

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՎԵՐԱՓՈՒՄՆԵՐԻ ՄԻ ԶԱՆԻ ՆՆԳԻՐՆԵՐԻ ԾՈՌԻՉ**

Զանալի բառեր՝ առողջապահություն, ֆինանսավորում, բարեփոխումներ

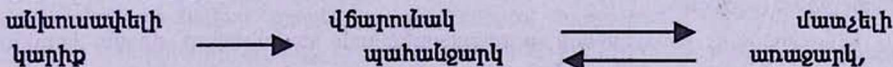
Որևէ համակարգի ֆինանսավորման բարեփոխումների ուղղությամբ որոշումներ ընդունելիս կարևոր նշանակություն ունեն հետևյալ հիմնախնդիրները.

- համակարգի կառավարման չնի ընտրությունը,
- համակարգի կազմակերպությունների կազմակերպչա-իրավական կարգավիճակը,
- կառավարության կողմից ընտրված տնտեսավարման մոդելը,
- համակարգի հասարակական նշանակությունը և տեղը սոցիալ-տնտեսական հարաբերությունների մեջ:

Այս հիմնախնդիրների լուծման գործում վճռական նշանակություն է չեղք քերում *քաղաքական որոշում կայացնելը:*

Առողջապահության համակարգի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելիս, հատկապես շուկայական ազատ տնտեսական հարաբերությունների պայմաններում, առանձնակի ուշադրություն պետք է դարձնել դրա կողմից առաջարկվող ծառայությունների քննարկին՝ այն է պետության համար ռազմավարական և հասարակական (սոցիալական) մեծ նշանակությանը: Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման բարեփոխումների վերաբերյալ որևէ որոշում կայացնելիս պետք է նկատի ունենալ, որ նրա կողմից առաջարկվող ծառայությունները ոչ թե սոսկ «ապրանք» են, այլ՝ «սոցիալական ապրանք»:

Հարկ է նշել, որ գրեթե բոլոր պարզապես երկրներում առողջապահության բնագավառում տնտեսական հարաբերությունները կարգավորվում են «*քվալիտիկայի*» օրենքներով, որոնք ենթադրում են բնակչությանը մատչելի առողջապահական ծառայություններով ապահովելու իրավունքի և քուժօգնություն իրականացնողների ազատ ձեռնարկության իրավունքի պոզիտիվ հետևյալ դաշտում՝



ինչը էապես տարբերվում է սովորական ազատ շուկայական հարաբերությունների օբյեկտիվ օրենքներից:

Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ներկա փուլում ստեղծվել է մի իրավիճակ, երբ անհրաժեշտ է հստակեցնել, թե որն է համակարգի բարեփոխումների հիմնական նպատակը.

ա/ կարգապահությունը ներկայումս նկատվող միտումը առողջապահությունը «շուկայական ապրանք» վերածելու հարցում,

բ/ առողջապահությունը դիտարկել որպես «մասնակի կարգավորվող ապրանք»,

գ/ վերադառնալ «հանրային ապրանք» հանդիսացող առողջապահության համակարգի:

Իհարկե վիճարկելի է, թե որքանով է առողջապահությունը «հանրային ապրանք» հանդիսացել խորհրդային ժամանակահատվածում և որքանով է «հանրային» անվանումը համապատասխանել իրական գնահատումներին, սակայն այնուամենայնիվ շատ հարցերի կարգավորումը և վերահսկումը իրականացվել է շատ ավելի հստակ, քան հնարավոր է այսօր:

Անշուշտ ապատ շուկայի և տնտեսական հարաբերությունների ներկա պայմաններում առավել իրատեսական է առողջապահությունը դիտել որպես «մասնակի կարգավորվող ապրանք», որը նաև պետության և իշխանությունների ուժի արտահայտությունը կլինեի: Պետությունը պետք է կարողանա վերահսկել ֆինանսավորման և բժշկական ծառայությունների մատուցման գործընթացը, չգտել դրանց համար ստեղծել առավել մրցակցային միջավայր, ապահովելով համակարգի վարգապման հնարավորությունը:

Առողջապահությունը մշտապես համարվել, համարվում է և կհամարվի «թանկարժեք ապրանք»: Ինչպես ցույց է տալիս վարգապած առողջապահական համակարգ ունեցող երկրների փորձը, բուժօգնություն իրականացնողները մշտապես պզպել են պետության հովանավորությունը՝ առողջության պահպանման ուղղությամբ քնակչության հարաճուն պահանջարկը ամբողջությամբ, պատշաճ որակով և մակարդակով ապահովելու ուղղությամբ:

Պետության հովանավորությունը առողջապահության համակարգի անխափան, արդյունավետ աշխատանքի ապահովման գործում կարող է դրսևորվել.

- կառույվածքային նպատակային քարեփոխումների իրականացման,
- համակարգի ֆինանսավորման արդյունավետ մեխանիզմների ընտրության,
- արտոնյալ հարկային քաղաքականության
- միջոցով:

Չարգապած երկրների փորձը միաժամանակ ցույց է տալիս, որ պետության կողմից առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ամենաարդյունավետ ձևը համարվել է կենտրոնացված ֆինանսավորումը, ինչը հիմնված է եղել հետևյալ սկզբունքների վրա.

- բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համընդհանրության, մատչելիության և հավասարության ապահովում,
- սպառողի կողմից բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի ընտրության իրավունքի ապահովում,
- իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման պատշաճ մակարդակի ու որակի ապահովում,
- «գումարները հետևում են հիվանդին»:

1. Պատմական ակնարկ

Մինչ անկախացում, Հայաստանի առողջապահական համակարգը՝ որպես խորհրդային համակարգի առանձին մասնիկ, քնութագրվում էր որպես պետական, ամբողջապես կենտրոնացված կառավարվող համակարգ: Այն, որպես պետական (ապգային) առողջապահական ծառայությունների համակարգ, քնորոշվում էր կուռ և լավ ձևավորված հիերարխիկ կառույվածքով:

Համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմի հիմքում դրված էր նորմատիվային սկզբունքը, որին քնորոշ էին հետևյալ թերությունները.

- ֆինանսավորումն իրականացվում էր միմիայն մեկ աղբյուրից՝ պետական բյուջեից և կրում էր մնացորդային քնութ (առողջապահության ծախսերը կապում էին պետական բյուջեի ծախսային մասի սոսկ 5-6 %-ը),
- ֆինանսական միջոցների հատկացումները կատարվում էին ըստ տնտեսագիտական դասակարգման հաստատագրված հորվածների, ինչը սահմանփակում էր առողջապահական կապակերպությունների ապատ ֆինանսա-տնտեսական գործունեության իրականացումը, ինչպես նաև սպառողի կողմից առաջարկվող

քուժօգնության և սպասարկման ծավալի, որակի և իրականացնողի ընտրության հնարավորությունը,

- ֆինանսավորման հիմքում ընկած էին ծավալային ցուցանիշները (առողջապահական կազմակերպության հպորություն, այցելությունների թիվ, մահճակալների պաշտօնություն, կանչների թիվ և այլն), որոնք ուղղակիորեն նպաստում էին համակարգի էքստենսիվ պարզացմանը և ուժեղացմանը:

Այդուհանդերձ, այդ համակարգի պայմաններում հաջողվում էր իրականացնել խորհրդային առողջապահության հիմնական սկզբունքները՝ պետական բնույթ, կանխարգելիչ ուղղվածություն, անվճար առողջապահություն, համընդհանուր մատչելիություն:

Լուծելով այդ խնդիրները, խորհրդային առողջապահական համակարգը այնուամենայնիվ չէր կարող լուծել առողջապահության միջազգային հանրության կողմից ընդունված այնպիսի սկզբունքների ապահովումը, ինչպիսիք են՝ նորագույն տեխնոլոգիաներով առաջատար բժշկական օգնության ու սպասարկման համընդհանուր մատչելիությունը, սպառողի կողմից բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի ընտրության իրավունքը, իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման պատշաճ մակարդակը ու որակը:

2. Առողջապահական համակարգում առաջնահերթ իրականացված քարեփոխումները

1991թ. Հայաստանը հռչակեց իր անկախությունը, որին հաջորդեց նոր քաղաքական, տնտեսական, սոցիալական հարաբերությունների ձևավորման գործընթացը: Սոցիալտնտեսական հարաբերությունների համար որպես մոդել ընտրվեց ապատական շուկայական տնտեսությունը, որին անցնելու ուղին համարվեց «շուկային թերապիան»: Վերջինիս համար բնորոշ էին.

- կոշտ դրամա-վարկային,
- ֆիսկալ ֆինանսական,
- լայնամասշտաբ մասնավորեցման,
- սոցիալ-տնտեսական հարաբերություններում պետության կարգավորիչ դերի նվազեցման քաղաքականության իրականացումը:

Այդպիսի քաղաքականության արդյունքում, իհարկե ոչ առանց արտաքին և քաղաքական հայտնի գործոնների ազդեցության ներքո, ավելի քան երկու անգամ անկում ապրեց պետության տնտեսությունը, պետական բյուջեի սղաճը հասավ հսկայական չափերի, խիստ նվազեց բնակչության վճարունակությունը: Այդ պայմաններում հանրապետության առողջապահության համակարգին ուղղվող ֆինանսական ռեսուրսները կտրուկ նվազեցին և 80-ական թվականների վերջի 1.8 %-ի դիմաց 90-ականների սկզբում արդեն կազմում էին համախառն ներքին արդյունքի (ՀՆԱ) սոսկ 1.3 - 1.4 %-ը:

Ստեղծված իրավիճակում, համակարգի անխափան գործունեությունը պահպանելու ճիգերի հետ մեկտեղ, հույժ կարևոր խնդիր համարվեց հանրապետությունում ընթացող տնտեսական քարեփոխումներին զուգահեռ և համահունչ առողջապահության համակարգում քարեփոխումների իրականացումը, մասնավորապես ֆինանսավորման մեխանիզմների քարելավման ուղղությամբ՝

- ֆինանսավորման աղբյուրների բազմաչափության ներդրում,
- իրականացված քուժօգնության փոխհատուցման ժամանակակից մեխանիզմների ներդրում:

վերոհիշյալ դրույթները պահանջում էին համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմների կատարելագործում և բուժօգնություն իրականացնողներին կատարված աշխատանքների դիմաց փոխհատուցող նոր կառույցի ստեղծում, ինչը թույլ կտար.

- արդյունավետ օգտագործել ՀՀ պետական քյուբեի միջոցները,
- հստակեցնել պատվիրատու կատարող փոխհարաբերությունները,
- հստակեցնել պետության պարտավորությունները բուժօգնության տրամադրման հարցում՝ սահմանելով պետպատվերի կապում ընդգրկվող հիմնական ծառայությունների փաթեթը,
- կատարելագործել պետպատվերի տեղադրման և դրա շրջանակներում կատարվող աշխատանքների ստուգման և վերահսկման մեխանիզմները:

Այս իրավիճակում 1997թ. դեկտեմբերին ստեղծվեց ՀՀ կառավարությանն առընթեր պետական առողջապահական գործակալությունը: Պետական ֆինանսական ռեսուրսների բաշխումը սկսվեց իրականացվել պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում, անկախ բուժօգնություն իրականացնողների կազմակերպա-իրավական տեսակից և սեփականության չնկի: Պետական նպատակային ծրագրերը ամենամյա ծրագրեր են, որոնք ուղղված են բնակչության առողջության պահպանմանը և որոնց ֆինանսավորումն արտահայտված է Հայաստանի Հանրապետության պետական քյուբեում:

Այս ծրագրերի չկավորման համար հիմք են հանդիսանում.

- բժշկական գերակայությունները,
- սոցիալական ուղղվածությունը,
- հիգիենիկ-հակահամաճարակային ծառայությունը:

Զննարկելով նախկինից ժառանգած ֆինանսավորման մեխանիզմները պետք է նշել, որ առողջության առաջնային պահպանման (ՍՍՊ) բուժօգնություններում կիրառվող փոխհատուցման մեխանիզմը՝ ըստ փաստացի կատարված հաճախումների թվի և նեղ մասնագիտացված կաբինետների պահպանման ծախսերի, ուներ մի շարք թերություններ.

- սպառողին անհրաժեշտ ծավալի ու որակի բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման գործում բժշկի շահագրգռվածության բացակայությունը,
- ավելի մեծ ֆինանսական ռեսուրսներ ստակալու նպատակով հաճախումների թվի արհեստական մեծացումը (հավելագրումը), ինչը հանգեցնում էր իրականացվող բուժօգնության և սպասարկման ծախսատարության մեծացմանը,
- վարչարարության մեծ ծավալը՝ կապված բուժօգնության և սպասարկման ֆիքսման և դրանց հետագա փոխհատուցման խնդիրներով,
- ֆինանսական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման ցածր վերահսկելիությունը:

Հաշվի առնելով վերոհիշյալ թերությունները, 1999թ. ՍՍՊ համակարգում նախկին ֆինանսավորումից անցում կատարվեց ըստ սպասարկվող ապագաբնակչության թվի (per capita) ֆինանսավորման մեխանիզմի, այսինքն՝ ՀՀ պետական քյուբեից իրականացվեց ֆինանսավորում տարվա կտրվածքով մեկ բնակչի հաշվով նախատեսված միջինացված գումարների:

Այդ մեխանիզմին անցման համար որոշում ընդունելիս կարևորվեց դրա այն առավելությունները, որոնք թույլ էին տալիս պայքարելու գների գազման դեմ, վարչարարական ծախսերը հասցնել նվազագույնի և ապահովել ֆինանսական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման համեմատաբար պատշաճ մակարդակի վերահսկելիություն: Նման ֆինանսավորման մեխանիզմը գործում է առ այսօր:

Օնայած վերոհիշյալ առավելություններին, ըստ շնչի ֆինանսավորման մեխանիզմին քնորոշ են հետևյալ թերությունները.

- բժշկին շահագրգռող մեխանիզմի բացակայությունը,
- տեղամասում գրանցված բնակիչների թվի անհավաստիությունը,
- բնակչության կողմից պահանջարկի ավելացմանը նպաստող համակարգի բացակայությունը,
- նեղ մասնագետների հսկայական բանակի պաղվածությունը ապահովելու նպատակով այցելուների անհիմն ուղեգրումը նրանց մոտ,
- հիվանդների անհիմն ուղեգրումը հիվանդանոցային բուժօգնության,
- անմիջապես ծառայություն մատուցողի վարչատրամա համակարգի թերաբժեքությունը,

ոչ պաշտոնական վճարումները և այլն:

Նշված թերությունների պատճառով ֆինանսավորման այդ մեխանիզմը թույլ չի տալիս ապահովել բնակչությանը անհրաժեշտ ծավալի ու որակի առաջնային բժշկական օգնություն ու սպասարկում, ինչի արդյունքում վերջին տարիներին խիստ նվազել են բնակչության հաճախումները ԱՄՊ կազմակերպություններ, նվազել է կանխարգելիչ միջոցառումների թիվը, բնակչությունը միայն ծայրահեղ դեպքում է օգտվում բժշկական օգնությունից և սպասարկումից՝ այն էլ նրա թանկարժեք օղակում՝ հիվանդանոցում:

Հիվանդանոցային բուժօգնության փոխհատուցումը սկսվեց իրականացվել յուրաքանչյուր ավարտված դեպքի դիմաց, համապատասխան ծառայության համար հաստատված գնով: Ներդրվեց հիմնական ծառայությունների փաթեթի գաղափարը, որով հստակեցվեց պետության մասնակցության չափը իրականացվող բուժօգնության և սպասարկման ծավալներում:

Ֆինանսավորման մեխանիզմի ներդրումը նպատակ ուներ օգտվել նրա առավելություններից, այն է.

- համակարգի էքստենսիվ պարզացման գաղափար,
- փոխհատուցում, իրականացված աշխատանքի դիմաց,
- վարչարարական ծախսերի գաղափար,
- իրականացվող աշխատանքների վերահսկելիության ավելի բարձր մակարդակ:

Համաձայն նշված մեխանիզմի յուրաքանչյուր դեպքի համար հիվանդանոցը ստանում է A գումար, որն հաշվարկվում է հիվանդանոցային մեկ օրվա բուժման գնի (a), հիվանդության բարդության գործակցի (K) և տվյալ հիվանդության բուժման միջին տևողությամբ (t).

$$A = a \cdot K \cdot t$$

Ֆինանսավորման նշված մեխանիզմի գործնական կիրառումն, ինչ խոսք, նպաստեց սահմանված նպատակների մի մասի իրականացմանը: Սակայն դրա հետ մեկտեղ, ի հայտ եկան դրա մի շարք թերություններ: Այսպես,

- հիվանդանոցային մեկ օրվա բուժման գնին իրատեսական չէ և, ըստ էության, չի փոխհատուցում բուժօգնություն իրականացնողների իրական ծախսերը,
- հիվանդության բարդության գործակցից կարիք ունի ճշգրտման, որի հիմքում պետք է ընկած լինեն հիվանդությունների բուժման ստանդարտները (որոնք առայսօր մշակված և հաստատված չեն),
- մեխանիզմը չէր կարող նպատակադրված լինել ծախսերի գաղափար,

- ներկա համակարգի կառավարման և վերահսկման ոչ կատարյալ մակարդակը, որը և արդյունքում նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում բուժօգնություն իրականացնողների կողմից կատարվող բազմապիսի խախտումների համար,
- բուժօգնություն իրականացնող հաստատությունների ներսում կառավարման ցածր մակարդակը,
- իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման ոչ բավարար մակարդակը,
- քառյդ վարչարարական ծախսերը,
- ոչ պաշտոնական վճարումների ծավալի մեծացումը,
- անմիջապես բուժօգնություն իրականացնողին փոխհատուցման համակարգի թերաբժեքությունը,
- հիվանդանոցային բուժօգնության վճարումն ապահանջարկի նվազումը և այլն:

Ծախսերի զգալի, պետական առողջապահական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում իրականացվող բուժօգնության ծավալների հստակ պլանավորման նպատակով 2000թ. ըստ դեպքի փոխհատուցման հետ մեկտեղ ներդրվեց գլոբալ բյուջեի սկզբունքով ֆինանսավորման մեխանիզմը:

Ընդհանուր գծերով գլոբալ բյուջեն քննադատվում է որպես հաշվետու ժամանակաշրջանի համար պլանավորված ֆինանսավորման ծավալ, բայց ոչ պլանավորված բյուջետային ֆինանսավորում, քանի որ այն հաշվարկվում է ոչ թե ըստ ռեսուրսների, այլ ըստ ստացվող արժեքների՝ արտահայտված մատուցվող ծառայությունների ծավալով:

Գլոբալ բյուջեն չկավորվում է նախորդ տարիների կամ որոշակի ժամանակահատվածի ընթացքում կատարված աշխատանքների ծավալի վերլուծության հիման վրա, և դրա ընթացքում, որպես բազային տվյալներ, սովորաբար ծառայում են նախորդ բյուջետային տարվա ընթացքում կատարված աշխատանքների ծավալային ցուցանիշները: Հիվանդանոցային հիմնարկների միջև ֆինանսական միջոցների բաշխման հիմքում սովորաբար ընկած է լինում ինչպես բուժօգնություն և ծառայություն իրականացնողի առաջարկի իրական գնահատումը, այնպես էլ նրա կողմից սպասարկվող քնակչության պահանջարկը: Տարին մեկ անգամ ֆինանսավորող կողմը հիվանդանոցի հետ համաձայնեցնում է նրա տարեկան բյուջեն՝ տրամադրվելիք ֆինանսավորման ծավալները: Ընդ որում, հիվանդանոցին հատկացվող ֆինանսական միջոցները կախված չեն մահճակալային ֆոնդի և այլ ռեսուրսային ցուցանիշների հետ: Գլոբալ բյուջեի սահմաններում հիվանդանոցների ֆինանսավորումը իրականացվում է բժշկական օգնության փոխհատուցման համար ընտրված միավորին (մեկ ավարտված դեպք) համապատասխան: Այս մեթոդի առավելությունը կայանում է հիվանդանոցային բուժօգնության վրա կատարվող ծախսերի կանխատեսելիության մեջ: Ֆինանսավորող կողմը ծախսերի վերահսկման կարևոր լծակներ է չեղք քերում: Այս դեպքում հիվանդանոցները շահագրգռված չեն լինում մեծացնել հոսպիտալացումների քանակը, որն էլ սահմանափակում է ծախսատարության գործոնը:

Ծառայ բժշկական օգնության ծառայությունում կիրառվեց փաստացի կանչերի դիմաց տարբերակված (ընդհանուր, մասնագիտացված, ֆելդշերական) գներով ֆինանսավորում: Դրա հետ մեկտեղ 2000թ. հատկացվող ֆինանսավորման ծավալները սահմանափակվեցին ըստ տարածաշրջանների տարեկան կտրվածքով քնակչության մեկ շնչի հաշվով միջինացված գումարներով:

3. Առողջապահության համակարգում կուտակված և լուծում պահանջող մի շարք խնդիրներ

Ձեռնարկված միջոցառումները ինչ խոսք տվել են իրենց արդյունքները: Սակայն վերջին տարիներին համակարգում կուտակվել են մի շարք հիմնախնդիրներ: Ընթացող բարեփոխումների արդյունքները չեն բավարարում առողջապահության քաղաքականության գլխավոր նպատակներին, նրանք լիարժեքորեն չեն նպաստել բնակչության հիվանդացության մակարդակի իջեցմանը, բուժօգնության մատչելիության բարձրացմանը, թափանցիկության ապահովմանը, բուժհիմնարկների գործունեության բարելավմանը: Միաժամանակ պարզ է, որ ելնելով երկրի սոցիալ-տնտեսական ներկա իրավիճակից և տնտեսական աճի առկա տեմպերից, մոտ ապագայում առողջապահության բյուջետային ֆինանսավորման կտրուկ աճ չի կարող ակնկալվել: Ստեղծված պայմաններում առողջապահության համակարգում վճարումների պզալի աղբյուր են շարունակում մնալ բնակչության կողմից բուժօգնության վրա կատարվող ուղղակի ծախսերը:

Այսպիսի իրավիճակին նպաստող գործոնների թվում կարելի է նշել.

- պետական նպատակային ծրագրերի թերֆինանսավորումը,
- համակարգում գործող բուժօգնություն իրականացնողները իրենց թվաքանակով, հպորություններով, կադրային ներուժով պզալիորեն գերազանցում են առկա պահանջարկը,
- դեռևս բավարար չափով շեշտադրված չէ առաջնային բուժօգնության համակարգի գերակայությունը,
- առողջապահության համակարգում կառուցվածքային փոփոխությունների, այդ թվում՝ պետական գույքի ապապետականացման, տեմպերի և խորության հետ մնալը ողջ տնտեսության մեջ ընթացող բարեփոխումների համեմատությամբ,
- առողջապահության բյուջետային ֆինանսավորման սահմանափակ հնարավորությունների և դրանց ոչ միշտ արդյունավետ օգտագործման հետ մեկտեղ, շատ ցածր է մնում արտաբյուջետային միջոցների ընդգրկման հարցը,
- բուժօգնություն իրականացնողների կողմից տնտեսավարման նոր պայմաններում գործելու ունակության ոչ բավարար մակարդակը, կառավարման անհրաժեշտ հմտությունների պակասը,
- երկրում դեռևս չի գործում բուժօգնության ստանդարտների և որակի վերահսկման համակարգը,
- պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրման տարեց-տարի չգճգումը:

Ա. Ա. Տեր-Ղրիգորյան

«Հ կառավարությանն առընթեր Պետական առողջապահական գործակալություն»