

Բանալի բառեր՝ բժշկական, ապահովագրություն, հատուցում, առողջապահություն, հիվանդացություն:

ՀՏԴ 614.2:368

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱԿԱՅԻՆ ԲՆԱԿԱՎԱՐԳԻ ԵՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՐԱՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԱՌՆՉՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ատենախոսության թեմա՝
Հայաստանի հանրապետությունում պարտադիր բժշկական
ապահովագրության օպտիմալ համակարգի ներդրման
մոդելավորումը

Անուշ ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ
ՀՊՏՀ տնտեսական ինֆորմատիկայի և
տեղեկատվական համակարգերի
ամբիոնի ասպիրանտ

Գիտական դեկավար՝
Վարդան ՍԱՐԳՍՅԱՆ
Տնտեսագիտության դոկտոր, պրոֆեսոր

Խորհրդային միության փլուզումից հետո, որտեղ գործում էր առողջապահական համակարգի Սեմաշկո¹ մոդելը, Հայաստանը և մյուս խորհրդային երկրները կանգնեցին լուրջ ֆինանսական խնդիրների առաջ: 1996թ.-ին Հայաստանի համար և՛ տնտեսական, և՛ քաղաքական ծանր անցումային շրջանում ընդունվեց «Բուժօգնության և բնակչության համար բուժապաստարկման մասին» օրենքը², որով կրճատվում էր պետության ֆինանսական աջակցությունը, չէր պահպանվում այն սկզբունքը, թե յուրաքանչյուրն ունի անվճար բուժօգնության իրավունք: Այսուհետ ամեն ոք ինքը պետք է վճարեր իր գրպանից: Անցումային ծանր տնտեսական և քաղաքական պայմանները իրենց հետքը թողեցին բնակչության առողջության վիճակի վրա՝ հանգեցնելով հիվանդացության մակարդակի, մահացության դեպքերի ավելացմանը: Առողջապահական համակարգի հետագա զարգացումները բոլորը պետք է ուղղված լինեին բնակչության հիվանդացության կանխարգելման և առողջության պահպանմանը:

ՀՀ առողջապահական համակարգի 2008-2012թթ.-ի բարեփոխումները հիմնականում նպատակաուղղված էին բժշկական ծառայությունների մատչելիության և որակի բարձրացմանը, և առողջության պետական ֆինանսավորման հիմնական մասը ուղղվում էր առողջության առաջնային օղակին:

Առողջապահական համակարգի նպատակներից առավել կարևորը առողջության բարելավումն է: Այն միարժեքորեն չենք կարող կապել որևէ կոնկրետ գործառնությի իրականացման հետ՝ դրա վրա ազդող բազմաթիվ գործոնների և դրանց ազդեցությունների ժամանակակից հնարավոր հետաձգումների պատճառով: Սակայն կարող ենք ենթադրել ու կանխատեսել, որ առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունքում անպայման տեղի է ունենում առողջության բարելավում: Հետևապես կարևորվում է գործառնության և կարճաժամկետ ռազմավարությունների մշակումը, որոնք կհանգեցնեն երկարաժամկետում նպատակների իրագործմանը:

Բնակչության առողջության վիճակը մի կողմից հանդես է գալիս որպես առողջապահական համակարգի գործունեության վերջնարդյունք և գլխավոր նպատակ, մյուս կողմից արտահայտում է համակարգի գործունեության արդյունավետությունը: Բնակչության առողջության վիճակը գնահատվում է երկու ցուցանիշների միջոցով՝ հիվանդացության մակարդակով և մահացության մակարդակով:

Հիվանդացության մակարդակը, որպես բնակչության առողջության վիճակը բնութագրող ցուցանիշ, որոշվում է առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների և մշտական բնակչության միջին տարեկան թվաքանակների հարաբերությամբ³, ըստ ՀՀ վիճակագրական ծառայության հիվանդացության մակարդակը 2015թ.-ին 100 հազ. բնակչի հաշվով կազմել է 30.9 հազ., որը նախորդ տարվա համեմատությամբ աճել է գրեթե 2%-ով: Հիվանդացության մակարդակի աճը մի կողմից պայմանավորված է հիվանդների դիմելիության աճով, քանի որ 2006թ.-ից սկսած առաջնային ամբուլատոր պոլիկլինիկական օղակի բուժօգնությունը իր ամբողջ ծավալով ընդգրկվել է պետպատվերի շրջանակներում:⁴ Մյուս կողմից էլ՝ մի խումբ հիվանդությունների տարածվածությամբ, որոնց տեսակարար կշիռը կազմում է հիվանդացության մակարդակի 67.3%-ը, որում գերակշռում են շնչառական օրգանների և արյան շրջանառության համակարգի խնդիրները:⁵ Ստացվում է, որ հիվանդացության մակարդակի աճը առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած բարեփոխումների արդյունք է, որը բնութագրում է, ոչ թե առողջական վիճակը, այլ բուժօգնությունների մատչելիությունը, ինչն էլ իր հերթին վերջին հաշվով անխուսափելի է դարձնում առողջական վիճակի բարելավումը:

Համադրելով տարբեր երկրներում կիրառվող առողջապահության վրա կատարվող ծախսերի կանխատեսման մոդելներն⁶ ու առողջության ապահովագրությունում կիրառվող ռիսկի հավասարակշռության մոդելները⁷, կարելի է առանձնացնել երկու խումբ գործոններ, որոնք ազդում են հիվանդացության մակարդակի վրա.

¹ Աշխարհում հայտնի առողջապահական մոդելներից մեկը, որը գործում էր Սովետական Միության տարիներին, նրան բնորոշ էր առողջապահական համակարգի կենտրոնացումը և բուժօգնության հասանելիությունն ու մատչելիությունը բոլոր քաղաքացիների համար:

² www.arlis.am

³ http://www.armstat.am/file/doc/99461573.pdf

⁴ Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական այլընտրանքային աղբյուրների օգտագործման հնարավորությունների վերաբերյալ ուսումնասիրություն, 2012թ.

⁵ ՀՀ առողջապահության համակարգի գնահատում, 2015թ.

⁶ Astolfi, R., L. Lorenzoni and J. Oderkirk "A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods", OECD Health Working Papers, No. 59, OECD Publishing, 2012.

⁷ Testing the effectiveness of risk equalization models in health care, prof. dr.W.P.M.M., 2007, 12-15

1. Անձնային գործոններ (սեռ, տարիք, մարդու ապրելակերպը, վարքագիծը և այլն): Այս գործոնները մեր վերլուծության մեջ չեն դիտարկվել, քանի որ վիճակագրական տվյալները կամ բացակայում են կամ էլ բավարար չեն խորը վերլուծություն կատարելու համար:

2. Սոցիալ-տնտեսական գործոններ՝ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորում, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախս, առողջության գծով համախառն հատուցումներ և այլն: Ենթադրվում է, որ յուրաքանչյուրն ինչոր բացակայում է բնակչության առողջության բարելավմանը՝ երկարաժամկետում նվազեցնելով հիվանդացության մակարդակը:

Ճիշտ է վերջին տարիներին պետական բյուջեից առողջապահության ուղղվող ֆինանսական միջոցները անվանական արժեքով աճել են, սակայն գնաճի հետևանքով տեղի է ունեցել ֆինանսավորման իրական մակարդակի կրճատում: 2013թ.-ին պետական առողջապահական ծախսերի իրական մակարդակը զիջել է 2008-ին 1.5%ով, իսկ 2014թ.-ին 25.4% աճի պայմաններում՝ 2008-ի ֆինանսավորման մակարդակը գերազանցվել է ընդամենը 18.4%ով⁸:

Առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորման ծավալները և մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսը, որոնք հանդես են գալիս որպես առողջապահական համակարգի արդյունավետության ցուցանիշ⁹ ամեն տարի աճի միտում են դրսևորում՝ 2015թ.-ին կազմելով համապատասխանաբար 86 մլրդ դրամ և 28590 դրամ:

ՀՀ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ներքին աղբյուրների¹⁰ ցանկում բացի պետական բյուջեի ֆինանսավորումը, ուշադրության է արժանի վերջին տարիներին զարգացման միտում դրսևորող առողջության ապահովագրությունը:

Առողջության ապահովագրական համակարգը հանդիսանալով բնակչության սոցիալական պաշտպանության պետական գործառնությունից շուկայական լրացում՝ տրամադրում է քաղաքացու սոցիալական ապահովության լրացուցիչ երաշխիքներ և միաժամանակ նվազեցնում պետության ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունը այս գործառնությունից մասով: Նման մեխանիզմների կառավարումն առավել կարևորվում է անցումային տնտեսությամբ երկրներում՝ պայմանավորված դրանցում սոցիալական պաշտպանության սկզբունքների և ձևերի համակարգային փոփոխությամբ:

Առողջության ապահովագրության համակարգը դիտելով որպես առողջապահական համակարգի զարգացման ռեսուրս, կարելի է ընգծել, որ. 1.Ներգրավում է լրացուցիչ ֆինանսական ռեսուրսներ առողջապահության ոլորտ, 2.Լուծում է սոցիալական բնույթի խնդիրներ, 3.Բուժօգնություն ստանալու պահին թույլ է տալիս խուսափել ֆինանսական խնդիրներից, 4.Նվազեցնում է սեփական գրպանից կատարվող ծախսումները, 5.Հանգեցնում է բնակչության առողջության բարելավմանը, 6.Նպաստում է առողջապահական ծառայությունների որակի կատարելագործմանն ու առողջապահական ոլորտի արդյունավետության բարձրացմանը:

Այսպիսով առողջության ապահովագրության ընդլայնումը մի կողմից թեթևացնում է պետության բեռը սոցիալական գործառնությունից մասով, մյուս կողմից նպաստում առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությանը՝ դրանով իսկ նվազեցնելով հիվանդացության մակարդակը: Ըստ կատարված հետազոտության¹¹ 2014թ.ին բուժփինանսավորման ֆինանսական մատչելիությունը հարցվածների շրջանում ունեցել է հետևյալ պատկերը՝

Բուժփինանսավորման ֆինանսական մատչելիությունը՝ ըստ տվյալ բուժփինանսարկ դիմած և չդիմած անձանց (2012-2014թթ.)

Բուժփինանսարկ	Բուժփինանսարկ իրենց համար ֆինանսապես մատչելի են համարել					
	Գի դիմել			Դիմել է		
	2012թ.	2013թ.	2014	2012թ.	2013թ.	2014թ.
Բուժկետ/ամբուլ. (միայն գյուղերում)	65.0%	54.8%	53.3%	81.0%	68.3%	71.5%
Պոլիկլինիկա	53.9%	50.8%	48.6%	66.8%	69.3%	65.4%
Ատամնաբուժարան	29.5%	25.7%	20.8%	46.8%	40.4%	37.2%
Մասնավոր բժշկական կենտրոն	19.0%	14.8%	-	28.1%	24.8%	-
Դիագնոստիկ կենտրոն	17.4%	14.8%	14.0%	32.0%	29.8%	24.7%
Հիվանդանոց	23.3%	18.0%	13.6%	31.2%	28.9%	25.0%
Ծննդատուն (միայն կանայք)	42.9%	42.5%	34.9%	75.8%	64.4%	68.2%

Ըստ հետազոտության ՀՀ-ում ծննդատները, ատամնաբուժարանները և դիագնոստիկ կենտրոնները ֆինանսապես մատչելի չեն, ինչը խոսում է այն մասին, որ այս բուժփինանսարկներում մատուցվող ծառայությունների գները բարձր են՝ համեմատած պոլիկլինիկաների, գյուղական ամբուլատորիաների հետ:

Հարցվածների շրջանում (հաշվի է առնվել նաև բարեկեցության մակարդակը՝ ցածր, միջին, բարձր) բուժփինանսարկ չդիմելու պատճառներում գերակշռող է եղել ֆինանսական միջոցների բացակայությունը՝ գրեթե 80%:

Բժշկական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը մի կողմից պայմանավորված է բժշկական ծառայությունների բարձր գներով, անուղղակի ծախսերով (տրանսպորտային ծախսեր, աշխատանքից բացակայելու հետ կապված աշխատավարձից պահումներ և այլն), մյուս կողմից էլ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալներով, ընտանիքի եկամուտներով, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսով, առողջության ապահովագրությամբ:

Չարգացած ու զարգացող երկրներում, որտեղ զարգացած է առողջության ապահովագրական համակարգը, դրա բացակայությունը նույնպես դասվում է բժշկական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը խոչընդոտող

⁸ Առողջապահության պարզեցված բյուջե, «Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագիր, 2014թ. հունիս, էջ 8
⁹ Առողջության ապահովագրության դերը ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսական համակարգում, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա», #1-2. 2016թ.
¹⁰ Առողջության ապահովագրության դերը ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսական համակարգում, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա», #1-2. 2016թ.
¹¹ «Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի որակի հետազոտություն 2014», «Այ Փի Սի» Քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտ, 2015թ.:

գործոնների շարքը: Ըստ տարբեր հեղինակների¹², այն անհատները, որոնք չունեն առողջության ապահովագրություն, առավել հավանական է, որ ունեն ավելի վատ առողջական վիճակ, մահանում են ավելի վաղ հասակում, չունեն հասանելիություն բժշկական ծառայություններին:

ՀՀ-ում առողջության ապահովագրական համակարգը ճիշտ է զարգացած չէ, սակայն վերջին մի քանի տարիներին պետական ծառայողների համար ներդրված սոցիալական փաթեթի շրջանակներում գործող բժշկական ապահովագրությունը մեծ աշխուժություն է մտցրել այս ոլորտում: 2016թ.-ին առողջության ապահովագրության գծով համախառն ապահովագրավճարները կազմել են գրեթե 5.6 մլրդ դրամ, ինչը նախորդ տարվա համեմատ աճել է 10%-ով: Իսկ 2015թ.-ին առողջության գծով համախառն հատուցումները կազմել են առողջության պետական ֆինանսավորման 3.9%-ը, որը մեր ապահովագրական շուկայի համար բավականին մեծ ցուցանիշն է, որը խոսում է առողջության ապահովագրության համակարգի զարգացման միտումների մասին:

Այսպիսով, ուսումնասիրելով ՀՀ առողջապահական համակարգի գործունեությունը, գործառնություններն ու նպատակները, համակարգի արդյունավետ ֆինանսավորման ցուցանիշները, աղբյուրները, բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունն ու հիվանդացության մակարդակը և կարևորելով ֆինանսական գործառնության առաջնահերթությունը համակարգի զարգացման և նպատակների իրականացման համատեքստում, մեր կողմից կատարվել է Էկոնոմետրիկ վերլուծություն՝ գնահատելու առողջապահական համակարգի ֆինանսական գործառնության ազդեցությունը վերջնական արդյունքի՝ բնակչության առողջության վիճակի վրա: Կատարված հետազոտությունում, որպես արդյունքային ցուցանիշ հանդես է գալիս հիվանդացության մակարդակը, իսկ որպես անկախ փոփոխականներ՝ Ֆինանսական գործառնության տարրերը՝ մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսը, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ներքին աղբյուրները, մասնավորապես՝ պետական ֆինանսավորումը և առողջության ապահովագրությունը:

Հաշվի առնելով ժամանակային կարճ շաբաթների առկայությունը, որը հնարավորություն չի տալիս միաժամանակ գնահատել բոլոր գործոնների ազդեցությունները արդյունքային գնահատականի վրա, մեր կողմից վերլուծվել են առանձին գործոնների ազդեցությունները արդյունքային գնահատականի վրա և տրվել համեմատական գնահատականներ: Վերլուծության արդյունքում բոլոր գործոնները ավելացնում են հիվանդացության մակարդակը, սակայն դա պայմանավորված է դիմելիության աճով, որքան շատ են դիմում բժշկի, այնքան հիվանդացության մակարդակը բարձրանում է՝ ի հաշիվ հայտնաբերվող հիվանդությունների, սակայն երկարաժամկետում, կանխարգելիչ միջոցառումների հաշվին այդ ցուցանիշը նվազում է: Ըստ վերլուծության արդյունքների:

Առողջության ապահովագրության գծով համախառն հատուցումների, ՀՆԱ-ի մեջ ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերի մասնաբաժնի, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսերի, առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը 1%-ով, այլ հավասար պայմաններում հանգեցնում է հիվանդացության միջին մակարդակի ավելացմանը համապատասխանաբար՝ 0.07%, 0.49%, 0.39%, 0.41%-ով :

Այսպիսով, դիտարկելով առողջության ապահովագրությունն ու առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորումը որպես առողջապահական համակարգի զարգացման հիմնական ռեսուրսների, բոլորովին չնայած ավելացնելով պետական բյուջեի դերն ու նշանակությունը համակարգի զարգացման գործում, կարող ենք ասել, որ առողջության ապահովագրությունը, լինելով նոր զարգացող ոլորտ, առավել թիրախային կարող է լինել և՛ որպես ֆինանսավորման աղբյուր, և՛ որպես համակարգի գործունեության վերջնարդյունքներին հասնելու միջոց:

Քանի որ առողջապահական համակարգում ներդրումները բերում են դիմելիության աճի, ապա կարող ենք ընգծել, որ բնակչության բժշկական ծառայություններին դիմելիության մակարդակը բավարար չէ: Հետևապես, բնակչության դիմելիության բարձրացման, առողջության բարելավման և պահպանման՝ որպես առողջապահական համակարգի գերիսդրի, ու առողջապահության համակարգի արդյունավետ ֆինանսավորման համար անհրաժեշտ է մշակել նոր ուղիներ՝ առողջության ապահովագրության համակարգը զարգացնելու համար, որտեղ առանձնապես պետք է կարևորվի պետության մասնակցությունը:

*Ներկայացվել է 05.02.2018թ.
Ընդունվել է տպագրության 28.02.2018թ.*

¹²Durham J, Owen P, Bender B, et al. Self-assessed health status and selected behavioral risk factors among persons with and without healthcare coverage—United States, 1994–1995. MMWR. 1998 Mar;13;47(9):176–80.
Insuring America's health: Principles and recommendations. Acad Emerg Med. 2004;11(4):418–22.
Hadley J. Insurance coverage, medical care use, and short-term health changes following an unintentional injury or the onset of a chronic condition. JAMA. 2007;297(10):1073–84.