




ՖԻՆԱՆՍՆԵՐ


### ԼՈՒՍԻՆԵ ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ՀՊՏՀ բիզնես վարչարարության  
ամբիոնի դոցենտ, տնտեսագիտության թեկնածու

 <https://orcid.org/0000-0002-3894-4803>


### ԱՐՍԵՆ ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

ՀՊՏՀ տնտեսագիտության տեսության  
ամբիոնի դոցենտ, տնտեսագիտության թեկնածու

 <https://orcid.org/0000-0002-9588-1140>


### ՏԱԹԵՎԻԿ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

ՀՊՏՀ միջազգային տնտեսական հարաբերությունների  
ամբիոնի դասախոս

 <https://orcid.org/0000-0001-6488-2717>


### ՏԻԳՐԱՆ ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ

ՀՊՏՀ «Միջազգային տնտեսագիտություն»  
մասնագիտության ասպիրանտ

 <https://orcid.org/0000-0001-9265-2783>

### ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՔՅԱՆ

ՀՊՏՀ «Բանկային գործ և ապահովագրություն»  
մասնագիտության ասպիրանտ

 <https://orcid.org/0000-0002-6879-974X>

## ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ԴԵՂԵՐԻ ՓՈԽՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԽԵՄԱՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Դեղապահովագրությունը առողջության ապահովագրության համակարգի տարրերից մեկն է, որի շրջանակներում բնակչությանը տրամադրվում են անվճար դեղամիջոցներ կամ կատարվում է դրանց արժեքի մի մասի փոխհատուցում:

Առողջապահական ընդհանուր ծախսերի մեջ մեծ տեսակարար կշիռ ունեն դեղագործական արտադրանքի վրա կատարվող ծախսերը: Յուրաքանչյուր երկրի, այդ թվում Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության համար առաջնային մար-

տահրավերներից են դարձել բնակչությանը երաշխավորված որակի և համապատասխան քանակությամբ դեղամիջոցների կանոնավոր տրամադրումը, ողջամիտ գնային քաղաքականության սահմանումը: Այս համատեքստում ապահովագրության շրջանակներում դեղերի փոխհատուցման հիմնական սխեմաների արտերկրյա փորձի ուսումնասիրումը և ՀՀ-ում կիրառվող մեխանիզմների հետ համադրումը կարևոր է ու արդիական, քանի որ մեր երկրում դեռևս ներդրված չեն պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը և դրա անբաժան փարթը՝ դեղերի փոխհատուցման մեխանիզմը:

Հեղինակների կողմից ուսումնասիրվել և համեմատվել են դեղերի փոխհատուցման սխեմաները որոշակի երկրներում, քննարկվել են դեղերի փոխհատուցման չափանիշները, փոխհատուցման ցուցակների կազմման առանձնահատկությունները, ինչպես նաև ներկայացվել են դեղորայքի փոխհատուցման ոլորտում գնային քաղաքականության մշակման հիմնական մոտեցումները: Հետազոտությունում ուսումնասիրվել են նաև դեղերի փոխհատուցման ՀՀ-ում գործող հիմնական մեխանիզմները, հատուցման շրջանակներում ընդգրկված բնակչության խմբերը և հիվանդությունները:

Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ դեղերի փոխհատուցման ընդհանրական մոդել չկա, և թե՛ զարգացած, թե՛ Հայաստանին համանման տնտեսություն ունեցող երկրները, հաշվի առնելով իրենց շուկայի զարգացման առանձնահատկությունները, մշակում են հանրային առողջության պաշտպանության մոդելներ, որոնք, ունենալով կազմակերպման փարբեր առանձնահատկություններ, պարունակում են համընդհանուր փարբեր, այդ թվում՝ բնակչության խմբեր, փոխհատուցման ցուցակներ, փոխհատուցման դրույքաչափեր, գների կարգավորման մեխանիզմներ և այլ բաղադրիչներ, որոնցով պետք է առաջնորդվել ՀՀ-ում դեղապահովագրության մոդելը մշակելիս:

**Հիմնաբառեր.** դեղապահովագրություն, դեղորայքի փոխհատուցում, գնային քաղաքականություն, դրույքաչափեր, ռեֆերենս գներ

JEL: G22, I13, I18

DOI: 10.52174/1829-0280\_2022.4-9

**Ներածություն:** Բազմաթիվ երկրներ, այդ թվում՝ Հայաստանը, ձգտում են իրենց քաղաքացիներին ապահովել համապիտանի առողջապահական ծառայություններով: Մարդու իրավունքների տեսանկյունից՝ դեղերի հասանելիությունը սկզբունքորեն կապված է հավասարության և խտրականության, թափանցիկության, մասնակցայնության և հաշվետվողականության սկզբունքների հետ: Յուրաքանչյուր պետություն պարտավոր է մշակել առողջապահական ազգային օրենսդրություն, քաղաքականություն և ամրապնդել իր ազգային առողջապահական համակարգը: Այդ նպատակով պետք է հաշվի առնվեն դեղերի հասանելիության հետ կապված հիմնական խնդիրները, ինչպիսիք են՝ գնի և որակի վերահսկումը, դեղի չափաբաժինը և արդյունավետությունը, գնումների պրակտիկան և ընթացակարգերը, մատակարարման շղթաները և այլն: Առողջապահական ծախսերի մեծ մասն ուղղվում է դեղորայքի ձեռքբերմանը, իսկ դրանք տարեցտարի աճում են: Ոլորտի պատասխանատուները պարբերաբար վերանայում են դեղապահովագրական սխեմաները՝ փորձելով գտնել դեղամիջոցների օգտագործման և դեղերի ծախսերի վերահսկման արդյունավետ ուղիներ՝ միաժամանակ ապահովելով, որ հիվանդները ստանան իրենց անհրաժեշտ դեղերը:

Պետք է նշել, որ փոխհատուցվող դեղերի աճող ծախսերը լուրջ մարտահրավեր են կառավարությունների և այլ վճարողների համար, քանի որ ուղ-

ղակիորեն ազդում են ֆինանսական ռիսկի մակարդակի վրա: Բազմաթիվ երկրներ ունեն դեղագործական ծածկույթի տարբեր համակարգեր՝ պետական կամ մասնավոր, պարտադիր կամ կամավոր: Առողջապահական ծախսերի աճի ազդեցությունը մեղմելու համար գործում են փոխհատուցման տարբեր կառուցակարգեր:

Հաշվի առնելով առողջապահության ոլորտի ընթացիկ զարգացումները՝ առողջության ապահովագրությունը դարձել է ոլորտի ֆինանսավորման և կառավարման կազմակերպական ձև, որն ապահովում է բժշկական և դեղագործական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորություններ, ինչպես նաև բնակչության սոցիալական պաշտպանության համար ստեղծում է անհրաժեշտ կառուցակարգեր: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ձևավորման և արդիականացման ընթացքում առաջացած խնդիրների լուծման ուղիների որոնումը հանգեցրել է արտասահմանյան երկրներում բժշկական ապահովագրության և, հատկապես, դեղապահովման փորձի ուսումնասիրության անհրաժեշտությանը: Հաշվի առնելով նաև այն հանգամանքը, որ ՀՀ-ում դեռևս ներդրված չէ դեղապահովագրության մոդել, արտասահմանյան երկրներում արդեն իսկ կիրառվող սխեմաների փորձի ուսումնասիրությունը, դրանցում առկա ռիսկերի գնահատումը կարող են արժեքավոր լինել քաղաքականություն մշակողների համար:

Այսպիսով՝ սույն հոդվածի նպատակն է ուսումնասիրել դեղերի փոխհատուցման հիմնական սխեմաները, իրականացնել համեմատական վերլուծություն, ինչպես նաև բացահայտել դրանց տեղայնացման հնարավորությունները ՀՀ-ում:

**Գրականության ակնարկ:** Առողջապահության արժեքն իր հիմնարար սահմանամբ որոշվում է որպես «առողջության արդյունք, որը ձեռք է բերվում ծախսված մեկ դոլարի դիմաց»<sup>1</sup>: Դա ենթադրում է առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավում, այդ թվում՝ բնակչության առողջական վիճակի՝ հաշվի առնելով այդ ծառայությունների մատուցման հետ կապված ծախսերը: Սա պայմանավորված է նրանով, որ առողջապահական ծախսերն աճում են ավելի արագ, քան համախառն ներքին արդյունքը, ինչը պահանջում է այդ ծախսերի կառավարման մոտեցումների կատարելագործում: Պետության կողմից ֆինանսական բեռի նվազեցումը և դեղերի ռացիոնալ օգտագործման ապահովումը նպաստում են բնակչության առողջության բարելավմանը<sup>2</sup>: Բացի դրանից, դեղապահովագրության արտասահմանյան փորձը ցույց է տալիս, որ ապահովագրական կառուցակարգի կիրառումը, իր հերթին, նպաստում է առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի ավելացմանը: Այսպես՝ զարգացած երկրներում, որտեղ առողջապահությունը հիմնված է ապահովագրության մեխանիզմների օգտագործման վրա, քաղաքացիների ոչ ավելի, քան 15%-ն է դիմում ոչ ավանդական բժշկական ոլորտ: Միևնույն ժամանակ, անհրաժեշտ է նշել, որ զարգացած երկրներում, ոչ ավանդական բժշկական ծառայությունների պարագայում, առողջապահական

<sup>1</sup> Porter Michael E., Teisberg Elizabeth Olmsted, *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard business press, 2006.

<sup>2</sup> Տե՛ս Gibson T. B., Ozminkowski R. J., Goetzel R. Z., The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *Am J Manag Care*, 11(11), 2005, էջ 730-740:

ապահովագրության ոչ մի տեսակ չի ենթադրում որևէ տիպի փոխհատուցում: Մյուս կողմից՝ ավանդական բժշկության մեջ առաջարկվում է առողջապահական ապահովագրական ծառայությունների բավականին լայն շրջանակ<sup>3</sup>:

Փոխհատուցման համակարգի ընտրությունը կարծես թե սահմանափակ ազդեցություն ունի առաջնային բուժօգնության հասանելիության, օգտագործման և որակի սոցիալ-տնտեսական անհավասարության վրա: Փաստարկների բացակայությունը կարող է մասամբ բացատրվել փոխհատուցման համակարգերի բարդությամբ, ուսումնասիրության հնարավորությունների սահմանափակումներով և համատեքստին հատուկ բացահայտումներով: Առողջապահության ոլորտում անհավասարությունները նվազեցնելու համար քաղաքականություն մշակողները կարող են դիտարկել նաև այլ ռազմավարություններ՝ ի լրումն փոխհատուցման համակարգի բարեփոխման, ինչպես օրինակ ռեսուրսների՝ կարիքների վրա հիմնված բաշխումն անապահով բնակչությանը:

Մի շարք ուսումնասիրություններ բացահայտում են ռեսուրսների բաշխման և փոխհատուցման համակարգերի հիմնական մոտեցումները, որոնք կարելի է լավագույն կերպով ծառայեցնել առողջապահական ծառայություններ ստացողներին, և, որ ամենակարևորն է, նվազեցնել առողջապահական անհավասարությունները<sup>4</sup>: Բացի այդ, վճարման տարբեր կառուցակարգերի օգտագործումն ազդում է ինչպես առողջապահության ապահովագրության ծախսերի, այնպես էլ ապագա վճարների վրա, մասնավորապես՝ ապագա վճարումների հնարավոր աճը կտրուկ նվազեցնում է առողջապահության ապահովագրության դիմելու հավանականությունը: Առողջապահական ծառայություններից օգտվողները նման վճարումները դիտարկում են որպես իրենց եկամուտների սպառման միջոց<sup>5</sup>:

Առողջապահության ապահովագրության մեկ այլ մոդելի համաձայն՝ պահանջարկի հիման վրա ծախսերի բաշխումը և առաջարկի հիման վրա փոխհատուցման համակարգն ապահովում են երկու առանձին գործիքներ, որոնք կարող են ազդել սպառված առողջապահական ծառայությունների քանակի վրա: Դիսկից խուսափող սպառողների համար արդյունավետ վճարային համակարգերը՝ ապահովագրության և փոխհատուցման պլանները, բնութագրվում են բուժման քանակի վերաբերյալ հիվանդի և մատակարարի միջև հակադրությամբ, այլ ոչ թե համաձայնությամբ: Հակադրությունների լուծման մոդելը հիմնված է սակարկությունների տեսության վրա: Դա օգտագործվում է արդյունքը ներկայացնելու համար, երբ վճարային համակարգը տարածայնություններ է ստեղծում ցանկալի պահանջարկի և ցանկալի առաջարկի միջև: Օգտագործելով մոդելը՝ հնարավոր է ներկայացնել ապահովագրության և

<sup>3</sup> Տե՛ս **Шпак И.**, Тенденции развития рынка страховой медицины США, диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. М., 2019, էջ 56:

<sup>4</sup> Տե՛ս **Tao W., Agerholm J., Burström B.**, The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: a systematic literature review. BMC health services research, 16(1), 2016, էջ 1-10:

<sup>5</sup> Տե՛ս **Soman D.**, Effects of payment mechanism on spending behavior: The role of rehearsal and immediacy of payments. Journal of Consumer Research, 27(4), 2001, էջ 460-474:

փոխհատուցման համակարգերի օպտիմալ համակցություն, որն առավելագույնի է հասցնում սպառողների բավարարվածությունը<sup>6</sup>:

Այսպիսով՝ կարող ենք նշել, որ դեղերի փոխհատուցման այս կամ այն մոդելին նախապատվություն տալը կախված է բազմաթիվ գործոններից, ինչն էլ հաշվի է առնվում տվյալ ժամանակահատվածին համահունչ առողջապահական քաղաքականության մշակման ու իրագործման ժամանակ:

**Մեթոդաբանություն:** Ապահովագրության շրջանակներում դեղերի փոխհատուցման առանցքային սխեմաների վերլուծության և խնդրի համակողմանի ուսումնասիրության համար հեղինակներն օգտագործել են համեմատական ուսումնասիրությունների, ընդհանուր գիտական վերլուծության, նկարագրական, խմբավորումների, ընդհանրացումների մեթոդները:

Ընդհանուր առմամբ, տեսության մեջ օգտագործվում է երկու մեթոդ՝ *հիպոթեզերիկ-դեդուկտիվ*, որը կիրառվում է հիմնականում նորդասական տնտեսագետների կողմից, և *պատրմական-դեդուկտիվ*, որն առաջ է քաշվել դասական և քեյնսյան տնտեսագետների կողմից: Թեև հետազոտական երկու մեթոդներն ունեն իրենց առավելությունները, այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով, որ առողջապահության հիմնահարցը կարևոր սոցիալ-տնտեսական խնդիր է, հեղինակներն ընտրել են պատմական-դեդուկտիվ մեթոդը: Հոդվածի համար որպես տեսամեթոդական և տեղեկատվական հիմք են ծառայել արտասահմանյան գիտնականների, հետազոտողների աշխատությունները, որոնք առնչվում են առողջապահության ապահովագրության գործընթացներին:

Զարգացած և զարգացող երկրների դեղապահովագրության համակարգի կազմակերպման փորձը և Հայաստանի Հանրապետությունում դրա ներդրման հնարավորությունների ուսումնասիրությունն առանցքային նշանակություն ունեն: Հայաստանը նոր է փորձում քայլեր ձեռնարկել՝ ներդնելու պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը, ինչն ի հայտ է բերում մի շարք խնդիրներ, որոնք պահանջում են համապատասխան լուծումներ: Այս առումով, չափազանց կարևոր է առողջության ապահովագրության համակարգի կառուցակարգի ուսումնասիրությունն իրականացնել հստակ տրամաբանությամբ: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է դիտարկել ոլորտում արդեն հաջողություններ գրանցած զարգացած երկրների փորձը, ինչպես նաև Հայաստանի նման երկրներում կիրառվող դեղապահովագրության բնագավառի փորձը, ուսումնասիրման արդյունքում վեր հանել դրանց տեղայնացման հնարավորությունները Հայաստանի համար:

Որպես Հայաստանին համանման երկրներ ընտրվել են բնակչության թվով, մեկ շնչին բաժին ընկնող ընթացիկ առողջապահության ծախսերով կամ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեջ մասնավոր առողջապահության ծախսերով մեր երկրին մոտ երկրները, որոնք ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

<sup>6</sup> Տե՛ս **Ellis R.P., McGuire T.G.**, Optimal payment systems for health services. Journal of health economics, 9(4), 1990, էջ 375-396:

Աղյուսակ 1

**Հայաստանին համանման երկրները՝ համապատասխան ցուցանիշներով, 2020 թ.<sup>7</sup>**

Երկիր/ ցուցանիշ	Բնակչության թիվը (մարդ)	Մեկ շնչին բաժին ընկնող ընթացիկ առողջապահու- թյան ծախսերը (ԱՄՆ դոլար)	Մասնավոր առողջապա- հության ծախսերի տեսա- կարար կշիռն ընդհանուր ծախսերի մեջ (%)
Հայաստան	2963234	524	86,6
Հյուսիսային Մակեդոնիա	2072531	437	41
Բոսնիա և Հերցեգովինա	3280815	554	29,7
Մոլդովա	2620495	284	36,9
Ալբանիա	2837849	274	44,7

**Վերլուծություն:** Սոցիալական և տնտեսական գործընթացները միշտ ուղեկցվում են միմյանց միջև տեղի ունեցող տարատեսակ երևույթների բարձր փոխկապվածությամբ: Կատարելով սոցիալական ամենակարևոր գործառույթներից մեկը՝ առողջության ապահովագրությունը պետք է ապահովի բնակչության բժշկական և դեղորայքային օգնության հասանելիությունն ու ստեղծի տնտեսական օգուտներ՝ միկրո- և մակրոմակարդակներում: Ընդհանուր առմամբ, առողջության ապահովագրությունն այն մեխանիզմներից է, որն օգտագործում է պետությունը՝ պաշտպանելու իր քաղաքացիների իրավունքները և առողջությունը:

Փոխհատուցվող դեղագործական ապրանքների զամբյուղը, զամբյուղում ներառված դեղորայքի գները, փոխհատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով: Փոխհատուցման համակարգերը բավականին բարդ են՝ բազմաթիվ դերակատարներով, որոնք ներգրավված են ընդհանուր դեղագործական ապրանքների գնման, առողջապահական խնամքի և փոխհատուցման մեխանիզմներում: Դեղագործական քաղաքականությունը կարող է ազդել փոխհատուցվող դեղերի գների մակարդակի, դրանց առկայության և մատչելիության վրա:

Դեղագործական քաղաքականությունը բազմաչափ է, և դրա կիրառման արդյունքները չափվում են ոչ միայն դեղերի օգտագործման և ծախսերի վրա ազդեցությամբ, այլ նաև առողջության բարելավմամբ: Չափազանց սահմանափակող դեղագործական քաղաքականությունը կարող է անցանկալի հետևանքներ ունենալ: Օրինակ՝ ցածր եկամուտ ունեցող կամ այլ խոցելի խմբերում ծախսերի տեղափոխումն ապահովագրողից սպառող կարող է հանգեցնել անհրաժեշտ դեղամիջոցների օգտագործման դադարեցմանը, ինչն էլ իր հերթին կարող է պատճառ դառնալ առողջության վատթարացման՝ առաջացնելով հավելյալ ծախսեր:

<sup>7</sup> Աղյուսակը կազմվել է Համաշխարհային բանկի տեղեկատվական շտեմարանների հիման վրա, <https://data.worldbank.org/indicator>

Աղյուսակ 2

**Դեղորայքի փոխհատուցման չափանիշները մի շարք երկրներում**  
(Δ-հիմնական սխեմա, V-լրացուցիչ սխեմա)<sup>8</sup>

Երկիր	Որոշակի դեղորայքի փոխհատուցում	Հիվանդությամբ պայմանավորված դեղորայքի փոխհատուցում	Բնակչության հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց	Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցում
Հայաստան		Δ	V	
Ավստրիա	Δ		V	
Ալբանիա	Δ	V	V	
Բոսնիա և Հերցեգովինա	Δ	V	V	
Բելառուս	Δ	V	V	
Բելգիա	Δ		V	
Բուլղարիա	Δ	V		
Չեխիա	Δ			
Էստոնիա		Δ		
Ֆինլանդիա	Δ	V	V	V
Ֆրանսիա	Δ	V		
Գերմանիա	Δ	V	V	
Հունգարիա	Δ	V	V	
Իսրայել	Δ			
Ղազախստան	V	Δ		
Ղրղզստան	Δ	V		
Լատվիա		Δ	V	
Լիտվա		Δ	V	
Լեհաստան	Δ	V	V	
Մոլդովա	Δ	V		
Ռուսաստան	Δ	V	V	
Սլովենիա	Δ			
Շվեդիա	V	V	V	Δ
Թուրքիա		V	Δ	
Ուզբեկստան		Δ		

Փոխհատուցման իրավունքը կարող է կախված լինել դեղամիջոցից, հիվանդությունից, ծածկույթում ներառված բնակչության հատուկ խմբերից, տարվա ընթացքում կամ դեղորայքի ընդհանուր ծախսից և մի շարք այլ չափանիշներից: Փոխհատուցումը վերաբերում է պետական մարմնի որոշմանը՝ կապված հիվանդի կողմից դեղերի ձեռքբերման վրա կատարված ծախսերի փոխհատուցման ձևից և չափից<sup>9</sup>: Թեև երկիրը կարող է կիրառել փոխհատուցման մի քանի չափանիշներ, բայց սովորաբար գերիշխող է լինում որևէ ընտրված չափանիշ:

- 1. Որոշակի դեղորայքի փոխհատուցման իրավասություն,** երբ փոխհատուցման իրավասությունը կախված է տվյալ դեղամիջոցից, որի դեպքում դեղը դիտարկվում է կա՛մ փոխհատուցվող (դրա ծախսերն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն վճարվում են պետական վճարողի կողմից), կա՛մ չփոխհատուցվող:

<sup>8</sup> Տե՛ս WHO Regional Office for Europe, Medicines Reimbursement policies in Europe, [9]2018, [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)

<sup>9</sup> Տե՛ս **Sabine V., Habimana K., Fischer S., Haasis M. A.,** Novel policy options for reimbursement, pricing and procurement of AMR health technologies, Gesundheit Österreich, Vienna, 2021:

2. **Հիվանդությանը պայմանավորված դեղորայքի փոխհատուցում**, որի պարագայում ամբողջապես կամ մասնակիորեն փոխհատուցվում են որոշակի հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղերը:
3. **Բնակչության հափուկ խմբերում ընդգրկված անձանց** դեղորայքի փոխհատուցում, որի դեպքում բնակչության որոշակի խմբեր (օրինակ՝ երեխաներ, ծերության թոշակառուներ) իրավասու են մասնակի կամ լրիվ փոխհատուցմամբ ստանալու դեղորայք:

**Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցում:** Այս մոտեցմամբ փոխհատուցման ծածկույթը մեծանում է նշված ժամանակահատվածում դեղագործական սպառման աճով: Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցման սխեմաները նպատակ ունեն բարելավելու խնամք պահանջող հիվանդների վիճակը (օրինակ՝ քրոնիկ հիվանդներ):

Դեղերի փոխհատուցման գործընթացում կարևոր նշանակություն ունեն փոխհատուցման չափանիշները՝ ըստ դեղորայքի թերապևտիկ էֆեկտի, բժշկական առաջնահերթության, ծախսարդյունավետության և մի շարք այլ գործոնների, որոնք ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3

**Փոխհատուցման չափանիշները**

Փոխհատուցման հիմնական չափանիշները	Երկրներ
Դեղամիջոցի թերապևտիկ օգուտը և/կամ հարաբերական թերապևտիկ օգուտը (ավելացված արժեք՝ գոյություն ունեցող այլընտրանքների համեմատությամբ)	Հայաստան, Ավստրիա, Բելգիա, Բուլղարիա, Չեխիա, Խորվաթիա, Դանիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Մալթա, Ղազախստան, Լատվիա, Լիտվա, Նիդեռլանդներ, Լեհաստան, Պորտուգալիա, Մոլդովա, Սերբիա, Սլովենիա, Իսպանիա, Ուկրաինա
Բժշկական անհրաժեշտություն/ առաջնահերթություն	Հայաստան, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ղազախստան, Նիդեռլանդներ, Նորվեգիա, Լեհաստան, Մոլդովա, Թուրքիա, Ուկրաինա
Անվտանգություն	Հայաստան, Բուլղարիա, Դանիա, Էստոնիա, Իսլանդիա, Մալթա, Նիդեռլանդներ, Լեհաստան, Մոլդովա, Ռուսաստանի Դաշնություն
Ծախսարդյունավետություն	Բելառուս, Չեխիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ղազախստան, Լատվիա, Լիտվա, Մալթա, Նիդեռլանդներ, Նորվեգիա, Լեհաստան, Թուրքիա, Միացյալ Թագավորություն
Բյուջետային ազդեցություն	Բելգիա, Բուլղարիա, Չեխիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Իսլանդիա, Լատվիա, Լիտվա, Նորվեգիա, Լեհաստան, Մոլդովա, Սլովենիա, Թուրքիա

ՀՀ-ում փոխհատուցվող են համարվում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված շահառուներին ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին պետության կողմից երաշխավորված կարգով դեղերի արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ տրամադրվող դեղերը: ՀՀ-ում սահմանվում է փոխհատուցվող դեղերի գների ցանկ՝ ըստ փոխհատուցվող դեղերի համընդհանուր անվանման, դեղաձևի, դեղաչափի, հենակետային գնի, մեծաձախ և մանրաձախ առավելագույն հավելագների<sup>10</sup>:

<sup>10</sup> Տե՛ս «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքը՝ ընդունված 2016 թվականի մայիսի 17-ին, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>



ՀՀ-ում դեղերի փոխհատուցման կամ դեղապահովագրության մեխանիզմները կարելի է բաժանել երեք հիմնական խմբի՝

1. պետության կողմից դեղերի ուղղակի փոխհատուցում,
2. դեղերի տրամադրում/փոխհատուցում սոցիալական փաթեթի շահառուներին,
3. ապահովագրական ընկերությունների կողմից դեղերի հատուցում առողջության ապահովագրության շրջանակներում:

**Պետության կողմից դեղերի ուղղակի փոխհատուցումը** պետության կողմից դեղերի փոխհատուցումն է դրանց տրամադրման կամ ձեռքբերման ֆինանսավորման եղանակներով: ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշմամբ սահմանվում է բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկը, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ<sup>11</sup>: Որոշմամբ հստակ սահմանվում են նաև.

- բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկը, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ,
- հիվանդությունների ցանկը, որոնց դեպքում դեղերը շահառուներին հատկացվում են արժեքի լրիվ փոխհատուցմամբ:

Հաջորդ տարբերակը, որի շրջանակներում տրամադրվում է դեղերի փոխհատուցում, **սոցիալական փաթեթի շահառուներին** տրամադրվող առողջության ապահովագրությունն է: Սույն ծրագրի շրջանակներում հիվանդանոցային բժշկական օգնության ու սպասարկման անհրաժեշտ միջոցառումների իրականացման ժամանակ, երբ բուժառուին անհրաժեշտ են դեղեր, որոնք բխում են սոցիալական փաթեթի շրջանակում հատուցվող դեպքերի բուժման անհրաժեշտությունից, փոխհատուցվում են: Սոցիալական փաթեթի շահառու կարող են լինել «Հանրային ծառայության մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասով նախատեսված պետական մարմինների աշխատակիցները<sup>12</sup>: Սոցիալական փաթեթի շահառուների մասով փոխհատուցման մեխանիզմը նման է բուն առողջության ապահովագրության մեխանիզմներին: Այստեղ ապահովադիրը Առողջապահության նախարարությունն է, իսկ շահառուները՝ պետական մարմինների և կազմակերպությունների աշխատակիցները կամ նրանց ընտանիքի անդամները: ԱՆ-ն ապահովագրական ընկերություններին վճարում է յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար ապահովագրավճար, իսկ ապահովագրական ընկերությունները պարտավորություն են ստանձնում յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի համար իրականացնել օրենքով ամրագրված ծառայությունների ֆինանսավորում: Ներկայումս ՀՀ-ում գործունեություն են ծավալում 6 մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ<sup>13</sup>, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի պայմանագիր ԱՆ-ի հետ և իրականացնում է սոցիալական փաթեթի շահառուների սպասար-

<sup>11</sup> Տե՛ս Հավելված N 1 ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:

<sup>12</sup> Տե՛ս ՀՀ Օրենքը «Հանրային ծառայության» մասին՝ ընդունված 2011 թվականի մայիսի 26-ին, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=68771> (08/06/2022 թ.):

<sup>13</sup> ՀՀ ԿԲ, <https://www.cba.am/am/SitePages/fscfoinsuranceorganizations.aspx> (08/06/2022 թ.):

կում: ԱՆ-ն նաև պայմանագիր է կնքում բժշկական կազմակերպությունների հետ, որոնք պարտավորություն են ստանձնում սոցիալական փաթեթի շահառուներին սպասարկելու նախապես ԱՆ-ի և ապահովագրական ընկերությունների հետ ամրագրված գնացուցակով:

Մյուս տարբերակը, որի շրջանակներում հնարավոր է ստանալ դեղերի փոխհատուցում, **առողջության ապահովագրությունն** է: ՀՀ-ում առողջության ապահովագրությունը դեռևս իրականացվում է միայն կամավոր ապահովագրության շրջանակներում՝ չնայած բազում անգամներ շրջանառվել են պարտադիր ապահովագրության նախագծեր: Առողջության կամավոր ապահովագրության ծառայությունների ցանկը դինամիկ է և փոփոխվում է՝ շուկայի պահանջունքներից ելնելով: Առողջության ապահովագրության պայմանագիր կնքվում է ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հետ, և ծառայությունների շրջանակը էականորեն տարբերվում է՝ ելնելով այդ հանգամանքից: Իրավաբանական անձանց հետ կնքված պայմանագրերն ավելի ընդարձակ են և հարուստ՝ ծառայությունների շրջանակով: Կախված առողջության ապահովագրության փաթեթից՝ կարող են ընդգրկվել և՛ ստացիոնար, և՛ ամբուլատոր ծառայություններ, կարող է ներառվել նաև տարբեր իրավիճակների պահպանողական և դինամիկ վերահսկողական բուժում, այդ թվում՝ դեղորայքի փոխհատուցում:

#### **Փոխհատուցման ցուցակները և դրույքաչափերը**

Փոխհատուցման ցուցակում ընդգրկվում են այն դեղամիջոցները, որոնք սովյալ երկրում ենթակա են փոխհատուցման: Փոխհատուցման ցուցակներում ավելացվում են նոր դեղամիջոցներ, եթե դրանք համապատասխանում են կանխորոշված չափանիշներին: Փոխհատուցման ցուցակներն այն հիմնական գործիքն են, որ օգտագործվում են երկրների կողմից՝ կառավարելու իրենց նպաստների փաթեթները:

Երկրների մեծ մասը կիրառում է, այսպես կոչված, *դրական ցուցակ*, որի հիման վրա դեղորայքը փոխհատուցվում է: Դրական ցուցակները կարևոր գործիք են դեղերի հիմնական ցանկում ընդգրկված դեղամիջոցներին առաջնահերթություն տալու տեսանկյունից:

Եվրոպական երկրներից շատերը պարբերաբար վերանայում և թարմացնում են իրենց փոխհատուցման ցուցակները: Օրինակ՝ Բելգիան, Ֆինլանդիան և Իռլանդիան իրենց դրական ցուցակները վերանայում են ամեն ամիս:

Փոխհատուցման ենթակա դեղորայքի ցանկի առկայությունը կարևոր է առողջության որակի բարելավման, ինչպես նաև դեղամիջոցների գների աճը զսպելու համար: Թեև երկրների միջև առկա են հիվանդությունների տարածման և բժշկական մշակույթի տարբերություններ, այնուամենայնիվ, նպատակահարմար է ձևավորել առողջության կարիքների բավարարման համար դեղամիջոցների հիմնական ցանկ:

Աղյուսակ 4

**Ամբուլատոր դեղամիջոցների փոխհատուցման կարեգորհաներ<sup>14</sup>**

Փոխհատուցման կարեգորհ	Չափանիշ	Օրինակ
Կատեգորիա I (100% փոխհատուցում)	Քրոնիկական, կյանքին սպառնացող, ծանր, անդառնալի հաշմանդամության պատճառ դարձած հիվանդությունների համար (բուժումը պահանջում է համապատասխան դեղամիջոցների օգտագործում՝ հիվանդի կենսական գործառույթները պահպանելու համար) նախատեսված դեղամիջոցների ռեֆերենտային գնի ամբողջական փոխհատուցում:	Քաղցկեղ, շաքարախտ, աղիների բորբոքային հիվանդություն, ՄԻԱՎ և այլն:
Կատեգորիա II (75% փոխհատուցում)	Քրոնիկ հիվանդությունների դեղամիջոցների ռեֆերենտային գնի 75%-ի փոխհատուցում, որոնց բուժումն առանց համապատասխան դեղամիջոցների ընդունման կբարդացնի հիվանդի կենսագործունեության պահպանումը:	Պարկինսոնի հիվանդություն, դեպրեսիա, հիպերտոնիա, սրտի քրոնիկ իշեմիկ հիվանդություն, ինսուլտ, սրտի անբավարարություն, ասթմա և այլն:
Կատեգորիա III (50% փոխհատուցում)	Քրոնիկ կամ սուր հիվանդությունների համար նախատեսված դեղերի ռեֆերենտային գնի 50%-ի փոխհատուցում, որոնց բուժումը պահանջում է դեղամիջոցի ընդունում՝ հիվանդի առողջական վիճակը պահպանելու կամ բարելավելու համար:	Օստեոպորոզ, ստամոքսի խոց, լիպոպրոտեինային նյութափոխանակության խանգարումներ և այլն:

«Որքան արագ և որքան անվտանգ կարող ենք մենք դեղերի ֆինանսական և տնտեսական մատչելիության ապահովումն է: Ներկայում, չնայած դեղագործական շուկայում դեղերի լայն տեսականու առկայությանը, նույնիսկ զարգացած երկրները հաճախ ի վիճակի չեն լինում բնակչությանն ապահովելու բոլոր անհրաժեշտ դեղերով: Ուստի աշխարհի շատ երկրներում արդյունավետ բուժօգնություն ապահովելու նպատակով կյանքի է կոչվել սահմանափակ թվով՝ *հիմնական դեղերի* գաղափարախոսությունը: Հիմնական դեղերի ազգային ցանկը մշակվում է ԱՀԿ երաշխավորությունների և հիմնական դեղերի մոդելային ցանկի հիման վրա: Ազգային ցանկերի ստեղծմանն իրենց մասնակցությունն են ցուցաբերում աշխարհի առաջատար մասնագետները: Հիմնական դեղերի ցանկը կազմելիս հաշվի են առնվում դեղերի արդյունավետությունը և անվտանգությունը, մատչելիությունը՝ ծախսարդյունավետությունը, հանրապետությունում հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները, առավել տարածված հիվանդությունների կառուցվածքը, տնտեսական, ժառանգական և ժողովրդագրական տվյալները և մի շարք այլ ցուցանիշներ<sup>15</sup>: Հիմնական դեղերի ցանկը կիրառվում է պետության կողմից փոխհատուցվող դեղերի ցանկի ստեղծման գործընթացում<sup>16</sup>: Ամբուլատորային պայմաններում անվճար կամ զեղչով բուժումը իրա-

<sup>14</sup> Տե՛ս OECD Reviews of Public Health: Latvia: A Healthier Tomorrow, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/aef0ddcd-en/index.html?itemId=/content/component/aef0ddcd-en#tablegrp-d1e13553>

<sup>15</sup> Տե՛ս <http://www.pharm.am/index.php/am/2014-09-16-06-40-28>

<sup>16</sup> Տե՛ս «Հիմնական դեղերի ընտրության չափանիշները և կարգը սահմանելու մասին» N 1178-Ն որոշումը:

կանացվում է հատկապես այդ ցանկի շրջանակներում: Հիմնական դեղերի գաղափարախոսության արմատավորման կարևորագույն լծակներից է «Ազգային դեղամատյանը», որն ամփոփում է հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված բոլոր դեղերի դեղաբանական, բուժական համառոտ բնութագիրը<sup>17</sup>:

Դեղամիջոցի ընդգրկումը ամբուլատոր դրական ցուցակում ինքնաբերաբար չի երաշխավորում ամբողջական արժեքի փոխհատուցում հանրային վճարողի կողմից: Դրական ցուցակում ընդգրկված դեղերը կարող են նաև մասնակիորեն փոխհատուցվել (մինչև որոշակի տոկոսային դրույքաչափով): Փոխհատուցմանը զուգահեռ կարող են կիրառվել համավճարներ (դեղատոմսի վճարներ, նվազեցումներ), սահմանաչափեր և այլն:

**Աղյուսակ 5**

**Ամբուլատոր փոխհատուցվող դեղերի փոխհատուցման դրույքաչափերն ըստ երկրների<sup>18</sup>**

Երկիր	Փոխհատուցման դրույքաչափ
Հայաստան	100%, 50%
Ալբանիա	100%, 95%, 85%, 75%, 65%, 55%, 50%
Բելառուս	100%, 90%, 50%
Բոսնիա և Հերցեգովինա	100%, 85%
Բելգիա	100%, 75%, 50%, 40%
Չեխիա	100% և մասնակի փոխհատուցում
Մոլդովա	100%, 70%, 50%, 30%
Խորվաթիա	Ամբուլատոր փոխհատուցման ցուցակում ընդգրկված դեղամիջոցների գնի ամբողջական փոխհատուցում
Դանիա	100%, 85%, 75%, 50%
Ֆրանսիա	100%, 65%, 30%, 15%
Նորվեգիա	100%, 61%
Լեհաստան	100%, 70%, 50%
Ռուսաստան	100%, 87%

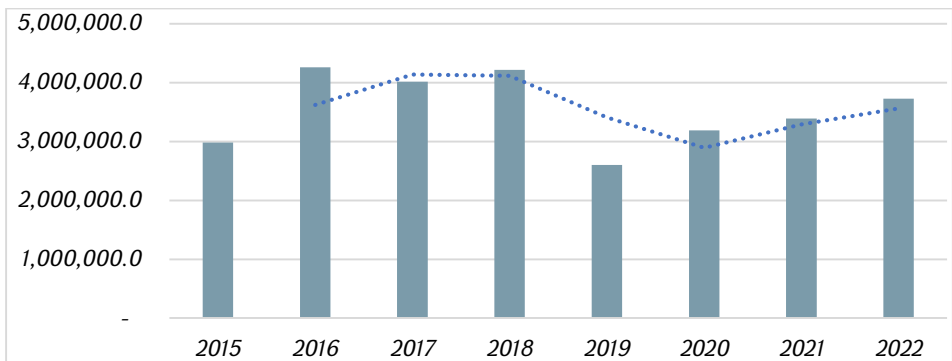
Սահմանաչափերը և համավճարները նպատակ ունեն նվազեցնելու ոչ անհրաժեշտ դեղորայքի համախառն սպառումը, այլ նաև ֆինանսական բեռի մի մասը ապահովագրողներից տեղափոխելու հիվանդների վրա: Հիվանդի կողմից ուղղակի վճարման քաղաքականությունը կարող է ներառել.

- սահմանաչափեր (դեղատոմսերի կամ դեղերի առավելագույն քանակը, որոնք փոխհատուցվում են),
- ամրագրված համավճարներ (հիվանդները վճարում են ամրագրված գումար մեկ դեղատոմսի կամ դեղամիջոցի համար),
- համաապահովագրություն (հիվանդները վճարում են գնի տոկոսը),
- «գնային առաստաղներ» (հիվանդները վճարում են ամբողջ գինը կամ արժեքի մի մասը՝ մինչև «գնային առաստաղ», որից հետո դեղերն անվճար կամ ավելի ցածր գնով են),
- կարգային համավճարներ (դիֆերենցիալ համավճարներ, որոնք սովորաբար կիրառվում են վերարտադրված (գեներիկ) և բրենդային դեղամիջոցների դեպքում)<sup>19</sup>:

<sup>17</sup> Տե՛ս <http://www.pharm.am/index.php/am/2014-09-16-06-40-28>

<sup>18</sup> Տե՛ս WHO Regional Office for Europe, Medicines Reimbursement policies in Europe, [9]2018, [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)

ՀՀ-ում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողների և հատուկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց դեղորայքի տրամադրման համար պետությունը իրականացնում է բյուջետային հատկացումներ «Դեղապահովում» ծրագրային ծախսերով՝ հաստատված խմբերի և առանձին հիվանդությունների համար: «Դեղապահովում» ծրագրի շրջանակներում կատարվող համավճարները սկսել են կիրառվել 2004 թ-ից, որը նախատեսում էր բնակչության որոշակի խմբերի համար հիմնական դեղերի ցանկից համավճարով կամ ամբողջությամբ անվճար դեղերի տրամադրում: Այս ծրագրով բնակչության որոշակի խմբեր վճարում են դեղորայքի գնի լրիվ կամ մասնակի արժեքը: Սա նշանակում է, որ ֆինանսավորման այս նպատակների համար առկա է սահմանափակ բյուջե:



**Գծապատկեր 1. ՀՀ պետբյուջեից դեղապահովման մատով հատկացումները 2015–2022 թթ. (հազ. ՀՀ դրամ)<sup>20</sup>**

Ըստ գծապատկեր 1-ի՝ մինչև 2019 թվականը բյուջետային հատկացումներն ունեցել են աճի միտում, սակայն 2019-ին հատկացումները կտրուկ նվազել են՝ 4.2 միլիարդից հասնելով 2.6 միլիարդ դրամի, որից հետո աճի միտումը կրկին շարունակվում է: Հարկ է նշել, որ սրան զուգահեռ աճում է նաև այս ծրագրից օգտվող շահառուների թիվը: Ծրագրի շրջանակներում նախատեսված հատկացումներն ուղղվում են ՀՀ Կառավարության 2019 թ. մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշմամբ սահմանված 267175 շահառուներին՝ պետության կողմից անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղորայքի տրամադրման համար ապահովելով 12 հիվանդության ծածկույթ: Համաձայն ՀՀ Կառավարության 04.12.2020 թ. N 1980-Ն որոշմամբ ՀՀ Կառավարության 30.05.2019 թ. N 642-Ն որոշման մեջ կատարված լրացումների՝ շահառուների ցանկում ընդգրկվել են 44-օրյա պատերազմի հետևանքով տուժած և ռազմական գործողությունների կամ ահաբեկչական գործողությունների արդյունքում Արցախի Հանրապետությունում մշտապես բնակվող, սակայն Հայաստանի Հանրապետություն տեղափոխված անձինք<sup>21</sup>:

<sup>19</sup> Տե՛ս **Austvoll-Dahlgren A., Aaserud M., Vist G. E., Ramsay C., Oxman A. D., Sturm H., Vernby Å.**, Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. Cochrane database of systematic reviews, (1)2008:

<sup>20</sup> Թվային տվյալները վերցված են 2015–2022 թվականների առողջապահական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին որոշումներից, [https://nih.am/am/publications/report\\_yearbook\\_guide/1?block=AAH\\_annual\\_reports](https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1?block=AAH_annual_reports) (24/08/2022 թ.):

<sup>21</sup> Տե՛ս ՀՀ Կառավարության 2022 թվականի բյուջետային ուղերձը, Եր., 2021:

### **Գնային քաղաքականություն**

Շատ երկրներում դեղագործական արտադրանքի փոխհատուցման քաղաքականությունում կարևոր դերակատարում ունեն փոխհատուցվող դեղորայքի գները, դրանց վերահսկման գործընթացը, քանի որ բարձր գները կարող են լինել դեղագործական արտադրանքի հասանելիության ամենամեծ խոչընդոտներից մեկը: Գոյություն ունեն գնային քաղաքականության մի շարք մոտեցումներ:

1. *Արտաքին ռեֆերենտային գնագոյացում:* Այս համատեքստում կիրառվում է ռեֆերենտային գնագոյացումը, որը համարվում է գների կարգավորման գործիք, քանի որ դրա հիման վրա սահմանվում է փոխհատուցման առավելագույն հնարավոր մակարդակը: Արտաքին ռեֆերենտային գնագոյացման դեպքում դեղերի գները սահմանվում են համեմատվող երկրներում նույն կամ նույնանման դեղամիջոցների գներին համապատասխան: Արտաքին ռեֆերենտային գնագոյացումը բավականին բարդ գործընթաց է, որի համար անհրաժեշտ է հավաքել, հաշվել, գնահատել, փոփոխել գները ժամանակի ընթացքում: Այս գործընթացը կարող է հանգեցնել նաև դեղերի գների գերազնահատման (բարձր եկամուտ ունեցող երկրների հետ համեմատելիս)<sup>22</sup>:

Ռեֆերենտային գնագոյացման համակարգը ստեղծվել է Եվրոպայում 1989 թ., երբ Գերմանիան ներկայացրեց Fest betragt system-ը: Մի քանի տարի անց Նիդեռլանդները (1991), Շվեդիան և Դանիան (1993) նույնպես ընդունեցին ռեֆերենտային գնագոյացման մասին օրենքը: Դրանց հաջորդեցին Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրները (Չեխիա, Հունգարիա, Լեհաստան, Սլովակիա):

2002 թվականին Շվեդիան հրաժարվեց ռեֆերենտային գնագոյացումից (առկա էին վարչական կառավարման խնդիրներ, իսկ ակնկալվող խնայողությունները չապահովվեցին) և սահմանեց ամենացածր գնով գների կի պարտադիր փոխարինման այլընտրանքը: Ֆրանսիան թերապևտիկ խմբերի համար, եթե հնարավոր է, չի ձևավորում ռեֆերենտային խմբեր: Միացյալ Թագավորությունում, որտեղ առկա է գների կ դեղամիջոցների մեծ շուկա, ռեֆերենտային գնագոյացում չի կիրառվում:

2. *Ներքին ռեֆերենտային գնագոյացում:* Գները համեմատվում են նույն դեղամիջոցով կամ թերապևտիկորեն համանման դեղամիջոցներով ապրանքների գների հետ՝ նույն երկրում:

3. *Արժեքի վրա հիմնված գնագոյացում:* Գինը սահմանվում է այն բանից հետո, երբ գնահատվում է դեղի «նոր ավելացված արժեքը» (որքանով այդ դեղամիջոցով բուժումը կարող է բարելավել հիվանդի կյանքի որակը, խնայել համակարգի ռեսուրսները՝ խուսափելով հոսպիտալացումից կամ երկարատև խնամքից և այլն): Տեսական փաստարկները ցույց են տալիս, որ արժեքի վրա հիմնված գնագոյացումը խրախուսում է ընկերություններին՝ ներդնելու նորարարություններ և արտադրելու նոր դեղամիջոցներ:

4. *Մանրածախ և մեծածախ վրադիրների կարգավորում,* որի դեպքում պետությունը սահմանում է մանրածախ և մեծածախ շղթաներում հավելագնի սահմանաչափերը:

<sup>22</sup> St'u External reference pricing, WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341894/9789240024083-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Կենտրոնացված գնումներ և գնային բանակցություններ:

6. Հարկային արտոնություններ կամ հարկային նվազեցումներ, որոնց դեպքում դեղամիջոցների հարկերը նվազեցվում կամ հանվում են<sup>23</sup>:

Ռեֆերենտային գնագոյացման դեպքում ձևավորվում են ակտիվ դեղանյութի վրա հիմնված կլաստերներ՝ ըստ ATC մակարդակների (Անատոմիական և թերապևտիկ դասակարգման համակարգ): Սա նշանակում է, որ միայն միևնույն ակտիվ նյութով դեղամիջոցներն են համարվում այլընտրանք ռեֆերենտային գնագոյացման խմբում: Խորվաթիան, Չեխիան, Լեհաստանը և Ռումինիան սահմանում են ռեֆերենտային խմբեր ATC 3, 4 և 5 մակարդակների միջև, ինչը նշանակում է, որ նույն դեղաբանական ենթախմբի դեղերը կարելի է դիտարկել որպես փոխարինելի: Նիդեռլանդների համար դեղերի կլաստերների խմբավորումը կատարվում է այն դեղամիջոցների համար, որոնք համարվում են «փոխարինելի» (այս առումով, ATC դասակարգման կիրառում չկա):

Աղյուսակ 6

Ռեֆերենտային գնագոյացումը մի շարք երկրներում<sup>24</sup>

Երկիր	Առկա է/ոչ	Կիրառման փարթեթիվը	Խմբավորում
Ալբանիա	Այո	2001	ATC5
Հայաստան	Ոչ	-	-
Ավստրիա	Ոչ	-	-
Բոսնիա և Հերցեգովինա	Այո	2002	ATC5, 4
Բելառուս	Ոչ	-	1
Բելգիա	Այո	2001	ATC5
Բուլղարիա	Այո	2004	ATC5 և բացառիկ դեպքերում ATC4
Խորվաթիա	Այո	2006	ATC 5,4,3
Էստոնիա	Այո	2003	ATC5
Ֆինլանդիա	Այո	2009	ATC5
Ֆրանսիա	Այո	2003	ATC5
Գերմանիա	Այո	1989	ATC 5, 4
Հունաստան	Այո	2006	ATC 5, 4/որոշ ապրանքների համար
Հունգարիա	Այո	1991	ATC 5, 4/որոշ ապրանքների համար
Ղազախստան	Ոչ	-	-
Ղրղզստան	Այո	2001	ATC5
Լատվիա	Այո	2005	ATC5, 4
Լիտվա	Այո	2003	ATC5,
Լեհաստան	Այո	1991	Փոխարինվող ապրանքների կլաստերներ
Ռուսաստան	Այո	-	ATC5
Թուրքիա	Այո	2004	ATC5
Ուկրաինա	Այո	2012/պիլոտային	ATC5
Միացյալ Թագավորություն	Ոչ	-	-
Մոլդովա	Ոչ	-	-
Ուզբեկստան	Ոչ	-	-

<sup>23</sup> Տե՛ս WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies, second edition. Geneva: World Health Organization, 2020:

<sup>24</sup> Տե՛ս WHO Regional Office for Europe, Medicines Reimbursement policies in Europe, [9]2018, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)

Երկրների մեծ մասը (Բուլղարիա, Իսլանդիա, Իտալիա, Լատվիա, Լիտվա, Ռուսաստանի Դաշնություն, Սլովակիա և Իսպանիա) որպես ռեֆերենտային գին սահմանում է ռեֆերենտ խմբի շրջանակներում ամենացածր գնով դեղամիջոցը: Որոշ երկրներ (Խորվաթիա և Հունգարիա) պահանջում են, որ ամենացածր գնով ապրանքն ունենա սահմանված նվազագույն շուկայական մասնաբաժինը ամրագրված ժամկետում: Հունաստանում ռեֆերենտային գինը միջին կշռված ընդհանուր գինն է՝ օրական չափաբաժնի համար ամենացածր գնով: Գերմանիայում յուրաքանչյուր կլաստերի ռեֆերենտային գինը հիմնված է միջին գնի, փաթեթի չափի և դեղաչափի վրա (ATC 5-րդ մակարդակի կլաստերների համար): Պորտուգալիան ռեֆերենտային գինը սահմանում է ռեֆերենտային խմբում հինգ ամենացածր գների միջինի հիման վրա, մինչդեռ Էստոնիան սահմանում է ռեֆերենտ խմբում երկրորդից՝ նվազագույն գնով:

Բյուջետային միջոցների ոչ արդյունավետ ծախսը կարգավորելու, դեղերի փոխհատուցման միասնական գնագոյացման մեխանիզմ ձևավորելու նպատակով ՀՀ-ում քննարկվում է փոխհատուցվող դեղերի գների պետական կարգավորման ընթացակարգը<sup>25</sup>:

**Եզրակացություններ:** Կատարված ուսումնասիրության արդյունքում բացահայտվել է, որ տարբեր երկրներում գործում են դեղերի փոխհատուցման տարբեր մեխանիզմներ, սակայն դեղապահովագրության մոդելներն ունեն մի շարք ընդհանուր հիմնական տարրեր՝ ընդգրկվող բնակչության խմբեր, փոխհատուցման սահմանաչափեր, փոխհատուցումը կարող է կախված լինել հիվանդությունից, բնակչության այս կամ այն սոցիալական խմբին պատկանելությունից և այլ գործոններից: Ըստ էության, չկա դեղերի փոխհատուցման ընդհանրական մոդել, և թե՛ զարգացած երկրները, թե՛ Հայաստանին համանման տնտեսություն ունեցող երկրները, հաշվի առնելով իրենց շուկայի զարգացման առանձնահատկությունները, մշակում են հանրային առողջության պաշտպանության մոդելներ: Անշուշտ, զարգացած երկրներում գործող մոդելները առավել կատարյալ են, հենվում են սոցիալական համերաշխության սկզբունքի վրա և պաշտպանում են բնակչության գրեթե բոլոր խմբերին: Հայաստանին համանման երկրների փորձի ուսումնասիրումը փաստում է, որ դեղերի հատուցման քաղաքականությունը առավել հատվածական է և ընդգրկում է բնակչության առավել փոքր խմբեր:

Դիտարկելով տարբեր երկրների կողմից կիրառվող փոխհատուցման չափանիշները՝ պարզ դարձավ, որ դրանք հիմնվում են դեղորայքի թերապևտիկ էֆեկտի, բժշկական առաջնահերթության, ծախսարդյունավետության, անվտանգության, բյուջետային ազդեցության և մի շարք այլ գործոնների վրա:

Ինչ վերաբերում է փոխհատուցման ցուցակներին, ապա երկրների մեծ մասում դեղորայքը փոխհատուցվում է, այսպես կոչված, *դրական ցուցակի* հիման վրա, ինչն ինքնաբերաբար չի երաշխավորում ամբողջական արժեքի

<sup>25</sup>Տե՛ս «Փոխհատուցվող դեղերի գների պետական կարգավորման ընթացակարգը, դեղերի գների պետական կարգավորման նպատակով աշխատանքներ իրականացնող հանձնաժողովի կազմավորման կարգը, հանձնաժողովի անդամների առավելագույն թիվը և գործունեության կարգը սահմանելու մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծը:



փոխհատուցում: Այդ իսկ պատճառով մի շարք երկրներում փոխհատուցմանը զուգահեռ կիրառվում են նաև համավճարներ: Երկրների կողմից իրականացվող դեղերի փոխհատուցման քաղաքականությունը միշտ չէ, որ մեծ չափով նվազեցնում է բնակչության ծախսերը և երաշխավորում դեղերի պարտադիր անվճար փոխհատուցում:

Տարբեր երկրներում գնային քաղաքականության մոտեցումների ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ բազմաթիվ երկրներում հիմնական շեշտադրումը կատարվում է փոխհատուցվող դեղորայքի գների և դրանց վերահսկման գործընթացի վրա, իսկ գնագոյացման առկա մոտեցումներից գերիշխող է ռեֆերենտային գնագոյացումը:

ՀՀ-ում դեղերի փոխհատուցման մեխանիզմների ուսումնասիրումը ցույց տվեց, որ թեև բնակչության որոշակի խմբերի և հիվանդությունների համար կիրառվում են փոխհատուցման մեխանիզմներ, այնուամենայնիվ, դրանք որոշակիորեն խոցելի են թե՛ բյուջեի առումով, թե՛ փոխհատուցմամբ տրամադրվող դեղերի տեսանկյունից: Միևնույն ժամանակ, բնակչության որոշակի հատվածի համար արտոնությունների առկայությունը չի նվազեցնում խնդրի սրությունը մյուս քաղաքացիների համար: Ամբուլատոր հատվածում սուբսիդավորվող դեղորայքի հասանելիություն ունեցող և չունեցող բնակչության կառուցվածքի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բնակչության գրեթե 82%-ը հիմնականում չունի ոչ մի արտոնություն: Գործող ընթացակարգը թույլ չի տալիս տրամադրել իսկապես արդյունավետ ամբուլատոր բուժօգնություն, քանի որ անվճար դեղերի ճնշող մեծամասնությունը տրամադրվում է ստացիոնար հատվածում:

Այսպիսով՝ դեղապահովագրության համակարգ ներդնելիս յուրաքանչյուր երկիր, այդ թվում՝ ՀՀ-ն, պետք է հաշվի առնի պետության և բնակչության հնարավորությունները, քանի որ վճարման կառուցվածքի ցանկացած փոփոխություն կստեղծի, այսպես կոչված, «հաղթողներ և պարտվողներ»:

Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց նաև, որ աշխարհի տարբեր երկրներում դեղերի փոխհատուցման մոդելները զարգանում են աստիճանաբար, փուլային եղանակով: Հայաստանի համար այս կամ այն ապահովագրական սխեմայի կիրառելիությունը գնահատելիս առաջին հերթին պետք է հասկանալ, որ մինչև մոդելներից որևէ մեկի ներդրումը, անհրաժեշտ է լուծել զգալի թվով խնդիրներ, մասնավորապես՝ առաջնային է ՀՀ դեղագործական շուկայում գների կարգավորման, վերահսկողության համակարգում լուրջ փոփոխությունների իրականացումը, այդ թվում՝ դեղերի ռացիոնալ նշանակման ողջամտության վերահսկումը և այլն: Հաջորդիվ անհրաժեշտ է վերլուծել դեղերի ցուցակների ու չափորոշիչների կազմման ու կիրառման խնդիրները: Ամփոփելով վերլուծությունը՝ առաջարկվում է ՀՀ-ում ապահովագրության շրջանակներում կիրառվող դեղերի փոխհատուցման համակարգը դիտարկել որպես առողջության ապահովագրության պարտադիր բաղկացուցիչ՝ ապահովագրված բնակչության կատեգորիաների, փոխհատուցվող դեղերի ցուցակների, բժիշկների ռացիոնալ նշանակումների, փոխհատուցման սխեմաների, գների սահմանման և կարգավորման հիմնական բաղադրիչների հստակեցմամբ:

### Օգտագործված գրականություն

1. Հավելված N 1 ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:
2. ՀՀ Կառավարության 2022 թվականի բյուջետային ուղերձը, Եր., 2021:
3. ՀՀ Կառավարության 2017 թ. սեպտեմբերի 28-ի «Հիմնական դեղերի ընտրության չափանիշները և կարգը սահմանելու մասին» N 1178-Ն որոշումը:
4. ՀՀ օրենքը «Հանրային ծառայության մասին»՝ ընդունված է 2011 թվականի մայիսի 26-ին, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=68771>
5. ՀՀ օրենքը «Դեղերի մասին»՝ ընդունված է 2016 թվականի մայիսի 17-ին, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>
6. Հիմնական դեղեր, «Ակադեմիկոս Է. Գաբրիելյանի անվան դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՓԲԸ, <http://www.pharm.am/index.php/am/2014-09-16-06-40-28>
7. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, 2015–2021 թթ. զեկույցներ, Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, [https://nih.am/am/publications/report\\_yearbook\\_guide/1?block=AAH\\_annual\\_reports](https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1?block=AAH_annual_reports)
8. Шпак И., Тенденции развития рынка страховой медицины США, диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. М., 2019.
9. Austvoll-Dahlgren A., Aaserud M., Vist G. E., Ramsay C., Oxman A. D., Sturm H., Vernby Å., Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. Cochrane database of systematic reviews, 2008 (1).
10. Ellis R.P., McGuire T.G., Optimal payment systems for health services. Journal of health economics, 9 (4), 1990.
11. External reference pricing, WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341894/9789240024083-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Gibson T. B., Ozminkowski R. J., Goetzel R. Z., The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *Am J Manag Care*, 11(11), 2005.
13. OECD Reviews of Public Health: Latvia: A Healthier Tomorrow, <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/aef0ddcd-en/index.html?itemId=/content/component/aef0ddcd-en#tablegrp-d1e13553>
14. Porter Michael E., Elizabeth Olmsted Teisberg, *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard business press, 2006.
15. Sabine V., Habimana K., Fischer Stefan; Haasis M. A., Novel policy options for reimbursement, pricing and procurement of AMR health technologies, Gesundheit Österreich Vienna, 2021.

16. Soman D., Effects of payment mechanism on spending behavior: The role of rehearsal and immediacy of payments. *Journal of Consumer Research*, 27(4), 2001.
17. Tao W., Agerholm J., Burström B., The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: a systematic literature review. *BMC health services research*, 16(1), 2016.
18. Vogler S., Haasis M. A., Dedet G., Lam J., Bak Pedersen H., Medicines reimbursement policies in Europe. 2018.
19. WHO Regional Office for Europe, Medicines Reimbursement policies in Europe, 2018[9], [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)
20. World Health Organization. *Systematic reviews for the update of the WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies*. World Health Organization, 2020.
21. <https://www.cba.am/am/SitePages/fscfoinsuranceorganizations.aspx>
22. <https://www.euro.who.int>

### **ЛУСИНЕ КАРАПЕТЯՆ**

*Доцент кафедры делового администрирования АГЭУ,  
кандидат экономических наук*

### **АРСЕН ПЕТРОСЯՆ**

*Доцент кафедры теории экономики АГЭУ,  
кандидат экономических наук*

### **ТАТЕВИК ВАРДԱՆՅԱՆ**

*Преподаватель кафедры международных  
экономических отношений АГЭУ*

### **ТИГРАՆ МИКАЕԼՅԱՆ**

*Аспирант по специальности  
«Международная экономика» АГЭУ*

### **ГАГИК АКОПՅԱՆ**

*Аспирант по специальности «Банковское дело  
и страхование» АГЭУ*

***Сравнительный анализ основных схем возмещения лекарств в страховании.*** – Лекарственное страхование является одним из элементов системы медицинского страхования, в рамках которого населению бесплатно предоставляются лекарственные средства или возмещается часть их стоимости.

Расходы на лекарственные препараты составляют большую часть общих расходов на здравоохранение. Одной из первоочередных задач правительства каждой страны, в том числе и Республики Армения, является регулярное обеспечение населения лекарствами гарантированного качества и в надлежащем количестве, а также определение разумной ценовой политики. В этом контексте изучение зарубежного опыта основных схем лекарственного возмещения в рамках стра-

хования и их сравнение со схемами, применяемыми в Республике Армения, является важным и актуальным, поскольку система обязательного медицинского страхования и ее неотъемлемый элемент, схема возмещения расходов на лекарства, в Республике Армения еще не реализованы.

В статье авторы изучили и сравнили схемы лекарственного возмещения в отдельных странах, обсудили критерии лекарственного возмещения, особенности составления компенсационных списков, а также представили основные подходы к разработке ценовой политики в сфере лекарственного возмещения. В исследовании также были изучены основные механизмы возмещения стоимости лекарственных средств, действующих в РА.

Результаты исследования доказывают, что универсальной модели лекарственного возмещения не существует, и как развитые страны, так и страны со сходной экономикой с учетом специфики своего рыночного развития разрабатывают модели охраны здоровья населения, которые, имея разные организационные особенности, имеют универсальные элементы, включая группы населения, возмещаемые списки, ставки возмещения, механизмы регулирования цен и другие компоненты, которыми следует руководствоваться при разработке модели лекарственного страхования в Республике Армения.

**Ключевые слова:** лекарственное страхование, компенсация лекарств, ценовая политика, тарифы, референтные цены

JEL: G22, I13, I18

DOI: 10.52174/1829-0280\_2022.4-9

#### **LUSINE KARAPETYAN**

*Associated Professor of the*

*Chair of Business Administration of ASUE, PhD in Economics*

#### **ARSEN PETROSYAN**

*Associated Professor of the Chair of*

*Economic Theory of ASUE, PhD in Economics*

#### **TATEVIK VARDANYAN**

*Lecturer of the Chair of*

*International Economic Relations of ASUE*

#### **TIGRAN MIKAYELYAN**

*PhD Student specializing in «International Economics» of ASUE*

#### **GAGIK HAKOBYAN**

*PhD Student specializing in «Banking and Insurance» of ASUE*

***Comparative Analysis of the Main Drug Reimbursement Schemes in Insurance.***— One component of the health insurance system is drug insurance, which provides full or partial reimbursement for the cost of prescription drugs.

Expenditures on pharmaceuticals account for a large proportion of total health care costs. The regular distribution of drugs to people in adequate quantities and with guaranteed quality presents one of the largest challenges for the government of every country. Both developed and developing countries have an extensive experience with the primary insurance based on drug reimbursement programs, making it crucial to evaluate the key characteristics of these programs. The required medical insurance system and its essential component, the drug reimbursement program, have not yet been implemented in the Republic of Armenia, making it a significant and pertinent issue for study.

The authors studied and compared the drug reimbursement schemes in selected countries, discussed the criteria for drug reimbursement, the features of the compilation of reimbursement lists, and presented the main approaches to the price policy development in the field of drug reimbursement. The study also analyses the main mechanisms of reimbursement of medicines operating in the RA, population groups and diseases included in the framework of reimbursement. The research examines the primary mechanisms of drug reimbursement in the RA, as well as population groups and diseases covered by the framework of reimbursement.

The findings of the study demonstrate the lack of a universal model for drug reimbursement. Instead, developed nations and those with similar economies develop their own public health protection models. These models, while differ in organizational aspects, contain common components including population categories, reimbursement lists, reimbursement rates, price regulation systems, and other components that should serve as a guide when creating the drug insurance model in the RA.

**Keywords:** *drug insurance, drug reimbursement, pricing policy, reference price*

JEL: G22, I13, I18

DOI: 10.52174/1829-0280\_2022.4-9