ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՏՆՏԵՍԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՍԱՄՎԵԼ ՋԱՆԻԲԵԿԻ ԽԱՐԱԶՅԱՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՈՒՄԸ ԾՐԱԳՐԱՅԻՆ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ

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

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2018

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանում

Գիտական ղեկավար՝	Սերգեյ Սպարտակի Սուքիասյան տնտեսագիտության դոկտոր
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝	Արմեն Աշմատի Հակոբյան տնտեսագիտության դոկտոր
	Սամվել Արշալույսի Մարգարյան տնտեսագիտության թեկնածու
Առաջատար կազմակերպություն՝	Երևանի պետական համալսարան

Պաշտպանությունը կայանալու է 2018 թվականի մայիսի 10-ին, ժամը 15:30-ին, Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՀ-ի տնտեսագիտության 014 մասնագիտական խորհրդում:
Հասցե՝ 0025, Երևան, Նալբանդյան 128:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2018 թվականի ապրիլի 10-ին:

014 Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար,
տնտեսագիտ. դոկտոր, պրոֆեսոր՝ Ս.Ա. Գևորգյան

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

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: Վերջին 20 տարիների ընթացքում Հայաստանում ձևավորվել է առողջապահության կենտրոնացված (ուղղահայաց) ֆինանսավորման համակարգ, ինչը ենթադրում է հավաքագրված հարկերից բյուջեի պլանավորում և կենտրոնացած կարգով ֆինանսական միջոցների բաշխում: Ֆինանսավորումը իրականացվում է բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրային փոխհարաբերությունների հիման վրա՝ միասնական վճարողի սկզբունքով: Պետությունն է կազմակերպում բժշկական օգնության իրականացումը և դրա դիմաց ուղղակի վճարումը՝ պետական պատվերի տեղադրման միջոցով: Չնայած դրան, մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը գերազանցում է պետական ծախսերը (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: 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 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:[1] Այս պայմաններում պետական բյուջեի միջոցների ավելացման տեմպերը (համաձայն ՄԺԾԾ 2018-2020 թթ և ՀԶՈԾ 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:

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՝

[1] https://www.wto.org/english/res_e/statis_e/statis_e.htm

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

<u>Հետազոտության արդյունքների փորձարկումը և հրապարակումները:</u> 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: Հետազոտության գիտական նորույթները զեկուցվել են Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանում՝ «Գիտելիք, նորաստեղծություն և զարգացում» 25-րդ գիտաժողովում:

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

<u>Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը:</u> Ատենախոսությունը բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացություններից և օգտագործված գրականության ցանկից, 1 հավելվածից: Ատենախոսությունը կազմված է 126 էջից՝ ներառյալ օգտագործված գրականության ցանկը:

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ներածությունում հիմնավորվել է թեմայի հրատապությունը և արդիականությունը, ներկայացվել են հետազոտության նպատակը և խնդիրները, օբյեկտը և առարկան, նշվել են տեսական, տեղեկատվական և մեթոդական հիմքերը, ձևավորվել են հիմնական գիտական նորույթները և ստացված արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը:

Ատենախոսության առաջին՝ **«Առողջապահության համակարգի առանձնահատկությունները և ֆինանսավորման արդի մոտեցումները»** գլխում ուսումնասիրվել են առողջապահության որպես սոցիալական ենթակառուցվածքի բաղկացուցիչ տարրի և

մարդկային կապիտալի զարգացման միջոցի դերը, առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի զարգացման միջազգային փորձը, առողջապահական համակարգում ծրագրային բյուջետավորման և ըստ արդյունքների ֆինանսավորման արդի մոտեցումները:

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:

Շուկայական տնտեսության պայմաններում ինչպես բոլոր ոլորտներում, առողջապահության մեջ նույնպես գործում է «քիչ ծախսերով առավելագույն քանակ» հասկացությունը:[2] Սակայն առողջապահության համակարգում քանակական ցուցանիշները պետք է գնահատվեն դրանց որակական վերջնական արդյունքների տեսանկյունից: Մեծ գումարներ ծախսելը առոջապահության 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 (տես աղյուսակ 1):

«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»:[3]

Նախկին սոցիալիստական մի շարք երկրներ ներկայումս կիրառում 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 վերածևակերպումը՝ կառուցելով դրանք պետական մարմինների կողմից մատուցվող ծառայությունների շուրջ, ինչպես նաև ոչ ֆինանսական արդյունքների վերաբերյալ տեղեկատվության մշակումը և ներառումը պլանավորման և ռազմավարական փաստաթղթերում:[4]

---

[2] Robert L. Ohsfeldt and John E. Schneider, The Business of Health: The Role of Competition, Markets, and Regulation (Washington: American Enterprise Institute Press, 2015)

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

[4] 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, էջ 87-89

Աղյուսակ 1.

Առողջապահական և ֆինանսական միջինացված ցուցանիշների համադրումն ըստ երկրների (2001-2016թթ)*

Երկիրը	Ընդհանուր առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ում %	Հորիզոնական (բարձրից ցածր)	Մեկ շնչին ընկնող առողջապահության պետական ծախսերը (% ԸՆԾ-երի մեջ)	Մեկ շնչին ընկնող առողջապահության մասնավոր և այլ ծախսերը (% ԸՆԾ-երի մեջ)	Հորիզոնական (ցածրից բարձր)	ՈՎՀՀ մահացության ցուցանիշը մինչև 60 տարեկան անձանց մոտ (1000 բնակչի հաշվով)	Հորիզոնական (ցածրից բարձր)
Իսլանդիա	9.1	16	80.5	19.5	1	311.7	8
Քուվեյթ	7.9	161	82.6	17.4	2	406.3	39
Շվեյցարիա	11.5	178	66	34	3	291.6	3
Իտալիա	9.1	17	78	22	4	303.6	6
Սինգապուր	7.3	125	39.8	60.2	5	264.8	2
Կիպրոս	7.4	45	46.3	53.7	6	333	14
Իսրայել	7.2	51	59.1	40.9	7	311.2	7
Շվեդիա	9.7	8	81.5	18.5	8	333.5	15
Մալթա	8.7	27	66.1	33.9	9	364.5	24
Իրաք	5.2	111	63.5	36.5	105	715.5	145
Լատվիա	5.7	98	61.9	38.1	106	623.7	104
Նիկարագուա	8.4	30	53.7	46.3	109	546.6	74
Հայաստան	**3,9**	**127**	**39**	**61**	**111**	**908**	**166**
Տաջիկստան	6.8	65	30.6	69.4	112	752.6	153
Լիտվա	6.2	82	66.6	33.4	115	580.6	94
Ուզբեկստան	6.1	86	51	49	116	810.9	163

Աղբյուրը՝ ԱՀԿ և ՏՀԶԿ տվյալների բազաներ, 2001-2016 http://www.un.am/en/agency/WHO

Երկրները մեծամասնությամբ կիրառվում են մուտքերի վրա հիմնված բյուջետավորումը: Այս համակարգը հիմնականում ուշադրությունը սևեռում է բյուջետային տարվա ընթացքում Կառավարության կողմից օգտագործված ռեսուրսներին: Մուտքերն այն հոդվածներ են, որոնք արտացոլված են ՀՖԴ տնտեսագիտական դասակարգման հաշվետվությունների կազմման մեթոդաբանության մեջ, և ներառում են այնպիսի հոդվածներ, ինպիսիք են՝ աշխատավարձերը, գրենական 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՛ նշված ծառայությունների մատուցման և իրականացման համար օգտագործվող մուտքերի (ռեսուրսների) վրա:

Ատենախոսության երկրորդ՝ **«Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման առանձնահատկությունները Հայաստանի Հանրապետությունում»** գլխում քննարկվել են ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հիմնական սկզբունքները, տրվել է ՀՀ առողջապահական պետական ծախսերի ընդհանուր գնահատականը, ներկայացվել են առողջապահության համակարգում կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման գործող համակարգերը:

ՀՀ առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ընթացքը հիմնականում բնորոշվում է ռազմավարական կարևոր մի քանի քայլերով, որոնցից կարևորվել են 2001 թվականին սկսված ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրումը և համապատասխան ֆինանսավորման մեխանիզմների մշակումը՝ ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի կայացման նպատակով: Ներդրվել է «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, ինչպես նաև փաստացի աշխատանքների դիմաց ֆինանսավորվող լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների իրականացումը, անվճար դեղորայքի տրամադրումը և այլն:

Չնայած ակնհայտ առավելություններին, այն իր մեջ ունի նաև մի շարք բացասական տարրեր, մասնավորապես.

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

Չնայած ֆինանսավորման այս մեթոդը բարելավվելու նպատակով 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, 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.

*2008-2017 թվականների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը և սպառողական գների ինդեքսը 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

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

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/ 1 մարդու հաշվով 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:

Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ դեռևս գոյություն չունի, իսկ կամավոր բժշկական ապահովագրության ծրագրերում ընդգրկված է բնակչության ընդամենը 1-1.5 տոկոսը:[5] Ապահովագրական համակարգի զարգացման նպատակով 2012թ-ից սկսած ՀՀ կառավարության կողմից սկսվել են ձեռնարկվել որոշակի քայլեր: Բացի դա, ՀՀ կառավարության 2014 թվականի մայիսի 19-ի N 511-Ա

[5] http://www.med-practic.com/arm/609/26441/article.more.html

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:[6] Հաշվի առնելով վերը նշվածները, ՀՀ կառավարության 2011 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1917-Ն և N 1923-Ն որոշումներով 2012 թվականի հունվարից Հայաստանում ներդրվեց «սոցիալական փաթեթի» պետական նոր ծրագիր: Համաձայն ՀՀ ֆինանսների նախարարության կողմից հրապարակված ուսումնասիրության արդյունքների, սոցիալական փաթեթի ներդրումը հնարավորություն տվեց փաստացի շուրջ 110,0 հազար պետական աշխատողների օգտվելու այդ ծրագրով նախատեսված ծառայություններից:[7] Առողջության ապահովագրության ծառայությունը 2012 թվականից սկսած սոցիալական փաթեթի շահառուների համար կրել է պարտադիր բնույթ: 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 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 դիտարկվել է որպես պետական միջոցների ծախսման արդյունավետության առումով լուրջ խնդիր և սկսած 2013թ-ից կառավարությունը հատկացված գումարները ուղղեց պետական ծրագրերի շրջանակներում սոցիալական փաթեթի շահառուների բուժօգնության ապահովմանը:

Հաշվի առնելով առկա իրավիճակը, հեղինակի 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: Ռազմավարական ծրագրում պետք է նկարագրվի ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մոդելը, առողջապահական ծառայությունների գնագոյացման խնդիրները, ֆինանսավորման գերակայությունների հարցերը: Ռազմավարական ծրագրի մշակման հետ զուգահեռ պետք է հստակեցվի նաև առողջապահության ֆինանսավորման մակարդակը, որը ներկայումս չունի հստակ ուղենիշ և դինամիկա, կախված է ավելի շատ տվյալ տարվա բյուջետային միջոցների հնարավորություններից, այսինքն՝ առողջապահությունը շարունակում է մնալ

[6] Տես ՀՀ Կառավարության 2014 թվականի մայիսի 19-ի N 511-Ա որոշմամբ հաստատված Կառավարության գործունեության 2014-2017թթ. ծրագիրը

[7] http://minfin.am/hy/content/omc_hy106/

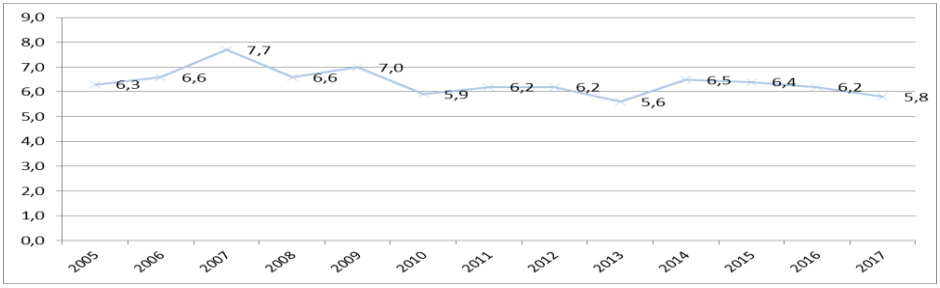
մնացորդային սկզբունքով ֆինանսավորվող համակարգ: Ուստի հեղինակի կարծիքով պետք է իրականացվի.

1. Կենտրոնական կառավարման/բյուջետավորման գործառույթ իրականացնող գերատեսչության/պետական մարմնի դերի փոփոխություն և մանրակրկիտ ֆինանսական վերահսկողությունից անցում կատարվի ծախսերի տեխնիկական և նպատակային արդյունավետության, գնային և արդյունքների գնահատման վերլուծությունների:
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:

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 1.

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



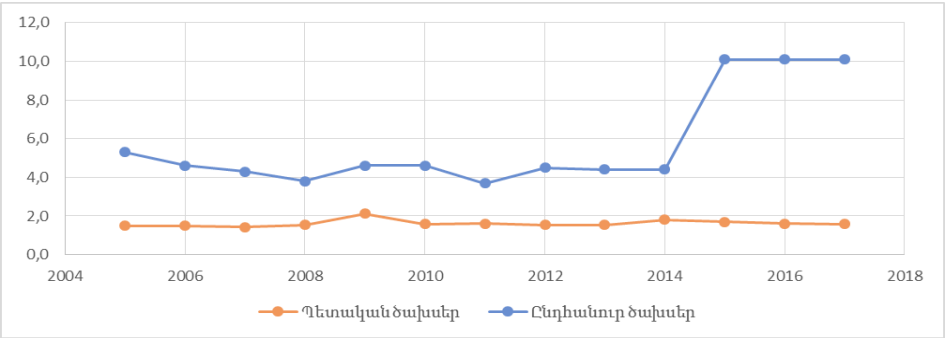
Աղբյուրը՝ ԱՀԿ տվյալների շտեմարան,
http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=109

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):

Դա է պատճառը, որ չնայած տնտեսության ակտիվության ցուցանիշների փոփոխություններին, մասնավորապես՝ ՀՆԱ-ի արձանագրվող աճին, առողջապահության պետական ծախսերը շարունակում են իրենց ցածր, հաստատուն մակարդակը պահպանել:

Գծապատկեր 2.

Առողջապահությանն ուղղվող ընդհանուր և պետական ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում (%)



Աղբյուրը ԱՀԿ տվյալների շտեմարան, http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

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%: Հայաստանի մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կազմում է 82% և գերազանցում է միևնույն ցուցանիշը միջին համաշխարհային ցուցանիշից մոտ 4.5 անգամ: Թերևս մեկ շնչին ընկնող 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՝ 612 ԱՄՆ դոլար) և մեկ շնչին ընկնող առողջապահության պետական ծախսերի (Գնողունակության հավասարություն ԳՀ/PPP միջ. $) մակարդակով Հայաստանը զբաղեցնում է 136-րդ տեղը 191 երկրների մեջ[8]: Չնայած այս հանգամանքին, միևնույն է կառավարության կողմից լուրջ աճ առողջապահության ֆինանսավորման նպատակով չի նախատեսվում: 2014 թվականին ՀՀ կառավարության կողմից վերանայված Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրով[9] (ՀԶՌԾ) 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

[8] ԱՀԿ տվյալների շտեմարան, http://www.who.int/gho/health_financing/en/

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

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 առողջապահաությանն ուղղվող միջոցները առավել նպատակային օգտագործելու համար:

Հաշվի առնելով վերը նշվածները և իրականացված հետազոտություններն ու տրված գնահատականները, առաջարկվում է.

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:
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՝ փորձ կատարելով առկա համակարգի սահմանափակումների ներքո գործի դնել ծրագրային բյուջետավորման հիմնական հասկացություններ: Կստեղծվեն անհրաժեշտ նախադրյալներ լիարժեք ծրագրային բյուջետավորման անցման համար՝ սկսած 2019 թվականից:[10]

Ատենախոսության երրորդ **«Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման կատարելագործման ուղիները»** գլխում քննարկվել են ծրագրային բյուջետավորման զարգացմանն ուղղված արդյունքների գնահատման մեթոդի ներդրումը, ներկայացվել են առողջապահության բյուջեի կառուցվածքային փոփոխությունները և ցուցանիշների համախմբի միջոցով առողջապահության ֆինանսավորման գնահատումը:

Այդ իսկ նկատառումներից ելնելով էլ առաջարկվում է ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքի կիրառում միկրոմակարդակում՝ ներդնելով «Ըստ գործունեության արդյունքների ֆինանսավորման համակարգ» առողջության առաջնային պահպանման համակարգում: Վերջինիս էությունն ըմբռնելու համար կարևորվել են.

---

[10] ՀՀ կառավարության 19.05.2014թ-ի N 511-Ա որոշում «ՀՀ կառավարության ծրագիրը հաստատելու մասին»

- Նպատակներ կամ վերջնական արդյունքներ: Այն հաճախ ներկայացվում է որպես բնակչության առողջության հատկանիշների բարելավում կամ դրան նպաստող դրական փոփոխություն: Վերջնական արդյունքը հաճախ ներկայացվում է որպես բժշկական ծառայությունների մատուցման ծավալների, որակի և ժամկետայնության 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 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:
- 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:

Գնահատման համար հեղինակի կողմից ընտրված ցուցանիշները որոշվել են հաշվի առնելով առողջապահության ոլորտից դուրս հնարավոր ազդեցությունները: Այնպիսի պատճառները, 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 օրինակում հեղինակը խուսափել է նմանատիպ գործոններով պայմանավորված ցուցանիշների ընտրությունից:

Աղյուսակ 3.

Հասաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման արդյունավետության գնահատման համախմբված ցուցանիշները 2016թ. դրությամբ

ՑՈՒՑԱՆԻՇ	ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ	ԸՆԹԱՑԻԿ ՎԻՃԱԿԸ 2016թ
1	2	3
Ֆինանսական ցուցանիշներ		
ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական ծախսերի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 2.5%, երկարաժամկետում ≥ 5.5%	1.5%
Պետական բյուջեում առողջապահության բյուջեի մասնաբաժինը	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 10%, երկարաժամկետում ≥ 15%	6,2%

1	2	3
Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բյուջետային ծրագրին հատկացվող ֆինանսական միջոցների տեսակարար կշիռը առողջապահության ընդհանուր բյուջետային ծախսերում	Աճ, միջինժամկետում ≥ 30%, երկարաժամկետում ≥ 50%	Չի սահմանված, համաձայն գնահատման 15%
Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ում	Նվազում, միջինժամկետում ≤ 2.1%, երկարաժամկետում ≤ 1.5%	2.4%
Ուղղակի վճարումների տեսակարար կշիռը մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջինժամկետում ≤ 80%, երկարաժամկետում ≤ 55%	93.9%
Մասնավոր ծախսերում բժշկական ապահովագրությանն ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը	Աճ, երկարաժամկետում ≥ 60%	6,1%
Ոչ վարակիչ հիվանդություններին ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր մասնավոր ծախսերում	Նվազում, միջինժամկետում ≤ 25%, երկարաժամկետում ≤ 15%	Համաձայն գնահատականների 35%
Սքրինինգներին ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 1.2%, երկարաժամկետում ≥ 6%	Չի սահմանված, համաձայն գնահա-տականների 0.06%
Ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ		
Մահացության ցուցանիշը 100.000 բնակչի հաշվով	Շարունակական նվազում, Երկարաժամկետում մոտ 3 անգամ	973
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

1	2	3
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
Ռիսկերի կառավարման ցուցանիշներ		
Բնակչության կողմից իր առողջության վիճակի մասին տեղեկացվածության մակարդակ	Սահմանում, միջինժամկետում ≥ 35%, երկարաժամկետում ≥ 50%	Չի սահմանված, համաձայն գնահատման 6%
Առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բժշկական կազմակերպություններում առանձին տարիքային խմբի բոլոր անձանց կանոնավոր բժշկական զննումներ	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 60%, երկարաժամկետում ≥ 80%	40
Հիմնական տեղեկությունների գնահատում (հասակ, քաշ, ընթացիկ դեղորայք, տարիք, ընտանեկան պատմություն, ծխելու մասին տվյալներ, արյան ճնշում)	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 50%, երկարաժամկետում ≥ 60%	20
Խոլեսթերինի և (որոշ դեպքերում) արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակները որոշելու նպա-տակով արյան հետազոտության իրականացում	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 70%, երկարաժամկետում ≥ 90%	60
Արյան և մեզի լրացուցիչ հետազոտությունների իրականացում, եթե բացահայտվել է երիկամների հիվանդության ռիսկ	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 60%, երկարաժամկետում ≥ 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 ≥ 30%, երկարաժամկետում ≥ 60%	10
Կրթման և վերապատրաստման ծրագրերի իրականացում թիրախային տարիքային խմբի անձանց և բուժանձնակազմի համար	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 10%, երկարաժամկետում ≥ 30%	-

1	2	3
Հիմնական տեղեկությունների ներկայացում բնակչությանը (անհատական զրույցներ, խմբային քննարկումներ բժշկական կազմակերպություններում, համայնքներում, աշխատանքային վայրերում /ռիսկային համարվող աշխատանքային առանձնահատկություննե-րից ելնելով/, բակային համայցների ընթացքում, ԶԼՄ)	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 5%, երկարաժամկետում ≥ 30%	-
Բժիշկների, բուժքույրերի և նեղ մասնագետների վերապատրաստում՝ բնակչությանը կրթելուն ուղղված ծրագրերի մասով	Շարունակական աճ, միջինժամկետում ≥ 30%, երկարաժամկետում ≥ 80%	15

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 հնարավորություն տա նաև իրականացնել ռիսկերի կառավարում՝ շարունակական հսկողություն սահմանելով առողջության վրա ազդող ռիսկերի բացահայտման և թիրախային խմբերի ձևավորման ուղղությամբ, ինչպես նաև նպատակային գործողություններ և միջոցառումներ մշակելով և իրականացնելով այդ թիրախային խմբերի համար:

Եզրակացություններ բաժնում հանրագումարի են բերվել ատենախոսության հիմնական արդյունքները, որոնք հիմք են հանդիսացել հետևյալ առաջարկությունների համար.

1. Տնտեսավարման ժամանակակից պրակտիկայում աշխարհի առաջատար երկրների զարգացման համար առավելապես կարևորվում է մարդկային կապիտալի պահպանման ու բարելավման ուղղությամբ իրականացվող միջացառումների համակարգումը: 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:

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 կամ մասնավոր ֆինանսավորման համակարգեր են գործում՝ պետական կոշտ կարգավորման ներքո: Բացի դա, նմանատիպ երկրներում բյուջետային համակարգերը որպես կանոն գործում են ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքով՝ առաջնահերթությունը տալով արդյունքների գնահատմանը: ՀՀ 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 հայեցակարգ, իսկ գոյություն ունեցողն էլ միայն կարգավորում է պետական պատվերի շրջանակներում բուժօգնության ֆինանսավորման ոլորտը: Դեռևս ընտրված չէ ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման օպտիմալ մոդելը:

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:

7. Ծրագրային բյուջետավորմանը 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:

Ատենախոսության հիմնական դրույթներն արտացոլված են հեղինակի հետևյալ գիտական հոդվածներում և աշխատություններում.

1. Խարազյան Ս.Ջ., Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում ծրագրային բյուջետավորման ներդրման հիմնախնդիրները, «Ֆինանսներ եվ էկոնոմիկա», 1(151), Երևան 2013թ, էջ 47-49,
2. Խարազյան Ս.Ջ., Ըստ գործունեության արդյունքների գնահատման ֆինանսավորումը որպես ծրագրային բյուջետավորման զարգացման հիմք ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում, «Ֆինանսներ եվ էկոնոմիկա», 1(151), Երևան 2013թ, «Մունետիկ» ՍՊԸ հրատարակչություն, էջ 50-53
3. Խարազյան Ս.Ջ., ՀՀ առողջապահության ոլորտում ծրագրային բյուջետավորման կատարելագործման հիմնական ուղղությունները, «Այլընտրանք» գիտական հանդես, 2015#4, Երևան 2015թ, Այլընտրանք հետազոտական կենտրոն, «Լիմուշ» ՍՊԸ, էջ 322-327
4. Խարազյան Ս.Ջ., Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական ընդհանուր ծախսերի գնահատումը, «Ֆինանսներ և էկոնոմիկա», 11-12 (183-184), Երևան 2015թ, էջ 28-31
5. Խարազյան Ս.Ջ., Առողջապահության ֆինանսավորման գնահատումը ցուցանիշների համախմբի միջոցով, «Գիտելիք, Նորաստեղծություն և զարգացում: ՀՊՏՀ 25-րդ գիտաժողովի նյութեր, ՀՊՏՀ: - Եր.: Տնտեսագետ, 2015, էջ 443-448
6. Խարազյան Ս.Ջ., ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման ռազմավարության խնդիրները, «Այլընտրանք» գիտական հանդես, Երևան 2016թ, Այլընտրանք հետազոտական կենտրոն, «Լիմուշ» ՍՊԸ, էջ 375-380,
7. Խարազյան Ս.Ջ., Առողջապահության բյուջեի կառուցվածքային փոփոխությունների և տեղեկատվության համակարգի բարելավման անհրաժեշտությունը, «Բանբեր ՀՊՏՀ», Երևան 2016թ, թիվ 4, էջ 64-70:

ХАРАЗЯН САМВЕЛ ДЖАНИБЕКОВИЧ
“УСОВЕРШЕСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИИ ПРОГРАММНЫМ БЮДЖЕТИРОВАНИЕМ”

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.03 – “Финансы, бугалтерский учет”.
Защита диссертации состоится 10-ого мая 2018г. в 15:30 на заседании специализированного совета 014 ВАК РА по экономике, действующего в Армянском Государственном Экономическом Университете по адресу: 0025, г. Ереван, ул. М. Налбандяна 128.

Р Е З Ю М Е

Диссертация посвящена проблемам оценки эффективности системы финансирования путем учета финансовых и не финансовых показателей, определения факторов риска по краткосрочным, среднесрочным и долгосрочным результатам мероприятий и действий. Проблемы, поднятые в диссертации, рассмотрены в контексте теоретических и практических решений.
За последние 20 лет наша страна сформировала систему бюджетного финансирования здравоохранения, которая предразумевает централизованный сбор налогов и централизованное бюджетное планирование и распределение средств. Правительство планирует государственный бюджет, для того, чтобы обеспечить потребности общественного здравоохранения, определить ресурсы, которые должны быть направлены для этого, а также определить, как и по коким ценам должны компенсироватся услуги. Финансирование осуществляеться системой единого плательщика на основе заключенных договоров с медицинскими организациями. Не смотря на действующий принцип единого плательщика, была попытка стимулировать добровольную медицинскую страховку, вовлекая частные страховые компании в процесс страхования государственных служащих со стороны их работодателя – Государства. Однако, несмотря на это продолжается рост частных расходов (в 2015 году доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет 82%, между тем, как доля государственных расходов составляет 17%). Такое распределение не характерно системе бюджетного финансирования, особенно, когда из частных расходов только 1-1.5% составляют расходы добровольного страхования, в то время как львиная доля приходится на частные расходы из кармана, в котором, в свою очередь, по некоторым оценкам 10-15%, являются неофициальные платежи. В этих условиях, темпы роста государственного бюджета (СПГР 2015-2017гг и ПСР 2014-2025гг) менее перспективны, и внедрение более эффективных механизмов финансирования здравоохранения, как сегмента социальной системы и залога развития человеческого капитала, более чем актуальны. Аналогичные системы финансирования, которые существуют в мире при государственных бюджетных моделях, известны как системы программного бюджетирования, которые способствуют росту финансовой и социальной эффективности расходов путем оценки конечных результатов и обновленных систем информации.
Оценка выявленных проблемм и предлагаемые пути их решений стали основой для формирования следующих научных результатов исследования;

- ✓ Разработаны методы расчета нормативов финансирования и коэффициентов нагрузки основанные на оценке результата деятельности предоставляющих первичные медицинские услуги.
- ✓ Была обоснована и предложена измененная структура бюджета здравоохранения,

соотвествующая стратегическим и целевым программам здравоохранения, которая предразумевает реструктуризацию и реорганизацию групп, отделов и программ бюджета здравоохранения на основе оценки мероприятий и действий направленных на решение текущих задач.

✓ Разработана “Шкала оценки финансирования системы здравоохранения Армении”, которая дает возможность учесть результаты выполнения финансовых и нефинансовых показателей, а так же факторы рисков при среднесрочной и долгосрочной оценке эффективности финансирования здравоохранения.

✓ Были обоснованы и намечены тезисы стратегии финансирования здравоохранения Армении, которые отражают решение следующих задач; сокращение частных расходов населения, ценообразование медицинских услуг и другие основные принципы финансирования системы здравоохранения, определение модели финансирования здравоохранения.

KHARAZYAN SAMVEL

IMPROVING THE HEALTH FINANCING SYSTEM OF THE REPUBLIC OF ARMENIA THROUGH THE PROGRAM BUDGETING

The abstract of the thesis for receiving the degree of Economics in the specialty 08.00.03 - "Finance, Accounting"

The defence of the thesis will take place on 10 of May, 2018, at 15:30 o'clock at 014 Specialized Council of Economics of the SCC RA at Armenia State University of Economics; 128 M. Nalbandyan street, Yerevan, RA, 0025

ABSTRACT

Dissertation is devoted to the problems of assessing the effectiveness of the system of financing by taking into account financial and non-financial indicators, identify risk factors for short-, medium- and long-term results of the activities and actions. The issues raised in the thesis, considered in the context of theoretical and practical solutions. Over the past 20 years our country has formed a system of budget financing of health care, which means centralized tax collection and centralized budget planning and resource allocation. As a rule, the government is planning the state budget, in order to ensure the public health needs, determine the resources that should be directed to this, as well as decide how much will be prices for services and how will be done the payments for them. Financing is made by single-payer system, based on contracts with medical organizations.Despite the current principle of a single payer, it was an attempt to encourage voluntary health insurance, involving private insurance companies in the process of insurance of civil servants from their employer - the government. In 2012-2013, the system was implemented mondatory health insurance for civil servants as part of a package of social services. But within a short period of time the government stepped back from this path. However, despite this continued growth in private spending (in 2015 the share of private expenditure in total health expenditure was 82%, meanwhile, government spending as a share of 17%). In addition, only 1-1.5% of the private spendings is the cost of voluntary insurance. Under these conditions, the growth of the state budget (MTEF 2015-2017 and SPPD 2014-2025) less promising, and the introduction of more effective mechanisms for health financing, as a segment of the social system and the collateral development of human capital, more than relevant. A similar system of state budget financing models that exist in the world, known as program budgeting system, which contribute to the growth of the financial and social cost-effectiveness by assessing the outcomes and updated information systems.

Evaluation of the identified key problems and suggested ways of solving them became the basis for the formation of the following scientific research results;

- ✓ Developed the methods of calculation of the normative of financing and load factors based on evaluation of the performance of primary healthcare services.
- ✓ was justified and suggest changed structure of the health budget that is appropriate strategic and targeted health care programs that means restructuring and reorganization of groups, sectors and programs of the health budget on the basis of an assessment of measures and actions to address the current problems.
- ✓ develop "Scale of assessment of health system financing in Armenia", which makes it possible to take into account the results of the financial and non-financial indicators, as well as a risk factor in the medium and long-term evaluation of the effectiveness of health care financing.
- ✓ were justified and identified the options of the health financing strategy in Armenia, which reflect the following objectives; reducing private spending, pricing of health services and other basic principles of health financing, the definition of a model of health care financing.