

**ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ**

ԶՆԴՈՅՑԱՆ ՇԵՐԱԶ ԽԱԼԻԼԻ

**Առողջապահական համակարգի կազմակերպման և ֆինանսավորման
հիմնախնդիրները Հայաստանի Հանրապետությունում**

**Ը.00.02 - «Տնտեսության, նրա ոլորտների տնտեսագիտություն և
կառավարում» մասնագիտությամբ տնտեսագիտության քեկնածուի գիտական
աստիճանի հայցման ատենախոսության**

ՍԵՐԱՆԴԻՔ

ԵՐԵՎԱՆ 2014

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի պետական համալսարանում:

Գիտական դեկան՝

տնտեսագիտության դոկտոր, պրոֆեսոր
Հայկ Լևոնի Սարգսյան

Պաշտոնական ընդիմախոսներ՝

տնտեսագիտության դոկտոր, պրոֆեսոր
Էդուարդ Համբարձումի Օրյան

տնտեսագիտության թեկնածու, դոցենտ
Աննա Հովհաննիկի Հակոբյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

Հայաստանի պետական
ճարտարագիտական համալսարան
(Պոլիտեխնիկ)

Ատենախոսության հրապարակային պաշտպանությունը կայանալու է
2014թ. հունիսի 27-ին, ժամը 15:00-ին Երևանի պետական համալսարանում
գործող ՀՀ ԲՈՀՀ-ի տնտեսագիտության բիլ 015 մասնագիտական խորհրդում:

Հասցեն՝ ք. Երևան, Աբովյան 52

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Երևանի պետական
համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2014թ. մայիսի 26-ին:

015 մասնագիտական խորհրդի

գիտական քարտուղար,

տեխնիկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր՝

Ա.Հ.Առաքելյան

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Հետազոտության բնայի արդիականությունը: Առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների ընթացքում ՀՀ-ում դեռևս չի հաջողվել ձևավորել արդյունավետ կառավարման և ֆինանսավորման, համարժեք առողջապահական ծառայությունների, բնակչության արդարացի ֆինանսական պաշտպանվածության համակարգ: Հիմնախնդիրը ոչ միայն ֆինանսական միջոցների աճքավարարությունն է, այլև առաջին հերթին, առկա միջոցների արդյունավետ և արդարացի օգտագործումը: Ոլորտի ֆինանսավորումը պահանջում է տրամադրած ծառայությունների համարժեք հատուց, առողջապահական առավելագույն արդյունքի և դրա սպասողների ֆինանսական անհրաժեշտ պաշտպանվածության ապահովում: Հիմնախնդիրը դիտարկելիս անհրաժեշտ է ելակետ ընդունել ֆինանսական միջոցների մշտական պակասուրը, դրանց ռացիոնալ բաշխման ու օգտագործման նախապայմանը և սպասողների կրծքից առողջապահական ծառայությունների համար անձնական միջոցներից վճարումներ:

Առողջապահությունը տնտեսական և սոցիալական համակարգ է, որտեղ արտացոլվում են մարդկանց, պետության և ծառայություններ մատուցողների շահերը: Առանց արդյունավետ գործող ֆինանսական համակարգի հնարավոր չէ ապահովել բնակչության համատարած և նատչելի ընդգրկումը բժշկակասամիտարական ծառայությունների մեջ: Աշխարհի այն երկրներում, որտեղ առողջապահական ծառայությունների վճարմանը մասնակցում են բուժվողները, առողջապահական ծառայությունների վճարման հետևանքով ամեն տարի 100 մլն մարդ հայտնվում է աղքատությամ մեջ¹, դա նաև մեր հասարակության իրական սպասմայիրներից է:

Առողջապահական ծառայությունները բացառապես շահույթի նպատակադրամք շուկայական ապրանք չեն: Մատուցվելով անհատներին, դրանք օգուտներ են բերում ամբողջ հասարակությանը: Բնակչության համատարած և որակյալ առողջապահական ծառայությունների ապահովման համար յուրաքանչյուր երկիր ընտրում է առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման իր մողելը: Ներկայում ՀՀ-ում կիրառվում են առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման հնարավոր բոլոր եղանակները՝ բյուջետային և ապահովագրական ֆինանսավորումը, վճարովի ծառայությունները, առողջապահական ծառայություններից օգտվողների պաշտոնական համագնարները, սակայն չենք կարող արձանագրել, որ ունենք գործող մողել, որը բնակչության համար ապահովում է որոշակի շափորշիշներով սահմանվող որակյալ առողջապահական ծառայություններ:

Բնակչությանը առողջապահական ծառայությունների մատուցման մակարդակի նվազման վրա զգայի ազդեցություն բողեց ֆինանսատնտեսական ճգնաժամը: Նվազեց ոլորտի բյուջետային ֆինանսավորումը, որպես արդյունք

¹ Константин Кесслер, Эффективное финансирование здравоохранения: Рекомендации ВОЗ, 14 декабря 2012 г., стр. 1, http://med-express.blogspot.com/2012/12/blog-post_14.html

կրծատվեցին առողջապահական կանխարգելիշ ծրագրերը, բնակչության զգալի հատվածի համար նվազեց առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության մակարդակը: Ոլրոտի բարեփոխումները վերջին ժամանակահատվածում ընթանում են շրջադարձային փոփոխություններով: Կառավարությունը 2013թ. վերջից հրաժարվեց սոցիաքերի շրջանակներում առողջության ապահովագրության ձևաչափից՝ փոխարինելով այն մասնագիտական շրջանակներում վիճահարույց պետության երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման տարբերակով:

Վերը նշվածը վկայում է, որ Հայաստանում առողջապահական համակարգի կազմակերպման և ֆինանսավորման բարեփոխումները սոցիալական ու տնտեսական առանձնակի պատասխանատվություն ստանձնած խնդիրներ են, որը և հիմք է հանդիսացել սույն ատենախոսության թեմայի ընտրության համար:

Հետազոտության օբյեկտը և առարկան: Հետազոտության օբյեկտ է հանդիսանում ՀՀ առողջապահության ոլրոտի կազմակերպման և ֆինանսավորման համակարգը: Հետազոտության առարկան է առողջապահական ծառայությունների գնորդների, մատակարարների և դրանց սպառողների ֆինանսական հարաբերությունները՝ ներառյալ պետական նպատակային ֆինանսավորման շուկայական բաղադրիչների համալիրը:

Հետազոտության նպատակը և խնդիրները: Ատենախոսության նպատակն է հետօնմաժամային իրավիճակում առողջապահության պետական ֆինանսավորման հարաբերական նվազող պայմաններում վերհանել և հիմնավորել առողջապահության կազմակերպման և ֆինանսավորման այն կառուցակարգերը, որոնք հնարավորություն կտան համարժեք ֆինանսավորում ապահովել առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին, ինչպես նաև ապահովել այդ ծառայություններից օգտվող սպառողների ֆինանսական պաշտպանվածությունը: Ընդհանրական խնդիրն այն է, որ ֆինանսավորման արդյունավետ կառուցակարգերի և դրան նպաստող վարչարարության միջոցով ապահովի ոլրոտի և դրա առանձին օդակների առողջապահական, սոցիալական և տնտեսական արդյունավետությունը:

Նախանշված նպատակին հասնելու համար աշխատանքում առաջարկվել և լուծվել են հետևյալ հիմնական խնդիրները.

- ներկայացնելով առողջապահական համակարգերի դասական մոդելները՝ վերլուծել ազգային առողջապահական համակարգերի կառավարման առանձնահատկություններն ու զարգացման արդի հիմնախնդիրները,

- ներկայացնել առողջապահական ծառայությունների ծախսերի գնահատման և գների կարգավորման միջազգային փորձը,

- վերլուծել ՀՀ առողջապահական համակարգի բնութագիրը և մատուցվող ծառայությունների ֆինանսավորման մակարդակը:

- վերլուծել առողջապահական ծառայությունների գնագոյացման և պաշտոնական համավճարների հիմնախնդիրները,

- վերլուծել առողջության ապահովագրության միտումները սոցիալական փաթեթի շրջանակում, կառավարության կողմից դրա կառուցակարգի կորուկ փոփոխության հետ կապված հիմնահարցերը,
- բացահայտել առողջապահական համակարգի փոխկապակցված և բազմագործոն պատկերը և դրա հիմքով կառուցել ոլորտի կայուն զարգացման ռազմավարության առաջնահերթությունները,
- նախանշել առողջապահական համակարգի կայուն ֆինանսավորման քաղաքականության առաջնային խնդիրները,
- մշակել հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների ֆինանսավորման ծախսատնտեսող կառուցակարգերի ներդրման ծրագիրը:

Հետազոտության տեսամեթոդական և տեղեկատվական հիմքեր:

Հետազոտության մեջ առաջադրված խնդիրների լուծման համար տեսական հիմք են հանդիսացել տնտեսագիտության, կառավարման դասական և ժամանակակից տեսությունների հիմնադրույթները, հայեցակարգերը, մոդելներն ու մեթոդները, համաշխարհային պրակտիկայում տեղ գտած ոլորտի ֆինանսական կառավարման բարեփոխումները, հայ և արտասահմանյան հետազոտողների կողմից առողջապահության բնագավառում կատարված ուսումնասիրությունները:

Հետազոտության համար տեղեկատվական հիմք են հանդիսացել ՀՀ օրենքները և իրավական ակտերը, ՀՀ կառավարության, ՀՀ ԱՎԾ-ի, ՀՀ առողջապահության, ՀՀ ֆինանսների նախարարությանների, մշագգային կազմակերպությունների (ԱՀԿ, Համաշխարհային բանկ, Եվրամիության հանձնաժողով և այլն) հրատարակումները և պաշտոնական տեղեկագրերը, ինչպես նաև տարբեր փորձագետների գնահատականները:

Աշխատանքում կիրառվել են համեմատական, համակարգային, վիճակագրական, գործնային, գրաֆիկական վերլուծությունների մեթոդները:

Հետազոտության գիտական արդյունքները և նորույթ: Համակարգելով առողջապահության կառավարման ոլորտում մասնագիտական գրականության մեջ և օրենսդրական փաստաթղթերում կիրառվող առողջապահական ծառայությունների «Գճարող», «Գնորդ», «Ակտիվ գնումներ», ինչպես նաև առողջապահական կազմակերպությունների «կանխատեսումային բյուջե», «գլոբալ բյուջե» հասկացությունները, ատենախոսությունում որպես գիտական նորույթ է ներկայացվել հետևյալը.

- Մշակվել է ՀՀ ԱՆ «Պետական առողջապահական գործակալության» (ՊԱԳ) համար առողջապահական ծառայությունների ծեռքբերման «ակտիվ գնորդի» հայեցակարգ և ստացիոնար ծառայությունների ծախսախնայող ֆինանսավորման ձևաչափ, որը հիմնված է կանխատեսումային գլոբալ բյուջեի կառուցակարգի վրա:

- Մշակվել է սոցիալական փաթեթի շահառուների համար ապահովագրության քաղաքարիչի վերականգնման հիմնավորված և գործունակ կառուցակարգ:

- Աշակել է պոլիկլինիկաների՝ բարձրացված դրույքաչափերով և որոշակի քվոտայով ֆիանանսավորման տրամադրման մոտեցումը, որն ապահովում է համակարգի ծախսախնայող արդյունք:

Նշված մոտեցումները և դրանց համակարգված լուծումները նպատակառողջված են պետական ֆինանսավորման հարաբերական նվազման պայմաններում տնտեսական խթանիչների օգնությամբ առողջապահական ծառայությունների ապահովմանը և արդյունավետության բարձրացմանը:

Հետազոտության արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը և կիրառումը: Ատենախոսությունում առաջարկված մոտեցումները և առաջարկությունները կարող են հիմք հանդիսանալ ՀՀ կառավարության առողջապահության ոլորտում իրականացվող բարեփոխումների, մասնավորապես՝ ՀՀ-ում առողջապահության ֆինանսավորման նոր արդյունավետ կառուցակարգերի ներդրման, ՀՀ կառավարության «Կայուն զարգացման ծրագրով»² նախատեսված արդյունքների ապահովման, ինչպես նաև ոլորտի կարգավորումն ապահովող օրենսդրական նորմատիվային փաստաթրերի մշակման համար: Դրանք կարող են կիրառվել սոցիալական փաթեթի շրջանակներում առողջության ապահովագրության բաղադրիչի վերաբերյալ:

Հետազոտության արդյունքների փորձարկումը և երապարակումները: Ատենախոսության հիմնական արդյունքները և հեղինակի մոտեցումները քննարկվել են ԵՊՀ-ի տնտեսագիտության ֆակուլտետում, դրանք արտացոլվել են հեղինակի 5 գիտական հոդվածներում:

Ատենախոտության ծավալը և կառուցվածքը: Այս պայմանավորված գիտական հետազոտության նպատակով, խնդիրներով և տրամարանությամբ: Ատենախոտության ծավալը կազմում է 169 տպագիր էջ՝ առանց հավելվածների: Ատենախոտությունը բարեկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացությունից, գրականության ցանկից և հավելվածներից, պարունակում է 9 աղյուսակ, 16 գծապատկեր, 7 հավելված:

ԱՏԵՆԱԽՈՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ատենախոտության ներածությունում հիմնավորված է թեմայի արդիականությունը, ներկայացված են հետազոտության նպատակները և խնդիրները, ուսումնասիրության տեսական, տեղեկատվական և մեթոդական հիմքերը, ձևակերպված են ստացված գիտական արդյունքները և նորույթը, ինչպես նաև արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը:

Ատենախոտության առաջին՝ «Առողջապահության ոլորտի միջազգային կարգավորումը և զարգացման միտումները» գիտում ներկայացվել են ձևակերպված առողջապահական համակարգերի դասական մոդելները: Հասարակության սոցիալ-քաղաքական կառուցվածքի հետ սերտ կապված առողջապահական

² Կայուն զարգացման ծրագիրը թ. Երևան, 2008 թ., <http://www.gov.am/am/>

համակարգի առավել հայտնի դասակարգումներից է ԱՀԿ մի շարք փորձագետների Ս. Հականոնի, Մաշնոնի, Դ Ինտիգանյի³ մոտեցումը: Ըստ այդմ տարբերակվում են Բեվերիջի, Բիսմարկի, շուկայական առողջապահական, ազգային առողջապահության ապահովագրական, առողջապահության շռայրության և Սեմաշկոյի խորհրդային մոդելները: Բիսմարկի, Բեվերիջի և Սեմաշկոյի մոդելները կարուցված են համերաշխության գաղափարախոսության վրա, ըստ որի՝ յուրաքանչյուր անձի հասանելիությունը առողջության ապահովմանը չպետք է կառուցվի հանրային բարեկեցության մեջ նրա անձնական ներդրումից կախված: Ազատական գաղափարախոսության համաձայն, անձի հասանելիության աստիճանը առողջապահական ծառայություններին ապահովվում է հանրային բարեկեցության մեջ նրա ներդրումով, որն առավելապես բնորոշ է ամերիկյան հանրային մշակույթին:

Յուրաքանչյուր մոդել ունի իր տարեր մոդժիկացիմերը, որոնք պայմանավորված են առանձին երկրների պատմական, տնտեսական, քաղաքական, մշակութային, բարոյահոգեբանական և այլ առանձահատկություններով: Նման իրավիճակը պայմանավորված է մի կողմից եվլոյցին և, մյուս կողմից՝ ճգնաժամային խթանիչ կտրուկ գարգացումներով: Դրա վառ օրինակներից է ներկա ժամանակահատվածում ԱՄՆ-ում իրականացվող բարեփոխումները: ԱՄՆ-ն ունենալով ՀՆԱ-ի նկատմամբ առողջապահության ծախսերի աննախադեպ ցուցանիշ՝ 17.9%,⁴ ըստ էռիթյան, շուներ բոլորի համար հավասարապես հասանելի առողջապահական որակյալ ծառայությունների սոցիալական երաշխիքները: Նախագահ Օրամայի վարչակազմի բարեփոխումներով, մեծ ընդիմության պայմաններում, 2010թ. ընդունվեց «Ամերիկյան մասշելի առողջապահության» (Affordable Health Care for America Act) օրենքը, որն անվանում են «Obamacare»: Այն առողջության ապահովագրության մասով գործողության դրվեց 2014թ.: Փորձագետների գնահատումով այդ օրենքի շնորհիվ 34 մլն քաղաքացիներ կստանան առողջության ապահովագրության ծածկույթ:

Տարբեր մոդելներում առողջապահական ծառայություններ արդարացի հատուցման, համակարգի կայունության պահպանման և որակյալ, համարժեք ծառայությունների մատուցումն ապահովելու համար բացառիկ կարևոր նշանակություն ունի առողջապահական ծառայությունների ծախսերի գնահատումն ու գնազոյացումը և դրանց կարգավորումը: Առողջության հանրային կարիքների տեսանկյունից առողջապահության ոլորտում գնագոյացումը ունի երեք հիմնական նպատակ. ա) ծառայություններ

³ Подушевое финансирование в здравоохранении. Отечественный и зарубежный опыт. – Методология / В.М.Чернышев, С.А.Банин, А.Л.Заиграев, А.Н.Лайбин. - Новосибирск 2005. – 94с., стр. 10, <http://www.somec-nsk.ru/Documents/books/16.pdf>

⁴ Health-Care Spending to Reach 20% of U.S. Economy by 2021, By Alex Wayne - Jun 13, 2012, <http://www.bloomberg.com/news/2012-06-13/health-care-spending-to-reach-20-of-u-s-economy-by-2021.html>

մատուցողների արդարացի հատուցում, բ) մատուցված ծառայությունների ծախսերի ճիշտ արտացոլում գնի մեջ և համակարգի կայունության խթանում, գ) զնային կառուցվածքի միջոցով բուժման պահանջվող պրակտիկայի պահպանում և լավ արդյունքներ ապահովող բուժանձնակազմի աշխատանքի խրախուսում: Այդ մոտեցումներից շեղումները առաջացնում են մի շարք անցանկալի հետևանքներ՝ ոչ ֆորմալ վճարումներ, անարդյունավետ ծառայությունների մատուցում, հիվանդների բուժումից խոսափում և այլն:

Գնագոյացման համար հիմնական գործոններ են հանդիսանում ծառայության միավորի սահմանումը, այլ միավորի հետահայաց կամ կանխատեսումային վճարման մեթոդաբնությունը, ծախսերի զնահատումը, վճարման եղանակը, մատուցողների և գնորդների բնութագրիչները, որոնք խիստ փոխկապակցված են: Զարգացող, միջին և ցածր մակարդակի եկամուտներ ունեցող երկրները հիվանդանոցային ծառայությունների համար հիմնականում կիրառում են առանձին տողերով և գորպալ բյուջեով առողջապահության ծախսերի վճարման եղանակները: Դրանք պարզ են վարչարարության առումով, սակայն միևնույն ժամանակ դրանք սուսույգ չեն ծախսերի ճշգրիտ գնահատման տեսանկյունից: Գների որոշման հարցում գերակայում է պատճականորեն ձևավորված գների ազդեցությունը, որը չի ապահովում մատուցողի ծախսերի բոլոր փաստացի հոդվածների հասույցը: Դա հանգեցնում է առողջապահական ծառայությունների նվազ կամ բեր ապահովածության և չի խրանում կառավարման ճկունությունը: Այդուհանդերձ, դրանք ծառայությունների գնորդներին բույլ են տալիս որոշակիորեն վերահսկել վճարումների ընդհանուր մակարդակը:

Զարգացած ու տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ) երկրների համրային հատվածի գնորդները հիմնականում կիրառում են համեմատարար քարդ՝ դիագնոստիկ փոխկապված խնդիրի (DRG-ի) հիմքով միավորի վճարման մեթոդը, որի միջոցով սահմանվում է գների սանդղակը և բժիշկների համարժեք վարձատրության չափը:

Անցումային երկրների առողջապահական համակարգում տնտեսական հարաբերություններ առաջացան չորս տիպի սույնեկտունների միջև. 1) առողջապահական ծառայություններ մատուցողներ՝ ի դեմս բուժիմնարկների և մասնավոր պրակտիկա իրականացնող բժիշկների, 2) ծառայությունները սպառողներ՝ ի դեմս բնակչության կամ առանձին սոցիալական խնդիրի, 3) ծառայությունների համար վճարող միջնորդներ՝ ի դեմս պետական բյուջետային ֆինանսավորող գործակալությունների և ապահովագրողների, 4) պետության որպես առողջապահության ոլորտի տնտեսական ու սոցիալական հարաբերությունների կարգավորող իշխանական սույնեկտի⁵: Այդ երկրներում առողջապահական համակարգերի կառավարման քաղաքականության մեջ

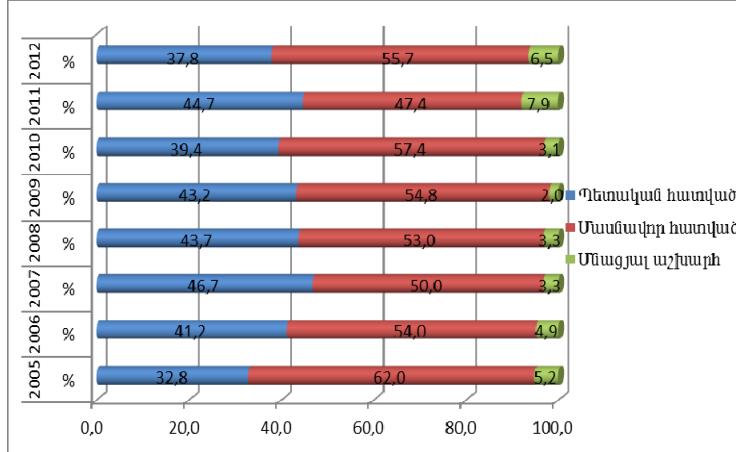
⁵ Реформа финансирования российского здравоохранения, С. В. Шишкин. Институт экономики переходного периода, 2000 г., стр. 154, <http://userdocs.ru/finansi/19484/index.html>

ազատական շուկայական մեխանիզմների պարզ գերակայությունը փոխարինվեց «կարգավորվող շուկայի» գերակայությամբ: Նշված ռազմավարությունը. ա) նպաստում է առողջապահական ծառայությունների շուկայի ձևավորմանը, պետության կարգավորող գործառույթների ստանձմանը և աճրապնդմանը, բ) առողջապահական ծառայությունների պետական կարգավորումն իրականացվում է նորմատիվ չափորոշիչների, առողջապահական ծառայությունների որակի կառավարման համակարգերի կիրառմանը, գ) խթանում է ինտեգրացված կառույցների ձևավորմանը, որոնք բարելավում են առողջապահական տցիալական և տնտեսական արդյունքները:

Ուսուրաների տեղաբաշխման ռազմավարության առումով կարևորագույն խնդիր է նաև առողջապահական ծառայությունների ցանցի ինտեգրումը ապահովողների հետ: Դրա շրջանակներում ապահովողները ոչ միայն բաշխում են ռեսուրսները, այլ նաև իրականացնում են դրանց օգտագործման արդյունավետության վերահսկությունը, իսկ սպառողների համար՝ առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունն ու պահանջմունքների առավել ամբողջական բավարարումը:

Առենախոսության երկրորդ՝ «ՀՀ առողջապահական համակարգի տնտեսական հարաբերությունների և ֆինանսավորման բնութագիրը» գլխավորության ներկայացվել են ՀՀ առողջապահական համակարգի բնութագիրը և մատուցվող ծառայությունների ֆինանսավորման մակարդակը: Ֆինանսատնտեսական ճգնաժամքը բացասական ազդեց ՀՀ բնակչության տցիալական, այդ թվում՝ առողջապահական ծառայությունների փաստացի մատուցման մակարդակի վրա: ՀՀ-ում պետական բյուջեից առողջապահությանը հատկացված մասնաբաժինն աստիճանաբար նվազել է, եթե 2007թ. այն կազմել է շուրջ 8%, ապա 2010-11թթ. կազմել է շուրջ 6%: 2014թ. բյուջեով այն կազմում է շուրջ 6,5%: Համեմատության համար նշենք, որ ԱՊՀ երկրներում այն միջինում կազմում է շուրջ 8%, Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրներում՝ 12%, Եվրամիության երկրներում ավելի քան 15%: ՀՆԱ-ի նկատմամբ առողջապահության ծախսերի մակարդակով Հայաստանը (2012թ. կազմել է 4,5%) ԱՊՀ երկրների և տարածաշրջանի երկրների շարքում, բացի Թուրքմենստայից և Ղազախստանից, զիջում է բոլորին, իսկ տարածաշրջանում զիջում է Վրաստանին՝ 4.7, Աղբեջանին՝ 0.9, Իրանին՝ 2.2, Թուրքիային՝ 1.8 տոկոսային կետով: ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում են մասնավոր վճարումները (տե՛ս գծապատկեր 1):

Հետճնաժամային ժամանակահատվածում առողջապահության պետական ֆինանսավորման կառուցվածքում սկսել է գերիշխել հիվանդանոցային ծառայությունների տեսակարար կշիռը, մինչդեռ նախաճգնաժամային ժամանակահատվածում հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման կշիռները հավասարվել են, որը կարելի է դրական միտում դիտարկել:

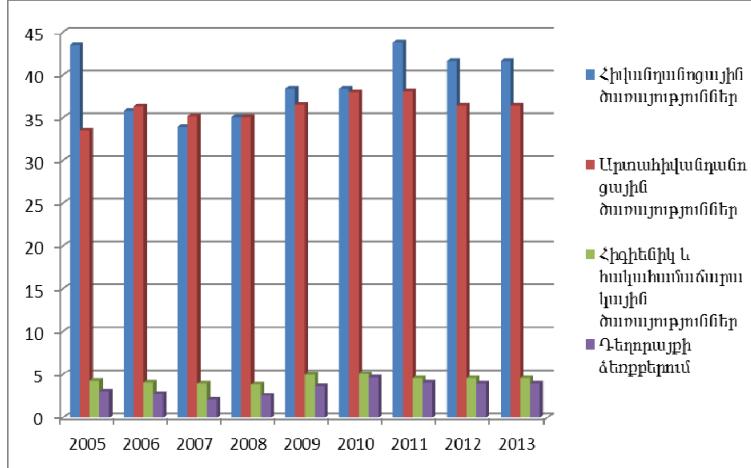


Գծապատկեր 1. Առողջապահության ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների տեսակարար կշիռը առողջապահության ընդհանուր ծախսերում (%)⁶

ՀՀ առողջապահական համակարգի կայունություն և որակյալ համարժեք ծառայությունների մատուցումն ապահովելու համար, բացի պետքութեաի խողովակով ֆինանսավորումից, կարևոր նշանակություն ունի ծառայությունների գնագոյացմն ու դրա կարգավորումը: ՀՀ-ում առողջապահական ծառայությունների միակ գնորդ է հանդիսանում Պետական առողջապահական գործակադրությունը (ՊԱԳ), բացառությամբ մի շարք ուղղահայաց ծրագրերի: 1998թ. ՊԱԳ-ի ստեղծմամբ բուժծառայությունները տրամադրողի և գնորդի գործառույթները տարամշատվեցին: ՊԱԳ-ի միջոցով ծառայությունների մատակարարների հետ պայմանագրային հարաբերությունների իրականացումը «կարգավորվող շուկայի» ձևակորման առաջին նախապայմանն է: ՀՀ-ում աճրուառոր-պոլիկինիկական ծառայությունների բուժօգնության ֆինանսավորումն իրականացվում է ըստ մարդաշնչի հաշվով ֆինանսավորման սկզբունքով՝ սպասարկման տարածքում գրանցված բնակիչների թվին համապատասխան (տե՛ս զծապատկեր 2):

2010թ. ներդրվեց կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորումը: Բարեփոխումների կարևոր քայլերից եթև ընտանեկան բժիշկների վարձատրության դրույքաշափի ավելի բարձր սահմանումը և առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բժշկին ընտրելու բնակչության իրավունքի ամրագրումը:

⁶ Գծապատկերը կառուցված է Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվների տվյալներով/Ն. Դավթյան, Ս. Խարազյան, Ա. Դավթյան և որիշներ Եր.: 2013թ., ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդարենելյանի անվան առողջապահության ինստիտուտ, 35-36 էջ



Զախսության առանցքում՝ տեսակարար կշռը (%)

Աջ ուղղահայաց առանցքում՝ տարիների համար տարբերակող գունավորումը

Գծապատկեր 2. Առողջապահության պետական ծախսերի հիմնական տարբերի կառուցվածքը (%)

Հիվանդանոցային ծառայությունների գծով գները հաշվարկվում են մեկ հիվանդի մեկ օրվա բուժման միջինացված արժեքի, բուժման միջին տևողության և ծառայության բարդության հաշվարկային գործակցի արտադրյալով։ Ֆինանսավորումն իրականացվում է ծախսերի առանձին հողվածներով սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով, բժշկական կազմակերպությունները ֆինանսավորվում են փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց, սակայն ոչ ավել, քան տվյալ կազմակերպության և ՊԱԳ-ի միջև կնքված պայմանագրով սահմանված շահարանակը։

2011թ. սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ներդրվեց առողջության ապահովագրությունը։ Դրա շահառուները 3.8 մլն դրամ ապահովագրական ծածկույթի սահմաններում ազատվում էին բուժառայությունների օրինական վճարումներից, պաշտպանված էին ոչ օրինական վճարներից, կարող էին սոցփաթեթի այլ բաղադրիչների հաշվին 52 հազ. դրամ ապահովագրական վճարները հասցնել մինչև 80 հազ. դրամի և վերցնել ավելի ընդգրկուն ծածկույթով փաթեթ, շահառուների մեջ ներառել ընտանիքի անդամներից մեկին (ի դեպ, փոխված ձևաչափը նման հնարավորություն չի տալիս)։ Ապահովագրուների բիզնես շահերը, սկզբունքորեն համահունչ լինելով առողջապահական որակյալ ծառայությունների ապահովման հետ, դրանց իրագործման մեջ նոր շահավետ ձևաչափ և հարաբերություններ էին ձևավորում։ Միևնույն ժամանակ, սոցփաթեթի առողջության ապահովագրության շրջանակում առաջացան խնդիրներ՝ կապված հաստուցումների մերժումների հետ։ 2012թ. առողջության ապահովագրության գծով վճարած հաստուցումների ծավալը տեսնիկական պահուստների հետ մեկտեղ

կազմեց հավաքագրված ապահովագրավճարների 40%-ը⁷, (վնասաբերության ցուցանիշը) կամ այդ ծառայության նկամտաբերությունը կազմեց 60%: Ապահովագրողների գործառնական ծախսները հաշվի առնելով հանդերձ՝ այն չափազանց բարձր է անողողակի պարտադիր ապահովագրության համար, որն առնվազն պետք է կազմեր 87-90%: Հիմնական խնդիրն այն էր, որ ապահովագրողներն առանց իրավական խախտումների մերժում էին հատուցումները՝ ունենալով շահառումների կողմից բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու այլ երաշխիքների հիմքեր: Բացի այդ, հատուցման մերժումների պատճառ էին հանդիսանում վիճահարույց նորմերը, որոնց հետ կապված շահառումների մոտ քոյլ էին պաշտպանվածության միջոցները: Ստեղծված իրավիճակում ՀՀ կառավարությունն էապես փոխեց սոցփարերի շահառումների կազմը և այնուհետև բուն ծառայությունները: ՀՀ կառավարության որոշմամբ 2013թ. վետրվարին սոցփարերի առողջության ապահովագրության շահառումների ցանկից, վերը նշված պատճառով, հանվեցին զինծառայողները: Հաջորդ քայլով, ՀՀ կառավարությունը 2013թ. դեկտեմբերին սոցփարերի առողջության ապահովագրության բաղադրիչը փոխարինեց պետության կողմից երաշխավորված անվճար սպասարկման կառուցակարգով, որով ուղղակի դադարեցվեց առողջության ապահովագրության հետագա կիրառումը (գործելու են միայն կնքված պայմանները): 2014թ. մարտին կառավարությունն ընդունեց սոցփարերի շահառումների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման նոր կառուցակարգը, որը 2014թ. բժշկական կազմակերպությունների կողմից կիրականացվի 6 ծրագրերի միջոցով: Սահմանավեցին շահառումների համար հատուցում ստանալու հավաստագրի տրամադրման, շահառուին պոլիկլինիկայի միջոցով երաշխավորված ծառայություններ ուղեգերու կարգերը: Ըստ այդմ, պոլիկլինիկան արձանագրում է ուղեգերու անհրաժեշտությունը և միաժամանակ ուղեգերու որոշում է կայացնում (առանձին դեպքում դա արփում է շտապ օգնության բժշկի եզրակացության հիման վրա): Ըստ էության, այլ բուժկազմակերպությունների ծառայությունների սպասարկման և ֆինանսավորման համար որոշում է կայացնում պոլիկլինիկան, որի արդյունքում որոշ դեպքերում կարող են տեղ գտնել մասնավիտական միավաներ և կոռուպցիոն ռիսկեր:

Սահմանվեց նաև հետագա տարիներին սոցփարերի առողջապահության բաղադրիչը սպասարկող բուժկազմակերպությունների ֆինանսավորման կառուցակարգը, այն մի դեպքում իրականացվում է նախորդ տարվա ծրագրի շահանակներում փաստացի կատարված աշխատանքների ծավալների համանանությամբ՝ ըստ էության ամրագրելով ֆինանսավորման հետահայաց մոտեցումը, մյուս դեպքում, դեռևս նման ծառայություններ չմատուցած

⁷ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հահայստան, 2013.-Եր:
Դ. Անդրեասյան, Ս. Մանուկյան, Ս. Ծառուրյան և որիշներ, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի
անվան առողջապահության ինստիտուտ, էջ 25

կազմակերպությունների համար ֆինասավորման հիմք է հանդիսանալու ծառայությունների կազմի, կառուցվածքի և առկա հղորությունների վրա կանխատեսվող հիվանդների հաշվարկը: Այդ ձևաչափը բուժիմնարկի ֆինանսավորման մեջ ամրագրում է նրա ռեսուրսային բազայի մեծությունը, որով բուժիմնարկի հատատուն ծախսերը մեխանիկորեն դրվում են սոցփաքերի ծառայությունների վճարի մեջ:

Այսպիսով, կառավարությունը սկզբունքորեն փոխեց սոցփաքերի շահառուների համար առողջապահական ապասարկումների տրամադրման կառուցակարգը: Նման որոշման բուն պատճառը սոցփաքերի շահառուների համար առողջապահության ծառայություններին ուղղվող պետական միջոցների արդյունավետ ծախսումն է: Խնդրի հաղթահարման համար առաջարկվող ուղին և կառուցակարգերը արդյունավետ այլընտրանք չեն առաջարկում: Անհրաժեշտ էր փոխարենը վերացնել այն պատճառները, որոնք հանգեցնում էին առողջության ապահովագրության գծով հատուցումների մեծածավալ մերժումներին և բարձրացնել պետական ֆինանսավորման անարդյունավետությունը:

Հարկ է փաստել, որ սոցփաքերի առողջության ապահովագրության շրջանակներում ապահովողներին ու առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին չհաջողվեց միասնական գործունեության ընթացքում տնտեսական խթանման միջոցով ձևափորել որակյալ բարձրորակ ու տնտեսավես արդյունավետ բուժօգնություն համակարգ: Միևնույն ժամանակ պետք է նշել, որ միջազգային փորձը որևէ կասկածի տակ չի դնում առողջապահական ծառայությունների մատուցման շղթայում ապահովագրողների մասնակցությունը: Այս պայմաններում կառավարության կողմից սոցփաքերի առողջապահության բաղադրիչի կտրուկ փոխարինումը քաղաքավական ռիսկի դրսուրում է, այն է՝ հրաժարում որդեգրած քաղաքականությունից (որով անտեսվում է նաև առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման նպատակը) և վիճակարույց կառուցակարգերով գործառույթի փոխարինում:

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման առումնվ կարևոր քայլերից էր նաև 2010թ. հուլիսից հանրապետությունում հիվանդանոցային ծառայությունների փոխառուցման համար ներդրված պաշտոնական համագնարի կառուցակարգը: Պաշտոնական համագնարները հնարավորություններ են ստեղծում և կարող են նպաստել կարգավորվող առողջապահական ինդուստրիայի արդյունավետության բարձրացմանը: Միևնույն ժամանակ դրա վրա ազդում են առկա մարտահրավերները՝ կապված սպառողների ֆինանսական պաշտպանվածության հետ: Այդ առումնվ հարկ է նշել, որ 2012թ. համեմատած 2009թ. աճել է բուժօգնության անմատչելիությունը: 2009-ից 2012թթ. ընթացքում բուժառաջանության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության շիմած անձանց քանակն աճել է 16 տոկոսային կետով և կազմել

35.2%⁸: Մեկ շնչի հաշվով տնային տնտեսությունների անվանական սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծառայությունների ծախսերը 2011թ., համեմատած 2004թ., կրճատվել են 2.2 անգամ և կազմել են ընդամենը 686 դրամ⁹: Առկա է առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մատչելիության կտրուկ նվազումը: Այդ պայմաններում պաշտոնական համագնարների ներմուծումից հետո դեռևս գործում է անօրինական վճարումների պրակտիկան, քանի որ առողջապահական ծառայությունների գները չեն արտացոլում ծառայության իրական ծախսերը:

Ոլրատի առանցքային խնդիրներից է առողջապահական ծառայությունների գների տարրերակումն ըստ ՀՀ տարածաշրջանների: Երևան քաղաքի և մարզերի ծառայությունների ընդհանուր գնի տարրերությունը պայմանավորված է համագնարի տարրերությամբ, որը Երևանում տարրեր բուժծառայությունների համար բարձր է 50-60%-ով, իսկ առանձին դեպքերում 2 անգամ: Սոցփաքերի առողջության ապահովագրության համար սահմանված կողմնորոշիչ գները Երևանում 30-33%-ով բարձր են նարզային ծառայությունների գներից, մինչեւ ցածր գինը մարզերի առողջապահական հաստատությունների համար նշանակում է նրանց կարողությունների և մրցունակության ել ավելի բուլացում և վիճակի վատքարացում: Որպես արդյունք, ՀՀ-ում առողջապահական ծառայությունների մասուցման առավելագույն կենտրոնացվածությունն է մայրաքաղաք Երևանում: Հետևապես, բուժծառայությունների գնային և ֆինանսավորածան նման քաղաքականությունը փակութիւն մտցնում քաղաքային և զյուղական բնակչության առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հավասարության և մատչելիության սկզբունքը, այն միաժամանակ կասկածի տակ է դնում տարածքային համաշափ զարգացման ռազմավարությունը:

Սոցփաքերից օգտվող և ապահովագրված մարզային բնակչը չը վճարում բարձր կամ ցածր գնով բուժծառայությունների համար, նրա փոխարեն դա վճարում էր ապահովագրական ընկերությունը, քանի որ մինչ այդ նա վճարել էր ապահովագրության համար: Ապահովագրական ընկերությունները մարզերում ապահովագրված անձանց համար հատուցումներ կատարելիս ծառայություններ մատուցող մարզային բուժհաստատություններին միջինում վճարում էին 30%-ով պակաս և նոյն մրանով ապահովում հավելյալ շահույթ: Դա այն գործուներից մեկն է, որը հանգեցրել է սոցփաքերի շրջանակում առողջության ապահովագրության վերը նշված խնդիրներին: Վերը նշվածը վկայում է, որ առողջապահական ծառայությունների գները մարզերում առնվազն հավասար պետք է լինեն Երևան

⁸ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան, 2012.-Եր: Դ. Անդրեասյան, Ս. Մանուկյան, Պ. Զելլիյան, Ա. Քյուրումյան, ՀՀ ՄՆ Ս. Ավդարեկյանի անվան առողջապահության ինստիտուտ, էջ 85-86

⁹ Հաշվարկված է Հայաստանի սոցիալական պատկեր և աղքատությունը-2012, Վիճակագրական-վերլուծական գեկուցի տվյալներով, ՀՀ ԱՎԾ, Երևան 2012, էջ 133, www.armstat.am

քաղաքի համանման (ոչ նեղ մասնագիտացված պրոֆիլի) բուժօպայությունների գներին:

Առենախոսության երրորդ՝ «Առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումների ներդրման քաղաքականությունը և առաջնային խնդիրները ՀՀ-ում» գլխում ներկայացված են առողջապահական համակարգի տնտեսական կայունության և արդյունավետ ֆինանսավորման ռազմավարության առաջնային խնդիրները: Այն կառուցվել է ոլորտի գործոնների «SWOT» վերլուծության հիման վրա, որի մերուդաբանության կիրառումը հնարավորություն է տվել արտացոլել ոլորտի բազմագրծոն պատկերը, դրանց կապերը և ազդեցության կշիռը: Ընտրված 22 գործոններից 6-ը բնութագրում են ուժեղ կողմերը, 6-ը՝ հնարավորությունները, 6-ը՝ բույլ կողմերը և 4-ը՝ սպառնավիրները: Դրանց վրա կառուցվող առողջապահության զարգացման ռազմավարությունը կարող է զարգացման բազմապատկիշ (սիներգի) արդյունք ապահովել:

Աղյուսակ 1.

Առողջապահական համակարգի տնտեսական և ֆինանսավորումը ապահովող կառուցակարգերի «SWOT» վերլուծության ամփոփիչ գործոնները

Ուժեղ կողմերը	Թույլ կողմերը
1. Պետության կողից հանրային բնույթի ծառայությունների պարտավորությունը, անապահով խավերին ուղղված առողջապահական համակարգի ամրապնդումը, (1.6):	1. Առողջապահական համակարգի ծառայությունների ֆինանսավորումը և սպառնավիրների ֆինանսական պաշտպանվածությունը, (2.0):
2. Ազգային մակարդակով առողջապահության ոլորտի զարգացման ծրագրի և ոլորտային ենթածրագրերի առկայությունը, (1.7):	2. Առողջապահության ոլորտի արդյունավետ կառավարումը, (2.0):
3. Միջազգային կազմակերպությունների և դունք երկրների, բարեգործական կազմակերպությունների կողմից առողջապահության համակարգին տեխնիկական և ֆինանսական առկա աջակցությունն ու դրա հետագա պատրաստականությունը, (1.8):	3. Առողջապահական համակարգի շուկայական ինդուստրիային բնորոշ հայտանիշներով գործեկանը, (1.7):
4. Առաջնային աճրութառոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության աճրապնդումը, ընտանեկան բժշկության մոդելի ձևավորումը, (1.7):	4. Առողջապահական ծառայությունների մատակարարման շղթան, (1.8):
5. Առողջապահական ծառայությունների շղթայում ապահովագրական ընկերությունների լայնամասշտար ներգրավումը, (1.6):	5. Առողջապահական համակարգում միասնական նոեգրացված տեղեկատվական համակարգը, (1.8):
6. Սնեաքանակ բժշկական որակյալ կայդերի առկայությունը և դրանց որակավորման բարձրացումը, (1.7):	6. Հաճախորդների բարյացակամ կամ լոյալ վերաբերմունքը, (1.7):

Հնարավորությունները	Սպառնայիբները
<p>1. Առողջապահական ծառայությունների «ակտիվ գնորդի» դերակատարությունը, (1.5):</p> <p>2. Առողջապահության ոլորտում պաշտոնական համավճարների ներմուծումը, (1.4):</p> <p>3. Առողջապահական ծառայությունների մասշտաբի էֆեկտի առկայությունը, (1.5):</p> <p>4. Առողջապահության ոլորտի շենքային կառույցների ցանցի առկայությունը և դրանց օպտիմալացումը, (1.5):</p> <p>5. Ինովացիոն մշակույթի ձևավորումը և առողջապահական նոր ծառայությունների տեխնոլոգիաների ներմուծումը, (1.5):</p> <p>6. Առողջապահական ծառայությունների հայտնի «քրենդների» ձևավորումը և կայացումը (1.4):</p>	<p>1. Կարգավորվող շուկային բնորոշ իրավահարաբերությունների խարարվածությունը, (2.0):</p> <p>2. Առողջապահական ծառայությունների և սպասարկումների գնազոյացումը, (2.0):</p> <p>3. Քաղաքական ռիսկերը, (2.0):</p> <p>4. Առողջապահական ծառայությունների ծախսերի կառուցվածքը, փոփոխական անկայուն ծախսերն ու փոփոխական եկամուտները և փինանսական լներիչը, (2.0):</p>

Երրորդ գլխում դիտարկվել են հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների ծախսատնտեսող ֆինանսավորման կառուցվարգերի ներդրման խնդիրները: Վերը նշվեց, որ ստացիոնար բուժառայությունների գնումներն իրականացվում են հիվանդանոցային դեպքերի առանձին ծախսերի փոխհատուցման լիմիտավորված հետահայաց փաստացի բյուջեի սկզբունքով: Ի դեպ, նույն մոտեցումն ամրագրել է նաև սոցփարերի շահառուների երաշխավորված ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների համար (ՀՀ կառավարությամբ 2014թ. մարտի 27-ի N 375-Ն որոշմամբ¹⁰): Հաշվի առնելով համակարգի առկա ինստիտուցիոնալ, կազմակերպական կառուցվածքը, հիվանդանոցային և առաջնային պոլիկլինիկական բուժօգնության հաշվեկշի ձևավորված համամասնորդյունները, առողջապահության ուղղվող պետական և ընդհանուր ֆինանսավորման արդյունավետության ապահովումը, ֆինանսավորման ընթացքում տարաբնույթ ռիսկային խնդիրների վերացումը՝ նպատակահարամար է համակարգում ներդնել ՊԱԴ-ի և առողջության ապահովողների առողջապահական ծառայությունների «ակտիվ գնորդի» մոտեցումը և հիվանդանոցների ստացիոնար ծառայությունների ծախսախնայող ֆինանսավորման ձևաչափը՝ հիմնված հիվանդանոցների համար կանխատեսումային գործալ բյուջեի կառուցվակարգի վրա: Այս ատենախոսության

¹⁰ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության «Սոցիալական փաթեթի շահառուների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կզմակերպման ու ֆինանսավորման, ինչպես նաև առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլետրոնային շտեմարանի ձևավորման ու վարման կարգը հաստատելու մասին» 2014 թ. մարտի 27-ի N 375-Ն որոշում

նորույթներից է: Ակտիվ գնորդը, ի տարբերություն վճարողի, որոշակիորեն թելառում է իր քաղաքականությունը՝ ծառայությունների իրավանացման առումով շեշտը դնելով բուժական չափորոշիչների վրա, իմանվում առողջապահական և տնտեսական սպասվելիք արդյունքների վրա: Պարզ վճարող սահմանափակված է և չունի ազդեցության այդ լծակները: Ակտիվ գնորդի մոտեցումը նպատակառողված է ծառայությունների գնորդի կողմից շուկայական կարգավորման հիմքերի ամրապնդման ու հստակեցմանը, կողմերի հարաբերությունները բացառապես պայմանագրային հարաբերություններով ամրագրմանը, հիվանդանոցների գործունեության ընթացքում առաջացած խնդիրների կարգավորմանը նախապես սահմանված առողջապահական և տնտեսական չափորչիչներով: Ակզբունքորեն դա միտված է տնտեսական լծակներով խթանելու կինհիկաների կողմից ռեսուսատնտեսումն ու գործունեության արդյունավետության ապահովում:

Գլոբալ բյուջեի հաշվարկը կառուցվում է առողջապահական ծառայությունների ոչ թե ենտահայաց (ռեսուսավեկտիվ), այլ սպասվող արդյունք ապահովող կանխատեսումային սցենարի հիման վրա: Ֆինանսավորումը կախված չէ կինհիկայի ռեսուսային ցուցանիշներից՝ մահճականների ֆոնի և այլ: Այն հնարավորություն է տալիս պլանավորման միջոցով շեշտադրումը տեղափոխել սպասվող առողջապահական արդյունքների վրա: Հարկ է նշել, որ 2014թ. ՀՀ պետական բյուջեում առողջապահության ոլորտի ծախսերում գազի գնի թանկացման և սղաճի ազդեցության հաշվի առնումը դեռևս չի ենթադրում կանխատեսումային մեթոդաբանության կիրառում:

Գլոբալ բյուջեի շրջանակներում բյուջեի համար պետք է սահմանել առավելագույն չափարանակ, իիվանդանոցին բույլ տալ որոշակի ծախսերի փոխադրում առանձին հոդվածների միջև (Վերաբաշխման համար գործող վարչարարությամբ պետք է հայցել ՀՀ ԱՆ նախարարի բույլտվորյունը) և ամենակարևորը ծառայությունների օպտիմալացման արդյունքում առաջացող տնտեսումների, չօգտագործվող հզորությունների ինքնուրույն տնօրինման իրավունքը: Այդ առումով գլոբալ բյուջեն միաժամանակ հանդիսանում է իիվանդանոցների օպտիմալացման և դրանց ռեստրուկտորիզացիայի գործիք:

Անհրաժեշտ է շեշտել, որ իիվանդանոցի գլոբալ բյուջեն ֆինանսավորման մեթոդաբանական մոտեցում է, այլ ոչ թե ավանսային վճարման եղանակ: Դրա հիմքում ծառայությունների պլանային փոխհատուցումն է նախապես կողմերի միջև համաձայնեցված դրույքաչափերով: Այն կարող է կիրառվել նաև ստացիոնար ծառայությունների մահճակալ-օր միավորի փոխարեն ՀՀ-ում փոխկապված կինհիկա-վիճակագրական խմբերի դրույքաչափի (DRG-ի մեթոդ) ներդրման դեպքում: Ֆինանսավորման սկզբունքը կմնա նույնը, կփոխվի դրույքաչափը և դրա հաշվարկը, չնայած, բարդ միավորի հաշվարկի փոփոխության դեպքում արդյունքները ևս էապես կարող են փոփոխվել: Որպեսզի իիվանդանոցի տնտեսական պահպանման ծախսերը մեխանիկորեն չդրվեն գնորդի վրա, ծառայությունների դրույքաչափերի հաշվարկի ժամանակ ծախսերը

պետք է հարաբերել ոչ թե փաստացի բուժվածների բվաքանակին, այլ դրա նորմատիվային մեծությանը՝ ընդունելով մահճակաների հզորությունների ամրողական օգտագործման կանխավարկածը: Գլորալ բյուջեի ռեսուրսատնտեսման խթանը ամրապնդելու, պահանագործման ժամանակ հիվանդանոցի մոտ հոսպիտալացման օրերի քանակը ավելացնելու շահագրգովածությունը զավելու համար նպատակահարմար է հոսպիտալացման դրույքաչափերը դիմումները ըստ օրերի՝ առաջին երեք օրվա (կամ 4-5 օրվա) և հետագա օրերի դրույքաչափերը պետք է խիստ տարբերվեն, քանի որ բուժման ժամանակածությունը բաժին է ընկնում առաջին օրերին:

Գլորալ բյուջենվ ֆինանսավորումը պայմանագրով հաստատելուց հետո հիվանդանոցը, տնտեսական շարժադրություն դրդված, իրականացնելու է տնտեսումների տարբեր սցենարներ. ա) փոփոխական ծախսերի հաշվին՝ լարորատոր-գործիքային կարինետների ինտենսիվ օգտագործում, ստացիոնար մահճակալ-օրերի կրծատում, բ) անփոփոխ ծախսերի կրծատման հաշվին (չօգտագործվող տարածքների վարձակալություն և այլն), գ) սահմանում է այն ծառայությունները, որոնց համար կիրառելի է բուժօգնության ցերեկային ստացիոնար, ամբողատոր խիրուրգիա և այլ ռեսուրսատնտեսող ձևաչափեր: Արդյունքում կրծատվում են ծառայությունների և հիվանդների քանակը, առաջանում է ռեսուրսատնտեսում, որն ինքնուրույն է տնօրինում բուժհաստատությունը: Հոսպիտալացումների կրծատման հաշվին ավելացվում են նաև բարդ դեպքերին հատկացվող ծախսերը, որը վերաբերվում է նաև բուժմանձնակազմի վարձատրությանը: ՀՀ-ում հիվանդանոցների գործող բյուջետավորումն ու ֆինանսավորումն նման կառուցակարգեր և խթաններ չունի:

Ծառայությունների գննորդը՝ ի դեմք ՊԱԳ-ի և ապահովագրողների պետք է պայմանագրով ամրագրի, որ ա) դրույքաչափերի վերանայումը կիրականացվի որոշակի պարբերականությամբ (երկու տարին մեկ անգամ), որպեսզի դրանք կտրուկ չհարփածեն հիվանդանոցների ռեսուսախնայողության մոտիվացիային, բ) խնայողությունների առնվազն 55%-ը պետք է ուղղվի բուժանձնակազմի վարձատրությանը, 30%-ը՝ սարքավորումների վերազինմանը, 15%-ը՝ բուժմանձնակազմի վերապատրաստմանը (կամ այլ նպաստավոր համամասնություններով): Գլորալ բյուջեի ձևաչափի ներդրումը կապահովի հոսպիտալացումների կրծատումը, կրաքարացնի ստացիոնար մեկ դեպքի բուժման արժեքը, կավելացնի ամբողատոր սպասարկումների քանակը:

Մշակել է սոցիալական փաթեթի շահառությունի համար առողջության ապահովագրության բաղադրիչի վերականգնման հիմնավորված և գործունակ կառուցակարգը: Այն աշխատանքի նորույթներից մեկն է: Սեր կարծիքով, նշված վերականգնումը այլընտրանք չունի և դա ժամանակի հարց է: Նշենք, որ սոցփաթեթի առողջապահական սպասարկումների փոխված ներկայիս գործող կառուցակարգը հիմնված է գոյություն ունեցող մոտեցումների վրա: Դրա բազմամյա կիրառման փորձը վկայում է, որ ֆինանսավորման լիմիտների

սպառումից հետո, տվյալ բուժիմնարկի ֆինանսավորումն ու հիվանդների բուժումը դաշնում է բավականաշափ խնդրահարույց:

Սոցփաքերի արդյունավետության բարձարցնան համար նպատակահարմար է, որպեսզի հիվանդանոցային ծառայությունների համար ապահովագրական ընկերությունները ՊԱԳ-ի հետ մեկտեղ հանդես գան ոչ թե որպես պահիվ վճարող, այլ ծառայությունների ակտիվ գնորդ: Պետությունը, սոցփաքերի առողջապահության ծառայությունների ֆինանսավորման գործառությը փոխանցելով ապահովագրողներին, կազատվի շահառուների հաշվառման, հավաստագրի տրամադրման, բուժիմնարկների ֆինանսավորման մանրակրկիտ պլանավորման, լիմիտների սահմանման, դրանց բաշխման, լրացուցիչ իրականացված ծառայությունների ֆինանսավորման ճշգրտման և այլ խնդիրների վարչարությունից, սակայն պետք է ուժեղացնի կարգավորման և վերահսկողական գործառությունները:

Սոցփաքերի շրջանակներում առողջության ապահովագրության վերականգնման համար անհրաժեշտ է պետության կողմից հստակ ամրագրել ապահովագական կազմակերպությունների՝ ՊԱԳ-ին հաշվետվությունների ներկայացումը, որոնք կվերաբերվեն. ա) ապահովագրողների կողմից հատուցումների ամբողջությամբ կամ մասնակի մերժումներին (որպանց հիմնավորումներով), բ) ապահովագրվածների բուժման որակի նկատմամբ իրականացվող վերահսկության արդյունքներին՝ ամրագրված չափելի որակական ու քանակական ցուցանիշներով, գ) բուժիաստառությունների կողմից անօրինական վճարների կանխարգելիք վերահսկողական միջոցառումներին:

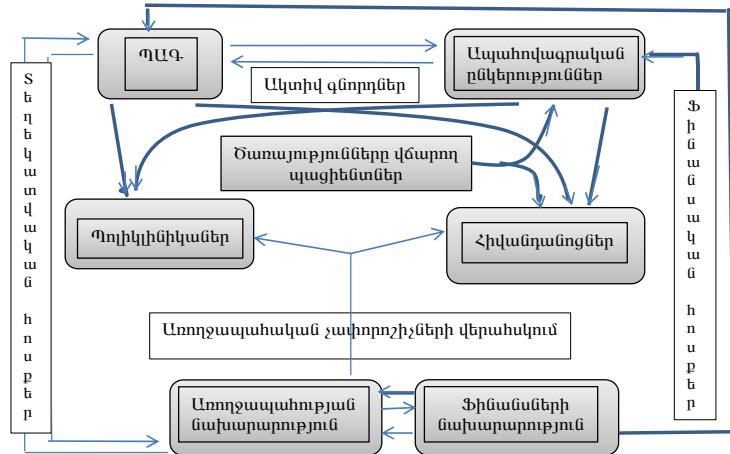
Հատուցումների անհարկի մերժումների դեպքում ապահովագրական ընկերությունը պետք է ենթարկվի վարչական տույժի կամ զլկվի սոցփաքերի ապահովագրության սպասարկումից: Սոցփաքերի առողջության ապահովագրության շահառուների իրավական առումով ոչ խոցելի մեծաքանակ հատուցումների մերժումների խնդրի կարգավորման համար անհրաժեշտ է առողջության ապահովագրության պայմանագրի պայմաններում ամրագրել, որ ապահովագրողը առաջին հատուցողն է՝ անկախ այլ հատուցման հիմքերի առկայությունից, և վերջինիս հիմքով հատուցման մերժումը կճանաչվի չիհմնավորված: Ընդ որում, այդ հատուցումների վեճերի վերաբերյալ կողմերի համար եղանակացություն տվող մարմնն է հանդիսանում ՊԱԳ-ը: Դա կնպաստի շահառուների պաշտպանվածության բարձրացմանը:

Սոցփաքերում առողջության ապահովագրության բաղադրիչը վերականգնելու և դրա արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով առաջարկվում է շահառուների պոլիկլինիկական սպասարկման ֆինանսավորումը նույնական իրականացնել ապահովագրական ընկերությունների կողմից՝ պահպանելով ծառայություններից նոյն ծավալով օգտվելու հնարավորությունը: Դրա հիմնավորումը պայմանավորված է նրանով, որ սոցփաքերի առողջության ապահովագրության բազային փաթեթի մեջ առկա էին ծառայություններ, որոնք կախված բարդության աստիճանից կարող էին մատուցվել նաև

պոլիկլինիկաներում: Խնդիրը վերաբերվում էր սոցփարերի առողջության ապահովագրության թվով շուրջ 150 հազ. շահառուների, որոնց համար պոլիկլինիկական ծառայությունների և առողջության ապահովագրության կրկնվող ֆինանսավորումը փորձագիտական գնահատումով կազմում էր 60-65% և դրա վերացման հաշվին բյուջետային ֆինանսավորման տնտեսումը կկազմեր շուրջ 1 մլրդ դրամ: Այդ տնտեսման հաշվին հնարավոր է մեծացնել շահառուների քաղաքային փարերի ապահովագրական ծածկույթը և ընդլայնել ծառայությունների տեսակները:

Առավել կարևոր է, որ պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորումն իրականացվի ապահովագրական խողովակով՝ ի դեմս ապահովագրողների: Հիմնված լինելով ապահովագրական ընկերությունների տնտեսական շահերի վրա՝ հիվանդը կդիտարկվի բոլոր մակարդակների բուժհաստատությունների կողմից որպես առողջապահական ներգոծության մեկ օբյեկտ՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցած բոլոր մասանկիցների համատեղ պատասխանատվությամբ: Այդ մոտեցումը ապահովագրողը կարող է պարտադրել տարբեր մակարդակի առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին: Սոցփարերի առողջության ապահովագրության վերականգնման գործունակ տարբերից մեկը պետք է հանդիսանա Երևան քաղաքում և մարզերում առողջապահական ծառայությունների գների միևնույն մակարդակը, (վերը ներկայացված է խնդիր հիմնավորումը), բացառությամբ նեղ մասնագիտացված պրոֆիլի ծառայությունների:

Միջազգային պրակտիկայում առաջնային բուժօգնության դերակատարության բարձրացման, տարբեր առողջապահական ծառայությունների միջև համակարգման համար ֆինանսական ֆոնդերը կենտրոնացվում են առաջնային բուժողակում: Դրա օրինակներից է առաջնային բուժօգնության ֆոնդերի գործունեությունը Անգլիայում, որի ուղղակի ներդրման փորձերը հետխորհրդային երկրներում լավ արդյունքներ չեն ապահովել՝ առաջացնելով շահերի լուրջ բախումներ: Առաջարկվում է կիրառել այդ գաղափարը՝ բույլ չտալով առողջապահության տարբեր օրականների միջև շահերի բախում: Դրա նախապայման է հանդիսանալու ՊԱԳ-ի և սոցփարերի շրջանակում ապահովագրողների կողմից ծառայությունների «ակտիվ գնորդի» մոտեցումը:



Գծապատճեր 3. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման հայեցակարգի սխեման

Որպես գիտական նորույթ աշխատանքում առաջարկվել է պրիզիլինիկաների բարձրացված դրույքաչփերով որոշակի քվոտայով ֆիանանսավորման տրամադրման մոտեցումը, որմ ապահովում է համակարգի ծախսախնայող արդյունքը: Պոլիկինիկաներին պետք է կանխավճարային ֆինանսավորման հետ մեկտեղ արվի բարձրացված (կամ հիվանդանոցային) դրույքաչփերով նորմավորված քվոտա կամ չափարաժին: Դա կարելի անվանել նաև պացիենտներին հիվանդանոցներ ուղեգործությունը: Նպատակն է՝ տնտեսական խթաննան կառուցակարգով պոլիկինիկաներին նպատակառողել պացիենտներին քիչ ուղեգործություն և բուժումը կազմակերպել պոլիկինիկայի ռեսուրսներով: Քվոտայի չափով պոլիկինիկան կարող է որոշում կայացնել բուժումը կազմակերպել իր մոտ կամ առաջարկել հիվանդանոցային բուժում, սակայն նա չի բաշխում կամ իշեցնում հիվանդանոցների ֆինանսավորումը: Ֆինանսավորման բաշխումը կատարվում է ՊԱԳ-ի կամ ապահովագրողի կողմից՝ միաժամանակ վերահսկելով ծախսերի նպատակահարմարությունը: Արյուններում պոլիկինիկան հնարավորություն է ստանում մեծացնել իր ֆինանսավորման ծավալները ի հաշիվ քվոտայի: Նման գործելակերպը պոլիկինիկայի մոտ առաջանում է նյութական մոտիվացիա՝ իր ուժերով իրականացնելու բուժօգնության որոշ ծառայություններ, որոնք իրականացվում են հիվանդանոցներում:

Պոլիգնիկան կատարողական հիմքով նախապես պայմանագրով սահմանված նորմատիվային չափով, **ՊԱԳ-ից** (կամ ապահովագրողից) ստանում է իրացված քվոտայի որոշակի մասը, մյուս մասը գնորդի մոտ տնտեսվում է:

Արդյունքում, նվազում է հիվանդանոցների ուղեգրված հիվանդների քանակը և բուժման արթերը ստացվում է նորմավորումից կամ քվոտայից ցածր՝ բարձրացնելով համակարգի ռեսուրսատնտեսումը և արդյունավետությունը: Նպատակն է՝ առողջապահական ծառայությունների ծանրությունը առանց վարչապարական լծակների՝ տնտեսական խթանման միջոցով, բնեռացնել առաջնային բուժօգնության օղակում: Գործնական կիրառության համար վերը նշված քվոտավորման համար պոլիկլինիկային հատկացվում է հիվանդանոցային կանխատեսվող բուժման ծավալների մինչև 25%-ը՝ հաշվի առնելով պոլիկլինիկայից հիվանդանոց ուղեգրելու փաստացի վիճակագրությունը (օրինակ՝ 1000 պացիենտի հաշվով): Հաջորդ տարում քվոտավորումը սահմանելիս ծառայությունների գնորդ՝ ՊԱԳ-ը, պետք է եղակետ ընդունի այդ ցուցանիշի դինամիկան, քաղի այդ ՊԱԳ-ը՝ որպես ֆինանսավորող, պոլիկլինիկայի համար սահմանում է քվոտավորման արդյունքում հավելյալ ստացված ֆինանսավորման միջոցների բաշխումը, մասնավորապես՝ 65% բժշկների վարձատրությանը և 35% բուժանձնակազմի վերապատրաստման նպատակների համար: Չափից մեծ քվոտայի սահմանումը կարող է հանգեցնել անորակ բուժումների, հիվանդությունների կրկնության անցանկալի հետևանքների:

Կառավարությունը նախատեսում է հրաժարվել 2006թ. գործող պոլիկլինիկական անվճար ծառայություններից և 2014թ. հուլիսից Երևանում ամբողջատոր-պոլիկլինիկական օղակում ներդրվելու է լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների համավճարը¹¹: Հարկ է նշել, որ պոլիկլինիկայում համավճարի թիրախը լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններն են (հիվանդանոցային ծառայությունները նման նպատակային սեզմենտ չունեն), քանի որ ժամանակակից պոլիկլինիկական սպասարկման մեջ դոմինանտ է ախտորոշումը, որը հիմնված է լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների վրա:

Պոլիկլինիկական օղակում առաջիկայում նախատեսվող համավճարի ներդրումը անհրաժեշտ է փոխարինել համայիր այլընտրանքային միջոցառումներով և կառուցակարգերով, որոնց արդյունքը կգերազանցի համավճարի սպասվող մուտքերը: Դրանց շարքում նպատակահարմար է. առաջինը, իրականացնել պոլիկլինիկա և վճարովի բոլոր առողջապահական կազմակերպություններում բժշկին այցելելու ծառայության պարտադիր վճարի ներդրումը (մատչելի՝ աշխատողների համար 3 հազ. դրամի, չաշխատողների համար՝ 1 հազ. դրամ չափով): Պարտադիր վճարները կուղղվեն պետական բյուջեում հաշվառվող նպատակային ֆոնդին և ֆինանսավորման աղբյուր կհանդիսանան պոլիկլինիկաների համար նոր լաբորատոր-գործիքային սարքավորումների ձեռքբերման և բուժանձնակազմի վարձատրության բարձրացման համար: Պարտադիր վճարը չի տարածվի ստոմատոլոգիական

¹¹ Պոլիկլինիկաներում համավճար կվիրառվի հուլիսի 1-ից 28.02.14,
<http://moh.am/?section=news/open&id=143&nid=2407>

ծառայություններից օգտվողների, մինչև յոր տարեկան երեխաների, հաշնանդամության տարբեր խնդերի անձանց, խրոնիկ հիվանդների, անապահով խնդերի մեջ դասվող անձանց, բժշկի բնբացիկ բուժման մեջ գտնվող պացիենտների վրա:

Պոլիկլինիկական ծառայությունների համագնարի համեմատ ծառայության պարտադիր վճարի առավելություններից են այն, որ. ա) կզաքի բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության ռիսկի մեծացումը, կապահպանվի սոցիալական հավասարության սկզբունքը, բ) պոլիկլինիկայի ղեկավարության գործունեության գնահատման գործում չի գերադասվի պոլիկլինիկայի բյուջեն համագնարով առավելագույնս համալրելու չափորոշչը, գ) պոլիկլինիկաների պացիենտները հնարավորություն կրնենան սիմվոլիկ վճարի դիմաց ստանալ առողջական վիճակին համարժեք ցուցված բուժում, դ) կզաքի Երևանի և մարզերի բուժաստատությունների ֆինանսավորման մերժվածքը, ե) կզաքի կոռուպցիոն ռիսկերի կտրուկ մեծացումը: Ամենակարևորը համագնարը հանգեցնելու է պոլիկլինիկական ծառայությունների գների մակարդակի բարձրացմանը, այն պարզ պատճառով, որ առավել շահավետ դիրքում են հայտնվելու մասնավոր վճարովի ծառայություններ մատուցող լարորատոր-գործիքային ծառայություններ մատուցող կենտրոնները, քանի որ պացիենտների հոսքն ուղղվելու է վերջիններիս: Հիվանդները միանշանակ կնախընտրեն վճարելու դեպքում լարորատոր հետազոտությունն իրականացնել ոչ թե իրենց պոլիկլինակայում, այլ առավել որակյալ սարքավորումներով հազեցված մասնավոր բուժենտրոններում: Արդյունքում պոլիկլինիկաների ծառայությունների համագնարը ոչ թե կլուծի առկա խնդիրները, մասնավորապես՝ պոլիկլինիկաների բյուջեների սպասվող ցանկավորումը, այլ կխորացնի առկա խնդիրները և չի թերի սպասվող արդյունքի: Առաջարկված լուծումը պետության մեռքում կպահպանի «կարգավորող շուկայի» լծակը՝ ֆինանսավորման միջոցով բարձրացնելով ամրուստոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների գնազոյացման վրա ակտիվ գնորդների՝ ՊԱԳ-ի և ապահովագրողների ազդեցությունը:

Եղանակագործություններ

✓ Զարգացող և անցումային երկրներում առողջապահության ծախսերն իրականացվում են ծառայությունների հասուցման բյուջետային հոդվածների սահմանումով՝ հիմնվելով պոլիկլինիկական ամբողջատոր ծառայությունների և հիվանդանոցային ստացիոնար բուժօգնության միավոր ծախսերի վրա: Առողջապահական ծառայությունների միավորի արժեքի հիմքով գործող համակարգը, որպես կանոն, հանգեցնում է ծառայությունների արժեքի ավելացմանը, և ֆինանսական ռիսկը կրում է գնորդը, այլ ոչ թե ծառայության մատուցողը:

✓ ՀՀ-ում Ֆինանսավորման առկա համակարգը նվազեցնում է առողջապահական համակարգի կարողությունները, արդյունավետությունը, սահմանափակում է քաղաքացիների առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունները միևնույն ֆինանսավորման մակարդակի

ղեպում, կասկածի տակ է դրվում պետական բյուջեից ոլորտին հատկացվող ֆինանսական միջոցների նպատակայնության ապահովումը, լիարժեք չի օգտագործվում առողջապահական ծառայությունների միասնական համակարգին մասնակից դարձած ապահովագրողների կարողությունները:

✓ ՀՀ-ում ֆինանսավորման համակարգը, ծախսատար լինելով հանդերձ, առաջացնում է անցանկալի դրսևորումներ. ա) որոշ ծառայությունների ֆինանսավորման չիմնավորված ճեղքածքներ, որոնց հարթահարմումը պահանջում է իրավիճակային լուծումներ, բ) ոչ նպատակային ծախսումներ և վատնումներ, զ) ֆինանսական հոսքերի կառավարման անորոշություններով պայմանավորված պարտքերի կուտակումներ, դ) կոռուպցիոն ռիսկերի դրսևորումներ, ե) ծառայությունների համար պահանջվող անօրինական վճարներ, զ) ծառայությունների չգոհացնող որակ, է) որակյալ ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության ամրավար վիճակ, ը) սպառողների ֆինանսական պաշտպանվածության խարարում, թ) հանրության կողմից համակարգի նկատմամբ անվստահություն:

Առաջարկություններ

✓ Ոլորտի «SWOT» բազմագործոն վերլուծության հիմքով ներկայացվել են առողջապահական համակարգի տնտեսական կայուն գարգացման ռազմավարության առաջնահերթությունները:

✓ Հիվանդանոցային ծառայությունների գործունեության և հատկացվող միջոցների արդյունավետությունը բարձրացնելու համար նպատակահարմար է որպեսզի ՊԱԳ-ը առաջնորդվի «ակտիվ գնորդի» դիրքից՝ կիրառելով ծախսերի կանխատեսումային գորբալ բյուջեի մոտեցումը:

✓ Նպատակահարմար է վերանայել և բարձրացնել ՊԱԳ-ի կարգավիճակը, այն պետք է դուրս բերվի առողջապահության նախարարության ենթակայությունից և, հետևապես, ոլորտի գերատեսչական շահերի ազդեցությունից:

✓ ՀՀ-ում ստացիոնար հիվանդանոցային բուժծառայությունների գնումները և ֆինանսավորումը նպատակահարմար է իրականացնել գորակ կանխատեսումային բյուջեի ֆինանսավորման մերույով, որը նպատակատղված է ստացիոնար հիվանդների կրծասմանը, առողջապահական արդյունքի և մեկ հիվանդի բուժման ծախսերի բարձրացնանը, ընդհանուր ծախսատնեսմանը:

✓ Ապահովագրական ընկերությունները հիվանդանոցային ստացիոնար ծառայությունները ֆինանսավորելիս պետք է հանդես գան «ակտիվ գնորդի» դիրքերից՝ կիրառելով ծախսերի կանխատեսումային գորբալ բյուջեի մոտեցումը:

✓ Նպատակահարմար է վերականգնել սոցփարեթի շրջանակներում շահառուների առողջության ապահովագրության ձևաչափը: Դրա առաջնային հիմնախնդրի լիարժեք հատուցումների համար անհրաժեշտ է առողջության ապահովագրության պայմանագրում ամրագրել այն, որ ապահովագրողը առաջին հասուցողն է անկախ այլ հատուցման հիմքերի առկայությունից, և վերջինիս հիմքով հատուցման մերժումը կճանաչվի չիմնավորված:

✓ Սոցփաքերի մեջ ընդգրկված անձանց պոլիկլինիկական սպասարկման ֆինանսավորումը նպատակահարմար է իրականացնել ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

✓ Պոլիկլինիկաների համար նպատակահարմար է սահմանել բարձրացված դրույքաչափով ֆինանսավորման քվոտա, որի չափով նրանք խրան կունենան հիվանդի բուժումը կազմակերպել պոլիկլինիկայում: Դրա արդյունքում հաճակարգում, առանց կոշտ վարչարարություն կիրառելու, հիվանդների սպասարկումը կրևեռացվի ԱԱՊ օղակ:

✓ Պոլիկլինիկական օղակում առաջիկայում նախատեսվող հաճավճարի ներդրումը նպատակահարմար է փոխարինել բոլոր անձանց համար պոլիկլինիկա և առողջապահական կազմակերպություններ բժշկին այցելելու պարտադիր վճարով՝ այն ուղղելով պետական բյուջեում հաշվառվող նպատակային ֆոնդին:

Ատենախոսության հիմնական արդյունքներն ու դրույթները հրապարակվել են հեղինակի հետևյալ գիտական հոդվածներում:

1. Զննոյան Շ. Խ., Ֆինանսական հոսքերի արդյունավետությունը ՀՀ առողջապահության ոլորտում: Տարեգիր 2012թ. ԵՊՀ տնտեսագիտության ֆակուլտետ, գիտական հոդվածների ժողովածու - 2013թ., Երևան, էջ 183-189:

2. Զննոյան Շ. Խ., ՀՀ առողջապահական հաճակարգի ֆինանսավորման որոշ խնդիրների մասին: «ԲԱՆԲԵՐ» գիտական հանդես, ԵՊՀ հրատարակչություն 141.5, Երևան, 2013թ., էջ 61-71:

3. Զննոյան Շ. Խ., ՀՀ-ի առողջապահական հաճակարգի բարեփոխումները և առողջապահական ծառայությունների գնագոյացման կարգավորումը: Ֆինանսներ և Էկոնոմիկան գիտական հանդես, Երևան, հրատարակչություն, 10 (160) 2013թ., էջ 68-72

4. Զննոյան Շ. Խ., Բարեփոխումների քաղաքականության առաջնային խնդիրները ՀՀ առողջապահության հաճակարգում: Տնտեսության ժամանակակից հիմնահարցեր, ԵՊՀ տնտեսագիտության ֆակուլտետ: Ուսանողների, ասպիրանտների և երիտասարդ գիտնականների միջազգային գիտաժողովի նյութերի ժողովածու, ԵՊՀ հրատարակչություն, Երևան, 2013թ., էջ 100-104

5. Զննոյան Շ. Խ., ՀՀ առողջապահական ոլորտի ֆինանսավորման և դրա արդյունավետության գնահատման խնդիրները: ԵՊՀ տնտեսագիտության ֆակուլտետ: Տարեգիր 2013թ, ԵՊՀ հրատարակչություն, 2014թ., Երևան, էջ 194-203

ДЖНДОЯН ШЕРАЗ ХАЛИЛОВИЧ

Проблемы организации и финансирования системы здравоохранения в Республике Армения

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.02 – «Экономика, управление хозяйством и его областями».

Защита состоится 27-ого июня 2014г. в 15:00 на заседании специализированного совета 015 ВАК РА по экономике, действующего в Ереванском государственном университете, по адресу г. Ереван, ул. Абовяна 52.

РЕЗЮМЕ

В процессе реализации в РА реформ в сфере здравоохранения не удалось сформировать эффективную систему управления, финансирования, оказания медицинских услуг и справедливой системы финансовой защиты населения. Проблема состоит как в недостатке финансовых средств, так и в недостаточно эффективном их использовании.

Цель диссертации состоит в следующем. В условиях относительного снижения уровня государственного финансирования сферы здравоохранения в посткризисный период, выявить и обосновать механизмы организации и финансирования здравоохранения, которые позволят обеспечить необходимый уровень финансирования организаций, предлагающих услуги а также обеспечить должный уровень финансовой защиты потребителей услуг в области здравоохранения. С помощью эффективной системы финансирования и администрирования обеспечить медицинскую, социальную и экономическую эффективность системы и отдельных звеньев сферы здравоохранения.

Для реализации поставленной цели в диссертации сформулированы и решены следующие основные задачи:

- представить классические модели системы здравоохранения,
- проанализировать особенности национальных систем управления и насущные задачи развития системы здравоохранения,
- представить международный опыт оценки стоимости и регулирования цен, связанных с услугами в сфере здравоохранения,
- определить основные характеристики и уровень финансирования услуг в сфере здравоохранения в РА.
- выявить тенденции медицинского страхования в рамках социального пакета услуг для госслужащих в РА и причины резкого изменения ее механизмов правительством РА.
- выявить основные факторы и взаимосвязи между ними в системе здравоохранения и определить приоритеты для устойчивого развития отрасли.

- разработать затратосдерживающие механизмы финансирования больниц и поликлиник.

Научная новизна диссертации.

Систематизируя понятия «покупатель», «плательщик», «активные покупки» используемые в специализированной литературе и законодательных документах по управлению здравоохранением, а также «прогнозируемый бюджет», «глобальный бюджет» для медицинских организаций, в диссертации в качестве новизны сформулированы следующие положения:

- Разработана концепция «активного покупателя» при приобретении услуг здравоохранения для государственного агентства здравоохранения и формат ресурсосберегающего финансирования стационарных услуг, основанный на «прогнозируемом глобальном бюджете» для стационарных клиник.

- Разработан обоснованный и действенный механизм восстановления компонентов медицинского страхования для пользователей социального пакета в РА.

- Разработан подход к решению проблемы финансирования поликлиник по повышенным ставкам по таким квотам финансирования, которые обеспечивают ресурсосбережение для всей системы здравоохранения.

Указанные подходы и механизмы их решения нацелены на:

а) укрепление потенциала «регулируемого рынка»,

б) обеспечение здравоохранительного результата и ресурсосбережения стационарных и поликлинических услуг с помощью экономических стимулов, при относительном уменьшении государственного финансирования.

г) повышение эффективности всего комплекса услуг медицинского обслуживания.

Предложенные в диссертации выводы и предложения могут стать основой для продолжения реформ в сфере здравоохранения, предусмотренных стратегией правительства РА, а также для реализации ресурсосберегающих медицинских услуг и разработки законодательных документов, регулирующих данную сферу.

Issues of organization and financing of the healthcare system in the Republic of Armenia

The abstract of the dissertation for the pursuing degree of the PhD of Economics in the field 08.00.02 – «Economics, management of economy and its sectors».

The defence of the Dissertation will take place on 27th of June, 2014 at 15:00 at the meeting of the 015 Council in Economics of the Supreme Certifying Committee of the Republic of Armenia acting at Yerevan State University, located at Abovyan Street 52, Yerevan, Armenia.

SUMMARY

An efficient system of the management, financing and medical services and fair system of financial protection of the population have not yet been acquired in the process of healthcare reform in Armenia. The problem is not just a lack of financial resources, but primarily its efficient and equitable usage.

The purpose of the dissertation in terms of the relative reduction of public spending on health in the post-crisis period is to identify and justify the arrangements for organizing and financing health care that will secure the needed level of financing for healthcare suppliers and to provide adequate financial protection for healthcare consumers. Through providing an efficient system of financing and administration could be reached medical, social and economic efficiency of the healthcare system and its separate.

To achieve this objective within the framework of the dissertation the following main tasks are formulated and solved:

- to present a classic models of healthcare,
- to analyze the main features of the management and imperatives of the development of the national healthcare system,
- to present international experience of valuation and price regulation for health services,
- to identify trends in health insurance in the social package for civil servants in RA and causes of a sharp change in its mechanisms by the Government of RA
- to identify the main factors and mutual relationships between these factors within healthcare system and build the main priorities for sustainable development of the industry .

- to develop resource saving financial framework for hospitals and outpatient treatment.

The following provisions are the scientific novelties within the approaches and proposals presented in the dissertation.

Systematizing the concept of «buyer», «payer», «active buying» used in special literature and legal documents concerning to the management of health care, as well as «projected budget» «global budget» for health clinics, the following provisions have been presented as novelties within this dissertation.

The concept of «active purchaser» in a process of acquisition of health services for the state Agency of Health MOH and resource saving financing framework of hospital services has been developed based on «projected global budget» for stationary clinics.

- A reasonable and effective mechanism on recovery health insurance component for beneficiaries of social package has been carried out in RA.

- The approach of funding polyclinics at higher rates on certain quotas of funding has been worked out providing resource saving result for the entire system.

These approaches and mechanisms are aimed to: a) strengthen the capacity of «regulated market», b) ensure health outcomes and resource saving manner for inpatient and outpatient services through economic incentives, with a relative decrease in state funding, d) improve the efficiency of the whole complex of healthcare services.

The conclusions and solutions proposed in the dissertation can serve as a basis for the continuation for further reforms in the healthcare sector on the strategy of the Government of Armenia, and implementation of specific resource saving measures for medical services, as well as for the development of legislative acts adjusting this sector.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "H. Petrossyan".