



Հեղազոտրական խմբի ղեկավար՝

ՍՈՒՍԱՆՆԱ ԱՂԱԶԱՆՅԱՆ

Տարևաագիտության թեկնածու, ավագ դասախոս

Հեղազոտրական խմբի խորհրդարու՝

ՇՈՒՇԱՆ ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ

«Ամբերդ» հեղազոտրական կենտրոնի փորձագետ

Հեղազոտրական խմբի անդամներ՝

ԼՈՒՍԻՆԵ ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

Տարևաագիտության թեկնածու, դոցենտ

ԱՐՄԵՆ ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

Տարևաագիտության թեկնածու, դոցենտ

ՏԱԹԵՎԻԿ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

Տարևաագիտության թեկնածու

ՏԻԳՐԱՆ ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ

ՀՊՏՀ միջազգային փնտեսական

հարաբերությունների ամբիոնի ասպիրանտ

ԱՆՆԱ ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ՀՊՏՀ կառավարման ամբիոնի ասպիրանտ

ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ

ՀՊՏՀ բանկային գործի և սպառողագրության

ամբիոնի ասպիրանտ

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ

ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ

ՓԱԹԵԹՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾ ԴԵՂԵՐԻ

ՇՈՒԿԱՅԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

DOI: 10.52174/978-9939-61-273-7

Ե Ր Ե Վ Ա Ն

«ՏՆՏԵՍԱԳԵՏ» ՀՐԱՏԱՐԱԿՉՈՒԹՅՈՒՆ

2023

ՀՏԴ 368:339.13:615
ԳՄԴ 65.27+52.8
Ա 671

*Հրատարակության է. երաշխավորել
ՀՊՏՀ գիտական խորհուրդը*

Մասնագիտական խմբագիր՝

Ա. Փախյան
տ.գ.թ., դոցենտ

Գրախոսներ՝

Գ. Ավագյան
տ.գ.թ., դոցենտ

Լ. Պետրոսյան
Վիճակագրության պետական
խորհրդի անդամ, տ.գ.թ.

Խմբագրական խորհուրդ՝

Դ. Գալոյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Թ. Մկրտչյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Դ. Հախավերդյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Գ. Նազարյան
տ.գ.թ., դոցենտ

Ա 671 Ապահովագրության շրջանակներում հատուցվող դեղերի փաթեթում ընդգրկված դեղերի շուկայի հետազոտություն / Ս. Աղաջանյան և ուրիշներ.- Եր.: Տստեսագետ, 2023.- 174 էջ.- («Ամբերդ» մատենաշար 66):

Հետազոտությունը նվիրված է ապահովագրության շրջանակում հատուցվող դեղերի փաթեթում ընդգրկված դեղերի շուկայի հետազոտությանը:

Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանի «Ամբերդ» հետազոտական կենտրոնը հետազոտությունն իրականացրել է արտաքին շահառուների, մասնավորապես՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության (ՀՀ ԱՆ), դեղագործական, ապահովագրության, առողջապահության և հարակից այլ ոլորտների առաջատար մասնագետների հետ խորհրդակցությունների արդյունքում, ինչի շնորհիվ՝ ներկայացվող նյութն առավել համապարփակ է դարձել:

ՀՏԴ 368:339.13:615
ԳՄԴ 65.27+52.8

ISBN 978-9939-61-273-7

© «Ամբերդ» հետազոտական կենտրոն, 2023
© «Տստեսագետ» հրատարակչություն, 2023

Ներածություն	5
ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԴԵՂԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՄԱՐՏԱՀՐԱՎԵՐԸ XXI ԴԱՐՈՒՄ	
1.1. Առողջապահության և դեղապահովման համընդհանուր հիմնախնդիրը.....	11
1.2. Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման և ծախսերի փոխհատուցման ապահովագրական համակարգերը.....	25
1.3. Առողջության ապահովագրության և դեղերի փոխհատուցման կազմակերպման առանձնահատկությունները զարգացած երկրներում.....	32
1.4. Դեղապահովագրության կազմակերպման առանձնահատկությունները զարգացող երկրներում	63
1.5. Դեղերի արժեքի փոխհատուցման սխեմաները	69
ԳԼՈՒԽ 2. ԴԵՂԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ	
2.1. Դեղապահովագրության կառուցակարգերը ՀՀ-ում	77
2.2. ՀՀ դեղապահովման համակարգի զարգացման ֆինանսական բեռը.....	87
2.3. ՀՀ դեղապահովման համակարգի զարգացման առողջապահական բեռը	97
ԳԼՈՒԽ 3. ԴԵՂԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ՈՒ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ	
3.1. ՀՀ-ում առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման խնդիրները	104
3.2. Դեղապահովագրության մոդելի հիմնական տարրերը և դրանց կառավարումը	106
3.3. Դեղապահովագրության համակարգում վճարելու պատրաստակամության մեթոդաբանությունն ու գնահատման արդյունքները	126
3.4. Պարտադիր դեղապահովագրության համակարգի ներդրման վերաբերյալ քաղաքացիների վերաբերմունքը բացահայտող դաշտային աշխատանքի արդյունքների վերլուծություն	132
Եզրակացություն	143
Օգտագործված գրականություն	149
Համառոտագրեր	153

Առողջությունը մարդու հիմնարար իրավունքներից է, որն անհրաժեշտ է բազմաթիվ այլ իրավունքների իրացման, մասնավորապես՝ զարգացման և արժանավայել կյանքով ապրելու համար: Առողջության իրավունքի իրացումը պետական քաղաքականության առաջնային նպատակն է: Դեղերի հասանելիությունն առողջության իրավունքի կարևորագույն տարրն է¹: Յուրաքանչյուր երկրի կառավարության հիմնական մարտահրավերներից են նաև բնակչությանը երաշխավորված որակով և համապատասխան քանակությամբ դեղամիջոցների՝ կանոնավոր կերպով տրամադրումը, ողջամիտ գնային քաղաքականության վարումը: Դեղերի վատ հասանելիության հիմնախնդիրն առավել սուր է արտահայտված ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում², և ներկայում էլ միլիոնավոր մարդկանց համար առողջության իրավունքից լիարժեքորեն օգտվելը շարունակում է մնալ որպես պատրանք, քանի որ առկա են բազմաթիվ խոչընդոտներ՝ լավ որակի և մատչելի դեղորայքի առկայության և հասանելիության տեսանկյունից: Մարդու իրավունքների առումով, դեղերի հասանելիությունը սկզբունքորեն կապված է հավասարության և խտրակալության, թափանցիկության, մասնակցության և հաշվետվողականության սկզբունքների հետ: Յուրաքանչյուր պետություն պարտավոր է մշակել առողջապահական ազգային օրենսդրություն, քաղաքականություն և ամրապնդել համապատասխան համակարգը: Այդ նպատակով պետք է հաշվի առնվեն դեղերի հասանելիության հետ կապված հիմնական խնդիրները, ինչպիսիք են գնի և որակի վերահսկումը, չափաբաժինը և արդյունավետությունը, գնումների փորձն և ընթացակարգերը, մատակարարման շղթաները և այլն:

Դեղապահովման ազգային քաղաքականությունը ԱՀԿ նշանառության տակ է, այն է՝ ապահովել համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ կամ առողջապահություն բոլորի համար: Վերջինս նպատակ ունի յուրաքանչյուր երկրում բարձրացնելու բարձրորակ ու մատչելի դեղամիջոցների և առողջապահական ապրանքների հասանելիությունն ու օգտագործումը³: Դեղապահովումը տարբեր երկրներում բնակչությանը տրվող կարևորագույն սոցիալական երաշխիքներից է, և աշխարհի զարգացած երկրների մեծ մասը երաշխա-

¹ United Nations: Access to medicines - a fundamental element of the right to health <https://www.ohchr.org/en/development/access-medicines-fundamental-element-right-health>

² Joëlle M Hoebert, Liset van Dijk, Aukje K Mantel-Teeuwisse National medicines policies – a review of the evolution and development processes, 2013, <https://jopp.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-3211-6-5>

³ How to Develop and Implement a National Drug Policy - 2nd ed. Updates and replaces: Guidelines for developing national drug policies (1988). 8 December 2001. <https://www.who.int/activities/promoting-national-medicines-policies>

վորում է բնակչությանն անվճար կամ մասնակի փոխհատուցմամբ դեղորայքով ապահովումը: ԵՄ երկրների մեծամասնությունը բուժօգնության ամբուլատոր փուլում հոգում է դեղերի արժեքը ողջ բնակչության համար՝ համաձայն բժիշկների կողմից տրված դեղատոմսերի: Զարգացող երկրներում ամբուլատոր դեղամիջոցներով ապահովվում է բնակչության միայն սահմանափակ շրջանակ՝ սոցիալապես առավել խոցելի հատվածը:

Քուժման դեղորայքային բաղադրիչի արժեքի բարձրացումը, քրոնիկական հիվանդությունների տարածման աճը, առողջապահական ծառայությունների հասանելիության սոցիալ-տնտեսական անհավասարության պահպանումը պահանջում են դեղերի համարժեք մատչելիության ապահովում: Այս խնդիրները նախադրյալներ են ստեղծում առողջապահական պետական քաղաքականության և, առաջին հերթին, դեղերի մատակարարման համակարգի բարելավման համար՝ որպես բուժման գործընթացի անբաժանելի մաս: Առողջապահության պատասխանատուների, տնտեսագետների առջև ծառայած՝ դեղամիջոցների հասանելիության խնդրի լուծման տարբերակներից է դեղապահովագրության համակարգի ներդրումը, որը մասնակիորեն կամ ամբողջապես կփոխհատուցի դեղամիջոցների արժեքը:

Արևմտյան Եվրոպայում անվճար կամ զեղչով դեղորայք ստանալու հնարավորությունը բժշկական ապահովագրության անբաժանելի մասն է, որը պարտադիր է բոլոր քաղաքացիների համար: Ցածր եկամուտ ունեցող անձինք, գործազուրկները, կենսաթոշակառուները, մինչև 16-18 տարեկան երեխաները, քրոնիկական հիվանդություններով տառապողները դեղերը ստանում են ամբողջովին անվճար: Իսկ նրանք, ովքեր ներառված չեն վերոթվարկյալ խմբերում, ստանում են փոխհատուցում 10-90%-ի միջակայքում՝ կախված, օրինակ, դեղերի խմբից կամ բնակչության տարբեր կատեգորիաների համար սահմանված արտոնությունների իրավունքից⁴: Զարգացած երկրներում դեղատոմսով դեղերի տրամադրումը համարվում է առողջապահության ոլորտում պետական երաշխիքների անբաժանելի մասը⁵: Ընդհանրապես, դեղորայքային օգնությունը պետք է լինի արդար, հավասար և հասանելի բոլորի համար⁶:

Առողջության պահպանության իրավունքն ամրագրված է ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածում: Բացի դրանից, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով սահմանվում է, որ յուրաքանչյուր

⁴ Лекарственное страхование вместо лекарственного обеспечения <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2020/11/26/848300-lekarstvennoe-strahovanie-vmesto-lekarstvennogo-obespecheniya>

⁵ Авксентьев, Николай Александрович, and Владимир Станиславович Назаров. "Лекарственное обеспечение в России: состояние и перспективы." *Экономическое развитие России* 26.11 (2019): 63-67.

⁶ Minister for Health Care raised important health care issues for the EU at World Health Assembly <https://www.government.se/government-policy/public-health-and-medical-care/objectives/>

ոք, անկախ ազգությունից, ուսայից, սեռից, լեզվից, դավանանքից, տարիքից, առողջական վիճակից, քաղաքական կամ այլ հայացքներից, սոցիալական ծագումից, գոյքային կամ այլ դրությունից, Հայաստանի Հանրապետությունում ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք⁷:

Ներկայում ՀՀ կառավարության 2019 թվականի N642-Ն որոշմամբ սահմանվում է բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկը, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ⁸:

Շուկայում կան նաև որոշ ապահովագրական ընկերությունների առաջարկներ՝ որպես կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագրի մի մաս կամ առանձին տարբերակ, որը թույլ է տալիս լրիվ կամ մասնակի կերպով փոխհատուցել բժիշկների կողմից նշանակված դեղերի արժեքը:

Դեղերի ապահովագրության համակարգի ներդրումը ենթադրում է բնակչության որակյալ բուժման և սոցիալական ապահովության ոլորտում հասանելիության զգալի բարելավում: Բնակչության համար դեղերի մատչելիություն հնարավոր է ապահովել պետական երաշխիքների ընդլայնման և ապահովագրման կառուցակարգերի ներդրման շնորհիվ: Սակայն, այս պահանջը պետք է հավասարակշռված լինի երկրի բյուջեի իրական հնարավորությունների հետ և հաշվի առնի բյուջեի եկամուտների անկայունության ռիսկերը: Բնակչության դեղորայքային ապահովման համակարգի համար ֆինանսական ռեսուրսների ձևավորումը և ապահովումը յուրաքանչյուր սոցիալական պետության կարևորագույն նպատակներից են:

Աշխարհում կան դեղերի ապահովագրության բազմաթիվ մոդելներ, որոնց միջև հիմնական տարբերությունն այն է, թե ով է վճարում և ում համար: Զարգացած երկրների մեծ մասում գործում է պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը (Գերմանիա, Ավստրիա, Ֆրանսիա, Շվեյցարիա և այլն), որոշներում առողջապահության կազմակերպման համակարգը հենվում է բյուջետային ֆինանսավորման վրա (Մեծ Բրիտանիա, Շվեդիա, Իսպանիա, Ավստրալիա և այլն), իսկ ԱՄՆ-ում զարգացած է մասնավոր առողջապահական ապահովագրության համակարգը:

Զարգացած երկրներում ամբուլատոր բուժման դեպքում հիմնականում բժշկի նշանակած դեղամիջոցների դիմաց հիվանդը փոխհատուցվում է մասնակիորեն: Ըստ այդմ՝ տարբերում են համավճարի մի շարք ձևեր՝ ամրագրված համավճար, դեղերի արժեքի որոշակի տոկոսի համավճար և այլն, միաժամանակ, կիրառվող սխեմաները զանազանվում են ըստ բնակչության սոցիալական խմբերի, խոցելիության աստիճանի և այլն:

Դեղերի գների կարգավորման մոտեցումները, իրենց հերթին, տարբեր են՝ ըստ երկրների: Դրանց մի մասում գները կարգավորվում են խստորեն

⁷ ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին», 4-ը մարտի, 1996 թ.:

⁸ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության N 642-Ն որոշում, 30-ը մայիսի, 2019 թ.:

(Բեղգիա և Իսպանիա), մյուսներում կարգավորվում է դեղագործական արտադրողների շահույթը (Մեծ Բրիտանիա), ինչպես նաև սահմանվում դեղերի առավելագույն մանրածախ գինը (Հունաստան, Նիդերլանդներ, Պորտուգալիա, Իտալիա): Եթե ֆինանսավորումը տեղի է ունենում պետական միջոցների հաշվին, ապա այս դեպքում սահմանվում են ռեֆերենտ գներ⁹:

Թեև կիրառվող առողջապահական մոդելներն ընդհանրական չեն, այնուամենայնիվ, դրանց պարամետրերի ուսումնասիրումը, ուժեղ և թույլ կողմերի քննարկումը, որոշակի երկրների փորձի ընդհանրացումը կարևոր նշանակություն կունենան ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման օպտիմալացման և բարեփոխումների դեպքում:

Այս ամենից ելնելով՝ անհրաժեշտություն է առաջանում ուսումնասիրելու դեղապահովագրության համակարգի կազմակերպման արտերկրյա փորձը, կիրառվող ֆինանսավորման և համավճարի ձևերը, փոխհատուցվող փաթեթում ընդգրկվող դեղերը, դրանց գների հաշվարկման մոտեցումները, ինչպես նաև այդ ամենի ծախսային բեռը պետության վրա, որոնցով էլ պայմանավորում է ընտրված թեմայի արդիականությունը:

Հետազոտության տեղեկատվական և մեթոդական հիմքը: Հետազոտության իրականացման մեթոդաբանական հիմքն առաջնային և երկրորդային տեղեկությունների հավաքագրման գործիքակազմի կիրառումն է: *Առաջնային տեղեկությունների* հավաքագրման համար հետազոտական թիմը կատարել է դաշտային աշխատանքներ՝ նախապես մշակված հարցաթերթով՝ առցանց եղանակով, հեռախոսային ճեպընթաց (էքսպրես) հարցումների միջոցով: Սոցիալական հարցումների ընտրանքի ներկայացուցչությունն ու ստացված արդյունքներն ամբողջի վրա արտածման հնարավորությունն ապահովելու համար սոցիալական ընտրանքի հաշվիչով հաշվարկվել է ընտրանքի անհրաժեշտ չափը՝ հաշվի առնելով ՀՀ բնակչության ընդհանուր թիվը: Ընտրանքի անհրաժեշտ չափի հաշվարկման վստահության միջակայքը կամ ընտրանքի սխալը սահմանվել է 5%, իսկ վստահության հավանականությունը՝ 95%: Ընդ որում, սոցիալական հարցումներ կատարելիս կիրառվել է հավանական ընտրանքի մեթոդը, ինչը ենթադրում է, որ ընդհանուր բնակչության մեջ հավանականությունը մեծ է, որ բոլորն էլ ընդգրկվեն հարցումներում:

Առցանց եղանակով հարցումների համար օգտագործվել է Survio համակարգը, որը մեծ առավելություն տվող ժամանակակից գործիք է՝ ռեսուրսների խնայման, հարցման արդյունքների վերլուծության արդյունավետության բարձրացման և այլ տեսանկյուններից: Հեռախոսային ճեպընթաց հարցումների արդյունքում հավաքված տեղեկություններն ի մի բերելու նպատակով

⁹ Դեղի մեծածախ արտաքին ռեֆերենտային գինը սահմանվում է որպես ռեֆերենտ երկրներում այդ դեղի արձանագրված մեծածախ գների ամեն կարգով դասակարգված ցանկի երկրորդ գին, <https://www.e-draft.am/ru/projects/1020/about>

կիրառվել է ABBYY FlexiCapture համակարգչային ծրագիրը, որը նախատեսված է մեծ քանակությամբ տվյալներ և փաստաթղթեր մուտքագրելու համար, և ավտոմատ կերպով արտածում է թղթային տեղեկությունները և դրանք պահպանում տեղեկատվական համակարգում: Այն հնարավորություն է տալիս մեքենայացնելու տվյալների մուտքագրման ընթացքը, միաժամանակ, նվազեցնում է ծախսերն ու բարձրացնում հարցումների անցկացման արդյունավետության մակարդակը:

Հետազոտության ընթացքում քննարկումներ են տեղի ունեցել դեղագործական, ապահովագրության, առողջապահության և հարակից այլ ոլորտների առաջատար մասնագետների հետ, ինչի շնորհիվ՝ ներկայացվող նյութն առավել համապարփակ է դարձել:

Երկրորդային տեղեկությունների հավաքագրման համար հիմք են ծառայել հայազգի և արտասահմանցի տնտեսագետների աշխատությունները, գիտական կազմակերպությունների մշակումները, դասական և ժամանակակից տնտեսագիտական տեսությունների հիմնադրույթները, ոլորտը կարգավորող միջազգային կոնվենցիաները, պետական մարմինների որոշումները, հաշվետվություններն ու ռազմավարական ծրագրերը:

Առաջնային և երկրորդային տեղեկությունների հավաքագրումից հետո կատարվել է համապատասխան վերլուծություն՝ քանակական և որակական գործիքակազմերի կիրառմամբ: Մասնավորապես՝ քանակական մեթոդների միջոցով իրականացվել է հիմնական իրավիճակային վերլուծություն, իսկ հետազոտության որակական մեթոդաբանական գործիքակազմով տրվել են որոշակի գնահատականներ ինչպես գոյություն ունեցող, այնպես էլ ընթացիկ և կանխատեսվող իրավիճակներին:

Կատարվել են նաև գծապատկերային, իրավիճակային և համակարգային վերլուծություններ՝ ուսումնասիրելով այլ գործոնների ազդեցությունը դիտարկվող փոփոխականների վրա: Այդպիսով՝ հնարավոր է դարձել բացահայտել մի շարք տնտեսական գործոնների այնպիսի փոխկապվածություն, որը հնարավորություն կտա ընտրելու ճիշտ թիրախներ և իրականացնելու նպատակաուղղված տնտեսական քաղաքականություն:

Թեմայի շրջանակում առաջադրված նպատակի և խնդիրների լուծմամբ ստացվել են հետևյալ **արդյունքները**.

1. Դեղապահովագրության տարբեր մոդելների համադրում՝ ՀՀ-ում հետագա տեղայնացման հնարավորությունների փաթեթի մշակման համար:
2. ՀՀ առողջապահական պետական քաղաքականության շրջանակում և ապահովագրական ընկերությունների կողմից առաջարկվող փոխհատուցման փաթեթների ներկայացում:
3. ՀՀ դեղագործական շուկայի ներուժի գնահատում:

4. Առավել անհրաժեշտ և փոխհատուցման համար առաջնային դեղերի փաթեթի ձևավորում:
5. Դեղերի հասանելիության ցանցի գնահատում:
6. Դեղերի հատուցման ծավալների գնահատում:
7. ՀՀ-ում դեղապահովագրության համակարգի ներդրման հնարավորությունների գնահատում:
8. Առաջնային տեղեկությունների վերլուծությամբ հասարակության տրամադրվածության բացահայտում դեղապահովագրության համակարգի ներդրման վերաբերյալ:
9. Մասնագիտական փորձագիտական արդյունքների վերլուծությամբ դեղապահովագրության համակարգի ներդրման կառուցակարգերի հստակեցում:
10. Դեղագործական շուկայի զարգացման նոր մոտեցումների առաջադրում:

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԴԵՂԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՄԱՐՏԱՀՐԱՎԵՐԸ
XXI ԴԱՐՈՒՄ**

**1.1 Առողջապահության և դեղապահովման
համընդհանուր հիմնախնդիրը**

Առողջությունը մարդու հիմնարար իրավունքներից մեկն է: Առողջության իրավունքի իրացումը պետության քաղաքականության և ծրագրերի իրականացման հիմնարար նպատակն է՝ անկախ տնտեսական, սոցիալական, մշակութային, կրոնական կամ քաղաքական պատկանելությունից: Դեղերի հասանելիությունն առողջության իրավունքի կարևորագույն տարրն է¹⁰:

Յուրաքանչյուր անձի առողջության իրավունքի հիմնական բաղադրիչը որակյալ բժշկական տեխնոլոգիաների, ներառյալ՝ դեղամիջոցների հասանելիությունն է: Առաջին անհրաժեշտության դեղամիջոցները բավարարում են բնակչության առաջնահերթ առողջապահական կարիքները: Գործող առողջապահական համակարգերը պետք է ապահովեն յուրաքանչյուր պահին անհրաժեշտ դեղամիջոցների բավարար քանակություն, համապատասխան դեղաչափ, երաշխավորված որակ և այնպիսի գնով ձեռքբերում, որն ընդունելի է ինչպես որոշակի հիվանդի, այնպես էլ ամբողջ համայնքի համար¹¹:

Դեղերը կարևոր են տարբեր հիվանդությունների բուժման ժամանակ, քանի որ կազմում են բժշկական ցուցումների գրեթե 95%-ը: Երկրի դեղագործական շուկան բնութագրող ցուցանիշներից է մեկ շնչի հաշվով սպառվող դեղորայքը: Սակայն, այսօր կարևոր նշանակություն ունի այն, թե արդյոք հիվանդները կարողանում են օգտվել դեղագործական արդյունաբերության վերջին նվաճումներից և որքան արագորեն են նոր դեղամիջոցները հայտնվում շուկայում, հասանելի դառնում սպառողների համար և այլն:

Դեղագործական շուկայում առաջարկը ձևավորվում է օրիգինալ և վերարտադրված (գեներիկ) դեղամիջոցներից: Վերարտադրված դեղամիջոցների արժեքը զգալիորեն ցածր է, ինչին զուգահեռ, վերջին տարիների ընթացքում թե՛ զարգացած, թե՛ զարգացող երկներում աճում է դրանց տեսակարար կշիռը: Այսպես՝ ջենեռիկ դեղերի համաշխարհային շուկայի ծավալը 2020 թ. կազմել է 390,57 մլրդ ԱՄՆ դոլար, և կանխատեսվում է, որ մինչև 2030 թվա-

¹⁰ United Nations: Access to medicines - a fundamental element of the right to health <https://www.ohchr.org/en/development/access-medicines-fundamental-element-right-health>
¹¹ Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2021). Варианты политики в сфере возмещения стоимости лекарственных средств в Европе. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350653>

կանը կհասնի մոտավորապես 574,63 մլրդ ԱՄՆ դոլարի: Սա պայմանավորված է գործընթացների մեքենայացմամբ, օրիգինալ դեղամիջոցների արտոնագրերի ժամկետների ավարտով և քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության աճով¹²:

Միաժամանակ, ուրբանիզացման բարձր մակարդակը, անառողջ ապրելակերպը և բնակչության ծերացումը նպաստում են քրոնիկական հիվանդություններին աճին:

Հիմնական դեղերի կարևորությունը ճանաչված է նաև Կայուն զարգացման նպատակներում: ԿԶՆ թիրախ 3.8-ն ընդունում է «անվտանգ, արդյունավետ, որակյալ և մատչելի առաջին անհրաժեշտության դեղամիջոցներ և պատվաստանյութեր բոլորի համար», ինչպես ԱՀԿ կենտրոնական բաղադրիչը, որը ոլորտում ԿԶՆ հիմնական սկզբունքն է: Միավորված ազգերի կազմակերպության բոլոր անդամ երկրները համաձայնել են հասնել ԿԶ առողջապահական նպատակներին մինչև 2030 թվականը՝ առողջապահական ծառայությունների համընդհանուր ծածկույթի հասնելու համար¹³:

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթը (UHC) համապատասխան արդյունքների բարելավման համապարփակ մոտեցում է, որը չի ապահովում բոլոր հնարավոր թերապևտիկ միջամտությունների փոխհատուցում, քանի որ ոչ բոլոր միջամտություններն են համարվում արդյունավետ կամ տնտեսապես կենսունակ: Փոխարենը, դա ենթադրում է ծառայությունների հիմնական փաթեթի տրամադրում, առողջության ծածկույթի և ֆինանսական պաշտպանության աստիճանական ընդլայնում, քանի որ լրացուցիչ ռեսուրսները հասանելի են դառնում¹⁴:

Դեղերի շրջանառության ոլորտում քաղաքականություն մշակողները բախվում են մի շարք մարտահրավերների՝ կապված հավասար և, միաժամանակ, դեղերի ողջամիտ գներով կայուն հասանելիության ապահովման հետ: Անձնական միջոցներից վճարումների բարձր տեսակարար կշիռը, ներառյալ՝ դեղերի արժեքի համավճարը, որը ֆինանսավորվում է բժշկական ապահովագրական հիմնադրամներից, առաջացնում են անհրաժեշտ դեղերի սպառման կրճատման վտանգ (ոխսկ):

Այս նպատակով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) առաջարկում է մի քանի մոտեցումներ և գործիքներ՝ աջակցելու կառավարության որոշումներին՝ դեղերի հասանելիության քաղաքականու-

¹² Generic Drugs Market Size, Trends, Growth, Report 2022 To 2030. <https://www.precedenceresearch.com/generic-drugs-market>

¹³ Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2021). Варианты политики в сфере возмещения стоимости лекарственных средств в Европе. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350653>

¹⁴ Tracking Universal Health Coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021.

թյան համապատասխան տարբերակների մշակման հարցում: Նման մոտեցումներից են հիմնական դեղերի հայեցակարգը և ԱՀԿ հիմնական դեղերի մոդելային ցուցակները, որոնք վերանայվում են երկու տարին մեկ անգամ: Այս ցուցակների մշակման հիմնաքարը պետական վճարողների կողմից գումարների և փոխհատուցման ենթակա դեղերի մանրակրկիտ ընտրությունն է՝ հիմնված արդյունավետության, անվտանգության և գին-որակ համակարգված համեմատության վրա¹⁵:

2020 թվականին աշխարհում 15–64 տարեկան մոտ 284 միլիոն մարդ դեղորայք է օգտագործում: Սա նշանակում է, որ այդ տարիքային խմբի յուրաքանչյուր 18 մարդուց 1-ը դեղորայք է սպառում¹⁶: Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում դեղերի կիրառումն առավել կենտրոնացած է ավանդական բուժման մեջ, մինչդեռ զարգացած երկրներում, ավանդական բուժման կիրառմանը զուգահեռ, ծախսերն աճում են ըստ բուժման նոր մեթոդների ներդրման: Դեղերի օգտագործումը զգալիորեն տարբերվում է զարգացած և զարգացող երկրներում, բայց սպառման ցուցանիշը որոշակիորեն կոռելացվում է մեկ շնչի հաշվով համախառն ներքին արդյունքի հետ:

Վերջին երկու տասնամյակի ընթացքում առողջության համար համաշխարհային ծախսերն իրական արտահայտությամբ կրկնապատկվել են՝ 2019 թվականին հասնելով 8,5 տրիլիոն ԱՄՆ դոլարի՝ կազմելով համաշխարհային ՀՆԱ 9,8%-ը (2000 թ.՝ 8,5%-ը)¹⁷: Բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում առողջապահության համար կատարվող ծախսերը ՀՆԱ-ում կազմել են 12.53%, ընդ որում, նրանց է բաժին ընկնում առողջապահության համար կատարվող ծախսերի մոտ 80%-ը (միայն ԱՄՆ-ին՝ 40%): Միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում համապատասխան ծախսերը ՀՆԱ-ում կազմել են 5.85%, իսկ միջին եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 5.33%: 2019 թ. ՀՀ-ում այս ցուցանիշը եղել է 11.34%¹⁸:

Միջին և միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում ներքին հանրային աղբյուրներից ֆինանսավորվող առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը վերջին 20 տարվա ընթացքում աճել է՝ «գրպանից կատարվող ծախսերի» համաչափ անկմանը զուգահեռ: Սա վկայում է, որ երկրներն աստիճա-

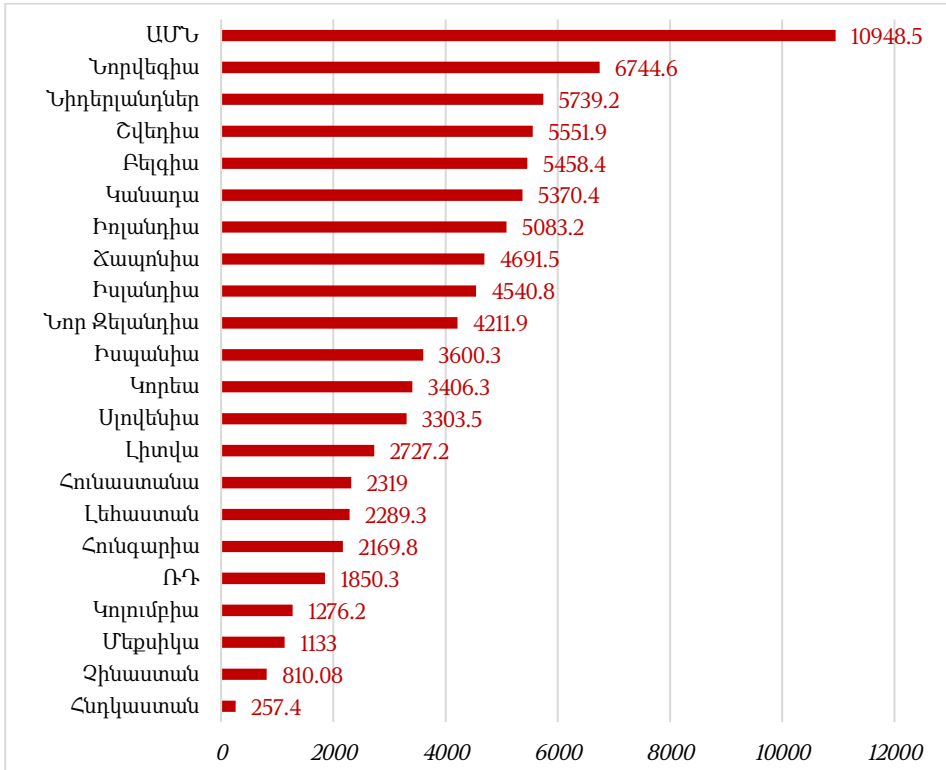
¹⁵ Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2021). Варианты политики в сфере возмещения стоимости лекарственных средств в Европе. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350653>.

¹⁶ UNODC, World Drug Report 2022 (United Nations publication, 2022). https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf

¹⁷ Global expenditure on health: public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021. https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/2_Global_expenditure_on_health_Public_spending_on_the_rise.pdf

¹⁸ Current health expenditure (% of GDP). World Health Organization Global Health Expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>

նաբար կողմնորոշվում են դեպի առողջապահության ֆինանսավորման պարտադիր կանխավճարային աղբյուրներ (օրինակ՝ ընդհանուր պետական բյուջեներ, պարտադիր բժշկական ապահովագրություն)¹⁹:



Գծապատկեր 1

Մեկ շնչին ընկնող առողջապահական ծախսերն ընտրված երկրներում, 2019 թ. (ԱՄՆ դոլար)²⁰

2019 թ. համաշխարհային միջին առողջապահական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով կազմել են 1,105 ԱՄՆ դոլար, սակայն եկամտային խմբերի միջև առկա էր մեծ տարբերություն, ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 39, միջինից ցածր եկամուտ ունեցողներում՝ 119, իսկ միջինից բարձր եկամուտ ունեցողներում՝ 472 ԱՄՆ դոլար²¹:

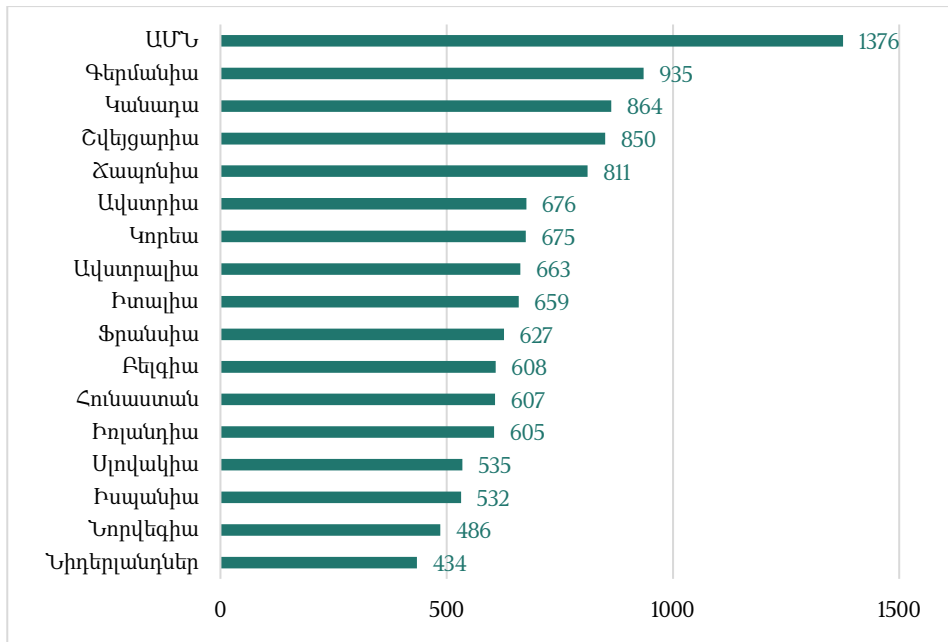
¹⁹ Global expenditure on health: public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021. https://files.who.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/2_Global_expenditure_on_health_Public_spending_on_the_rise.pdf

²⁰ Per capita health expenditure in selected countries in 2021 (in U.S. dollars), <https://www.statista.com/statistics/236541/per-capita-health-expenditure-by-country/>

²¹ Global expenditure on health: public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021. https://files.who.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/2_Global_expenditure_on_health_Public_spending_on_the_rise.pdf

ՏՀԶԿ երկրների շարքում 2019 թ. Միացյալ Նահանգներն ունեցել է մեկ շնչին ընկնող առողջապահական ծախսերի ամենաբարձր ցուցանիշը: ԱՄՆ-ում մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսերը կազմել են 10,949 ԱՄՆ դոլար, ինչը զգալիորեն ավելի բարձր է, քան Շվեյցարիայում, որը երկրորդն է բնակչության մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսերով: Նորվեգիան, Գերմանիան և Նիդերլանդները նույնպես առաջին հնգյակում են: Միացյալ Նահանգները նաև ծախսել է իր համախառն ներքին արդյունքի ամենաբարձր մասնաբաժինն առողջապահության ուղղությամբ՝ ՀՆԱ մոտ 17 տոկոսը:

Եվրոպական երկրներում դեղերի համար կատարվող ծախսերը զգալիորեն տարբերվում են բնակչության մեկ շնչի հաշվով՝ 310-ից (Ռուսաստանի Դաշնություն) մինչև 1.056 (Շվեյցարիա) ԱՄՆ դոլար: Ավելի ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում առողջապահության ընթացիկ ծախսերում դեղերի համար կատարվող ծախսերն ունեն ավելի մեծ մասնաբաժին: Դանիայում, Նիդերլանդներում և Նորվեգիայում վերոնշյալ ծախսերը կազմել են 8%, իսկ Հունգարիայում, Լատվիայում և Սլովակիայում՝ ավելի քան 26%:



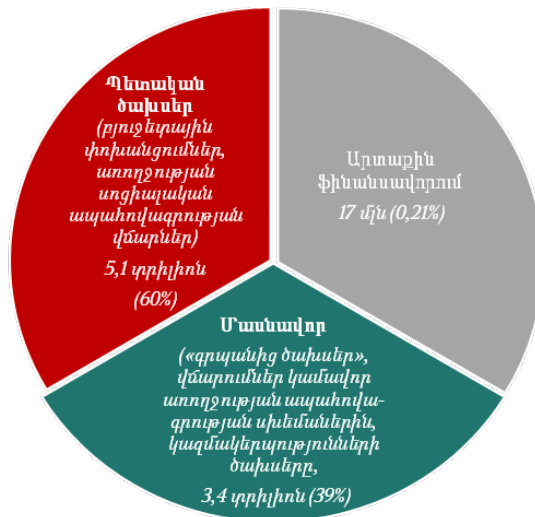
Գծապարկեր 2

Դեղագործական ծախսերն ընտրված երկրներում՝ մեկ շնչի հաշվով, 2020 թ. (ԱՄՆ դոլար)²²

²² Pharmaceutical spending per capita in selected countries as of 2021 (in U.S. dollars) https://www.statista.com/statistics/266141/pharmaceutical-spending-per-capita-in-selected-countries/?fbclid=IwAR226NEG3yPUPxAFj-i_EN8OmuBgGvcdQip_YWcdr5YIHNSJ56aVxfEo0U4

Այնուամենայնիվ, առողջապահական ծառայությունների, այդ թվում՝ դեղամիջոցների ծածկույթը եվրոպական մի շարք երկրներում ավելի բարձր է աշխարհի այլ տարածաշրջանների համեմատ:

Առողջապահական համակարգն արձագանքում է որակյալ բուժօգնության համընդհանուր հասանելիության մարտահրավերին՝ կիրառելով առողջապահության ոլորտում ֆինանսական ռեսուրսների հավաքագրման և բաշխման տարբեր կառուցակարգեր: Այս տեսանկյունից, կարևոր են առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման աղբյուրները, ֆինանսավորվող առողջապահական գործառույթները, առողջապահական ծառայություններ մատուցողները և այլն:



Գծապատկեր 3

Առողջապահության համաշխարհային ծախսերի ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրները, 2019 թ.²³

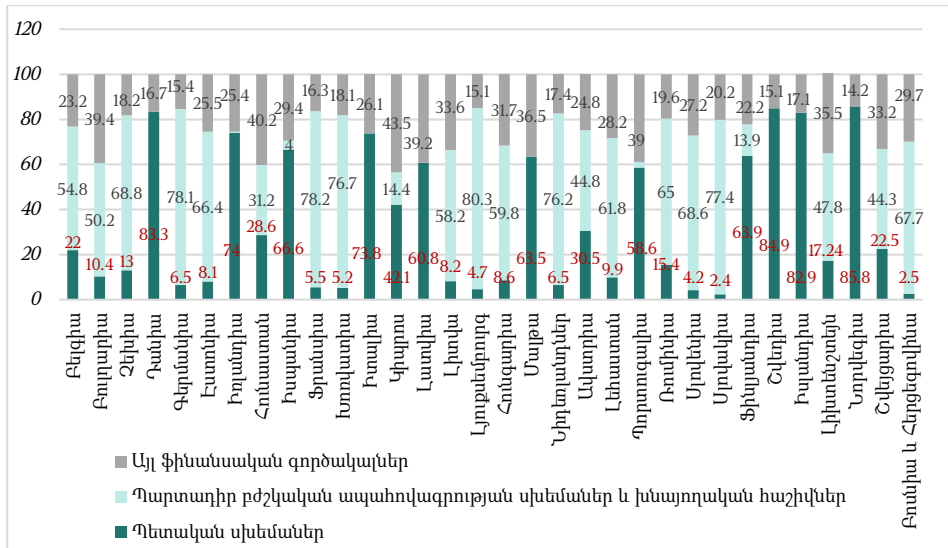
Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 3-ից, 2020 թ. առողջապահության ծախսերի մոտ 60%-ը գոյացել է պետական, մինչդեռ 40%-ը՝ ներքին մասնավոր աղբյուրներից:

ԵՄ անդամ պետություններում առողջապահական համակարգերը կազմակերպվում և ֆինանսավորվում են տարբեր ձևերով, սակայն որակյալ առողջապահական խնամքի համընդհանուր հասանելիությունը ԵՄ առողջապահական համակարգերի ընդհանուր սկզբունքներից մեկն է:

Պետական սխեմաները 2019 թվականին ֆինանսավորել են ԵՄ-ում առողջապահական բոլոր ծախսերի 28,2%-ը, մինչդեռ պարտադիր բժշկական ապահովագրության սխեմաները և պարտադիր բժշկական խնայողական

²³ Կազմել են հեղինակները՝ Current health expenditure (% of GDP). World Health Organization Global Health Expenditure database <https://apps.who.int/nha/database> տվյալների հիման վրա:

հաշիվները կազմել են 51,5%: Վերջին երկու աղբյուրներին բաժին է ընկել ֆինանսավորման 79.7%-ը: 2019 թվականին ԵՄ-ում առողջապահական ծախսերի կեսից ավելին (53,5%) ուղղվել է բուժիչ և վերականգնողական խնամքին, մինչդեռ գրեթե մեկ հինգերորդը (18,4%)՝ բժշկական ապրանքների, այդ թվում՝ դեղորայքի ձեռքբերմանը: Ծախսերի առումով, հիվանդանոցներն առողջապահական ծառայություններ մատուցող ամենախոշոր օղակն են (ծախսերի 36,4%-ը), որոնց հաջորդում են ամբուլատոր առողջապահական ծառայություններ մատուցողները (25.5%) և մանրածախ առևտրով զբաղվողներն ու բժշկական ապրանքներ մատակարարողները (17.5%)²⁴:



Գծապատկեր 4

Առողջապահական ծախսերը ԵՄ-ում՝ ըստ ֆինանսավորման սխեմաների, 2019 թ. (%)²⁵

Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 4-ից, պետական և պետական պարտադիր ապահովագրության սխեմաների մասնաբաժինն ընդհանուր ընթացիկ առողջապահական ծախսերում բարձր է հատկապես Լյուքսեմբուրգում, Շվեդիայում, Գերմանիայում, Ֆրանսիայում, Դանիայում, Նիդերլանդներում, Իտալիայում, Չեխիայում և Ռումինիայում:

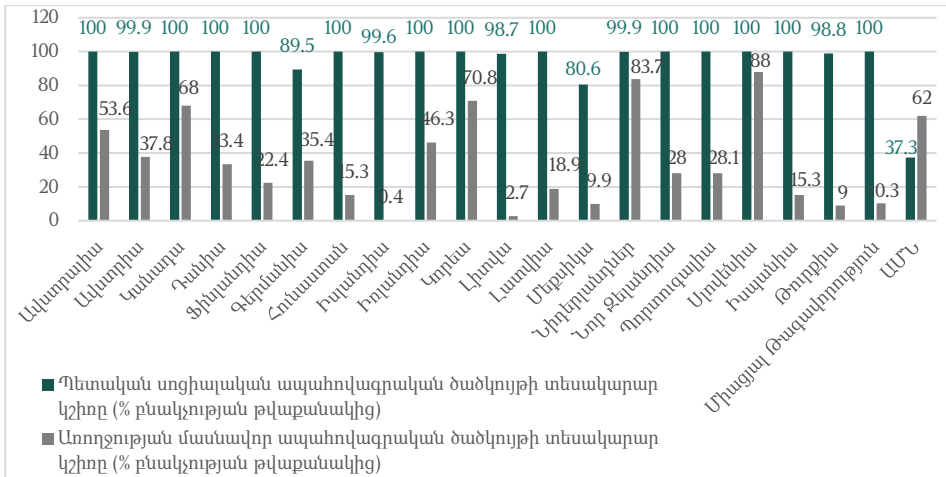
ԵՄ անդամ երկրների մեծ մասում գերակշռում էին պետական սխեմաները կամ պարտադիր սխեմաները/հաշիվները: 2019 թ. առողջապահության ընդհանուր ծախսերի երեք քառորդից ավելին բաժին է ընկել պարտադիր սո-

²⁴ Կազմել են հեղինակները՝ Healthcare expenditure by financing scheme <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> տվյալների հիման վրա:

²⁵ Կազմել են հեղինակները՝ Healthcare expenditure by financing scheme <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> տվյալների հիման վրա:

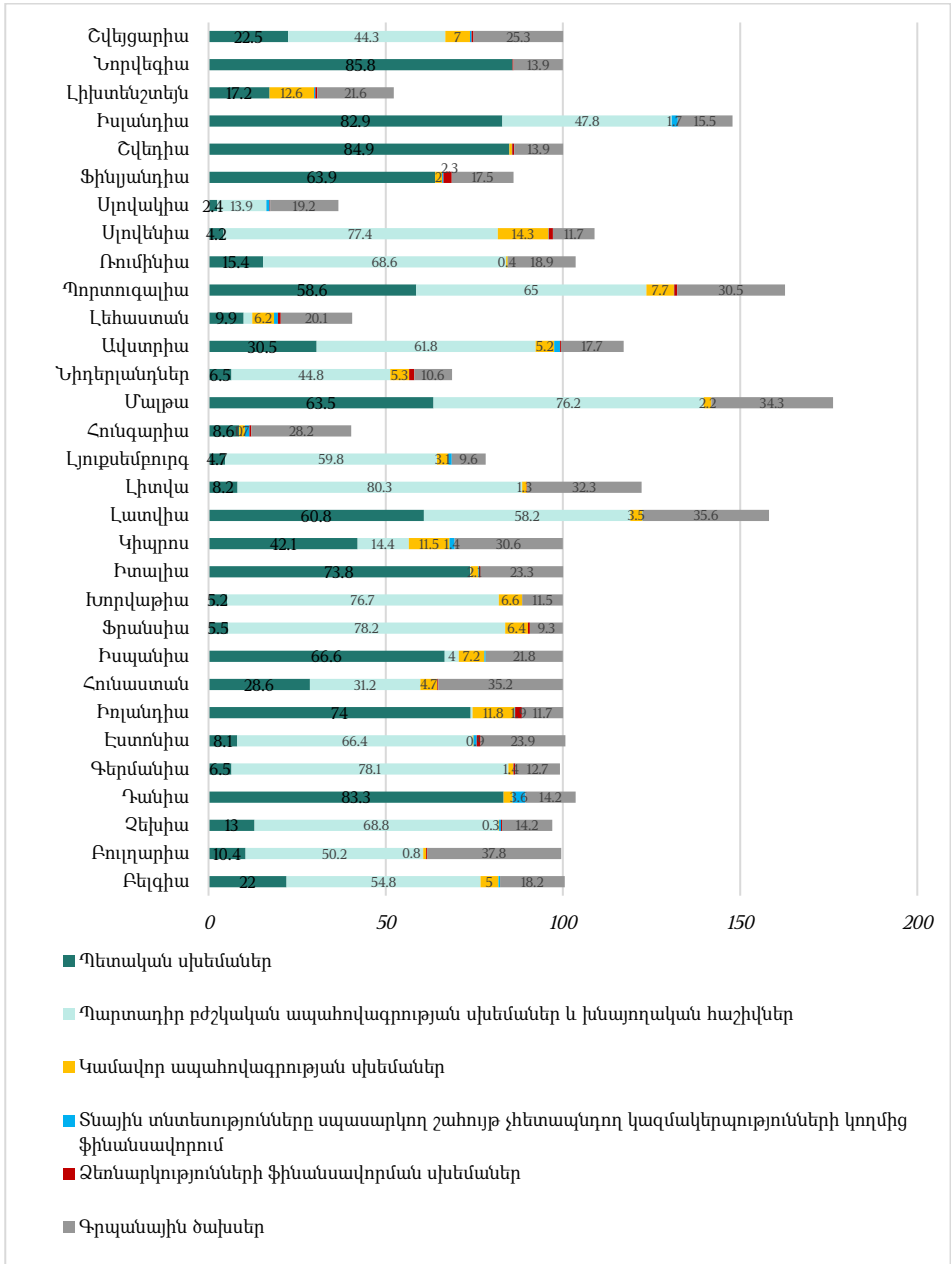
ցիալական ապահովագրության սխեմաներին, մասնավորապես՝ Լյուքսեմբուրգում (80,3%), Ֆրանսիայում (78,2%), Գերմանիայում (78,1%), Սլովակիայում (77,4%), Խորվաթիայում (76,7%) և Նիդերլանդներում (76,2%), մինչդեռ Իսպանիայում, Պորտուգալիայում, Իռլանդիայում և Իտալիայում այս ցուցանիշը 5,0%-ից պակաս է: Հարկ է նշել, որ պարտադիր սխեմաներ/հաշիվներ գոյություն չունեն Դանիայում, Լատվիայում, Մալթայում և Շվեդիայում²⁶:

Առողջության մասնավոր ապահովագրությունը պարտադիր սոցիալական ապահովագրության այլընտրանքն է: Որոշ երկրներում բնակչության որոշակի խմբեր, որոնք չեն ընդգրկվում պարտադիր սոցիալական ապահովագրության դաշտում, պետք է օգտվեն մասնավոր ապահովագրական շուկաների ծառայություններից: Այլ երկրներում մարդիկ հնարավորություն ունեն միանալու մասնավոր բժշկական կամ սոցիալական առողջության ապահովագրության համակարգին: Առողջության մասնավոր ապահովագրությունը հաճախ ծածկույթ է առաջարկում այն ծառայությունների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում սոցիալական ապահովագրության շրջանակներում, օրինակ՝ մեծահասակների ատամնաբուժական խնամք, հոմեոպաթիկ դեղամիջոցներ կամ կոսմետիկ վիրահատություն: Լրացուցիչ ապահովագրության այս ձևը գործում է ՏՀԶԿ գրեթե բոլոր երկրներում: Ավելին, ապահովագրվածները կարող են օգտվել լրացուցիչ ապահովագրությունից համավճարների և համաապահովագրության միջոցով²⁷:



Գծապարկեր 5 | Առողջության մասնավոր և պետական ապահովագրության ծածկույթը ՏՀԶԿ մի շարք երկրներում, 2020 թ. (% բնակչության թվաքանակից)²⁸

²⁶ Կազմել են հեղինակները՝ Healthcare expenditure by financing scheme <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> տվյալների հիման վրա:
²⁷ Greß, S., Okma, K. G., & Wasem, J. (2002). *Private health insurance in social health insurance countries: market outcomes and policy implications* (No. 01/2002). Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere.
²⁸ Կազմել են հեղինակները՝ Social Protection: Total public and primary private health insurance <https://stats.oecd.org/> տվյալների հիման վրա:



Գծապարկեր 6

Ընթացիկ առողջապահական ծախսերն ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների, 2019 թ. (%)²⁹

²⁹ Կազմել են հեղինակները՝ Healthcare expenditure by financing scheme <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> տվյալների հիման վրա:

Առողջապահական ընդհանուր ծախսերում կարևոր նշանակություն ունի, այսպես կոչված, «գրպանի ծախսերի» ֆինանսավորումը: Մա առողջապահության ֆինանսավորման համակարգերի հիմնական ցուցանիշն է, որն արտացոլում է առողջապահական ընդհանուր ծախսերում տնային տնտեսությունների կողմից ուղղակի վճարումների հարաբերական կշիռը³⁰:

«Գրպանի» են համարվում այն ծախսերը, որոնք անմիջականորեն վճարում է հիվանդը: Այս դեպքում ապահովագրությունն ամբողջությամբ չի ծածկում առողջապահական ապրանքի կամ ծառայության ամբողջ արժեքը, որը ներառում է տնային տնտեսությունների կողմից դեղորայքի, բուժման և այլ առողջապահական նպատակներով կատարվող վճարումները: Եթե կենսաապահովման հիմնական ծախսերը վճարելուց հետո տնօրինվող եկամտի 40%-ը բաժին է ընկնում «գրպանի ծախսերին», ապա դրանք համարվում են «աղետալի առողջապահական ծախսեր»³¹:

Ինչպես տեսնում ենք գծապատկերից, առողջապահության ֆինանսավորման գործընթացում ԵՄ-ում մեծ են նաև «գրպանի ծախսերը», որոնց մասնաբաժինը 2019 թվականին միջինում կազմել է 15,4%: Այս տեսանկյունից, հանրային կամ մասնավոր առողջության ապահովագրության միջոցով ֆինանսական պաշտպանությունն էապես նվազեցնում է «գրպանի ծախսերը»: Միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում այս ծախսերը ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 32,3%-ն են (2019 թ.), միջին եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 34,98%-ը:

Բուլղարիայում «գրպանի ծախսերը» առողջապահական ընդհանուր ծախսերի մեկ երրորդն են (37,8%), Լատվիայում՝ 35,6%-ը, Հունաստանում՝ 35,2%-ը, Մալթայում՝ 34,3%-ը: Ֆրանսիան և Լյուքսեմբուրգը ԵՄ անդամ այն եզակի երկրներից են, որտեղ տնային տնտեսությունների «գրպանի ծախսերը» առողջապահական ծախսերի մեկ տասներորդից էլ պակաս են (համապատասխանաբար՝ 9,3% և 9,6%):

Առողջապահական ընդհանուր ծախսերում մեծ տեսակարար կշիռ ունեն դեղագործական արտադրանքի ծախսերը, որոնք պայմանավորված են դեղամիջոցների նոր տեսակների ավելացմամբ և բնակչության ծերացմամբ:

2019 թվականին դեղագործական ապրանքների մանրածախ վաճառքի ծախսերը (չհաշված հիվանդանոցային բուժման ընթացքում օգտագործված դեղորայքը) կազմում են ՏՀԶԿ երկրներում առողջապահական խնամքի ընդհանուր ծախսերի մեկ վեցերորդը: Դեղագործական ապրանքների ծախսերը

³⁰ Health at a Glance 2009. OECD Indicators.
https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-en.pdf?expires=1655817807&id=id&accname=guest&checksum=E7AEC9173A40431A32F13DE1D203D8FF

³¹ Health at a Glance 2009. OECD Indicators.
https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-en.pdf?expires=1655817807&id=id&accname=guest&checksum=E7AEC9173A40431A32F13DE1D203D8FF

երրորդ ամենամեծ ծախսային խումբն են ստացիոնար և ամբուլատոր բուժօգնությունից հետո: Դրանք ներառում են դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերի ձեռքբերման ծախսերը: Որոշ երկրներում այս ցուցանիշը կարող է ընդգրկել մեկանգամյա օգտագործման բժշկական պարագաներ, օրինակ՝ առաջին օգնության փաթեթներ և հիպոդերմիկ ներարկիչներ՝ հանգեցնելով համապատասխան ծախսերի 5-10%-ով գերազնահատմանը: Մանրածախ դեղագործական ապրանքները ներառում են հիվանդանոցից դուրս՝ մանրածախ առևտրի դեղատների կողմից բաց թողնվող դեղագործական ապրանքները, որոնց գներն ընդգրկում են մեծածախ և մանրածախ վրադիրներ և հարկեր³²:

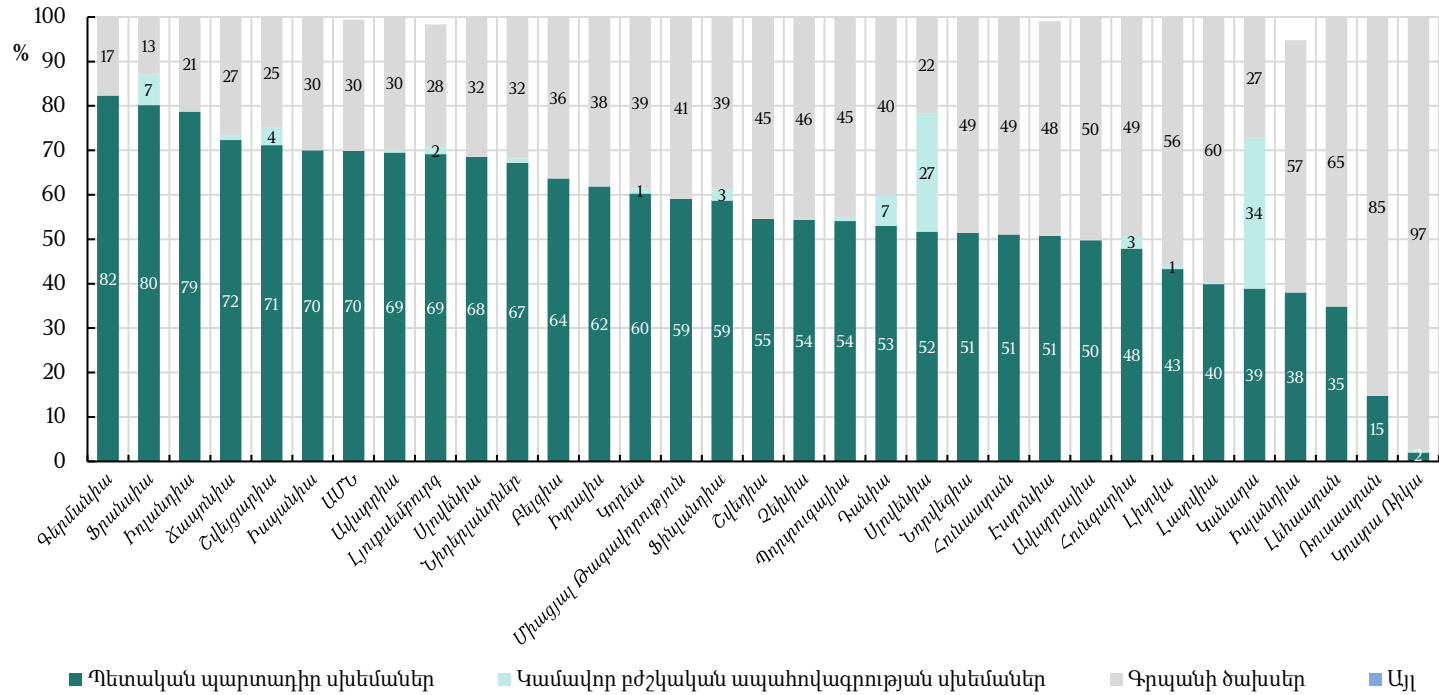
2019 թվականին ՏՀԶԿ երկրներում դեղատոմսով դեղերին բաժին է ընկել համապատասխան ծախսերի 79%-ը, իսկ առանց դեղատոմսի դեղերին՝ մնացած 21%-ը: Լեհաստանը ՏՀԶԿ անդամ միակ երկիրն է, որտեղ առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերի ծախսերը գերազանցել են դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերը:

Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 7-ում, ՏՀԶԿ երկրներում պետական և պարտադիր ապահովագրական սխեմաներին բաժին է ընկել դեղագործական ապրանքների մանրածախ առևտրի ծախսերի ամենամեծ բաժինը՝ շուրջ 56%: Այնպիսի երկրներում, ինչպիսիք են Գերմանիան և Ֆրանսիան, այս ցուցանիշն ավելի քան 80% է: Միաժամանակ, առողջության ապահովագրական կամավոր սխեմաները փոխհատուցել են դեղերի ձեռքբերման ծախսերի միջինում 3%-ը: Սլովենիայում և Կանադայում դեղագործական ծախսերի մեկ երրորդը փոխհատուցվել է մասնավոր ապահովագրությամբ: Դեղագործական ապրանքների 41%-ի ձեռքբերման համար օգտագործվել են «գրպանի ծախսերը», հատկապես՝ Լեհաստանում և Լատվիայում:

Դեղագործական ապրանքների մանրածախ առևտրում մեկ շնչին ընկնող ծախսերի մակարդակի վրա ազդում են բազմաթիվ գործոններ, ներառյալ՝ բաշխման և մատակարարման ծախսերը, նշանակումները, գնագոյացման և պետական գնումների քաղաքականությունը, նոր դեղամիջոցների ներդրումը և այլն: Սրա արդյունքում 2019 թվականին մեկ շնչի հաշվով մանրածախ դեղագործական ծախսերը ՏՀԶԿ երկրներում միջինում կազմել են 571 ԱՄՆ դոլար³³:

³² OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

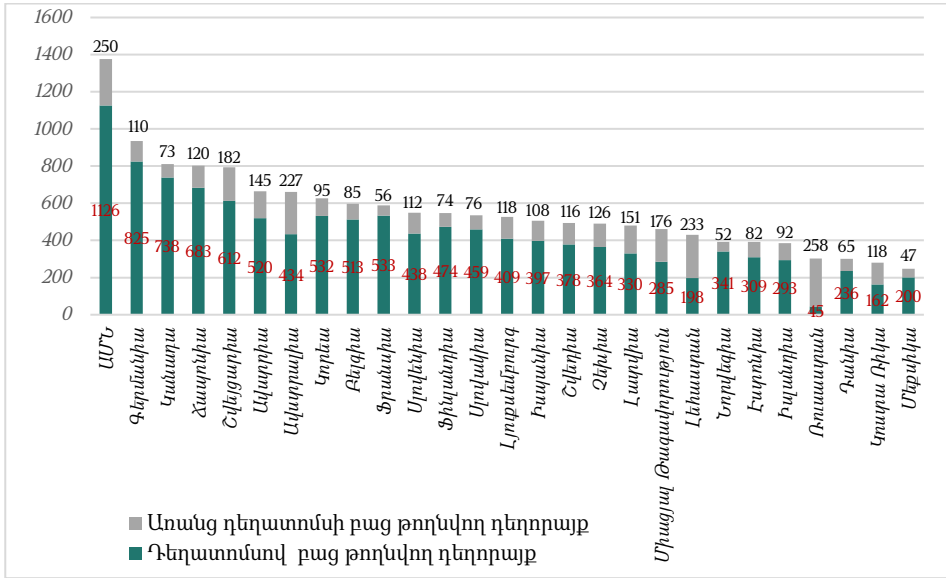
³³ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.



Գծապատկեր 7

Մանրածախ դեղագործական ապրանքների գծով ծախսերն ըստ ֆինանսավորման տեսակների, 2019 թ. (կամ մոտակա տարի, %)³⁴

³⁴ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.



Գծապատկեր 8

Մեկ շնչի հաշվով մանրածախ դեղագործական ապրանքների գծով ծախսերը, 2019 թ. (կամ մոտակա տարի, ԱՄՆ դոլար)³⁵

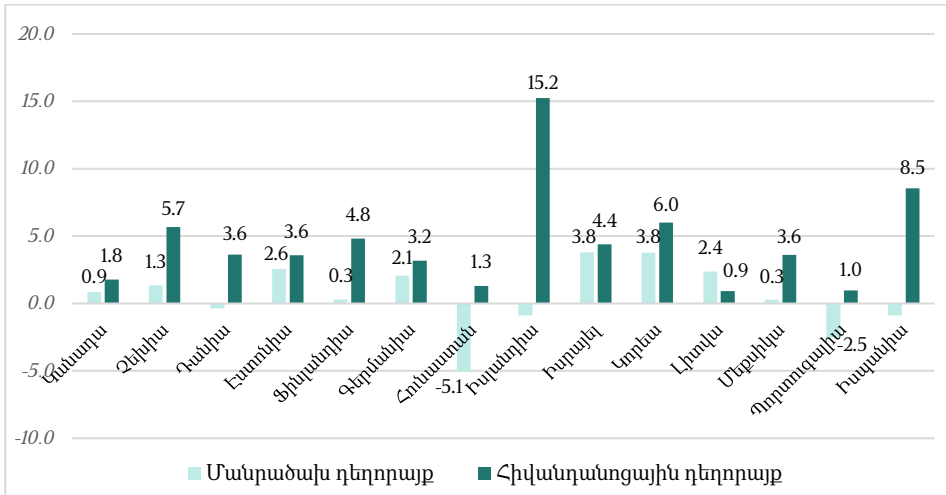
Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 8-ում, ԱՄՆ-ում այս ծախսերը բավական բարձր են, նույնիսկ՝ կրկնակի, քան ՏՀԶԿ միջին ցուցանիշը: Մեկ շնչին բաժին ընկնող դեղագործական մանրածախ ծախսերն ամենացածրն են եղել Մեքսիկայում և Կոստա Ռիկայում:

Ընդհանուր առմամբ, մանրածախ դեղագործական սպառումը վերջին տարիներին աճում է: Սրա վրա ազդում են նաև դեղորայքի գների տարբերությունները: Այսպես՝ առողջապահական ծառայությունների և ապրանքների ներկայացուցչական զամբյուղն ըստ երկրների զգալիորեն տարբերվում է: Օրինակ՝ Իսլանդիայում և Շվեյցարիայում նույն զամբյուղը 72%-ով թանկ է, քան ՏՀԶԿ միջին ցուցանիշը, մինչդեռ Չիլիում և Հունաստանում դա ՏՀԶԿ միջին ցուցանիշի 2/3-ն է: ՏՀԶԿ երկրներից գների ամենացածր մակարդակը Թուրքիայում է³⁶:

Մանրածախ դեղագործական ծախսերի վերլուծությունը ցույց է տալիս միայն առողջապահական համակարգում դեղագործական արտադրանքի արժեքի մի մասը, քանի որ հիվանդանոցային հատվածում դեղերի համար կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը ևս կարող է զգալիորեն մեծ լինել:

³⁵ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

³⁶ OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>



Գծապատկեր 9

Մանրածախ և հիվանդանոցային դեղագործական ծախսերի տարեկան միջին աճն իրական արտահայտությամբ, 2010-2019 թթ. (կամ մոտակա տարի)³⁷

Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 9-ում, վերջին տասնամյակում հիվանդանոցային դեղագործական ծախսերը զգալիորեն աճել են մասնավորապես ուռուցքաբանության և իմունոլոգիայի բնագավառներում՝ պայմանավորված նոր և բարձրարժեք դեղորայքի և բուժման ներդրմամբ: Միաժամանակ, դեղագործական արտադրանքի ծախսերն ավելի արագորեն են աճել հիվանդանոցներում, քան մանրածախ վաճառքի դեպքում, ընդ որում, աճի ամենաբարձր տեմպերը գրանցվել են Իսլանդիայում և Իսպանիայում: Մանրածախ դեղագործական արտադրանքի ծախսերը նվազել են Հունաստանում և Պորտուգալիայում: Հունաստանում էական կրճատումը պայմանավորված է դեղերի «վատնվող օգտագործումը» նվազեցնելու քաղաքականության ներդրմամբ:

Ընդհանուր առմամբ, համաշխարհային դեղագործությունը բնութագրվում է ոչ միայն բարդ կառուցվածքով, այլև տարաբնույթ գործընթացների առանձնահատկություններով, ֆինանսավորման մոդելների և համակարգերի բազմազանությամբ: Հարկ է նշել, որ վերջին տասնամյակում, պայմանավորված դեղորայքի հասանելիությամբ, դրա օգտագործման մակարդակը բարձրացել է, հետևաբար՝ և՛ ցածր, և՛ միջին եկամտ ունեցող բազմաթիվ երկրներում, այս առումով, ավելացել են բազմաթիվ ռիսկեր և վտանգներ՝ կապված առողջության պահպանման հետ:

³⁷ OECD (2021), “Pharmaceutical expenditure”, in Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

1.2

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման և ծախսերի փոխհատուցման ապահովագրական համակարգերը

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի նպատակն է երկրի բոլոր քաղաքացիներին ապահովել համապատասխան և մատչելի առողջապահական ծառայություններով ու դեղորայքով, որոնք նախատեսված են առողջության խթանման, հիվանդությունների կանխարգելման, արդյունավետ և բավարար որակի բուժման, վերականգնողական և պալիատիվ խնամք ապահովելու համար, ընդ որում, այս ծառայությունների օգտագործումն օգտատիրոջը չի կանգնեցնի ֆինանսական դժվարությունների առջև³⁸:

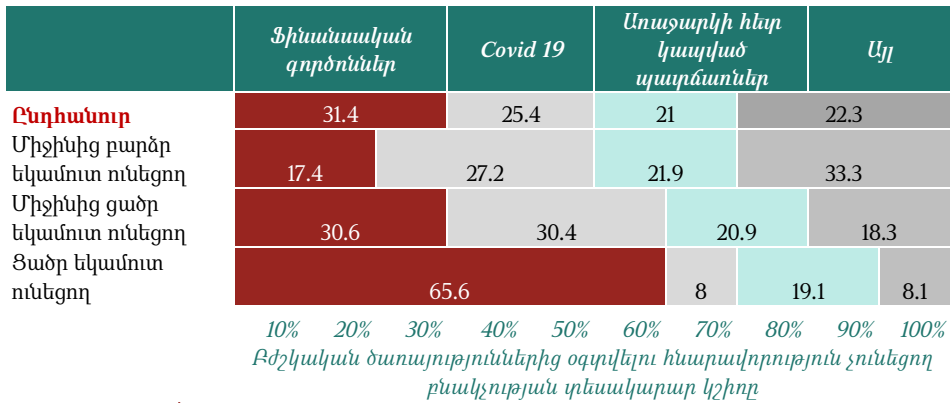
COVID-19 համավարակի հետևանքով առաջացած հիվանդությունները հավելյալ ծանրաբեռնել են առողջապահական համակարգերը և թուլացրել դրանց կարողությունները: COVID-19-ի հետ համակցված մակրոտնտեսական, հարկաբյուջետային և առողջապահական ազդեցությունները մատնանշում են համաշխարհային ֆինանսական պաշտպանության զգալի վատթարացման հավանականությունը:

2020 թ. կատարված հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ ցածր և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում մեծ է այն տնային տնտեսությունների տեսակարար կշիռը, որոնք չեն կարողանում օգտվել անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններից:

Ֆինանսական պաշտպանության այս վատթարացումը, հավանաբար, կպահպանվի միջնաժամկետ հեռանկարում, քանի դեռ ակտիվ քաղաքական ջանքեր չեն գործադրվել առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի ավելացման, սոցիալական պաշտպանության ուժեղացված աջակցության, առաջնային բուժօգնության ծածկույթի ընդլայնման ու ամրապնդման և այլ ուղղություններով:

Որպեսզի առողջության ֆինանսավորման համակարգերը լինեն ավելի արդար և բնակչության ավելի մեծ խմբեր կարողանան օգտվել առողջապահական ծառայություններից, ցածր և միջին եկամուտ ունեցող շատ երկրներ ուսումնասիրում են նման համակարգերի ամրապնդման ուղիները, այդ թվում՝ առողջության ապահովագրության տարբեր մոդելների ներդրման միջոցով: Այս համատեքստում, առողջության ապահովագրությունը արդար և ճկուն առողջապահական համակարգերի կայացման հիմքն է, որը կապահովի են բարձրորակ, անվտանգ, համապարփակ, ինտեգրված, հասանելի և մատչելի առողջապահական խնամք բոլորի, հատկապես՝ ամենախոցելի խավի համար:

³⁸ Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true



Գծապարկեր 10

Տասյին տնտեսությունների կողմից անհրաժեշտության դեպքում առողջապահական ծառայություններից չօգտվելու հիմնական պատճառները³⁹

Միջին եկամուտ ունեցող երկրներում գործում են առողջապահության ֆինանսավորման մասնատված, անարդյունավետ համակարգեր, ու թեև առողջապահական ծախսերը կազմում են ՀՆԱ 6-7 տոկոսը, ֆինանսավորումը մեծապես հենվում է «գրպանի ծախսերի» վրա: Մրան զուգահեռ, այս երկրներում առկա են աղքատության և եկամուտների անհավասարության, ինչպես նաև գրագիտության, կրթության, աշխատանքի և զբաղվածության խնդիրներ: Ուստի կարևորվում են ռիսկերի միավորումը, համընդհանուր ծածկույթի և եկամուտների ավելացումը, ֆինանսական պաշտպանության և առողջապահական համակարգի արդյունավետության բարձրացումը:

Միջին և միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրները փորձում են միավորել տարբեր կառուցակարգեր՝ հետևյալ կերպ.

- աղքատների և ոչ ֆորմալ ոլորտում զբաղվածների ապահովագրական վճարների սուբսիդավորում ընդհանուր եկամուտների հաշվին,
- ապահովագրված անձանց շրջանակի ընդլայնում՝ այլ խմբերի պարտադիր ընդգրկմամբ և մասնավոր բժշկական ապահովագրության հիմնադրամների ինտեգրմամբ:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորումը կախված է ինստիտուցիոնալ, ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական, բնապահպանական, արտաքին և քաղաքական մի շարք գործոններից:

Առողջության ապահովագրությունը ռիսկերի կանխարգելման կառուցակարգ է՝ առողջապահության հնարավոր ծախսերի ամբողջական կամ մասնակի փոխհատուցմամբ: Ապահովագրությունը հիվանդության վճարման

³⁹ Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021 (as of 12th December 2021) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true

բեռը տարածում է սխեմայի բոլոր մասնակիցների միջև՝ անկախ նրանից, թե նրանք հիվանդ են, առողջ, աղքատ կամ հարուստ:

Առողջության ապահովագրությունը, որը ներառում է նաև դեղերի փոխհատուցումը, ընդլայնել է դրանց հասանելիությունը շատ երկրներում, ներառյալ՝ Արգենտինայում, Չինաստանում, Եգիպտոսում, Հարավային Աֆրիկայում և Վիետնամում⁴⁰: Առողջության ապահովագրության սխեմաները հարմար են ինչպես քաղաքացիներին, այնպես էլ իրենց կառավարություններին, քանի որ դրանք օգնում են կառավարել ֆինանսական բեռը՝ առողջության պահպանման ընդհանուր ծախսերը բաշխելով տարբեր գործընկերների շրջանում: Քաղաքականություն մշակողները պետք է գնահատեն առողջության ռիսկերը՝ կիրառելով համապատասխան կառուցակարգեր, քանի որ ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում «գրպանային ծախսերը» մեծ են: Պետական և/կամ մասնավոր ոլորտների միջև փոխգործակցության ճիշտ կառուցակարգերի ընտրությունը կարող է ապահովել առողջապահական պաշտպանության բարձր մակարդակ:

Այնուամենայնիվ, առողջության համընդհանուր ապահովագրության ոչ մի մոդել լայնորեն ընդունված չէ, և, թերևս, չկա համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ, ուստի մի շարք երկրներում մասնավոր և հանրային ապահովագրության ներդրման սխեմաները քննարկվում են արդարության, արդյունավետության և կայունության տեսանկյուններից: Կարևոր է նաև, որ ընտրված կառուցակարգերը համահունչ լինեն երկրի տնտեսական, ինստիտուցիոնալ և մշակութային բնութագրերին⁴¹:

Գոյություն ունեն առողջության ապահովագրության մի քանի մոդելներ, որոնք կարող են ներառել կամ չընդգրկել դեղամիջոցների փոխհատուցումը.

- Պետության կողմից ֆինանսավորվող համակարգեր՝ առողջապահության նախարարությունների կամ ազգային առողջապահական ծառայությունների միջոցով:
- Առողջության ապահովագրության սոցիալական համակարգեր:
- Առողջության կամավոր կամ մասնավոր ապահովագրություն և այլն:

Առողջապահության նախարարություն / ազգային առողջապահական ծառայությունների համակարգեր: Այս համակարգերը հիմնականում ունեն երեք հիմնական հատկություններ: Նախ, դրանց առաջնային ֆինանսավորումը ստացվում է ընդհանուր եկամուտներից: Երկրորդ, դրանք բժշկական ապահովագրություն են ապահովում երկրի ողջ բնակչության համար: Երրորդ, դրանց ծառայություններն առաքվում են հանրային պրովայդերների

⁴⁰ World Health Organization. (2004). WHO medicines strategy 2004-2007: countries at the core (No. WHO/EDM/2004.5). World Health Organization.
⁴¹ Gottret, Pablo; Schieber, George. *Health financing revisited: a practitioner's guide (English)*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370/Health-financing-revisited-a-practitioners-guide>

ցանցի միջոցով: Լայն ծածկույթը նշանակում է, որ հիմնական ռիսկերը փոխհատուցվում են, հենվում մեծ եկամտի վրա, գործում պետական վերահսկողության ներքո: Թեև առողջապահական ծառայությունների ազգային համակարգերը ստանում են ամբողջ բնակչությանն անվճար բուժօգնություն տրամադրելու «տեսական օգուտը» (բացառությամբ օգտագործողի որևէ գործող վճարի), իրականությունն այնքան էլ հուսադրող չէ: Այս համակարգերը բավական խոցելի են հատկացվող բյուջեների, քաղաքական առաջնահերթությունների, կոռուպցիայի և անարդյունավետության (համապատասխան խթանների և հաշվետվողականության բացակայություն) տեսանկյուններից: Իսկ ցածր եկամուտ ունեցող զարգացող երկրներում հանրային առողջապահական ծախսերը բավական ցածր են:

Ի տարբերություն սոցիալական առողջության ապահովագրության համակարգերի, որոնք հիմնականում ֆինանսավորվում են աշխատավարձի վճարումների հաշվին, առողջապահական ծառայությունների ազգային համակարգերը կարող են ապավինել հարկային և ոչ հարկային աղբյուրներից ստացվող մեծ եկամուտներին:

Ազգային առողջապահական ծառայությունների հիմնական մասն ինտեգրված կառույցներ են, որոնց կառավարման պարզությունը հնարավորություն է տալիս ավելի ցածր գործառնական ծախսերով կազմակերպելու առողջապահական համակարգը: Այդ իսկ պատճառով շատ զարգացող երկրներում պետական ֆինանսավորմամբ հնարավոր է եղել իրականացնել հանրային առողջապահական հաջող ծրագրեր:

Առողջության սոցիալական կամ հանրային ապահովագրությունը ենթադրում է, որ այն պարտադիր է բնակչության որոշակի խմբերի համար: Ապահովագրական համակարգին հատկացումներ են կատարվում աշխատավարձի պահումներից, տեղի է ունենում խաչաձև սուբսիդավորում բարձր և ցածր ռիսկային, ինչպես նաև բարձր և ցածր եկամուտ ունեցող բնակչության խմբերի միջև: Առողջության սոցիալական ապահովագրության վճարները, սովորաբար, կապված են եկամտի հետ և բաշխվում են աշխատողների ու գործատուների միջև: Այս համակարգերը, որպես կանոն, բնութագրվում են անկախ կամ կարծեցյալ ապահովագրական հիմնադրամների առկայությամբ, որոնք հենվում են աշխատավարձից պարտադիր նպատակային հատկացումների վրա: Այս դեպքում առկա է հստակ կախվածություն նպատակային հատկացումների և առողջապահական նպաստների սահմանված փաթեթի իրավունքի միջև: Այս համակարգերն ընդգրկում են միայն սահմանափակ բնակչության խմբեր և հաջողությամբ գործարկվելու դեպքում կարող են ընդլայնվել ու ներառել բնակչության ավելի լայն շերտեր: Պետությունը, ընդհանուր առմամբ, սահմանում է այս համակարգերի հիմնական տարրերը, թեև հիմնադրամները, որպես կանոն, շահույթ չեն հետապնդում և վերահսկվում են կառավարության կողմից:

Առողջության ապահովագրության սոցիալական համակարգերի ֆինանսավորման բազան ձևավորվում է նաև բյուջետային հատկացումներից, սակայն դրանք բավարար չեն ամբողջապես փոխհատուցելու այդ ծախսերը, հատկապես՝ եթե այս ծածկույթից օգտվում են բնակչության լայն շերտեր: Սոցիալական վճարները կարող են նաև բացասական ազդեցություն ունենալ զբաղվածության և տնտեսական աճի վրա, եթե դրանք ավելացնեն աշխատողների կամ գործատուների ծախսերը⁴²:

Այս մոդելի դեպքում ապահովագրված անձինք վճարում են կանոնավոր, սովորաբար, աշխատավարձերի վրա հիմնված վճարներ, իսկ կարծեցյալ անկախ պետական մարմինները համակարգի գլխավոր կառավարողներն են և հանդես են գալիս որպես առողջության պահպանման համար վճարումներ իրականացնողներ: Այսպես՝ Ֆրանսիայում այս վճարումները, սովորաբար, բաշխվում են գործատուների և աշխատողների միջև, սակայն ապահովագրությունն ամբողջովին կամավոր է (կոչվում է նաև առողջության մասնավոր սոցիալական ապահովագրություն): Շվեյցարիայում պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը ղեկավարում են մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները:

Առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգ ունեցող երկրներում ընդհանուր հարկումն առողջապահական համակարգերի եկամրտի կարևոր աղբյուր է, սակայն երբեմն հավաքագրվող գումարները բավարար չեն համընդհանուր ծածկույթ ապահովելու համար, քանի որ ապահովագրված անձանց թիվը հաճախ ավելի մեծ է, քան այդ համակարգերին վճարումներ կատարողներինը:

Առողջության սոցիալական ապահովագրության դեպքում պետությունը սահմանում է համակարգի հիմնական բնութագրերը՝ պայմաններ, ապահովագրական փաթեթի բովանդակություն, վճարումների հաշվարկման և հավաքագրման կարգ⁴³:

Առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգերի մեծ մասը կառավարվում է հիվանդության հիմնադրամների միջոցով: Հիվանդության հիմնադրամները հաճախ ուղղակիորեն հավաքագրում են վճարումները, թեև որոշ դեպքերում ռեսուրսները սկզբում հավաքագրում է պետությունը, այնուհետև դրանք վերաբաշխում ըստ ֆոնդերի:

Առողջության սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամները ֆինանսավորվում են կա՛մ իրենց սեփական հաստատությունների կողմից, կա՛մ

⁴² Gottret, Pablo; Schieber, George. *Health financing revisited: a practitioner's guide (English)*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370/Health-financing-revisited-a-practitioners-guide>

⁴³ Busse, R., Saltman, R. and Dubois, H. (2004) Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J., Eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, Berkshire, 33-81.

մասնավոր ու պետական մատակարարների կողմից տրամադրվող առողջապահական ծառայությունների պայմանագրերի հիման վրա: Պայմանագրերում սահմանվում են ապահովագրական ծառայությունները, դրանց որակին, գներին, վճարման ժամկետներին և կարգավորմանը վերաբերող այլ պահանջներ:

Կախված երկրից՝ կարող են լինել մի քանի (Արգենտինա, Չիլի, Կոլումբիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա, Ճապոնիա, Նիդերլանդներ և Ռուսաստան) կամ մեկ (Էստոնիա և Հունգարիա) հիմնադրամներ: Շահառուները կարող են կցվել այս կամ այն հիմնադրամին՝ ըստ զբաղվածության (Արգենտինա, Բոլիվիա և Մեքսիկա), ըստ տարիքի (Ճապոնիա) կամ անհատական ընտրությամբ (Չիլի, Կոլումբիա, Գերմանիա):

Առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգերը, կախված ռեսուրսներից, քիչ թե շատ ընդգրկում են և, սովորաբար, ամբողջությամբ կամ մասնակի կերպով փոխհատուցում են փաթեթով սահմանված արտոնությունները:

Առողջության սոցիալական ապահովագրությունը դիտվում է որպես առողջապահական ծախսերի փոխհատուցման համար ռեսուրսների հավաքման հեշտ և արդյունավետ միջոց, քանի որ ենթադրվում է, որ ավելի հեշտ է հավաքագրել մասհանումներ աշխատավարձից, քան ընդհանուր հարկեր⁴⁴:

Միաժամանակ, սոցիալական ապահովագրության վճարները կարող են մեծացնել աշխատուժի ծախսերը, ավելին, եթե կառավարությունը խոշոր գործատու է, աշխատավարձի վճարումները զգալիորեն կմեծացնեն պետական ծախսերը:

• **Առողջության կամավոր կամ մասնավոր ապահովագրություն:** Մա հաճախ լրացնում է հանրային ֆինանսավորվող ծածկույթը, հատկապես՝ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում: Որպես առողջության կամավոր ապահովագրություն է սահմանվում յուրաքանչյուր բժշկական ապահովագրություն, որն իրականացվում է կամավոր մուծումների հաշվին: Շատ երկրներում առողջության մասնավոր ապահովագրությունը կամավոր է (բացառությամբ, օրինակ, Շվեյցարիայի և Ուրուգվայի, որտեղ մասնավոր ծածկույթի գնումը պարտադիր է բոլորի կամ բնակչության մի մասի համար):

Առողջության մասնավոր/կամավոր ապահովագրությունը կարևոր դեր է խաղում հանրային կամ սոցիալական ծածկույթում.

- առաջնային՝ որպես ամբողջ բնակչության կամ դրա որոշակի խմբերի ապահովագրական ծածկույթի հիմնական աղբյուր,
- կրկնվող՝ ընդգրկելով նույն ծառայությունները կամ ծածկույթը, ինչ հանրային ապահովագրությունը, սակայն տարբերվելով մատակարարների, ժամանակի, որակի և այլ հարմարությունների տեսանկյունից,

⁴⁴ Berkeley, B. (2017). Relationship between Health Provider Status and Social Interaction. *Open Access Library Journal*, 4(07), 1.

- լրացուցիչ՝ հանրային ծրագրերում ծախսերի բաժնային մասնակցության ծածկույթով,
- հավելյալ՝ հանրային ծածկույթում չընդգրկված ծառայությունների համար:

Առողջության մասնավոր/կամավոր ապահովագրության շուկաների բարդությունը կասկածի տակ է դնում ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում դրանց համապատասխանության և իրագործելիության հնարավորությունները: Այս մոդելի կիրառումը նպատակահարմար է միջին եկամուտ ունեցող երկրներում՝ մեծաթիվ գրագետ քաղաքային բնակչության առկայության դեպքում: Սա պահանջում է նաև կարգավորող շրջանակներ, քաղաքական աջակցություն և լավ գործող ֆինանսական ու ապահովագրական շուկաներ⁴⁵:

Աշխարհում կան մասնավոր ապահովագրության բազմազան մոդելներ: 2004 թ. ՏՀԶԿ դասակարգմամբ գործում են առողջության մասնավոր ապահովագրության հետևյալ մոդելները.

- Մասնավոր պարտադիր բժշկական ապահովագրություն: Այս դեպքում ապահովագրությունը պարտադիր է, իսկ ապահովագրավճարները կարող են կապված լինել կամ չլինել ռիսկի հետ:
- Մասնավոր խմբային բժշկական ապահովագրություն: Սա կորպորատիվ աշխատանքի առավելություններից մեկն է և, սովորաբար, կապված չէ ռիսկի հետ:
- Մասնավոր ռիսկերի հետ կապված առողջության ապահովագրություն: Այս դեպքում անհատները կամ անհատների խմբերը ձեռք են բերում ապահովագրական պոլիսներ, իսկ ապահովագրողները կիրառում են ռիսկի վրա հիմնված սխեմաներ⁴⁶:

Առողջության ֆինանսավորման նշված մոդելների քննարկման համատեքստում կարևոր է հասկանալ այս կամ այն համակարգի ներդրման նպատակահարմարությունը, ներառյալ՝ ֆինանսական բեռի և օգուտների բաշխումը, տեխնիկական արդյունավետությունը և այլ գործոններ:

Առողջապահական համակարգի բեռի և օգուտների բաշխումը կարող է ներկայացված լինել ըստ երեք առանցքի.

- Ո՞վ է վճարում և ի՞նչ չափով:
- Ո՞վ է ստանում, որքա՞ն և ե՞րբ⁴⁷:

⁴⁵ Gottret, Pablo; Schieber, George. *Health financing revisited: a practitioner's guide (English)*. Washington, D.C. World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370/Health-financing-revisited-a-practitioners-guide>

⁴⁶ OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project. Organisation for Economic Cooperation and Development. Proposal for a taxonomy of health insurance. <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>

⁴⁷ Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., & World Health Organization. (2002). *Funding health care: options for Europe* (No. WHO/EURO: 2002-617-40352-54036). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Կանադայում, Գերմանիայում, Ճապոնիայում, Սինգապուրում, ԱՄՆ-ում և զարգացած այլ երկրներում ապահովագրական համակարգերը բազմազան են և ներառում են ամենաթանկ (ԱՄՆ) ու ամենաէժեան (Սինգապուր), մեկ և բազմաթիվ ապահովագրողների, պետության և գործատուի կողմից հովանավորվող ապահովագրություն, ինչպես նաև ապահովագրության այլ տեսակներ:

Ինչպես տեսնում ենք, դեղապահովագրությունն առողջության ապահովագրության համակարգի տարրերից է, որի շրջանակում բնակչությանը տրամադրվում են անվճար դեղամիջոցներ կամ փոխհատուցվում է դրանց արժեքի մի մասը՝ նպատակ ունենալով լուծելու այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են աշխատունակ բնակչության շրջանում հիվանդությունների կանխարգելումը, քաղաքացիների կյանքի տևողության ավելացումը, բնակչության հրաժարումը ինքնաբուժումից, թանկարժեք դեղամիջոցների ձեռքբերման ծախսերի կրճատումը, եկամտոսների պահպանումը և այլ կարիքների համար միջոցների ուղղորդումը:

1.3

Առողջության ապահովագրության և դեղերի փոխհատուցման կազմակերպման առանձնահատկությունները զարգացած երկրներում

Առողջության ապահովագրությունը լավագույնս է գործում, երբ ռիսկային խմբերը մեծ են, ապահովագրված բնակչության հետ կապված առողջական ռիսկերը՝ բազմազան, և, ըստ էության, երբ առողջները կարող են սուբսիդավորել հիվանդներին: Որոշ սխեմաներում որպես հավելյալ նպատակ կարող է լինել ունևորներից աղքատներին խաչաձև սուբսիդավորումը: Առողջության ապահովագրությունը կարող է ֆինանսավորվել և կառավարվել տարբեր ձևերով: Միջազգային փորձի հիման վրա առանձնացվել են չորս հիմնական մոտեցումներ, որոնք հաճախ համակցված են:

Ըստ էության, գոյություն ունեն սոցիալական առողջության ապահովագրության չորս հիմնական բնութագրիչներ.

- 1) անկախ կամ կարծեցյալ (քվազի) անկախ սոցիալական հիմնադրամներ (օրինակ՝ սոցիալական ապահովության ինստիտուտներ կամ հիվանդության հիմնադրամներ),
- 2) պարտադիր պահումներ աշխատավարձից,
- 3) ուղիղ կապ ապահովագրված բնակչության վճարումների և սահմանված բժշկական հատուցումների միջև,
- 4) սոցիալական համերաշխության հայեցակարգ:

Առողջության ապահովագրության հիմնական ձևերը

Ապահովագրության ձևը	Ֆինանսավորման աղբյուրը	Կառավարումը	Երկրները
Ազգային առողջապահական համակարգ	Ընդհանուր հարկեր	Պետություն	Կանադա, Ֆրանսիա, Մեծ Բրիտանիա, Կոստա Ռիկա
Սոցիալական ապահովագրության համակարգ	Պահումներ աշխատավարձից, աշխատողներից և/կամ գործատուներից	Սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամ, հիվանդության կամ առողջության հիմնադրամ	Գերմանիա, Ճապոնիա, ԱՄՆ, Կորեա
Մասնավոր կամավոր ապահովագրություն	Ապահովագրավճարներ	Ապահովագրական ընկերություն	Շյուսիսային Աֆրիկա, ԱՄՆ

Աշխարհի տարբեր երկրներ ունեն տարբեր ազգային առողջապահական համակարգեր և կիրառում են թե՛ սոցիալական, թե՛ կամավոր ապահովագրության կառուցակարգեր՝ նպատակ ունենալով բարձրացնելու համապատասխան ծառայությունների արդյունավետության մակարդակը:

Արևմտյան Եվրոպայի որոշ երկրներում (Ավստրիա, Բելգիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա) գործում է սոցիալական ապահովագրության ֆինանսավորման բիսմարկյան համակարգը, որը միջոցներ է ստանում գործատուների և աշխատողների ապահովագրական վճարներից ու պետական սուբսիդիաներից:

Կազմակերպչական և ֆինանսական առանձնահատկությունների տեսանկյունից, օրինակ, Մեծ Բրիտանիայում գերակշռում է պետական (հանրային) համակարգը: Կենտրոնական և Հարավային Եվրոպայի երկրներին առավելապես բնորոշ է սոցիալական ապահովագրական (բիսմարկյան) համակարգը:

Եվրոպական երկրներում մոտեցումները տարբեր են նաև դեղերի գնագոյացման և փոխհատուցման խնդիրների վերաբերյալ: Օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում թույլատրվում է ազատ գնագոյացումը, սակայն ընկերության շահույթը կարգավորվում է: Ֆրանսիայում մշակվել է երկփուլային վարչական համակարգ, որը ներառում է թերապևտիկ համարժեքության գնահատում (առկա այլ միջոցներով): Այնուամենայնիվ, եվրոպական տարբեր երկրներում առողջապահական համակարգերի ընդհանուր առանձնահատկությունն այն է, որ, անկախ հիվանդների վճարելու կարողությունից, վերջիններս պետք է ապահովված լինեն անվտանգ և արդյունավետ դեղամիջոցներով:

Ապահովագրական համակարգերի ներդրմանը զուգահեռ, եվրոպական երկրների մեծ մասում կառավարությունները և առողջապահական ապահովագրողները միջոցներ են ձեռնարկում դեղերի արժեքի վրա ազդելու համար: Նման միջոցները ներառում են դեղերի ցուցակների օգտագործում, գնագոյացման համակարգի վերահսկում և դեղերի ֆինանսական փոխհատուցում:

Դեղերի փոխհատուցման համակարգի հիմքում դրանց ցուցակներն են: Որոշ երկրներ սահմանափակում են այն դեղերի ցանկը (այսպես կոչված՝ «սպիտակ» ցանկ), որոնց համար վճարվում են պետական միջոցներից (Բելգիա, Նորվեգիա): Նորվեգիան ընդունել է 40 հիվանդություն ընդգրկող «սպիտակ» ցանկ, որը համապատասխանում է փոխհատուցման ենթակա դեղերին:

Այլ երկրներում, ընդհակառակը, կազմվում է այն դեղերի ցանկը, որոնք ընդգրկված չեն հանրային առողջապահական համակարգերում (այսպես կոչված՝ «սև» ցանկ): Օրինակ՝ Գերմանիայում, Շվեդիայում, Մեծ Բրիտանիայում, Հոլանդիայում բժշկական նշանակության բոլոր ապրանքները փոխհատուցվում են, բացառությամբ «սև» ցանկում ներառվածների: Գերմանիայում և Շվեդիայում, նույնիսկ առանց դեղատոմսի, որոշ դեղեր փոխհատուցվում են, եթե դրանք առաջարկվել են բուժող բժշկի կողմից:

Կարևոր է նշել, որ «սպիտակ» կամ «սև» ցանկի առկայությունը հիմնված է ազգային ավանդույթի և դեղերի համար վճարելու ընդհանուր մոտեցման վրա: Մասնավորապես՝ խնդրի նկատմամբ մոտեցման տարբերությունները կարելի է ընկալել՝ հիմնվելով հակաբեղմնավորիչների օրինակի (SEP) վրա: Այսպես՝ Նորվեգիայում SEP-երը չեն փոխհատուցվում, քանի որ չեն օգտագործվում հիվանդությունների բուժման համար, Գերմանիայում, Շվեդիայում և Անգլիայում փոխհատուցվում են, ընդ որում, Անգլիայում դրանք ներառված են (ինսուլինի հետ միասին) վճարումից ազատված շատ կարևոր դեղերի ցանկում (այս երկրում կարևորվում է անցանկալի հղիության կանխարգելումը):

Դեղերի արժեքի փոխհատուցման իրավունքը նախատեսում է ավելի բարձր սահմանաչափ՝ կախված բնակչության խոցելիության աստիճանից: Եվրոպական մի շարքում երկրներում փոխհատուցման իրավասությունը որոշելու սխեմաները հիմնված են մի քանի չափանիշների վրա, թեև ամենատարածված սխեման նախատեսում է հատուկ դեղերի ծախսերի փոխհատուցում՝ հաշվի առնելով որոշ կանոններ բնակչության սահմանված խմբերի համար:

Մի քանի երկրներում, մասնավորապես՝ Ավստրիայում, Գերմանիայում, Իռլանդիայում, Իտալիայում, Կիպրոսում, Մալթայում (միայն պետական հատվածում), Նիդերլանդներում, Խորվաթիայում և Միացյալ Թագավորությունում դեղերի արժեքն ամբողջությամբ փոխհատուցվում է պետության կողմից (առանց համավճարի տոկոսի), սակայն չի բացառվում այլ տեսակի համավճարների օգտագործումը: Չնայած Եվրոպայում առավել հաճախ կիրառվում են համավճարի սահմանաչափեր, սակայն կան փոքրաթիվ երկրներ (Լեհաստան, Ֆրանսիա, Էստոնիա), որտեղ գործում են համավճարներ՝ ամրագրված գումարի տեսքով:

Գերմանիա

Գերմանիայում գործում է առողջության ապահովագրության երեք տարբերակ՝ կառավարության կողմից կարգավորվող հանրային առողջության ապահովագրության համակարգը (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV), մասնավոր առողջության ապահովագրությունը գերմանական կամ միջազգային որևէ ապահովագրական ընկերության կողմից (Private Krankenversicherung, PKV) կամ նշված երկուսի համակցությունը:

Այսպես, Գերմանիայի 83 մլն բնակչությունից 73,2 մլն-ը առողջության ապահովագրության պետական պարտադիր (GKV), իսկ 8,7 մլն-ը՝ մասնավոր (Krankenversicherung) համակարգի շահառու է: Երկրում առողջության պահպանման տարեկան ընդհանուր ծախսերը կազմում են 375,6 մլրդ եվրո, որից 214,1 մլրդ-ը բաժին է ընկնում առողջության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամներին, իսկ 31,6 մլրդ-ը՝ մասնավոր առողջապահական ապահովագրական ընկերություններին: Փոխհատուցման դեպքում կարևորվում է գումարի ծախսման վայրը՝ հիվանդանոց (ստացիոնար) թե՛ ամբուլատոր բուժում⁴⁸:

Եթե քաղաքացու համախառն աշխատավարձը տարեկան 64,350 եվրոյից պակաս է կամ ամսական կազմում է 5,362 եվրո, ապա GKV-ին անդամակցությունը պարտադիր է: Առողջության պետական ապահովագրության համակարգը կառավարվում է 97 Krankenkassen հիմնադրամների կողմից, և նրանք գանձում են նույն հիմնական 14,6%-ը՝ գումարած հնարավոր միջին հավելյալ սահմանաչափը՝ համախառն աշխատավարձի 1,3%-ի չափով: Ավելի բարձր աշխատավարձի դեպքում քաղաքացին վճարում է ավելի բարձր ապահովագրավճար: Այսպես՝ 770 եվրո ապահովագրավճարի դեպքում 375 եվրոն վճարում է աշխատողը, մյուս 375-ը՝ գործատուն: GKV-ում առաջարկվող բժշկական ծառայությունները ներառում են հիվանդանոցային, ամբուլատոր և հիմնական ատամնաբուժական խնամք⁴⁹:

Առողջության ապահովագրության պետական համակարգին միանալու դեպքում քաղաքացին գրանցվում է գործող 97 հիմնադրամներից որևէ մեկում, որոնք համարվում են շահույթ չհետապնդող ընկերակցություններ, որոնք էլ հենց կառավարում են պետական առողջապահական համակարգը: Որոշները (օրինակ՝ AOK, TK, SBK, BARMER, DAK) շատ մեծ են և ունեն միլիոնավոր անդամներ, մինչդեռ մյուսները (հաճախ կոչվում են BKK) կարող են ունենալ ընդամենը մի քանի հազար անդամ: Սա չի նշանակում, որ արտոնությունները տարբեր են, քանի որ բոլոր առողջապահական ապահովագրության հիմնադրամները պետք է պահպանեն առաջարկվող արտոնություններ:

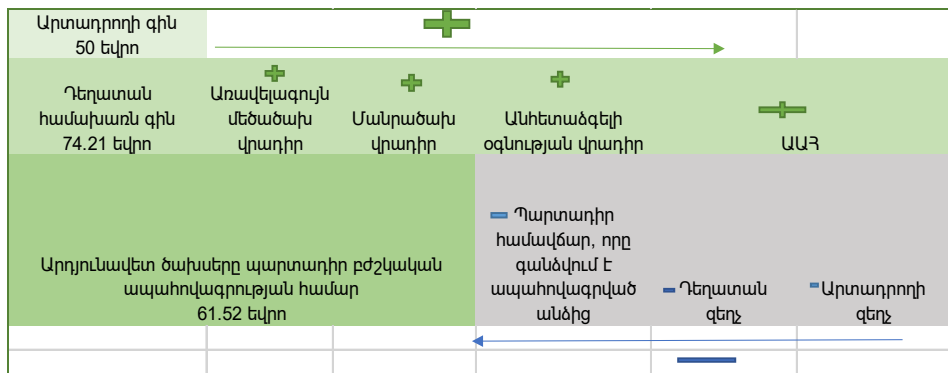
⁴⁸ Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. IGES Institute. An IGES Group company, https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_20_20_2021_WEB_ger.pdf

⁴⁹ Health Insurance Options in Germany – 2022, <https://www.howtogermy.com/pages/healthinsurance.html>

րի սահմանված կանոնակարգերը:

Ապահովագրությունում գոյություն ունեն ամբուլատոր խնամքի դեղագործական փոխհատուցման տարբեր ձևեր: Առողջության պետական ապահովագրության համակարգը (GKV), ընդհանուր առմամբ, տրամադրում է փոխհատուցում դեղատոմսով դուրս գրվող գեներիկ դեղերի համար, թեև համավճարով, որի չափը կախված է դեղամիջոցի արժեքից: Հանրային համակարգը փորձում է նվազեցնել դեղագործական արտադրանքի մեծ արժեքը և խոշոր դեղագործական ընկերություններին ստիպում գեղչեր կիրառել:

Որպես կանոն, GKV-ն փոխհատուցում է միայն դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերը: Որոշ դեղագործական արտադրանք (օրինակ՝ մազաթափության դեղերը) չի ներառվում ծածկույթում: Ավելին, նախարարությունը կազմել է դեղերի ցանկ, որտեղ ընդգրկվում են «ավելորդ»՝ հիմնականում բուսական ծագման և առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղերը: Վերջիններս փոխհատուցվում են մինչև 18 տարեկան երեխաների և դեռահասաների, ինչպես նաև մեծահասակների որոշ քրոնիկական հիվանդությունների բուժման դեպքում:



Գծապատկեր 11 | Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցի վերջնական գինը⁵⁰

Երբ դեղագործական արտադրանքը ստանում է պետական գրանցում, այդ պահից սկսած՝ ենթակա է փոխհատուցման GKV ֆոնդերից: Դեղատոմսերից դեղատոմսով բաց թողնվող դեղորայքի գները ամրագրված են: Եթե հիվանդն ունի դեղատոմս, ապա կարող է դեղորայքը ստանալ դեղատոմսից՝ առանց դրա դիմաց վճարելու, իսկ դեղատոմսը կստանա համապատասխան փոխհատուցում առողջության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամից: Սակայն, ինչպես տեսնում ենք գծապատկերում, դեղատոմսը չի կարող

⁵⁰ Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. IGES Institute. An IGES Group company.
https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf

պահանջել փոխհատուցում ամբողջ մանրածախ գնի չափով, քանի որ դրանից կատարվում են պարտադիր նվազեցումներ⁵¹:

Ստացիոնար խնամքի դեպքում դեղագործական արտադրանքի գումարը չի առանձնացվում, և GKV հիմնադրամը փոխհատուցում է հիվանդի բուժման ամբողջ գումարը:

Գերմանիայում նախատեսվում են նաև պարտադիր «գրպանի ծախսեր», որոնք տատանվում են 5-10 եվրոյի սահմաններում՝ յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար: Այն դեղորայքը, որի գինը 30%-ով ցածր է ռեֆերենտային գնից, կարող է չփոխհատուցվել⁵²:

Այսպիսով՝ Գերմանիայում գնագոյացման և փոխհատուցման քաղաքականությունը հիմնված է հետևյալ սկզբունքների վրա.

- դեղատոմսով դեղերը փոխհատուցվում են առողջության ապահովագրության հիմնադրամի կողմից, եթե ներառված չեն բացասական ցանկում,
- արտադրողներն ազատորեն սահմանում են դեղերի գները,
- դեղերը կարող են խմբավորվել թերապևտիկորեն համարժեք խմբերում, որոնց համար սահմանվում են առավելագույն փոխհատուցման գումարներ,
- դեղագործական շուկայի բարեփոխման օրենքը սահմանում է ազատ գնագոյացման սկզբունք դեղորայքի գրանցման պահին, սակայն պարտադրում է հիմնավորել «ավելացված թերապևտիկ արժեքը»: Սա նշանակում է, որ եթե դեղամիջոցն ունի որոշակի լրացուցիչ թերապևտիկ արժեք, ապա պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամի և դեղագործական ընկերության միջև փոխհատուցման գինը բանակցվում է՝ համանման դեղորայքի գների հիման վրա: Եթե լրացուցիչ թերապևտիկ արդյունքը չի հիմնավորվում, նոր դեղորայքը, եթե հնարավոր է, ներառվում է ռեֆերենտային գնային քլաստերում: Հակառակ դեպքում սահմանվում է, որ տվյալ դեղի գինը չի կարող ավելի բարձր լինել, քան համանման մեկ այլ դեղինը:

Գերմանիայում գործում է մասնավոր ապահովագրության համակարգ: Առողջության մասնավոր ապահովագրության ծրագրերն ընդգրկում են բժշկական և ատամնաբուժական ծառայությունների ավելի լայն շրջանակ, քան պետական համակարգը և, ընդհանուր առմամբ, ապահովում են ապահովագրական լայն ծածկույթ և բարձր մակարդակի բժշկական ծառայություններ:

⁵¹ Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. IGES Institute. An IGES Group company. https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf

⁵² Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. IGES Institute. An IGES Group company. https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf

Մասնավոր բժշկական ապահովագրության շուկան ապասարկում են մոտ 40 գերմանական ապահովագրական ընկերություններ, և կան պրեմիում/բարձր դասի փաթեթների համակցություններ, որոնք համապատասխանում են բյուջեների մեծամասնությանը: Մեկ անձի համար լրիվ բժշկական ապահովագրության արժեքը պայմանավորված է ընտրված ծածկույթով, ինչպես նաև ապահովագրվողի տարիքով ու բժշկական պատմությամբ: 2010 թվականից ի վեր մասնավոր բժշկական ապահովագրավճարների մեծ մասը (մինչև 80%) նվազեցվում է եկամտահարկից:

Մասնավոր ապահովագրության պարագայում հիվանդին տրամադրվում է ֆիրմային դեղորայք, եթե առկա է դեղատոմս: Ապահովագրվողը վճարում է դեղամիջոցի ամբողջ արժեքը, այնուհետև անդորրագրերը ներկայացնում ապահովագրողին՝ փոխհատուցման համար:

Ֆրանսիա

Ֆրանսիայում առողջապահությունը և դեղագործությունը հիմնված են սոցիալական առողջապահական ապահովագրության համակարգի բիսմարկյան մոտեցման վրա, որը լրացվում է լրացուցիչ բժշկական ապահովագրությամբ (այսպես կոչված՝ «mutuelle»): Երկիրն ունի բարձրորակ առողջապահական համակարգ, որն առաջարկում է համընդհանուր ծածկույթ բոլոր քաղաքացիների համար՝ անկախ տարիքից և տնտեսական վիճակից: Վերոնշյալ համակարգը բաղկացած է պետական և մասնավոր ծառայությունների ինտեգրված ցանցից:

Ռեգիոնալ համարվող անձանց ծախսերը ծածկվում են պարտադիր բժշկական ապահովագրության վճարներով, իսկ լրացուցիչ ապահովագրություն ցանկացողների համար հասանելի է կամավոր մասնավոր ապահովագրությունը: Կառավարության կողմից ֆինանսավորվող գործակալությունները ծածկում են առողջապահական ծախսերի ավելի քան 75%-ը:

Ֆրանսիայում առողջապահությունը մասամբ ֆինանսավորվում է կառավարության կողմից, միաժամանակ, հիվանդը նույնպես փոքր ներդրում է կատարում առողջապահական ծախսերում: Ֆրանսիայի պետական բժշկական ապահովագրությունը փոխհատուցում է բժիշկների այցելությունների և հիվանդանոցային ծախսերի 70-100%-ը: Ցածր եկամուտ և երկարատև հիվանդություններ ունեցող անձանց ծախսերը փոխհատուցվում են ամբողջությամբ:

Երկրում հանրային առողջապահության համար գործում է համավճարի համակարգ, որտեղ բժշկական ծախսերի մեծ մասը փոխհատուցվում է պետական բժշկական ապահովագրության միջոցով:

Պետական բժշկական ապահովագրությունը ծածկում է հետևյալ խմբերի անձանց ծախսերը.

- Ռեզիդենտներ. յուրաքանչյուր ոք, ով կայուն և կանոնավոր կերպով բնակվում է Ֆրանսիայում (տարեկան առնվազն երեք ամիս անընդմեջ), կարող է հաշվառվել բժշկական ապահովագրության համար: Սա վերաբերում է այն անձանց, որոնց ընտանիքները կամ հիմնական բնակության վայրերը Ֆրանսիայում են և մտադիր են ապրել այստեղ տարեկան առնվազն վեց ամիս (183 օր):
- Աշխատողներ. Ֆրանսիայում աշխատող բնակչությունը կարող է օգտվել բժշկական ապահովագրությունից, քանի որ վճարում է սոցիալական ապահովության վճարներ (cotisations sociales):
- Ինքնազբաղված ֆրիլանսերները և բիզնեսի սեփականատերերը՝ միկրոձեռնարկատերեր և սահմանափակ ընկերությունների բիզնեսի սեփականատերեր (Société à Responsabilité Limitée), կարող են օգտվել բժշկական ապահովագրությունից՝ անկախ սոցիալական ռեժիմի (RSI-Régime Social des Indépendants) համակարգի միջոցով:
- Երեխաներն ինքնաբերաբար իրավասու են ստանալու բժշկական ապահովագրություն՝ անկախ ազգությունից:
- Ուսանողներ. օտարերկրյա ուսանողները, սովորաբար, չեն ճանաչվում որպես ռեզիդենտներ, ուստի նրանց մեծամասնությունը պետք է ձեռք բերի համապատասխան սոցիալական ապահովագրությունը (Sécurité Sociale Etudiante), որը Ֆրանսիայում գտնվելու ժամանակ ծածկում է առողջապահական ծախսերը: Բացառություններ կան ԵՄ/ԵՏՏ (Եվրոպական տնտեսական տարածք) քաղաքացիների (EHIC քարտերով), կրթաթոշակ ստացողների, 28 տարեկանից բարձր, գործազուրկ ոչ ԵՏՏ քաղաքացիների և Ֆրանսիայում երեք ամսից պակաս սովորող ուսանողների համար:
- ԵՄ, ԵՏՏ և Շվեյցարիայի քաղաքացիներ. վերջիններս, սովորաբար, կարող են օգտագործել իրենց ապահովագրության եվրոպական քարտը (EHIC), եթե ժամանակավորապես գտնվում են Ֆրանսիայում: Այնուամենայնիվ, օրինական բնակիչների համար անհրաժեշտ է բժշկական ապահովագրություն:
- ԵՏՏ և բրիտանացի թոշակատուներ. նրանք, ովքեր կենսաթոշակ են ստանում իրենց երկրներից, սակայն բնակվում են Ֆրանսիայում, կարող են դիմել ֆրանսիական բժշկական ապահովագրությանը՝ S1 վավեր ձևով:
- Գործազուրկներ/ցածր եկամուտ ունեցող աշխատողներ. վերջիններս իրավասու են ստանալու բժշկական ապահովագրություն և համապատասխան լրավճարներ՝ CMU-C-ի միջոցով:

Ֆրանսիայում աշխատող յուրաքանչյուր անձի աշխատավարձից պարտադիր կերպով պահվում են սոցիալական վճարներ (cotisations sociales), որոնք ծածկում են նրանց պետական առողջապահական ապահովագրությունը:

Մասնավոր բժշկական ապահովագրությունը Ֆրանսիայում

Ֆրանսիայի քաղաքացիներից շատերը, բացի պետական բժշկական ապահովագրությունից, իրենց ծածկույթը լրացնում են նաև մասնավոր բժշկական ապահովագրությամբ, որը հայտնի է որպես Mutuelle: Mutuelle-ը երբեմն կարող է սպասարկել հատուկ մասնագիտություններ ունեցող աշխատողներին: Գործատուները հաճախ առաջարկում են Mutuelle-ը՝ որպես նպաստների փաթեթի մաս: Ուսանողները կարող են կա՛մ ընտրել իրենց ծնողների Mutuelle ծածկույթը, կա՛մ ձեռք բերել սեփականը:

Պետական ապահովագրությունը, սովորաբար, չի ներառում հոգեբանների, օստեոպաթների և որոշակի մասնագետների հետ խորհրդատվության ծախսերը: Մասնավոր խնամքի ծախսերը կախված են պահանջվող ապահովագրության տեսակից և այնպիսի գործոններից, ինչպիսիք են դիմողի տարիքը, որոշակի դեպքերում՝ նաև առողջական վիճակի մասին տվյալները:

Հիմնական փաթեթները կենտրոնացած են հիվանդանոցային խնամքի և դեղորայքի վրա, սակայն կարող են ներառել սահմանափակ ատամնաբուժական ծածկույթ: Կառավարությունը տարեկան փոփոխում է սոցիալական նվազեցումների տոկոսը:

Առողջության ապահովագրություն գործազուրկների և ցածր եկամուտ ունեցողների համար

Գործազուրկներն ու ցածր եկամուտ ունեցողներն իրավասու են օգտվելու պետության կողմից ֆինանսավորվող անվճար լրացուցիչ բուժօգնության (CMU-complémentaire) հնարավորությունից: 2019 թվականին մեկ տնային տնտեսության ընթացիկ եկամտի շեմերը սահմանվել են հետևյալ մակարդակներով.

- մեկ անձից բաղկացած տնային տնտեսություն՝ 8951 եվրո,
- երկու անձից բաղկացած տնային տնտեսություն՝ 13426 եվրո,
- երեք անձից բաղկացած տնային տնտեսություն՝ 16112 եվրո,
- չորս անձից բաղկացած տնային տնտեսություն՝ 18129 եվրո,
- չորսից ավելի անձից բաղկացած տնային տնտեսություն՝ յուրաքանչյուր անձին՝ 3580 եվրո⁵³:

Առողջության ապահովագրության շրջանակում փոխհատուցվում են նաև դեղորայքի ծախսերը: Ֆրանսիան ունի գնագոյացման և փոխհատուցման կենտրոնացված համակարգ, որի վրա զգալի ազդեցությունն ունի Haute Autorité de Sante-ի թափանցիկության հանձնաժողովը, թեև պետական և մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները նույնպես մասնակցում են գնագոյացման որոշումներում: Ամբուլատոր կամ ստացիոնար փոխհատուցման ցուցակներում ընդգրկված դեղերի գները կարգավորված են:

⁵³ The French social security system: claiming benefits <https://www.expatica.com/fr/living/gov-law-admin/french-social-security-101168/>

Արդյունավետ դեղերի ծախսերի փոխհատուցումը բարձր է, սակայն գործում են բարձր համավճարներ (հաճախ ծածկվում են լրացուցիչ ապահովագրությամբ) ամբուլատոր բուժման համար, որոնք պակաս արդյունավետ են:

Փոխհատուցվող դեղերի գներն ամբուլատոր և ստացիոնար հատվածներում կարգավորվում են: Գների վերահսկումը կատարվում է գործարանային գների մակարդակում՝ սահմանվելով Առողջապահական խնամքի ապրանքների տնտեսական հանձնաժողովի (CEPS) և դեղագործական ընկերությունների միջև գնային բանակցությունների միջոցով:

ASMPR I-ից III վարկանիշ ունեցող դեղերի գներն ավելի բարձր են, քան համեմատվող դեղերինը.

- ASMR I. լուրջ բարելավում (նոր թերապևտիկական ուղղություն, մահացության նվազում),
- ASMR II. արդյունավետության նշանակալի բարելավում և/կամ կողմնակի ազդեցությունների նվազեցում,
- ASMR III. արդյունավետության համեստ բարելավում և/կամ կողմնակի ազդեցությունների նվազեցում⁵⁴:

ASMR բարձր վարկանիշի և տնտեսական գնահատման մեթոդաբանական թերությունների բացակայության դեպքում Գերմանիայում, Իտալիայում, Իսպանիայում և Մեծ Բրիտանիայում ռեֆերենտային գները համարվում են գնային բանակցությունների տարր (արտաքին ռեֆերենտային գնագոյացում): Այս դեպքում Ֆրանսիայում փոխհատուցվող գինը չի կարող ցածր լինել ռեֆերենտային երկրների ամենացածր գնից:

Ֆրանսիան կիրառում է «գնային կապի քաղաքականություն» ինչպես գներիկ, այնպես էլ փոխհատուցման մեջ ընդգրկված օրիգինալ դեղամիջոցների համար, ինչը ենթադրում է, որ շուկա մուտք գործելիս պետք է դրանց գները նվազեցվեն: Ֆրանսիայում գների նվազեցման դրույքները տարբերվում են ըստ ամբուլատոր և ստացիոնար ոլորտների, ինչպես նաև ըստ գներիկ/կենսասնմանակ⁵⁵ դեղամիջոցների և դրանց օրիգինալ /ռեֆերենտային տարբերակների (զուգահեռ ներմուծվող դեղերի դեպքում տարբերություն չկա):

⁵⁴ Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/pricing_reimbursement_of_drugs_and_hta_policies_in_france.pdf

⁵⁵ Կենսասնմանակ՝ կենսատեխնոլոգիական և կենսաբանական ծագման վերարտադրված դեղ: <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446&fbclid=IwAR2pqMdBvAvH6KbXgMRySOGSWkY3dchLJDKrrmaRxQLS-xm-Qeh0F9OcjE>

Ամբուլատոր և ստացիոնար բուժման համար նախատեսված փոխհատուցվող դեղերի գների սվազեցումները⁵⁶

Դեղերի գների նվազեցումները	Ամբուլատոր	Ստացիոնար
Գներըիկ դեղերի շուկա	Գներըիկ՝ սկզբնական գնի 60%-ի չափով: Օրիգինալ՝ սկզբնական գնի 20%-ի չափով:	Գներըիկ՝ սկզբնական գնի 40%-ի չափով: Օրիգինալ՝ սկզբնական գնի 30%-ի չափով:
Կենսամանրակ դեղամիջոցների շուկա	Կենսամանրակ դեղամիջոցներ՝ ռեֆերենտային դեղերի գների 40%-ի չափով: Ռեֆերենտ դեղեր՝ սկզբնական գների 20%-ի չափով:	Կենսամանրակ դեղամիջոցներ՝ ռեֆերենտ դեղերի գների 30%-ի չափով: Ռեֆերենտ դեղեր. սկզբնական գների 20%-ի չափով:
Զուգահեռ ներմուծված դեղեր	Օրիգինալի գնի 5%-ի չափով:	Օրիգինալի գնի 5%-ի չափով:

Փոխհատուցման ցուցակներից որևէ մեկում գրանցված («liste en sus» և «retrocession list») և հիվանդանոցում կիրառվող ստացիոնար բուժման դեղերի նկատմամբ կիրառվում է գնային վերահսկողություն, մինչդեռ հիվանդանոցներում DRG համակարգով ֆինանսավորվող դեղամիջոցների պարագայում նման վերահսկողություն չի իրականացվում:

Ամբուլատոր օգտագործման համար դասակարգված դեղերն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն փոխհատուցվում են, եթե դրանք ներառված են դեղատոմսով բաց թողնվող և ամբուլատոր հատվածի փոխհատուցման ցուցակում:

Փոխհատուցման ցուցակում ներառվելու համար դեղամիջոցը, կլինիկական տեսանկյունից, պետք է ունենա «բժշկական արժեք» (Service medical redu/SMR), որը գնահատվում է հետևյալ չափանիշների հիման վրա՝ արդյունավետություն, թերապևտիկ, կանխարգելիչ, բուժիչ կամ սիմպտոմատիկ նշանակություն, հանրային առողջության շահեր⁵⁷:

Գնահատված «բժշկական արժեքն» ազդում է ամբուլատոր դեղամիջոցների փոխհատուցման սահմանաչափի վրա.

- կարևոր SMR՝ 65% փոխհատուցում,
- չափավոր SMR՝ 30% փոխհատուցում,
- թույլ SMR՝ 15% փոխհատուցում,
- անբավարար SMR՝ 0% փոխհատուցում⁵⁸:

⁵⁶ Sabine Vogler. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Vienna, October 2020 Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection.

⁵⁷ Sabine Vogler. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Vienna, October 2020 Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection.

⁵⁸ Pricing and Reimbursement in France <https://drugdevelopment.labcorp.com/content/dam/covance/assetLibrary/salesheets/Pricing-Reimbursement-France-SSCMA053.pdf>

Առողջապահության ապահովագրության հիմնադրամների ազգային միությունը՝ UNCAM-ը, որոշում է փոխհատուցման չափը՝ հիմնվելով SMR վարկանիշի վրա: Ծանր և քրոնիկական հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղամիջոցները (Affections de longue durée/ALD) 100%-ով փոխհատուցվում են (երկարատև հիվանդությունների ցանկում ներառված է մոտ 30 հիվանդություն):

Ծանր և քրոնիկական հիվանդությունների համար նախատեսված դեղորայքի «mutuelle» ապահովագրությամբ փոխհատուցվող արժեքի մի մասը վճարում են քաղաքացիները՝ որպես համավճար: Բացի այդ, 18 տարեկանից բարձր անձանց դեպքում դեղամիջոցների յուրաքանչյուր փաթեթի համար գանձվում է 0,50 եվրո⁵⁹:

Սպացիոնար դեղերի փոխհատուցում

Հիվանդանոցներում օգտագործվող դեղերի մոտ 40%-ը ինտեգրված է կատարողականի վրա հիմնված ծախսերի համակարգում (Tarification à l'activité / T2A)՝ ներառվելով ախտորոշման հետ կապված փոխհատուցման (DRG) միանվագ գումարներում:

Հիվանդանոցային հատվածում DRG սխեմայով չփոխհատուցվող դեղերի համար գործում է փոխհատուցման երկու ցուցակ⁶⁰.

- լրացուցիչ ցանկ, որտեղ ներառվում է բարձր գին ունեցող կամ քիչ քանակությամբ արտադրվող դեղորայք (շուկայում նոր հայտնված թանկարժեք դեղերի անցումային ցուցակ),
- ռետրոցեսիվ դեղամիջոցների ցանկ, որը հիվանդանոցային դեղատները տրամադրում են ամբուլատոր հիվանդներին (քանի որ այդ դեղերը հասանելի չեն համայնքային դեղատներում):

Հիվանդանոցային փոխհատուցման ցուցակներում ներառված դեղերի գները սահմանվում են բանակցությունների միջոցով: Այստեղ ևս կարևոր նշանակություն ունի դեղամիջոցների գնագոյացումը մեծածախ և դեղատնային շղթայում: Փոխհատուցվող ամբուլատոր դեղերի մեծածախ վաճառքի գինը հաշվարկվում է ըստ ռեգրեսիվ (հետընթաց) հավելավճարի երկնակարգակ սխեմայի⁶¹:

⁵⁹ Sabine Vogler. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Vienna, October 2020 Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection.

⁶⁰ PPRI Pharma Brief: France 2020. https://jasmin.goeg.at/1686/1/PPRI_Pharma_Brief_FR_2020_final_Oct2020.pdf

⁶¹ PPRI Pharma Brief: France 2020. https://jasmin.goeg.at/1686/1/PPRI_Pharma_Brief_FR_2020_final_Oct2020.pdf

Աղյուսակ 3

Փոխհատուցվող ամբուլատոր դեղերի մեծածախ վրադիրի ձևավորման սխեման (մինչև 2020 թ. սեպտեմբերի 29-ը)⁶²

Գործարանային գին՝ ստանց ԱԱՀ-ի	Գործարանային գնի առավելագույն վրադիր
€0.00- €571.05	7.53%, բայց նվազագույնը €0.3 և ոչ ավելի, քան €43
€571.05 և բարձր	0%

Ֆրանսիայում համայնքային դեղատները փոխհատուցվում են ըստ օրենքով սահմանված վրադիրի 5 աստիճանի ռեգրեսիվ սխեմայի, որը կիրառելի է օրիգինալ և գեներիկ ամբուլատոր դեղամիջոցների դեպքում: Ռեֆերենտային գների համակարգում ընդգրկված գեներիկ դեղորայքի պարագայում դեղատները ստանում են նույն չափի փոխհատուցում:

Աղյուսակ 4

Դեղատների վրադիրի սխեման ամբուլատոր փոխհատուցվող դեղերի համար՝ բացառությամբ ռեֆերենտային գների համակարգում ընդգրկված գեներիկ դեղորայքի (2020 թ.)⁶³

Գործարանային գին՝ առանց ԱԱՀ-ի (եվրո)	Գործարանային գնի առավելագույն վրադիր
0.00- €1.91	10%
1.92- €22.90	7%
22.91- €150	5.5%
150.01- €1930.00	5%
1930 և բարձր	0%

Լիտվա

Լիտվան աչքի է ընկնում սոցիալական ապահովության համապարփակ համակարգով, որն առաջարկում է մի շարք արտոնություններ և սոցիալական երաշխիքներ: Ըստ աշխատանքային պայմանագրերի՝ աշխատողների աշխատավարձերից կատարվում են հատկացումներ Պետական սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամին, որը հիմնական ապահովագրական գործակալն է Լիտվայում:

⁶² Order of November 12, 2018 modifying the order of August 4, 1987 relating to the prices and margins of reimbursable medicines and vaccines and allergens prepared especially for an individual https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037611571

⁶³ Order of November 12, 2018 modifying the order of August 4, 1987 relating to the prices and margins of reimbursable medicines and vaccines and allergens prepared especially for an individual https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037611571

Աշխատանքային պայմանագրերով աշխատող անձանց հատկացումների սխեման⁶⁴

Աշխատանքային պայմանագրի ձևը	Ապահովագրող		Ապահովագրված անձ			Ընդամենը %	Ընդամենը 2.7% կուպոնային վճարով	Ընդամենը 3% կուպոնային վճարով	
	Սոց. ապահովագրության փոխակը, %	Առանց կուպոնային վճարման, %	Ետպահովային վճարման, 2.7%	Ետպահովային կենսաթոշակով, 3%	Սոցիալական ապահովության փոխակը, %				
Անորոշ ժամկետով աշխատանքային պայմանագիր	1.77	- Գործազրկություն՝ 1,31 - Դժբախտ պատահարների աշխատավայրում՝ 0,14 - Երաշխիքային ֆոնդ՝ 0,16 - Աշխատանքային երկարաժամկետ նպաստի ֆոնդ՝ 0,16	19.5	22.5	22.5	- Կենսաթոշակ՝ 8,72 - Հիվանդություն՝ 1,99 - Մայրություն՝ 1,81 - Առողջություն՝ 6,98	21.27	23.97	24.27
Ժամկետային աշխատանքային պայմանագիր	2.49	- Գործազրկություն՝ 2,03 - Դժբախտ պատահարների աշխատավայրում՝ 0,14 - Երաշխիքային ֆոնդ՝ 0,16 - Աշխատանքային երկարաժամկետ նպաստի ֆոնդ՝ 0,16	19.5	22.5	22.5	- Կենսաթոշակ՝ 8,72 - Հիվանդություն՝ 1,99 - Մայրություն՝ 1,81 - Առողջություն՝ 6,98	21.99	24.69	24.99

Ազգային առողջապահական համակարգն այստեղ, որպես կանոն, ֆինանսավորվում է Առողջության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամի բյուջեից (CHIF): Սխեման հիմնված է պարտադիր վճարների վրա, որոնք կառավարում է NHIF-ը: Ազգային առողջապահական համակարգը կառուցված է այնպես, որ հասանելի լինի Լիտվայի ողջ բնակչությանը (սակայն, այն բնակիչները, որոնք պարտադիր վճարներ չեն վճարում, չեն կարող օգտվել վերոնշյալ համակարգից):

Լիտվայում դեղագործական պարագաների մեծածախ և մանրածախ վերադիրները կարգավորում են առողջապահության նախարարը և կառավարությունը: Ընդ որում, փոխհատուցվող դեղորայքի մեծածախ և մանրա-

⁶⁴ Social insurance contributions.

<https://socmin.lrv.lt/en/activities/social-insurance-1/social-insurance-contributions>

ծախ առևտրի վերադիրները կարգավորվում են առողջապահության նախարարի, իսկ չփոխհատուցվողներինը՝ կառավարության կողմից:

Բացի պետականից, գործում է նաև մասնավոր առողջապահական համակարգը, որը հիմնականում տրամադրում է ամբուլատոր առողջապահական ծառայություններ: Պետք է նշել, որ այս դեպքում ծախսերը հոգում են հենց հիվանդները (գրպանից վճարումներ), տարածքային առողջության ապահովագրության հիմնադրամները կամ մասնավոր ապահովագրողները: Առողջապահության մասնավոր հատվածը ստացիոնար բուժօգնություն տրամադրելու հարցում շատ սահմանափակ է, սակայն էական դեր է խաղում այլ ոլորտներում, ինչպիսիք են առաջնային խնամքը, կոսմետիկ վիրաբուժությունը և ատամնաբուժությունը:

Ելնելով ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրից՝ կարելի է առանձնացնել HCl-ի 3 տեսակ.

- Հանրային բժշկական հաստատություններ (հիմնականում ֆինանսավորվում են առողջության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամի բյուջեից և/կամ պետական կամ համայնքային բյուջեի հատկացումներից), որոնց ծառայությունների մեծ մասն անվճար է ազգային պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը հիվանդների համար,
- մասնավոր բժշկական հաստատություններ (հիմնականում ֆինանսավորվում են մասնավոր հիմնադրամներից), որոնք վճարովի ծառայություններ են մատուցում հիվանդներին,
- խառը տիպի բժշկական հաստատություններ, այսինքն՝ մասնավոր, որոնք պայմանագրեր են կնքում NHIF-ի կամ THIF-երի հետ՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրությանը հիվանդներին որոշակի ծառայություններ մատուցելու նպատակով: Մնացած ծառայությունները վճարովի են:

Չփոխհատուցվող բժշկական սպրանքներ և սարքավորումներ

Ինչ վերաբերում է չփոխհատուցվող դեղամիջոցներին, ապա մարքեթինգային և գուգահեռ ներմուծման թույլտվություն ունեցողները կամ նրանց տեղական ներկայացուցիչները պետք է առողջապահության նախարարությանը ներկայացնեն չփոխհատուցվող դեղամիջոցի գինը: Հայտարարված գինն օգտագործվում է որպես հիմք, որից հաշվարկվում են չփոխհատուցվող դեղերի առավելագույն թույլատրելի մեծածախ և մանրածախ գները՝ ավելացնելով կառավարության կողմից սահմանված մեծածախ և մանրածախ առևտրի առավելագույն չափերը և ԱԱՀ-ն (եթե կիրառելի է): Այնուամենայնիվ, վերջնական առավելագույն վերադիրները և առավելագույն գինը որոշվում են՝ հաշվի առնելով այն փաստացի գինը, որով սպրանքը վաճառվում է մեծածախ և/կամ մանրածախ վաճառողին: Մատակարարման շղթայում մի քանի մեծածախ/մանրածախ առևտրականների դեպքում առավելագույն սահմա-

նաչափերը բաշխվում են նրանց միջև⁶⁵: Չհատուցվող բժշկական սարքերի և դեղամիջոցների գները կարգավորված չեն, ուստի վաճառվում են շուկայական գնով:

Հարուցվող դեղամիջոցներ և բժշկական սարքավորումներ

Ինչ վերաբերում է փոխհատուցվող դեղորայքին, ապա սրանց գները սահմանվում են Լիտվայի Հանրապետության առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված փոխհատուցվող դեղերի և բժշկական սարքավորումների համար սահմանված գնացուցակով:

Ամբուլատոր ոլորտ

Ամբուլատոր հաստատում դեղերի/բժշկական սարքավորումների համար վճարումը կախված է դրանց փոխհատուցվող կամ չփոխհատուցվող լինելու հանգամանքից: Փոխհատուցվող դեղի կամ բժշկական սարքավորման գինը կարող է ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն փոխհատուցվել: Նման ապրանքների փոխհատուցման մակարդակը կախված է որոշակի ապրանքի համար սահմանված փոխհատուցման պայմաններից, որոշակի դեղամիջոցի/բժշկական սարքի գնից, հիվանդի սոցիալական կարգավիճակից (օրինակ՝ կենսաթոշակառուներին կարող են տրամադրվել փոխհատուցման տարբեր պայմաններ) և այն հիվանդություններից, որոնց համար նախատեսված է տվյալ արտադրանքը: Դեղամիջոցի/բժշկական սարքի միայն մասնակի փոխհատուցման դեպքում հիվանդը պետք է վճարի համավճար⁶⁶:

Սրացիոնար ոլորտ

Ստացիոնար ոլորտում դեղորայքի և բժշկական սարքավորումների ծախսերը կարող են փոխհատուցվել պետական միջոցներից, եթե.

- հիվանդն ունի պարտադիր բժշկական ապահովագրություն,
- առողջապահական ծառայությունները մատուցում է այն հաստատությունը, որը փոխհատուցման պայմանագիր է կնքել առողջության ապահովագրության տարածքային հիմնադրամի հետ,
- մատուցվող առողջապահական ծառայությունները ներառված են առողջապահական ծառայությունների ցանկում, որոնց ծախսերը փոխհատուցում է պետությունը,
- առկա է բժշկի ուղեգիր՝ այլ մասնագետի դիմելու և որոշակի բժշկական ծառայություն ստանալու համար⁶⁷:

⁶⁵ Regulatory, Pricing and Reimbursement TGS Baltic / Lithuania <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-lithuania/>

⁶⁶ Regulatory, Pricing and Reimbursement TGS Baltic / Lithuania <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-lithuania/>

⁶⁷ Regulatory, Pricing and Reimbursement TGS Baltic / Lithuania <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-lithuania/>

Գեղագործական ապրանքների գնագոյացման և փոխհատուցման քաղաքականությունը ստացիոնար և ամբուլատոր հատվածներում⁶⁸

	<i>Ամբուլատոր</i>	<i>Մրացիոնար</i>
Գործարանային գները	<p>Ամբուլատոր փոխհատուցման գները</p> <ul style="list-style-type: none"> - Օրենքով սահմանված գներ: - Փոխհատուցվող դեղերի գնային քաղաքականություն: - Արտաքին ռեֆերենտային գնագոյացում (արտադրողի հայտարարած գինը համեմատվում է ռեֆերենտ երկրներում արտադրվող դեղորայքի միջին գների հետ (8 երկիր): - Առաջին գներիկի գինը պետք է 50 տոկոսով ցածր լինի օրիգինալից: Երկրորդ և երրորդ գներիկների գները պետք է սահմանվեն 15 տոկոսով ավելի ցածր, քան ամենաէժեք դեղի գինը, իսկ ամեն հաջորդողը պետք է լինի ավելի էժեք: - Առաջին կենսամանակի գինը պետք է 30 տոկոսով ավելի ցածր լինի օրիգինալի գնից: Երկրորդ և երրորդ կենսամանակների դեպքում գները պետք է սահմանվեն 10 տոկոսով ավելի ցածր, քան ամենաէժեք ապրանքինը: 	<p>Գնագոյացումը ստացիոնար ոլորտում (պետական հիվանդանոց)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Առողջապահության նախարարության ենթակայության տակ գտնվող բանակցային հանձնաժողով: - Գնային բանակցություններ: - Հիվանդանոցային թանկարժեք դեղերը ներառված են կենտրոնացված գնումներով ձեռք բերվող դեղերի և բժշկական սարքավորումների ցանկում: - Ազատ գնագոյացում: - Հիվանդանոցային դեղերը ներառված չեն կենտրոնացված գնումներով ձեռք բերվող դեղերի և բժշկական սարքավորումների ցանկում:
Գնագոյացումը մեծածախ և դեղատնային հատվածներում	<ul style="list-style-type: none"> - Օրենքով սահմանված գներ: - Մեծածախ ռեգրեսիվ վրադիրներ: - Գեղատների ռեգրեսիվ վրադիրներ: - ԱԱՀ՝ փոխհատուցվող դեղերի համար՝ 5%, չփոխհատուցվողների դեպքում՝ 21%: 	<ul style="list-style-type: none"> - Մրցույթներ: - Գնային բանակցություններ: - Հիվանդանոցային թանկարժեք դեղերը ներառված են կենտրոնացված գնումներով ձեռք բերվող դեղերի և բժշկական սարքավորումների ցանկում: - Օրենքով սահմանված պարտադիր վերադիրներ չկան, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դեղամիջոցը ձեռք է բերվում համայնքային դեղատնից: - ԱԱՀ՝ փոխհատուցվող դեղերի համար՝ 5%, չփոխհատուցվող դեղերի դեպքում՝ 21%:

⁶⁸ Regulatory, Pricing and Reimbursement TGS Baltic / Lithuania <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-lithuania/>

<p>Փոխհատուցում</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Դրական ցուցակ (500 ակտիվ կայքեր ներառված են դրական ցուցակում): - Ռեֆերենտային գնագոյացում: - ATC⁶⁹ 5 և 4 մակարդակ (դեղամիջոցի ամենացածր գինը ռեֆերենտային խմբում): - Համավճարի չափը: - Փոխհատուցման 10, 20, 50 տոկոս սահմանաչափը կախված է հիվանդության սրությունից (ինչքան քրոնիկական է հիվանդությունը, այնքան բարձր է փոխհատուցման սահմանաչափը): 100 տոկոսով փոխհատուցվող դեղերի համավճարը կարող է կազմել մինչև 1.5 եվրո (կախված մեծածախ գնից՝ բացառություն է ինսուլինը): - Խոցելի խմբերի համար սահմանված է փոխհատուցման հետևյալ կառուցակարգը. <ul style="list-style-type: none"> • Երեխաները և հաշմանդամները օգտվում են 100 տոկոս փոխհատուցումից՝ փոխհատուցման ցանկում ներառված բոլոր դեղերի համար: - Բարեփոխումներ: - Գին-ծավալ, ծախսերի շեմ, դիսկի կիսում: - Էլեկտրոնային դեղատոմսերի համակարգ: 	<ul style="list-style-type: none"> - Ամբուլատոր ցուցակը վերաբերում է նաև ստացիոնարին: - Հիվանդանոցներում չի գործում համավճար: - Բարեփոխումներ: - Գնային բանակցություններ արտադրողների կամ մեծածախ ցանցերի հետ՝ հիվանդանոցային պայմաններում արտոնագրված թանկարժեք դեղերի ձեռքբերման համար:
----------------------------	--	---

Ֆինլանդիա

Ֆինլանդիայի առողջապահական համակարգը հիմնված է հանրային առողջապահական ծառայությունների վրա: Այս համակարգից օգտվելու իրավունք ունի երկրում բնակվող յուրաքանչյուր ոք: Ֆինլանդիայի սահմանադրության համաձայն՝ պետական մարմինները բոլորի համար պետք է երաշխավորեն սոցիալական, առողջապահական և բժշկական համապատասխան ծառայություններ: Բացի դրանցից, այստեղ գործում են բազմաթիվ մասնավոր առողջապահական ծառայություններ⁷⁰:

Ֆինլանդիայում առողջության ապահովագրության (NHI) ազգային համակարգը սոցիալական ապահովության համակարգի մի մասն է: Այն փոխհատուցում է հետևյալ ծախսերի մի մասը.

- մասնավոր բժիշկներին՝ վարձատրության որոշակի մասնաբաժին,

⁶⁹ Անատոմիական թերապևտիկ քիմիական (ATC) դասակարգում:

⁷⁰ Healthcare system in Finland

<https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>

- մասնավոր բժշկի նշանակած հետազոտությունների և բուժման ծախսեր,
- մասնավոր ատամնաբույժների վարձավճարներ և նրանց նշանակած հետազոտությունների ծախսեր,
- դեղորայքի ձեռքբերման ծախսեր,
- հիվանդության հետ կապված տրանսպորտային ծախսեր⁷¹:

Որպես կանոն, Ֆինլանդիայի բոլոր մշտական բնակիչների առողջապահական ծախսերը փոխհատուցվում են NHI սխեմայով, հենց որ նրանք սկսում են աշխատել կամ դառնում ինքնազբաղված՝ պայմանով, որ դա կտևի առնվազն 4 ամիս (անկախ Ֆինլանդիայում ապրելու հանգամանքից)⁷²:

Նախատեսված է փոխհատուցում որոշակի դեղամիջոցների, կլինիկական սննդանյութերի և այլնի համար, որոնց ցանկը հաստատված է Փոխհատուցման դեղագործական գնագոյացման խորհրդի (Hila) կողմից: Սովորաբար, փոխհատուցումը տրամադրվում է անմիջապես դեղատանը:

Ֆինլանդիայի սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամը (Kela) ապահովում է դեղերի, փափկեցնող քսուքների և կլինիկական սննդանյութերի արժեքի մի մասի փոխհատուցումը, իսկ ծախսերի մյուս մասը կատարում է հիվանդը⁷³:

Ընդ որում, փոխհատուցման չափը կախված է դրա կատեգորիայից (փոխհատուցման հիմնական չափը՝ 40%, հատուկ չափը՝ 65%, բարձր չափը՝ 100%): Բարձր չափի փոխհատուցման դեպքում մեկ տուփի դեղի գնման համար գանձվում է 4,50 եվրո համավճար:

Փոխհատուցումը նվազեցվում է դեղամիջոցի գնից: Եթե դեղը ներառված է ռեֆերենտային գների համակարգում, ապա ռեֆերենտ գնից ավելի մասը չի փոխհատուցվում:

Փոխհատուցման կատեգորիաներ⁷⁴ | Աղյուսակ 7

Փոխհատուցման կատեգորիա	Փոխհատուցման չափ	Համավճար
Փոխհատուցման հիմնական չափ	40%	60%
Փոխհատուցման հատուկ չափ	65%	35%
Փոխհատուցման բարձր չափ	100%	€4.50՝ յուրաքանչյուր տուփի համար

Դեղատներում, որպես կանոն, թարմացվում են տեղեկություններն անձի «գրպանի ծախսերի» տարեկան առավելագույն սահմանաչափի օգտագործման մասին: Տարեկան առավելագույն չափը գերազանցելու դեպքում կարելի է ստանալ լրացուցիչ փոխհատուցում, ինչը նշանակում է, որ տարվա մնացած

⁷¹ Healthcare system in Finland <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>

⁷² Healthcare system in Finland <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>

⁷³ Cost sharing for prescription medicines <https://www.kela.fi/reimbursements-for-medicine-expenses-cost-sharing>

⁷⁴ Cost sharing for prescription medicines <https://www.kela.fi/reimbursements-for-medicine-expenses-cost-sharing>

Ժամանակահատվածում յուրաքանչյուր փոխհատուցվող դեղամիջոցի համար հիվանդը վճարում է միայն 2,50 եվրո համավճար⁷⁵:

Բացառիկ համավճար է կիրառվում հատուկ սահմանաչափով և լրացուցիչ փոխհատուցման դեպքում: Անձին լրացուցիչ փոխհատուցում է տրվում դեղորայքի ծախսերի համար, եթե վերջինս ձեռք է բերում երեք անվա օգտագործման համար նախատեսված պաշարը: Սակայն, հիվանդը չի կարող գնել անհրաժեշտ քանակն ամբողջությամբ որոշակի դեղամիջոցների դեպքում.

- չափաբաժնով տրվող դեղամիջոցներ,
- կլոզապիններ, դիալիզի լուծույթներ և բժշկական թթվածին,
- արդյունավետության կամ դեղագործական այլ նկատառումներից ելնելով:

Եթե անձն իրավունք ունի օգտվելու փոխհատուցման ավելի բարձր սահմանաչափից կամ լրացուցիչ փոխհատուցումից, ապա նա համավճար է վճարում բուժման յուրաքանչյուր շաբաթվա սկզբին՝ վերը նշված դեղամիջոցների համար: Առնվազն մեկ շաբաթվա բուժման դեպքում գանձվում է բացառիկ համավճար՝ հատուկ դեղամիջոցի համար:

Փոխհատուցման կատեգորիաներ⁷⁶ | Աղյուսակ 8

Փոխհատուցման կարեգործիա	Փոխհատուցման չափ	Համավճար
Փոխհատուցման ավելի բարձր, հատուկ չափ	100%	Բժշկական նկատառումներով հատուկ փոխհատուցում՝ 0,38 եվրո՝ բուժման յուրաքանչյուր նոր շաբաթվա համար:
Լրացուցիչ փոխհատուցում	100%	Բժշկական նկատառումներով հատուկ փոխհատուցում՝ 0,21 եվրո՝ բուժման յուրաքանչյուր նոր շաբաթվա համար

Էստոնիա

Էստոնիայի Առողջության ապահովագրության հիմնադրամը (EHIF) իրականացնում է ազգային պարտադիր բժշկական ապահովագրություն: Առողջության ապահովագրության ազգային համակարգում ընդգրկված է բնակչության մոտավորապես 95%-ը՝ բուժիչ և կանխարգելիչ ծառայությունների լայն շրջանակով, ինչպես նաև որոշ դրամական օգուտներով: Եկամուտները գոյանում են հիմնականում գործատուների և աշխատողների վճարումներից՝ ի լրումն բնակչության որոշակի խմբերի պետական վճարումների: EHIF-ը գործում է որպես գնորդ՝ փոխհատուցելով բոլոր պայմանագրային մատակարարներին:

⁷⁵ Cost sharing for prescription medicines <https://www.kela.fi/reimbursements-for-medicine-expenses-cost-sharing>

⁷⁶ Cost sharing for prescription medicines <https://www.kela.fi/reimbursements-for-medicine-expenses-cost-sharing>

Էստոնիայում բժշկական օգնության հասանելիությունը կախված չէ մարդու տարիքից, եկամտից կամ բնակության վայրից: Առողջության ապահովագրության միասնական ֆինանսավորումը ստացվում է ապահովագրական հարկից՝ 13%, որը գանձվում է աշխատող բնակչության եկամտից: Առողջության ապահովագրությունից օգտվում են նաև չաշխատող անձինք՝ երեխաներ, թոշակատուներ, տարեցներ և այլք: Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ստանալու որակյալ բուժօգնություն՝ անկախ այն բանից՝ ինքն է վճարում ապահովագրական հարկը, թե ոչ:

Ապահովագրված անձի բժշկական ծախսերը, ինչպես վերը նշեցինք, վճարում է EHIF-ը: Առողջության ապահովագրությունից կարող են օգտվել բնակչության հետևյալ խմբերը.

- երեխաներ՝ մինչև 19 տարեկան, որոնք գրանցված են Էստոնիայում,
- սովորողներ. պետությունն առողջության ապահովագրություն է տրամադրում միջնակարգ, միջին մասնագիտական, բարձրագույն կրթություն ստացողներին, ասսպիրանտներին, դոկտորանտներին և այլոց,
- գործազուրկներ, որոնք գրանցված են Էստոնիայի գործազրկության ապահովագրության հիմնադրամում,
- թոշակատուներ՝ պետական կենսաթոշակ ստացող բոլոր անձինք:

Եթե անձը չի պատկանում վերը նշված խմբերից որևէ մեկին, ապա նա կարող է կամավոր բժշկական ապահովագրության պայմանագիր կնքել EHIF-ի հետ՝ ապահովագրավճար կատարելով Առողջության ապահովագրական հիմնադրամին:

Առողջության ապահովագրության շրջանակում կարգավորվում են նաև դեղերի գները, դրանց մանրածախ և մանրածախ վերադիրները, փոխհատուցման կարգը և այլն: Վերադիրների առավելագույն սահմանաչափերն ամրագրված են օրենքով, ընդ որում, մեծածախ վաճառքի դեպքում՝ 7-10%, մանրածախի դեպքում՝ 21-25%, որոնք կարող են ճշգրտվել՝ հիմնվելով շուկայի տարեկան վերլուծություն վրա:

Մեծածախ վերադիրի սանդղակ⁷⁷ | Աղյուսակ 9

Մեկ փաթեթի վաճառքի գինը (EUR)	Համամասնական վերադիր (%)
Մինչև 1.60	20
1.61-2.88	15
2.89-6.39	10
6.40-12.78	5
12.78-ից բարձր	3

⁷⁷ Health Insurance Act <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/Riigikogu/act/501062023001/consolide>

Գործնականում կիրառվող վերադիրները կարող են ցածր լինել սահմանված առավելագույնից, ինչը բնորոշ է առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղագործական ապրանքների համար:

Մանրածախ վերադիրի սանդղակ⁷⁸

Աղյուսակ 10

Մեկ փաթեթի վաճառքի գինը (EUR)	Համամասնական վերադիր (%)	Ամիագրված վերադիր (EUR)
Մինչև 0.64	0	0.38
0.65-1.28	40	0.38
1.29-1.92	35	0
1.93-2.56	30	0
2.57-3.20	25	0
3.21-6.39	20	0
6.40-44.74	15	0
44.74-ից բարձր	0	5.11

Գոյություն ունեցող վերադիրների համակարգի նպատակն է հավասարակշռել ցածր և բարձր գներով դեղագործական ապրանքների գները և խթանել մեծածախ վաճառողներին ու դեղատներին՝ հետաքրքրվելու էժան դեղամիջոցներով՝ պահպանելով դրանց հնարավոր շահույթի մարժան:

2003 թվականից ի վեր՝ Էստոնիայում գործում է ռեֆերենտային գների համակարգ՝ նույն կամ նմանատիպ ակտիվ բաղադրիչ պարունակող տարբեր արտադրողների փոխհատուցվող դեղերի համար: Սկզբում, որպես ռեֆերենտային, օգտագործվել է ամենաէժան դեղագործական արտադրանքի, իսկ 2005 թվականից սկսած՝ երկրորդ ամենաէժան դեղագործական արտադրանքի միջին օրական չափաբաժնի գինը: Մանրածախ և ռեֆերենտային գների տարբերությունը պետք է վճարի հիվանդը: Բժշկական արտադրանքի մեծածախ գնման գինը, որին ավելացվում են մեծածախ և մանրածախ առևտրի առավելագույն վերադիրները և ավելացված արժեքի հարկը, հիմք է հանդիսանում ռեֆերենտային գնի հաշվարկման համար: Երկու դեղերի համար ռեֆերենտային գների հաշվարկը հիմնված է այն դեղամիջոցի վրա, որի գինն ավելի ցածր է: Երեք և ավելի դեղամիջոցների դեպքում ռեֆերենտային գները հաշվարկվում են ամենացածր գին ունեցող դեղից հետո հաջորդ ամենացածր գնով վաճառվող դեղի գնի հիման վրա: Մեծածախ վաճառողները պարտավոր են բոլոր դեղերի մեծածախ գնման գները ներկայացնել EHIF-ին, որը եռամսյակային կտրվածքով վերանայում է ռեֆերենտային գները, իսկ գների ցանկն ամրագրվում է նախարարի որոշմամբ:

⁷⁸ Health Insurance Act <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/Riigikogu/act/501062023001/consolide>

Ակնկալվում է, որ արտադրողները պետք է հետևեն գնագոյացման հետևյալ սկզբունքներին, եթե նրանք հայտ ներկայացնեն փոխհատուցվող դեղերի ցանկում նոր գեներիկներ, կենսասնամանակ կամ երկրորդական դեղամիջոցներ ընդգրկելու համար.

- նույն ակտիվ բաղադրիչով առաջին գեներիկ դեղամիջոցը պետք է լինի առնվազն 30 տոկոսով ավելի էժան, քան օրիգինալը. յուրաքանչյուր հաջորդ գեներիկը պետք է ունենա ավելի ցածր գին (երկրորդ և երրորդ գեներիկները պետք է լինեն 10 տոկոսով ավելի էժան),
- կենսասնամանակ դեղամիջոցը պետք է լինի առնվազն 15 տոկոսով ավելի էժան, քան օրիգինալը,
- երկրորդական դեղամիջոցն առնվազն 10 տոկոսով ավելի էժան պետք է լինի, քան օրիգինալը:

Դեղամիջոցների փոխհատուցման քաղաքականությունը տարբերվում է ըստ ստացիոնար և հիվանդանոցային հատվածների:

Հիվանդանոցային պայմաններում օգտագործվող դեղագործական արտադրանքը ներառված են EHIF-ի կողմից վճարվող առողջապահական ծառայությունների գնում (օրինակ՝ մահճակալի վճարը ներառում է նաև օգտագործվող դեղորայքի արժեքը): Ավելի թանկ դեղերի որոշ ընտրված խմբեր (օրինակ՝ քաղցկեղի համար նախատեսված քիմիաթերապիա, արյունաքանություն, ռևմատոյիդ արթրիտի կենսաբանական բուժում) ներառված են առողջապահական ծառայությունների ցանկում՝ որպես առանձին վճարներ: Այդ վճարն օգտագործվում է EHIF-ն՝ դեղերի արժեքը մատակարարողներին փոխհատուցելու համար: Դեղերի իրական գինը կարող է լինել ավելի բարձր կամ ցածր՝ կախված մատակարարից: Այս դեղերի համար հիվանդի ծախսերի բաշխում նախատեսված չէ:

Առողջության ապահովագրության մասին օրենքը սահմանում է չորս չափանիշ (բժշկական արդյունավետություն, ծախսարդյունավետություն, համապատասխանություն առողջապահական ազգային քաղաքականությանը և ֆինանսական ռեսուրսների առկայություն)՝ նպաստների փաթեթում ծառայությունները (ներառյալ՝ դեղերը) ներառելու համար:

Առողջապահական ծառայությունների ցանկում ընդգրկվող դեղագործական ապրանքների փոխհատուցման վճարները հաշվարկվում են՝ հիմնվելով առկա գների վրա (արտադրողի գներ, հիվանդանոցների կողմից ներկայացված գնումների մասին տեղեկություններ և այլն), և բոլոր գները EHIF-ն վերանայում է տարեկան պարբերականությամբ: Սա թույլ է տալիս զգալիորեն նվազեցնել վճարներն այն դեպքում, եթե շուկա մտնեն գեներիկ դեղամիջոցներ և բյուջեից կատարվեն հատկացումներ բուժման նոր ձևերի համար: Նախկինում գները կանոնավոր կերպով չէին վերանայվում, ինչը հանգեցրել էր դեղամիջոցների իրական գների զգալի խեղաթյուրումների՝ համեմատած EHIF-ի փոխհատուցման վճարի հետ:

Ամբուլատոր հատվածում, 1993 թվականից սկսած, գործում է դեղամիջոցների՝ դեղատներից միայն դեղատոմսով ձեռք բերվող դեղերի փոխհատուցման համակարգ: Փոխհատուցման կատեգորիան (100 տոկոս, 90 տոկոս, 75 տոկոս, 50 տոկոս) որոշում է հիվանդի համավճարի մակարդակը և սահմանվում ըստ հիվանդության ծանրության, դեղամիջոցի արդյունավետության ու հիվանդի սոցիալական կարգավիճակի:

Աղյուսակ 11

Ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի վճարները (համավճարները)⁷⁹

Օգտագործողի վճարները դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար	Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար վճարվող գումարի տարեկան շեմը
<ul style="list-style-type: none"> - Դեղատոմս՝ 50%, 75%, 90% կամ 100% փոխհատուցմամբ: Համավճար՝ 2.5 եվրո+համավճարի %: - Եթե դեղը վաճառվում է 75% փոխհատուցմամբ, ապա 90% փոխհատուցման չափը վերաբերում է 4-ից 16 տարեկան երեխաներին և պետական կենսաթոշակ ստացող կամ մասնակի աշխատունակ կամ աշխատունակություն չունեցող անձանց: - Եթե դեղը պատկանում է EHIF համապատասխան ցանկին, ապա փոխհատուցման 100% չափը վերաբերում է մինչև 4 տարեկան երեխաներին: - Այն դեպքում, երբ դեղատոմսով դուրս գրված դեղի ռեֆերենտային գինը ցածր է մանրածախ գնից, հիվանդը վճարում է համապատասխան ռեֆերենտային գինը գերազանցող գումար: 	<ul style="list-style-type: none"> - Եթե դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի անհատական ծախսերը. - 100-300 եվրո են, EHIF-ը փոխհատուցում է 100 եվրոն գերազանցող մասի 50%-ը, - 300 եվրոյից ավելի են, EHIF-ը փոխհատուցում է 300 եվրոն գերազանցող մասի 90%-ը, - համավճարը (2,5 եվրո) ներառված է անհատական ծախսերում, սակայն գնի այն մասը, որը գերազանցում է ռեֆերենտային գինը, ներառված չէ տարեկան սահմանաչափով առանձին ծախսերում, - հաշվարկը և կառավարումը իրականացվում են ավտոմատ կերպով՝ գնման պահին: Երբ հասնի տարեկան կուտակային գումարը, հիվանդի ծախսերի բաշխումն ավելի փոքր կլինի:

2002 թվականին ներդրվել է փոխհատուցվող դեղագործական ապրանքների դրական ցուցակ: Մինչ այդ՝ դեղատոմսով դուրս գրված բոլոր դեղերը, որոնք ունեն շուկայավարման թույլտվություն, որոշակի չափով էին փոխհատուցվում: Դրական ցուցակում ընդգրկված են միայն շատ քիչ դեղամիջոցներ՝ ծանր հիվանդություններ ունեցող երեխաների և ֆենիլկետոնուրիայով հիվանդների համար: Բացի այդ, հիվանդները կարող են դիմել EHIF-ում անհատական՝ հատուկ հանգամանքներում լրացուցիչ փոխհատուցման համար: Սա հիմնականում օգտագործվում է Էստոնիայում շուկայավարման թույլտվություն չունեցող դեղագործական ապրանքների համար, որոնք կարող են անհրաժեշտ լինել որոշակի հիվանդների և, հետևաբար, ներմուծվել շուկայավարման մեկանգամյա թույլտվության հիման վրա:

⁷⁹ Habicht, T. (2018). Pricing and Reimbursement Policies in Estonian Pharmaceutical Market. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34189/Pricing-and-reimbursement-policies-in-Estonian-pharmaceutical-market.pdf;sequence=4>

Թեև Էստոնիայում գեներիկ դեղերի պարտադիր օգտագործման վերաբերյալ հստակ կանոնակարգ գոյություն չունի, կան որոշ միջոցներ, որոնք բժիշկներին և հիվանդներին ուղղորդում են գեներիկների ավելի լայն կիրառմանը: Բժիշկները պետք է դեղորայք նշանակեն ազդող նյութով, իսկ եթե դեղատոմս է տրվում ֆիրմային անունով, նրանք պետք է դա փաստաթղթավորեն հիվանդի բժշկական արձանագրության մեջ, ներկայացնեն հիմնավորում և դեղատոմսի վրա նշեն՝ «չփոխարինել»:

Իսրայել

Ըստ միջազգային չափանիշների՝ Իսրայելի պետական առողջապահական համակարգը համարվում է առաջադեմներից մեկը: Առողջապահության կառավարման չորս կազմակերպությունների ու հիվանդանոցային ցանցի, համայնքային կլինիկաների ու մասնագիտացված բժիշկների միջոցով հանրնդիանուր առողջապահական ծածկույթ ապահովելու համար երկիրը ծախսում է ՀՆԱ շուրջ 7,5%-ը:

Իսրայելի փոխհատուցման համակարգը կոչվում է «Առողջապահական զամբյուղ», որը ներառում է բոլոր ծառայությունները, դեղորայքը, բժշկական պարագաները և սարքավորումները, որոնք ապահովագրված անձը, «Առողջության ապահովագրության մասին» ազգային օրենքի համաձայն, իրավունք ունի ստանալու: «Առողջության ապահովագրության մասին» ազգային օրենքն ընդունվել է 1994 թ. հունվարի 1-ին և պարբերաբար փոփոխվում ու լրացվում է: Ներկայում կան մի քանի առողջապահական ծառայություններ, որոնք դեռևս չեն փոխանցվել առողջապահական հիմնադրամներին և շարունակում են մնալ պետության պատասխանատվության ներքո, որոնցից են կանխարգելիչ բժշկությունը (մանկական կլինիկաներ և պատվաստումներ), ընդհանուր վերականգնողական որոշ սարքեր, քայլելու և շարժական այլ սարքեր, որոնց ծախսերին մասնակցում են առողջապահության նախարարությունը, դպրոցականների, ինչպես նաև ծերանոցների առողջապահական ծառայությունները⁸⁰: Իսրայելում բոլոր դեղերի համար սահմանվում է առավելագույն գին:

Փոխհատուցումն ամբուլատոր հատվածում

Փոխհատուցման չափը որոշում է հանրային հանձնաժողովը, որը կազմված է բժիշկներից, առողջապահական հիմնադրամների, առողջապահության նախարարության և հասարակության ներկայացուցիչներից: Յուրաքանչյուր տարի կոմիտեն երկարատև և դժվարին գնահատումից հետո որոշում է դեղերի, բժշկական թեստերի և տեխնոլոգիաների ցանկը՝ դա ավելացնելով դրական ցուցակում (պետական առողջության զամբյուղ):

⁸⁰ Health Basket & Reimbursement in Israel <https://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel/>

Պետք է նշել, որ առողջապահական զամբյուղի դեղերի ցանկը պարբերաբար թարմացվում է: Օրինակ՝ 2018 թ. առողջության պետական զամբյուղի դեղերի ցանկն ավելացել է մոտավորապես 135, իսկ 2019 թ.՝ 88 նոր դեղամիջոցներով:

Փոխհատուցման համակարգը հիմնականում հիմնված է ակտիվ բաղադրիչների և բժշկական ցուցումների վրա:

Առողջության ապահովագրության մասին ազգային օրենքով սահմանված է, որ ապահովագրական հիմնադրամներն ապահովագրվողներին կարող են առաջարկել լրացուցիչ առողջապահական ծրագրեր, որոնք հայտնի են որպես «լրացուցիչ ապահովագրության» սխեմաներ: Յուրաքանչյուր ապահովագրական հիմնադրամ իր հիվանդներին տրամադրում է հիմնական բժշկական ծառայությունները (ծառայությունների հիմնական զամբյուղ), ինչպես նաև ապահովագրական պլաններ, որոնք ներառում են լրացուցիչ առողջապահական ծառայություններ (AHS):

Առողջապահական հիմնադրամների կողմից տրամադրվող առողջապահական զամբյուղը բժշկական ծառայությունների ցանկն է: Այն օրենքով սահմանված կարգով տրամադրվում է ապահովագրվածներին, ներառյալ՝ հոսպիտալացումը, հետազոտությունը, բուժումը, դեղամիջոցներն ու բժշկական սարքավորումները:

Փոխհատուցման ցանկում չներառված կամ ապահովագրական հիմնադրամների սեփական ցանկում չընդգրկված դեղերի համար փոխհատուցում չի իրականացվում: Զամբյուղում չներառված, բայց բուժում պահանջող անձինք կարող են դիմել իրենց առողջապահական ծրագրի հանձնաժողովին՝ «Health plan's exceptions committee»-ին⁸¹: Բացառությունների հանձնաժողովը կազմված է առողջապահության հիմնադրամի մի շարք աշխատակիցներից, որոնցից մի քանիսը բժիշկներ են: Կոմիտեի նպատակն է աջակցության դիմած անձանց դիմումի հիման վրա քննարկել և կայացնել որոշում առողջապահական զամբյուղում չներառված ծառայությունների տրամադրման վերաբերյալ:

Հիվանդները դեղերի համար վճարում են համավճար՝ նվազագույնը սկսած 17 նոր իսրայելական շեկելից՝ հանրային առավելագույն գնացուցակի 10%-15%-ի չափով, ներառյալ՝ ԱԱՀ-ը: Բացի այդ, բնակչության որոշակի խմբի՝ տարեցների, քրոնիկական հիվանդությամբ տառապող անձանց (ՄԻԱՎ, քաղցկեղ, տուբերկուլյոզ և այլն) համար կան եռամսյակային առավելագույն շեմեր (առաստաղներ) և զեղչեր⁸²:

⁸¹ Health Basket & Reimbursement in Israel <https://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel/>

⁸² Health Basket & Reimbursement in Israel <https://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel/>

Ինչ վերաբերում է հիվանդանոցներին, ապա սրանք սահմանափակված չեն Առողջապահության ազգային զամբյուղով: Վերջիններս պետք է ապահովեն լավագույն առողջապահական բուժում և անհրաժեշտ դեղամիջոցներ, անկախ նրանից՝ դրանք ներառված են զամբյուղում, թե ոչ⁸³:

ԱՄՆ

Աշխարհում դեղերի ծախսերի և նորարարությունների ամենամեծ ծավալը բաժին է ընկնում Միացյալ Նահանգներին, որտեղ դեղերի գնագոյացման ռեժիմն ամենաբարդն է՝ հաշվի առնելով դրա բազմավճարային մոդելն ու շուկայական մուտքի պահանջները, որոնք միասին ազդում են գնագոյացման և փոխհատուցման համապատասխան որոշումների վրա: ԱՄՆ-ի առողջապահական համակարգը ներառում է ինչպես մասնավոր, այնպես էլ պետական առողջության ապահովագրության բաղադրիչներ: Կառավարության կողմից ֆինանսավորվող ամենամեծ ծրագրերն են Medicare-ը և Medicaid-ը:

Medicare-ը դաշնային ծրագիր է, որը հիմնականում ընդգրկում է 65 և ավելի բարձր տարիքի անձանց, իսկ Medicaid-ը համատեղ դաշնային-պետական ծրագիր է, որն ապահովում է սահմանափակ եկամուտ և ռեսուրսներ ունեցող անձանց փոխհատուցման ծածկույթը, ինչպես նաև ներառում ծրագրեր զինվորական անձնակազմի, վետերանների, չապահովագրված երեխաների և այլոց համար:

Ավելի շատ ամերիկացիներ ընդգրկված են մասնավոր բժշկական ապահովագրական ծրագրերում, քան պետականում: Մասնավոր ապահովագրության ծրագրերն ավելի ճկուն են՝ փոխհատուցման որոշումներ կայացնելու առումով: Առողջության մասնավոր ապահովագրության ծածկույթն ընդգրկում է բնակչության 67,3%-ը: Մասնավոր ապահովագրությունը հիմնականում առաջարկվում է գործատուների միջոցով՝ բարենպաստ հարկային քաղաքականության ներքո, թեև ամերիկացիները կարող են նաև ուղղակիորեն գնել վերոնշյալ սխեման: Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծածկույթն ինչպես մասնավոր, այնպես էլ պետական բժշկական ապահովագրության ծրագրերի կարևոր բաղադրիչն է: Ամերիկացիների ավելի քան 90%-ն ունի առողջության ապահովագրություն, որն իրականացվում է մասնավոր կամ պետական նմանատիպ ծրագրերի միջոցով:

2018 թ. տարեվերջի տվյալների համաձայն՝ ԱՄՆ-ի բնակչությունը կազմել է 324 միլիոն, իսկ ծածկույթը բաշխված է հետևյալ կերպ.

- 217.8 մլն անձ ստացել է ծածկույթ՝ ըստ մասնավոր ծրագրերի, այդ թվում՝ 178.4 մլն-ը՝ համաձայն զբաղվածության վրա հիմնված պլանների,

⁸³ Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in the In-and OutPatient Sector
<https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Israel.pdf>

- 57.7 միլիոն անձ ստացել է ապահովագրություն Medicare-ի շրջանակում,
- 57.8 միլիոն անձ ստացել է ապահովագրություն Medicaid-ի շրջանակում,
- 3,2 միլիոն անձ ստացել է ծածկույթ Վետերանների առողջապահության վարչության միջոցով և Քաղաքացիական առողջապահական և բժշկական ծրագիր՝ Վետերանների գործերի վարչության՝ TRICARE-ի՝ (նախկինում հայտնի էր որպես Համագգեստով ծառայությունների քաղաքացիական առողջապահական և բժշկական ծրագիր) շրջանակում,
- 27,5 մլն անձ ապահովագրված չի եղել⁸⁴:

Ապահովագրություն չունենալն ԱՄՆ-ում շարունակում է մնալ լուրջ մարտահրավեր: Բազմաթիվ ամերիկացիներ բախվում են իրենց գրպանի համեմատ բարձր առողջապահական ծախսերի: Ի լրումն Medicaid-ի և բնակչության խոցելի խավերին ուղղված այլ ծրագրերի ֆինանսավորմանը, դաշնային կառավարությունը դեղեր արտադրողներից պահանջում է ամբուլատոր դեղամիջոցներ տրամադրել մատակարարներին, որոնք հիմնականում սպասարկում են ցածր եկամուտ ունեցող և չապահովագրված անձանց: Այս մոտեցումը հայտնի է որպես 340B դեղերի գնազոյացման ծրագիր: Մասնավոր բարեգործական հիմնադրամները նույնպես տրամադրում են ֆինանսական օգնություն կամ անվճար ապրանքներ իրավասու հիվանդներին, որոնք կարիք ունեն դեղատոմսով ձեռք բերելու թանկարժեք դեղեր⁸⁵:

Դեղատոմսով դեղերի արժեքը

ԱՄՆ-ում դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի բարձր գինը հաճախակի է քննարկվում մամուլում և հանրային հարթակներում: Լրացված 10-ից մոտավորապես 9 դեղատոմսը վերաբերում է գեներիկ էժան դեղերին: Դեղերի գները մեծապես կախված են ԱՄՆ-ի դեղորայքի մատակարարման շղթայի բարդություններից: Այս գործարքները, սովորաբար, ներառում են գնային զիջումներ, զեղչեր և այլն: Արդյունքում ձևավորվում է զգալի տարբերություն դեղագործական արտադրանքն արտադրողի կողմից ի սկզբանե սահմանված ցուցակային և ստացված գումարի փաստացի չափն արտացոլող զուտ գների միջև: Դեղատոմսով դեղերի ծախսերը հիմնականում պայմանավորված են արտոնագրային դեղերի գնով: Ընդհանուր առմամբ, 10-15 տարի հետո այս բրենդային դեղերը կորցնում են արտոնագրային պաշտպանությունը, և շուկա են մտնում էժան գեներիկներ: ԱՄՆ-ում՝ արդյունաբերական զարգացած երկրների համեմատ, դեղատոմսով դեղերի գները զգալիորեն ավելի բարձր

⁸⁴ Pricing and Reimbursement Laws and Regulations 2022, USA. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/usa>

⁸⁵ Pricing and Reimbursement Laws and Regulations 2022, USA. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/usa>

են: Բոլոր դեղամիջոցները պետք է հաստատի Մանդի և դեղերի վարչակազմը («FDA»), որը կառավարական գործակալություն է Առողջապահության և մարդու իրավունքների դեպարտամենտում: FDA գործառույթներից են պաշտպանել հանրային առողջությունը, վերանայել և հաստատել նոր դեղամիջոցները, այդ թվում՝ ապահովելով, որ դեղերը լինեն անվտանգ և արդյունավետ:

Ի տարբերություն շատ այլ երկրների կարգավորիչների, FDA-ն հաշվի չի առնում գինը կամ տնտեսական արդյունավետությունը: Այնուամենայնիվ, և՛ կառավարությունը, և՛ մասնավոր վճարողները FDA հաստատումը համարում են որպես դեղերի կամ բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման նախապայման:

Ծածկույթ և փոխհատուցում

Դեղերի փոխհատուցումը որոշվում է յուրաքանչյուր վճարողի ծածկույթի, կողավորման և վճարման չափանիշների հիման վրա: Medicare ծրագիրը բաժանված է չորս մասի: Ըստ դրանցից յուրաքանչյուրի՝ շահառուներին առաջարկվում են տարբեր արտոնություններ: Մասնավորապես.

Մաս Ա՝ տրամադրվում է հիվանդանոցային ապահովագրություն, որը վերաբերում է նաև ստացիոնար հիվանդանոցային, հետհիվանդանոցային բուժքույրական, անհույս հիվանդների խնամքի և որոշ տնային առողջապահական ծառայություններին: Ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունները ներառում են դեղամիջոցներ և կենսաբանական միջոցներ:

Մաս Բ՝ տրամադրվում է լրացուցիչ բժշկական ապահովագրություն մի շարք ամբուլատոր ծառայությունների համար, ներառյալ՝ բժիշկների և լաբորատոր ծառայությունները, բժշկական սարքավորումների, ապրանքների և պարագաների, ինչպես նաև ամբուլատոր դեղամիջոցների կիրառումը («DME») և այլն:

Մաս Գ՝ Medicare-ի առավելությունը. Ա և Բ մասերի միջոցով արտոնություններ ստանալու փոխարեն՝ շահառուները կարող են ընտրել Գ պլանը, որն առաջարկում է Ա և Բ մասերի համակցված առավելությունները: Շահառուներին կարող են առաջարկվել նաև ծախսերի բաշխման այլընտրանքներ այն ծառայությունների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում ստանդարտ Medicare-ով, օրինակ՝ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր, տեսողության խնամք կամ առամնաբուժական ծառայություններ:

Մաս Դ՝ Ա մասով նպաստի իրավունք ունեցող շահառուներին առաջարկվում է կամավոր դեղատոմսով դեղերի ծածկույթ կամ գրանցում Բ մասում: Medicare-ի շահառուները կարող են ինքնուրույն դեղատոմսով գրանցվել դեղերի ծրագրում («PDP»), որը կառավարվում է մասնավոր առողջապահական ծրագրի կողմից:

Այսպիսով՝ դեղամիջոցները պետք է հաստատվեն FDA-ի կողմից, որպեսզի Medicare-ը կարողանա փոխհատուցել: Սակայն, Ա և Բ մասերը, ընդհանուր առմամբ, ընդգրկում են միայն այն ծառայությունները, որոնք խելա-

միտ են և անհրաժեշտ ախտորոշման կամ բուժման համար: Դ մասն ընդգրկում է միայն ամբուլատոր դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր, որոնք հաստատված են FDA-ի կողմից և օգտագործվում են ըստ բժշկության մեջ ընդունված ցուցումների:

Medicaid-ը համատեղ ֆինանսավորում է ստանում դաշնային և նահանգային կառավարություններից: Այնպես չէ, որ բոլոր նահանգները պարտավոր են մասնակցելու Medicaid-ին, սակայն բոլորն էլ ընդունել են դա:

Անձինք, որոնք իրավասու են ունենալու և՛ Medicaid-ի լրիվ նպաստներ, և՛ Medicare, հայտնի են որպես «երկակի իրավասուներ» և, սովորաբար, պետք է դեղատոմսով դեղերի ապահովագրություն ստանան Medicare Part D ծրագրով: Համաձայն Medicaid Drug Rebate ծրագրի («MDRP»)՝ State Medicaid ծրագրերը պետք է պահպանեն «բաց բանաձևը», որը ծածկում է բոլոր դեղերը՝ արտադրողի մասնակցությամբ: Փոխարենը՝ արտադրողները համաձայնում են գեղչեր տրամադրել՝ ապահովելով, որ Medicaid-ը դեղագործական արտադրանքի համար վճարի «լավագույն» գինը:

Եժձաթիվ նահանգներ մշակել են նաև նախընտրելի դեղերի ցուցակներ («PDL»): Այդ դեղամիջոցների համար արտադրողներն առաջարկում են հավելյալ գեղչեր: Բացի այդ, Medicaid-ի դաշնային օրենսդրությունը թույլ է տալիս նահանգին բացառել որոշ դեղերի, դեղերի դասերի կամ թմրամիջոցների օգտագործումը ծածկույթի ծրագրերում: Նահանգային Medicaid ծրագրերը, սովորաբար, համայնքի մանրածախ դեղատների փոխհատուցում են դեղերի համար, որոնք տրամադրվում են Medicaid-ի շահառուներին: Բացի այդ, որոշ նահանգներ կարող են պահանջել, որ Medicaid-ի շահառուները վճարեն անվանական համավճարներ ամբուլատոր դեղատոմսով դեղերի համար: Medicaid-ի փոխհատուցման վճարները, սովորաբար, հիմնված են դեղամիջոցի բաղադրիչի արժեքի վրա: Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի արժեքը վերահսկելու համար դաշնային և նահանգային կառավարությունները Medicaid-ի համար կիրառել են որոշակի վճարային սահմանափակումներ: Դաշնային վերին սահմանը («FUL») սահմանափակում է բազմաթիվ աղբյուրներից որոշ դեղամիջոցների բաղադրամասային ծախսերի փոխհատուցման վճարը: Բացի այդ, նահանգների մեծ մասը ստեղծել է առավելագույն թույլատրելի ծախսերի ծրագիր («MAC»)՝ փոխհատուցումները սահմանափակելու համար:

Համաձայն MDRP-ի՝ դեղամիջոցները Medicaid-ի կողմից ապահովագրված են համարվում միայն այն դեպքում, երբ արտադրողը կնքում է գեղչերի վերաբերյալ համապատասխան պայմանագիր: Medicaid-ի գեղչերի հիմնական բանաձևը պահանջում է վճար՝ ավելի մեծ գումարի չափով կամ ըստ դեղամիջոցի եռամսյակային AMP-ի տարբերության և նույն ժամանակահատվածում դրա լավագույն գնի կամ դեղի եռամսյակային AMP-ի հաստատուն տոկոսը (23.1%):

Ղեղերի գնագոյացման 340B ծրագիր

Դաշնային 340B ծրագիրն արտադրողներից պահանջում է ամբուլատոր դեղատոմսով դեղեր տրամադրել մատակարարներին, որոնք հիմնականում սպասարկում են ցածր եկամուտ ունեցող և չապահովագրված անձանց: Այս ծրագրի համաձայն՝ յուրաքանչյուր արտադրող, որը մասնակցում է MDRP-ին, պետք է.

1. առաջարկի 340B գինը, եթե դեղը հասանելի է այլ գնորդի որոշակի գնով,
2. փոխհատուցի բժշկական հաստատությունների (օրենքով սահմանված դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոններ, տարբեր հիվանդությունների հատուկ ծրագրեր և հանրային սեփականություն հանդիսացող հիվանդանոցներ, որոնք բուժում են ցածր եկամուտ ունեցող հիվանդների, ներառյալ՝ ինֆուզիոն թերապիաները, պայմանով, որ դրանք կապված չլինեն ստացիոնար բուժման հետ),
3. փոխհատուցի ամբուլատոր դեղերը,
4. 340B գինը սահմանի ոչ ավելի, քան օրենքով նշված գնային շեմն է⁸⁶:

Մասնավոր ապահովագրություն

Ամերիկացիների ավելի քան երկու երրորդն օգտվում է մասնավոր ապահովագրությունից: Գործատուները հիմնականում վճարում են ապահովագրավճարի մեծ մասը: Միջին հաշվով, անհատական ծածկույթի համար նրանք վճարում են ապահովագրավճարի 82%-ը, իսկ ընտանեկան ծածկույթի դեպքում՝ 71%-ը:

Մասնավոր ծրագրերը, սովորաբար, ներառում են բժշկական և դեղատնային արտոնություններ: DME-ով օգտագործվող դեղերը հաճախ ապահովագրվում են դեղատան նպաստի ներքո: Բժշկի կողմից նշանակված դեղերը փոխհատուցվում և վճարվում են ըստ դեղատնային ծածկույթի: Ծածկույթի նախապայմանը FDA-ի հաստատումն է, սակայն մասնավոր պլաններն ունեն ավելի մեծ ճկունություն, քան հանրայինը:

Մի շարք նահանգներ ընդունել են օրենքներ, ըստ որոնց՝ պահանջվում է արտադրողներին ներկայացնել տեղեկություններ դեղորայքի գների մասին: Օրինակ՝ Կալիֆորնիայում արտադրողները պարտավոր են զեկուցել գների՝ 16%-ը գերազանցող աճի մասին, մինչդեռ Օրեգոն նահանգում այդ ցուցանիշը 10% է⁸⁷:

Այսպիսով՝ ԱՄՆ-ում բժշկությունը շատ թանկ է, և բժշկական որևէ ծառայությունից օգտվելու համար պետք է ունենալ ապահովագրական փաթեթ:

⁸⁶ The 340B Drug Pricing Program <https://www.aha.org/fact-sheets/2020-01-28-fact-sheet-340b-drug-pricing-program>

⁸⁷ Pricing and Reimbursement Laws and Regulations 2022, USA. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/usa>

Սակայն, խնդիրն այն է, որ հիվանդը պետք է ճշտի՝ արդյոք իր ապահովագրական ընկերությունը փոխհատուցում է բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքի արժեքը:

1.4

Դեղապահովագրության կազմակերպման առանձնահատկությունները զարգացող երկրներում

Զարգացած և զարգացող երկրների՝ բժշկական ապահովագրության ֆինանսավորման, ինչպես նաև դեղապահովագրության համակարգի կազմակերպման փորձի ու դրա ներդրման հնարավորությունների ուսումնասիրությունն առանցքային նշանակություն ունի Հայաստանի Հանրապետության համար:

Հայաստանը նոր-նոր է քայլեր ձեռնարկել պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ ներդնելու ուղղությամբ, ինչն էլ ի հայտ է բերել մի շարք հիմնահարցեր, որոնք պահանջում են համապատասխան լուծումներ: Այս առումով, անհրաժեշտ է դիտարկել նաև Հայաստանին համանման երկրներում կիրառվող դեղապահովագրության փորձը:

Այս համատեքստում, որպես Հայաստանին համանման երկրներ, ընտրվել են բնակչության թվաքանակով, մեկ շնչին հասնող ընթացիկ առողջապահության ծախսերով կամ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեջ մասնավոր առողջապահության ծախսերով Հայաստանին մոտ երկրները, որոնք ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

Հայաստանին համանման երկրներն ըստ ընտրված համապատասխան ցուցանիշների, 2020 թ.

Աղյուսակ 12

Երկիր/ ցուցանիշ	Բնակչության թիվը (մարդ)	Մեկ շնչին հասնող ընթացիկ առողջապահության ծախսերը (ԱՄՆ դոլար)	Մասնավոր առողջապահության ծախսերի տեսակարար կշիռն ընդհանուր ծախսերում (%)
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

Մի շարք երկրների հետ համեմատական վերլուծության արդյունքում առանձնացվել են Հյուսիսային Մակեդոնիայի, Բոսնիա և Հերցեգովինայի, Մոլդովայի ու Ալբանիայի առողջապահության ապահովագրության համակարգերը:

Հյուսիսային Մակեդոնիա

Հյուսիսային Մակեդոնիայի առողջապահության նախարարությունը վերահսկում է երկրի առողջապահական համակարգը և ղեկավարում Առողջապահական ապահովագրության հիմնադրամը (ԱԱՀ), որը պատասխանատու է ոլորտում ներդրումների ներգրավման և միջոցների բաշխման համար: Հիմնադրամն իրականացնում է նաև առողջապահության ապահովագրության վերահսկողական գործառնություններ՝ համապատասխան հաշվետվողականության կառուցակարգեր ստեղծելով պայմանագրային առողջապահական ծառայություններ մատուցողների համար:

Հյուսիսային Մակեդոնիայում առողջապահության ոլորտի ծախսերը կազմում են ՀՆԱ ընդամենը 1-1,3%-ը: Միաժամանակ, հիվանդությունների տարածվածության օրինաչափությունը նման է եվրոպական այլ երկրներին, որտեղ հիվանդացության և մահացության ամենահայտնի պատճառներն են սրտանոթային և արյան շրջանառության, նյութափոխանակության, սննդային և շնչառական հիվանդությունները, ինչպես նաև նոքագոյացությունները:

Մակեդոնիայում մշտական բնակչությունն ու օրինական միգրանտներն իրավունք ունեն ստանալու պետական ֆինանսավորմամբ անվճար առողջապահական ծառայություններ: Երկիրն առաջարկում է համընդհանուր հանրային առողջապահական համակարգ, որը ներառում է անսահմանափակ այցելություններ առաջնային բուժօգնության բժիշկներին, ինչպես նաև տրամադրում ամբողջական հասանելիություն բժշկական ծառայություններին: Պետական առողջապահական ապահովագրության ծածկույթից դուրս մնացած ծառայությունների պարագայում դրանք հնարավոր է ստանալ մասնավոր առողջապահական համակարգում գործող կառույցների կողմից՝ լրիվ կամ մասնակի պետական սուբսիդավորմամբ:

Գործատուները պատասխանատվություն են կրում իրենց աշխատողներին ԱԱՀ-ում գրանցելու համար: Ընդ որում, ԱԱՀ-ում վճարումներ կատարում են ինչպես աշխատողները, այնպես էլ գործատուները: Աշխատակիցներից պահանջվում է վճարել իրենց համախառն աշխատավարձի 0.5%-ը՝ աշխատանքի հետ կապված հիվանդություններից ապահովագրության համար: Որոշակի գումար հատկացնում են նաև գործատուները՝ իրենց աշխատակիցների համար ամբողջական առողջապահական ծառայությունների ծածկույթ ապահովելու նպատակով: Հատկանշական է, որ Մակեդոնիայում ընտանիքի աշխատող անդամների առողջապահության ապահովագրության փաթեթը կիրառելի է նաև ընտանիքի մյուս անդամների համար:

Մակեդոնիայում կան ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր դեղատներ: Դեղորայք կարող են նշանակել միայն բժիշկները և որակավորված խորհրդատուները: Դեղատոմսով դեղերը հասանելի են միայն որակավորված և գրանցված քիմիկոսի կամ հիվանդանոցային դեղատան միջոցով:

Առողջապահության նախարարությունը կազմում է դեղատոմսով փոխհատուցվող դեղերի ամբողջական ցուցակը, թեև որոշ դեպքերում բուժվողները ստիպված են լինում համավճարներ կատարել արժեքի մինչև 20%-ի չափով: Հասարակության խոցելի խմբերին պատկանող քաղաքացիներն ազատվում են համավճարներից: Միաժամանակ, Մակեդոնիայում հստակ ամրագրված է, որ դեղապահովագրությունը հասանելի է միայն պետական դեղատներից գնումներ կատարելիս, իսկ մասնավորի պարագայում որևէ փոխհատուցում չի նախատեսվում: Բացառություն են այն դեպքերը, երբ Մակեդոնիայի որևէ տարածքում չի գործում պետական դեղատուն, ինչի պարագայում ԱԱՀ-ն պայմանագրային հիմունքով հնարավորություն է տալիս ստանալու փոխհատուցում մասնավոր դեղատնից՝ անհրաժեշտ դեղերը ձեռք բերելու նպատակով: Իսկ առհասարակ մասնավոր դեղատուն այցելելիս պետք է վճարել դեղի ամբողջ արժեքը:

Ալբանիա

Ալբանիայի առողջապահական համակարգը հիմնականում պետական է, չնայած մասնավոր առողջապահական ծառայությունները վերջին տարիներին ևս մեծ տարածում են ստանում: Հանրային առողջապահական համակարգը բաղկացած է ծառայության հետևյալ մակարդակներից՝ առաջնային, երկրորդային և երրորդային: 2019 թվականի դրությամբ կան ավելի քան 410 հանրային առողջապահական կլինիկաներ, որոնք առաջարկում են առաջնային և երկրորդային առողջապահական ծառայություններ: Բացի այդ, կան ավելի քան 40 պետական հիվանդանոցներ, որոնք առաջարկում են երրորդական առողջապահական ծառայություններ:

Ինչ վերաբերում է մասնավոր հատվածին, ապա առկա են 10-ից ավելի մասնավոր հիվանդանոցներ և տասնյակ կլինիկաներ ու լաբորատորիաներ, որոնք առաջարկում են առողջապահական ծառայությունների ամբողջական շրջանակ: Ատամնաբուժական և դեղագործական ծառայությունները, սովորաբար, մասնավոր են:

Ալբանիայի բոլոր քաղաքացիներն ունեն առողջության ապահովագրության իրավունք երկրի համընդհանուր առողջապահական մոդելի միջոցով: Այնուամենայնիվ, կրկնակի վճարումների, ոչ պաշտոնական վճարումների և կաշառքի դեպքերը սովորական են, և պետական ֆինանսավորման կիրառման կառուցակարգերում դեռևս առկա են մի շարք բացթողումներ: Ալբանիայի պարագայում առողջապահության ապահովագրական ծառայությունները հասանելի են նաև օրինական միգրանտներին, որոնք որոշակի ժամկետով աշխատանքի են անցել այդտեղ:

Ալբանիայի կառավարությունը նախատեսում է ներդրումներ կատարել առողջապահության ապահովագրության ոլորտում՝ բնակչության առողջության կարիքները (ներառյալ՝ ոչ վարակիչ հիվանդությունները) ավելի լավ հոգալու համար:

Առողջապահության ապահովագրությունը կազմակերպվում է առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հանրային ցանցի միջոցով: Առողջապահության ապահովագրության կազմակերպչական գործառույթները հատկացված են Ալբանիայի տեղական ինքնակառավարման մարմիններին. 61 քաղաքապետարանից յուրաքանչյուրն ունի առողջապահության պետական ապահովագրության (ԱՊԱ) կենտրոններ՝ կից բուժամբույլատորիաներով: Բոլոր ԱՊԱ կենտրոնները առողջապահության և սոցիալական պաշտպանության նախարարության անմիջական հսկողության ներքո են, որը հավաքագրում է բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմ, ինչպես նաև պատասխանատու է ենթակառուցվածքներում ու սարքավորումներում ներդրումներ կատարելու համար:

ԱՊԱ կենտրոնները տրամադրում են ծառայությունների շրջանակ, որը սահմանված է առողջապահության և սոցիալական պաշտպանության նախարարության կողմից՝ 2009 թվականին ընդունված ԱՊԱ ծառայությունների հիմնական փաթեթով: Առողջապահության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամը վճարում է ԱՊԱ ծառայությունների հիմնական փաթեթում ներառված բոլոր ծառայությունների համար:

Փաթեթը սահմանում է ծառայությունների յոթ խումբ. շտապ օգնություն, առողջապահական ծառայություններ երեխաների, վերարտադրողական տարիքի կանանց, մեծահասակների, տարեցների համար, հոգեկան առողջության խնամք, առողջության խթանում և կրթություն:

Կանխարգելիչ խնամքն ու բուժառուների և նրանց ընտանիքի կրթությունը ԱՊԱ ծառայությունների հիմնական փաթեթի մի մասն են: Կանխարգելիչ ծառայություններն առավել խորքային են հատկապես երեխաների աճի և զարգացման մշտադիտարկման համար և, հատկապես, առաջին երեք տարիների ընթացքում հաճախակի հսկիչ այցելություններ են պահանջում:

Հաշվի առնելով առողջապահության պետական ապահովագրության միջազգային միտումները՝ Ալբանիայի առողջապահության և սոցիալական պաշտպանության նախարարությունը մշակում է նոր ազգային քաղաքականություն՝ հանրային հիվանդանոցների ինքնավարության աստիճանը բարձրացնելու համար: Ինքնավարության ավելի բարձր աստիճանը կարող է հնարավորություններ ընձեռել բարելավելու խնամքի որակը և արդյունավետությունը՝ միաժամանակ ներգրավելով ավելի լավ ղեկավարների:

Ալբանիայի պարտադիր առողջապահական ապահովագրության հիմնադրամը, որը պատասխանատու է առողջապահության պետական ապահովագրության ոլորտի հիմնական կարգավորման համար, ունի բյուջեի հետևյալ

բաշխվածությունը. 24%՝ առողջապահության պետական ապահովագրության ծառայություններ, 27%՝ ամբուլատոր բուժօգնության այլ ձևեր և դեղերի փոխհատուցում, 48%՝ հիվանդանոցներ, 2%՝ կանխարգելիչ ստուգումների ազգային ծրագիր, 2%՝ վարչական ծախսեր:

Հատկանշական է նաև այն, որ առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերը մշտապես ցածր են եղել՝ կազմելով ՀՆԱ 3%-ից քիչ պակաս: Առողջապահության հավասար հասանելիության իրավունքն ամրագրված է Ալբանիայի սահմանադրության մեջ: Այնուամենայնիվ, գոյություն ունեն Ալբանիայի առողջության ապահովագրության ոլորտի զարգացման երեք հիմնական մարտահրավերներ և հնարավորություններ.

- պետական ծախսերի կառավարման արդյունավետության բարձրացում,
- առողջապահական ծառայությունների անխափան մատուցման ապահովում՝ դրանց ապակենտրոնացմամբ.
- առողջապահական ծառայությունների որակի, արդյունավետության և հասանելիության երաշխավորում:

Ալբանիայում առողջության ապահովագրությունը պարտադիր և համընդհանուր ապահովագրական համակարգ է երկրի մշտական բնակչության և միգրանտների համար: Պարտադիր բժշկական ապահովագրությունը հիմնված է աշխատողների, գործատուների, պետական և այլ աղբյուրների վճարումների վրա, ինչպես նախատեսված է Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին օրենքով՝ սոցիալական համերաշխության սկզբունքի հիման վրա: Գործատուները, ինչպես նաև ինքնազբաղվածները և չվարձատրվող ընտանեկան աշխատողները պատասխանատու են վճարների ճշգրիտ հաշվարկման ու վճարման համար՝ պարտադիր առողջապահական և սոցիալական վճարների գանձման մասին օրենսդրությամբ սահմանված ժամկետներում:

Մոլդովա

Առողջապահական բարեփոխումներ իրականացնելիս առողջապահության պետական ապահովագրության ապահովման նպատակով Մոլդովան որդեգրել է ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկվող «ամբողջական համակարգային մոտեցումը»՝ ձգտելով ոչ միայն ստեղծել առողջապահական ապահովագրության համակարգ, այլև ընդլայնել դրա ընդգրկվածությունը, որդեգրել առողջապահական քաղաքականություն, որը կբարձրացնի ծառայությունների հասանելիության մակարդակը՝ բարելավելով ոլորտի արդյունավետությունը և ապահովելով բոլոր քաղաքացիների ֆինանսական պաշտպանությունը: 1998 թվականին բժշկական պարտադիր ապահովագրության համակարգն ամրագրվել է օրենքով և սկսել գործել 2004 թվականից: Առողջապահության ապահովագրման ազգային ընկերության (CNAM) կողմից կառավարվող ծրագիրը

տրամադրում է մուտք դեպի շտապ, առաջնային և ստացիոնար ծառայությունների ընդգրկուն փաթեթ՝ առանց վճարի: Ծառայությունների փաթեթը ներառում է ստացիոնար պայմաններում և ամբուլատոր խնամքի համար փոխհատուցվող դեղերի սահմանափակ ցանկ:

Այսպիսով՝ 2004 թ.-ին Մոլդովայի կառավարությունը ներդրել է պարտադիր (սոցիալական) առողջության ապահովագրությունը՝ նպատակ ունենալով ստեղծելու կայուն առողջապահական ֆինանսավորմամբ համակարգ և բարելավելու ծառայությունների հասանելիությունը բնակչության աղքատ խավերի համար:

Առողջապահության ապահովագրման ազգային ընկերությունը հիմնականում պատասխանատու է առողջապահության պարտադիր ապահովագրության շրջանակում հարկերի հավաքագրման համար: Այնուամենայնիվ, ինքնազբաղվածները և ոչ ֆորմալ աշխատողները առողջապահության պարտադիր ապահովագրության շրջանակում կատարում են վճարումներ. աշխատակիցները վճարում են իրենց աշխատավարձի 7%-ը, իսկ գործատուները՝ 3,5%-ը:

Վերջապես, Առողջապահության ապահովագրման ազգային ընկերության հետ պայմանագիր կնքած առողջապահական ծառայություններ մատուցողները պետք է տրամադրեն նաև ծառայությունների նվազագույն փաթեթ բողոքին (անկախ նրանից, թե ապահովագրական ինչ ծածկույթ ունեն), ներառյալ՝ ընտանեկան բժշկի հետ խորհրդակցելը, կյանքին վտանգ սպառնացող արտակարգ իրավիճակների խնամքը և որոշակի հիվանդությունների բուժումը:

Դեղորայքի հասանելիության բարելավումը և ֆինանսական պաշտպանությունը Մոլդովայի կառավարության օրակարգում առաջնային են: Մոլդովայի առողջապահական համակարգի զարգացման ռազմավարության հատուկ նպատակներից մեկը դեղերի հասանելիության ապահովումն է, մասնավորապես՝ փոխհատուցվող դեղերի համար բյուջետային հատկացումների ավելացումը և ռեսուրսների բաշխման կառուցակարգերի բարելավումը: Սա վերահսկվելու է բյուջեի փաստացի աճով, թեև որոշակի թիրախ սահմանված չէ:

Բոսնիա և Հերցեգովինա

Բոսնիա և Հերցեգովինայում առողջապահական ծառայությունը կառավարում է կառավարությանը պատկանող Առողջության ապահովագրության հիմնադրամը: Առողջապահության պարտադիր ապահովագրական ծածկույթը ներառում է այնպիսի բժշկական ծառայություններ, ինչպիսիք են մասնագիտացված բուժումը, հոսպիտալացումը, դեղատոմսերը, հղիությունը, ծննդաբերությունը և վերականգնումը:

Առողջապահական քարտերը տրվում են ամեն տարի, և բունիացի գործատուները պարտավոր են ամբողջ դրույքով աշխատող անձնակազմին տրամադրել այս ծածկույթը, թեև որոշ գործատուներ բողոքում են դրանից: Առողջապահության ապահովագրության քարտերը հնարավորություն են տալիս օգտվելու պետական բժշկական հաստատություններից և ստանալու անվճար առողջապահություն՝ որոշ բացառություններով: Ինքնազբաղվածների պարագայում ամբողջական վճարումը կատարում են հենց իրենք: Գործազուրկները, տարեցները, թոշակառուները, երկարատև հիվանդությամբ տառապողները և ծննդաբերության արձակուրդում գտնվողները ազատվում են վճարումներից:

Դաշնությունում գործում են բժշկական ապահովագրության 13 տարբեր ենթահամակարգեր, որոնք ապահովում են երեք տարբեր մակարդակի առողջապահություն: Բոսնիա և Հերցեգովինայում բոլորի համար պարտադիր է ունենալ առողջապահական ապահովագրական ծածկույթ, սակայն կառավարությունը չի վճարում այդ ապահովագրության համար: Այն հիմնականում ձեռք է բերվում բնակիչների կողմից:

Ընդհանուր առմամբ, Բոսնիա և Հերցեգովինայում առողջապահության ոլորտը կատարյալ չէ: Քաղաքացիները, անկախ իրենց առողջապահական ծածկույթից, շարունակում են գումարներ ծախսել տարբեր առողջապահական ծառայությունների համար: Պետք է նշել, որ առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորման մասնաբաժինն ավելացնելու անհրաժեշտություն կա:

1.5

Դեղերի արժեքի փոխհատուցման սխեմաները

Անփոփելով ուսումնասիրված երկրներում սոցիալական ապահովագրության շրջանակում դեղերի փոխհատուցման սխեմաները՝ կարող ենք նշել, որ փոխհատուցման իրավունքը կարող է կախված լինել դեղամիջոցից, հիվանդությունից, ծածկույթում ներառված բնակչության հատուկ խմբերից, տարվա ընթացքում դեղորայքի ընդհանուր ծախսից և մի շարք այլ չափանիշներից:

Փոխհատուցումը վերաբերում է պետական մարմնի որոշմանը՝ արդյո՞ք հիվանդի կողմից դեղերի ձեռքբերման համար կատարված ծախսերը փոխհատուցվում են հանրային վճարողի կողմից և որքանո՞վ⁸⁸: Թեև երկիրը կարող է կիրառել փոխհատուցման մի քանի չափանիշներ, բայց, սովորաբար, գերիշխող է լինում այս կամ այն չափանիշը:

⁸⁸ Pricing and Reimbursement Laws and Regulations 2022, USA.

<https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/usa>

**Ղեղորայքի փոխհատուցման չափանիշները մի շարք երկրներում, 2017 թ.
(Ճ-հիմնական սխեմա, V-լրացուցիչ սխեմա)⁸⁹**

Երկիր	Որոշակի ղեղորայքի փոխհատուցում	Հիվանդության պայմանավորված՝ ղեղորայքի փոխհատուցում	Բնակչության հարուկ խմբերում ընդգրկված անձինք	Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցում
Հայաստան		Δ	V	
Ավստրիա	Δ		V	
Բելառուս	Δ	V	V	
Բելգիա	Δ		V	
Բուլղարիա	Δ	V		
Չեխիա	Δ			
Դանիա	V			Δ
Էստոնիա		Δ		
Ֆինլանդիա	Δ	V	V	V
Ֆրանսիա	Δ	V		
Գերմանիա	Δ	V	V	
Հունաստան	Δ			
Հունգարիա	Δ	V	V	
Իսրայել	Δ			
Իտալիա	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	
Միացյալ Թագավորություն	Δ		V	
Ուզբեկստան		Δ		

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

⁸⁹ Vogler, S., Haasis, M. A., Dedet, G., Lam, J., & Bak Pedersen, H. (2018). Medicines reimbursement policies in Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf

2. **Հիվանդությանը պայմանավորված՝ դեղորայքի փոխհատուցում**, որի դեպքում ամբողջական կամ մասնակիորեն փոխհատուցվում են որոշակի հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղերը:

3. **Հարուկ խմբերում ընդգրկված անձանց** դեղորայքի փոխհատուցում, որի դեպքում բնակչության որոշակի խմբեր (օրինակ՝ երեխաներ, ծերության թոշակատուներ) իրավասու են անվճար մասնակի կամ լրիվ փոխհատուցմամբ ստանալու դեղորայք:

4. **Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցում**: Այս մոտեցմամբ փոխհատուցման ծածկույթը մեծանում է՝ պայմանավորված նշված ժամանակահատվածում դեղագործական սպառման աճով: Սպառման վրա հիմնված փոխհատուցման սխեմաները նպատակ ունեն բարելավելու խնամք պահանջող հիվանդների վիճակը (օրինակ՝ քրոնիկական հիվանդություն ունեցողների):

Փոխհատուցման գործընթացում կարևոր նշանակություն ունեն **այն չսահմանվածները**, որոնք հենվում են դեղորայքի թերապևտիկ էֆեկտի, բժշկական առաջնահերթության, ծախսարդյունավետության և մի շարք այլ գործոնների վրա, որոնք, ըստ երկրների, ներկայացված են ստորև բերված աղյուսակում:

Փոխհատուցման չսահմանվածները | Աղյուսակ 14

Փոխհատուցման հիմնական չսահմանվածները	Երկրներ
Դեղամիջոցի թերապևտիկ օգուտ և/կամ հարաբերական թերապևտիկ օգուտ (ավելացված արժեք՝ գոյություն ունեցող այլընտրանքների համեմատ) Բժշկական անհրաժեշտություն/առաջնահերթություն	Հայաստան, Ավստրիա, Բելգիա, Բուլղարիա, Չեխիա, Իտրվաթիա, Դանիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ղազախստան, Լատվիա, Լիտվա, Մալթա, Նիդերլանդներ, Լեհաստան, Պորտուգալիա, Մոլդովայի Հանրապետություն, Սերբիա, Սլովենիա, Իսպանիա, Ուկրաինա Հայաստան, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ղազախստան, Նիդերլանդներ, Նորվեգիա, Լեհաստան, Մոլդովայի Հանրապետություն, Թուրքիա, Ուկրաինա
Անվտանգություն	Հայաստան, Բուլղարիա, Դանիա, Էստոնիա, Իսլանդիա, Մալթա, Նիդերլանդներ, Լեհաստան, Մոլդովայի Հանրապետություն, Ռուսաստանի Դաշնություն
Ծախսարդյունավետություն	Բելառուս, Չեխիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ղազախստան, Լատվիա, Լիտվա, Մալթա, Նիդերլանդներ, Նորվեգիա, Լեհաստան, Թուրքիա, Միացյալ Թագավորություն
Բյուջետային ազդեցություն	Բելգիա, Բուլղարիա, Չեխիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Իսլանդիա, Լատվիա, Լիտվա, Նորվեգիա, Լեհաստան, Մոլդովայի Հանրապետություն, Սլովենիա, Թուրքիա

Փոխհատուցման ցուցակները և սահմանաչափերը

Փոխհատուցման ցուցակում ընդգրկվում են այն դեղամիջոցները, որոնք սովյալ երկրում ենթակա են փոխհատուցման: Փոխհատուցման ցուցակներին ավելացվում են նոր դեղամիջոցներ, եթե դրանք համապատասխանում են կանխորոշված չսահմանվածներին: Փոխհատուցման ցուցակներն այն հիմնական

գործիքն են, որն օգտագործում են երկրները՝ կառավարելու նպաստների փաթեթները:

Երկրների մեծ մասը կիրառում է, այսպես կոչված, «դրական ցուցակ», որի հիման վրա փոխհատուցվում է դեղորայքը: 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 վերանայում են իրենց դրական ցուցակներն ամեն ամիս:

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

Աղյուսակ 15

Ամբողջատոր դեղամիջոցների փոխհատուցման կառուցողիկները⁹⁰

Փոխհատուցման կարևոր դրույք	Չափանիշ	Օրինակ
Կառուցողիկ I (100% փոխհատուցում)	Քրոնիկական, կյանքին սպառնացող, ծանր, անդառնալի հաշմանդամության պատճառ դարձած հիվանդությունների համար (որոնց բուժումը պահանջում է համապատասխան դեղամիջոցների օգտագործում կենսական գործառնությունները պահպանելու նպատակով) նախատեսված դեղամիջոցների ռեֆերենտային գների ամբողջական փոխհատուցում:	Քաղցկեղ, շաքարախտ, աղիների բորբոքային հիվանդություն, ՄԻԱՎ, և այլն:
Կառուցողիկ II (75% փոխհատուցում)	Քրոնիկական հիվանդությունների (որոնց բուժումն առանց համապատասխան դեղամիջոցների ընդունման կրթադացնի հիվանդի կենսագործունեությունը) դեղամիջոցների ռեֆերենտային գների 75% փոխհատուցում:	Պարկինսոնի հիվանդություն, ընկճախտ (դեպրեսիա), հիպերտոնիա, սրտի քրոնիկական իշեմիկ հիվանդություն, ինսուլտ, սրտի անբավարարություն, ապթեմա և այլն:
Կառուցողիկ III (50% փոխհատուցում)	Քրոնիկական կամ սուր հիվանդությունների (որոնց բուժումը պահանջում է դեղամիջոցի ընդունում առողջական վիճակը պահպանելու կամ բարելավելու նպատակով) նախատեսված դեղերի ռեֆերենտային գների 50% փոխհատուցում:	Օստեոպորոզ, ստամոքսի խոց, լիպոպրոտեինային նյութափոխանակության խանգարումներ և այլն:

⁹⁰ Tomorrow, A. H. OECD Reviews of Public Health: Latvia. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/aef0ddcd-en/index.html?itemId=/content/component/aef0ddcd-en#tablegrp-d1e13553>

Սահմանաչափերը և համավճարները նպատակ ունեն նվազեցնելու ոչ անհրաժեշտ դեղորայքի համախառն սպառումը, ինչպես նաև ֆինանսական բեռի մի մասը ապահովագրողներից տեղափոխելու դեպի հիվանդներ:

Հիվանդի կողմից ուղղակի վճարման քաղաքականությունը կարող է ներառել.

- սահմանաչափեր (փոխհատուցվող դեղատոմսերի կամ դեղերի առավելագույն քանակը),
- ամրագրված համավճարներ (հիվանդները վճարում են ամրագրված գումար մեկ դեղատոմսի կամ դեղամիջոցի համար),
- համաապահովագրություն (հիվանդները վճարում են գնի տոկոսը),
- գնային սահմանաչափ (հիվանդները վճարում են ամբողջ գինը կամ արժեքի մի մասը՝ մինչև գնային սահմանաչափ, որից հետո դեղերն անվճար են կամ ավելի ցածր գնով են վաճառվում),
- կարգային համավճարներ (դիֆերենցիալ համավճարներ, որոնք, սովորաբար, կիրառվում են գեներիկ և բրենդային դեղամիջոցների դեպքում)⁹¹:

Աղյուսակ 16

Ամբուլատոր դեղերի փոխհատուցման սահմանաչափերն ըստ երկրների⁹²

Երկիր	Փոխհատուցման սահմանաչափ
Հայաստան	100%, 50%
Բելառուս	100%, 90%, 50%
Բելգիա	100%, 75%, 50%, 40%
Չեխիա	100% և մասնակի փոխհատուցում
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%

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

⁹¹ Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G. E., Ramsay, C., Oxman, A. D., Sturm, H., & Vernby, Å. (2008). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. Cochrane database of systematic reviews, (1).

⁹² Vogler, S., Haasis, M. A., Dedet, G., Lam, J., & Bak Pedersen, H. (2018). Medicines reimbursement policies in Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf

խոչընդոտներից մեկը: Գոյություն ունեն գնային քաղաքականության մի շարք մոտեցումներ:

1. Արտաքին ռեֆերենսային գնագոյացում: Համարվում է գների կարգավորման գործիք, քանի որ սրա հիման վրա սահմանվում է փոխհատուցման առավելագույն հնարավոր մակարդակը: Արտաքին ռեֆերենսային գնագոյացման դեպքում դեղերի գները սահմանվում են համեմատվող երկրներում նույն կամ նույնասնան դեղամիջոցների գների համապատասխան: Արտաքին ռեֆերենսային գնագոյացումը բավական բարդ գործընթաց է, որի համար անհրաժեշտ է հավաքել, հաշվել, գնահատել, փոփոխել գները ժամանակի ընթացքում: Այս գործընթացը կարող է հանգեցնել նաև դեղերի գների գերագնահատման (բարձր եկամուտ ունեցող երկրների հետ համեմատելիս)⁹³:

Ռեֆերենսային գնագոյացման համակարգը ստեղծվել է Եվրոպայում 1989 թ.-ին, երբ Գերմանիան ներկայացրեց Festbetragssystem-ը: Մի քանի տարի անց Նիդերլանդները (1991), Շվեդիան և Դանիան (1993 թ.) նույնպես ընդունեցին ռեֆերենսային գնագոյացման մասին օրենք: Նրանց հաջորդեցին Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրները (Չեխիա, Հունգարիա, Լեհաստան և Սլովակիա):

Ի տարբերություն վերոնշյալի, Շվեդիան 2002 թվականին հրաժարվեց ռեֆերենսային գնագոյացումից (առկա էին վարչական կառավարման խնդիրներ, իսկ ակնկալվող խնայողությունները չապահովվեցին) և սահմանեց ամենացածր գներ ունեցող գներիկ դեղամիջոցների պարտադիր փոխարինման այլընտրանքներ: Ֆրանսիան, եթե հնարավոր է լինում, թերապևտիկ խմբերի համար չի ձևավորում ռեֆերենսային խմբեր: Միացյալ Թագավորությունում, որտեղ առկա է գներիկ դեղամիջոցների մեծ շուկա, ռեֆերենսային գնագոյացում չի կիրառվում:

2. Ներքին ռեֆերենսային գնագոյացում, որտեղ գները համեմատվում են համանման դեղամիջոցների գների հետ՝ նույն երկրում:

3. Արժեքի վրա հիմնված գնագոյացում, որի դեպքում գինը սահմանվում է այն բանից հետո, երբ գնահատվում է դեղի «նոր ավելացված արժեքը» (որքանով այդ դեղամիջոցով իրականացվող բուժումը կարող է բարելավել հիվանդի կյանքի որակը, խնայել համակարգի ռեսուրսները՝ խուսափելով հոսպիտալացումից կամ երկարատև խնամքից և այլն): Այս տիպի գնագոյացումը խրախուսում է ընկերություններին ներդնել նորարարություններ և արտադրել նոր դեղամիջոցներ:

⁹³ 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>

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

5. Կենտրոնացված գնումներ և գնային բանակցություններ:

6. Հարկային արտոնություններ կամ հարկային նվազեցումներ, որոնց դեպքում դեղամիջոցների հարկերը նվազեցվում կամ հանվում են⁹⁴:

Ռեֆերենտային գնագոյացման դեպքում ձևավորվում են ակտիվ դեղա- նյութի վրա հիմնված քլաստերներ՝ ըստ ATC մակարդակների (անատոմիա- կան և թերապևտիկ դասակարգման համակարգ): Սա նշանակում է, որ ռե- ֆերենտային գնագոյացման խմբում միայն միևնույն ակտիվ նյութով դեղամի- ջոցներն են համարվում այլընտրանքներ: Խորվաթիան, Չեխիան, Լեհաս- տանը և Ռումինիան սահմանում են ռեֆերենտային խմբեր ATC 3, 4 և 5 մա- կարդակների միջև, ինչը նշանակում է, որ նույն դեղաբանական ենթախմբի դեղերը կարելի է դիտարկել որպես փոխարինելի: Նիդերլանդներում, ըստ քլաստերների, խմբավորում կատարվում է այն դեղամիջոցների համար, որոնք համարվում են «փոխարինելի» (այս առումով, ATC դասակարգում չի կիրառվում):

Երկրների մեծ մասը (Բուլղարիա, Իսլանդիա, Իտալիա, Լատվիա, Լիտ- վա, Ռուսաստանի Դաշնություն, Սլովակիա և Իսպանիա), որպես ռեֆերեն- տային գին, սահմանում է ռեֆերենտ խմբի շրջանակներում ամենացածր գնով դեղամիջոցի գինը: Որոշ երկրներ (Խորվաթիա և Հունգարիա) պահանջում են, որ ամենացածր գնով ապրանքն ունենա սահմանված նվազագույն շուկա- յական մասնաբաժին ամրագրված ժամկետում: Հունաստանում ռեֆերենտա- յին է միջին կշռված ընդհանուր, այսինքն՝ օրական չափաբաժնի համար սահ- մանված ամենացածր գինը: Գերմանիայում յուրաքանչյուր քլաստերի ռեֆե- րենտային գինը հիմնված է միջին գնի, փաթեթի չափի և դեղաչափի վրա (ATC 5-րդ մակարդակի քլաստերների համար): Պորտուգալիան ռեֆերենտա- յին գինը սահմանում է ռեֆերենտային խմբում՝ հինգ ամենացածր գների մի- ջինի հիման վրա:

Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ուսումնասիրվող բոլոր երկրներն էլ այս կամ այն եղանակով բնակչությանը տրամադրում են փոխհատուցվող դե- դորայք: Դեղերի փոխհատուցման ոլորտում երկրների իրականացրած քա- դաքականությունը զգալիորեն տարբերվում է միմյանցից՝ հատկապես ամբու- լատոր սպասարկման ոլորտում:

⁹⁴ WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies, second edition. Geneva: World Health Organization; 2020.

Ռեֆերենտային գնագոյացումը մի շարք երկրներում⁹⁵

Երկիր	Առկա է/ոչ	Կիրառման տարեթիվ	Խմբավորում
Ալբանիա	Այո	2001	ATC5
Հայաստան	Ոչ	-	-
Ավստրիա	Ոչ	-	-
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	ATC5, 4
Հունաստան	Այո	2006	ATC5, 4/որոշ ապրանքների համար
Հունգարիա	Այո	1991	ATC5, 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	-	-
Ուզբեկստան	Ոչ	-	-

Երկրների կողմից իրականացվող դեղերի փոխհատուցման քաղաքականությունը միշտ չէ, որ բնակչությանը պաշտպանում է ծախսերից և երաշխավորում դեղերի պարտադիր անվճար փոխհատուցում: Ինչպես ցույց տվեց հետազոտությունը, փոխհատուցումը կարող է կախված լինել հիվանդությունից, բնակչության այս կամ այն սոցիալական խմբին պատկանելությունից և այլ գործոններից: Ըստ էության, չկա դեղերի փոխհատուցման համընդհանուր մոդել, և երկրները, հաշվի առնելով, իրենց շուկաների զարգացման առանձնահատկությունները, մշակում են հանրային առողջության պաշտպանության մոդելներ:

⁹⁵ Vogler, S., Haasis, M. A., Dedet, G., Lam, J., & Bak Pedersen, H. (2018). Medicines reimbursement policies in Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf

ԴԵՂԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ

2.1 Դեղապահովագրության կառուցակարգերը ՀՀ-ում

Յուրաքանչյուր երկրի, այդ թվում՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության համար առաջնային մարտահրավերներից են բնակչությանը երաշխավորված որակով և համապատասխան քանակությամբ դեղամիջոցների կանոնավոր տրամադրումը, այս ոլորտում ողջամիտ գնային քաղաքականության սահմանումը: Ինչպես արդեն տեսանք, դեղերի վատ հասանելիության հիմնախնդիրն առավել սուր է արտահայտված ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում⁹⁶, և ներկայում էլ միլիոնավոր մարդկանց համար առողջության իրավունքից լիարժեքորեն օգտվելը շարունակում է մնալ որպես պատրանք՝ լավ որակի, մատչելի և ժամանակին դեղերի հասանելիության խոչընդոտների առումով: Մարդու իրավունքների տեսանկյունից, դեղերի հասանելիությունը սկզբունքորեն կապված է հավասարության և խտրակալության, թափանցիկության, մասնակցության 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 հասանելիությանն առնչվող հիմնական խնդիրները, ինչպիսիք են գնի և որակի վերահսկումը, դեղի չափաբաժինը և արդյունավետությունը, գնումների փորձը և ընթացակարգերը, մատակարարման շղթաները և այլն: Վերը նշված խնդիրներն արդիական են նաև մեր պետության համար:

ՀՀ-ում **փոխհատուցվող դեղեր են համարվում** Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված շահառուներին Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի միջոցների հաշվին պետության կողմից երաշխավորված կարգով դեղերի արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ տրամադրվող դեղերը⁹⁷: ՀՀ-ում սահմանվում է **փոխհատուցվող դեղերի գների ցանկ**՝ ըստ փոխհատուցվող դեղերի համընդհանուր անվանման, դեղաձևի, դեղաչափի, հենակետային գնի, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագների:

⁹⁶ Hoebert, J. M., van Dijk, L., Mantel-Teeuwisse, A. K., Leufkens, H. G., & Laing, R. O. (2013). National medicines policies—a review of the evolution and development processes. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 6, 1-10. <https://jopp.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-3211-6-5>

⁹⁷ «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2016 թվականի մայիսի 17-ին: ՀՕ-86-Ն:

Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացվում է փոխհատուցվող դեղերի գների պետական կարգավորում: Գների պետական կարգավորումը, «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն, փոխհատուցվող դեղերի գնման համար առավելագույն գնի սահմանումն է, որը ներառում է դեղի հենակետային գինը և մեծածախ կամ մանրածախ առավելագույն հավելագները:

Փոխհատուցվող դեղերի գների պետական կարգավորումն իրականացվում է դեղի համընդհանուր անվանմանը համապատասխան՝ Հայաստանի Հանրապետությունում օրենքով սահմանված կարգով գրանցված դեղերի համար՝ ըստ դրանց դեղաձևի և դեղաչափի:

Փոխհատուցվող դեղի հենակետային գինը, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագները սահմանում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը՝ դեղերի գների պետական կարգավորման նպատակով աշխատանքներ իրականացնող հանձնաժողովի եզրակացության հիման վրա:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը սահմանում է փոխհատուցվող դեղերի գների պետական կարգավորման ընթացակարգը, ներառյալ՝

- 1) փոխհատուցվող դեղի գնման համար հենակետային գնի, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագների հաշվարկման մեթոդաբանությունը,
- 2) այն երկրների ցանկը, որոնց դեղերի գների համեմատության արդյունքում որոշվում են դեղերի գնման հենակետային գինը, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագները,
- 3) փոխհատուցվող դեղի գնման համար հենակետային գնի, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագների սահմանման կարգը,
- 4) փոխհատուցվող դեղի գնման համար սահմանված հենակետային գնի, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագների վերանայման կարգը⁹⁸:

«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» նախագծով նախատեսվում է **ստեղծել** փոխհատուցվող դեղերի միասնական գնագոյացման կառուցակարգ:

«Դեղերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 11-րդ հոդվածի 3-րդ մասով նախատեսվում է հաստատել դեղի ձեռքբերման սկզբնական (առավելագույն), մանրածախ առավելագույն փոխհատուցման, մեծածախ ռեֆերենտային, մանրածախ ռեֆերենտային, հենակետային գներ: Սահմանվելու են

⁹⁸ «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2016 թ. մայիսի 17-ին: ՀՕ-86-Ն:

նաև ռեֆերենտային երկրների ցանկը, որոնց դեղերի շուկաներում գործող մեծածախ (մանրածախ) գների համադրության արդյունքում փոխհատուցվող դեղերի համար կսահմանվեն փոխհատուցվող դեղերի ռեֆերենտային մեծածախ (մանրածախ) գներ:

ՀՀ-ում դեղերի փոխհատուցման կամ դեղապահովագրության կառուցակարգերը կարելի է բաժանել երեք հիմնական խմբերի.

1. Պետության կողմից դեղերի ուղղակի փոխհատուցում:
2. Ապահովագրական ընկերությունների կողմից դեղերի հատուցում առողջության ապահովագրության շրջանակում:
3. Դեղերի տրամադրում/փոխհատուցում սոցիալական փաթեթի շահառուներին:

Պետության կողմից դեղերի ուղղակի փոխհատուցում

Առաջին խումբը ներկայացնում է պետության կողմից դեղերի փոխհատուցում դրանց տրամադրման կամ ձեռքբերման ֆինանսավորման եղանակով: ՀՀ կառավարության 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 փոխհատուցմամբ⁹⁹:

Սույն որոշմամբ հստակ սահմանվում են.

- 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 դրանց արժեքի լրիվ փոխհատուցմամբ,
- բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի և հիվանդությունների ցանկերում ընդգրկված շահառուներին, Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի միջոցների հաշվին Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության, ինչպես նաև առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների միջոցով դեղերի հատկացման և փոխհատուցման կարգը:

Բնակչության սոցիալական կամ հատուկ այն խմբերում, որոնց շահառուները հիվանդության դեպքում դեղեր են ստանում են լրիվ փոխհատուցմամբ, ընդգրկված են.

- 1) 1-ին և 2-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք,
- 2) հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ (մինչև 18 տարեկան),

⁹⁹ Հավելված N1, ՀՀ կառավարության 2019 թ. մայիսի 30-ի N642-Ն որոշում: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:

- 3) հայրենական պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք,
- 4) առանց ծնողական խնամքի մնացած, ինչպես նաև միակողմանի ծնողազուրկ երեխաներ (մինչև 18 տարեկան),
- 5) բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան չորս և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ,
- 6) Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ,
- 7) հաշմանդամություն ունեցող անձանցից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ (մինչև 18 տարեկան),
- 8) մինչև 7 տարեկան երեխաներ,
- 9) ընտանիքի սոցիալական գնահատման համակարգում հաշվառված 28.1 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ,
- 10) արտակարգ իրավիճակներում կամ Հայաստանի Հանրապետության և (կամ) Արցախի Հանրապետության նկատմամբ օտարերկրյա պետության կողմից իրականացված ռազմական կամ ահաբեկչական գործողությունների արդյունքում տուժած անձինք,
- 11) Արցախի Հանրապետության նկատմամբ օտարերկրյա պետության կողմից իրականացված ռազմական կամ ահաբեկչական գործողությունների հետևանքով Արցախի Հանրապետությունում մշտապես բնակվող, սակայն Հայաստանի Հանրապետություն տեղափոխված անձինք,
- 12) 2020 թվականի սեպտեմբերի 27-ին Ադրբեյջանի Հանրապետության կողմից Արցախի Հանրապետությունում սանձազերծված պատերազմի ընթացքում վիրավորում ստացած անձինք՝ զինծառայողներ և ոչ զորահավաքային զորակոչով պատերազմի մասնակիցներ (կամավորներ):

Բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերում, որոնց շահառուները հիվանդության դեպքում դեղերը ստանում են **մասնակի փոխհատուցմամբ՝ 50 փոկոս գեղչով**, ընդգրկված են¹⁰⁰.

- 1) 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք,
- 2) Չեռնոբիլի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ,
- 3) բռնադատվածներ,
- 4) չաշխատող միայնակ կենսաթոշակառուներ,

¹⁰⁰ Հավելված N 1, ՀՀ կառավարության 2019 թ. մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշում: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:

5) միայն չաշխատող կենսաթոշակատուներից բաղկացած (այդ թվում՝ իրենց խնամքի տակ անչափահաս երեխա ունեցող) ընտանիքներ,

6) միայնակ մայրերի երեխաներ (մինչև 18 տարեկան):

Այստեղ կարևոր է առանձնացնել, որ չաշխատող կենսաթոշակատուներին դեղերը տրվում են մասնակի փոխհատուցմամբ՝ 30 տոկոս գեղչով:

Պետությունը նաև սահմանում է այն հիվանդությունները, որոնց դեպքում դեղերը շահառուներին հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ փոխհատուցմամբ: 2022 թվականի հունիսի դրությամբ այդ հիվանդությունների ցանկը հետևյալն է.

- 1) տուբերկուլյոզ (հակատուբերկուլյոզային դեղեր),
- 2) հոգեկան հիվանդություններ (հոգեմետ դեղեր),
- 3) չարորակ նորագոյացություններ (հակատուռուցքային դեղեր, հեմոֆիլիայի դեղեր, ցավազրկող դեղեր, թմրադեղեր),
- 4) շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետ (հակադիաբետիկ դեղեր),
- 5) էպիլեպսիա (հակացնցումային դեղեր),
- 6) սրտամկանի ինֆարկտ (դուրսգրման օրվանից առաջին 2 ամիսը՝ արյան կորոնար շրջանառությունը բարելավող դեղեր),
- 7) պարբերական հիվանդություն (կոլիսիցին և կամ այլ դեղեր),
- 8) սրտի փականների արատներ (հակակոագուլյանտներ՝ պրոթեզավորումից հետո),
- 9) մալարիա (հակամալարիային դեղեր),
- 10) քրոնիկական երիկամային անբավարարություն (երիկամային փոխպատվաստման և (կամ) ծրագրային հեմոդիալիզի դեպքերում (ցիկլոսպորին, էրիթրոպոետին, մոֆետիլի միկոֆենոլատ և (կամ) դրանց համարժեք այլ դեղեր),
- 11) ֆենիլկետոնուրիա (ֆենիլալանին չպարունակող մանկական կեր),
- 12) անհաս նորածինների շկշառական խանգարման համախտանիշ (բերակտանտ ակտիվ նյութ պարունակող դեղեր),
- 13) մարդու իմունային անբավարարության (ՄԻԱՎ) վարակ (դեղեր, թեստեր),
- 14) հիպոֆիզային գաճաճություն ախտանիշ (հորմոնային դեղեր),
- 15) վիրուսային հեպատիտ Ց հիվանդություն (հակավիրուսային դեղեր):

Վերոնշյալ հիվանդությունների դեպքում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի միջոցների հաշվին, կենտրոնացված կարգով ձեռք է բերում դեղեր՝ նախատեսված 15 ամսվա համար՝ գործող գնումների մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության համաձայն: Այս հիվանդությունների դեպքում դեղերը շահառուներին հատկացվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից՝ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական

կազմակերպությունների (այսուհետ՝ ԱԱՊ կազմակերպություն), հիվանդանոցային (մասնագիտացված) բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող և դիսպանսերային (շարունակական) հսկողության ծառայություն իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների միջոցով՝ համաձայն բաշխացուցակների, որոնք հաստատվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամաններով:

Ինչ վերաբերում է բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկում ընդգրկված շահառուներին, ապա ԱԱՊ կազմակերպությունները նրանց դեղեր են հատկացնում իրենց կազմում գործող կամ գնումների գործընթացում հաղթող ճանաչված մասնակցի (մասնակիցների) կողմից ներկայացված և պայմանագրերով սահմանված դեղատան (դեղատների) միջոցով:

Շահառուներին հատկացվող դեղերի արժեքի լրիվ փոխհատուցումն իրականացվում է ԱԱՊ կազմակերպությունների կողմից, իսկ մասնակի փոխհատուցման դեպքում՝ ԱԱՊ կազմակերպությունների կողմից, դեղատան հետ կնքված պայմանագրերի միջոցով: ԱԱՊ կազմակերպությունները հաջորդ տարվա իրենց կարիքների համար գնման ընթացակարգերը կազմակերպում և իրականացնում են ընթացիկ տարվա հոկտեմբերի ընթացքում՝ «Գնումների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 15-րդ հոդվածի 6-րդ մասի պահանջների համաձայն՝ շահառուներին դեղերով անընդհատությունն ապահովելու նպատակով¹⁰¹:

ԱԱՊ կազմակերպությունները լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ հատկացված դեղերը ձեռք են բերում «Գնումների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված կարգով: Ըստ գնման ընթացակարգի՝ տեխնիկական բնութագիր կազմելիս սահմանվում է սպասարկման տարածքում գործող դեղատների՝ մինչև 5 կմ շառավղով հեռավորության վրա գտնվելու պահանջը, իսկ մինչև 5 կմ շառավղով հեռավորության վրա դեղատան բացակայության հիմքով գնման ընթացակարգը չկայանալու դեպքում հայտարարվում է նոր գնման ընթացակարգ՝ սահմանելով սպասարկման տարածքում գործող՝ մինչև 15 կմ շառավղով հեռավորության վրա դեղատների գտնվելու պահանջը¹⁰²:

Գնման ընթացակարգի արդյունքում առաջին տեղը զբաղեցրած մասնակիցը, որակավորումը հիմնավորող փաստաթղթերի հետ միասին, ներկայացնում է նաև իր կողմից առաջարկվող դեղատան մասին տեղեկություն (անվանումը, գտնվելու հասցեն, եթե առաջարկվող դեղատունը հաղթող ճանաչված մասնակցի դեղատան մասնաճյուղ չէ, ապա համատեղ գործունեության

¹⁰¹ Հավելված N 1, ՀՀ կառավարության 2019 թ. մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշում: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:

¹⁰² Հավելված N 1, ՀՀ կառավարության 2019 թ. մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշում: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որում ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:

պայմանագիր): Տեղեկության հիման վրա գնահատվում է առաջին տեղը զբաղեցրած մասնակցի ներկայացրած հայտը: ԱԱՊ և հաղթող ճանաչված մասնակցի հետ կնքված պայմանագրում նշվում է դեղատան վերաբերյալ ներկայացված տեղեկությունը:

ԱԱՊ կազմակերպությունը դեղը դուրս է գրում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված՝ հիմնական դեղերի ցանկին համապատասխան: ԱԱՊ կազմակերպությունը կամ դեղատունը դեղատոմսի հիման վրա դեղը հանձնում է շահառուին:

ԱԱՊ կազմակերպության կողմից դեղատոմսերի գրման, դեղերի բացթողման, հատկացման, ԱԱՊ կազմակերպությունում կամ դեղատանը դեղատոմսերի պահպանման կարգը և անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով տրվող դեղերի դեղատոմսերի ձևերը սահմանված են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի նոյեմբերի 9-ի N 1402-Ն որոշմամբ:

Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով տրվող դեղատոմսեր դուրս գրելիս բնօրինակը տրվում է բուժառուին՝ դեղը դեղատնից ստանալու համար, իսկ դրա պատճենը պահվում է ԱԱՊ կազմակերպությունում: Դեղատոմսում նշված դեղը (դեղերը) գնահատում է դեղատունը՝ նշելով դրա գինը, զեղչը և վճարման ենթակա գումարը, դեղատոմսի հետևի մասում ստացողը կատարում է նշում ստացած դեղի անվանման, քանակի և (կամ) վճարած գումարի մասին:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից պետության կարիքների համար կենտրոնացված կարգով ձեռք բերվող դեղերի սպառման և (կամ) գնման և (կամ) մատակարարման ընդհատման դեպքում բուժառուների բուժման շարունակականության և անընդհատության ապահովման նպատակով ԱԱՊ կազմակերպությունները, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գրավոր հանձնարարականով, պետք է ձեռք բերեն համապատասխան դեղորայք և անվճար ապահովեն բուժառուներին:

Համաձայն ՀՀ կառավարության մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման՝ սահմանված հիվանդությունների դեպքում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից ձեռք բերվող դեղերը փոխհատուցվում են Հայաստանի Հանրապետության տվյալ տարվա պետական բյուջեի համապատասխան ծրագրի շրջանակում: Շահառուներին հատկացված դեղերը փոխհատուցվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և ԱԱՊ կազմակերպությունների միջև կնքվող՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի (պետական պատվերի պայմանագիր) շրջանակում:

Ղեղերի փոխհատուցման նպատակով ԱԱՊ կազմակերպության կողմից շահառուներին հատկացված ղեղերի մասով պետական պատվերի պայմանագրով սահմանված կարգով հաշվետվությունները ներկայացվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալություն (այսուհետ՝ ՊԱԳ): Հաշվետվություններն առնվազն ներառում են տեղեկություններ փաստացի հատկացված ղեղերի առևտրային և համընդհանուր անվանումների, քանակների և փոխհատուցման ենթակա գումարի չափի վերաբերյալ: ԱԱՊ կազմակերպությունը մատակարարված ղեղերի համար ղեղատներին վճարում է՝ համաձայն կնքված պայմանագրի դրույթների:

Պետության կողմից ուղղակի փոխհատուցվող ղեղերի շրջանակում կարևոր է առանձնացնել երեխաներին տրամադրվող արտոնյալ և անվճար պայմաններով ղեղեր ստանալու իրավունքը:

Նախկինում անվճար բուժօգնությունից կարող էին օգտվել 0-7 տարեկան երեխաները, իսկ 7-ից մինչև 18 տարեկանները՝ եթե ընդգրկված էին սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում: Մակայն, այժմ 0-18 տարեկան երեխաների դեպքում հստակեցված է նաև, թե առողջապահության առաջնային պահպանման օղակներում, այսինքն՝ պոլիկլինիկաներում, որ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններն են կատարվում անվճար հիմունքներով: Դրանցից են, մասնավորապես, կլինիկական հետազոտությունները, միզասեռական քսուքների մանրադիտակային հետազոտությունը, կղանքում հեղմինթների ձվիկների հայտնաբերումը, արյան ընդհանուր հետազոտությունը և լեյկոֆորմուլան, մեզի ընդհանուր հետազոտությունը, կղանքի մանրադիտակային հետազոտությունը, կենսաքիմիական հետազոտությունները, գլյուկոզը, ընդհանուր սպիտակուցը, այբումինը, միզանյութը¹⁰³:

Երեխաներին անվճար/պետապատվեր բուժօգնություն տրամադրվում է նաև մոր և մանկան առողջության պահպանման ամենամյա պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակում:

Սոցիալական փաթեթի շահառուներին տրամադրվող ղեղերի փոխհատուցում

Հաջորդ տարբերակը, ըստ որի՝ տրամադրվում է ղեղերի փոխհատուցում, սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջության ապահովագրությունն է: Սույն ծրագրի շրջանակում հիվանդանոցային բժշկական օգնության ու սպասարկման անհրաժեշտ միջոցառումների ժամանակ, երբ բուժառուին անհրաժեշտ են լինում ղեղեր, որոնք բխում են սոցիալական փաթեթի հա-

¹⁰³ «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության N 318-Ն որոշում, 4-ը մարտի, 2004 թ.:

տուցվող դեպքերի բուժման անհրաժեշտությունից, դրանք փոխհատուցվում են:

Սոցիալական փաթեթը պետական աջակցության ծրագիր է, որն ուղղված է ՀՀ պետական մարմինների աշխատողների ու նրանց ընտանիքի անդամների առողջական, կրթական և այլ սոցիալական խնդիրների ապահովմանը¹⁰⁴: Սոցիալական փաթեթի շահառու կարող են լինել «Հանրային ծառայության մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասով նախատեսված պետական մարմինները¹⁰⁵:

Սոցիալական փաթեթը ներառում է նաև առողջապահական փաթեթ՝ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման նպատակով: Սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ֆինանսավորվում են յուրաքանչյուր տարի՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով համապատասխան ծրագրի համար նախատեսված միջոցների հաշվին: Սոցիալական փաթեթի շահառուների համար պետության երաշխավորած անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների գները, ինչպես նաև յուրաքանչյուր շահառուի համար նախատեսված ապահովագրական գումարի և ապահովագրավճարի մեծությունը որոշվում են՝ ապահովագրավճարի հաշվարկներում հիմք ընդունելով վնասաբերության (հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին) 90 տոկոս ուղենշային մակարդակը¹⁰⁶:

Սոցիալական փաթեթի շահառուների փոխհատուցման կառուցակարգը նման է բուն առողջության ապահովագրության կառուցակարգին: Այստեղ ապահովադիրն 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 տրամադրելու օրենքով ամրագրված ծառայությունների ֆինանսավորում:

Ներկայում ՀՀ-ում գործունեություն են ծավալում 6 մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ¹⁰⁷, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի պայմանագիր

¹⁰⁴ Կարգ սոցիալական փաթեթի հատկացման: Հավելված N 1, ՀՀ կառավարության 2012 թ. դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշում:

¹⁰⁵ «Հանրային ծառայության մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2011 թ. մայիսի 26-ին:

¹⁰⁶ Հավելված 1, ՀՀ կառավարության 2017 թվականի հուլիսի 27-ի N 915-Ն որոշում: Կարգ սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման:

¹⁰⁷ Ապահովագրական ընկերություններ,

<https://www.cba.am/am/SitePages/fscfoinsuranceorganizations.aspx>

ԱՆ-ի հետ՝ սպասարկելու սոցիալաթերի շահառուներին: ԱՆ-ն պայմանագիր է կնքում բժշկական կազմակերպությունների հետ, որոնք պարտավորվում են սպասարկել սոցիալական փաթեթի շահառուներին՝ ըստ ԱՆ-ի և ապահովագրական ընկերությունների կողմից ամրագրված գնացուցակի: ԲԿ-ները մատուցված ծառայությունների դիմաց (երբ ծառայությունը ներառված է հատուցման ենթակա իրավիճակների շարքում) սոցիալական փաթեթի շահառուներից վճարում չեն պահանջում՝ բացառությամբ համաֆինանսավորման դեպքերի: Այս բոլոր դրույթները տարածվում են նաև դեղերի փոխհատուցման վրա: Պետք է նաև ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, որ սոցիալական փաթեթում ընդգրկված բժշկական ծառայություններն առավելապես ստացիոնար բուժման բնույթի են և ամբուլատոր պայմաններում բուժման դեղերը փոխհատուցման ենթակա չեն:

Առողջության կամավոր ապահովագրություն

Մյուս տարբերակը, որի շրջանակում հնարավոր է ստանալ դեղերի փոխհատուցում, առողջության ապահովագրությունն է: Պետությունները, ելնելով իրենց սոցիալ-տնտեսական, մշակութային, պատմական և քաղաքական առանձնահատկություններից, ստեղծել են առողջության ապահովագրության ուրույն կառուցակարգեր: Որոշ երկրներում կիրառվում են առողջության ապահովագրության կամավոր, որոշներում էլ՝ պարտադիր հիմունքներ, իսկ մյուսներն էլ օգտագործում են այս երկուսի համակցված (խառը) տարբերակները: ՀՀ-ում առողջության ապահովագրությունը դեռևս միայն կամավոր ապահովագրության շրջանակում է, թեև բազմիցս շրջանառվել են պարտադիր ապահովագրության նախագծեր:

Առողջության կամավոր ապահովագրության ծառայությունների ցանկը դինամիկ է՝ ելնելով շուկայի պահանջունքներից: Առողջության ապահովագրության պայմանագիր կնքվում է ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հետ, և ծառայությունների շրջանակն էականորեն տարբերվում է՝ ըստ այդ հանգամանքի: Իրավաբանական անձանց հետ կնքված պայմանագրերն ավելի ընդարձակ են և ծառայություններով հարուստ: Կախված առողջության ապահովագրության փաթեթից՝ այն կարող է ընդգրկել և՛ ստացիոնար, և՛ ամբուլատոր ծառայություններ, տարբեր իրավիճակների պահպանողական և դինամիկ վերահսկողական բուժում, այդ թվում՝ դեղորայքի փոխհատուցում:

Առողջության ապահովագրության շրջանակում հատուցվում են.

• *վճարովի շտապ օգնության ծառայությունները,*

• *սրացիոնար բուժումը,* այդ թվում՝ քրոնիկական հիվանդությունների սրացումների թերապևտիկ և վիրահատական բուժումները, պլանային բուժում պահանջող հիվանդությունների վիրաբուժական և/կամ այլ միջամտությունները, օնկոլոգիական հիվանդությունների վիրահատական, ճառագայթային և քիմիաթերապևտիկ բուժումները, սիրտ-անոթային համակարգի ախ-

տահարումների վիրաբուժական կամ այլ բուժումները, ներյովվիրաբուժությունը և այլն: Փոխհատուցվում է նշանակված ախտորոշիչ և լաբորատոր գործիքային հետազոտությունների, ինչպես նաև բուժումների ընթացքում նշանակված դեղորայքի արժեքը,

- *ամբուլատոր բուժումը*, այդ թվում՝ վնասվածքների (պոլիտրավմաներ, կոտրվածքներ, հոդախախտեր, վերքեր, սալջարդեր), էլեկտրահարությունների, այրվածքների և ցրտահարությունների բուժումը, ամբուլատոր վիրաբուժությունը, քրոնիկ հիվանդությունների ամբուլատոր բուժումը և այլն: Փոխհատուցվում են նաև նշանակված ախտորոշիչ և լաբորատոր գործիքային հետազոտությունները, ինչպես նաև բուժումների ընթացքում նշանակված դեղորայքը,

- *սրտամաշտակություն*, այդ թվում՝ նշանակված դեղորայքը,
- *սկնաբուժություն*, այդ թվում՝ նշանակված դեղորայքը,
- *մանկաբարձություն*, այդ թվում՝ նշանակված դեղորայքը,
- *ողնաշարի դեգեներատիվ ախտահարումների բուժում*, այդ թվում՝

վիրահատական և դեղորայքային,

- *քրոնիկական հիվանդությունների դինամիկ հսկողության լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ*, այդ թվում՝ նշանակված դեղորայքը:

Առաջին հայացքից՝ առողջության ապահովագրությունը կարող է նպաստել ՀՀ-ում դեղապահովման խնդիրների լուծմանը, սակայն անհրաժեշտ է հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ առողջության ապահովագրության շրջանակում հատուցումները սահմանափակ են և վերը նշված գրեթե բոլոր բուժումներն ունեն հատուցման առավելագույն ենթասահմանաչափեր: Եթե նույնիսկ լավագույն (թանկարժեք) ապահովագրական պայմանագրերում ենթասահմանաչափեր առկա չեն, միևնույն է, առկա է ապահովագրական գումարի՝ մեկ անձի գծով հատուցման առավելագույն սահմանաչափ բոլոր տեսակի ապահովագրական պայմանագրերում:

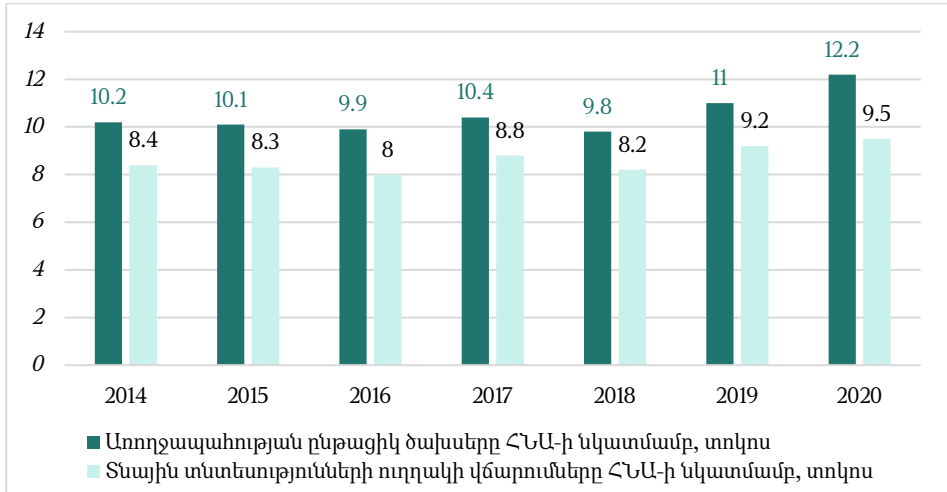
2.2

ՀՀ դեղապահովման համակարգի զարգացման ֆինանսական բեռը

Ժողովրդագրության և համաճարակաբանական միտումների համատեքստում խոցելի բնակչության շրջանում բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների և դեղորայքի ֆինանսական հասանելիությունը պետության առջև ծառայած կարևորագույն խնդիրներից է, որի նպատակով պետությունը փորձում է բարելավել ՀՀ առողջապահական, այդ թվում՝ դեղապահովման համակարգը՝ առավելագույնի հասցնելով առողջապահական

արդյունքները: Այս համատեքստում կարևոր նշանակություն ունեն առողջապահության ընթացիկ ծախսերի վերաբերյալ համեմատական և համադրելի ցուցանիշների ուսումնասիրումն ու դրանց գնահատումը:

Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ տարեցտարի աճում են: 2020 թվականին առողջապահական ընթացիկ ծախսը ՀՆԱ-ի նկատմամբ կազմել է 12.2%:



Գծապատկեր 12

Առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ՝ ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների, 2014-2020 թթ. (%)¹⁰⁸

Ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների՝ տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերը 2020 թվականին կազմել են 4627.43 մլրդ մլրդ դրամ, իսկ սպառողական զամբյուղում առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը՝ 8.7%¹⁰⁹: Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը 2020 թ. մեկ շնչի հաշվով ամսական կազմել են 21280 դրամ՝ 2013 թ. համեմատ աճելով շուրջ 56%-ով, արդյունքում, 2020 թ. մեկ շնչի հաշվով միջին տարեկան ծախսը կազմել է 255,361 դրամ կամ մոտ 522,2 ԱՄՆ դոլար: 2020 թվականին պետության ֆինանսավորման կեսից ավելին՝ 57.1%-ը, բաժին է ընկել բժշկական օգնության ծառայություններին, իսկ 31.8%-ը՝ դեղերին և բժշկական նշանակության ապրանքներին: Երրորդ խումբը՝ 7.2% տեսակարար կշռով, բուժօգնության օժանդակ կամ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշման ծառայություններն են: Բյուջետային հատկացումները կատարվում են բյուջետային ընդհա-

¹⁰⁸ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2021 / Ա. Բազարյան, Ա. Թորոսյան, Ն. Դավթյան, Ա. Աղազարյան, Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Իսահակյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021.- 134 էջ, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/af1c36a476d2ad4a41609a5fde974319.pdf>

¹⁰⁹ ՀՆԱ օգտագործումը 2017-2020 թթ., https://www.armstat.am/file/article/hah_21_6.pdf

նոր մուտքերից՝ ելնելով կառավարության գերակայություններից և առաջնահերթություններից:

ՀՀ-ում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողների և հատուկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց դեղորայքի տրամադրման համար պետությունն իրականացնում է բյուջետային հատկացումներ՝ «Դեղապահովում» ծրագրային ծախսերով՝ հաստատված խմբերի և առանձին հիվանդությունների համար: «Դեղապահովում» ծրագրի շրջանակում կատարվող համավճարները սկսել են կիրառվել 2004 թ.-ից սկսած՝ նախատեսելով բնակչության որոշակի խմբերի համար հիմնական դեղերի ցանկից համավճարով կամ ամբողջությամբ անվճար դեղերի տրամադրում: Ըստ այս ծրագրի՝ բնակչության որոշակի խմբեր վճարում են դեղորայքի գնի 50 կամ 70%-ի չափով: Սա նշանակում է, որ ֆինանսավորման այս նպատակի համար առկա է սահմանափակ բյուջե:

Ծրագրի շրջանակում նախատեսված հատկացումներն ուղղվում են ՀՀ կառավարության մայիսի 30-ի N642-Ն որոշմամբ¹¹⁰ սահմանված 267175 շահառուներին¹¹¹՝ պետության կողմից անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղորայքի տրամադրման համար՝ ապահովելով 12 հիվանդության ծածկույթ:

Հարկ է նշել, որ բնակչության տարբեր խմբերում ընդգրկված շահառուների թիվը տարեցտարի աճում է, և եթե 2015 թ. հաշմանդամության 1-ին և 2-րդ խումբ ուներ համապատասխանաբար՝ 3538 և 14420 մարդ¹¹², ապա 2021 թ.՝ արդեն 3654 և 16140¹¹³ մարդ: Ընդ որում, հաշմանդամություն ունեցող 57792 քաղաքացուց միայն 24,5%-ն է հաշվառված Երևանում, իսկ մնացածը՝ ՀՀ մարզերում, որոնց մեջ մեծ տեսակարար կշիռ ունեն Գեղարքունիքի և Արարատի մարզերը:

Քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև սոցիալական անհավասարությունը մեծ է, իսկ տնտեսական աճը՝ ոչ ներառական, և դրանից չեն կարողանում օգտվել բնակչության ամենախոցելի շերտերը: Հայաստանը գտնվում է ծանր ժողովրդագրական իրավիճակում՝ պայմանավորված ծնելիության անկմամբ, բնակչության ծերացմամբ և զանգվածային արտագաղթով, ինչը ճնշում է տնտեսական աճը և մեծացնում առողջապահությանը, կենսաթոշակներին ու սոցիալական ծառայություններին ուղղված ծախսերի ծավալը¹¹⁴:

¹¹⁰ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության N 642-Ն որոշում, 30-ը մայիսի, 2019 թ.:

¹¹¹ Հաշվետվություն Հայաստանի Հանրապետության 2022 թվականի առաջին կիսամյակի պետական բյուջեի ելքային ծրագրերի և միջոցառումների գծով արդյունքային (կատարողական) ցուցանիշների կատարման վերաբերյալ՝ ըստ բյուջետային հատկացումների գլխավոր կարգադրիչների:

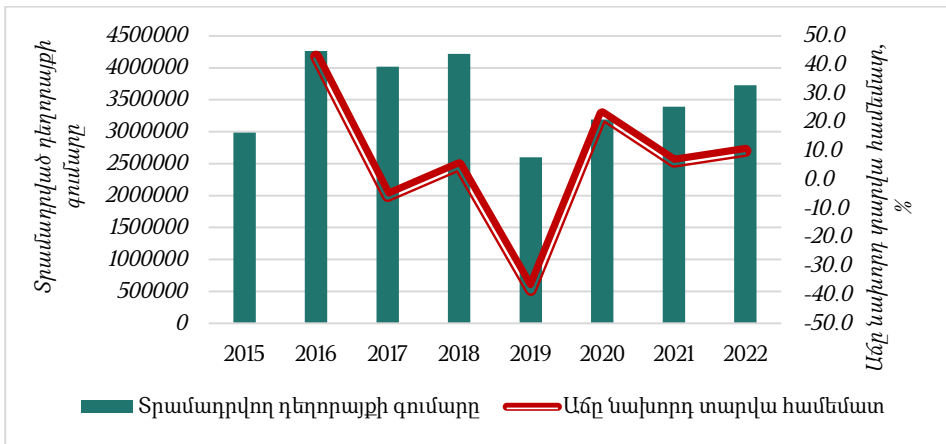
¹¹² ՀՀ սոցիալական վիճակը 2018 թ., https://armstat.am/file/article/soc_vich_2018_13.pdf

¹¹³ ՀՀ սոցիալական վիճակը 2021 թ.,

https://www.armstat.am/file/article/soc_sit_2021_13.pdf?fbclid=IwARij76V-dstfCtbePNH_Up-QPzQiWvoitGBGzpm5MxHZemW9wgEF0brTPRO

¹¹⁴ Սոցիալական պաշտպանության համակարգի խորքային այխտորոշում,

<https://www.unicef.org/armenia/media/9301/file/%D5%8D%D5%B8%D6%81%D5%AB%D5%A1%D5%AC%D5%A>



Գծապարկեր 13

ՀՀ պետություններից դեղապահովման մասով հատկացումները, 2015-2022 թթ., (հազ. ՀՀ դրամ) և աճը նախորդ տարվա համեմատ (%)¹¹⁵

Դիտարկվող ժամանակահատվածում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողներին և հատուկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց տրամադրված դեղորայքի գումարի ամենացածր ցուցանիշն արձանագրվել է 2019 թվականին՝ կազմելով 2.6 մլն ՀՀ դրամ, իսկ ամենաբարձրը՝ 2016 թվականին՝ 4.3 մլն ՀՀ դրամ:

Դեղապահովման ծրագրի համար 2022 թ. ՀՀ պետական բյուջեով հատկացվել է 3,880.0 մլն դրամ՝ 2021 թվականի պետական բյուջեով հաստատված 3,490.8 մլն-ի դիմաց: Ծրագրի ծախսերը 2021 թ. ՀՀ պետական բյուջեով հաստատված ծախսերի նկատմամբ ավելացել են 389.2 մլն դրամով կամ 10%-ով, որը հիմնականում պայմանավորված է ծրագրի շրջանակում անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղորայք ստացող շահառուների ցանկի ընդլայնմամբ՝ համաձայն ՀՀ կառավարության 4.12.2020 թ. N 1980-Ն որոշմամբ: Ըստ 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 անձինք¹¹⁶:

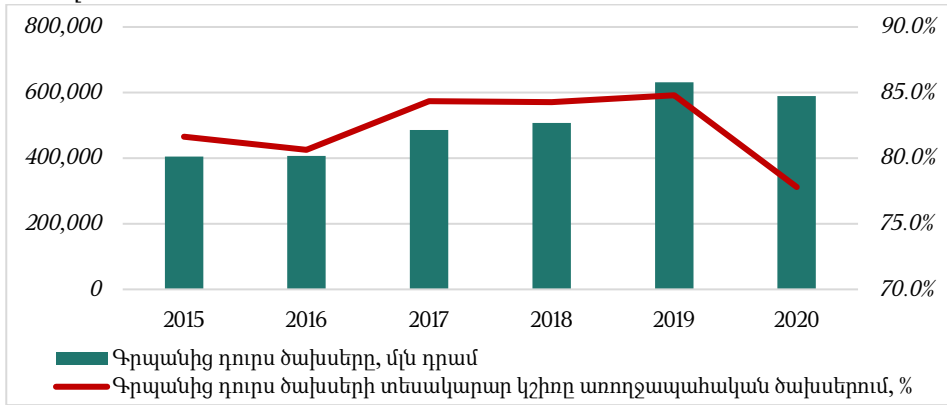
[1%AF%A1%B6%20%BA%A1%B7%BF%BA%A1%B6%B8%D6%82%D5%A9%B5%A1%B6%20%B0%A1%B4%A1%AF%A1%D6%80%A3%D5%AB%20%AD%B8%D6%80%D6%84%A1%B5%AB%B6%20%A1%AD%B8%D5%B7%B8%D6%82%B4.pdf](https://www.amstat.gov/publications/report_yearbook_guide/?block=AAH_annual_reports)

¹¹⁵ Թվային տվյալները վերցված են 2015-2022 թթ. առողջապահական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին որոշումներից,

https://nih.am/publications/report_yearbook_guide/?block=AAH_annual_reports

¹¹⁶ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2022 թ. բյուջետային ուղերձ, Երևան, 2021 թ.:

Սակայն, բնակչության որոշակի հատվածի համար արտոնությունների առկայությունը չի նվազեցնում խնդրի սրությունը: Ամբուլատոր հատվածում սուբսիդավորվող դեղորայքի հասանելիություն ունեցող և չունեցող բնակչության կառուցվածքի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ մարդկանց գրեթե 82%-ը հիմնականում չունի ոչ մի արտոնություն: Գործող ընթացակարգը թույլ չի տալիս տրամադրել իսկապես արդյունավետ ամբուլատոր բուժօգնություն, քանի որ անվճար դեղերի ճնշող մեծամասնությունը տրվում է ստացիոնար հատվածում:



Գծապատկեր 14

Առողջապահության՝ գրպանից դուրս տարեկան ծախսերը և դրանց տեսակարար կշիռն ընդհանուր առողջապահության ծախսերում (մլն դրամ, %)¹¹⁷

Պետության կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների գների ցածր մակարդակը, համավճարի կիրառման մասնատվածությունը և համավճարի չափի անփոփոխ լինելը տարիների ընթացքում համավճարը դարձրին լրացուցիչ բեռ բնակչության գրպանի համար: Պետական հատկացումներից զատ, բնակչությունը շարունակում է իր գրպանից կատարել ծախսեր առողջության ապահովման և դեղորայքի ձեռքբերման նպատակով: Արդյունքում ստեղծվում են իրավիճակներ, երբ առողջապահության բեռն առավելապես ընկնում է տնային տնտեսությունների/քաղաքացիների ուսերին:

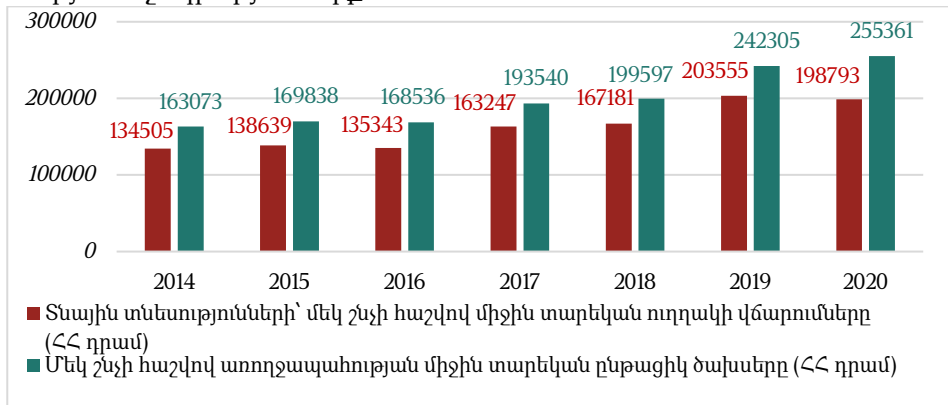
Գծապատկեր 14-ում պատկերված է ՀՀ տնային տնտեսությունների գրպանից դուրս կատարած ծախսերն առողջապահության գծով, ինչպես նաև գրպանից դուրս ծախսերի տեսակարար կշիռն ընդհանուր առողջապահության ծախսերում: Գրպանից դուրս ծախսերը, ընդհանուր առմամբ, ողջ ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում, բացառությամբ 2020 թվականի,

¹¹⁷ Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)-Armenia <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=AM&fbclid=IwARIM5H-hNTRfcgmI3871SfusGsxIS0yZuNOMXPc9NR5NNUZBNyFKaUWsy8> և Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվների մասին զեկույցներ, 2016-2021, https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/?block=AAH_annual_reports

ունեցել են աճի միտում և իրենց առավելագույն ցուցանիշին են հասել 2019 թվականին՝ 631 միլիարդ դրամ: 2020 թվականին առողջության ապահովման գծով գրպանից դուրս ծախսերը ՀՀ-ում նվազել են՝ կազմելով 589 միլիարդ դրամ, որը պայմանավորված է եղել երկրում համավարակի բռնկմամբ և դրանից բխող սահմանափակումներով, մասնավորապես.

- առաջին, համավարակի սպասարկումը կատարվում էր պետական միջոցների հաշվին՝ այսպիսով չառաջացնելով գրպանից դուրս ծախսեր,
- երկրորդ, համավարակի ժամանակ առկա էր սահմանափակում բազում հիվանդությունների (թեթև իրավիճակների) սպասարկման առումով, և շատ հիվանդանոցներ ու կլինիկաներ սպասարկում էին միայն COVID 19-ով վարակված անձանց:

Գծապատկեր 14-ում տեսնում ենք, որ գրպանից դուրս ծախսերը առողջապահության գծով ծախսերի առեղծվածի մասն են՝ 2015-2019 թվականների ընթացքում տատանվելով 80-85%-ի սահմաններում, միայն 2020-ին կազմելով 77.8%, որն էլ պայմանավորված է եղել վերը նշված համաճարակային իրավիճակով: Համեմատության համար նշենք, տվյալ հարաբերակցության համաշխարհային ցուցանիշը 2000-2019 թվականներին տատանվել է 18-19%-ի շրջանակում: 2019 թվականին Հայաստանն այս ցուցանիշով՝ 84.79%, աշխարհում առաջիններից էր¹¹⁸: 2020 թ. մեկ շնչի հաշվով գրպանից դուրս ծախսերը տարեկան կազմել են 198,793 դրամ կամ 406,5 դոլար: Սույն իրավիճակը վկայում է այն մասին, որ մեր երկրում առողջապահության գծով գրպանից դուրս կատարվող քնակիչների ծախսերը չափազանց մեծ են և պետք է գտնվեն պետության ուշադրության ներքո:



Գծապատկեր 15

Առողջապահական տարեկան ծախսերը 1 շնչի հաշվով, 2014-2020 թթ.¹¹⁹

¹¹⁸ Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)

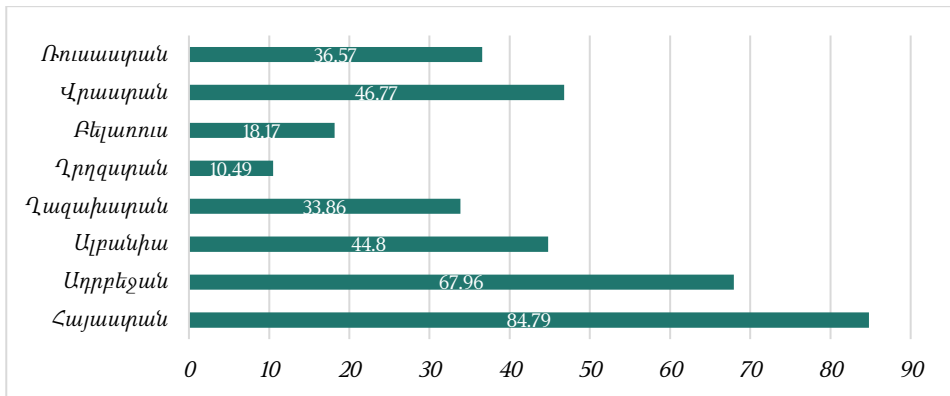
https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?most_recent_value_desc=true

¹¹⁹ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2021 / Ա. Բազարյան, Ա. Թորոսյան, Ն. Դավթյան, Ա. Աղազարյան, Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Իսահակյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ա. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021, 134 էջ:

Ինչպես երևում է գծապատկեր 15-ից, 2020 թվականին Հայաստանի տնային տնտեսությունների առողջապահական ամբողջ ընթացիկ ծախսերը, առանց համավճարի, կազմել են 587,45 մլրդ դրամ, որի 59,4 տոկոսը բաժին է ընկել բժշկական ծառայություններին (349,1 մլրդ դրամ), իսկ 40,6 տոկոսը՝ դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքներին (238,2 մլրդ դրամ):

Հետխորհրդային տարածքի մի շարք երկրներում, այսպես կոչված, «առևտրային ռիթեյլը» (մանրածախ վաճառք) բավական զարգացած է¹²⁰, քանի որ սպառողն է հիմնականում վճարում դեղորայքի դիմաց: Բնակչության եկամտով պայմանավորված ֆինանսական սահմանափակումները խոչընդոտում են ժամանակակից նորարարական դեղորայքի մուտքը շուկա, ինչի հետևանքով շուկան հագեցած է լինում գեներիկ դեղամիջոցներով, ընդ որում, այս շուկային բնորոշ է ներմուծվող դեղորայքի մեծ տեսակարար կշիռը:

Համեմատության համար նշենք, որ որ հետխորհրդային տարածքում բնակչության ուղղակի ծախսերի ամենաբարձր տեսակարար կշիռը Հայաստանում է:

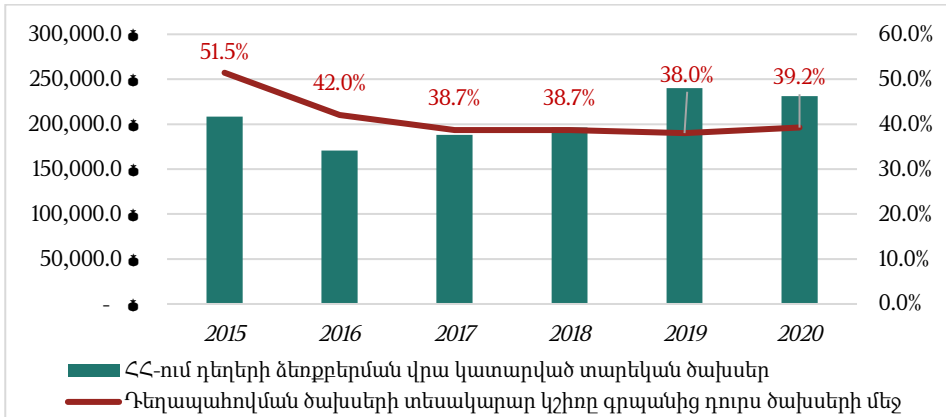


Գծապատկեր 16

Բնակչության ուղղակի ծախսերի տեսակարար կշիռն առողջապահության ընթացիկ ծախսերում (գրպանից դուրս կատարվող ծախսեր), 2019 թ. (%)

Դեղապահովագրության համակարգի ներդրման համատեքստում կարևոր նշանակություն ունի նաև դեղապահովման ծախսերի տեսակարար կշիռը գրպանից դուրս ծախսերի կառուցվածքում: Գծապատկեր 17-ում ներկայացված են գրպանից դուրս ծախսված գումարները դեղապահովման համար, ինչպես նաև դրանց տեսակարար կշիռն ընդհանուր գրպանից դուրս առողջապահական ծախսերում:

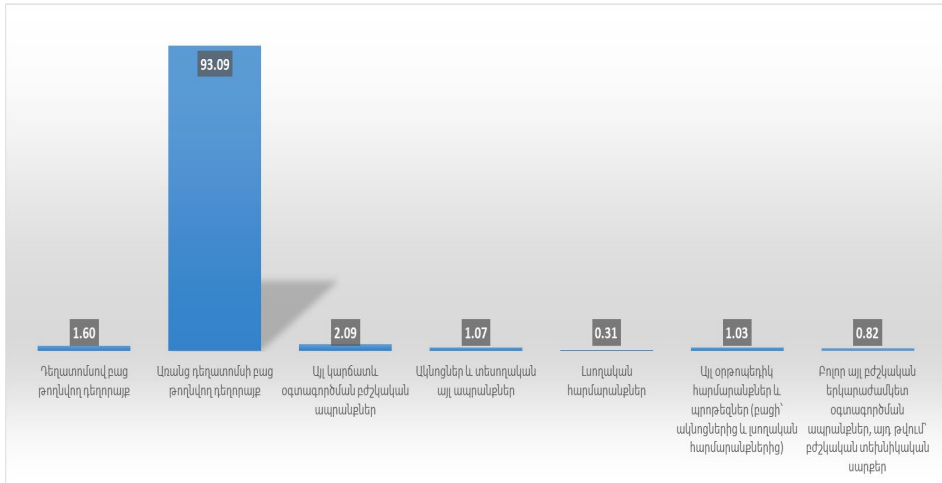
¹²⁰ Конкурентная среда: оценка рынка ЕАЭС Журнал "Ремедиум" №10, 2017, <https://remedium.ru/state/detail.php?ID=73828>



Գծապարկեր 17

Դեղապահովման գրպանից դուրս ծախսերը 2015-2020 թթ. (մլն դրամ)¹²¹

Այսպես՝ 2015 թվականին դրանք կազմել են գրպանից դուրս կատարված ծախսերի կեսից ավելին, իսկ 2016-2020 թվականների ընթացքում՝ տատանվել 38-42%-ի շրջանակում: Բացարձակ մեծությամբ՝ դեղապահովման գրպանից դուրս ծախսերը 2015-2020 թվականների ընթացքում տատանվել են 170-240 միլիարդ ՀՀ դրամի շրջանակում:



Գծապարկեր 18

Տնային անտեսությունների՝ դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքների դիմաց ծախսերի կառուցվածքը, 2020 թ.¹²²

¹²¹ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվների մասին զեկույցներ, 2016-2021 թթ., https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/?block=AAH_annual_reports

¹²² Կազմել են հեղինակները՝ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2021 / Ս. Բազարյան, Ա. Թորոսյան, Ն. Դավթյան, Ա. Աղազարյան, Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Իսահակյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021.- 134 էջ, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/aflc36a476d2ad4a41609a5fde974319.pdf> տվյալների հիման վրա:

Գծապատկեր 18-ում ներկայացված է գրպանից դուրս ծախսերի կառուցվածքում դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների մասնաբաժինը: Այսպես՝ 2020 թ. ծախսերի 93,09%-ը բաժին է ընկել առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղորայքին¹²³: 2020 թվականին հետազոտված տնային տնտեսությունների ամսական մեկ շնչի հաշվով ծախսերի կառուցվածքում դեղորայքի ձեռքբերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 5.4% կամ 2543 դրամ, իսկ տարեկան ամբողջական ծախսը՝ 90,178.8 մլն դրամ:

Դեղորայքի համար ծախսերի ամենամեծ տեսակարար կշիռը գրանցվել է շնչառական, աղեստամոքսային, ներզատական, ուռուցքաբանական, նյարդաբանական, սրտաբանական հիվանդությունների բուժօգնության դեպքում¹²⁴:

Բժշկական արտադրանքի հասանելիության ապահովումը լուրջ խնդիր է ամբողջ աշխարհում՝ հաշվի առնելով դեղագործական ապրանքների և բժշկական պարագաների բարձր գները, որոնք մեծացնում են ճնշումը պետությունների սահմանափակ ռեսուրսների վրա¹²⁵:

Այսպիսով՝ կարող ենք վկայել, որ ՀՀ-ում դեղերի ձեռքբերման համար կատարվում է ահռելի ծախս, որը ֆինանսավորվում է տնային տնտեսությունների գրպանից՝ կազմելով առողջության ապահովման նպատակով գրպանից դուրս ծախսերի գերակշիռ մասը:

Սրան զուգահեռ, բժշկական նշանակության ապրանքների մատչելիության ապահովումը լուրջ հիմնախնդիր է ողջ աշխարհում՝ հաշվի առնելով դեղագործական արտադրանքի և բժշկական նշանակության պարագաների բարձր գները, որոնք ճնշում են գործադրում պետությունների՝ առանց այն էլ սահմանափակ հնարավորությունների վրա¹²⁶:

Ծախսերի աճի և առողջապահական ծառայությունների մատչելիության մակարդակի բարձրացման առումով, կարևոր է անվանական և իրական ծախսերի համադրումը: Սպառողական գների ինդեքսի և առողջապահությունում գների ինդեքսի փոփոխությունների համադրումը ցույց է տալիս, որ տարեցտարի մեծանում է շեղումը առողջապահության անվանական և իրական գների միջև: Առողջապահությունում գների ինդեքսի գերազանցումը ՄԳԻ-ի

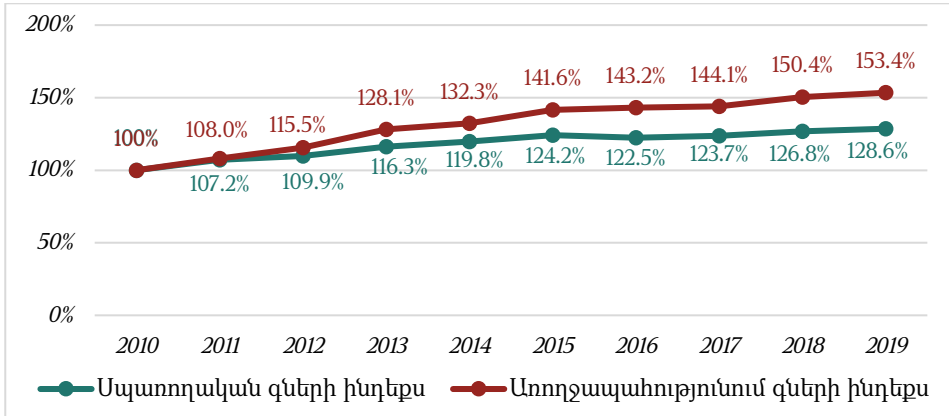
¹²³ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2021 / Ա. Բագարյան, Ա. Թորոսյան, Ն. Դավթյան, Ա. Աղազարյան, Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Բսահակյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոն Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021.- 134 էջ:

¹²⁴ Հայաստան: Ոչ նյութական աղքատությունը: Հայաստան. հետազոտվող ամսվա ընթացքում վերջին այցի ժամանակ բուժօգնության համար հիվանդանոց դիմած բնակչության բաշխվածությունն ըստ վճարման ձևի, ըստ բուժօգնության մասնագետների, 2017 թ.:

¹²⁵ Աղաջանյան Ս., Կոլիմանա՝, արդյոք, ՀՀ առողջապահական համակարգը շարունակական համավարակի ազդեցությանը: «Ամբերդ» տեղեկագիր, 2020/2 (3), ՀՊՏՀ «Տստեսագետ» հրատարակչություն, 2020, էջ 36: <https://asue.am/upload/files/amberd/2020.2.pdf>

¹²⁶ Աղաջանյան Ս., Կոլիմանա՝, արդյոք, ՀՀ առողջապահական համակարգը շարունակական համավարակի ազդեցությանը: «Ամբերդ» տեղեկագիր, 2020/2 (3), ՀՊՏՀ «Տստեսագետ» հրատարակչություն, 2020, էջ 36: <https://asue.am/upload/files/amberd/2020.2.pdf>

նկատմամբ ցույց է տալիս, որ 2019 թվականին բուժծառայությունների և դեղորայքի գինը 2010 թվականի նկատմամբ ավելացել է մոտ 24.8%-ով: Բարձր գնաճը նվազեցնում է առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունն աղքատ բնակչության և սոցիալական առանձին խմբերի համար, ինչն էլ աղետալի և աղքատամետ ծախսերի պատճառ է դառնում: Գծապատկեր 8-ում տեսանելի է, որ, 2011 թվականից սկսած, առողջապահական ծառայությունների իրական գներն աճել են կամ, այլ խոսքով, առողջապահական ծառայությունները շարունակում են թանկանալ առաջանցիկ տեմպով¹²⁷:



Գծապատկեր 19

Մատուցվող ծախսերի գների ինդեքսի և առողջապահությունում գների փոփոխությունը 2010 թ.-ի նկատմամբ, %

Այս հանգամանքը և Հայաստանում բնակչության աղքատության դեռևս բարձր մակարդակը ևս մեկ անգամ կարևորում են առողջապահական համակարգում բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունը, ինչպես նաև երկրում ֆինանսական բեռի բաշխվածության, տնային տնտեսությունների աղետալի ծախսերի և աղքատամետ ծախսերի վերլուծությունն ու հիվանդությունների բեռի հաշվարկը:

¹²⁷ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2021 / Ա. Բազարյան, Ա. Թորոսյան, Ն. Դավթյան, Ա. Աղազարյան, Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Իսահակյան, Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ա. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021, 134 էջ:

2.3

ՀՀ դեղապահովման համակարգի զարգացման առողջապահական բեռը

Դեղապահովման համակարգի զարգացման միտումների վրա ազդում են և՛ ֆինանսական միջոցների սղությունը, և՛ առողջապահական համակարգի ընթացիկ զարգացումները: Դեղերի ձեռքբերման ֆինանսական դժվարություններին զուգահեռ, աճում է բնակչության հիվանդացության մակարդակը:

Ըստ Համաշխարհային բանկի մարդկային կապիտալի համաթվի՝ 2021 թ. Հայաստանը զբաղեցրել է 85-րդ տեղը¹²⁸: Այսօր Հայաստանում ծնված երեխան, երբ մեծանա, կկարողանա միայն 57%-ով իրացնել իր կարողությունների ներուժը, այն առավելագույնի համեմատ, որին հնարավոր կլիներ հասնել, եթե ստանար լիարժեք կրթություն և լիներ լիարժեք առողջ¹²⁹:

ՀՀ-ում աճում է նաև բնակչության հիվանդացության մակարդակը¹³⁰: Եթե 2016 թ. հիվանդացության մակարդակը 100,000 բնակչի հաշվով գնահատվում է 1,06%, ապա 2020 թ.՝ 1,18%, ընդ որում, եթե դիտարկենք միայն հիվանդացության բացարձակ ցուցանիշը 100,000 բնակչի հաշվով, ապա նույն ժամանակահատվածում այդ աճը կազմել է 8,9%¹³¹: Եթե 1995 թ. առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով գրանցված հիվանդացության քանակը (15 տարեկան և բարձր) կազմել է 416091, ապա 2021 թ. այդ ցուցանիշը հասել է 834708-ի, որի մեջ գերակշռում են շնչառական օրգանների, արյան շրջանառության համակարգի, վարակիչ և մակարածական, ներզատական համակարգի և մի շարք այլ հիվանդություններ, որոնք էլ հենց բնակչության մահացության պատճառների կառուցվածքում մեծ տեսակարար կշիռ ունեն¹³²:

¹²⁸ Доклад о человеческом развитии 2021/2022 резюме, <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewupdf.pdf>

¹²⁹ Սոցիալական պաշտպանության համակարգի խորքային ախտորոշում, <https://www.unicef.org/armenia/media/9301/file/%D5%8D%D5%B8%D6%81%D5%AB%D5%A1%D5%AC%D5%A1%D5%AF%D5%A1%D5%B6%20%D5%BA%D5%A1%D5%B7%D5%BF%D5%BA%D5%A1%D5%B6%D5%B8%D6%82%D5%A9%D5%B5%D5%A1%D5%B6%20%D5%B0%D5%A1%D5%B4%D5%A1%D5%AF%D5%A1%D6%80%D5%A3%D5%AB%20%D5%AD%D5%B8%D6%80%D6%84%D5%A1%D5%B5%D5%AB%D5%B6%20%D5%A1%D5%AD%D5%BF%D5%B8%D6%80%D5%B8%D5%B7%D5%B8%D6%82%D5%B4.pdf>

¹³⁰ Հիվանդացության մակարդակը որոշվում է առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների և մշտական բնակչության միջին տարեկան թվաքանակների հարաբերակցությամբ:

¹³¹ Առողջապահություն, <https://armstat.am/file/doc/99526848.pdf> և Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Ա 720 , Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ, «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022, 299 էջ:

¹³² Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Ա 720, Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022, 299 էջ:

ՀՀ բնակչության հիվանդացությունն ըստ դեղերի փոխհատուցման ցանկում գտնվող հիվանդությունների¹³³

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2021
ՀՀ բնակչության հիվանդացությունն ակտիվ տուբերկուլյոզով ¹³⁴	590	811	1284	2006	1322	842	374	351
Բնակչության հիվանդացությունը հոգեկան խանգարումներով	3118	1244	1285	2501	3548	1961	1951	2495
Չարորակ նորագոյացություններ	5162	4705	5413	6396	7593	8372	6934	7640
Շաքարային դիաբետ	4546	1825	2792	5439	7052	8709	10129	10864
Մալարիա	502	141	7	1	2	3	2	2
ՄԻԱՎ	-	-	14	75	148	294	369	425
Վիրուսային հեպատիտ C (100.000 բնակչի հաշվով)	-	-	-	-	-	-	4	9

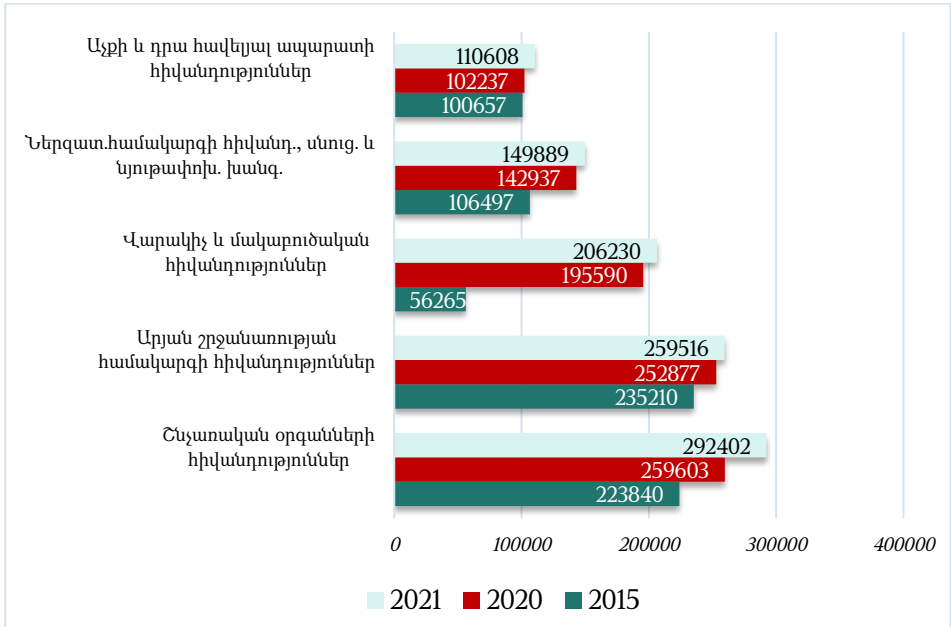
Կատարված վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ որոշ հիվանդությունների գծով նոր բացահայտված դեպքերը տարեցտարի ավելանում են, և եթե 1990 թ. առաջին անգամ շաքարային դիաբետ հայտնաբերվել է 4546 քաղաքացու շրջանում, ապա 2021 թ. այս ցուցանիշն ավելացել է շուրջ 138%-ով: Արդյունքում, եթե 1990 թ. գրանցվել է շաքարային դիաբետով հիվանդ 35500 բուժառու, ապա 2021 թ.՝ 109450¹³⁵: Փոխհատուցվող հիվանդացությունների գծով դեղերի տրամադրումը նպաստում է հիվանդության առաջընթացի կանխարգելմանը, մահացության դեպքերի նվազմանը և այլն: Ըստ այդմ՝ եթե 1990 թ. մահացության պատճառների կառուցվածքում շաքարային դիաբետի տեսակարար կշիռը 2,3% է, ապա 2021 թ.՝ 1,1%:

15 և բարձր տարեկան ՀՀ բնակչության հիվանդացության ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ դիտարկվող տարիներին գերակշռել է հիվանդացությունը 5 հիմնական հիվանդությունների խմբերի գծով: Ընդ որում, ուսումնասիրված 5 հիմնական հիվանդությունների խմբերի գծով հիվանդացությունը 2021 թվականին կազմել է ընդհանուր հիվանդացության մոտ 65%-ը:

¹³³ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Ա 720, Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022, 299 էջ:

¹³⁴ Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և տուբերկուլյոզային հիմնարկներում գրանցված ակտիվ տուբերկուլյոզով բուժառուների թիվը:

¹³⁵ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Ա 720, Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022, 299 էջ:



Գծապատկեր 20

ՀՀ բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունը (15 տարեկան և բարձր)¹³⁶

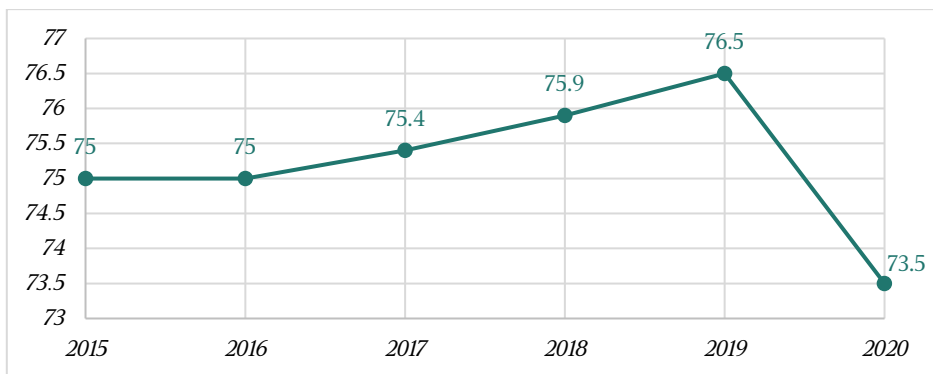
Շնչառական հիվանդությունների գծով հիվանդացության ցուցանիշի վերլուծությունը հիմք է տալիս ասելու, որ 2015 թվականի համեմատ 2021 թվականին այն մեծացել է և կազմել ընդհանուր հիվանդացության միջինում 30.2%-ը՝ 292402 դեպք: Մյուս կողմից, 2021 թվականին շնչառական հիվանդությունների գծով հիվանդացության ցուցանիշը կազմել է ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշի 18.5%-ը: Հիվանդացության հաջորդ խոշոր խումբը բաժին է հասել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններին, որոնք 2015 թվականի համեմատ 2021 թվականին ավելացել են 10.3%-ով՝ կազմելով՝ 259516 դեպք: Իսկ 2021 թվականին արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն ընդհանուր հիվանդացության 16.4%-ն էին:

Հետազոտության շրջանակում ուսումնասիրվել է նաև վարակիչ և մակարոնակա հիվանդությունների հիվանդացության միտումները, ինչի արդյունքում բացահայտվել է, որ 2015 թվականի համեմատ 2021 թվականին ցուցանիշն ավելացել է մոտ 4 անգամ՝ կազմելով 206230 դեպք: Ցուցանիշի աճի նման տեմպը պայմանավորված է 2020 թվականին սկիզբ առած COVID-19 համավարակի տարածմամբ: 2021 թվականին ընդհանուր հիվանդացության

¹³⁶ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022, Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.– 299 էջ, <http://nih.am/assets/pdf/atvk/b82fc49555b30dc398d0570aedcf5421.pdf?fbclid=IwARliWKwuaxChDYw1vZkRNqrknE2y7rOfplsXp46Z8KD-83RIPR54Zs07K4>

մեջ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների հիվանդացությունը կազմել է 13%: Ներգատական համակարգի հիվանդությունների, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումների գծով հիվանդացությունն ընդհանուր հիվանդացության 4-րդ խումբն է, որի ցուցանիշը 2015 թվականի համեմատ 2021 թվականին ավելացել է 40.7%-ով՝ կազմելով 149889 դեպք: Իսկ ընդհանուր հիվանդացության մեջ ներգատական համակարգի հիվանդությունների, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումների գծով հիվանդացությունը 2021 թվականին կազմել է 9.5%: Վերջին խումբն աչքի և դրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունների գծով հիվանդացության ցուցանիշի վերլուծությունն է, որի արդյունքում պարզ է դարձել, որ այս ուղղությամբ ցուցանիշը 2015 թվականի համեմատ 2021 թվականին ավելացել է 9.9%-ով՝ կազմելով 110608 դեպք: Մյուս կողմից, 2021 թվականին աչքի և դրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունների գծով հիվանդացության ցուցանիշը կազմել է ընդհանուր հիվանդացության 7%-ը:

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել են ՀՀ-ում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը և մահացության պատճառներն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում: Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 21-ում, Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը, 2015 թվականից սկսած, ունեցել է աճի միտում՝ 75-ից 2019 թվականին հասնելով 76.5 տարվա: Պայմանավորված Ադրբեյջանի սանձազերծած պատերազմով և COVID-19 համաշխարհային համավարակով՝ այս ցուցանիշը 2020 թվականին նախորդ տարվա համեմատ նվազել է 3 տարով և կազմել 73.5 տարի: Նշենք նաև, որ դիտարկվող ժամանակահատվածում Հայաստանի Հանրապետությունում այս ցուցանիշը միջինում կազմել է 75.2 տարի:

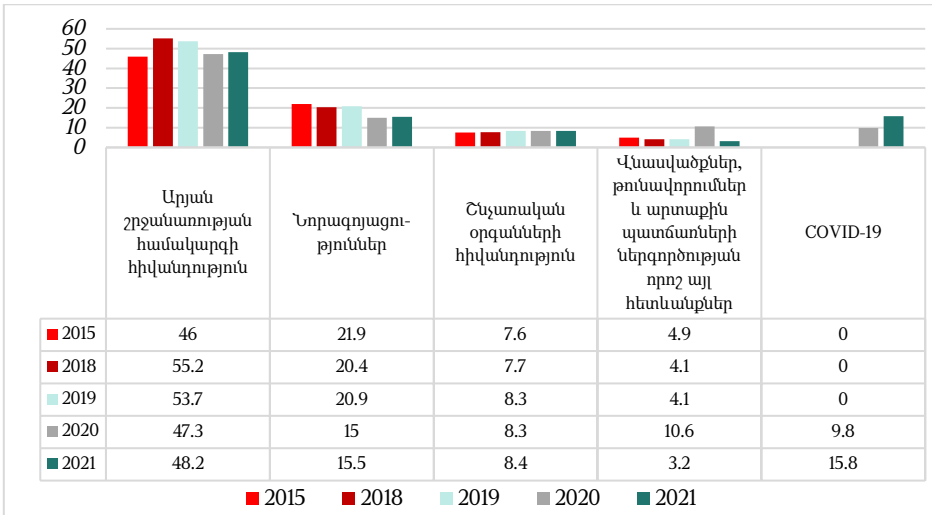


Գծապատկեր 21

ՀՀ-ում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը՝ հաշվարկված ծննդյան պահից, 2015-2020 թթ.¹³⁷

¹³⁷ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022/ Գ. Աղդեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Երևան, ՀՀ ԱՆ «Ավադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

Հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրվել են ՀՀ-ում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը և մահացության պատճառներն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում:



Գծապատկեր 22

ՀՀ բնակչության մահացության կշիռն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում՝ ըստ պատճառների (%)¹³⁸

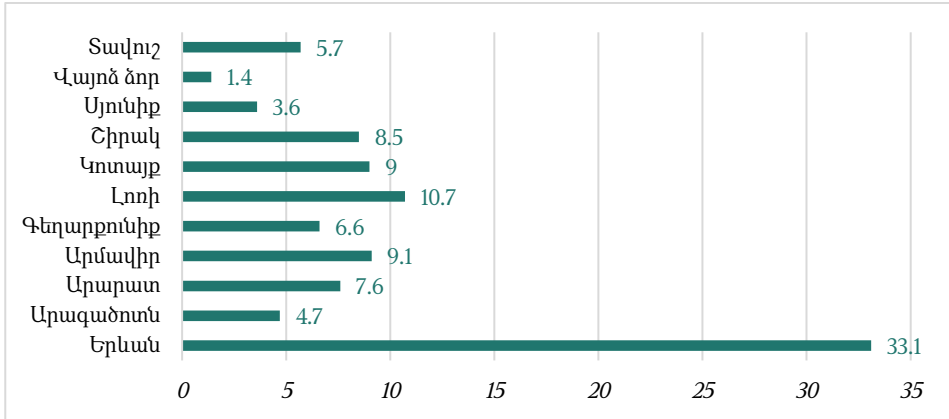
Գծապատկեր 22-ից ակնհայտ է դառնում, որ 2015-2021 թվականներին, որպես մահացության ամենաբարձր կշիռ ունեցող պատճառ, բոլոր տարիներին հանդես են եկել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, որոնք միջինում կազմել են 50.1%: Հաջորդը նորագոյացություններ են, որոնց պատճառով 2015 թվականին մահերի թիվը կազմել է 21.9 տոկոս: Սակայն արձանագրենք, որ այս ցուցանիշը նույնպես աստիճանաբար նվազել է և 2021-ին կազմել 15.5 տոկոս:

Մահացության պատճառներից երրորդ ամենաբարձր կշիռն ունեցել են շնչառական օրգանների հիվանդությունները. 2015-2021 թվականներին՝ միջինում 8%: Մինչև 2020 թվականը կայուն է եղել վնասվածքների, թունավորումների և արտաքին պատճառների ներգործությամբ մահացության ցուցանիշը: Մինչև 2020 թվականը այն միջինում կազմել է 4.3%, իսկ 2020 թվականին՝ 10.6%՝ պայմանավորված Ադրբեյջանի կողմից սանձազերծված պատերազմով: Պետք է նշել, որ 2021 թ. այս ցուցանիշը կազմել է 3.2%:

Մահացության պատճառներն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում՝ ըստ ՀՀ մարզերի վերլուծելիս տեսնում ենք, որ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդության հետևանքով հանրապետությունում մահացել է

¹³⁸ Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան և այլք, Վիճակագրական տարեգիրք, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, Հայաստան 2022, 299 էջ:

16589 մարդ: Մահացածների 33.1%-ը կամ 5490 մարդ եղել է Երևանից, որին հաջորդում են Լոռու, Արմավիրի, Կոտայքի և Շիրակի մարզերը, որոնք ունեցել են համապատասխանաբար՝ 10.7%, 9.1%, 9% և 8.5% տեսակարար կշիռներ:



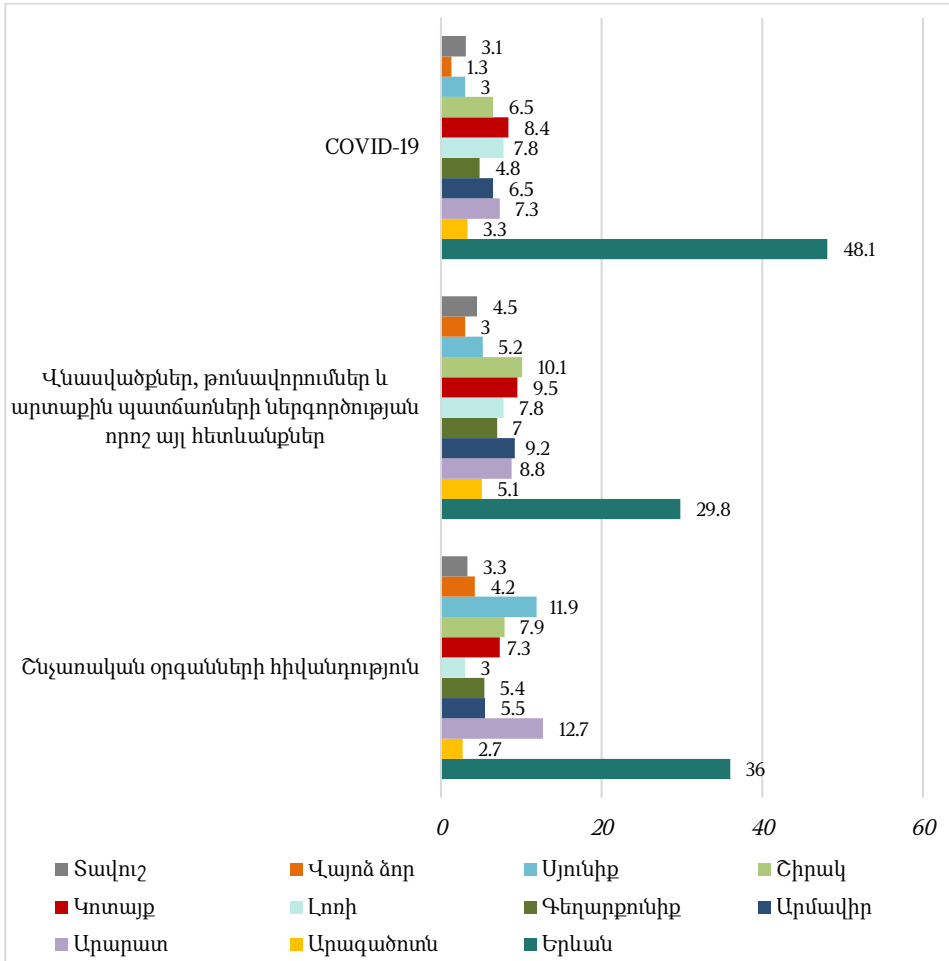
Գծապատկեր 23

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդության պատճառով մահացածների տեսակարար կշիռն ըստ Հայաստանի մարզերի, 2021 թ.

2021 թվականին Հայաստանում ընդհանուր մահացության կառուցվածքում տեսակարար կշռով հաջորդող պատճառներից են շնչառական օրգանների հիվանդությունը, վնասվածքների, թունավորումների և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ ու համավարակը: Շնչառական օրգանների հիվանդության պատճառով հանրապետությունում մահացել է 2895 մարդ, որից 36%-ը՝ Երևանում, 12.7%-ը՝ Արարատի մարզում և 11.9%-ը՝ Սյունիքի մարզում: Այս ցուցանիշով ամենաքիչ մահերը գրանցվել են Արագածոտնի մարզում՝ 2.7% կամ 78 մարդ:

Ինչ վերաբերում է վնասվածքների, թունավորումների և արտաքին պատճառների ներգործությանը որոշ այլ հետևանքներով մահերի թվին, ապա այդ ցուցանիշը 2021 թվականին կազմել է 1087 մարդ:

Ըստ այս ցուցանիշի՝ ամենամեծ տեսակարար կշիռը նույնպես Երևանին է (29.8%), որին հաջորդում են Շիրակի (10.1%) և Կոտայքի (9.5%) մարզերը: Վնասվածքների, թունավորումների և արտաքին պատճառների ներգործությամբ մահացածների ամենափոքր տեսակարար կշիռն ունեցել է Վայոց ձորի մարզը (3% կամ 33 մարդ):



Գծապարկեր 24

Մահացության պատճառներն ըստ ՀՀ մարզերի (տեսակարար կշիռ), 2021 թ.

Հայաստանի ժողովրդագրական իրավիճակի համապարփակ վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առկա են մի շարք հիմնախնդիրներ, որոնք խոչընդոտում են երկրում ժողովրդագրական ցուցանիշների բարելավումը: Հատկանշական է այն, որ այս ցուցանիշներից յուրաքանչյուրը վատթարացնում է Հայաստանի բնակչության առողջապահական ցուցանիշները: Իհարկե, COVID-19 համաճարակի տարածումը ևս երկրում փոփոխել է առողջապահության համապատկերը: Առկա առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման ցածր արդյունավետությունը վկայում է, որ օրախնդիր է բժշկական օգնության դիմաց վճարման նոր մեթոդների ներդրումը:

**ԴԵՂԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ՈՒ
ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ**

**1.1 ՀՀ-ում առողջության համապարփակ
ապահովագրության ներդրման խնդիրները**

Հայաստանյան առողջապահական համակարգում անհրաժեշտ է իրականացնել ֆինանսավորման հետ կապված լուրջ բարեփոխումներ՝ հասնելու համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի, բարելավելու առողջապահական համակարգի գործունեության ցուցանիշները՝ ՄԱԿ-ի Կայուն զարգացման նպատակներին համահունչ: Հայաստանի կառավարության նպատակներից է առաջընթաց գրանցել համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ ապահովելու ուղղությամբ՝ յուրաքանչյուր քաղաքացու համար երաշխավորելով բարձրորակ առողջապահական ծառայություններ: Առողջապահության նախարարությունն առաջարկել է համապատասխան ֆինանսավորման բարեփոխումներ, որոնց միջոցով կընդլայնվի ամբողջ բնակչության գերակշիռ առողջապահական կարիքներին ուղղված ծառայությունների փաթեթի ծածկույթը: Նախատեսվում է ընդլայնված ծածկույթը ֆինանսավորել կանխավճարային, հանրային եկամուտների ավելացման եղանակներով:

Առողջապահության համակարգում բարեփոխումների կարևորագույն քայլերը կատարվել են՝ սկսած 1996 թվականից, երբ Ազգային ժողովն ընդունել է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը, որտեղ, ի թիվս այլ կարևոր կանոնակարգումների, ամրագրվել է առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի միջոցով պետության կողմից բնակչության առողջության պահպանման սահմանադրական պարտականությունների իրացումը:

Ելնելով օրենքի պահանջից, սկսած 1997 թվականից, պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերը կատարվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի միջոցով, որտեղ նշվում են հիմնական գերակայություններն ու նպատակները, ինչպես նաև առանձին միջոցառումներ:

Մինչ օրս, որպես առողջապահության ֆինանսավորման ներքին աղբյուր, պետական բյուջեի ծախսերի ձևավորումն ունի երկու հիմնական մոտեցումներ՝ առողջապահական գերակայությունների պահպանում և սոցիալական ուղղվածության ապահովում: Առողջապահության ֆինանսավորման համար չի գործում որևէ նպատակային հարկ, գումարները տրամադրվում են բյուջետային ընդհանուր մուտքերից՝ ելնելով կառավարության գերակայու-

թյուններից և առաջնահերթություններից: Սկսած խորհրդային ժամանակներից մինչ օրս՝ առողջապահությունը չի համարվել առաջնահերթ ուղղություն, և պետական բյուջեի հատկացումները միջինում չեն գերազանցել տարեկան բյուջետային ծախսերի 6%-ը¹³⁹, սակայն առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ տարեցտարի աճում են:

Պետության երաշխավորած անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության գործող համակարգում հիմնական ծառայությունների փաթեթի ծածկույթն ապահովվում է կառավարության կողմից հաստատված խմբերի և առանձին հիվանդությունների համար՝ պետական բյուջեի հատկացումների հաշվին: Ծրագրերի և միջոցառումների համար նախատեսվող գումարները հաշվարկվում են դեռևս պատմականորեն ձևավորված կատարողականների, հիմնականում հիվանդանոցային դեպքերի և լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների թվաքանակների հիման վրա: Բյուջեի համապատասխան ծրագրերի և միջոցառումների կազմման ընթացքում հաշվի չեն առնվում բնակչության սեռատարիքային կամ առողջական առանձնահատկությունները և չի հաշվարկվում դրանց ազդեցության չափը, որի հետևանքով որոշակի ծրագրեր անընդհատ գերակատարվում են, իսկ այդ գերակատարումները հաշվի չառնելը ռիսկերը տեղափոխում են դեպի բուժհիմնարկներ և շահառուներ:

Հաշվի առնելով վերը նշված բոլոր հանգամանքները, ինչպես նաև տնային տնտեսությունների՝ առողջապահության գծով գրպանից դուրս ծախսերի զգալի չափերը՝ անհրաժեշտություն է առաջանում ՀՀ-ում ներդնել առողջապահական/դեղապահովման ծախսերի ֆինանսավորման կառուցակարգ: Այս խնդրի լուծման միջազգայնորեն ընդունված և տարածված տարբերակ է առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ներդրումը:

Առողջության ապահովագրության հայաստանյան համակարգը հիմնրված է, այսպես կոչված, բիսմարկյան մոդելի վրա, ըստ որի՝ համապարփակ ապահովագրական ծածկույթն ապահովվում է առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի միջոցով, իսկ ապահովագրված անձանց առողջապահական ծախսերը կատարվում են պետության կողմից հիմնադրված առողջապահության համապարփակ ապահովագրության միասնական հիմնադրամի կողմից: Համաձայն «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» ՀՀ օրենքի նախագծի՝ Հայաստանում կգործեն առողջության ապահովագրության երկու տեսակ՝ համապարփակ և կամավոր: Նախագծով նախատեսվում է, որ Հայաստանում կգործի առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգ, որի շնորհիվ՝ բնակչության բոլոր խմբերը

¹³⁹ «Պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենք, 2021 թ., <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=146404&fbclid=IwAR0p-RpszKQqub-oGXGCGmy7WtuslwZrUiv9ZL9Wh62j0EDUUIHfSELzk>

րը կունենան բժշկական հիմնական ծառայություններին ֆինանսական հասանելիություն, իսկ կամավոր ապահովագրությունը կլրացնի առաջարկվող համապարփակ ապահովագրության համակարգին: Այսօր Հայաստանում արդեն իսկ գործում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն, սակայն բնակչության 2%-ից պակասն է օգտվում դրանից, իսկ այս կառուցակարգի միջոցով կատարված առողջապահական ծախսերն ընդհանուր առողջապահական ծախսերի միայն 1.2%-ն են¹⁴⁰: Առաջարկվող համակարգի շրջանակում ԱՀԱ-ն իրականացվելու է պետության կողմից հիմնադրված կառույցի՝ ԱՀԱ հիմնադրամի միջոցով:

3.2

Դեղապահովագրության մոդելի հիմնական տարրերը և դրանց կառավարումը

Բազմաթիվ երկրներ, այդ թվում՝ Հայաստանը, ձգտում են ապահովել ընդհանրական բժշկական ծառայություններ իրենց քաղաքացիների համար: Այս տեսանկյունից, առողջության ապահովագրությունը դիտարկվում է որպես առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը բարելավելու, ինչպես նաև ֆինանսական ռիսկերից պաշտպանություն ապահովելու հիմնական ֆինանսական կառուցակարգ: Այնուամենայնիվ, այս սխեմաներից շատերը, ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր, ընդգրկում են բնակչության միայն փոքր մասը: Եթե առողջության ապահովագրության համակարգը ճիշտ նախագծված չլինի, այն կարող է խորացնել անհավասարությունը բնակչության տարբեր խմբերի միջև:

Չնայած բազմաթիվ առավելություններին, որոնք կարող է առաջարկել առողջության ապահովագրությունը, ապահովագրվելու և օգուտներին հասնելու ճանապարհը դժվար է, երկար ու ռիսկային: Քաղաքականություն մշակողները պետք է պարզեն, թե ինչպես կարելի է մեծացնել իրենց երկրի ֆինանսական կարողությունները, ընդլայնել առողջության ապահովագրության ծածկույթը բնակչության ոչ աշխատունակ խմբերի համար, ընդլայնել նպաստների փաթեթները և բարելավել առկա համակարգերը:

Իրավիճակը հնարավոր է շտկել՝ ներդնելով դեղերի փոխհատուցման ճիշտ կառուցված մոդել, որը կվերաբերի բոլոր քաղաքացիներին՝ ամբողջատոր փուլում բժշկի կողմից դեղատոմսով դեղերի արժեքի մի մասի կամ ամբողջական փոխհատուցմամբ (դեղերի ապահովագրական փոխհատուցում),

¹⁴⁰ Չուկվոմա Ա. և այլք (2021), Հայաստանում առողջապահության ֆինանսավորում. հանրային ֆինանսների կառավարման բարեփոխումներ՝ հանուն առողջապահական ծառայությունների մատուցման բարելավման, Համաշխարհային բանկի խումբ, <https://bit.ly/3NorOu5>

որը պայմանականորեն կարելի է անվանել դեղերի պարտադիր ապահովագրության համակարգ:

Դեղապահովագրության համակարգ նախագծելիս կարևոր է, որ քաղաքականություն մշակողներն առողջության ապահովագրության համակարգի և առողջության ֆինանսավորման նպատակների միջև ապահովեն ներդաշնակություն: Ինչպես առաջարկվում է ԱՀԿ Առողջապահության համաշխարհային գեկոյցում (2000 թ.), առողջապահության ֆինանսավորման նպատակներն են¹⁴¹.

- Ապահովել համընդհանուր պաշտպանություն վատառողջության ֆինանսական ռիսկերից:
- Նպաստել առողջապահական ծառայությունների առավել արդարացի ֆինանսավորմանը (օրինակ՝ վճարելու ունակության վրա հիմնված վճարումներ):
- Աջակցել կարիքի վրա հիմնված ծառայությունների արդարացի օգտագործմանն ու մատուցմանը, այսինքն՝ ապահովել ծառայությունների հասանելիություն՝ հիմնված կարիքի, այլ ոչ թե վճարելու ունակության վրա:
- Ապահովել ծառայությունների մատուցման որակ և արդյունավետություն:
- Ապահովել թափանցիկություն և հաշվետվողականություն:
- Բարձրացնել առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի կառավարման արդյունավետությունը:

Տարբեր երկրներում դեղերի փոխհատուցման մոդելները տարբեր են: Ընդհանուր առմամբ, բոլոր մոդելների համար գործում է այն կանոնը, ըստ որի՝ դեղերի նշանակումը կատարվում է ողջամտորեն, ըստ բժշկական ցուցումների, բայց, միաժամանակ, ժամանակին և արդյունավետ՝ հաշվի առնելով տնտեսական նկատառումները: Այս խնդիրը լուծելու համար օգտագործվում են տարբեր գործիքներ՝ գնային քաղաքականություն, ռեֆերենտային գնի կիրառում, փոխարինելի դեղերի օգտագործում և այլն: Մեծ ուշադրություն է դարձվում դեղորայքային թերապիայի արդյունավետությանը, վավերականության մշտադիտարկմանը և նշանակումների ռացիոնալությունը:

Այս համակարգի ամենակարևոր առավելություններից մեկն էլ այն է, որ առողջապահությունը կենտրոնանում է հիվանդության ռիսկը նվազեցնելու վրա: Հիվանդության հենց սկզբնական փուլում, քանի դեռ այն դեռ չի հասել սրացման փուլին ու դարձել քրոնիկական, դեղերը դառնում են հասանելի: Համապատասխանաբար՝ նվազում է հիվանդության խորացման ռիսկը, ինչպես նաև կրճատվում են բուժման ծախսերը: Այս նպատակով պետք է մշակել

¹⁴¹ Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. *Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.*

առողջության ապահովագրության համակարգի հիմնական տարրերը: Սոցիալական ապահովագրության ներքո բնակչության դեղորայքային ապահովման հնարավոր մոդելները կարող են ներառել հետևյալ հիմնական տարրերը.

- ապահովագրավճարների չափի որոշում,
- բնակչության խմբերի սահմանում,
- փոխհատուցվող դեղերի ցուցակների ձևավորում,
- գների կարգավորման կառուցակարգերի ներդրում,
- շահառուների կատեգորիաների բացահայտում,
- ծախսերի փոխհատուցման կառուցակարգերի սահմանում,
- դեղերի ապահովագրության կառավարում և այլն:

Հաշվի առնելով պետական առողջապահական ծախսերի ցածր մակարդակը՝ զարմանալի չէ, որ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ նկատվում է առողջապահական ծախսերի բարձր մակարդակ: Գրպանից վճարումներից մեծ կախվածությունը չափազանց փոխկապակցված է առողջապահական աղետալի ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների և ֆինանսական պաշտպանության բացակայության հետ: Այս տեսանկյունից, շատ երկրներում սոցիալական համերաշխությունը քաղաքական առաջնահերթություն է՝ հիվանդության և աղքատության միջև ամուր կապի առկայության պատճառով:

Ապահովագրավճարներ

Ապահովագրողները կարող են հաշվարկել առողջության ապահովագրավճարները՝ ելնելով տարբեր պայմաններից: Կարևոր չափանիշը ռիսկն է: Ապահովագրավճարները կարող են հաշվարկվել հետևյալ հիմնական եղանակներով.

- Եկամտի հետ կապված ապահովագրավճարներ: Սա հիմնականում կիրառվում է սոցիալական ապահովության սխեմաների դեպքում, երբ վճարումները հաշվարկվում են որպես ստացված եկամտի մասնաբաժին:
- Ռիսկի վրա հիմնված ապահովագրավճարներ, որոնք հենվում են որոշակի ռիսկերի վրա և հաշվարկվում ակտուարական սկզբունքներով՝ ելնելով ապահովագրական ընկերության վնասաբերության մակարդակից:

Այս համատեքստում կարևոր նշանակություն ունեն երկրի ֆինանսական հնարավորությունները, որոնք կախված են մեկ շնչի հաշվով համախառն ներքին արդյունքից, տնտեսության ֆորմալ հատվածի չափից, որը կարող է հարկվել և/կամ նպաստել գործատուի վրա հիմնված առողջության ապահովագրությանը, տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի ներկա մակարդակից, որոնց մի մասը կարող է օգտագործվել առողջության ապահովագրության ֆինանսավորման համար և այլն:

Ազգային և սոցիալական առողջության ապահովագրության համակարգերը պահանջում են ապահովագրական հատկացումների հավաքագրման արդյունավետ կառուցակարգ: Ֆորմալ հատվածի աշխատակիցների մեծ թվաքանակի և, հետևաբար, ավելի մեծ աշխատավարձից հարկման բազայի պարագայում ստեղծվում են առողջապահական համակարգի եկամուտներ ապահովելու ավելի մեծ կարողություն և ցածր եկամուտ ունեցող խմբերին սուբսիդավորելու ավելի մեծ հնարավորություն: Բայց աշխատավարձի հարկերի սահմանումը պարտադիր կերպով մեծացնում է աշխատուժի ծախսերը, և սա պետք է մանրամասն քննարկել, քանի որ կարող է վնասել աշխատաշուկային, հանգեցնել հարկերից խուսափելուն, մեծացնել ոչ ֆորմալ հատվածում բիզնեսով զբաղվելու գրավչությունը¹⁴²:

Բնակչության խմբեր

Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեան հաստատել է WHA58.33 բանաձևը¹⁴³, որով նախատեսվում է բնակչության համար ապահովել ընդհանրական ծածկույթ, որպեսզի անհրաժեշտ առողջապահական ծառայությունները հասանելի լինեն առանց ֆինանսական ռիսկի: Ընդ որում, նշված ծածկույթն ունի երկու կարևոր բաղադրիչներ՝ բնակչության ընդգրկվածության աստիճանը (բնակչության տարատեսակ խմբերը, որոնք պետք է ապահովագրվեն առողջության ապահովագրությամբ (շահառուներ)) և առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի չափը: Հարկ է նշել, որ նման ծածկույթ հնարավոր է եղել ապահովել միայն մի շարք երկրներում (Դանիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա, Միացյալ Թագավորություն, Պորտուգալիա), մինչդեռ բազմաթիվ այլ երկրներում առողջության ապահովագրությունը կիրառվում է բնակչության ընտրված խմբերի համար: Սա հիմնականում պայմանավորված է նրանով, որ սկզբում ընտրվում են բնակչության ֆորմալ ոլորտում զբաղվածները: Օրինակ՝ պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջության ապահովագրությունը սկզբում վերապահվում է քաղաքացիական ծառայության ոլորտի աշխատակիցներին:

Մասնավոր ոլորտի խոշոր ընկերությունները կարող են նախաձեռնել իրենց աշխատակիցների պաշտպանությունը, իսկ լավ վարձատրվող մասնագետները կարող են ձեռք բերել մասնավոր ապահովագրական փաթեթներ:

¹⁴² Gottret, P. E., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. World Bank Publications.

¹⁴³ Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/sustainable-health-financing-universal-coverage-and-social-health-insurance.pdf?sfvrsn=f8358323_3

ՓՈՒԼ 1

**ԱՇԽԱՏՈՂ
ԲՆԱԿԶՈՒԹՅՈՒՆ**
(623 972 մարդ)

Առավելագույն չափով տեղեկացված և վճարունակ խումբ

1. Սոցիալաթերի շահառուներ (130,987 պետական հատվածից)
2. Մասնավոր հատվածից (540,982)

ՓՈՒԼ 2

**ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՆԵՐ ԵՎ
ՆՊԱՍՏԱՌՈՒՆԵՐ**
(278 727 մարդ)

Բնակչության բարձր ռիսկային խումբ

1. Առողջական խնդիրների բարձր մակարդակ
2. Դեղերի սպառման մեծ ծավալներ

ՓՈՒԼ 3

ԿԵՆՍԱԹՈՇԱԿԱՌՈՒՆԵՐ ԵՎ ԵՐԵՏԱՆԵՐ
(0-18 տարեկան,
1 170 153 մարդ)

Բնակչության ամենամեծ խումբ

1. Ռիսկայնությունը զսպված է տարիքային բաշխմամբ
2. Դեղերի ստացման առաջնային անհրաժեշտություն

ՓՈՒԼ 4

**ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐ,
ԻՆՔՆԱԶԲԱՂՎԱԾՆԵՐ
(ԳՅՈՒՂ ԱՑԻԱԿԱՆ
ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ)
ԳՈՐԾԱԶՈՒՐԿՆԵՐ ԵՎ
ԲՆԱԿԶՈՒԹՅԱՆ
ԱՅԼ ԽՄԲԵՐ**
(886 848 մարդ)

Բնակչության խումբ, որի դեպքում դեղերի սպառման մակարդակը ցածր է միջինից

1. Ռիսկայնությունը զսպված է
2. Հստակ չեն ինքնաֆինանսավորման հնարավորությունները (սախատելով է իրականացնել եկամուտների հայտարարագրման կառուցակարգի ներդրումից հետո)

Այնուամենայնիվ, զարգացող երկրներում առողջության ապահովագրությունը դժվարհասանելի է բնակչության հետևյալ խմբերի համար.

- Գյուղական համայնքներում զբաղվածներ՝ ֆերմերներ, ֆերմերային աշխատողներ, հովիվներ, ձկնորսներ և այլն:
- Ինքնագրավածներ կամ ոչ ֆորմալ հատվածում աշխատողներ՝ փողոցային առևտրականներ, տաքսու վարորդներ և այլն:
- Խոցելի բնակչություն՝ անօթևաններ, կենսաթոշակառուներ և այլն:

Ապահովագրության սխեմաների ներդրման դեպքում երբեմն բախվում ենք, այսպես կոչված, «անբարենպաստ ընտրության» հետ: Սա նշանակում է, որ առողջության առումով ավելի բարձր ռիսկ ունեցող անձինք ավելի մեծ հավանականությամբ կարող են ներգրավվել ապահովագրության մեջ: Առողջության ապահովագրության դեպքում անբարենպաստ ընտրություն տեղի է ունենում այն դեպքում, երբ առողջության ապահովագրության համակարգում ցանկանում են ներգրավվել ավելի շատ մարդիկ, որոնց առողջության պահպանման ակնկալվող ծախսերը մեծ են (օրինակ՝ նախկինից գոյություն ունեցող առողջական խնդիրներով անձինք կամ տարեցներ), քան, օրինակ, առողջները, երիտասարդները: Անբարենպաստ ընտրությունը հնարավոր է միայն կամավոր ապահովագրական սխեմաների դեպքում, երբ մարդիկ ընտրության հնարավորություն ունեն՝ գրանցվել, թե չգրանցվել:

Սրա արդյունքում ապահովագրողները բախվում են ցածր եկամուտ, ինչպես նաև առողջության բարձր ռիսկեր ունեցող բնակչության խմբերի հետ:

Այդ նպատակով պետք է հստակ որոշել, թե բնակչության որ խմբերը պետք է օգտվեն դեղապահովագրության փաթեթից:

Հայաստանի դեպքում առաջարկվում է հետևյալ փուլային տարբերակը:

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ

Ֆինանսական միջոցների սահմանափակության և առողջապահական ծախսերի աճման պայմաններում հանրային առողջության պահպանման համար անհրաժեշտ են կառուցակարգեր, որոնք նպաստում են առաջադեմ առողջապահական տեխնոլոգիաների, այդ թվում՝ դեղամիջոցների կիրառմանը՝ միաժամանակ սահմանափակելով ծախսերը:

Փոխհատուցման ենթակա դեղորայքի ցանկը, սովորաբար, կոչվում է դրական: Փոխհատուցման ենթակա դեղորայքի ցանկի առկայությունը կարևոր է առողջության որակի բարելավման, ինչպես նաև դեղամիջոցների գների աճը զսպելու համար: Թեև երկրների միջև գոյություն ունեն հիվանդությունների տարածման և բժշկական մշակույթի տարբերություններ, այնուամենայնիվ, նպատակահարմար է ձևավորել առողջության կարիքների բավարարման համար դեղամիջոցների հիմնական ցանկ: Հարկ է նշել, որ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հովանու ներքո մշակվել է հիմնական դեղերի ցանկը, որը սահմանում է առողջապահության կարիքների համար նվազագույն դեղամիջոցները հասարակության սահմանա-

փակ ռեսուրսների պայմաններում:

ՀՀ դեղային ազգային քաղաքականության հիմնական սկզբունքներից մեկը դեղերի ֆիզիկական և տնտեսական մատչելիության ապահովումն է: Ներկայում, չնայած դեղագործական շուկայում դեղերի լայն տեսականու առկայությանը, նույնիսկ զարգացած երկրները հաճախ ի վիճակի չեն բնակչությանն ապահովելու բոլոր անհրաժեշտ դեղերով: Ուստի աշխարհի շատ երկրներում արդյունավետ բուժօգնություն ցուցաբերելու նպատակով կյանքի է կոչվել սահմանափակ թվով հիմնական դեղերի գաղափարախոսությունը:

Հիմնական են այն դեղերը, որոնք առողջության պահպանման գործում բավարարում են բնակչության մեծամասնության պահանջները և ամեն դեպքում պետք է առկա լինեն բավարար քանակով, համապատասխան ձևով ու չափով: Դեռևս 1977 թ.-ին ԱՀԿ-ն, ընդլայնելով դեղագործական ոլորտում իր գործունեությունը, այն կենտրոնացրեց հիմնական դեղերի հայեցակարգի վրա՝ ստեղծելով հիմնական դեղերի առաջին մոդելային ցանկը, իսկ այսօր արդեն այս գաղափարախոսությունը լայնորեն տարածվել է աշխարհի բազմաթիվ երկրներում (շուրջ 160):

Հիմնական դեղերի ազգային ցանկը մշակվում է ԱՀԿ երաշխավորությունների և հիմնական դեղերի մոդելային ցանկի հիման վրա: Ազգային ցանկերի ստեղծմանն իրենց մասնակցությունն են ցուցաբերում երկրների առաջատար մասնագետները:

Հիմնական դեղերի ցանկը կազմելիս հաշվի են առնվում.

- դեղերի արդյունավետությունը և անվտանգությունը,
- դեղերի մատչելիությունը՝ ծախսարդյունավետությունը,
- հանրապետությունում հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները,
- առավել տարածված հիվանդությունների կառուցվածքը,
- տնտեսական, ժառանգական և ժողովրդագրական տվյալները,
- առողջապահական կազմակերպությունների կառուցվածքը,
- առողջապահության համակարգի մասնագետների պատրաստվածության մակարդակն ու փորձը¹⁴⁴:

Ցանկում դեղերը նշվում են միջազգային (գեներիկ) անվանումներով: Հիմնական դեղերի ցանկը կիրառվում է հետևյալ գործընթացներում.

1. Բուժման օպտիմալ սխեմաների մշակում: Հիմնական դեղերի ցանկը և բուժման օպտիմալ սխեմաները սերտորեն փոխկապված են: Շատ երկրներում հիմնական դեղերի ցանկի ձևավորման հիմքում հենց բուժման օպտիմալ սխեմաներն են:

2. Պետության կողմից բնակչությանն անվճար տրվող դեղերի գնում: Դեղերի կենտրոնացված գնումները, որոնք տեղի են ունենում մրցութային

¹⁴⁴ Հիմնական դեղեր, <http://www.pharm.am/index.php/am/2014-09-16-06-40-28>

կարգով (տենդեր), որպես կանոն, կատարվում են հիմնական դեղերի ցանկի շրջանակում:

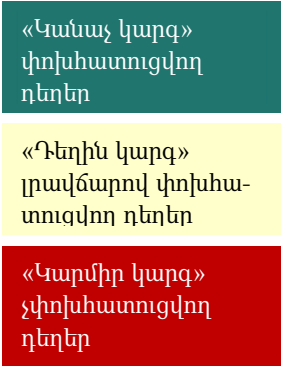
3. Մարդասիրական օգնության կառավարում: Մարդասիրական օգնության ճանապարհով դեղերի ստացման համար պատվերներ կազմելիս հիմք է ընդունվում հիմնական դեղերի ցանկը:

4. Պետության կողմից փոխհատուցվող դեղերի ցանկի ստեղծում: Ամբուլատորային պայմաններում անվճար կամ գեղչով բուժումն իրականացվում է հատկապես այդ ցանկի շրջանակում: Հիմնական դեղերի գաղափարախոսության արմատավորման կարևորագույն լծակներից մեկն է «Ազգային դեղամատյանը», որն ամփոփում է հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված բոլոր դեղերի դեղաբանական, բուժական համառոտ բնութագիրը¹⁴⁵:

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկեր կազմելիս հաշվի են առնվում դեղամիջոցի բուժական արժեքը, դրա անվտանգ օգտագործումը, ինչպես նաև գինը: Ցուցակներում ընդգրկվելու առաջնահերթություն պետք է ունենան այն դեղամիջոցները, որոնք երաշխավորում են բարձր թերապևտիկ ազդեցություն՝ նվազագույն գնով: Ցանկը երկու ամիսը մեկ թարմացնելը հնարավորություն է տալիս արդյունավետորեն ավելացնելու նոր ապրանքները, որոնց օգտակարությունն ապացուցված է, և գեներիկ դեղամիջոցներ, որոնք համարժեք են նույն ակտիվ նյութ պարունակող օրիգինալ դեղամիջոցներին:

Դեղամիջոցները ենթակա են փոխհատուցման, եթե նախատեսված են հատուկ բժշկական նպատակների համար, հասանելի են դեղատներում, առկա են բժշկի դեղատոմս և ցուցում:

Դեղապահովագրության համակարգի ներդրման դեպքում կարևոր է փոխհատուցվող դեղորայքի դրական ցուցակների կազմումը, որը կարող է համընկնել դեղերի հիմնական ցուցակում ներառված դեղորայքի հետ: ՀՀ-ում առաջարկվում է փոխհատուցման ցանկերի կազմման հետևյալ մոտեցումը.



- դեղամիջոցի բուժական արժեք
 - դեղամիջոցի անվտանգ օգտագործում
 - դեղամիջոցի գին
- բարձր թերապևտիկ
ազդեցություն՝
նվազագույն գնով

Գծապատկեր 25

Փոխհատուցման ցանկերի կազմման առաջարկվող մոտեցումը

¹⁴⁵ Հիմնական դեղեր, <http://www.pharm.am/index.php/am/2014-09-16-06-40-28>

Յուրաքանչյուր երկիր ինքն է որոշում իրեն կենսապես անհրաժեշտ դեղամիջոցների ցանկը՝ ելնելով առողջապահության ոլորտում իր քաղաքականության առանձնահատկություններից, հաշվի առնելով հիվանդությունների տարածվածությունը և այլն: Առողջապահական տեխնոլոգիաները գնահատվում են կլինիկական և տնտեսական փաստարկներով՝ համատեղելով արդյունքները ծախս-արդյունավետություն ցուցանիշներում:

Պետք է հստակ տարանջատել, թե ինչ ծառայություններ և ապրանքներ պետք է ընդգրկվեն փոխհատուցման փաթեթում: Փոխհատուցման փաթեթի ծածկույթից կախված է դրա ընդհանուր արժեքը, սպառողների համար ընդունելիությունը և շուկայականությունը: Փոխհատուցման փաթեթներ սահմանելիս կարող է ընտրվել համաապահովագրության տարբերակը, երբ ապահովագրված անձը վճարում է մատուցված ծառայությունների կամ տրամադրված դեղորայքի գնի մի մասը: Օրինակ՝ ապահովագրական սխեման կարող է ծածկել ծախսերի 80%-ը, իսկ մնացած 20%-ի համար պետք է վճարի հիվանդը:

Դեղապահովագրության փոխհատուցման փաթեթում կարող է կիրառվել նաև համավճար, որը նշանակում է, որ յուրաքանչյուր փոխհատուցման դեպքում ապահովագրված անձը պետք է վճարի որոշակի ամրագրված գումար:

Փոխհատուցման փաթեթը ներառում է տեղեկություն յուրաքանչյուր կատեգորիայի ծածկույթի վերաբերյալ՝ մանրամասնորեն: Մանրամասները կարող են ներառել մատակարարի տեսակը, հատուկ ծառայություններ կամ պայմաններ, որոնք ծածկված կամ բացառված են, ծառայությունների սահմանափակումներ (օրինակ՝ օրերի թիվը հիվանդանոցում) և յուրաքանչյուր համավճար կամ նվազեցում:

2001 թ. Մակրոտնտեսական և առողջապահության հանձնաժողովը (CMH) առաջարկեց չորս հիմնական չափորոշիչներ, որոնցով պետք է առաջնորդվել փոխհատուցման փաթեթներ կազմելիս.

- պետք է լինեն տեխնիկապես արդյունավետ,
- թիրախային հիվանդությունները պետք է ծանր բեռ լինեն հասարակության համար՝ հաշվի առնելով անհատական հիվանդությունները, ինչպես նաև սոցիալական հետևանքները (օրինակ՝ համաճարակներ և անբարենպաստ տնտեսական հետևանքներ),
- սոցիալական օգուտները պետք է գերազանցեն կատարված ծախսերը (ներառյալ՝ խնայված կյանքի տարիները կամ, օրինակ, ավելի արագ տնտեսական աճը),
- պետք է շեշտել աղքատների կարիքները¹⁴⁶:

¹⁴⁶ WHO Commission on Macroeconomics and Health. (2001). Macroeconomics and health : investing in health for economic development / report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42435>

Գների կարգավորում

Դեղապահովագրության ներդրման համակարգ մշակելիս կարևոր է ծախսերի կառավարումը: Դա վերաբերում է այն կառուցակարգերին, որոնց միջոցով առողջապահական ապահովագրության համակարգը կարող է կառավարել և վերահսկել ծախսվող ռեսուրսները: Դա հետադարձ կապ է, որն ապահովվում է ծախսերի և նախատեսված բյուջեի միջև, որպեսզի ծախսերը մնան նախատեսված բյուջեի սահմաններում: Ծախսերի արդյունավետ կառավարումը կարևոր է կենսունակությունն ապահովելու համար, ներառում է ծախսերի կառավարում, ֆինանսական ճշգրտումներ և այլն: Ծախսերի կառավարման տեսանկյունից, կարևոր նշանակություն ունեն փոխհատուցվող դեղերի գները և դրանց կառավարումը:

Գոյություն ունեն դեղերի ծախսերը գսպելու մի քանի այլընտրանքային մեթոդներ: Դրանց ընդհանրությունն այն է, որ փորձ է կատարվում հաշվարկելու գները, որոնք կլինեն ճիշտ և արդար բոլոր կողմերի համար: Գները կարելի է վերահսկել տարբեր մակարդակներում՝ արտադրողի, ներմուծողի, մեծածախ առևտրի, դեղատան:

Սովորաբար, օգտագործվում են վերը թվարկված մոտեցումների տարբեր համակցությունները: Կարելի է գտնել համակարգի այնպիսի օրինակներ, որտեղ արտադրողի կամ ներմուծողի գները կարգավորվում են, մինչդեռ մեծածախ վաճառողներին և դեղատներին թույլատրվում է սահմանել վրադիրներ՝ մինչև ամրագրված առավելագույնի շրջանակում: Կան նաև համակարգեր, որտեղ կարգավորվում է միայն վաճառքի գինը դեղատներում, և արտադրողները, ներկրողները, մեծածախ վաճառողները և դեղատները միմյանց միջև համաձայնեցնում են գներն ու վերադիրները:

Գների վերահսկման յուրաքանչյուր համակարգի մշակման ամենադժվար քայլը «արդար» գնի սահմանումն է: Մշակվել են «արդար» գնի հաշվարկման մի քանի մեթոդներ, որոնք կարող են կիրառվել զուգահեռաբար.

- 1) ծախսերի և ամրագրված շահույթի հաշվարկ,
- 2) շահույթի սահմանաչափ,
- 3) համեմատական գնագոյացում,
- 4) գնային բանակցություններ,
- 5) դեղատնտեսական գնահատումներ:

Գները կարգավորում է կա՛մ **արդարողը**, կա՛մ **ներմուծողը**: Կարող է կիրառվել ծախսերի և ամրագրված շահույթի հաշվարկ: Գնագոյացմամբ զբաղվող մարմինները պետք է մանրամասն և հավաստի տեղեկություններ ունենան ընկերությունների արտադրության ծախսերի ու վերադիրների մասին: Նրանք կարող են պահանջել նման տվյալներ, սակայն ընկերությունների տրամադրած տեղեկությունների իսկությունը որոշ դեպքերում անհնար է ստուգել: Ծախսերը և վերադիրները կախված են ընկերության քաղաքականությունից: Ըստ ընկերությունների՝ արտադրության, հետազոտության և

մարքեթինգի հիմնական ծախսերը կարող են զգալիորեն տարբերվել: Եթե դրանցից մեկը բազմազգ կոնցեռնի դուստր ձեռնարկություն է, ապա կողմնակի անձանց համար գրեթե անհնար է հավաստի տվյալներ ստանալ, թե որտեղ և ինչպես են առաջանում ծախսեր և ստացվում շահույթ: Մեկ այլ խնդիր է որոշակի տեսակի արտադրանքի համար ընդհանուր ծախսերի և հետազոտական աշխատանքների արժեքի հաշվարկը: Սա բավական բարդ գործընթաց է, պահանջում է լուրջ հաշվարկներ և կարող է զգալիորեն տարբերվել՝ ըստ ընկերությունների:

Շահույթի «սահմանաչափի» դեպքում սահմանվում են կապիտալի եկամտաբերության վերին սահմաններ:

Համեմատական գնագոյացման դեպքում ներքին շուկայում վաճառվող դեղորայքի գները համեմատվում են համանման դեղորայքի գների հետ: Որոշ երկրներ համեմատում են դեղերի թանկացումները, որպեսզի որոշեն հայրենական արտադրանքի գների թույլատրելի աճը: Այլ երկրներ նոր դեղերի տեսականիով շուկա մուտք գործող ընկերություններից պահանջում են տեղեկություններ տրամադրել որոշակի արտասահմանյան երկրներում գործող գների վերաբերյալ: Ավելի համապարփակ մոդելը ներառում է փոխհատուցման ենթակա բոլոր ապրանքների գների համեմատում երկրներում առկա նույն կամ նմանատիպ ապրանքների գների հետ՝ ընտրված որպես ձևանմուշ համեմատման համար:

Գների վերահսկումը **մեծածախ վաճառքի և դեղատոների մակարդակում**: Սա կարող է կատարվել **առևտրային վերադիրների սահմանափակմամբ**: Դեղերի բաշխման հետ կապված ծախսերը ներառում են մեծածախ վաճառողների և դեղատների վերադիրները: Առևտրային վերադիրները, սովորաբար, կարգավորվում են, քանի որ դրանք կարող են լինել դեղորայքի սպառողական գների մինչև 40%-ը կամ ավելին: Մեծածախ վերադիրները կարելի է սահմանափակել կա՛մ մեծածախ վաճառքների համար՝ սահմանելով առավելագույն գին, կա՛մ այն առավելագույն մեծությունը, որով մեծածախ բաշխման ցանցը տվյալ դեղամիջոցը կարող է վաճառել դեղատներին: Այս մեթոդները կարելի է համատեղել՝ առևտրային վերադիրի ընդհանուր մեծության համար առավելագույն շեմ սահմանելով. այնուհետև մեծածախ վաճառողները և դեղատները պետք է պայմանավորվեն այս վերադիրի մեջ իրենց բաժնեմասի շուրջ: Նման մոտեցում կիրառվում է Ռումինիայում, որտեղ առկա է ընդհանուր առևտրային վերադիրի առավելագույն մակարդակ՝ լրացուցիչ դրույթներով առավելագույն մեծածախ և դեղատների նվազագույն վերադիրների համար նշագծում:

Դեղատներում գործում են վերադիրների սահմանափակումներ, մասնավորապես.

1. Ամրագրված վերադիրների համակարգ, այսինքն՝ վաճառվող բոլոր դեղերի մեծածախ գներին ավելանում է որոշակի տոկոս: Այս սկզբունքը լայ-

նորեն կիրառվում է մրցակցային մանրաձախ առևտրում՝ ինչպես ԱՄՆ-ում, այնպես էլ շատ ավելի խիստ կարգավորվող համակարգերում, ինչպիսիք Եվրոպայում են: Եվրոպական շուկաներում վերադիրները, սովորաբար, ամրագրվում և պարբերաբար վերանայվում են պետական մարմինների հետ բանակցությունների միջոցով: Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի մանրաձախ վերադիրները տարբեր են, բայց մոտ են 30%-ին: Երկրների մեծ մասը ձեռնպահ է մնում առանց դեղատոմսի դուրս գրվող դեղերի գների կարգավորումից (դրանք կարգավորվում են ազատ շուկայի կանոններով):

Ամրագրված վերադիրների համակարգի դեպքում ռիսկային է այն, որ դեղատոմսը կարող է մեծաձախ վաճառողի հետ բանակցել դեղի զեղչի շուրջ՝ դրանով իսկ բարձրացնելով ընդհանուր վերադիրը, և գնորդները կարող են չշահել մեծաձախ գների իջեցումից (չնայած որոշ երկրներում, օրինակ՝ ԱՄՆ-ում, զեղչերի մի մասն արտացոլվում է սպառողական գնի իջեցման մեջ):

2. Մանրաձախ վերադիրները հասցնել առավելագույն մակարդակի: Այս տարբերակը հիմնված է այն փաստի վրա, որ երրորդ կողմերը, որոնք վճարում են դեղերի համար, կարող են բանակցել ավելի ցածր վերադիրների և, հետևաբար, ավելի ցածր գների համար՝ մեծաձախ վաճառողների և դեղատոմսերի հետ: Այնուամենայնիվ, նման համաձայնագրի հետևանքները կախված կլինեն գործարքի մասնակիցների դիրքից. ուստի գործնականում մանրաձախ վերադիրների առավելագույն մակարդակը ինքնին չի հանգեցնի սպառողական գների նվազմանը: Մանրաձախ առևտրի վրա նման ճնշումը կարող է բերել սպասարկման որակի հնարավոր վատթարացման, այդ թվում՝ թանկարժեք, բայց անհրաժեշտ դեղերի պաշարների կրճատման: Հաշվի առնելով նման ելքը՝ դեղատոմսերի գործունեության նկատմամբ կարող են սահմանվել լրացուցիչ պահանջներ (օրինակ՝ որոշակի ժամկետում յուրաքանչյուր դեղամիջոց տրամադրելու պարտավորություն):

3. Մանրաձախ վերադիրները սահմանել ըստ հետհաշվարկի: Այս դեպքում դրանց տոկոսը նվազում է, քանի որ բարձրանում է դեղամիջոցների արժեքը: Սովորաբար, նման համակարգի հիմնական նպատակն է խթանել դեղատոմսերի հետաքրքրվածությունը դեղերն ավելի էժան վաճառելու մեջ: Նման համակարգ ընդունած երկրներում դրույքաչափերի և վերադիրների կառուցվածքը մեծապես տարբերվում է: Սովորաբար, այսպիսի դրույքաչափեր սահմանելիս հաշվի են առնվում երկրում առկա գների հատուկ կառուցվածքը և սպառման միտումները:

Գների կարգավորման տեսանկյունից, ՀՀ-ում շրջանառվում է ռեֆերենտային գնագոյացման մասին օրենքի նախագիծը: Վերջինս, սակայն, նախատեսում է միայն պետական գնումների ընթացակարգերով ձեռք բերվող փոխհատուցվող դեղերի մեծաձախ ռեֆերենտային գների մշակում: Դեղապահովագրության համակարգի ներդրման պարագայում սրա շրջանակները պետք է ընդլայնվեն՝ հաշվի առնելով ապահովագրության համակարգում ռեֆերենտային գնագոյացման մի շարք առանձնահատկություններ:

Գների հաշվարկը և ռեֆերենս սայրանքների ընտրությունը

Ռեֆերենտային արտադրանքի ընտրության վերաբերյալ կիրառվող կանոնները միշտ չէ, որ հստակ նկարագրված են (օրինակ՝ գներիկներ, չփոխհատուցվող դեղեր, ամբուլատոր, միայն հիվանդանոցային դեղեր, փաթեթավորման տարբեր չափեր, դեղաչափեր և տարբեր դեղագործական ձևեր): Ռեֆերենտ գնի հաշվարկման համար օգտագործվող հաշվարկային մեթոդները բազմազան են և նույնիսկ նույն երկրում կարող են տարբերակվել՝ կախված արտադրանքի տեսակից, դեղորայքի օրիգինալ կամ գեներիկ լինելու հանգամանքից և այլն: Հիմնական մեթոդներից մեկը ռեֆերենտ երկրների միջին գնի հաշվարկն է (Ավստրիա, Բելգիա, Կիպրոս, Դանիա, Իսլանդիա, Իռլանդիա, Պորտուգալիա, Շվեյցարիա և Նիդերլանդներ):

Մեկ այլ մեթոդ է բոլոր ռեֆերենտ երկրների միջև ամենացածր գնի օգտագործումը (Բուլղարիա, Հունգարիա, Իտալիա, Ռումինիա, Սլովենիա և Իսպանիա՝ օրիգինալ դեղերի և կենսասնան նյութերի համար: Որոշ երկրներ, ինչպիսիք են Հունաստանը, Նորվեգիան, Սլովակիան և Չեխիան, հաշվարկում են միայն առավելագույն գինը՝ օգտագործելով բոլոր երկրների գամբյուղների 3 կամ 4 ամենացածր գների միջինը: Ֆրանսիան, որն իր գամբյուղում ունի ընդամենը 4 երկիր, կիրառում է գներ, որոնք նման են ռեֆերենտ երկրների գներին: Մայլթան օգտագործում է 2 ERP համակարգը, մեկը՝ մասնավոր, իսկ մյուսը՝ պետական հատվածի դեղերի համար:

Այս 2 համակարգերը բնութագրվում են տարբեր կանոններով: Օրինակ՝ գամբյուղի միջին մեծածախ գինն օգտագործվում է պետական հատվածի համար, իսկ մասնավոր հատվածի դեպքում կիրառվում է ալգորիթմ՝ գնի հաշվարկման նպատակով: Եթե մեկ կամ մի քանի ռեֆերենտ երկրներում գինը բացակայում է կամ դա հաստատված չէ բոլոր ռեֆերենտ երկրներում, որոշ անդամ երկրներ (Բուլղարիա, Խորվաթիա և Կիպրոս) գինը սահմանում են նույն մեթոդով՝ կիրառելով ռեֆերենտ երկրների այլընտրանքային գները:

Բելգիան, Դանիան և Լատվիան գին են սահմանում՝ հիմնվելով ռեֆերենտ երկրների վրա, որտեղ այդ գինը հաստատված է: Նիդերլանդներում գինը սահմանվում է միայն այն դեպքում, եթե համադրելի դեղամիջոցը վաճառվում է նշված 4 երկրներից առնվազն 2-ում: Ռումինիայում, երբ 12 երկրների գամբյուղում գինը սահմանված չէ, ապա հաշվի է առնվում այն գինը, որը սահմանել է տվյալ արտադրանքի ծագման երկիրը: Գները՝ սկզբնական գնի սահմանումից հետո, կարող են կանոնավոր կերպով վերագնահատվել: Գների վերանայման հաճախականությունը և գործընթացները տարբերվում են ըստ երկրների¹⁴⁷:

¹⁴⁷ Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, A. L., & Urbinati, D. (2014). External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination. *Final Report. European Commission, 14*, 2014. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/erp_reimbursement_medicinal_products_en_2.pdf

Երկրներից շատերը գներ սահմանելիս օգտագործում են պետական պաշտոնական գների տվյալների բազաներ: ERP-ի գինը ձևավորող այլ գներ են համարվում դեղատան գնման գինը (PPP) և դեղատան մանրածախ գինը (PRP):

Երբ ռեֆերենտ երկրներում տարբեր գներով հաստատվում են տարբեր դեղաչափեր և փաթեթավորման չափսեր, ապա փաթեթավորման նույն կամ ամենամոտ չափսը կամ դեղաչափը, սովորաբար, օգտագործվում է որպես ռեֆերենտ: Այս կանոնները կարող են լրացուցիչ անհարմարություններ առաջացնել՝ ներկայացնելու առումով: Օրինակ՝ քանի որ փաթեթի միջին չափսերը կարող են զգալիորեն տարբերվել ըստ երկրների, գների համեմատությունը նույնական փաթեթի չափսի վրա հիմնելը ենթադրում է որոշ ռեֆերենտ երկրների բացառում, ինչպես նաև ռեֆերենտ երկրներում գների մակարդակի համար համապատասխան փաթեթի չափսի ներկայանալիության անտեսում:

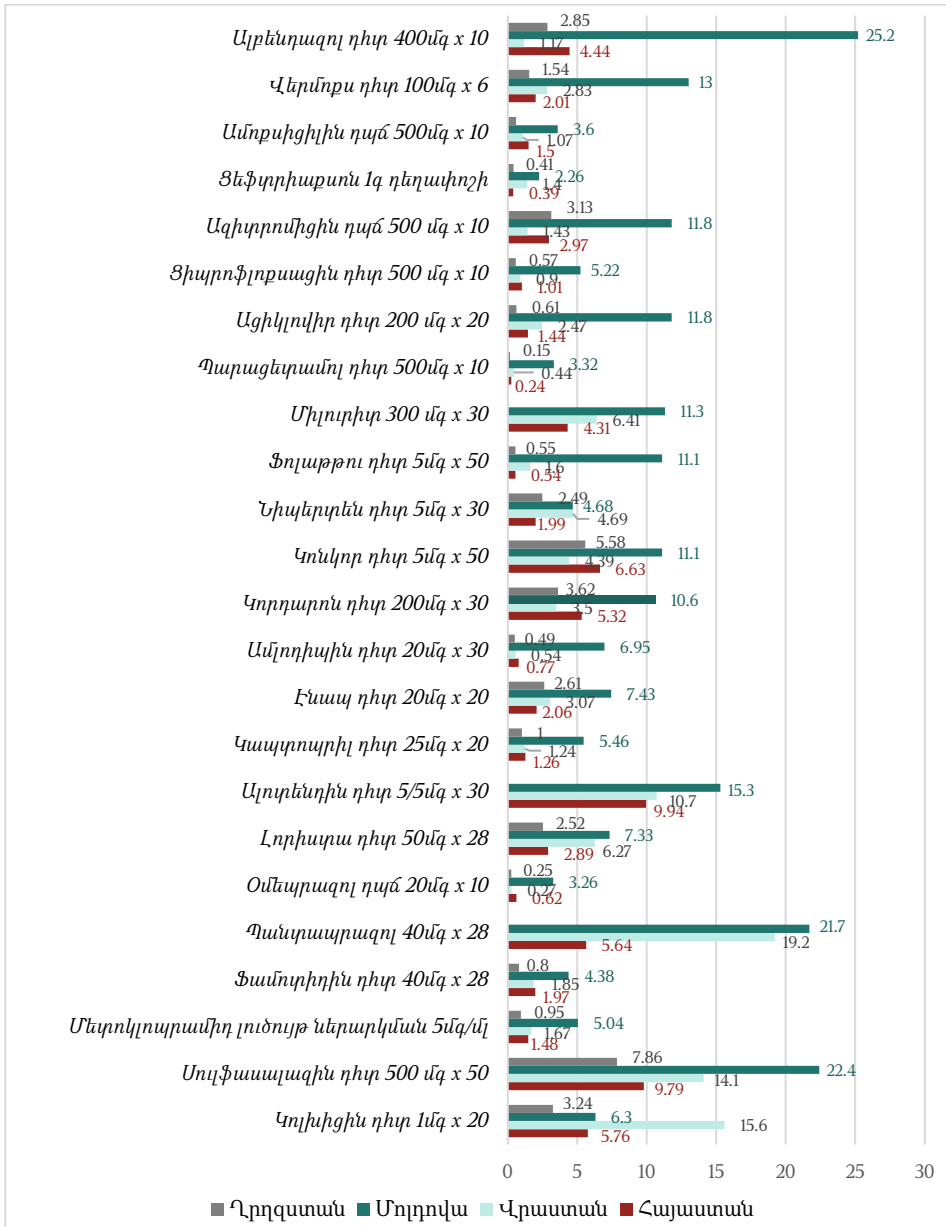
Առաջացող սահմանափակումներից մեկն այն է, որ ERP-ն բնութագրվում է «ուղուց կախվածությամբ»: Սա նշանակում է, որ դիտարկված գների մակարդակների վրա ազդում են հենց համակարգերի կանոնները (օրինակ՝ երկրի ընտրությունը, զամբյուղից վերցված գինը և վերանայման ամսաթվերը) և անտեսվում են շուկայի այլ կողմեր, ինչպիսիք են առողջապահական կարիքները, եկամուտը, առողջապահական ծախսերը և երկրների միջև այս տեսանկյունների տատանումների աստիճանը¹⁴⁸: ERP քաղաքականության իրական ազդեցությունը դեռևս այնքան էլ հասկանալի չէ¹⁴⁹: Հաճախ պնդում են, որ ERP-ն կարող է հանգեցնել գների (դեպի ներքև) կոնվերգենցիայի: Թվում է, թե ERP-ն իջեցնում է գները, մասնավորապես՝ երբ օգտագործում է երկրի զամբյուղի ամենացածր, այլ ոչ թե միջին գինը:

Սակայն, ռեֆերենտային կամ գնագոյացման համակարգի յուրաքանչյուր փոփոխություն ներդնելիս պետք է հաշվի առնել, որ դեղագործական արդյունաբերությունն արտադրող/ներմուծող-մեծածախ վաճառող-դեղատուն շղթայում կարող է շատ զգայուն լինել այդ փոփոխությունների նկատմամբ: Դեղագործական լոբբին, բնականաբար, ցանկանալու է բացառել ամեն մի միջոց, որը կկարգավորի դեղերի գները կամ թույլ կտա դեղագործներին կատարել գեներիկ փոխարինումներ: Կարևոր են նաև տարբեր դեղերի արժեքների և արդյունավետության մասին հանրությանը կրթելու ծրագրերը, իրազեկվածության մակարդակի բարձրացման միջոցառումների իրականացումը:

ՀՀ դեպքում, որպես դեղերի ռեֆերենտ գների համադրման երկրներ, առաջարկվում են Վրաստանը, Մոլդովան, Լատվիան և Ղրղզստանը: Ըստ այդմ՝ կատարել ենք հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված մի շարք դեղամիջոցների մանրածախ գների համեմատություն:

¹⁴⁸ Docteur E. Value for money and valued innovation: A trade-off or mutually compatible goals? OECD HighLevel Symposium on Pharmaceutical Pricing Policy <http://www.oecd.org/els/health-systems/41593281.pdf>

¹⁴⁹ Eucope (European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs). Explanatory memorandum. Pharmaceutical prices: why are there differences between Member States (2012) <http://www.eucope.org/en/files/2012/10/EUCOPE-IRP.pdf>

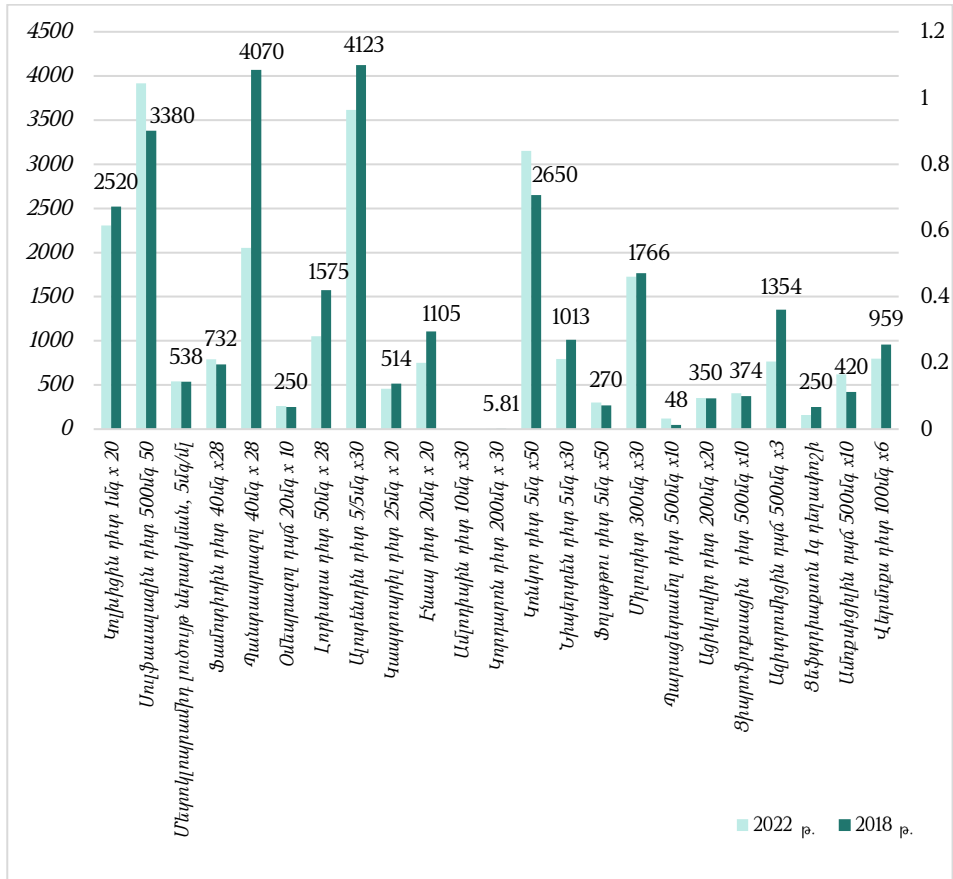


Գծապարկեր 26

Մի շարք դեղամիջոցների գների համադրում ռեֆերենտ երկրների մանրաթափ գների հետ, 2022 թ. դեկտեմբեր (ԱՄՆ դոլար՝ 1 տուփի դիմաց)¹⁵⁰

¹⁵⁰ Հաշվարկներն իրականացվել են <https://vagapharm.am>, <https://bimed.kg/>, <https://www.aversi.ge/>, <https://farmacie.md/ru.1.12.2022> թ. գնացուցակների հիման վրա: Արտարժույթի փոխարկումը կատարվել է <https://finance.rambler.ru/> արտարժույթային փոխարկչի միջոցով:

Ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 26-ում, ուսումնասիրության մեջ ներառված դեղերի գինը ՀՀ-ում այդքան էլ բարձր չէ, ինչպես ընդունված է համարել: Սա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ վերջին շրջանում ՀՀ-ում դեղամիջոցների ինչպես մեծածախ, այնպես էլ մանրածախ գները նվազել են:



Գծապատկեր 27

ՀՀ-ում որոշ դեղամիջոցների մեծածախ գները 2018 և 2022 թթ. (սոյեմբեր)¹⁵¹

Դեղերի մեծածախ ռեֆերենտային, մեծածախ և մանրածախ առավելագույն հավելագների սահմանումը հնարավորություն կտա բնակչությանը առավել արդյունավետ կերպով ծախսելու իր միջոցները:

¹⁵¹ Մեծածախ գները համեմատվել են <https://vagapharm.am> 20-ը նոյեմբերի, 2018 թ. և 20-ը նոյեմբերի 2022 թ. մեծածախ գնացուցակի տվյալների հիման վրա:

Ընդհանուր առմամբ, առողջապահական համակարգում ծառայությունների որակի բարելավման, մրցակցության մակարդակի բարձրացման համար կարևոր է պետության և մասնավոր ոլորտի համագործակցությունը, որը թույլ կտա հիվանդներին ազատորեն ընտրություն կատարել դեղապահովագրական համակարգով առաջարկվող սխեմաների միջև¹⁵²:

Ներկայում պարտադիր դեղապահովագրության համակարգում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական մակարդակով հնարավոր է ներդնել դեղերի ապահովման 4 մոդել.

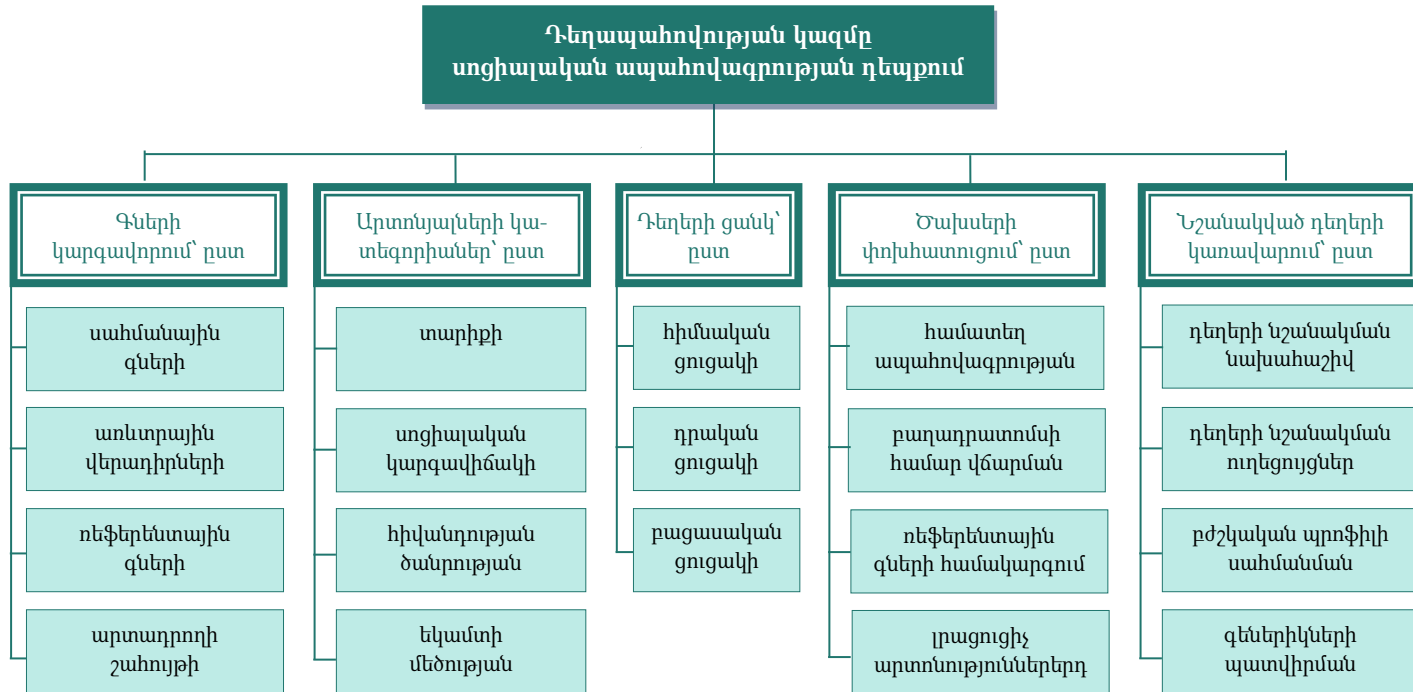
1. Վճարումը կատարվում է դեղատանը. ամբուլատոր բուժման նպատակով ապահովագրված անձին տրամադրվող դեղերի արժեքի մի մասը վճարում է տարածքային հիմնադրամը՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության շրջանակում: Պայմանական այս մոդելը կարելի է անվանել պարտադիր բժշկական ապահովագրության տարածքային հիմնադրամ (ՊԲԱՏՀ): Վերոնշյալ մոդելի կազմակերպական սխեման ապահովում է հետևյալ սուբյեկտների փոխազդեցությունը՝ առողջապահության նախարարություն, պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնադրամ, պարտադիր բժշկական ապահովագրության տարածքային հիմնադրամ՝ ի դեմս պետության համապատասխան մարմնի, որը լիազորություն ունի նման գործառույթ իրականացնելու, առողջապահական հաստատություններ, դեղատներ և ապահովագրված անձ:

2. Ապահովագրվածին ամբուլատոր բուժման համար բժշկի նշանակմամբ տրամադրվող դեղերի արժեքի մի մասը վճարվում է դեղատանը՝ **ապահովագրական բժշկական կազմակերպության կողմից** (մոդելը պայմանականորեն անվանում ենք ԱԲԿ): Այս առումով, կազմակերպական սխեման նախատեսում է բոլոր նույն սուբյեկտներին, ինչ առաջին մոդելում, ավելացրած նաև բժշկական ապահովագրական ընկերությունը:

3. Ամբուլատոր բուժման նպատակով բժշկի դեղատոմսի հիման վրա ապահովագրվածին տրամադրվող դեղերի արժեքի մի մասը վճարվում է դեղատանը՝ ամբուլատոր պոլիկլինիկայի կողմից (մոդելը պայմանականորեն անվանվում է ԱՊԿ): Կազմակերպական սխեման նախատեսում է բոլոր նույն սուբյեկտներին, ինչ երկրորդ մոդելում:

4. Ապահովագրված անձը դեղերի ամբողջ արժեքը վճարում է դեղատանը, ապա բժշկական ապահովագրական ընկերությունն ապահովագրվածին փոխհատուցում է ծախսերի մի մասը (մոդելը պայմանականորեն անվանում ենք ՀՎ): Կազմակերպական սխեման նախատեսում է բոլոր նույն սուբյեկտներին, ինչ երկրորդ և երրորդ մոդելներում:

¹⁵² Toumi, M., Remuzat, C., Vataire, A. L., & Urbinati, D. (2014). External reference pricing of medicinal products: simulation-based considerations for cross-country coordination. *Final Report. European Commission, 14*, 2014. https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2019/wp_tse_986.pdf



Բոլոր մոդելներում դեղորայքային օգնության վճարման գործընթացում նախատեսվում է ապահովագրվածների մասնակցությունը համերաշխության սկզբունքով՝ ապահովագրության պայմաններին համապատասխան: Ապահովագրության պայմանները կարող են ներառել պետական միջոցներից դեղերի արժեքի ծածկման ինչպես միանման, այնպես էլ տարբեր ծավալներ: Դեղերի արժեքի չփոխհատուցվող մասի ծավալը կարող է տարբերակվել ըստ բնակչության տարբեր կատեգորիաների և դեղերի խմբերի:

Մոդելների առավելություններն ու թերությունները

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական մակարդակում դեղապահովության առաջարկվող մոդելների թերությունները և առավելությունները գնահատելու նպատակով պետք է հաշվի առնել հետևյալը.

- որքանո՞վ են առաջարկվող մոդելները պարզ և հարմար ապահովագրվածի համար,
- արդյո՞ք դեղերի նշանակման ժամանակ հնարավոր է ներառել ծախսերի նվազեցման կառուցակարգեր,
- ինչպե՞ս պետք է ապահովել դեղորայքային բուժման որակի վերահսկումը,
- արդյո՞ք կա դեղերի նշանակման վերահսկման հնարավորություն և այլն:

Յուրաքանչյուր մոդելի ներդրման գործընթացը կապված է որոշակի ռիսկերի հետ, որոնցից հիմնականներն են.

- Անբավարար ֆինանսական միջոցներ: Պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինները պետք է ի վիճակի լինեն մոդելով նախատեսված չափով ֆինանսավորելու իրենց պարտավորությունները:
- Գործընթացի մասնակիցների թերացում: Բոլոր մասնակիցները (բժիշկ, դեղագործ, մեծածախ վաճառող, հիվանդ) պետք է հասկանան համակարգը և կարողանան գործել դրա շրջանակում:
- Անբավարար իրավական կառուցակարգեր: Համակարգը պետք է լինի պետական վերահսկողության ներքո:
- Կատարման խթանների բացակայություն: Բացի տուգանքներից ու պատժամիջոցներից, համակարգը պետք է ներառի խթաններ՝ սահմանված կանոններին հետևելու և դեղերի արդյունավետ օգտագործման համար:
- Լրացուցիչ դժվարություններ: Ակնհայտ է, որ հնարավոր չէ մշակել այնպիսի փոխհատուցման համակարգ, որն ամբողջությամբ հաշվի կառնի բոլոր շահագրգիռ կողմերի հետաքրքրությունները: Միշտ կլինի որևէ մասնակից, որի հետաքրքրությունները դուրս կմնան այդ շրջանակից:

Ամփոփելով դեղապահովագրության մոդելների հիմնական առանձնահատկությունները, առկա ռիսկերը՝ ներկայացնենք դեղապահովագրության համակարգի ներդրման և զարգացման հնարավոր օգուտների և ռիսկերի վերլուծություն:

Աղյուսակ 19

Դեղապահովագրության զարգացման հնարավոր օգուտներն ու ռիսկերը

<i>Հնարավոր օգուտներ</i>	<i>Հնարավոր ռիսկեր</i>
<p>1. Պաշտպանել տնային տնտեսություններն աղքատանալուց (եկամտի մակարդակի կրճատումից)՝ կապված սեփական գրպանից մեծ ծախսերի կատարման հետ:</p>	<p>Առողջապահական համակարգը, առաջնային և կանխարգելիչ ծառայությունների փոխարեն, կարող է շեշտադրել/ընդգծել թանկարժեք բուժօգնությունը, եթե ապահովագրական սխեմաներն առաջնային և կանխարգելիչ ծառայությունները երկարաժամկետ կտրվածքով չդիտարկեն որպես առողջության ապահովագրության ծախսերը նվազագույնի հասցնելու միջոց:</p>
<p>2. Ավելացնել ծառայությունների հասանելիությունն ու օգտագործումը՝ անհրաժեշտ պահին պահանջվող վճարումները կատարելու նպատակով:</p>	<p>Հաստատությունները և համակարգերը, որոնք պատրաստ չեն դիմակայելու ապահովագրության բեռին, կարող են գործընթացը համարել անգործունակ, չափազանց անարդյունավետ կամ ծախսատար:</p>
<p>3. Ազդել մատակարարի և սպառողի վարքագծի վրա՝ բարելավելու համար որակը, արտադրողականությունը և արդյունավետությունը:</p>	<p>Որոշ մատակարարների վճարման մեթոդները դրական ազդեցություն չունեն որակի, արտադրողականության ու արդյունավետության վրա, և սահմանափակումները կարող են գերազանցել ծախսերը:</p>
<p>4. Օգտագործել/գործի դնել մասնավոր մատակարարներին՝ հասցեական դարձնելու համար ազգային առողջապահական նպատակներն ու խնդիրները:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Վճարման ցածր մակարդակը կարող է չգրավել որակյալ մատակարարներին: • Ապահովագրական գործակալությունները կարող են չունենալ մասնավոր մատակարարների կարողությունները: • Ծախսերի վերահսկման բացակայությունը կարող է սնանկացնել ապահովագրական հիմնադրամը: • Մասնավոր մատակարարներին ժամանակին չվճարելը կարող է հանգեցնել հիապափության:
<p>5. Գներացնել առողջության համար լրացուցիչ և ավելի կայուն ռեսուրսներ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Առողջության ապահովագրության սխեմաների միջոցով հոսող ռեսուրսները կարող են հանգեցնել նրան, որ կառավարություններն ազատորեն վերաբաշխեն ընդհանուր բյուջետային ռեսուրսները՝ ոչ հօգուտ առողջապահական համակարգի՝ թողնելով ոլորտն անփոփոխ կամ ավելի քիչ ռեսուրսներով: • Ապահովագրական հիմնադրամներն առանց համապատասխան վերահսկողության և հաշվետվողականության կարող են դառնալ կոռուպցիայի հեշտ թիրախ:
<p>6. Բնակչության անապահով լավի համար ծախսել ռեսուրսներ և հասանելի դարձնել առաջնահերթ առողջապահական ծառայությունները:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Արտոնությունները կարող են նպաստավոր լինել արդեն իսկ լավ վիճակում գտնվող անձանց համար, քանի որ ապահովագրությամբ դրանք ավելի հեշտությամբ են ձեռք բերվում:

- Տրամադրվող արտոնությունները կարող են դառնալ կեղծ խոստումներ, եթե ապահովագրության թիրախում չլինեն աղքատները և եթե բավարար չափով ֆինանսավորում չլինի:

7. Աջակցել առողջապահական ռեսուրսների վերաբաշխմանը՝ ուղղված սոցիալ-տնտեսական և աշխարհագրական անհավասարությունների շտկմանը:

- Երկիրը կարող է գործարկել ծավալուն, բայց թանկ արտոնությունների փաթեթ, որը ֆինանսապես անկայուն է, և հետագայում, երբ ստիպված լինի սահմանափակել ծածկույթը, տապալել ակնկալիքները:
- Վերաբաշխման սխեմաները կարող են հեռացնել ավելի բարձր եկամուտ ունեցող խմբերին, որոնք սուբսիդավորում են ռեսուրսների վերաբաշխումը:

3.3

Դեղապահովագրության համակարգում վճարելու պատրաստակամության մեթոդաբանությունն ու գնահատման արդյունքները

Առողջության ապահովագրության, այդ թվում՝ դեղապահովագրության ներդրման գործում շատ կարևոր նշանակություն ունի երկրում բնակչության շրջանում «վճարելու պատրաստակամության» գնահատումը, ինչն առանցքային գործոն է առողջապահության ոլորտի կարգավորման տեսանկյունից: Մակայն, խնդիրն այն է, որ, չնայած վճարելու պատրաստակամությունը չափելու աճող անհրաժեշտությանը, ներկայում չկա այդ նպատակով մշակված քանակական մեթոդաբանություն:

Այն դեպքում, երբ ապահովագրական նոր կառուցակարգերի ներդրումը ոչ թե լրացուցիչ ծախսեր է պահանջում, այլ ավելի շուտ նվազեցնում է ծախսերը, ակնհայտ է, որ նոր մոտեցումը ծախսարդյունավետ է: Դեղերի ապահովագրություն ներդնելիս և ապահովագրության այս տեսակի ֆինանսական կայունությունը գնահատելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել նոր բժշկական տեխնոլոգիաների համար «վճարելու պատրաստակամությունը»:

Ներկայում դեղապահովագրության նոր կառուցակարգերի տնտեսական գնահատման համար օգտագործվում են «ծախսեր-արդյունավետություն» և «ծախսեր-օգտակարություն» վերլուծությունները: Դեղապահովագրության համար բնակչության վճարելու պատրաստակամության գնահատումը կարելի է իրականացնել «վճարելու պատրաստակամության շեմի» վերլուծությամբ, որը կարող է տարբեր լինել՝ ըստ երկրի:

Այսպիսով՝ վճարելու պատրաստակամությունն այն առավելագույն գումարն է, որը մարդը պատրաստ է վճարելու դեղապահովագրության համար: Դա գնագոյացման հետազոտության մեջ չափվող սովորական չափանիշ է, որն օգնում է քաղաքականություն մշակողներին որոշել արդյունավետ գները

բնակչությանը գրավելու համար՝ միաժամանակ առավելագույնի հասցնելով շահույթը:

Ընդհանուր առմամբ, մարդու «վճարելու պատրաստակամության» վրա ազդում են մի շարք գործոններ, մասնավորապես.

- տնտեսության վիճակը,
- սեզոնային և շուկայական միտումները,
- գտնվելու վայրը,
- մրցակցային արժեքն ու արտադրանքի տարբերակումը,
- ապրանքի որակը:

Ընդունված է «վճարելու պատրաստակամության» հաշվարկման երեք մեթոդաբանություն: Դրանցից յուրաքանչյուրն ունի դրական և բացասական կողմեր:

Գաբոր-Գրեյնջերի գնագոյացման մեթոդ

Գաբոր-Գրեյնջերի մեթոդը հարցնում է մասնակիցներին, թե արդյոք նրանք կգնեն ապրանք կամ ծառայություն (տվորաբար, պատասխանի երկու տարբերակով, այսինքն՝ այո/ոչ) որոշակի գնով: Հետագոտողներն այնուհետև կարողանում են որոշել, թե արդյոք հարցվողները կգնեն տվյալ ապրանքը, եթե գինը բարձրացվի կամ իջեցվի: Ուղղակի գնագոյացման այս տեխնիկան օգտագործում է արդյունքները՝ որոշակի ակնկալվող գնային կետերում պահանջարկը որոշելու համար, որոնք այնուհետև կարող են օգտագործվել շուկայում օպտիմալ գնային կետը որոշելու նպատակով: Դեղապահովագրության համակարգում այս մեթոդը ներդնելու պարագայում անհրաժեշտ է դաշտային աշխատանքների միջոցով որոշել մարդու եկամտից հատկացումների այն մասնաբաժինը, որը վերջինս պատրաստ է վճարելու առողջապահության համակարգում դեղապահովագրության հնարավորություն ստանալու համար:

Վան Վեստենդորպի գների զգայունության հաշվիչը

Վան Վեստենդորպի գների զգայունության հաշվիչն օգտագործվում է վճարման միջակայքը որոշելու համար: Դա ամենաարդյունավետ մեթոդներից մեկն է: Այս պարագայում դեղապահովագրության համար անհրաժեշտ է հաշվարկել ապահովագրավճարի օպտիմալ արժեքը:

Համաարեղ վերլուծություն

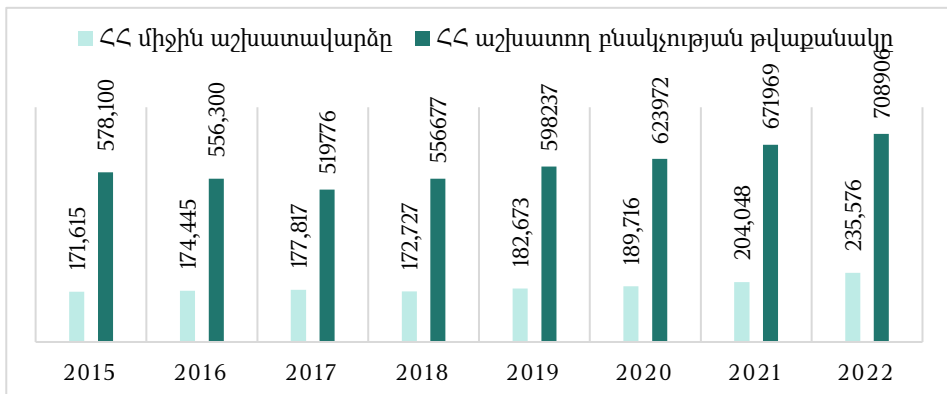
Համատեղ վերլուծությամբ վճարելու պատրաստակամությունը որոշվում է՝ համադրելով նախորդ երկու մոտեցումը: Դեղապահովագրական գումարի վճարելու պատրաստակամությունն այս պարագայում ձևավորվում է՝ պայմանավորված վճարելու պարտաստակամության վրա անդրադարձող ներքին և արտաքին գործոններով:

Արտաքին գործոնները՝ տարիք, սեռ, եկամուտ, կրթություն և բնակության վայր, ընդհանուր առմամբ, պատկերացում են տալիս մարդու մասին և ազդում նրա վճարելու պատրաստակամության վրա:

Ներքին տարբերությունները մարդու այն հատկանիշներն են, որոնք հնարավոր է վեր հանել առաջնային տեղեկությունների հավաքագրման գործիքների միջոցով (դաշտային աշխատանք, հարցազրույց և այլն):

Հասկանալու համար, թե ՀՀ-ում ինչպես կարելի է ներդնել դեղապահովման ծախսերի համապարփակ ֆինանսավորման կառուցակարգ, ուսումնասիրենք ՀՀ աշխատուժի կառուցվածքը:

Գծապատկեր 29-ում պատկերված են ՀՀ-ում գրանցած աշխատողների քանակը և միջին աշխատավարձերը 2015-2022 թվականներին: Տեսնում ենք, որ աշխատող բնակչության թվաքանակն ուսումնասիրվող ողջ ժամանակահատվածում ունեցել է աճման միտում, որը զուգորդվել է նաև միջին աշխատավարձի մակարդակի աճով: 2021 թվականին երկրում եղել են ավելի քան 671.000 գրանցված աշխատողներ, որոնց միջին աշխատավարձը կազմել է 204.048 ՀՀ դրամ: 2022 թվականի առաջին կիսամյակի ցուցանիշներով աճման միտումը շարունակվել է՝ հասնելով 218.641 դրամ միջին աշխատավարձի, որի պարագայում աշխատողների միջին քանակը եղել է ավելի քան 686 000 անձ:



Գծապատկեր 29

ՀՀ միջին աշխատավարձը և աշխատող բնակչության թվաքանակը, 2015-2022 թթ.¹⁵³

Գծապատկեր 29-ի տվյալների հիման վրա հնարավոր է հաշվարկել ՀՀ ողջ աշխատավարձի ֆոնդի մոտավոր մեծությունը: ՀՀ աշխատավարձի ֆոնդի մասին պատկերացում կազմելուց հետո կարող ենք հաշվարկել, թե մոտավոր ինչ հարաբերական ծանրաբեռնվածության պայմաններում մենք կկարողանանք աշխատող բնակչության հաշվին ֆինանսավորել ՀՀ ամբողջ բնակչության դեղապահովման կամ առողջության ապահովման ծախսերը:

¹⁵³ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի պաշտոնական կայքէջ՝ <https://armstat.am/am/?nid=12&id=08001> (միջին ամսական անվանական աշխատավարձը, դրամ / 2023), <https://armstat.am/am/?nid=82&year=2021> (ՀՀ աշխատող բնակչության թվաքանակը):

Ընդհանուր աշխատավարձի ֆոնդը ՀՀ-ում, առողջապահության և դեղապահովման՝ գրպանից դուրս կատարված ծախսերը

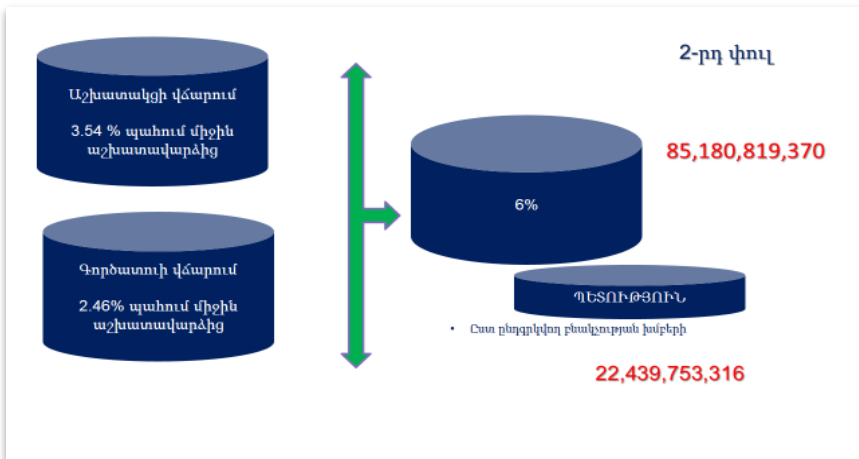
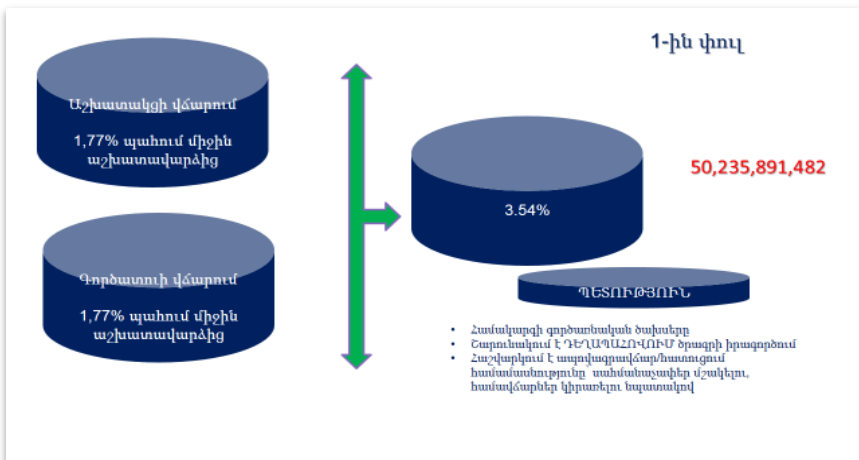
Աղյուսակ 20

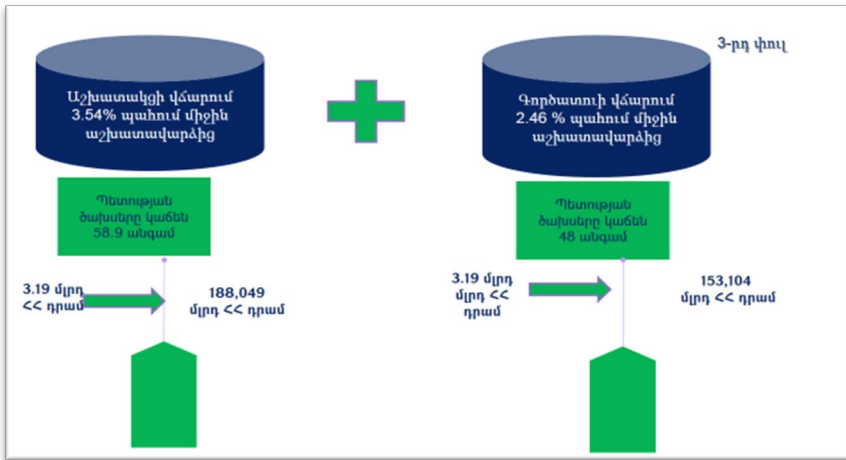
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Հստ.22
Ընդհանուր աշխատավարձը ՀՀ ում, մլն դրամ - W	99,210,631.50	97,043,753.50	92,425,008.99	96,153,148.18	109,281,747.50	118,377,471.95	137,113,930.51	150,161,545.60
Գրպանից դուրս ծախսեր, մլն դրամ - OOP	405,371.86	406,698.20	486,377.60	507,369.50	631,392.80	589,074.20	665,739.43	711,841.93
ՀՀ-ում դեղերի ձեռքբերման ծախսերը, մլն դրամ - MOOP	208,568.06	170,855.90	188,040.20	196,213.20	240,018.43	231,162.60	238,673.06	248,062.58
W/OOP	4.1%	4.2%	5.3%	5.3%	5.8%	5.0%	4.9%	4.7%
W/MOOP	2.1%	1.8%	2.0%	2.0%	2.2%	2.0%	1.7%	1.7%

Ադյուսակ 20-ում ներկայացված են ընդհանուր աշխատավարձի ֆոնդը, առողջապահության և դեղապահովման՝ գրպանից դուրս կատարված ծախսերը, ինչպես նաև գրպանից դուրս կատարված ծախսերի և աշխատավարձի ֆոնդի հարաբերակցությունը:

Ադյուսակ 20-ում տեսնում ենք, որ գրպանից դուրս կատարված առողջապահական ծախսերը կարող էին ֆինանսավորվել աշխատող բնակչության աշխատավարձերի՝ մոտավորապես 4-6%, իսկ դեղերը՝ 1.7-2.2% հատկացումներով: Հարկ է նշել, որ 2021 և 2022 թթ. գրպանից դուրս ծախսերը հաշվարկել ենք՝ հաշվի առնելով ուսումնասիրվող ժամանակահատվածի՝ նախորդ 6 տարիների ցուցանիշների փոփոխության միջին քառակուսային շեղումները:

Ըստ այս մոտեցման՝ աշխատող-գործատու-պետություն շղթայում փուլային ապահովագրության ներդրման դեպքում ծախսերի բաշխումը կունենա հետևյալ տեսքը.





Գծապարկեր 30

Աշխատող-գործատու-պետություն շղթայում փուլային մոտեցմամբ ապահովագրության ներդրման դեպքում ծախսերի բաշխումն ըստ փուլերի

Եթե խոսում ենք մի կառուցակարգի մասին (օրինակ՝ առողջության համապարփակ ապահովագրություն), որի միջոցով պետք է ֆինանսավորվեն ՀՀ քաղաքացիների առողջության ապահովման և դեղապահովման ծախսերը, ապա պետք է հասկանանք, որ երբ ֆինանսավորումը կատարվում է նախապես՝ քաղաքացիների/աշխատողների միջոցների հաշվին, ապա դա, անկասկած, հանգեցնելու է առողջապահական ծառայությունների հանդեպ պահանջարկի մեծացմանը և սպառման ծավալների ավելացմանը: Ուստի եթե ցանկանում ենք հստակ կերպով կանխատեսել, թե աշխատող բնակչության աշխատավարձերի որքան տոկոսն է անհրաժեշտ հատկացնել նման ֆինանսավորման ֆոնդին, պետք է հաշվարկենք, թե որքանով կավելանա սպառման ծավալը: Ինչպես նաև չպետք է բացառենք այն հանգամանքը, որ ՀՀ բնակչության ինչ-որ մի զանգված ֆինանսական խնդիրների պատճառով չի այցելում բժշկին և չի գնում դեղեր կամ զբաղվում է ինքնաբուժությամբ, սակայն ֆինանսավորման առկայության դեպքում այդպես չի լինի, և այս հանգամանքը նույնպես կհանգեցնի առողջապահական ծառայությունների և դեղերի սպառման ծավալների ավելացմանը:

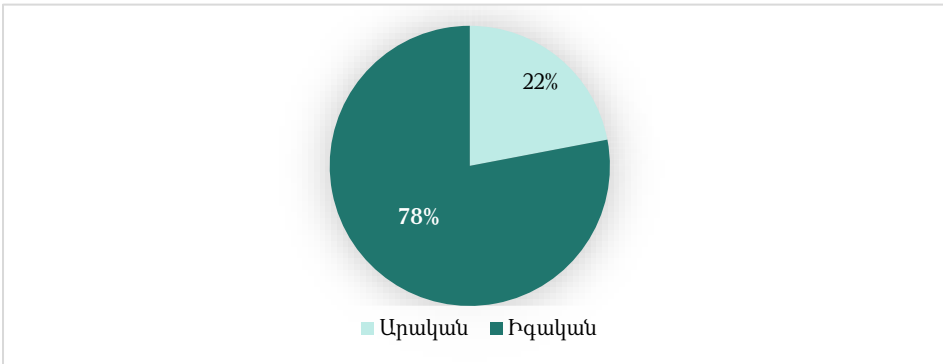
Կարևոր է հաշվի առնել, որ այս հաշվարկներում դիտարկվում է այն իրավիճակը, երբ պետությունը մասնակցություն չունի դեղապահովման կամ առողջության ապահովման ծախսերի ֆինանսավորմանը, հետևաբար՝ առողջապահական ծառայություններն այս հաշվարկներում վերացարկվել են պետական բյուջեի հատկացումներից և պետական ֆինանսավորմամբ մատուցվող ծառայությունների ու ձեռք բերվող դեղերի սպառման ծավալներից:

Հատուցումների սահմանները կգազվեն նախապես դեղատների հետ կնքված պայմանագրերի միջոցով, ինչպես նաև հատուցման սահմանաչափերի և գնային սահմանաչափերի կիրառմամբ:

3.4

Պարտադիր դեղապահովագրության համակարգի ներդրման վերաբերյալ քաղաքացիների վերաբերմունքը բացահայտող դաշտային աշխատանքի արդյունքների վերլուծություն

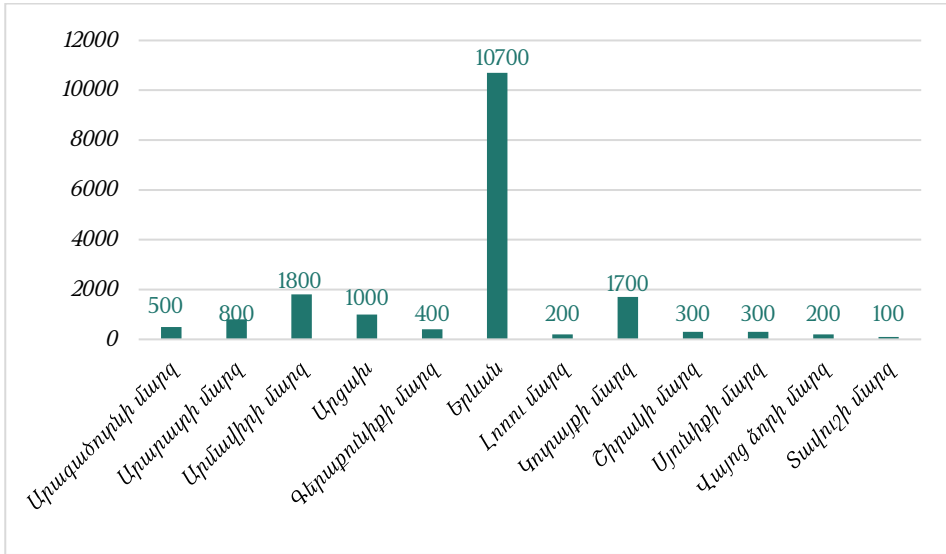
ՀՊՏՀ «Ամբերո» հետազոտական կենտրոնի կողմից ֆինանսավորվող «Ապահովագրության շրջանակներում հատուցվող դեղերի փաթեթում ընդգրկված դեղերի շուկայի հետազոտություն» հետազոտական թեմայի հետ կապված՝ իրականացվել է դաշտային աշխատանք՝ ըստ նախապես մշակված հարցաթերթերի՝ առցանց և անցանց եղանակներով, հեռախոսային ճեպընթաց հարցումների միջոցով՝ նպատակ ունենալով բացահայտելու քաղաքացիների վերաբերմունքը պարտադիր դեղապահովագրության համակարգի ներդրման վերաբերյալ: Ընդհանուր առմամբ, հարցմանը մասնակցել է 18000 մարդ, 78%-ը կամ 14100 հոգին՝ իգական, իսկ 22%-ը կամ 3900 հոգին՝ արական սեռի ներկայացուցիչներ (գծապատկեր 1):



Գծապատկեր 31

Հարցման մասնակիցներն ըստ սեռի (%)

Հարցմանը մասնակից ակտիվ մարզերն են Արմավիրը և Կոտայքը, համապատասխանաբար՝ 1800 և 1500 մարդ: Ընդ որում, արական սեռի մասնակիցների 62%-ը կամ 2400 հոգին Երևանից է: Հարցման մասնակիցների բաշխվածությունն ըստ բնակության վայրի ներկայացված է գծապատկեր 32-ում:



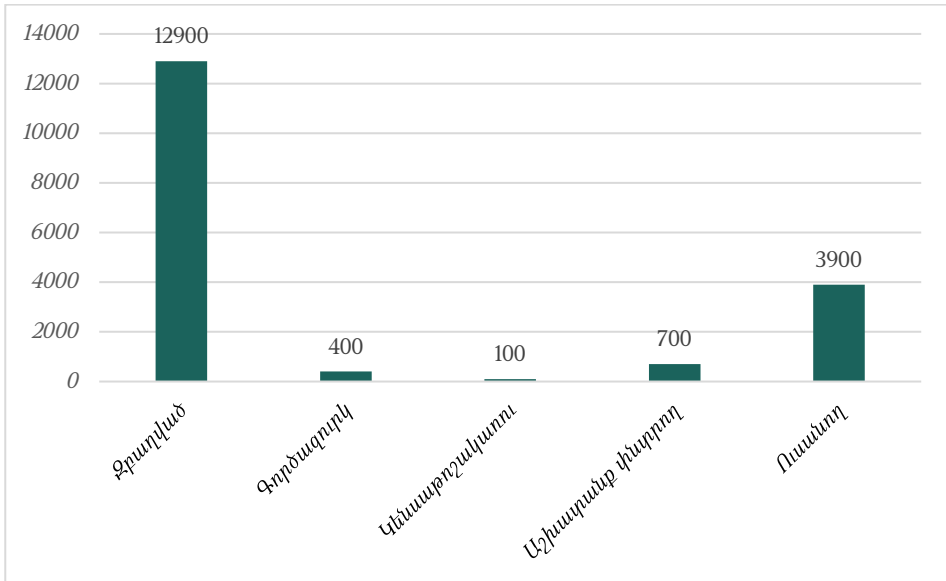
Գծապատկեր 32

Հարցման մասնակիցներն ըստ բնակության վայրի

Հարցման մասնակիցների 38%-ը կամ 6800 մարդ ներկայացնում է 15-24, 26%-ը՝ 35-34, 17%-ը՝ 36-44, 11%-ը՝ 45-54, իսկ 8%-ը՝ 55-ից բարձր տարիքային խումբը: 88%-ը կամ 15800 մարդ ունեցել է բարձրագույն, իսկ 6-ական տոկոսը՝ միջնակարգ ու միջին մասնագիտական կրթություն:

Ինչպես ցույց է տալիս գծապատկեր 33-ը, հարցվածների մեծամասնությունը՝ 72% կամ 12900 մարդ, եղել է աշխատանքով ապահովված: Երկրորդ խոշոր խմբում ընդգրկվել են ուսանողները, որոնք ընդհանուր հարցվածների 22%-ն են կամ 3900 մարդ: Պետք է նշել, որ ամենից քիչ ներգրավվածություն ունեցել են կենսաթոշակառուները: Նրանք կազմել են ընդհանուր հարցվածների 0.5%-ը կամ 100 մարդ:

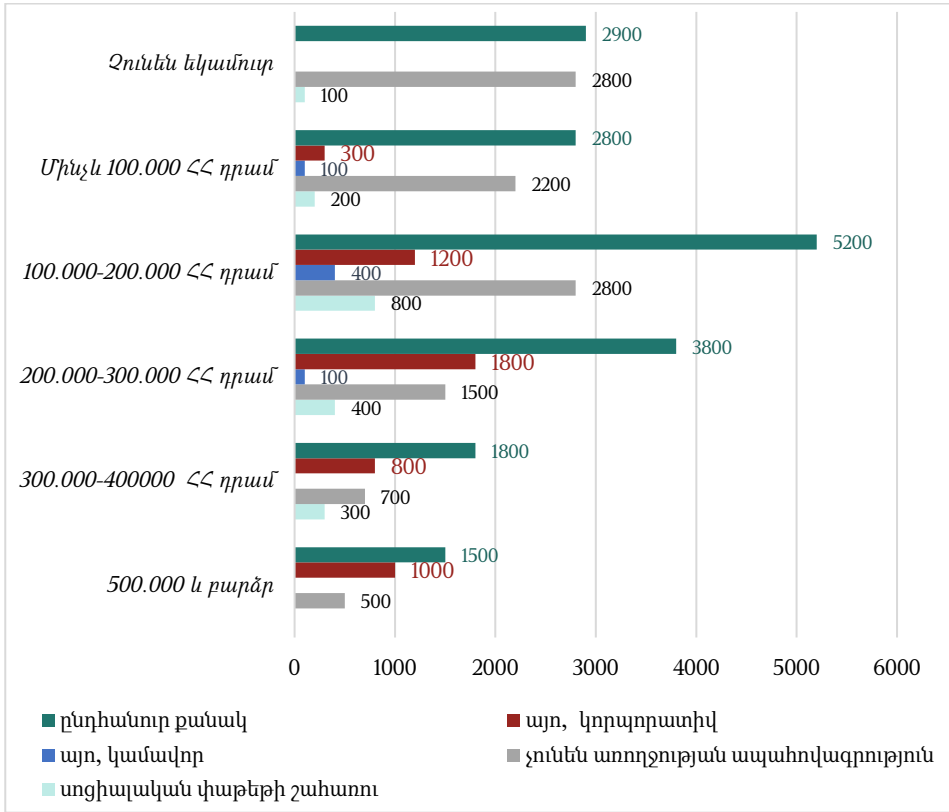
Ինչպես ցույց է տալիս գծապատկեր 34-ը, զբաղվածների 57%-ն աշխատում է պետական կամ համայնքային հատվածում, 40%-ը՝ մասնավոր, 1%-ը՝ հասարակական, իսկ մնացած 2%-ը նշել են այլ, որի մեջ մտնում է բուհական հատվածը: Պետք է ասել նաև, որ զբաղված են հարցման մասնակից արական սեռի ներկայացուցիչների 77%-ը, իսկ իգականի՝ 70%-ը:



Գծապատկեր 34 | Հարցման մասնակիցների կարգավիճակը

Հարցման մասնակիցները պատասխանել են մաքուր եկամտի միջին չափի վերաբերյալ հարցին: Ինչպես ցույց է տալիս գծապատկեր 34-ը, հարցման մասնակիցների 16%-ն ունեցել է մինչև 100,000, 29%-ը՝ 100,000-200,000, 21%-ը՝ 200,000-300,000, 10%-ը՝ 300,000-400,000 և 8%-ը՝ 500,000 ՀՀ դրամ մաքուր եկամուտ: Հարցման մասնակիցների 16%-ը կամ 2900 մարդ (69%-ը՝ ուսանող) նշել է, որ եկամուտ չունի:

Կարևոր է այն հանգամանքը, որ հարցման մասնակիցների 32%-ը կամ 5700 մարդ ունեցել է առողջության ապահովագրություն, ընդ որում, 89%-ը՝ կորպորատիվ փաթեթի շրջանակում, այսինքն՝ ապահովագրավճարի մի մասը վճարում է գործատուն: Կամավոր առողջության ապահովագրություն ունեցել է հարցվածների միայն 3%-ը կամ 600 մարդ: Կամավոր ապահովագրվածները հիմնականում իգական սեռի ներկայացուցիչներ են և աշխատում են պետական կամ համայնքային հատվածում: Հետաքրքրական է նաև այն փաստը, որ կամավոր ապահովագրվածների 83%-ն ունեցել է մինչև 200,000 ՀՀ դրամ մաքուր եկամուտ:



Գծապատկեր 35

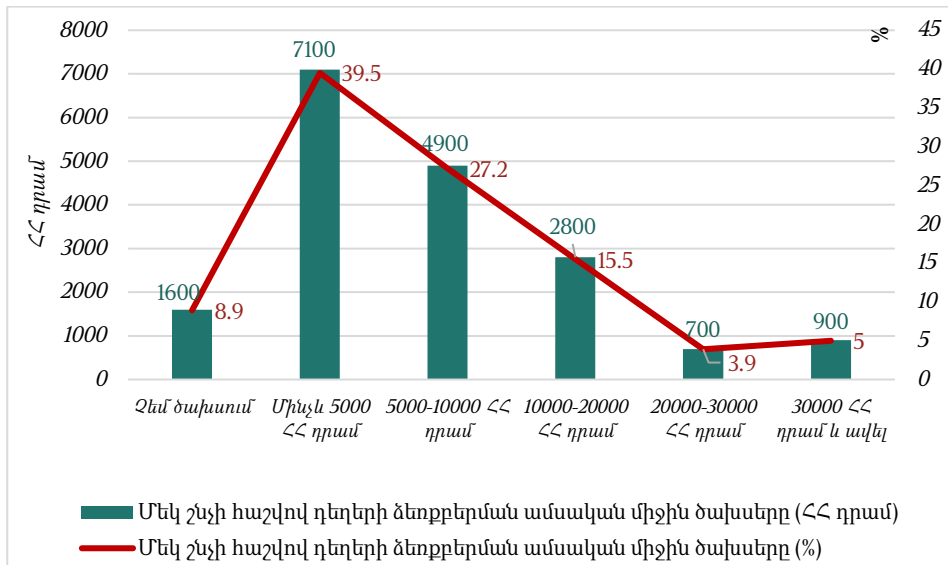
Հարցման մասնակիցների մարդու եկամտի միջին չափը և առողջության ապահովագրության առկայությունը

Ինչպես ցույց է տալիս գծապատկեր 35-ի վերլուծությունը, հարցվողների 39.5%-ը կան 7100 մարդ դեղերի ձեռքբերման համար ամսական միջինում ծախսում է մինչև 5000 ՀՀ դրամ: 27.2%-ը կան 4900 մարդ նշել է, որ մեկ շնչի հաշվով ամսական միջինում դեղերի ձեռքբերման համար ծախսում է 5000-10000 ՀՀ դրամ: Առհասարակ դեղերի ձեռքբերման համար գումար չի ծախսում հարցվողների 8.9%-ը: Մյուս կողմից, 20000-30000 և 30000 ՀՀ դրամ ու ավելի ծախսում են հարցվողների համապատասխանաբար՝ 3.9%-ն ու 5%-ը:

Ընդ որում, երբ ուսումնասիրում ենք հարցվողների բաշխվածությունն ըստ եկամտունների, ապա ակնհայտ է դառնում, որ ամսական 100000-200000 ՀՀ դրամ եկամուտ ունեցող հարցվողների 32%-ը դեղերի ձեռքբերման համար ծախսում է ամսական միջինում 10000 ՀՀ դրամ և ավելի:

Մինչև 100000 ՀՀ դրամ ամսական միջին եկամուտ ունեցող հարցվողների 52.2%-ը դեղերի ձեռքբերման համար միջինում ծախսում է 5000 ՀՀ դրամ

և ավելի, իսկ 47.8%-ը՝ մինչև 5000 ՀՀ դրամ: Ուշագրավ է, որ եկամուտ չունեցողների 24.1%-ը դեղերի ձեռքբերման նպատակով ծախսում է ամսական միջինում 5000 ՀՀ դրամ և ավելի, իսկ եկամուտ չունեցողների 41.4%-ը՝ մինչև 5000 ՀՀ դրամ:



Գծապատկեր 36

Մեկ շնչի հաշվով դեղերի ձեռքբերման ամսական միջին ծախսերը

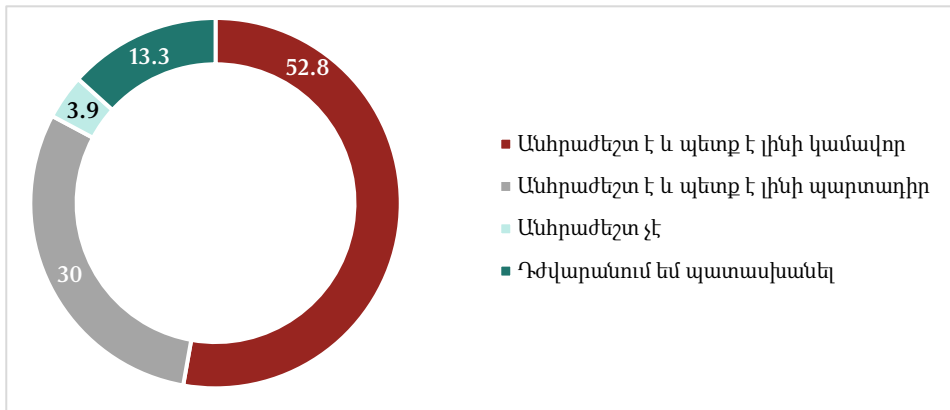
Հարցման 18000 մասնակցից 58.3%-ը կամ 10500 մարդ նշել է, որ առողջապահության ապահովագրություն չունի: Ընդ որում, առողջապահության ապահովագրություն չունեցողների 41%-ն աշխատում է մասնավոր հատվածում, 33.3% տոկոսը՝ պետական կամ համայնքային, 3.8%-ը՝ հասարակական: Առողջապահության ապահովագրություն չունեցողների մնացած մասը՝ 21.9%-ը կամ 2300 մարդ, գործազուրկ է:

Ընդհանուր հարցվողների 28.3%-ը կամ 5100 մարդ նշել է, որ ունի կորպորատիվ առողջապահության ապահովագրություն (մի մասը վճարում է գործատուն): Ընդ որում, կորպորատիվ առողջապահության ապահովագրություն ունեցողների 66.7%-ն աշխատում է պետական հատվածում, 29.4%-ը՝ մասնավոր, իսկ 3.9%-ը՝ հասարակական: Կամավոր առողջապահության ապահովագրություն ունի ընդհանուր հարցվողների 3.3%-ը կամ 600 հոգի: Հետաքրքրական է, որ առողջապահության կամավոր ապահովագրություն ունեցողներն աշխատում են պետական կամ համայնքային հատվածում: Սոցիալական փաթեթի շահառու է հարցվողների 10%-ը կամ 1800 մարդ:

Ոչ պարտադիր՝ «Խնդրում ենք նշել, թե ամսական ինչքան ապահովագրավճար եք վճարում» հարցին պատասխանել է 4100 մարդ: Վերլուծության

արդյունքները վկայում են, որ 46.3%-ը կորպորատիվ առողջապահության ապահովագրության շրջանակում ամսական վճարում է մինչև 5000 ՀՀ դրամ ապահովագրավճար: Ընդ որում, մինչև 5000 ՀՀ դրամ ապահովագրավճար վճարողների 63.1%-ը կամ 1200 հոգի աշխատում է պետական հատվածում: Ամսական 5000-10000 ՀՀ դրամ ապահովագրավճար է վճարում կորպորատիվ առողջապահության ապահովագրություն ունեցողների 41.5%-ը կամ 1700 հոգի, որից 88.2%-ը զբաղված է պետական հատվածում, իսկ մնացածը՝ մասնավոր: 200 հոգի նշել է, որ ամսական վճարում է 10000-20000 ՀՀ դրամ ապահովագրավճար, ընդ որում, նրանք աշխատում են մասնավոր հատվածում: Մասնավոր հատվածում զբաղված ևս 300 հոգի վճարում է 20000 ՀՀ դրամ և ավելի:

«Ձեր ապահովագրական փաթեթի շրջանակում դեղերի համար արդյո՞ք ստանում եք փոխհատուցում» հարցի պատասխանները նույնպես տարբերակված են. առողջապահության ապահովագրություն ունեցող 7500 մարդուց 34.6%-ը կամ 2600-ը նշել է, որ ապահովագրական փաթեթի շրջանակում դեղերի համար փոխհատուցում չի ստանում, 33.4%-ը կամ 2500 մարդ ստանում է մասնակի փոխհատուցում, 20%-ը չգիտի՝ արդյոք իր ապահովագրական փաթեթի շրջանակում դեղերի համար փոխհատուցում նախատեսված է, թե ոչ, և միայն 12%-ը կամ 900 մարդ նշել է, որ ստանում է նման փոխհատուցում:



Գծապատկեր 37

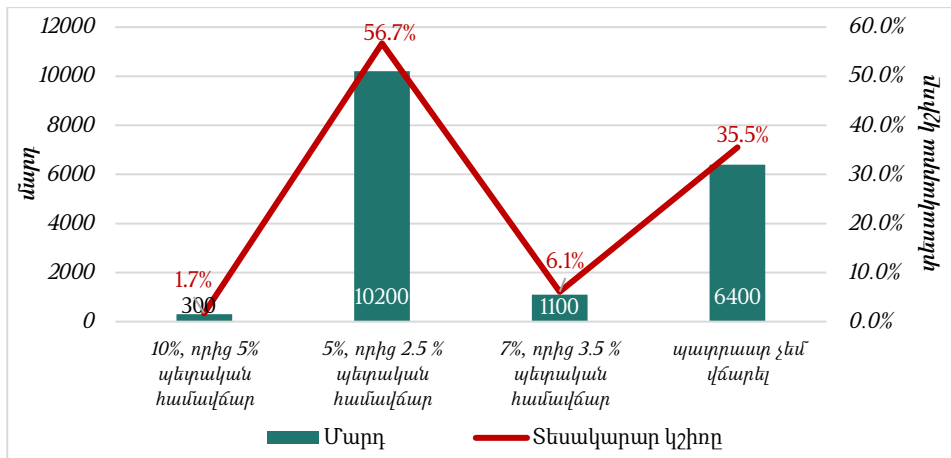
«Ինչպե՞ս եք վերաբերվում ՀՀ-ում առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրմանը, որի շրջանակում կփոխհատուցվեն նաև դեղորայքային ծախսերը: Այն պետք է լինի պարտադիր, թե՛ կամավոր» հարցի պատասխանների վերլուծությունը

Գծապատկեր 37-ի տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հարցվողների 52.8%-ը կամ 9500 մարդ կողմ է ՀՀ-ում առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրմանը, որի շրջանակում կփոխհատուցվեն նաև

դեղորայքային ծախսերը, և այն պետք է լինի կամավոր: Մյուս կողմից, հարցվողների 30%-ը կամ 5400 մարդ կարծում է, որ ՀՀ-ում առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրումն ու դրա շրջանակում դեղորայքային ծախսերի փոխհատուցումը ոչ միայն անհրաժեշտ են, այլև այդ գործընթացները պետք է լինեն պարտադիր: Հարցմանը մասնակիցների 3.9%-ը կամ 700 մարդ նշել է, որ անհրաժեշտ չէ ՀՀ-ում ներդնել առողջության ապահովագրության համակարգ, որի շրջանակում կփոխհատուցվեն նաև դեղորայքային ծախսերը, իսկ հարցվողների 13.3%-ը կամ 2400 մարդ դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:

Հարցման մասնակիցների 50.6%-ը նշել է, որ անձամբ պատրաստ է մասնակցելու դեղապահովագրության համակարգին: Ընդ որում, այս հարցին «այո» պատասխանածների 57.1%-ը կամ 5200 մարդ չի ունեցել առողջապահության ապահովագրություն, իսկ մնացած 42.9%-ը՝ ունեցել է: Հարցման մասնակիցների 14.4%-ը կամ 2600 մարդ նշել է, որ անձամբ պատրաստ չէ ներգրավվելու դեղապահովագրության համակարգում: Այս պարագայում մասնակիցների 65.4%-ը կամ 1700 մարդ չի ունեցել առողջապահական ապահովագրություն, իսկ մնացած 34.6%-ը՝ ունեցել է: 6300 մարդ կամ հարցման մասնակիցների 35%-ը դժվարացել է ասել, թե արդյոք պատրաստ է անձամբ մասնակիցը լինելու դեղապահովագրության համակարգին:

Հետաքրքրական էր նաև ուսումնասիրել և հասկանալ, թե հարցման մասնակիցներն իրենց ամսական եկամտի քանի տոկոսն են պատրաստ ուղղելու դեղապահովագրության համակարգին:



Գծապատկեր 38

«Ձեր ամսական եկամտի ո՞ր տոկոսն եք պատրաստ ուղղելու դեղապահովագրության համակարգին» հարցի պատասխանների վերլուծությունը

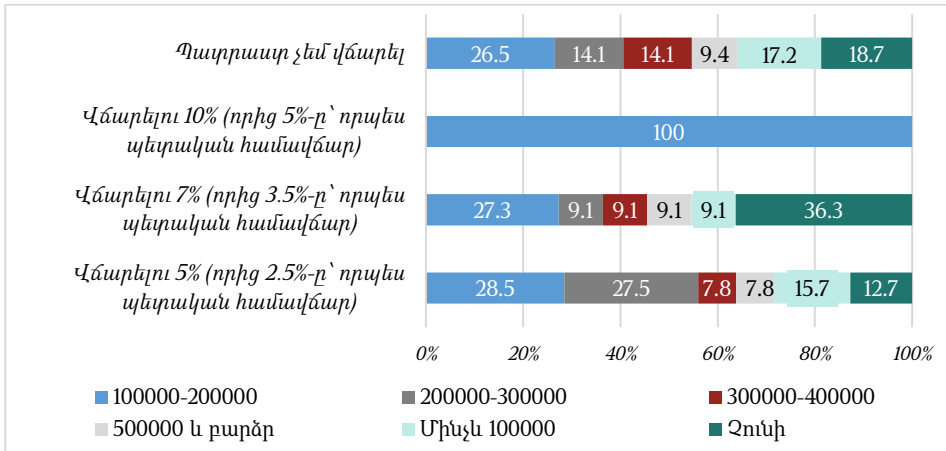
Առավել հանգամանալի վերլուծության համար կարևոր է ուսումնասիրել և հասկանալ, թե ինչքան են պատրաստ վճարելու դեղապահովագրության համակարգից օգտվելու նպատակով: Գծապատկեր 38-ում ներկայացված

տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հարցման ընդհանուր մասնակիցների 56.7%-ը կամ 10200 մարդ նշել է, որ իր ամսական եկամտի 5%-ը (որից 2.5%-ը՝ պետական համավճար) պատրաստ է ուղղելու դեղապահովագրությանը: Հարցման ընդհանուր մասնակիցների 35.5%-ը կամ 6400 մարդ նշել է, որ պատրաստ չէ ամսական եկամտից գումար ուղղելու այդ համակարգին: Հարցման ընդհանուր մասնակիցների 6.1%-ը կամ 1100 մարդ նշել է, որ պատրաստ է իր ամսական եկամտի 7%-ը (որից 3.5%-ը՝ պետական համավճար) ուղղելու դեղապահովագրությանը: Հարցման ընդհանուր մասնակիցների 1.7%-ը կամ 300 մարդ ասել է, որ պատրաստ է իր ամսական եկամտի 10%-ը (որից 5%-ը՝ պետական համավճար) ուղղելու դեղապահովագրությանը:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ իրենց ամսական եկամտի 5%-ը (որից 2.5%-ը՝ պետական համավճար) դեղապահովագրությանը ուղղելու պատրաստ մասնակիցների 28.5%-ը կամ 2900 մարդ ունեցել է 100,000-200,000, 27.5%-ը կամ 2800 մարդ՝ 200,000-300,000, 15.7%-ը կամ 1600 մարդ՝ մինչև 100,000 ՀՀ դրամ միջին ամսական եկամուտ, 12.7%-ը կամ 1300 մարդ եկամուտ չի ունեցել: Մյուս կողմից, իրենց ամսական եկամտի 5%-ը (որից 2.5%-ը՝ պետական համավճար) դեղապահովագրությանն ուղղելու պատրաստ մասնակիցների 7.8-ական %-ը կամ 800 մարդ ունեցել է 300,000-400,000 և 500,000 ՀՀ դրամ և ավելի միջին ամսական եկամուտ:

Հարցման ընդհանուր մասնակիցների 35.5%-ը կամ 6400 մարդ նշել է, որ պատրաստ չէ ամսական եկամտից գումար ուղղելու դեղապահովագրության համակարգին: Այս պարագայում հարցվողների 26.5%-ը կամ 1700 մարդ ունեցել է 100,000-200,000, 17.2%-ը կամ 1100 մարդ՝ մինչև 100,000, 14.1-ական %-ը կամ 900 մարդ՝ 200,000-300,000 և 300,000-400,000, իսկ 9.4%-ը կամ 600 մարդ՝ 500,000 ՀՀ դրամ և ավելի միջին ամսական եկամուտ: 18.7%-ը կամ 1200 մարդ եկամուտ չի ունեցել:

Հարցման ընդհանուր մասնակիցների 6.1%-ը կամ 1100 մարդ նշել է, որ պատրաստ է իր ամսական եկամտի 7%-ը (որից 3.5%-ը՝ որպես պետական համավճար) հատկացնելու դեղապահովագրությանը: Իրենց ամսական եկամտի 7%-ը (որից 3.5%-ը՝ որպես պետական համավճար) վճարելու պատրաստ հարցվողների եկամուտների բաշխվածության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ նրանցից 36.3%-ը կամ 400 մարդ չի ունեցել ամսական եկամուտ, 27.3%-ի դեպքում ամսական միջին եկամտի չափը կազմել է 100,000-200,000, 9.1-ական տոկոսի կամ 100 մարդու պարագայում՝ 200,000-300,000, 300,000-400,000 և 500,000 ՀՀ դրամ և ավելի:



Գծապատկեր 39

Ամսական միջին եկամտից դեղապահովագրությանը վճարելու պատրաստ հարցման մասնակիցների եկամուտների բաշխվածությունը

Հարցման ընդհանուր մասնակիցների ընդամենը 1.7%-ը կամ 300 մարդ նշել է, որ պատրաստ է իրենց ամսական եկամտի 10%-ը (որից 5%-ը՝ որպես պետական համավճար) ուղղելու դեղապահովագրությանը: Հետաքրքրական է, որ այս հարցին պատասխանած 300 մասնակցի միջին ամսական եկամուտը 100,000-200,000 ՀՀ դրամ է:

Այնուհետև հարցման մասնակիցներին տրվել են իրենց առողջության վիճակի վերաբերյալ հարցեր: 46.1%-ը կամ 8300 մարդ իր առողջական վիճակը գնահատել է լավ: Ընդ որում, նրանցից 6800-ը նշել է, որ չունի քրոնիկական հիվանդություններ (հարցը ոչ պարտադիր է եղել), 7100-ն ասել է, որ չունի բժշկի ցուցում դեղորայք ընդունելու մասին, իսկ մնացածները պատասխանել են, որ նման ցուցում ունեն:

Հարցման բոլոր մասնակիցների 36.7%-ը կամ 6600 մարդ իր առողջական վիճակը գնահատել է բավարար: Ընդ որում, 59.1%-ը կամ 3900-ը նշել է, որ ունեցել է 1-2 քրոնիկական հիվանդություններ, 36.4%-ը կամ 2400-ը՝ քրոնիկական հիվանդություն չի ունեցել, իսկ մնացած 4.5%-ն ունեցել է 3-5 քրոնիկական հիվանդություններ: 56.1%-ը կամ 3700 մարդ նշել է, որ մշտապես ընդունում է դեղորայք (միջնում՝ 2.2)՝ բժշկի ցուցումով, իսկ մնացած 43.9%-ը կամ 2900 մարդ ասել է, որ դեղորայք չի ընդունում:

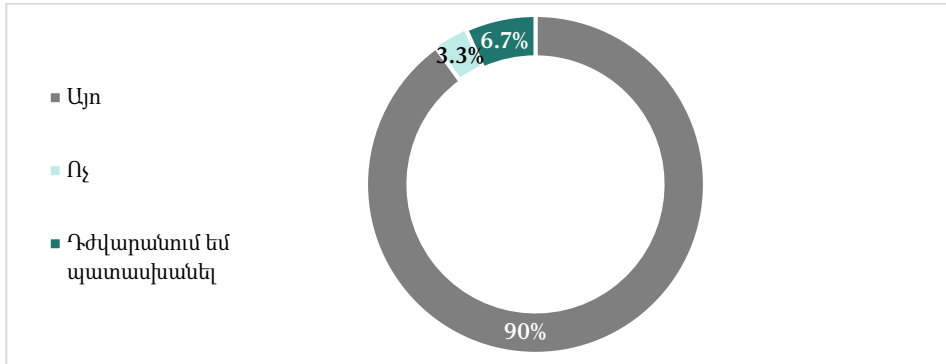
Հարցման մասնակիցների 16.1%-ը կամ 2900 մարդ նշել է, որ իր առողջական վիճակը գնահատում է շատ լավ, չունի քրոնիկական հիվանդություն և հաշմանդամության կարգ, ոչ մի դեղորայք բժշկի ցուցումով չի ընդունում:

Հարցման մասնակիցների 1.1%-ն իր առողջական վիճակը գնահատել է վատ: Նրանց 22%-ը նշել է, որ ունի հաշմանդամության կարգ, 5 և ավելի քրոնիկական հիվանդություններ, մշտապես ընդունում է դեղորայք՝ բժշկի ցուցումով:

«Ո՛ր հիվանդության համար եք դեղորայք գնում» հարցին պատասխանել է հարցման մասնակիցների 83.4%-ը կամ 15100 մարդ, որից 1.3%-ը կամ 200 մարդ նշել է, որ դեղորայք չի ընդունում: Շաքարային դիաբետի հետ կապված դեղորայք ընդունում է հարցին պատասխանողների 4.6%-ը կամ 700 մարդ, սիրտ-անոթային խնդիրների հետ կապված՝ 5.3%-ը կամ 800 մարդ, շնչառական հիվանդությունների հետ կապված՝ 10.6%-ը կամ 1600 մարդ, այլ տիպի հիվանդությունների հետ կապված՝ մնացած հարցվողները:

Ընդհանուր հարցվողների 66.1%-ը կամ 11900 մարդ նշել է, որ եթե հնարավորություն ունենա ստանալու այլ դեղորայք, որն ավելի արդյունավետ է, քան դեղերի հատուցման փաթեթի շրջանակում տրամադրվողը, ապա պատրաստ է վճարելու արժեքային տարբերությունը, 5.4%-ը կամ 1000 մարդ նշել է, որ պատրաստ չէ վճարելու, իսկ 28.3%-ը կամ 5100 մարդ դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:

Ընդհանուր հարցվողների 90%-ը կամ 16200 մարդ պատասխանել է նաև «Արդյո՞ք դեղորայքն ընդունում եք նշանակմանը խիստ համապատասխան՝ պահպանելով չափաքանակը և ժամանակացույցը» հարցին: Ընդ որում, հարցին պատասխանողների 77.8%-ը նշել է, որ ընդունում է դեղորայքը նշանակմանը խիստ համապատասխան՝ պահպանելով չափաքանակը և ժամանակացույցը, 11.1-ական %-ն ասել է՝ ոչ կամ դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:

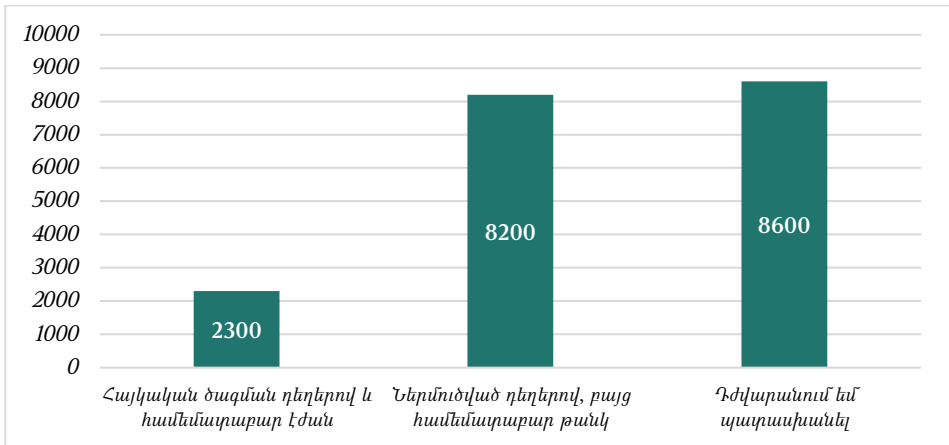


Գծապարկեր 40

«Ձեզ համար կարևո՞ր է, արդյոք, դեղերի ծագումը» հարցի տվյալների ներկայացում

«Արդյո՞ք գովազդն ազդում է դեղորայքի ընտրության վրա, քանի որ տեղեկատվական դաշտում գերիշխող դիրք է զբաղեցնում դեղագործական ընկերությունների գովազդային գործունեությունը» հարցին պատասխանել է հարցվողների 94.4%-ը կամ 17000 մարդ: Մասնավորապես՝ 42.9%-ը կամ 7300 մարդ նշել է, որ գովազդը չի ազդում դեղորայքի ընտրության վրա, 41.2%-ն ասել է, որ ազդում է, իսկ 15.9%-ը դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:

Գծապատկեր 40-ի տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ընդհանուր հարցվողների 90%-ի կամ 16200 մարդու համար դեղերի ծագումը կարևոր է: Ընդ որում, նրանց 71%-ը նախապատվություն է տվել գերմանական, 28.7%-ը՝ ամերիկյան, 17.4%-ը կամ 2000 մարդ՝ ռուսական, 5.2%-ը կամ 600 մարդ՝ չինական արտադրության դեղերին: Հետաքրքրական է, որ դեղերի ծագումը կարևորող հարցման մասնակիցների 24.3%-ը կամ 2800 մարդ նշել է, որ նախապատվությունը տալիս է հայկական ծագման դեղերին: Ընդհանուր հարցվողների 6.7%-ի կամ 1200 մարդու համար դեղերի ծագումը կարևոր չի եղել, իսկ 600 մարդ դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:



Գծապատկեր 41

«Դեղապահության ի՞նչ փաթեթ եք նախընտրում» հարցի տվյալների վերլուծությունը

Բազմակի պատասխանի տարբերակով այս հարցի պարագայում ամենաքիչը (2300 մարդ) ընտրվել են հայկական ծագմամբ դեղերն ու համեմատարար էժան փաթեթը: Ներմուծված դեղերով, սակայն համեմատարար թանկ փաթեթն ընտրել է 8200 մարդ, իսկ 8600 մարդ դժվարացել է պատասխանել այս հարցին:

Որպես առաջարկություններ ու մտահոգություններ՝ հարցման մասնակիցները նշել են, որ ցանկալի է ՀՀ-ում ներդնել պարտադիր ապահովագրական համակարգ, որպեսզի ոչ մի քաղաքացի իր առողջությունը չկորցնի ֆինանսական միջոցներ չունենալու պարագայում: Մի քանի հարցվողներ նշել են, որ, թեև կողմ են առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրմանը, այնուամենայնիվ համաձայն չեն առաջարկվող տարբերակի հետ: Հարցվողները նաև ասել են, որ դեղապահովագրությունը դիտարկում են ոչ թե որպես առանձին գործընթաց, այլ առողջապահության ապահովագրության բաղադրիչ, այդ թվում՝ պարտադիր, որը պետք է ավելացնի ապահովագրավճարը:

Սոցիալական և տնտեսական գործընթացները միշտ ուղեկցվում են միմյանց միջև տեղի ունեցող տարատեսակ երևույթների բարձր փոխկապվածությամբ: Ապահովագրական շուկան այս առումով բացառություն չէ: Թե՛ որակական, թե՛ քանակական տեսանկյունից, այն կարելի է համարել ազգային սոցիալ-տնտեսական համակարգի գործունեության և արդյունավետ զարգացման առանցքային ցուցանիշ: Կատարելով սոցիալական ամենակարևոր գործառույթներից մեկը՝ առողջության ապահովագրությունը պետք է ապահովի բնակչության բժշկական և դեղորայքային օգնության հասանելիությունը ու ստեղծի տնտեսական օգուտներ՝ միկրո- և մակրոմակարդակում: Ընդհանուր առմամբ, առողջության ապահովագրությունը մի կառուցակարգ է, որը պետությունն օգտագործում է իր քաղաքացիների իրավունքները և առողջությունը պաշտպանելու համար:

Հաշվի առնելով ընթացիկ զարգացումները՝ առողջության ապահովագրությունը դարձել է առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման և կառավարման կազմակերպչական ձև՝ ապահովելով բժշկական և դեղագործական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորություններ, ինչպես նաև ստեղծելով բնակչության սոցիալական պաշտպանության կառուցակարգեր: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ձևավորման և արդիականացման ընթացքում առաջացած խնդիրների լուծման ուղիների որոնումը հանգեցրել է արտասահմանյան երկրների բժշկական ապահովագրության և, հատկապես, դեղապահովման փորձի ուսումնասիրության անհրաժեշտությանը:

Առողջապահական ծախսերի մեծ մասն ուղղվում է դեղորայքի ձեռքբերմանը, և այդ ծախսերը գնալով աճում են: Դեղամիջոցների չարաշահումը, դրանց չափից ավելի օգտագործումը կարող են հանգեցնել ռեսուրսների վատնման և առողջությանը սպառնացող վտանգների: Հետևաբար՝ առողջապահական ապահովագրողները ուղիներ են փնտրում դեղերի ավելի լավ օգտագործումն ապահովելու և դեղերի ծախսերը վերահսկելու համար՝ միաժամանակ ձգտելով, որ հիվանդները ստանան իրենց անհրաժեշտ դեղամիջոցները:

Միաժամանակ, փոխհատուցվող դեղերի ձեռքբերման աճող ծախսերը լուրջ մարտահրավեր են կառավարությունների և այլ վճարողների համար: Տարբեր երկրներ դեղագործական ծածկույթի տարբեր համակարգեր ունեն՝ պետական կամ մասնավոր, պարտադիր կամ կամավոր:

Դեղագործական ծածկույթը կարևոր դեղամիջոցներին մարդկանց հասանելիությունը տնտեսապես ապահովելու, ինչպես նաև ֆինանսական ռիսկը կիսելու կամ բազմազանեցնելու (դիվերսիֆիկացնելու) միջոց է: Այսպիսով՝

հանրային առողջության պահպանումը կարևոր է դեղագործական ապահովագրության համակարգերի ստեղծման համար:

Պետության կողմից ֆինանսական բեռի նվազեցումը և դեղերի ռացիոնալ օգտագործումը նպաստում են բնակչության առողջության բարելավմանը: Այնուամենայնիվ, ինչպես տեսնում ենք, դեղագործական քաղաքականությունը բազմաչափ է, և դրա կիրառման արդյունքները չափվում են ոչ միայն դեղերի օգտագործման և ծախսերի վրա ազդեցությամբ, այլև առողջության բարելավմամբ: Չափազանց սահմանափակող դեղագործական քաղաքականությունը կարող է անցանկալի հետևանքներ ունենալ: Օրինակ՝ ցածր եկամուտ ունեցող կամ այլ խոցելի խմբերում ծախսերի տեղափոխումը ապահովագրողից դեպի սպառողը կարող է հանգեցնել անհրաժեշտ դեղամիջոցների օգտագործման դադարեցմանը, ինչը, իր հերթին, կարող է առաջացնել առողջության վատթարացում ու հիվանդների և ապահովագրողների համար առողջապահական ծախսերի ավելացում:

Դեղապահովման ծրագրի շրջանակում հատուկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց և որոշակի հիվանդություններ ունեցող շահառուներին դեղորայքը տրամադրվում է լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ: Սակայն, բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկում ընդգրկված շահառուները ոչ միշտ են գոհ գործող համակարգից:

Առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ներդրումը հեշտ գործընթաց չէ, և այդ համակարգի նախագծումը, մշակումը պետք է համահունչ լինեն մեր երկրի տնտեսական, ֆինանսական և ինստիտուցիոնալ իրավիճակներին: Այս համատեքստում անհրաժեշտ է սահմանել օրենսդրական դաշտը, կարգավորող մարմիններն ու գործողությունների ծրագրերը: Քանի որ ՀՀ-ում արդեն իսկ արդյունավետ կերպով գործում է պարտադիր ապահովագրության մեկ համակարգ, կարող ենք առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ինստիտուցիոնալ կառուցվածքը ստեղծել դրա հիման վրա:

Առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ստեղծման քայլերը կարող ենք սահմանել հետևյալ հերթականությամբ.

1. Առաջին հերթին, անհրաժեշտ է հիմնադրել մեկ վերահսկող մարմին (ինչպես Ավտոապահովագրողների բյուրոն), որը կգրառվի օրենսդրական դաշտի ստեղծմամբ և վերահսկողությամբ՝ որպես կարգավորող և համակարգող, ինչպես նաև բնակչության շրջանում կիրականացնի տեղեկացվածության և ֆինանսական/ապահովագրական կրթվածության անհրաժեշտ միջոցառումներ:

2. Սահմանել փոխհատուցվող ծառայությունների/դեղերի հստակ շրջանակ: Այստեղ անհրաժեշտ է հավաքագրել և միավորել ինչպես պետական նպատակային ծրագրերի և սոցիալական փաթեթի շրջանակում ֆինանսավորվող հիվանդությունները/վիճակները, հետազոտություններն ու դեղերը

(Առողջապահության նախարարություն), այնպես էլ ՀՀ-ում ներկա պահին իրագործվող առողջության կամավոր ապահովագրության հատուցումների ուղղությունների վերաբերյալ տեղեկությունները (ապահովագրական ընկերություններ): ԱՆ-ի, ԲԿ-ների և ապահովագրական ընկերությունների միասնական աշխատանքի շնորհիվ՝ հնարավոր կլինի որոշել փոխհատուցման ենթակա ծառայությունների և դեղերի ամենաարդյունավետ տարբերակը:

3. Սահմանել գործողությունների պլան/ժամանակացույց: Անհրաժեշտ է որոշել, թե ինչ հերթականությամբ և ինչ խմբերով պետք է ներդրվի ապահովագրությունը: Երբ խոսում ենք առողջության պարտադիր ապահովագրության մասին, հասկանում ենք, որ ապահովագրված պետք է լինի ամբողջ բնակչությունը, սակայն միանգամից բոլորին ապահովագրելը դժվար է, և, ինչպես միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, հաճախ հանդիպում են պարտադիր ապահովագրության ներդրման փուլային օրինակներ, երբ բնակչության տարբեր խմբեր հերթականությամբ դառնում են պարտադիր ապահովագրության մասնակիցներ:

Առաջարկում ենք մշակել ապահովագրության ներդրման փուլային կառուցակարգ՝ հետևյալ կերպ.

- Առաջին փուլում անհրաժեշտ է ապահովագրել բնակչության այն հատվածը, որն առավել տեղյակ է ապահովագրության առանձնահատկություններին և կարող է արագ կերպով ինտեգրվել համակարգում: Առաջին փուլը, ըստ էության, ամենակարևորն է, քանզի դրա արդյունքներից են կախված համակարգի զարգացման հետագա քայլերը: Առաջարկում ենք այս փուլում ապահովագրել սոցիալական փաթեթի շահառու (պետական հատվածից՝ 130,987 անձ), ինչպես նաև մասնավոր հատվածում աշխատող (ցանկալի է կամավոր առողջության ապահովագրությունից արդեն իսկ օգտվող) ՀՀ քաղաքացիներին (մասնավոր հատվածից՝ 540,982 անձ)¹⁵⁴: Այսպիսով՝ կկարողանանք ապահովել ապահովագրված անձանց այնպիսի խումբ, որը կընդգրկի մասնավոր և պետական հատվածներում աշխատող ՀՀ բնակչությանը, ՀՀ պետական բյուջեն կազատի սոցիալական փաթեթի ֆինանսավորման բեռից՝ հնարավորություն ընձեռելով այդ միջոցներն ուղղելու պարտադիր ապահովագրության ապահովագրավճարների ֆինանսավորմանը: Կձևավորվի ապահովագրված անձանց մի խումբ, որը որոշ չափով արդեն իսկ տեղյակ է ապահովագրական փոխհատուցման կարգին:

Առաջին փուլի ավարտին (1 տարի հետո) պետք է հավաքագրված ողջ տեղեկություններն օգտագործել երկրորդ փուլ մուտք գործելու համար: Անհրաժեշտ կլինի վերանայել հատուցվող ծառայությունների, փոխհատուցվող դեղերի շրջանակը՝ ելնելով ապահովագրված անձանց դիմումների և մերժ-

¹⁵⁴ Հաշվարկել են հեղինակները՝ Ժողովրդագրական տվյալների բազայի տվյալների հիման վրա. https://www.armstat.am/am/?nid=209&fbclid=IwAR2aXPG6My2iy_3IJgWMP4RWzVEAzQ5EF20Tcnbp5pU6Pl_YdD_gLLIDgw4

ված դեպքերի ուսումնասիրության արդյունքներից: Ապահովագրության շրջանակում տրամադրվող հատուցումների առաջանցիկ տեմպի առկայության դեպքում պետք է վերանայվեն նաև ապահովագրավճարները և ֆինանսավորման եղանակները: Բոլոր հետևությունները և փոփոխությունները կատարելուց հետո միայն կարող ենք անցում կատարել երկրորդ փուլին:

- Երկրորդ փուլում անհրաժեշտ է ապահովագրության դաշտ բերել հաշմանդամներին (191.800 հոգի¹⁵⁵) ու 18 և բարձր տարիքի բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց (86927 հոգի): Այս խմբի ապահովագրումը պետության կարևորագույն գործառնություններից է. անապահով խավն այս պահին կանգնած է լուրջ խնդրի առաջ՝ սահմանադրությամբ ամրագրված առողջության իրավունքը ստանձնելու առումով: ՀՀ բնակչության այս հատվածը, որպես առավել ռիսկային, հակված է առողջական խնդիրներ ունենալու և դեղերի սպառման տեսանկյունից՝ ամենաբարձր դիրքում է: Այս փուլի ավարտին պետք է ամփոփվեն հատուցումների ծավալը և ուղղությունները, անհրաժեշտության դեպքում՝ փոփոխվեն ապահովագրության պայմանները:

- Երրորդ փուլում ապահովագրված անձանց շարքերը կհամալրեն թոշակատուները (63 և բարձր տարիքի 466 997 անձ), երեխաները (0-18 տարեկան 703 156 անձ), գյուղացիական տնտեսություններն ու ինքնազբաղվածները (305 700 անձ): Բնակչության յուրաքանչյուր խումբ դեպի ապահովագրության դաշտ տեղափոխելն ուղեկցվում է նաև պետական բյուջեից համապատասխան ֆինանսական միջոցների ազատամբ և դրանց հետագա ուղղորդմամբ դեպի ապահովագրական բյուջե: Այս փուլում ապահովագրվող անձինք բնակչության լայն հատված են, ուստի ապահովագրական վերջնական կարգավորումների իրականացումն արդեն օրախնդիր է: Փուլի ավարտից հետո կարելի է ակնկալել պարտադիր ապահովագրության վերջնական պատկերի ձևավորում:

- Չորրորդ փուլում արդեն կապահովագրվի բնակչության մնացյալ հատվածը՝ ուսանողներ, գործազուրկներ և այլ խմբեր (մոտավորապես՝ 654,000 անձ): Այսպիսով՝ պարտադիր ապահովագրության ներդրման 4-րդ տարում կապահովագրվի ՀՀ ողջ բնակչությունը: Չորրորդ փուլի ավարտից հետո պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին ՀՀ օրենքները և այլ իրավական կարգավորումները կստանան վերջնական տեսք:

4. Առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման վերջին կարևոր պայմանը ֆինանսավորման կառուցակարգերի ընտրությունն է: Հաշվի առնելով մեր կատարած ուսումնասիրության արդյունքները՝ կարող ենք ասել, որ դեղերի կամ առողջապահական ծառայությունների ֆի-

¹⁵⁵Հաշվարկել են հեղինակները՝ ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թ. հունվարին: Սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի տվյալների հիման վրա. https://armstat.am/file/article/sv_01_22a_530.pdf

նանսավորման կառուցակարգի ներդրման մեջ, բացի պետական մարմիններից, հետաքրքրված են նաև ՀՀ քաղաքացիները: Այս հանգամանքը պետությանը հնարավորություն է տալիս ֆինանսական բեռնվածությունը կիսելու ՀՀ քաղաքացիների հետ: Այս տեսանկյունից, առաջարկում ենք ֆինանսավորման հետևյալ կառուցակարգը.

<i>Պերական բյուջեից ֆինանսավորում</i>	<i>Մասնավոր բյուջեից ֆինանսավորում</i>
18 և բարձր տարիքի բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձինք	Աշխատող բնակչություն և ինքնազբաղվածներ, ինքնուրույն հարկ վճարողներ
Հաշմանդամներ	Ուսանողներ
Թոշակառուներ (63 և բարձր տարիքի անձինք)	
Գործազուրկներ	
Երեխաներ (0-18 տարեկան անձինք)	
Գյուղացիական տնտեսություններ, ինքնազբաղվածներ	
Բնակչության այլ խմբեր	

Նշենք նաև, որ աշխատող բնակչության առումով, մասնավոր բյուջեից ֆինանսավորումը ենթադրում է ֆինանսավորում նաև կազմակերպությունների կողմից՝ ապահովագրավճարի հավասարապես բաշխում աշխատակցի և կազմակերպության միջև: Ընդ որում, կազմակերպության կողմից ապահովագրավճարների վճարումը պետք է օրենսդրությամբ նվազեցվի հարկվող շահույթի բազայից: Այս հանգամանքը փոքր-ինչ կզսպի կազմակերպությունների դժգոհությունը լրացուցիչ վճարներ կատարելու տեսանկյունից:

Առաջարկում ենք գյուղացիական տնտեսությունների և բնակչության չաշխատող այլ խմբերի ապահովագրավճարների համաֆինանսավորում: Այս դեպքում ապահովագրավճարը հավասարապես կկիսվի ՀՀ քաղաքացու և պետության միջև:

Այսպիսով՝ ձևավորված ապահովագրական համակարգը կհիմնվի կարգավորման և ինքնակարգավորման գործող նորմերի վրա: Այստեղ կարևոր է առանձնացնել միայն ապահովագրության շրջանակում դեղերի փոխհատուցման սկզբունքները:

Հիվանդանոցային պայմաններում փոխհատուցվող դեղերը կտրամադրվեն/կֆինանսավորվեն՝ ելնելով հիվանդության բուժման գծով ապահովագրության պայմանագրով ամրագրված առավելագույն հատուցման սահմանաչափից, եթե այն առկա է: Հիվանդանոցային պայմաններում դեղերի փոխհատուցման ժամանակ չի կիրառվի լրացուցիչ գումարային սահմանափակում, կգործի միայն տվյալ հիվանդության գծով գործող հատուցման առավելագույն սահմանաչափ:

Արտահիվանդանոցային պայմաններում դեղերի կփոխհատուցվեն դեղատոմսերի հիման վրա՝ հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված և փոխհատուցման ենթակա դեղերի համար պարտադիր ապահովագրության կողմից սահմանված առավելագույն գների սահմաններում (եթե այդպիսիք առկա են): Արտահիվանդանոցային պայմաններում փոխհատուցվող դեղերի փաթեթում ընդգրկված դեղերի՝ փոխհատուցման առավելագույն գնից բարձր գնով ձեռքբերման դեպքում կգործի լրավճարի սկզբունքը, և քաղաքացին կվճարի հաստատված առավելագույն գնի ու վաճառքի գնի տարբերությունը: Պարբերաբար անհրաժեշտ կլինի վերանայել և գնահատել հիմնական դեղերի ցանկը, դրա արդունավետությունը՝ ելնելով հիմնական հիվանդությունների կառուցվածքից և շահառուների խմբերից:

1. Ապահովագրական ընկերություններ,
<https://www.cba.am/am/SitePages/fscfoinsuranceorganizations.aspx>
2. «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2016 թվականի մայիսի 17-ին:
3. Կարգ սոցիալական փաթեթի հատկացման: Հավելված N 1, ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշում:
4. Հավելված 1. ՀՀ կառավարության 2017 թվականի հուլիսի 27-ի N 915-Ն որոշման: Կարգ սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման:
5. Հավելված N 1. ՀՀ կառավարության 2019 թվականի մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման: Ցանկ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի, որոնք ընդգրկված շահառուներին դեղերը հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ:
6. ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին», 4-ր մարտի, 1996 թ.:
7. ՀՀ օրենքը «Հանրային ծառայության մասին», 26-ր մայիսի, 2011 թվական:
8. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին Հայաստանի Հանրապետության կառավարության N 318-Ն որոշում, 4-ր մարտի, 2004 թվական:
9. Авксентьев, Николай Александрович, and Владимир Станиславович Назаров. "Лекарственное обеспечение в России: состояние и перспективы." *Экономическое развитие России* 26.11 (2019): 63-67.
10. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2021). Варианты политики в сфере возмещения стоимости лекарственных средств в Европе. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350653>.
11. Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G. E., Ramsay, C., Oxman, A. D., Sturm, H., & Vernby, Å. (2008). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
12. Berkeley, B. (2017). Relationship between Health Provider Status and Social Interaction. *Open Access Library Journal*, 4(07), 1.
13. Berkeley, B. (2017). Relationship between Health Provider Status and Social Interaction. *Open Access Library Journal*, 4(07), 1.
14. Busse, R., Saltman, R. and Dubois, H. (2004) Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J., Eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, Berkshire, 33-81.
15. Busse, R., Saltman, R. and Dubois, H. (2004) Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments. In: Saltman, R.B., Busse, R. and Figueras, J., Eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, Berkshire, 33-81.

16. Cost sharing for prescription medicines <https://www.kela.fi/reimbursements-for-medicine-expenses-cost-sharing>
17. Current health expenditure (% of GDP). World Health Organization Global Health Expenditure database <https://apps.who.int/nha/database>
18. 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>
19. Generics Drugs Market Size, Trends, Growth, Report 2022 To 2030.
20. Global expenditure on health: public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021.
https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/2_Global_expenditure_on_health_Public_spending_on_the_rise.pdf
21. Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf?sfvrsn=fd5c65c6_5&download=true
22. Gottret, Pablo; Schieber, George. *Health financing revisited: a practitioner's guide (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370/Health-financing-revisited-a-practitioners-guide>
23. Habicht, T. (2018). Pricing and Reimbursement Policies in Estonian Pharmaceutical Market. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34189/Pricing-and-reimbursement-policies-in-Estonian-pharmaceutical-market.pdf;sequence=4>
24. Health at a Glance 2009. OECD Indicators. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-en.pdf?expires=1655817807&id=id&accname=guest&checksum=E7AEC9173A40431A32F13DEID203D8FF
25. Health Basket & Reimbursement in Israel <https://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel/>
26. Health Insurance Act
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/Riigikogu/act/501062023001/consolide>
27. Health Insurance Options in Germany – 2022
<https://www.howtogermy.com/pages/healthinsurance.html>
28. Healthcare expenditure by financing scheme
<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
29. Healthcare system in Finland <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>
30. Hoebert, J. M., van Dijk, L., Mantel-Teeuwisse, A. K., Leufkens, H. G., & Laing, R. O. (2013). National medicines policies—a review of the evolution and development processes. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 6, 1-10.
<https://jopp.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-3211-6-5>
31. How to Develop and Implement a National Drug Policy - 2nd ed. Updates and replaces: Guidelines for developing national drug policies (1988). 8 December 2001.
<https://www.who.int/activities/promoting-national-medicines-policies>
32. <https://drugdevelopment.labcorp.com/content/dam/covance/assetLibrary/salesheets/Pricing-Reimbursement-France-SSCMA053.pdf>

33. <https://socmin.lrv.lt/en/activities/social-insurance-1/social-insurance-contributions>
34. <https://www.ohchr.org/en/development/access-medicines-fundamental-element-right-health>
35. <https://www.precedenceresearch.com/generic-drugs-market>
36. <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2020/11/26/848300-lekarstvennoe-strahovanie-vmesto-lekarstvennogo-obespecheniya>
37. Joëlle M Hoebert, Liset van Dijk, Aukje K Mantel-Teeuwisse National medicines policies – a review of the evolution and development processes, 2013, <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/2052-3211-6-5>
38. Minister for Health Care raised important health care issues for the EU at World Health Assembly <https://www.government.se/government-policy/public-health-and-medical-care/objectives/>
39. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., & World Health Organization. (2002). *Funding health care: options for Europe* (No. WHO/EURO: 2002-617-40352-54036). World Health Organization. Regional Office for Europe.
40. OECD (2021), “Pharmaceutical expenditure”, in Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD
41. OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
42. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project. Organisation for Economic Cooperation and Development. Proposal for a taxonomy of health insurance. <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>
43. Order of November 12, 2018 modifying the order of August 4, 1987 relating to the prices and margins of reimbursable medicines and vaccines and allergens prepared especially for an individual https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037611571
44. Per capita health expenditure in selected countries in 2021(in U.S. dollars) <https://www.statista.com/statistics/236541/per-capita-health-expenditure-by-country/>
45. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in the In-and OutPatient Sector <https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Israel.pdf>
46. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in the In-and OutPatient Sector <https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Israel.pdf>
47. Pharmaceutical spending per capita in selected countries as of 2021 (in U.S. dollars) https://www.statista.com/statistics/266141/pharmaceutical-spending-per-capita-in-selected-countries/?fbclid=IwAR226NEG3yPUPxAFj-i_EN8OmuBgGvcdQip_YWcdr5YIHNSJ56aVxfEo0U4
48. PPRI Pharma Brief: France 2020. https://jasmin.goeg.at/1686/1/PPRI_Pharma_Brief_FR_2020_final_Oct2020.pdf
49. Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/pricing_reimbursement_of_drugs_and_hta_policies_in_france.pdf
50. Pricing and Reimbursement Laws and Regulations 2022, USA. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/usa>

51. Pricing and reimbursement policies in Estonian pharmaceutical market <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34189/Pricing-and-reimbursement-policies-in-Estonian-pharmaceutical-market.pdf;sequence=4>
52. Regulatory, Pricing and Reimbursement TGS Baltic / Lithuania <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-lithuania/>
53. Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. IGES Institute. An IGES Group company https://www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf
54. Sabine Vogler. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Vienna, October 2020 Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection.
55. Social Protection: Total public and primary private health insurance <https://stats.oecd.org/>
56. The 340B Drug Pricing Program <https://www.aha.org/fact-sheets/2020-01-28-fact-sheet-340b-drug-pricing-program>
57. The French social security system: claiming benefits <https://www.expatica.com/fr/living/gov-law-admin/french-social-security-101168/>
58. Tomorrow, A. H. OECD Reviews of Public Health: Latvia. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/aef0ddcd-en/index.html?itemId=/content/component/aef0ddcd-en#tablegrp-d1e13553>
59. Tracking Universal Health Coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021
60. United Nations: Access to medicines - a fundamental element of the right to health
61. UNODC, World Drug Report 2022 (United Nations publication, 2022). https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf
62. Vogler, S., Haasis, M. A., Dedet, G., Lam, J., & Bak Pedersen, H. (2018). Medicines reimbursement policies in Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf
63. WHO (World Health Organization), 2004, . WHO Medicines Strategy: Countries at the Core 2004– 2007. Geneva: WHO
64. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies, second edition. Geneva: World Health Organization; 2020.
65. World Health Organization. (2004). WHO medicines strategy 2004-2007: countries at the core (No. WHO/EDM/2004.5). World Health Organization.

Руководитель исследовательской группы

СУСАННА АГАДЖАНЫН

кандидат экономических наук, старший преподаватель

Состав исследовательской группы

ЛУСИНЕ КАРАПЕТЯН

кандидат экономических наук, доцент

АРСЕН ПЕТРОСЯН

кандидат экономических наук, доцент

ТАТЕВИК ВАРДАНЫН

кандидат экономических наук

ТИГРАН МИКАЕЛЯН

аспирант кафедры «Международные экономические отношения»

АННА АЙВАЗЯН

аспирант кафедры «Менеджмент»

ГАГИК АКОПЯН

аспирант кафедры «Банковское дело и страхование»

***ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА ЛЕКАРСТВ,
ВОЗМЕЩАЕМЫХ ПО СТРАХОВАНИЮ***

DOI: 10.52174/978-9939-61-273-7

Здоровье является одним из основных прав человека, которое необходимо для реализации многих других прав, в частности, права на развитие и на достойную жизнь. Реализация права на здоровье является основной целью государственной политики. Доступ к лекарствам является важнейшим элементом права на здоровье. Одной из первоочередных задач для правительства каждой страны является регулярное обеспечение населения лекарствами гарантированного качества и в достаточном количестве, а также определение разумной ценовой политики.

Проблема плохого доступа к лекарствам наиболее остро стоит в странах с низким и средним уровнем дохода, и в настоящее время полное осуществление права на здоровье остается иллюзией для миллионов людей из-за препятствий в доступе к качественным, доступным и современным медикаментам. С точки зрения прав человека доступ к лекарствам неразрывно связан с принципами равенства и недискриминации, прозрачности, участия и подотчетности.

Каждая страна несет ответственность за разработку национального законодательства, политики в области здравоохранения и укрепление своей системы здравоохранения. С этой целью следует рассмотреть ключевые вопросы, связанные с доступом к лекарствам, такие как контроль цен и качества, дозировка и эффективность лекарств, практика и процедуры закупок, цепочки поставок и т. д.

Удорожание лекарственной составляющей лечения, рост распространения хронических заболеваний, сохранение социально-экономического неравенства в доступе к услугам здравоохранения требуют обеспечения адекватной доступности лекарственных средств. Эти проблемы создают предпосылки для совершенствования государственной политики в области здравоохранения и, в первую очередь, системы лекарственного обеспечения. Одним из вариантов решения проблемы доступа к лекарствам, с которой сталкиваются чиновники здравоохранения и экономисты, является внедрение системы лекарственного страхования, которая позволит частично или полностью компенсировать стоимость лекарств.

Хотя применяемые модели здравоохранения не являются универсальными, изучение параметров этих моделей, обсуждение их сильных и слабых сторон, обобщение опыта отдельных стран будет иметь важное значение при оптимизации и реформировании финансирования здравоохранения РА.

Национальная политика в отношении лекарственных средств является неотъемлемой частью цели ВОЗ по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения или медико-санитарной помощи для всех. Последняя направлена на расширение доступа к высококачественным и недорогим лекарствам и товарам медицинского назначения. Лекарственное обеспечение является одной из важнейших социальных гарантий, предоставляемых населению в разных странах, и большинство развитых стран мира гарантируют предоставление населению безвозмездной или частичной компенсации лекарственными препаратами.

Большинство стран ЕС покрывают стоимость лекарств для всего населения на амбулаторном этапе лечения в соответствии с рецептами, выписанными врачами. В развивающихся странах стоимость амбулаторных лекарств компенсируется только для ограниченной, наиболее социально уязвимой группы населения.

В Западной Европе возможность получать лекарства бесплатно или со скидкой является неотъемлемой частью медицинской страховки, обязательной для всех граждан. Малообеспеченные, безработные, пенсионеры, дети до 16-18 лет и страдающие хроническими заболеваниями получают лекарства совершенно бесплатно. Часть населения, которая не входит в льготные группы, получают компенсацию в размере от 10 до 90% в зависимости, например, от группы препаратов или права на льготы для разных категорий населения. В развитых странах обеспечение рецептурными препаратами считается неотъемлемой частью государственных гарантий в сфере здравоохранения. В целом, лекарственное обеспечение должно быть справедливым, равным и доступным для всех.

Право на охрану здоровья закреплено в статье 85 Конституции РА. Кроме того, Закон РА «О медицинской помощи и обслуживании населения» предусматривает, что каждый, независимо от национальности, расы, пола, языка, религии, возраста, состояния здоровья, политических или иных взглядов, социального происхождения, имущественного или иного положения, в Республике Армения имеет право на получение медицинской помощи и обслуживания.

Внедрение системы лекарственного страхования предполагает значительное улучшение доступа населения к качественному лечению и социальному обеспечению. Повышение доступности лекарственных средств для населения возможно за счет рас-

ширения государственных гарантий и внедрения механизмов лекарственного страхования. Однако это требование должно быть сбалансировано с реальными возможностями бюджета страны и учитывать риски, связанные с нестабильностью доходов бюджета. Формирование и обеспечение финансовыми ресурсами системы лекарственного обеспечения населения является одной из важнейших задач каждого социального государства.

В мире существует множество различных моделей лекарственного страхования, главное отличие которых заключается в том, кто и за кого платит. В большинстве развитых стран действует обязательное медицинское страхование (Германия, Австрия, Франция, Швейцария и др.), в некоторых система организации здравоохранения основана на бюджетном финансировании (Великобритания, Швеция, Испания, Австралия и др.), а в США развита система частного медицинского страхования.

При амбулаторном лечении в развитых странах в основном осуществляется частичное возмещение стоимости лекарств, выписанных врачом больному. Соответственно различают разные формы сооплаты: фиксированная сооплата, сооплата определенного процента от стоимости лекарств и т.д., при этом применяемые схемы различаются и по социальным группам населения, и по степени уязвимости, и по другим параметрам.

Подходы к регулированию цен на лекарства также различаются в зависимости от страны. В одних из них осуществляется жесткое ценовое регулирование (Бельгия и Испания), в других – регулирование прибыли фармпроизводителей (Великобритания), а также установление максимальной розничной цены на лекарства (Греция, Нидерланды, Португалия, Италия). Если финансирование осуществляется за счет государственных средств, то в этом случае устанавливаются референтные цены.

В связи с этим необходимо изучить зарубежный опыт организации системы лекарственного страхования, применяемые формы финансирования и сооплаты, изучить механизмы формирования компенсируемого пакета, подходы к расчету их стоимости, а также его затратную нагрузку на государство, что предопределяет актуальность выбранной темы.

Целью исследования является осуществление разработки возможной модели внедрения системы лекарственного страхования в Армении, в частности, разработка механизмов формирования системы рационального назначения и использования лекарственных средств, внедрение эффективной модели возмещения стоимости лекарственных средств при амбулаторном лечении, совершенствование механизмов формирования компенсируемого пакета лекарственных средств и расчета их стоимости, оптимизация системы обращения лекарственных средств и т.д.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи.

1. Изучить систему лекарственного страхования и эффективные процедуры и механизмы, используемые в развитых странах.
2. Оценить существующие модели лекарственного обеспечения в странах, сопоставимых с экономикой РА.
3. Обобщить основные параметры моделей лекарственного страхования, используемых в исследуемых странах.

4. Обсудить существующие варианты возмещения/финансирования лекарственных средств в РА в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, а также механизмы компенсации для особых и социальных групп населения.
5. Проанализировать возможности лекарственного обеспечения РА в контексте изучения рынка лекарственных средств.
6. Обсудить методологию формирования компенсируемого пакета лекарственных средств и расчета цен с целью корректировки объемов возмещения.
7. Проанализировать эффективные механизмы и возможности партнерства государственного и частного секторов при внедрении системы лекарственного страхования.
8. С помощью эконометрических моделей оценить эффект от внедрения механизмов лекарственного страхования.
9. Изучить готовность населения к внедрению системы лекарственного страхования методом полевых работ.
10. На экспертном уровне обсудить целесообразность выбора той или иной модели в РА.
11. Предложить направления развития фармацевтического рынка РА в рамках лекарственного страхования.

На основе поставленных целей и задач в рамках изучения темы получены следующие результаты:

1. Комбинирование различных моделей лекарственного страхования для разработки пакета возможностей дальнейшей локализации в РА.
2. Презентация компенсационных пакетов, предлагаемых страховыми компаниями в рамках государственной политики здравоохранения РА.
3. Оценка потенциала фармацевтического рынка РА.
4. Предложение методики оформления пакета первичных компенсируемых лекарственных средств.
5. Оценка сети доступа к лекарственным средствам.
6. Оценка объема компенсации лекарственных средств.
7. Оценка возможностей внедрения системы лекарственного страхования в РА.
8. Выявление настроений общества к внедрению системы лекарственного страхования путем анализа первичной информации.
9. Предложение новых подходов к развитию фармацевтического рынка.

В первой главе исследования изучались проблемы здравоохранения и лекарственного обеспечения в 21-ом веке. Лекарственное страхование является одним из элементов системы медицинского страхования, в рамках которого населению бесплатно предоставляются лекарственные средства или возмещается часть их стоимости с целью решения таких задач, как профилактика заболеваний среди работающего населения, повышение продолжительности жизни граждан, отказ населения от самолечения, экономия на дорогостоящих лекарствах, сохранение доходов и отвлечение средств на другие нужды.

Результаты исследования подтверждают, что в странах со средним и выше среднего уровнем доходов доля расходов на здравоохранение, финансируемых из внутрен-

них государственных источников, увеличилась за последние 20 лет наряду с пропорциональным снижением «карманных расходов». Это указывает на то, что страны постепенно переходят к обязательным prepaid источникам финансирования здравоохранения (например, общие государственные бюджеты, обязательное медицинское страхование и т.д.).

В 2019 г. средние глобальные расходы на здравоохранение на душу населения составляли 1105 долларов США, но между группами доходов существовало большое неравенство: в среднем в странах с низким уровнем дохода расходы составляли 39 долларов США на душу населения, в странах со средним уровнем дохода - 119 долларов США, а в странах с высоким уровнем доходов - 472 доллара США. Расходы на фармацевтические продукты составляют большую часть общих затрат на здравоохранение, которые связаны с процессом появления новых видов лекарств и старением населения. Фармацевтические расходы включают в себя расходы на покупку рецептурных и безрецептурных лекарств. В некоторых странах в эту цифру могут быть включены одноразовые медицинские принадлежности, такие как аптечки, шприцы для инъекций и другие расходные материалы, что иногда приводит к завышению стоимости на 5-10%. В розничной торговле фармацевтическими препаратами на уровень расходов на душу населения влияют множество факторов, в том числе затраты на распределение и поставку, рецепты, политика ценообразования и государственных закупок, внедрение новых лекарственных препаратов и т.д.

Для обеспечения большей справедливости системы финансирования здравоохранения и для предоставления более широким группам населения услуг здравоохранения, многие страны с низким и средним уровнем дохода изучают пути укрепления систем здравоохранения, в том числе посредством внедрения различных моделей медицинского страхования. В этом контексте медицинское страхование является основой для создания справедливых и устойчивых систем здравоохранения, которые будут предоставлять высококачественную, безопасную, комплексную, доступную и недорогую медицинскую помощь для всех, особенно для наиболее уязвимых слоев населения.

В целом мировая фармацевтика характеризуется не только сложной структурой, но и особенностями различных процессов, разнообразием моделей и систем финансирования. Хотя потребление лекарственных средств за последнее десятилетие увеличилось из-за расширения доступа, но риски сохраняются во многих странах с низким и средним уровнем дохода, что ставит под угрозу системы здравоохранения.

Обобщая схемы возмещения расходов на лекарства в рамках социального страхования в изучаемых странах, можно отметить, что право на возмещение может зависеть от препарата, заболевания, конкретных групп населения, общей стоимости лекарств, потребляемых в течение года, и ряда других критериев. Возмещение относится к решению государственного органа относительно того, возмещаются ли расходы, понесенные пациентом при приобретении лекарств, государственным плательщиком и в каком размере.

Во второй главе исследования были изучены действующие механизмы фармацевтического страхования в РА, которые можно разделить на следующие основные группы:

1. Возмещение стоимости лекарств страховыми компаниями по медицинскому страхованию.

2. Предоставление лекарств/возмещение затрат некоторым группам населения. Финансирование данных расходов осуществляется за счет бюджетных ассигнований по программе «Лекарственное обеспечение», охватывающей 267 175 льготников и обеспечивающей покрытие по 12 заболеваниям. На цели данной программы в 2022 году было израсходовано около 3 880,0 млн драмов.
3. Следующим вариантом, в рамках которого осуществляется возмещение расходов на лекарства, является медицинское страхование, предоставляемое бенефициарам социального пакета. В рамках данной программы расходы возмещаются при необходимой стационарной медицинской помощи и в связи с необходимостью лечения пациента лекарственными средствами.

Помимо государственных ассигнований, население продолжает оплачивать расходы на здравоохранение и приобретение лекарств за счет собственных средств. В результате создаются ситуации, когда бремя здравоохранения ложится в основном на плечи домохозяйств/граждан. Расходы населения на лекарственное обеспечение в абсолютном выражении в 2015-2020 гг. колебались в пределах 170-240 млрд драмов. В 2020 году в структуре ежемесячных расходов на приобретение лекарств составили 5,4% или 2543 драма на душу населения, а общие годовые расходы составили 90 178,8 млн драм. Наибольшая доля расходов на лекарственные средства зафиксирована при заболеваниях органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, эндокринологических, онкологических, неврологических и кардиологических заболеваний.

Однако наличие привилегий для определенного слоя населения не снижает остроты проблемы для других граждан. Анализ структуры населения с доступом и без доступа к льготным лекарствам в амбулаторном секторе показывает, что почти 82% населения вообще не имеют льгот. Нынешний порядок не позволяет оказывать действительно эффективную амбулаторную помощь, так как подавляющее большинство бесплатных препаратов выдается в стационарных условиях.

На тенденции развития системы лекарственного обеспечения влияет не только нехватка финансовых ресурсов, но и современные разработки в системе здравоохранения. Всесторонний анализ демографической ситуации в Армении показывает, что существует ряд проблем, препятствующих улучшению демографических показателей страны. Особенно примечательно, что каждый из этих показателей также ухудшает показатели здоровья населения Армении. Наряду с финансовыми трудностями приобретения лекарств растет заболеваемость населения. Если в 2016 г. заболеваемость составляла 1,06% на 100 000 населения, то в 2020 г. этот показатель составил 1,18%, причем если рассматривать только абсолютный показатель заболеваемости на 100 000 жителей, то за тот же период этот прирост составил 8,9%.

Для решения этих вопросов лицам, определяющим политику, необходимо оценить наиболее подходящие механизмы объединения рисков для здоровья, поскольку в странах с низким и средним уровнем доходов высок уровень личных расходов, а выбор правильных механизмов взаимодействия между общественностью и частным сектором может обеспечить охрану здоровья.

В принципе, универсальной модели возмещения расходов на лекарства не существует, и страны, учитывая специфику развития своего рынка, разрабатывают модели лекарственного страхования.

Каждое государство обязано разработать национальное законодательство, политику в области здравоохранения и укрепить свою систему здравоохранения. С этой целью следует рассмотреть ключевые вопросы, связанные с доступом к лекарствам, такие как контроль цен и качества, дозировка и эффективность лекарств, практика и процедуры закупок, цепочки поставок и т.д. Наше государство также занимается решением вышеуказанных проблем.

Необходимо провести серьезные финансовые реформы в системе здравоохранения Армении для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и улучшения функционирования системы здравоохранения в соответствии с Целями устойчивого развития ООН. Правительство Армении к 2023 году стремится к достижению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, гарантируя каждому гражданину высококачественные медицинские услуги.

Несмотря на множество преимуществ, которые может предложить медицинская страховка, путь к получению страховки и льгот труден, долго и опасен. Директивные органы должны выяснить, как увеличить финансовые возможности своей страны, расширить охват медицинским страхованием частично занятых, расширить пакеты льгот и улучшить существующие схемы.

Ситуацию может исправить внедрением правильно построенной модели лекарственного возмещения, которая будет охватывать всех граждан на амбулаторном этапе в виде частичного или полного возмещения стоимости рецептурных лекарств (лекарственное страхование), что условно может быть названа системой обязательного лекарственного страхования.

Исследование показало, что в разных странах применяются разные модели возмещения расходов на лекарства. В целом для всех моделей действует правило, согласно которому назначение лекарственных средств производится обоснованно, по медицинским показаниям, но в то же время своевременно и рационально с учетом экономических соображений. Для решения этой проблемы используются разные инструменты: ценовая политика, применение референтных цен, замещающие препараты. Большое внимание уделяется контролю за эффективностью, обоснованностью медикаментозной терапии и рациональностью назначений.

Для этого необходимо разработать основные элементы системы медицинского страхования. Возможные модели лекарственного обеспечения населения в рамках социального страхования могут включать следующие основные элементы:

- определение размера страховых взносов;
- определение групп населения;
- создание списков компенсируемых препаратов;
- уточнение механизмов регулирования цен;
- определение категорий бенефициаров;
- определение механизмов возмещения затрат;
- управление лекарственным страхованием и т.д.

Опираясь на изученный зарубежный опыт, в работе представлено, какие положения необходимо учитывать при разработке каждого элемента.

Так как процесс внедрения медицинского, в том числе лекарственного страхования, станет дополнительным финансовым бременем, в рамках темы исследования была проведена полевая работа, которая проводилась по заранее разработанным анкетам,

онлайн- и офлайн-методам, через телефонные экспресс-опросы, с целью выяснения отношения граждан к введению системы обязательного лекарственного страхования. 52,8% респондентов или 9500 человек отметили, что необходимо ввести в РА систему медицинского страхования, в рамках которой будут возмещаться лекарственные расходы, и она должна быть добровольной. С другой стороны, 30% респондентов или 5400 человек считают, что необходимо ввести в РА систему медицинского страхования, в рамках которой также будут возмещаться лекарственные расходы, и она должна быть обязательной. В ходе опроса 3,9% участников или 700 человек отметили, что нет необходимости вводить в РА систему медицинского страхования, в рамках которой также будут возмещаться лекарственные расходы, а 13,3% респондентов или 2400 человек затруднились ответить на этот вопрос. Следует отметить, что 56,7% от общего числа участников опроса или 10 200 человек заявили, что готовы выделять 5% своего ежемесячного дохода (из них 2,5% – государственная сооплата) на лекарственное страхование.

В работе также рассчитано, какие отчисления следует производить из фонда оплаты труда для финансирования системы здравоохранения, в том числе системы лекарственного страхования, в условиях относительной загруженности. В расчеты были включены наличные расходы на здравоохранение и фармацевтику. Расчеты показывают, что личные расходы на здравоохранение могут быть профинансированы за счет отчислений примерно в 4-6% от заработной платы работающего населения, а на лекарства - в размере 1,7-2,2%.

Как показали результаты, социально-экономические процессы всегда сопровождаются высокой взаимозависимостью различных явлений. Страховой рынок в этом отношении не является исключением. Страховой рынок как в качественном, так и в количественном отношении можно считать одним из основных показателей деятельности и эффективного развития национальной социально-экономической системы. Выполняя одну из важнейших социальных функций, медицинское страхование должно обеспечивать доступ населения к медицинской и фармацевтической помощи и генерировать экономические выгоды на микро- и макроуровнях. В целом медицинское страхование является одним из механизмов, который использует государство для защиты своих граждан.

С учетом современных тенденций медицинское страхование стало организационной формой финансирования и управления сферой здравоохранения, обеспечивающей равные возможности получения медицинской и фармацевтической помощи, а также создающей механизмы социальной защиты населения. Поиск путей решения проблем, возникших при формировании и модернизации системы обязательного медицинского страхования, привел к необходимости изучения опыта медицинского страхования и особенно лекарственного обеспечения в зарубежных странах.

Большая часть расходов на здравоохранение приходится на покупку лекарств, и эти расходы растут. Неправильное и чрезмерное употребление лекарств может привести к растрате ресурсов и риску для здоровья. Поэтому страховые компании ищут способы улучшить использование лекарств и контролировать их стоимость, обеспечивая при этом получение пациентами тех лекарств, в которых они нуждаются.

Между тем растущие расходы на возмещаемые лекарства представляют собой серьезную проблему для правительств и других плательщиков. Во многих странах

существуют различные системы страхового покрытия лекарственных средств: государственные или частные, обязательные или добровольные.

Лекарственное страхование — это способ экономически обеспечить доступ людей к основным лекарственным средствам, а также разделить или диверсифицировать финансовые риски. Таким образом, поддержание здоровья населения важно для создания систем фармацевтического страхования.

Снижение финансового бремени со стороны государства и обеспечение рационального использования лекарственных средств способствует улучшению здоровья населения. Однако, как мы видим, фармацевтическая политика многоаспектна, и результаты ее применения измеряются не только влиянием на использование и стоимость лекарств, но и улучшением здоровья. Чрезмерно ограничительная фармацевтическая политика может иметь непредвиденные последствия. Например, перекладывание затрат со страховой компании на потребителя в малообеспеченных или других уязвимых группах может привести к прекращению приема необходимых лекарств, что, в свою очередь, приведет к ухудшению здоровья и увеличению использования медицинских услуг и затрат для пациентов и страховщиков.

В рамках программы лекарственного обеспечения осуществляется медикаментозное обеспечение с полной или частичной компенсацией лицам с ограниченными физическими возможностями, включенным в особые группы, и льготникам с отдельными заболеваниями (по следующим заболеваниям: психические, эпилепсия, злокачественные новообразования (противоопухолевые препараты, обезболивающие, наркотики)), однако льготники, включенные в перечень социальных или особых групп, не всегда удовлетворены существующей системой.

Внедрение системы обязательного медицинского страхования - нелегкий процесс, а разработка и развитие этой системы необходимы для экономической, финансовой и институциональной ситуации в нашей стране. В этом контексте необходимо определить законодательную базу, регулирующие органы и планы действий. Поскольку в РА уже действует одна система обязательного страхования, на ее основе можно создать институциональную структуру системы обязательного медицинского страхования.

В исследовательской работе определены этапы создания системы обязательного медицинского страхования в следующем порядке:

1. В первую очередь необходимо создать один надзорный орган (типа Бюро автостраховщиков), который будет заниматься разработкой и контролем законодательной базы, являться регулирующим и координирующим органом, а также осуществлять необходимые меры по информированию и финансовому/страховому просвещению населения.

2. Определить четкий объем возмещаемых услуг/лекарств. Здесь необходимо собрать и объединить как спектр заболеваний/состояний, исследований и препаратов, финансируемых в рамках государственных целевых программ и социального пакета (Министерство здравоохранения), так и информацию по направлениям добровольного медицинского страхования, выплаты, осуществляемые в настоящее время в РА (страховые компании). Благодаря совместной работе Минздрава, медицинских центров и страховых компаний можно будет определить наиболее эффективный вариант компенсируемых услуг и препаратов.

3. Определить план/график действий. Необходимо решить, в каком порядке и по каким группам должен производиться страховой взнос. Когда мы говорим об обязательном медицинском страховании, то понимаем, что должно быть застраховано все население, но застраховать всех сразу сложно и, как показал мировой опыт, часто встречаются поэтапные примеры введения обязательного страхования, когда разные группы населения становятся последовательно участниками обязательного страхования.

Предлагаем определить поэтапный механизм введения страхования следующим образом:

- На первом этапе необходимо застраховать ту часть населения, которая наиболее осведомлена о механизмах страхования и может быстро интегрироваться в систему. Первый этап является, по сути, самым важным, поскольку от результатов первого этапа зависят дальнейшие шаги развития системы. На данном этапе предлагаем застраховать граждан РА, получающих социальный пакет (130987 человек из государственного сектора), а также граждан РА, работающих в частном секторе (желательно уже использующих добровольное медицинское страхование) (540982 из частного сектора). Таким образом, мы сможем обеспечить такую группу застрахованных лиц, в которую можно включить работающее в частном и государственном секторах население РА, освободив государственный бюджет РА от бремени финансирования социального пакета и предоставив возможность направить эти средства на финансирование обязательных страховых взносов. Будет сформирована группа застрахованных лиц, которая уже в той или иной степени осведомлена о механизмах страхового возмещения.

По окончании первого этапа (через 1 год) вся собранная информация должна быть использована для перехода ко второму этапу. По результатам изучения заявлений и отказов застрахованных лиц необходимо будет пересмотреть объем компенсируемых услуг и компенсируемых препаратов. При наличии прогрессивной ставки льгот, предоставляемых в рамках страхования, также следует пересмотреть страховые взносы и способы финансирования. Только после внесения всех доработок и изменений можно переходить ко второму этапу.

- На втором этапе в сферу страхования необходимо вовлечь инвалидов (191 800 человек) и лиц в возрасте 18 лет и старше, которые относятся к социально незащищенным и входящим в особые группы (86 927 человек). Страхование этой группы является одной из важнейших задач государства с точки зрения реализации конституционного права на здоровье. На втором этапе застрахуется часть населения РА, наиболее подверженная проблемам со здоровьем и находящаяся на самом высоком месте по потреблению лекарств. Таким образом, на втором этапе в сферу страхования выходит наиболее рискованная часть населения. По окончании второго этапа мы снова суммируем объемы и пути возмещения и меняем условия страхования, после чего переходим к третьему этапу.

- На третьем этапе ряды застрахованных пополняют пенсионеры (466 997 человек в возрасте 63 лет и старше), дети (703 156 человек в возрасте 0-18 лет), фермеры и самозанятые (305 700 человек). Перевод каждой группы населения в сферу страхования также сопровождается выделением соответствующих средств из государственного бюджета и их последующим перечислением в страховой бюджет. На данном этапе застрахованные составляют широкий слой населения, что уже приведет к внедрению

окончательных правил страхования. После завершения третьего этапа можно ожидать формирования окончательной картины обязательного страхования.

- На четвертом этапе в сферу страхования войдет остальная часть населения: студенты, безработные и другие группы населения (около 654 000 человек). Таким образом, на 4-м году введения обязательного страхования будет застраховано все население РА. После завершения четвертого этапа закон РА и другие нормативно-правовые акты об обязательном медицинском страховании примут свою окончательную форму.

- Последним важным условием введения обязательного медицинского страхования является выбор механизмов финансирования. Принимая во внимание результаты нашего исследования, мы можем констатировать, что помимо государственных органов граждане РА также заинтересованы во внедрении механизма финансирования лекарств или медицинских услуг. Это обстоятельство дает государству возможность разделить финансовое бремя с гражданами РА.

Здесь же следует отметить, что финансирование из частного бюджета в пересчете на работающее население предполагает финансирование и организациями, равное распределение страховой премии между работником и организацией. При этом уплата страховых взносов организацией должна вычитаться из базы соответствующей прибыли по законодательству. Это обстоятельство несколько сдержит недовольство организаций по поводу внесения доплат.

Мы также предлагаем софинансирование страховых взносов для фермерских хозяйств и других групп неработающего населения. В этом случае страховая премия делится поровну между гражданином РА и государством.

Таким образом, сформированная система страхования будет преобладать на основе действующих норм регулирования и саморегулирования. Здесь важно подчеркнуть принципы возмещения стоимости лекарств в рамках страхования .

Предоставление/финансирование возмещаемых лекарств в стационарных условиях будет осуществляться исходя из максимального лимита возмещения, установленного договором страхования на лечение заболевания, если таковой имеется. Дополнительный денежный лимит на возмещение стоимости лекарств в стационарных условиях не применяется, используется только максимальный лимит возмещения по данному заболеванию.

Возмещение стоимости лекарственных средств в амбулаторных условиях будет осуществляться на основании рецептов в пределах установленных обязательным страхованием предельных цен на лекарственные средства, входящие в перечень основных лекарств и подлежащие возмещению (при наличии таковых). В случае приобретения в амбулаторных условиях лекарственных средств, входящих в пакет компенсируемых лекарств, по цене выше предельной компенсационной цены, применяется принцип доплаты, и гражданин оплачивает разницу между утвержденной предельной ценой и отпускной ценой. Необходимо будет регулярно пересматривать и оценивать перечень основных лекарственных средств, оценивать его эффективность, исходя из структуры основных заболеваний и групп льготников.

Head of research team

SUSANNA AGHAJANYAN

Candidate of Economic Sciences

Research team

LUSINE KARAPETYAN

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

ARSEN PETROSYAN

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

TATEVIK VARDANYAN

Candidate of Economic Sciences

TIGRAN MIKAELYAN

PhD Student of the Chair of International Economic Relations

ANNA AYVAZYAN

PhD Student of the Chair of Management

GAGIK HAKOBYAN

PhD Student of the Chair of Banking and Insurance

RESEARCH OF THE DRUGS MARKET REIMBURSABLE UNDER INSURANCE

DOI: 10.52174/978-9939-61-273-7

Health is a fundamental human right that is indispensable for the realization of many other rights, in particular the right to development and to live a dignified life. Realization of the right to health is also the fundamental goal of the state's policy. Access to medicines is a critical element of the right to health. One of the primary challenges for the government of each country is the regular provision of guaranteed quality and adequate quantity of medicines to the population, as well as the definition of a reasonable price policy. The problem of poor access to medicines is most acute in low- and middle-income countries, and the full enjoyment of the right to health remains an illusion for millions today due to barriers to access to good quality, affordable and timely medicines. From a human rights perspective, access to medicines is fundamentally linked to the principles of equality and non-discrimination, transparency, participation and accountability. Each state is responsible for developing national health legislation, policies and strengthening its national health system. To this end, key issues related to access to medicines, such as price and quality control, drug dosage and efficacy, procurement practices and procedures, supply chains, etc., should be considered.

National drug policy is an essential part of WHO's goal of providing universal health coverage or health care for all. The latter aims to increase access to and use of high-quality and affordable medicines and health products in each country. Drug provision is one of the most important social guarantees given to the population in different countries, and most of

the developed countries of the world guarantee the provision of free or partial compensation with drugs to the population. Most EU countries cover the cost of medicines for the whole population in the ambulatory phase of care, according to prescriptions issued by doctors. In developing countries, the cost of outpatient medicines is covered only by a limited group of the population, the most socially vulnerable part of the population.

The increase in the cost of the medicinal component of treatment, the increase in the spread of chronic diseases, the maintenance of socio-economic inequality in access to health services require the provision of adequate access to medicines. These problems create prerequisites for the improvement of the state health policy and, first of all, the drug supply system, which is an integral part of the treatment process. One of the options for solving the problem of access to medicines faced by health officials and economists is the introduction of a drug insurance system, which will partially or fully compensate the cost of medicines.

In Western Europe, the opportunity to receive free or discounted medication is an integral part of medical insurance, which is mandatory for all citizens. People with low incomes, the unemployed, pensioners, children up to 16-18 years of age, and those suffering from chronic diseases receive medicines completely free of charge. And those who are not included in the eligible groups receive compensation ranging from 10 to 90%, depending, for example, on the group of drugs or the right to benefits for different categories of the population. In developed countries, the provision of prescription drugs is considered an integral part of state guarantees in the health sector. In general, drug care should be fair, equal, and accessible to all.

The right to health protection is enshrined in Article 85 of the RA Constitution. In addition, the RA Law "On Medical Assistance and Services of the Population" stipulates that everyone, regardless of nationality, race, gender, language, religion, age, health condition, political or other views, social origin, property or other status, in the Republic of Armenia has the right to receive medical care and maintenance.

The implementation of the drug insurance system implies a significant improvement in the population's access to quality treatment and social security. Increasing the availability of drugs for the population is possible due to the expansion of state guarantees and the introduction of drug insurance mechanisms. However, this requirement must be balanced with the real possibilities of the country's budget and take into account the risks associated with the instability of the budget revenues. The formation and provision of financial resources for the population's drug supply system is one of the most important goals of every social state.

There are many different models of drug insurance around the world, with the main difference being who pays and for whom. In most developed countries, compulsory health insurance is in place (Germany, Austria, France, Switzerland, etc.), in some the health care organization system is based on budget financing (Great Britain, Sweden, Spain, Australia, etc.), and in the United States, private health insurance is developed. health insurance system.

In the case of outpatient treatment in developed countries, partial reimbursement of the drugs prescribed by the doctor to the patient is mainly carried out. Accordingly, different forms of co-payment are distinguished: fixed co-payment, co-payment of a certain percentage of the cost of drugs, etc., at the same time, the applied schemes also differ according to social groups of the population, degree of vulnerability, etc.

Drug price regulation approaches also differ by country. In some of them, strict price regulation is implemented (Belgium and Spain), in others, profit regulation of pharmaceutical manufacturers (Great Britain), as well as setting the maximum retail price of drugs (Greece, Netherlands, Portugal, Italy). If the financing is carried out at the expense of state funds, then in this case reference prices are set.

Although the applied healthcare models are not universal, the study of the parameters of these models, the discussion of their strengths and weaknesses, the generalization of the experience of individual countries will be important in the case of optimization and reforms of RA healthcare financing.

In this context, it is necessary to study the foreign experience of organizing the drug insurance system, the forms of financing and co-payment used, to study the drugs included in the reimbursed package, the approaches to calculating their prices, as well as its cost burden on the state, which determines the relevance of the chosen topic.

The purpose of the research is to implement the development of a possible model for the implementation of the drug insurance system in Armenia: the formation of a system for the rational prescription and use of drugs, the implementation of an effective model for the reimbursement of the cost of drugs during outpatient treatment, the improvement of the mechanisms of the drug package and their price calculation, the optimization of the drug circulation system, the socio-economic high-efficiency vital outlining ways to access innovative medicines of importance.

In order to achieve the set goal, the following tasks were set.

1. To study the drug insurance system in developed countries and the effective procedures and mechanisms used.
2. To evaluate the existing models of drug provision in countries comparable to the economy of RA.
3. Generalize the main parameters of the drug insurance models used in the studied countries.
4. To discuss the current options for reimbursement/financing of drugs in RA within the framework of voluntary and mandatory health insurance, as well as compensation mechanisms for special and social groups of the population.
5. To analyze the possibilities of RA drug supply in the context of the study of the drug market.
6. Discuss the methodology of drug package design and price calculation in order to adjust the reimbursement volumes.
7. To analyze effective mechanisms and possibilities of public and private sector partnerships in the case of drug insurance system implementation.
8. Using econometric models, evaluate the impact of the introduction of drug insurance mechanisms.
9. Study the readiness of the population in the case of the introduction of the drug insurance system through field work.
10. To discuss at the expert level the expediency of choosing this or that model in RA
11. Propose directions for the development of the RA pharmaceutical market within the framework of insurance

The following results will be obtained by solving the goals and problems set within the framework of the topic.

1. Combining different models of drug insurance to develop a package of opportunities for further localization in RA.

1. Presentation of compensation packages offered by insurance companies within the framework of the RA state health policy.
2. Assessment of the potential of the RA pharmaceutical market.
3. Formulation of the package of primary medicines for the most necessary and reimbursement.
4. Evaluation of the drug access network.
5. Evaluation of the volume of drug compensation.
6. Assessment of the possibilities of implementing the drug insurance system in RA.
7. Through the analysis of primary information, revealing the disposition of the society towards the implementation of the drug insurance system.
8. As a result of the analysis of professional expert results, clarification of the mechanisms of implementation of the drug insurance system
9. Proposing new approaches to the development of the pharmaceutical market.

Drug insurance is one of the elements of the health insurance system, within the framework of which free medicines are provided to the population or a part of their cost is reimbursed, with the aim of solving such problems as disease prevention among the working population, increasing the life expectancy of citizens, the population's refusal to self-medicate, saving expensive on medicines, maintaining income and diverting funds for other needs.

The results of the study document that in middle- and upper-middle-income countries, the share of health expenditure financed by domestic public sources has increased over the past 20 years, along with a proportional decline in "out-of-pocket costs". This indicates that countries are gradually moving towards mandatory pre-paid sources of healthcare financing (eg, general state budgets, mandatory health insurance).

In 2019, the global average health expenditure per capita was US\$1,105, but there was a large disparity between income groups, with an average of US\$39 per capita in low-income countries, US\$119 in lower-middle-income countries, and US\$119 in middle-income countries, \$472 in high-income countries. Expenditures on pharmaceutical products account for a large proportion of total health care costs, due to the addition of new types of drugs and the aging of the population. Pharmaceutical costs include the cost of purchasing prescription and non-prescription drugs. In some countries, this figure may include disposable medical supplies, such as first aid kits and hypodermic syringes, which sometimes leads to an overestimation of costs by 5-10%. Many factors affect the level of per capita spending in pharmaceutical retail, including distribution and supply costs, prescriptions, pricing and government procurement policies, new drug introductions, and more.

In order for health financing systems to be more equitable and for larger groups of the population to have access to health services, many low- and middle-income countries are exploring ways to strengthen such systems, including through the introduction of different health insurance models. In this context, health insurance is the foundation for building equitable and resilient health systems that will provide high-quality, safe, comprehensive, integrated, accessible and affordable health care for all, especially the most vulnerable.

In general, global pharmaceuticals is characterized not only by a complex structure, but also by the peculiarities of various processes, a variety of financing models and systems.

Although drug use has increased over the past decade due to increased access to drugs, risks of drug access persist in many low- and middle-income countries, jeopardizing health care.

Summarizing the drug reimbursement schemes within the framework of social insurance in the studied countries, we can note that the right to reimbursement may depend on the drug, the disease, the specific population groups included in the coverage, the total cost of medication during the year and a number of other criteria. Reimbursement refers to the public authority's decision as to whether and how much the costs incurred by the patient in obtaining medicines are reimbursed by the public payer.

The next option, within the framework of drug reimbursement, is the health insurance provided to the beneficiaries of the social package. Within the framework of this program, during the implementation of the necessary measures of hospital medical care and service, when patients need drugs, which arise from the need to treat cases covered by the social package, they will be reimbursed. The other option, within which it is possible to receive reimbursement for drugs, is health insurance; health insurance is still carried out only within the framework of voluntary insurance, although mandatory insurance projects have been circulated many times. The voluntary health insurance services list is dynamic and changes based on market demands.

In addition to government allocations, the population continues to pay out-of-pocket costs for health care and the purchase of medicines. As a result, situations are created, like in our country, when the healthcare burden falls mainly on the shoulders of households/citizens. The out-of-pocket costs of absolute medical care during 2015-2020 ranged from 170-240 billion AMD.

In 2020, in the monthly per capita expenditure structure of the surveyed households, the expenses incurred for the purchase of medicine amounted to 5.4% or 2543 drams, and the total annual expenditure was 90,178.8 million drams. The largest share of medicine expenses was recorded in the case of medical care for respiratory, gastrointestinal, endocrinological, oncological, neurological, and cardiology diseases.

However, privileges for a particular population segment do not reduce the severity of the problem for other citizens. Analysis of the population structure with and without access to subsidized medication in the outpatient sector shows that almost 82% of the population generally has no benefit. The current procedure does not allow for providing truly effective outpatient care, as the vast majority of free drugs are given in the inpatient setting.

The trends in the development of the drug delivery system are influenced not only by the lack of financial resources but also by the current developments in the healthcare system. A comprehensive analysis of the demographic situation in Armenia shows that a number of problems hinder the improvement of the country's demographic indicators. It is particularly significant that each of these indicators also worsens the health indicators of the population of Armenia. Along with the financial difficulties of purchasing medicines, the morbidity rate of the population is increasing. If in 2016, the morbidity rate was 1.06% per 100,000 population, then in 2020, this indicator was 1.18%; if we consider only the absolute indicator of morbidity per 100,000 inhabitants, then in the same period, this increase was 8.9%.

To address these issues, policymakers must assess the most appropriate mechanisms for pooling health risks. Low- and middle-income countries have high out-of-pocket costs, and choosing the right tools for interaction between the public and/or private sectors can ensure high health protection.

There is no universal drug reimbursement model, and countries, considering the specifics of their market development, develop public health protection models.

Each state must develop national health legislation, policies and strengthen its health system. To this end, critical issues related to access to medicines, such as price and quality control, drug dosage and efficacy, procurement practices and procedures, supply chains, etc., should be considered. Our state is also dealing with the problems mentioned above.

It is necessary to carry out serious financing reforms in Armenia's healthcare system to achieve universal healthcare coverage and improve its functioning in line with the UN Sustainable Development Goals. The Government of Armenia aims to make progress towards achieving universal health coverage by 2023, guaranteeing high-quality health services for every citizen.

Despite the many benefits of health insurance, the road to getting and achieving the benefits is complex, lengthy, and risky. Policymakers must determine how to increase their country's financing capacity, expand health insurance coverage to the underemployed, develop benefits packages, and improve existing schemes. The situation can be rectified by introducing a properly structured model of drug reimbursement that will cover all citizens at the outpatient stage in the form of partial or full reimbursement of the cost of prescription drugs by the doctor (drug insurance reimbursement), which can conventionally be called a mandatory drug insurance system.

The study found that different drug reimbursement models are implemented in other countries. In general, for all models, the rule applies, according to which the prescription of drugs is done reasonably, according to medical indications, but at the same time, timely and rationally, taking into account economic considerations. Different tools are used to solve this problem: price policy, reference price application, and substitute drugs. Much attention is paid to monitoring effectiveness, drug therapy validity, and the rationality of appointments.

For this purpose, the main elements of the health insurance system should be developed. Possible models of population drug provision under social insurance may include the following main components:

- determining the amount of insurance premiums,
- definition of population groups,
- creation of lists of reimbursed drugs,
- identification of price regulation mechanisms,
- identification of categories of beneficiaries,
- characterization of cost reimbursement mechanisms,
- drug insurance management, etc.

Since the process of introducing health care, including drug insurance, will become an additional financial burden, fieldwork was carried out within the framework of the research topic, which was carried out with pre-developed questionnaires, online and offline methods, through express telephone surveys, with the aim of to state the attitude of the citizens regarding the introduction of the mandatory drug insurance system. 52.8% of the respondents, or 9,500 people, indicated that it is necessary to introduce a health insurance system in RA, within the framework of which medical costs will be reimbursed, and it should be voluntary. On the other hand, 30% of respondents, or 5,400 people, believe that it is necessary to introduce a health insurance system in RA, within the framework of which medical costs will also be reimbursed, and it should be mandatory. In the survey, 3.9% of the

participants, or 700 people, stated that it is not necessary to introduce a health insurance system in RA, within the framework of which medical expenses will also be reimbursed, and 13.3% of the respondents, or 2,400 people, found it difficult to answer this question. It should be noted that 56.7% of the total survey participants, or 10,200 people, stated that they are ready to allocate 5% of their monthly income (of which 2.5% is the state co-payment) to drug insurance.

The study also calculated what kind of deductions should be made from the salary fund to finance the health care system, including the drug insurance system, in the conditions of relative workload. Out-of-pocket costs for healthcare and pharmaceuticals were included in the calculations. Calculations show that out-of-pocket health care costs could be financed by allocations of approximately 4-6% of the wages of the working population and drugs by 1.7-2.2%.

As the results showed, social and economic processes are always accompanied by high interdependence of various phenomena. The insurance market is not an exception in this regard. The qualitative and quantitative insurance market is one of the critical indicators of the activity and practical development of the national socio-economic system. Performing one of the most important social functions, health insurance should ensure the population's access to medical and pharmaceutical care and create economic benefits at the micro and macro levels. In general, health insurance is one of the mechanisms the state uses to protect the rights and health of its citizens.

Taking into account the current developments, health insurance has become an organizational form of financing and management of the health sector, providing equal opportunities to receive medical and pharmaceutical care and creating mechanisms for the social protection of the population. The search for ways to solve the problems that arose during the formation and modernization of the mandatory medical insurance system led to the need to study the experience of medical insurance and, especially, drug provision in foreign countries.

The majority of healthcare costs go to the purchase of drugs, and these costs are increasing. Drug misuse and overuse can lead to waste of resources and health risks. Therefore, health insurers are looking for ways to ensure better drug utilization and control drug costs while ensuring patients get the needed drugs.

Meanwhile, rising costs for reimbursed drugs pose a severe challenge for governments and other payers. Many countries have different systems of pharmaceutical coverage, public or private, mandatory or voluntary.

Pharmaceutical coverage is a way to economically ensure people's access to essential medicines and share or diversify financial risk. Thus, the maintenance of public health is essential for the establishment of pharmaceutical insurance systems.

Reducing the financial burden on the part of the state and ensuring the rational use of drugs contributes to improving the population's health. However, as we can see, pharmaceutical policy is multidimensional, and the results of its application are measured not only by the impact on drug use and costs but also by improving health. An overly restrictive pharmaceutical policy can have unintended consequences. For example, cost shifting from insurer to consumer in low-income or other vulnerable groups can lead to discontinued needed medications, leading to poorer health and increased healthcare utilization and costs for patients and insurers.

Medicines are provided to individuals in particular groups and beneficiaries with certain diseases (according to the following conditions: mental illness, epilepsy, malignant neoplasms (anti-tumor drugs, painkillers, narcotics) with full or partial compensation. However, social or particular groups of the population beneficiaries included in the list are unsatisfied with the current system.

Implementing the mandatory health insurance system is a challenging process, and the design and development of this system need our country's economic, financial, and institutional conditions.

We can define the steps of creating a mandatory health insurance system in the following order:

1. So, first of all, it will be necessary to **create one supervisory body** (like the Bureau of motor Insurers), which will deal with the creation and control of the legislative framework, will be a regulatory and coordinating body, and will also implement the necessary measures of awareness and financial/insurance education among the population.

2. **Define a clear scope of reimbursed services/drugs.** Here, it is necessary to collect and combine both the range of diseases/conditions, researches and drugs financed within the framework of the state targeted programs and social package (Ministry of Health), as well as the information on the directions of voluntary health insurance payments implemented in RA at the moment (insurance companies). Due to the joint work of the Ministry of Health, medical centers and insurance companies, it will be possible to define the most effective option of services and drugs to be reimbursed.

3. **Define an action plan/schedule.** It is necessary to decide in what order and in what groups the insurance contribution should be made. When we talk about mandatory health insurance, we understand that the entire population should be insured, but it is difficult to insure everyone at once and, as the study of international experience has shown, there are often phased examples of the introduction of mandatory insurance, when different groups of the population become successively compulsory insurance participants.

We propose to define the phased mechanism of insurance introduction as follows:

- In the first stage, it is necessary to insure the part of the population that is most aware of insurance mechanisms and can be quickly integrated into the system. The first stage is, in fact, the most important, because the further steps of system development depend on the results of the first stage. At this stage, we propose to insure RA citizens who are beneficiaries of the social package (130,987 people from the public sector) as well as RA citizens working in the private sector (preferably already using voluntary health insurance) (540,982 from the private sector). Thus, we will be able to provide such a group of insured persons, which will include the RA population working in the private and public sectors, will free the RA state budget from the burden of financing the social package, giving the opportunity to direct these funds to the financing of compulsory insurance premiums, we will have such a group of insured persons, which is already somewhat aware of insurance compensation mechanisms.

At the end of the first phase (after 1 year), all the collected information should be used to enter the second phase. It will be necessary to review the scope of compensable services, compensable drugs, based on the results of the study of applications and rejected cases of insured persons. In the presence of a progressive rate of benefits provided within the

framework of insurance, insurance premiums and financing methods should also be reviewed. Only after making all the follow-ups and changes can we move to the second stage.

- In the second stage, disabled people (191,800 people) and people aged 18 and older who are socially disadvantaged and included in special groups (86,927 people) come to the field of insurance. Insurance of this group is one of the most important problems of the state: the vulnerable class is currently facing a serious problem in terms of assuming the constitutional right to health. In the second stage, the part of the RA population that is most prone to health problems and is in the highest position in terms of drug consumption is insured. Thus, in the second stage, the most risky segment of the population enters the field of insurance. At the end of the second stage, we again summarize the scope and routes of compensation and change the insurance conditions, after which we move forward to the third stage.

- In the third stage, pensioners (466,997 people aged 63 and older), children (703,156 people aged 0-18) and farms and self-employed (305,700 people) will join the ranks of insured persons. The transfer of each group of population to the field of insurance is also accompanied by the release of appropriate funds from the state budget and their subsequent transfer to the insurance budget. At this stage, the insured persons constitute the broad segment of the population, which will already lead to the implementation of the final insurance regulations. After the completion of the third stage, the formation of the final picture of compulsory insurance can be expected.

- In the fourth stage, the rest of the population will come to the insurance field: students, unemployed and other population groups (approximately 654,000 people). Thus, in the 4th year of introduction of mandatory insurance, the entire population of RA will be insured. After the end of the fourth stage, RA laws and other legal regulations on mandatory medical insurance will take their final form.

The last important condition for introducing mandatory health insurance is the choice of financing mechanisms. Taking into account the results of our study, we can state that in addition to state bodies, RA citizens are also interested in the implementation of the financing mechanism for medicines or health services. This circumstance gives the state an opportunity to share the financial burden with RA citizens. From this point of view, we propose the following funding mechanism:

We should also mention here that financing from the private budget in terms of the working population implies financing by organizations as well, equal distribution of the insurance premium between the employee and the organization. Moreover, the payment of insurance premiums by the organization should be deducted from the base of the corresponding profit by the legislation. This circumstance will somewhat curb the dissatisfaction of organizations regarding making additional payments.

We also offer co-financing of insurance premiums for agricultural farms and other non-working population groups. In this case, the insurance premium is shared equally between the RA citizen and the state.

Thus, the formed insurance system will prevail on the basis of the existing norms of regulation and self-regulation. Here it is important to emphasize the principles of reimbursement of drugs only under insurance.

Provision/funding of reimbursed drugs in hospital conditions will be based on the maximum reimbursement limit fixed by the insurance contract for the treatment of the

disease, if it exists. No additional monetary limit will be applied to the reimbursement of drugs in hospital conditions, only the maximum limit of reimbursement applicable to the given disease will apply.

Reimbursement of drugs in outpatient conditions will be carried out on the basis of prescriptions within the limits of the maximum drug prices set by the mandatory insurance for drugs included in the list of basic drugs and subject to reimbursement (if any). In case of purchase of drugs included in the package of reimbursed drugs in outpatient conditions at a price higher than the maximum compensation price, the principle of surcharge will be applied and the citizen will pay the difference between the approved maximum price and the selling price. It will be necessary to regularly review and evaluate the list of essential medicines, to evaluate its effectiveness based on the structure of the main diseases and groups of beneficiaries.

Հերագորական խմբի ղեկավար՝

ՍՈՒՍԱՆՆԱ ԱՂԱԶԱՆՅԱՆ

Տարեսագիրության թեկնածու, ավագ դասախոս

Հերագորական խմբի խորհրդարոս՝

ՇՈՒՇԱՆ ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ

«Ամբերդ» հերագորական կենտրոնի փորձագետ

Հերագորական խմբի անդամներ՝

ԼՈՒՍԻՆԵ ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

Տարեսագիրության թեկնածու, դոցենտ

ԱՐՄԵՆ ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

Տարեսագիրության թեկնածու, դոցենտ

ՏԱԹԵՎԻԿ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

Տարեսագիրության թեկնածու

ՏԻԳՐԱՆ ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ

ՀՊՏՀ միջազգային տնտեսական

հարաբերությունների ամբիոնի ասպիրանտ

ԱՆՆԱ ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ՀՊՏՀ կառավարման ամբիոնի ասպիրանտ

ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ

ՀՊՏՀ բանկային գործի և ապահովագրության
ամբիոնի ասպիրանտ

**ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ
ՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ ՓԱԹԵԹՈՒՄ
ԸՆԴԻԳԿՎԱԾ ԴԵՂԵՐԻ ՇՈՒԿԱՅԻ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ**

Խմբագիր՝ *Մաթենիկ Ալավերդյան*

Տեխնիկական խմբագիր

և ձևավորող՝ *Նաիրա Խչկյան*

Էջադրումը՝ *Ռուզաննա Պևրոսյանի*

Չափս՝ 70x108¹/₁₆:

11 տպ. մամուլ:

Տպաքանակ՝ 100:

ՀՊՏՀ «ՏՆՏԵՍԱԳԵՏ» հրատարակչություն
Երևան, Նալբանդյան 128
010 59 34 37