

ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԿՈՐՈՒՍՏՆԵՐԻ ՌԻՍԿԻՑ ՍՈՑԻԱԼ-ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՆԱՎԱՐՑԵՐԸ

Հասարակության առողջության կորուստի պաշտպանվածությունը ցանկացած երկրում իրականացվող սոցիալական քաղաքականության հիմնահարցերից մեկն է: Սկզբունքորեն հայտնի է, որ սոցիալական քաղաքականությունը լավագույնս երաշխավորվում է իրականացվում է անկախ պետականության պայմաններում:

Անկախության հռչակումից հետո Հայաստանի առջև ծառացան բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց թվում հասարակության առողջության, կարիքավորների և գործազուրկների պաշտպանվածության (դրանք բնակչության միամասնությունն են կազմում, հետևաբար ավելի շատ են առնչվում առողջության կորուստի պաշտպանվածության խնդիրների լուծման հետ), ինչպես նաև հասարակության բոլոր խավերի շահերը և նախասիրությունները հաշվի առնող ամբողջական սոցիալական քաղաքականության ռազմավարության մշակումը:

Ներկայումս հասարակությունում առկա են այնպիսի երևույթներ, տեսակետներ, մտայնություններ, որոնք երբեմն տրամաբանորեն հակառակ հայացքներ են դրսևորում պետական կառավարման համակարգի, ազգային սոցիալական նպատակների և գաղափարախոսության, սոցիալ-տնտեսական զարգացման ձևերի և մոդելների վերաբերյալ. բայց և այնպես սոցիալական հիմնախնդիրները կան և շարունակում են մնալ ողջ հասարակության ուշադրության կենտրոնում:

Ակնհայտ է՝ առողջապահության, ինչպես նաև բնակչության անապահով խավերին ցուցաբերվող անհավասարաչափ, մնացորդային, պետական աջակցության քաղաքականությունը: Դրա վառ ապացույցը կանանց և ընդհուպ երեխաների թերսնվածությունն է ու դրա հետևանքով այս կամ այն չափի սակավարյունության տարածվածությունը՝ երեխաների 13% ունի միջին, 3%-ը՝ ծանր թերսնվածություն (հասակն ըստ տարիքի), 2%-ը միջին ծանրության թերքաշ (քաշը ըստ տարիքի), 24%-ը տառապում է այս կամ այն չափի սակավարյունությամբ: Ըստ էության, չլուծելով սոցիալական ոչ մի խնդիր, ներկայումս իրականացվող սոցիալական քաղաքականությունը, հատկապես առողջապահության բնագավառում, հանգեցնում է բյուջետային սուղ միջոցների փոշիացմանը:

Հարկ է նշել, որ ժամանակակից աշխարհում առողջության պաշտպանվածությանն ուղղված բժշկական որակյալ ծառայությունները ամենաթանկ բարիքներից են: Նույնիսկ բարձր կենսամակարդակ ունեցող երկրներում հիվանդների մեծ մասն ի վիճակի չի բուժման ծախսերը իրականացնել ընթացիկ եկամուտների հաշվին:

Ա. Ա. Կուլյազնեցի Նշում է, որ «Առողջությունը – մարդկանց կյանքի ամենահիմնական կողմերից մեկն է: Ներկայումս այդ հասկացությունը մեկնաբանվում է բավարար լայն չափով: Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության այդ հասկացությունը բնութագրում է, որպես մարդու ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության իրավիճակ»¹:

Առողջության «գիրը», ըստ ակադեմիկոս Վ. Ն. Կազնաչենայի, անհրաժեշտ է արտահայտել «առողջ կյանքի մարդ-ժամերով», այն ժամերով որոնք անհրաժեշտ են նյութական և հոգևոր հիմքերի ստեղծման և մարդկանց կողմից դրանց օգտագործման ապահովման համար: Դրանով է որոշվում բնակչության առողջության տնտեսական կողմը: ԱՄՆ-ում ՀՆԱ-ի 9%-ը տարեկան խնայվում է միայն բնակչության մահացության նվազման հաշվին»²:

Վերջին տարիների ընթացքում /2000-2005թթ./ 100.000 բնակչի հաշվով հատկապես ավելացել է սիրտ-անոթային, հիպերտոնիկ, սրտամկանի, ինֆարկտի, ստենոկարդիայի հիվանդությունների քանակն, ինչը հիմնականում պայմանավորված է սթրեսային իրավիճակների առաջացման, ինչպես նաև ալկոհոլի և ծխախոտի օգտագործման չարաշահումների հետ:

Եթե 2000թ. չարորակ նորագոյացություններով հիվանդները՝ 10000 բնակչի հաշվով կազմել է 185.2, որից 48%-ը կանայք են /կրծքային քաղցկեղ՝ 35.1%, արգանդի վզիկի՝ 12.2%, արգանդի մարմնի 9.2%/, ապա 2005թ. հիվանդությունների համամասնությունների գրեթե պահպանման դեպքում, այդ ցուցանիշը կազմել է՝ 216.7:

Առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումներով հոգեկան խախտումներով հիվանդությունը 100000 բնակչի հաշվով 2000թ. կազմել է՝ 33.8 ապա 2005թ.՝ 77.7, այսինքն աճել է 2.29 անգամ³:

Մարդկային զարգացման ազգային հետազոտությունը (ՄԶԱ) տվյալների հիմնական արդյունքները թույլ են տալիս բացահայտել մի շարք երևույթներ, որոնք բնութագրվում են ներկա պայմաններում բժշկական օգնության անմատչելիության առանձնահատուկ դրսևորումները երկրում: Այսպես, հանրապետության բոլոր մարզերում հետազոտված 6000 տնային տնտեսությունների անդամներից յուրաքանչյուր երրորդը (39.3%-ը) հարցմանը նախորդող ամիսների ընթացքում հիվանդացել են և ունեցել են բժշկի կարիք, սակայն չի դիմել բժշկի 42.8 տոկոսը, այդ թվում քաղաքային բնակչության 44.2 տոկոսը (կանանց՝ 43.7%-ը, տղամարդկանց՝ 46%-ը):

Բժշկին չդիմելու պատճառների ամփոփումը ցույց է տվել որ բժշկի կարիք ունեցած և բժշկին չդիմած բնակչության ավելի քան 97 տոկոսը չի դիմել բժշկի՝ բուժօգնության անմատչելիության պատճառով⁴:

Առողջապահական ծառայությունների անմատչելիության կարևորագույն բաղադրիչներից է նաև

¹ А. А. Кудрявцов и др., „Страхования здоровья“, М., „Аникни“ 2003, стр. 10.

² Казначевский В.Н.: Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. 1995. Москва, стр. 15.

³ Հայաստանի վիճակագրական տեղեկագիր 2005, 2006թթ. էջ 138 – 140:

⁴ «Մարդկային աղքատություն և աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում», Երևան 2005թ, էջ 25-27:

աղքատության պատճառով բնակչության մեծ մասի, հատկապես գյուղական բնակչության կողմից դեղերի ձեռք բերման ֆիզիկական և ֆինանսական անմատչելիությունը:

Առողջապահական ծառայությունների մատչելիության ընդհանուր ենթատեքստում դեղերի ֆինանսական անմատչելիության (կապված մաս դեղերի անհամեմատելի բարձր գնի հետ) հիմնահարցի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ մույնիսկ պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական ծրագրերի շրջանակներում ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության ընթացքում դեղերի հիմնական մասը հիվանդների կողմից ձեռք է բերվում դեղատնային ցանցից և ըստ էության գրեթե չի գործում «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղերի ձեռք բերելու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալական խմբերին և հիվանդությունների ցանկերը հաստատելու մասին» ՀՀ Կառավարության 1999թ. հունիսի 8-ի թիվ 396 որոշումը:

Հարկ է նշել, որ առողջությունը ընդհանուր ֆիզիկական, հոգեկան բարեկեցության վիճակ է, և ոչ թե միայն ֆիզիկական բերությունների և հիվանդությունների բացակայություն: Ինչպես նշված է Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ) հռչակագրում, առողջության բարձր մակարդակի տիրապետումը մարդու հիմնական իրավունքներից մեկն է: Առողջությունը կյանքի որակի բարելավման, սոցիալական առաջընթացի պայման է և նախադրյալ: Այդ իսկ պատճառով պետական սոցիալական քաղաքականության հաջողության աստիճանը կարելի է որոշել բնակչության առողջության վրա նրա ազդեցության չափով:

Ուսումնասիրելով եվրոպական երկրների առողջության կորուստի ռիսկից սոցիալական պաշտպանության փորձը¹, կարելի է առանձնացնել այդպիսի ռիսկի հետևյալ մակարդակները (բաղադրամասերը).

1. Ֆիզիկական արատի կամ հիվանդության առաջացման ռիսկը, այսինքն ֆիզիոլոգիական խախտումների ռիսկը, որը մարդու օրգանիզմի գործունեությանը և մույնիսկ կյանքին վտանգ է սպառնում (ինչպես բիոլոգիական, այնպես էլ սոցիալական իմաստով): Ինքնին այդ ռիսկը տնտեսական բնույթ չունի, սակայն նրա հետևանքները իրենցից ներկայացնում են տնտեսական կորուստ:
2. Առողջության վերականգնման (բուժման) անհրաժեշտության ռիսկը, որը պահանջում է տարբեր տիպի ռեսուրսներ ծախսեր: Այդ ծախսերը կարող են չափազանց տնտեսական (դրամական) ձևով:
3. Առողջության կորուստի հետևանքով մարդու սոցիալ-տնտեսական կյանքի խախտումների ռիսկը (ժամանակավոր կամ մշտական): Օրինակ կարող են հանդիսանալ աշխատունակության կորստի հետևանքով եկամուտների կորուստը և հաշմանդամության որոշակի ձևերի դեպքում շարունակական բարդությունները: Կարուստը (վնասը) կարող է ունենալ ինչպես սոցիալական, այնպես էլ տնտեսական բաղկացուցիչներ:
4. Առողջության (հաշմանդամության) լրիվ վերականգնման անհնարինության դեպքում կյանքի ընդունելի պայմանների պահպանման անհրաժեշտության ռիսկը, այսինքն հաշմանդամության խնամքի կազմակերպման և հասարակական կյանքում դրանց լիիրավության պահպանման անհրաժեշտությունը: Այդ միջոցառումները պահանջում են ռեսուրսների ծախսեր, այսինքն կարող են արտահայտվել տնտեսական (դրամական) ձևով:

Այսպիսով, առողջության կորուստը նեղ իմաստով (հիվանդություն կամ ֆիզիկական բերություն) կարող է առաջացնել բազմակերպ սոցիալ-տնտեսական հետևանքներ, ինչպես տվյալ անհատի, այնպես էլ ամբողջ հասարակության համար: Ուստի առողջությունը ունի ինչպես անհատական, այնպես էլ հասարակական արժեքավորություն: Այդ կապակցությամբ հրատապ է խոսել առողջության կորուստի ռիսկերի սոցիալական պաշտպանվածության համակարգի մասին.

Այդպիսի համակարգը իր մեջ պետք է ներառի.

- առողջապահության ոլորտը, դրա լայն հասկացությամբ, այսինքն ոչ միայն բժշկությունը, այլ նաև ոչ բժշկական բնույթի կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպումը, օրինակ, ստերետիպային վարքագծի, սննդի և այլնի փոփոխության հնարավորությունները,
- առողջության կորուստի հետևանքների հաղթահարման համար պատասխանատու ինստիտուտները, այսինքն տարբեր բնույթի սոցիալական նպաստները, որոնք անհրաժեշտ են հաշմանդամների և ծերունական հասակում գտնվող անձանց կյանքի պայմանների պահպանման համար:

Այնհայտ է, որ տվյալ համակարգը պետք է պահպանվի հասարակության տարբեր տիպի ինստիտուտների կողմից և տարբեր մակարդակներում: Չի կարելի սահմանափակվել, օրինակ միայն պետական ինստիտուտներով, անհրաժեշտ է դիտարկել այն հնարավորությունները, որոնք կարող են տրամադրվել բիզնեսի (ձեռնարկատերերի) կողմից, հասարակական փոխօգնության մեխանիզմները և մույնիսկ առանձին անհատների ջանքերը: Այլ խոսքերով ասած, առողջության կորուստի սոցիալական պաշտպանվածության համակարգի ինստիտուցիոնալ կառուցվածքը և դրանց հետևանքները կարող են լինել բավարար բարդությամբ:

Չնայած, որ նման համակարգերի ինստիտուցիոնալ կառուցվածքները գործնականում կապված տարբեր մշակութային, սոցիալական և տնտեսական գործոնների ազդեցության հետ, դրանք տարբերվում են մեկը մյուսից, կարելի է առանձնացնել դրանց կազմակերպման ընդհանուր սկզբունքները: Գոյություն ունեն ինստիտուտների մի խումբ, որոնք անմիջականորեն պատասխանատու են բուժման, վերականգնման, հաշմանդամների խնամքի ծառայությունների մատուցման, ինչպես նաև դրամական փոխհատուցումների հատկացման համար և այլն: Դրանք պայմանականորեն կարելի է անվանել «մշակութային-տնտեսական բազա»: Ինստիտուտների մեկ այլ տիպը, որոնք միջոցորդական դեր են կատարում սպառողների և համապատասխան բժշկական ծառայությունների արտադրողների միջև և ապահովում են, թեթևացնում են դրանց մատչելիու-

¹ Кудрявцев А. А. и др., Страхование здоровья (опыт Великобритании), М. 2003, стр. 10-12.

թյունը, կարելի է պայմանականորեն անվանել «կազմակերպա-ֆինանսական ենթակառուցվածքներ»: Այդ երկու տիպի ինստիտուտների գործունեությունը կարող է կապված լինել մեկ կազմակերպչական կառուցվածքի գործունեության հետ, կարող է նաև բաժանված լինել կազմակերպչական առումով: Այսպես, հիվանդների բժշկական հաստատություններում «գրանցման» ամրագրման ինստիտուտը կարող է իրականացնել ինչպես հաշվառումը, տվյալ հաստատության միջոցով, այնպես էլ կարող է ցուցակագրում կատարել այլ կազմակերպությունների կողմից (օրինակ, ապահովագրական ընկերություն և պետական գործակալություն):

Առողջության կորուստի ռիսկերի սոցիալական պաշտպանվածության համակարգի ինստիտուտների գործունեության մեխանիզմը կախված է հետևյալ գործոններից.

- ռեսուրսների իրականացվող բաշխումից (կենտրոնացված կամ շուկայի միջոցով)
- ֆինանսավորման աղբյուրների, բնույթից (այդ թվում պետական կամ մասնավոր)
- ֆինանսավորման եղանակից՝ վերադարձելի կամ անհատույց
- արտադրության միջոցների սեփականության ձևերից
- կառավարվում պետական կազմակերպությունների բնույթից (ուղղակիորեն կամ վստահված կառավարումով),
- տարբեր կացութաձևերի փոխներգործման ձևերից (օրինակ, պետական և շուկայական)
- համապատասխան ծառայությունների մատչելիությունը ապահովելու եղանակներից
- ծառայությունների մատուցումը վերահսկման եղանակներից և այլն:

Կազմակերպա-ֆինանսական ենթակառուցվածքների ինստիտուտների առանձնացումը պետք է նպաստի ամբողջ համակարգի գործառնության ընդհանուր արդյունավետության բարձրացմանը, ստեղծելով պայմաններ «մյուսա-տեխնիկական բազայի» ինստիտուտների աշխատանքի համար: Այդպիսի միջնորդական ինստիտուտներից է առողջության ապահովագրությունը: Համակարգային վերլուծության տեսակետից, առողջության ապահովագրությունը, դա համակարգում դրամական հոսքերի օպտիմալացման ձև է, որը նվազեցնում է անհատական ռիսկերը նրա տարբեր տարրերի համար, դրանով իսկ հեշտացնում է սպառողների մատչելիությունը՝ համապատասխան ծառայությունների նկատմամբ և երաշխավորում է այդ ծառայությունների որոշակի մակարդակ:

Առողջության ապահովագրությունը չի կարելի դիտարկել առողջության կորուստի սոցիալական պաշտպանվածության համակարգի այլ ինստիտուտներից կտրված: Որպեսզի հասկանանք առողջության ապահովագրության յուրահատկությունները, պետք է հաշվի առնել առողջապահության համակարգի, սոցիալական ապահովության համակարգի, բժշկական ծառայությունների շուկայի, խմամքի գծով ծառայությունների, բարեգործական ընկերությունների գործունեության ազդեցությունը բուժասպասարկման ընդհանուր գործընթացի վրա:

Հարկ է նշել, որ վերջին տարիների ընթացքում ՀՀ-ում լուրջ քայլեր են կատարվում առողջության կորուստի պաշտպանության վերաբերյալ:

Հայաստանը սահմանել է առողջապահության քաղաքականության միջազգայնորեն ճանաչված հետևյալ նպատակները՝

- բարելավել և պաշտպանել մարդկանց առողջությունն ամբողջ կյանքի ընթացքում
- նվազեցնել տարածված հիվանդությունների և վնասվածքների առաջացման ռեպերը և կրճատել դրանց պատճառած վնասները:

ՀՀ առողջապահության ոլորտի զարգացման հիմնական ուղղությունները բխում են ՀՀ կառավարության գործունեության ծրագրի և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ընդունված «Առողջություն բոլորի համար 21-րդ դարում» փաստաթղթի հիմնադրույթներից: Չպետք է մոռանալ, որ բնակչության առողջությունը մարդկային զարգացման հիմնական չափորոշիչն է, որը հիմք է հանդիսանում հասարակության սոցիալ-տնտեսական զարգացման համար: Հայաստանը մուտք է գործել նոր հազարամյակ՝ միջազգայնորեն ընդունված քաղաքականությանն ու ռազմավարությանն ուղղված միտումով՝ կիրառելով նշված մոտեցումները առողջապահության ոլորտում:

ՎԱՅԱԳՆ ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ՀՀ ԳԱՍ Մ. Քոբանյանի անվան
տնտեսագիտության ինստիտուտի հայցորդ

ԿԱՌԱՅԻՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ԶԶ ՀԱՐԿԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ

Պետությունն իր տնտեսական գործառնությունների իրականացման համար տիրապետում է պետական կարգավորման լծակների մի ողջ համակարգի, որոնց մեջ առանձնակի կարևորություն և տեղ ունի հարկային քաղաքականությունը: Ժամանակակից տնտեսագիտական գրականության մեջ տրվում է հարկային քաղաքականության հետևյալ ձևակերպումը. «Հարկային քաղաքականությունը իրավական նորմերի և կազմակերպատնտեսական միջոցառումների համալիր է, որն ընդունվում և իրականացվում է պետական իշխանության և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, կազմակերպությունների ու ֆիզիկական անձանց կողմից»¹:

ՀՀ-ում տնտեսական վերափոխումները ժամանակային առումով բավականին առաջ են անցել հարկային համակարգի անհրաժեշտ ինստիտուցիոնալ փոփոխություններից: Այդ տեսանկյունից ռազմավարական

¹ Налоги, Словарь-справочник.-М.: ИНФРА-М, 2000г., с.95.