

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴԻ ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՇՈՒՐՋ

Գ. Գ. ՑԱՎՐՑԱՆ

Շուկայական տնտեսակարգի մուտքը մեր հանրապետություն իր ազդեցության ոլորտներից անմասն չթողեց նաև առողջապահության համակարգը: Ուստի, ճշտելով հետագա տնտեսական ռազմավարության հիմնական ուղղությունները, ինչպես ամենուր, այս բնագավառում ևս հրատապ ու պրոբլեմային հիմնախնդիրը մնում է ֆինանսավորման և նրա աղբյուրների հարցը:

Գաղտնիք չէ, որ առողջապահությունը, բացի պետական և հովանավորչական ֆինանսավորումից, սնվում է նաև ոչ պաշտոնական աղբյուրներից: 1995 թ. ցուցանիշներով ստորև բերված աղյուսակի տվյալներից պարզ է դառնում առողջապահության ֆինանսատնտեսական պահանջներն ու դրանց պետականորեն բավարարման մոտավոր աստիճանը.

Աղյուսակ 1. 1995 թ. ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրներն ըստ տեսակարար կշռի

Ֆինանսավորման աղբյուրը	Գումարը (դրամներով)	Տեսակարար կշիռը (%)
Հատկացումներ պետբյուջեից	10,1 մլրդ	25,0
Մարզապիրական օգնություն	6,6 մլրդ	15,0
Մուտքեր պաշտոնական վճարովի ծառայություններից	0,7 մլրդ	1,7
Ոչ պաշտոնական ծախսումներ	23,8 մլրդ	58,3
Ընդհանուր առողջապահական ծախսեր	40,6 մլրդ	100

Վերջին խումբ ծախսերը, մոտ 60 %, կատարում են անմիջականորեն հիվանդները, առանց որևէ պաշտոնական կարգավորման: Սոցիալական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ միայն ամբուլատոր ծառայությունների ուղղությամբ բնակչության ուղղակի վճարումները գերազանցում են պետականին առնվազն 6 անգամ՝ շահված հավելյալ վճարումները դեղորայքի, լաբորատոր հետազոտությունների համար և այլն (միջին հաշվով յուրաքանչյուր այցի համար ուղղակիորեն վճարվում է 2000 դրամ): Այս երևույթը, որն առկա էր նաև խորհրդային համակարգի օրոք, հատկապես մեծ աճ ստացավ 1991 թ.-ից՝ կապված բուժաշխատողների նվազող աշխատավարձերի և տնտեսական ընդհանուր ճգնաժամի հետ: Ըստ նախնական կանխատեսումների, մոտ ապագայում ինչպես պաշտոնական, այնպես էլ ոչ պաշտոնական վճարումների ծավալը կաճի:

Իհարկե, վերը նշված իրավիճակը պահանջում է լուրջ վերլուծություն և անհրաժեշտ միջոցառումների մշակում ու կիրառում: Առողջապահության նախարարությունը նոր չէ, որ զբաղվում է այս խնդրով և պատրաստել է նախագիծ, ըստ որի 1997 թ.-ից գործելու է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի վրա հիմնված մի համակարգ, որը թույլ կտա օրինականացնելու «սովկրային» վճարումների զգալի մասը: Դա ըստ էության շատ բարդ և համակողմանի մեկնաբանում պահանջող խնդիր է: Ուստի, հաշվի առնելով հանրապետության ներկա տնտեսական ծանր իրավիճակը, որը ուղիղ համեմատական կարգով ազդում է բնակչության սոցիալական պայմանների վատթարացմանը, անհրաժեշտ է խնդրի լուծման գործընթացում կիրառել ներքոհիշյալ մոտեցումները.

ա) վճարովի ծառայության գծով եկամուտներից հասանելի պետական հարկերը հասցրեն ի վազազույնի.

բ) սոցիալապես անապահով խավերի բուժման նպատակով տրամադրվող թե՛ օգնու-

Քյունները և թե՛ պետական հատկացումները հնարավորին չափ կատարել ուղղակի ճանապարհով:

դ) տարբեր եղանակներով խրախուսել վճարովի բուժօգնություն տրամադրող ծառայությունների քանակական և որակական բարձր ցուցանիշները:

դ) մշակել մեթոդներ օրյնկտիվորեն հսկելու համար «ստվերային» վճարումների առկայությունն ու կանխումը:

Ե՛ն վերը նշված խնդիրը լուծում ստանա միայն վարչահամայնական մեթոդներով, ապա արդյունքում կլինի սպասվածի ճիշտ հակառակ պատկերը: Դա նշանակում է, որ բնակչության կողմից բուժօժանությունների դիմաց վճարումները կլինեն կրկնակի, այսինքն՝ մինչև ժամանակ և՛ օրինական, և՛ «ստվերային»: Այս երևույթը կօգնի ոչ թե կրճատելու «ստվերային» վճարումները, այլ ընդհակառակը՝ կստեղծի ավելի մեծ պատենել վերջինիս կարգավորման համար:

Ամբողջատոր բուժօժանությունների համեմատ, վճարովի ծառայությունների գծով ֆինանսատնտեսական կառավարման խնդիրն ավելի բարդ է ստացիոնար բուժօժանությունների ենթահամակարգում:

Եթե դիտարկենք 1996 թ. և 1997 թ. առողջապահության համար նախատեսված բյուջեներն ըստ հիմնական ուղղությունների, ապա պարզ է դառնում, որ առողջապահության բյուջեի գերակշիռ մասը (65%), որպես կանոն, բաժին է ընկնում ստացիոնար բուժօգնությանը: Ըստ նախնական հաշվարկների, 1997 թ. հանրապետությունում հոսպիտալացման դրույթը կկազմի 8%, այսինքն կհոսպիտալացվի մոտավորապես 296000 օմարդ: Ըստ այս տվյալների, 1997 թ. յուրաքանչյուր ստացիոնար հիվանդի բուժման միջին ծախսը նախատեսվում է 34460 դրամի շահով:

Գետք է նշել, որ 1997 թ. մեծանում է ուշադրությունը նաև առողջապահության առաջնային պահպանման հարցերի վրա: Եթե 1996 թ. համեմատ առողջապահության ընդհանուր բյուջեն 1997-ին նվազել է մոտավորապես 6%-ով, ապա միայն ամբողջատոր ծառայությունների ֆինանսավորման աճը կազմում է 11%: Սա նշանակում է, որ 1997 թ. ամբողջատոր այցելությունների համար հանրապետության բնակչության յուրաքանչյուր շնչին հատկացվում է տարեկան 525 դրամ, մինչդեռ 1996 թ. այն կազմում էր 486 դրամ:

Աղյուսակ 2. 1996 թ. և 1997 թ. հանրային սեկտորի առողջապահության համար նախատեսված բյուջեների համեմատությունը

Ր Ա Շ Ե Ո Ւ Մ	1 9 9 6 թ.		1 9 9 7 թ.	
	Մլրդ. դրամ	Ամբողջ ծախս (%)	Մլրդ. դրամ	Ամբողջ ծախս (%)
ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ				
Ստացիոնար ծառայություններ	8,5	65	7,9	64
Ամբողջատոր ծառայություններ	1,8	13	2,0	16
Սանէպիդ. ծառայություններ	0,6	8	0,6	5
Շտապ բուժօգնություն	0,6	5	0,6	5
Այլ բուժօժանություններ	1,6	12	1,2	10
Ընդամենը	13,1	100	12,3	100

Աղյուսակի տվյալներից երևում է, որ 1996 թ. համեմատ 1997 թ. բյուջեով նախատեսված առողջապահության ծախսերը նվազել են միայն այլ բուժօժանությունների գծով, և ընդհանուրի մեջ փոփոխություն չի կրել ստացիոնար բուժօժանության ծախսերի տեսակարար կշիռը:

Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ծրագրում առաջադրված են մի շարք առաջնահերթ կարևորություններ: Դրանց վերաբերյալ արվել են բազմաթիվ օգտակար առաջարկություններ և արվել նախագծեր, 1996 թ. առողջապահության ազգային ինստիտուտում սեպտեմբերին կայացած կոնֆերանսում: Կոնֆերանսին մասնակցում էին Համաշխարհային բանկի ներկայացուցիչներ, տնտեսագետներ, բժիշկներ ինչպես նախկին Միության հանրապետություններից, այնպես էլ Եվրոպական մի շարք երկրներից և ԱՄՆ-ից: Կոնֆերանսում քննարկվեցին մասնավորապես բժշկական ապահովագրության, հիմնական բուժօժանությունների բարելավման, բուժհիմնարկների ֆինանսավորման ու բժիշկների վճարումները կարգավորելու, ապապետականացման և սեփականաշնորհման, ֆինանսական կառավարման և հաշվարկման, ապապետականացման և սեփականաշնորհման, պետական հարկերի թեմատիկայի հաշվառման բարեփոխումների ու կատարելագործման, պետական հարկերի թեմատիկայի, ինչպես նաև՝ ոչ պաշտոնական ծախսումները պաշտոնականի վերափոխման հար-

ցերը: Արգի հիմնահարցերի լուսաբանման հետ մեկտեղ, կոնֆերանսում արվեցին կոնկրետ առաջարկություններ վերոհիշյալ հարցերի լուծման ուղիների վերաբերյալ:

Հանրապետության առողջապահության համակարգի համար վերջին երեք տարիները շրջադարձային էին նրանով, որ հայաստանի վերափոխվեցին այս բնագավառի միջտնտեսական հարաբերությունները: Դա, անշուշտ, պայմանավորված էր ժամանակի տնտեսական պահանջների թելադրանքով: Մինչև 1995 թ. առողջապահության բոլոր հիմնարկները գործում էին բյուջետային ֆինանսավորման սկզբունքով: Սկսած 1995-ից փորձնականորեն, իսկ 1997-ից գրեթե ամբողջովին առողջապահության բոլոր հիմնարկությունները ստանում են պետձեռնարկության կարգավիճակ և առողջապահության նախարարության հետ տնտեսական հարաբերությունները կարգավորվում են պայմանագրային հիմունքներով՝ ինչպես պետական պատվերի շրջանակներում, այնպես էլ վճարովի ծառայությունների գծով: Այս գործընթացի կարևոր դրական ձեռքբերումներից է այն, որ բուժօգնությանը, ստանալով որոշակի ինքնուրույնություն, կարող են իրենց իրավունքների սահմաններում իրականացնել վճարովի մասնագիտական և ոչ պրոֆիլային ծառայություններ: Դա կօգնի բուժօգնությանը մասամբ հոգալ այն կարիքները, որոնք չեն ֆինանսավորվում պետական միջոցներից:

Վերջին տասնամյակը հանրապետության առողջապահության բնագավառում առանձնահատուկ էր արտասահմանից ստացված ֆինանսական և նյութական օգնություններով, որն իր գազաֆինանսերի հասավ 1988-ին: Այդ թվականին առողջապահության համակարգում օգնությունների տեսակարար կշիռը, ընդհանուր հատկացումների մեջ, կազմեց 15%: Սակայն հետագա տարիներին սկսեց այդ ցուցանիշի կանոնավոր նվազում: Ուստի, ներկայումս այդ բացը լրացնելու համար պետք է շանալ փնտրել սեփական ռեզերվներ ու միջոցներ: Տեղին և ճիշտ ժամանակին էր 1997-ի հունվարից ՀՀ առողջապահության նախարարության, Համաշխարհային բանկի և Ֆրանսիայի առողջապահության գծով տնտեսագետ-մասնագետների միջև սկսված համագործակցության իրագործումը: Դրա շնորհիվ Հայաստանում նախատեսվում է հիմնել առողջապահության տնտեսական կառավարման դպրոց: Այս ամենի հետ մեկտեղ պատրաստվում է ՀՀ առողջապահության բարեփոխումների ու կատարելագործման ծախսերի լրացուցիչ ֆինանսավորման վերաբերյալ ծրագիր: Վերջինիս նպատակն է լրացուցիչ ֆինանսական և նյութական օժանդակությամբ ժամանակավորապես աջակցել ՀՀ առողջապահության զարգացմանը:

Ժամանակն է ծրագրելու բժշկական ապահովագրության ներդրումը հանրապետությունում: Այս մասին ՀՀ կառավարական օղակներում և առողջապահության նախարարությունում տրվել են տարբեր մեկնարանություններ: Խոսելով բժշկական ապահովագրության մասին՝ պետք է նկատի ունենալ լավ կազմավորված ապահովագրային կառույցի ստեղծումը, ինչպես նաև ապահովագրության վճարելու հնարավորությունը՝ կապված աշխատավարձի և բնակչության եկամուտների այլ աղբյուրների հետ: Մինչդեռ ներկայումս ապահովագրական ֆոնդի լրացման համար ապահովագրի գանձման հնարավորությունները շատ սահմանափակ են: Վերջինիս օբյեկտիվ պատճառները հայտնի են. բնակչության մեծամասնության ցածր եկամուտները, ոչ պաշտոնական եկամուտների որոշիչ դերը, ինչու չէ՞ նաև այն բազում կենսական հոգսերը, որոնք հեռու են պահում մարդկանց իրենց առողջությունը ապահովագրելու մտահոգությունից: Ակնհայտ է, որ բժշկական ապահովագրությունը առայժ պետք է պարտադրվի բնակչության սոցիալապես շատ թեղ ապահովված մասին, իսկ մյուսների համար այն պետք է լինի կամավոր սկզբունքով: Այս հարցում ֆինանսական պատենեջից բացի կարևոր է հաղթահարել նաև Գոգրբանական պատենեջները: Առկա դժվարություններով հանդերձ, անհրաժեշտ է ձեռնամուխ լինել բժշկական ապահովագրության հիմնադրմանը մոտ ապագայում, որը պարտադիր պայման է առողջապահության համակարգի առողջ ուղղակարության համար:

Г. Г. ЯВРЯН — Вокруг основных экономических проблем здравоохранения. —

Существующие экономические отношения требуют выяснения, а также разработки и проведения нужных мероприятий для решения текущих проблем и в системе здравоохранения. Эти явления нужно учитывать, как неизбежный процесс на данном этапе экономических отношений и, учитывая создавшуюся ситуацию, нужно выбрать правильный путь реформирования системы здравоохранения. Результаты реформирования могут быть положительными, если укрепить взаимовыгодное сотрудничество с развитыми странами и целесообразно использовать предоставленные финансово-материальные средства.