, դրա հիման վրա պայմանագրային գումարների հաշվարկն ու ֆինանսավորումը չեն արտացոլում ԱԱՊ բժշկի կողմից սպասարկվող բնակչությանը մատուցվող ծառայությունների իրական

⁴⁷ Աղբյուրը՝ ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայություն, Սպառողական գների ինդեքսը (գները) Հայաստանի Հանրապետությունում վիճակագրական տեղեկագիր, 2017թ http://armstat.am/file/article/gner_2017_1.pdf

ծավալը, բացակայում է բուժօգնության որակական և քանակական ցուցանիշների համադրման հիման վրա բժշկական կազմակերպությունների և բուժանձնակազմի ֆինանսավորման հնարավորությունը: Ճիշտ է սկսած 2010 թվականից ներդրվել է ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորման սկզբունքը, սակայն դրա համար նախատեսված ֆինանսական միջոցները սահմանափակ են (բյուջեի ոչ ավել, քան 5%, մեկ բժշկի տարեկան վարձատրության ֆոնդի ոչ ավել, քան 3%, այն էլ բոլոր ցուցանիշների մասով 100% կատարողական ունենալու դեպքում): Գնահատվող ցուցանիշների կազմը և բնույթը սահմանափակ է, քանզի չեն ընդգրկվում այնպիսի ցուցանիշներ, որոնց կատարումը կարող է հանգեցնել լրացուցիչ ֆինանսական ներդրումների լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների համար:

Հաշվի առնելով վերը նշվածը, առաջարկվում է ներդնել ԱԱՊ ծառայությունների համար վճարման այնպիսի համակարգ, որը ֆինանսապես խթանում է ԱԱՊ բուժաշխատողների գործելակերպը՝ ստեղծելով ֆինանսական շահագրգռվածություն սպասարկելու ավելի շատ մարդկանց, մատուցելու ավելի շատ ծառայություններ, բարելավելու աշխատանքի որակը, հասնելու գործունեության ցուցանիշների նախապես որոշված նպատակներին: Դա իր հերթին պետք է իրականացվի.

ա/ ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման նորմատիվի հաշվարկման նոր մեթոդաբանության մշակմամբ և ներդրմամբ,

բ/ բուժանձնակազմի վարձատրության նորմատիվի հաշվարկման նոր մեթոդաբանության մշակմամբ և ներդրմամբ, որտեղ պետք է հաշվի առնվի ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման արդյունքները: Դա ենթադրում է նախատեսել բազային միավոր (նորմատիվ) նվազագույն ծառայությունների փաթեթի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների համար, ինչը պետք է պակաս չլինի տվյալ մասնագետի նվազագույն բազային աշխատավարձի չափից: Նախատեսվող վարձատրության չափաքանակի մնացած մասը կտրամադրվի խրախուսական վարձատրման տեսքով՝ միայն սահմանված ցուցանիշների մասով համապատասխան կատարողական ունենալու դեպքում:

Պետք է ավելացնել նաև ԱԱՊ ծառայությունների համար հատկացվող ֆինանսավորումը՝ ձևավորելով ոչիսկերի վերահասցեագրման սկզբունքի կիրառման

մեխանիզմներ առաջնային օղակի և հիվանդանոցային օղակի միջև: Դա ենթադրում է հիվանդացության ռիսկերի և պատասխանատվության հասցեագրում ԱԱՊ օղակին՝ նախատեսելով համապատասխան ֆինանսական միջոցներ (հիվանդանոցային փաստացի դեպքերի ընտրանքից ձևավորելով առաջնային օղակում հնարավոր բուժման դեպքերի քանակ և գումար): Անհրաժեշտ է կազմել արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության՝ այդ թվում ԱԱՊ ծառայությունների ծրագրային բյուջետավորմանը բնորոշ արդյունքային ցուցանիշներ, որոնք հիմնված կլինեն գործողությունների և միջոցառումների չափելի ցուցանիշների վրա:

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 են ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման սկզբունքով: Ինչ խոսք մեխանիզմը տալիս է դրական արդյունքներ, սակայն միևնույն ժամանակ առաջ են եկել որոշ խնդիրներ, մասնավորապես՝ հավելյալ կանչերի փոխհատուցման ներկայացումը, կանչերի տարանջատումը բժշկականի և ֆելդշերականի, մատուցվող բուժօգնության որակի գնահատման բացակայությունը:

Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման փոխհատուցման հիմքում 1997 թվականից սկսած ներդրվեց պայմանագրային հիմունքներով փաստացի սպասարկված դեպքի (մատուցված ծառայության) դիմաց ֆինանսավորման սկզբունքը: Այդ սկզբունքը գործում է մինչ օրս, երբ փոխհատուցումն իրականացվում է յուրաքանչյուր ավարտված դեպքի դիմաց՝ մատուցված ծառայությունների համար հաստատված միջինացված գնով: Սա առաջին քայլն էր պետության կողմից երաշխավորված բուժօգնությունը և ծառայությունները պետական բյուջեով նախատեսված ֆինանսական հնարավորություններին համապատասխանեցնելու ուղղությամբ: 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: Ֆինանսավորման նման մեխանիզմի ներդրումը մեր կարծիքով, հնարավորություն տվեց հետխորհրդային ժամանակահատվածում իրականացնել համակարգի էքստենսիվ զարգացման զսպում, փոխհատուցել իրականացված փաստացի աշխատանքների դիմաց, կրճատել և զսպել վարչարարական ծախսերի աճը, բարձրացնել մատուցված ծառայությունների վերահսկելիության մակարդակը: Նշված մեխանիզմի ներդրումը ենթադրում էր հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների և դրանց գների ձևավորում ըստ առանձին բժշկական ծառայությունների: Այսպես, օրինակ, հաստատվեցին «ընդհանուր վիրաբուժական», «օտոլարինգոլոգիական», «անոթային վիրաբուժության» և այլ ծառայությունները և ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով՝ հանաձայնեցնելով ՀՀ ֆինանսաների նախարարի հետ, հաստատվեցին դրանց գները: Այսինքն, յուրաքանչյուր հիվանդանոցային դեպքի համար հիվանդանոցը փոխհատուցվում է մատուցված բժշկական ծառայության համար արդեն իսկ հաստատված՝ A գնով, որը հաշվարկվում է հիվանդանոցային մեկ օրվա բուժման գնի (a), հիվանդության բարդության գործակցի (K) և տվյալ հիվանդության բուժման միջին տևողության (t) արտադրյալով ($A=a*K*t$): Ֆինանսավորման նշված մեխանիզմի գործնական կիրառումը, ինչ խոսք, շատ ավելի առաջադեմ է և համապատասխանում է այն նպատակներին, որոնք դրված էին նման փոփոխություններ կատարելուց առաջ: Սակայն դրա հետ մեկտեղ, մեր կարծիքով, այն ունի որոշակի թերություններ: Այսպես,

- հիվանդության բարդության գործակիցը կարիք ունի ճշգրտման, որի հիմքում պետք է ընկած լինեն հիվանդությունների բուժման ստանդարտները (որոնք առ այսօր մշակված և հաստատված չեն),
- հիվանդանոցային մեկ օրվա 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 (ըստ փորձագիտական գնահատականների փոխհատուցվում է իրական ծախսերի 42%-ը⁴⁸),

- բժշկական ծառայությունների 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 մեծությունը 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 բազմաթիվ խախտումների համար,
- հիմքում չունենալով բժշկական պրոտոկոլներ կամ ստանդարտներ, չի նպաստում մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարձրացմանը,
- չի նպաստում բուժանձնակազմի վարձատրման համակարգի զարգացմանը:

Արձանագրված թերությունները հիմք ընդունելով, վերջին տարիներին մշակվեցին մոտեցումներ, որոնք ենթադրում էին կրճատել պետական պատվերի շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայությունների գների և վճարովի գների տարբերությունները, նպաստել բուժանձնակազմի վարձատրության համակարգի կատարելագործմանը և այլն: Այդ նպատակով 2010 թվականի հուլիսի 1-ից փորձարարական ծրագրով հանրապետությունում ներդրվեց բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման համավճարային մեխանիզմը Երևանի երեք բուժհաստատությունում: Ծրագրի արդյունքները դրական գնահատվելուց հետո որոշվեց համավճարային մեխանիզմները կիրառել հանրապետության բոլոր բուժհաստատություններում, որի հիման վրա ՀՀ կառավարության 23.12.2010թ. N 1762-

⁴⁸ Հայաստանի հիվանդանոցային հաստատությունների ինքնարժեքի ուսումնասիրություն՝ մեթոդաբանություն և արդյունքների վերլուծություն, Տունդե Մաթո, անհատ խորհրդատու, «ԱՎԱԳ Սոլյուշնս» ՍՊԸ

Ն որոշմամբ 2011թ. փետրվարի 1-ից հանրապետության բուժհաստատություններում «անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության» ծրագրերում ներդրվեց համավճարային մեխանիզմը: Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գործում, որպես անցումային փուլ, մեծ դեր է տրվում համավճարների մեխանիզմին: Համավճարը, ընդհանուր ձևակերպմամբ, բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացողի կողմից իրականացված ուղղակի վճարումն է բժշկական ապրանքների կամ ծառայությունների այն արժեքի համար, որը ներառված չէ գնի մեջ, կամ բժշկական ծառայության իրական արժեքի և պետության կողմից սահմանված գնի տարբերությունն է: Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում համավճարները հաճախ ձևավորվում են այն դեպքում, երբ բժշկական ծառայությունների կամ բուժման գներն ավելի ցածր են, քան իրական ծախսերը: Այն ինքնին չի կարող լուծել թերֆինանսավորման կամ, ընդհանուր առմամբ, առողջապահության ոլորտին հատկացվող անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցներ ապահովելու հարցը, սակայն հստակեցնելով ակնկալվող ֆինանսական մուտքերը, հնարավորություն է ստեղծում կողմնորոշվել և ճիշտ դիրքորոշում ձևավորել ֆինանսական հոսքերի կառավարման գործում: Հակառակ դեպքում բուժօգնություն իրականացնող և հիվանդ փոխհարաբերություններում հիմնվում է համավճարների այլ՝ ոչ պաշտոնական տիպը: Այսպիսով, համավճարների պաշտոնական ընդունումը կարևորագույն, քաղաքական որոշում պահանջող հարց էր և ոչ պաշտոնական վճարների օրինականացման ծանրակշիռ պայման: Դրա պաշտոնական կիրարկումը ինչ որ չափով կանխատեսելի դարձրեց բնակչության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերը, պաշտոնականացրեց որոշ գումարներ, հնարավորություն տվեց բժշկական կազմակերպություններին ավելացնել պաշտոնական եկամուտները: Սակայն համավճարի ներդրումը չունեցավ զգալի ազդեցություն առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման վրա: Քանի որ մեր կարծիքով, համավճարը պետք է կիրառվեր նաև որպես զսպման մեխանիզմ՝ որոշ ծրագրերում ծառայությունների սպառումը նվազեցնելու նպատակով: Մինչդեռ համավճարի ներդրումը կիրառվեց նաև այնպիսի ծառայություններում և հիվանդությունների վրա, որոնք համարվում էին պետության համար գերակա,

նագմավարական ուղղություններ: Օրինակ, համավճարը կիրառվում է անհետաձգելի բժշկական օգնության ծրագրում, որում նախատեսված են սրտամկանի սուր ինֆարկտի, ինսուլտի և այլ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների բուժօգնություն, օնկոհեմատոլոգիական ծրագրում, որում նախատեսված են կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի, շնչառական օրգանների հիվանդությունների բուժօգնություն, և բնականաբար, դրանց համար նույնպես կիրառվում է համավճարային մեխանիզմ: Այսինքն, հիմնական մահացության ցուցանիշներ արձանագրող ՈՎՀ-երից երկուսի համար կիրառվում է համավճար ինչը իր հերթին բերում է այդ ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության նվազման:

Մեր կարծիքով համավճարի ներդրումը ենթադրում է բնակչության գիտակցության բարձրացում՝ առողջության պահպանման և հիվանդությունների բուժման դիմաց վճարելու անհրաժեշտության առումով, սակայն եթե այն չի շարունակվում բժշկական ապահովագրության համակարգերի (կամավոր և պարտադիր) զարգացմամբ, ապա որոշ ժամանակ անց այն դառնում է ավելորդ բեռ բնակչության գրպանի համար: Այսպես, տնային տնտեսությունների հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ վերջին տարիներին համավճարները ոչ միայն չեն կրճատում բնակչության կողմից կատարվող ոչ պաշտոնական վճարները, այլ ընդհակառակը, դրանց վճարումը բարձրացնում է բնակչության կողմից կատարվող ընդհանուր առողջապահական ծախսերը (2015 թվականին այն կազմում է 82%⁴⁹):

Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ դեռևս գոյություն չունի, իսկ կամավոր բժշկական ապահովագրության ծրագրերում ընդգրկված է բնակչության ընդամենը 1-1.5 տոկոսը: Դրա հետ մեկտեղ՝ 2012թ-ից սկսած ՀՀ կառավարության կողմից այս ուղղությամբ սկսվել են ձեռնարկվել որոշակի քայլեր: Ըստ էության, կառավարությունը, հանդես գալով որպես գործատու, սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ապահովեց իր աշխատողներին առողջության ապահովագրությամբ, դրանով իսկ փորձելով որոշակի խաղի կանոններ սահմանել այս ոլորտում: Անհրաժեշտ է նաև նշել, որ ՀՀ կառավարության 2014 թվականի մայիսի 19-

⁴⁹ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների գեկույց, 2016թ.

ի N 511-Ա որոշմամբ հաստատված կառավարության գործունեության 2014-2017թթ. ծրագրում ընդգրկված են դրույթներ այն մասին, որ ՀՀ կառավարությունը ձգտելու է ներդնել առողջապահության ֆինանսավորման նոր մեխանիզմներ և մոտեցումներ, ինչպես նաև որոշ հիվանդությունների տեսակների և սոցիալապես անապահով խավերի համար աստիճանաբար ներդրվելու է բժշկական ապահովագրության ինստիտուտը: Այս առումով առաջին հերթին անհրաժեշտ է անդրադառնալ ՀՀ կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1917-Ն և N 1923-Ն որոշումներով 2012 թվականի հունվարից Հայաստանում ներդրված նոր պետական ծրագրի՝ «սոցիալական փաթեթի» առաջին տարվա արդյունքներին: Համաձայն ՀՀ ֆինանսների նախարարության կողմից պատրաստված «2012 թվականի սոցիալական փաթեթի ամփոփիչ արդյունքների վերաբերյալ տեղեկանքի», սոցիալական փաթեթի ներդրումը հնարավորություն տվեց փաստացի շուրջ 110,0 հազար պետական աշխատողների օգտվելու այդ ծրագրով նախատեսված ծառայություններից: Հաշվի առնելով, որ սոցիալական փաթեթից կարող էին օգտվել ոչ միայն աշխատողները, այլև նրանց անմիջական ընտանիքի անդամները, ապա փաստացի սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ծառայություններ են ստացել ոչ միայն շուրջ 110 հազար պետական աշխատողներ, այլ առավել մեծ թվով շահառուներ (ավելի քան 150 հազ. մարդ): Սոցիալական փաթեթի գումարը 2012 թվականի համար սահմանվել է տարեկան 132 հազար դրամ, իսկ սոցիալական փաթեթի ծառայություններից օգտվելու համար ՀՀ 2012 թվականի պետական բյուջեով նախատեսվել էր 18 միլիարդ դրամ, որից փաստացի ծախսվել է շուրջ 13 միլիարդը (12.165 միլիարդ ՀՀ դրամ): Այդ գումարի հիմնական մասը (10.1 մլրդ. դրամ կամ 83%) ուղղվել է առողջության ապահովագրությանը: Առողջության ապահովագրության ծառայությունը 2012 թվականից սկսած սոցիալական փաթեթի հատկացման գործընթացում աշխատողների համար կրել է պարտադիր բնույթ: Տվյալների վերլուծությունը թույլ է տալիս արձանագրել, որ առողջության ապահովագրության գծով վճարված ապահովագրական հատուցումների ընդհանուր ծավալը կազմել է շուրջ 4,0 միլիարդ դրամ (կամ հավաքագրված ապահովագրավճարների ընդհանուր ծավալի շուրջ 40%): Սա նշանակում է, որ պետական բյուջեից այս նպատակներով հատկացված

գումարների 60% մնացել է վերոհիշյալ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների տրամադրության տակ: Եթե նույնիսկ ենթադրենք, որ այդ գումարների մոտ 10-15% կազմել են ընկերությունների գործառնական ծախսերը, ապա գործունեության տվյալ տեսակի շահութաբերության մակարդակը կրկին ստացվում է բավականին բարձր, որը կառավարության տեսանկյունից պետք է դիտարկվի որպես պետական միջոցների ծախսման արդյունավետության առումով լուրջ խնդիր: Այս իրավիճակի պատճառները, մեր կարծիքով, երկուսն են. 1) սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության բազային փաթեթի այն սահմանումները և բացառությունները, որոնք գործում էին 2012թ-ին, ինչպես նաև 2) բազային փաթեթի համար սահմանված մեկ անձի տարեկան ապահովագրավճարի (52,000 դրամ) չափը: Թվարկված խնդիրները մասամբ իրենց լուծումը ստացան ՀՀ կառավարության 2013 թվականի փետրվարի 28-ի N 210-Ն որոշմամբ, որով սահմանվեց, որ սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների համար առողջության ապահովագրության ծառայությունները դուրս են բերվում սոցիալական փաթեթի շրջանակներից և այդ գումարները փոխանցվում են ՀՀ առողջապահության նախարարությանը՝ վերոհիշյալ անձանց համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծրագրեր իրականացնելու նպատակով: Միաժամանակ կարող ենք արձանագրել, որ այս ծրագրի հաստատումը կարող է դիտարկվել որպես Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրման մեխանիզմների փորձարկման քայլ՝ նկատի ունենալով, որ զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների բժշկական օգնության ծառայությունները ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից ֆինանսավորվում է նույն գներով և մեխանիզմներով, որոնք կիրառվում են ապահովագրական ընկերությունների կողմից: Մինչև նույն տրամաբանությամբ էր պայմանավորված նաև սոցիալական փաթեթի մյուս շահառուների համար նախատեսված առողջության ապահովագրության պարտադիր բաղադրիչը ՀՀ առողջապահության նախարարությանը փոխանցելը, ինչի արդյունքում շուրջ 100,0 հազար անձ, որոնք նախկինում կնքում էին ապահովագրական պայմանագրեր մասնավոր ընկերությունների հետ, ներկայումս պետական պատվերի

շրջանակներում կարող են ստանալ ծառայություններ, որոնք թվարկված են ՀՀ կառավարության 26.03.2014 թվականի N 375-Ն որոշմամբ:

Կառավարության կողմից ձեռնարկվող միջոցառումները իհարկե նաև բարձրացնում են պետության ծախսերի մասնաբաժինը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում: Սակայն մեր կարծիքով, առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում իրականացվող փոփոխությունները և ներդրվող մեխանիզմները կրում են տարերային բնույթ, համակարգված չեն, բացակայում է առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման ռազմավարական ծրագիր, իսկ գոյություն ունեցողն էլ միայն կարգավորում է պետական պատվերի շրջանակներում բուժօգնության ֆինանսավորման ոլորտը: Այսպես, 2013 թվականի մայիսի 29-ի N 21 արձանագրային որոշմամբ ՀՀ կառավարությունը հավանության է արժանացրել «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հայեցակարգին», սակայն այն չունի համապարփակ պատասխան բարձրացված հարցերին, քանզի նպատակն է Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման գործող սկզբունքների հստակեցումը⁵⁰: Ծրագիրը ունի շատ կարճ տևողություն և հիմնական շեշտը դրված է պետության կողմից անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման կարգը ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատելուն: Եվ դա այն պայմաններում, երբ ընդհանուր առողջապահական ծախսերում պետական ծախսերի մասնաբաժինը չի գերազանցում 17%-ը իսկ մասնավոր և այլ ծախսերը կազմում են շուրջ 82 %: Ուստի հաշվի առնելով առկա իրավիճակը, մեր կարծիքով պետք է մշակվի ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի ռազմավարական ծրագիր, որում պետք է նախանշված լինեն ոչ միայն պետության ջանքերը ծախսեր իրականացնելու ուղղությամբ, այլ նաև մասնավոր ծախսերի կրճատման, ֆինանսական մատչելիության բարձրացման ուղենիշները, հաստատելով ծրագրի իրականացման գնահատման հստակ և չափելի ցուցանիշներ: Մեր կարծիքով, ռազմավարական ծրագրում պետք է նկարագրվի ՀՀ

⁵⁰ ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, 29.05.2013թ N 21

առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մոդելը, որը բնորոշ կլինի գոյություն ունեցող տնտեսական, կառուցվածքային, կառավարման, ֆինանսավորման պայմաններին: Ռազմավարական ծրագրում պետք է արտացոլվեն առողջապահական ծառայությունների գնագոյացման խնդիրները, ֆինանսավորման գերակայությունների (առողջության առաջնային պահպանում, թե՛ հիվանդանոցային բուժօգնության զարգացումը, պոլիկլինիկաներ, թե՛ անկախ բժշկական պրակտիկաներ, մասնավոր բժիշկներ և լաբորատոր-ախտորոշիչ կենտրոններ) որոշման հարցերը: Ռազմավարական ծրագրի մշակման հետ զուգահեռ պետք է հստակեցվի նաև առողջապահության ֆինանսավորման մակարդակը, որը ներկայումս չունի հստակ ուղենիշ և դինամիկա, կախված է ավելի շատ որոշակի քաղաքական գործոնների ազդեցությունից, տվյալ տարվա բյուջետային միջոցների հնարավորություններից, այսինքն, առողջապահությունը շարունակում է մնալ մնացորդային սկզբունքով ֆինանսավորվող համակարգ: Ուստի մեր կարծիքով պետք է իրականացվի.

1. կենտրոնական կառավարման/բյուջետավորման գործառույթ իրականացնող գերատեսչության/պետական մարմնի դերի փոփոխություն և մանրակրկիտ ֆինանսական վերահսկողությունից անցում կատարվի ծախսերի տեխնիկական և նպատակային արդյունավետության վերլուծության, գնային վերլուծությունների, արդյունքների գնահատման:
2. ընդունված ռազմավարական ծրագրերի ֆինանսական գնահատում և ծրագրային բյուջետավորման ներդրում՝ կարճաժամկետ հատվածում ՀՀ պետական բյուջեի առողջապահության բաժնի նոր կառուցվածքի ներկայացում,
3. Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի ռազմավարական զարգացման ծրագրի մշակում և հաստատում,
4. Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատման արդյունքային ցուցանիշների հաստատում և դրա հիման վրա իրականացվող ծրագրերի գնահատում:

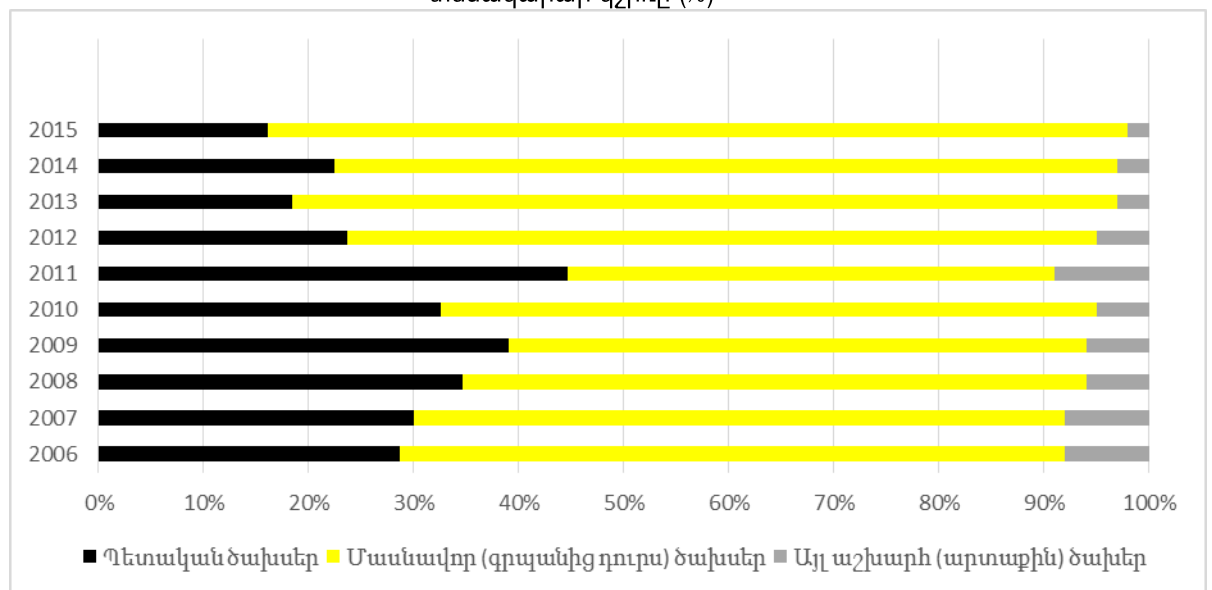
2.2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական պետական ծախսերի ընդհանուր գնահատականը

Հայաստանում սկսած 1997 թվականից օրենքով⁵¹ ամրագրվել են առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների՝ միջազգային պրակտիկայում գործող բոլոր ձևերը՝ ՀՀ պետական բյուջեից կատարվող հատկացումները, ապահովագրական հատկացումները, մարդկանց անմիջական վճարումները, ՀՀ օրենսդրությամբ չարգելված այլ միջոցները:

Համաձայն առողջապահության ազգային հաշիվների տարեկան զեկույցների, որտեղ ամփոփվում են առողջապահության ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների տվյալները, ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման մեջ մարդկանց անմիջական վճարումները դեռևս ունեն գերակշիռ մաս:

Գծապատկեր 2.2.1⁵²

Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեջ մասնավոր, պետական և արտաքին ծախսերի տեսակարար կշիռը (%)



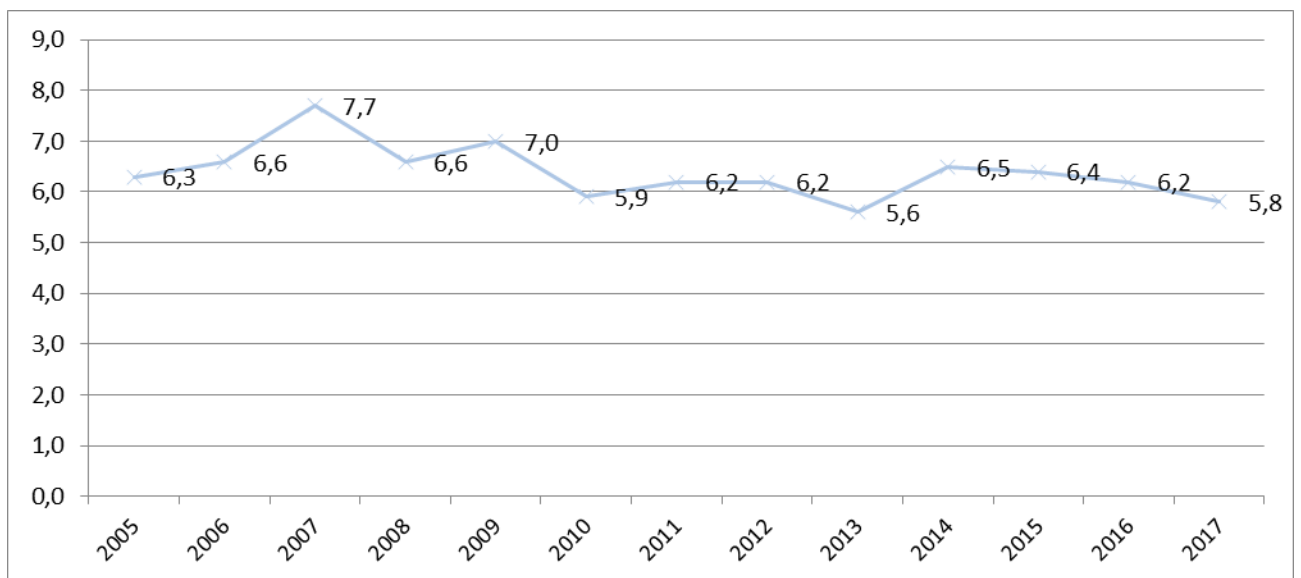
Ինչպես երևում է գծապատկերից, մասնավոր ծախսերը կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կեսից ավելին և սա այն դեպքում, երբ դեռևս չի գործում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ, իսկ կամավոր բժշկական ապահովագրության համակարգի մասնաբաժինը շատ չնչին է (մասնավոր ծախսերի

⁵¹ 24.03.1996 թվականի ՀՕ-42 «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենքի» 25-րդ հոդված

1%): Այսինքն, բնակչությունը կատարում է զգալի վճարումներ իր գրպանից ուղղակի, ինչը առողջապահական ծախսերը դարձնում է կատաստրոֆիկ և անկանխատեսելի, հատկապես, եթե խոսքը վերաբերում է նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիական միջոցներով մատուցվող ծառայություններին՝ սրտի, գլխուղեղի և անոթային վիրահատություններ, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական վիրահատություններ և այլն: Պետական ծախսերը ձևավորվում են հարկային եկամուտներից՝ ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահությանը հատկացվող մասնաբաժնից: ՀՀ-ում նպատակային հարկային եկամուտները որպես առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուր կարելի է համարել միայն անուղղակիորեն, քանի որ չկան մեխանիզմներ, որոնք թույլ կտային դրանց գոնե մի մասը նպատակային ուղղել առողջապահությանը, հետևաբար դրանք գումարվում են ընդհանուր հարկային եկամուտներին և ձևավորում բյուջետային հատկացումները՝ ծախսերը: Այսինքն, նպատակային հարկային եկամուտները որպես առողջապահության ֆինանսավորման ուղղակի աղբյուր չեն հանդիսանում: Ընդհանուր հարկային եկամուտներից առողջապահության ծախսերը միջինում կազմում են մոտ 6%:

Գծապատկեր 2.2.2⁵³

Առողջապահության բյուջետային ծախսերը ընդհանուր պետական բյուջեի ծախսերում 2005-2017թթ (%)



⁵² Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 և 2016 թվականների զեկույցներ

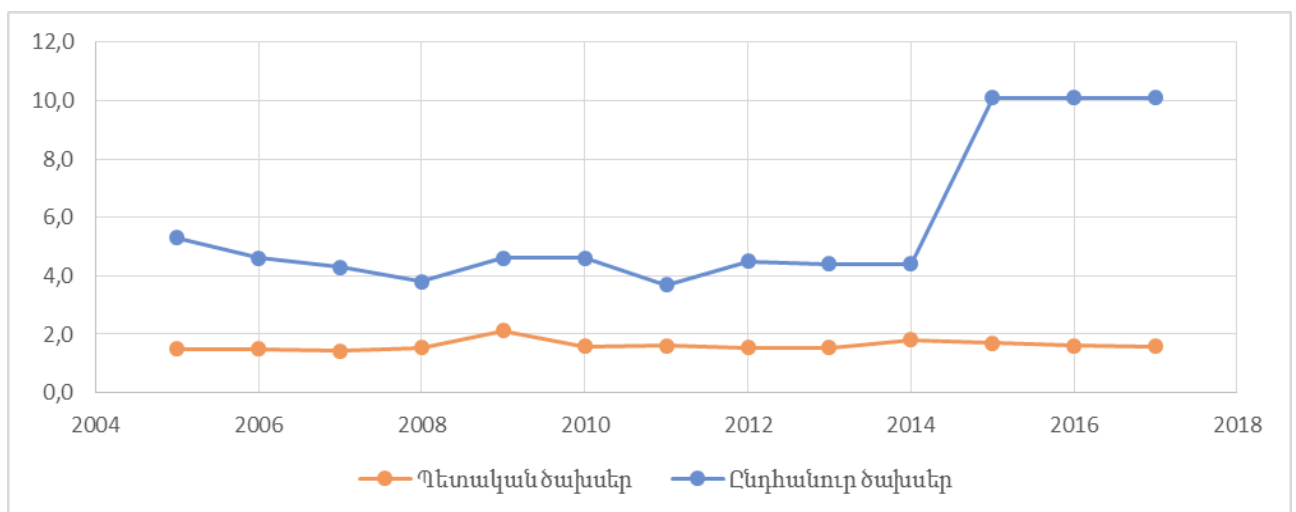
⁵³ Աղբյուրը ԱՀԿ տվյալների շտեմերան,

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=109

Առողջապահության պետական ծախսերի դինամիկայի վրա մեծապես անդրադառնում է ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի պատճառով բյուջետային ռեսուրսների կրճատումը և ընդհանուր բյուջետային շրջանակի զգալի նեղացումը (2017 թ.՝ 5,8 տոկոս՝ 2008 թ. 7.7 տոկոսի փոխարեն): Այսինքն, առողջապահությունը դեռևս հանդես է գալիս որպես մնացորդային ֆինանսավորման սկզբունքով պետական բյուջետային միջոցների բաշխման ոլորտ և մակրոտնտեսական ցուցանիշների փոփոխությունների նկատմամբ շատ զգայուն է: Դա է պատճառը, որ չնայած տնտեսության ակտիվության ցուցանիշների փոփոխություններին, մասնավորապես՝ ՀՆԱ-ի, առողջապահության պետական ծախսերը շարունակում են իրենց ցածր, հաստատուն մակարդակը պահպանել:

Գծապատկեր 2.2.3⁵⁴

Առողջապահությանն ուղղվող ընդհանուր և պետական ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում, 2005-2017թթ. (%)



Համեմատության համար նշենք, որ համաձայն ԱՀԿ տվյալների, 2016 թվականին համաշխարհային առողջապահական ծախսերը համաշխարհային ՀՆԱ-ում կազմել են 10%, իսկ մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում՝ 18.2%: Մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինը Հայաստանի ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կազմում է 82% և գերազանցում է միևնույն ցուցանիշը միջին համաշխարհային ցուցանիշից մոտ 4,5 անգամ: Թերևս մեկ շնչին ընկնող

⁵⁴ Աղբյուրը ԱՀԿ տվյալների շտեմբերան, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
ՀՀ պետական բյուջեի մասին 2009-2016թթ օրենքներ,

առողջապահության պետական ծախսերը նույնպես համեմատության մեջ հուսադրող չեն: Պետական ծախսերը պակաս են կատարվում ավելի քան 10 անգամ (2016 թվականի տվյալներով Հայաստանի ցուցանիշն է 61 ԱՄՆ դոլար, Համաշխարհային ցուցանիշը՝ 614 ԱՄՆ դոլար) և մեկ շնչին ընկնող առողջապահության պետական ծախսերի (Գնողունակության հավասարություն ԳՀ/PPP միջ. \$) մակարդակով Հայաստանը զբաղեցնում է 136-րդ տեղը 191 երկրների մեջ⁵⁵: Չնայած այս հանգամանքին, միևնույն է կառավարության կողմից լուրջ աճ առողջապահության ֆինանսավորման նպատակով չի նախատեսվում: 2014 թվականին ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրով⁵⁶ (ՀՁԴԾ) նախատեսվում է առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մակարդակը 2018 թ. հասցնել ՀՆԱ-ի նկատմամբ 1.9 տոկոսի, իսկ 2025 թ.՝ 2.7 տոկոսի: Սահմանված թիրախներին հասնելու նպատակով նախատեսվում է պետական ծախսեր/ՀՆԱ հարաբերակցության տարեկան 0.1-0.2 տոկոսային կետով ավելացում, որի արդյունքում ակնկալվում է ոլորտում իրական արտահայտությամբ պետական ծախսերի ավելացում: Այսինքն մոտակա 10 տարիների ընթացքում Հայաստանի զբաղեցրած դիրքը դժվար թե շատ փոփոխվի: Այս ամենը հաշվի առնելով է, որ ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից պետք է մշակվեն նոր ռազմավարական մոտեցումներ՝ Պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող միջոցները առավել նպատակային օգտագործելու համար: Սկսած 1997 թվականից ՀՀ Պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերը իրականացվում են պետական նպատակային ծրագրերի միջոցով, որտեղ նշվում են հիմնական գերակայությունները և նպատակները, ինչպես նաև առանձին միջոցառումներ: Դրանց հիման վրա ձևավորվում է ՀՀ պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժինը:

Ինչպես երևում է «Առողջապահություն» խմբի հիմնական բաժիններն են՝ «Հիվանդանոցային ծառայությունների ձեռք բերում»՝ առողջապահական նպատակային ծրագրին համապատասխան 16 ենթածրագրերով,

²² տնտեսությունը բնութագրող հիմնական մակրոտնտեսական ցուցանիշներ, <http://minfin.am/index.php?cat=41&lang=1>

⁵⁵ ԱՀԿ տվյալների շտեմարան, http://www.who.int/gho/health_financing/en/

⁵⁶ ՀՀ կառավարության 27.03.2014 թվականի N 442 որոշմամբ հաստատված «2015-2025 թթ Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր»

«Արտահիվանդանոցային ծառայությունների ձեռք բերում»՝ առողջապահական նպատակային ծրագրին համապատասխան 9 ենթածրագրերով, «Հանրային ծառայությունների ձեռք բերում»՝ առողջապահական նպատակային ծրագրին համապատասխան 4 ենթածրագրերով, «Բժշկական ապրանքներ, սարքեր և սարքավորումների ձեռք բերում»՝ առողջապահական նպատակային ծրագրին համապատասխան 2 ենթածրագրերով և «Առողջապահության այլ դասերին չպատկանող այլ ծառայությունների ձեռք բերում»՝ առողջապահական նպատակային ծրագրին համապատասխան 20 ենթածրագրերով ու «Առողջապահության բնագավառում պետական կառավարում» ծրագրով:

Աղյուսակ 2.2.1⁵⁷

Պետական բյուջեի անվանական արտահայտությամբ ծախսերի վարքագիծը (մլրդ դրամ)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ՀՀ պետական բյուջեով 'Առողջապահություն' խմբի հատկացումները, այդ թվում՝	46.8	54.4	56.2	55.2	62.5	65.1	64.4	80.7	86.1	88.7	86,1
Առողջապահության բնագավառում պետական կառավարում	1.3	1.0	1.2	1.1	1.0	1.0	1.1	1.6	2.0	2.6	2,0
Տեսակարար կշիռը (%)	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	2%
Հիվանդանոցային ծառայություններ	17.6	19.1	21.6	21.2	27.4	27.1	27.2	34.1	38.6	39.8	39,3
Տեսակարար կշիռը (%)	38%	35%	38%	38%	44%	42%	42%	42%	45%	45%	46%
Արտահիվանդանոցային ծառայություններ	16.8	19.1	20.5	21.0	23.8	23.7	23.3	27.1	28.8	27.7	27,6
Տեսակարար կշիռը (%)	36%	35%	36%	38%	38%	36%	36%	34%	33%	31%	32%
Հանրային առողջ. ծառայություններ	2.9	2.1	2.8	2.8	2.9	3.0	3.2	4.0	5.4	5.3	5,1
Տեսակարար կշիռը (%)	6%	4%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	6%	6%	6%
Բժշկական ապրանքներ, սարքեր և սարք-եր	2.2	3.2	2.2	2.6	2.6	2.6	2.7	3.0	3.0	3.9	4,0
Տեսակարար կշիռը (%)	5%	6%	4%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	4%	5%
Առողջապահության այլ դասերին չպատկանող այլ ծառայութ-րի ձեռք բերում	6.3	8.0	6.3	5.4	3.4	6.4	5.0	9.0	6.4	7.8	8,1
Տեսակարար կշիռը (%)	13%	15%	11%	10%	5%	10%	8%	11%	7%	9%	9%

ՀՀ պետական բյուջեի «Հիվանդանոցային» և «Արտահիվանդանոցային» ծառայությունների ձեռք բերման բաժինների (առողջապահության խմբի 80%-ից ավելի) կառուցվածքը ներկայացված է հավելված 1-ում:

«Հիվանդանոցային ծառայությունների ձեռք բերում» բաժնի կառուցվածքում տեղ գտած ծրագրերը կազմվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան՝ ելնելով ՀՀ պետական բյուջեի տվյալ տարվա հասկացումներից: Վերջին տարիների ընթացքում գրեթե բոլոր պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում կատարած աշխատանքների ծավալները գերազանցել են ՀՀ պետական բյուջեի նախատեսումները: Դա արդյունք է ինչպես հիմնական ծառայությունների փաթեթով նախատեսված և ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահական ծախսերի պլանավորման ընթացքում տեղ գտած որոշ խնդիրներով: Չնայած բժշկական կազմակերպությունների հետ տարեսկզբին կնքված պայմանագրերում ֆիքսված են կատարվելիք աշխատանքների պայմանագրային ծավալները (գումարները)՝ ըստ ծրագրերի, ինչպես նաև նշված են պետական պատվերում ընդգրկված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակները՝ առանձին ծառայությունների գները, սակայն դեռևս առկա են բյուջեից ավել կատարումներ առանձին բժշկական կազմակերպություններում և/կամ առանձին բյուջետային ծրագրերում, որոնք լուրջ խնդիր են հանդիսանում: Ճիշտ է գերակատարումները որպես պետության պարտավորություն չեն ընդունվում, սակայն դրանք խնդիրներ են առաջացնում հետագայում, քանզի յուրաքանչյուր տարի որոշակի քանակով դեպքեր դուրս են մնում հաջորդող տարիների բյուջեի պլանավորման և բժշկական կազմակերպությունների պայմանագրային գումարների հաշվարկման ժամանակ: Որոշ փորձագիտական գնահատականների համաձայն, դեպքերի դեֆիցիտը տարեկան կազմում է շուրջ 10.0 հազար, ինչը միջին հիվանդանոցային բուժման մեկ դեպքի հաշվարկով կազմում է 1.1 մլրդ դրամ (10000 դեպք X 110 000 դրամ): Բանը նրանում է, որ յուրաքանչյուր հաջորդող տարվա համար որպես բյուջեի պլանավորման ցուցանիշ հիմք է ընդունվում հիվանդանոցային դեպքերի աճը՝ ծառայությունների մատչելիության բարձրացման, շահառուների նոր խմբերի ընդգրկման հետ կապված, հետևաբար, փաստացի դեպքերի թվաքանակին համապատասխանող ծավալը շարունակաբար չի համընկնում և գերազանցում է բյուջեով նախատեսված միջոցների ծավալին:

⁵⁷ Աղբյուրը ՀՀ պետական բյուջեի մասին 2005-2017թթ օրենքներ

Այսպիսով, չնայած առողջապահության բյուջեն ներկայացվում է նաև ծրագրային դասակարգմամբ՝ ՀՀ կառավարության բյուջետային ուղերձի առանձին հավելվածով, որտեղ նշված է իրականացվող ծրագրի անվանումը, ծրագրի նկարագրությունը և իրականացնողները, սակայն ուսումնասիրությունները և առկա հաշվետվությունների վերլուծությունը ցույց են տալիս, որ.

1. կառավարության կողմից ընդունված ռազմավարական ծրագրերը իրենց արտացոլումը չեն գտնում բյուջեի կազմման, պետական նպատակային ծրագրերով տրվող սահմանումներում: Մասնավորապես, ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնք կազմում են Հայաստանում մահացության շուրջ 90% և մինչև 60 տարեկան անձանց հաշմանդամության պատճառների 65%, դրանց կանխարգելումը, հայտնաբերված դեպքերի բուժումը և հիվանդների ընթացիկ վերահսկումը արտացոլված չէ գործող բյուջեի կառուցվածքում: Օրինակ, Սրտամկանի սուր ինֆարկտ ախտորոշմամբ հիվանդանոցային դեպքերը կարող են փոխհատուցվել «Հիվանդանոցային ծառայություններ» բաժնի միանգամից 5 ծրագրերում՝ «Անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայություններ», «Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ», «Զինծառայողներին, ինչպես նաև փարկարար ծառայողներին և նրանց ընտանիքի անդամներին բժշկական օգնության ծառայություններ», «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ», «Սրտի անհետաձգելի վիրահատությունների ծառայություններ»: Բացի դա, Սրտամկանի սուր ինֆարկտ ախտորոշմամբ հիվանդանոցային դեպքերի համար նախատեսվում է նաև վերականգնողական բուժում՝ «Վերականգնողական բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում: Ավելին, եթե բուժօգնությունը կազմակերպվում է «Անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում, ապա քաղաքացին նաև պետք է վճարի համավճար, իսկ եթե պատկանում է ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված սոցիալական կամ հատուկ որևէ խմբի, ապա համավճար կարող է չվճարել: Հետևաբար, բյուջեի կառուցվածքը ոչ թե ուղղված է հստակ գերակայությունների, ծրագրերի

իրականացմանը (քննարկվող օրինակի համար՝ սիրտ-անոթային հիվանդությունների դեմ պայքարին՝ որպես ոչ վարակիչ հիվանդություն), այլ նպատակ ունի առանձին հիվանդությունների և վիճակների դեպքում ապահովել մասնակի մատչելի բժշկական ծառայություններ: Իսկ գործող բյուջետային ծրագրերը կիրառվում են զուտ պայմանականորեն՝ ընդհանուր բյուջետային սկզբունքը (բյուջեի պլանավորման և կատարման գործընթացներ) պահպանելու և մուտքերի ֆինանսական վերահսկման նպատակով:

2. Բացակայում են արդյունքները բնութագրող ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ, գնահատումը իրականացվում է կատարված փաստացի աշխատանքների ծավալների, իսկ որոշ ծրագրերով տվյալ ծրագրի շահառուների փաստացի թվաքանակի հիման վրա: Վերջնական արդյունքների տեսանկյունից գործող համակարգը հաշվի չի առնում առողջապահական ցուցանիշները, որոնք կապված են մարդու առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների, կյանքի որակի, կյանքի առողջ ապրելու տարիների, հաշմանդամություն առաջացնող պատճառների հետ: Բյուջեի պլանավորման համար օգտագործվում են տվյալ ծրագրի շրջանակներում նախորդ տարի իրականացված աշխատանքները և դեպքերի թիվը, ինչպես նաև առանձին սոցիալական և հատուկ խմբերին պատկանող շահառուների թիվը: Դիտարկենք նորից Սրտամկանի սուր ինֆարկտի դեպքը: Յուրաքանչյուր տարի ավելանում է նշված ախտորոշմամբ դեպքերի թիվը: Հարց է առաջանում, իսկ դա լավ է, թե՞ մտածելու տեղիք պետք է տա, ինչի՞ արդյունք է դա, տնային դեպքերի հոսպիտալացման թվի ուղղակի աճի՞, թե՞ իրականում սիրտ-անոթային հիվանդությունների աճի, որն էլ իր հերթին արդյունք է ծխամոլության, ալկոհոլամոլության, ոչ առողջ ապրելակերպի և այլն: Ինչպիսի՞ն է այս պարագայում առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցողների և հանրային առողջության ինստիտուտների դերը: Ինչպե՞ս են ծախսվում պետական, մասնավոր (այդ թվում ապահովագրական) և այլ ֆինանսական միջոցները, ինչպե՞ս է գնահատվում առողջապահության համակարգի տարբեր օղակների գործունեությունը, ինչպիսի՞ ցուցանիշներով է գնահատվում այդ օղակների կատարողականը, ո՞ր ցուցանիշների կատարումն է հիմք հանդիսանում վերջնական

արդյունքների գնահատման համար: Սրանք հարցեր են, որոնց պատասխանները դժվար հասանելի են գործող ֆինանսավորման համակարգում:

Հաշվի առնելով վերը նշվածները և իրականացված հետազոտություններն ու տրված գնահատականները, առաջարկում ենք.

1. ՀՀ առողջապահության բյուջեն նախապատրաստել և ներկայացնել նոր, ծրագրային բյուջետավորմանը բնորոշ կառուցվածքով՝ հիմնական շեշտադրումը դնելով արդյունքների գնահատմանը: Մասնավորապես, բյուջեի բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ձեռք բերման ձևաչափը անհրաժեշտ է փոփոխել, այն շարադրելով առանձին հիվանդությունների և/կամ բնակչության խմբերին հասցեագրվող ծրագրերով: Այն չի կրի «երկակի դասակարգման» մոտեցման թերությունները, երբ ծրագրերը կազմվում են միայն մուտքերի ֆինանսական վերահսկման նպատակով: Այն չի լինի նաև ամբողջովին հիմնված վերջնական արդյունքների գնահատման վրա, քանզի նման մոտեցումը միայն առանձին վերցված ծրագրերով իրագործելը իրատեսական չէ՝ գործող ֆինանսական/բյուջետային համակարգում: Սակայն հնարավորություն կտա չափելի և գնահատելի դարձնել բյուջեի կատարողականը, ուղղված կլինի առավել մահաբեր հիվանդությունների դեմ պայքարի ծրագրերի համակարգված իրականացմանը:
2. Բարձրացնել տեղեկատվական համակարգերի դերը բյուջեի հաշվետվողականության բոլոր փուլերում՝ սկսած պլանավորումից (մուտքեր) և վերջացրած բյուջեի կատարողականի գնահատումով (ուղղակի արդյունքներ, վերջնական արդյունքներ): Հավաքագրվող տվյալները պետք է կազմակերպվեն և կառավարվեն հիմքում ունենալով գործունեության գնահատման սկզբունքը: Տվյալների փոխանակման գործուն մեխանիզմները միջգերատեսչական համագործակցության շրջանակներում և կառավարության մակարդակում կարող են լուրջ խթան հանդիսանալ արդյունավետ ծախսերի կատարման ուղղությամբ:
3. Նախատեսել բարեփոխումների իրականացման այնպիսի ժամկետներ և փուլեր, որը հնարավորություն կտա իրականացնել լիարժեք ծրագրային բյուջետավորում, ինչը ենթադրելու է փուլային համակարգային

փոփոխություններ, ծրագրային բյուջետավորման մեթոդաբանության աստիճանական ներդրում՝ փորձ կատարելով առկա համակարգի սահմանափակումների ներքո գործի դնել ծրագրային բյուջետավորման հիմնական հասկացություններ: Բյուջետային ռեսուրսները վերաբաշխվելու են դեպի առավել բարձր արդյունավետություն ունեցող ծրագրեր, ստեղծվելու են անհրաժեշտ նախադրյալներ լիարժեք ծրագրային բյուջետավորման անցման համար՝ սկսած 2019 թվականից:⁵⁸

2.3. Առողջապահության համակարգում կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման գործող համակարգերը

ՀՀ կառավարության կողմից հավանության արժանացած «Առողջության առաջնային պահպանման զարգացման 2008-2013 թվականների ռազմավարական ծրագիրը» նախատեսում էր ԱԱՊ ոլորտում ֆինանսավորման լայնածավալ փոփոխություններ, որոնք ուղղակիորեն պետք է նպաստեն բուժօգնության որակի բարձրացմանը, առողջության ցուցանիշների բարելավմանը և այլն: Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնության և մասնավորապես բնակչության առողջության առաջնային պահպանման օղակում սկսած 2006 թվականից ներդրվեց բնակչի կողմից իր բժշկին ընտրելու և վերջինիս մոտ գրանցվելու սկզբունքը: Դա իր հերթին ենթադրում էր ֆինանսավորման և վարձատրման մեխանիզմների վերանայում: Յուրաքանչյուր բժշկական կազմակերպություն, իսկ բժշկական կազմակերպության ներսում՝ յուրաքանչյուր բժիշկ ունի իր մոտ գրանցված բնակչության թվաքանակ, որն էլ հետագայում պետք է հիմք հանդիսանա վերջինիս վարձատրման համար: Ըստ սպասարկվող բնակիչների թվի գործող ֆինանսավորման համակարգը հնարավորություն չի տալիս իրականում գնահատել մատուցված ծառայությունների քանակային, որակական և ժամկետային ցուցանիշները, չի խթանում բժիշկների կողմից ծառայությունների ծավալների աճը, չի նպաստում դրանց որակի

⁵⁸ ՀՀ կառավարության 19.05.2014թ-ի N 511-Ս որոշում «ՀՀ կառավարության ծրագիրը հաստատելու մասին»

գնահատմանը: ԱԱՊ մակարդակում կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորումը վերաբերում է միայն լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ ծառայությունների մասով փաստացի իրականացված ծառայությունների թվին համապատասխան փոխհատուցմանը: Դա էր հիմնական պատճառներից մեկը, որ ԱԱՊ օղակում ներդրվեց ըստ գործունեության ցուցանիշների լրացուցիչ խրախուսական ֆինանսավորման համակարգը, որի հիմնական նպատակը առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումն է ըստ որոշակի ցուցանիշների: Ներդրված նոր ֆինանսական մոտեցումները բնականաբար բերեցին նաև տեղեկատվական համակարգերում որոշակի փոփոխություններ կատարելու անհրաժեշտություն: Մշակվեցին ըստ գործունեության արդյունքների համակարգի ֆինանսավորման ներդրման հիմնական սկզբունքները, որոնք կապված են գնահատվող ցուցանիշների կազմի, ֆինանսավորման չափաբաժինների հաշվարկման, ֆինանսավորման նորմատիվների հաշվարկի և ֆինանսական միջոցների հատկացման կարգի, հաշվետվողականության և մոնիտորինգի հետ: Բնականաբար այս բոլոր գործընթացների նկարագրությունը սահմանվել է ՀՀ կառավարության և ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված իրավական նորմատիվ ակտերով: Այսպես, ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատվել է «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների՝ ըստ գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների խրախուսական ֆինանսավորման և բուժանձնակազմի (ընտանեկան բժիշկ, թերապևտ, մանկաբույժ) խրախուսական վարձատրության ֆոնդի ձևավորման, նրանց գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների ներկայացման և գնահատման» կարգը, որտեղ հստակորեն ամրագրված է, որ այն սահմանում է ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնողների՝ ըստ գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների խրախուսական ֆինանսավորման գնահատման սկզբունքները⁵⁹:

⁵⁹ ՀՀ առողջապահության նախարարի 10.05.2010 թվականի N 859-Ս հրաման

Ըստ գործունեության ցուցանիշների կատարման չափի ԱԱՊ գործունեության գնահատումը իրականացվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի Պետական առողջապահական գործակալության (այսուհետ՝ ՊԱԳ) կողմից: Տարեկան արդյունքերի ամփոփ գնահատականն էլ հիմք է հանդիսանում բժշկական կազմակերպությունների խրախուսական ֆինանսավորման համար:

Ըստ գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների խրախուսական ֆինանսավորման համակարգում (այսուհետ՝ ըստ կատարողականի ֆինանսավորում) ընդգրկվելու նախապայման է հանդիսանում ԱԱՊ ծառայությունների մատուցման ավտոմատացված հաշվառման համակարգչային համակարգի ներդնումը բժշկական կազմակերպությունում՝ համակարգչային բազայի առկայությունը և ՀՀ առողջապահության նախարարի 2011 թվականի հոկտեմբերի 10-ի N 2100-Ա հրամանով հաստատված ԱԱՊ ծառայությունների մատուցման հաշվառման 002 ձևի (այսուհետ ձև 002) միջոցով ԱԱՊ ծառայությունների մատուցման էլեկտրոնային հաշվառումը: Բացի վերը նշված կարգից, ըստ գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների խրախուսական ֆինանսավորման համար հիմք են հանդիսանում նաև բժշկական կազմակերպությունների և ՊԱԳ-ի միջև «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» կնքված պայմանագրերը, դրանց կից հավելվածներով սահմանված պայմանագրային գումարները, ծառայությունների տեսակները և դրանց գները, ինչպես նաև ՀՀ առողջապահության նախարարության հրամաններով սահմանված հաշվառման և հաշվետվության ձևերի կազմումը և ներկայացումը ՊԱԳ, ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների գործունեության գնահատման ցուցանիշների ցանկը և դրանց հաշվարկման սանդղակը:

Բժշկական կազմակերպությունների ըստ կատարողականի ֆինանսական միջոցները հատկացվում են «Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին» Հայաստանի Հանրապետության ամենամյա օրենքով՝ ԱԱՊ ծառայությունների համար նախատեսված գումարներից: Ըստ կատարողականի ֆինանսավորման նորմատիվները որոշվում են.

1. Ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման արդյունքների համար երկու տարիքային խմբերի համար սահմանված առանձին նորմատիվներով՝

Ա. 0-ից մինչև 18 տարեկան գրանցված բնակչություն,

Բ. 18 տարեկան և բարձր տարիքի գրանցված բնակչություն:

2. լաբորատոր ախտորոշիչ հետազոտությունների համար՝ ցուցանիշների կատարման հիմք հանդիսացող հետազոտությունների գներով և շահառուների թվաքանակով:

Իսկ ըստ կատարողականի ֆինանսավորումը իրականացվում է.

1. Գործունեության ցուցանիշների տարեկան արդյունքների գնահատման հիման վրա՝ ըստ առանձին տարիքային խմբերի (0-ից մինչև 18 տարեկան գրանցված բնակչության և 18 տարեկան և բարձր տարիքի գրանցված բնակչություն) համար՝ հաշվետու ժամանակահատվածում տվյալ տարիքի բնակչության թվաքանակի համար հաշվարկված և ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման արդյունքների հաստատված պայմանագրային գումարից ոչ ավել՝ տվյալ տարիքի բնակչության համար հաշվարկված ֆինանսավորման տոկոսաչափից ելնելով:

2. Կատարված լաբորատոր ախտորոշիչ հետազոտությունների համար ֆինանսավորումը հատկացվում է հաշվետու ժամանակահատվածում իրականացված փաստացի հետազոտությունների թվի և տվյալ հետազոտության տեսակի համար հաստատված գնի արտադրյալով:

Ըստ գործունեության արդյունքների ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորման տոկոսաչափը ՊԱԳ-ը հաշվարկում է ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններից ստացված եռամսյակային տվյալների էլեկտրոնային շտեմարանների հիման վրա: Լաբորատոր հետազոտությունների ֆինանսավորման չափը ՊԱԳ-ը հաշվարկում է ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններից ստացված ամսեկան տվյալների էլեկտրոնային շտեմարանների հիման վրա:

Ֆինանսավորման տոկոսաչափի հաշվարկման համար կարևորվում է ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնողների՝ ըստ կատարողականի ֆինանսավորման նպատակով գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների հաշվարկման սկզբունքների և սանդղակների առկայությունը: Ներկայումս քննարկվող 30 ցուցանիշների համար

հաշվետու ժամանակահատված է համարվում տարին: Հաջորդ կարևոր նկատառումը առողջության պահպանման բնագավառն է, որին վերաբերվում է ցուցանիշը, օրինակ Հիվանդությունների կանխարգելմանը վերաբերող ցուցանիշներ: Բացի դա կարևորվում են նաև.

- 1) Ցուցանիշի հստակ անվանումը: Օրինակ՝ պատվաստումների ընդգրկվածություն,
- 2) Ցուցանիշի սահմանումը, օրինակ՝ հաշվետու ժամանակաշրջանում 3,5 ամսականից (14 շաբաթականից) մինչև մեկ տարեկան (11 ամսական 29 օրական) տարիքի երեխաների պատվաստումների ամբողջական ընդգրկվածությունն՝ ըստ ազգային պատվաստումների օրացույցի:
- 3) Ինչ գործողություններ է այն ընդգրկում: Օրինակ՝ Այս ցուցանիշն ընդգրկում է 3,5 ամսականից (14 շաբաթականից) մինչև մեկ տարեկան (11 ամսական 29 օրական) երեխաների պատվաստումների ազգային օրացույցով սահմանված պարտադիր պատվաստումները՝ Պենտա (Penta) պատվաստանյութի՝ ԱԿԴՓ (ադսորբացված կապույտ հազի, դիֆթերիայի, փայտացման դեմ), ՎՀԲ (վիրուսային հեպատիտ Բ-ի դեմ) և ՀԻԲ (հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի) պատվաստման հերթական երրորդ դեղաչափը, ՕՊՎ (օրալ պոլիոմելիտային) հերթական երրորդ դեղաչափը:
- 4) Բժշկական կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող հաշվետու տվյալները: Օրինակ այս ցուցանիշի դեպքում՝ հաշվետու ժամանակաշրջանում 3,5 ամսականից (14 շաբաթականից) մինչև մեկ տարեկան (11 ամսական 29 օրական) այն երեխաների թվաքանակը, որոնք ըստ ազգային օրացույցի ստացել են Penta-3 և ՕՊՎ-3 պատվաստումները:
- 5) Տվյալների աղբյուրը, որը բոլոր դեպքերում ԱԱՊ ծառայությունների հաշվառման ձև 002-ն է և ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկի մոտ գրանցման ձև 004-ը:
- 6) Ինչ բացառություններ կամ կանոններ կան: Օրինակ՝ Հաշվի չի առնվում՝ եթե պատվաստումը կատարվել է 1 տարեկանը լրանալուց հետո:
- 7) Ցուցանիշի հաշվարկման բանաձևը՝ Համարիչը բաժանվում է Հայտարարի վրա և բազմապատկվում է 100-ով:

8) Համարիչի սահմանումը: Օրինակ՝ Ըստ ազգային օրացույցի Penta-3 և ՕՊՎ-3 պատվաստումներն ստացած, 3,5 ամսականից (14 շաբաթականից) մինչև մեկ տարեկան (11 ամսական 29 օրական) երեխաների թվաքանակը:

9) Հայտարարի սահմանումը: Օրինակ՝ Հաշվետու ժամանակաշրջանում 3,5 ամսականից (14 շաբաթականից) մինչև մեկ տարեկան (11 ամսական 29 օրական) երեխաների թվաքանակը:

10) Ցուցանիշի օրինակ՝	Գնահատականը, գնահատականը,	Կատարման (ընդգրկվածություն)	տոկոս	Միավոր
		մինչև 60 %		0
		61 % - 70 %		2
		71 % - 80 %		4
		81 % - 89 %		6
		90 % և ավելի		10

11) Ցուցանիշի կիրառելիությունը: Այս ցուցանիշի համար՝ Ընտանեկան բժշկի և մանկաբույժի աշխատանքի գնահատում:

ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների կատարողական ցուցանիշների գնահատումը իրականացվում է ՊԱԳ-ի կողմից՝ ըստ սահմանված կարգի ներկայացված հաշվետվությունների հիման վրա, ՊԱԳ-ի տեղեկատվական համակարգի միջոցով՝ ավտոմատ կարգով:

Գնահատումը միավորներով կատարվում է ըստ առանձին ցուցանիշի (Աղյուսակ 2.3.1), ելնելով տվյալ ցուցանիշի փաստացի կատարման տոկոսից: Այնուհետև հաշվարկվում է միավորների հանրագումարները ցուցանիշների հետևյալ խմբերի համար.

1) մանկաբույժի և ընտանեկան բժշկի (երեխաներ՝ 0-ից մինչև 18 տարեկան տարիքի) գործունեությանը վերաբերող ցուցանիշներ,

2) թերապևտի և ընտանեկան բժշկի (մեծահասակներ՝ 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի) գործունեությանը վերաբերող ցուցանիշներ: Հաշվի առնելով այն, որ տարբեր բժշկական կազմակերպություններում ցուցանիշի միևնույն կատարողական տոկոսին հասնելու համար հնարավոր է, որ կպահանջվի աշխատանքի տարբեր ծավալներ

(կապված բնակչության թվաքանակից), ցուցանիշների համար կիրառվում են ճշգրտող գործակիցներ:

Աղյուսակ 2.3.⁶⁰

ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների կադրողական ցուցանիշների փաստացի միավորների հաշվարկ (2016թ)

ԱՆԳԵՂԱԿՈՑԻ ԲԱ ՓԲԸ

Ցուցանիշների անվանումը	Համա րիչ	Հայտ արար	Սահման ված կատար ման տոկոս	Փաստ ացի կատար ման տոկոս	Փաստ ացի միավոր
ՍԻՀ տառապող հիվանդների ԷՍԳ կանոնավոր մոնիտորինգ	31	40	60% ≤	77.50%	7
ՍԻՀ տառապող հիվանդների արյան խոլեստերինի մակարդակի որոշում	32	40	60% ≤	80.00%	7
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդների ակնահատակի զննում (ռետինոսկոպիա)	36	56	60% ≤	64.29%	5
ՍԻՀ տառապող հիվանդների էլեկտրոնային ռեգիստր	40	0		100.00 %	10
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդների ռեգիստր	56	0		100.00 %	10
Հիպերտոնիայով հիվանդների ԷՍԳ մոնիտորինգ	93	127	60% ≤	73.23%	7
Հիպերտոնիայով հիվանդների էլեկտրոնային ռեգիստր	127	0		100.00 %	10
Հղի կանանց վաղ ընդգրկում	8	10	60% ≤	80.00%	7
Ընդամենը ցուցանիշներ, վերաբերվող 18 և ավելի բարձր տարիքի մեծահասակների (Թերապևտի և ընտանեկան բժշկի գործունեության ցուցանիշներ)					63.00
3,5 ամսականից մինչև մեկ տարեկան երեխաների պատվաստումների ընդգրկվածություն	27	28	60% ≤	96.43%	10
Սակավարյունության սկրինինգ	35	43	60% ≤	81.40%	9
Ընդամենը ցուցանիշներ, վերաբերվող մինչև 18 տարեկան երեխաներին (Մանկաբույժի և ընտանեկան բժշկի գործունեության ցուցանիշներ)					19.00

ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից սահմանված չափորոշիչներով հիվանդությունների վերահսկողությանը վերաբերող ցուցանիշների համար ճշգրտող (հիվանդացության) գործակիցը հաշվարկվում է բուժաստատության կողմից

⁶⁰ ՀՀ առողջապահության նախարարի 20.08.2014 թվականի N 1986-Ս հրաման

սպասարկվող մեկ բնակչի հաշվով տվյալ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների թվի և Հայաստանի Հանրապետության համապատասխան մարզի համար հաշվարկված նույն ցուցանիշի (մեկ բնակչի հաշվով տվյալ հիվանդների թիվ) հարաբերակցությամբ:

Աղյուսակ 2.3.2⁶¹

Ճշգրտված հաշվարկ

ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների կատարողական ցուցանիշների փաստացի միավորների (2016թ)

ԱՆԳԵՂԱԿՈՑԻ ԲԱ ՓԲԸ

Ցուցանիշների անվանումը	Փաստացի միավոր	Ծանրաբեռնվածության գործակից	Միջին ծանրաբեռնվածության գործակից	Ճշգրտված միավոր
Ա	1	2	3	4
ՍԻՀ տառապող հիվանդների ԷՍԳ կանոնավոր մոնիտորինգ	7	0.017715	0.022325	5.55
ՍԻՀ տառապող հիվանդների արյան խոլեստերինի մակարդակի որոշում	7	0.017715	0.022325	5.55
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդների ակնահատակի զննում (ռետինոսկոպիա)	5	0.024801	0.023577	5.26
ՍԻՀ տառապող հիվանդների էլեկտրոնային ռեգիստր	10			10.00
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդների ռեգիստր	10			10.00
Հիպերտոնիայով հիվանդների ԷՍԳ մոնիտորինգ	7	0.056244	0.059467	6.62
Հիպերտոնիայով հիվանդների էլեկտրոնային ռեգիստր	10			10.00
Հղի կանանց վաղ ընդգրկում	7	0.008569	0.020810	2.88
Ընդամենը ցուցանիշներ, վերաբերվող 18 և ավելի բարձր տարիքի մեծահասակների (Թերապևտի և ընտանեկան բժշկի գործունեության ցուցանիշներ)				55.87
3,5 ամսականից մինչև մեկ տարեկան երեխաների պատվաստումների ընդգրկվածություն	10	0.038199	0.038284	9.98
Սակավարյունության սկրինինգ	9	0.058663	0.055592	9.50
Ընդամենը ցուցանիշներ, վերաբերվող մինչև 18 տարեկան երեխաներին (Մանկաբույժի և ընտանեկան բժշկի գործունեության ցուցանիշներ)				19.48

Հայաստանի Հանրապետության մարզի համար մեկ բնակչի հաշվով տվյալ հիվանդների թիվը հաշվարկվում է տվյալ մարզում ԱԱՊ ծառայություններ

⁶¹ ՀՀ առողջապահության նախարարի 20.08.2014 թվականի N 1986-Ա հրաման

իրականացնող բոլոր բուժհիմնարկներից ստացված տվյալների հիման վրա: Ճշգրտման նպատակով ԱԱՊ հաստատության տվյալ ցուցանիշին վերաբերող փաստացի վաստակած միավորը (Աղյուսակ 2.3.1) բազմապատկվում է համապատասխան Ճշտգրտման գործակցով:

ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների խրախուսական ֆինանսավորման ենթակա փաստացի տոկոսը որոշվում է «Ըստ փաստացի վաստակած միավորների ֆինանսավորման տոկոսի որոշման սանդղակ»-ի (Աղյուսակ 2.3.3)՝ հաշվի առնելով տվյալ հաստատության Ճշգրտված միավորների հանրագումարները բնակչության տարիքային երկու խմբերի համար:

Ըստ միավորների հանրագումարների որոշվում է բուժհաստատության ֆինանսավորման ենթակա տոկոսը: Բերված օրինակում երկու տարիքային խմբերի համար սահմանված ֆինանսավորման ենթակա չափաբաժինը կկազմի 90%:

ԱԱՊ բժիշկների վարձատրությանն ուղղվող խրախուսական ֆինանսավորումը հաշվարկվում է բժշկական կազմակերպությունների կողմից՝ գործունեության արդյունքների հիման վրա ֆինանսավորման հաշվարկման համանման սկզբունքներով:

Աղյուսակ 2.3.3⁶²

Ըստ փաստացի վաստակած միավորների ֆինանսավորման տոկոսի որոշման սանդղակ (2016թ)

Հ/Հ	Բնակչության տարիքային խմբեր	Փաստացի վաստակած միավորի հանրագումարը	Ֆինանսավորման ենթակա տոկոսը այդ նպատակով նախատեսված գումարից (1 անձի հաշվով)
1	Մինչև 18 տարեկան	Մինչև 5	0 %
		6-12	70 %
		13-15	80 %
		16- 19	90 %
		20 և ավելի	100 %
2	18 տարեկան և ավելի բարձր	Մինչև 30	0 %
		31-40	70 %
		41-50	80 %
		51-58	90 %
		59 և ավել	100 %

Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման մեխանիզմը ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների համար ներդրվել է 2009 թվականի վերջում և

⁶² ՀՀ առողջապահության նախարարի 20.08.2014 թվականի N 1986-Ս հրաման

գործում է արդեն 7 տարի: Չնայած ներդրման հետ կապված տեխնիկական, կազմակերպչական և վարքագծային խնդիրներին, համակարգի միջոցով խրախուսվում են բազմաթիվ բժշկական կազմակերպություններ և բժիշկներ:

Չնայած ներդրված համակարգի արդյունքներին, այն դեռևս ինտեգրված չէ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում և դիտարկվում է որպես առանձին համակարգ: Դրա ապացույցն է նաև 2014 թվականի կատարողականը:

Աղյուսակ 2.3.4⁶³

Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման ցուցանիշները ըստ տարիների

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորում ստացած բժշկական կազմակերպությունների թիվը/ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների թիվը/%	204/332/61	317/336/94	332/345/96	187/347/54	246/350/70	320/361/89
ԸԳԱ ֆինանսավորման չափը /մլն. դրամ/ /% ԸԳԱ համար նախատեսված ծավալից	50.0/30	115/72	125/74	92.0/29	125,5/62	376,4/88
Բուժանձնակազմի վարձատրությանն ուղղված միջոցներ /մլն. դրամ/	45.0	103.5	112.5	64.4	93,1	338,8

Դրա պատճառները, մեր կարծիքով, կայանում են նրանում, որ.

1. Ըստ գործունեության ֆինանսավորման համար գումարները հատկացվում են տարեկան մեկ անգամ, հաշվետու ժամանակահատվածին հաջորդող տարվա ընթացքում, շատ ժամանակ շոշափելի չեն (աշխատավարձի համեմատությամբ), համարվում են ուշացված (աշխատանքից ազատվելու, տեղափոխվելու, ֆիզ. արձակուրդ գնալու հետ կապված):
2. Ցուցանիշների կատարումը և ֆինանսավորման իրականացումը հանդես չեն գալիս որպես առանձին գործողություններ և միջոցառումներ, չեն դիտարկվում վերջնական արդյունքների տեսանկյունից, քանզի չկան սահմանված առողջապահության գործունեության արդյունքների գնահատման թիրախային ցուցանիշներ, բյուջետային միջոցների պլանավորման և վերաբաշխման գործընթացում

բացակայում է առողջապահության գործունեությունը բնորոշող ռազմավարական ծրագրերի իրականացման բնութագրիչները: Այսպես, ճնշման չափումը, խոլեստերինի կամ գլյուկոզայի մակարդակի որոշումը, երեխաների սակավարյունության որոշումը ինքնին որպես ցուցանիշ գնահատվում են, սակայն վերջնական առումով բացակայում է դրանց գնահատումը բուժօգնության որակի տեսակետից, թե դրանց շնորհիվ որքանո՞վ կրճատվեց արյան շրջանառության հիվանդությունների հիվանդանոցային դեպքերի թիվը, ինչքա՞ն կրճատվեց հիպոգլիկեմիկ կոմայով վերակենդանացման միջոցառումների թիվը, ավելացա՞վ արդյոք երեխաների վաղ հասակում անեմիայի հայտնաբերման մակարդակը: Այսինքն, բացակայում են վերջնական արդյունքային ցուցանիշները, որոնք նաև կօգնեին ճշգրտել իրականացվող գործողությունները և միջոցառումները, անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել դրանց կշիռը, ֆինանսավորման չափը և այլն:

3. Այն չի զուգորդվում վերլուծություններով, հանրային հաշվետվողականությամբ, բնակչության իրազեկվածության գնահատականներով:
4. Բացակայում է ընդհանրացված գնահատականը ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողի մակարդակում, ցուցանիշի գնահատման միավորների կազմումը հիմնված չէ միավորների ընդհանուր համախմբության մեջ տեսակարար կշռի հաշվարկով, քանի որ շատ դեպքերում բարդ է գնահատել այս կամ այն ցուցանիշի գերակա արժեքը ընդհանուրի մեջ, ինչն էլ հնարավորություն է տալիս ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնողներին ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման առավելագույն չափին հասնել առավել «հեշտ կատարվող» ցուցանիշների ապահովման միջոցով:
5. Հիմնականում կատարվում են այն ցուցանիշները, որոնք չեն պահանջում լրացուցիչ ծախսեր, այսինքն կարիք չկա ուղեգրել/կատարել լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների, նեղ մասնագետի խորհրդատվության, ինչն էլ իր հերթին պայմանավորված է այդ ծառայությունները ապահովելու համար նախատեսված սահմանափակ ֆինանսական միջոցներով:

⁶³ ՀՀ առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալության տվյալների շտեմարան 84

Ելնելով վերը թվարկվածից, առաջարկում ենք.

1. Մշակել բյուջեի նոր կառուցվածք, որը հնարավորություն կտա ըստ գործունեության արդյունքների գնահատման ֆինանսավորման համակարգը ինտեգրել ընդհանուր բյուջետային գործընթացքում,
2. Ցուցանիշների գնահատումը և ֆինանսավորումը իրականացնել առնվազն 6 ամիսը մեկ անգամ, իսկ որոշ ցուցանիշների մասով՝ ամսեկան կամ եռամսյակային, նախատեսելով տարեկան, միջին ժամկետ ճշգրտման հնարավորություն, ինչը պետք է ուղղակիորեն կախված լինի տվյալ ցուցանիշի կիրարկման և վերջնական գնահատման տիրույթից:
3. Բարձրացնել ցուցանիշների գնահատման արդյունքների դիմաց ֆինանսավորման չափաքանակը՝ այն հասցնելով առնվազն ամսեկան միջին աշխատավարձի 25%-ի:
4. Հաստատել վերջնական արդյունքների միջնաժամկետ և երկարաժամկետ գնահատման ցուցանիշներ՝ իրականացվող գործողությունների և միջոցառումների գնահատումը կատարելու և դրանք անհրաժեշտության դեպքում կորեկցիայի ենթարկելու նպատակով: Դրանք իրենց հերթին հիմք կհանդիսանան ծրագրային բյուջետավորման ընթացքում միջնաժամկետ արդյունքների գնահատման համար:
5. Որոշ, գերակա համարվող գործողությունները և միջոցառումները բնութագրող ցուցանիշների համար սահմանել առանձին նորմատիվ (արժեք)՝ վերջինիս հաշվարկման և ֆինանսավորման նոր մեխանիզմի սահմանմամբ:
6. Սահմանել նոր մեթոդաբանություն/կարգ ցուցանիշների կատարման ճշգրտված/բարդության գործակիցը հաշվարկելու համար:

ԳԼՈՒԽ 3. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

3.1. Ծրագրային բյուջետավորման զարգացմանն ուղղված արդյունքների գնահատման մեթոդի ներդրում

Ծրագրային բյուջետավորման մոտեցումները կարող են տարբերվել ըստ երկրների, սակայն հիմնական բաղադրիչները «լավագույն պրակտիկայի» պայմաններում ներառում են չորս գլխավոր փոխկապակցված զարգացումներ:

Դրանք են՝

- բյուջետային ծրագրեր, բյուջետային փաստաթղթեր և բյուջեի կատարում, որ աջակցում են ռազմավարության և արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորմանը,
- ինտեգրված բյուջետավորման, պլանավորման, մոնիտորինգի և ֆինանսական և ոչ ֆինանսական հաշվետվության ցիկլի արդյունավետ գործունեություն՝ կենտրոնական, նախարարության/պետական մարմնի (ՊՄ) և բժշկական կազմակերպությունների մակարդակով,
- լիազորված հաշվետվողականության համակարգի ներդրում կենտրոնական և նախարարության/ՊՄ-ի մակարդակներում, որը կունենա նախնական և փաստացի արդյունքների բնորոշման և հաշվետվության իրավական պահանջներ և դրա հետ կապված ներքին և արտաքին աուդիտ:
- Ֆինանսական կառավարման և վերահսկողության համակարգերի արդյունավետ գործունեություն նախարարության/ՊՄ-ի մակարդակով, որ համապատասխանում է հաշվետվողականության համակարգին:

Ինչպես արդեն նշել ենք նախորդ գլխում, առողջապահության ոլորտում ծրագրային բյուջետավորման համակարգի զարգացման փորձեր կատարվել են սկսած 2003 թվականից, սակայն այդ համակարգի ներդրման անհրաժեշտ նախապայմանների բացակայությունը ինքնին բերեց ծրագրային բյուջետավորման «երկակի» մոդելի ստեղծման: Այդ իսկ նկատառումներից ելնելով էլ առաջարկվում է ծրագրային

բյուջետավորման սկզբնատարրերի կիրառում՝ դասական բյուջետավորումից չտարբերվող, սակայն գործնական առումով աշխատող համակարգի ներդրում, ինչը ընդունված է անվանել նաև «Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման համակարգ»:

«Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման համակարգ»-ի էությունը ավելի լավ հասկանալու համար անդրադառնանք հիմնական հասկացություններին և փոխադարձ կապին:

- Նպատակներ կամ վերջնական արդյունքներ: Սա այն արդյունքն է, որին պետք է ձգտի հասնել ՀՀ առողջապահության նախարարությունը բնակչության համար: Այն հաճախ ներկայացվում է որպես բնակչության առողջության հատկանիշների բարելավում կամ դրան նպաստող դրական փոփոխություն: Վերջնական արդյունքը հաճախ ներկայացվում է որպես բժշկական ծառայությունների մատուցման միջավայրի փոփոխություն, որին փորձում է ներազդել կամ նպաստել պետական մարմինը՝ իր գործունեության, ծառայությունների կամ ապրանքների տրամադրման միջոցով:
- Ուղղակի արդյունքներ կամ ծառայություններ: Սրանք այն սկրինինգային, կանխարգելիչ և վերահսկողական ծրագրերն են, որոնք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն տրամադրում է ՀՀ առողջապահության նախարարությունը բնակչությանը:
- Աշխատանքներ: Սրանք ԱԱՊ բժիշկների կողմից կատարված այցերն են, կամ բնակչի կողմից բժշկական կազմակերպություն կատարած այցերն են, որոնք իրականացվում են ուղղակի արդյունքների տրամադրման ժամանակ (և համար):
- Մուտքեր: Սրանք մեկ բնակչի հաշվով հաշվարկված փոխհատուցման նորմատիվներն են, որոնք օգտագործում է ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կամ այն կազմակերպությունը, որից ՀՀ առողջապահության նախարարությունը գնում է արտաքին շահառուներին տրամադրվող ապրանքը կամ ծառայությունը: Դրանք ներառում են աշխատակազմի աշխատավարձը, կոմունալ ծախսերը, համակարգիչները և համակարգչային ապահովումը, գրենական պիտույքները և այլն:

- Ծախսեր: Սրանք այն դրամական միջոցներն են, որոնք ծախսվում են մուտքերը ֆինանսավորելու համար:
- Ոչ ֆինանսական արդյունքներ: Օրինակ՝ ԱԱՊ բժիշկների գործունեությունը գնահատող ցուցանիշներն են: Օրինակ՝ մինչև մեկ տարեկան երեխաների սակավարյունության սկրինինգի իրականացումը՝ երեխաների մոտ անեմիայի հայտնաբերման նպատակով իրականացվող հեմոգլոբինի որոշման հետազոտության կատարման միջոցով:

Վերը նշված գործընթացների համար կարևորվում է տվյալների աղբյուրների ճիշտ ընտրությունը և համադրումը, հաշվետվողականության առաջնային և երկրորդային մակարդակների փոխգործակցված հոսքերի առկայությունը: Այդ տեսանկյունից, ԱԱՊ բժշկի մոտ գրանցված բնակչության տվյալների միասնական բազայի առկայությունը հնարավորություն տվեց արդեն 2010 թվականից ամբուլատոր պոլիկլինիկական բուժփիմնարկների բյուջեներում նախատեսել առանձին նորմատիվ՝ ԱԱՊ բժշկի մոտ գրանցված բնակչության թվաքանակի համար: Գրանցված բնակչության տվյալների բազայի առկայությունը մեծ հնարավորություններ է ստեղծում նաև ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժիշկների աշխատանքի գնահատումն ըստ որոշակի ցուցանիշների իրականացնելու, ինչպես նաև ըստ այդ ցուցանիշների կատարման և վերջիններիս լրացուցիչ ֆինանսավորման համակարգի ներդրման համար: Իսկ դրա համար անհրաժեշտ է, որպեսզի յուրաքանչյուր գրանցված բնակչի կողմից ԱԱՊ հաստատություն կատարված այցերը հաշվառվեն և ներանցվեն ավտոմատացված համակարգ: Այդ նպատակով դեռևս 2010 թվականի սկզբին միավորվեցին բնակչության գրանցման և ԱԱՊ այցերի հաշվառման տեղեկատվական համակարգերը մեկ ընդհանուր ավտոմատացված տեղեկատվական համակարգի (ԱՏՀ) մեջ, որի ընդհանուր նպատակն էր բարելավել բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների կազմակերպման, կառավարման, որակի ապահովման և ֆինանսավորման արդյունավետությունը Հայաստանի առողջապահական հաստատություններում: Այդ նպատակով նաև ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվեցին ըստ գործունեության արդյունքների ԱԱՊ

ծառայություններ մատուցողների ֆինանսավորման և այդ արդյունքների մոնիտորինգի իրականացման կարգերը⁶⁴:

Ինչպես և ամբողջ աշխարհում, Հայաստանում նույնպես կատարողականի վրա հիմնված համակարգը գործում է որպես որոշակի գործողությունների գնահատման և ֆինանսավորման մեխանիզմ: Այն, որպես կանոն, ֆինանսապես օժանդակվում է նաև միջազգային կազմակերպությունների կողմից, հիմնականում չի կրում երկարաժամկետ բնույթ, քանի որ գործում է ընդհանուր առողջապահության ֆինանսավորման համակարգին զուգահեռ՝ չինտեգրվելով և չինստիտուցիոնալացվելով առողջապահության համակարգում, հանդես գալով որպես լրացուցիչ փոխհատուցման համակարգ:

Առաջարկվող մոտեցման նպատակն է գործունեության արդյունքների վրա հիմնված ֆինանսավորման համակարգի ինտեգրումը առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում, դրա շրջանակներում իրականացվող գործողությունները կապելով միջանկյալ և վերջնական արդյունքների գնահատման հետ, ինչը լավ հնարավորություն է ծրագրային բյուջետավորման զարգացման համար: Բացի դա, այն պետք է հարավորություն տա նաև իրականացնել ռիսկերի կառավարում՝ շարունակական հսկողություն սահմանելով առողջության վրա ազդող ռիսկերի բացահայտման և թիրախային խմբերի ձևավորման ուղղությամբ (օրինակ՝ ժառանգական անամնեզում առանձին հիվանդությունների գրանցումը, աշխատանքային առանձնահատկությունների, ծխամոլության, մարմնի ավելորդ զանգվածի առկայության գրանցումները), ինչպես նաև նպատակային գործողություններ և միջոցառումներ մշակելով և իրականացնելով այդ թիրախային խմբերի համար: Առաջարկվող մոտեցման նկարագրությունը տանք 2017 թվականի ֆինանսական տարվան բնորոշ ցուցանիշների օրինակով, ինչը առավել պրակտիկ և տեսանելի կդարձնի նոր մոտեցումների արդյունքները (Աղյուսակ 3.1.1): Ելնելով վերը նշված նորմատիվներից և համապատասխան բնակչության թվաքանակից ձևավորվում է

⁶⁴ ՀՀ առողջապահության նախարարի 10.05.2010 թվականի N 859-Ա և ՀՀ առողջապահության նախարարի 10.05.2010 թվականի N 861-Ա հրամաններ

յուրաքանչյուր ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպության պայմանագրային գումարը՝ տարանջատված ըստ տարիքային խմբերի:

Աղյուսակ 3.1.1⁶⁵

Առանձին բժշկական ծառայությունների նորմատիվային արժեքները (2017թ)

	Բժշկական օգնության/ծառայության տեսակ	Ծառայության արժեքը (դրամ)
1	Բնակչության առողջության առաջնային պահպանում, որից	6805
1.1	Տեղամասային թերապևտի կողմից բժշկական օգնություն և սպասարկում գրանցված բնակչության նվազագույնից մինչև առավելագույն թվաքանակի համար, այդ թվում	2265
1.1.1	- տեղամասային թերապևտին՝ գրանցված յուրաքանչյուր բնակչի համար	2185
1.1.2	- տեղամասային թերապևտին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման յուրաքանչյուր մեծահասակի հաշվով	80
1.2	Տեղամասային մանկաբույժի կողմից բժշկական օգնություն և սպասարկում գրանցված բնակչության նվազագույնից մինչև առավելագույն թվաքանակի համար, այդ թվում	4540
1.2.1	- տեղամասային մանկաբույժին՝ գրանցված յուրաքանչյուր բնակչի համար	4380
1.2.2	- տեղամասային մանկաբույժին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման յուրաքանչյուր երեխայի հաշվով	160
	ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման տեսակարար կշիռը բնակչության ԱԱՊ-ում	3.5%

Առաջարկվող մոտեցումը ենթադրում է նորմատիվների սահմանումը թողնել անփոփոխ.

ա/ մինչև 18 տարեկան անձանց ԱԱՊ,

բ/ 18 և բարձր տարիքի անձանց ԱԱՊ:

Ընդունելով յուրաքանչյուր բժշկի դրույքաչափի հաշվարկման այսօր գործող նորմատիվը՝ տեղամասային թերապևտի համար 2000 մեծահասակ, տեղամասային մանկաբույժի համար 1000 երեխա, իսկ ընտանեկան բժշկի համար 1700 (500 երեխա և 1200 մեծահասակ), պետք է հաշվարկվի ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման նորմատիվը: Այստեղ պետք է նկատի ունենալ, որ դրա մեծությունը չպետք է պակաս լինի տարեկան վարձատրությանն ուղղվող գումարի 25%-ից, հակառակ դեպքում բժիշկների շահագրգռվածությունը՝ հասնել ավելի բարձր

⁶⁵ ՀՀ առողջապահության նախարարի 17.02.2014 թվականի N 215-Ա հրաման

արդյունքների, վտանգված կլինի: Այսպիսով, տարեկան նվազագույն նորմատիվը ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման նպատակով առանձին տարիքային խմբերի համար պետք է կազմի՝.

$$B_n = (NB \cdot P) / 100, \text{ որտեղ}$$

B_n -ը՝ ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման նորմատիվն է 1 բնակչի հաշվով,

NB -ը՝ տեղամասային մանկաբույժի, թերապևտի և ընտանեկան բժշկի մոտ գրանցված յուրաքանչյուր բնակչի համար հաշվարկված նորմատիվն է,

P -ն՝ ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման տոկոսաչափն է:

Հիմք ընդունելով նվազագույն նորմատիվի մեծությունը, պետք է հաշվարկվի ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման ցուցանիշների արժեքը գործող տարիքային խմբերի համար հետևյալ բանաձևով՝

$$1B_i = B_n / N_i, \text{ որտեղ}$$

$1B_i$ -ը՝ 1 ցուցանիշի արժեքն է՝ արտահայտված դրամով,

B_n -ը՝ ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման նորմատիվն է 1 բնակչի հաշվով,

N_i -ը՝ մանկաբույժի, ընտանեկան բժշկի և թերապևտի կողմից իրականացված գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների ընդհանուր թիվն է:

Պետք է հաշվի առնել, որ ցուցանիշների ընդհանուր թվի մեջ կան ցուցանիշներ, որոնք գնահատում են տեղամասային թերապևտի և ընտանեկան բժշկի կողմից մեծահասակ բնակչության մասով իրականացված գործունեությունը և ցուցանիշներ, որոնք գնահատում են մանկաբույժի և ընտանեկան բժշկի կողմից մանկական բնակչության մասով իրականացված գործունեությունը: Հետևաբար ըստ առանձին տարիքային խմբերի և համապատասխան ցուցանիշների հարաբերակցության կտարբերվեն նաև 1 ցուցանիշի արժեքները: Այսպես մինչև 18 տարեկան անձանց ԱԱՊ մասով 1 ցուցանիշի արժեքը կհաշվարկվի հետևյալ բանաձևով՝

$$1B_{iB18} = B_{nB18} / N_{iB18}, \text{ որտեղ}$$

$1B_{iB18}$ -ը՝ մինչև 18 տարեկան անձանց հաշվով 1 ցուցանիշի արժեքն է՝ արտահայտված դրամով,

BnB18 -ը՝ ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման նորմատիվն է մինչև 18 տարեկան 1 բնակչի հաշվով,

NiB18-ը՝ մանկաբույժի և ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների ընդհանուր թիվն է:

18 և բարձր տարիքի անձանց ԱԱՊ մասով 1 ցուցանիշի արժեքը կհաշվարկվի հետևյալ բանաձևով՝

$1BiUP18 = BnUP18/NiUP18$, որտեղ

1BiUP18-ը՝ 18 տարեկանից բարձր անձանց հաշվով 1 ցուցանիշի արժեքն է՝ արտահայտված դրամով,

BnUP18 -ը՝ ըստ գործունեության արդյունքի ֆինանսավորման նորմատիվն է 18 տարեկանից բարձր 1 բնակչի հաշվով,

NiUP18-ը՝ թերապևտի և ընտանեկան բժշկի կողմից իրականացված գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների ընդհանուր թիվն է:

Ընդ որում, առաջարկվող մոտեցման համաձայն նախատեսվում է տարանջատել վերջնական արդյունքների տեսանկյունից գերակա համարվող որոշակի ցուցանիշների հաշվարկման մոտեցումները, դրանց տալով առավել մեծ տեսակարար կշիռ և գնահատումը կատարելով փաստացի արժեքներից ելնելով: Օրինակ, սիրտանոթային հիվանդությունների վերահսկման ընթացքում ախտորոշված զարկերակային գերճնշմամբ 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց զարկերակային արյան ճնշման մոնիտորինգի արդյունքները դիտարկել դինամիկայում և եթե յուրաքանչյուր եռամսյակում իրականացվել է, իսկ վերջին չափման արդյունքը եղել է 140/90 մմ սնդ.սյան մակարդակից ցածր կամ հավասար, ապա սահմանել յուրաքանչյուր նմանատիպ անձի հաշվարկով խրախուսական ֆինանսավորում՝ հաշվի առնելով 18 և բարձր տարիքի անձանց ԱԱՊ՝ 1BiUP18 դրամ արժեքը: Առանձնացնելով որոշ վերջնական արդյունքների տեսանկյունից գերակա համարվող ցուցանիշներ, հաշվարկել և ընդհանուր՝ կշռված միջին կատարողականի հիման վրա բաշխել ըստ գործունեության ֆինանսավորման համար նախատեսված մնացած գումարը: Մեր կարծիքով, առանձին գերակա կարելի է համարել ՈՎՀ-երի վաղ շրջանում հայտնաբերման, հիվանդությունների ընթացիկ վերահսկման այն ցուցանիշները,

որոնք անմիջականորեն պայմանավորված են բժշկի կողմից իրականացվող միջամտություններով և մատուցվող ծառայություններով և պայմանավորված չեն լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացման հետ կապված արդյունքներով: Այսպիսով, բաշխման ենթակա ըստ գործունեության ֆինանսավորման գումարի հաշվարկման աղյուսակը կունենա հետևյալ տեսքը.

Աղյուսակ 3.1.2

Ըստ գործունեության ֆինանսավորման ենթակա առանձին բժշկական ծառայությունների նորմատիվային արժեք

NN	Բժշկական օգնության/ծառայության տեսակ	Ծառայության արժեքը (դրամ)
1	Բնակչության առողջության առաջնային պահպանում, որից	Bn
1.1	- տեղամասային թերապևտին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման 1 ցուցանիշի արժեքը յուրաքանչյուր մեծահասակի հաշվով	1BiUP18
1.2	- տեղամասային թերապևտին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման գումարն ըստ յուրաքանչյուր մեծահասակի (X թվով ցուցանիշ)	X*1BiUP18
1.3	- տեղամասային մանկաբույժին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման 1 ցուցանիշի արժեքը յուրաքանչյուր երեխայի հաշվով	1BiB18
1.4	- տեղամասային մանկաբույժին՝ ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման գումարն ըստ յուրաքանչյուր երեխայի (Y թվով ցուցանիշ)	Y*1BiB18

Մնացած գումարը կուղղվի մյուս ցուցանիշների գնահատման միջին կշռված արժեքի ձևավորման արդյունքում ստացված միավորների հիման վրա ֆինանսավորմանը՝ ելնելով մինչև 18 տարեկան և 18-ից բարձր տարիքի անձանց թվաքանակից: Ընդ որում, առաջարկվող մոտեցումը հնարավորություն կտա առանձին ցուցանիշների մասով ֆինանսավորումը բժշկական կազմակերպություններին իրականացնել ըստ ամսեկան, եռամսյակային, կիսամյակային և տարեկան կատարողականների: Այս դեպքում անհրաժեշտություն կառաջանա.

1. Համապատասխան փոփոխություններ կատարել ցուցանիշների գնահատման, ֆինանսավորման և վարձատրության հաշվարկման կարգերում,
2. Համապատասխան փոփոխություններ կատարել ցուցանիշների կատարման վերահսկման/մոնիտորինգի կարգերում:

3. Նախատեսել փոփոխություններ տեղեկատվական համակարգերում և ցուցանիշների կատարողականը ներկայացնող ամփոփ հաշվետվության ձևում (ձև N 009):

Բացի ցուցանիշների գնահատման մեթոդաբանական նոր մոտեցումներից, առաջարկվում է փոփոխել նաև ցուցանիշի կատարողականի ճշգրտված միավորի հաշվարկման հիմքում ընկած ճշգրտման գործակցի ստացման մեթոդաբանությունը: Ներկայումս ճշգրտման գործակիցը հաշվարկվում է ելնելով տվյալ ցուցանիշի ազդեցության տիրույթում ընկած բնակչության տարիքից; Օրինակ՝ սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ տառապող անձանց հիվանդությունների վերահսկման նպատակով տարեկան առնվազն մեկ խոլեստերինի հետազոտության իրականացման ցուցանիշի ճշգրտման գործակիցը հաշվարկվում է տվյալ բժշկական կամակերպությունում սպասարկվող 18 և ավելի բարձր տարիքի անձանց թվի տեսակարար կշռի և ընդամենը հանրապետության մակարդակով նշված տարիքի անձանց թվի համադրմամբ: Դա իհարկե հնարավորություն չի տալիս իրական գնահատական տալ բժշկական կազմակերպության, առանձին բժիշկների աշխատանքի ծանրաբեռնվածությանը, քանի որ միևնույն բնակչության տարիքային կազմ ունեցող տարբեր բժիշկների մոտ այս կամ այն հիվանդությամբ առկա բնակչության թիվը կարող է տարբեր լինել: Ուստի ծանրաբեռնվածությունը տվյալ ցուցանիշի կատարման առումով նույնպես կարող է տարբերվել: Առաջարկվող նոր մոտեցումը հնարավորություն է ընձեռում հաշվի առնել նշված գործոնները:

Այսպես, հիմք ընդունելով այն հանգամանքը, որ տարբեր բժշկական կազմակերպություններում ցուցանիշի միևնույն կատարողական տոկոսին հասնելու համար կարող է պահանջվել աշխատանքի տարբեր ծավալներ (կապված սպասարկվող բնակչության, ինչպես նաև հիվանդների թվաքանակից), ցուցանիշների համար կիրառվող ճշգրտման գործակիցը առաջարկվում ենք հաշվարկել հետևյալ բանաձևով՝

$\text{ՃԳ} = \text{Ծգ} / \text{ՄԾգ}$, որտեղ

ՃԳ-ն՝ տվյալ ցուցանիշի փաստացի վաստակած միավորի ճշգրտման գործակիցն է,

Ծգ-ն՝ տվյալ ցուցանիշի համար հաշվարկված ծանրաբեռնվածության գործակիցն է,

ՄԾգ-ն՝ տվյալ ցուցանիշի համար հաշվարկված հանրապետական միջին ծանրաբեռնվածության գործակիցն է:

Հիվանդությունների վերահսկողությանը վերաբերող ցուցանիշների համար Ծգ-ն հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

Ծգ=ԲկՀ/Բբ, որտեղ

ԲկՀ-ն՝ բժշկական կազմակերպության տվյալ ցուցանիշի համար հաշվարկվող և էլեկտրոնային ռեգիստրում գրանցված հիվանդների թիվն է,

Բկբ-ն՝ բժշկական կազմակերպության տվյալ ցուցանիշի հաշվարկման տիրույթում գրանցված բնակչության թիվն է,

Հիվանդությունների կանխարգելմանը վերաբերող ցուցանիշների համար Ծգ-ն հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

Ծգ=ԲկՏ/Բկբ, որտեղ

ԲկՏ-ն՝ բժշկական կազմակերպության տվյալ ցուցանիշի համար հաշվարկվող տարիքային խմբում ընդգրկված բնակչության թիվն է,

Բկբ-ն՝ բժշկական կազմակերպության տվյալ ցուցանիշի հաշվարկման տիրույթում գրանցված բնակչության թիվն է:

Բոլոր ցուցանիշների համար ՄԾգ-ն հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

ՄԾգ=Ցտ/ՏՍբ, որտեղ

Ցտ-ն՝ տվյալ ցուցանիշի հաշվարկման տիրույթում ընդգրկված բնակչության թիվն է հանրապետության մակարդակով,

ՏՍբ-ն՝ տվյալ ցուցանիշի տիրույթում ընկած բնակչության տարիքասեռային հանրագումարն է հանրապետության մակարդակով:

Հանրապետության մակարդակով մեկ բնակչի հաշվով տվյալ հիվանդների թիվը հաշվարկվում է ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնող բոլոր բժշկական կազմակերպություններից ստացված և էլեկտրոնային ռեգիստրներում հաշվետու ժամանակահատվածի վերջին օրվա դրությամբ առկա տվյալների հիման վրա: Հանրապետության մակարդակով տվյալ ցուցանիշի համար հաշվարկվող տարիքասեռային խմբում ընդգրկված բնակչության թիվը հաշվարկվում է ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնող բոլոր բժշկական կազմակերպություններից

ստացված և ԱԱՊ բժշկի մոտ գրանցված բնակչության տվյալների շտեմարանում հաշվետու ժամանակահատվածի վերջին օրվա դրությամբ առկա տվյալների հիման վրա:

Ճշգրտված միավորը ստանալու նպատակով ԱԱՊ ծառայություններ իրականացնող կազմակերպության տվյալ ցուցանիշին վերաբերող փաստացի վաստակած միավորը բազմապատկվում է համապատասխան ճշգրտման գործակցով ($\Delta m = \Phi m(n+1) * \Delta q(n+1)$):

Միևնույն սկզբունքով պետք է հաշվարկվեն նաև բժշկական կազմակերպության ներսում յուրաքանչյուր բժշկի կատարողականի ճշգրտման գործակիցները:

Չնայած առկա թերություններին, որոնք կարող են դրսևորվել բնակչի կողմից բժշկի փոփոխության դեպքում, երբ միևնույն անձի համար կարող է հաշվարկվել կատարողական միևնույն ցուցանիշի համար տարբեր բժշկական կազմակերպությունների և տարբեր բժիշկների մոտ, բուժանձնակազմի վարձատրության հաշվարկի ձգձգմամբ, նամանավանդ, եթե որոշում կայացվի ըստ գործունեության գնահատման ֆինանսավորումը կատարել ավելի կարճ ժամանակահատվածի (ամիս, եռամսյակ) համար, ըստ գործունեության ցուցանիշների ֆինանսավորման համակարգը կարող է հանդես գալ որպես առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների ֆինանսավորման գործուն համակարգ և ոչ թե որպես լրացուցիչ խրախուսման և վարձատրման մեխանիզմ: Դառնալով գործուն համակարգ այն հնարավորություն կտա ընդհանուր բյուջետավորման ժամանակ սահմանել չափելի, հստակ արդյունքներ և ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ, վերլուծել և անընդհատ մշտադիտարկման մեջ պահել դրանց կատարումը:

3.2. Առողջապահության բյուջեի կառուցվածքային փոփոխություններ

Բյուջետավորման գործընթացի բարելավման մյուս առաջարկվող մոտեցումը բյուջեի առողջապահություն խմբի ենթախմբերի, դասերի բովանդակային և ծրագրային փոփոխություններն են՝ բյուջեի նոր կառուցվածքի ձևավորումը: Ներկայումս ՀՀ առողջապահության բյուջեն ներկայացվում է առանձին բաժնով՝ որպես

առողջապահություն, խմբերով՝ որպես բժշկական ապրանքներ, սարքեր և սարքավորումներ, արտահիվանդանոցային ծառայություններ, հիվանդանոցային ծառայություններ, հանրային առողջապահական ծառայություններ, առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող): Այնուհետև գալիս են դասերը: Ելնելով առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերից կազմվում են ըստ դասերի ծրագրերը և ենթածրագրերը ընդամենը 34 անվանում: Ներկայումս գործող բյուջեի կառուցվածքում թույլ են արտացոլված բնակչության սոցիալական վիճակի և հիվանդացության ցուցանիշները: Ավելին, պետության առջև ծառայած հիմնական խնդիրների՝ ՈՎՀ-ից մահացության և հաշմանդամության դեմ պայքարի ծրագրերը արտացոլված չեն գործող բյուջեի կառուցվածքում, իսկ առանձին միջոցառումներ ընդգրկված են միանգամից մի քանի բյուջետային ծրագրերում:

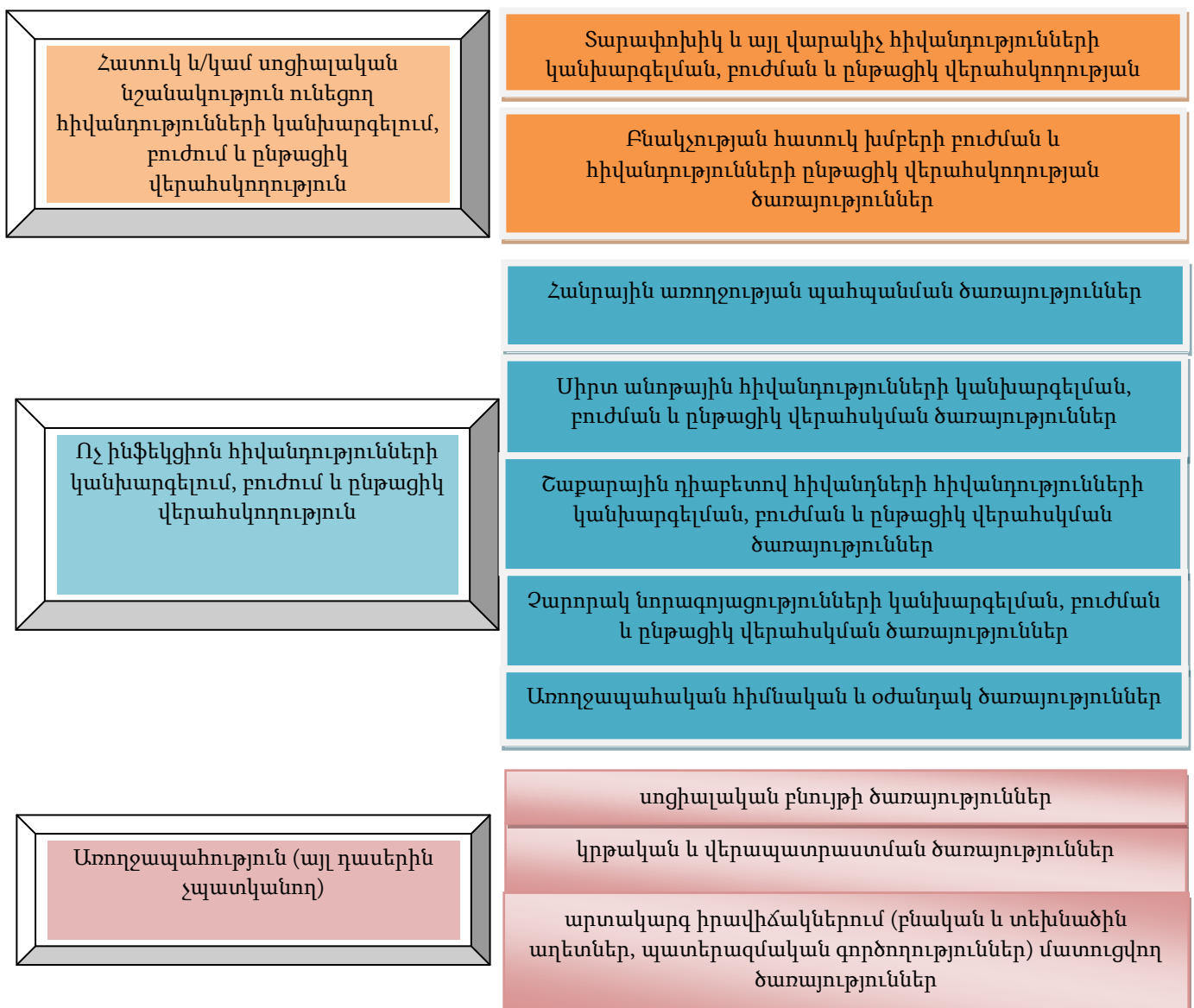
Հետևաբար անհրաժեշտ է վերանայել առկա ծրագրերը և ենթածրագրերը, դրանց ձևավորման սկզբունքները, խմբագրել գոյություն ունեցող բյուջետային դասերը: Առաջարկվող կառուցվածքի նորույթը կայանում է նրանում, որ պետությունը մի կողմից սահմանում է առանձին գերակա ծրագրերին համահունչ՝ ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքով կազմված բյուջե, մյուս կողմից բյուջեն ունենում է ծրագրեր, որոնք ուղղվում են ինչպես առանձին անհատի, այնպես էլ բնակչության առանձին խմբերի համար նախատեսված ծառայությունների ձեռք բերմանը: Այս պարագայում պետության կարգավորիչ դերը իրացվում է երկու պարագայում էլ համապատասխան արդյունքների գնահատմամբ, որոնք համահունչ են մուտքերին: Պետք է վերախմբագրվեն նաև բյուջեի խմբերը՝ դրանք դարձնելով ավելի համահունչ գործունեության ցուցանիշների գնահատման համակարգին: Առաջարկվող կառուցվածքում (գծապատկեր 3.1.1) կլինի երեք խումբ՝ Հատուկ և/կամ սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների կանխարգելում, բուժում և ընթացիկ վերահսկողություն, Ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելում, բուժում և ընթացիկ վերահսկողություն, Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող):

Հատուկ և/կամ սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների կանխարգելում, բուժում և ընթացիկ վերահսկողություն խումբը իր հերթին կունենա հետևյալ դասերը՝ Տարափոխիկ և այլ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման,

բուժման և ընթացիկ վերահսկողության ծառայություններ, Բնակչության հատուկ խմբերի բուժման և հիվանդությունների ընթացիկ վերահսկողության ծառայություններ: Տարափոխիկ և այլ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկողության ծառայություններում կընդգրկվեն հիգիենիկ և հակահամաճարակային ծառայությունները, սուր և վարակիչ տարափոխիկ հիվանդությունների կանխարգելման, հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում տարափոխիկ և իմունոլոգիական ծառայությունների մատուցումը:

Գծապատկեր 3.1.1

Առաջարկվող բյուջեի կառուցվածք



Ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելում, բուժում և ընթացիկ վերահսկողություն խումբը իր հերթին կունենա հետևյալ դասերը՝ Հանրային

առողջության պահպանման, Սիրտ անոթային հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկման, Շաքարային դիաբետով հիվանդների հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկման, Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկման, Առողջապահական հիմնական և օժանդակ ծառայություններ:

Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող) խումբը իր հերթին կունենա առողջապահության համակարգում անմիջականորեն չընդգրկված, սակայն առողջապահության հետ ուղղակի կամ անուղղակի կապ ունեցող դասեր՝ կրթական և վերապատրաստման ծառայություններ, արտակարգ իրավիճակներում (բնական և տեխնաժին աղետներ, պատերազմական գործողություններ) մատուցվող ծառայություններ, սոցիալական բնույթի ծառայություններ:

Արդեն բյուջեի համապատասխան դասերից ելնելով կարելի է սահմանել ծրագրերը՝ համապատասխան միջոցառումներով, գործողություններով, արդյունքներով: Ընդ որում արդյունքը պետք է լինի.

1. Ընթացիկ, ինչը կարող է հանդես գալ կատարողականի տեսքով:
2. Միջանկյալ՝ ելնելով միջնաժամկետ նպատակներից (պետք է հիմք հանդիսանա միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրի, այլ երկարաժամկետ ռազմավարական ծրագրերի միջին ժամկետային գնահատում կատարելու համար):
3. Վերջնական, ինչը պետք է դառնա գնահատման ուղղակի չափանիշ՝ երկարաժամկետ պլանավորման և կանխատեսումների իրականացման համար (պետք է հիմք հանդիսանա կայուն զարգացման ծրագրի, այլ երկարաժամկետ ռազմավարական ծրագրերի համար):

Յուրաքանչյուր բյուջետային ծրագրի կամ խմբի ձևավորումը պետք է ունենա հիմնական հասկացությունների համապատասխան սահմանումը և գնահատման չափանիշը՝ ուղեկցված գնահատումը իրականացնելու մեթոդաբանությամբ:

Այս առաջարկվող ձևաչափը հիմք կհանդիսանա կառավարության կողմից 2018 թվականից ամբողջությամբ ծրագրային բյուջեի անցնելու համար, քանի որ բյուջետավորման համար կիրառվում է վերջնական արդյունքների գնահատում՝ ըստ բյուջետային խմբերի և ծրագրերի:

Աղյուսակ 3.1.3.

Հիմնական հասկացությունների օրինակներ

	ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ
Մուտքեր	Բուժանձնակազմի աշխատավարձեր, դեղորայք, բուժսարքավորումներ
Աշխատանքներ	Հիվանդների անկետաների լրացում, հիվանդության պատմության գրանցում և այլն
Ծառայություններ	Հիվանդանոցային ծառայություններ, օրինակ, աղիքային և ինֆեկցիոն հիվանդությունների գծով բուժօգնություն
Ուղղակի արդյունքներ	Աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդություններով բուժված հիվանդների թիվ
Միջանկյալ արդյունք	Աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդություններով հիվանդների հետհիվանդանոցային հսկողություն, ինֆեկցիաների օջախների բացահայտման և հիվանդությունների հետագա զարգացման կանխում
Վերջնական արդյունք	Բնակչության առողջական վիճակի բարելավում, հիվանդացության կրճատում, մասնավորապես՝ աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդություններով հիվանդացության կրճատում

Իհարկե նման ձևաչափերի ներդրումը կպահանջի նաև առողջապահական տեղեկատվական համակարգերի լրամշակում և բարելավում՝ դրված խնդիրները առավել օպտիմալ, սահմանափակ ռեսուրսներ և ֆինանսական ներդրումներ պահանջող ծրագրային միջոցներով իրականացնելու նպատակով:

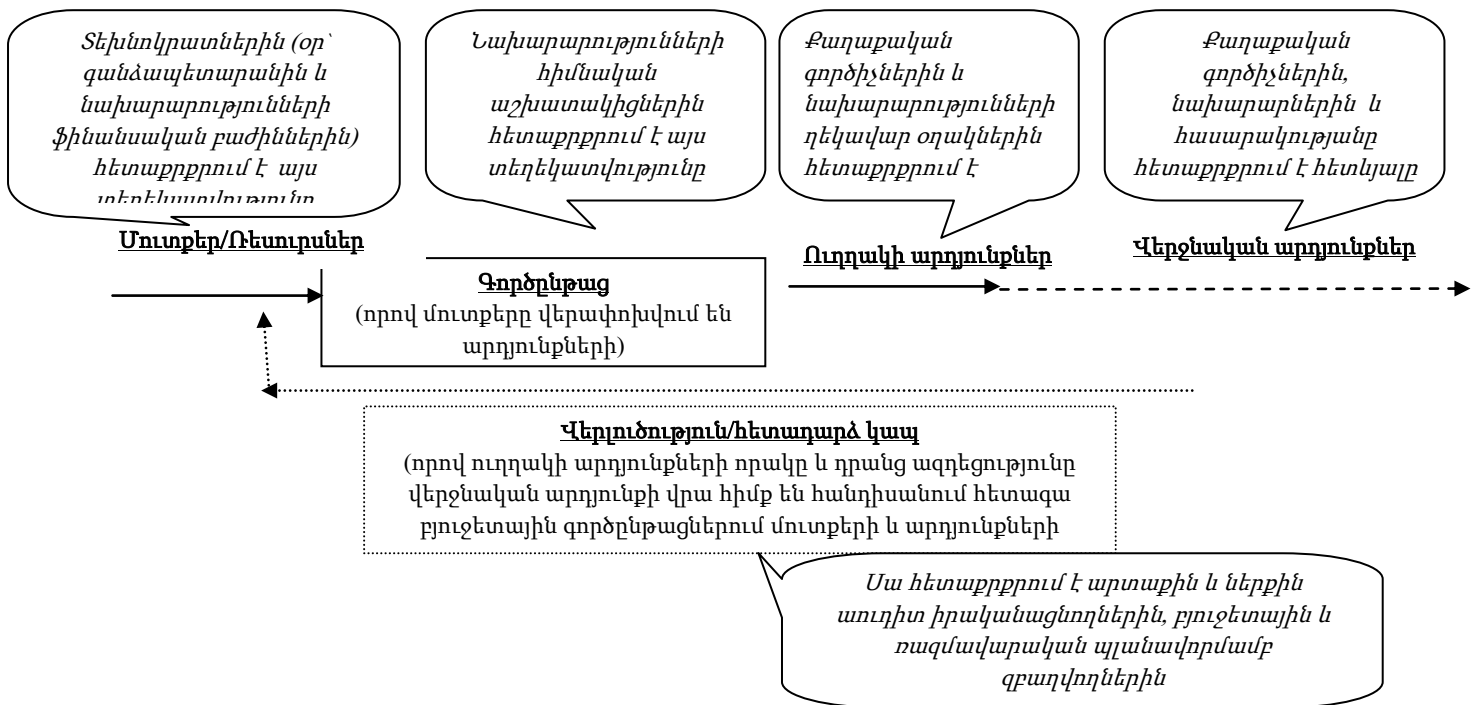
Տեղեկատվական համակարգերի փոփոխությունները պետք է ելնեն գործող ֆինանսավորման սկզբունքներից: Ի՞նչ սկզբունքով է իրականացվում առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը: Սկսած ֆինանսական պլանավորումից մինչև ֆինանսական միջոցների բաշխումը, իսկ դրանց զուգահեռ նաև ընթացիկ և պլանային վերահսկումը: Ինչպե՞ս կարող են տեղեկատվական համակարգերը ազդել առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման

կատարելագործման վրա: Գումարը հետևում է հիվանդին սկզբունքին հետևելով էլ ձևավորվել է առողջապահության տեղեկատվական համակարգը, որը գործում է նաև այսօր: Եթե ֆինանսավորման գործող համակարգի ներդրման առաջին փուլում հիմք էին ընդունվում միայն ֆինանսական ցուցանիշներ, ապա հետագայում առաջ եկավ նաև ոչ ֆինանսական ցուցանիշների կարևորությունը: Այսպիսով ֆինանսավորման պլանավորման կամ բյուջետավորման փուլում պետական առողջապահական նպատակային ծրագրերը, միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրերը, աղքատության կրճատման ռազմավարական ծրագրերը, ընդհանրապես առողջապահության համակարգում ռազմավարական կարճաժամկետ և երկարաժամկետ ծրագրերը կազմելիս հիմք են ընդունվում ֆինանսական ցուցանիշների և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների ամբողջությունը: Ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքի ներդրումը ինքնին ֆինանսական ցուցանիշները անմիջականորեն կապում է ոչ ֆինանսական՝ արդյունքային ցուցանիշների բարելավման աստիճանի հետ: Եվ եթե հիվանդանոցային բժշկական օգնության մասով ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշները համադրվում են՝ հաշվի առնելով հիվանդների թվի, դեպքերի թվի, մատուցված ծառայությունների կամ մահճակալ օրերի դիմաց փոխհատուցման սկզբունքների կիրառումը, ապա ծրագրային ֆինանսավորման ներդրման և ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորման համակարգի զարգացումը ենթադրում է առանձին գործողությունների և միջամտությունների մանրամասն հաշվառում: Դա ենթադրում է գործող տեղեկատվական համակարգերում համապատասխան փոփոխությունների իրականացում, որոնք պետք է համապատասխանեն ծրագրի նախաձեռնությունների արտացոլմանը համապատասխան բյուջետային տեղեկատվության հետ: Այստեղ արդեն պետք է հանդես գան նաև որոշակի ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ, որոնք կբնորոշեն առողջական կարգավիճակը և կյանքի որակը, մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը և ելքերը/արդյունքները: Քաղաքական և բյուջետային որոշումների կայացման

մակարդակում հիմնական ուշադրությունը սևեռվում է արդյունքների մասին տեղեկատվությանը, որ հետաքրքրում է հանրությանը, ինչպես նաև քաղաքական գործիչներին, որոնք ըստ էության կոչված են կատարելու հանրության պատվերը: Կառավարության գործունեության արդյունավետության տեսակետից քաղաքական գործիչներին, կառավարության ղեկավար օղակներին և խորհրդարանին հետաքրքրում է ծառայությունների մատուցման սոցիալական և ֆինանսական արդյունավետությունը, այսինքն՝ ինչ է ստացել հասարակությունը ծախսվող գումարների դիմաց՝ կյանքի պայմանների բարելավման իմաստով:

Վերջնական արդյունքների վրա բազմաթիվ ու բազմաբնույթ ազդեցությունների առկայության հետևանքով հաճախ դժվար է միանշանակ հասկանալ կոնկրետ ծառայության ազդեցությունը կամ ներդրումը նպատակի իրագործման հարցում: Սակայն այս տեղեկատվությունը կարևոր է պլանավորման փուլում խելամիտ և տեղեկացված որոշումներ կայացնելու և կառավարության գործունեությունը գնահատելու համար: Հետևաբար՝ արդյունավետ պետական կառավարման և բյուջետավորման համար կարևոր է, որ փորձ արվի գնահատել և հասկանալ պետական մարմինների գործունեության, նրանց կողմից մատուցվող ծառայությունների և իրականացվող ծրագրերի ազդեցությունը/ներդրումը վերջնական արդյունքի իրագործման հարցում, որի համար իրականացվում է վերլուծություն/ծրագրի գնահատում: Այդ առումով, առաջարկում ենք բյուջետային տեղեկատվության և նրա օգտագործողների նկարագրությունը բնութագրող սխեմա, որը կօգնի արդյունքների մշտական գնահատման գործընթացի իրականացմանը:

Բյուջետային տեղեկատվության և նրա օգտագործողների նկարագրությունը



Հավաքագրվող և մշակվող տեղեկատվությունը պետք է բավարարի այն բոլոր պահանջներին, որոնք դրվում են արդյունքների գնահատման նպատակով ցուցանիշների կատարման մակարդակի որոշման համար: Տվյալները պետք է վերցվեն բոլոր այն աղբյուրներից, որոնք նկարագրված են ցուցանիշների գնահատման բանաձևում: Տեղեկատվական համակարգերին ներկայացվող պահանջները առաջարկվում է դիտարկել 2 մակարդակում.

1. Առաջնային տվյալների հավաքագրում, որը ենթադրում է անմիջական բժշկական կազմակերպությունում տվյալների հավաքագրում ըստ բժիշկների և այլ անձնակազմի և դրանք ամփոփելու համար անրաժեշտ ֆորմատով ներկայացում շահագրգիռ գերատեսչություններին (ծախսեր, մուտքեր, աշխատանքներ, Գծապատկեր 3.1.3):
2. Հավաքագրված տվյալների համադրում և օգտագործում, որը ենթադրում է ապահովել բժշկական կազմակերպություններում հավաքագրված տեղեկատվության ներմուծում, դրանց համադրում այլ տվյալների հետ ըստ

համապատասխան ֆորմատի և օգտագործողների համար նախատեսված ստանդարտացված ամփոփ հաշվետվությունների գեներացում (ուղղակի արդյունքներ, նպատակներ կամ վերջնական արդյունքներ, Գծապատկեր 3.1.3):

Մեր կարծիքով, տեղեկատվական համակարգերը պետք է բավարարեն վերը նշված կառուցվածքի և ֆունկցիոնալ հնարավորությունների պահանջներին: Իսկ տվյալների կազմը պետք է որոշվի ելնելով հաստատված գործողություններից և միջոցառումներից՝ հաշվի առնելով դրանց գնահատման ժամանակ օգտագործվող մեդոդաբանությունները:

3.3. Ցուցանիշների համախմբի միջոցով առողջապահության ֆինանսավորման գնահատում

Ծրագրային բյուջետավորումը ենթադրում է պետական ֆինանսների կառավարման միասնական համակարգ, որտեղ բյուջեի պլանավորման հիմքում ընկած է ռազմավարական պլանավորումը, և արդյունավետ ու փոխկապակցված ձևով իրականացվում են ռեսուրսների կառավարումը, ներքին վերահսկողությունը և մոնիտորինգը, արտաքին և ներքին աուդիտը: Պետական ֆինանսների կառավարման համակարգի կարևորագույն բաղադրիչ են նաև հաշվետվության և հաշվետվողականության արդյունավետ ու հզոր համակարգերը: Ընդ որում կարևոր է, որ պետական ֆինանսների կառավարման միասնական համակարգը արդյունավետորեն գործի թե նախարարությունների և մյուս պետական մարմինների, և թե կենտրոնական մակարդակում:

«Սոցիալ-տնտեսական ոլորտների վերջին տարիների զարգացումները վկայում են, որ առաջիկա տարիներին զարգացման հետագծի վրա էական ազդեցություն կարող են ունենալ պետական միջամտության շրջանակների հստակեցումն ու համապատասխան մեխանիզմների ներդրումը: Դա, նախ և առաջ, վերաբերում է

սոցիալական ոլորտում պետական եկամուտների վերաբաշխմանն ուղղված կարգավորիչ գործառույթների իրականացման հրամայական անհրաժեշտությանը: Այդ իմաստով ներկա փուլում էլ ավելի է կարևորվում միջնաժամկետ (նաև երկարաժամկետ) տարեկան կտրվածքներով ռազմավարական սոցիալական քաղաքականության իրականացումը (ծրագրավորումը), ռազմավարական ուղղությունների վերագնահատումը, մասնավորապես այս ոլորտում առողջապահական կարիքների գնահատումը՝ որպես հիմնական ծախսային ուղղություն: Այդ առումով նաև կարևորվում է ՀՀ կառավարության ծրագրով նախատեսված միջոցառումներում ծրագրային բյուջետավորման անցման և այլ մի շարք կարևոր բարեփոխումների հետ կապված ծրագրերը:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը կարևորում է պետական միջոցներն արդյունավետ, նպատակային և թափանցիկ ծախսելը:

Այս առումով՝

- ծախսերի փաստացի կատարումն իրականացվելու է սահմանված երկարաժամկետ-միջնաժամկետ ծախսային գերակայություններին համապատասխան: Բյուջետային ռեսուրսները պետք է վերաբաշխվեն դեպի առավել բարձր արդյունավետություն ունեցող ծրագրերը,
- Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը շարունակելու է ծրագրային բյուջետավորման ներդրման բարեփոխումները և պատրաստ կլինի ծրագրային բյուջետավորմանը ամբողջական անցման համար 2019 թվականից: Արդյունքում այն կլինի իրավական հիմքերով ապահովված գործուն համակարգ,
- Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը շարունակելու է միջոցներ ձեռնարկել բյուջետային գործընթացների թափանցիկության և կատարման ընթացքի նկատմամբ մասնագիտական ու հանրային հսկողության աստիճանի բարձրացման համար,
- բարձրացվելու է պետական մարմինների բյուջետային ինքնուրույնության ու պատասխանատվության աստիճանը:

Բնականաբար, միջոցառումների իրականացման ընթացքում առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում նույնպես պետք է կատարվեն համապատասխանեցումներ, այդ թվում ծրագրային բյուջետավորման զարգացման առումով:

Ատենախոսությունում ներկայացված առաջարկությունները իրագործելու պարագայում անհրաժեշտ կլինի տալ ընթացիկ մոնիթորինգի և վերջնական գնահատման ցուցանիշների սահմանումներ, որոնք կամրագրվեն տարեկան բյուջեում, միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրում և այլ միջնաժամկետ և երկարաժամկետ ծրագրերում:

Ֆինանսավորման համակարգի գնահատումը պետք է կատարվի ոչ միայն ֆինանսական ցուցանիշների, այլ նաև ոչ ֆինանսական ցուցանիշների միջոցով: Մեր կարծիքով, գնահատումը պետք է իրականացվի ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների համադրման միջոցով: Այնպիսի ֆինանսական մակրոտնտեսական ցուցանիշները, ինչպիսիք են ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական կամ ընդհանուր ծախսերի մասնաբաժինը, պետական բյուջեում առողջապահության բյուջեի մասնաբաժինը, մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում, ուղղակի վճարումների տեսակարար կշիռը մասնավոր ծախսերում, ոչ պաշտոնական ծախսերի տեսակարար կշիռը ուղղակի վճարումներում բնութագրում են տվյալ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ընդհանուր վիճակը: Այնպիսի ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ, ինչպիսիք են մահացության մակարդակը, ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության տեսակարար կշիռը ընդհանուր մահացության մեջ, մինչև 60 տարեկան անձանց մահացության տեսակարար կշիռը ընդհանուր մահացության մեջ, գրանցված հաշմանդամության թվաքանակը, ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամ դարձածների տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաշմանդամների թվաքանակում, մինչև 60 տարեկան հաշմանդամ դարձածների տեսակարար կշիռը ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամ դարձածների թվաքանակում բնութագրում են տվյալ առողջապահական համակարգի կամակերպման և կառավարման ընդհանուր վիճակը: Միջազգային պրակտիկայում շատ են դեպքերը, երբ ֆինանսական մակրոտնտեսական ցուցանիշների առումով

տվյալ երկիրը գտնվում է առաջատար դիրքերում, սակայն երբ մենք դիտարկում ենք ոչ ֆինանսական ցուցանիշները, պարզվում է, որ մահացության, հաշմանդամության և այլ ոչ ֆինանսական ցուցանիշներով տվյալ երկրի դիրքերը հեռու են առաջատարներից: Հետևաբար մեր կողմից առաջարկվող մոտեցման համաձայն, անհրաժեշտ է գնահատել առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ընդհանուր վիճակը նաև ոչ ֆինանսական ցուցանիշների միջոցով և հակառակը, առողջապահության համակարգի կազմակերպման և կառավարման վիճակը պետք է գնահատել նաև ֆինանսական ցուցանիշների միջոցով, այսինքն, պետք է իրականացվի համապարփակ գնահատում, որը հիմնված կլինի թե ֆինանսական, թե ոչ ֆինանսական ցուցանիշների վրա: Առաջարկվում է նախ և առաջ ընդունել գնահատման միասնական մոտեցում, այն ամրագրելով ցուցանիշների ընտրության մեթոդոլոգիական մոտեցումներով, ընտրել ցուցանիշների ոչ մեծ համախումբ, որը հնարավորություն կտա գնահատել առողջապահության համակարգի գործունեությունը կարճաժամկետ, միջին ժամկետ և երկարաժամկետ կտրվածքով: Ընդ որում, ցուցանիշների սահմանումները պետք է լինեն հստակ, հաշվարկը պետք է լինի պարզ, տվյալների աղբյուրները պետք է ընտրվեն կամ արդեն իսկ գոյություն ունեցող հաշվետվական համակարգերից կամ պետք է սահմանվեն նորերը, գնահատման ժամանակահատվածը առնվազն մեկ տարի:

Այդ առումով հատկապես կարևորվում է միջոցառումների ծրագրից բխող քայլերն իրականացնել ՀՀ առողջապահության ոլորտում արդեն իսկ ընդունված և/կամ գործող ռազմավարական ծրագրերից ելնելով: Մասնավորապես, ՀՀ պետական բյուջեում առողջապահության ծախսերի պլանավորումը, բյուջեի կառուցվածքը ներկայացնել հաշվի առնելով կարևորագույն ռազմավարական ծրագրերի իրականացման և դրանց հիմքում ընկած առողջապահական ցուցանիշների բարելավման հետ կապված ֆինանսավորման չափաքանակները և ցուցանիշները: Այդ առումով, նախորդ բաժնում առաջարկվող բյուջեի կազմման նոր կառուցվածքը ենթադրում է առանձին բյուջետային ծրագրեր.

1. Շաքարային դիաբետի կանխարգելման, հիվանդների վաղ հայտնաբերման և ընթացիկ հսկողության ծառայություններ,

2. Սրտի իշեմիկ հիվանդության կանխարգելման, հիվանդների վաղ հայտնաբերման և ընթացիկ հսկողության ծառայություններ,

3. Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, հիվանդների վաղ հայտնաբերման և ընթացիկ հսկողության ծառայություններ:

Գնահատումը կկատարվի գործողությունների արդյունքի և դրանց իրականացումը գնահատող ցուցանիշների ներդրման միջոցով.

1) Կարճաժամկետից միջնաժամկետ գործողությունների ցուցանիշներ, որոնք նկարագրում են առողջապահության համակարգում իրականացված միջոցառումների (օրինակ՝ շաքարային դիաբետով մեկ հիվանդի հաշվով մասնագետի տարեկան այցերի քանակը) հաճախականությունն ու արդյունավետությունը,

2) Միջնաժամկետից երկարաժամկետ արդյունքների ցուցանիշներ, որոնք նկարագրում են իրականացված գործողությունների ապահովման միջոցով ստացված առողջապահական ընդհանուր արդյունքները: Այս ցուցանիշները կարճանագրեն, օրինակ՝ հիվանդությունների և ռիսկի գործոնների դեմ պայքարի ծրագրի իրականացման հետևանքով շաքարային դիաբետով հիվանդացության տարածվածության և մահացության կառուցվածքում տեղ գտած փոփոխությունները:

Մեր կողմից անցկացված ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ սույն ատենախոսության մեջ ներկայացվող ցուցանիշները գնահատման տեսանկյունից չափելի են, դրանց վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրումը հնարավոր է իրականացնել առկա աղբյուրներից, հնարավոր է տալ դրանց հստակ սահմանումները, դրանք որոշ մասով ներդրված են ներկայումս գործող ըստ գործունեության արդյունքների գնահատման ֆինանսավորման համակարգում:

Գնահատման համար ընտրված ցուցանիշները որոշվել են հաշվի առնելով առողջապահության ոլորտից դուրս հնարավոր ազդեցությունները: Այդպիսի

պատճառներ, որոնք կազմում են մահացության մոտ 30%-ը, ազդում են ապրելու սպասվող տևողության, առողջ ապրելու սպասվող տևողության ցուցանիշների վրա, խմբավորվում են ինֆեկցիոն հիվանդությունների և պատահարների ու վնասվածքների խմբերի մեջ: Վերջիններիս վրա շրջակա միջավայրի ազդեցությունը կրում է ուղղակի բնույթ և ունի բավականին բարձր տեսակարար կշիռ: Այդ իսկ պատճառով, ներկայացվող գնահատման ցուցանիշների կազմում մենք խուսափել ենք նմանատիպ գործոններով պայմանավորված ցուցանիշների ընտրությունից:

Աղյուսակ 3.3.1.

Հասաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատման աղյուսակ

ՑՈՒՑԱՆԻՇ	ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ	ԸՆԹԱՑԻԿ ՎԻՃԱԿԸ 2016թ
1	2	3
<i>ֆինանսական ցուցանիշներ</i>		
ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական ծախսերի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 2.5\%$, երկարաժամկետում $\geq 5.5\%$	1.5%
Պետական բյուջեում առողջապահության բյուջեի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 10\%$, երկարաժամկետում $\geq 15\%$	6,2%
Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բյուջետային ծրագրին հատկացվող ֆինանսական միջոցների տեսակարար կշիռը առողջապահության ընդհանուր բյուջետային ծախսերում	Աճ, միջինժամկետում $\geq 30\%$, երկարաժամկետում $\geq 50\%$	Չի սահմանված, համաձայն գնահատման 15%
Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում	Նվազում, միջինժամկետում $\leq 2.1\%$, երկարաժամկետում $\leq 1.5\%$	2.4%
Ուղղակի վճարումների տեսակարար կշիռը մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջինժամկետում $\leq 80\%$, երկարաժամկետում $\leq 55\%$	93.9%
Մասնավոր ծախսերում բժշկական ապահովագրության ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը	Աճ, երկարաժամկետում $\geq 60\%$	6,1%
Ոչ վարակիչ հիվանդություններին ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջինժամկետում $\leq 25\%$, երկարաժամկետում $\leq 15\%$	Համաձայն գնահատականների 35%
Սքրինինգներին ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 1.2\%$, երկարաժամկետում $\geq 6\%$	Չի սահմանված, համաձայն գնահատականների 0.06%
<i>ՈՉ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ</i>		
Մահացության ցուցանիշը 100.000 բնակչի հաշվով	Շարունակական նվազում, երկարաժամկետում մոտ 3 անգամ	973

Աղյուսակ 3. 3. 1. -ի շարունակությունը

1	2	3
Ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության տեսակարար կշիռը ընդհանուր մահացության մեջ	Նվազում, երկարաժամկետում մոտ 25%-ով	93%
Մեծահասակների (հավանական մահվան տարիքը 15-ից 60 տարեկան) մահացության գործակիցը, 1000 բնակչի հաշվով	Նվազում, երկարաժամկետում մոտ 90	118
Մինչև 60 տարեկան ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության տեսակարար կշիռը ընդամենը ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության մեջ	Նվազում, միջինժամկետում 10-15% երկարաժամկետում 25%	59
Բնակչության թվաքանակի մեջ գրանցված հաշմանդամության թիվը	Շարունակական նվազում, երկարաժամկետում 2.2%	6.8
Ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամ դարձածների տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաշմանդամների թվաքանակում	Նվազում, միջինժամկետում մինչև 55% երկարաժամկետում մինչև 40%	65
Մինչև 60 տարեկան հաշմանդամ դարձածների տեսակարար կշիռը ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամ դարձածների թվաքանակում	Նվազում, երկարաժամկետում 25%-ով	60
Ապրելու սպասվող տևողությունը ծնվելիս	Շարունակական աճ, երկարաժամկետում մինչև 77	71,4
Առողջ ապրելու սպասվող տևողությունը ծնվելիս	Շարունակական աճ, երկարաժամկետում մինչև 66	62
<i>ՌԻՍԿԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ</i>		
Բնակչության կողմից իր առողջության վիճակի մասին տեղեկացվածության մակարդակ	Սահմանում, միջինժամկետում $\geq 35\%$, երկարաժամկետում $\geq 50\%$	Չի սահմանված, համաձայն գնահատման 6%
Առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բժշկական կազմակերպություններում առանձին տարիքային խմբի բոլոր անձանց կանոնավոր բժշկական զննումներ	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 60\%$, երկարաժամկետում $\geq 80\%$	40
Հիմնական տեղեկությունների գնահատում (հասակ, քաշ, ընթացիկ դեղորայք, տարիք, ընտանեկան պատմություն, ծխելու մասին տվյալներ, արյան ճնշում)	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 50\%$, երկարաժամկետում $\geq 60\%$	20
Խուլեթթերինի և (որոշ դեպքերում) արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակները որոշելու նպատակով արյան հետազոտության իրականացում	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 70\%$, երկարաժամկետում $\geq 90\%$	60
Արյան և մեզի լրացուցիչ հետազոտությունների իրականացում, եթե բացահայտվել է երիկամների հիվանդության ռիսկ	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 60\%$, երկարաժամկետում $\geq 80\%$	50
Առողջ ապրելակերպի խորհրդատվություն՝ առողջությունը պահպանելու (ցածր ռիսկ), ռիսկերը նվազեցնելու (օրինակ՝ քաշի կառավարման պլաններ, չափավոր ռիսկ) կամ բուժում սկսելու (հայտնաբերված հիվանդության բարձր ռիսկ) վերաբերյալ	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 30\%$, երկարաժամկետում $\geq 60\%$	10
Կրթման և վերապատրաստման ծրագրերի իրականացում թիրախային տարիքային խմբի անձանց և բուժանձնակազմի համար	Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 10\%$, երկարաժամկետում $\geq 30\%$	-

1	2	3
<p>Հիմնական տեղեկությունների ներկայացում բնակչությանը (անհատական գրույցներ, խմբային քննարկումներ բժշկական կազմակերպություններում, համայնքներում, աշխատանքային վայրերում /ոիսկային համարվող աշխատանքային առանձնահատկություններ-րից ելնելով/, բակային համայնքների ընթացքում, ՁԼՄ)</p>	<p>Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 5\%$, երկարաժամկետում $\geq 30\%$</p>	<p>-</p>
<p>Բժիշկների, բուժքույրերի և նեղ մասնագետների վերապատրաստում՝ բնակչությանը կրթելուն ուղղված ծրագրերի մասով</p>	<p>Շարունակական աճ, միջինժամկետում $\geq 30\%$, երկարաժամկետում $\geq 80\%$</p>	<p>15</p>

Ռիսկի գործոնների ազդեցությունը առողջության վիճակի վրա նվազեցնելուն ուղղված քայլերը սահմանվում են որպես առանձին ցուցանիշների համախումբ: Դրանք ընդգրկում են հիմնական ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկերի սահմանափակումները:

Առաջարկվող գործողությունները և միջոցառումները հնարավորություն կընձեռեն.

1. Կրճատել մինչև 60 տարեկան անձանց մոտ ՈՎՀ-ից մահացության մակարդակը 2015 թվականի միևնույն ցուցանիշի նկատմամբ 6 տոկոսային կետով՝ երկարաժամկետ կտրվածքով (10 տարի), դրանով իսկ ներկայումս զբաղեցրած դիրքից իջնելով 15-25 հորիզոնական (տես աղյուսակ 1.2.3):
2. Կրճատել ՈՎՀ-ից հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների թիվը 10%-ով (երկարաժամկետ կտրվածքով՝ 10 տարի, աղյուսակ 1.2.5),
3. Կրճատել ՈՎՀ-ից հաշմանդամ դառնողների թիվը, հատկապես դրանց մեջ 15-65 տարեկանների թիվը կրճատելով 15%-ով (երկարաժամկետ կտրվածքով՝ 10 տարի, աղյուսակ 1.2.5):
4. Կրճատել ՈՎՀ-ից մեծահասակների մահացության ցուցանիշը՝ հավանական մահվան տարիքը 15 և 60 տարիների միջև 1000 բնակչի հաշվով 20%-ով երկարաժամկետ կտրվածքով՝ 10 տարի (աղյուսակ 1.2.3):

Քանի որ բյուջետային միջոցների էական փոփոխություններ չեն ակնկալվում և հաջորդող 10 տարվա ընթացքում ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական ծախսերը նախատեսվում է հասցնել 2.7%՝ մինչև 2025 թվականը (2016թ-ին 1.6% էր), հետևաբար գնահատումը ֆինանսական մակրոտնտեսական ցուցանիշների առումով

շատ ավելի սահմանափակ է: Ուստի առաջարկվում է գնահատման նպատակով սահմանել բյուջեի կառուցվածքում առանձին ծրագրերի կամ օղակների ֆինանսավորման հարաբերակցության ցուցանիշները, հաշվի առնելով պլանային և փաստացի կատարողականները, ինչպես նաև գնահատել մասնավոր ծախսերի կառուցվածքային փոփոխությունները և տեսակարար կշռի փոփոխությունները ընդհանուր առողջապահական ծախսերում: Այսպես,

1. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բյուջետային ծրագրին հատկացվող ֆինանսական միջոցների տեսակարար կշիռը առողջապահության ընդհանուր բյուջետային ծախսերում հասցնել հաշվարկային իրական ծախսերի 70%-ին՝ կարճաժամկետ կտրվածքով՝ 3 տարվա ընթացքում: Հաշվի առնելով, որ ոչ վարակիչ հիվանդությունների բուժօգնության, կանխարգելման և ընթացիկ վերահսկման ծախսեր կատարվում են նաև ուղղակի բնակչության կողմից կատարվող վճարումների տեսքով, պետք է մշակվեն գործուն մեխանիզմներ ուղղակի վճարումներից հիվանդությունների ընթացիկ վերահսկման, կանխարգելման և բժշկական օգնության նպատակով ուղղվող գումարների տեսակարար կշիռները փոփոխելու համար: Պետք է կառավարությունը որոշում կայացնի, թե պետության գերակայությունների տեսանկյունից ո՞րն է առաջնային: Առավել մատչելի սկրինինգների իրականացումը, որպես գործողություն՝ ամբողջ բնակչության համար ենթադրում է հայտնաբերված ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետագա վերահսկում՝ այդ թվում նաև շարունակական դեղորայքային բուժօգնություն: Իսկ շատ դեպքերում (միջինում 15%) նաև պահանջվում է հիվանդանոցային բժշկական օգնության տրամադրում՝ այդ թվում թանկարժեք ինտերվենցիոն սրտային վիրաբուժության կամ առիթմոլոգիական ծառայությունների մատուցում: Շատ կարևոր է հստակեցնել պետության կողմից առանձին միջոցառումների իրականացմանը մասնակցությունը, որպեսզի բյուջետային ծախսերի գնահատումը ավելի ազդեցիկ լինի արդյունավետության տեսանկյունից:

2. Առողջության առաջնային պահպանման օղակին ուղղվող ֆինանսավորման տեսակարար կշռի աճ առողջապահության ընդհանուր բյուջետային ծախսերում,

առնվազն տարեկան 5%, կարճաժամկետ կտրվածքով՝ 3 տարվա ընթացքում, որն ուղղվում է ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորմանը:

3. Մասնավոր ծախսերում բժշկական ապահովագրությանն ուղղվող ծախսերի աճ մինչև 10 անգամ՝ երկարաժամկետ կտրվածքով 10 տարի, ՀՆԱ-ում 2025 թվականին դրա մասնաբաժինը հասցնելով 1%-ի (2014 թվականին կազմել է 0.094%⁶⁶): Այս միջոցառման կատարումն ապահովելու նպատակով, մեր կարծիքով, անհրաժեշտ է ներդնել պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեխանիզմը, ինչը մեր հաշվարկների համաձայն հնարավորություն կտա այսօր գործող բազային ապահովագրական փաթեթի պայմաններում ավելացնել առողջապահական ծախսերին ուղղվող միջոցները մոտ 4.5 անգամ:

Միջինժամկետ գնահատումը նախատեսում է ցուցանիշի դիտարկում յուրաքանչյուր հաջորդող երեք տարիների կտրվածքով՝ տաս տարվա ընթացքում, իսկ երկարաժամկետ գնահատումը նախատեսում է ցուցանիշի դիտարկում յուրաքանչյուր հաջորդող տաս տարվա կտրվածքով: Գնահատման համար կարևոր է նաև բազիսային տարվա ընտրությունը, քանի որ ցուցանիշների տարբեր խմբերի համար միևնույն ժամանակահատվածի տվյալները կարող են հասանելի չլինել, ուստի պետք է ընտրել այնպիսի տարեթիվ, որտեղ հասանելի են գնահատման ենթակա բոլոր ցուցանիշները և գնահատականները: Ցուցանիշների հավաքագրումից հետո պետք իրականացվի դրանց անհրաժեշտ դինամիկայի գնահատումը: Ի միջիայլոց, անհրաժեշտ դինամիկայի գնահատման գործողությունները կարող են փոփոխվել և կարող է նախատեսվել տոկոսային արտահայտությամբ դինամիկայի գնահատման գործողությունը: Սակայն որպես առաջին քայլ նման գնահատական իրականացնելու տեսանկյունից, մեր կողմից առաջարկվում է հիմնական երեք գնահատական:

⁶⁶ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2014 թվական

Աղյուսակ 3.3.2

Հասաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատման ցուցանիշների գնահատականը

Ցուցանիշների խումբը	Անհրաժեշտ դինամիկան	Գնահատական
Ֆինանսական ցուցանիշներ	Ապահովված է Ապահովված չէ Ապահովված է մասնակի (ավելի քան 50%)	5 բալ 0 բալ 3 բալ
Ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ	Ապահովված է Ապահովված չէ Ապահովված է մասնակի (ավելի քան 50%)	7 բալ 0 բալ 5 բալ
Ռիսկերի կառավարման ցուցանիշներ	Ապահովված է Ապահովված չէ Ապահովված է մասնակի (ավելի քան 50%)	5 բալ 0 բալ 3 բալ

Ցուցանիշների անհրաժեշտ դինամիկայի գնահատումից հետո արդեն ֆինանսավորման գնահատման սանդղակի միջոցով որոշվում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատականը, թե որքանով է արդյունավետ ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը միջինժամկետ կտրվածքում և երկարաժամկետ հատվածում:

Աղյուսակ 3.3.3

Հասաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման գնահատման սանդղակ

Գնահատականների հանրագումարը	Գնահատման արդյունքը	
	Միջինժամկետում	Երկարաժամկետում
Մինչև 7 բալ	0%	0%
8-11 բալ	30%	50%
12-15	60%	80%
16 և ավել	100%	100%

Ներկայացված գնահատման մեթոդաբանությունը ենթադրում է ցուցանիշների գնահատման միավորների և արդյունքների ճկուն համակարգի ձևավորում, որտեղ հնարավոր է փոփոխել ցուցանիշների գնահատման կշիռները, ակնկալվող արդյունքները և գնահատման արդյունքը՝ առողջապահության հիմնական մարտահրավերներից ելնելով:

ԵՋՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Այստեղ հանրագումարի են բերվել ատենախոսության հիմնական արդյունքները, որոնք էլ հիմք են հանդիսացել հետևյալ հիմնական եզրահանգումների և առաջարկությունների համար:

1. Երկրների զարգացման հիմքը մարդկային կապիտալի պահպանման և բարելավման մեջ է: Որքան զարգացած է երկիրը, այնքան մեծ է մարդկային կապիտալի տեսակարար կշիռը ազգային հարստության մեջ: Իսկ մարդկային կապիտալի «անկյունաքարը» առողջության կապիտալն է՝ առողջ ապրելակերպը, կյանքի առողջ տարիները, կյանքի որակը: Երկրները զգալի գումարներ են հատկացնում մարդկային կապիտալի ավելացման նպատակով, այդ թվում նաև մարդկանց կյանքի որակի բարձրացման համար միջոցներ ուղղելով իրենց քաղաքացիների առողջապահական կարիքները հոգալուն: Սակայն միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ երկրները մեծ ուշադրություն պետք է դարձնեն ոչ միայն առողջապահական ծախսերի մեծությանը, այլ այն ուղղություններին և նպատակներին, որտեղ պետք է ծախսվեն գումարներ: Քանզի բազմաթիվ են այն օրինակները (ԱՄՆ, Քուվեյթ և այլն), երբ երկրները հսկայական առողջապահական ծախսեր են կատարում, սակայն կյանքի որակը և առողջական վիճակը գտնվում են ավելի ցածր մակարդակներում:
2. Միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը հաճախ չի տալիս հստակ պատկերացում, թե ֆինանսավորման ո՞ր մոդելն է առավել արդյունավետ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման համար, քանի որ դրանք մեծամասամբ ինտեգրված են միմյանց: Սակայն ակնհայտ է, որ առողջապահական բարելավված ցուցանիշներ ունեցող երկրներում կառավարությունները ուղղակի ներդրումներ են ապահովում առողջության վիճակի ցուցանիշի բարելավման նպատակով և առողջապահական արդյունավետ համակարգեր ունեցող երկրներում պետական ծախսերը կազմում են ՀՆԱ ոչ պակաս քան 10.1%-ը (Հայաստանում վերջին 10 տարիների ընթացքում այդ ցուցանիշը չի գերազանցել 1.6%-ը): Այն երկրները, որտեղ քիչ թե շատ արձանագրել են հաջողություններ առողջապահական հիմնական այնպիսի

ցուցանիշների մասով, ինչպիսիք են կյանքի միջին տևողությունը, ՈՎՀ-ից մահացության մակարդակի կրճատումը և այլն, ունեն գերակշռող պետական ֆինանսավորման համակարգեր: Բացի դա, նմանատիպ երկրներում բյուջետային համակարգերը որպես կանոն գործում են ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքով՝ առաջնահերթությունը տալով արդյունքների գնահատմանը: Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի վերջին 20 տարիների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ իրականացվող փոփոխությունները և ներդրվող մեխանիզմները կրում են տարերային բնույթ, համակարգված չեն, բացակայում է առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման միասնական ծրագիր: Դեռևս ընտրված չէ ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մոդելը, որը բնորոշ կլինի գոյություն ունեցող տնտեսական, կառուցվածքային, կառավարման, ֆինանսավորման պայմաններին:

3. ՀՀ պետական բյուջեի առողջապահության բաժնի առաջարկվող կառուցվածքը դարձել է հրամայական՝ առկա գերակայությունների և ռազմավարական ծրագրերի իրականացումը ապահովելու նպատակով կազմված ծրագրերը իրականացնելու ճանապարհին: Բյուջեի առաջարկվող կառուցվածքը արտացոլում է առողջապահության ռազմավարական մոտեցումները, որոնք ուղղված են հիմնական մարտահրավերների լուծմանը՝ առողջապահական հիմնական ծառայությունների մատչելիության ապահովմանը, ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանը, դրանց վաղ հայտնաբերմանը և ընթացիկ վերահսկմանը:
4. Առողջապահության համակարգում քանակական ցուցանիշները պետք է գնահատվեն դրանց որակական վերջնական արդյունքների տեսանկյունից: Պետք է մշակվեն ցուցանիշների համախմբեր, որոնց գնահատման արդյունքում պարզ կլինի վերջնական արդյունքին հասանելիության մակարդակը:
5. Ծրագրային բյուջետավորման հիմնական հատկանիշներից է այն, որ պետական մարմինների գործունեության ոչ ֆինանսական արդյունքների ցուցանիշները նույնքան կարևոր են համարվում, որքան և ֆինանսականը: Այն նաև ենթադրում է

համապատասխան մոտեցում միկրոմակարդակում՝ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման մեխանիզմների ներդրման, բժշկական անձնակազմի աշխատանքի դիմաց վարձատրության մոտեցումներում: Այդ տեսանկյունից ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման համակարգի ինտեգրումը ընդհանուր առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում, գործունեության գնահատման մեթոդաբանական մոտեցումների հաստատումը և իրականացումը կարևոր քայլեր են ռիսկերի կառավարման և արդյունավետ համակարգի ձևավորման տեսանկյունից,

6. Մուտքերի վրա հիմնված բյուջեն, բյուջեի կատարման համակարգի հետ մեկտեղ, անհամատեղելի է ռազմավարության և արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման պահանջների հետ: Արդյունքների վրա հիմնված բյուջետավորման համակարգում շեշտադրումն ուղղված է պետական մարմինների կողմից ուղղակի արդյունքների մատուցման համար բյուջետային հատկացումների հիմնավորմանը, Հայաստանում գործող բյուջետային և գանձապետական համակարգերում «ծրագրերը» ավելի շուտ մուտքային հողվածների մանրամասներ են՝ ֆինանսական վերահսկողության նպատակով, այլ ոչ թե «քաղաքականության գործողություններ» կամ ծառայությունների մի խումբ, որոնք ցույց կտային կառավարության մտադրությունները և գործունեության արդյունքները:
7. Ծրագրային բյուջետավորմանը 2019 թվականից ամբողջությամբ անցնելու նպատակով անհրաժեշտ է կազմել համալիր միջոցառումների իրականացման ժամանակացույց՝ ընդգրկելով բյուջեի գնահատման ցուցանիշների մշակման և ներդրման, ակնկալվող արդյունքների գնահատման մոտեցումների սահմանման ժամկետներ: Մինչդեռ ՀՀ առողջապահության նախարարությունում արդյունքների և արդյունավետության գնահատման ցածր մշակույթը և շարունակական շեշտադրումը «ստատուս քվոյի», և ոչ թե փոփոխությունների կառավարման ուղղությամբ կարող են խոչընդոտ հանդիսանալ ծրագրային բյուջետավորման ներդրման ընթացքում:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

ՆՈՐՄԱՏԻՎ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԱԿՏԵՐ

1. ՀՀ Սահմանադրություն, ՀՀ պաշտոնական տեղեկագիր: 2006թ.
2. ՀՀ Քաղաքացիական օրենսգիրք, ՀՀ պաշտոնական տեղեկագիր 1998թ. թիվ 6
3. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «Հայաստանի Հանրապետության 1998թ.-ի պետական բյուջեի մասին», 1998թ:
4. Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական ապահովագրության ներդրման հայեցակարգ, Երևան, հաստատված ՀՀ կառավարության 10.08.2000թ. N 33 որոշմամբ:
5. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» - ընդ. 04.03.1996թ.
6. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «Հայաստանի Հանրապետության 1999թ.-ի պետական բյուջեի մասին» ընդ. 30.12.1998թ.:
7. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «Հայաստանի Հանրապետության 2000թ.-ի պետական բյուջեի մասին» ընդ. 24.03.2000թ.:
8. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «2001 թվականին առողջապահական պետական նպատակային ծրագրեր սպասարկելու մասին» ընդ. 30.12.2000թ.
9. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը «Հայաստանի Հանրապետության 2001թ.-ի պետական բյուջեի մասին» ընդ 31.12.2000թ.:

ՀՀ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ԳԵՐԱՏԵՍՉԱԿԱՆ ՆՈՐՄԱՏԻՎ ԱԿՏԵՐ

10. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության արձանագրային որոշում, 29.05.2013թ N 21,
11. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 26.12.2013թ-ի N 1515-Ն որոշում,
12. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 10.05.2010 թվականի N 859-Ա հրաման,

13. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 10.05.2010 թվականի 861-Ա հրաման,
14. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 19.05.2014թ-ի N 511-Ա որոշում,
15. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշում՝ 'Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 1998թ.-ի պետական պատվերի և առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի մասին': Ընդ. 13.03.1998թ. N 174
16. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշում '1999թ.-ին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և ծառայությունների մասին': Ընդ. 05.03.1999թ. N 199
17. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշում '2000թ.-ին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և ծառայությունների մասին': Ընդ. 12.06.2000թ. N 299
18. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշում '2001թ.-ին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և ծառայությունների մասին': Ընդ. 30.03.2001թ. N 255
19. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2006թ., 50 էջ,
20. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2007թ. 50 էջ,
21. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2008թ., 53 էջ,
22. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2009թ., 66 էջ,
23. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2010թ. 53 էջ,
24. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2011թ., 59 էջ,
25. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2012թ., 132 էջ,
26. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2013թ., 112 էջ,
27. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների

գեկույց, 2014թ., 215 էջ,

28. Հայաստանի առողջապահության բարեփոխումների և զարգացման ծրագիր, Երևան 1997թ., 32 էջ:

ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

29. Դանիելյան Լ. «Վիճակագրություն առողջապահության մեջ» (ուսումնական ձեռնարկ), 2007թ.:
30. Մենեջմենթ (Յու.Սուվարյանի ընդհ. խմբա•րությամբ): Երևան, Տնտեսագետ, 2008թ.
31. Թ.Ս. Խաչատրյան, Մ.Կ. Լեայան, Թ.Զ. Տոնյան, Լ.Վ. Անդրեասյան «Առողջապահության կառավարում, տնտեսագիտություն և ֆինանսավորում շուկայական հարաբերությունների պայմաններում» (ուսումնական ձեռնարկ հայերեն և ռուսերեն լեզուներով), 2002թ
32. Հայաստանի հիվանդանոցային հաստատությունների ինքնարժեքի ուսումնասիրություն՝ մեթոդաբանություն և արդյունքների վերլուծություն, Տունդե Սաբո, անհատ խորհրդատու, «ԱՎԱԳ Սոլյուշնս» ՍՊԸ, դեկտեմբեր 2009թ, 17 էջ,
33. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության վիճակը 1985-1999թթ.) - Իրավիճակային վերլուծություն - Երևան-2000թ; 60 էջ,
34. Азаров А.И.- "Защита прав застрахованных". Медицинский вестник N 19, 1-15 октября 2014 г., с. 9.,
35. Акулин И.М., Андреева Е.Н., Лайшинов Ю.П. и другие.- Медико-экономические стандарты и оценка стоимости медицинских услуг, Санкт-Петербург, 2008 г. стр. 23,
36. Алексеев Н.А. – “Экономические методы управления подразделениями лечебно-профилактического учреждения”. Здравоохранение РФ, N 5, 2016 г.,стр. 45-46.,
37. Амирбемян А.В. ”Методические вопросы финансирования здравоохранения в условиях рыночной экономики ”,Дисс. Кандидатская 2000 г.,
38. Викхам Ш., Симиджийский Ю.- “Национальные системы медицинского страхования: Выборочный обзор международного опыта”, 2000г. Стр. 24-38, 72-75стр.,
39. Вялков А., Райзберг Б., Шиленко Ю., “Управление и экономика здравоохранения”, Москва, 2004, 327 с.
40. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова. Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность

- использования. СПб.: Наука. 1999. С.42
41. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. СПб.: Изд. СПбУЭФ. 1996. С. 30, 163
 42. Интиньяно Б.М. – Финансирование здравоохранения в Европе // Сессия ВОЗ, 42-я.-Копенгаген: 2016.-сентябрь .- 142 стр.,
 43. Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 67 с.
 44. Клозон М.К., Бояджян В.А., Щепин В.О., Медик В.А. – Опыт медицинского страхования в Бельгии // Проблемы соц. гигиены и история медицины.-2015.- N1.-стр.51-54.
 45. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации – Медицинский вестник, 2014 г., N 2.
 46. Корчагин В.П. –“Стоимость медицинских услуг : реальный объем и инфляционная составляющая ”. Экономика здравоохранения N 6 2016, с. 8.
 47. Корчагин В.П.-Финансовое обеспечение здравоохранения-М.; ЗАО издательство “Эпидавр”, 2015г., 272с.
 48. Корчагин В.П.-“Состояние финансирования здравоохранения”, “Экономика здравоохранения”, 2011г., N1, стр.10-19.
 49. Корюкин В.Г., Семенов В.Ю.-“Медицинское страхование в Японии”. Здравоохранение РФ, N10, 2011 г., стр. 26-67.
 50. Критский М.М. Человеческий капитал. Л.: Изд. Ленингр. Ун-та. 2008
 51. Кузьменко М., Баранов В., Шиленко Ю., “Здравоохранение в условиях рыночной экономики”, Москва, 2013, 304 с.
 52. Лошак А.Я.-“Страхование здоровья в развитых капиталистических странах”. Социальная гигиена и организация здравоохранения , N 7, Москва, 2014 г.
 53. Марк Сурхи, Мартин Макки, Лоренцо Рокко, Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии, 2013г, 273 стр.,
 54. Миняева В, Вишнякова Н., “Общественное здоровье и здравоохранение”, Москва, 2004, 527 с.
 55. Мкртчян А.Е.-“Новые тенденции в здравоохранении Армении”, Ереван, 2001, 187с.,
 56. Мкртчян А.Е.-“Реформы здравоохранения Армении: Уроки и перспективы”, Автореферат диссертации докт. мед. наук-Ереван, 2002, 49с.,
 57. Общие сведения о системе здравоохранения Франции, М. Посольство Франции в России, 1996 г. стр. 26.
 58. Преображенская В.С., Васюкова В.С.-“Структура и функции органов здравоохранения в условиях перехода на бюджетно-страховое

- финансирование” .Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко-М.; 2015., 204 стр, стр.23-28.
59. Преображенская В.С., Залозов С.В.- Переход к медицинскому страхованию: Некоторые вопросы эффективности управления здравоохранением // Бюл. НИИ им. Н.А.Семашко.-М.: 1993.-N 1.- 62 стр.,
60. Расходы населения России на медицинскую помощь. Аналитический отчет о результатах социологического исследования, Институт социальных исследований. Москва 2016., 21 стр.,
61. Решетников А., Алексеева В., Ефименко С., Галкин Е., Жилина Т., Ильясова Л., Кобяцкая Е., Шамшурина Н., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2004, 271 с.
62. Рощин С.Ю., Разумова Т.О. Экономика труда: экономическая теория труда: Учебное пособие. М.: ИНФА-М. 2000. С. 400
63. Румянцев. Ю – “Финансирование здравоохранения в развитых странах ”- “Врач”, 1999, N1 стр. 42-43.
64. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.-“Реформы системы здравоохранения в Европе”, Анализ современных стратегий, 2000г., 432 стр.
65. Семенов В., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2004, 649 с
66. Трушкина Л., Тлепцеришев Р., Трушкин А., Демьянова Л., Малахова Н., “Экономика и управление здравоохранением”, Ростов-на-Дону, 2005, 383 с.
67. Царегородцев А.- “Об итогах деятельности здравоохранения Российской Федерации в 1993-1995 годах”. Экономика здравоохранения N 8,1996 г., с. 5-6.
68. Черниховский Д. Реформы системы здравоохранения в промышленно развитых демократических странах /Всемирный банк ,2014., 175 стр, стр. 52-54
69. Шейман И., “Экономика здравоохранения”, Москва, 2001, 324 с.
70. Шейман И.М. Бюджетно страховая система здравоохранения: Основные характеристики и методы построения .Можайск. полигр. комб., 1996.-126 с.
71. Шейман И.М. - Бюджетно-страховая система здравоохранения. Основные характеристики и методы построения. Кемерово. ИнСЭЛЗ, 1992г., 168 стр.,
72. Шейман И.М. – Страховая медицина Запада и реформа здравоохранения в СССР // Мировая экономика и международные отношения. – 1990.-N8.- стр.87-95.
73. Элайас Мосиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас, Джо Куцин, Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, 2002г., 352 стр.
- 74 Abel-Smith B. – Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience. Health Policy and Planning 7(3): 215-226, 1998.
- 75 Alain Enthoven, "The History and Principles of Managed Competition," Health Affairs 12, suppl. 1 (1993): 24-48.

- 76 Annual report 2014, the World bank, p.115-116
- 77 Basic Economics of Results-Based Financing in Health, By William D. Savedoff, Senior Partner Social Insight Bath, Maine USA, 2010, 50 p, page 4,
- 78 Berman P. –Health sector reform: making health development sustainable // Health Policy.- 1995.- Vol. 32.- P. 3-13.
- 79 Berman, P.(editor).- Health Sector Reform in Countries: Making Health Development Sustainable. Harvard Series on Population and International. Harvard University Press. 1995.
- 80 Blendon R.-Three systems: A comparative survey // Health Management Quat.-1989.- Vol. 11, N 1.-p.p. 2-10.
- 81 Cheryl Cashin, Petra Vergeer, Verification in Results-Based Financing (RBF): The Case of the United Kingdom, January 2013, 64 p.,
- 82 Chollet,D. and Lewis, M. Private Insurance: Principles and Practice. In Sheiber, G. (editor), Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- 83 Culier A.J., Jonson B. – Public and Private Health Services:Complimentarities and Conflicts. – Oxford: Basil Blackwell,1986.-512 p.
- 84 d' Intignano B.M.Sante, mon cher souer//Lattes – Economica. – Paris: 1989 – 45 p.
- 85 Donaldson C., Gererd k.- Economics of Health care Financing : The Visible Hand. – Houndmills: The Macmillan Press Ltd, 1993.- 446 p.
- 86 Ensor T. and Thompson,R.- Health Insurance as a Catalyst to Change in Former Communist Countries? Health Policy 43: 203-218. 1998.
- 87 Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S., “Health systems in transition: learning from experience”, World Health Organization, Copenhagen, 2004, 152 p.
- 88 György Bèla Fritsche, Robert Soeters, Bruno Meessen with Cedric Ndizeye, Caryn Bredenkamp, and Godelieve van Heteren, Performance-Based Financing Toolkit, The World Bank, Washington DC, 2014, 358 p,
- 89 Health system in transition (HIT) profiles (selected countries). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1997-2009. 514 p.,
- 90 Hunter D.J.,Guentert B.-The financing of health care // Opportunities for the Future.

- Health Care Reforms for Health Gain: European Health Policy Conference. – Copenhagen, 1994.- Vol. 4.
- 91 Jonson, B. and Musgrove, P. Government Financing of Health Care . In Sheiber, G. (editor), Innovations in Health Care Financing : Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, D.C. 1997.
- 92 Joseph Kutzin, Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Health Systems Financing, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, Published online: 17 June 2013, p 602-606
- 93 Kamke Kerstin.The German Health Care System and Health Care Reform. Health Policy 1998, 243 p,
- 94 Levey S., Kill J. – National Health Insurance- the Triumph of Equivocation//New Engl.J. Med.-1989.-Vol.321.- N 25.-p.p. 1750-1754.
- 95 Lister J.-Reform of British national health service //New Engl.J. Med.-1990.- N6.-p.p. 410-412.
- 96 Louis Rusa, Miriam Schneidman, Gyuri Fritsche,and Laurent Musango, Rwanda:Performance-Based Financing in the Public Sector, Center for Global Development | www.cgdev.org, 27p
- 97 Martikainen A., Uusikyla P.- Restructuring Health Policies- the Finnish Case.- Helsinki: University of Helsinki, 1996., 547 p.,
- 98 Michael Tanner, "No Miracle in Massachusetts: Why Governor Romney's Health Care Reform Won't Work," Cato Institute Briefing Paper no. 97, June 6, 2006
- 99 OECD Health Data 2013, OECD, Paris. Updated June 2013, <http://www.oecd.org/health/healthdata>
- 100 OECD Health Statistics 2014, Definitions, Sources and Methods, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC
- 101 OECD, "Health at a Glance: OECD Indicators, 2005" (Paris: OECD Publishing, 2005), p. 11.
- 102 Orosz E.-Decentralization and Health Care System Change in Hungary- Budapest; Eötvös Lorand University, 2011., 299 p.,
- 103 Phelps C., Addison-Wesley, "Health economics", 1997, 687 p.
- 104 Porta, A .The Israel National Health Insurance Law and Quality of Care. The International Journal for Quality in Health Care , vol. 7, No.3, pp. 281-284, 1995.
- 105 Preker A., Feachem C., "Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe", 1995, World Bank Technical Paper N293, 118 p
- 106 Robert L. Ohsfeldt and John E. Schneider, The Business of Health: The Role of Competition, Markets, and Regulation (Washington: American Enterprise Institute

- Press, 2006)
- 107 Sortie –Le Guellec MJ. Hospital financing in France //Hospital Financing in Seven
Countries /Ed. M.M. Wiley .- Washington : Government Printing Office, 1995., 16 p.,
- 108 Spertus et al (Am Heart J.2002;143:636–642) and Wilson and Cleary
(JAMA. 1995;273p:pages 59–65)
- 109 Spruit J.Health and social inequities in the Netherlands//soc.Sc.Med.-1990.-Vol.31.-
N3.-p.p.319-329.
- 110 Stearns S.- Physician responses to fee-for-service and capitation payment // Inquiry.-
1992.- Vol.29.- P. 416-425.
- 111 Steffen M., Privatisation in French health politics:Few projects and little
outcome//Int.J.Health Services.-1989.-Vol.19-N4.-p.p.651-661.
- 112 Steudlez F.The State and health in France//Soc.Sc.Med.-1986.-Vol.22.-N2.-p.p.211-
221.
- 113 The World Health Report 2010, Health system financing analyses, pages 7-106,
- 114 Utilizing Performance-Based Financing to Achieve Health Goals, HealthSystems
20/20, November 2007, 4p
- 115 Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D.U. “Costs of Health Care
Administration in the U.S. and Canada.” (2003), N Engl J Med, 349, 768-775.
- 116 WHO database,
http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=78
- 117 WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2012,
http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=36
- 118 World health report 2012, 180 p.,
- 119 Yang,B.- Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea. In Dunlop, D. and
Martins,J. (editors), An International Assessment of Health Care Financing: Lesson for
Developing Countries. Economic Development Institute of The World Bank.
Washington, D.C. 1995.

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1

2008-2017 թվականների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման ծավալները (մլրդ դրամ)

Ծրագրի անվանումը	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ԸՆԴԱՄԵՆԸ-որից	36,0	39,7	39,3	47,4	47,9	49,1	58,7	67,2	68,0	67,2
ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ծառայություններ-որից	17,7	18,1	17,8	20,5	20,8	20,9	24,6	28,1	27,7	27,5
Ընդհանուր բնույթի բժշկական ծառայություններ, այդ թվում	7,9	7,9	7,8	8,2	8,3	8,2	9,8	10,9	11,2	10,9
Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ	7,9	7,9	7,8	8,2	8,3	8,2	9,8	10,9	11,2	10,9
Մասնագիտացված բժշկական ծառայություններ, այդ թվում	4,7	5,0	5,0	5,5	5,7	5,8	7,2	8,9	8,5	8,6
Բարձր դիսկի խմբերում ընդգրկված բնակչության մոտ հիվանդությունների հայտնաբերման, առողջության գնահատման և բուժման ծառայություններ	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Հեմոդիալիզի անցկացման ծառայություններ	1,1	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0	2,0	2,1
Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններ	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6	1,6
ՄԻԱՀ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և բուժօգնության ծառայություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3
Նեղ մասնագիտացված բժշկական օգնության ծառայություններ	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6	3,5	4,0	4,1	4,0
Շարունակական հսկողություն պահանջող և առանձին հիվանդությունների բուժման ծառայություններ	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0
Ստոմատոլոգիական ծառայություններ, այդ թվում	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8
Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններ	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Պարաբժշկական ծառայություններ, այդ թվում	4,3	4,4	4,2	5,9	5,9	6,0	6,8	7,4	7,1	7,1

Ծրագրի անվանումը	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Շտապ բժշկական օգնության ծառայություններ	1,5	1,5	1,5	2,9	2,9	3,0	3,1	3,3	3,3	3,3
Լաբորատոր-գործիքային ակտորոշիչ հետազոտություններ	2,6	2,7	2,5	2,8	2,7	2,8	3,2	3,6	3,2	3,2
Ձորակոչային և նախազորակոչային տարիքի անձանց փորձաքննության և բժշկական օգնության ծառայություններ	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6
ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՅԱՅԻՆ ծառայություններ, որից	18,3	21,6	21,4	26,9	27,1	28,2	34,1	38,5	39,8	39,2
Ընդհանուր բնույթի հիվանդանոցային ծառայություններ, այդ թվում	4,9	5,6	5,6	6,2	6,5	7,4	12,3	15,1	12,9	12,7
Անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայություններ	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,2	1,9	1,9	1,8
Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ	2,7	3,3	3,4	4,0	4,3	4,3	7,4	7,2	6,2	6,2
Զինծառայողներին, ինչպես նաև փարկարար ծառայողներին և նրանց ընտանիքի անդամներին բժշկական օգնության ծառայություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,7	2,7	2,2	2,2
Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	2,6	2,5
Մասնագիտացված հիվանդանոցային ծառայություններ, այդ թվում	5,9	6,3	6,1	7,2	7,2	7,2	7,5	8,6	11,5	11,3
Տուբերկուլյոզի բժշկական օգնության ծառայություններ	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	0,7	0,7	0,7	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդների բժշկական օգնության և խնամքի ծառայություններ	1,6	1,7	1,6	1,9	1,9	1,9	2,2	2,6	2,9	2,8
Ձորակոչային և նախազորակոչային տարիքի անձանց փորձաքննության և բժշկական օգնության ծառայություններ	1,0	1,0	0,9	1,1	1,2	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9
Ուռուցքաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
Վերականգնողական բժշկական օգնության ծառայություններ	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Թրաֆիքինգի զոհերին բժշկական օգնության ծառայություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Ծրագրի անվանումը	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Սրտի վիրահատությունների ծառայություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	3,1	3,1
Բժշկական, մոր և մանկան կենտրոնների ծառայություններ, այդ թվում	7,4	9,7	9,8	13,5	13,4	13,6	14,3	14,9	15,4	15,1
Մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններ	4,1	5,9	6,0	6,6	6,4	6,5	6,8	6,9	6,9	6,7
Գինեկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Անատուղ զույգերի համար վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1
Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ	3,0	3,4	3,4	6,6	6,6	6,8	7,1	7,6	8,0	8,0
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ (այլ դասերին չպատկանող)-որից	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5
Առողջապահական հարակից ծառայություններ և ծրագրեր, այդ թվում	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5
Դժվարամատչելի ակտորոշիչ հետազոտություններ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՆ	ՀՀ առողջապահության նախարարություն
ԿԶԾ	ՀՀ կառավարության կայուն զարգացման ծրագիր
ՀԶՌԾ	Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր
ՄԺԾԾ	ՀՀ կառավարության միջին ժամկետ ծախսերի ծրագիր
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություններ
ՊԲԱ	Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն
ՀԸԿՏ	Հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիներ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱՄՆ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
ՖՆ	ՀՀ ֆինանսների նախարարություն
ԲՆԱ	Բժշկական նշանակության ապրանք
ԱԱՀ	Ավելացված արժեքի հարկ
ԱՊՊԱ	Ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության պարտադիր ապահովագրություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ՏՀԶԿ	Տնտեսական համագործակցության զարգացման կազմակերպություն
ՀԲ	Համաշխարհային բանկ