



ԴԱՎԻԹ ՀԱԽՎԵՐԴՅԱՆ
ՎԱՀԵ ԲՈՒԼԱՆԻԿՅԱՆ
ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ
ԱՆԻ ՏԵՐՏԵՐՅԱՆ
ՀԱՄԱՋԱՍՊ ԳԱԼՍՅԱՆ
ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ
ՍԱՍՈՒՆ ՍԱՀԱԿՅԱՆ
ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ
ՍԱՄՎԵԼ ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ
ՍՈՒՍԱՆՆԱ ԱՂԱՋԱՆՅԱՆ
ԱՆՆԱ ՓԱԽԼՅԱՆ
ՌՈՒՋԱՆՆԱ ԹԱԴԵՎՈՍՅԱՆ
ՇՈՒՇԱՆ ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ
ԳԱՅԱՆԵ ԹՈՎՄԱՍՅԱՆ

**ՀՀ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՆՑԻԿ
ԱՃԻ ՈՒՐՎԱԳԾԵՐ.
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆԴՈՒՍՏՐԻԱ**

DOI: 10.52174/978-9939-61-275-1

ՀՏԳ 338:61
ԳՄԳ 65.305.83
Հ 247

**Հրատարակության է. երաշխավորել
ՀՊՏՀ գիտական խորհուրդը**

Մասնագիտական խմբագիր՝
Թ. Մկրտչյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Գրախոսներ՝
Է. Մաթևոսյան
տ.գ.թ., դոցենտ
Գ. Ավագյան
տ.գ.թ., դոցենտ

Խմբագրական խորհուրդ՝
Դ. Գալոյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր
Թ. Մկրտչյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր
Դ. Հախվերդյան
տ.գ.դ., պրոֆեսոր
Գ. Նազարյան
տ.գ.թ., դոցենտ

ՀՀ տնտեսության առաջանցիկ աճի ուրվագծեր. բժշկական ինդուստրիա
/ Դ. Հախվերդյան և ուրիշներ.- Եր.: Տնտեսագետ, 2023.- 226 էջ.- («Ամբերդ» մատենաշար 67):

Հետազոտության շրջանակներում իրականացվել է ՀՀ առողջապահական համակարգի համապարփակ վերլուծություն: Մասնավորապես՝ տրվել է ՀՀ առողջապահական համակարգի ծառայությունների և ռեսուրսների ներկայիս վիճակի ամփոփ գնահատում, բացահայտվել են ՀՀ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման առանձնահատկությունները և զարգացման միտումները, ուսումնասիրվել է առողջության ապահովագրության միջազգային առաջադեմ փորձը, որի հիման վրա հիմնավորել է ՀՀ-ում առողջության պարտադիր ապահովագրության բաղադրիչի կիրառության անհրաժեշտությունը: Վերլուծվել են ՀՀ-ում առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման նախադրյալները և զարգացման հնարավորությունները: ՀՀ բժշկական ինդուստրիայի արտահանման ներուժի գնահատման շրջանակներում իրականացվել է ՀՀ-ում դեղագործության, բժշկական սարքավորումների, առողջապահական զբոսաշրջության արտահանման խթանման հնարավորությունների վերլուծություն:

Սույն աշխատանքը կարող է օգտակար լինել ՀՀ պետական կառավարման մարմիններին, բուհերին, տնտեսագետներին, ոլորտի մասնագետներին, հետազոտողներին, ինչպես նաև առողջապահական համակարգով հետաքրքրվող ընթերցողների լայն շրջանակին:

ՀՏԳ 338:61
ԳՄԳ 65.305.83

ISBN 978-9939-61-275-1

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

<i>ԴԱՎԻԹ ՀԱՆՎԵՐԴՅԱՆ, ՎԱՀԵ ԲՈՒԱՆԻԿՅԱՆ</i>	
Նախաբան	5
Գլուխ 1. ՀԱՄԱՇԵԱՐՀԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	11
<i>ԴԱՎԻԹ ՀԱՆՎԵՐԴՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
1.1. Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի գնահատման առանձնահատկություններն ըստ համաշխարհային առողջապահական ծառայությունների արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի	11
<i>ԴԱՎԻԹ ՀԱՆՎԵՐԴՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
1.2. Համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային փոփոխությունները	25
Գլուխ 2. ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՄՓՈՓ ԱԿՆԱՐԿ. ԸՆԹԱՑԻԿ ՎԻՃԱԿ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐ	46
<i>ՎԱՀԵ ԲՈՒԱՆԻԿՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
2.1. Ժողովրդագրական բնութագիր. բնակչության թվաքանակը և կազմը: Բնակչության ծնելիության և մահացության գործակիցները	47
<i>ՎԱՀԵ ԲՈՒԱՆԻԿՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
2.2. Հիվանդացության ու մահացության պատճառները ոչ վարակիչ հիվանդություններից և COVID-19 համավարակից	56
<i>ՎԱՀԵ ԲՈՒԱՆԻԿՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
2.3 Նորածնային, մանկական, երեխաների և մայրական մահացություն	64
<i>ՎԱՀԵ ԲՈՒԱՆԻԿՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ</i>	
2.4 Առողջապահական ծառայությունների և ռեսուրսների գնահատում	69
<i>ԱՆԻ ՏԵՐՏԵՐՅԱՆ</i>	
2.5 Առողջապահական համակարգն արտակարգ իրավիճակների պայմաններում. հիմնախնդիրներ և լուծումներ	80

Գլուխ 3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ 91

ՀԱՄԱՋԱՍՊ ԳԱՍՏՅԱՆ, ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ, ՄԱՍՈՒՆ ՄԱՀԱԿՅԱՆ

3.1. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջապահական ծառայությունների մատուցման իրավական դաշտի վերլուծություն 91

ՀԱՄԱՋԱՍՊ ԳԱՍՏՅԱՆ, ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ, ՄԱՍՈՒՆ ՄԱՀԱԿՅԱՆ, ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ

3.2. Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման առանձնահատկությունները և զարգացման միտումները ՀՀ-ում 96

Գլուխ 4. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԲԱՂԱԴԻՐԻՉ. ՀԱՄԱՇԵԱՐՀԱՅԻՆ ՓՈՐՁ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ 121

ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ

4.1. Առողջության ապահովագրության միջազգային համակարգերի ուսումնասիրություն 121

ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ

4.2. Առողջության ապահովագրությունը ՀՀ-ում. առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման նախադրյալները և զարգացման հնարավորությունները..... 133

Գլուխ 5. ՀՀ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆԴՈՒՍՏՐԻԱՅԻ ԱՐՏԱՀԱՆՄԱՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ 145

ՄԱՄՎԵԼ ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ, ՍՈՒՄԱՆԵԱ ԱՂԱՋԱՆՅԱՆ, ԱՆԵԱ ՓԱՆԼՅԱՆ

5.1. Արտահանման խթանման և/կամ ներմուծման փոխարինման հիմնական ուղիները ՀՀ դեղագործության ոլորտում 145

ՌՈՒՋԱՆԵԱ ԹԱԴԵՎՈՍՅԱՆ, ՇՈՒԷԱ ՄՈՎՄԻՍՅԱՆ

5.2. Բժշկական սարքավորումների համաշխարհային շուկան և հայաստանյան համապատկերը..... 166

ԳԱՅԱՆԵ ԹՈՎՄԱՍՅԱՆ

5.3. Առողջապահական ծառայությունների արտահանման հիմքերը. առողջապահական զբոսաշրջություն..... 177

ԴԱՎԻԹ ՀԱՆՎԵՐԴՅԱՆ

Վերջաբան 192

Օգտագործված գրականություն 201

Հավելված..... 216

Համառոտագրեր..... 218

Ցանկացած երկրում առողջապահական արդյունավետ մոդելի ընտրությունը հիմնարար նշանակություն ունի ռեսուրսներն ավելի արդյունավետ օգտագործելու և առողջապահության որակն ու մատչելիությունն ապահովելու համար:

Ամբողջ աշխարհում զգալի փորձ է կուտակվել առողջապահական համակարգի կազմակերպման և ֆինանսավորման ոլորտում առկա մոդելների օպտիմալացման և նորերի ներդրման հարցում: Զարգացած երկրները հետևողականորեն ձգտում են ընդլայնել բնակչության ընդգրկվածության աստիճանն անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջապահական ծառայություններից օգտվելու առումով, ինչպես նաև փորձում են բարձրացնել առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման աղբյուրների և միջոցների բաշխման ռացիոնալության մակարդակն ու եղանակները: Չնայած այն հանգամանքին, որ աշխարհում գոյություն ունեցող մոդելներից ոչ մեկը չի կարող որպես չափանմուշ ծառայել, այնուհանդերձ, դրանց չափորոշիչների, ուժեղ և թույլ կողմերի վերլուծությունը, ինչպես նաև որոշ երկրների փորձի ընդհանրացումը կարևոր նշանակություն ունեն ՀՀ առողջապահության ոլորտի ներկայիս մոդելի բարեփոխման և օպտիմալացման գործում:

Ժամանակակից պայմաններում, տարբեր երկրներում գործող առողջապահական համակարգերի մոդելները կարելի է բաժանել երեք խմբի.

1. բյուջետային (պետական),
2. ապահովագրական (սոցիալական ապահովագրություն),
3. մասնավոր (ոչ պետական):

Առաջին մոդելի բնորոշ առանձնահատկությունն այն է, որ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրը հարկային եկամուտներն են: Բժշկական ծառայությունները երկրի ամբողջ բնակչությանը տրամադրվում են անվճար: Հանրային օգտագործման ընդհանուր ծախսերի մասնաբաժինը ՀՆԱ-ում, որպես կանոն, 8-11% է: Այսպիսի մոդելում մասնավոր ապահովագրությունը և համավճարները լրացնող դեր են խաղում: Պետությունը հանդես է գալիս բժշկական ծառայությունների և՛ գնորդի, և՛ ծառայություն մատուցողի դերում՝ ապահովելով առողջապահական ծախսերի մեծ մասը (70% և ավելի): Առողջապահության համակարգը բնութագրվում է կենտրոնացվածության բարձր աստիճանով: Բժշկական ծառայությունների մեծ մասը մատուցվում է պետական բժշկական հաստատությունների (բուժական և կանխարգելիչ) կողմից: Կառավարությունը խստորեն վերահսկում է բժշկական ապրանքների և ծառայությունների շուկայի մեծ մասը, սահմանում է շուկա մուտք գործելու կանոններ, սակագնային քաղաքականության և գնագոյացման օգնությամբ ապահովում է մատուցվող բժշկական ծառայու-

թյունների ծավալի վերահսկողություն: Նման մոդելում համավճարների մակարդակն աննշան է:

Երկրորդ մոդելը հաճախ սահմանվում է որպես առողջության ապահովագրության կարգավորվող համակարգ: Այն հիմնված է խառը տնտեսության սկզբունքների վրա՝ համատեղելով բժշկական ծառայությունների շուկան զարգացած պետական կարգավորման համակարգի և սոցիալական երաշխիքների հետ: Առողջության պարտադիր ապահովագրության ծրագրերի ծածկույթն ընդգրկում է երկրի գրեթե ողջ բնակչությունը՝ ապահովագրական հիմնադրամների պետական ֆինանսավորմամբ: Ինչպես առաջին մոդելում, պետությունը հոգում է բժշկական ծառայությունների ծախսերի ավելի քան 70%-ը, սակայն առողջապահության ոլորտի պետական ընդհանուր ծախսերը, որպես կանոն, ավելի շատ են և կազմում են ՀՆԱ 9-13%-ը: Ֆինանսական միջոցների բաշխման հարցում որոշիչ դեր են խաղում մասնավոր ոչ առևտրային և առևտրային կազմակերպությունները: Այսպիսի մոդելում բժշկական ծառայությունների՝ բնակչության պահանջմունքների բավարարման հարցում շուկայի դերը բավականին մեծ է, իսկ այդ ծառայություններից օգտվողները զգալի ազատություն ունեն ապահովագրական ընկերությունների և ծառայություններ մատուցողների ընտրության հարցում:

Սոցիալական ապահովագրության մոդելում առողջապահության ոլորտի կառավարման ձևը կարելի է բնութագրել որպես ապակենտրոնացված՝ ապահովագրության շուկայում «խաղացողների» մեծ թվի առկայության պատճառով: Այսպիսի մոդելում կիրառվում է համավճարի համակարգը: Բժշկական ծառայությունները մատուցվում են սեփականության տարբեր ձևեր ունեցող հաստատությունների կողմից, սակայն գերակշռում են մասնավոր ոչ առևտրային կազմակերպությունները: Պետությունը կարգավորում է ապահովագրական հիմնադրամների գործունեությունը, որոնք, բժշկական ծառայություններ մատուցող ասոցիացիաների հետ, իրենց հերթին, բաշխում են դրանց ծավալներն ու վերահսկում որակը:

Առողջապահության մասնավոր մոդելը բնութագրվում է վճարովի բժշկական ծառայությունների մատուցմամբ՝ մասնավոր ապահովագրության և քաղաքացիների անձնական միջոցների հաշվին: Այսպիսի մոդելում բացակայում է առողջության ապահովագրության պետական միասնական համակարգը: Շուկան առանցքային դեր է խաղում բժշկական ծառայությունների պահանջմունքների բավարարման գործում: Պետությունը ստանձնում է միայն այն պարտավորությունները, որոնք չեն բավարարվում շուկայի կողմից, այսինքն՝ իրականացնում է բժշկական օգնություն սոցիալապես խոցելի խավերին՝ գործազուրկներ, ցածր եկամուտ ունեցողներ և թռչակառուներ: Մասնավոր մոդելում ֆինանսավորման ավելի քան 50%-ը ստացվում է մասնավոր միջոցներից: Ֆինանսական միջոցները կուտակվում են մասնավոր առևտրային ապահովագրական հիմնադրամներում (ապահովագրական ընկե-

րություններ), որից հետո ուղղվում են բուժհաստատություններ: Այսպիսի մոդելում բժշկական ծառայությունների շուկան և առողջության մասնավոր ապահովագրությունը գերակշռող դեր ունեն, իսկ պետության դերը սահմանափակ է: Շնորհիվ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների գործունեության՝ բժշկական ծառայությունների շուկայում մրցակցության մակարդակը շատ բարձր է, ինչը դրականորեն է ազդում բժշկական ծառայությունների որակի վրա, սակայն պետք է նշել, որ նման միտումը հիմնականում վերաբերում է միայն բնակչության ֆինանսապես ապահով հատվածին: Առողջապահության ոլորտում կատարված ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ ավելի բարձր են, քան բյուջետային և ապահովագրության մոդելներում, սակայն չի նկատվում հանրային առողջության հիմնական ցուցանիշների էական բարելավում: Պետությունը վերահսկում և կարգավորում է բժշկական տեխնոլոգիաների մուտքը և հասանելիությունը շուկա, ապահովագրական ընկերությունների գործունեությունը, մրցակցության պաշտպանությունը: Բժշկական ծառայությունների որակի ապահովման հարցերը լուծվում են համապատասխան բժշկական հաստատությունների և բժիշկների լիցենզավորման ու հավատարմագրման միջոցով:

Հետազոտության առաջին գլխում իրականացվել է համաշխարհային առողջապահական համակարգի համապարփակ վերլուծություն: Մասնավորապես՝ նշվում է, որ առողջապահական ծախսերի ընդհանուր միտումները պահանջում են մշտադիտարկել ինչպես ֆինանսավորման աղբյուրները, այնպես էլ համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ցուցանիշների և ֆինանսական պաշտպանության հետ կապված ծախսերի թիրախները: Այն երկրներում, որտեղ կանխիկ վճարումները մեծ մասնաբաժին են կազմում ընդհանուր առողջապահական ծախսերում, մոտ ապագայում սպասվում է կանխիկ վճարումների անկում: Այդպիսի անկումը, ըստ էության, արտացոլում է չբավարարված պահանջմունքները և առողջապահական ծառայությունների սպառման ցածր մակարդակը, այլ ոչ թե ֆինանսական պաշտպանության բարելավումը: Մինչդեռ, եկամտի վերականգնման դեպքում կանխիկ վճարումները կարող են ավելի արագ աճել, քան պետական առողջապահական ծախսերը, ուստի, անհրաժեշտ է քաղաքականություն մշակել՝ կանխիկ վճարումների սպասվող աճը զսպելու նպատակով:

Առողջապահական համակարգի ոչ բավարար ֆինանսավորման խնդրին բախվում են գրեթե բոլոր երկրների առողջապահական համակարգերը: Առողջապահության համակարգի առջև խնդիր է դրվում ոչ միայն հավաքագրել բավարար ֆինանսական միջոցներ՝ առողջապահության ոլորտը ֆինանսավորելու համար, այլև դա անել բաշխման արդարացիությունը պահպանելու միջոցով: Վճարունակության սկզբունքի հիման վրա ֆինանսավորվող առողջապահական համակարգերը, ինչպիսիք են եկամտահարկի

վրա հիմնվածները, նպաստում են և՛ ֆինանսական արդարության պահպանմանը, և՛ բնակչության առողջության բարելավմանը:

Տեսագոտության երկրորդ գլխում իրականացվել է ՀՀ առողջապահական համակարգի ընթացիկ վիճակի վերլուծություն և խնդիրների բացահայտում: Վերջին տարիներին Հայաստանի բնակչության ժողովրդագրական ու առողջական վիճակը սոցիալ-բժշկական հիմնախնդիր լինելուց վերածվել է համապետական նշանակության խնդրի: Ժողովրդագրական իրավիճակը գնահատելիս, բնակչության թվաքանակի փոփոխության և կանանց վերարտադրողական առողջության մարտահրավերները վերլուծելիս կարևոր նշանակություն ունեն պտղաբերության ընդհանուր մակարդակի վերաբերյալ հետազոտությունները: Հայաստանում ընթացող ժողովրդագրական փոփոխությունները վկայում են, որ ժողովրդագրական անցման փուլում երկիրը կարող է մտնել ցածր պտղաբերության փոխարինման կայուն փուլ և բախվել շրջված սեռատարիքային կառուցվածքին՝ 65 և բարձր տարիքային բնակչության մասնաբաժնով: Ներկայումս ՀՀ Կառավարության առողջապահության ոլորտի քաղաքականության հիմնական նպատակներն են բնակչության առողջական վիճակի բարելավումը և առողջապահական ծառայությունների տրամադրումը և որակի բարձրացումը: Առողջապահության մատչելիության և որակի ապահովումը կարող է բարելավել առողջապահական ծառայությունների սպառումը՝ դրանով իսկ բարելավելով բնակչության առողջությունը:

Տեսագոտության երրորդ գլխում իրականացվել է ՀՀ-ում առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման հիմնախնդիրների վերլուծություն: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարությունը բժշկական օգնության և սպասարկման երաշխավորված ֆինանսավորում իրականացնում է ՀՀ պետական բյուջեից հատկացումների միջոցով՝ բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի շրջանակներում: Էական է արձանագրել, որ պետական ֆինանսավորումը տրամադրվում է անմիջապես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին՝ անկախ դրանց կազմակերպական-իրավական և սեփականության ձևից՝ այս կերպ վերոքննարկյալ նպատակի արդյունավետ իրականացման համար ստեղծելով առավել լայն հնարավորություններ: ՀՀ-ում առողջապահական ծառայությունների մատուցումը, ի հաշիվ պետական բյուջեից տրամադրվող ֆինանսական միջոցների, կարող է իրականացվել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության ու սպասարկման ձևերով: Անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման պարագայում տեղի է ունենում օգնության և սպասարկման լրիվ փոխհատուցում, իսկ արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման պարագայում՝ մասնակի փոխհատուցում: Նշվում է, որ ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային անհամաչափությունները մեղմելու միակ ուղին առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրումն է, որը կարող է նպաստել

համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ինդեքսի ազգային ցուցանիշների բարելավմանը:

Հետազոտության չորրորդ գլխում քննարկվել են առողջության ապահովագրության հիմնախնդիրներն արտերկրում և ՀՀ-ում: Ընդհանրապես, առողջության պարտադիր ապահովագրությունը շուկայական տնտեսության պայմաններում քաղաքացիների սոցիալական ապահովության հայտնի եղանակներից մեկն է: Այն կոչված է առողջության ամկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործմամբ սահմանված ծավալներով և որակով հասարակությանն ապահովելու մատչելի և անվճար բժշկական օգնությամբ: Առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ներդրումը պետության սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության կարևորագույն տարրերից մեկն է: Արդյունավետ ներդրված և կայուն գործող ապահովագրության համակարգն ապահովում է ինչպես յուրաքանչյուր քաղաքացու համար բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը, այնպես էլ բժշկական հաստատություններին ժամանակին և նախօրոք համաձայնեցված կարգով վճարումների իրականացումը: Առաջարկվում է ուսումնասիրել ՀՀ շուկայում գոյություն ունեցող՝ առողջության ապահովագրության փաթեթները և ձևավորել ծառայությունների ցանկ, որը կլուծի ՀՀ բնակչության առաջնային բուժօգնության հասանելիության խնդիրը: ՀՀ-ում առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման ամենակարևոր սկզբունքը պետք է լինի ապահովագրման ընթացքում մրցակցության պահպանումը, որը կօգնի խուսափել ապահովագրավճարների անհիմն օգտագործումներից, խաբեություններից, գերշահույթների ստացումից և գերիշխող դիրքի այլ չարաշահումներից:

Հետազոտության հինգերորդ գլխում կատարվել է ՀՀ բժշկական ինդուստրիայի արտահանման ներուժի գնահատում: Ընդհանուր առմամբ, հեղինակները եզրահանգում են, դեղագործական շուկան ինչպես համաշխարհային տնտեսության, այնպես էլ ՀՀ դինամիկ զարգացող ճյուղերից է: Այսօր ՀՀ-ում ստեղծված են դեղագործական շուկայի զարգացման նախապայմանները, սակայն անհրաժեշտ է ընդլայնել հայրենական դեղարտադրության հնարավորությունները: Դեղագործության բնագավառում առկա են ակնհայտ խնդիրներ, որոնք բնորոշ են ոչ միայն տեղական դեղագործական արդյունաբերությանը, այլև բխում են սոցիալական համակարգերի և բարձր տեխնոլոգիական արդյունաբերության զարգացման ընդհանուր միտումներից:

ԳԼՈՒԽ 1

ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի գնահատման առանձնահատկություններն ըստ համաշխարհային առողջապահական ծառայությունների արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի

2015 թ. ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայում 193 երկրի կողմից ընդունված Կայուն զարգացման նպատակները (ԿԶՆ), ինչպես նաև ՄԱԿ-ի կողմից 2019 թ. ընդունված Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) մասին քաղաքական հռչակագիրը¹ հաստատում են, որ առողջապահական համակարգի հզորացումը ՀԱԾ-ի ընդհանուր նպատակին հասնելու հիմնական միջոցն է:

Վերջին տասնամյակում համապարփակ առողջապահական ծածկույթը համաշխարհային քննարկումների կենտրոնում է. դա առաջին հերթին շրջանառվում է բարձր եկամուտ ունեցող երկրների ազգային առողջապահական քաղաքականության մշակման գործընթացներում²: ՀԱԾ-ը դիտարկվում է որպես կարևորագույն գործիք, որի միջոցով հնարավոր է բարելավել բնակչության առողջությունը՝ ապահովելով անհրաժեշտ որակյալ առողջապահական ծառայություններ՝ առանց ֆինանսական դժվարությունների³: ՀԱԾ-ի ուղղությամբ առաջընթացն առողջապահության ոլորտի քաղաքական գերակայություն է ինչպես երկրների, այնպես էլ համաշխարհային առողջապահական ինստիտուտների համար, ինչը կարևորվում է ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման նպատակների և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) աշխատանքային տասներեքերորդ ընդհանուր ծրագրի (ԱԸԾ 13) օրակարգերով:

ՀԱԾ-ի մշտադիտարկման համար առաջադրվել են տարբեր մոտեցումներ, այդ թվում՝ ԱՀԿ-ի և Համաշխարհային բանկի կողմից (հիմնական առողջապահական ծառայությունների ծածկույթը՝ ըստ ՀԱԾ ծառայություն-

¹ Տե՛ս UN. Political Declaration of the High-level Plenary Meeting on Universal Health Coverage: draft resolution/ submitted by the President of the General Assembly. UN. General Assembly. President; UN. General Assembly (74th sess.: 2019-2020). High-Level Plenary Meeting. 2019:
² Տե՛ս Kruk M.E., Ataguba J.E., Akweongo P., The universal health coverage ambition faces a critical test. Lancet 2020 Oct 17; 396(10258): 1130–31: DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)31795-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31795-5):
³ Տե՛ս Schmidt H., Gostin L.O., Emanuel E.J., Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? Lancet 2015 Aug 29; 386(9996):928–30: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60244-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60244-6):

ների ծածկույթի ինդեքսի, ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման օրակարգի շրջանակներում՝ ԿԶՆ 3.8.1 ցուցանիշը): Ներկայումս առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի չափորոշիչներն առավելապես կենտրոնացած են ինչպես վարակիչ հիվանդությունների, այնպես էլ վերարտադրողական, նորածնային, մայրական և մանկական առողջության ցուցանիշների վրա, թեև ՀԱԾ-ի առաջընթացը պահանջում է նաև ոչ վարակիչ հիվանդություններին (ՌՎՀ-ներ) ուղղված առողջապահական ծառայություններ, ինչպես նաև բժշկական միջամտությունների իրականացում տարիքային խմբերի ավելի լայն շրջանակի համար:

ՀԱԾ-ը համաշխարհային առաջնահերթություն է, որն անհրաժեշտ է առողջապահական համակարգն ամրապնդելու, առողջապահական անհավասարությունները նվազեցնելու և առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայությունների հասանելիությունը բարելավելու համար⁴: ՀԱԾ-ի համաշխարհային առաջընթացն ընտրվել է որպես ՄԱԿ-ի ԿԶՆ 3.8 թիրախ և ներառում է ինչպես առողջապահական ծառայությունների հասանելիության ապահովումը (ԿԶՆ 3.8.1), այնպես էլ այդ ծառայություններից օգտվելիս ֆինանսական պաշտպանությունը (ԿԶՆ 3.8.2): Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման համաձայն՝ ֆինանսական պաշտպանությունը (ՖՊ) կարող է դիտարկվել որպես մի վիճակ, երբ «առողջապահական ծառայություններ ստանալու համար կատարվող ուղղակի վճարումները մարդկանց չեն կանգնեցնում ֆինանսական դժվարությունների առջև և չեն սպառնում բնակչության կենսամակարդակին»⁵: Ուղղակի վճարումները, որոնք նաև հայտնի են որպես կանխիկ վճարումներ, կիրառվում են առողջապահական համակարգերի ֆինանսավորման համար այն դեպքերում, երբ կան ռիսկերի միաձուլման կամ սոցիալական պաշտպանության այլ մեխանիզմներ՝ տնային տնտեսություններին հիվանդացության տնտեսական հետևանքներից պաշտպանելու համար, և, հետևաբար, անհամապատասխան են ազդում ցածր և միջին եկամուտներով երկրների (ՑՄԵԵ) վրա⁶: Բնակչության այն խմբերը, որոնք վճարունակ չեն, կարող են նաև ընդհանրապես չդիմել բժշկական օգնության՝ հավելյալ սրելով առողջական վիճակը և հետագայում ավելի նվազեցնելով իրենց կենսամակարդակը⁷: Արդյուն-

⁴ St'u Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

⁵ St'u WHO. Health financing: financial protection. World Health Organization, 2023, <https://www.who.int/health-topics/financial-protection>:

⁶ St'u Xu K., Evans D.B., Carrin G., Anguilar-Rivera A.M., Musgrove P., Evans T., Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff(Millwood) 2007; Jul-Aug;26(4):972-83. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.4.972>:

⁷ St'u Moreno-Serra R., Millett C., Smith P., Towards improved measurement of financial protection in health. PLoS Med 2011;8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001087>:

քում՝ ֆինանսական պաշտպանության բարելավումը շատ ՑՄԵԵ հիմնական նպատակն է⁸:

Թեև ՖՊ բարելավման կարևորությունը, ընդհանուր առմամբ, ընդունված է, այնքան էլ պարզ չէ, թե ինչպես լավագույնս չափել և հետևել այս նպատակին հասնելու առաջընթացին⁹: Ներկայումս ցուցանիշների երկու հիմնական ձևեր են կիրառվում կանխիկ վճարումներից ՖՊ-ն չափելու համար՝ առողջապահական աղետալի ծախսերի և աղքատացման առողջապահական ծախսերի հաճախականությունը: Առողջապահական աղետալի ծախսերը սահմանվում են որպես տնային տնտեսությունների ծախսերի մասնաբաժին, որի դեպքում առողջապահական ծախսերը գերազանցում են հասանելի ռեսուրսների նախապես սահմանված շեմը, որտեղ վերջինս կարող է տատանվել 5–40%-ի սահմաններում, իսկ առկա ռեսուրսները սահմանվում են կա՛մ որպես տնային տնտեսությունների ընդհանուր սպառում (բյուջեի մասնաբաժնի մոտեցում), կա՛մ տնային տնտեսությունների ընդհանուր սպառում սննդի կամ կենսապահովման ծախսերից հետո (ըստ վճարելու կարողության մոտեցում): Ոչ պարենային կամ ոչ կենսապահովման սպառման կիրառումը որպես հասանելի ռեսուրսների այլընտրանքային միջոց գնահատում է առավել աղքատ տնային տնտեսությունների՝ առողջապահական ծախսությունների համար վճարելու ավելի ցածր կարողությունները, քանի որ անապահով տնային տնտեսությունների բյուջեի ավելի մեծ մասնաբաժինն է հատկացվում սննդին և առաջին անհրաժեշտության այլ պարագաների¹⁰: Մյուս կողմից՝ աղքատացման առողջապահական ծախսերը նույնացնում են այն տնային տնտեսությունները, որոնք գտնվում են աղքատության գծից բարձր, երբ կանխիկ վճարումները ներառված են տնային տնտեսությունների ընդհանուր սպառման մեջ, բայց կլինեին ցածր, եթե կանխիկ վճարումները հանվեին: Աղքատության գծի ընտրությունը, որն օգտագործվում է աղքատ

⁸ Տե՛ս *Wagstaff A., Flores G. Hsu J., Smitz M.F., Chepynoga K., Buisman L.R. et al.*, Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2018 Feb;6(2):e169–79, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1):

⁹ Տե՛ս *McIntyre D., McKee M., Balabanova D., Atim C., Reddy K.S., Patcharanarumol W.*, Open letter on the SDGs: a robust measure for universal health coverage is essential. *Lancet* 2016 Dec 10;388:2871–2, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32189-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32189-4): *McPake B.I.*, Crunching health expenditure numbers: important but treacherous terrain. *Lancet Glob Health* 2018 Feb;6(2):124–5. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30007-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30007-X): *Saksena P., Hsu J., Evans D.B.*, Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med* 2014;11(9), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>: *Wagstaff A.*, Measuring catastrophic medical expenditures: reflections on three issues. *Health Economics*. 19 April 2019, V. 28. Issue 6. 765–781. <https://doi.org/10.1002/hec.3881>:

¹⁰ Տե՛ս *Xu K., Klavus J., Kawabata K., Evans D.B., Hanvoravongchai P., Ortiz J.P. et al.*, Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. *Heal Syst Perform Assess Debates, Methods Empiricism*, 2003; 533–42. https://www.researchgate.net/publication/265497920_Household_Health_System_Contributions_and_Capacity_to_Pay_Definitional_Empirical_and_Technical_Challenges:

տացման առողջապահական ծախսերը հաշվարկելու համար, տարբեր է՝ ըստ ուսումնասիրությունների¹¹:

ԿԶՆ ցուցանիշների միջգերատեսչական փորձագիտական խումբը, որը կազմված է ՄԱԿ-ի անդամ պետություններից և պատասխանատու է ԿԶՆ համաշխարհային ցուցանիշի շրջանակի մշակման և իրականացման համար, առողջապահական աղետալի ծախսերի բյուջեի մասնաբաժինն ընտրել է որպես պաշտոնական ցուցանիշ ԿԶՆ 3.8.2 նպատակին հասնելու ուղղությամբ համաշխարհային առաջընթացը մշտադիտարկելու նպատակով՝ սահմանելով այն որպես տնային տնտեսությունների ընդհանուր սպառման կամ եկամտի 10%-ը գերազանցող առողջապահական աղետալի ծախսեր: Այս ցուցանիշի ընտրությունը, այնուամենայնիվ, համարվում է հակասական¹², և գրականության մեջ բանավեճ կա այն մասին, թե որ ցուցանիշներն են լավագույնս համապատասխանում ՀԱԾ-ի առաջընթացի չափման և մշտադիտարկման համար:

Առողջապահական աղետալի ծախսերի 10%-ի՝ որպես ԿԶՆ պաշտոնական ցուցանիշ ընդունելուն զուգահեռ, այլ ցուցանիշներ ևս շարունակում են լայնորեն օգտագործվել տնտեսագիտության մեջ, և հեղինակները հաճախ կիրառում են ցուցանիշների համախումբ, որոնցից յուրաքանչյուրը տալիս է ՖՊ տարբեր գնահատականներ: Այսպես՝ 133 երկրում ՖՊ վերջին հետազոտությունը ցույց է տվել, որ առողջապահական աղետալի ծախսերի համաշխարհային ցուցանիշը խիստ տատանվում է՝ կախված ընտրված ցուցանիշից՝ 11.7%-ից, երբ կիրառվում է ԿԶՆ պաշտոնական ցուցանիշը՝ մինչև 2.6%, երբ կիրառվում է առողջապահական աղետալի ծախսերի բյուջեի մասնաբաժնի ցուցանիշը՝ 25% շեմով, մինչև 3.0%, երբ կիրառվում է առողջապահական աղետալի ծախսերի մեծությունը՝ 40% շեմով՝ ոչ պարենային սպառման ծախսերը վճարելու համար¹³:

2014 թ. ԱՀԿ-ն և Համաշխարհային բանկը հրապարակեցին ՀԱԾ-ի չափման շրջանակը, որում առողջապահական ծառայությունների ծածկույթը սահմանվում էր որպես ծառայությունների սպեկտր՝ խթանում, կանխարգե-

¹¹ ՑՄՆԵ աղքատացման առողջապահական ծախսերի հաշվարկման համար կիրառելի են Համաշխարհային բանկի սահմանած՝ մեկ շնչի հաշվով օրական 1.90, 3.20, 5.50 ԱՄՆ դոլար աղքատության գծերը: Աղքատության գծից ցածր տնային տնտեսությունների ընդհանուր սպառումից հանելով կանխիկ վճարումները՝ ստացվում են աղքատացման առողջապահական ծախսերը: Տե՛ս *Trakinsky S.B., Irwin R.B., Guéné J.-L.H., Grépin A.K.*, An empirical evaluation of the performance of financial protection indicators for UHC monitoring: Evidence from Burkina Faso. *Health Policy Open*. Vol. 1. December 2020 Jan 7:1:100001, <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2019.100001>:

¹² Տե՛ս *Reddock J.*, Seeking consensus on universal health coverage indicators in the sustainable development goals. *J Health Serv Res Policy* 2017;22:1-5, <https://doi.org/10.1177/1355819617704676>:

¹³ Տե՛ս *Wagstaff A., Flores G. Hsu J., Smitz M.F., Chepynoga K., Buisman L.R. et al.*, Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2018 Feb;6(2):e169-79, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1):

լում, բուժում, վերականգնողական և պալիատիվ խնամք ողջ կյանքի ընթացքում¹⁴: Այս շրջանակն ընդգծում է անհատների առողջապահական կարիքների համար բժշկական ծառայությունների մատուցման կարևորությունը նրանց ողջ կյանքի ընթացքում և առողջապահական համակարգում իրականացվող արդյունավետ միջամտությունների ծածկույթի քանակական գնահատում կատարելու առաջնահերթությունը (աղյուսակ 1.1):

ՀԱԾ-ի չափման շրջանակը¹⁵ | Աղյուսակ 1.1

Առողջապահական ծառայությունների րեսակները						
Քննչության փարիքային խմբեր	Խթանում	Կանխարգելում	Բուժում			
			արակիչ հիվանդություններ, մայրական, նորածնային և երեխաների առողջություն	Ուղևորներ	Վերականգնում	Պայթարիվ խնամք
Վերարտադրողական և նորածնային	Ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների միջոցով ընտանիքի պլանավորման անհրաժեշտության բավարարում	Նորածինների նախածննդյան, ծննդյան և հետծննդյան խնամք, մայրերի նախածննդյան, ծննդյան և հետծննդյան խնամք	Նորածինների նախածննդյան, ծննդյան և հետծննդյան խնամք, մայրերի նախածննդյան, ծննդյան և հետծննդյան խնամք			
Մինչև 5 տարեկան երեխաներ	Գիֆթերիա-տետանու-կարմրուկի պատվաստանյութ, 3 դեղաչափի ծածկույթ, կարմրուկ պարունակող պատվաստանյութ, 1 դեղաչափի ծածկույթ	Ստորին շնչառական վարակների բուժում, դիարեայի բուժում	Սուր լիմֆոիդ լեյկոզի բուժում			
5-19 տարեկան երեխաներ և դեռահասներ		Հակառետրովիրուսային թերապիայի ծածկույթ	Սուր լիմֆոիդ լեյկոզի բուժում, ապոնայի բուժում, էպիլեպսիայի բուժում, կույր աղիքի բուժում, պարալիտիկ իլեուսի և աղիքային խցանման բուժում			

¹⁴ St' u Boerma T., Eozenou P., Evans D., Evans T., Kiemy M-P., Wagstaff A., Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med 2014; 11(9): e1001731: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731>:

¹⁵ St' u Lozano R., Fullman N., Mumford J.E., Knight M. et al., Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 396: 1250-84: <https://doi.org/10.1016/>:

20–64 տարեկաններ		Հակատետրովիրուսային թերապիա, տուբերկուլյոզի բուժում	Դիաբետի բուժում, սրտի իշեմիկ հիվանդության (ՄԻՀ) բուժում, կաթվածի բուժում, երիկամային քրոնիկ հիվանդության (ԵՔՀ) բուժում, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության (ԹՔՕՀ) բուժում, արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժում, կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժում, արգանդի քաղցկեղի բուժում, հաստ աղիքի և հետանցքի քաղցկեղի բուժում, էպիլեպսիայի բուժում, կոյր աղիքի կաթվածային իլեուսի և աղիների խանգարման բուժում
65 տարեկանից բարձր մեծահասակներ		Հակատետրովիրուսային թերապիա, տուբերկուլյոզի բուժում	Դիաբետի բուժում, ՄԻՀ բուժում, կաթվածի բուժում, ԵՔՀ բուժում, ԹՔՕՀ բուժում, արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժում, կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժում, արգանդի քաղցկեղի բուժում, հաստ աղիքի քաղցկեղի բուժում, էպիլեպսիայի բուժում, կոյր աղիքի, կաթվածային իլեուսի և աղիների խանգարման բուժում

ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի չափման շրջանակի մշակումն ու արդյունավետ ցուցանիշների ընտրությունը հիմնված է ԱՀԾ 13-ի փորձագիտական տեղեկատու խմբի կողմից 2017–2019 թթ. մշակված խորհրդատվության, փորձարկման և ճշգրտման մեթոդների վրա¹⁶: ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի չափման շրջանակը ներառում է 30 առանձնահատուկ մատրիցներ բնակչության տարիքային հինգ խմբի համար (վերարտադրողական և նորածնային, մինչև 5 տարեկան երեխաներ, 5–19 տարեկան երեխաներ և դեռահասներ, 20–64 տարեկան և 65 տարեկանից բարձր բնակչություն):

Առողջապահական համակարգի արդյունավետ ծածկույթի բարելավումները քանակապես գնահատելու համար Բ. Շենգելիան, Ա. Թանդոնը և այլք մշակել են համախմբված չափման մոտեցումը¹⁷: Գործնականում, սակայն,

¹⁶ St' u WHO. The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023, was approved by the Seventy-first World Health Assembly in resolution WHA71.1 on 25 May 2018.

<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019--2023>:

¹⁷ St' u Shengelia B., Tandon A., Adams O.B., Murray C.J.L., Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med 2005 Jul;61(1):97–109: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604006070>:

արդյունավետ ծածկույթը մինչ այժմ հազվադեպ է քանակապես գնահատվել՝ հատկապես ըստ երկրների և տարիների: Արդյունավետ ծածկույթի՝ որպես ՀԱԾ-ի մշտադիտարկման գնահատման միջոցի հազվադեպ կիրառումը մասամբ պայմանավորված է տվյալների հասանելիության խնդիրներով, քանի որ առողջապահական տվյալների համակարգերի մեծ մասն ի գործու չէ համալիր կերպով գնահատելու միջամտությունների հիմնական բաղադրիչները՝ առողջապահական կարիքները, սպառումը կամ առողջապահական ծառայությունների մատուցումն ու որակը: Մ. Կրուկի, Ա. Գեյջի և այլոց կողմից առողջապահական համակարգերի հետազոտության ընթացքում կիրառվել են հիվանդացություններից մահացության գործակիցները՝ ՑՄԵԵ առողջապահության որակի մասին համապարփակ պատկերացում կազմելու համար¹⁸: Այնուամենայնիվ, մինչ օրս մի շարք երկրներում փորձ չի արվել համապարփակ վերլուծական հարթակի շրջանակներում գնահատելու առողջության արդյունավետ ծածկույթի և բնակչության տարիքային խմբերի չափման ցուցանիշները:

2014 թ. ԱՀԿ և Համաշխարհային բանկի ՀԱԾ-ի մշտադիտարկման համակարգի ներդրումից, իսկ 2015 թ. ԿԶՆ ընդունումից հետո մշակվել են մի շարք երկրների առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի ինդեքսներ, որոնք օգտագործվում են ՀԱԾ-ի չափման համար¹⁹: Նախ՝ ՀԱԾ-ի չափման ներկայիս ինդեքսները հիմնվում են բացառապես տնային տնտեսությունների հարցումների արդյունքում կետային գնահատումների վրա, ինչը կարող է հանգեցնել տարբեր սահմանափակումների (այսինքն՝ հիմնականում կենտրոնացած լինելով ՑՄԵԵ-ի վրա, ընդգրկում են ցուցանիշների սահմանափակ շարքեր և տվյալների հասանելիության տեսանկյունից զիջում են առողջապահության զարգացման միտումները ներկայացնելիս): Երկրորդ՝ ինդեքսների մեծ մասը ներառում է կա՛մ ռիսկի գործոնների ցուցանիշներ (ԿԶՆ 3.8.1 ցուցանիշ), կա՛մ առողջապահական համակարգի ներ-

¹⁸ St' u Kruk M.E., Gage A.D., Joseph N.T., Danaei G., Garcia-Saisó S., Salomon J.A., Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* 2018; 392: 10160, 2203–12: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4):

¹⁹ St' u Hogan D.R., Stevens G.A., Hosseinpoor A.R., Boerma T., Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e152–68: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2): Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: Lozano R., Fullman N., Abate D. et al., Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 2091–138: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5):

դրումներ, կա՛մ գործընթացային ցուցանիշներ (մեկ շնչի հաշվով բուժաշխատողների և հիվանդանոցային մահճակալների թիվը ՀԱԾ-ի ծառայությունների ծածկույթի ինդեքսում, Ա. Վագսթաֆի, Ս. Նելսենի և այլոց մշակած ստացիոնար հոսայիտալացման ցուցանիշները ՀԱԾ-ի ծածկույթի ինդեքսում²⁰): Այսպիսի երկրորդային ցուցանիշների, ինչպես նաև առողջապահական համակարգին չվերաբերող գործոնների կիրառումը (ծխախոտի տարածվածությունը) կարող է սխալ ներկայացնել առողջապահական ծառայությունների մատուցման հաջողությունները կամ խեղաթյուրել ՀԱԾ-ի արդյունավետ կառուցվածքը: Ամբողջ աշխարհում ՈՎՀ-ներից վաղ մահացության և հաշմանդամության դեպքերը կազմում են ընդհանուր դեպքերի առնվազն 60%-ը²¹: ՈՎՀ-ների ցուցանիշների բացակայությունը, բացառությամբ ռիսկի գործոնների տարածվածության կամ քաղցկեղի սքրինինգի, հակասում է երկրների բնակչության և առողջապահական համակարգերի իրական վիճակին: Երրորդ՝ ՀԱԾ-ի ծառայությունների ծածկույթի ընդհանուր ինդեքսների կառուցման նպատակով կիրառվող մոտեցումները սովորաբար ներառում են որոշակի կամայական հաշվեկշռման սխեմաներ (օրինակ՝ մի շարք երկրաչափական միջինացված կշիռներ) և, հետևաբար, կարող են չգրանցել մատուցվող ծառայությունների համընկնումը՝ հաշվի առնելով երկրի առողջապահական և ժողովրդագրական պատկերը: Վերջապես՝ այս մոտեցումներից և ոչ մեկը հստակ չի հաշվարկում առողջապահական հնարավոր նվաճումները: Մահմանափակում, որը հակասում է հավաքական ըմբռնմանը, այսինքն՝ ՀԱԾ-ի ինդեքսի բարելավումները կարող են նպաստել առողջապահական համակարգերի արդյունավետության բարձրացմանը:

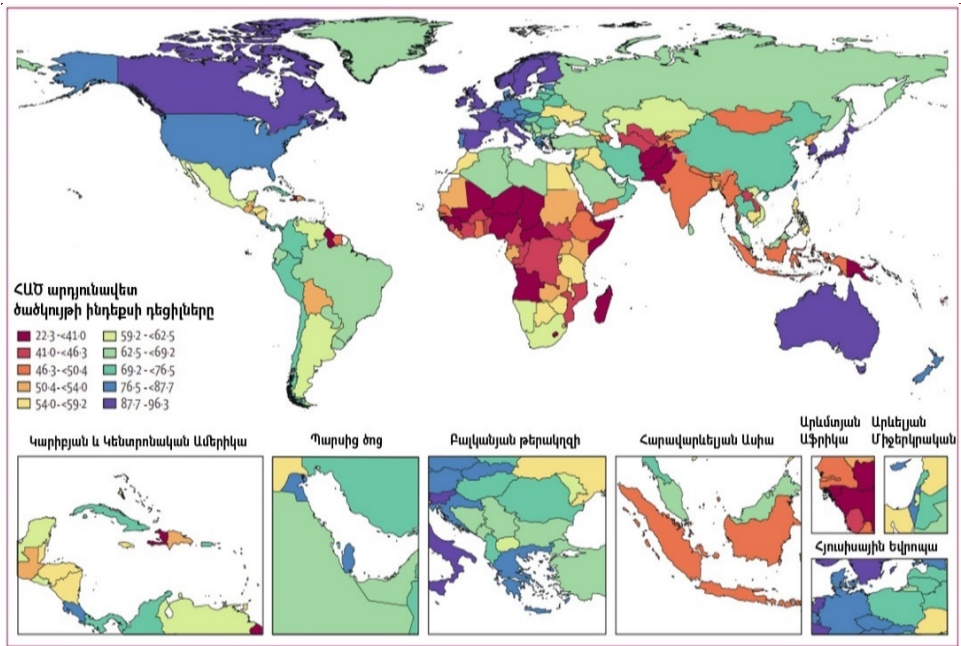
ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ազգային մոդելներում 2021 թ. ի հայտ են եկել որոշակի աշխարհագրական օրինաչափություններ (գծապատկեր 1.1), բայց նաև զգալի են տարասեռությունները: Եվրոպական մի շարք երկրներ, ինչպես նաև Ավստրալիան, Կանադան, Ճապոնիան, Սինգապուրը և Հարավային Կորեան գտնվում են ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ամենաբարձր դեցիլում²², որին հաջորդում է աշխարհագրական առումով տարասեռ երկրների խումբ՝ իններորդ դեցիլում (Կոստա Ռիկա, Իսրայել, Նոր Զելանդիա, Պորտուգալիա և ԱՄՆ): Անդրսահարյան Աֆրիկան 2021 թ. ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ամենալայն շրջանակն ուներ, ընդ որում՝ երկու եր-

²⁰ St'u **Wagstaff A., Neelsen S.**, A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e 39–49: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2):

²¹ St'u **Kyu H.H., Abate D., Abate K.H. et al.**, Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1859–922: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3):

²² Դեցիլները հիմնված են 2021 թ. ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի արժեքների բաշխման վրա:

կիր գտնվել է վեցերորդ դեցիլում (Ռուանդա և Հարավային Աֆրիկա), իսկ 11 երկիր՝ առաջին դեցիլում: Առաջին դեցիլում գտնվող երկրները հիմնականում Արևմտյան կամ Կենտրոնական Անդրասահարյան Աֆրիկայի երկրներն էին, բայց նաև ներառում էին մայրցամաքի այլ երկրներ (Անգոլա, Լեսոտո, Մադագասկար և Սոմալի): Անդրասահարյան Աֆրիկայից բացի տասը երկիր, այդ թվում՝ Աֆղանստանը, Հայիթին, Պակիստանը և Պապուա Նոր Գվինեան, 2021 թ. նույնպես գտնվում էին ամենացածր դեցիլում: Արևելյան, Հարավարևելյան և Հարավային Ասիայի երկրները հիմնականում ութերորդ (Չինաստան և Թաիլանդ) և երկրորդ (Լաոս) դեցիլների միջև էին, Հնդկաստանը և Ինդոնեզիան հայտնվել են երրորդ դեցիլում: Կենտրոնական Եվրոպայի, Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրները հիմնականում բաշխված են յոթերորդ և ութերորդ դեցիլներում:



Գծապարկեր 1.1

ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի քարտեզ՝ րստ դեցիլների, 2021 թ.²³

Հայաստանի առողջապահական ծառայությունների ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթը 2021 թ.-ին գնահատվում է 68 միավոր (1990 թ.՝ 47.72, 2000 թ.՝ 48.92, 2010 թ.՝ 52.06) և գտնվում է յոթերորդ դեցիլում: 1990–2021 թթ. Հայաստանի ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ընդհանուր աճը կազմում է 20.28 միավոր:

²³ Տե՛ս WHO. Global Health Observatory data repository: Index of service coverage. Data by WHO region. Last updated: 2023-05-11, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEREGV?lang=en>

տանի արդյունավետ ծառայությունների ծածկույթի ինդեքսի աճը պայմանավորված էր վերարտադրողական, մայրական, մանկական և երեխաների առողջության (2000 թ.՝ 48, 2021 թ.՝ 77), վարակիչ հիվանդությունների (2000 թ.՝ 19, 2021 թ.՝ 59) և ՈՎՀ-ների (2000 թ.՝ 47, 2021 թ.՝ 50) ցուցանիշների դրական տեղաշարժերով²⁴:

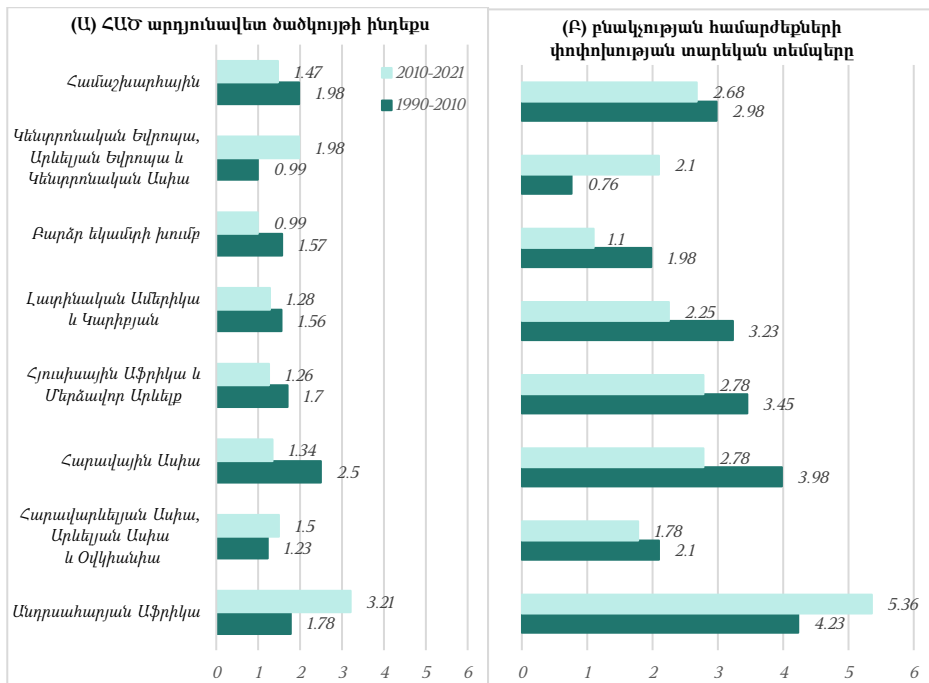
2021 թ. ՀԱԾ-ի միջին արդյունավետ ծածկույթ ունեցող մի շարք երկրներ (մոտ 45-70) ունեցել են բավականին բարձր գնահատականներ վարակիչ հիվանդությունների մեծ մասի և վերարտադրողական, նորածնային, մայրական և մանկական առողջության ցուցանիշների համար, բայց համեմատաբար ցածր ցուցանիշներ մի շարք հիվանդությունների դեպքում (ՈՎՀ-ների), որոնք, ամենայն հավանականությամբ, արտացոլում են դրանց համաճարակաբանական նկարագիրը և, այդպիսով, բնակչության առողջապահական կարիքները: Որոշ՝ հատկապես Անդրսահարյան Աֆրիկայի երկրների համար (Նամիբիա, Ռուանդա և Քենիա) ՈՎՀ-ները և վերարտադրողական, նորածնային, մայրական ու մանկական առողջությունը դեռևս դասվում են 2021 թ. ամենաբարձր հավանական նվաճում ունեցող ցուցանիշների շարքին, թեև աճում է այնպիսի ՈՎՀ-ներից հիվանդացությունը, ինչպիսիք են սիրտ-անոթային հիվանդությունները և շաքարային դիաբետը:

1990 թ. ի վեր ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի կատարողականը ՀՀԲ (հիվանդությունների համաշխարհային բեռ) տարածաշրջաններում բարելավվել է՝ չնայած տարածաժամանակային անհամաչափություններին (գծապատկեր 1.2): Համաշխարհային ՀԱԾ-ի միջին ցուցանիշը 1990 թ. 44.74-ից 2021 թ. հասել է 60.18-ի, մինչդեռ կատարողականի բացարձակ միջակայքը, ըստ էության, մնացել է նույնը (1990 թ.՝ 73.0 միավոր, 2021 թ.՝ 75.1 միավոր): ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսը ամենաբարձրը Ճապոնիայում է (1990 թ.՝ 79.66, 2019 թ.՝ 94.09, 2020 թ. նվազել է մինչև 91.53, 2021 թ. կրկին աճել է մինչև 93.51), ամենացածրը՝ Կենտրոնական Աֆրիկյան Հանրապետությունում (1990 թ. 16.95 էր, 2019 թ.՝ 26.05, 2020 թ.՝ 27.68, իսկ 2021 թ.՝ 28.02):

Առողջապահական ծառայությունների արդյունավետ ՀԱԾ-ի ծածկույթի ինդեքսի ցածր կատարողականը առավելապես կախված է ՈՎՀ-ների բարձր ցուցանիշներից, որը ֆինանսական սուղ պայմաններում էլ ավելի խոցելի է դարձնում աղքատ տնային տնտեսությունները և, հետևաբար, ազդում ՀԱԾ-ի մյուս ցուցանիշի՝ ֆինանսական պաշտպանության վրա: Ազգային մակարդակում ՀԱԾ-ի ցուցանիշները լայնորեն տատանվում են մեկ շնչի հաշվով համախմբված առողջապահական ծախսերի տարբեր մակարդակներում՝ ընդգծելով, թե որքան պետք է ավելացնել առողջապահական ծախսերը ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթը բարելավելու համար: Ռ. Լոզանոն, Ն. Ֆուլմանը և այլք կարծում են, որ ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի և մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերի միջև կապն ուժեղ

²⁴ Sté u IHME. Health-related SDGs. Last update: January 2023. <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

է ($r=0.79$)²⁵, սակայն ծախսերի տարբեր մակարդակներում այս հարաբերությունները տարբեր են: Մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերը կազմում են մոտ 2500 ԱՄՆ դոլար, իսկ ավելի բարձր առողջապահական ծախսերը, որպես կանոն, ուղեկցվում են ՀԱԾ-ի ավելի բարձր միավորներով, սակայն դրանից ավելի բարձր առողջապահական ծախսերն այնքան էլ չեն համապատասխանում ՀԱԾ-ի հետագա բարելավումներին: ՑՄԵՆ ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի ավելացման համար (մինչև 80 միավոր) անհրաժեշտ կլինի մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերն ավելացնել մինչև 1398 ԱՄՆ դոլար²⁶:



Գծապարկեր 1.2

ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի (Ա) և ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթում ընդգրկված բնակչության համարժեքների փոփոխության տարեկան տեմպերը (Բ)՝ ըստ համաշխարհային և ՀՀԲ գերշջանների, 1990–2010 թթ. և 2010–2021 թթ.²⁷

²⁵ Տի'ս Lozano R., Fullman N., Mumford J.E., Knight M. et al., Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 396: 1250–84: Doi: <https://doi.org/10.1016/>

²⁶ Տի'ս նույն տեղը:

²⁷ Տի'ս IHME. Health-related SDGs. Last update: January 2023. <https://vizhub.healthdata.org/sdg/> Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>

Ընթացիկ կանխատեսումների համաձայն՝ 2023 թ. մոտ 5.0 մլրդ բնակչություն կարող է ապահովվել ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթով, ինչն էլ կհանգեցնի 388.9 մլն համարժեք բնակչության կամ էլ տարեկան, միջին հաշվով, 77.8 մլն համարժեք բնակչության ընդգրկմանն արդյունավետ ծածկույթում: Մինչև 2023 թվականի ավարտը մոտ 3.1 մլրդ բնակչություն կարող է դուրս մնալ ՀԱԾ-ից, որի գրեթե մեկ երրորդը բնակվում է Հարավային Ասիայում (այսինքն՝ մոտավորապես 968.1 մլն): Կենտրոնական Եվրոպա, Արևելյան Եվրոպա ու Կենտրոնական Ասիա տարածաշրջաններում բնակչության ընդգրկվածության տեմպը ՀԱԾ-ում, մնացած գերշրջանների համեմատությամբ, դանդաղել է վերջին հինգ տարիներին՝ ավելանալով 9.1 միլիոնով, որի արդյունքում 2023 թ. ընթացքում 273.0 մլն բնակչություն կարող է ընդգրկվել ՀԱԾ-ում՝ ծածկույթից դուրս թողնելով բնակչության 34.7%-ին (աղյուսակ 1.2)²⁸:

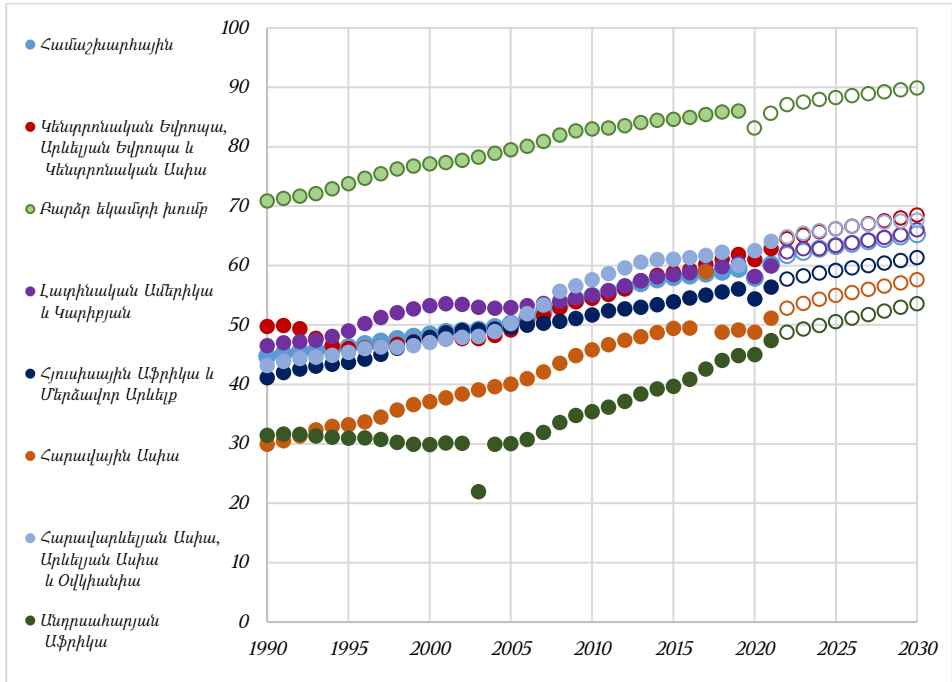
Աղյուսակ 1.2

ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի կանխատեսվող ցուցանիշները 2030 թ. և ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթում ընդգրկված բնակչության հավելյալ համարժեքները 2018–2023 թթ.²⁹ ըստ համաշխարհային և ՀՀԲ տարածաշրջանների²⁹

	ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսը		Բնակչության համարժեքները ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթում		
	2021 թ.	2030 թ.	2018–2023 թթ. ավելացումները	Ընդգրկված 2023 թ.	Չընդգրկված 2023 թ.
Համաշխարհային	60.18	65.26	388.9	5.0	3.1
Կենտրոնական Եվրոպա, Արևելյան Եվրոպա և Կենտրոնական Ասիա	62.85	68.45	9.1	273.0	145.5
Բարձր եկամտի խումբ	85.62	89.85	31.6	958.3	141.5
Հարինական Ամերիկա և Կարիբյան ավազան	59.52	66.02	33.6	398.5	209.0
Հյուսիսային Աֆրիկա և Մերձավոր Արևելք	56.39	61.29	43.0	402.3	247.8
Հարավային Ասիա	51.14	57.59	88.9	909.4	968.1
Հարավարևելյան Ասիա, Արևելյան Ասիա և Օվկիանիա	64.2	66.9	88.2	1.5	726.3
Անդրասիայի Աֆրիկա	47.36	53.56	94.5	555.6	647.1

²⁸ Տե՛ս WHO. Global Health Observatory data repository: Index of service coverage. Data by WHO region. Last updated: 2023-05-11, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEREGv?lang=en>
²⁹ Տե՛ս IHME. Health-related SDGs. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>
 Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>

Համաշխարհային հիմնական առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի ՀԱԾ-ի ինդեքսը կայուն աճ է գրանցել անցնող երեք տասնամյակների ընթացքում (1990 թ.՝ 44.74, 2021 թ.՝ 60.18), և կանխատեսվում է, որ 2030 թ. կհասնի 65.26-ի: Բարձր եկամտի խմբի երկրներում կայուն աճի միտումները կպահպանվեն նաև 2030 թ., մինչդեռ ՀԱԾ-ի ինդեքսի ցուցանիշները արագ աճ կապահովեն ՑՄԵԵ-ում, մասնավորապես՝ Կենտրոնական Եվրոպա, Արևելյան Եվրոպա և Կենտրոնական Ասիա, Հարավային Ասիա տարածաշրջանի երկրներում (գծապատկեր 1.3):



Գծապատկեր 1.3

Հիմնական առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի ըստ ՀԱԾ-ի ինդեքսի 1990-2021 թթ., կանխատեսումները մինչև 2030 թ.³⁰

ՈՎՀ-ների արդյունավետ ծածկույթի ցուցանիշների կատարողականը ՑՄԵԵ-ում շատ ավելի ցածր է, քան մի շարք վարակիչ հիվանդությունների, մայրական և մանկական առողջության ցուցանիշների մակարդակները, ինչը վկայում է, որ այդ երկրների առողջապահական համակարգերը և ֆինանսավորման առաջնահերթությունները չեն շարժվում համաճարակաբանական և ժողովրդագրական անցումներին համընթաց: Բնակչության մեկ շնչի հաշվով ավելի բարձր առողջապահական ծախսերը, ընդհանուր առմամբ, համապատասխանում են ավելի բարձր ՀԱԾ-ի առաջընթացին: Այդուհանդերձ, ըստ

³⁰ Տե՛ս IHME. Health-related SDGs. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

երկրների կատարողականը շատ տարբեր է, և մի շարք երկրների կատարողականը շատ ավելի ցածր է առողջապահական նմանատիպ ծախսեր ունեցող այլ երկրների ցուցանիշից՝ ընդգծելով առողջապահական համակարգի արդյունավետության բարձրացման և ՀԱԾ-ի ֆինանսավորման կարևորությունը: Ըստ գնահատականների՝ 2018–2023 թթ. ավելի քան 388.9 միլիոն բնակչություն կարող էր ընդգրկվել ՀԱԾ-ում, ինչը զգալիորեն քիչ է ԱԸԾ 13-ի թիրախային ցուցանիշից (1 մլրդ մարդ պետք է ընդգրկվեր ՀԱԾ-ի ծածկություն): ՀԱԾ-ի իրական առաջընթացը պահանջում է առաջնահերթություն տալ և, հետևաբար, մշտադիտարկում իրականացնել արդյունավետ ծածկությանի և առողջապահական համակարգերի կարողությունների ուղղությամբ՝ առողջապահական արդյունքները բարելավելու համար:

Ներկայումս միայն բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում է գրանցվել 90 կամ ավելի բարձր ՀԱԾ-ի ինդեքս և մեկ շնչի հաշվով համախմբված առողջապահական ծախսերի բարձր մակարդակ: Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի էական ավելացումը կարող է լինել ՀԱԾ-ի արդյունավետությունը բարձրացնելու ուղիներից մեկը, թեև, մի շարք երկրների ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում դեռևս բարձր է կանխիկ վճարումների մասնաբաժինը³¹, ինչն ուղղակիորեն հակասում է ՀԱԾ-ի հայեցակարգով ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանության բարելավման սկզբունքին: Մեկ այլ կենսունակ միջոց կարող է լինել ներքին առողջապահական ծախսերի վրա կենտրոնացումը՝ միաժամանակ բարձրացնելով արդյունավետությունը: Երկրները տեսականորեն կարող են հասնել ՀԱԾ-ի շատ ավելի բարձր ինդեքսի, եթե կարողանան մեկ շնչի հաշվով ընթացիկ ծախսերն ավելի արդյունավետ կառավարել: ՈՎՀ-ների գծով վատ արդյունքները խոչընդոտում են բազմաթիվ երկրներում ՀԱԾ-ի առաջընթացին. միտում, որը, ամենայն հավանականությամբ, կշարունակի վատթարանալ այնքան ժամանակ, քանի դեռ ՈՎՀ-ների ուղղությամբ որակյալ առողջապահական ծառայություններն առաջնահերթություն չեն ստացել երկրների և զարգացման գործակալությունների կողմից: Հատկապես ՑՄԵԵ-ում ՀԱԾ-ի բարելավումները հիմնականում պայմանավորված են եղել առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացմամբ, որոնք կենտրոնացած են վարակիչ հիվանդությունների, երեխաների առողջության և մայրական խնամքի վրա: Առողջապահական համակարգի առաջնահերթությունները սահմանելու և ֆինանսավորումն ավելացնելու տեսանկյունից նպատակային ջանքեր չգործադրե-

³¹ St' u Dieleman J.L., Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health: progress towards Sustainable Development Goal 3. Lancet 2020; published online April 23, DOI: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30608-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30608-5): Dieleman J.L., Sadat N., Chang A.Y. et al., Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. Lancet 2019; 393: 2233–60; DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4):

լու դեպքում ՀԱԾ-ի ընթացիկ ուղղությունները փոխելու հնարավորությունները կարող են նվազել:

ՀԱԾ-ի հայեցակարգը և, հետևաբար, դրա ինդեքսը չեն ներառում ճգնաժամերին դիմակայելու առողջապահական համակարգի կարողությունը: Համաճարակների և հիվանդությունների բռնկումները հստակ չեն հաշվարկվում ՀԱԾ-ի որևէ միջոցառման մեջ. դրանք տեղափոխվել են «հակահամաճարակային պատրաստվածության» առանձին բաժին: Այնուամենայնիվ, ինչպես տեսանք, COVID-19 համաճարակի պայմաններում ամբողջ բնակչության թեստավորումը, բուժումը, վերականգնումը և, հնարավորության դեպքում, պատվաստումների միջոցով համաճարակի կանխարգելումը, ընդհանուր առմամբ, դիտվում են որպես կայացած առողջապահական համակարգի հիմնական գործառույթներ:

Այսպիսով՝ ԿԶՆ 3.8 թիրախին համապատասխանող ՀԱԾ-ի ցանկացած ինդեքս պետք է ներառի առողջապահական համակարգի ավելի լայն նպատակներ³², ներառյալ՝ համաճարակների բռնկման դեպքում մահացության դեպքերի կրճատումը և հիվանդացությունը կանխելու կարողությունը՝ պահպանելով բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների մատուցումն այլ հավասար պայմաններում:

1.2

Համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային փոփոխությունները

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման չափը կարևոր է՝ համապարփակ առողջապահական ծածկույթի և առողջապահական այլ թիրախների իրականացման նպատակով անհրաժեշտ ռեսուրսները պլանավորելու և բաշխելու համար: Հիվանդությունների համաշխարհային բեռի առողջապահության ֆինանսավորման համագործակցային ցանցի կողմից կատարված հետազոտական աշխատանքներում անդրադարձ է կատարվել նախկինում իրականացված և կանխատեսվող առողջապահական ծախսերին, որոնք բաշխվել են ֆինանսավորման աղբյուրների հիման վրա: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության 2020 թ. զեկույցը փաստարկում է COVID-19 համավարակով պայմանավորված արտաքին ֆինանսավորման նվազման և ներքին պետական ֆինանսավորման ավելացման համաշխարհային պատկերը³³: Առողջության չափորոշիչների և գնահատման

³² Տե՛ս **Kruk M.E., Myers M., Varpilah S.T., Dahn B.T.**, What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; 385: 1910–12: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)

³³ Տե՛ս World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

միջազգային ինստիտուտի (ԱԶԳՄԻ) փորձագիտական խումբը նշում է, որ, տնտեսական զարգացմանը զուգընթաց, երկրները մեկ շնչի հաշվով ավելի շատ գումար են ծախսում առողջության վրա, իսկ COVID-19 համավարակի հետևանքով ծախսերի նվազող մասը բաժին է ընկնում արտաքին օգնությանը և կանխիկ վճարումներին³⁴:

Առողջապահական համակարգի ոչ բավարար ֆինանսավորման խնդրին բախվում են գրեթե բոլոր երկրների առողջապահական համակարգերը:

ԱՀԿ-ն առողջապահության ֆինանսավորումը սահմանում է որպես առողջապահական համակարգերի վեց հիմնական կառուցվածքային բաժիններից մեկը, իսկ համարժեք ֆինանսավորումը կարևոր նշանակություն ունի մյուս հինգ կառուցվածքային բաժինների համար³⁵: Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման առջև խնդիր է դրված ոչ միայն հավաքագրել բավարար ֆինանսական միջոցներ՝ առողջապահության ոլորտը ֆինանսավորելու համար, այլև դա անել բաշխման արդարացիությունը պահպանելու միջոցով³⁶: Ըստ վճարունակության սկզբունքի ֆինանսավորվող առողջապահական համակարգերը, ինչպիսիք են եկամտահարկի վրա հիմնվածները, նպաստում են և՛ ֆինանսական արդարության պահպանմանը, և՛ բնակչության առողջության բարելավմանը³⁷: Կանխիկ վճարումներից գերկախվածությունը նվազեցնում է չապահովագրված կամ թերապահովագրված անձանց բժշկական խնամքի մատչելիությունը և բուժման բարձր արժեքի պատճառով հիվանդությունների համաշխարհային բեռը մեծացնելու և աղքատությունն ավելացնելու ռիսկեր է ստեղծում³⁸: Ֆինանսական պաշտպանության կարևորության գիտակցումը հանգեցրել է դրա՝ որպես ՀԱԾ-ի երկու հենասյուներից մեկի դիտարկմանը՝ առողջապահական հիմնական ծառայությունների ծածկույթի հետ մեկտեղ, ինչպես նշված է ԿԶՆ-3-ում³⁹: Փորձառական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի կրճատումը կարող է հանգեցնել երեխաների, մեծա-

³⁴ St' u Institute Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME, 2020, էջ 44-53:

³⁵ St' u WHO. World Health Report 2010—health systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010. <https://www.who.int/whr/2010/en/>

³⁶ St' u **Gottret P., Schieber G.**, 2006. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7094> License: CC BY 3.0 IGO:

³⁷ St' u **Reeves A., Gourtsoyannis Y., Basu S., McCoy D., McKee M., Stuckler D.**, Financing universal health coverage-effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. Lancet 2015, 386: 274-80: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60574-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8)

³⁸ St' u **Xu K., Evans D.B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C.J.**, Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003, 362: 111-17: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)

³⁹ Ավելի մանրամասն տե՛ս United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations, 2015. Sustainable Development Goal 3, <https://www.who.int/sdg/targets/en/>

հասակների և մայրական մահացության աճի⁴⁰: Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ առողջապահական ծախսերի ցածր մակարդակ ունեցող երկրները ՀԱԾ-ի առումով ավելի ցածր ցուցանիշներ են արձանագրել⁴¹: Հարկային եկամուտներով և կանխիկ վճարումներով պայմանավորված՝ բարձր ծախսերի բացահայտված ռիսկերը երկրներին ստիպում են կենտրոնանալ առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների կառուցվածքի բարելավման վրա:

Առողջապահության ֆինանսավորման անցումային տեսությունը մշակվել է վերջին տասնամյակում՝ Համաշխարհային բանկի (ՀԲ) եկամտային խմբի երկրների և ՀՀԲ յոթ տարածաշրջանների առողջապահության ֆինանսավորման մակարդակի ու աղբյուրների կառուցվածքի աստիճանական փոփոխությունները բնութագրելու համար: Ֆինանսավորման անցումային փուլը սկսվում է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի նախնական ցածր մակարդակից, որը հիմնականում գոյանում է կանխիկ վճարումների կամ դոնորների միջոցների հաշվին, և աստիճանաբար անցում է կատարվում մեկ շնչի հաշվով ավելի բարձր առողջապահական ծախսերի՝ հիմնվելով առավելապես պետական ֆինանսավորման վրա⁴²: Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական ռեսուրսների հաշվետվողականությունը կարևոր նախապայման է առողջապահական համակարգերի գործունեության արդյունավետությունը գնահատելու, ֆինանսավորման անցումային փուլում առաջընթացը բնութագրելու կամ քաղաքականության ուղենշային փոփոխությունները կանխատեսելու համար: Բացի այդ, համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման վերլուծությունը քաղաքականություն իրականացնողներին և դոնորներին հնարավորություն է տալիս կանխատեսելու մատուցվող ծառայությունների ծավալը և հայտնաբերելու ակնկալվող ֆինանսավորման անբավարար լինելու փաստերը: Մի շարք երկրների փորձը մատնանշում է առողջապահության ֆինանսավորման համապարփակ գնահատականների կարևորությունը որոշումների կայացման և վերլուծության հարցում⁴³:

⁴⁰ Տե՛ս *Bokhari F. A. S., Gai Y., Gottret P.*, Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ* 2007; 16: 257–73: DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1157>: *Moreno-Serra R., Smith P. C.*, Broader health coverage is good for the nation’s health: evidence from country level panel data. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc* 2015 Jan; 178(1): 101–24: DOI: <https://doi.org/10.1111/rssa.12048>: *Budhdeo S., Watkins J., Atun R., Williams C., Zeltner T., Maruthappu M.*, Changes in government spending on healthcare and population mortality in the European union, 1995–2010: a cross-sectional ecological study. *J R Soc Med* 2015; 108: 490–98: DOI: [10.1177/0141076815600907](https://doi.org/10.1177/0141076815600907)

⁴¹ Տե՛ս *Dieleman J.L., Sadat N., Chang A.Y. et al.*, Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019; 393: 2233–60: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

⁴² Տե՛ս *Fan V.Y., Savedoff W.D.*, The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence. *Social Science & Medicine*. Volume 105, March 2014. e112–121: DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.01.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014)

⁴³ Տե՛ս *Cashin Ch.*, Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context. *World Bank Studies*. Washington, DC: World Bank. 2016. doi:10.1596/978-1-4648-0796-1. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

COVID-19 համավարակի բռնկումը փաստում է կայուն առողջապահական համակարգերի, համաշխարհային ճգնաժամերի կանխարգելմանն անհրաժեշտ ֆինանսական հոսքերի և հակահամաճարակային բազմակողմանի պատրաստվածության կարևորությունը:

Համավարակը վեր հանեց առանձին երկրների կարողությունները և խոցելիության աստիճանը՝ արտակարգ իրավիճակներում հակահամաճարակային պատրաստվածությունը ստուգելու, իրավիճակը վերահսկելու և ռիսկերը կառավարելու առումներով: Ճգնաժամի ծավալները, որ առաջացրել և շարունակում է առաջացնել COVID-19-ը, խիստ մտահոգիչ են: Համավարակի սկզբից ի վեր COVID-19-ի ազդեցությունն ամբողջ աշխարհում առողջապահական և տնտեսական համակարգերի վրա չափազանց մեծ էր: Համավարակն ամբողջ աշխարհում խլել է միլիոնավոր կյանքեր, վարակել տասնյակ միլիոնավոր մարդկանց և պատճառել է տրիլիոնավոր դոլարների տնտեսական վնաս: Միացյալ Նահանգներում COVID-19-ից մահացածների թիվն այժմ գերազանցում է Երկրորդ համաշխարհային պատերազմի, Կորեայի, Վիետնամի, Պարսից ծոցի, Աֆղանստանի և Իրաքի պատերազմների ընթացքում ԱՄՆ-ի կրած զոհերի թիվը միասին վերցրած: 2023 թ. նոյեմբերի դրությամբ ամբողջ աշխարհում գրանցվել է մոտավորապես 771.8 մլն COVID-19-ով հիվանդացության դեպք, իսկ COVID-19 համաճարակից գրանցված մահացության դեպքերի թիվը հասնում է 6.9 մլն⁴⁴:

COVID-19-ն ուղղակի ազդեցություն է ունեցել նաև ոչ կորոնավիրուսային առողջապահական ծառայությունների վրա՝ հիվանդացության և մահացության տեսանկյունից: Սոցիալական հեռավորության և, այսպես կոչված, արգելափակման քաղաքականությունները նվազեցրել են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայությունների սպառումը, ինչպիսիք են իմունացումը, նախաձննդյան խնամքը, ընտրովի վիրաբուժությունը և ոչ վարակիչ հիվանդությունների բուժումը⁴⁵: Այդ ծառայությունների ինչպես պահանջարկի, այնպես էլ առաջարկի վրա ազդել են որոշակի վայրում և ժամանակահատվածում սահմանափակումների մակարդակը, ինչպես նաև առողջապահական հաստատություններում բժշկական օգնություն ստանալու ռիսկը: Հետաձգված բժշկական օգնությունը, հատկապես ՌՎՀ-ների դեպքում, ինչպիսիք են քաղցկեղը, շաքարախտը և հիպերտոնիան, առողջապահական տեսանկյունից կարող է կործանարար երկարաժամկետ հետևանքներ ունենալ: COVID-19 հիվանդացությամբ և այլ առողջական խնդիրներով պայմանավորված՝ ռիսկի գործոնների բաշխումը առողջապահության ոլոր-

⁴⁴ Տե՛ս COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

⁴⁵ Տե՛ս WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19. Geneva: World Health Organisation; 15 October 2020, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

տում և դրանից դուրս ծախսերի անցման համապարփակ վերլուծության անհրաժեշտություն է առաջացնում:

COVID-19 համավարակը նաև ընդգծեց հակահամաճարակային պատրաստվածության լրացուցիչ ծախսերի անհրաժեշտությունը և ապագա ճգնաժամերը կանխարգելող համաշխարհային համերաշխության կարևորությունը:

Համաշխարհային առողջապահական հաշիվների (2011) և ԱՀԿ համաշխարհային առողջապահական ծախսերի շտեմարանի (ՀԱԾՇ) կողմից առողջապահական ծախսերը սահմանվում են որպես ծառայությունների, ապրանքների և հիմնական ենթակառուցվածքների վրա ծախսված գումար՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար⁴⁶: Ըստ առողջապահության ֆինանսավորման չորս հիմնական աղբյուրների (պետական ծախսեր, կանխիկ վճարումներ, կանխավճարային մասնավոր ծախսեր և արտաքին օգնություն)՝ գնահատվում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերը ՀՔ եկամտային խմբի երկրների և ՀՀԲ տարածաշրջանների համար: Պետական, կանխիկ և կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ վիճակագրական տվյալները, որոնք միասին կազմում են ընդհանուր ներքին առողջապահական ծախսերը, հասանելի են 1995–2020 թվականների համար⁴⁷: Պետական առողջապահական ծախսերն ընդգրկում են առողջության սոցիալական ապահովագրությունը և պարտադիր մասնավոր ապահովագրությունը, ինչպես նաև հանրային առողջապահական ծրագրերը: Կանխիկ վճարումները ներառում են հիվանդի կամ նրա ընտանիքի կողմից կատարվող առողջապահական ծախսերը, բացառություն են կազմում նախապես վճարված ապահովագրավճարները: Կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսերը ներառում են կամավոր մասնավոր ապահովագրության և ոչ պետական առողջապահական գործակալությունների ծախսերը: Արտաքին օգնությունը սահմանվում է որպես զարգացման առողջապահական գործակալությունների ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ներդրումներ՝ ուղղված ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում բնակչության առողջության պահպանմանը կամ բարելավմանը: Ներքին առողջապահական ծախսերի և արտաքին օգնության գումարը՝ հանած զարգացման առողջապահական գործակալությունների գործունեությանն անհրաժեշտ վարչական ծախսերը, կազմում է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի փաթեթը յուրաքանչյուր երկրի և տարվա համար:

⁴⁶ St'u WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts, 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

⁴⁷ Համաշխարհային առողջապահության ֆինանսական ցուցանիշները հրապարակվում են երկու տարին մեկ անգամ, ուստի դեռ հնարավոր չէ համապարփակ գնահատականներ տալ համավարակի հետևանքով 2021–2022 թվականներին տեղի ունեցած առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային փոփոխությունների վերաբերյալ:

Առողջության պարտադիր և կամավոր ապահովագրավճարների, սոցիալական ապահովագրության վճարների, տնային տնտեսություններից, առևտրային կազմակերպություններից ու տնային տնտեսությունների սպասարկող ոչ առևտրային կազմակերպություններից ստացվող պետական առողջապահական ներքին եկամուտների վերաբերյալ վիճակագրական տվյալները վերցվել են ԱՀԿ ՀԱԾԾ-ից⁴⁸: ՀԱԾԾ տվյալները չեն ներառում խոշոր ներդրումային ծախսերը (օրինակ՝ հիվանդանոցների կառուցում, բուժաշխատողների կրթություն և ուսուցում): Առողջապահական ծախսերի տվյալները դուրս են բերվել ազգային արժույթի ընթացիկ հաշիվներով, գնանկվել են մինչև 2020 թ. ազգային արժույթով և փոխարկվել նույն թվականի ԱՄՆ դոլարի փոխարժեքով: ՀՆԱ դեֆլյատորի և արժույթի փոխարժեքները վերցվել են ԱՄՀ «Համաշխարհային տնտեսության զարգացման հեռանկարներ» զեկույցից⁴⁹:

COVID-19 առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումների տվյալները մշակվել են 124 երկրի համար: Տվյալները ներառում են ինչպես բյուջետային կանոնավոր հատկացումները, այնպես էլ COVID-19 առողջապահական արձագանքման արտաբյուջետային հատկացումները: Դրանք կազմվել են հիմնականում Արժույթի միջազգային հիմնադրամի, Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ), Աֆրիկյան համագործակցային բարեփոխումների նախաձեռնության, Առողջապահական համակարգերի ու քաղաքականության եվրոպական շտեմարանի վիճակագրական տվյալների հիման վրա: Հիմնական տվյալները հավաքագրվել են ֆինանսների և առողջապահության նախարարությունների կայքերից: Չնայած դրանք կարող են չարտացոլել COVID-19 առողջապահական արձագանքման ճշգրիտ ծախսերը, սակայն, առայժմ, երկրների կառավարությունների ստանձնած պարտավորությունների վերաբերյալ միակ հասանելի տվյալներն են: Տվյալների շտեմարանը ներառում է COVID-19 առողջապահական արձագանքման բյուջետային պարտավորությունների ցուցանիշներ *բարձր* (41), *միջին* (66) և *ցածր* (17) եկամտային խմբերի համար⁵⁰: Գնահատվում են նաև COVID-19 ճգնաժամի հնարավոր հետևանքները մակրոտնտեսական և հարկաբյուջետային ցուցանիշների վրա՝ որպես հիմք ընդունելով ծառայությունների սպառման և առողջապահական ծախսերի նախկին միտումները: Պատմական միտումները համադրելով ԱՄՀ և ՀԲ կանխատեսումների հետ՝ քննարկվում է փոփոխության հավանական ուղղությունը, բացահայտվում են ինչպես պետական, այնպես

⁴⁸ Տե՛ս WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>

⁴⁹ Տե՛ս International Monetary Fund. 2021. World Economic Outlook: Recovery during a Pandemic—Health Concerns, Supply Disruptions, Price Pressures. Washington, DC, October:

⁵⁰ Տե՛ս WHO Dataset Government COVID 19 Allocations (November 2020), https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIyslI21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740

էլ մասնավոր առողջապահական ծախսերի ռիսկերը, գնահատվում է ՀԱԾ-ի առաջընթացի վրա ունեցած ազդեցությունը:

1995 թ. համաշխարհային առողջապահական ծախսերը կազմել են 3.5 տրլն ԱՄՆ դոլար, գնողունակության համարժեքությամբ ճշգրտված՝ 4.3 տրլն ԱՄՆ դոլար, ինչը համաշխարհային ՀՆԱ 8.1%-ն էր: 2020 թ. առողջապահական ծախսերն աճել են մինչև 9.0 տրլն ԱՄՆ դոլար՝ կազմելով համաշխարհային ՀՆԱ 10.8%-ը. վերջին հինգ տարում առաջին անգամ առողջապահական ծախսերն աճել են ավելի դանդաղ, քան ՀՆԱ-ն⁵¹: Նախնական գնահատականների համաձայն՝ համաշխարհային առողջապահական ծախսերը կորոնավիրուսային համավարակի ընթացքում նվազել են 1.1%-ով, ինչը մասամբ պայմանավորված էր ԱՄՆ դոլարի փոխարժեքի բարձրացմամբ⁵²:

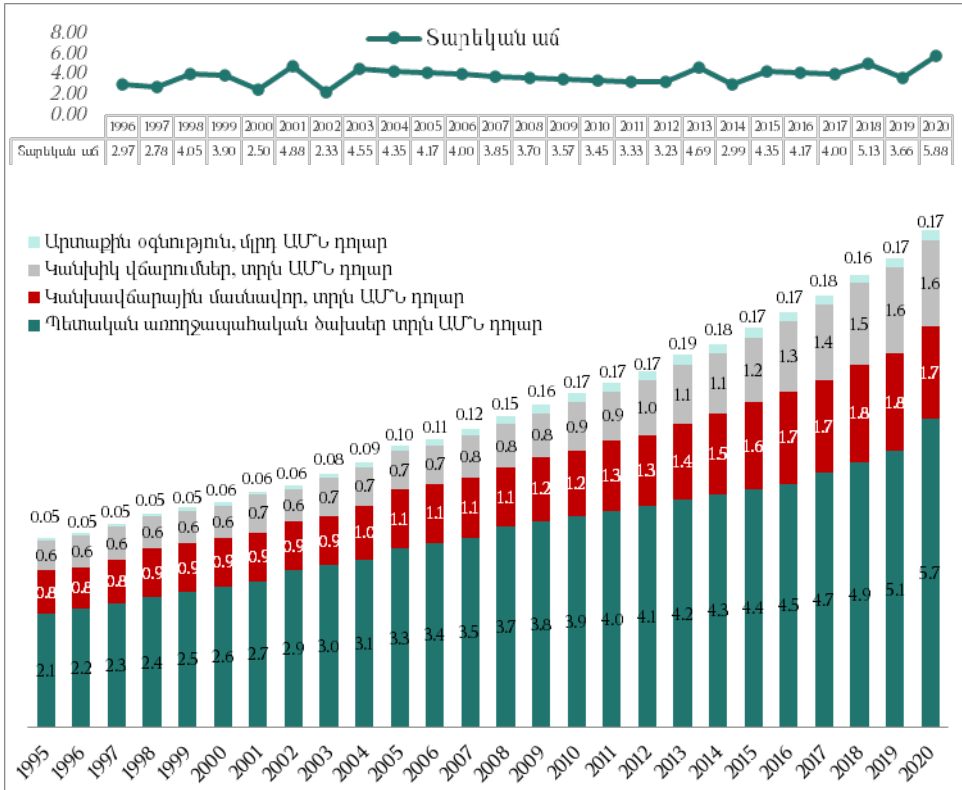
1995 թ.-ից ի վեր ընդհանուր առողջապահական ծախսերում աղբյուրների մասնաբաժինները փոփոխվել են հետևյալ կերպ. պետական առողջապահական ծախսերը 1995 թ. կազմել են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 58.8%-ը, 2020 թ.՝ 60.01%-ը, կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսերը 21.3%-ից աննշան աճ են արձանագրել՝ հասնելով մինչև 21.57%-ի, կանխիկ վճարումները նվազել են՝ 19.8%-ից հասնելով 18.22%-ի, արտաքին օգնությունը 0.1%-ից դարձել է 0.2% (զծապատկեր 1.4):

1995 թ. ֆինանսական ռեսուրսների 87.6%-ը ծախսվել է ներկայումս բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, 9.8%-ը՝ միջինից բարձր, 2.2%-ը՝ միջինից ցածր և միայն 0.3%-ը՝ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում: 2020 թ. առողջապահական ծախսերի 80%-ը ծախսվել է բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, 15.8%-ը՝ միջինից բարձր, 4.0%-ը՝ միջինից ցածր և 0.2%-ը՝ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում, թեև բարձր եկամտի խմբի երկրներում ապրում է համաշխարհային բնակչության 15%-ը, միջինից բարձր եկամտի խմբի երկրներում՝ 33%-ը, միջինից ցածր եկամտի խմբի երկրներում՝ 44%-ը, իսկ ցածր եկամտի խմբի երկրներում՝ 8.0%-ը⁵³:

⁵¹ St’u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA: IHME, 2023:

⁵² St’u International Monetary Fund. 2021. World Economic Outlook: Recovery during a Pandemic—Health Concerns, Supply Disruptions, Price Pressures. Washington, DC, October:

⁵³ St’u Global spending on health: rising to the pandemic’s challenges. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3:



Գծապատկեր 1.4

Համաշխարհային առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը, 1995-2020 թթ., ԱՄՆ դոլար⁵⁴

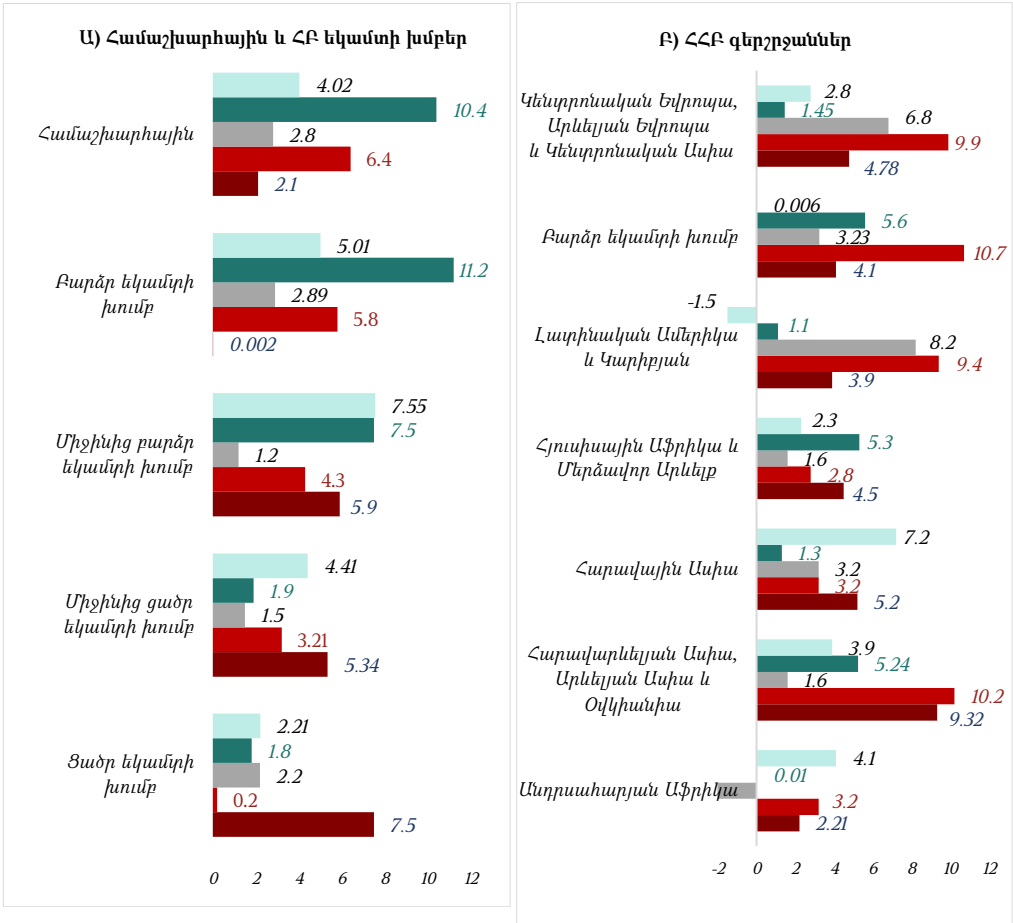
1995–2020 թթ. համաշխարհային մասշտաբով նկատվել է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի էական աճ՝ տարեկան 5.88%-ով, թեև այս շեմը, մեկ շնչի հաշվով, առողջապահական ծախսերի տեսանկյունից ավելի ցածր էր (4.02%)։ Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենամեծ աճի տեմպերը արձանագրվել են միջինից բարձր եկամուտ (7.55%) և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (6.41%)⁵⁵ (գծապատկեր 1.5)։

Միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում աճի ամենամեծ աղբյուրը պետական առողջապահական ծախսերն են (7.5%), իսկ միջինից ցածր եկամուտ ունեցողներում ամենաարագ աճը գրանցվել է արտաքին օգնության ցուցանիշի գծով (5.9%)։ Ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում մեկ շնչի

⁵⁴ Տե՛ս WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁵⁵ Տե՛ս Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA: IHME, 2023:

հաշվով արտաքին օգնությունն արագորեն աճել է՝ տարեկան 7.5%-ով, չնայած մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերի աճը մնացել է ցածր՝ կազմելով տարեկան 2.21%⁵⁶:



- Մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերը
- Մեկ շնչի հաշվով կանխիկ վճարումները
- Մեկ շնչի հաշվով արտաքին օգնությունը
- Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերը
- Մեկ շնչի հաշվով կանխավճարային մասնավոր ծախսերը

Գծապարկեր 1.5

Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի փոփոխության տարեկան տեմպն ըստ աղբյուրի՝ ՀԲ եկամտային խմբի (Ա) և ՀՀԲ գերըջանների (Բ), 1995-2020 թթ., %⁵⁷

⁵⁶ St'u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2020: The impact of COVID-19. Seattle, WA: IHME, 2021:

⁵⁷ St'u WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/gbed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Աշխարհագրական տեսանկյունից՝ 1995–2020 թթ. Հարավարևելյան Ասիա, Արևելյան Ասիա և Օվկիանիա տարածաշրջանում մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենաբարձր տարեկան աճը կազմել է 9.32%, ինչը պայմանավորված էր հիմնականում պետական առողջապահական ծախսերի (10.2%) և կանխիկ վճարումների մեծ աճով (5.24%), մինչդեռ Անդր-սահարյան Աֆրիկյան ունեցել է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենացածր աճը (2.21%)՝ պետական առողջապահական ծախսերի (3.2%) աննշան աճով և կանխավճարային մասնավոր ծախսերի կտրուկ նվազմամբ (4.1%)⁵⁸:

Բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում մեկ շնչի հաշվով կանխավճարային մասնավոր ծախսերի աճ է գրանցվել (3.23%) այն դեպքում, երբ 2014–2016 թթ. դրանք կտրուկ նվազել էին (2.12%): Դա պայմանավորված էր 2014 թ. ԱՄՆ-ի «Հիվանդների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին» օրենքում ապահովագրական մանդատի ընդունմամբ, ինչի արդյունքում առողջապահական ծախսերը վերադասակարգվել էին. ի սկզբանե կանխավճարային մասնավոր ծախսերը վերափոխվել էին պետական առողջապահական ծախսերի, քանի որ օրենքով դարձել էին պարտադիր⁵⁹:

Տարրալուծման (դեկոմպոզիցիոն) մեթոդի օգնությամբ ներկայացնենք մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի փոփոխությունները (1995–2020 թթ.) և դրանք հիմքում ընկած գործոնների միջև կապը: Ժողովրդագրական տարրալուծման մեթոդի կիրառման դեպքում նախանշված գործոնների յուրաքանչյուր խմբում փոփոխությունները կապված են արդյունքային փոփոխությունների հետ (մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսեր)⁶⁰: Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի մակարդակի վրա ազդում են երեք հիմնական գործոններ. **տնտեսական աճը**, որը չափվում է մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ (ՀՆԱ/բնակչություն) ցուցանիշով, **ընդհանուր պետական ծախսերի աճը**, որը պետական ծախսերի մասնաբաժինն է ՀՆԱ-ում (պետական ծախսեր/ՀՆԱ), և **առողջապահության ոլորտի առաջնահերթությունները**, որոնք առողջապահության ոլորտի ծախսերի համամասնությունն են պետական ծախսերում (պետական առողջապահական ծախսեր/պետական ծախսեր): Այս երեք գործոնների արդյունքը մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերն են (պետական առողջապահական ծախսեր /բնակչություն):

⁵⁸ St’u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2020: The impact of COVID-19. Seattle, WA: IHME, 2021:

⁵⁹ St’u OECD, Eurostat and World Health Organization (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing. Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

⁶⁰ St’u *Das Gupta P.*, Standardization and decomposition of rates: a user’s manual. US Bureau of the Census, 1993, <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/1993/demo/p23-186.pdf>

$$\frac{\text{Պետ. առողջ. ծախսեր}}{\text{Բնակչություն}} = \frac{\text{ՀՆԱ}}{\text{Բնակչություն}} * \frac{\text{Պետական ծախսեր}}{\text{ՀՆԱ}} * \frac{\text{Պետ.առողջ. ծախսեր}}{\text{Պետական ծախսեր}} \quad (1)$$

Տարրալուծման այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս չափելու յուրաքանչյուր գործոնի հարաբերական մեծությունն ուսումնասիրված ժամանակահատվածում մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի փոփոխություններում:

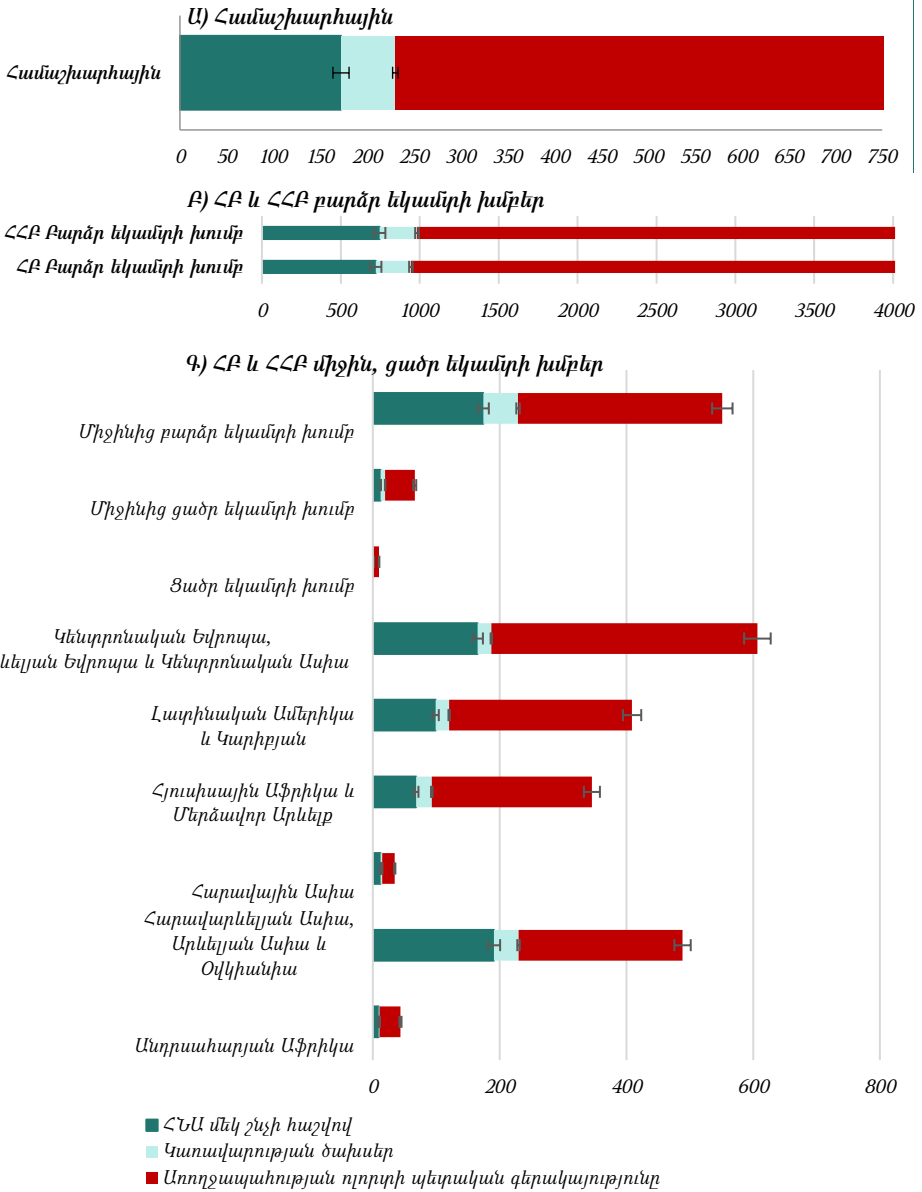
Համաշխարհային մակարդակով պետական առողջապահական ծախսերի վրա ազդող հիմնական գործոններից է առողջապահության ոլորտում պետական առաջնահերթությունների (գերակայության) ավելացումը, ինչը կապված է 1995–2020 թթ. մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի՝ 421.55 ԱՄՆ դոլարով տարեկան աճի հետ: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի աճը խթանող մյուս կարևոր գործոնը տնտեսական աճն է՝ մեկ շնչի հաշվով 256 ԱՄՆ դոլար⁶¹ (գծապատկեր 1.6):

Բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, ինչպես նաև Հյուսիսային Աֆրիկայում և Մերձավոր Արևելքում մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի վրա ազդող նշանակալի գործոն են առողջապահության ոլորտի պետական գերակայությունները, մինչդեռ մյուս եկամտային խմբի երկրներում փոփոխությունների հիմնական շարժիչը տնտեսական աճն է: Ընդհանուր առմամբ, պետական ծախսերի ավելացումը հանգեցրել է պետական առողջապահական ծախսերի էական աճի միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, Հարավարևելյան Ասիա, Արևելյան Ասիա և Օվկիանիա, Լատինական Ամերիկա և Կարիբյան ավազան տարածաշրջաններում: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի ամենափոքր աճը գրանցվել է ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում, հատկապես՝ Հարավային Ասիա և Անդրսահարյան Աֆրիկա տարածաշրջաններում, որտեղ տնտեսական աճը առողջապահական ծախսերի աճին նպաստող հիմնական գործոնն է:

Առողջապահության ֆինանսավորման մի տեսակից մյուսին անցման ժամանակ դրսևորվում են երկու հիմնական միտումներ. մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերն աճում են, իսկ առողջապահական ծառայություններին ուղղված կանխիկ ծախսերի մասնաբաժինը՝ նվազում⁶²: Տնտեսական աճին զուգընթաց, ընդհանուր առողջապահական ծախսերում արտաքին օգնության մասնաբաժնի նվազման հետ մեկտեղ, երկրները հակված են լրացնելու այդ բացը՝ ավելացնելով կանխիկ վճարումները և պետական առողջապահական ծախսերը:

⁶¹ St'u WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

⁶² St'u *Fan V.Y., Savedoff W.D.*, The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence. Social Science & Medicine. Volume 105, March 2014.e112-121: DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.01.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014):



Գծապարկեր 1.6

Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի փոփոխությունների վրա ազդող գործոնները 1995–2020 թթ., ԱՄՆ դոլար⁶³

⁶³ Տե՛ս WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/gbed/en/>: IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Վերոնշյալ միտումն արտահայտված է ցածր և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրների ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կանխիկ վճարումների աճով: «Բացակայող միջին» եզրույթն օգտագործվում է միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում խնդրահարույց իրավիճակը բնութագրելու համար, քանի որ այդ երկրները սկսում են ավելի քիչ արտաքին օգնություն ստանալ, բայց դեռ չեն լրացնում ֆինանսավորման ճեղքվածքը պետական ծախսերի միջոցով և, փոխարենը, ավելի շատ են ապավինում լրացուցիչ կանխիկ ծախսերին⁶⁴: Այսպես՝ միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում 2020 թ. արձանագրվել է կանխիկ ծախսերի ամենաբարձր ցուցանիշը (47.31%)՝ նույնիսկ ավելի բարձր, քան ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (43.78%), քանի որ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում դեռևս մեծ է արտաքին օգնության (28.52%) ծախսերի մասնաբաժինը⁶⁵: Չնայած համաշխարհային այս օրինաչափությանը՝ նկատելի են պետական առողջապահական ծախսերի համամասնության մեծ տատանումներ. 2020 թ. բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում պետական առողջապահական ծախսերին բաժին է ընկել ընդհանուր ծախսերի 62.01%-ը, միջինից բարձր եկամուտ ունեցողներում՝ 56.03%-ը, միջինից ցածր եկամուտ ունեցողներում՝ 39.87%-ը, ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 23.00%-ը⁶⁶:

COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներ: Պետական առողջապահական ծախսերի վերոնշյալ անհամամասնությունները օրինաչափորեն արտացոլվել են COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներում: COVID-19 համավարակով պայմանավորված՝ հիվանդության կանխարգելումը, թեստավորումը և բուժումը, ինչպես նաև տնտեսությունը խթանելու անհրաժեշտությունը հանգեցրել են բյուջեից բացառիկ հատկացումների՝ չնայած ծառայությունների վրա ճնշումները յուրաքանչյուր երկրում տարբեր են:

Վերլուծության ենթարկված երկրներում առողջապահության բյուջետային հատկացումները շատ տարբեր են. ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրների մեծ մասը մինչ օրս մեկ շնչի հաշվով 10 ԱՄՆ դոլարից պակաս գումար է հատկացրել, բարձր եկամուտ ունեցող մի շարք երկրներում այդ ցուցանիշը ավելի քան 50 ԱՄՆ դոլար է: Առաջատար 10 երկրներում միջին հատկացումը 465 ԱՄՆ դոլար է: Ընդհանուր առմամբ, մեկ շնչի հաշվով հատկացումների տատանումն ամենացածրը ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում է, որտեղ մեկ շնչի հաշվով ամենաբարձր ցուցանիշը 28 ԱՄՆ դոլար է, իսկ մեկ շնչի հաշվով ամենաբարձր հատկացումները կատարվել են

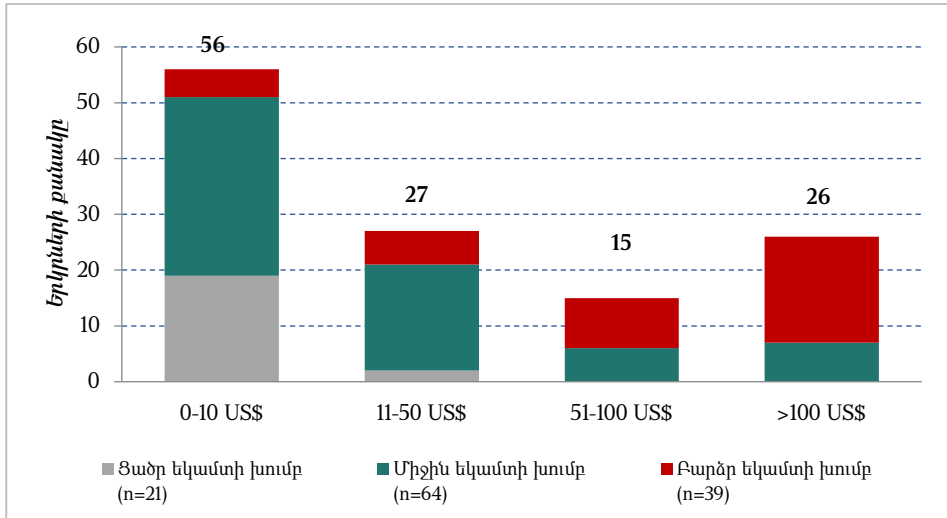
⁶⁴ St' u Dercon S., Lea N., The missing middle-or is there an obvious resource gap for LMICs? May, 2015, <https://studylib.net/doc/13003145/the-missing-middle>:

⁶⁵ St' u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA: IHME, 2023:

⁶⁶ St' u WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023.

<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

միջին (215 ԱՄՆ դոլար) և բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում (886 ԱՄՆ դոլար): Չնայած COVID-19-ին արձագանքման բյուջետային հատկացումներում առողջապահական մասհանումների բացառիկ աճին՝ որոշ երկրներում ոչ կորոնավիրուսային առողջապահական ծառայությունների ծախսերը կրճատվել են (գծապատկեր 1.7):

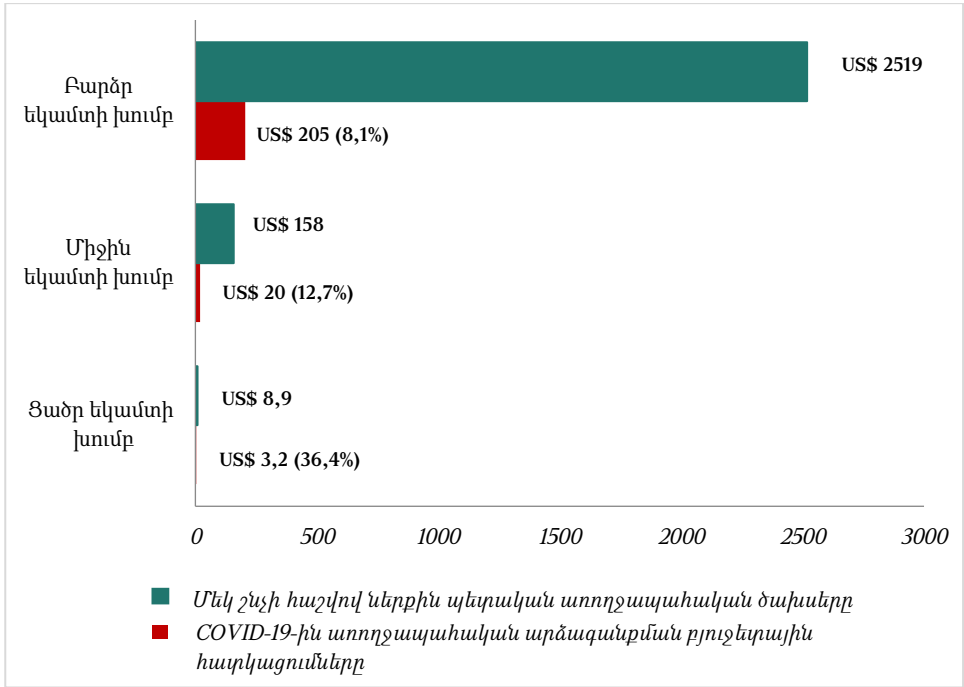


Գծապատկեր 1.7

COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման՝ մեկ շնչի հաշվով բյուջետային հատկացումներն ըստ ծախսերի միջակայքի, 2020 թ.⁶⁷

Ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում 2020 թ. առողջապահական բյուջեներն անհամաչափորեն են ազդել COVID-19-ին արձագանքման առողջապահական միջոցառումների վրա: Գրեթե բոլոր երկրներն ավելացրել են առողջապահության բյուջետային հատկացումները՝ չնայած աճն ավելի մեծ էր ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում: COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում կազմել են նախակորոնավիրուսային պետական առողջապահական ծախսերի 8.1%-ը, միջին եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 12.7%-ը, ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 36.4%-ը: Բացարձակ արտահայտությամբ՝ մեկ շնչի հաշվով առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում անհամեմատ բարձր են (205 ԱՄՆ դոլար), քան՝ միջին (20 ԱՄՆ դոլար) և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (3.2 ԱՄՆ դոլար) (գծապատկեր 1.8):

⁶⁷ Տե՛ս WHO Dataset Government COVID 19 Allocations (November 2020), https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysl12IOBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740



Գծապատկեր 1.8

Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերը և COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներն ըստ եկամտային խմբերի, 2020 թ.⁶⁸

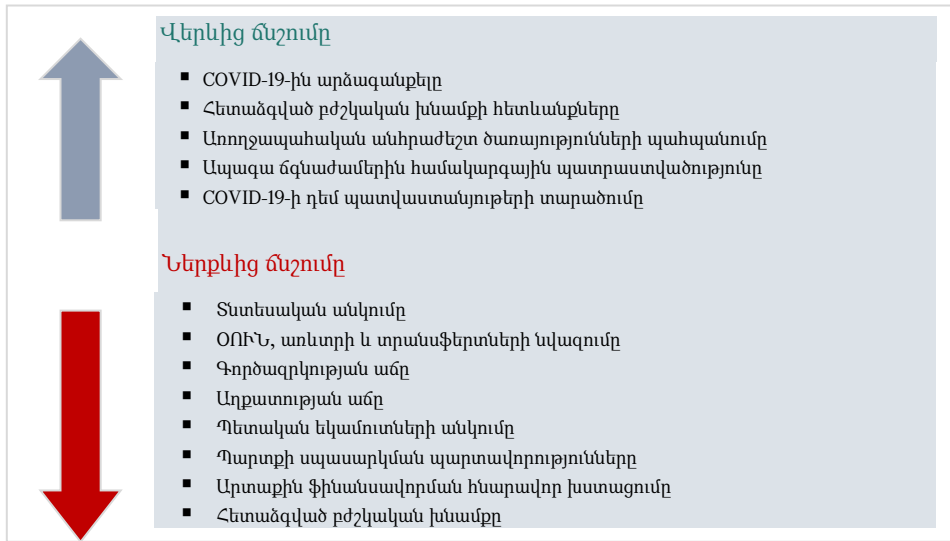
Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող մի շարք երկրներում COVID-19-ին արձագանքման բյուջետային հատկացումները չեն իրացվել իրենց ամբողջ ներուժով, ինչը մասամբ պայմանավորված է բյուջեի կատարումը խոչընդոտող պետական ֆինանսավորման խնդիրներով (հետաձգված ծախսեր, գնումների ընթացակարգեր և մատակարարման խնդիրներ)⁶⁹:

Առողջապահական ծախսերի վրա COVID-19 ճգնաժամի միջին և երկարաժամկետ ազդեցությունը կախված կլինի մակրոտնտեսական ցուցանիշների դինամիկայից և առողջապահական ծառայությունների պահանջարկի ու առաջարկի փոփոխվող ձևերից: Վերևից ճնշումը պայմանավորված է COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման ձգձգված պատասխան միջոցառումներով, ներառյալ՝ պատվաստանյութերի տարածումը և ոչ կորոնավիրուսային առողջապահական ծառայությունների պահպանումը, համավարակի ընթացքում հետաձգված բժշկական խնամքի հետևանքով առաջացած

⁶⁸ Տե՛ս նույն տեղը:

⁶⁹ Տե՛ս **Rahim F., Allen R., Barroy H., Gores L., Kutzin J.**, COVID-19 funds in response to the pandemic. Washington, DC: International Monetary Fund. 2020: <https://blog-pfm.imf.org/en/pfmblog/2020/08/covid-19-funds-in-response-to-the-pandemic>:

վնասի վերականգնումը և ապագա ճգնաժամերին առողջապահական համակարգերի ավելի լավ նախապատրաստումը (գծապատկեր 1.9):



Գծապատկեր 1.9

Համաշխարհային առողջապահական ծախսերի վրա COVID-19 համավարակի ազդեցության ուղիները⁷⁰

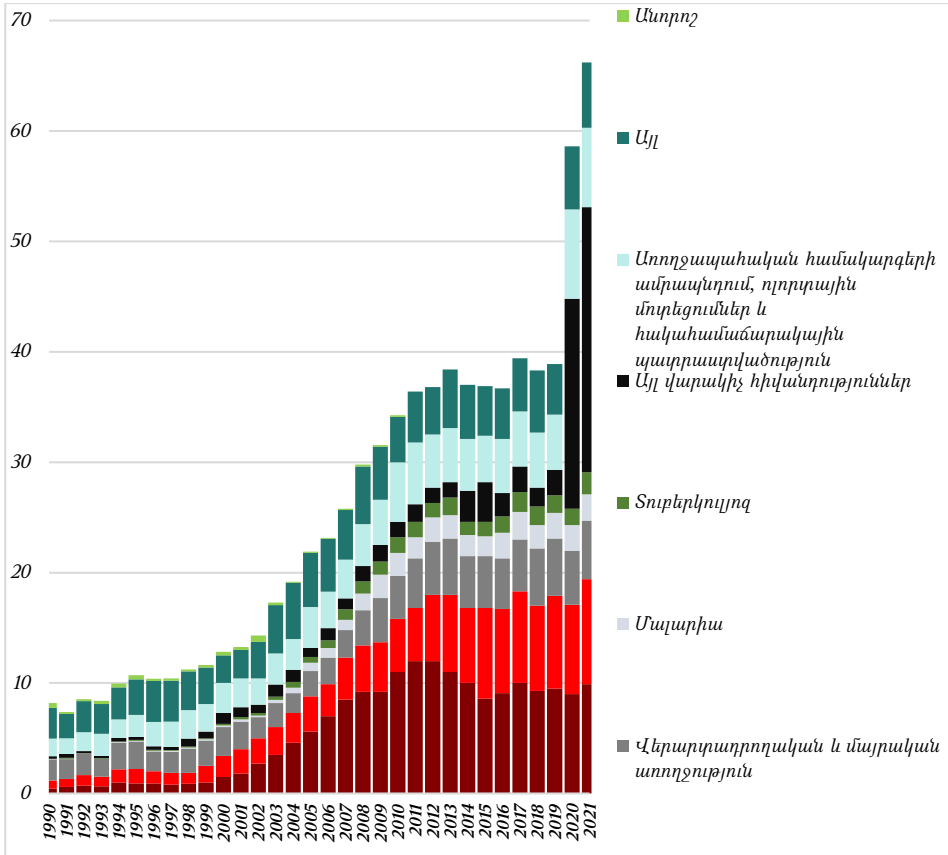
Ներքևից ճնշումը պայմանավորված է ընդհանուր մակրոտնտեսական միջավայրի փոփոխություններով, որը բնութագրվում է ՀՆԱ կրճատմամբ, գործազրկության աճով, տրանսֆերտների ցածր մակարդակով, աղքատության մակարդակի բարձրացմամբ, օտարերկրյա ուղղակի ներդրումների և առևտրային հոսքերի նվազմամբ, պետական եկամուտների անկմամբ և պակասորդային ծախսերից ավելի մեծ կախվածությամբ:

Ի թիվս բազմաթիվ այլ ազդեցությունների՝ COVID-19-ը նաև հանգեցրել է արտաքին օգնության միջոցների զգալի աճի: Արտաքին օգնությունը 2010–2019 թթ. հիմնականում տատանվում էր տարեկան 35.3–40.6 մլրդ ԱՄՆ դոլարի միջակայքում⁷¹: Սակայն ինչպես COVID-19-ի առաջադրած մարտահրավերները, այնպես էլ դրա դեմ պայքարի համաշխարհային ջանքերը 2020–2021 թթ. հանգեցրել են ընդհանուր արտաքին օգնության աճի 8.6%-ով՝ 2019–2020 թթ. 43.9% աննախադեպ աճի համեմատությամբ: Նախնական գնահատականներով 2021 թ-ին արտաքին օգնությունը կազմել է 67.4 մլրդ ԱՄՆ դոլար, որից 45.6 մլրդ ԱՄՆ դոլարը հատկացվել է COVID-19-ի առող-

⁷⁰ Տե՛ս Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

⁷¹ Տե՛ս IHME. Financing global health. DAH. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

ջապահական արձագանքմանը, ներառյալ՝ առողջապահական և լոգիստիկ ծախսերը: COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումները հետևյալն են. 2020 թ. արտաքին օգնությունը կազմել է 41.2 մլրդ ԱՄՆ դոլար՝ մոտ 1.8%-ով ավելի, քան 2019 թ-ին էր: Այլ վարակիչ հիվանդությունների կատեգորիան, որը ներառում է COVID-19-ը, ամենամեծ աճն է գրանցել՝ 2020–2021 թթ. ընթացքում 26.1%-ով (զժապատկեր 1.10):



Գժապարկեր 1.10

Արտաքին օգնության և COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումների ծավալներն ըստ առողջապահության ոլորտների, 1990–2021 թթ., մլրդ ԱՄՆ դոլար⁷²

Վերլուծությունը նաև ցույց է տալիս, որ ՀՀԲ տարածաշրջաններում COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումների ծավալները պարտադիր չէ, որ համընկնեն համավարակից

⁷² Տե՛ս IHME. Financing global health. DAH. Last update: January 2023. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

ամենամեծ ազդեցությունը կրած տարածաշրջանների տվյալների հետ: Այսպես՝ Անդրսահարյան Աֆրիկյան ստացել է COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումների 33.6%-ը, սակայն COVID-19-ից մահացության միայն 13.5%-ն է գրանցվել այս տարածաշրջանում: Միևնույն ժամանակ, Հարավային Ասիա տարածաշրջանին, որը ներառում է միջին եկամուտ ունեցող հինգ երկիր, բաժին է ընկել COVID-19-ից մահացության դեպքերի 36.3%-ը, բայց ստացել է COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումների միայն 21.8%-ը⁷³: Ըստ որոշ գնահատականների՝ COVID-19-ի դեմ պայքարի համար ՑՄՄԵ-ում անհրաժեշտ է ներդնել ևս 33-62 մլրդ ԱՄՆ դոլար⁷⁴:

Առողջապահական համակարգերի ամրապնդմանն ուղղված արտաքին օգնության ֆինանսավորումը նախատեսված է բժշկական խնամքի հասանելիությունը, որակը կամ արդյունավետությունը բարելավելու համար և կարող է ընդգրկել առողջապահական մի շարք ոլորտներ կամ ծրագրեր: Այսպես՝ առողջապահական համակարգերի ամրապնդում, ոլորտային մոտեցումներ և հակահամաճարակային պատրաստվածություն ծախսային հոդվածը կայուն աճ է գրանցել 2020–2021 թթ.՝ 8.9%, մինչդեռ, 1990 թ. համեմատությամբ, 2021 թ. ծախսային հոդվածի աճը կազմել է 377.97%: 2020 թ. հակահամաճարակային պատրաստվածության արտաքին օգնությունը գնահատվում էր 811.1 մլն ԱՄՆ դոլար կամ նույն թվականի ընդհանուր արտաքին օգնության մոտ 1.5%-ը, որը 2020 թ. համաշխարհային ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 0.58%-ն էր⁷⁵: Հատկանշական է, որ COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման արտաքին օգնության հատկացումները (37.8 մլրդ ԱՄՆ դոլար) 810%-ով ավելի են, քան 2000–2019 թթ. հակահամաճարակային պատրաստվածության արտաքին օգնության ընդհանուր ծախսերը, որոնք կազմել են 4.2 մլրդ ԱՄՆ դոլար: Առողջապահության առաջնահերթ ոլորտներից այլ վարակիչ հիվանդությունների կատեգորիան 2019–2021 թթ. ունեցել է ամենամեծ աճը՝ 733.14% (գծապատկեր 1.11):

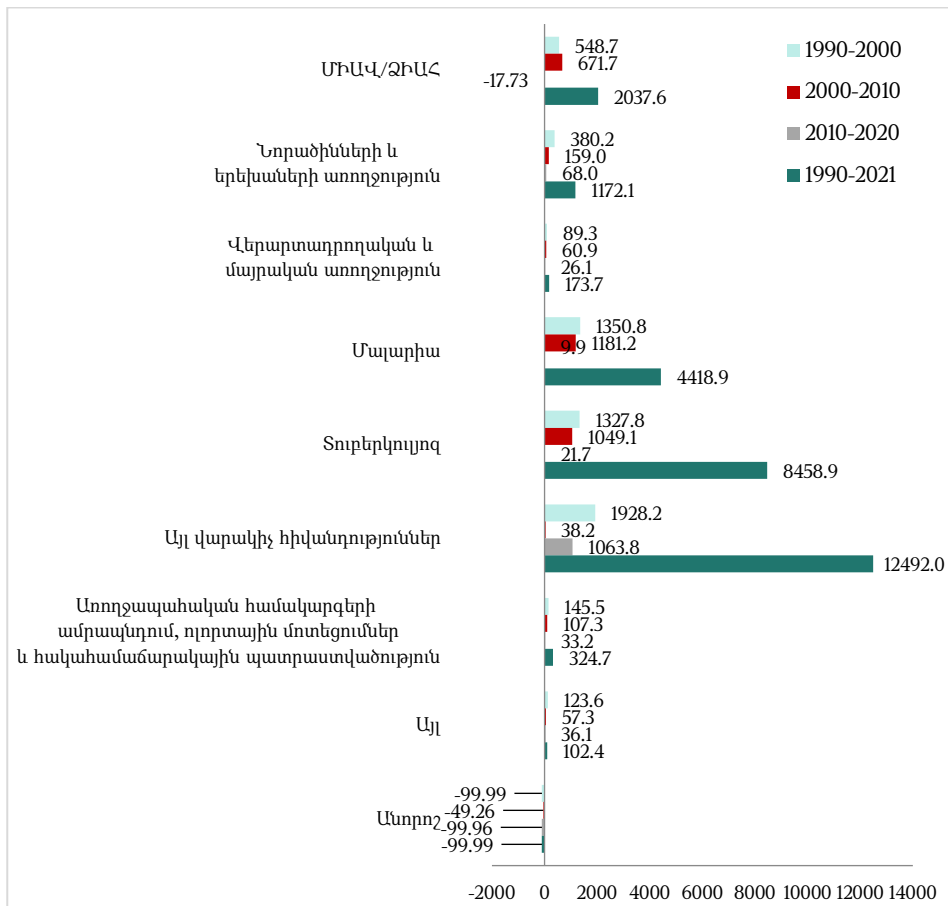
COVID-19 համավարակը ցույց է տալիս, թե որքան կարևոր է առողջապահական հուսալի համակարգ ունենալը, թեև հակահամաճարակային պատրաստվածությունը առողջապահական համակարգի միայն մեկ բաղադրիչն է: Ինչպես անցյալ երեք տարիներին, այնպես էլ ապագայում վարակիչ հիվանդություններից մահացության ցուցանիշները կշարունակեն աճել այնքան ժամանակ, քանի դեռ ոչ համարժեք հակահամաճարակային պատ-

⁷³ St’u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA: IHME, 2023:

⁷⁴ St’u Tan-Torres Edejer T. Hanssen O. Mirelman A. et al. Projected healthcare resource needs for an effective response to COVID-19 in 73 low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health 2020: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30383-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30383-1):

⁷⁵ St’u Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2020: The impact of COVID-19. Seattle, WA: IHME, 2021, էջ 11-12:

րաստվածությունն ունենում է աղետալի ու երկարաժամկետ հետևանքներ: Միևնույն ժամանակ, համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման պետական ծախսերի և արտաքին օգնության տվյալները հնարավորություն են տալիս քաղաքականություն մշակողներին բացահայտելու առողջապահական համակարգի բարելավման ենթակա ասպեկտները: Ի լրումն՝ որոշ երկրների համար, որպես գործելու փրկողակ, արտաքին օգնությունը կարող է կատալիզատոր լինել՝ ներդրումները կենտրոնացնելով գործունեության այն ոլորտներում կամ ՀՀԲ տարածաշրջաններում, որոնք այլ կերպ չեն կարող ռեսուրսներ ներգրավել:



Գծապատկեր 1.11

Առողջապահության առաջնահերթ ոլորտներին հատկացված ֆինանսական միջոցների փոփոխության տարեկան տեմպը, 1990-2021 թթ., %⁷⁶

⁷⁶ Տե՛ս IHME. Financing global health. DAH. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Առողջապահական ծախսերի ընդհանուր միտումները պահանջում են մշտադիտարկել ինչպես ֆինանսավորման աղբյուրները, այնպես էլ ՀԱԾ-ի ցուցանիշների և ֆինանսական պաշտպանության հետ կապված ծախսերի թիրախները: Այն երկրներում, որտեղ կանխիկ վճարումները մեծ մասնաբաժին են կազմում ընդհանուր առողջապահական ծախսերում, մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ-ն նվազում է, և մոտ ապագայում սպասվում է կանխիկ վճարումների անկում: Այդպիսի անկումը, ըստ էության, արտացոլում է չբավարարված պահանջմունքները և առողջապահական ծառայությունների սպառման ցածր մակարդակը, այլ ոչ թե ֆինանսական պաշտպանության բարելավումը: Մինչդեռ, եկամտի վերականգնման դեպքում, կանխիկ վճարումները կարող են ավելի արագ աճել, քան պետական առողջապահական ծախսերը, ուստի անհրաժեշտ է քաղաքականություն մշակել՝ կանխիկ վճարումների սպասվող աճը զսպելու համար: Ընդհանուր առմամբ, մակրոտնտեսական միջավայրի և առողջապահության ոլորտի ցուցանիշներին ծախսերի համապատասխանեցումը կարևոր նշանակություն ունի արդյունավետ որոշումների կայացման համար: Կանխիկ աղետալի ծախսերի⁷⁷ ընդհանուր մակարդակի և բաշխման ազդեցության մշտադիտարկումը կարևոր է, եթե, հատկապես, այդ ծախսերը աղքատների էլ ավելի աղքատացման պատճառ են դառնում: COVID-19 ճգնաժամի հետևանքով աղքատության մակարդակի աճն ընդգծում է այս մտահոգությունը, քանի որ պետական առողջապահական ծախսերի նույնիսկ փոքր նվազումը կարող է աղքատ խմբերի համար լուրջ խնդիրներ կամ ավելի մեծ պահանջմունքներ առաջացնել, հնարավոր է՝ որոշ առողջական կարիքներ մնան չբավարարված: Առավել խոցելի խմբերին պաշտպանելու քաղաքականությունը կարող է ներառել բյուջեով ֆինանսավորվող ծածկույթի ծրագրերի ավելացում, համավճարները (օգտագործողի վճարները) վերացնելու կամ սահմանափակելու քաղաքականությունների արդյունավետ իրականացում և նպատակային բյուջետային հատկացումներ:

COVID-19 ճգնաժամը պարտադրում է վերափոխել առողջապահության ֆինանսավորման թույլ համակարգերը՝ առաջ շարժվելով դեպի ՀԱԾ: COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները կարող են նպաստել առողջապահական ծառայությունների, այդ թվում՝ ընդհանուր թեստավորման կարողությունների և վերահսկողության տեղեկատվա-

⁷⁷ ԿԶՆ 3.8.2 ցուցանիշը կենտրոնանում է ֆինանսական պաշտպանության վրա և սահմանվում է որպես բնակչության այն մասնաբաժին, որի տնային տնտեսությունները առողջության վրա մեծ ծախսեր են կատարում՝ որպես ընդհանուր ծախսերի կամ եկամտի մասնաբաժին: Առողջապահության ոլորտում մեծ տնային տնտեսությունների ծախսերը սահմանվում են երկու ուղղությամբ՝ ընդհանուր տնային տնտեսության ծախսերի կամ եկամտի 10% և 25%, որոնք հաճախ ձևակերպվում են որպես «առողջապահական աղետալի ծախսեր»: St'u World Health Organization (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255336>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

կան համակարգերի զարգացմանը: Առողջապահության ոլորտի նկատմամբ մեծ ուշադրությունը կարող է բարեփոխումների հնարավորություններ ընձեռել՝ եկամուտներն արդյունավետ և արդարացիորեն հավաքագրելու, համախմբելու, բաշխելու և օգտագործելու համար: Բարեփոխումները պետք է բխեն առողջապահական ծախսերի ընթացիկ մակարդակից՝ կենտրոնանալով այդ ծախսերի վերջնական օգտագործման վրա: Առաջնահերթությունը պետք է տրվի առողջության ընդհանուր բարիքներին, որոնք ներառում են բնակչության հակահամաճարակային պատրաստվածությունը և բնապահպանական սպառնալիքներին ուղղված առողջապահական ընդհանուր գործառնությունները: Ֆինանսական բարեփոխումները պետք է կենտրոնանան նաև ծառայությունների մատուցման արդյունավետությունը մեծացնելու և ֆինանսական միջոցները արդարացիորեն բաշխելու, զբաղվածության ու ՀԱԾ-ի միջև կապը մեղմելու, գնումների ռազմավարական մեթոդների կիրառումն ավելացնելու վրա:

Խորհրդային Միության փլուզումից հետո տարածաշրջանի բոլոր 15 երկրների, այդ թվում և Հայաստանի առողջապահական համակարգերը բախվեցին յուրջ ֆինանսական խնդիրների: Խորհրդային Հայաստանում գործում էր առողջապահության ֆինանսավորման բյուջետային մոդելը, քանի որ ֆինանսավորման առաջին և հիմնական աղբյուրը բյուջետային միջոցներն էին (ֆինանսավորման կառուցվածքում բյուջետային միջոցները կազմում էին 85%), որոնց հիման վրա ֆինանսավորվում էին Առողջապահության նախարարության ենթակայության բժշկական հաստատությունները: Առողջապահության ֆինանսավորման հաջորդ ամենակարևոր աղբյուրը գերատեսչությունների և դրանց ենթակայության կազմակերպությունների միջոցներն էին, որոնց մասնաբաժինը մոտավորապես 15% էր, որի միջոցով ֆինանսավորվում էին գերատեսչական բժշկական հաստատությունները: Ըստ որոշ գնահատականների՝ ՀՆԱ միայն 3%-ն էր տրամադրվում առողջապահության ոլորտին⁷⁸: Առողջապահության ֆինանսավորման մեկ այլ աղբյուր էլ բնակչության միջոցներն էին, որոնց մասնաբաժինն աննշան էր, քանի որ «բնակչությունը վճարում էր միայն ատամների պրոթեզավորման և որոշ վճարովի՝ հիմնականում ոչ կենսական նշանակության բժշկական ծառայությունների համար»⁷⁹:

1990-ական թվականների սկզբներին տեղի էր ունենում հատկացված բյուջետային միջոցների ծավալի աստիճանական անկում: Դրան հակառակ՝ բժշկական հաստատությունների մեծ մասում անհրաժեշտ էին բարեփոխումներ. սարքավորումները ֆիզիկապես և բարոյապես մաշված էին, ոլորտի աշխատողների աշխատավարձերը ցածր էին, երկրում գերակշռում էին բժշկական անձնակազմի ոչ պաշտոնական վճարումները: Խորհրդային Միության երկրների առողջապահական համակարգի առաջատար «Մեմաշկո» մոդելի վերափոխման հիմնական պատճառը անհրաժեշտ ֆինանսական ռեսուրսների բացակայությունն էր և, որպես հետևանք, բժշկական հաստատությունների հնացած նյութատեխնիկական բազան, ոլորտում աշխատողների ցածր աշխատավարձերը և այլն: Զուգահեռաբար նշվում են նաև այնպիսի պատճառներ, ինչպիսիք են, առաջին՝ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների արդյունավետության բարձրացման հաշվին ստացիոնար հիվան-

⁷⁸ St'u Farmer R.G., Chobanian A.V, Health care in Armenia today. The Western Journal of Med. 01 Apr, 160(4), 1994. էջ 333:

⁷⁹ St'u Квятковский И. Е., Финансовое обеспечение регионального здравоохранения в условиях институциональных преобразований: диссертация на соискание кандидата экономических наук: 08.00.10. Махачкала, 2015, էջ 9:

դանոցների մահճակալ/օր ծանրաբեռնվածության նվազեցումը, որի արդյունքը պետք է լիներ բժշկական ծառայությունների գնի իջեցումը և առողջապահության ոլորտի զարգացմանն ուղղվող ֆինանսական միջոցների ավելացումը, երկրորդ՝ տնտեսավարման փոփոխությունների պայմաններում բժշկական հաստատություններին ավելի մեծ ֆինանսական անկախությամբ ապահովելը, այդ թվում՝ խնայված բյուջետային միջոցների տնտեսման միջոցով, երրորդ՝ բնակչության ընդհանուր անվճարունակությունը և, որպես հետևանք, անհատական առողջության ապահովագրության պահանջարկի պակասը⁸⁰:

Հետխորհրդային տարածաշրջանում անցումային ծանր տնտեսական և քաղաքական պայմաններն իրենց հետքը թողեցին բնակչության առողջական վիճակի վրա՝ հանգեցնելով հիվանդացության մակարդակի ու մահացության դեպքերի ավելացմանը, ուստի առողջապահական համակարգի հետագա զարգացումները պետք է ուղղված լինեն բնակչության հիվանդացության կանխարգելմանն ու առողջության պահպանմանը:

2.1

Ժողովրդագրական բնութագիր. բնակչության թվաքանակը և կազմը: Բնակչության ծնելիության և մահացության գործակիցները

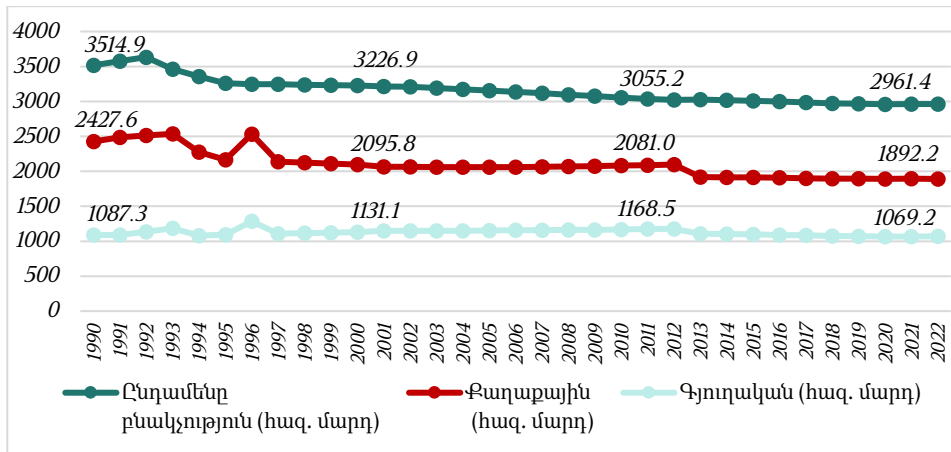
Վերջին տարիներին Հայաստանի բնակչության ժողովրդագրական ու առողջական վիճակը սոցիալ-բժշկական հիմնախնդիր լինելուց վերածվել է համապետական նշանակության խնդրի: Հանրային առողջությունը բնութագրող ցուցանիշները ձևավորվում են ոչ թե միանգամից, այլ տասնամյակների ընթացքում, որի զարգացման բացասական միտումները տարածվում են ոչ միայն զուտ ժողովրդագրական գործոնների՝ ամուսնության, ծնելիության, մահացության, բնակչության վերարտադրության, այլ նաև բնակչության առողջական վիճակի վրա:

Ժողովրդագրական իրավիճակը գնահատելիս, բնակչության թվաքանակի փոփոխության և կանանց վերարտադրողական առողջության մարտահրավերները վերլուծելիս կարևոր նշանակություն ունեն պտղաբերության ընդհանուր մակարդակի վերաբերյալ հետազոտությունները: Հայաստանում ընթացող ժողովրդագրական փոփոխությունները վկայում են, որ ժողովրդագրական անցման փուլում երկիրը կարող է մտնել ցածր պտղաբերության փոխարինման կայուն փուլ և բախվել շրջված սեռատարիքային կա-

⁸⁰ St'u Грищенко Н.Б., Проблемы реформирования социального страхования в странах с переходной экономикой. Финансы № 3, 2007, էջ 49:

ուուցվածքի հետ՝ 65 և բարձր տարիքային բնակչության մասնաբաժնով: Դրա հետևանքով հնարավոր է բնակչության թվաքանակի կայուն անկում՝ սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական խոր հետևանքներով: ՀՀ առողջապահական և սոցիալական պաշտպանության համալիր քաղաքականության մշակման նպատակով կարևոր է հասկանալ, թե ժողովրդագրական անցման ո՞ր փուլում է գտնվում երկիրը:

2022 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թիվը կազմել է 2961 400 մարդ. 1990 թ. համեմատությամբ նվազել է 553 500-ով (գծապատկեր 2.1), որը բացատրվում է հաշվետու ժամանակաշրջանում արձանագրված բնակչության բնական հավելաճի և միգրացիայի հաշվեմնացորդի գնահատված ցուցանիշների ազդեցությամբ: Նկատվել է նաև պտղաբերության գործակցի կտրուկ անկում, ընդ որում, մեկ կնոջ հաշվով երեխաների թիվը 1990 թ. 2.6-ից 2021 թ. նվազել է մինչև 1.7 (պտղաբերության վերարտադրման ցուցանիշից ցածր):



Գծապատկեր 2.1

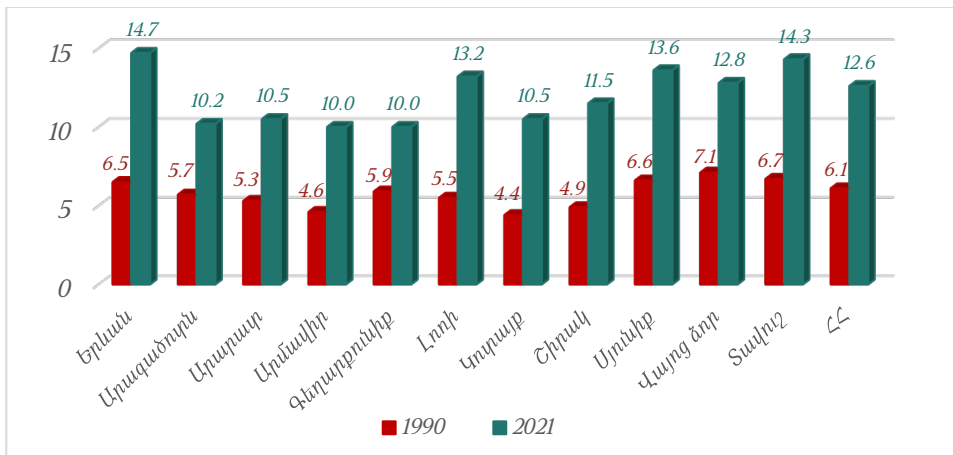
ՀՀ մշտական բնակչությունը 1990–2022 թթ., հազար մարդ⁸¹

Համաձայն ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի՝ եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավելի, ապա դա փաստում է տվյալ բնակչության ծերացման մասին: 2020 թ. աշխարհում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում էր 727 մլն մարդ: Քանի որ կանայք, միջին հաշվով, ավելի երկար են ապրում, քան տղամարդիկ, նրանք կազմում են տարեց մարդկանց մեծամասնությունը, հատկապես՝ մեծ տարիքում: Հաջորդ երեք տասնամյակների ընթացքում

⁸¹ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության մշտական բնակչության թվաքանակը 2022 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, Վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

կանխատեսվում է, որ աշխարհում տարեց մարդկանց թիվը կկրկնապատկվի՝ 2050 թ. հասնելով ավելի քան 1.5 միլիարդի: Համաձայն հիվանդությունների համաշխարհային բեռի (ՀՀԲ) տվյալների՝ բոլոր տարածաշրջաններում 65 և բարձր տարիքի բնակչության տեսակարար կշիռը 2020 թ. 9.3%-ից 2050 թ. կհասնի մոտավորապես մինչև 16.0%-ի⁸²:

ՄԱԿ-ի գնահատմամբ՝ Հայաստանը մտեցել է ծերացող հասարակության վերին շեմին. 2021 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ Հայաստանում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմել է 12.6%, ինչը 71.4%-ով կամ 5%-տոկոսային կետով բարձր է ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի սահմանած շեմից: ՀՀ բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչության տվյալները փաստում են, որ ծերացման ցուցանիշները համեմատաբար բարձր են Երևան քաղաքում և Տավուշի, Սյունիքի, Լոռու, Վայոց ձորի մարզերում (գծապատկեր 2.2): 1990–2021 թթ. ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 0–14 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը նվազել է 1.6 անգամ (1990 թ. կազմում էր 30.5%, 2021թ.-ին՝ 19.2%), 15–19 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը նվազել է 1.4 անգամ (1990 թ. կազմում էր 8.2%, 2021 թ.-ին՝ 5.8%): Համաձայն ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի (ՄԱԲՀ) կանխատեսումների՝ Հայաստանում բնակչության ծերացման դեմ ուղղված համապատասխան միջոցառումների ոչ լիարժեք իրականացման կամ բացակայության դեպքում 2050 թ. այդ ցուցանիշը կհասնի 22-23%-ի⁸³:



Գծապատկեր 2.2

ՀՀ 65 և բարձր տարիքի բնակչության թիվն ըստ մարզերի և Երևան քաղաքի, 1990 թ. և 2021 թ., %⁸⁴

⁸² Տե՛ս United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons (ST/ESA/SER.A/451):

⁸³ Տե՛ս նույն տեղը:

⁸⁴ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

Բնակչության ծերացման հետևանքների հաղթահարումը, ինչպես նաև տարեցների սոցիալական պաշտպանության խնդիրները ՀՀ սոցիալական քաղաքականության գերակա ուղղություններից են: Երկու տասնամյակ առաջ ՀՀ-ն որդեգրել էր տարեցների սոցիալական կարիքների, մասնավորապես՝ նյութական ապահովմանն ուղղված քաղաքականություն: Ներկայումս տարեց բնակչության պահանջմունքները, բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիությունը, սոցիալական պաշտպանությունը և խնամքը համարվում են առաջնահերթություն⁸⁵:

65 և բարձր տարիքի բնակչության կենսապայմանների, առողջության ու բարեկեցության միջև փոխանչությունների վերհանումը հատկապես կարևոր է՝ հաշվի առնելով 2030 թ. Կայուն զարգացման նպատակների օրակարգում կառավարությունների կողմից ստանձնած պարտավորությունը՝ «ոչ ոք չի անտեսվելու»: Գործնականում այս դրույթը ենթադրում է, որ ԿԶՆ-ը պետք է իրականացվեն հասարակության բոլոր հատվածների և բոլոր տարիքային խմբերի համար՝ շեշտը դնելով առավել խոցելի, այդ թվում՝ տարեցների վրա: 65 և բարձր տարիքի բնակչության կեցության պայմաններն էական նշանակություն ունեն ամենուրեք աղքատությունն իր բոլոր դրսևորումներով վերացնելու (ԿԶՆ 1), բոլորի համար՝ անկախ տարիքից, առողջ կյանք ապահովելու և բարեկեցությունը խթանելու համար (ԿԶՆ 3)⁸⁶:

Բնակչության ծնելիության և մահացության գործակիցները: Հայաստանում արձանագրված սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական, ինչպես նաև COVID-19 համավարակային անկայուն իրավիճակներն իրենց ազդեցությունն են ունեցել նաև ծնելիության և մահացության մակարդակների վրա: Ըստ վիճակագրական տվյալների՝ ծնելիության գումարային գործակիցը 2021 թ. կազմել է 1.7, ինչը բավականին ցածր ցուցանիշ է անգամ պարզ վերարտադրության համար անհրաժեշտ՝ 2.15 մակարդակից (1990 թ. ցուցանիշը եղել է 2.6): 1990 թ. ի վեր ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում կենդանածինների թվաքանակը 1000 բնակչի հաշվով, շարունակաբար նվազել է (1990 թ.՝ 22.5%, 2000 թ.՝ 9.01%, 2010 թ.՝ 13.8%, 2021 թ.՝ 12.4%)՝ կրճատվելով 1.8 անգամ⁸⁷ (գծապատկեր 2.3):

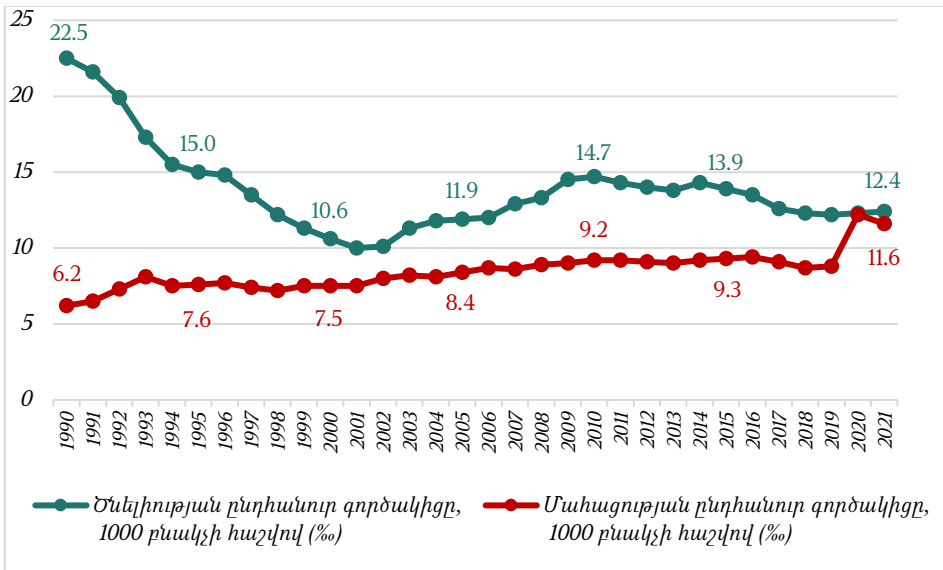
2021 թ. ընթացքում, ըստ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցումների, ՀՀ-ում արձանագրվել է 37 124 ծնունդ: Ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից 36 623-ը կազմել են կենդանածինները, իսկ 501-ը՝ մեռելածինները: Նախորդ տարվա համեմատությամբ կենդանածինների բացարձակ թվաքանակն աճել է 0.7%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը կազ-

⁸⁵ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, թիվ 20, 18.05.2017, http://www.mtd.am/u_files/file/Hayecakarger/20-2ardz_voroshum.pdf

⁸⁶ Տե՛ս Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York, NY, USA: United Nations. 2015:

⁸⁷ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

մել է 12.4%, որը նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատությամբ աճել է 0.1 պրոմիլային կետով⁸⁸:



Գծապատկեր 2.3

ՀՀ ծնելիության և մահացության ընդհանուր գործակիցները 1990–2021 թթ., 1000 բնակչի հաշվով⁸⁹

Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակցի աճի հիմնական բաղադրիչներից է բնակչության տարիքային կառուցվածքի փոփոխությունը՝ բնակչության ծերացումը: 1990 թ. ստեղծված իրավիճակի պատճառով Հայաստանի տնտեսական կուլպարը հանգեցրեց վերարտադրողական տարիքում գտնվող անձանց լայնածավալ արտագաղթի և բնակչության զանգվածային աղքատացման, որի հետևանքով ծնելիության ընդհանուր գործակիցը սկսեց նվազել՝ 2001 թ. հասնելով նվազագույն մակարդակի՝ 10.6%-ի, որից հետո այդ ցուցանիշի՝ բնական վերարտադրության համար շատ դանդաղ և խիստ անբավարար աճ է գրանցվել:

Մահացության գործակցի շարժընթացի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցը 1 000 բնակչի հաշվով աճել է. 1990 թ. 6.2%-ից 2020 թ. հասել է 12.2%-ի, 2021 թ.՝ 11.6%-ի⁹⁰: 2020 թ. մահացության ընդհանուր գործակցի աճը պայմանավորված էր մարտից երկրում սկիզբ առած COVID-19 համավարակով, այնու-

⁸⁸ Տե՛ս Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

⁸⁹ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

⁹⁰ Տե՛ս նույն տեղը:

հետև՝ 2020 թ. սեպտեմբերի 27-ին սկսված Արցախյան 44-օրյա պատերազմով (գծապատկեր 2.3): Պտղաբերության ընդհանուր մակարդակի կայուն նվազման, ինչպես նաև ծնելիության և մահացության ընդհանուր գործակիցների երկարաժամկետ հատման դեպքում առաջիկայում երկիրը կարող է հայտնվել ժողովրդագրական հետանցումային երկրների շարքում: Հետանցումային վերջին փուլում գտնվող երկրներում տեղի է ունենում ծնելիության և մահացության մակարդակների հատում, ինչն էլ բացասական է դարձնում բնակչության բնական հավելանքի տեմպը⁹¹: Հետանցումային փուլերում երկիրը կարող է բախվել բազմաթիվ մարտահրավերների՝ կապված բնակչության ծերացման և աշխատուժի կրճատման հետ: Երկարաժամկետ հեռանկարում բնակչության սեռատարիքային կառուցվածքի փոփոխությունների հետևանքով երկիրը կարող է մտնել ցածր պտղաբերության փոխարինման կայուն փուլ և բախվել շրջված սեռատարիքային կառուցվածքի հետ՝ բարձր տարիքային խմբի մեծ մասնաբաժնով⁹²:

ՀՀ Կառավարության կողմից վերջին տասնամյակում իրականացվող պրոնատալիստական քաղաքականության (մինչև 2 տարեկան երեխայի խնամքի նպաստ, բնակապահովման միջոցառումներ, երեխաների խնամքի համար տրամադրվող նպաստներ) արդյունքում ՊԸՄ գործակիցը մնացել է կայուն (1.7): ՀՀ Կառավարության 2021–2026 թթ. ծրագրով ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման համատեքստում մշակվել է օրենքի նախագիծ՝ հստակ ամրագրելով ծնունդների խրախուսումներն ու բազմազավակ ընտանիքներին տրամադրվող սոցիալական երաշխիքները, այդ թվում՝ ընտանիքներին երրորդ և հաջորդ երեխաների համար մինչև 6 տարեկանը ամսական 50 000 դրամ ֆինանսական աջակցություն տրամադրելու ձևերը⁹³: Նման քայլերը կարող են հանգեցնել ծնելիության ընդհանուր գործակցի աննշան աճի՝ 1.2–1.7 պրոմիլով: Մինչդեռ ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման համար անհրաժեշտ է մարտավարական և ռազմավարական համալիր միջոցառումների իրականացում⁹⁴: Մարտավարական միջոցառումներից

⁹¹ Տե՛ս **Wang H.**, Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6):

⁹² Տե՛ս **Բուլանիկյան Վ.Ս., Հաջյան Կ.Ա.**, ՀՀ ժողովրդագրական հիմնական ցուցանիշների շարժմանը և Կայուն զարգացման նպատակների համատեքստում կանխատեսվող միտումները, ԾՊՀ «Գիտական տեղեկագիր», 2021, № 2, Պրակ Ա, Գյումրի, 2021:

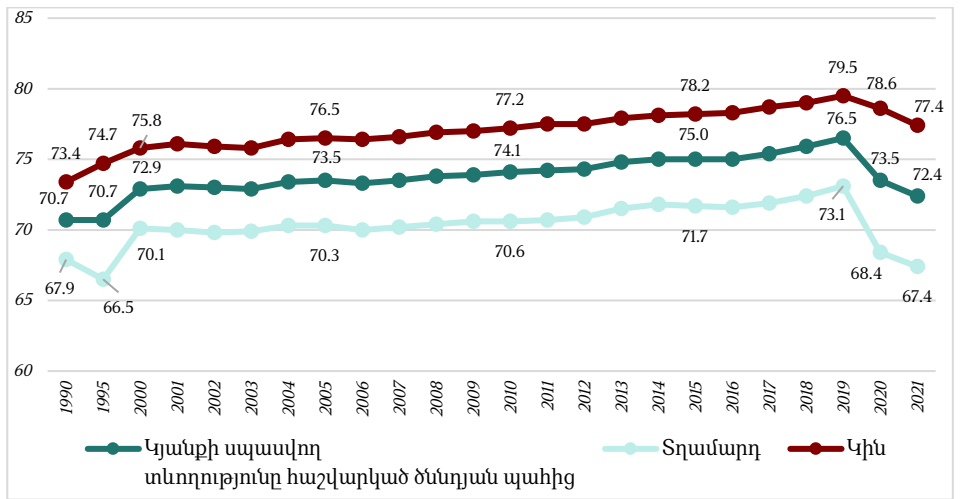
⁹³ Տե՛ս «Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության 2021–2026 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին», ՀՀ Կառավարության 25.11.2021 թ. N 1902-Լ որոշում:

⁹⁴ Տե՛ս **Буланикян В.С.**, Современные вызовы демографической ситуации в Республике Армения. Из зоны бедствия в зону развития... // Уроки прошлого и вызовы времени: сборник тезисов докладов участников Международной научной конференции. 21–23 октября 2019 г. Москва: ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2020:

են նոր աշխատատեղերի ստեղծման միջոցով սոցիալական խնդիրների լուծումը, երիտասարդությանն առնչվող պետական քաղաքականության համաձայնեցված իրականացումը, երիտասարդ ընտանիքների պետական աջակցության ծրագրերը, տարածաշրջանային անվտանգության ապահովումը: Ռազմավարական միջոցառումներից են բարձր միգրացիայի մակարդակին ուղղված տարածաշրջանային տնտեսական ծրագրերը, ՀՀ բնակչության սեռատարիքային կառուցվածքի բարելավումը, բնակչության ընդլայնված վերարտադրողականության ապահովումը, տարածաշրջանում անվտանգություն և կայունություն ապահովող ռազմական և տնտեսական կառույցներին անդամակցումը:

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս: Առողջապահության ոլորտի արդյունավետության գնահատման կարևոր ցուցանիշ է երկրում կյանքի ընդհանուր կանխատեսվող տարիքը, որի վրա էապես ազդում է տնտեսական կայունության, աճի և էկոլոգիական միջավայրի վիճակը:

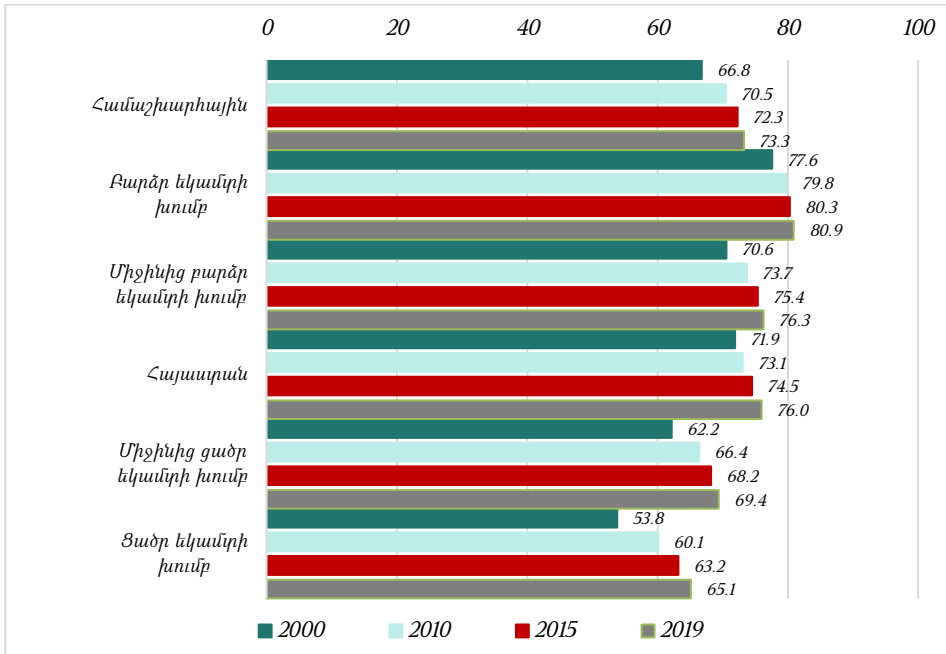
Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս համարվում է բնակչության կենսամակարդակի չափման ուղղակի ցուցանիշներից մեկը: Դա տարիների քանակն է, որը նորածինը կարող է ապրել՝ ենթարկվելով ծնվելու պահին բնակչության մահացության ռիսկերին: ՀՀ-ում ծնվելիս կյանքի սպասվող տևողությունը 2021 թ. կազմել է 72.4 տարի, ընդ որում՝ կանանց դեպքում ցուցանիշը (77.4) 10 տարով ավելի է, քան տղամարդկանց դեպքում է (67.4): 1990 թվականից ի վեր կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի ամենամյա կայուն աճ է նկատվել (գծապատկեր 2.4):



Գծապատկեր 2.4 | Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990–2021 թթ.⁹⁵

⁹⁵ Տե՛ս Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

«Հայաստանի վերափոխման ռազմավարություն 2050»⁹⁶ ծրագրային դրույթներից է առողջ սպորտակերպը դարձնել ազգային հատկանիշ՝ կյանքի սպասվող տևողությունը հասցնելով 90 տարվա: ԱԶԳՄԻ կանխատեսումների համաձայն՝ Հայաստանում ժողովրդագրական բացասական միտումներին զուգահեռ, կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս կրճատվելու է 5.4 տարով⁹⁷:



Գծապատկեր 2.5

Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս՝ ըստ ՀԲ եկամտային խմբերի և Հայաստանի, 2000–2019 թթ.⁹⁸

ԱՀԿ շտեմարանի վերջին հասանելի տվյալների համեմատությունը, ըստ ՀԲ եկամտային խմբերի և Հայաստանի, փաստում է, որ կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս աճել է բոլոր եկամտային խմբի երկրներում, սակայն դրանք շարունակում են բարձր լինել բարձր և միջինից բարձր եկամտի խմբի երկրներում, քան միջինից ցածր և ցածր եկամտի խմբի երկրներում: Վերջին երկու տասնամյակի ընթացքում միջինից բարձր եկամտ ունեցող

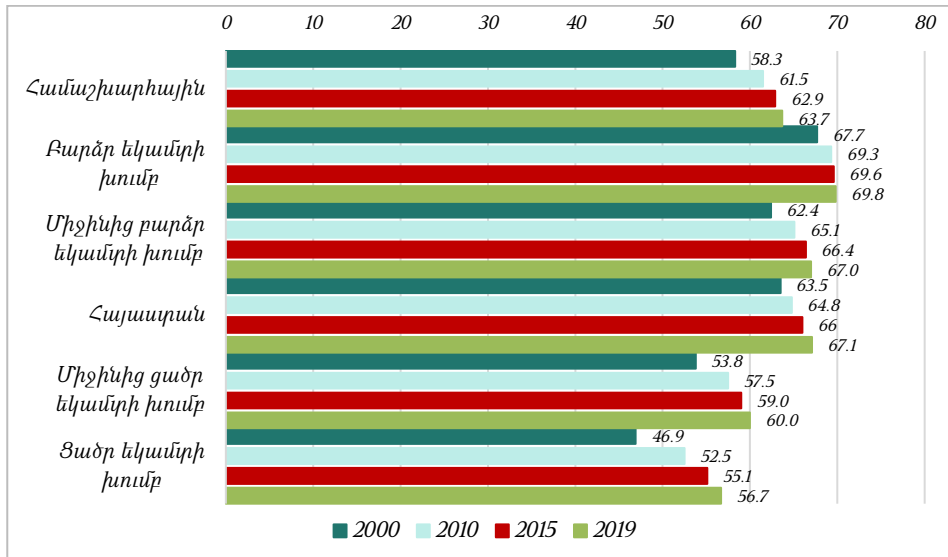
⁹⁶ Տե՛ս Հայաստանի վերափոխման ռազմավարություն 2050, https://www.primeminister.am/u_files/file/Haytararutyunner/Armenia2050_7_5.pdf

⁹⁷ Տե՛ս IHME. Population forecasting. Last update: January 2023. <https://vizhub.healthdata.org/population-forecast/>

⁹⁸ Տե՛ս WHO. Global Health Observatory data repository. Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by World bank income group, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2020LEXWBv?lang=en> Last updated: 2020-12-07:

երկրներում տարեցների մահացության ավելի մեծ անկումը հիմնականում պայմանավորված է ՌՎՀ-ներից մահացության նվազմամբ՝ մասամբ պայմանավորված սիրտ-անոթային հիվանդությունների վերահսկման և բուժման առաջընթացով: Միջինից բարձր եկամտի խմբում գտնվող Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս 2.7 տոկոսային կետով բարձր է համաշխարհային միջին ցուցանիշից և զիջում է միջինից բարձր եկամտային խմբի երկրների ցուցանիշին ընդամենը 4.9 տոկոսային կետով⁹⁹ (գծապատկեր 2.5):

ԱՀԿ փորձագետների կարծիքով, Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը նշվածից մոտ 5 տարով ավելի ցածր է, ինչը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ Հայաստանի քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գործակալության (ԲԿԱԳ) մարմնի կողմից ամբողջությամբ չեն տրամադրվում Հայաստանից դուրս բնակվող քաղաքացիների մահացության տվյալները¹⁰⁰:



Գծապատկեր 2.6

Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ըստ ՀԲ եկամտային խմբերի և Հայաստանի, 2000–2019 թթ.¹⁰¹

⁹⁹ St'u World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

¹⁰⁰ St'u Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան, 2019/ Դ. Աղբրեայան, Ա. Բազարյան, Լ. Բիճյան, Ա. Թորոսյան, Մ. Միրզոյան, Շ.Մարգարյան, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2020, էջ 14:

¹⁰¹ St'u WHO. Global Health Observatory data repository. Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by World bank income group. Last updated: 2020-12-07, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2020LEXWBv?lang=en>

Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս (HALE): Ծննդյան պահից առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը կյանքի սպասվող տևողության ենթատեսակ է: Ըստ ԱԶԳՄԻ գնահատումների՝ ՀՀ բնակիչը, ծնված 2019 թ-ին, կարող է ակնկալել ապրել առողջ կյանքով 66.64 տարի, իսկ 1990 թ. ծնված լինելու դեպքում նա կարող է ապրել 62.0 տարի: ՀՀ բնակչության կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս առողջ վիճակում 1990-2019 թթ. ընթացքում աճել է 4.62 տարով, որն ուղղակիորեն կապված է նաև կյանքի սպասվող միջին տևողության ցուցանիշի հետ¹⁰²:

Ծնվելիս առողջ կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշը միջինից բարձր եկամտի խմբում բարելավվել է 4.6 տոկոսային կետով (62.4-ից՝ 67.0), իսկ միջինից ցածր եկամտի խմբի երկրներում՝ 6.2 տոկոսային կետով:

Հայաստանում ծնվելիս առողջ կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշը ևս դրական աճ է արձանագրել (3.6 տարի), ինչը համաշխարհային ցուցանիշից բարձր է 3.4 տոկոսային կետով և ցածր է բարձր եկամտի խմբի երկրների ցուցանիշից 2.7 տոկոսային կետով (գծապատկեր 2.6):

2.2

Հիվանդացության ու մահացության պատճառները ոչ վարակիչ հիվանդություններից և COVID-19 համավարակից

Բնակչության առողջության վիճակը բնութագրվում է երկու հիմնական ցուցանիշներով՝ հիվանդացության և մահացության մակարդակներով: Հիվանդացության մակարդակը, որպես բնակչության առողջության վիճակը բնութագրող ցուցանիշ, որոշվում է առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների և մշտական բնակչության միջին տարեկան թվաքանակների հարաբերությամբ: Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակիորեն կախված են մի շարք գործոններից՝ ժառանգականությունից, սեռից, տարիքից, վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններից, ցածր սոցիալ-տնտեսական վիճակից, սոցիալական աջակցության բացակայությունից, աշխատավայրում և ընտանեկան կյանքում մշտական լարվածությունից, կրթական մակարդակից, շրջակա միջավայրից և առողջապահական համակարգի գործունեությունից: Վերջինիս դերակատարումը հանրային առողջապահության գործընթացում ընդամենը 20% է¹⁰³:

¹⁰² Տե՛ս IHME. HALE (Healthy life expectancy). Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/le>

¹⁰³ Տե՛ս Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան, 2021/ Դ.Անդրեասյան, Ա.Բազարյան, Լ.Բիճյան, Ն.Գալստյան, Ա.Թորոսյան, Ա. Հարություն-

Հանրային առողջության գնահատումը հնարավորություն է ընձեռում բնութագրելու երկրի ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական վիճակը, իրականացնելու հիվանդությունների բացասական տնտեսական հետևանքների գնահատում, ինչպես նաև հիմնավորված միջոցառումներ հանրային առողջության առկա հիմնախնդիրները լուծելու ուղղությամբ: Հիմնական ռիսկային գործոնների ազդեցության մակարդակների և միտումների մանրակրկիտ վերլուծությունը և մարդկանց առողջության վրա դրանց ազդեցության քանակական գնահատումը կարևոր են՝ որոշելու, թե որտեղ է հանրային առողջապահությունը հասել հաջողությունների, որ դեպքերում են ջանքերն անբավարար եղել:

ԱՀԿ տվյալների համաձայն՝ աշխարհում բնակչության հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառ են հանդիսանում ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՈՎՀ-ներ), մասնավորապես՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (ԱՇՀՀ), չարորակ նորագոյացությունները (ՉՆ), շաքարային դիաբետը (ՇԴ), թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹԲՕՀ), հոգեկան հիվանդությունները: ՈՎՀ-ներից յուրաքանչյուր տարի մահանում է մոտ 41 մլն մարդ, ինչը համարժեք է համաաշխարհային մահացությունների 74%-ին: Հարկ է նշել, որ ՈՎՀ-ներով պայմանավորված մահերի 17 մլն դեպքերը գրանցվում են մինչև 70 տարեկանների տարիքային խմբում, ի դեպ, ներկայումս վաղաժամ մահերի 86%-ը գրանցվում է ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում: ՈՎՀ-ներից մահացությունների 77%-ը (մահացության համաաշխարհային դեպքերի ավելի քան երեք քառորդը կամ 31.4 միլիոնը) գրանցվում է ՑՄԵԵ-ում: Սիրտ-անոթային հիվանդությունները կազմում են ՈՎՀ-ներից մահացությունների մեծ մասը (տարեկան 17.9 մլն մարդ), որին հաջորդում են քաղցկեղը (9.3 մլն), շնչառական քրոնիկ հիվանդությունները (4.1 մլն) և շաքարային դիաբետը (2.0 մլն՝ ներառյալ շաքարախտի հետևանքով երիկամների հիվանդությունից մահացությունը): Հիվանդությունների այս չորս խմբերը կազմում են ՈՎՀ-ներից բոլոր վաղաժամ մահերի ավելի քան 80%-ը¹⁰⁴: Ծխախտոտի օգտագործումը, ֆիզիկական անգործությունը, ալկոհոլի վնասակար օգտագործումը և անառողջ սննդակարգը մեծացնում են ՈՎՀ-ներից մահացության վտանգը: ՈՎՀ-ների վաղ հայտնաբերումը, սքրինինգը և բուժումը, ինչպես նաև պալիատիվ խնամքը ՈՎՀ-ների արձագանքման հիմնական բաղադրիչներն են:

ՀՀ-ում ևս հիվանդացության հիմնական պատճառ են հանդիսանում արյան շրջանառության համակարգի, շնչառական օրգանների, չարորակ նո-

յան, Ռ.Մարգարյան, Ս.Փահլևանյան, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021, էջ 10:

¹⁰⁴ Steu Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME),

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

րագոյացությունների և շաքարային դիաբետի խնդիրները, որոնք կազմում են ընդհանուր հիվանդացության 60–70%-ը (գծապատկեր 2.7):

Հիվանդացության մակարդակի աճը, առաջին հերթին, պայմանավորված է հիվանդների դիմելիության աճով, քանի որ, 2006 թ-ից սկսած, առաջնային ամբուլատոր պոլիկլինիկական օղակի բուժօգնությունն իր ամբողջ ծավալով ընդգրկվել է պետպատվերի շրջանակներում: Երկրորդ՝ դա բացատրվում է մի խումբ հիվանդությունների տարածվածությամբ, որոնց տեսակարար կշիռը հիվանդացության մակարդակի 60-70%-ն է կազմում, ընդ որում, գերակշռում են շնչառական օրգանների և արյան շրջանառության համակարգի խնդիրները: Փաստորեն, հիվանդացության մակարդակի աճը առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած բարեփոխումների արդյունք է, որը բնութագրում է ոչ թե առողջական վիճակը, այլ բուժձառայությունների մատչելիությունը, ինչն էլ, իր հերթին, վերջին հաշվով, անխուսափելի է դարձնում առողջական վիճակի բարելավումը:

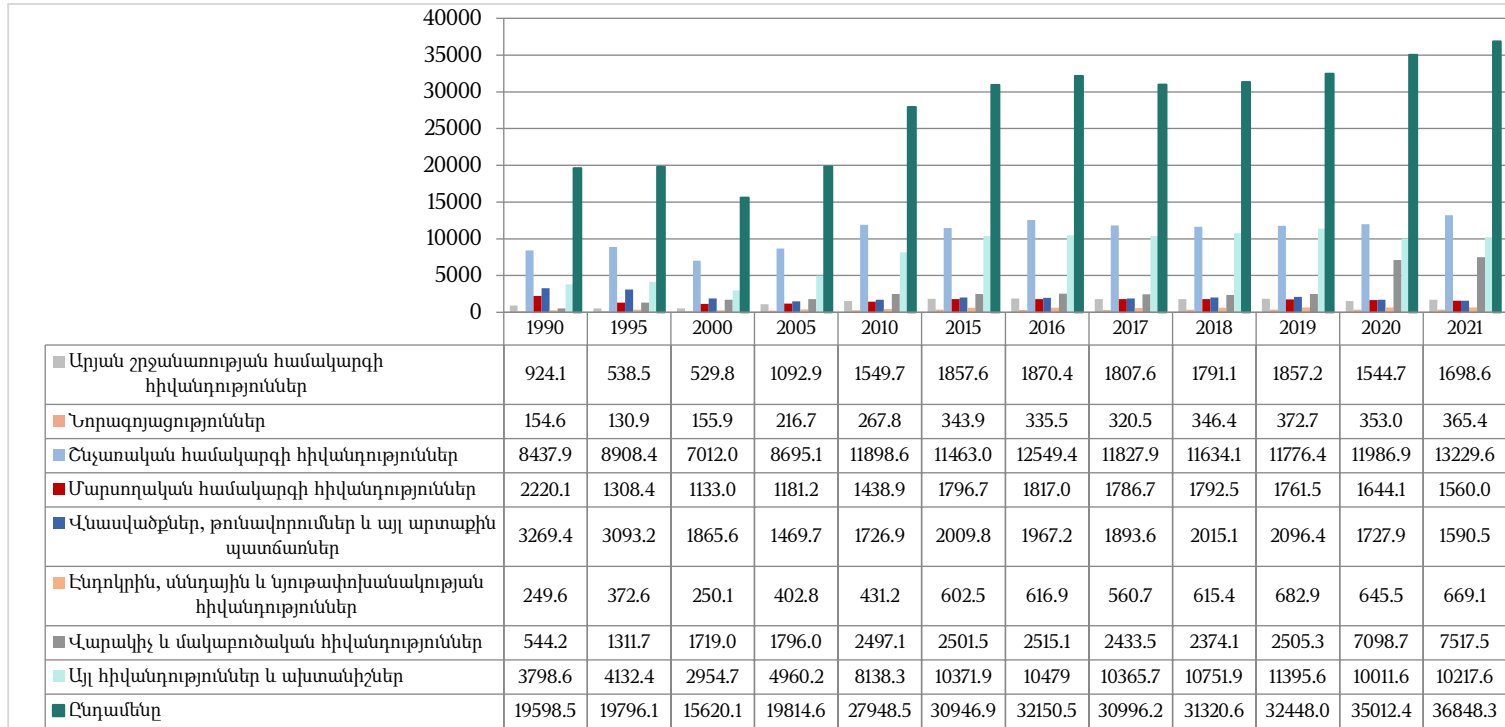
Ներկայումս կորոնավիրուսային համավարակով պայմանավորված՝ մեծացել է նաև վարակիչ հիվանդությունների բեռը: 1950 թ. ամբողջ աշխարհում տեղի ունեցավ համաճարակաբանական հեղափոխություն, որի արդյունքում վարակիչ հիվանդություններից առաջացած մահացությունն իր տեղը զիջեց ՈՎՀ-ներից մահացությանը: 2019 թ. վերջին Չինաստանի Հուբեյ նահանգի Ուհան քաղաքից սկիզբ առած և 2020 թ. ողջ աշխարհում մոլեգնող COVID-19 համավարակը մեկ անգամ ևս արձանագրեց, համաճարակային հիվանդությունների բեռով պայմանավորված, մահացության ընդհանուր գործակցի կրկնակի թռիչքաձև աճը:

2020 թ. մարտի 1-ին Հայաստանում գրանցվեց COVID-19-ով վարակման առաջին դեպքը: 2023 թ. մայիսի 31-ի դրությամբ երկրում գրանցվել է 449 525 ընդհանուր դեպք, որից 438 565-ն՝ առողջացած¹⁰⁵, 8987-ը՝ մահվան ելքով (2020 թ.՝ 3545, 2021 թ.՝ 5442)¹⁰⁶: 100 000 բնակչի հաշվով Հայաստանում գրանցվել է COVID-19-ով հիվանդացության 15047.9 դեպք, ինչը ցածր է ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանի միջին ցուցանիշից՝ 32635.7 դեպք: Մինչդեռ 100 000 բնակչի հաշվով Հայաստանում գրանցվել է 293.89 մահվան դեպք, ինչը բարձր է ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանի միջին ցուցանիշից՝ 270.01 դեպք¹⁰⁷:

¹⁰⁵ Տե՛ս Կորոնավիրուսային հիվանդություն (COVID-19), ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն, 30.04.2023, <https://covid.ncdc.am/news/covid-19-30>:

¹⁰⁶ Տե՛ս Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹⁰⁷ Տե՛ս WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved 30 March, 2023, https://covid19.who.int/?gclid=EAIAIqobChMIvp37irmY-AIVw4TVChI7ewMtEAAAYASABEgJlhvD_BwE



Գծապարկեր 2.7

ՀՀ բնակչության հիվանդացության մակարդակն ըստ ամենատարածված հիվանդությունների, 1990–2021 թթ., 100 000 բնակչի հաշվով¹⁰⁸

¹⁰⁸ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2022, ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, Երևան 2022:

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում, բնակչության մահացության հիմնական պատճառ են հանդիսանում ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնք կրում են համաճարակային բնույթ: 1990 թ. ՈՎՀ-ներից մահացության բեռը կազմում էր 97.9%, իսկ վարակիչ հիվանդություններից՝ 2.1%, 2021 թ. ՈՎՀ-ներից մահացության բեռը հասել է շուրջ 95.0%-ի, իսկ վարակիչ հիվանդությունների բեռը նվազել է մինչև 0.5%, ընդ որում, վարակիչ և մակարածական հիվանդություններից առաջացած մահերի 19.9%-ը պայմանավորված է տուբերկուլյոզով¹⁰⁹: Առավել տարածված 4 ՈՎՀ-ներից մահացության բեռը 1990 թ. կազմում էր 76.1%, իսկ 2021 թ.՝ շուրջ 76.9%, ընդ որում, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը զբաղեցնում է առաջատար դիրք (1990 թ.՝ 57.4%, 2021 թ.՝ 56.6%), որին հաջորդում են չարորակ նորագոյացությունները (1990 թ.՝ 16.1%, 2021 թ.՝ 15.5%), մարտոդական համակարգի հիվանդությունները (1990 թ.՝ 3.4%, 2021 թ.՝ 3.6%), էնդոկրին, սննդային և նյութափոխանակության հիվանդությունները (1990 թ.՝ 2.6%, 2021 թ.՝ 1.2%): 1990–2021 թթ. մահացության պատճառների մեջ վարակիչ հիվանդությունների մասնաբաժինը 1.6 տոկոսով նվազել է, իսկ արյունատար և շնչառական համակարգի հիվանդություններից, նորագոյացություններից և էնդոկրին, սննդային ու նյութափոխանակության հիվանդություններից մահացությունն անընդհատ աճ է գրանցել (աղյուսակ 2.1):

Աղյուսակ 2.1

ՀՀ բնակչության մահացության կշիռն ըստ առավել տարածված հիվանդությունների, 1990–2021 թթ., % ¹¹⁰

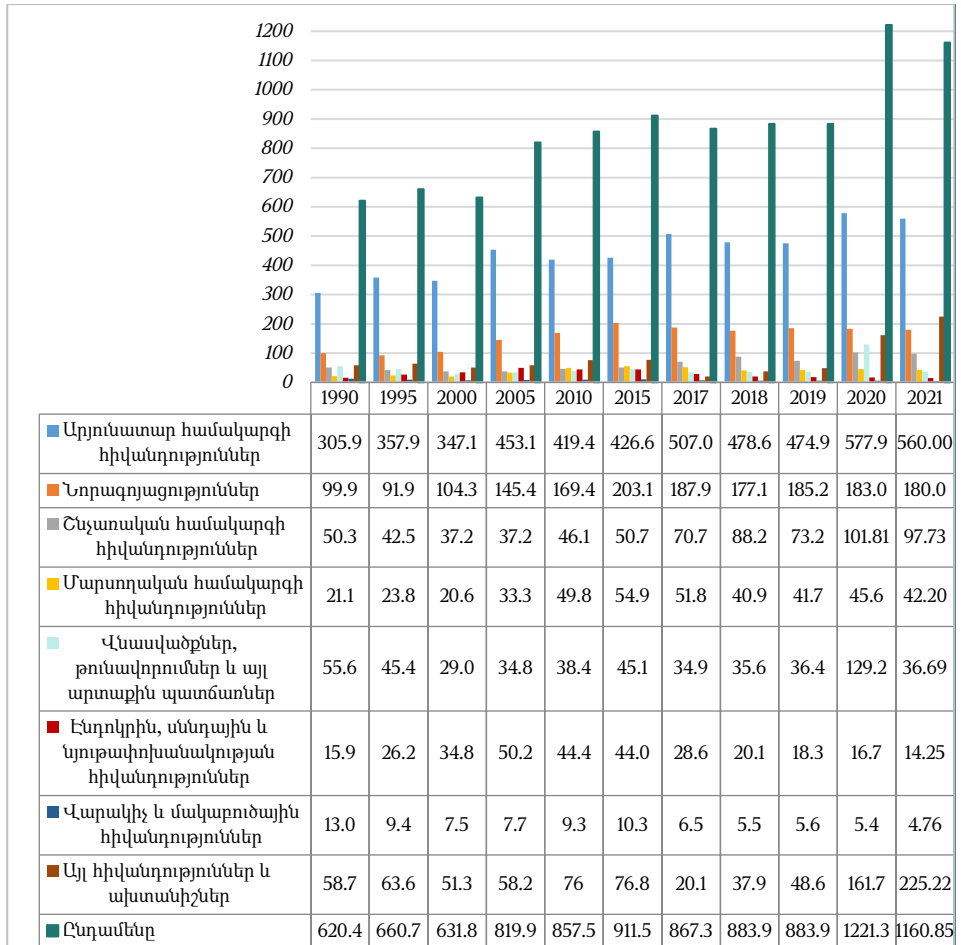
Մահացության պատճառ	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Արյունատար համակարգի հիվ.	49.3	54.2	54.9	55.3	48.9	46.0	55.6	55.2	53.7	47.3	48.2
Նորագոյացություններ	16.1	13.9	16.5	17.7	19.8	21.9	20.6	20.4	20.9	15.0	15.5
Շնչառական համակարգի հիվ.	8.1	6.4	5.9	5.6	5.9	7.6	6.1	7.7	8.3	8.3	8.4
Մարտոդական համակարգի հիվ.	3.4	3.6	3.3	4.1	5.8	5.9	5.7	4.7	4.7	3.7	3.6
Վնասվածքներ, թունափորումներ և այլ արտաքին պատճ.	9.0	6.9	4.6	4.2	4.5	4.9	3.8	4.1	4.1	10.6	3.2
Էնդոկրին, սննդային և նյութափոխանակության հիվ.	2.6	4.0	5.5	6.1	5.2	4.7	3.1	2.3	2.1	1.4	1.2
Վարակիչ և մակարածային հիվ.	2.1	1.4	1.2	0.9	1.1	1.1	0.7	0.6	0.6	0.4	0.5
Այլ հիվանդություններ և ակարանիչներ	9.4	9.6	8.1	6.7	8.8	7.9	4.4	5.0	5.6	13.3	19.4
Ընդամենը	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ընդհանուր մահացությունը 100 000 բնակչի հաշվով աճել է 87.1%-ով. 1990 թ.՝ 620.4, 2021 թ.՝ 1160.85: ՀՀ-ում մահացության պատճառների կառուց-

¹⁰⁹ Տե՛ս Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹¹⁰ Տե՛ս նույն տեղը:

վաճքում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից, նորագոյացություններից, վնասվածքներից, թունավորումներից և այլ արտաքին պատճառներից հետո մեծ կշիռ ունի COVID-19-ից մահացությունը, որը 2020 թ. կազմել է 9.8%, իսկ 2021-ին՝ 15.8%: Հայաստանում մահացության աննախադեպ աճը հրամայական է դարձրել հակահամաճարակային անվտանգության և կառավարման հայեցակարգերի մշակումը:



Գծապատկեր 2.8

ՀՀ բնակչության մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից, 1990–2021 թթ., 100 000 բնակչի հաշվով ¹¹¹

Ինչպես արդեն նշվեց, ՀՀ-ում յուրաքանչյուր երկրորդը մահանում է ԱՇՀՀ-ի հետևանքով. 2021 թ. արձանագրվել է 16 589 դեպք (559.8/100 000

¹¹¹ Տե՛ս նույն տեղը:

բնակչի հաշվով): Աղյուսակ 2.2-ում դա ավելի մանրամասն ներկայացված է ըստ նոգոլոգիաների: 2021 թ. ԱՇՀՀ-ից մահերի 23.4%-ի պատճառը սրտի իշեմիկ հիվանդություններն են (ՄԻՀ), մասնավորապես՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտը (3.9%) և կրկնակի ինֆարկտը, ուղեղի անոթային հիվանդությունները (ՈԻԱՀ)՝ 7.1%, գերճնշումային հիվանդությունները՝ 2.9%:

ԱՇՀՀ մահացության կշիռն ըստ նոգոլոգիաների, 1990–2021 թթ., % ¹¹² | Աղյուսակ 2.2

Մահվան պարճաններ	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ ձևեր	32.4	35.0	36.4	33.9	29.4	29.1	29.0	24.6	24.3	24.0	23.4
այդ թվում՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտ	8.7	9.4	11.3	8.9	10.0	8.4	5.7	2.7	3.1	2.8	3.9
Գերճնշումային հիվանդություններ	9.2	11.1	12.2	2.0	3.9	2.5	4.8	4.0	3.7	3.2	2.9
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	13.5	14.1	15.0	14.9	10.6	8.7	9.1	7.2	7.7	6.2	7.1

2021 թ., 1990 թ. համեմատությամբ, դիտվում է մահերի նվազում ԱՇՀՀ բոլոր նոգոլոգիաներում. դա պայմանավորված է մի շարք ռազմավարական ծրագրերով և միջգերատեսչական միջոցառումներով, մասնավորապես՝ ՈՎՀ-ների սքրինինգային ծրագրով, որի շրջանակում 35–68 տարեկան Հայաստանի բոլոր քաղաքացիներն առողջության առաջնային պահպանման օղակում կարող են անվճար հետազոտվել՝ զարկերակային գերճնշման և շաքարային դիաբետի վաղ հայտնաբերման նպատակով: 2015 թ. մեկնարկել է «Պետության կողմից երաշխավորված՝ սրտի կորոնար անոթների անհետաձգելի վիրահատություններ» (Stent for Life) ծրագիրը: Ծրագիրն ապահովել է «Սրտամկանի սուր ինֆարկտ ST-էլևացիայով» ախտորոշման ժամանակ ինֆարկտ-պատասխանատու կորոնար զարկերակի ոչ դեղապատ ստենտի տեղադրման ծառայությունների մատչելիությունն ամբողջ բնակչության համար, 2018 թ-ից սրտի ստենտավորումը կատարվում է արդեն դեղապատ ստենտով¹¹³: 2019 թ-ից մեկնարկել է նաև գլխուղեղի սուր իշեմիկ կաթվածների բուժման ծրագիրը. ծառայությունների կազմակերպման հիմքում «գլխուղեղի սուր և/կամ ենթասուր իշեմիկ կաթված» ախտորոշումն է: Այսինքն՝ պետական պատվերը գործում է գլխուղեղի իշեմիկ կաթվածի կլինիկական նշանների ի հայտ գալու պահից 24 ժամվա ընթացքում՝ ներառյալ տեղա-

¹¹² Տե՛ս նույն տեղը:

¹¹³ Տե՛ս ՀՀ ԱՆ 2018 թվականի հունիսի 29-ի թիվ 1666-Ա հրամանը:

փոխման ժամանակահատվածը, ինչպես նաև՝ եթե պացիենտը չունի թրոմբոլիտիկ բուժման և մեխանիկական թրոմբեկտոմիայի հակացուցումներ:

Սակայն քրոնիկական հիվանդություններ ունեցող շատ քաղաքացիներ բուժօգնություն չեն ստանում, ինչի հետևանքով ԱՇՀՀ ունեցող հինգ բնակչից երկուսը¹¹⁴ մնում են առանց բուժման: Բուժժառայությունների հիմնական խոչընդոտներից է բարձր գինը, քանի որ որոշ հիմնական ծառայությունների համար պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների փաթեթով համընդհանուր ծածկույթ չի ապահովվում: Պետությունը պարտադիր կանխավճարների բացակայության պայմաններում ֆինանսավորում է առավել աղքատ խավի վճարումները, նվազ առողջապահական կարիքներ ունեցող խմբերը դուրս են մնում ընդհանուր ռիսկի խմբից և հայտնվում են «չբավականացնող միջին հատվածում»¹¹⁵:

Հայաստանում առողջապահության ոլորտի բարելավման ճանապարհին համարժեք և ժամանակին բուժժառայություններից օգտվելիս ֆինանսները չպետք է խոչընդոտ հանդիսանան: Մի շարք ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներ բարձրորակ խնամքի հասանելիությունը, դեղորայքային միջոցները հայթայթում են ընդհանուր եկամուտների կամ պարտադիր կանխավճարների միջոցով: Ընդհանուր եկամուտների հաշվին ֆինանսական միջոցների հավաքման բեռը տարածվում է մեծ շառավղով, քանի որ նշված երկրները նաև ռիսկերի խմբավորման միջոցով առողջապահության ոլորտի ծախսերի բաշխում են կատարում, որպեսզի առողջապահական ավելի շատ կարիքներ ունեցող խմբերը խաչաձև սուբսիդավորվեն առողջապահական ավելի քիչ կարիքներ ունեցող խմբերի կողմից¹¹⁶:

Պարտադիր կանխավճարների բացակայության պայմաններում առավել աղքատների վճարումները ֆինանսավորելու դեպքում նվազ առողջապահական կարիքներ ունեցող խմբերը դուրս են մնում ընդհանուր ռիսկի խմբից: Այս անձինք իրավունակ չեն ընդգրկվելու պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների ծածկույթում և բարձր գների պատճառով դուրս են մղվում առողջապահական համակարգից: Ռիսկի խմբերի բացառումը ծածկույթից հանգեցնում է բուժօգնության դիմելու հետաձգման, բարդությունների դեպքում՝ թանկ անհետաձգելի ծառայությունների կարիքի

¹¹⁴ St'u Health System Performance Assessment, Armenia, 2016/ **Andreasyan D., Bazarchyan Al., Manukyan S., Muradyan G., Torosyan A., Chamanyan A., Bidzyan, Zelveyan P.**, National Institute of Health named after academician S. Abdalbekyan, MoH, RA, 2016:

¹¹⁵ St'u **Chukwuma A., Gong E., Ghazaryan E.**, For COVID and coverage. financing reforms are critical for better health in Armenia. World Bank Blogs. Published on Investing in Health. September 24, 2020, <https://blogs.worldbank.org/health/covid-and-coverage-financing-reforms-are-critical-better-health-armenia>

¹¹⁶ St'u **Yazbeck A.S., Savedoff W.D., Hsiao W.C., Kutzin J., Soucat A., Tandon A. et al.**, The case against labor-tax-financed social health insurance for low- and low-middle-income countries: a summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low- and low-middle-income countries. Health Affairs, 39(5), 2020. DOI: [10.1377/hlthaff.2019.00874](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00874):

առաջացման և ընտանիքների էլ ավելի աղքատացման: Բացի այդ, որակյալ բուժօժանայությունների և առողջապահական վերջնարդյունքների բարելավման համար կանխավճարային և համախմբված միջոցները պետք է արդյունավետ բաշխվեն ռիսկի խմբերի միջև:

2.3

Նորածնային, մանկական, երեխաների և մայրական մահացություն

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները բնութագրում են առողջապահական համակարգի գործունեությունը և սերտորեն փոխկապակցված են տվյալ երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ:

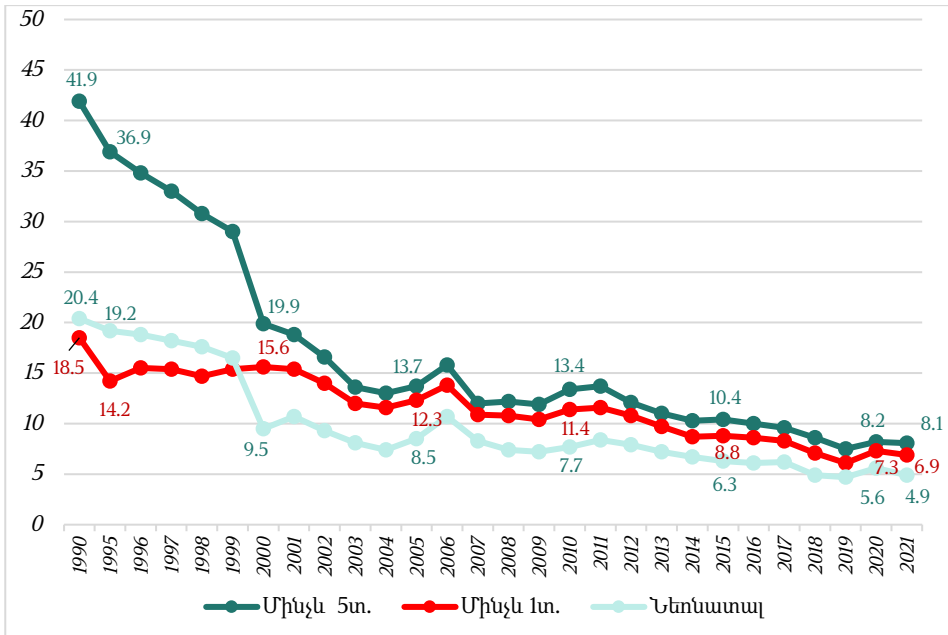
Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրներն առաջնահերթություն են ՀՀ Կառավարության համար և արտացոլված են ՀՀ ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում¹¹⁷ և դրանցից բխող իրականացվելիք գործողությունների ծրագրերում:

ՄԱԿ-ի անդամ երկրների, միջազգային կազմակերպությունների և գործակալությունների կողմից մշակվել են մի շարք ռազմավարություններ ու ծրագրեր՝ ուղղված մանկական և մայրական մահացության կրճատմանը, կանանց և երեխաների առողջության ու կեցության բարելավմանը: Կայուն զարգացման 3.2 նպատակով ամրագրված է. «Մինչև 2030 թ. վերջ դնել նորածինների և մինչև 5 տարեկան երեխաների կանխարգելվող մահերին. Բոլոր երկրները պետք է նպատակ ունենան նվազեցնելու վաղ նորածնային մահացությունն առնվազն 12-ից ցածր՝ 1000 կենդանածնի հաշվով, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ առնվազն մինչև 25-ի՝ 1000 կենդանածնի հաշվով»¹¹⁸:

2021 թ. պաշտոնական վիճակագրական տվյալների համաձայն՝ Հայաստանը հասել է ԿԶՆ նախատեսված նպատակներին, մասնավորապես՝ նորածնային մահացության ցուցանիշը 1000 կենդանածինների հաշվով 1990 թ. 20.4-ից 2021 թ. հասել է մինչև 4.9-ի, մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը 18.5-ից՝ 6.9-ի, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը 41.9-ից՝ 8.08-ի (գծապատկեր 2.9):

¹¹⁷ Տե՛ս «Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման ծրագիրը և ծրագրի կատարումն ապահովող 2020-2023 թվականների միջոցառումները հաստատելու մասին», ՀՀ Կառավարության 05.03.2020 թ. 258-Լ որոշումը:

¹¹⁸ Տե՛ս United Nations, SDG Indicators, Metadata repository. Goal 3. Target 3.2, <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>



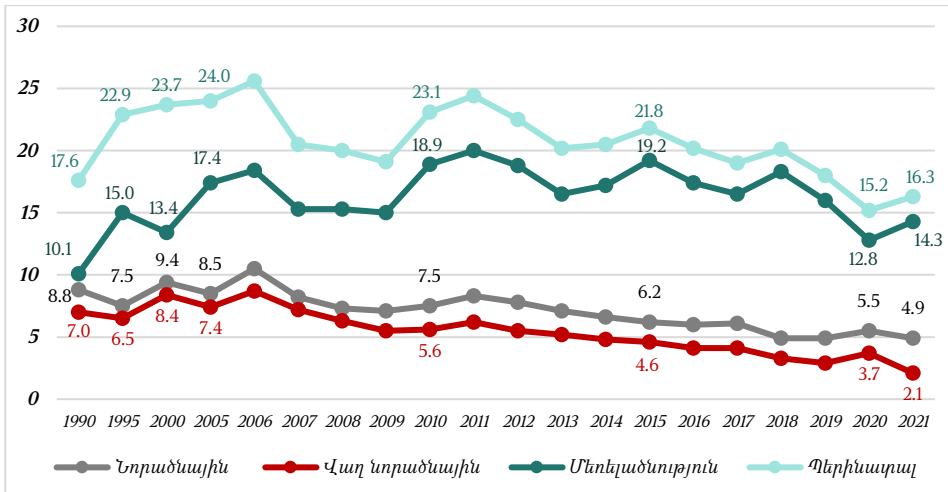
Գծապատկեր 2.9

Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացությունը 1990–2021 թթ., 1 000 կենդանածնի հաշվով ¹¹⁹

Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ 1990–2004 թթ. արձանագրվել է մանկամահացության ցուցանիշների նվազում, իսկ 2004–2006 թթ.՝ աճ, որից հետո նվազման միտումները կայունորեն պահպանվել են: Նվազումը պայմանավորված է 2005 թ. ՀՀ Կառավարության (ի դեպ, առաջինը՝ ԱՊՀ երկրների շարքում) հուլիսի 27-ի N 949-Ն որոշմամբ մոր և մանկան ծառայության ոլորտի բժշկաժողովրդագրական հիմնական հասկացությունների սահմանման փոփոխությամբ՝ ԱՀԿ ՀՄԴ-10-րդ վերանայված տարբերակին համապատասխան ¹²⁰: Արդյունքում՝ 2005–2006 թթ. ցուցանիշը 1.5 անգամ աճեց (16.9%-ից՝ 26%-ի), որը տեղի ունեցավ պերինատալ մեռելածնության հաշվին: 2006 թ-ից արձանագրվել է նորածնային մահացության նվազեցում, սակայն, պերինատալ և մեռելածնության ցուցանիշներն աճի միտումներ են գրանցել (գծապատկեր 2.10):

¹¹⁹ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., Մ՝ 920, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹²⁰ Տե՛ս «Մանկական մահացության և ծնունդների գրանցման և դասակարգման հիմնախնդիրների հետ կապված իրավիճակը բարելավելու մասին», ՀՀ Կառավարության N 949-Ն որոշումը, ՀՀՊՏ 2005.07.27/48(420):



Գծապարկեր 2.10

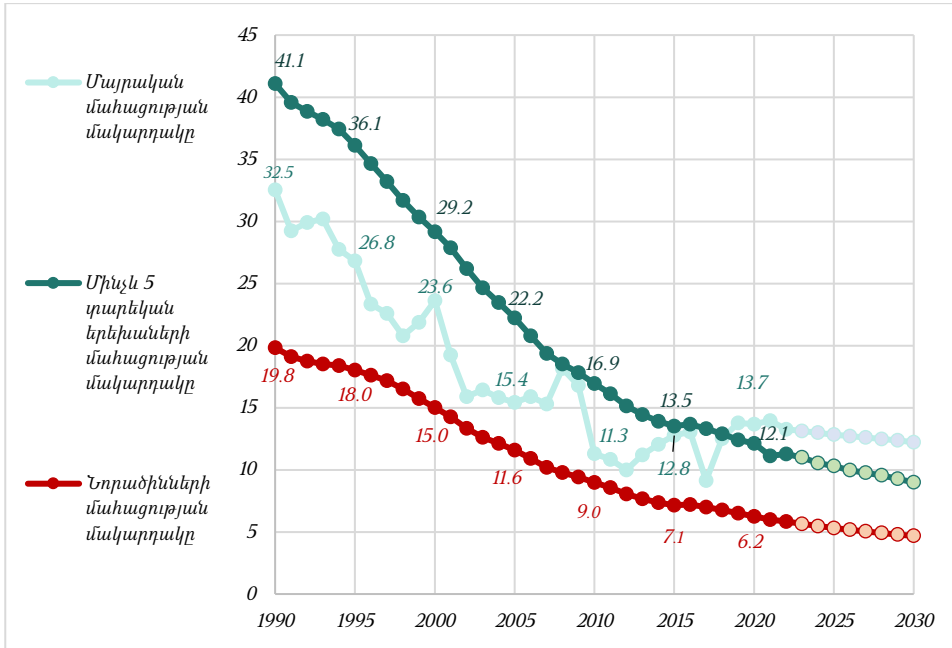
Նորածնային, վաղ նորածնային, մեղմվածության և պերինատալ մահացությունն ըստ տարիների, 1990–2021 թթ., 1000 կենդանածնի հաշվով¹²¹

ԱԶԳՄԻ կանխատեսումների համաձայն՝ ԿԶՆ երկու ցուցանիշների՝ 1000 կենդանածնիների հաշվով մինչև 5 տարեկան երեխաների (3.2.1) և նորածնային (3.2.2) մահացության գծով մինչև 2030 թ. նվազման միտումները կպահպանվեն. համապատասխանաբար՝ 8.99 և 4.68 դեպք, իսկ մայրական մահացության մակարդակը կնվազի մինչև 12.23-ի (գծապատկեր 2.11):

ԱՀԿ-ի կողմից մայրական մահացությունը սահմանվում է որպես մահ, որը տեղի է ունենում հղիության ընթացքում կամ ծննդաբերությունից, կամ հղիության ավարտից հետո 42 օրվա ընթացքում՝ հղիության հետ կապված կամ դրանից վատթարացած ցանկացած պատճառով: Մայրական ուղղակի մահացությունը բխում է հղիությունից կամ դրա վարումից, մինչդեռ անուղղակի մայրական մահացությունը բխում է հղիության ֆիզիոլոգիական փոփոխություններից առաջացած կամ նոր հիվանդությունից: Ամբողջ աշխարհում մայրական մահացության մոտավորապես 73%-ը վերագրվում է ուղղակի պատճառներին¹²²:

¹²¹ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: «Մոր և մանկան առողջություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2022. Եր., Մ 920, ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹²² Տե՛ս Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:



Գծապատկեր 2.11

Մինչև 5 օտարերկրյան երեխաների, նորածնային և մայրական մահացությունը, 1990–2021 թթ. և կանխատեսումը մինչև 2030 թ., 1 000 կենդանածինների հաշվով¹²³

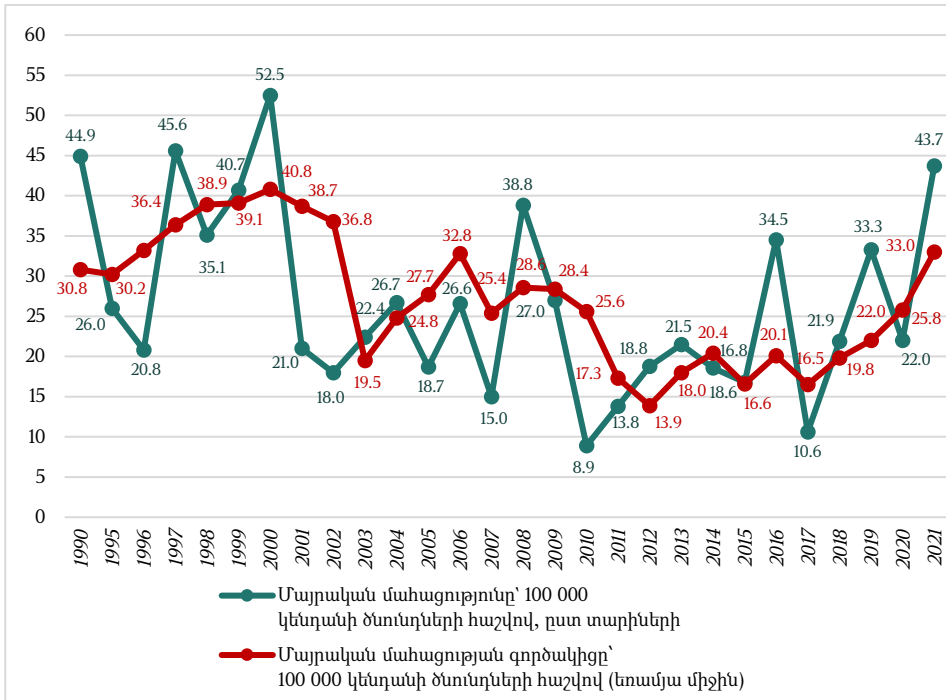
Չնայած վերջին տասնամյակի ընթացքում մայրական մահացության համաշխարհային մակարդակի 38%-ով նվազմանը, ցուցանիշները մնում են անթույլատրելի բարձր՝ օրական 800-ից ավելի մայրական մահացության դեպքերով: Մայրական մահացության ցուցանիշների և պատճառների միջև տարածաշրջանային զգալի տարբերություններ կան, և ճնշող մեծամասնությունը տեղի է ունենում ՑՄԵԵ-ում¹²⁴:

ԿԶՆ 3.1 նպատակով ամրագրված է մայրական մահացության նվազեցում. «Մինչև 2030 թ. կրճատել մայրական մահացության համամասնությունը մինչև 70-ից ցածր՝ 100 000 կենդանածնի հաշվով»¹²⁵:

¹²³ Տե՛ս IHME. Health-related SDGs. Armenia. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

¹²⁴ Տե՛ս Emma R. Lawrence, Thomas J. Klein, Titus K. Beyuo, Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Vol. 49, Issue 4, December 2022. DOI: 10.1016/j.ogc.2022.07.001:

¹²⁵ Տե՛ս United Nations, SDG Indicators, Metadata repository. Goal 3. Target 3.1., <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf>



Գծապատկեր 2.12

Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով՝ ըստ տարիների և եռամյա միջին ցուցանիշի, 1990–2021 թթ.¹²⁶

Մայրական մահացության տարեկան ցուցանիշը 100 000 կենդանաձնի հաշվով 1990 թ. կազմել է 44.9, 2021 թ.՝ 43.7, իսկ եռամյա միջինը 1990 թ. 30.8-ից 2021 թ. հասել է մինչև 33.0-ի (գծապատկեր 2.12): Մայրական մահացության ցուցանիշը խիստ փոփոխական է, ինչը պայմանավորված է երկրի փոքրաթիվ բնակչությամբ, որի հետևանքով մայրական մահացության նույնիսկ մի քանի դեպքերը կարող են զգալիորեն փոխել ցուցանիշը, սակայն դա շատ չի փոփոխվել վերջին տասնամյակի ընթացքում և կրկին գերազանցում է եվրոպական տարածաշրջանային ցուցանիշը (1990 թ.՝ 42.68, 2021 թ.՝ 15.35¹²⁷):

¹²⁶ Տե՛ս Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022, Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ավադեմիկոս Ս. Ավդալբեյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹²⁷ Տե՛ս IHME. Health-related SDGs. Armenia. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>

Մայրական մահացության նվազեցման առաջընթացին նպաստում են մի շարք գործոններ, որոնք ներառում են սեռական, վերարտադրողական, մայրական և նորածնային առողջապահական ծառայությունների հասանելիությանն ու որակի անհավասարություններին ուղղված ՀԱԾ-ի բարելավումները: Անկախացումից ի վեր պետական բյուջեի կրճատման հետևանքով Հայաստանը բախվեց մայրական և մանկական մահացության հիմնախնդրին, ուստի վերարտադրողական, մայրական, նորածնային և մանկական առողջության բաղադրիչը ևս ընդգրկվեց ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթում: Տասնամյակներ անց՝ 2020 թ., ի պատասխան COVID-19 համավարակի, Հայաստանը որդեգրեց նոր գործելակերպ. հակահամաճարակային անվտանգության և կառավարման քաղաքականության շրջանակներում երեխաներին ու հղի կանանց ուղղված ծառայությունների հատուկ սակագները նպատակ ունեն կանխելու նրանց անտեսումը գերզբաղված բուժօժանոթություններ մատուցողների կողմից: Այսպիսով՝ պետությունը երաշխավորում է բոլոր բուժօժանոթությունների համար ծածկույթ, որպեսզի ֆինանսական խոչընդոտները հիվանդությունների տարածման պատճառ չդառնան:

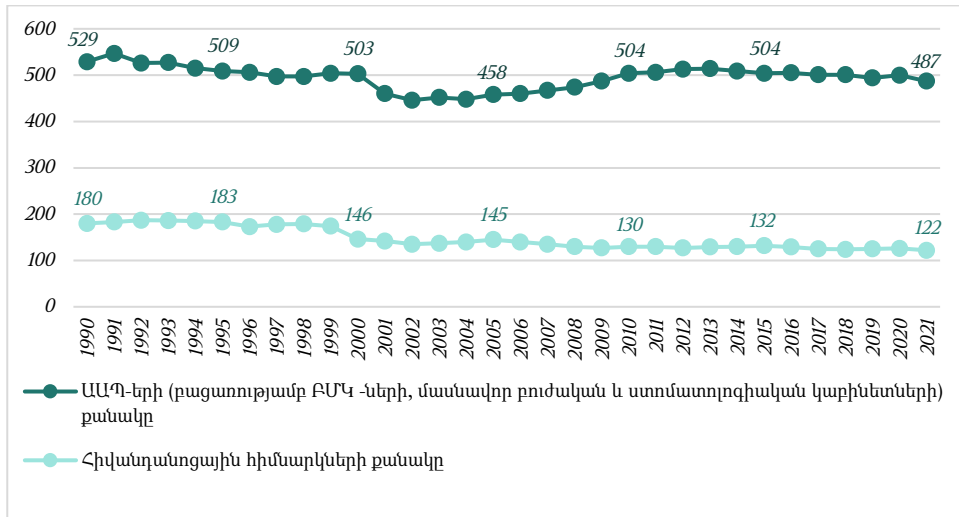
2.4

Առողջապահական ծառայությունների և ռեսուրսների գնահատում

ՀՀ Կառավարությունը միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ առողջապահության համակարգի բարեփոխումներ է իրականացնում դեռևս 1990-ականների սկզբից: Առավել զգալի փոփոխությունների թվում են ոլորտի կառավարման ապակենտրոնացումը, մի շարք բուժհաստատությունների մասնավորեցումը, բուժօժանոթությունների գնորդի և մատակարարի գործառույթների տարանջատումը, ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների ներդրումը, հիվանդանոցային օդակի օպտիմալացումը և ԱԱԳ համակարգի հզորացումը: Առողջապահական համակարգի բարեփոխման նպատակով նախորդ տարիներին իրականացված միջոցառումները հանգեցրել են ինչպես դրական արդյունքների, այնպես էլ որոշ բացասական դրսևորումների: Համակարգի կառավարման ապակենտրոնացման, ինչպես նաև առողջապահական հաստատությունների մասնավորեցման ուղղությամբ իրականացված միջոցառումների ակնկալվող արդյունքներն էին ազատական և մրցակցային սկզբունքների արմատավորումը, որի ուղղությամբ շոշափելի ձեռքբերումներ չեն արձանագրվել:

1990 թ. համեմատությամբ արտահիվանդանոցային նեղ մասնագիտական բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների թիվը (529) Հայաստանում մինչև 2002 թվականը նվազել է շուրջ 15.7%-ով, սակայն

վերջին շրջանում, հիվանդանոցային համակարգում մասնավորեցմանը զուգահեռ, սկսել է աճել՝ 2021 թ. հասնելով 487-ի (1990 թ. համեմատությամբ նվազել է 7.9%-ով): 2004 թ. Հայաստանում եղել է 21 մասնավոր հիվանդանոց, իսկ 2021 թ.՝ 42 (գծապատկեր 2.13): Հիվանդանոցները հիմնականում իրականացնում են բնակչության ստացիոնար բուժումը և մեծ մասամբ բազմապրոֆիլային են, իսկ ավելի փոքր մասը՝ նեղ մասնագիտացված (սիրտ-անոթային, վնասվածքաբանական, տուբերկուլյոզային, հոգեբուժական, ինֆեկցիոն և այլն): ԱԱՊ կազմակերպություններն իրականացնում են ընդհանուր բուժօգնություն, գտնվելու վայրին հարակից բաշխվածությամբ բնակչության (նաև ըստ աշխատավայրի) բուժական-կանխարգելիչ աշխատանքներ, ստացիոնար հսկողության ենթակա անձանց ընտրություն, հիվանդների, աշխատունակությունը ժամանակավորապես կորցրած անձանց բժշկական փորձաքննություն:



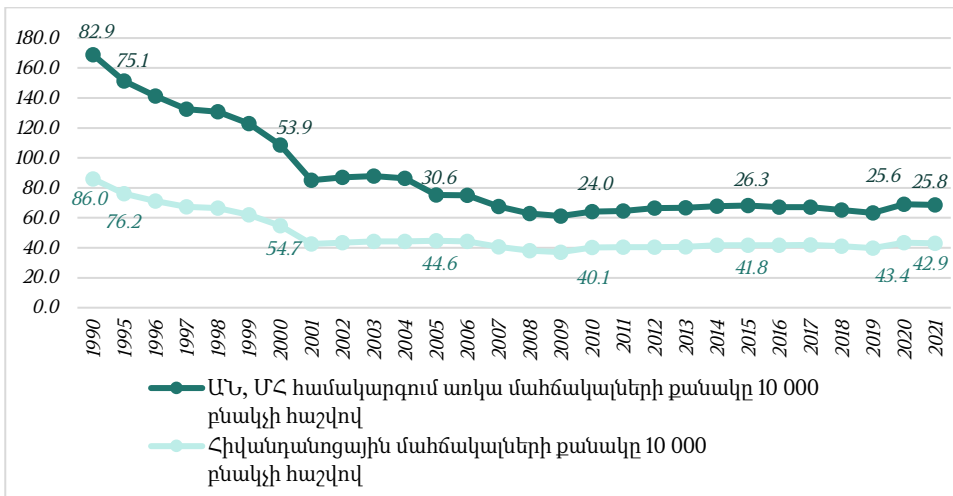
Գծապատկեր 2.13

ԱԱՊ ծառայությունների (բացառությամբ ԲՄԿ-ների, մասնավոր բուժական և ստոմատոլոգիական կաբինետների) և հիվանդանոցային հիմնարկների քանակը, 1990–2021 թթ.¹²⁸

Առողջապահական հիմնարկները և ներուժը հիմնականում կենտրոնացած են հանրապետության մայրաքաղաքում (հիվանդանոցների 45.9%-ը, ԱԱՊ ծառայությունների 27.9%-ը¹²⁹), ինչը լուրջ խոչընդոտներ է ստեղծում հեռավոր բնակավայրերի բնակչության բուժսպասարկման մատչելիության ապահովման գործում:

¹²⁸ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:
¹²⁹ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության մայրաքաղաք Երևանը թվերով, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

Առողջապահության համակարգի արդյունավետության բարձրացման հաջորդ քայլը 1993–2004 թվականներին հիվանդանոցների և ԱԱՊ հաստատությունների մահճակալային ֆոնդի կրճատումն էր դրանց միավորման և վերակազմավորման միջոցով¹³⁰, քանի որ մահճակալների զբաղվածության միջին մակարդակը կազմում էր մոտ 30% (մարզերում՝ 10–15%)¹³¹: Հիվանդանոցային մահճակալների ավելցուկային հզորությունն արտացոլում է այն փաստը, որ խորհրդային ժամանակաշրջանում հիվանդանոցներին պետական հատկացումները հիմնված էին մահճակալների քանակի վրա: Փաստորեն, ուշադրությունը կենտրոնացած էր ստացիոնար բուժման վրա՝ ի վնաս մյուս ծառայությունների, հատկապես՝ առաջին օգնության և կանխարգելիչ բուժօգնության: Մահճակալների ընդհանուր հարաբերակցության տվյալներից պարզ է դառնում, որ 1990–2021 թթ. մահճակալների կառուցվածքում ՀՀ առողջապահության նախարարության, մարզային և համայնքային կազմակերպությունների մահճակալների մասնաբաժինը նվազել է (գծապատկեր 2.14):



Գծապատկեր 2.14

Հիվանդանոցային և ԱՆ, ՄՀ համակարգերում առկա մահճակալների քանակը, 1990–2021 թթ., 10 000 բնակչի հաշվով¹³²

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների արդյունավետության բարձրացման հաշվին ստացիոնար հիվանդանոցների մահճակալ/օրեր ծանրաբեռնվածության նվազեցումը (1990 թ.՝ 15.6, 2021 թ.՝ 8.6 մահճակալ/օր) կա-

¹³⁰ Տե՛ս Health System Performance Assessment, Armenia, 2009, http://nih.am/assets/pdf/atvk/hspa_eng_2009.pdf

¹³¹ Տե՛ս **Tonoyan T.**, Health care system in Armenia: Past, present and prospects, Diskussionspapier, No. 2004/11, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin:

¹³² Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

րող է նպաստել բուժժառայությունների գնիջեցմանը և առողջապահության ոլորտի զարգացմանն ուղղվող ֆինանսական միջոցների տնտեսմանը: Մահճակալային ֆոնդի օգտագործման ինտենսիվության կրճատումը, հավանաբար, հանգեցրել է մահճակալային ֆոնդի կրճատմանը, իսկ առավել կտրուկ կրճատումը տեղի է ունեցել 1999–2001 թթ. (15.6%)՝ հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացման ծրագրի հաստատումից հետո: 2021 թ., նախակորոնավիրուսային ժամանակահատվածի համեմատությամբ, թե՛ ԱՆ, ՄՀ համակարգի, թե՛ հիվանդանոցային մահճակալների քանակը (10000 բնակչի հաշվով) աճել է, համապատասխանաբար՝ 10.5%-ով և 7.9%-ով, ինչը պայմանավորված էր COVID-19 հիվանդացության հետևանքով ստեղծված համաճարակային իրավիճակով:

Ներկայումս ՀՀ Կառավարության առողջապահության ոլորտի քաղաքականության հիմնական նպատակներն են բնակչության առողջական վիճակի բարելավումը և առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության և որակի բարձրացումը¹³³: Առողջապահության մատչելիության և որակի ապահովումը կարող է բարելավել առողջապահական ծառայությունների սպառումը՝ դրանով իսկ բարելավելով բնակչության առողջությունը: Հետևաբար, ջանքերը պետք է ներդրվեն՝ զարգացնելու և ամրապնդելու սոցիալապես կենսունակ, արդար առողջապահական համակարգի գործունեությունը, որի հիմքում ավելի որակյալ ծառայություններ մատուցելուն նպատակամիտված հետևյալ երեք սկզբունքներն են՝ բնակչության առողջության բարելավում ու մատակարարումների միջև անհավասարությունների նվազեցում, մարդակենտրոն մոտեցում և արդար ֆինանսավորում¹³⁴:

Առողջապահության համակարգն առավել արդյունավետ է, եթե հավասար պայմանների դեպքում, ռեսուրսների մակարդակին համապատասխան, բնակչությանը մատուցվում է առավել արդյունավետ և որակյալ բուժօգնություն: Համաձայն ԱՀԿ սահմանումների՝ տարբերում են բուժժառայությունների երեք տիպի մատչելիություն¹³⁵՝

- **Ֆինանսական**, երբ սահմանափակվում է բուժժառայությունից օգտվելու հնարավորությունը տնային տնտեսությունում ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով,

¹³³ Տե՛ս Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, 2020–2022 թթ., ՀՀ Կառավարության 2019 թ. հուլիսի 10-ի N 900-Ն հրամանը:

¹³⁴ Տե՛ս Հայաստանի առողջապահական համակարգը: Պատմական, սոցիալական, բարոյագիտական և աստվածաբանական հայացքը. անցյալը, ներկան և հեռանկարը / Բ. Եպս. Գալստանյան; Խմբ. և սրբագրիչ՝ Զ. Ոսկանյան, Եր., Հայաստան, 2021, էջ 43:

¹³⁵ Տե՛ս Health System Performance Assessment, Armenia, 2016/ **Andreasyan D., Bazarchyan A., Manukyan S., Muradyan G., Torosyan A., Chamanyan A., Bidzyan L., Zelveyan P.**, National Institute of Health named after academician S. Abdalbekyan, MoH, RA, 2016, էջ 124:

- **աշխարհագրական,** երբ սահմանափակվում է բուժժառայությունից օգտվելու հնարավորությունը բուժհիմնարկի հեռու գտնվելու կամ բացակայության պատճառով,
- **տեղեկատվական,** երբ սահմանափակվում է բուժժառայությունից օգտվելու հնարավորությունը տեղեկատվության բացակայության, ինչպես նաև քաղաքացիների՝ իրենց իրավունքների մասին տեղեկացված չլինելու պատճառով:

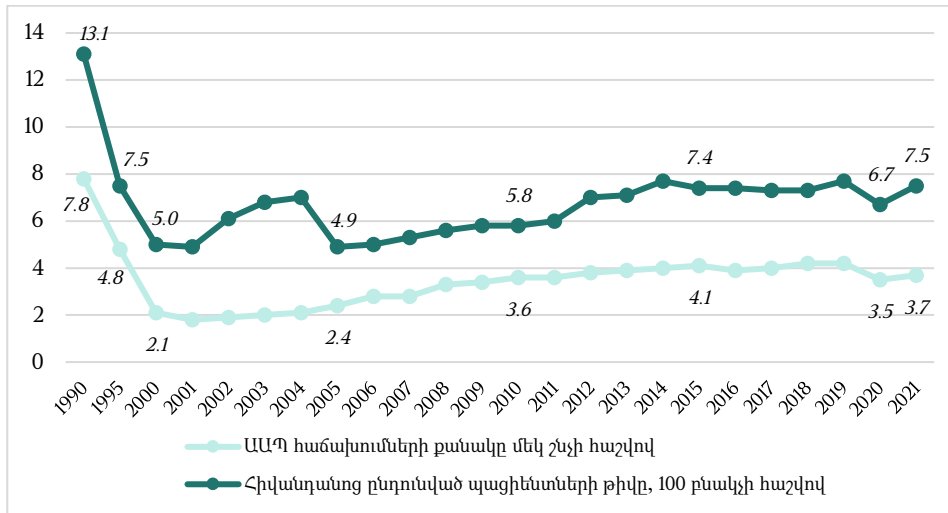
Բուժժառայությունների ֆինանսական և տեղեկատվական մատչելիության վրա մեծապես ազդում է աղքատության մակարդակը: 2009–2021 թթ. աղքատության վերին գծի համեմատությամբ աղքատության մակարդակը Հայաստանում նվազել է 7.6 տոկոսային կետով՝ 34.1%-ից մինչև 26.5%, իսկ ծայրահեղ աղքատության մակարդակը նվազել է 2.4 անգամ՝ 3.6%-ից մինչև 1.5%: 2021 թ. աղքատության (ըստ վերին գծի) գնահատված ցուցանիշը կազմում էր բնակչության 45.7%-ը¹³⁶: Հայաստանում առկա աղքատության մակարդակի պայմաններում, չնայած բուժօգնություն ստանալու առկա տարբեր արտոնություններին և կանոնակարգերին, տեղեկացված չլինելու պատճառով բնակչության որոշ խմբեր կամովին կամ ստիպված կատարում են կանխիկ վճարումներ, այն դեպքում, երբ կարող էին չկատարել: Հետևաբար՝ բուժօգնության տեղեկատվական գործոնը չափազանց կարևոր է առողջապահության համակարգի հզորացման գործում:

1990–2000 թթ. Հայաստանում մեկ շնչի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների տարեկան քանակը, ինչպես նաև տարեկան կտրվածքով հոսպիտալացումների մակարդակը կտրուկ նվազել են (գծապատկեր 2.15): Սակայն, 2000 թ. սկսած, երբ Հայաստանում սկսվել է նշանակալի տնտեսական աճ, հաճախումների ցուցանիշներն աճում են իրականացվող բարեփոխումների շնորհիվ, մասնավորապես՝ ԱԱՊ օղակում: Այնուամենայնիվ, հիվանդանոցային հաճախումների թիվն ավելի է աճել, քան ամբուլատոր հաճախումներինը, որը կարող է նաև պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություններ:

Հայաստանում ԱԱՊ և հիվանդանոցային ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիությունը համարժեք է, սակայն ֆինանսական խոչընդոտներն ու բուժօգնության որակի բացերը առողջապահական ծառայությունների հասանելիության դժվարություններ են ստեղծում: Երկրորդ գործոնը առավելապես կապված է առողջության հասարակական ընդհանուր ընկալման հետ, որը հետևանք է հանրային առողջության վերաբերյալ կրթության բացակայության, ծայրահեղ աղքատության ու գործազրկության, առողջապահական համակարգերին բնորոշ հատկանիշների, որոնք ավելի շատ կենտրոնանում

¹³⁶ Տե՛ս Սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

են երկրորդական, այլ ոչ թե առաջնային առողջապահական ծառայությունների վրա:



Գծապատկեր 2.15

ԱԱՊ հաճախումները քանակը մեկ շնչի հաշվով և հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը 100 բնակչի հաշվով, 1990–2021 թթ.¹³⁷

2009–2021 թթ. ԱԱՊ հաստատություններ չդիմելու պատճառներից ոչ աղքատ (61.9%), աղքատ (63.2%) և ծայրահեղ աղքատ (55.0%) բնակչության շրջանում որպես հիմնական հանգամանք շարունակում է գերակայել ինքնաբուժումը: Ֆինանսական խոչընդոտները ԱԱՊ մակարդակում առողջապահական ծառայությունների թերօգտագործման հաճախականության հիմնական պատճառներից են, ընդ որում, եթե ոչ աղքատ բնակչության միայն 5.4%-ն է բախվում ֆինանսական դժվարությունների, ապա աղքատների՝ 15.7%-ը, իսկ ծայրահեղ աղքատների՝ 13.5%-ը¹³⁸:

ԱԱՊ ծառայությունների սպառման ցածր մակարդակը կապված է նաև ֆինանսավորման հետ: ԱԱՊ ծախսերը ՑՄԵԵ-ում մեկ շնչի հաշվով 2000–2017 թթ. կազմել են 41-90 ԱՄՆ դոլար¹³⁹, մինչդեռ Հայաստանում 2016–2020 թթ. այդ ցուցանիշը 9.60–6.12 ԱՄՆ դոլար էր¹⁴⁰:

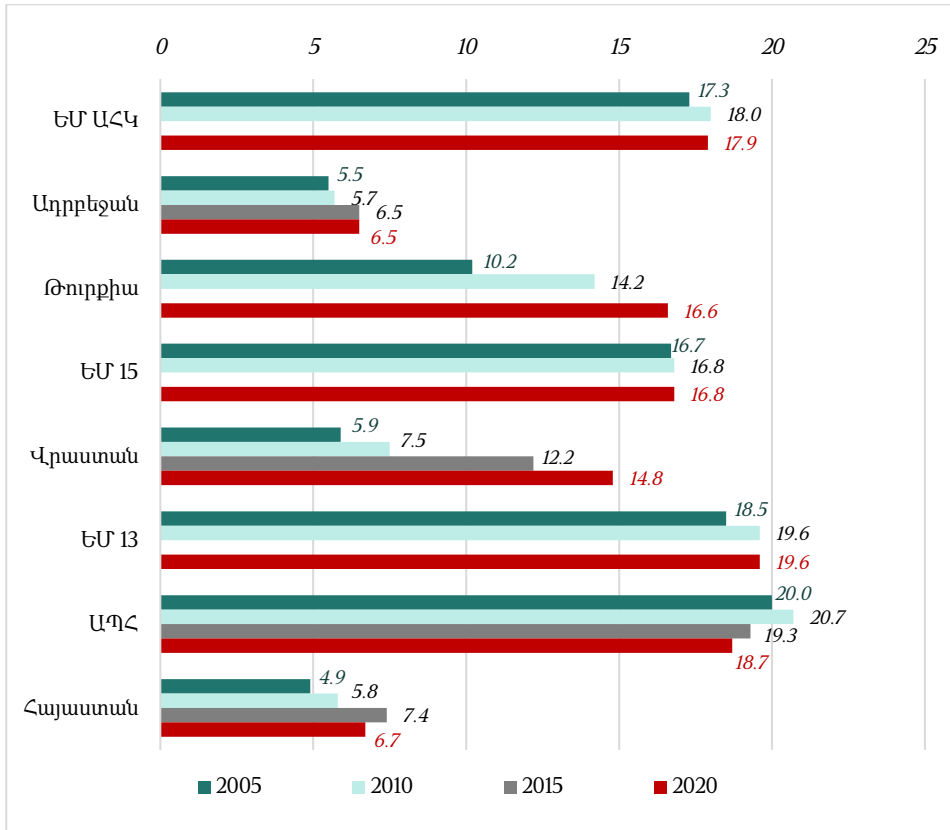
¹³⁷ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:

¹³⁸ Տե՛ս Սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

¹³⁹ Տե՛ս **Schneider T.M., Chang A.Y., Crosby S.W., Gloyd St. et al.**, Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000–2017. *BMJ Glob Health.* 2021; 6(8): e005798. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005798>:

¹⁴⁰ Տե՛ս WHO. Global health expenditure database, PHC Expenditure Profile – Armenia (2020). Last update: April 23 2023, https://apps.who.int/nha/database/PHC_Country_profile/Index/en:

Բնակչության առաջնային օղակի մատչելիության և հիվանդանոցային բուժօգնության դիմելիության աճի միջազգային տվյալների հետ համեմատությունից պարզվում է, որ Հայաստանի հոսպիտալացումների ցուցանիշը գերազանցում է Ադրբեջանի ցուցանիշները, սակայն զիջում է Վրաստանի, Թուրքիայի, ԱՊՀ, ԵՄ-15, ԵՄ-13 և ԵՄՀ ԱՀԿ երկրների ցուցանիշներին (գծապատկեր 2.16):



Գծապատկեր 2.16

Հոսպիտալացման մակարդակը 100 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների խմբեր, 2005–2020 թթ.¹⁴¹

Մինչդեռ, ամբուլատոր հաճախումների առումով Հայաստանի ցուցանիշը գերազանցում է միայն հարևան Վրաստանի ցուցանիշը և զիջում է մնացյալ երկրներին՝ կրկնակի հետ մնալով եվրոպական միջին մակարդակից (գծապատկեր 2.17):

¹⁴¹ Տե՛ս WHO Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Inpatient care discharges per 100. Last data available 2020, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_534-6010-inpatient-care-discharges-per-100/visualizations/#id=I9629&tab=table



Գծայարկեր 2.17

Ամբուլատոր հաճախումները 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների խմբեր, 2005–2020 թթ.¹⁴²

Ամբուլատոր հաճախումները դեռևս չեն փաստում հիվանդին ցուցաբերած իրական աջակցությունը և ԱԱՊ ծառայություններ բյուջետային ծրագրի արդյունավետությունը, քանի որ, եթե ամբուլատոր-պոլիկլինիկա դիմած հիվանդը կատարում է լրացուցիչ այց հիվանդանոց՝ կրկին նույն տեսակի ծառայություն ստանալու նպատակով, ապա ամբուլատոր հաստատության կողմից մատուցված ծառայության արդյունավետությունը դառնում է վիճելի: Այս իմաստով, ԱԱՊ հաստատությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ բնակչության «գուտ» պահանջարկը գնահատելու համար դիտարկվում է «գուտ կամ մաքուր» ծառայությունների մատուցումը հիվանդներին ԱԱՊ հաստատություններում և հիվանդանոցներում: Այսինքն՝ դիտարկվում են այն հիվանդները, որոնք բժշկական հաստատություններում որևէ այլ բուժօժանդություններ չեն ստացել, սահմանափակվել են միայն որոշակի ծառայություններով, այս դեպքում՝ խորհրդատվությամբ և տարբեր լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններով: Հետազոտությունները

¹⁴² Տե՛ս WHO Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Outpatient contacts per person per year, Last data available 2020, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/visualizations/#id=I9638&tab=table

փաստում են, որ բժշկական հաստատություններ դիմած հիվանդների միայն 10.8%-ն է բավարարվում ԱԱՊ հաստատություններում «զուտ խորհրդատվական» ծառայություններով: «Զուտ խորհրդատվական» ծառայություններ ստացածների 4%-ը նույն ծառայությունների համար ուղղակիորեն դիմում է հիվանդանոցային հաստատություններ, ինչը վկայում է բնակչության տվյալ հատվածի կողմից ԱԱՊ հաստատությունների մատուցած խորհրդատվական ծառայությունների նկատմամբ վստահության պակասի մասին¹⁴³:

Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ

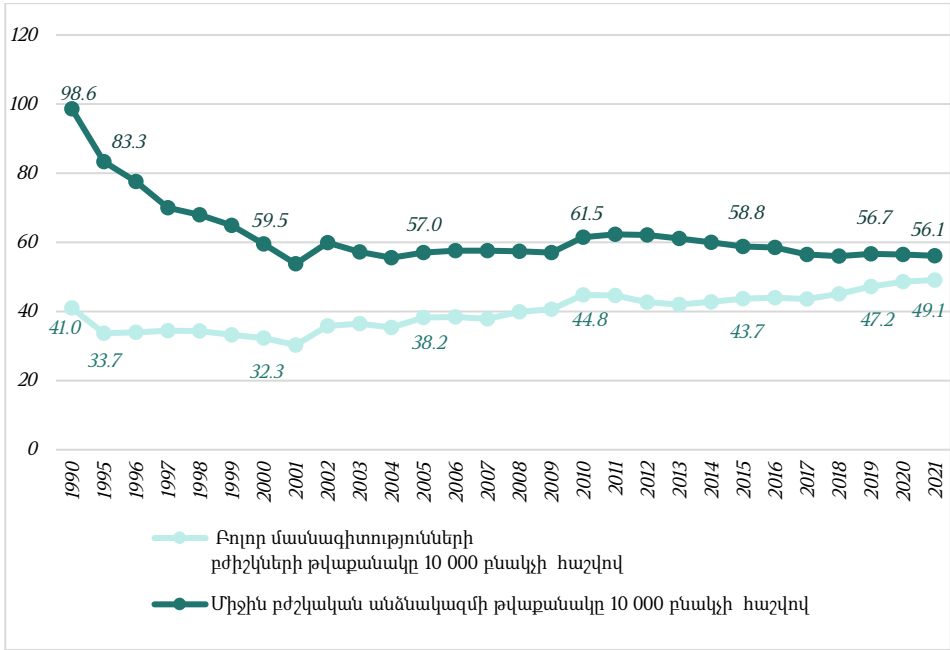
Առողջապահական ծառայությունների մատուցման, բուժօգնության որակի և կառավարման հիմքում առողջապահության կադրային ներուժն է, որի գնահատումն անհրաժեշտ է տարբեր նպատակներով, մասնավորապես՝ պլանավորման, վերահսկման և առողջապահական ոլորտի ռազմավարության, ծրագրերի և միջնորդությունների գնահատման համար:

ՀՀ Կառավարության 2014 թ. փետրվարի 6-ի նիստի N 5 արձանագրային որոշմամբ հաստատվեց Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարության և միջոցառումների ծրագիրը¹⁴⁴, որտեղ համապարփակ ներկայացված են առողջապահության համակարգում մարդկային ներուժի զարգացման քաղաքականության իրականացմանն ուղղված քայլերը: Առողջապահական համակարգերի զարգացման և բնակչությանը որակյալ բժշկական ծառայությունների տրամադրման համար անհրաժեշտ է բուժաշխատողների մասնագիտական կրթության և շարունակական զարգացման գործընթացների ապահովում: Միջազգային փորձը փաստում է, որ շարունակական մասնագիտական զարգացումը նպաստում է բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացմանը, հիվանդացության, մահացության նվազեցմանը և այլ առողջապահական ցուցանիշների բարելավմանը:

1990–2021 թթ. 10 000 բնակչի հաշվով միջին բժշկական անձնակազմի թվաքանակը կիսով չափ կրճատվել է (1990 թ.՝ 98.6, 2021 թ.՝ 56.1), մինչդեռ բժշկական անձնակազմի թվաքանակն աճել է (1990 թ.՝ 41.0, 2021 թ.՝ 49.1) (գծապատկեր 2.18): Համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանության՝ ակնկալվում էր բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ: 1990 թ. բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կազմել է 0.4, 2010–2020 թթ. այդ հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակում՝ 0.71, ապա՝ 2021 թ., տեսանելի է աճ գրանցել՝ մինչև 0.88:

¹⁴³ Տե՛ս Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ բյուջետային ծրագրի գնահատում, «Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն», 2016, էջ 19:

¹⁴⁴ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 06.02.2014 թ., ՀՀ Կառավարության 2014 թ. փետրվարի 6-ի նիստի N 5 արձանագրային որոշման Հավելված N 1:



Գծապատկեր 2.18

ՀՀ բոլոր մասնագիտությունների բժիշկների, միջին բժշկական անձնակազմի թվաքանակը, 1990-2021 թթ., 10 000 բնակչի հաշվով ¹⁴⁵

Երևանում կենտրոնացած է կադրերի գերակշռող մասը (բժիշկների 74.01%-ը, միջին բուժանձնակազմի 53.9%-ը)¹⁴⁶, միևնույն ժամանակ, երբ մարզերում կան նույնիսկ թափուր աշխատատեղեր, ինչը պետության կողմից կադրային քաղաքականության ոչ օպտիմալ կիրառման կամ ընդհանրապես չիրականացման հետևանք է, քանի որ կադրերի վերաբաշխման ճանապարհով մարզերում բժիշկներով ապահովվածության խնդիրը լուծելու բավականին մեծ հնարավորություններ կան:

Այսպիսով՝ ժողովրդագրական փոփոխությունների հետևանքով Հայաստանը հայտնվել է ժողովրդագրական հետանցումային փուլում, որի դեպքում երկիրը կարող է մտնել ցածր պտղաբերության փոխարինման կայուն փուլ և բախվել շրջված սեռատարիքային կառուցվածքին՝ 65 և բարձր տարիքային բնակչության մեծ մասնաբաժնով: Դրա պատճառով հնարավոր է բնակչության թվաքանակի կայուն անկում՝ սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական խոր հետևանքներով (բնակչության ծերացում, աշխատուժի կրճատում և այլն): Շարունակվող COVID-19 համաճարակին զուգահեռ, ծերացող բնակչության թվաքանակի կայուն անկում է սպասվում:

¹⁴⁵ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

¹⁴⁶ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության մայրաքաղաք Երևանը թվերով, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

չությունը կարող է վերափոխել ծառայությունների մատուցման կարիքները: Համաճարակի մակրոտնտեսական հետևանքները ենթադրում են ոչ միայն աճի դանդաղում, այլև եկամուտների անհավասարության ընդլայնում և աղքատության աճ:

1990–2021 թթ. հիվանդացության և մահացության ազգային բեռը գրեթե կրկնապատկվել է, ինչը պայմանավորված է COVID-19 համավարակով և ՈՎՀ-ների համաճարակաբանական բնույթով: Հիվանդացության մակարդակի աճը առաջին հերթին պայմանավորված է հիվանդների դիմելիության աճով, ինչը առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած բարելավումների հետևանք էր. 2006 թ.-ից առաջնային ամբուլատոր պոլիկլինիկական օղակի բուժօգնությունն ամբողջ ծավալով ընդգրկվել է պետպատվերի շրջանակներում, երկրորդ՝ ԱՇՀՀ խմբի հիվանդությունները համաճարակաբանական բնույթ ունեն: ՈՎՀ-ներից մահացության մակարդակը բավականաչափ բարձր է գնահատվում. հատկապես ավելացել է արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից և նորագոյացություններից մահացությունը, ընդ որում, առավել ռիսկային խմբում են բնակչության աղքատ և սոցիալապես անապահով խմբերը:

Առողջապահական ռեսուրսները և կադրային ներուժը բավարար են առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար, սակայն դրանց բաշխվածության անհամաչափությունը և մեկ շնչի հաշվով ԱԱՊ ծախսերի ցածր մակարդակը զգալիորեն նվազեցնում են գործառնական արդյունավետությունը: ԱԱՊ հաստատությունների բուժօգնության ցածր որակի պատճառով բնակչության մեծ մասը շրջանցում է դրանք և բժշկական խնամք ստանալու համար դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություններ: ՀՀ-ում ծառայությունների որակի բարձրացման իրական գործոն կարող է հանդիսանալ բուժհաստատությունների միջև մրցակցության խթանումը, քանի որ վճարովի բուժսպասարկումների դեպքում համակարգը նպատակաուղղվում է ծառայությունների ծավալին՝ կապված սպասարկված հիվանդների թվի և իրականացված լաբորատոր գործիքային հետազոտությունների հետ:

2.5

Առողջապահական համակարգն արտակարգ իրավիճակների պայմաններում. հիմնախնդիրներ և լուծումներ

Տարաբնույթ արտակարգ իրավիճակները (ԱԻ), աղետները հանգեցնում են մարդկանց բնականոն կենսագործունեության խախտման՝ վտանգելով նրանց կյանքն ու առողջությունը:

Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության, կյանքի ու առողջության պահպանման, սպառնացող հնարավոր հետևանքների կանխարգելման, նվազեցման և վերացման գործում առողջապահական համակարգը՝ իր բոլոր ենթակառուցվածքներով, առանցքային դերակատարություն ունի:

Արտակարգ իրավիճակը¹⁴⁷ սահմանվում է որպես որոշակի տարածքում կամ օբյեկտում խոշոր վթարի, վտանգավոր բնական երևույթի, տեխնածին, տարերային կամ էկոլոգիական (բնապահպանական) աղետի, համաճարակի, անասնահամաճարակի (էպիզոոտիա), բույսերի և գյուղատնտեսական մշակաբույսերի լայնորեն տարածված վարակիչ հիվանդության (էպիֆիտոտիա), զենքի տեսակների կիրառման հետևանքով ստեղծված իրավիճակ, որը հանգեցնում կամ կարող է հանգեցնել մարդկային զոհերի, մարդկանց առողջությանն ու շրջակա միջավայրի զգալի վնասի, խոշոր նյութական կորուստների և մարդկանց կենսագործունեության բնականոն պայմանների խաթարման:

Արտակարգ իրավիճակներում և ռազմական գործողությունների ժամանակ առողջապահական համակարգը լուծում է 2 կարևոր խնդիր.

- առողջապահական համակարգի պաշտպանություն, դիմակայություն աղետներին,
- տուժած բնակչության մասնագիտական օգնության տրամադրում, պաշտպանություն:

Միջազգային առողջապահական համակարգը (Եվրոպական տարածաշրջանային գործակալությունը) հետևյալ կերպ է սահմանում առողջապահական համակարգի արտակարգ իրավիճակների փուլերը¹⁴⁸.

- կանխարգելում,
- պատրաստվածություն,
- վերականգնում,
- հետևանքների վերացում:

¹⁴⁷ ՀՀ օրենքը «Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին», 1988, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=30320>

¹⁴⁸ Տե՛ս Միջազգային առողջապահական ԱԻ, <https://www.who.int/emergencies/overview>

Այս փուլերի տրամաբանությունը լիովին համահունչ է աղետների ռիսկերի կառավարմանը: Ըստ այս շրջայի տրամաբանության՝ առողջապահական համակարգը նախ փորձելու է կանխարգելել արտակարգ իրավիճակները, աղետները (հնարավորության դեպքում) կամ մեղմել հետևանքները, ապա պետք է բարձրացնի համակարգի պատրաստվածությունը, այսինքն՝ կարողությունները: Հաջորդ կարևոր գաղափարը հետևյալն է. եթե, այնուամենայնիվ, համակարգը հայտնվել է արտակարգ իրավիճակում, ապա պետք է կարողանա արագ վերականգնվել և վերացնել աղետի, արտակարգ իրավիճակի հետևանքները:

Արտակարգ իրավիճակները, աղետները մարդկանց կենսագործունեության և շրջակա միջավայրի վրա կարող են ունենալ երկարաժամկետ կամ կարճաժամկետ ազդեցություն: Նման իրավիճակներում ոչ միայն վտանգվում է մարդկանց կյանքն ու առողջությունը, այլ նաև կտրուկ աճում է բժշկական ծառայությունների պահանջարկը: Խոշոր բնական բնույթի աղետները (ավերիչ երկրաշարժ, լայնածավալ սողանք, ջրհեղեղ և այլն), որպես կանոն, ուղեկցվում են մեծ թվով մարդկանց կորստով և վնասվածքներով, տուժածների մեծ մասը ստանում է ոսկրամկանային համակարգի, սիրտ-թոքային համակարգի վնասվածքներ: Ռազմական գործողությունների ժամանակ՝ զենքերի կիրառման պարագայում, քիմիական, ճառագայթային և մանրէաբանական վտանգների դեպքում, որպես կանոն, տուժածների մեծ մասը ստանում է այրվածքներ, ճառագայթային հիվանդություններ, նյարդային համակարգի լուրջ խանգարումներ, գրանցվում են համաճարակներ, զանգվածային թունավորման դեպքեր: Տեխնածին վթարների պարագայում նույնպես վնասվածքները կարող են լինել տարաբնույթ՝ սկսած մարդկանց կենսական կարևոր օրգան-համակարգերի վնասվածքից մինչև հոգեբանական խանգարումներ: Թվարկված բոլոր իրավիճակներում առողջապահական համակարգն ինքնին հայտնվում է արտակարգ իրավիճակում: Առողջապահական համակարգի խնդիրն է դառնում ստեղծված իրավիճակին արագ արձագանքելը՝ կազմակերպելով աղետից տուժած բնակչության բժշկական ծառայություններով ապահովումը, առողջապահական համակարգի անխափան աշխատանքը, սեփական ուժերի և միջոցների անվտանգությունը: Որպես օրինակ նշենք՝ 1988 թ. Սպիտակի ավերիչ երկրաշարժի հետևանքով աղետի գոտու 65 հիվանդանոցներից 32-ը փլուզվեցին, զոհվեց 51 բժիշկ, բուժաշխատողների ընտանիքի 619 անդամ¹⁴⁹: Հասկանալի է, որ առողջապահական համակարգի ուղղակի (բուժաշխատողների, հիվանդանոցների, սարք-սարքավորումների կորուստ) և անուղղակի (ընտանիքի անդամների, հարազատների, բնակավայրի և այլ կորուստներ) կորուստների պատճառով տուժեցին նաև բնակչությանն արդյունավետ և լիարժեք օգնություն տրամադրելու գործընթացները:

¹⁴⁹ Տե՛ս Մաթևոսյան Հ.Շ., Ճգնաժամային կառավարում, մենագրություն, Եր., 2020, էջ 119:

Առողջապահական համակարգի դիմակայունության գնահատման մեթոդաբանությունը

Արտակարգ իրավիճակներում առողջապահական համակարգի կայունության գնահատման նպատակով ՄԱԿ-ի աղետների ռիսկերի նվազեցման գործակալությունն առաջարկում է հետևյալ մեթոդաբանությունը: Դիմակայունության բաղադրիչների մեջ նախ առանձնանում են խնդրահարույց իրավիճակները, դրանք են.

- վտանգավոր իրադարձությունները, երևույթները (համաճարակ, երաշտ, երկրաշարժ, ջրհեղեղ, սով, օդի ծայրաստիճան աղտոտվածություն և այլն),
- աղետի անմիջական հետևանքները (զանգվածային մահեր, ֆիզիկական վնասվածքներ, ֆիզիկական և հոգեկան հիվանդություններ),
- աղետների երկրորդական ազդեցությունները, որոնք ռիսկային են առողջության համար (թերսնում, ջրի աղտոտումից հիվանդությունների բռնկում, թափոնների հեռացման համակարգերի վնասում, դրանց պատճառով նաև պատվաստումների ծրագրերի խափանում, երկարաժամկետ հոգեբանական ազդեցություններ, ոչ վարակիչ հիվանդությունների թվի աճ և այլն),
- մինչ աղետն առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց բժշկական ծառայությունների մատուցման ընդհատումներ (հիվանդանոցներում բուժվող մարդկանց սպասարկման դժվարություն, դեղերի հասանելիության բացակայություն, տնային բուժումների ձախողում և այլն),
- աղետից հետո խոցելի բնակչության կարիքների բավարարում (աղքատների, մանկահասակ երեխաների, հաշմանդամների, տարեցների, կանանց կարիքների գնահատում և ապահովում)¹⁵⁰:

Առողջապահական համակարգի դիմակայունության գնահատումը հիմնվում է քաղաքների կայուն զարգացման 10 սկզբունքների վրա, որոնք, իրենց հերթին, բխում են Սենդայի գործողությունների պլանից¹⁵¹:

¹⁵⁰ Տե՛ս UNDRR_Public Health Scorecard Addendum v2.0,

https://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/assets/toolkit/documents/UNDRR_Public%20Health%20Scorecard%20Addendum%20v2.0_Russian-Jan2021.pdf

¹⁵¹ Տե՛ս *The Ten Essentials for Making Cities Resilient*,

<https://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/toolkit/article/public-health-system-resilience-scorecard.html>

1.	Սկզբունք 1	Առողջապահական համակարգերի և կառավարման ինտեգրում
2.	Սկզբունք 2	Առողջության հետ կապված արտակարգ իրավիճակների ներառումը հավանական աղետների սցենարում
3.	Սկզբունք 3	Առողջապահական կարիքների և ֆինանսավորման ծրագրերի համապատասխանեցում
4.	Սկզբունք 4	Առողջապահական կարիքների և հոդօգտագործման, շինարարության նորմերի ինտեգրում
5.	Սկզբունք 5	Էկոհամակարգային ծառայությունների կառավարում, որոնք ազդում են բնակչության առողջության վրա
6.	Սկզբունք 6	Առողջապահության համակարգի զարգացման պլանների և կազմակերպչական կարողությունների համաձայնեցում
7.	Սկզբունք 7	Առողջապահական ծրագրերի և համայնքային ներուժի ներդաշնակեցում
8.	Սկզբունք 8	Առողջապահության համակարգի զարգացման և ենթակառուցվածքների կայունության համապատասխանեցում
9.	Սկզբունք 9	Հանրային առողջապահական պահպանման ծրագրերի և աղետների արձագանքման պլանների համադրում
10.	Սկզբունք 10	Առողջապահության փոխգործողությունների պլանների և աղետներից վերականգնման պլանների ներդաշնակեցում՝ ավելի բարձր չափանիշներով

Առողջապահական համակարգի դիմակայունությունը գնահատվում է՝ համաձայն հետևյալ տվյալների վերլուծության¹⁵².

- առողջապահական համակարգի կարողությունների գնահատում,
- շահագրգիռ կողմերի ցանկ,
- իրավական դաշտ, արտակարգ իրավիճակների գործողությունների պլաններ, փաստաթղթեր, որոնք սահմանում են անհրաժեշտ ընթացակարգեր,
- առողջապահական ենթակառուցվածքի նկարագրություն,
- առողջության վրա նախորդ աղետների ազդեցությունների վերաբերյալ տվյալներ,
- ժողովրդագրական տվյալներ, այդ թվում՝ բնակչության խոցելի խմբերի վերաբերյալ,
- համայնքի ներկայացուցիչների և մասնագետների կարծիքը հնարավորությունների և համակարգի արդյունավետության վերաբերյալ,
- բժշկական առկա ծառայություններ,
- հիվանդանոցներ,
- գիշերօթիկներ ու ծերանոցներ,
- տեղական կլինիկաներ, ընտանեկան բժիշկների գրասենյակներ և ամբուլատոր հաստատություններ,
- հոգեբուժական հաստատություններ,
- պետական առողջապահական մարմիններ,

¹⁵² Տե՛ս <https://unisdr.org/campaign/resilientcities/toolkit.html>

- համաճարակաբանական հսկողության համակարգեր,
- բժշկական լաբորատորիաներ,
- դեղագործական արտադրանքի մատակարարման և բաշխման համակարգեր, բժշկական գործիքներ և սարքավորումներ,
- շրջակա միջավայրի պաշտպանության համակարգեր (օրինակ՝ վտանգավոր նյութերի վերահսկում),
- ջրամատակարարման և ջրահեռացման համակարգեր,
- սննդի բաշխման և անվտանգության համակարգեր,
- հանրային իրազեկման միջոցներ և կառույցներ,
- փոխգործակցություններ ու աշխատանք հանրության հետ,
- արտակարգ իրավիճակների կառավարման կենտրոններ,
- առողջապահական կառուցվածքից դուրս գտնվող համակարգեր, որոնք կարող են լրջորեն ազդել նրա աշխատանքի վրա՝ էներգիա, ջրամատակարարում, կապ, ճանապարհներ, համայնքի իրազեկում և այլն,
- բժշկական և այլ անձնակազմեր, կամավորներ,
- տարածքներ, գույք,
- հսկողության և շահագործման համար անհրաժեշտ սարքավորումներ և պաշտպանիչ սարքավորումներ:

Նշված բոլոր տվյալների գնահատման, վերլուծության համար պահանջվում են առանձին մոտեցումներ և մեթոդներ:

Առողջապահական համակարգի դիմակայունության որոշման համար առաջնային նշանակություն ունի իրավական դաշտի գնահատումը:

ՀՀ առողջապահական համակարգի աղետների, արտակարգ իրավիճակների իրավական դաշտի վերլուծություն

«Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 5-րդ հոդվածը սահմանում է արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության հիմնական միջոցառումները, այդ հոդվածի «ժդ» կետում որպես հիմնական միջոցառում նշվում է. «Բնակչության բժշկական սպասարկման իրականացումը»:

Հասկանալի է, որ սույն գործառույթը պետք է իրականացվի ՀՀ առողջապահական համակարգի համապատասխան ուժերով և միջոցներով:

Դիտարկելով ՀՀ առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունն արտակարգ իրավիճակներում՝ պետք նշել, որ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում մինչև 2020 թ. չկային այնպիսի հոդվածներ, որոնք կարող էին ապահովել առողջապահական համակարգի՝ ԱԻ-ում բնակչության կյանքի ու առողջության պահպանմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման իրավական հիմքերը:

2020 թ-ից նշված օրենքի 1-ին հոդվածում (կետ 62,63), 42.1 հոդվածում, 42.2 հոդվածում կատարված փոփոխություններն ու լրացումներն ապա-

հովում են, որ առողջապահական համակարգում պարտադիր կերպով լինեն արտակարգ իրավիճակում գործելու ընթացակարգեր՝

- «Արտակարգ իրավիճակում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլաններ»: Այդ պլանները սահմանում են արտակարգ իրավիճակում առողջապահության բնագավառի գործունեության հիմնական սկզբունքները, արտակարգ իրավիճակի հետևանքների կանխարգելման, նվազեցման և վերացման համար անհրաժեշտ միջոցառումները: Համաձայն օրենքի՝ նշված պլանները մշակում և հաստատում է առողջապահության բնագավառի լիազոր մարմինը, տվյալ դեպքում՝ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը: Արտակարգ իրավիճակներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները վերանայվում են առնվազն յուրաքանչյուր հինգ տարին մեկ անգամ՝ առողջապահության բնագավառի լիազոր մարմնի կողմից:
- Արտակարգ իրավիճակի դեպքում առողջապահության բնագավառի լիազոր մարմինը, արտակարգ իրավիճակի առաջացման հիմքով պայմանավորված, ողջամիտ ժամկետում մշակում և հաստատում է արտակարգ իրավիճակներում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը, որը պարտադիր է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բոլոր կազմակերպությունների համար:
- Սահմանվում է արտակարգ իրավիճակով պայմանավորված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների կողմից ծառայությունների մատուցմանը վերաբերող պահանջները և միջոցառումները, որոնք ուղղված են մարդկանց կյանքին և առողջությանն սպառնացող հնարավոր հետևանքների կանխարգելմանը, նվազեցմանը և վերացմանը:

Օրենքում նշված իրավական կարգավորումները թույլ են տալիս առողջապահական համակարգին արտակարգ իրավիճակների բնագավառում մշակել և ներդնել հատուկ քաղաքականություն:

Դաշտն ապահովող հաջորդ ընթացակարգերն աղետների ռիսկերի կառավարումն ապահովող փաստաթղթերն են: Այս մասով պետք է նշել, որ ՀՀ Կառավարությունը 2022 թ. պլանավորում էր ընդունել (սակայն 2023 թ. մայիսի դրությամբ դեռևս հաստատված չէ) աղետների ռիսկերի կառավարման նոր ռազմավարություն: Անդրադառնանք փաստաթղթի այն հոդվածներին, որոնք առնչվում են առողջապահական համակարգին:

Սույն փաստաթղթի 38-րդ հոդվածի 3-րդ կետը սահմանում է առողջապահական համակարգի, ի դեմս ՀՀ առողջապահության նախարարության, դերակատարությունն աղետների ռիսկերի կառավարման բնագավառում:

Այսպիսով՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործառնություններն են¹⁵³.

- իրականացնում է ընդհանուր և մասնագիտացված բժշկական հաստատությունների պատրաստության բերումն ու համալրումն անհրաժեշտ բժշկասանիտարական գույքով և դեղորայքով,
- որպես մարդասիրական օգնություն ներմուծվող դեղերի որակի նկատմամբ հսկողությունը և անհրաժեշտության դեպքում դրանց պարզեցված կարգով հավաստագրումը,
- օտարերկրյա պետություններից անհրաժեշտ դեղամիջոցների պահանջարկի հայտի նախապատրաստումը և Հայաստանի Հանրապետության արտաքին գործերի նախարարություն ներկայացնելը,
- միջազգային բժշկական ուժերի գործողությունների համակարգումը, ինչպես նաև աղետների ռիսկի կառավարման բաղադրիչի ներառումը ոլորտային զարգացման ծրագրերում,
- քիմիական վթարների դեպքում մասնակցում է տարհանված բնակչության կենսապահովմանը, կենսաբանական վթարների ժամանակ իրականացնում է իրավիճակի գնահատում, սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովում, օդի, հողի, ջրի և կենսամուշների լաբորատոր հետազոտություններ,
- կենսաբանական վարակման գոտիների սահմանների որոշում, համաճարակաբանական, կենդանամակարածաբանական և միջատաբանական հսկողություն, կանխարգելիչ և հակահամաճարակային միջոցառումներ, համապատասխան եզրակացություն է տալիս աղետի հետևանքների սանիտարահամաճարակային իրավիճակի վերաբերյալ, անհրաժեշտության դեպքում առաջարկություն է ներկայացնում կարանտին սահմանելու վերաբերյալ:

Ինչ վերաբերում է աղետների ռիսկերի կառավարման միջոցառումների ֆինանսավորմանը, ապա առանձին ոլորտների համար նշված չեն ֆինանսավորման աղբյուրները, միայն ընդհանրական ձևով առանձնացվում է հնարավոր ֆինանսական մի քանի աղբյուր՝ պետական բյուջե, տեղական ինքնակառավարման մարմինների բյուջեներ, «Աղետների ռիսկի նվազեցման ազգային պլատֆորմ» հիմնադրամի միջոցներ, բնակչության առողջության և շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող կազմակերպությունների ներդրումներ, միջազգային և դոնոր կազմակերպությունների, մասնավոր հատվածի ներդրումներ, վարկային միջոցներ և օրենքով չարգելված այլ աղբյուրներ¹⁵⁴: Այս փաստաթուղթը դեռևս հաստատված չէ, հետևաբար չենք կարող գնահատել դրա ազդեցությունը:

¹⁵³ Տե՛ս «Աղետների ռիսկի կառավարման ազգային ռազմավարությունը և դրա իրականացման գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» Կառավարության որոշման նախագիծը, հավելված 1, <https://www.e-draft.am/projects/3624/about>

¹⁵⁴ Տե՛ս նույն տեղը:

Փոխարենն առողջապահության ոլորտում որպես արդեն հաստատված և գործող աղետների ռիսկերի կառավարման փաստաթուղթ է ՀՀ առողջապահության նախարարի և ՀՀ արտակարգ իրավիճակների նախարարի 2021 թ. «Հիվանդանոցի աղետների ռիսկի կառավարման պլանի մշակման մեթոդական ուղեցույցը, աղետների ռիսկի կառավարման պլանի, տարածքի սխեմատիկ պատկերի և շենքի հատակագծերի, աղետների ռիսկի նվազեցման միջոցառումների պլան-ժամանակացույցի, ազդարարման և տեղեկատվության փոխանակման սխեմայի, տարհանման պլանի, ըստ բնորոշ աղետների՝ ստանդարտ գործողությունների ընթացակարգերի օրինակելի ձևերը, տվյալների հավաքագրման, վտանգների, խոցելիության, բացասական հետևանքների, աղետների ռիսկի նվազեցման միջոցառումների, կարողությունների բացահայտման ու ռիսկի հաշվիչի գործիքակազմը հաստատելու մասին» համատեղ հրամանը¹⁵⁵, որը միտված է առողջապահական համակարգի կորիզը հանդիսացող ենթակառուցվածքների՝ հիվանդանոցների, բուժհաստատությունների ռիսկերի նվազեցմանը և աղետների կանխարգելմանը: Այս փաստաթուղթը, կարելի է ասել, բավարար հիմքեր է ստեղծում առողջապահական համակարգի համար՝ գնահատելու իրեն բնորոշ բոլոր հավանական աղետների ռիսկերը, այդ թվում նաև ռազմական, և հետո պահելու համակարգը աղետալի իրավիճակներից: Սակայն կարողությունների զարգացման և ռիսկերի նվազեցման համար ներգրավվող անհրաժեշտ ֆինանսական աղբյուրները հստակեցված չեն, կարելի է ենթադրել, որ ֆինանսական ապահովումն ամբողջովին տվյալ բուժհաստատության ֆինանսական միջոցների հաշվին է կատարվելու:

2020–2023 թթ. ընթացքում առողջապահական համակարգի աղետներին դիմակայունության և աղետների ռիսկերի կառավարման ուղղությամբ իրականացվել են որոշակի օրենսդրական կարգավորումներ, որոնք թույլ են տալիս, որ առողջապահական համակարգը գործի արտակարգ իրավիճակներում, կառավարի հնարավոր ռիսկերը և ապահովի բոլոր միջոցառումների իրավական հիմքերը: Սակայն հիմնական խնդիրը, որ կարելի է նկատել բոլոր պլաններում և փաստաթղթերում, թերևս, կարողությունների զարգացման և ռիսկերի կառավարման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների աղբյուրների անորոշությունն է: Կարծում ենք՝ այս մասով պետք է հստակ սահմանվեն, թե որ աղբյուրներից և ինչ համամասնությամբ են իրականացվելու ներդրումները:

Արձանագրված արտակարգ իրավիճակների միտումները՝ որպես առողջապահական համակարգի ռիսկերի կառավարման բաղադրիչ

Հայաստանի առողջապահական համակարգի դիմակայունության վիճակի գնահատման համար կարևոր նշանակություն ունի անցած տարիներ

¹⁵⁵ Տե՛ս Աղետների ռիսկերի կառավարման վերաբերյալ ՀՀ ԱՆ և ՀՀ ԱԻՆ նախարարների համատեղ հրամանը, <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=111350>

րին արձանագրված դեպքերի ուսումնասիրությունը՝ հետագա միտումների բացահայտման նպատակով:

Հայաստանի Հանրապետությունում վերջին 11 տարիների ընթացքում արձանագրված արտակարգ իրավիճակների, դեպքերի վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ արտակարգ իրավիճակներում տուժած բնակչության թվաքանակն ունի աճման միտում: 2010–2022 թթ. արտակարգ իրավիճակների պայմաններում մահացել է 14693, վիրավորվել՝ 559291, տարհանվել՝ 36280 մարդ¹⁵⁶:

2010–2022 թթ. ԱԻ-ի հետևանքով զոհված բնակչություն¹⁵⁷

Աղյուսակ 2.3

ԱԻ-ի տեսակը	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Սոցիալ – կենսաբ.	140	138	210	281	253	55	59	54	37	61	2903	5118	777
Տեխնածին	324	377	349	333	335	386	293	299	364	359	376	391	379
Բնական	3	7	5	1	3	1	2	3	2	7	5	1	2

Աղյուսակ 2.3-ում ներկայացված է տարաբնույթ արտակարգ իրավիճակներում զոհվածների թիվը: Նրանց գերակշիռ մասը, մինչև COVID-19-ը, զոհվել է տեխնածին բնույթի արտակարգ իրավիճակների հետևանքով՝ 72,1% (2010–2019 թթ. միջինը), սակայն 2020 թ. հետո պատկերը փոխվել է, և զոհերի 88,4 %-ը սոցիալ-կենսաբանական արտակարգ իրավիճակների զոհ է դարձել: Ամենավոքը թվով զոհերը մշտապես եղել են բնական վտանգներից առաջացած արտակարգ իրավիճակների դեպքում՝ 0,28 %:

2010–2022 թթ. ԱԻ-ի հետևանքով վիրավորված բնակչություն¹⁵⁸

Աղյուսակ 2.4

ԱԻ տեսակը	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Սոցիալ - կենսաբ.	3039	4009	4085	4564	4361	4411	4689	5417	5197	5587	161241	183835	103380
Տեխնածին	2728	3433	4030	4074	4569	4803	4527	5266	6014	6909	5916	6799	6343
Բնական	1	9	1	8	4	12	4	4	2	6	1	7	6

Արտակարգ իրավիճակների պատճառով տարբեր վնասվածքներ ստացած բնակչությունը գրեթե հավասարապես է տուժել տեխնածին՝ 50.5% (2010–2019 թթ. միջինը) և սոցիալ-կենսաբանական բնույթի՝ 49,5% արտակարգ իրավիճակներից (աղյուսակ 2.4): Ինչպես նկատում ենք, բնական բնույթի արտակարգ իրավիճակների հետևանքով վիրավորների թիվը չի հասնում 1%-ի: 2020–2022 թթ. սոցիալ-կենսաբանական արտակարգ իրավիճակների հետևանքով վիրավորվածների (վարակվածների) կշիռը ընդհանուրի մեջ կազմել է 88,7%, ինչը ևս պայմանավորված է համավարակով:

¹⁵⁶ Տվյալներն ամբողջացված են ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի հրապարակումներ ըստ թեմաների ցուցանիշների, 2011–2022 թթ, <https://armstat.am/am/?nid=81>

¹⁵⁷ Գծապատկերը կազմվել է՝ հիմք ընդունելով ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալները:

¹⁵⁸ Գծապատկերը կազմվել է՝ հիմք ընդունելով նույն աղբյուրը:

2007–2022 թթ. ԱԻ-ի հետևանքով տարհանված բնակչություն¹⁵⁹

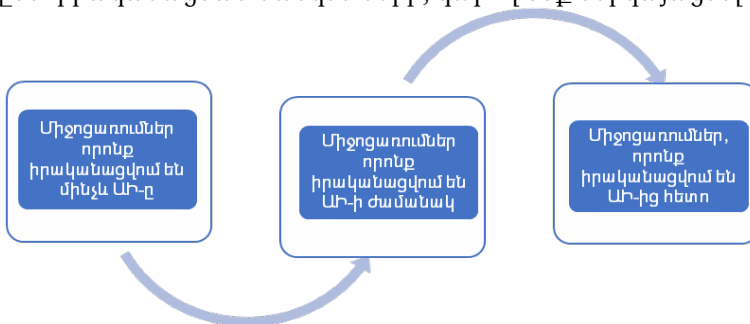
Աղյուսակ 2.5

ԱԻ տեսակը	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Սոցիալ- կենսաբ.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	260	2415	66	81	499	1614	2980	53	7821
Տեխնաձին	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	3	6	226	119	437	435	278	344	474
Բնական	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	տվյալ. բաց.	375	438	1294	5294	1990	104	2699	1932	1031	3387

Արտակարգ իրավիճակների հետևանքով տարհանված բնակչության վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ, ի տարբերություն զոհերի և վիրավորների, բնական բնույթի արտակարգ իրավիճակների դեպքում տարհանվածների թիվը գերակշռում է՝ մոտ 43,5% (աղյուսակ 2.5): Տեխնաձին արտակարգ իրավիճակներից տարհանվածների թիվը կազմում է՝ 6,4%, իսկ սոցիալ-կենսաբանական արտակարգ իրավիճակներից տարհանվածներինը՝ 50%:

Սույն տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունն ապահովող «Արտակարգ իրավիճակներում գործողությունների պլանների» մեջ պետք է հատկապես շեշտը դնել տեխնաձին, սոցիալ-կենսաբանական արտակարգ իրավիճակների դեպքում մարդկանց կյանքի և առողջության պահպանման միջոցառումների վրա՝ ներառելով կանխարգելիչ, օպերատիվ արձագանքման և հետևանքների վերացման միջոցառումներ: Ակնհայտ է, որ COVID-19 համավարակը վերջին 10–12 տարիների ընթացքում առողջապահական համակարգի համար ամենամասշտաբայինն է եղել՝ իր բոլոր ծանր հետևանքներով:

Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության կյանքի ու առողջության պաշտպանությանն ուղղված առողջապահական համակարգի միջոցառումները, ըստ իրականացման ժամկետների, կարող ենք ներկայացնել 3 փուլով.



Միջոցառումներ, որոնք իրականացվում են մինչև արտակարգ իրավիճակը, ենթադրում են.

- առողջապահական համակարգի պատրաստվածության ապահովում՝ ԱԻ-ում գործելու համար,

¹⁵⁹ Գծապատկերը կազմվել է՝ հիմք ընդունելով նույն աղբյուրը:

- արտակարգ իրավիճակներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանների մշակում և ներդրում,
- անհրաժեշտ մարդկային, դեղորայքային, ապրանքային ռեսուրսների և սարք-սարքավորումների պլանավորում և վաղօրոք ձեռքբերում,
- արտակարգ իրավիճակների բնագավառում լիազոր մարմնի, պետական, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, հատուկ ծառայությունների հետ փոխգործողությունների պլանների մշակում:

Միջոցառումներ, որոնք իրականացվում են արտակարգ իրավիճակների ժամանակ.

- առողջապահական համակարգի գործողությունների իրականացումն ըստ պլանների,
- օպերատիվ արձագանքում, հետևանքների մեղմացում,
- առողջապահական նոր ռիսկերի նվազեցում, վտանգների կանխարգելում:

Միջոցառումներ, որոնք իրականացվում են արտակարգ իրավիճակներից հետո.

- հետևանքների վերացում,
- համակարգի վերականգնողական գործընթացների իրականացում,
- բացահայտված թերությունների հիման վրա առկա պլանների, ռազմավարությունների ճշգրտում:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՀԻՄՔԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ

3.1 Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջապահական ծառայությունների մատուցման իրավական դաշտի վերլուծություն

Հայաստանի Հանրապետությունը, լինելով սոցիալական պետություն, ստանձնել է մի շարք էական գործառույթներ, որոնք միտված են երկրի բնակչության սոցիալական ապահովության մակարդակի բարձրացմանը: Այս տեսանկյունից էական է հասկանալ, թե ՀՀ-ում որոնք են սոցիալական ոլորտում օրենսդրական երաշխիքները և պետության քաղաքականության հիմնական նպատակները: Հարկ է արձանագրել, որ յուրաքանչյուր ոք, օրենքին համապատասխան, ունի հիվանդության դեպքերում սոցիալական ապահովության իրավունք¹⁶⁰, որն արտահայտվում է անհատի առողջության պահպանման իրավունքի միջոցով¹⁶¹: Այդ իրավունքի իրագործման թիվ մեկ պատասխանատուն, բնականաբար, պետությունն է, որը պետք է ոչ միայն ապահովի դրա գործնական իրականացումը, այլ նաև լինի տվյալ համակարգի անխափան գործունեության երաշխավորը: Հենց այդ տրամաբանությունից են բխում սոցիալական ոլորտում պետության քաղաքականության հիմնական նպատակները՝ բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, արդյունավետ և մատչելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծումը¹⁶²:

ՀՀ-ում մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացման ապահովումն ունի օրենսդրական հիմքեր, մասնավորապես՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը կարգավորում է մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացումն ապահովող բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման, կանխարգելման, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հարցերի, ինչպես նաև բժշկական արտադրատեսակների շրջանառության հետ կապված հարաբերությունները¹⁶³: Այստեղ իրենց ուրույն տեղն ունեն տնտեսական և ֆինանսական հարցերին առնչվող հա-

¹⁶⁰ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրություն (փոփոխություններով), 2015 թ. դեկտեմբերի 6, հոդված 83:
¹⁶¹ Տե՛ս նույն տեղը, հոդված 85:
¹⁶² Տե՛ս նույն տեղը, հոդված 86, կետ 7:
¹⁶³ Տե՛ս «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը, 1996 թ. մարտի 4, հոդված 1:

րաբերությունները, որոնք առավելապես կապված են բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հետ:

Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման աղբյուրները չորսն են՝

1. հատկացումները Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից,
2. ապահովագրական հատուցումները,
3. մարդկանց անմիջական վճարումները,
4. օրենսդրությամբ չարգելված այլ աղբյուրներ¹⁶⁴:

Հայաստանի Հանրապետության Կառավարությունը բժշկական օգնության և սպասարկման երաշխավորված ֆինանսավորում իրականացնում է ՀՀ պետական բյուջեից իրականացվող հատկացումների միջոցով՝ բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի շրջանակներում: Կարևոր է արձանագրել, որ պետական ֆինանսավորումը տրամադրվում է անմիջապես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներին՝ անկախ դրանց կազմակերպական-իրավական և սեփականության ձևերից՝ այս կերպ վերոքննարկյալ նպատակի արդյունավետ իրականացման համար ստեղծելով առավել լայն հնարավորություններ: Հատկանշական է, որ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը պետական բյուջեի միջոցներով իրականացվում է միայն կնքված պայմանագրերի համաձայն, որոնք իրենց բնույթով հանդիսանում են ծառայությունների մատուցման պայմանագրեր¹⁶⁵:

ՀՀ-ում առողջապահական ծառայությունների մատուցումը, ի հաշիվ պետական բյուջեից տրամադրվող ֆինանսական միջոցների, կարող է իրականացվել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության ու սպասարկման ձևերով: Անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման պարագայում տեղի է ունենում օգնության և սպասարկման լրիվ փոխհատուցում, իսկ արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման պարագայում՝ մասնակի փոխհատուցում¹⁶⁶:

Անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կարող են իրականացվել ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ արտահիվանդանոցային պայմաններում: Այս երկու դեպքում էլ կիրառվող մոտեցումները և սկզբունքներն իրարից էապես տարբերվում են:

Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման դեպքում դա իրականացվում է կամ սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով, այսինքն՝ ըստ փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց

¹⁶⁴ Տե՛ս նույն տեղը, հոդված 43, մաս 1:

¹⁶⁵ Տե՛ս նույն տեղը, հոդված 43, մաս 2 և 3, հոդված 44, մաս 4:

¹⁶⁶ Տե՛ս «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության սպասարկման մասին» ՀՀ Կառավարության N 318-Ն որոշումը, 4 մարտի 2004 թվական, հավելված թիվ 2, կետ 2.1 և 2.2:

վճարի, սակայն ոչ ավելի, քան Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի միջոցների հաշվին բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման ու փոխհատուցման մասին պայմանագրով սահմանված գումարն է, կամ պայմանագրային գումարով բյուջեի չսահմանափակման սկզբունքով, այսինքն՝ ըստ փաստացի կատարված աշխատանքների ծավալին համապատասխան ֆինանսավորման, սակայն ոչ ավելի, քան տվյալ ծրագրի համար Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով սահմանված տարեկան գումարը¹⁶⁷: Ընդհանուր առմամբ, երկու դեպքում էլ ֆինանսավորման ծավալները սահմանափակ են, պարզապես առաջին դեպքում սահմանափակումն ամրագրված է պայմանագրով, իսկ երկրորդ դեպքում՝ բյուջետային ծրագրով:

Այժմ անդրադառնանք այն մեխանիզմին, որով հաշվարկվում են կազմակերպությունների պայմանագրային գումարները.

1. Նախորդ տարում փաստացի կատարված աշխատանքների ծավալ չունեցող և առաջին անգամ պետական պատվեր իրականացնող կազմակերպությունների համար պայմանագրային գումարները հաշվարկվում են կանխատեսվող հիվանդների հաշվարկային թվաքանակի և մեկ հիվանդի բուժման միջին գնի արտադրյալով:
2. Նախորդ տարվա ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցած կազմակերպությունների պայմանագրային գումարները հաշվարկվում են նախորդ տարում փաստացի ֆինանսավորված գումարի, գների բարձրացման և դեպքերի ավելացման նպատակով նախատեսված գումարի հանրագումարով¹⁶⁸:

Ընդհանուր առմամբ, պայմանագրի արժեքի հաշվարկման վերոնշյալ մեթոդաբանությունը բավականին պարզ է և ընդունելի, սակայն խնդիրը ոչ թե բուն պայմանագրի արժեքի հաշվարկման մեթոդի մեջ է, այլ հաշվարկում կիրառվող ցուցանիշների հաշվարկման մեթոդաբանությունում: Մասնավորապես՝ էական է, թե ինչ սկզբունքով և ինչպես են հաշվարկվում կանխատեսվող հիվանդների հաշվարկային թվաքանակը և, իհարկե, մեկ հիվանդի բուժման միջին գինը: Արձանագրենք, որ ցուցանիշների հաշվարկման հստակ մեթոդաբանության վերաբերյալ հասանելի տեղեկատվություն չհաջողվեց գտնել. այդ մասով առկա են միայն կարգավորումներ ներառող իրավական դրույթներ: Սակայն, ելնելով հաշվարկման մեթոդի սկզբունքից, ակնհայտ է դառնում, որ վերոթվարկյալ երկու ցուցանիշների հաշվարկման համար անհրաժեշտ է տեղեկատվական հսկայական բազա և դրա հիման վրա ճշգրիտ տնտեսամաթեմատիկական մոդելների առկայություն:

¹⁶⁷ Տե՛ս նույն տեղը, հավելված թիվ 2, կետ 2.6, 2.6.1, 4.1:

¹⁶⁸ Տե՛ս նույն տեղը, հավելված թիվ 2, կետ 4.2:

Քանի որ ոլորտային քաղաքականություն մշակող մարմինը ՀՀ առողջապահության նախարարությունն է, ապա հասկանալի է, որ վերջինս նաև ոլորտի մասով ծրագրերի մշակման և դրա բյուջետավորման գործընթացի պատասխանատուն է: Այս ամենով հանդերձ՝ տարօրինակ է այն փաստը, որ ՀՀ առողջապահության նախարարության կառուցվածքում¹⁶⁹ տեսանելի չէ այն կառուցվածքային ստորաբաժանումը, որն իր գործառույթների շրջանակներում կարող է մշակել նմանատիպ մոդելներ: Հետևաբար՝ հասկանալի չէ, թե ինչպես է մշակվում այդ ցուցանիշների հաշվարկման մեթոդաբանությունը, ինչն ինքնաբերաբար հարցականի տակ է դնում նաև բյուջետային հատկացումների ամբողջական նպատակայնությունը:

Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման դեպքում պայմանագրային գնի հաշվարկման մեթոդաբանությունը մի փոքր այլ է: Դրանք իրականացվում են երկու հիմնական սկզբունքներով.

1. ըստ մարդաշնչի հաշվարկվող ծրագրերի համար՝ գրանցված բնակիչների թվաքանակի և մեկ բնակչի համար հաստատված տարեկան նորմատիվի միջոցով,
2. այլ (ըստ մարդաշնչի չհաշվարկվող) ծրագրերի համար՝ ելնելով նախորդ տարիների փաստացի աշխատանքների ծավալներից և կիրառելով ՀՀ Կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման հավելված 2-ում սահմանված առանձնահատկությունները¹⁷⁰:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ երկրորդ դրույթը կարգավորում է առանձնահատուկ ծրագրերի իրականացումը (որոնք ունեն էական նշանակություն այս ոլորտում)՝ անդրադարձ կատարենք միայն ըստ մարդաշնչի հաշվարկվող ծրագրերի ֆինանսավորման ծավալներին: Ցուցանիշի հաշվարկման մեթոդաբանությունը հարաբերականորեն կարող ենք համարել ընդունելի, սակայն կրկին առաջանում է նույն խնդիրը, ինչ՝ նախորդի դեպքում: Այն է՝ ինչպե՞ս են հաշվարկվում այդ ցուցանիշի հաշվարկում ներառված ցուցանիշները: Եթե գրանցված բնակիչների թվաքանակի դեպքում հաշվարկման մեթոդաբանությունը պարզ է և ընդունելի (պայմանագրային գումարների հաշվարկման համար ըստ կազմակերպությունների գրանցված բնակիչների թվի վերաբերյալ տվյալների համար հիմք է ընդունվում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում առկա գրանցված բնակիչների թիվը¹⁷¹), ապա նույնը չենք կարող ասել մեկ բնակչի համար հաստատված տարեկան նորմատիվի մասին, քանի որ սկզբունքային հարց է առաջանում,

¹⁶⁹ Տե՛ս ՀՀ ԱՆ պաշտոնական էջ, 15/08/21, <https://www.moh.am/images/MOH.html>

¹⁷⁰ Տե՛ս «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության սպասարկման մասին» ՀՀ Կառավարության N 318-Ն որոշումը, 4 մարտի 2004 թ., հավելված թիվ 2, կետ 5.1:

¹⁷¹ Տե՛ս նույն տեղը, հավելված թիվ 2, կետ 5.2:

թե ինչպես է սահմանվում այդ նորմատիվում ներառված ծառայությունների ցանկը, ինչու է այս կամ այն ծառայությունն ընդգրկվում այդ ցանկում, իսկ մյուսները՝ ոչ, ինչպես է հաշվարկվում յուրաքանչյուր ծառայության մասով արժեքը և այլն: Մրանք հարցեր են, որոնց առնվազն մի մասի պատասխանները շղթայաբար առաջացնում են նոր հարցեր: Հետևաբար՝ այն նույն խնդիրը, որն առկա է հիվանդանոցային ծառայությունների և սպասարկման պարագայում, առկա է նաև այս դեպքում:

Ֆինանսավորման մասին խոսելիս հարկ է անդրադառնալ այն հանգամանքին, թե հատկացված բյուջետային միջոցների շրջանակներում, վերաբաշխումներ իրականացնելու առումով, որքան է ոլորտի լիազոր մարմնի ազատությունը: Ընթացիկ տարվա սկզբին հաշվարկված տարեկան սահմանափակված բյուջեի ընդհանուր ծավալներում նախարարի կողմից կարող են կատարվել առավելագույնը 20%-ի չափով ավելացումներ և նվազեցումներ՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի համապատասխան ծրագրերով նախատեսված միջոցների սահմաններում¹⁷²: Գովելի է նման ազատության առկայությունը հատկապես այսպիսի ոլորտում, երբ փոփոխությունների անհրաժեշտությունը հաճախ հիմնավոր հրատապություն կարող է ունենալ, սակայն պարզ չէ, թե ինչու է այդ ցուցանիշի մեծությունը սահմանվել 20%, ինչի վրա է հիմնված տվյալ սահմանաչափը: Արդյո՞ք այդ ցուցանիշն այն տնտեսական օպտիմումն է, որը նվազագույնի է հասցնում հնարավոր ռիսկերը և առավելագույնի՝ արդյունավետությունը, թե՞ ուղղակի վերցվել է ընդհանուր ծավալի 1/5-րդը: Վճարումների տեսանկյունից հարկ է նշել, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի շրջանակներում կանխավճար չի տրամադրվում: Այնուամենայնիվ, ելնելով բժշկական կազմակերպության ֆինանսական վիճակից և կանխատեսվող ծախսերի կարևորությունից, Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժնում ներառված ծրագրերի կատարման՝ ՀՀ Կառավարության կողմից սահմանված եռամսյակային համամասնությունների շրջանակներում, պատվիրատուն, առանձին կազմակերպությունների համար սահմանված կարգով հաշվարկված տարեկան պայմանագրային գումարների շրջանակներում, կարող է հաստատել ֆինանսավորման անհատական համամասնություններ¹⁷³: Ինքնին դրական հանգամանք է այն, որ վճարման այս ինստիտուտը հիմնված չէ կանխավճարների համակարգի վրա: Դրական կարելի է համար նաև ըստ անհրաժեշտության այլ մոտեցումներ կիրառելու սկզբունքը: Այսպիսի ազատության շրջանակներում խիստ կարևոր է իրավական կարգավորման մեխանիզմների կիրառումը, չափորոշիչների հստակ սահմանումը, թե երբ կարելի է ցուցաբերել վճարումների

¹⁷² Տե՛ս նույն տեղը, հավելված թիվ 2, կետ 6:

¹⁷³ Տե՛ս նույն տեղը, հավելված թիվ 2, կետ 8:

իրականացման այլ մոտեցում, հակառակ պարագայում էապես կավելանան կոռուպցիոն ռիսկերը: Մասնավորապես՝ տրամաբանական է հստակ նկարագրել ֆինանսական վիճակի վատթարացման այնպիսի սցենարներ, երբ կիրառելի կլինի վճարումների իրականացման այլ մեխանիզմ: Իսկ քանի որ ներկայումս ֆինանսական վիճակի էական փոփոխության հստակ սցենարների թվարկում և չափանիշ, որպես այդպիսին, առկա չեն, ապա չի կարելի բացառել, որ որոշում կայացնող անձը կարող է դրսևորել սուբյեկտիվ մոտեցում և կայացնել չարդարացված որոշում:

Իրավական դաշտի վերլուծությամբ կարող ենք եզրակացնել, որ ՀՀ-ում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսավորումն ունի իրավական բավականաչափ ամուր հիմքեր, այնուամենայնիվ, այլ հարց է, թե որքանով է գործնականում արդյունավետ կազմակերպվում ամբողջ գործընթացը:

3.2

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման առանձնահատկությունները և զարգացման միտումները ՀՀ-ում

Կայուն զարգացման նպատակները և կորոնավիրուսի համավարակը բարձրացրել են երկրների իրազեկվածության աստիճանը՝ կապված առողջապահության ոլորտի հատկացումներն ավելացնելու անհրաժեշտության հետ: Մինչ այդ, ցածր և միջին եկամուտներով մի շարք երկրներ ընդունել են ՀԱԾ-ի հայեցակարգը և գտնվում են առողջության ապահովագրության տարբեր մոդելների ներդրման փուլում՝ բնակչության առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունն ապահովելու նպատակով:

1995 թ. ի վեր ՀՀ Կառավարությունը քաղաքական հանձնառություն է ստանձնել՝ ապահովելու Հայաստանում Սահմանադրությամբ ամրագրված առողջության համընդհանուր իրավունքը: Առողջապահական որակյալ ծառայությունների հասանելիության ապահովման քաղաքական հանձնառությունը վերահաստատվել է Կառավարության ամենաբարձր մակարդակներում ԿԶՆ-ի միջոցով: 2015 թ. Հայաստանը ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի 193 երկրներից մեկն էր, որն ընդունեց Կայուն զարգացման 2030 օրակարգը, ներառյալ՝ ՀԱԾ-ի իրականացման նպատակները: ՀԱԾ-ի պարտավորությունը ենթադրում է «ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանության, որակյալ առողջապահական ծառայությունների հասանելիության ապահովման և բոլորի համար անվտանգ, արդյունավետ, որակյալ և մատչելի հիմնական դեղորայ-

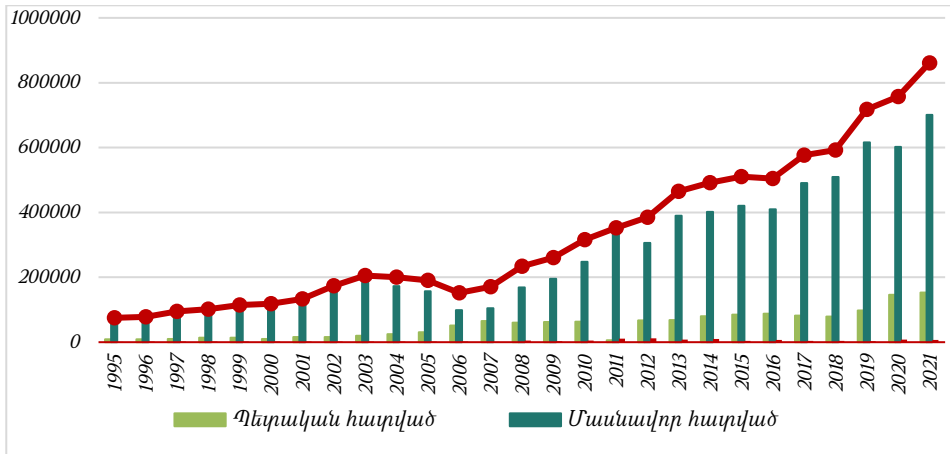
քի և պատվաստանյութերի հասանելիության ապահովում»¹⁷⁴: ՀԱԾ-ի հանդեպ ստանձնած հանձնառությունը կառավարություններին պարտավորեցնում է անդրադառնալ բարձրորակ բուժօգնության հասանելիության բացերի պատճառներին՝ միաժամանակ պաշտպանելով իրենց քաղաքացիներին առողջապահական աղետալի ծախսերից:

Տնտեսական ճգնաժամը, որին բախվեց Հայաստանն անկախությունից հետո, զգալի ազդեցություն ունեցավ առողջապահական ոլորտի վրա, ինչի հետևանքով տեղի ունեցավ առողջապահական ծախսերի մակարդակի կտրուկ նվազում և առողջապահական համակարգի վատթարացում: Սոցիալ-տնտեսական բևեռացումով բնութագրվող առաջին տասնամյակից հետո մեկ շնչի հաշվով համախառն ներքին արդյունքը (ՀՆԱ) գրեթե ութապատկվել է՝ 1990 թ.-ի 634.6 ԱՄՆ դոլարից 2021 թ.-ին հասնելով 4966.5 ԱՄՆ դոլարի¹⁷⁵: Հայաստանը արևելաեվրոպական տարածաշրջանում գտնվող միջինից բարձր եկամտով երկիր է: Մինչդեռ առողջապահության ոլորտի բյուջետային ծախսերը 1990 թ. ՀՆԱ մոտ 2.7%-ից 1997 թ. նվազել են՝ հասնելով մինչև 1.3%-ի¹⁷⁶, 2000 թ.՝ 1.7%-ի, 2021 թ.՝ 2.3%-ի, այն դեպքում, երբ եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում այս ցուցանիշը տատանվում է 4-10%-ի, իսկ համաշխարհային ցուցանիշը՝ 8.1-10.8%-ի սահմաններում¹⁷⁷: Հետևաբար՝ անցումային փուլում հայտնված երկրները ստիպված են իրականացնել խորհրդային վարչակարգից ժառանգած գերուճացված համակարգերի ռացիոնալացում, նոր ֆինանսական աղբյուրների ներգրավում, ֆինանսական մեխանիզմների և կառավարման շարունակական ճշգրտում և բարելավում՝ առանց այն էլ սուղ ֆինանսական միջոցների բաշխումը և օգտագործումը հնարավորինս արդյունավետ դարձնելու համար¹⁷⁸:

ՀՀ ընդհանուր առողջապահական ծախսերը 1995 թ. կազմել են 75,073.0 մլն ՀՀ դրամ, 2021 թ.՝ 861,283.2 մլն ՀՀ դրամ՝ արձանագրելով 1147.3% աճ: Ընդ որում, ընդհանուր առողջապահական ծախսերի ամենամեծ աճը գրանցվել է 2008 թ. (37.02%), ինչը պայմանավորված էր մասնավոր հատվածի ծախսերի կտրուկ ավելացմամբ (61.6%): Պետական առողջապահական ծախսերը

¹⁷⁴ St'u World health statistics 2017. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals, Geneva: World Health Organization 2017:
¹⁷⁵ St'u The World Bank. GDP per capita (current US\$) – Armenia. World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. License: CC BY-4.0.
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=AM>
¹⁷⁶ St'u Hayrapetyan S., Khanjian A., Health care in Armenia: Challenges and prospects. Armenian Journal of Public Policy. 2005. Working Paper No.04/13:
¹⁷⁷ St'u WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023.
<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/gh/>
¹⁷⁸ St'u Տեր-Գրիգորյան Ա., Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը Հայաստանի Հանրապետությունում, ՀՀ Կառավարությանն առընթեր պետական առողջապահական գործակալություն, Եր., 2001, էջ 12:

1995 թ. կազմել են 9,021.3 մլն դրամ, իսկ 2021 թ.՝ 153,027.7 մլն դրամ¹⁷⁹: ՀՀ առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ավելացումը եղել է պետական քաղաքականության ուղենիշներից մեկը:



Գծապատկեր 3.1 |

Առողջապահության ազգային հաշիվների փաստացի ընթացիկ ծախսերի դինամիկան 1995–2021 թթ., մլն ՀՀ դրամ¹⁸⁰

1995 թ. սկսած՝ արտաքին օգնությունը տարեցտարի նվազում է՝ 2021 թ. կազմելով 7,366.4 մլն ՀՀ դրամ: Փորձագետների գնահատականներով՝ եթե 1990–1995 թթ. արտաքին օգնությունն ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կազմում էր մոտ 15%, ապա 1997–2003 թթ. ՀՀ առողջապահության նախարարության միջոցով համակարգ ուղղվող արտաքին օգնությունը կազմել է տարեկան շուրջ 1–1.1 մլրդ ՀՀ դրամ (1.7–1.8 մլն ԱՄՆ դոլար) կամ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 2.3–1.2%-ը¹⁸¹: 1997–1998 թթ. արտաքին օգնության գործընթացը կանոնակարգվում է ՀՀ ԱՆ-ի կողմից՝ այն ուղղելու երկրի բնակչության առողջապահական իրական կարիքների բավարարմանը և առողջապահության ֆինանսավորման պակասուրդը որոշ չափով ծածկելուն¹⁸²: Ընդհանուր առողջապահական ծախսերում արտաքին օգնության

¹⁷⁹ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022: Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022:

¹⁸⁰ Տե՛ս Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2022, Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022: Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022:

¹⁸¹ Տե՛ս WHO. GHED. National Reports. Armenia NHA report 2007, <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

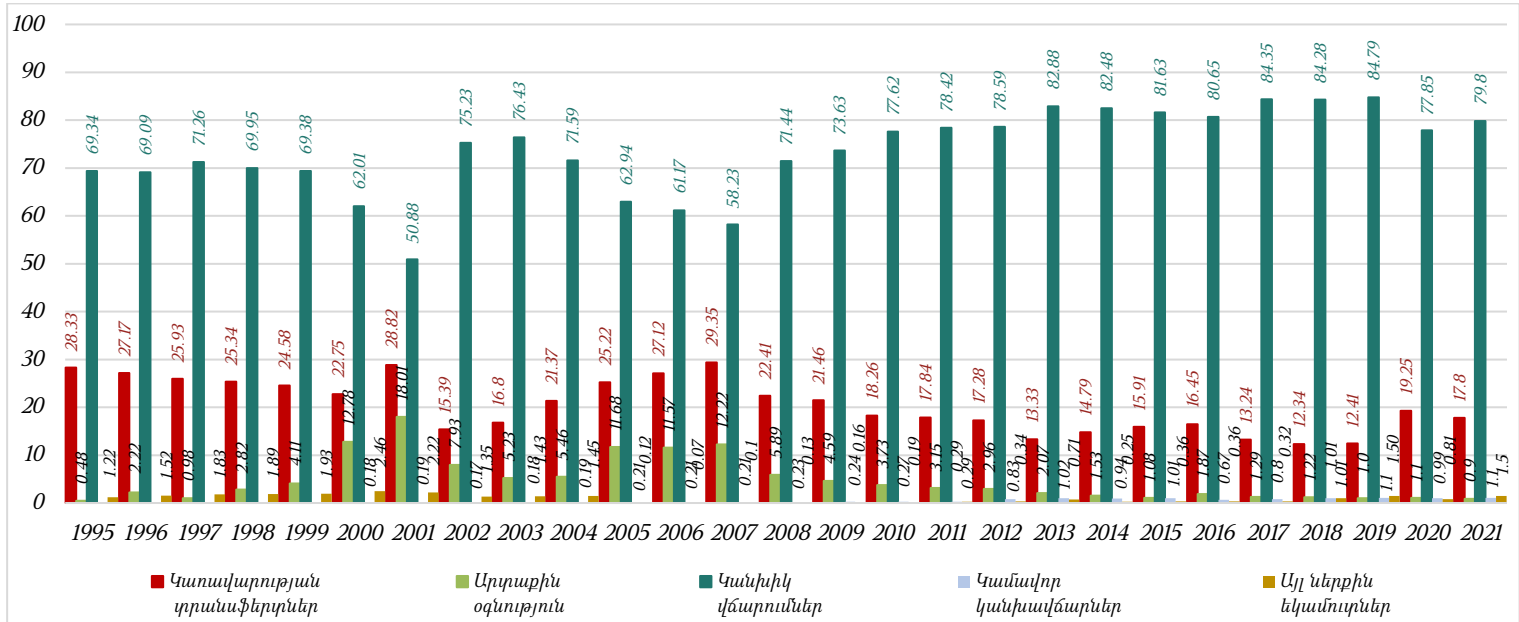
¹⁸² Տե՛ս IHME. Financing Global Health. Armenia, All cause, Total spending, 1995–2019, Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

մասնաբաժնի նվազմանը զուգընթաց, երկրները լրացնում են այդ բացը՝ ավելացնելով կանխիկ վճարումները և պետական առողջապահական ծախսերը:

Առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրների ծախսերի ծավալների փոփոխությունն ազդել է նաև ընդհանուր ֆինանսավորման կառուցվածքի վրա: ՀՀ առողջապահական ծախսերում մեծ մասնաբաժին են կազմում կանխիկ վճարումները, որոնք 1995 թ. 69.34%-ից 2017–2019 թթ. կայունորեն արձանագրել են 84.35–84.79% ցուցանիշներ, մինչդեռ 2021 թ. COVID-19-ի ազդեցությամբ նվազել են՝ հասնելով 81.4%-ի, ինչն ավելի բարձր է, քան ցածր եկամտի երկրների միջին ցուցանիշը (Եմեն՝ 70%, Աֆղանստան՝ 81.29%¹⁸³): Ընդ որում, տնային տնտեսությունների կողմից իրականացված ուղղակի վճարումների ծավալը կազմել է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 78.7%-ը: Հակառակ պատկեր է կառավարության տրանսֆերտների մասով. 1995 թ. 28.33% պետական առողջապահական ծախսերի ցուցանիշի կտրուկ անկում էր նկատվել նախակորոնավիրուսային շրջանում (2019 թ.՝ 12.41), մինչդեռ COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումների և տնային տնտեսությունների ծախսերի կրճատման արդյունքում ցուցանիշը հասել է մինչև 17.8%-ի: Կամավոր կանխավճարները 2000–2021 թթ. 0.18%-ից հասել են 1.1%-ի՝ գրանցելով 0.92% աճ, ինչը վկայում է առողջության կամավոր ապահովագրության մեխանիզմների թերզարգացվածության մասին (գծապատկեր 3.2):

Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերը 1995 թ. կազմել են 21905.1 ՀՀ դրամ, որը 13.3 անգամ աճել է և ներկայումս կազմում է 290836.4 ՀՀ դրամ: Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի աճը զուգակցվել է 1995–2021 թթ. ՀՆԱ-ում ընթացիկ առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի 7.01% աճով: Փաստորեն, ՀՆԱ-ի և առողջապահական ծախսերի միջև էքսպոնենցիալ կախվածությունը պահպանվել է 1995–2021 թթ. ընթացքում: Նշենք, որ առողջապահության ֆինանսավորմանն անցման ժամանակ երկրներում դիտվում էր երկու կարևոր միտում, այն է՝ մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերն աճում են, և առողջապահական կանխիկ վճարումների մասնաբաժինը նվազում է: Միևնույն ժամանակ, առողջապահական ծախսերի զգալի միտում համարվող տարեկան 1% աճը փոփոխվող տեխնոլոգիաների և բժշկական պրակտիկայի, ծախսերի ճնշման և առողջապահությունը ֆինանսավորող ու կառավարող հաստատությունների համակցության հետևանք է: Սակայն Հայաստանում առողջության պարտադիր ապահովագրական մեխանիզմների բացակայության հետևանքով մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի աճը հանգեցրել է կանխիկ վճարումների և կառավարության տրանսֆերտների անընդհատ աճի:

¹⁸³ Տե՛ս IHME. Financing Global Health. All cause, Spending as % of total health spending, 1995-2019, Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>



Գծապարկեր 3.2 |

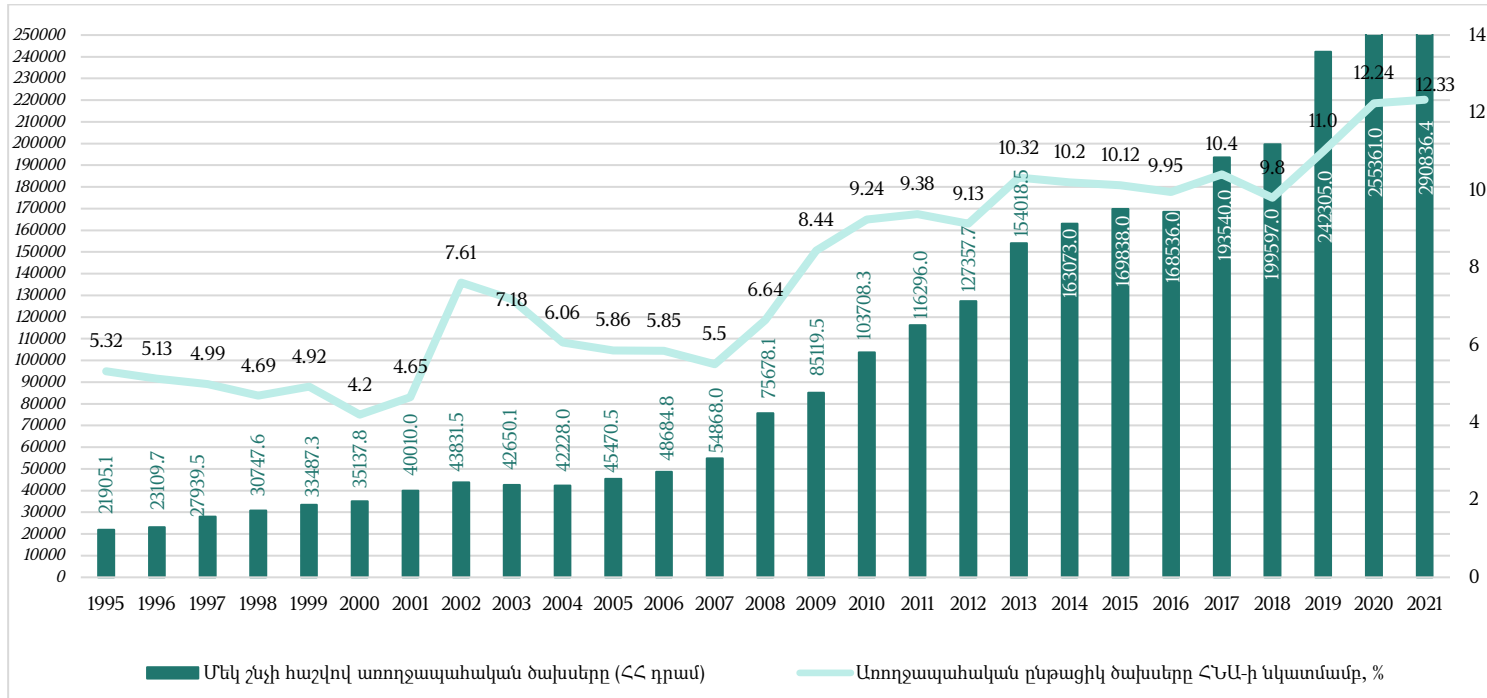
ՀՀ առողջապահության ծախսերի աղբյուրների կառուցվածքը 1995–2021 թթ., %¹⁸⁴

¹⁸⁴ Տե՛ս Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022: Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022: IHME. Financing Global Health. Armenia, All cause, Spending as % of total health spending, 1995–2019, Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Այսպիսով՝ ՀՀ Կառավարությունը կարևոր դեր է խաղում առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքի փոփոխության գործում և առողջապահական ռեսուրսների ամենամեծ աղբյուրն է: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի վրա ազդող երեք հիմնական գործոններից (մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ, կառավարության ծախսեր, առողջապահության ոլորտի պետական գերակայություն) բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում նշանակալի գործոն են առողջապահության ոլորտի պետական գերակայությունները, մինչդեռ ՑՄԵԵ-ում փոփոխությունների հիմնական շարժիչը տնտեսական զարգացումն է¹⁸⁵: Առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի ավելացման հիմնական գործոնը առողջապահության ոլորտի պետական գերակայությունն էր, որը կապված էր 1995–2021 թթ. ընթացքում մեկ շնչի հաշվով տարեկան առողջապահական ծախսերի 35251.2 ՀՀ դրամ աճի հետ: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի աճը խթանող մյուս հիմնական գործոնը տնտեսական զարգացումն է, որը կապված է մեկ շնչի հաշվով 2182056.5 ՀՀ դրամ (5540.72 ԱՄՆ դոլար) աճի հետ: Պետական ծախսերում պետական առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի փոփոխությունը 1995–2021 թթ. կազմել է 5.7% (զծապատկեր 3.3):

ՀՀ առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային անհամաչափությունները մեղմելու միակ ուղին առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրումն է, որը կարող է նպաստել ՀԱԾ-ի ինդեքսի ազգային ցուցանիշների բարելավմանը: ՀԱԾ-ի առաջընթացը ոչ թե «բոլորին համապատասխանող» միանգամյա գործընթաց է, այլ երկարաժամկետ քաղաքական հանձնառություն: Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման նպատակը սոցիալական պատասխանատվության և բնակչության սոցիալական համերաշխության սկզբունքների հիման վրա առողջապահության կայուն ֆինանսավորման համակարգի ստեղծումն է և բնակչության բոլոր խմբերի համար բժշկական հիմնական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիության ապահովումը:

¹⁸⁵ Shi'u Dieleman J.L., Sadat N., Chang A.Y. et al., Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019; 393: 2233–60: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4):



Գծապատկեր 3.3

Ընթացիկ առողջապահական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով (ՀՀ դրամ) և ՀՆԱ-ի նկատմամբ (%), 1995–2021 թթ.¹⁸⁶

¹⁸⁶ Տե՛ս Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս

Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022: Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2022: IHME. Financing Global Health. Armenia, All cause, Spending per person, 1995–2019, Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

ՀԱԾ-ի ազգային արդյունավետ ծածկույթի օրինաչափությունները 1990-2021 թթ.

ԿԶՆ շրջանակներում ՀԱԾ-ի հասնելու ուղղությամբ երկրի առաջընթացը գրանցվում է երկու ցուցանիշով: Առաջին ցուցանիշը՝ ՀԱԾ-ի առողջության ծածկույթի ցուցիչը, գնահատվում է 0-ից մինչև 100 սանդղակով և հանդիսանում է առողջապահական ծառայությունների ծածկույթի 14 հետագծային ցուցանիշների երկրաչափական միջինը¹⁸⁷: Երկրորդ ցուցանիշը՝ առողջապահական աղետալի ծախսերը, չափվում է որպես տնային տնտեսությունների ընդհանուր ծախսերի կամ եկամտի 10% կամ 25%-ը գերազանցող առողջապահական ծախսեր կատարող բնակչության մասնաբաժինը: Եվրոպական տարածաշրջանային միջին ցուցանիշի համեմատությամբ (81) Հայաստանն ունի ծառայությունների ավելի ցածր ծածկույթ (68) և առողջապահական ավելի մեծ աղետալի ծախսեր, ինչը որակյալ բուժօգնության հասանելիության բացերի ու կանխիկ վճարումների բարձր մակարդակի հետևանք է: Հայաստանում տնային տնտեսությունների բյուջեի 10%-ը գերազանցող առողջապահական աղետալի ծախսերը կազմում են 19.89%, ինչը գերազանցում է տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը (7.94%), մինչդեռ տնային տնտեսությունների բյուջեի 25%-ը գերազանցող առողջապահական աղետալի ծախսերը կազմել են 5.93%, ինչը 4.63 տոկոսային կետով գերազանցում է եվրոպական տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը (1.3%)¹⁸⁸ (աղյուսակ 3.1):

ՀԱԾ-ի ուղղությամբ առաջընթացի հասնելու համար չի կարող կիրառվել որևէ պատրաստի ռազմավարություն, սակայն կան առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումներ մշակելու համաշխարհային փորձից վերցված կարևոր դասեր¹⁸⁹: Պետությունների մեծ մասը, որոնք հաջողությամբ ընդլայնել են ծառայությունների ծածկույթը և ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանությունը, ապահովել են բավարար կանխավճարային եկամուտների համակենտրոնացում և ռիսկի խմբավորում սոցիալական խմբերում:

¹⁸⁷ Առողջապահական ծառայության ծածկույթ 14 հետագծային ցուցանիշներում ներառված են մայրական և մանկան խնամքի, վարակիչ հիվանդությունների, ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ-ներ) և ընդհանուր ու անապահով բնակչության սպասարկման կարողությունները և հասանելիությունը:

¹⁸⁸ Տե՛ս WHO. Global Health Observatory data repository: Index of service coverage. Data by WHO region. Last updated: 2023-05-11, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEREGv?lang=en>
WHO. Global Health Observatory data repository: Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available) Estimates by WHO region, Last updated: 2023-05-04, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.FINANCIALPROTECTIONWHOREG01v?lang=en>

¹⁸⁹ Տե՛ս Kutzin J., Yip W., Cashin Ch., Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage, 2016.e267–309. Doi: https://doi.org/10.1142/9789813140493_0005:

ՀԱԾ-ի հասանելիության բացերը՝ ըստ Հայաստանի և ԱՀԿ տարածաշրջանների, 2000–2021 թթ.¹⁹⁰

Երկիր կամ ԱՀԿ տարածաշրջան	ՀԱԾ-ի ստոյանգամակման ծառայությունների ինդեքս (ԿԶՆ 3.8.1)		Վերաբարդություն, մայրական, ներդաստիկ և մանկական ստորջրային ՀԱԾ-ի ինդեքս		Վերաբարդ ինվեստիցիաների ՀԱԾ-ի ստոյանգամակման ծառայությունների ինդեքս		ՈՎՀ-ների ՀԱԾ-ի ստոյանգամակման ծառայությունների ինդեքս		Ծառայությունների շրջանակը և հասանելիությունը ՀԱԾ-ի ստոյանգամակման ծառայությունների ինդեքս		Տասյին փնդակտարությունների բյուջեի 10%-ը գերազանցող ստորջրային հավան արկարաֆի ծախսեր (%)		Տասյին փնդակտարությունների բյուջեի 25%-ը գերազանցող ստորջրային հավան արկարաֆի ծախսեր (%)	
	2000	2021	2000	2021	2000	2021	2000	2021	2000	2021	2000	2021	2000	2021
Հայաստան	44	68	48	77	19	59	47	50	91	94	11.99	19.89	5.92	5.93
Համաշխարհային	45	68	67	75	23	70	48	59	69	71	9.57	13.46	1.9	3.77
Աֆրիկա	23	44	40	55	8	51	42	57	27	27	7.84	8.61	1.39	2.59
Ամերիկաներ	66	80	81	82	48	81	61	72	82	88	8.27	7.83	1.47	1.51
Հարավարևելյան Ասիա	30	62	59	69	8	64	32	53	53	62	12.66	16.14	2.79	5.89
Եվրոպա	64	81	80	86	48	82	56	66	91	94	6.27	7.94	0.88	1.3
Արևելյան Միջերկրական	37	57	57	67	16	52	52	59	51	56	9.23	12.11	1.29	2.23
Արևմտյան Խաղաղօվկիանոսյան	49	79	76	89	18	82	52	58	90	93	9.87	19.8	2.22	5.26

Կանխավճարային եկամուտների խմբավորումն ապահովում է, որ առողջության պահպանման հետ կապված ֆինանսական ռիսկը կրեն խմբավորման բոլոր անդամները, այլ ոչ թե առանձին անհատը՝ հաշվի առնելով առողջապահական կարիքների ժամանակի և մեծության վերաբերյալ անորոշությունը: Այդ նպատակով առողջապահության պետական ֆինանսավորման ավելացումը կենսական նշանակություն ունի, քանի որ ավելի մեծ ծախսերը կանխատեսում են միջինում բնակչության առողջության ավելի լավ վերջնարդյունքներ: Այնուամենայնիվ, առողջության վերջնարդյունքները տարբեր են նաև առողջության ծախսերի յուրաքանչյուր մակարդակում, ինչն ընդգծում է կանխավճարային և խմբավորված ֆինանսական միջոցների արդյունավետ հատկացման կարևորությունը: Առողջապահության ֆինանսավորման գնումների ենթագործառնությունը ներառում է մատակարարներին ֆինանսների հատկացում առողջապահական ապրանքների ու ծառայությունների համար: Թեև տնային տնտեսությունները կարող են ուղղակիորեն գնել առողջապահական ծառայություններ, երրորդ կողմի գնորդները՝ առողջա-

¹⁹⁰ Տե՛ս նույն տեղը:

պահության նախարարությունները, առողջության ապահովագրության հիմնադրամները, վճարողները կամ այլ գործակալություններ, կարող են բնակչության անունից ձեռք բերել առողջապահական ծառայություններ: Մինչդեռ, առավել ակտիվ կամ ռազմավարական գնումներին անցումը ենթադրում է, որ մատակարարներին հատկացվող ներդրումային միջոցները, գոնե մասամբ, կապված են նրանց գործունեության արդյունավետության ասպեկտների կամ սպասարկվող բնակչության առողջապահական կարիքների հետ¹⁹¹:

Հիվանդանոցի դրամարկղում կատարվող կանխիկ վճարումները նույնպես կարող են դիտարկվել որպես գնումների մաս: Կանխիկ վճարումները հիվանդանոցի դրամարկղում բուժծառայության դիմաց առանձին սպառողների կողմից կատարվող վճարումներն են, որոնք կարող են ներառել պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական վճարումները և ծածկել ծառայությունների արժեքի մի մասը կամ ապահովագրության բացակայության դեպքում ծառայությունների ամբողջ արժեքը:

Առողջապահական ծախսերը մասնակի ծածկող կանխիկ վճարումները կարող են գանձվել որպես բուժօգնության համար սահմանված արժեքի տոկոս, այլ կերպ ասած՝ որպես տոկոսային համավճար՝ հաստատագրված ամսական վճարի տեսքով անկախ ընդհանուր արժեքից կամ կարող են լինել դրանց համակցությունը: Հաճախ, հատկապես դեղորայք գնելիս, սահմանվում է հաստատագրված կամ հատկացվող վճար՝ գումարած տոկոսային հավելավճար, որն արտացոլում է դեղորայքի հայտարարված և փաստացի արժեքների տարբերությունը: Որոշ առողջապահական համակարգեր օգտագործում են նվազեցված վճարումներ, որտեղ սահմանված գումարը վճարվում է կանխիկ վճարումների միջոցով մինչև ապահովագրական համակարգի որոշակի մակարդակի գործառույթ: Պարտադիր կանխիկ վճարումները, որոնք ծածկում են բուժման փաստացի ծախսերի մի մասը և արտացոլում են նորմատիվ որոշումներն այն մասին, թե բժշկական խնամքի ծախսերի որքան մասը պետք է ծածկվի, կարող են դիտվել որպես սոցիալական փաթեթի կառուցվածքային բաղադրիչ: Ըստ այդմ էլ, առողջապահության ոլորտի քաղաքականություն մշակողները կարող են ծածկույթում ներառել ցածրարժեք ծառայության միայն փոքր տոկոսը և առողջապահական ծառայությունների սպառողներին ենթարկել կանխիկ վճարումների մեծամասնության¹⁹² կամ ծառայությունների ծածկույթ ապահովել միայն բնակչության փոքր ենթախմբի համար, որը, ամենայն հավանականությամբ, կօգտվի դրանից:

Այս համատեքստում հարկ ենք համարում առաջին հերթին անդրադառնալ պետական ֆինանսավորման պլանային ցուցանիշներին: Պլանային ցու-

¹⁹¹ St'u **Mathauer I., Dale E., Meessen B.**, Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

¹⁹² St'u **Elshaug A.G., McWilliams M., Landon B.**, The value of low-value lists. JAMA, 2013 Feb 27; 309(8): 775-6. DOI: [10.1001/jama.2013.828](https://doi.org/10.1001/jama.2013.828):

ցանիշների դիտարկումը ենթադրում է առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորման ուսումնասիրություն:

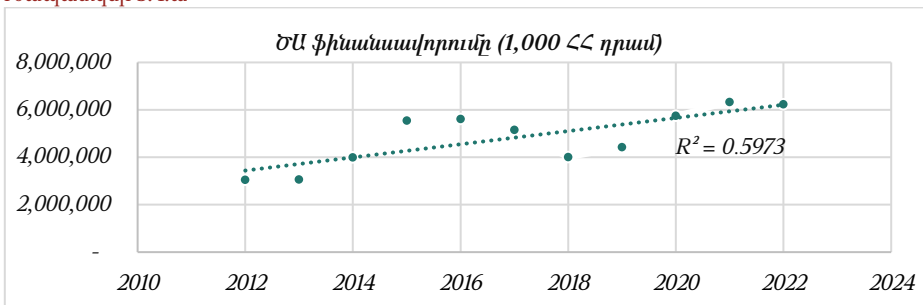
Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը վեցն են, որոնք նախորդ 10 տարիների ընթացքում չեն ենթարկվել փոփոխությունների, թեև նպատակային ծրագրերում գործողությունների փոփոխություններ արձանագրվել են:

ՀՀ առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերն են՝

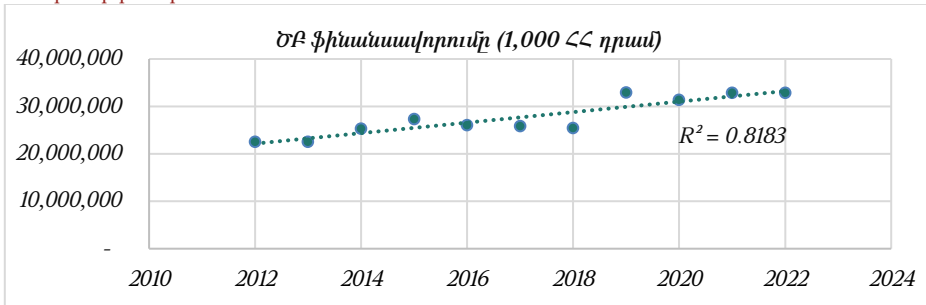
- Բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովման պետական նպատակային ծրագիր (ԾԱ),
- Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման պետական նպատակային ծրագիր (ԾԲ),
- Մոր և մանկան առողջության պահպանման պետական նպատակային ծրագիր (ԾԳ),
- Բնակչության սոցիալական անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության պետական նպատակային ծրագիր (ԾԴ),
- Սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների դեմ պայքարի պետական նպատակային ծրագիր (ԾԵ),
- Նպատակային ծրագրերն օժանդակող հարակից ծառայությունների ծրագիր (ԾԶ):

Այժմ դիտարկենք վերոնշյալ 6 ծրագրի պլանային ֆինանսավորման դինամիկան (գծապատկեր 3.4):

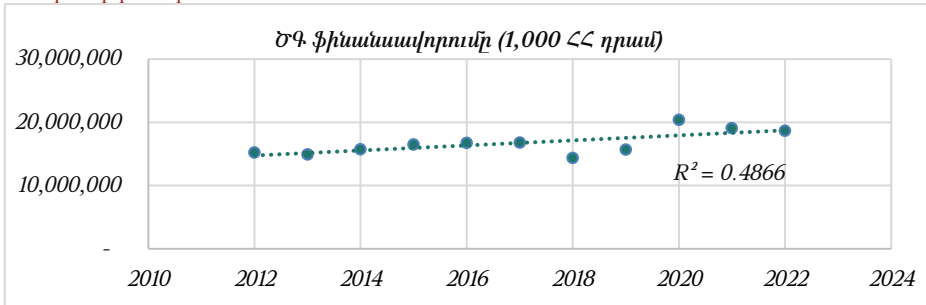
Գծապատկեր 3.4.ա



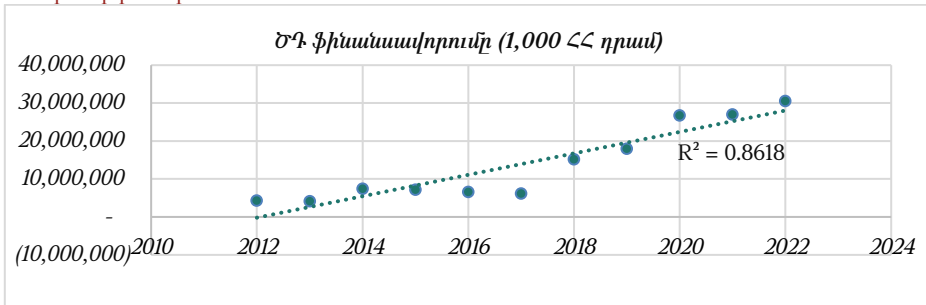
Գծապատկեր 3.4.բ



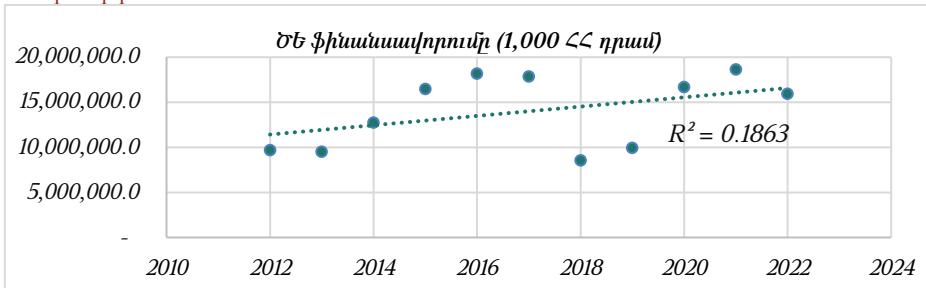
Գծապատկեր 3.4.գ



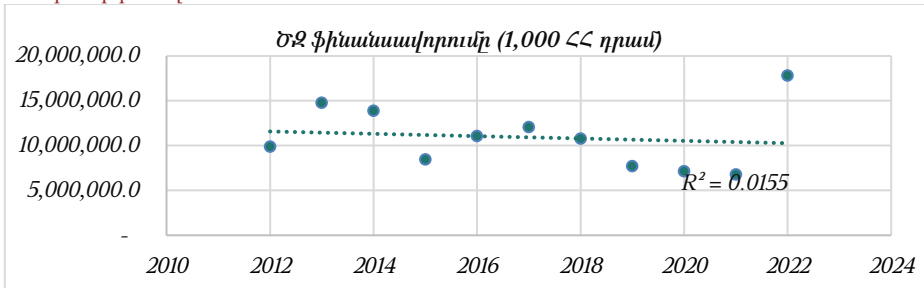
Գծապատկեր 3.4.դ



Գծապատկեր 3.4.ե



Գծապատկեր 3.4.գ



Գծապատկեր 3.4

ՀՀ առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորման դինամիկան¹⁹³

¹⁹³ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 29 սեպտեմբերի 2011 թվականի N 38, 2012 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 27 սեպտեմբերի 2012 թվականի N 39, 2013 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 28 սեպտեմբերի 2013 թվականի N 39, 2014 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 25 սեպտեմբերի 2014 թվականի N 40, 2015 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 1 հոկտեմբերի 2015 թվականի N 44, 2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 29 սեպտեմբերի 2016 թվականի N 38, 2017 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 28 սեպտեմբերի 2017 թվականի N 41, 2018 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 27 սեպտեմբերի 2018 թվականի N 1021-Լ, 2019 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 30 սեպտեմբերի 2019 թվականի N 1295-Լ, 2020 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 29 սեպտեմբերի 2020 թվականի N 1604-Լ, 2021 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2: Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 30 սեպտեմբերի 2021 թվականի N 1596-Լ, 2022 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2:

2022 թվականի պլանային ցուցանիշներով Հայաստանի Հանրապետությունում պետական ամենաբարձր ֆինանսավորումը նախատեսված է բնակչության առողջության առաջնային պահպանման պետական նպատակային ծրագրի իրականացման համար: Այս ծրագրի շրջանակներում որոշվել է իրականացնել շուրջ 32.8 մլրդ ՀՀ դրամի չափով ֆինանսավորում, որը 2022 թվականի համար կազմում է ընդհանուր 6 պետական ծրագրերի համախառն պլանավորված ֆինանսավորման շուրջ 27%-ը: Նշված ծրագրի ֆինանսավորումը՝ բացարձակ արժեքով, նախորդ 10 տարիների ընթացքում փոփոխվել է ֆինանսավորման ծավալների աճի դրական միտումով (զծապատկեր 3.4.բ. ԾԲ ֆինանսավորումը, թրենդ), այսինքն՝ առկա է աճի դրական միտում: Նմանատիպ պնդումը հիմնավորված է նաև փոքրագույն քառակուսիների մեթոդով հաշվարկված R^2 ցուցանիշով (բավականին բարձր է): Ֆինանսավորման ծավալները բացարձակ արժեքով 2012–2022 թթ. տարեկան կտրվածքով առավելագույնը նվազել են շուրջ 5%-ով, իսկ առավելագույնն աճել՝ 30%-ով:

Գործընթացի իրականացման արդյունավետ ծավալների որոնման անհրաժեշտությունից ելնելով՝ կատարվել է նաև ծրագրի ֆինանսավորման և ՀՀ պետական բյուջեի համախառն ծախսերի փոխկապվածության վերլուծություն: 2012–2022 թթ. ՀՀ պետական բյուջեի համախառն ծախսերի և բնակչության առողջության առաջնային պահպանման պետական նպատակային ծրագրի ֆինանսավորման կոռելյացիոն գործակիցը 0.90 է, այլ կերպ ասած՝ ծրագրի ֆինանսավորումը 2012–2022 թթ. տատանվել է բյուջեի համախառն ծախսերի 1.5–2.2% միջակայքում, ինչը վկայում է, որ այս ծրագրի ֆինանսավորումը ոչ թե կախված է եղել ֆինանսավորման ծավալների որոշման գործընթացում օգտագործվող՝ արդեն իսկ ներկայացված ցուցանիշների փոփոխման միտումներից, այլ ընդամենն արտածվել է ՀՀ պետական բյուջեի համախառն ծախսերից: Այսպիսի մոտեցումը, ըստ էության, չի խոսում վերոնշյալ ծրագրի ֆինանսավորման արդյունավետության մասին, քանի որ ոչ թե բխում է ոլորտային ցուցանիշների փոփոխությունից, այլ պարզեցված կախում ունի պետական բյուջեի կառուցվածքից, ինչը չի կարող ընդունելի համարվել՝ հատկապես ծրագրային բյուջետավորման համատեքստում:

Պետական ֆինանսավորման հաջորդ բարձր ծավալը, ըստ 2022 թ. պլանի, բաժին է ընկնում բնակչության սոցիալական անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության պետական նպատակային ծրագրին, որի պլանավորված ֆինանսավորումը կազմում է մոտ 30.5 մլրդ ՀՀ դրամ: Այս դեպքում ևս տեսանելի է, որ երկարաժամկետ կտրվածքով ծրագրի ֆինանսավորումն ունի աճի միտում (տվյալ դեպքում թրենդի թեքությունն ավելի բարձր է): Սակայն մտահոգիչ է այն հանգամանքը, որ բնակչության սոցիալական անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության պետական նպատա-

կային ծրագրի ֆինանսավորման և պետական բյուջեի ծախսերի կոռեկցիայի գործակիցը 0.96 է: Այսինքն՝ այս ծրագրի ֆինանսավորումը գրեթե ամբողջությամբ կախված է բյուջետային ծախսերի մեծությունից, և առկա է նույն խնդիրը, ինչ նախորդ դեպքում էր:

Ծրագրերի ֆինանսավորման աճի դրական միտում նկատելի է նաև մոր և մանկան առողջության պահպանման, բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովման, ինչպես նաև սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների դեմ պայքարի պետական նպատակային ծրագրերի դեպքում: Այս պարագայում պետական բյուջեի ծախսերից կոռելացվածությունը կազմում է համապատասխանաբար՝ 0.75, 0.75 և 0.41: Այս ցուցանիշները վկայում են, որ նշյալ ծրագրերի ֆինանսավորման ծավալները բարձր կախվածության մեջ են ՀՀ պետական բյուջեի ծախսերից:

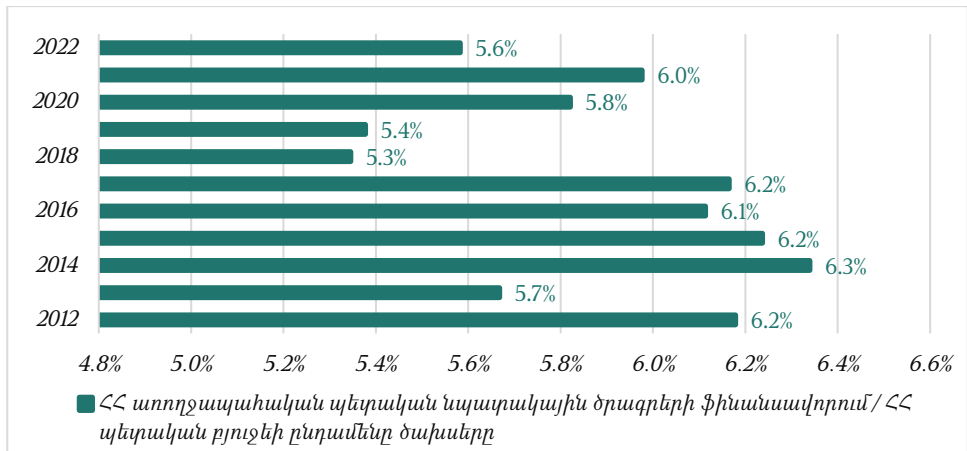
Դիտարկվող 6 ծրագրերից միակը, որի դեպքում ֆինանսավորումն ունի անկման միտում, նպատակային ծրագրերին օժանդակող հարակից ծառայությունների ծրագիրն է, որի ֆինանսավորման ծավալների կրճատումը կարող է վկայել ոլորտում որոշակի ծրագրերի իրականացման մասին, սակայն այդ պնդման ճշմարտացիությունը հարցականի տակ է դրվում, երբ գնահատվում է, որ այս ծրագրի ֆինանսավորումը 2022 թվականին, 2021 թվականի համեմատությամբ, աճել է շուրջ 2.6 անգամ:

ՀՀ առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի պլանային ֆինանսավորման վերլուծությունն ամփոփել ենք դրանց ընդհանուր ֆինանսավորման և ՀՀ պետական բյուջեի ընդհանուր ծախսերի փոխկապվածության ուսումնասիրությամբ (գծապատկեր 3.5):

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2012–2022 թթ. առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորումը ՀՀ պետական բյուջեի ծախսերի համեմատությամբ գրեթե չի փոփոխվել. տատանվել է 5.3–6.3%-ի միջակայքում: Ավելին՝ այդ երկու ցուցանիշների միջև կոռելյացիան 0.97 է, ինչը փաստում է, որ այդ ցուցանիշները գրեթե իդեալական փոխկապվածություն ունեն: Սրանից բխում է հետևյալ մտայնությունը. արդյո՞ք ոլորտի ֆինանսավորումն իրականացվում է՝ հաշվի առնելով զարգացման միտումները, թե՞ պարզապես արդյունք է պարզ մաթեմատիկական հաշվարկների, որով ոլորտի ֆինանսավորումը կապվում է նախատեսված ընդհանուր բյուջետային ծախսերի հետ:

Բնականաբար, ենթադրելի է, որ ոլորտի ֆինանսավորման համար նախատեսված պլանային ցուցանիշները կարող են նաև գործնականում չհամընկնել ոլորտի փաստացի ֆինանսավորման հետ: Հետևաբար՝ առկա է նաև անհրաժեշտություն՝ հասկանալու, թե ինչպիսին է այդ պլանային ցուցանիշների կատարողականը, քանի որ եթե պլանային ֆինանսավորումն առավելապես կախված է ՀՀ բյուջետային ծախսերի ընդհանուր մեծությունից, ապա

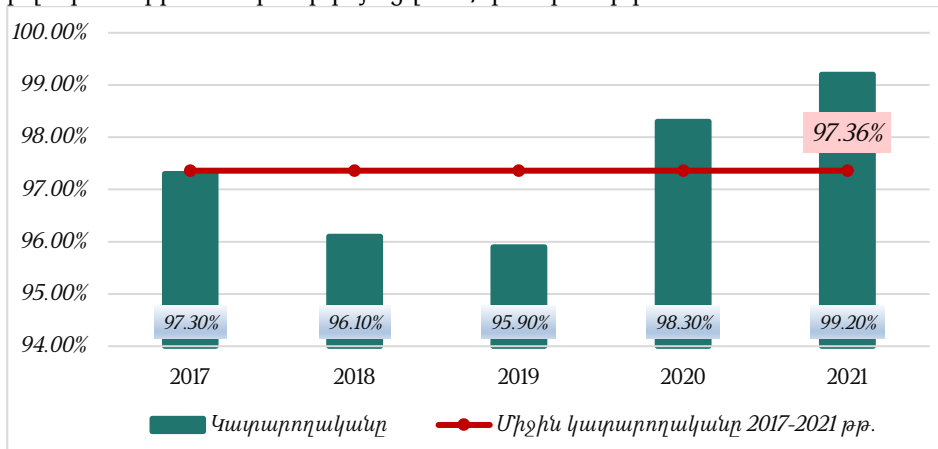
հարց է առաջանում, թե ինչպե՞ս է ոլորտն արձագանքում իր առանձնահատկություններից չբխող ֆինանսավորմանը:



Գծապատկեր 3.5

ՀՀ առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորում / ՀՀ պետական բյուջեի ընդամենը ծախսեր, 2012–2022 թթ.¹⁹⁴

ՀՀ առողջապահության նախարարության պլանային ծախսերի կատարողականը (խոսքը ճշտված պլանի կատարողականի մասին է) 2017–2021 թվականների համար ներկայացված է գծապատկեր 3.6-ում:



Գծապատկեր 3.6

ՀՀ առողջապահության նախարարության պլանային ծախսերի կատարողականը 2017–2021 թթ.¹⁹⁵

¹⁹⁴ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության 2012–2021 թվականների պետական բյուջեի մասին օրենքներ, հոդված 2:

¹⁹⁵ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության 2017 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացություն, էջ 13:

Գծապատկերից տեսանելի է, որ նախորդ 5 տարիներին ՀՀ առողջապահության նախարարության ծրագրային ծախսերի կատարողականը տատանվել է 95.90–99.20%-ի միջակայքում, կատարողականի միջին ցուցանիշն այդ ժամանակահատվածում կազմել է 97.36%, իսկ միջին քառակուսային շեղման և միջինի հարաբերակցությունը՝ 1.30%: Նման բարձր ցուցանիշով պլանային ֆինանսավորման կատարողականը և այդ կատարողականի դինամիկայի կայունությունը վերոքննարկյալ մեկնաբանության համատեքստում (ոլորտից չբխող ֆինանսավորում) կարող են վկայել 2 հանգամանքի մասին.

- նախատեսված ֆինանսավորումը բավարար չէ սահմանված նպատակների ամբողջական իրագործման համար, այդ իսկ պատճառով պլանավորված ֆինանսավորումը օգտագործվում է ամբողջ ծավալով,
- ֆինանսավորումից կազմակերպություններն օգտվում են ոչ թե ոլորտային խնդիրները լուծելու, այլ այդ ֆինանսավորման հաշվին գործունեություն ծավալելու և զոյատևելու համար:

Ակնհայտ է, որ երկու դեպքում էլ իրավիճակը դժվար է համարել արդյունավետ, հետևաբար, կիրառելի պարզել երկու պնդումների իսկությունն էլ: Սակայն մինչ պնդումների հնարավոր իսկության ուսումնասիրությանն անցնելը, անհրաժեշտ ենք համարում իրականացնել նաև պետության կողմից կատարվող առողջապահական ծախսերի համեմատական վերլուծություն Հայաստանի, Վրաստանի և Ադրբեջանի միջև:

Առաջինը դիտարկենք պետության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերի և ՀՆԱ հարաբերակցությունը (գծապատկեր 3.7):

Ինչպես տեսնում ենք, ՀՆԱ-ի համեմատությամբ առողջապահական ծախսերի ամենամեծ տեսակարար կշիռը դիտարկված ժամանակահատվածում գրանցվել է Վրաստանում: Այս երկրում 2000–2020 թթ. պետության կողմից կատարված առողջապահական ծախսերի միջին տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ի համեմատությամբ կազմել է 1.81%, իսկ 2018 թվականին այդ հարաբերակցությունը 2.78% էր: Վրաստանին հաջորդում է Հայաստանի Հանրապետությունը, որի դեպքում միջին հարաբերակցությունը դիտարկվող ժամանա-

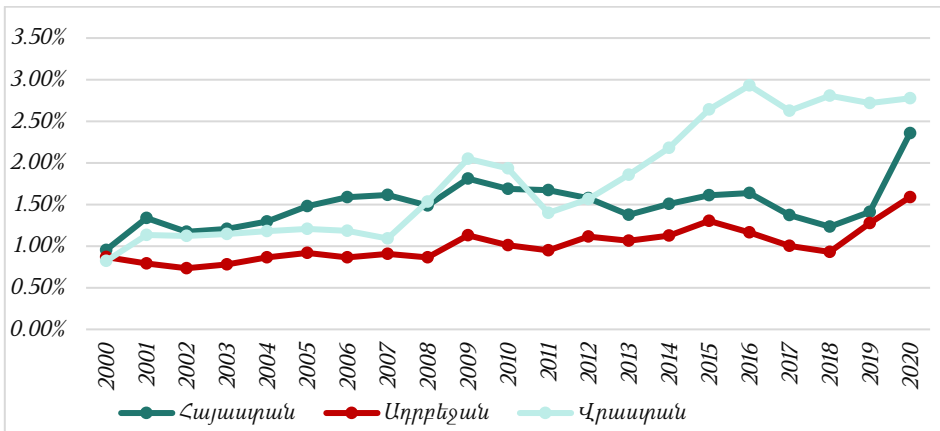
Հայաստանի Հանրապետության 2018 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացություն, էջ 13:

Հայաստանի Հանրապետության 2019 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացություն, էջ 11:

Հայաստանի Հանրապետության 2020 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացություն, էջ 11:

ՀՀ ԱԺ որոշումը Հայաստանի Հանրապետության 2021 թվականի պետական բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունը հաստատելու մասին, 15.06.22 թ., հավելված 356–483:

կահատվածում 1.49% է, հետնապահն Ադրբեջանն է՝ 1.01% միջին գործակցով: Այնուամենայնիվ, այստեղ էական է հասկանալ, թե այս երկրներից որի դեպքում է առողջապահական ծախսերի և ՀՆԱ-ի միջև փոխկապվածությունը համեմատաբար ավելի բարձր: Այդ նպատակով շարքերի համար հաշվարկել ենք միջին քառակուսային շեղում / միջին գործակիցը, որը ցույց է տալիս, թե ինչպիսին են միջինի նկատմամբ շեղումները: Բնականաբար, որքան ցուցանիշը ցածր լինի, այնքան այդ երկրում առողջապահական ծախսերը և ՀՆԱ-ն կգտնվեն բարձր փոխկախվածության մեջ: Հայաստանի և Ադրբեջանի դեպքում այդ գործակիցը կազմում է համապատասխանաբար՝ 18.60% և 19.88%, այսինքն՝ այս երկու երկրներում ՀՆԱ-ի և առողջապահական ծախսերի միջև առկա է գրեթե նույնական կոռելացվածություն, ավելին՝ այդ կախվածության աստիճանը բավականին բարձր է: Ի տարբերություն Հայաստանի և Ադրբեջանի՝ Վրաստանում տվյալ գործակիցը 38.03% է, ինչը նշանակում է, որ քննարկվող երկու ցուցանիշներն այստեղ ավելի քիչ են կոռելացված: Վրաստանի դեպքում այդ ցածր փոխկապվածությունն ակնհայտ էր նաև գծապատկեր 4-ից: Սա նշանակում է, որ Հայաստանում և Ադրբեջանում առողջապահության պետական ֆինանսավորումը բարձր գործակցով կոռելացված է այնպիսի մակրոտնտեսական ցուցանիշից, ինչպիսին ՀՆԱ-ն է, իսկ Վրաստանում այդ կապը շատ ավելի թույլ է: Բնականաբար, որքան կապը թույլ է, այնքան ավելի մեծ է հավանականությունը, որ ֆինանսավորումը բխում է հենց ոլորտի առանձնահատկություններից, այլ ոչ թե միայն երկրի մակրոտնտեսական վիճակից:

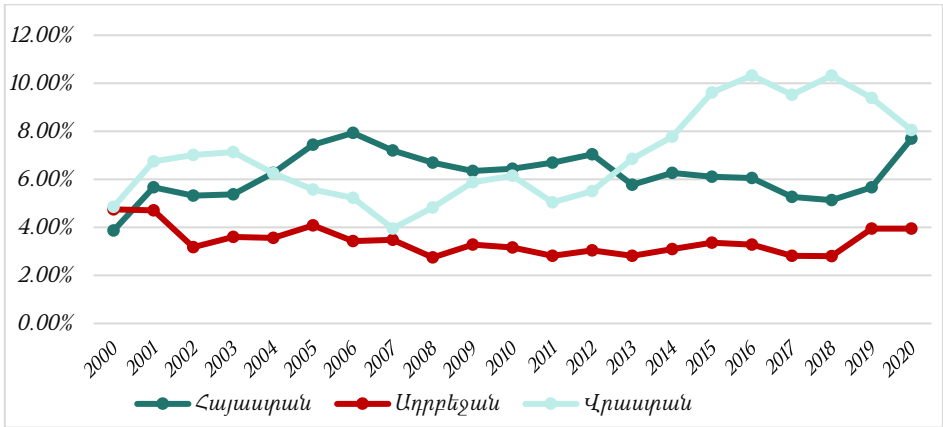


Գծապատկեր 3.7

Հայաստանում, Ադրբեջանում և Վրաստանում պետության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերի և ՀՆԱ հարաբերակցությունը¹⁹⁶

¹⁹⁶ Տե՛ս World health organization official website, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Խոսելով առողջապահական պետական ծախսերի և ՀՆԱ-ի միջև առկա փոխկախվածությունից՝ հարկ ենք համարում անդրադառնալ նաև առողջապահական պետական ծախսեր և բյուջետային ընդհանուր ծախսեր հարաբերակցությանը, որի խնդիրները Հայաստանի Հանրապետության մասով արդեն իսկ ներկայացվել են: Նշված գործակիցը երեք երկրների համար պատկերված է գծապատկեր 3.8-ում:



Գծապատկեր 3.8

Հայաստանում, Ադրբեջանում և Վրաստանում պետության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերի և բյուջետային ընդհանուր ծախսերի հարաբերակցությունը¹⁹⁷

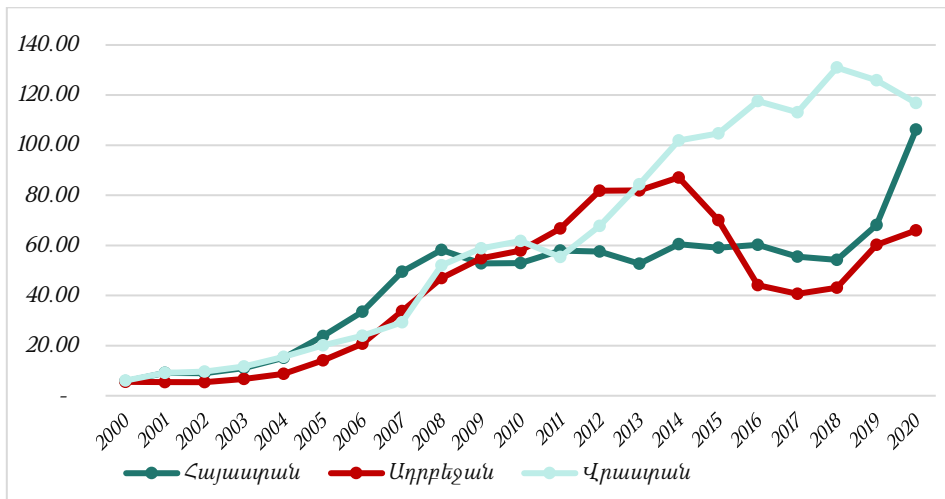
Գծապատկեր 3.8-ից ակնհայտ է դառնում, որ, ինչպես նախորդ դեպքում, այս պարագայում ևս առաջատարը Վրաստանն է, որտեղ բյուջետային ծախսերի համեմատությամբ առողջապահության պետական ֆինանսավորումը 2000–2020 թթ., միջին հաշվով, կազմել է 6.95%: Վրաստանին հաջորդում է Հայաստանը՝ 6.20% ցուցանիշով, իսկ Ադրբեջանի դեպքում ցուցանիշն ընդամենը 3.42% է:

Այդուհանդերձ, նախորդ ցուցանիշների վերլուծությամբ ստացված արդյունքները հերքելու կամ հաստատելու համար հարկ ենք համարում անդրադառնալ միջին քառակուսային շեղում/միջին գործակցին: Պետության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերի և բյուջետային ընդհանուր ծախսերի հարաբերակցության համար հաշվարկված այդ գործակիցը Վրաստանի դեպքում կազմում է 27.19%, Հայաստանի դեպքում՝ 15.20%, իսկ Ադրբեջանի պարագայում՝ 16.65%: Այստեղ նույնպես լիովին հաստատվում են նախորդիվ կատարված վերլուծության արդյունքները. Հայաստանում և Ադրբեջանում ոլորտի ֆինանսավորումը գտնվում է այնպիսի ցուցանիշներ

¹⁹⁷ Տե՛ս նույն տեղը:

րից բարձր կախվածության մեջ, ինչպիսիք են ՀՆԱ-ն և բյուջետային ընդհանուր ծախսերը, հետևաբար՝ չեն ծառայում ոլորտի առջև ծառայած խնդիրների լուծմանը, իսկ Վրաստանում իրավիճակն ավելի բարվոք է, քանի որ այդ կոռելացվածությունն այստեղ ավելի փոքր է, իսկ դա նշանակում է, որ ոլորտի ֆինանսավորումն այլ հավասար պայմաններում կախված է հենց ոլորտի առանձնահատկություններից բխող խնդիրներից, այլ ոչ թե ՀՆԱ-ից կամ բյուջետային ընդհանուր ծախսերից: Այս մոտեցումը, ապացուցվում է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի դինամիկան դիտարկելիս ևս (գծապատկեր 3.9): Գծապատկերը ներկայացնում է երեք երկրների վիճակը միաժամանակ:

Քննարկելով առողջապահական ոլորտի պետական ֆինանսավորման օրենսդրական դրույթները, պետական ֆինանսավորման պլանային ցուցանիշները, այդ ցուցանիշների կատարողականները, ինչպես նաև համեմատելով Հայաստանի, Վրաստանի և Ադրբեջանի ֆինանսավորման ցուցանիշները՝ փորձենք անդրադառնալ նաև այն ազդեցությանը, որ պետական պատվերի ինստիտուտի շրջանակներում կրում են բժշկական կազմակերպությունները: Այդ նպատակով ուսումնասիրել ենք պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսատնտեսական ցուցանիշները 2019 և 2020 թվականների համար¹⁹⁸:



Գծապատկեր 3.9

Հայաստանում, Ադրբեջանում և Վրաստանում պետության կողմից իրականացվող առողջապահական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով, ԱՄՆ դոլար ¹⁹⁹

¹⁹⁸ Տե՛ս ՀՀ ԱՆ կայք, <https://www.moh.am/uploads/1058.xlsx>, <https://www.moh.am/uploads/ampopl.xlsx>

¹⁹⁹ Նույն տեղում:

Ոլորտային առանձնահատկությունից ելնելով՝ առանձին ուսումնասիրենք արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ցուցանիշները:

2020 թվականին պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ ստացած արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցած կազմակերպությունների թիվը 278 է, որը 2019 թվականի համեմատությամբ նվազել է շուրջ 7%-ով: Այս կազմակերպությունների կողմից ստացված հանրագումարային հասույթում պետական պատվերի հանրագումարային ծավալը կազմել է 34%, սակայն պետական պատվերից ստացված հասույթ / համախառն հասույթ գործակիցների միջինը կազմել է 86%: Այսինքն՝ եթե պետական պատվերից ստացված հասույթ / համախառն հասույթ գործակիցը պայմանականորեն անվանենք պետական ֆինանսավորումից կախվածության գործակից, ապա այդ գործակցի միջին մեծությունն այնքան մեծ է, որ կարող ենք արձանագրել քննարկվող կազմակերպությունների գերկախվածությունը պետական ֆինանսավորումից: Այդ եզրահանգման օգտին են նաև այնպիսի հանգամանքներ, ինչպիսիք են.

- քննարկվող կազմակերպությունների 55%-ի դեպքում պետական պատվերի շրջանակներում ծառայությունների մատուցումից ստացված հասույթը կազմել է համախառն հասույթի 90%-ից ավելին,
- քննարկվող կազմակերպությունների 95%-ի դեպքում պետական պատվերի շրջանակներում ծառայությունների մատուցումից ստացված հասույթը կազմել է համախառն հասույթի 50%-ից ավելին:

Արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկատվություն ներկայացված է աղյուսակ 3.2-ում:

2020 թվականին պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ ստացած հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցած կազմակերպությունների թիվը 97 է. 2019 թվականի համեմատությամբ նվազել է շուրջ 13%-ով: Այս կազմակերպությունների կողմից ստացված հանրագումարային հասույթում պետական պատվերի հանրագումարային ծավալը, ի տարբերություն արտահիվանդանոցային կազմակերպությունների 34%-ի, կազմել է 74%, սակայն նշված 97 կազմակերպությունների՝ պետական պատվերից ստացված հասույթ / համախառն հասույթ գործակիցների միջինը կազմել է 66%: Այս դեպքում ևս հաստատվում է այն կանխավարկածը, որ նշված կազմակերպությունները գտնվում են շատ մեծ կախման մեջ պետական պատվերի շրջանակներում կատարվող ֆինանսավորումից: Եվ եթե նաև արձանագրենք այն փաստը, որ քննարկվող կազմակերպությունների 75%-ի դեպքում պետական պատվերի շրջանակներում ծառայությունների մատուցումից ստացված հասույթը կազմել է համախառն հասույթի 50%-ից ավելին, ապա վերոնշյալ պնդումը կդառնա ավելի հիմնավոր:

Պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ ստացած արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ցուցանիշները²⁰⁰

Աղյուսակ 3.2

Կազմակերպությունների քանակը	2019	2020
	299	278
Կազմակերպությունների կողմից հանրագումարային հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հանրագումարային հասույթի տեսակարար կշիռը	69%	34%
Համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռների միջինը	85%	86%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 90%-ը	48%	55%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 80%-ը	80%	78%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 50%-ը	94%	95%

Հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկատվություն ներկայացված է աղյուսակ 3.3-ում:

Պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ ստացած հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ցուցանիշները²⁰¹

Աղյուսակ 3.3

Կազմակերպությունների քանակը	2019	2020
	111	97
Կազմակերպությունների կողմից հանրագումարային հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հանրագումարային հասույթի տեսակարար կշիռը	52%	74%
Համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռների միջինը	67%	66%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 90%-ը	14%	6%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 80%-ը	31%	30%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 50%-ը	78%	75%

²⁰⁰ Նույն տեղում:

²⁰¹ Նույն տեղում:

Ստոմատոլոգիական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների դեպքում ևս պետական ֆինանսավորումից կախվածությունը զգալի է: Ընդհանուր առմամբ, պետական պատվերի շրջանակներում պետական բյուջեից ֆինանսավորում ստացած ստոմատոլոգիական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների քանակը 2020 թվականին կազմել է 38՝ 2019 թվականի 36-ի դիմաց: Այս կազմակերպություններում պետական պատվերից ստացված հասույթ / համախառն հասույթ գործակիցների միջինը 59% է, իսկ կազմակերպությունների 79%-ի դեպքում բյուջետային միջոցներից ստացված հասույթը գերազանցել է կազմակերպությունների հասույթի 50%-ը: Նմանատիպ ցուցանիշները վկայում են, որ, ինչպես նախորդ երկու դեպքում, այս պարագայում ևս կազմակերպությունները պետական պատվերի շրջանակներում ստացվող ֆինանսավորումից շատ մեծ կախման մեջ են: Ստոմատոլոգիական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ֆինանսատնտեսական ցուցանիշները ներկայացված են աղյուսակ 3.4-ում:

Պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ ստացած ստոմատոլոգիական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ցուցանիշները²⁰² | Աղյուսակ 3.4

Կազմակերպությունների քանակը	2019	2020
	36	38
Կազմակերպությունների կողմից հանրագումարային հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հանրագումարային հասույթի տեսակարար կշիռը	32%	34%
Համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռների միջինը	48%	59%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 90%-ը	8%	8%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 80%-ը	8%	11%
Կազմակերպությունների տեսակարար կշիռն ընդհանուրում, որոնց համախառն հասույթում պետական պատվերի շրջանակներում ստացված հասույթի տեսակարար կշիռը գերազանցում է 50%-ը	47%	79%

Եթե ամփոփենք կատարված վերլուծությունը, ապա հստակորեն կարող ենք արձանագրել, որ պետական պատվերի շրջանակներում հասույթ գեներացնող կազմակերպությունները հիմնականում մեծ կախման մեջ են գտնվում պետական բյուջեից: Այդ կազմակերպությունները, չգործելով մրցակցային միջավայրում, պետության հետ կնքում են պետական պատվեր ենթադրող ծառայությունների մատուցման պայմանագիր: Պայմանագրի

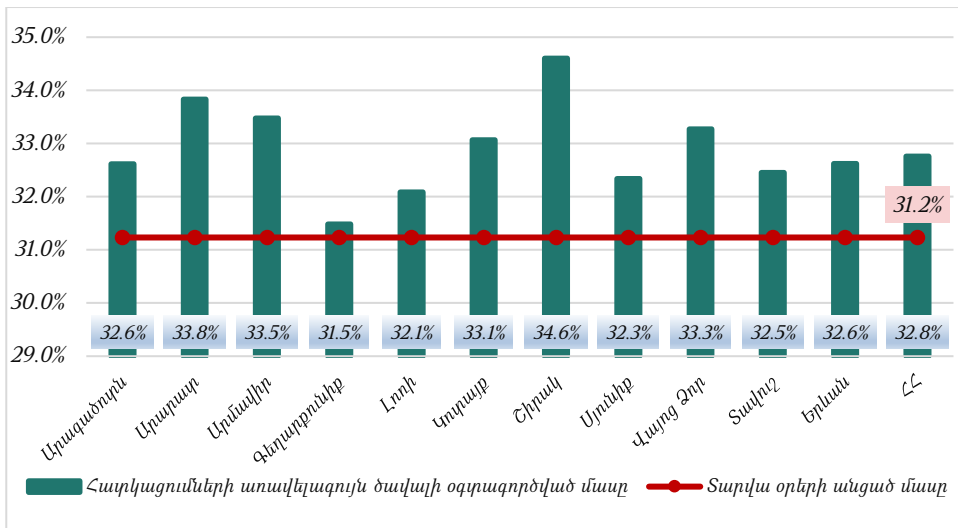
²⁰² Նույն տեղում:

շրջանակներում, ինչպես ցույց տվեց արդեն իսկ կատարված վերլուծությունը, ստանում են գրեթե ամբողջ պայմանագրի գինը, ինչն, ըստ էության, ոչ թե զարգացման, այլ պահպանման խնդիր է լուծում: Սակայն գումարի «հայթայթման» այսպիսի մեխանիզմի պարագայում, դրանք, բավարարվելով ստացածով, շահադրդվածություն չեն ունենում շուկայում զարգացնելու իրենց մրցակցային կարողությունները: Հետևաբար՝ այս կազմակերպությունները, ըստ էության, գոյատևում են պետական պատվերի հաշվին, ապրում են ֆինանսատնտեսական արդյունավետության շարունակաբար անկման պայմաններում, իսկ շատ հաճախ դա նաև գրեթե մոտենում է զրոյական կետին²⁰³: Այս պարագայում առողջապահական համակարգում գործող կազմակերպությունները շուկայում ստեղծում են շատ փոքր ծավալի մրցակցություն, որը հանգեցնում է տվյալ համակարգի և այնտեղ մատուցվող ծառայությունների որակի շարունակաբար լճացման: Բնականաբար, այս դեպքում պետական պատվերի ինստիտուտն առողջապահական ոլորտի խնդիրները լուծելուն զուգահեռ կամ լուծելու փոխարեն առաջացրել է շատ ավելի լուրջ խնդիր. առնվազն չի բարելավվում իրավիճակը: Ինչպես և ցանկացած ոլորտում, համակարգի պահպանման ու կայունության ապահովման խնդիրներին զուգընթաց, պետք է ի հայտ գան դրա զարգացմանը նպաստող հիմնարար պայմաններ, որոնք, սակայն, պետական պատվերի մեխանիզմում բացակայում են:

Քննարկված երկու ամենաէական խնդիրները (կազմակերպությունների գերկախումը պետական բյուջեից և պետական պատվերի ծավալների՝ ոլորտի պահանջներից չբխելու հանգամանքը) այսօր էլ շարունակում են խորացնել առկա հիմնախնդիրները: Քովիդյան մարտահրավերին ավելացավ նաև պատերազմը՝ իր ծանր արդյունքով ու հետպատերազմյան լրջագույն խնդիրներով: Այս արհավիրքների դեմ պայքարի առաջնագծում մեր երկրի առողջապահության ոլորտն է, որտեղ նոր մտածելակերպի, աշխատանքների կազմակերպման (ներառյալ՝ ֆինանսավորման) ժամանակակից մոդելների կիրառման անհարժեշտությունն արդեն կասկած չի հարուցում: Ժամանակը մեր օգտին չի աշխատում, զարգացման դասական սցենարները այլևս դառնում են ոչ պիտանի, քանի որ եկել է արագ և որակյալ գործելու ժամանակը: Սակայն պետք է արձանագրենք, որ պետական պատվերի ծավալները շարունակում են սահմանվել պետական բյուջեի ծախսերին համամասնորեն, սա այն դեպքում, երբ ստեղծված իրավիճակը պետք է լիազոր մարմին տար ազդակ, որ պատերազմի սոցիալական և առողջապահական հետևանքները վերացնելու, համավարակի ազդեցությունը հնարավորինս չեզոքացնելու համար անհրաժեշտ են «խաղի նոր կանոններ»:

²⁰³ Տե՛ս Գալստյան Հ., Բաղդադյան Գ., Սահակյան Ս., Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատում, «Ամբերդ» մատենաշար, 44, Եր., 2021, էջ 10-40:

Արդյունքում ՀՀ-ում այժմ առկա է մի իրավիճակ, երբ հատկացված պետական պատվերի միջոցները գուցե մինչ տարեվերջ չբավարարեն անհրաժեշտ ծավալով բժշկական ծառայություններ մատուցելուն: Սրա հիմքերը ևս առկա են, քանի որ 2023 թվականի ապրիլի 24-ի դրությամբ, երբ տարվա անցած օրերի քանակը տարվա ընդհանուր օրերի քանակի 31.2%-ն էր, պետական պատվերի առավելագույն ծավալների 32.8%-ն արդեն սպառվել էր: Այլ կերպ ասած՝ 24.04.23 թ. դրությամբ ըստ համամասնությունների բաշխված պետական պատվերի ծավալները ՀՀ-ում տալիս են շուրջ 1.4 մլրդ դրամի պակասուրդ: Հատկանշական է, որ այս խնդիրը չի բխում որևէ տարածքային միավորում առաջացած գերաձախսից: Սա բնորոշ է ՀՀ բոլոր մարզերին և մայրաքաղաք Երևանին նույնպես (գծապատկեր 3.10):



Գծապատկեր 3.10

24.04.23 թ. դրությամբ ՀՀ պետական պատվերի շրջանակներում հատկացումների առավելագույն ծավալի օգտագործման վիճակագրությունը ՀՀ մարզերում և Երևանում²⁰⁴

Գծապատկեր 3.10-ից տեսանելի է, որ ՀՀ ոչ մի տարածքային միավորում տարվա անցած օրերի և պետական պատվերի առավելագույն ծավալների օգտագործված մասերի համամասնությունը չի պահպանվել: Բոլոր մարզերում և Երևանում պետական պատվերի առավելագույն ծավալների օգտագործված մասը գերազանցում է տարվա օրերի անցած մասը:

²⁰⁴ ՀՀ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ, <https://www.armed.am/publicdata/?pg=govlimits>

ԳԼՈՒԽ 4

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՋԱՐԳԱՅՄԱՆ ԲԱՂԱԴԻԻՉ. ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ՓՈՐՉ ԵՎ ՀԱՅԱՍՏԱՆՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

4.1 Առողջության ապահովագրության միջազգային համակարգերի ուսումնասիրություն

Աշխարհի ցանկացած երկրի համար առողջ և բարեկեցիկ ապրող բնակչությունը տնտեսական զարգացման կարևորագույն գրավականն է: Յուրաքանչյուր պետություն պետք է ձգտի իր քաղաքացիների համար ստեղծել արդյունավետ գործող առողջապահական համակարգ, զարգացնի և ձևափոխի այն՝ ժամանակաշրջանի հրամայականներից ելնելով: Անհրաժեշտ քանակի և որակի մասնագետների պատրաստման, նորագույն բժշկական սարքավորումներով հագեցած կենտրոնների ստեղծման և ծառայությունների մատուցման համար պետությանը հարկավոր են մեծածավալ ֆինանսական ռեսուրսներ: Գաղտնիք չէ, որ ցանկացած երկրում առկա ֆինանսական միջոցները սահմանափակ են, ուստի չի բացառվում բյուջեում հնարավոր ճեղքերի առաջացումը, որը, սակայն, չպետք է խոչընդոտի բնակչության բժշկական պահպանմանն ուղղված անհրաժեշտ միջոցների հատկացմանը: Սակայն սա հարցի միայն մեկ կողմն է, քանի որ բնակչությունը ևս պետք է տնօրինի համապատասխան ֆինանսական միջոցների, որպեսզի կարողանա վճարել այդ ծառայությունների դիմաց: Եվ հենց այս խնդրի լուծման որոնումն է, որ հանգեցրել է առողջության ապահովագրության բաղադրիչի առաջացմանը:

Պետությունները, ելնելով իրենց երկրների սոցիալ-տնտեսական, մշակութային, պատմական և քաղաքական առանձնահատկություններից, ստեղծել են առողջության ապահովագրության իրենց ուրույն մեխանիզմները: Որոշ երկրներում կիրառվում են առողջության կամավոր ապահովագրության մեխանիզմներ, որոշներում ապահովագրությունը կատարվում է պարտադիր հիմունքներով, իսկ մի մասն էլ կիրառում է այս երկուսի համակցված (խառը) տարբերակները: ՀՀ-ում առողջության ապահովագրությունը դեռևս իրականացվում է միայն կամավոր ապահովագրության շրջանակներում:

Առողջապահական համակարգի ֆինանսական կայունության ապահովման կարևորության մասին են խոսում նաև սույն ոլորտին պետական բյուջեից իրականացվող հատկացումների և ՀՆԱ հարաբերակցության աճի միտումը և տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքում դրանց տեսակարար կշռի ավելացումը:

«2022 թվականի առողջապահական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին» ՀՀ Կառավարության որոշման մեջ առողջապահական համակարգին ուղղված հոդվածների ընդհանուր ծախսերի նախատեսվող չափը 118 936 230 հազար ՀՀ դրամ է, այդ թվում²⁰⁵.

- բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ապահովման 2022 թվականի պետական նպատակային ծրագրերի մասով՝ 32 804 477,7 հազար ՀՀ դրամ,
- բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման ապահովման պետական նպատակային ծրագրերի մասով՝ 30 528 300 հազար ՀՀ դրամ,
- սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բժշկական օգնության և սպասարկման 2022 թվականի պետական նպատակային ծրագրերում՝ 15 072 296.1 հազար ՀՀ դրամ,
- մոր և մանկան առողջության պահպանման ապահովման 2022 թվականի պետական նպատակային ծրագրերում՝ 18 664 949 հազար ՀՀ դրամ,
- բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովման 2022 թվականի պետական նպատակային ծրագրերում՝ 6 185 306.6 հազար ՀՀ դրամ,
- 2022 թվականի նպատակային ծրագրերին օժանդակող հարակից ծառայությունների ծրագրերում (այլ դասերին չպատկանող)՝ 15 680 900.6 հազար ՀՀ դրամ:

Եթե հաշվի առնենք, որ ՀՀ-ում 2022 թ. ՀՆԱ-ն կազմել է 8 496 777.9 մլն ՀՀ դրամ²⁰⁶, ապա կարող ենք նշել, որ ՀՀ-ում պետության կողմից առողջապահական կարիքների համար 2022 թ. հատկացումները տատանվել են ՀՆԱ մոտ 1.4%-ի սահմաններում, այն դեպքում, երբ համաշխարհային միջին ցուցանիշը 2019 թվականին եղել է 5.89%²⁰⁷: Պետական բյուջեից կատարվող ֆինանսավորման նման պայմաններում, երբ երկրում չեն գործում սոցիալական ապահովագրության մեխանիզմներ, զարմանալի չէ, որ ՀՀ-ում տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող սպառողական ծախսերի 14.2%-ը բաժին է ընկնում առողջապահությանը, որը կազմում է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 52.2%-ը²⁰⁸, այն դեպքում, երբ զարգացած երկրներում այդ

²⁰⁵ Տե՛ս «2022 թվականի առողջապահական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին» ՀՀ Կառավարության որոշումը, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=112724> (29/04/2023)

²⁰⁶ Տե՛ս ՀՀ ՎԿ կայք, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=01001> (29.04.2023)

²⁰⁷ Տե՛ս Համաշխարհային բանկի կայք, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS> (29.04.2023)

²⁰⁸ Տե՛ս ՀՀ ՎԿ կայք, Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2020, <https://armstat.am/am/?nid=82&id=2323> (29.04.2023)

ցուցանիշը տատանվում է 10–15% սահմաններում, իսկ ԱՊՀ երկրներում միջին ցուցանիշը 36.4% է²⁰⁹: Այս պայմաններում առողջության պարտադիր ապահովագրության (ԱՊԱ) ներդրումը միակ ճիշտ ռազմավարական որոշումն է, որը թույլ կտա ձևավորել նոր սոցիալական ինստիտուտ, որում կգուճակցվեն ապահովագրության սկզբունքները, բժշկական ծառայությունների ֆինանսավորման նոր մոտեցումները և քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանությունը:

Առողջության պարտադիր ապահովագրությունը բնակչության որոշակի խմբերի համար ապահովում է առողջապահական ծառայությունների հասանելիություն՝ պարտադիր մասնակցության պայմանով և շահագրգիռ անձանց կողմից կամ անունից ապահովագրական վճարների վճարման իրավասությամբ: Պարտադիր մասնավոր ապահովագրության դեպքում բոլոր ռեզիդենտները (կամ բնակչության որոշակի խումբ) պարտավոր են առողջության ապահովագրություն առաջարկող ապահովագրական ընկերության կամ առողջության ապահովագրության հիմնադրամի հետ կնքել առողջության ապահովագրության պայմանագրեր: Ապահովագրության պայմանագիրը կնքվում է անհատի և ապահովագրական ընկերության միջև:

Առողջության ապահովագրությունը հիմնականում կոչված է լուծելու հետևյալ խնդիրները՝

- յուրաքանչյուր քաղաքացու համար համապատասխան քանակի և որակի բժշկական ծառայության դիմաց ֆինանսական ապահովման պակասուրդի լրացում,
- ֆինանսավորման համակարգի ստեղծում, որը կշահադրդի բժշկական ծառայողներին՝ բարելավելու սպասարկման որակը,
- ապահովագրված անձանց համար երկրի ցանկացած մասում մատչելի բժշկական ծառայությունների ապահովում:

Առողջության պարտադիր ապահովագրության (ԱՊԱ) համակարգի կիրառումը Հայաստանում կլուծի ոչ միայն առողջապահական, այլ նաև մի շարք սոցիալական խնդիրներ, որոնցից են.

- բյուջետային միջոցների սահմանափակ ներգրավմամբ առողջապահության ֆինանսավորման էական ընդլայնում,
- առողջապահության բնագավառի աշխատողների աշխատավարձերի բարձրացում,
- առողջապահության համար անհրաժեշտ տեխնիկական հագեցվածության ապահովում,
- բնակչության սոցիալապես անապահով խավի բժշկական սպասարկման սոցիալական երաշխիքներ,

²⁰⁹ Տե՛ս Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության պաշտոնական հրապարակում, https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1 (29.04.2023)

- բնակչության համընդհանուր մասնակցություն առողջապահության բնագավառում,
- կենսամակարդակի և կյանքի որակի բարելավում:

Ապահովագրության բաղադրիչի ներդրման ազդեցությունը առողջապահական համակարգի զարգացման գործում գնահատելու համար, նախևառաջ, անհրաժեշտ է վերլուծել արդեն իսկ գործող համակարգերը:

ՌԴ-ում ՊԲԱ-ն կարգավորող կարևորագույն նորմատիվ-իրավական ակտը համարվում է «Պարտադիր բժշկական ապահովագրության մասին» ՌԴ օրենքը (29.06.2010 թ., №326-ԴՕ): ՊԲԱ-ն համարվում է պետական սոցիալական ապահովագրության բաղկացուցիչ մաս և ՌԴ բոլոր քաղաքացիների համար ապահովում է բժշկական և դեղորայքային օգնության հավասար հնարավորություն, որը տրամադրվում է ՊԲԱ միջոցներից՝ ՊԲԱ ծավալներին և պայմաններին համապատասխան:

ՌԴ-ում ՊԲԱ միջոցները տնօրինում են ՊԲԱ դաշնային և ՊԲԱ տարածքային հիմնադրամները, որոնք ստեղծված են ՌԴ Գերագույն խորհրդի 24.02.1993 թ. 4543-1 որոշմամբ՝ հաստատված «ՊԲԱ դաշնային հիմնադրամի մասին» և «ՊԲԱ տարածքային հիմնադրամի մասին» ՌԴ օրենքներով: Ռուսաստանում ՊԲԱ-ն համատարած բնույթ է կրում:

Ներկայումս ՌԴ-ում ստեղծվել են ինքնուրույն ոչ առևտրային ֆինանսավարկային հաստատություններ. ՊԲԱ դաշնային հիմնադրամը (ՊԲԱԴՀ) և ՊԲԱ տարածքային 86 հիմնադրամ (ՊԲԱՍՀ)՝ տվյալ ոլորտում պետական քաղաքականություն իրականացնելու համար՝ որպես պետական սոցիալական ապահովագրության բաղկացուցիչ մաս²¹⁰:

ՊԲԱԴՀ-ն իրականացնում է պետական քաղաքականություն քաղաքացիների ՊԲԱ ոլորտում: Դա պետական, ինքնուրույն, ոչ առևտրային, ֆինանսավարկային հաստատություն է, որը գործում է կանոնադրության համաձայն: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության դաշնային հիմնադրամների ֆինանսական միջոցները ձևավորվում են ապահովագրավճարների հաշվին: Դաշնային հիմնադրամը չի իրականացնում ապահովագրական գործընթացներ և չի ֆինանսավորում քաղաքացիների ՊԲԱ համակարգը: Դրա հիմնական գործառույթը տարածքային հիմնադրամներին սուբվենցիաների տրամադրումն է: Պարտադիր բժշկական ապահովագրության դաշնային հիմնադրամը ՊԲԱ ֆինանսավորման ուղղությամբ ֆինանսական օգնության տրամադրման հաշվին, ՊԲԱ շրջանակներում, ֆինանսավորում է նպատակային ծրագրերը, հաստատում է քաղաքացիների ՊԲԱ տիպային կանոնները, մշակում նորմատիվ ակտեր, ՊԲԱ ոլորտում իրականացնում է միջազգային համագործակցություն, մասնակցում է ՊԲԱՍՀ կազմակերպմանը, իրականացնում է ֆինանսավարկային գործունեություն ՊԲԱ ֆինանսավորման խնդիրների լուծման նպատակով, ինչպես նաև ղեկավարում է

²¹⁰ Տե՛ս <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/> (10/09/2021)

գիտահետազոտական աշխատանքներ և ՊԲԱ-ի համար պատրաստում է մասնագետներ:

ՊԲԱ դաշնային և տարածքային հիմնադրամների ֆինանսավորումը յուրաքանչյուր հիմնադրամի համար իրականացվում է որոշ ընդհանուր և մի շարք սեփական աղբյուրներից:

Այդ աղբյուրներից կարևորագույններն են՝

- ապահովագրական վճարների մասից, որոնք վճարվում են տնտեսավարող սուբյեկտների կողմից՝ անկախ սեփականության ձևից, բնակչության ՊԲԱ նպատակով՝ ՌԴ օրենսդրությամբ սահմանված չափով,
- տարածքային հիմնադրամների ներդրումներից պայմանագրային հիմունքներով իրականացվող համատեղ ծրագրերում,
- դաշնային բյուջեից հատկացումները ՊԲԱ հանրապետական ծրագրերի իրականացման համար,
- կամավոր ներդրումները,
- ժամանակավոր ազատ ֆինանսական միջոցների օգտագործումից եկամուտները,
- դաշնային և տարածքային հիմնադրամների ֆինանսական միջոցների ապահովագրական պահուստների նորմավորումը,
- միջոցներ՝ նախատեսված գործադիր իշխանության մարմինների կողմից համապատասխան բյուջեներին՝ չաշխատող բնակչության ՊԲԱ-ի համար:

Սուբյեկտի դերում հանդես են գալիս քաղաքացին, ապահովադիրը, բժշկական ապահովագրական կազմակերպությունը և բժշկական հաստատությունը²¹¹:

Ընդհանուր առմամբ, 2019 թվականին ՌԴ ՊԲԱ հիմնադրամը ստացել է 13,962.5 ուրբլի ապահովագրավճար մեկ անձի համար, ինչը 1,240.1 ուրբլով (9.7%) ավելի է, քան 2018 թվականին: Ընդ որում, պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներքո ապահովագրված 1 աշխատող քաղաքացու հաշվով ապահովագրավճարը կազմել է 19,929.8 ուրբլի, ինչը 385,7 ուրբլով (2%-ով) ավելի է, քան 2018 թ., 1 գործազուրկի համար՝ 9,007,8 ուրբլի, ինչը 1,218,7 ուրբլով (15,6%) ավելի, քան 2018 թվականին²¹²:

ՊԲԱՏՀ բյուջեների եկամուտները 2019 թվականին կազմել են 2,280,5 միլիարդ ուրբլի, ինչը 212,9 միլիարդ ուրբլով կամ 10,3 տոկոսով ավելի է, քան 2018 թվականին: ՊԲԱ դաշնային հիմնադրամի սուբվենցիաները՝ 2069.9 մլրդ ուրբլի (90.8%), եղել են ՊԲԱ տարածքային ծրագրերի իրականացման

²¹¹ Ст'у Функции СМО в ОМС, Территориальный фонд ОМЕС, <http://www.omspenza.ru/doc-93.html> (10/09/2021)

²¹² Ст'у <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/> (10/09/2021)

ֆինանսական աջակցության հիմնական աղբյուրը: Բացի այդ, ՊԲԱՍՀ բյուջեները միջբյուջետային փոխանցումներ են ստացել Ռուսաստանի Դաշնության սուբյեկտների բյուջեներից 99,0 մլրդ ռուբլի (4,3%) գումարի չափով՝ ՊԲԱ տարածքային ծրագրերի իրականացման լրացուցիչ ֆինանսական ապահովման համար:

2019 թվականին պարտադիր բժշկական ապահովագրության շրջանակներում բժշկական օգնության տրամադրման գործում մասնակցություն են ունեցել 9181 բժշկական կազմակերպություններ, 34 բժշկական ապահովագրական կազմակերպություններ և դրանց 205 մասնաճյուղեր:

ՌԴ-ում ՊԲԱ շրջանակներում ներառված է հետևյալ բժշկական ծառայությունների ցանկը²¹³.

- շտապ բժշկական օգնություն անհետաձգելի դեպքերում,
- ինֆեկցիոն և մակարոյծ հիվանդություններ, բացառությամբ ՄԻԱՎ-ի և ՁԻԱՀ-ի,
- նորագոյացությունների, էնդոկրին համակարգի, նյարդային համակարգի, աչքերի և ականջների, շնչառական համակարգի, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների բուժում,
- քրոնիկ հիվանդությունների ամբուլատոր բուժում,
- ծննդաբերություն, ժամանակից շուտ երեխայի հեռացում, սուր վիճակների, ստացիոնար բուժում,
- տնային պայմաններում բժշկական օգնություն այն հիվանդների համար, որոնք ի վիճակի չեն ինքնուրույն տեղաշարժվելու,
- ախտորոշիչ ծառայությունների փաթեթ հաշմանդամների, հղիների, երեխաների, վետերանների, ուռուցքային հիվանդություններով և հոգեկան խանգարումներով հիվանդների, գլխուղեղի կաթված կամ սրտամկանի ինսուլտ կրած հիվանդների համար:

Ուսումնասիրության ենթարկված հաջորդ երկիրը Շվեյցարիան է, որի ընտրությունը պայմանավորված է նրանով, որ այս երկրի բժշկական պարտադիր ապահովագրության համակարգը բավական ներդաշնակ և համահունչ է Ռուսաստանի բժշկական ապահովագրության համակարգին: Շվեյցարիայում օրենքը ստիպում է ապահովագրության սուբյեկտ դառնալ բոլոր քաղաքացիներին և պատասխանատվություն կրել բժշկական պարտադիր ապահովագրություն չունենալու համար: Այստեղ ապահովագրավճարները, հարաբերական առումով, բավականին բարձր են և կազմում են քաղաքացու եկամուտների 8 տոկոսը: Սակայն ապահովագրական ծածկույթը նույնպես համարժեքորեն բարձր է և երաշխավորում է բուժման ծախսերի համապարփակ ծածկում՝ երբեմն ներառելով հարակից այնպիսի ծառայություններ,

²¹³ Տե՛ս https://www.arsenal-ms.ru/polis_oms/medical_kinds_help/ (11/09/2021)

ինչպիսիք են կորսված եկամուտը կամ անհրաժեշտ տրանսպորտային փոխադրումները²⁴:

Ավստրալիայում պետությունը բազմազանեցված մոտեցում է ցույց տալիս՝ եկամուտների մակարդակով տարբերակելով պետական աջակցության կարիք ունեցողներին: Եկամուտների մակարդակի թափանցիկությունն այս երկրում կառավարելի է դարձնում հարկերի աստիճանական դրույքաչափեր սահմանելու և անտղակիորեն բժշկական ապահովագրությունը խթանելու պետության քաղաքականությունը: Մասնավորապես՝ 75 հազար ավստրալիական դոլար տարեկան եկամուտ ունեցողներն այդ եկամուտների 1 տոկոսի չափով հարկվում են՝ համապարփակ բժշկական ապահովագրության ծառայություններ ստանալով պետական միջոցների հաշվին: Տարեկան ավելի մեծ եկամուտներ ունեցողների համար կիրառվում է 1.5 տոկոս դրույքաչափ: Նման հարկումից խույս տալու համար Ավստրալիայի ռեզիդենտները պարտավոր են մասնավոր ապահովագրական ընկերություններից ունենալ բժշկական ապահովագրության գործող պայմանագրեր՝ օրենքով սահմանված նվազագույն ծածկույթի սահմաններում: Ավստրալիացիների գրեթե 60 տոկոսը չունեն նման ապահովագրություն և ենթարկվում են հարկման, ինչի հիմնական պատճառը վերոնշյալ ապահովագրության համեմատաբար թանկ լինելն է²⁵:

Գերմանիայում պետական բժշկական ապահովագրությունը (ՊԲԱ) և մասնավոր բժշկական ապահովագրությունը (ՄԲԱ) պարտադիր են դարձել 2007 թվականի ապրիլի 1-ից, և 2009 թվականի հունվարի 1-ից յուրաքանչյուր գրանցված կամ բնակվող (ռեզիդենտ) անձ պարտավոր է ունենալ բժշկական ապահովագրություն: Աշխատող քաղաքացիները/ռեզիդենտները պարտավոր են մուծումներ կատարել պետական ապահովագրական հիմնադրամին, եթե նրանց եկամուտները ցածր են որոշակի մակարդակից (2020 թվականին շեմը կազմել է ամսական 5212,50 եվրո): Եթե նրանց ամսական եկամուտը գերազանցում է այդ մակարդակը, աշխատակիցները կարող են կամավորության սկզբունքով պահպանել ՊԲԱ-ին անդամակցությունը կամ ընտրել մասնավոր բժշկական ապահովագրություն: Որոշ խմբեր ազատված են պարտադիր վճարներից՝ անկախ իրենց եկամտի մակարդակից. օրինակ՝ պետական ծառայողները, քաղաքացիները և ինքնազբաղվածները:

Ե՛վ ՊԲԱ-ն, և՛ ՄԲԱ-ն ֆինանսավորվում են իրենց անդամների ապահովագրավճարներից կամ ներդրումներից: Եթե ՄԲԱ ապահովագրավճար-

²⁴ St'u Expat-Savvy -- your trusted, local insurance advisor for Switzerland, https://expat-savvy.ch/healthcare?gclid=Cj0KCQjwnJaKBhDgARIsAHmvz6e3Egz-ZmDTS2D9wHP9TZpghXjZkh0v52nZ_uHep2p9WKZHGStjTR0aAvV6EALw_wcB (18/09/2021)

²⁵ St'u CBHS HEALTH, 4 weeks free + 2 & 6 month waits waived on Extras! https://www.cbhs.com.au/cbhsexclusive?source=2GA200CBSE&campaign=7012e000000AcYVAA00-gclid=Cj0KCQjwnJaKBhDgARIsAHmvz6f5z5N3RGZtZlSBNyABfIQbEnmT0h_biWxPdb14lmjyAAFQr3EQrPIaAl2jEALw_wcB&gclid=aw.ds (18/09/2021)

ները կախված են ապահովագրության պահին անձի անհատական ռիսկից՝ առողջությունից, տարիքից, ծածկույթի տեսակից կամ ցանկացած այլ հավելումից, ՊԲԱ հիմնադրամին կատարվող հատկացումների չափը կախված է միայն անձի աշխատավարձի մեծությունից: ՊԲԱ-ի դեպքում բոլոր ապահովագրվածները ստանում են նույն ծառայությունները: Ավելի շատ վաստակողներն ավելի մեծ վճարներ են մուծում: Այս մոտեցումը սերունդների համերաշխության սկզբունքի կիրառումն է բժշկական ապահովագրության համակարգում: Ընդհանուր ներդրման տոկոսադրույքը աշխատավարձի 14,6 տոկոսն է, որի կեսը վճարում է գործատուն: Յուրաքանչյուր ապահովագրական հիմնադրամ կարող է նաև հավելավճար գանձել, որը ներկայումս կազմում է, միջին հաշվով, մոտ մեկ տոկոս, որի կեսը կրկին վճարում է գործատուն: Մասնավոր ապահովագրությունից օգտվելու դեպքում նույնպես ապահովագրված անձինք կարող են սուբսիդավորվել նաև իրենց գործատուի կամ կենսաթոշակային հիմնադրամի կողմից: ՊԲԱ-ի պարագայում, ի տարբերություն ՄԲԱ-ի, ծածկույթը երկարաձգվում է առանց լրացուցիչ ծախսերի՝ երեխաների և ապահովագրված ամուսնու(կնոջ) համար, եթե նրանք քիչ եկամուտ ունեն կամ չունեն²¹⁶:

Բնակչության մոտ 86%-ն իր հիմնական ծածկույթը ստանում է ՊԲԱ-ի, իսկ 11%-ը՝ փոխարինող ծածկույթ ՄԲԱ-ի միջոցով: Մնացածը (զինվորականներ, ոստիկաններ) ձեռք են բերում ծածկույթ հատուկ ծրագրերի ներքո: Անօրինական ներգաղթյալների սուր հիվանդության և ցավի, ինչպես նաև հղիության և երեխայի ծննդի դեպքերի ծախսերը ծածկվում են սոցիալական ապահովագրությամբ²¹⁷:

ՊԲԱ շրջանակներում մատուցվող ծառայությունները օրենսդրորեն որոշվում են կառավարության կողմից: Դրանք միատեսակ են բոլոր ապահովագրված անձանց համար: Իրականում, ՊԲԱ սահմաններում մատուցվող ծառայությունների շրջանակը շատ լայն է և ներառում է ամբուլատոր ու ստացիոնար բուժում, որի դեպքում հաճախորդը բժշկի ազատ ընտրության իրավունք ունի: Մատուցվող բժշկական ծառայություններն ընդգրկում են բժշկական խորհրդատվություններ, հետազոտություններ, վիրաբուժական միջամտություններ, դեղամիջոցներով ապահովում, ինչպես նաև տրամադրվող այլ բժշկական ծառայություններ՝ ըստ անհրաժեշտության և նպատակահարմարության: Ստացիոնար բուժման դեպքում հիվանդն իրավունք ունի ազատ ընտրելու բժշկական հաստատությունը, որի ուղեգիրը տրվում է բուժող բժշկի կողմից՝ հիվանդի համաձայնությամբ: ՊԲԱ շրջանակներում ստացիոնար բուժումը նախատեսում է հիվանդի խնամքի որոշակի տարբերակներ՝ ընդհանուր սպասարկման պայմաններ, հիվանդասենյակներ միայն

²¹⁶ Տե՛ս Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.html> (19/09/2021)

²¹⁷ Տե՛ս նույն տեղում:

մի քանի մահճակալներով և այլն: Որոշակի պատճառներով հոսայիտալացման անհնարինության դեպքում հիվանդին բժշկական օգնություն կարող է տրամադրվել նաև տնային պայմաններում: Բուժման կուրսն անցնելուց հետո հիվանդը կարող է օգնություն ստանալ կազդուրման համար՝ ամբողջ ծախսերի, այդ թվում նաև ճանապարհային ծախսերի փոխհատուցմամբ:

Դրամական օգնությամբ հատուցում. վճարվում է հիվանդությամբ պայմանավորված անաշխատունակության դեպքում, որի առավելագույնը չափը չի կարող գերազանցել ապահովագրվածի «մաքուր» աշխատավարձի 90%-ը:

Բժշկական օգնություն մայրերին. տարածվում է ոչ միայն ապահովագրվածների, այլ նաև չապահովագրված ամուսնացած կանանց վրա, որոնց տրամադրվում է բուժօգնություն ընտանիքի աջակցության ծրագրի շրջանակներում: Բժշկական սպասարկումը ներառում է բժշկական ծառայություններ, հոլիների և կերակրող մայրերի խորհրդատվություն, ծննդօգնություն և հետծննդյան օգնություն:

Բժշկական օգնություն արտասահմանում գտնվելիս. ինչպես կարգն է, ամբողջական ծավալով բժշկական օգնություն ստանալու համար ապահովագրված անձանց խորհուրդ է տրվում կնքել լրացուցիչ բժշկական ապահովագրության պայմանագիր:

Այլ ծառայությունների տրամադրում հետևյալ խնդիրներով՝ պտղաբերությունը հավասարակշռելու, բարդությամբ հղիության ընթացքում, ինչպես նաև հակաբեղմնավորիչներով անվճար ապահովումը:

ՊԲԱ ֆինանսավորումն իրականացվում է հետևյալ աղբյուրներից.

- գործատուների և վարձու աշխատողների հավասարաչափ վճարումների հաշվին. ապահովագրված անձն ազատվում է ապահովագրավճարի վճարումից անաշխատունակության դեպքում, երբ ստանում է հիվանդության նպաստ,
- բարձրագույն ուսումնական հաստատության ուսանողների և այս խմբին հավասարեցված անձանց ապահովագրավճարների վճարումն իրականացվում է ի հաշիվ կենսաթոշակային ֆոնդի,
- գործազուրկների համար վճարումն իրականացվում է դաշնային աշխատանքային գրասենյակի հաշվին,
- ֆինանսավորման ոչ մեծ քանակությունն իրականացվում է ի հաշիվ պետական դոտացիաների, որոնք ուղղվում են հիվանդանոցներ՝ մայրանալը խրախուսելու համար:

Գերմանիայում ՊԲԱ ֆինանսավորման աղբյուրներն են՝ ապահովագրված անձանց կողմից պարտադիր վճարումները, որոնք իրականացվում են ինչպես տոկոսային արտահայտությամբ, այնպես էլ բացարձակ գումարով: Այդպիսի վճարներից են մասնակի վճարումները դեղամիջոցների, սոսմատոլոգիական ծառայությունների և այլնի համար: Անհրաժեշտ է նշել, որ բնակչության մասնակցության մեխանիզմը բժշկական ծախսերում գոյու-

թյուն ունի ԵՄ անդամ շատ երկրներում և, առաջին հերթին, նպատակ ունի սահմանափակելու բժշկական ծառայությունների ավելորդ օգտագործումը և առողջապահության պետական ծախսերի աճը:

ԱՄՆ-ում առավելապես տարածված է առողջության ապահովագրության մասնավոր համակարգը, որը բնութագրվում է ապակենտրոնացվածությամբ, ապահովագրական կազմակերպությունների կառուցվածքի զարգացմամբ և պետական կառավարման բացակայությամբ:

ԱՄՆ-ում գործում են մոտ 1500 մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ. ամենամեծն ու հայտնին «Կապույտ խաչ ու կապույտ վահան» ընկերությունն է: Առավել խոշոր ընկերությունների համար առողջության ապահովագրությունը գրեթե պարտադիր է:

Գոյություն ունեն առողջության ապահովագրության շատ տեսակներ: Առավել տարածվածներից են, այսպես կոչված, «Փոխհատուցող ապահովագրություն» կամ «Ծառայությունների դիմաց վճարում» տեսակները: Ապահովագրության այս ձևով գործատուն վճարում է ապահովագրական ընկերությանը ապահովագրավճար յուրաքանչյուր աշխատակցի հաշվով՝ ըստ համապատասխան պայմանագրի: Հետո ապահովագրական ընկերությունը փոխհատուցում է ծառայության վճարը՝ տրամադրված հիվանդանոցի կամ այլ բժշկական հաստատության, կամ բժշկի կողմից: Այսպիսով՝ հատուցվում են այն ծառայությունները, որոնք ներառված են ապահովագրական փաթեթում:

Գոյություն ունի այլընտրանք. այսպես կոչված՝ կառավարվող ծառայությունների ապահովագրություն: Այս դեպքում ապահովագրական ընկերությունը ապահովագրության հետևյալ տեսակով նախատեսված բոլոր ծառայությունների մատուցման համար կնքում է պայմանագիր բժշկի, այլ բուժօժանայողների, ինչպես նաև հաստատությունների հետ, ներառյալ՝ հիվանդանոցները: Սովորաբար բուժհաստատությունները ստանում են հաստատագրված գումար, որը վճարվում է նախօրոք՝ յուրաքանչյուր ապահովագրված անձի գծով:

Ներկայումս ԱՄՆ-ի կառավարությունը ծածկում է բնակիչների 28%-ի ծախսերը «Մեդիքեյդ» և «Մեդիքեր» առողջապահական համակարգերի շրջանակներում: «Մեդիքերը» ծածկում է 15%-ը, «Մեդիքեյդը»՝ 12%-ը, իսկ ռազմական բժշկական պահպանման ծրագիրը՝ 1%-ը²¹⁸:

Հաճախ առողջության ապահովագրության համար ԱՄՆ-ում վճարում են գործատուները: Երեխաների առողջության ապահովագրության Դաշնային-նահանգային ծրագիրը (CHIP), որը որոշ նահանգներում առաջարկում է ծածկույթ ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների երեխաներին, որպես հա-

²¹⁸ Տե՛ս U.S. Health Insurance Industry | 2020 Annual Results-
<https://content.naic.org/sites/default/files/inline-files/2020-Annual-Health-Insurance-Industry-Analysis-Report.pdf> (19/09/2021)

վելում «Մեդիքեյդին» և մեկ այլ ծրագրի, 2020 թ. ծածկել է 5.5 միլիոն երեխաների ծախսերը²¹⁹:

Անօրինական ներգաղթյալները մեծ մասամբ դուրս են մնում պետական ծրագրից, և նրանց մոտ երկու երրորդն ապահովագրված չէ: Հիվանդանոցները, որոնք ընդունում են «Մեդիքեյդ» միջոցները, պետք է տրամադրեն ցանկացած հիվանդի վիճակի կայունացման խնամք՝ բժշկական շտապ օգնության պայմաններում, և որոշ նահանգներ թույլատրում են անօրինական ներգաղթյալներին օգտվել «Մեդիքեյդ» շտապ օգնության ծառայությունից՝ «կայունացման» խնամքի ծածկույթից դուրս: Որոշ նահանգներ և տեղային կառավարությունը տրամադրում են լրացուցիչ ծածկույթ, որ նախատեսված է անօրինական երեխաների կամ հղի կանանց համար:

2020 թ. պետական ծախսերը կազմել են ընդհանուր առողջապահության ծախսերի 46%-ը՝ «Մեդիքեյդ» և «Մեդիքեր» առողջապահական համակարգերի շրջանակներում: «Մեդիքեյդ» ծրագիրը մասնակի ֆինանսավորվում է հարկերի հաշվին, այդ թվում՝ եկամտահարկից: «Մեդիքեյդ» ծրագիրը իրականացնում է ապահովագրություն անապահով ամերիկացիների, գերազանցապես աղքատ և անաշխատունակ ընտանիքների կանանց և երեխաների համար: Այս ծրագրի շրջանակներում հատուցում է տրամադրվում ծերանոցներում գտնվողներին, ովքեր կարիք ունեն մշտական խնամքի և չեն կարող մնալ առանց ամենօրյա կողմնակի օգնության: «Մեդիքեյդ» ծրագիրը ֆինանսավորվում է ինչպես Դաշնային կառավարությունից, այնպես էլ նահանգների կառավարման մարմիններից: Դաշնային կառավարությունը ընդհանուր հարկերի մուտքերից վճարում է «Մեդիքեյդ» ծրագրի մոտավորապես 50–73.4%-ը: Մնացածը հատուցում է յուրաքանչյուր նահանգի կառավարությունը²²⁰:

Մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները կարող են լինել շահույթ հետապնդող և չհետապնդող, որոնց գործունեությունը կարգավորվում է պետական ապահովագրական հանձնաժողովի կողմից և ենթակա է նահանգի (դաշնային) տարբեր կանոնակարգերին: Առողջության մասնավոր ապահովագրությունը կարող է ձեռք բերվել անհատների կողմից, բայց սովորաբար ֆինանսավորվում է կամավոր, հարկերից ազատված ապահովագրավճարների ներդրումներից, որոնք բաշխվում են գործատուի և աշխատողի միջև:

Աշխարհում ամենաառաջին ապահովագրական պատմությունը և, մինչև նյում Ժամանակ, ամենազարգացած շուկան ունի Մեծ Բրիտանիան: Մեծ Բրիտա-

²¹⁹ Տե՛ս U.S. Health Insurance Industry | 2020 Annual Results-
<https://content.naic.org/sites/default/files/inline-files/2020-Annual-Health-Insurance-Industry-Analysis-Report.pdf> (19/09/2021)

²²⁰ Տե՛ս նույն տեղը:

նիայում կիրառվում է առողջապահության բյուջետային ֆինանսավորման համակարգը՝ կառավարման կենտրոնացվածության բարձր մակարդակով:

Մեծ Բրիտանիայում, որպես առողջապահության ապահովման մարմին, հանդես է գալիս Առողջապահության ազգային համակարգը (ԱԱՀ), որի ծառայությունները՝ հիվանդանոցային բուժումը, բժշկի ծառայությունները և դեղատոմսերով դեղերը, հասանելի են ցանկացած քաղաքացու, ինչպես նաև Մեծ Բրիտանիայում մշտապես բնակվող անձանց:

2019 թ. Բրիտանիայում առողջապահության վրա կատարված ծախսերը կազմել են ՀՆԱ մոտ 10.2%-ը: ԱԱՀ դրամական մուտքերի մեծ մասը՝ մոտ 83%-ը, կատարվում է պետական բյուջեից: ԱԱՀ ֆինանսավորման 76%-ն իրականացվում է պետական հարկերի, իսկ 18%-ը՝ պետական ապահովագրության (աշխատավարձից հարկ) հաշվին: ԱԱՀ-ն ստանում է ներդրումներ նաև լրացուցիչ վճարումներից, որոնք մուտք են գործում մասնավոր անձանց վճարումներից՝ ԱԱՀ ծառայություններից օգտվելիս, ինչպես նաև այլ աղբյուրներից²²¹:

Բրիտանական ԱԱՀ-ն դարձավ աշխարհում առաջին առողջապահության համընդհանուր անվճար ծառայություններ մատուցող պետական կազմակերպությունը:

Եկամտի բարձր մակարդակ ունեցող շատ բրիտանացիներ նախընտրում են մասնավոր ապահովագրությունը պետական ապահովագրությունից, աճում է այն գործատուների թիվը, որոնք ապահովում են իրենց աշխատակիցներին ապահովագրության պայմանագրով:

Տարբեր երկրներ՝ սոցիալ-տնտեսական, մշակութային և պատմական տարբեր համակարգերով, կիրառում են առողջապահության ֆինանսավորման տարբերակների մի քանի համակցություն միաժամանակ, սակայն, անկախ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի տեսակից (պետական, մասնավոր կամ խառը), կենտրոնացված պետական ֆինանսավորման համակարգերը առավել հաճախ հանդիպող և ամենաարդյունավետ տարբերակն են ամբողջ բնակչության համար՝ համընդհանուր ծածկույթի տրամադրման տեսանկյունից: Բոլոր զարգացած երկրները, բացառությամբ Միացյալ Նահանգների, ունեն կոլեկտիվ ֆինանսավորման համակարգեր՝ ամբուլատոր և ստացիոնար բուժօգնության բոլոր տեսակների կամ մեծ մասի համար: Այն երկրները, որոնք չունեն կենտրոնացված պետական ֆինանսավորում բյուջեի կամ առողջության պարտադիր ապահովագրության միջոցով, բախվում են առողջապահական ծառայություններ ձեռք բերելու կամ օգտվելու արդարության լուրջ խնդիրների՝ հատկապես բնակչության առավել խոցելի խավերի շրջանում:

²²¹ Տե՛ս <https://www.statista.com/statistics/317708/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-the-united-kingdom/> (18/09/2021)

Զարգացած երկրների օրինակները ուսումնասիրելուց հետո պարզ է դառնում, թե որքան մեծ նշանակություն ունի հենց առողջության պարտադիր ապահովագրությունը երկրի առողջապահական համակարգում և հասարակության համար ընդհանրապես: Արդեն քանի տարի է՝ Հայաստանի Հանրապետությունում խոսվում է առողջության պարտադիր ապահովագրություն իրականացնելու մասին, սակայն դեռևս նշանակալից քայլեր չեն արվել այդ ուղղությամբ: Զարգացած պետությունների առաջադեմ փորձի ուսումնասիրությունը պետք է մեր երկրում առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի արդյունավետ ներդրման հիմք հանդիսանա:

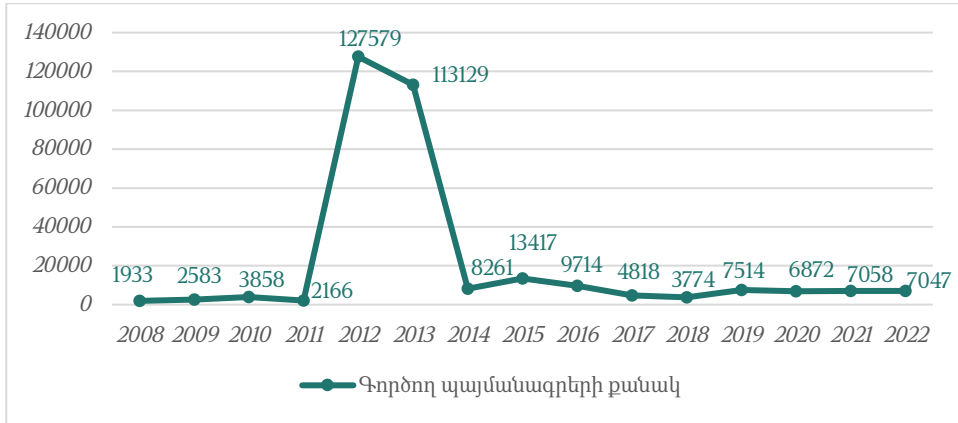
4.2

Առողջության ապահովագրությունը ՀՀ-ում. առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման նախադրյալները և զարգացման հնարավորությունները

Առողջապահության ոլորտի դերն ու նշանակությունն անգնահատելի են ժամանակակից շուկայական տնտեսության պայմաններում: Յուրաքանչյուր պետության համար շատ կարևոր է ունենալ առողջ հասարակություն, և այդ նպատակին հասնելու համար անհրաժեշտ է ստեղծել այնպիսի համակարգ, որը յուրաքանչյուր քաղաքացու հնարավորություն կընձեռի հնարավորինս մատչելի և արդյունավետ կերպով լուծելու իր առողջության պահպանման խնդիրները: Առողջության ապահովագրության արդյունավետ գործող համակարգի ներդրումը այս հարցի լուծման միջազգայնորեն ապացուցված լավագույն ուղիներից մեկն է: Ընդհանրապես, առողջության պարտադիր ապահովագրությունը շուկայական տնտեսության պայմաններում քաղաքացիների սոցիալական ապահովության հայտնի եղանակներից մեկն է: Առողջության ապահովագրության համակարգի ներդրումը պետության սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության կարևորագույն տարրերից է: Արդյունավետ ներդրված և կայուն գործող առողջության ապահովագրության համակարգը ապահովում է ինչպես յուրաքանչյուր քաղաքացու համար բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը, այնպես էլ բժշկական հաստատություններին ժամանակին և նախօրոք համաձայնեցված կարգով վճարումների իրականացումը:

ՀՀ-ում պարտադիր ապահովագրատեսակի մասին խոսելուց առաջ նախ պետք է ուսումնասիրել, թե ինչ նախադրյալներ կան դրա ներդրման համար, ինչ իրավիճակում է ապահովագրական շուկան, և արդյոք պատրաստ են մեր պետությունը և հասարակությունը սման փոփոխությունների:

Ներկայումս հայաստանյան ապահովագրական շուկայում գործող 6 մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները՝ «Ինգո Արմենիա» ԱՓԲԸ, «Լիգա Ինշուրանս» ԱՓԲԸ, «Միլ Ինշուրանս» ԱՓԲԸ, «Նաիրի Ինշուրանս» ԱՍՊԸ, «ՌեԳՈ» ԱՓԲԸ, «Արմենիա Ինշուրանս» ԱՍՊԸ, իրականացնում են առողջության ապահովագրություն: Առողջության ապահովագրությունը ՀՀ-ում վերջին տարիներին ունեցել է աճի միտում, ինչի մասին վկայում է գործող պայմանագրերի աճը (գծապատկեր 4.1):



Գծապատկեր 4.1

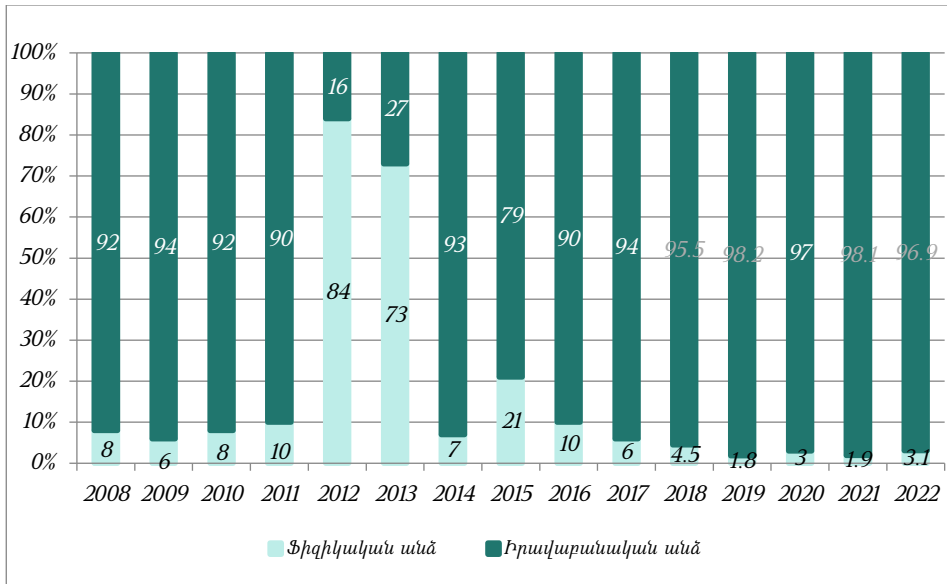
ՀՀ ապահովագրական ընկերությունների կնքած առողջության ապահովագրության պայմանագրերի դինամիկան 2008–2022 թթ.²²²

Ուսումնասիրվող տարիների դինամիկան ցույց է տալիս, որ ապահովագրական ընկերություններում առողջության ապահովագրության գործող պայմանագրերի քանակն ունեցել է աճի միտում, որն առաջնային փուլում պայմանավորված է եղել, մասնավորապես, սոցիալական փաթեթի ներդրմամբ: Մինչ սոցիալաթեթի ներդրումը, կարող ենք տեսնել, որ դրանց թիվը 2009 թ., 2008 թ. համեմատությամբ, աճել է մոտ 34%-ով, իսկ 2010 թ., 2009 թվականի համեմատությամբ՝ մոտ 50%-ով: Դա կարող է պայմանավորված լինել «Եկամտային հարկի մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 32-րդ մասով*, որտեղ նշվում է, որ գործատուների կողմից իրենց վարձու աշխատողների առողջության ապահովագրության համար կատարված ապահովագրավճարները՝ յուրաքանչյուր վարձու աշխատողի համար եկամտի ստացման՝ յուրաքանչյուր ամսվա հաշվով մինչև 10.000 դրամի չափով կատարված վճարը մտնում է շահույթի նվազող ծախսերի մեջ²²³:

²²² Գծապատկերը կազմվել է ըստ ՀՀ ԿԲ տարեկան տեղեկագրերի՝ <https://www.cba.am/am/SitePages/pperiodicals.aspx>, և ԱրմԻնֆո-ի կողմից իրականացված «Финансовый рейтинг страховых компаний Армении» տարեկան հաշվետվությունների տվյալների:

²²³ Տե՛ս «Եկամտային հարկի մասին» ՀՀ օրենքը, հոդված 6:

2011 թ. պայմանագրերի թիվը, 2010 թ. համեմատությամբ, նվազել է 43,85%-ով: Արդեն 2012 թ., 2011 թ. համեմատությամբ, պայմանագրերի քանակն աճել է մոտ 59 անգամ, իսկ 2013 թ., 2011 թ. համեմատությամբ՝ 52,2 անգամ: Սա այն ժամանակահատվածն է, երբ նոր էր ներդրվել սոցիալական փաթեթի ծառայությունը, և ապահովագրական ընկերությունները ինքնուրույն էին ներգրավում սոցիալական փաթեթի շահառուներին՝ յուրաքանչյուր անձի հետ կնքելով առանձին ապահովագրության պայմանագիր: Ահա թե ինչու ենք տեսնում այսպիսի անտրամաբանական աճ՝ պայմանագրերի քանակի հետ կապված: Օբյեկտիվ պատճառներով 2014 թ. վերջի դրությամբ գործող պայմանագրերի քանակը, նախորդ տարվա համեմատությամբ, նվազել է մոտ 14 անգամ, որը նույնպես պայմանավորված էր սոցիալաթեթի մասին օրենսդրությունում կատարված փոփոխությամբ. պայմանագրերի կնքումը և ապաստարկումը տրամադրվեց ՀՀ առողջապահության նախարարությամբ: Սոցիալական փաթեթների մուտքը ապահովագրական շուկա եղավ բավականին արդյունավետ, որի մասին է վկայում 2015 թ-ից բժշկական ապահովագրության պայմանագրերի աճը:



Գծապարկեր 4.2

Ապահովագրական ընկերությունների կողմից առողջության ապահովագրության գծով հավաքագրված ապահովագրավճարների մեջ ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց մասնաբաժինները, %²²⁴

* «Եկամտահարկի մասին» ՀՀ օրենքում կատարված լրացման արդյունքն է (2010 թ. փետրվարի 23):

²²⁴ Տե՛ս ArmInfo-Рэнкинг страховых компаний Армении 31.12.2008–30.06.2021:

Նշենք նաև, որ ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից սոց-փաթեթների կառավարումը երկար չտևեց. բազում բողոքներից հետո 2017 թ. այն վերադարձվեց ապահովագրական շուկա և մինչ օրս շարունակում է ապասարկվել ապահովագրական ընկերությունների կողմից, սակայն արդեն փոփոխված մոտեցմամբ (սոցիալական փաթեթների գծով ապահովագրավճարների և ապահովագրված անձանց բաշխումը իրականացվում է պետական մարմնի կողմից՝ կնքելով մեկական պայմանագիր յուրաքանչյուր ապահովագրական ընկերության հետ, որից հետո ապասարկումն անցնում է ապահովագրական ընկերության դաշտ): Առողջության ապահովագրության հանդեպ ՀՀ բնակչության վերաբերմունքը, ինչպես նաև բնակչության շրջանում ապահովագրության հասանելիությունը պարզաբանելու համար ուսումնասիրենք իրավաբանական և ֆիզիկական անձանց հետ կնքված պայմանագրերի ապահովագրավճարների բաշխվածությունը:

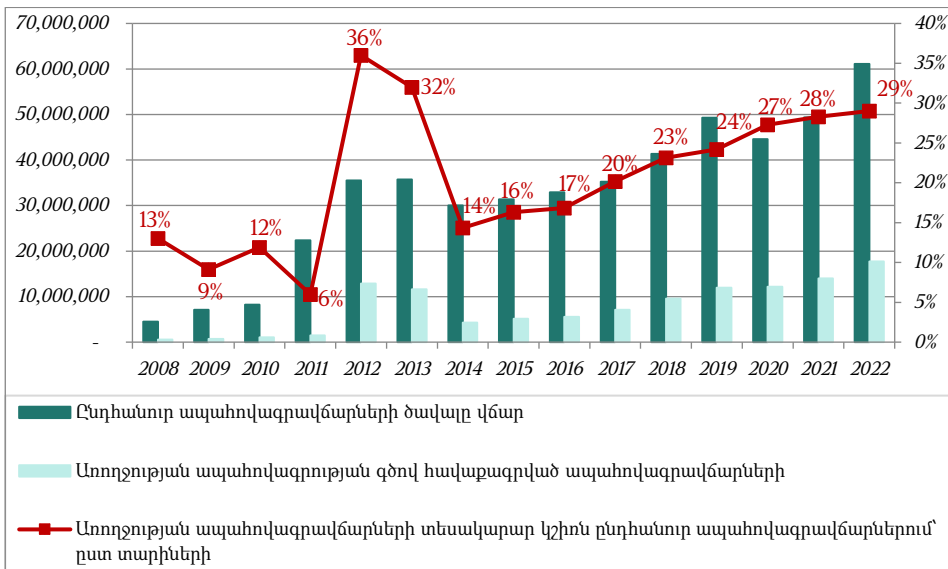
Գծապատկեր 4.2-ից երևում է, որ, մինչև սոցիալական փաթեթի ներդրումը, ՀՀ-ում հիմնականում առողջության ապահովագրությունից օգտվողները իրավաբանական անձինք էին, այդ իսկ պատճառով ընդհանուր ապահովագրավճարների մեջ նրանց տեսակարար կշիռը 2008–2011 թթ. տատանվում էր 90–92%-ի սահմաններում, ինչը կտրուկ նվազեց 2012 թ.՝ կազմելով 16%, իսկ 2013-ին՝ 27%, որի արդյունքում պորտֆելում մեծացավ ֆիզիկական անձանց ապահովագրավճարների տեսակարար կշիռը: 2014 թ. պատկերը կրկին փոխվում է (սոցիալական փաթեթի շահառուների ապահովագրության մասին օրենսդրությամբ համապատասխան փոփոխությունից հետո), և իրավաբանական անձանց հետ կնքված պայմանագրերի աճի շնորհիվ ապահովագրավճարների համամասնությունը 2022 թվականի դրությամբ դառնում է գրեթե 97%/3%: Սույն իրավիճակը ևս մեկ ազդակ է այն մասին, որ առողջության ապահովագրության շուկան ՀՀ-ում ունի հատվածային զարգացվածություն: Ինքնազբաղվածների կամ չաշխատող բնակչության հատվածում, որոնք ՀՀ բնակչության գերակշիռ մասն են²⁵, առողջության ապահովագրության մասին տեղեկացվածության և օգտվելու մակարդակը բավականին ցածր է՝ գրեթե բացակայում է:

Ապահովագրական ընկերությունների և առողջության ապահովագրության զարգացումը առավել հստակ պատկերացնելու համար ուսումնասիրենք ապահովագրավճարների հավաքագրման դինամիկան 2008–2022 թթ.:

ArmInfo գործակալության տվյալներով 2008 թ. ապահովագրական շուկայում հավաքագրված ապահովագրավճարների ընդհանուր ծավալը կազմել է 4 473 932,5 հազ. դրամ, որից 563 974,5 հազ. դրամը հավաքագրվել է առողջության ապահովագրության գծով՝ կազմելով ընդհանուր ծավալի ընդամենը 13%-ը: 2009–2011 թթ. ընթացքում առողջության ապահովագրության

²⁵ Տե՛ս ՀՀ ՎԿ պաշտոնական կայքէջ, https://armstat.am/file/article/rep_ashx_09a_1.pdf (18/09/2021)

ապահովագրավճարների տեսակարար կշիռը մե՛կ նվազման, մե՛կ աճի միտում է դրսևորել՝ չնայած ընդհանուր ապահովագրավճարները միշտ ունեցել են աճի միտում: 2011 թ-ից, երբ պարտադիր դարձավ ավտոմեքենաների ԱՊՊԱ-ն, ապահովագրավճարների ընդհանուր ծավալները կտրուկ աճեցին, մինչև ժամանակ, առողջության ապահովագրավճարների տեսակարար կշիռը գրանցեց իր նվազագույն ցուցանիշը՝ 6%, թեև, այդ նույն ժամանակահատվածում, առողջության ապահովագրավճարները ավելացել էին 39%-ով՝ նախորդ տարվա համեմատությամբ: 2012 թ. (սոցիալաբեթի՝ ապահովագրավճարների շուկա մուտք գործելուց հետո) առողջության ապահովագրավճարների տեսակարար կշիռն աճել է կազմել է 36%: Նախորդ տարվա համեմատությամբ առողջության ապահովագրավճարների ծավալն աճել է 765%-ով, իսկ բացարձակ թվերով՝ 11.368.371 հազար դրամով՝ կազմելով 12 853 883,1 հազար ՀՀ դրամ:



Գծապատկեր 4.3

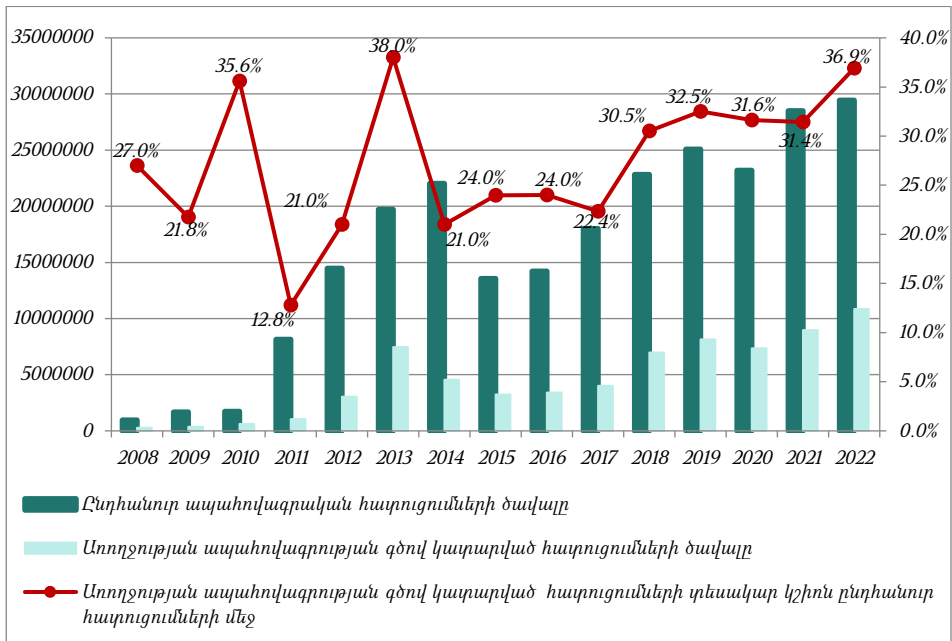
Ընդհանուր և առողջության ապահովագրության ապահովագրավճարներն ըստ տարիների, հազ. դրամ ²²⁶

Իհարկե, պետք է հաշվի առնել, որ 2012 թ. 120.000 քաղաքացիական ծառայողների համար նախատեսված սոցիալական փաթեթի պարտադիր բաղադրիչ համարվող առողջության ապահովագրությանը տրամադրվում էր

²²⁶ Գծապատկերը կազմվել է ըստ ՀՀ ԿԲ տարեկան տեղեկագրերի՝ <https://www.cba.am/am/SitePages/pperiodicals.aspx>, և ԱրմԲնֆո-ի կողմից իրականացված «Финансовый рейтинг страховых компаний Армении» տարեկան հաշվետվությունների տվյալների:

52.000 դրամ, որը, ընդհանուր հաշվով, կազմում էր 6.240.000 հազար դրամ, ինչպես նաև սոցիալական փաթեթով տրամադրվող 120.000 ՀՀ դրամի մնացած մասը քաղաքացիական ծառայողը կարող էր ձեռք բերել որպես ապահովագրություն իր կամ իր ընտանիքի անդամների համար, որն էլ իր մասնակցությունն ունեցավ աճի մնացած մասի մեջ:

Ապահովագրավճարների տեսակարար կշռի անկում եղավ 2014 թ., երբ սոցիալական փաթեթի սպասարկումն անցավ ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության ներքո, ինչը հանգեցրեց ապահովագրական ընկերություններից ապահովագրավճարների հսկայական ծավալի արտահոսքի: Այս փաստը, սակայն, չազդեց առողջության ապահովագրության զարգացման վրա, և 2020 թ. դրությամբ առողջության ապահովագրության շնորհիվ է հավաքագրվում ապահովագրական ընկերությունների ողջ ապահովագրավճարի 27%-ը: 2022 թվականի վերջի դրությամբ այս նույն հարաբերակցությունը 29% է:



Գծապատկեր 4.4

Ընդհանուր և առողջության ապահովագրության հատուցումներն ըստ տարիների, հազ. դրամ ²²⁷

²²⁷ Գծապատկերը կազմվել է ըստ ՀՀ ԿԲ տարեկան տեղեկագրերի՝ <https://www.cba.am/am/SitePages/pperiodicals.aspx>, և ԱրմԲնֆո-ի կողմից իրականացված «Финансовый рейтинг страховых компаний Армении» տարեկան հաշվետվությունների տվյալների:

Առողջության ապահովագրության զարգացումը ամբողջությամբ պատկերացնելու համար ուսումնասիրենք նաև ապահովագրական հատուցումների 2008–2022 թթ. դինամիկան.

2008–2010 թթ. ընդհանուր ապահովագրական հատուցումների աճին զուգահեռ աճել են նաև առողջության ապահովագրության հատուցումները՝ 27%-ից հասնելով ընդհանուր հատուցումների 35.6%-ի: 2011 թ. ընդհանուր հատուցումները կտրուկ ավելացել են (ինչը պայմանավորված է եղել ԱՊՊԱ հատուցումների տրամադրմամբ), սակայն առողջության ապահովագրության հատուցումների ծավալը փոփոխվել է իր աճի հետագծին համահունչ: 2012–2013 թթ. ընթացքում նկատվում է ապահովագրավճարների անսխալեպ աճ, ինչը պետք է հանգեցնեք ապահովագրական հատուցումների աճին: Ապահովագրական հատուցումների ծավալներն այդ տարիներին ևս աճել են, սակայն ոչ նույն տեմպով, որքան՝ ապահովագրավճարները: 2012 թ. առողջության ապահովագրավճարները նախորդ տարվա նկատմամբ աճել են 195%-ով՝ կազմելով 7.5 միլիարդ ՀՀ դրամ. ընդհանուր հատուցումների 38%-ը:

2014 թ-ից հատուցումներն անկում են ապրել սոցիալաթերի հեռացման հետևանքով, սակայն, ապահովագրության ծավալների աճին զուգահեռ, որոշ ժամանակ անց սկսել են աճել: Այստեղ շատ կարևոր է նշել այն հանգամանքը, որ առողջության ապահովագրության գծով հատուցումները տեսանելի աճ են ունեցել 2017 թ-ից հետո, երբ սոցիալական փաթեթների շահառուների սպասարկումը կրկին տրամադրվեց ապահովագրական ընկերություններին: 2020 թվականի վերջի դրությամբ առողջության ապահովագրության հատուցումները կազմել են 7 337 422,20 հազար ՀՀ դրամ՝ այդպիսով ձևավորելով 4 821 456,6 հազար ՀՀ դրամ դրական հաշվեմնացորդ ապահովագրական ընկերությունների հաշվեկշռում: 2022 թվականի վերջի դրությամբ այս նույն ցուցանիշը կազմել է 6 860 755 հազար ՀՀ դրամ:

Առողջության ապահովագրության յուրահատկությունները բացահայտելու համար պետք է հաշվի առնել նաև առողջապահության համակարգի, սոցիալական ապահովության համակարգի, բժշկական ծառայությունների շուկայի, խնամքի գծով ծառայությունների, բարեգործական ընկերությունների գործունեության ազդեցությունը բուժսպասարկման ընդհանուր գործընթացի վրա:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կազմակերպել է բազում «կլոր սեղան» քննարկումներ՝ «Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրումը» թեմայով՝ նվիրված մեր երկրում առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման և զարգացման գործընթացներին, ինչպես նաև գոյություն ունեցող հիմնախնդիրներին և վերջիններիս լուծման հնարավոր ուղիներին²²⁸: Միջոցառման մասնակիցները

²²⁸ Տե՛ս <https://www.azatutyun.am/a/31381104.html> (26/09/2021)

տնտեսության տարբեր հատվածներից են և ներկայացնում են տարբեր շահագրգիռ կողմերի: Մասնակցում են ՀՀ առողջապահության նախարարության, բժշկական կազմակերպությունների, ապահովագրական ընկերությունների, հասարակական կազմակերպությունների ղեկավարներ ու ներկայացուցիչներ: Անդրադարձ է կատարվում ինչպես միջազգային փորձին, այնպես էլ ՀՀ-ում շուրջ երկու տասնամյակ բժշկական ապահովագրությանը վերաբերող և լուծում չստացող հիմնախնդիրներին: Պետք է նշել, որ մեր երկրում բնակչության ճնշող մեծամասնությունը լիարժեք պատկերացում չունի առողջության ապահովագրության մասին:

2019 թ. շրջանառության մեջ դրվեց ՀՀ Կառավարության որոշման նախագիծը՝ Հայաստանի Հանրապետությունում առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հայեցակարգին հավանություն տալու մասին, որով նաև նախատեսվում էր սահմանել հարկ՝ 6 տոկոս դրույքաչափով²²⁹, սակայն նախագիծը մեծաթիվ քննարկումներից հետո չընդունվեց: 2022 թվականին հանրային քննարկման ներկայացվեց ևս մեկ նախագիծ, որը նույնպես միանշանակ հավանություն չստացավ: Այժմ ևս մեկ նախագիծ է գտնվում հանրային քննարկման փուլում:

Ներկայումս ՀՀ ապահովագրական շուկայում առողջության ապահովագրությունն իրականացվում է կամավոր սկզբունքով: Մեր երկրում առողջության կամավոր ապահովագրությունը զարգացման փուլում է և սկսել է նշանակալի դեր խաղալ առողջապահության համակարգի ֆինանսական հատվածում: Պետք է նշել նաև, որ առողջապահության ոլորտում կատարվող ծախսերի կեսից ավելին բաժին է ընկնում բնակչությանը, ինչը վկայում է առողջապահության համակարգում ֆինանսական հոսքերի ցածր թափանցիկության մասին: Նույն խնդիրն առկա է նաև առողջապահական համակարգին հատկացվող պետական ֆինանսների մասով: Ներկայիս վերահսկողական մեխանիզմներն արդյունավետ չեն և չեն ապահովում իրականացվող ծախսերի թափանցիկության անհրաժեշտ մակարդակ: Տվյալ խնդիրը հատկապես կարևորվում է պետբյուջեից առողջապահությանը հատկացվող միջոցների շարունակական նշանակալի աճի համատեքստում:

Ներկայումս ՀՀ առողջապահության համակարգի առաջնային խնդիրներից են ոլորտին հատկացվող ֆինանսական միջոցների և բուժօնառայությունների որակի արդյունավետ կառավարման ու վերահսկողության համակարգերի մշակումը և ներդրումը: Առողջության ապահովագրության (կամավոր կամ պարտադիր) փորձը ցույց է տալիս, որ հնարավոր է արդյունավետ լուծել այդ խնդիրները:

²²⁹ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության որոշման նախագիծը Հայաստանի Հանրապետությունում առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հայեցակարգին հավանություն տալու մասին:

Ըստ առողջապահության նախարարության տվյալների՝ առողջապահական ծառայություններից շարունակում է չօգտվել բնակչության գերակշիռ մասը՝ հատկապես ցածր եկամուտներ ունեցողները: Չօգտվողների 56.3%-ը զբաղվում է ինքնաբուժությամբ, իսկ 17%-ը ֆինանսական խնդիրների պատճառով չի դիմում բժշկի²³⁰: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ինքնաբուժության հիմնական պատճառը ֆինանսների սղությունն է, կարելի է ենթադրել, որ բժշկական ծառայություններից չօգտվողների 73.3%-ը համապատասխան ֆինանսավորման դեպքում կապահովվի անհրաժեշտ բժշկական սպասարկմամբ: Առողջապահության բնագավառի ֆինանսավորման արդյունավետ եղանակներից մեկն էլ առողջության ապահովագրությունն է, որը նպաստում է բժշկական օգնության վճարովի համակարգի ձևավորմանը, դրա համար անհրաժեշտ միջոցների հավաքագրմանն ու զարգացմանը: Այն կարևոր տեղ է զբաղեցնում երկրի սոցիալ-տնտեսական բարեփոխումների շրջանակում: Առողջության ապահովագրության ձևավորումը պայմանավորված է առողջապահության բնագավառում շուկայական տնտեսության տարրերի ի հայտ գալով և վճարովի բժշկական ծառայությունների համակարգի ներդրմամբ ու զարգացմամբ: Համակարգի կարևորությունն այն է, որ յուրաքանչյուր ոք հնարավորություն է ստանում համադրելու առողջապահության պահպանման համար անհրաժեշտ գումարներն իր առողջական վիճակի հետ: Այս տեսանկյունից՝ յուրաքանչյուր քաղաքացի պետք է գիտակցի բժշկական ծառայությունների անհրաժեշտությունը և դրանց բավարարման հնարավորությունները՝ անկախ այն հանգամանքից, թե ով է վճարելու ծառայության դիմաց:

Առողջապահական համակարգի բարեփոխման մյուս կարևոր հարցը ֆինանսական միջոցների արդյունավետ կառավարումը և դրանց հոսքերի թափանցիկության աստիճանի բարձրացումն է, և, այդ առումով, ԱՊԱ համակարգը շահեկանորեն տարբերվում է ներկայումս գործող համակարգից: ԱՊԱ համակարգի արդյունավետությունը և հոսքերի թափանցիկությունն ապահովող առավել կարևոր առանձնահատկություններից հարկ է առանձնացնել հետևյալ հանգամանքները²³¹:

Այսպես՝ առողջապահության համակարգում ֆինանսական հոսքերի գերակշռող մասը միջնորդավորված իրականացվում է ապահովագրական ընկերությունների միջոցով՝ վերջիններիս ԱՊԱ համակարգը կառավարող հաստատության և բուժհաստատությունների կողմից կնքված պայմանագրային հարաբերությունների հիման վրա: Տվյալ մոդելում ֆինանսական վե-

²³⁰ Թվային տվյալները վերցված են Առողջապահության նախարարության կազմակերպած հանդիպում-քննարկումների ընթացքում ԱՆ ներկայացուցիչների տեղեկատվությունից (13/09/2021)

²³¹ Տե՛ս **Ավետիսյան Վ.Հ., Դադունց Ա.Ս., Հակոբյան Մ.Գ.**, Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման ուղիները Հայաստանի Հանրապետությունում, Եր., «Գիտություն» հրատ., 2010, էջ 79:

րահսկողության ապահովման կարևորագույն տարրն այն է, որ նշված բոլոր կողմերի միջև առկա է շահերի բախում. յուրաքանչյուրն ունի իրական շահագրգռվածություն՝ ֆինանսական հոսքերը դարձնելու վերահսկելի և կառավարելի, ինչպես նաև ապահովելու դրանց թափանցիկությունը: Ապահովագրական ընկերությունների համար միջոցների նկատմամբ արդյունավետ վերահսկողության սահմանումը, իհարկե, առաջին հերթին պայմանավորված է դրանց կողմից առավելագույն շահույթ ապահովելու հանգամանքով, իսկ աշխատանքի թափանցիկությունը և ապահովագրական հատուցումների աստիճանը մրցակցային կարևոր գործիքներ ու խթաններ են:

Բնակչության համար առողջապահական բնույթի ծախսերը դառնում են կանխատեսելի, և, որ թափանցիկության առումով առաջնային է, գործում են ծախսերի կատարման երկու հիմնական տեսանկյունից ուղղություններ՝

ԱՊԱ շրջանակներում ընդգրկված առողջապահական ծառայությունների դիմաց վճարումները կատարում են ապահովագրական ընկերությունները,

ԱՊԱ շրջանակներում չընդգրկված ծառայությունների դիմաց վճարումները կատարվում են բնակչության կողմից կամ կամավոր բժշկական ապահովագրության համակարգով, սակայն դրանք դառնում են տեսանելի և համակարգի համար վերահսկելի,

ԱՊԱ համակարգի կարգավորման և կառավարման արդյունավետ մոդելի պարագայում համակարգում ներգրավված սուբյեկտները ստանում են ֆինանսական հոսքերի նկատմամբ վերահսկողություն սահմանելու և դրանք արդյունավետ կառավարելու գործառնություններ:

Գործելով մրցակցային դաշտում և շահագրգռված լինելով ապահովագրական ընկերությունների հետ կնքելու առողջապահական ծառայությունների մատուցման ավելի մեծ թվով պայմանագրեր՝ բուժհաստատությունները պարտադրված են լինելու խիստ վերահսկողություն սահմանել ինչպես բուժօգնության որակի, այնպես էլ հիվանդների կողմից անմիջականորեն կատարվող վճարումների նկատմամբ: Ապահովագրական ընկերությունները, իրենց հերթին, ելնելով սեփական (իհարկե, նաև ապահովագրված անձանց) շահերից, փորձելու են բացառել իրենց հաճախորդների կողմից բուժհաստատություններին/բուժաշխատողներին կատարվելիք հնարավոր լրացուցիչ վճարումները:

Այսպիսով՝ մինչև 2012 թ. ապահովագրական շուկայում առողջության ապահովագրությունն իրականացվում էր կամավորության սկզբունքով, և մեր երկրում հիմնականում առողջության ապահովագրությունից օգտվում էին միջինից բարձր եկամուտ ունեցող և գործատուի կողմից ապահովագրված քաղաքացիները: Այդ իսկ պատճառով մեծ տեսակարար կշիռն ապահովագրավճարներում պատկանում էր իրավաբանական անձանց, իսկ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում, որպես պարտադիր բաղադրիչ, առողջության ապահովագրության ներդրումը, ֆինանսական հոսքերի տեսանկյուն

նից, էական փոփոխությունների ենթարկեց այս ոլորտը. ապահովագրավճարների ծավալն աճեց մոտ 765%-ով: Այս ամենը, անկասկած, հանգեցրեց նաև կամավոր ապահովագրության ոլորտում դրական տեղաշարժի՝ նպաստելով ինչպես տեղեկացվածության և ծառայությունից օգտվելու գրագիտության մակարդակի աճին, այնպես էլ ապահովագրական ընկերությունների կողմից նոր պրոդուկտների և ծառայությունների ստեղծման: Սակայն մինչ օրս առողջության ապահովագրության հիմնական սպառողները իրավաբանական անձինք են:

Առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրումը համապետական քաղաքական և տնտեսական նշանակության ունեցող խնդիր է: Այդ առումով, համակարգի ներդրման համար անհրաժեշտ են հետևյալ նախապայմանները՝

- առողջության ապահովագրության վերաբերյալ օրենսդրական դաշտի ձևավորում,
- առողջապահական համակարգի օպտիմալացում,
- սոցիալ-տնտեսական իրավիճակին համապատասխան օպտիմալ ԱՊԱ բազային ծրագրի որոշում,
- ապահովագրավճարների ընդունելի դրույքաչափերի սահմանում և ապահովագրավճարների հավաքագրման մեխանիզմների ընտրություն,
- ԱՊԱ շրջանակներում ցուցաբերվող ապահովագրական բուժօգնության ծրագրերի ծավալների ու շրջանակների ֆինանսական հիմնավորում,
- առողջության պարտադիր ապահովագրության հիմնադրամի ստեղծում,
- առողջության պարտադիր ապահովագրության գործընթացների բաշխում՝ պայմանագրերի կնքում ապահովագրական ընկերությունների, բժշկական կենտրոնների և այլ շահագրգիռ կազմակերպությունների հետ:

ԱՊԱ համակարգի կիրառումը հնարավորություն կտա լուծելու մի շարք առողջապահական, ինչպես նաև սոցիալ-հոգեբանական խնդիրներ.

- բյուջետային միջոցներից զուտ առողջապահության ֆինանսավորման ընդլայնում,
- առողջապահության համար անհրաժեշտ տեխնիկայի հազեցվածության ապահովում,
- բնակչության սոցիալապես անապահով խավի համար բժշկական սպասարկման սոցիալական երաշխիքների տրամադրում,
- բնակչության համընդհանուր մասնակցություն առողջապահության բնագավառում,
- առողջական վիճակի բարելավում մի շարք կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացման շնորհիվ,

- քաղաքակիրթ մեխանիզմներով աստիճանաբար օրինականացնել և կառավարելի դարձնել այսօր անմիջականորեն բնակչության կողմից կատարվող «գրպանից դուրս» բժշկական ծախսերը՝ բարձրացնելով դրանց օգտագործման արդյունավետությունը,
- հաղթահարել բուժօգնության դիմելու խորացող հոգեբանական արգելքը՝ կապված բուժօգնության դիմաց վճարելու անհրաժեշտության հետ,
- բարձրացնել քաղաքացիների պաշտպանվածության աստիճանը հիվանդության անկանխատեսելի դեպքերից՝ միաժամանակ բուժօգնության դիմաց վճարները դարձնելով ավելի կանխատեսելի, ինչը հասարակական գիտակցության մեջ միանգամայն նոր որակ է ստեղծում ֆինանսական պարտավորությունների և հոգեբանական տեսանկյունից:

ՀՀ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆԴՈՒՍՏՐԻԱՅԻ ԱՐՏԱՀԱՆՄԱՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

5.1 Արտահանման խթանման և/կամ ներմուծման փոխարինման հիմնական ուղիները ՀՀ դեղագործության ոլորտում

Դեղագործական արտադրանքի, սննդային հավելումների, հումքի նկատմամբ աճող պահանջարկը նպաստում է դեղագործական շուկայի դինամիկ զարգացմանը: Դեղագործության ոլորտում իրականացվում է դեղագործական արտադրանքի մշակում, արտադրություն և իրացում: Ի տարբերություն տնտեսության այլ ճյուղերի՝ որակի և իրավական կարգավորման շրջանակներն այս ոլորտում ունեն մի շարք առանձնահատկություններ:

Դեղագործական շուկան բավականին արագ է զարգանում և համարվում է առավել ծավալուն սպառողական շուկաներից մեկը: ՀՀ դեղագործական շուկան բաղկացած է երկու հիմնական հատվածներից՝ առևտրային և պետական: Առևտրային հատվածը ներառում է դեղագործական արտադրանքի արտադրության, մեծածախ և դեղատնային վաճառքի փուլերը: Պետական հատվածը ներառում է ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված շահառուներին պետության կողմից իրականացվող առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի շրջանակում դեղերով ապահովումը և նրանց համար դեղերի արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցումը, որը ֆինանսավորվում է պետական բյուջեի միջոցների հաշվին, ինչպես նաև դեղերի գների պետական կարգավորումը և հսկումը²³²:

Դեղարտադրությունը ՀՀ-ում

Համաձայն «Դեղերի մասին» օրենքի՝ դեղ արտադրող են համարվում դեղերի արտադրության լիցենզիա ստացած իրավաբանական անձը կամ անհատ ձեռնարկատերը: ՀՀ-ում դեղերի արտադրության լիցենզիան տրվում է ըստ ՀՀ-ում դեղերի արտադրության իրականացման լիցենզավորման կարգի²³³: Դեղերի արտադրության լիցենզիայի պետական տուրքը կազմում է տարեկան 200.000 դրամ²³⁴:

ՀՀ-ում արտադրվող, ինչպես նաև ներմուծվող, իրացվող դեղերը ենթակա են պետական գրանցման: Հայաստանի Հանրապետությունից արտա-

²³² Տե՛ս «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>

²³³ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշումը, ՀՀ-ում դեղերի արտադրության իրականացման լիցենզավորման կարգ, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=9493>:

²³⁴ Տե՛ս ՀՀ օրենքը «Պետական տուրքի մասին», <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=187015>

հանվող կամ միայն արտահանման համար նախատեսված դեղերը ենթակա չեն պետական գրանցման: Գրանցված դեղերը հաշվառվում են օրենքով սահմանված կարգով գրանցում ստացած դեղերի ռեգիստրում՝ գրանցամատյանում: ՀՀ-ում գրանցում ստացած դեղերն ունենում են գրանցման հավաստագիր:

«Եվրասիական տնտեսական միության շրջանակներում դեղամիջոցների շրջանառության միասնական սկզբունքների և կանոնների մասին» առանցքային համաձայնագիրը կարգավորում է միությունում դեղամիջոցների շրջանառության միասնական սկզբունքները և կանոնները²³⁵: ԵԱՏՄ-ում բժշկական կիրառության համար դեղամիջոցների գրանցման ու փորձաքննության կանոններով անդամ պետությունները դեղամիջոցների գրանցման և փորձաքննության գործընթացն իրականացնելիս փոխադարձ ճանաչում են դեղամիջոցների նախակլինիկական կամ ոչ կլինիկական, կլինիկական և այլ հետազոտությունների արդյունքները, դեղամիջոցների արտադրության, նախակլինիկական, կլինիկական հետազոտությունների, դեղագործության համակարգերի՝ պատշաճ դեղագործական գործելակերպի կանոնների, ինչպես նաև հանձնաժողովի կողմից հաստատվող պահանջների հետ համապատասխանության տեսչական ստուգման արդյունքները²³⁶:

Աղյուսակ 5.1

Դեղերի պետական գրանցման պետական տուրքի դրույքաչափերը²³⁷

Դեղերի պետական գրանցման համար	
Դեղերի համար, այդ թվում՝ նոր, վերարտադրված, կենսատեխնոլոգիական ծագման, արյունից կամ պլազմայից ստացված, իմունաբանական (պատվաստանյութեր, շիճուկներ, պերգաժիններ), ռադիոակտիվ, բազմաբաղադրատարր հումեոպատիային, անասնաբուժական	բազային տուրքի 60-ապատիկի չափով
Դեղերի յուրաքանչյուր դեղաչափի և (կամ) դեղաձևի համար	բազային տուրքի 40-ապատիկի չափով
Ավանդական և բուսական դեղերի համար (այդ թվում՝ փաթեթավորված և պիտակավորված դեղաբուսական հումք, բուժիչ թեյեր)	բազային տուրքի 10-ապատիկի չափով

²³⁵ Տե՛ս Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, <https://docs.cntd.ru/document/420307203>

²³⁶ Տե՛ս ՀՀ կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի «Դեղերի և դեղանյութերի արտադրության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոններին համապատասխանության դիտարկման, պատշաճ արտադրական գործունեության հավաստագրի տրամադրման կարգերը, ինչպես նաև դեղերի արտադրության լիցենզավորման նպատակով փորձաքննության իրականացման կարգը և անհրաժեշտ փաստաթղթերի ցանկը սահմանելու և ՀՀ կառավարության 2010 թվականի նոյեմբերի 25-ի N 1603-Ն ու ՀՀ կառավարության 2013 թվականի սեպտեմբերի 23-ի N 1089-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 199-Ն որոշումը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=128896>

²³⁷ Տե՛ս «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=187015>:

Հայաստանի Հանրապետության տարածքում արտադրված կամ Հայաստանի Հանրապետության տարածք ներմուծված և օտարման համար նախատեսված դեղորայքը ենթակա է նաև պարտադիր դրոշմավորման²³⁸:

Դեղերի արտադրության լիցենզիային զուգահեռ, դեղ արտադրող ընկերությունները պետք է ունենան դեղերի և դեղանյութերի արտադրության պատշաճ արտադրական գործունեության հավաստագիր²³⁹: Պատշաճ արտադրական գործունեությունը որակի ապահովման համակարգի բաղադրիչ է, որով երաշխավորվում է, որ արտադրանքն անփոփոխ արտադրվում և հսկվում է նախատեսված նշանակման և գրանցման պահանջներին համապատասխանող որակի հատկորոշիչների համաձայն²⁴⁰: Հայաստանի Հանրապետությունում Եվրոպական միության ՊԱԳ-ի ուղեցույցները ճանաչվել են որպես ազգային:

ԵԱՏՄ դեղագործական ընդհանուր շուկայի ձևավորմանը զուգահեռ, պատշաճ արտադրական գործունեության կանոնները սահմանվում են նաև Եվրասիական տնտեսական հանձնաժողովի 2016 թ. նոյեմբերի 3-ի որոշմամբ²⁴¹: ԵԱՏՄ ՊԱԳ-ի կանոնները իրավական ուժով բարձր են ազգային իրավական ակտերից, և միության պետություններից որևէ մեկի օրենսդրության մեջ կիրառումը չի պահանջում դրանց ընդունումը: ԵԱՏՄ ամբողջ տարածքում ԵԱՏՄ ՊԱԳ-ի կանոնները գործում են 2017 թվականի մայիսի 6-ից: Ըստ կարգի՝ մինչև 2021 թ. դեկտեմբերի 31-ը դեղարտադրողները դեղերի գրանցման ժամանակ կարող են ներկայացնել GMP համապատասխանության ազգային փաստաթղթեր, ընդ որում, ազգային փաստաթղթերը վավեր կլինեն մինչև 2024 թ. ավարտը, որից հետո հայկական դեղարտադրողները պետք է թարմացնեն հավաստագրերը ԵԱՏՄ ընթացակարգով:

ՀՀ դեղարտադրող ընկերությունների մի մասն արդեն ստացել է պատշաճ արտադրական գործունեության GMP հավաստագիր:

²³⁸ Տե՛ս «Առևտրի և ծառայությունների մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=180902>:

²³⁹ Տե՛ս ՀՀ կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի «Դեղերի և դեղանյութերի արտադրության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոններին համապատասխանության դիտարկման, պատշաճ արտադրական գործունեության հավաստագրի տրամադրման կարգերը, ինչպես նաև դեղերի արտադրության լիցենզավորման նպատակով փորձաքննության իրականացման կարգը և անհրաժեշտ փաստաթղթերի ցանկը սահմանելու և ՀՀ կառավարության 2010 թվականի նոյեմբերի 25-ի N 1603-Ն ու ՀՀ կառավարության 2013 թվականի սեպտեմբերի 23-ի N 1089-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 199-Ն որոշումը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=128896>

²⁴⁰ Տե՛ս «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=106446>

²⁴¹ Տե՛ս «Եվրոպական միության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոններ» և (կամ) Եվրասիական տնտեսական միության հանձնաժողովի խորհրդի 2016 թ. նոյեմբերի 3-ի N 77 որոշմամբ հաստատված «Եվրասիական տնտեսական միության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոններ»:

Հայաստանի դեղագործական շուկան 2021 թվականին ունեցել է 246 մլն ԱՄՆ դոլարի ծավալ, ինչը կազմում է երկրի ՀՆԱ 1,9%-ը և առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 16,5%-ը²⁴²:

ՀՀ-ում դեղերի արտադրության լիցենզիա ունի մոտ 26 կազմակերպություն, որոնցից են «Ալֆա-Ֆարմ» ՓԲԸ-ն, «Արմենիկոմ» ՓԲԸ-ն, «Արսանիտ» ՍՊԸ-ն, «Արվիմեդ» ՍՊԸ-ն, «Երևանի քիմիադեղագործական ֆիրմա» ԲԲԸ-ն, «Էսկո-Ֆարմ» ՍՊԸ-ն, «Լիզին» ԲԲԸ-ն, «Լիկվոր» ՓԲԸ-ն, «Մեդիքլ հորիզոն» ՍՊԸ-ն, «Նոկի» ՍՊԸ-ն, «Տոնուս լես» ՍՊԸ-ն, ՀՀ ԳԱԱ «Օրգանական և դեղագործական քիմիայի գիտատեխնոլոգիական կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, «Ֆարմատեք» ՓԲԸ-ն, ՀՀ ԳԱԱ «Հայկենսատեխնոլոգիա» ՊՈԱԿ-ը և այլն²⁴³, որոնք ունեն նաև պատշաճ արտադրական գործունեության GMP հավաստագրեր:

Աղյուսակ 5.2

Դեղագործական արտադրանքի արտադրությամբ զբաղվող տնտեսավարող սուբյեկտների քանակը²⁴⁴

	2015	2016	2017	2018	2019
Դեղագործական արտադրանքի արտադրություն	21	23	24	25	26

Դեղագործական արտադրանքի արտադրության ոլորտում ընկերություններին պատկանող արդյունաբերաարտադրական հիմնական միջոցների սկզբնական արժեքը 2020 թ. կազմել է 10 070.5 մլն դրամ, որը 2015 թ. համեմատությամբ աճել է մոտ 63%-ով²⁴⁵: Դրանք ներառում են եվրոպական մոդուլային սարքավորումներ, գերմանական ROTA ընկերության արտադրության ավտոմատ լցավորման սարքեր, իսպանական Telstar ընկերության ստերիլիզացման ավտոկլավներ և այլ հիմնական միջոցներ:

ՀՀ դեղարտադրող ընկերությունները կիրառում են ժամանակակից տեխնոլոգիաներ և ընթացակարգեր՝ արտադրվող դեղամիջոցների արդյունավետության բարձրացման նպատակով: Ընկերություններն իրականացնում են դեղագործական ոլորտի գրեթե բոլոր գործառնությունները, այդ թվում՝ նոր արտադրատեսակների հետազոտություններ, կենսաբանական ակտիվ հավելումների, խիտահանիչ նյութերի և կոսմետիկ միջոցների արտադրություն: ՀՀ-ում արտադրվում և պարկուճավորվում են աչքի քսուքներ, նրբաքսուքներ, ներարկման ամպուլաներ, ներերակային լուծույթներ, պինդ, փափուկ և հեղուկ դեղաձևեր, մոմիկներ: Տվյալ ընկերություններում իրականացվում են հատիկավորման, դեղահատավորման, պատիճավորման, բլիստերավորման և այլ գործընթացներ:

²⁴² Տե՛ս Դեղագործական արդյունաբերության զարգացման հնգամյա ռազմավարություն, <https://www.e-draft.am/projects/4877/about>

²⁴³ Տե՛ս http://www.pharm.am/attachments/article/677/Manufactures_arm.pdf

²⁴⁴ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք - 2020: Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրական կոմիտե, Եր., 2020:

²⁴⁵ Տե՛ս նույն տեղը:

Այս ընկերություններն արտադրում են ՀՀ-ում գրանցված 337 դեղամիջոց (2021 թ. օգոստոսի 31-ի դրությամբ):

Այսպես՝ «Արփիմեդը» արտադրում է շուրջ 150 անուն դեղորայք, որի ավելի քան 65 տոկոսն ընդգրկված է հիմնական դեղերի ցանկում: Ընկերությունն իրականացնում է առաջնային նշանակության դեղորայքի արտադրություն՝ արտակարգ իրավիճակների դեպքում հանրապետությանն անհրաժեշտ ծավալի դեղորայքով ապահովելու համար²⁴⁶:

«Տոնուս-Լես» ՍՊԸ-ն գործունեությունում ներառում է դեղագործական ոլորտի հնարավոր բոլոր գործառույթները, այդ թվում՝ նոր արտադրատեսակների հետազոտություններն ու դրանց զարգացումը, դեղերի երկրորդային փաթեթավորումը և բացթողումը, կենսաբանական ակտիվ հավելումների, ախտահանիչ նյութերի և կոսմետիկ միջոցների արտադրությունը: Դեղերի երկրորդային փաթեթավորումը, ինչպես նաև կենսաբանական ակտիվ հավելումների, ախտահանիչ և կոսմետիկ միջոցների ամբողջ արտադրությունը, սկսած տեխնոլոգիայի մշակումից մինչև վերջնական արտադրություն, իրականացվում է «Տոնուս-Լես» ընկերության ՊԱԳ-ի հավատարմագրված արտադրատարածքում²⁴⁷:

«Մեդիկալ Հորիզոն» ընկերությունն առաջինն ու միակն է Հայաստանում, որն իրականացնում է մոմիկների արտադրություն: Ընկերությունն արտադրում է նաև դեղամիջոցներ, օշարակների և դեղակախությունների շուրջ 17 անուն արտադրատեսակ, որոնք ներկայացվում են 32 տարբեր դեղաձևերով և դեղաչափերով²⁴⁸:

Գիտաարտադրական ձեռնարկության բազայի վրա ստեղծված «Լիկվոր» ընկերությունը 4 անուն ներերակային լուծույթներից այսօր տեսականին հասցրել է մինչև 90-ի: 2018-ին շարունակական զարգացման նպատակով «Լիկվոր» ընկերությունը հիմնադրել է իր R&D գիտահետազոտական կենտրոնը: Ընկերությունում տեխնոլոգիական փոխանցման արդյունքում իրականացվում է «Մպուտնիկ Լայթ» պատվաստանյութի լիարժեք արտադրություն՝ ստացված սուբստրատ-սուբստանցիան ենթարկելով տեխնոլոգիական վերամշակման, կատարելով առաջնային և երկրորդային փաթեթավորում:

Դեղագործական ընկերություններն իրականացնում են նաև արտադրական գործընթացների արտապատվիրում: Այսպես՝ «Գիգա ֆարմ» ընկերությունը ՀՀ-ում գրանցված «Գիգա ֆարմ» ապրանքանիշի ներքո արտապատվիրում է կենսաբանական ակտիվ հավելումների արտադրությունը Ռուսաստանում, իսկ «Demi Pharm» ընկերությունը համանուն ապրանքանիշի ներքո արտապատվիրում է կենսաբանական ակտիվ հավելումների արտադրությունը Մեծ Բրիտանիայում, Գերմանիայում, Իտալիայում, Լիտվա-

²⁴⁶ Տե՛ս <https://arpimed.am/hy/about/>

²⁴⁷ Տե՛ս <https://www.tonusles.am/am/production/index/contract-manufacturing/>

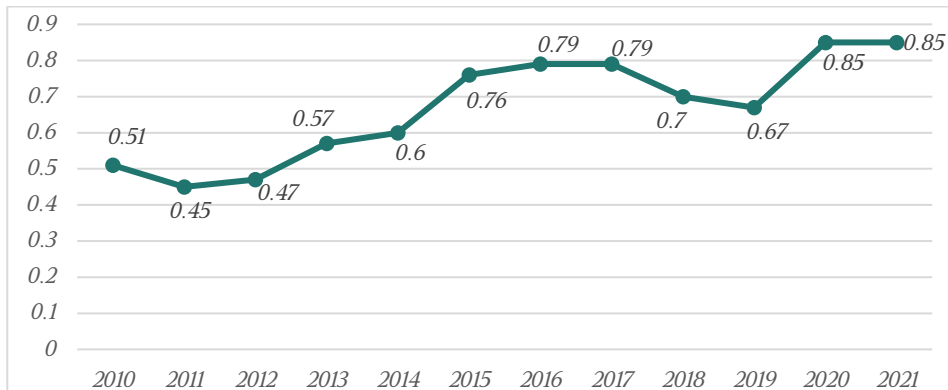
²⁴⁸ Տե՛ս <http://www.medicalhorizon.am/about>

յում և այլն: Դեղագործական ընկերությունները արտադրական գործընթացի արտապատվիրում իրականացնում են նաև ՀՀ-ում: Այսպես՝ «Տոնուս-Լես» ընկերությանը պատկանող մի քանի ապրանքանիշներ արտադրվում են «Արփիմեդ» դեղագործական ընկերության կողմից: Սրան զուգահեռ, կիրառվում են նաև խառը (տեղական և արտասահմանյան) արտապատվիրման մեխանիզմներ:

ՀՀ-ում, բացի հիմնական դեղագործական արտադրանքից, արտադրվում են նաև ամենօրյա օգտագործման համար նախատեսված անձեռոցիկներ, վիրակապեր, թանգիֆ, բամբակ, սպեղանիներ, ձեռնոցներ, ձեռնափայտ, գիշերանոթ, անալիզի տարաներ, գինեկոլոգիական և այլ բժշկական պարագաներ, եռաշերտ դիմակներ և այլն: «Հելփ-Ռ-Վ», «Լեյկո-Ալեքս» ՍՊԸ-ները, «Ալֆա-Ֆարմ» ՓԲԸ-ն ներմուծված թանգիֆե գլանվածքներից արտադրում են վիրակապեր, մանրէազերծված թանգիֆե անձեռոցիկներ և այլ արտադրատեսակներ:

«Քեյր Գրուպ» ընկերությունը խոնավ անձեռոցիկների և բամբակյա պարագաների արտադրության խոշոր առաջատար ընկերություն է ոչ միայն Հայաստանի Հանրապետությունում, այլ նաև ամբողջ Հարավային Կովկասում: «Այ պլաստ» ընկերությունն առաջին բուժօգնության պարագաների, այդ թվում սպեղանիների արտադրողն է ՀՀ-ում:

ՀՀ-ում 2007 թվականից «Բիո-Քիմ» ՍՊԸ-ն իրականացնում է ատամնաբուժական՝ բերանի խոռոչի ողողման համար նախատեսված հակաբակտերիալ լուծույթների, ատամնախողովակների բուժման և ավստահանման համար նախատեսված միջոցների, ավստահանիչների, բուժիչ և օժանդակ ատամնաբուժական միջոցների արտադրություն:



Գծապարկեր 5.1

Դեղագործական արտադրանքի տեսակարար կշիռը մշակող արդյունաբերությունում, 2010–2021 թթ. , %²⁴⁹

²⁴⁹ Կազմել են հեղինակները Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք - 2022 թ-ի տվյալների հիման վրա: Հայաստանի Հանրապետության վիճակագրական կոմիտե, Եր., 2022:

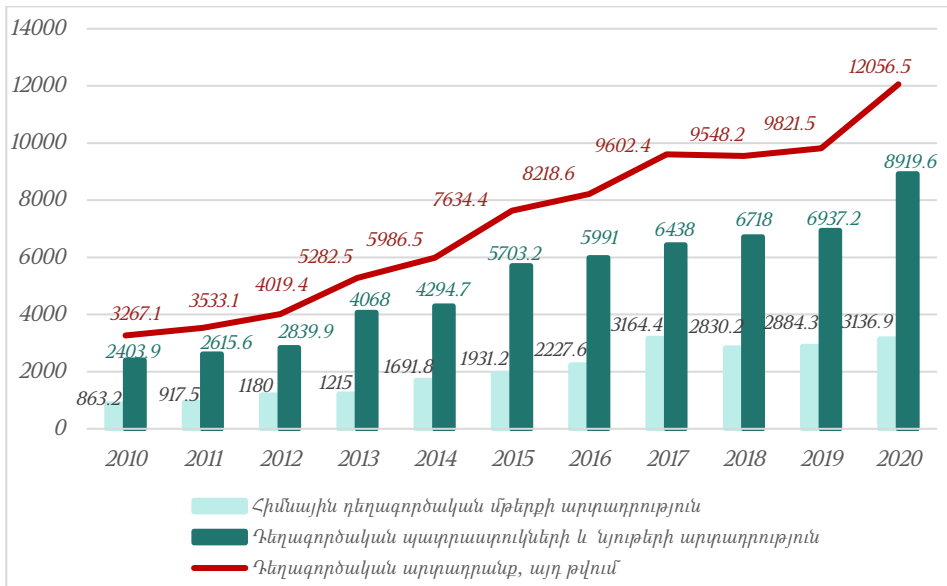
«SALUS» հայկական ընկերությունն արտադրում է մեկանգամյա օգտագործման եռաշերտ դիմակներ և պոլիէթիլենից հողաթափեր (բախիլ): «Տավուշ տեքստիլը» ևս իրականացնում է բարձրորակ պաշտպանիչ դիմակների գանգվածային արտադրություն:

«Մեգա Մեդ» ընկերությունն արտադրում է բժշկական մի քանի տեսակի ասեղների, ներարկիչների, ինսուլինային գրիչ ասեղների, արյան հավաքման վակուումային ու կաթիլային համակարգերի արտադրություն:

«Արֆիտոֆարմ», «Անթառամ» առևտրային կոոպերատիվները և մի շարք այլ ընկերություններ իրականացնում են դեղաբույսերի և բուսական թելերի արտադրություն: ՀՀ-ում իրականացվում է նաև բուսական յուղերի արտադրություն:

ՀՀ-ում դեղագործական արդյունաբերությունն ունի փոքր տեսակարար կշիռ, հիմնականում կենտրոնացված է միջին և ցածր գնային հատվածներում գտնվող ջեներիկ դեղորայքի արտադրության վրա: Դեղագործական արտադրանքին բաժին է ընկնում մշակող արդյունաբերության շատ փոքր մասը՝ հիմնականում չգերազանցելով 1%-ը:

Դեղագործական արտադրանքի արտադրությունը ՀՀ-ում 2020 թ. կազմել է 12056,5 մլն ՀՀ դրամ՝ վերջին 10 տարիների ընթացքում աճելով գրեթե 3,6 անգամ (գծապատկեր 5.2):

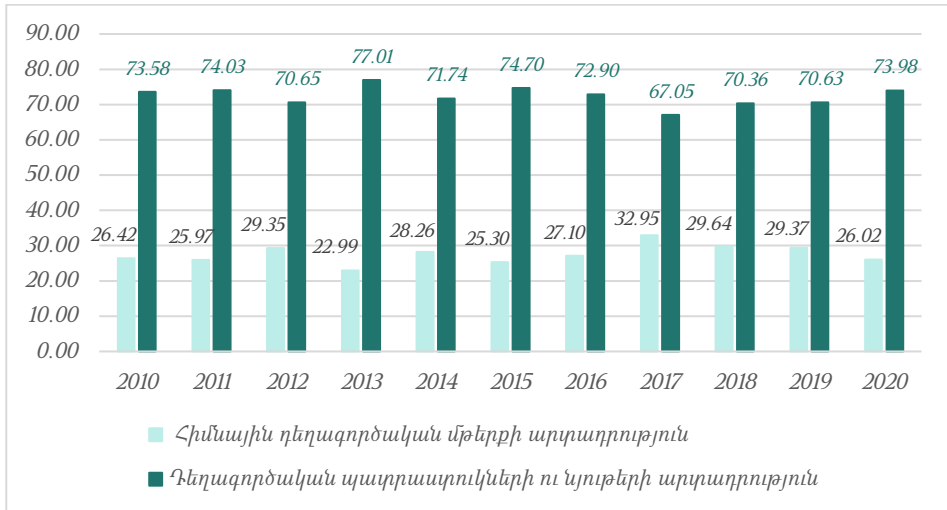


Գծապատկեր 5.2

Դեղագործական արտադրանքի ծավալն ընթացիկ գններով, 2010–2020 թթ., մլն դրամ²⁵⁰

²⁵⁰ Կազմել են հեղինակները՝ ըստ նույն աղբյուրի տվյալների:

Հայաստանում դեղագործական արտադրանքի արտադրությունը վերջին տասնամյակի ընթացքում շարունակաբար աճել է՝ դառնալով երկրի տնտեսության ամենադինամիկ զարգացող ոլորտներից մեկը: 2020 թվականին, 2019 թվականի համեմատությամբ, Հայաստանում դեղագործական արտադրանքի արտադրությունն աճել է մոտ 21%-ով:



Գծապատկեր 5.3

Դեղագործական արտադրանքի բաշխվածությունն ըստ դեղագործական մթերքի և դեղագործական պատրաստուկների, 2010–2020 թթ., % ²⁵¹

Ներկայումս ՀՀ դեղագործական շուկայում զարգանում է նաև հիմնային դեղագործական մթերքի արտադրությունը, ինչը պայմանավորված է օրգանական քիմիական նյութերի մշակման և արտադրման կարողություններով, բարձր տեխնոլոգիական գիտահետազոտական հարթակների, ժամանակակից սարքավորումների և բարձր որակավորում ունեցող աշխատուժի առկայությամբ:

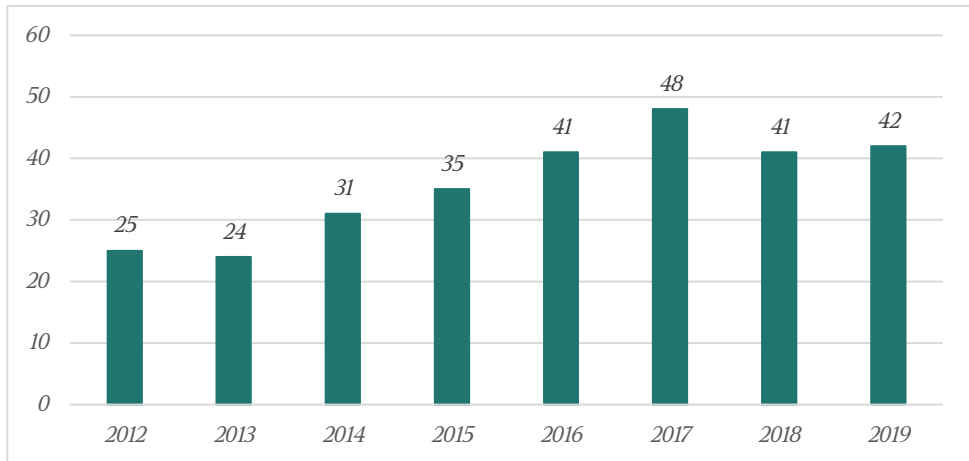
Այսպես՝ ՀՀ ԳԱԱ օրգանական և դեղագործական քիմիայի գիտատեխնոլոգիական կենտրոնը ներառում է հետևյալ գիտահետազոտական հիմնարկները՝ Ա. Մնջոյանի անվան նուրբ օրգանական քիմիայի ինստիտուտը (հիմնադրվել է 1955 թ.), Օրգանական քիմիայի ինստիտուտը (հիմնադրվել է 1957 թ.) և Մուլեկուլի կառուցի ուսումնասիրման կենտրոնը (հիմնադրվել է 1994 թ.), որի բազայի վրա գործում են 13 գիտահետազոտական քիմիական և դեղաբանական լաբորատորիաներ²⁵²:

²⁵¹ Կազմել են հեղինակները՝ ըստ նույն աղբյուրի տվյալների:

²⁵² http://www.stcopc.sci.am/sources/book_2015_1.pdf

Հայաստանում գործում են նաև փորձարկման մի շարք լաբորատորիաներ՝ հազեցած ժամանակակից գերհզոր սարքավորումներով: Դրանցից են ANAB ASQ-ի կողմից միջազգայնորեն հավատարմագրված «ԷՖ-ԴԻ-ԷՅ լաբորատորիա» ՍՊԸ 4 լաբորատորիաները, որոնք հնարավորություն են տալիս կատարելու Հայաստան ներկրվող և արտահանվող դեղորայքի, սննդամթերքի, ծխախոտի, պարենային և ոչ պարենային ապրանքների որակի ամբողջական փորձաքննություն²⁵³: Գործում են նաև «Ակադեմիկոս Էմիլ Գարրիեյանի անվան դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՓԲԸ «Վերլուծական լաբորատորիան», «Ստանդարտ դիալոգ» ՍՊԸ, «Ստանդարտացման և չափագիտության ազգային մարմին» ՓԲԸ փորձարկման լաբորատորիաները և այլն:

Դեղագործական հումքի նկատմամբ պահանջարկի ծավալների գնահատումը ցույց է տալիս, որ դրա սեփական արտադրությունն ապահովում է ՀՀ-ում սպառվող հումքի գրեթե 50%-ը (գծապատկեր 5.4):



Գծապատկեր 5.4

Դեղագործական հումքի ներքին պահանջարկի տեսակարար կշիռը, որն ապահովվում է ՀՀ-ում սեփական արտադրության հաշվին 2012–2019 թթ., % ²⁵⁴

ՀՀ-ում ակտիվ դեղագործական բաղադրիչների քիմիական սինթեզի նոր, մատչելի և արդյունավետ եղանակների հետազոտությամբ, մշակմամբ

²⁵³ Տե՛ս <https://arpharma.am/%D5%BF%D5%B8%D5%B6%D5%B8%D6%82%D5%BD-%D5%AC%D5%A5%D5%BD-%D5%A8%D5%B6%D5%AF%D5%A5%D6%80%D5%B8%D6%82%D5%A9%D5%B5%D5%B8%D6%82%D5%B6/>

²⁵⁴ Տե՛ս Доклад о состоянии рынка фармацевтических субстанций Евразийского экономического союза. ЕЭК. М., 2021, http://www.eurasiancommission.org/ru/act/prom_i_agroprom/dep_prom/SiteAssets/Analyz_substancii_2020.pdf

և արտադրության մեջ դրանց ներդրմամբ զբաղվում է «ԱԶԱԴ Ֆարմայութիք» ՍՊԸ-ն: Ընկերության գիտահետազոտական լաբորատորիան իրականացնում է դեղագործական շուկայում մեծ պահանջարկ ունեցող ուռուցքաբանական, ակնաբուժական, հակավիրուսային և հակաբակտերիալ ուղղվածության ջնևերիկ դեղերի ակտիվ դեղաբանական բաղադրիչների քիմիական սինթեզի նոր և մատչելի ուղիների որոնում, ստացված արդյունքների հիման վրա համապատասխան արտադրական տեխնոլոգիաների մշակում:

Այնուամենայնիվ, տեղական արտադրության դեղագործական հումքի տեսակարար կշիռը շատ փոքր է: Մա նշանակում է, որ, ինչպես աշխարհի գրեթե բոլոր երկրներում, հայրենական դեղարտադրողները նույնպես դեղագործական հումքի առումով մեծապես կախված են ներմուծումից:

Դեղագործական հումքը՝ ծծմբօրգանական միացություններ, ամինումիացություններ, սպիրտներ և այլն, հիմնականում ներկրվում է Չինաստանից, Ռուսաստանից, Գերմանիայից, Իրանից, Հնդկաստանից: Այսպես՝ 2020 թ. ներկրվել է 2904–2909, 2912–2942 ապրանքային դիրքերում գետեղված 11052 հազ. ԱՄՆ դոլարի դեղաբանական հումք, որի արժեքը 2015 թ. համեմատությամբ անել է մոտ 6.5%-ով (աղյուսակ 5.3)²⁵⁵:

ՀՀ ներմուծվող օրգանական քիմիկատների արժեքը 2016–2020 թթ., հազ. ԱՄՆ դոլար²⁵⁶ | Աղյուսակ 5.3

	2016	2017	2018	2019	2020
Ընդամենը	11108	10093	12541	13268	11943
Չինաստան	3698	3501	4308	4828	4165
Ռուսաստան	2227	1002	1356	1637	1700
Գերմանիա	1558	1370	1621	1790	1341
Իրան	623	559	557	616	568
Հնդկաստան	203	223	499	385	537
Ճապոնիա	137	180	135	167	495
Կանադա	104	131	67	66	464
Բելգիա	212	265	222	171	324
Միացյալ Թագավորություն	603	390	926	692	265
Նիդերլանդներ	181	87	264	472	254

Ներմուծվող հումքի մեջ մեծ տեսակարար կշիռ ունեն հիմնականում ծծմբօրգանական միացությունները (14.8%), գլիցերինը (8%), սպիրտները և դրանց հալոգենացված ածանցյալները (7%) և այլն: Ընդհանուր առմամբ, 2020 թ. գրանցվել է օրգանական քիմիկատների առանձին տեսակների ներմուծման ծավալների կրճատում (աղյուսակ 5.4):

2020 թ. ՀՀ ներմուծվել են նաև օծանելիքային, դեղագործական արտադրության համար կիրառվող բույսեր և դրանց բաղադրիչներ (ներառյալ՝ սեր-

²⁵⁵ Տե՛ս <https://www.trademap.org/>

²⁵⁶ Կազմվել է <https://www.trademap.org/> կայքի տվյալների հիման վրա:

մեր ու պտուղներ) 118 հազ. ԱՄՆ դոլար արժողությամբ, վազելին՝ 281 հազ. ԱՄՆ դոլար արժողությամբ, սրվակիկներ՝ 753 հազ. ԱՄՆ դոլար արժողությամբ, այլ սրվակներ, շշեր, խցաններ և այլն:

Աղյուսակ 5.4

ՀՀ ներմուծվող առանձին օրգանական քիմիկատների արժեքը 2016–2020 թթ., հազ. ԱՄՆ դոլար²⁵⁷

ԱՍԳ	Անվանում	2016	2017	2018	2019	2020	Երկիր
'293090	Ծծմբաօրգանական միացություններ	3129	2103	2480	2417	1636	Չինաստան Ռուսաստան
'290545	Գլիցերին	864	816	794	1149	887	Գերմանիա Իրան
'290919	Սպիրտներ և դրանց հալոգենացված ածանցյալներ	558	513	412	951	841	Ռուսաստան
'293040	Մեթիոնին	303	346	343	369	637	Չինաստան
'293139	Այլ օրգանա-անօրգանական միացություններ	0	147	66	122	538	Կանադա
'291539	Թթուներ այլ	559	321	846	722	409	Չինաստան
'292241	Ամինամիացություններ	151	187	221	368	319	Չինաստան

Ներմուծում

Դեղագործական արտադրանքը հավաստագրերով Հայաստանի Հանրապետություն ներմուծվում կամ Հայաստանի Հանրապետությունից արտահանվում է ԵԱՏՄ արտաքին տնտեսական գործուներության ապրանքային անվանացանկի (այսուհետ՝ ԱՏԳ ԱԱ) համաձայն՝ ըստ հետևյալ ծածկագրերի. 2904-2909, 2912-2942000000, 3001-3004, 3006 30 0000, 3006 60, 2936, 3913 և հետևյալ դիրքերում ընդգրկված դեղերի՝ 2106909200, 2106909803, 2106909809, ինչպես նաև ըստ ապրանքների անվանումների:

ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 202-Ն որոշմամբ սահմանվել է Հայաստանի Հանրապետության տարածք դեղեր, դեղանյութեր, դեղաբուսական հումք և հետազոտվող դեղագործական արտադրանք ներմուծելու և ՀՀ տարածքից արտահանելու կարգը²⁵⁸:

Հայաստանի Հանրապետության տարածք դեղեր, դեղանյութեր, դեղաբուսական հումք և հետազոտվող դեղագործական արտադրանք ներմուծելու իրավունք ունեն մատակարարները՝ դեղերի մեծածախ իրացման լիցենզիայի առկայության դեպքում, ինչպես նաև «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքով նախատեսված դեպքերում՝ առանց լիցենզիայի առկայության:

Դեղերի, դեղանյութերի, դեղաբուսական հումքի և հետազոտվող դեղագործական արտադրանքի ներմուծման կամ արտահանման հավաստագրի պետական տուրքը կազմում է 50000 դրամ, իսկ դեղերի մեծածախ իրացման համար՝ 100.000 դրամ:

²⁵⁷ Կազմվել է ըստ նույն կայքի տվյալների:

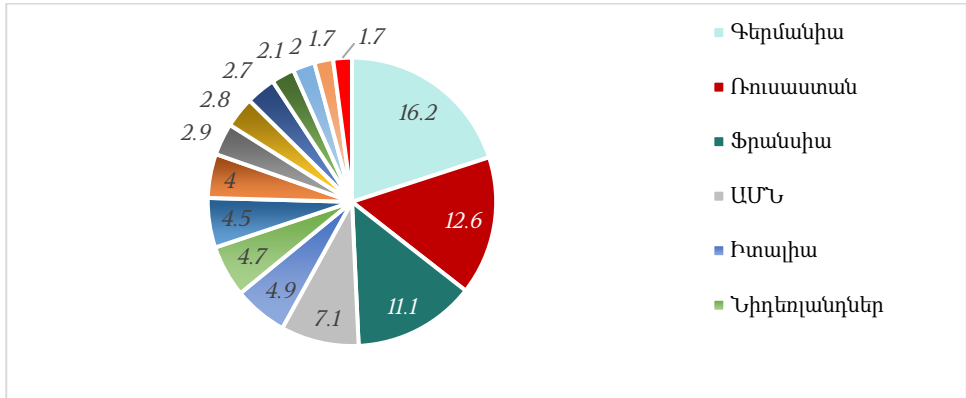
²⁵⁸ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 202-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=163503>

ՀՀ ներմուծվող դեղորայքի արժեքը 2011–2020 թթ., հազ. ԱՄՆ դոլար²⁵⁹

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ընդամենը	110175	1E+05	1E+05	119911	111750	110727	184660	158575	209598	160904
Գերմանիա	11173	13841	19875	18043	14285	16023	19404	22008	46624	26143
Ռուսաստան	5069	5576	6426	6266	4961	6721	9713	9995	9806	20322
Ֆրանսիա	11090	12633	12214	11669	10581	10590	11644	15033	19955	17901
ԱՄՆ	16636	11256	6875	4985	5802	6355	7450	20013	7545	11345
Իտալիա	5107	4576	5986	6037	7183	5151	5142	4549	5237	7928
Նիդեռլանդներ	4406	4381	5007	5184	6209	10328	8834	11219	9397	7511
Մլոյվենիա	3739	3826	4711	4918	4383	4235	5480	6090	7796	7206
Հունգարիա	4756	5235	5927	5548	5169	4729	5669	6197	6849	6499
Շվեյցարիա	8500	8680	13551	10695	12404	3641	10386	15422	12797	4663
Իսպանիա	3732	3626	2948	2784	3106	2304	2870	4097	5026	4446
Իռլանդիա	1177	1731	2147	4070	2311	3532	3703	4436	4894	4318
Հնդկաստան	3012	2670	3682	3137	3382	2460	3912	4833	4558	3374
Միացյալ Թագավորություն	2633	3163	4853	6622	2728	4305	6210	3765	38842	3161
Կորեա	1948	1567	1239	1719	2041	2158	1355	1837	1577	2787
Ավստրիա	2196	1782	1925	2169	2169	2262	2605	2559	2522	2712

²⁵⁹ Կազմվել է <https://www.trademap.org/> կայքի տվյալների հիման վրա:

2020 թ. ՀՀ տարածք ներմուծվել է 160904 հազ. ԱՄՆ դոլարի դեղագործական արտադրանք, որի արժեքը 2016–2020 թթ. ընթացքում աճել է 9%-ով, իսկ 2019–2020 թթ. գրանցվել է ներմուծման կրճատում 23%-ով: 2020 թ. դեղագործական արտադրանքին բաժին է ընկել ՀՀ ներմուծման 3.5%-ը:



Գծապատկեր 5.5

ՀՀ ներմուծվող դեղագործական արտադրանքի աշխարհագրական բաշխվածությունը 2020 թ., %²⁶⁰

Ինչպես տեսնում ենք 5.5 գծապատկերից, ՀՀ դեղագործական արտադրանք հիմնականում ներկրվում է Գերմանիայից (16.2%), Ռուսաստանից (12.6%), Ֆրանսիայից (11.1%), ԱՄՆ-ից, Իտալիայից և այլն:

Հերֆինդալ Հիբշմանի կենտրոնացման ինդեքսով՝ ըստ երկրների առավել բարձր կենտրոնացման աստիճան ունեն 3003 (կենտրոնացման գործակից 0.71) և 3001 (կենտրոնացման գործակից 0.38) ապրանքային դիրքում գտնվող ապրանքները, իսկ 3004 հիմնական ապրանքային դիրքում ընդգրկված ապրանքները չունեն բարձր կենտրոնացման աստիճան (0.07), ինչը փաստում է ներմուծման լայն աշխարհագրության մասին:

Ընդհանուր առմամբ, 2020 թ. ներմուծվել է 3004 ապրանքային դիրքում ներառված 2891 տոննա դեղորայք, որի մեկ տոննայի արժեքը միջինում կազմել է 45677 ԱՄՆ դոլար: Ծավալային ցուցանիշով ներմուծվող դեղագործական արտադրանքը 2020 թ. ավելացել է 32%-ով, մինչդեռ արժեքային արտադրանքի միջին արժեքը, մեկ տոննայի հաշվով, զգալիորեն կրճատվել է նա-

²⁶⁰ Стів Доклад о состоянии рынка фармацевтических субстанций Евразийского экономического союза. ЕЭК. М., 2021, http://www.eurasiancommission.org/ru/act/prom_i_agroprom/dep_prom/SiteAssets/Analyz_substancii_2020.pdf

խորդ տարիների համեմատությամբ (2017 թ.՝ 100471 ԱՄՆ դոլար, 2018 թ.՝ 80258 ԱՄՆ դոլար, 2019 թ.՝ 82430 ԱՄՆ դոլար):

Աղյուսակ 5.6

ՀՀ ներմուծվող դեղագործական արտադրանքի ապրանքային կառուցվածքը 2016–2020 թթ., հազ. ԱՄՆ դոլար²⁶¹

ԱՍԳ	Անվանում	2016	2017	2018	2019	2020
'3004	Դեղամիջոցներ	88379	163869	132762	181056	132051
'3002	Մարդկային արյուն	17566	16555	20541	22170	21627
'3006	Դեղագործական արտադրանք՝ ներառված 3006.10.10 - 3006.60.90 ապրանքային դիրքերում	3012	3056	3959	5090	4590
'3005	Բամբակ, թանգիֆ, փաթոյթային վիրակապեր և նմանատիպ արտադրատեսակներ	1348	1013	1194	979	2556
'3001	Գեղձեր և այլ օրգաններ՝ նախատեսված օրգանաբուժության համար	79	132	51	265	51
'3003	Դեղամիջոցներ՝ երկու և ավելի բաղադրատարրերի խառնուրդից	31	35	68	37	29

Դեղերի զուգահեռ ներմուծման ընթացակարգը թույլ է տալիս ՀՀ ներմուծել համեմատաբար էժան դեղորայք: 2016 թ. ընդունված «Դեղերի մասին» նոր օրենքով և ՀՀ տարածք դեղերի ներմուծման/արտահանման կարգով²⁶² սահմանվում են դեղերի ներմուծման/արտահանման հիմնական պահանջները, որով էլ ամրագրվում է նաև զուգահեռ ներմուծման ընթացակարգը, ըստ որի՝ «Զուգահեռ ներմուծումը գրանցված դեղի՝ պետական սահմանը հատելու միջոցով ներսրբերումն է Հայաստանի Հանրապետություն՝ ոչ անմիջապես Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցման հավաստագրի իրավատիրոջից կամ նրանից պատշաճ լիազորություններ ստացած անձից»²⁶³: Սա ենթադրում է, որ տվյալ երկրի տարածք դեղորայքը ներմուծվում է ոչ թե պաշտոնական դիստրիբյուտորական ցանցերի կամ պաշտոնական ներկայացուցչությունների միջոցով, այլ այդ ցանցերից դուրս, հաճախ՝ զուգահեռ²⁶⁴: Զուգահեռ ներմուծման կողմնակիցները համարում են, որ պաշտոնական դիստրիբյուտորները հաճախ անհիմն բարձրացնում են դեղորայքի գները, իսկ զուգահեռ ներմուծումը հարթում է գների տարբերությունները՝ կիրառելով շուկայական մեխանիզմներ: Սա նշանակում է, որ դեղերի զուգահեռ ներմուծումը զգալի ազդեցություն է ունենում դեղորայքի գների վրա:

²⁶¹ Կազմվել է <https://www.trademap.org/> կայքի տվյալների հիման վրա:

²⁶² Տե՛ս «Հայաստանի Հանրապետության տարածք դեղեր, դեղանյութեր, դեղաբուսական հումք և հետագոտվող դեղագործական արտադրանք ներմուծելու և Հայաստանի Հանրապետության տարածքից արտահանելու» կարգը, ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 202-Ն որոշման N 1 հավելված, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=128860>

²⁶³ Տե՛ս նույն տեղը, հոդված 53:

²⁶⁴ Տե՛ս Աղաջանյան Ս., Դեղամիջոցների զուգահեռ ներմուծումը ՀՀ-ում: «Ամբերդ» տեղեկագիր, 2020/3 (4), Եր., «Տստեսագետ», 2020:

Արտահանում

Դեղագործական արտադրանքի արտահանումը ոչ միայն արտադրողի համար լրացուցիչ ռեսուրսների ապահովման հիմք է, այլ նաև երկրի տնտեսական զարգացման կարևոր նախադրյալներից մեկն է, որը նշանակում է՝ տեղական արտադրողները կարողանում են, թե՛ որակի, թե՛ գների առումով, արտադրել համաշխարհային շուկաներում մրցունակ արտադրանք:

ՀՀ տարածքից արտահանվում են (ՀՀ պետական սահմանը հատելու միջոցով դեղեր, դեղանյութեր, դեղաբուսական հումքի և հետազոտվող դեղագործական արտադրանքի դուրսբերում)՝ Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության սահմանած կարգի համաձայն:

ՀՀ-ից արտահանվող դեղագործական արտադրանքի ապրանքային կառուցվածքը 2016–2020 թթ., հազ. ԱՄՆ դոլար²⁶⁵

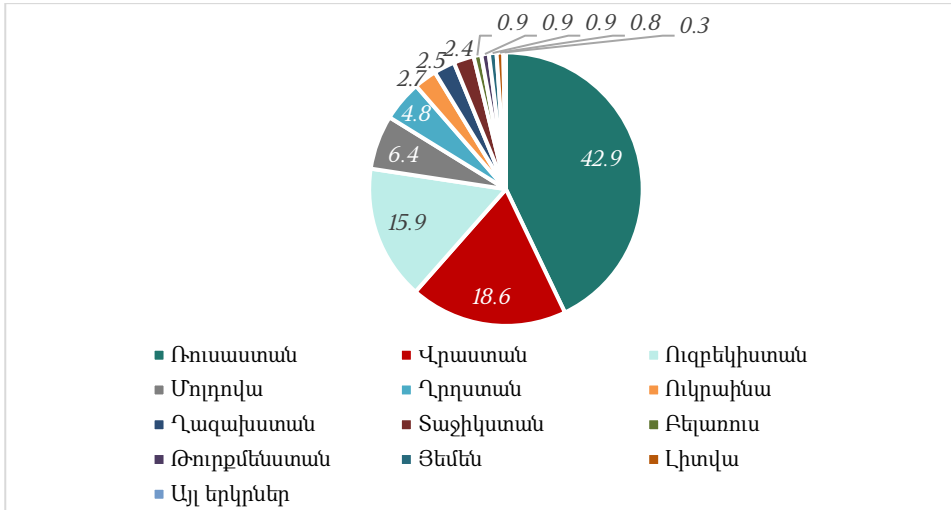
Աղյուսակ 5.7

ԱՏԳ	Անվանում	2016	2017	2018	2019	2020
3004	Դեղամիջոցներ	8011	13453	11810	11499	10728
3002	Մարդկային արյուն	6113	8605	8733	10799	6831
3005	Բամբակ, թանգիֆ, փաթույթային լիբակապեր և նմանատիպ արտադրատեսակներ	632	269	721	717	688

Ըստ աղյուսակ 5.7-ի՝ Հայաստանից 2020 թ. ընթացքում արտահանվել է 10728 հազ. ԱՄՆ դոլարի արտադրանք: 2016–2020 թթ. ընթացքում դեղագործական արտադրանքի արտահանումը, արժեքային արտահայտությամբ, միջինում աճել է 4%-ով, մինչդեռ ծավալային արտահայտությամբ նվազել է 5%-ով:

Դեղագործական արտադրանքի արտահանումը 2020 թ. կազմել է ՀՀ արտահանման 0.42%-ը: Արտահանման աշխարհագրական կառուցվածքում հիմնական ուղղություններից է Ռուսաստանը, որին 2020 թ. բաժին է ընկել արտահանման 42.9%-ը: 2020 թ. Ռուսաստան է արտահանվել 361 տոննա դեղորայք, որի մեկ տոննայի արժեքը միջինում կազմել է 12742 ԱՄՆ դոլար: Ռուսաստանին հաջորդում է Վրաստանը՝ 18.6% մասնաբաժնով, սակայն, ի տարբերություն Ռուսաստանի, այստեղ ծավալային առումով արտահանվել է գրեթե 5 անգամ ավելի՝ 1820 տոննա՝ 1098 ԱՄՆ դոլար մեկ տոննայի դիմաց միջին արժեքով (գծապատկեր 5.6):

²⁶⁵ Կազմվել է <https://www.trademap.org/> կայքի տվյալների հիման վրա:



Գծապատկեր 5.6

Արտահանման աշխարհագրական կառուցվածքը 2020 թ., %²⁶⁶

Ընդհանուր առմամբ, 2020 թ. Ռուսաստան է արտահանվել 10.4 մլն, իսկ դեպի Վրաստան և Ուզբեկստան, համապատասխանաբար՝ 3 մլն և 2.1 մլն ԱՄՆ դոլարի դեղագործական արտադրանք (ԱՍՏԳ 3004):

Հայկական դեղերի արտահանման մեծ ծավալներն ապահովում են տեղական 4 խոշոր արտադրողներ՝ «Լիկվոր», «Արփիմեդ», «Մեդիկալ Հորիզոն» ու «Էսկո Ֆարմ»²⁶⁷: 2020 թ. արտահանվել է ՀՀ-ում արտադրված դեղամիջոցների գրեթե 58%-ը:

«Լիկվոր» ընկերությունը արտահանման գործունեությունը սկսվել է դեռ 1999 թ.: Այսօր ընկերությունն ունի արտահանման լայն աշխարհագրություն և իր արտադրանքի 70%-ից ավելին ներկայացնում է Եվրասիայի, Կենտրոնական Ասիայի և Մերձավոր Արևելքի երկրներում: «Լիկվոր» ընկերությունը համագործակցում է այդ երկրների առաջատար և խոշոր դիստրիբյուտորների, կլինիկաների և բժշկական համայնքի հետ: Հայաստանից արտահանվող դեղերի ծավալով «Լիկվոր»-ն առաջատար է՝ 40%-ից ավելին մասնաբաժնով²⁶⁸:

«Արփիմեդ» ընկերության տարեկան շրջանառության գրեթե կեսը կազմում է արտահանվող դեղորայքը: «Արփիմեդ» ընկերության արտադրանքն արտահանվում է Բելառուս, Վրաստան, Ուկրաինա, Ուզբեկստան, Ղրղզստան, Ղազախստան, Եմեն²⁶⁹:

²⁶⁶ Կազմվել է ըստ նույն կայքի տվյալների:

²⁶⁷ Տե՛ս <https://arpharma.am/2020/06/29/%d5%b0%d5%a1%d5%b5%d5%a1%d5%bd%d5%bf%d5%a1%d5%b6%d5%a8%d5%9d%d5%a4%d5%a5%d5%b2%d5%a1%d6%80%d5%bf%d5%a1%d5%a4%d6%80%d5%b8%d5%b2/>

²⁶⁸ Տե՛ս <https://liqvor.com/international/>

²⁶⁹ Տե՛ս <https://arpimed.am/hy/about/>

«Մեդիկալ Հորիզոն» դեղագործական ընկերությունն իր արտադրատեսականին արտահանում է Ուզբեկստան, Վրաստան, ինչպես նաև Իրան²⁷⁰:

Ընդհանուր առմամբ, դեղագործական շուկան Հայաստանում զարգանում է հիմնականում ի հաշիվ ներմուծման: Համեմատության համար նշենք, որ եթե 2020 թ. ՀՀ-ում արտադրվել է մոտ 18.5 մլն ԱՄՆ դոլարի դեղամիջոց, որից 10.72 մլն-ն արտահանվել է, ապա ներմուծվել է գրեթե 7.1 անգամ ավելի, ինչը նշանակում է, որ սեփական արտադրության հաշվին ապահովվում է ապավող դեղորայքի մոտ 6%-ը միայն:

Ինչպես տեսնում ենք, արտահանման աշխարհագրությունը հիմնականում սահմանափակվում է ԱՊՀ անդամ երկրներով, ինչը վկայում է զարգացած շուկաներ դուրս գալու միջազգային ընթացակարգերի բարդությամբ, արտասահմանում ներկայացուցչություններ ունենալու բարձր ծախսերով, գիտահետազոտական նպատակով հատկացվող գումարների ցածր տեսակարար կշռով, նորարարական արտադրանքի թողարկման սահմանափակ հնարավորություններով և այլն:

Մեծածախ վաճառք

ՀՀ-ում դեղերի մեծածախ վաճառքն իրականացվում է մատակարարի պատշաճ բաշխման գործունեության (GDP) հավաստագրի հիման վրա²⁷¹: Եվրասիական տնտեսական միության հանձնաժողովի խորհրդի 2016 թվականի նոյեմբերի 3-ի թիվ 80 որոշմամբ²⁷² և հիմնված են ԵՄ GDP սկզբունքների վրա, որոնցով սահմանվում է դեղերի մեծածախ բաշխման գործընթացի կազմակերպման միասնական մոտեցում՝ ապահովելով դրանց որակը արտադրողից մինչև մանրածախ առևտրային ցանցեր և բժշկական հաստատություններ:

ՀՀ-ում դեղերի մեծածախ իրացում իրականացնող տնտեսավարողներն 94-ն են, որոնցից առավել խոշորներն են «Ալֆա-Ֆարմ իմպորտ» ՓԲԸ-ն, «Նատալի Ֆարմ» ՍՊԸ-ն, «Վագա Ֆարմ» ՍՊԸ-ն, «Տոնուս-լես» ՍՊԸ-ն, «Ֆարմատեք» ՓԲԸ-ն և այլն²⁷³: Այս ընկերությունների մի մասը զբաղվում է

²⁷⁰ Տե՛ս <http://www.medicalhorizon.am/about>

²⁷¹ Տե՛ս «Մատակարարի հավաստագրման նպատակով մասնագիտական դիտարկման և պատշաճ բաշխման գործունեության հավաստագրի տրամադրման» կարգը, ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 156-Ն որոշման հավելված N 1:

²⁷² Տե՛ս «Հայաստանի Հանրապետությունում պատշաճ բաշխման գործունեության կանոնները հաստատելու մասին» N 24-Ն հրամանը, 17 մայիսի 2017 թ.՝ համաձայն Եվրասիական տնտեսական միության հանձնաժողովի խորհրդի 2016 թվականի նոյեմբերի 3-ի N 80 որոշմամբ հաստատված «Եվրասիական տնտեսական միության պատշաճ բաշխման գործունեության կանոնների»:

²⁷³ Տե՛ս http://www.pharm.am/attachments/article/6234/THE_LIST_OF_RA_%20DISTRIBUTORS_arm.pdf

տեղական շուկայում դեղերի մեծածախ ու մանրածախ իրացմամբ և ներկրմամբ²⁷⁴:

Այս ընկերությունները, GDP ստանդարտներին համապատասխան, ունեն դեղամիջոցների պահպանման, մշակման և բացթողման պահեստներ, որոնցից մի քանիսը սարքավորված են նաև առաջնակարգ հոսքագծային տեխնիկայով («Նատալի Ֆարմ», «Ալֆա Ֆարմ»):

Ներմուծմամբ զբաղվող ընկերությունները համագործակցում են բազմաթիվ արտասահմանյան գործընկերների հետ, մի մասի հետ էլ ունեն ՀՀ տարածք էքսկլյուզիվ ներմուծման պայմանագրեր:

Դեղագործական շուկայում կարևոր դերակատարում ունեն նաև օտարերկրյա խոշոր դեղարտադրողների հայաստանյան ներկայացուցչությունները, մասնավորապես՝ «Les Laboratoires Servier», «Sanofi-Aventis», «Abbott», «Berlin-Chemie AG», «Novartis Consumer», «Bayer Consumer», «Hoffman-La Roche», «Nycomed Austria», «Pfizer», «Alpen Pharma» և այլն: Դրանք ներկայացնում են խոշոր դեղագործական արտադրող ընկերությունների գործարար շահերը՝ իրականացնելով հայաստանյան դեղաշուկայի մշտադիտարկում, ինչպես նաև նոր արտադրանքի ներկայացում առողջապահության տարբեր ոլորտների մասնագետներին, թեմատիկ հանդիպումներ դեղատնային աշխատակիցների հետ, սեմինարներ, քննարկումներ բժիշկների հետ:

Մանրածախ վաճառք

Դեղագործական շուկայի կարևոր հատվածներից են դեղատները, որոնք ՀՀ-ում ներկայացված են ինչպես դեղատնային ցանցերի, այնպես էլ առանձին դեղատների մակարդակով: Դեղատնային գործունեությունը ներառում է դեղերի և Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության սահմանած այլ ապրանքատեսակների մեծածախ ձեռքբերում, պահպանում և մանրածախ իրացում կամ բացթողում, տեղեկատվություն և խորհրդատվություն, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն, ինչպես նաև, ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված պայմանների առկայության դեպքում, դեղերի պատրաստում կամ առաքում²⁷⁵: Դեղերի մանրածախ իրացումը, համապատասխան լիցենզիայի առկայության դեպքում, կատարվում է միայն դեղատներում՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված պահանջներին համապատասխան²⁷⁶: Նոր օրենսդրությամբ դեղատները չեն կարող իրականացնել դեղերի ներմուծում:

²⁷⁴ Տե՛ս http://www.pharm.am/attachments/article/653/am_Nernucoxnericank-hajeren1.pdf

²⁷⁵ Տե՛ս «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>

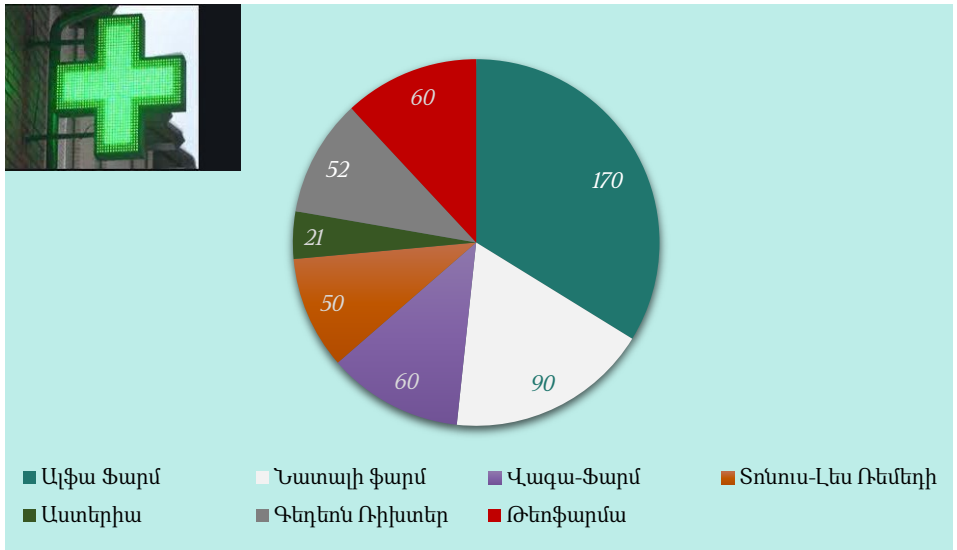
²⁷⁶ Տե՛ս նույն տեղը:

Դեղատնային գործունեության լիցենզավորումը կատարվում է օրենքով սահմանված կարգով հաստատված դեղատնային գործունեության լիցենզավորման կարգով²⁷⁷:

Դեղատնային գործունեության համար պետական տուրքը սահմանվում է տարեկան բազային տուրքի 50-ապատիկի չափով²⁷⁸:

ՀՀ-ում գործում է մոտ 1600–1800 դեղատուն: Դեղերի ներմուծմամբ և մեծածախ իրացմամբ զբաղվող դեղագործական ընկերությունները հիմնականում ունեն իրենց դեղատնային ցանցը, որոնց միջոցով իրականացնում են դեղագործական արտադրանքի մանրածախ իրացում վերջնական սպառողին:

Այսպես՝ «Ալֆա Ֆարմ» դեղատների ցանցը բաղկացած է 170-ից ավելի դեղատներից և հանրապետությունում աշխարհագրորեն սփռված ամենամեծ ցանցն է²⁷⁹: «Նատալի Ֆարմ» դեղատների ցանցը ներառում է 99 դեղատուն Երևանում և մարզերում²⁸⁰, «Վագա Ֆարմ»-ը՝ մոտ 60 դեղատուն (գծապատկեր 5.8):



Գծապատկեր 5.8 | Դեղատնային ցանցերի դեղատների քանակը²⁸¹

²⁷⁷ Տե՛ս ՀՀ Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշման հավելված, «ՀՀ-ում դեղատնային գործունեության իրականացման լիցենզավորման» կարգը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=9493>
 ՀՀ Կառավարության 2007 թվականի հունիսի 21-ի N 747-Ն որոշման հավելված, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=37565>:
²⁷⁸ Տե՛ս «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=187015>:
²⁷⁹ Տե՛ս <https://www.alfapharm.am/null/about-us>
²⁸⁰ Տե՛ս <http://natalipharm.am/hy/>
²⁸¹ Գծապատկերը կառուցվել է նշված ընկերությունների կայքէջերում գետեղված տեղեկատվության հիման վրա:

Դեղատնային ցանցեր ունեն նաև «Աստերիա»-ն (21 դեղատուն), «Տո-նուս-Լես Ռեմեդի»-ն (50 դեղատուն), «Գեդեոն Ռիխտեր»-ը (52 դեղատուն), «Թեոֆարմա»-ն (60 դեղատուն) և այլն: Վերջին տարիներին Հայաստանում զգալիորեն ավելացել է թե՛ ցանցային, թե՛ առանձին դեղատների քանակը, ինչի արդյունքում դեղատնային ցանցի խտությունը, մեկ շնչի հաշվով, ևս զգալիորեն ավելացել է հատկապես բուժհաստատություններին հարակից տարածքներում:

ՀՀ-ում գործող ցանցային դեղատները հիմնականում շուկայում խոշոր ներմուծող ընկերություններին են, որոնք միաժամանակ մատակարարում են թե՛ իրենց, թե՛ դեղերի մանրածախ վաճառքով զբաղվող մյուս դեղատներին: Մրցակցությունը դեղատնային ոլորտում բավականին բարձր է, քանի որ հաճախ ցանցային դեղատների մեծածախ և մանրածախ գների միջև տարբերությունը շատ փոքր է լինում, այսինքն՝ հավելագինը բավականին ցածր է, ինչը նվազեցնում է շահութաբերության մակարդակը:

Առանձին դեղատներ վաճառվող տեսականու մասով և ապրանքային պաշարները կառավարելու տեսանկյունից բավականին ճկուն են և հիմնականում կողմնորոշվում են ըստ պահանջարկի, մինչդեռ ցանցային դեղատներն ունեն դեղորայքի առանձին տեսակների իրացման որոշակի պլաններ:

Դեղատնային գործունեության լիցենզիա ունեցող իրավաբանական անձինք կամ անհատ ձեռնարկատերերը կարող են իրականացնել դեղերի առաքում²⁸², ինչի արդյունքում ընկերությունները զարգացնում են առցանց դեղատները:

ՀՀ դեղատներում այսօր շրջանառվում է մոտ 2740 անվանում՝ դեղատմամբ բաց թողնվող դեղորայք²⁸³, 936 անվանում՝ առանց դեղատոմսի, շուրջ 77 անուն՝ հսկվող դեղեր²⁸⁴:

Բժիշկները հակված են բրենդային արտադրանք նշանակել՝ չնայած ջեներիկ դեղորայքի ավելի ցածր գներին: Միևնույն ժամանակ, սրան նպաստում է նաև այն, որ օտարերկրյա դեղարտադրող ընկերությունների ներկայացուցչությունները ակտիվորեն խրախուսում են իրենց բրենդային դեղորայքի վաճառքը դեղատներում: Այնուամենայնիվ, թույլատրվում է ջեներիկով փոխարինումը բացթողման կետում:

Ընդհանուր առմամբ, դեղագործական, բժշկական և օրթոպեդիկ ապրանքների մանրածախ շրջանառությունը 2020 թ. կազմել է 154.6 մլն ԱՄՆ դոլար՝ 2019 թ. համեմատությամբ աճելով 2.9%-ով, ինչը կազմել է ընդհանուր մանրածախ վաճառքի 7.5%-ը, իսկ ոչ պարենային ապրանքների՝ 16.9%-ը²⁸⁵:

²⁸² Տե՛ս «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքը, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>

²⁸³ Տե՛ս http://www.pharm.am/attachments/article/2642/regPoMarm_up_to_30.11.2021_3.pdf

²⁸⁴ Տե՛ս <http://www.pharm.am/index.php/am/2016-12-01-07-51-39/2625-31-10-2016>

²⁸⁵ Տե՛ս Статистический ежегодник Евразийского экономического союза; Евразийская экономическая комиссия. М., 2021, 460 էջ:

Տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքում առողջապահության մասով կատարված ծախսերի տեսակարար կշիռը 2019 թվականին կազմել է 11.7%, որից. քաղաքային բնակավայրերում՝ 10.5%, գյուղական բնակավայրերում՝ 14.2%²⁸⁶:

2019 թվականին ծախսերի կառուցվածքում, մեկ շնչի հաշվով, դեղորայքի ձեռքբերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 4.5%: 2019 թվականին տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերը, ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների, 5,438,079.5 միլիոն դրամ են, իսկ ծախսերի մեջ դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքների ձեռքբերման համար կատարված ծախսերը՝ մոտ 4.5%, հետևաբար, համաձայն հաշվարկների համար կիրառվող մեթոդաբանության, դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքների ամբողջական ծախսը կկազմի 244,713.6 միլիոն դրամ²⁸⁷ (աղյուսակ 5.9):

Տնային տնտեսությունների առողջապահական ընթացիկ ծախսերի կառուցվածքը 2017–2019 թթ.²⁸⁸ | Աղյուսակ 5.9

Ծախսերի հոդվածներ	2017		2018		2019	
	մլն դրամ	%	մլն դրամ	%	մլն դրամ	%
Տնային տնտեսությունների ծախսերը բժշկական ծառայությունների դիմաց	296536,6	61.2	315209.3	62.3	386679.2	61.2
Տնային տնտեսությունների ծախսերը դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքների դիմաց	188040.2	38.8	190438.3	37.7	244713.6	38.8
Ընդամենը	484576.8	100.0	505647.6	100.0	631392.8	100.0

Այսպիսով՝ ՀՀ դեղագործական շուկան զարգանում է դեղագործական արտադրանքի ներմուծման ճնշմամբ, որին լիովին նպաստում է դեղերի բաշխման և մանրածախ վաճառքի առկա համակարգը: Առևտրային հատվածում առկա է ներմուծման կախվածության մեծ աստիճան և ջններիկ դեղամիջոցների ճնշող գերակայություն: Մինևույն ժամանակ, հասարակության գիտակցության մեջ կա կայուն պատկերացում ներմուծվող ապրանքների լավագույն որակի և սպառողական հատկությունների մասին, ինչը զգալի ազդեցություն ունի դեղագործական շուկայի վրա՝ պահանջարկի և սպառման կառուցվածքի առումով:

Ընդհանուր առմամբ, դեղագործական շուկայում բացակայում է արտադրողի, մեծածախ վաճառողի և դեղատների գների վերահսկողությունը:

²⁸⁶ Տե՛ս Հայաստան. տնային տնտեսությունների եկամուտները, ծախսերը և հիմնական սննդամթերքի սպառումը, https://armstat.am/file/article/poverty_2020_a_3.pdf

²⁸⁷ Տե՛ս <https://nih.am/assets/pdf/atvk/e13bec645c8c10bf49243e62cbcc04a1.pdf>

²⁸⁸ Տե՛ս <https://nih.am/assets/pdf/atvk/e13bec645c8c10bf49243e62cbcc04a1.pdf>

Չնայած դրան՝ դեղագործական շուկայի զարգացման վերջին տարիների միտումներից է նաև մեծածախ հատվածում շահութաբերության մակարդակի կրճատումը: Մանրածախ ցանցում վրադիրները պայմանավորված են ցանցի կողմից վարվող քաղաքականությամբ, տվյալ հատվածում դեղատների խտությամբ և այլ գործոններով: ՀՀ-ում դեղատները առավելապես կենտրոնացված են բարձր գնողունակություն և մեծ հոսք ունեցող վայրերում և անբավարար են բնակչության ցածր խտություն ունեցող վայրերում, ինչը ստեղծում է դեղերի տարածքային անհասանելիության խնդիրներ:

Դեղագործական արդյունաբերությունն ինչպես պատրաստի ձևերի արտադրության, այնպես էլ քիմիական և կենսատեխնոլոգիական արտադրության, դեղագործական նյութերի սինթեզի հատվածում կախված է լաբորատոր, փորձնական և արդյունաբերական սարքավորումներից: Նորարարական տեխնոլոգիական պատճառների մեծ մասը հասանելի չէ տեղական արտադրողներին: Դեղագործական արդյունաբերության ընդլայնումն ու զարգացումը պահանջում են նաև հարակից արդյունաբերական, այդ թվում՝ ապակու, պլաստմասսայի, պոլիմերների, լուծիչների, բարձրորակ կատալիզատորների և այլ ճյուղերի զարգացում:

ԵԱՏՄ միասնական դեղագործական շուկայի ձևավորումը ՀՀ դեղարտադրության ոլորտի զարգացման լրացուցիչ խթան է: ԵԱՏՄ ընդհանուր դեղագործական շուկայի գործառնությունը հնարավորություն կտա ընդլայնելու արտադրությունը, ձևավորելու կոոպերացիոն շղթաներ, դեղագործական կլաստերներ և այլն: Այս գործընթացը պետք է ուղեկցվի դեղագործական արտադրանք և հիմնային հումք արտադրողների պետական աջակցության միջոցառումներով:

5.2

Բժշկական սարքավորումների համաշխարհային շուկան և հայաստանյան համապատկերը

Առևտրի համաշխարհային կազմակերպության HS 2007-ի դասակարգման հիման վրա մշակված մեթոդաբանությամբ հաշվարկված՝ բժշկական տեխնոլոգիական սարքավորումների արտահանման ծավալը 2021 թ. կազմել է 235.7 մլրդ ԱՄՆ դոլար: Տասնմեկ տարվա ընթացքում՝ 2009 թ. 86 մլրդ ԱՄՆ դոլարի համեմատությամբ, ցուցանիշն աճել է 2,7 անգամ: Բժշկական սարքավորումների համաշխարհային առևտրին մասնակցում են գրեթե բոլոր երկրները՝ կա՛մ որպես արտահանողներ, կա՛մ որպես ներմուծողներ, կա՛մ էլ երկուսը միաժամանակ: Աղյուսակ 5.10-ում ներկայացված են բժշկական սարքավորումների արտահանման ոլորտում առաջատար 20 երկրները:

Աղյուսակ 5.10

Բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումների արտահանման գծով առաջատար 20 երկրները 2021 թ.²⁸⁹

N	Երկիր	Արտահանում, մլրդ ԱՄՆ դոլար	Տեսակարար կշիռը բժշկական սարքավորումների համաշխարհային արտահանման մեջ, %
1	ԱՄՆ	43.16	18.31
2	Գերմանիա	33.63	14.27
3	Նիդեռլանդներ	25.25	10.71
4	Չինաստան	18.08	7.64
5	Շվեյցարիա	11.66	4.95
6	Իռլանդիա	9.30	3.95
7	Սինգապուր	8.95	3.8
8	Ճապոնիա	8.34	3.54
9	Մեքսիկա	7.41	3.14
10	Միացյալ Թագավորություն	7.14	3.03
11	Բելգիա	7.09	3.00
12	Ֆրանսիա	6.75	2.86
13	Իտալիա	4.56	1.93
14	Լեհաստան	3.53	1.5
15	Հոնկոնգ	3.26	1.38
16	Իսրայել	2.98	1.26
17	Ավստրիա	2.1	0.89
18	Ֆինլանդիա	1.97	0.84
19	Ավստրալիա	1.67	0.711
20	Դանիա	1.66	0.70

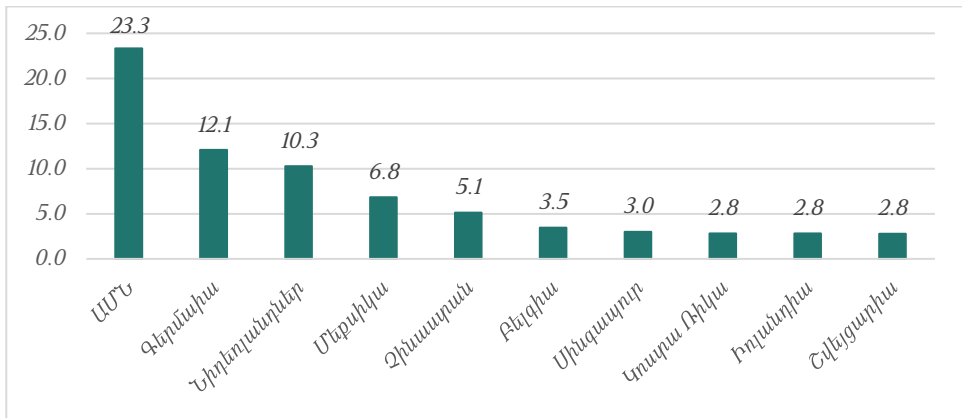
Ինչպես տեսնում ենք, առաջին 5 երկրների մասնաբաժինը բժշկական սարքավորումների համաշխարհային արտահանման մեջ կազմում է շուրջ 56 %, 20 երկրների մասնաբաժինը միասին՝ ավելի քան 88%: Ընդ որում, սրանք հիմնականում զարգացած երկրներն են: Հայաստանի պարագայում բժշկական սարքավորումների արտահանումը 2021 թ. կազմել է 10,7 մլրդ ԱՄՆ դոլար՝ համաշխարհային արտահանման ընդամենը 0.004%-ը: ԵԱՏՄ մասնաբաժինը (առանց Ղազախստանի²⁹⁰) բժշկական սարքավորումների համաշխարհային արտահանման մեջ կազմում է ընդամենը 0.16%, որի կեսից ավելին բաժին է ընկնում ՌԴ-ին (68%): 2011 թ. բժշկական սարքավորումների ՀՀ արտահանումը գերազանցել է Ադրբեյջանի արտահանումն ավելի քան տասն անգամ, սակայն Վրաստանի արտահանումից պակաս է եղել մոտ 2,5 անգամ: Այնուամենայնիվ, պետք է հաշվի առնել, որ բժշկական սարքավորումների արտադրության և արտահանման միջև առկա է խզվածք, և շատ հա-

²⁸⁹ Հաշվարկը կատարել են հեղինակները՝ ըստ «More trade for better health? International trade and tariffs on health products», Appendix IV, WTO մեթոդաբանության և UN Comtrade տվյալների:

²⁹⁰ Տվյալների բացակայության պատճառով Ղազախստանի վերաբերյալ հաշվարկներ չեն կատարվել:

ճախ դա վերաարտահանում է, քան սեփական արտադրության արտահանում, իսկ բժշկական սարքավորումների պարագայում ներմուծված նույնիսկ մեկ սարքավորման վաճառքը մեկ այլ երկրի էապես ազդում է արտահանման ծավալի վրա:

Բժշկական սարքավորումների համաշխարհային արտահանման մեջ առյուծի բաժինը՝ ողջ բժշկական սարքավորումների 26%-ը, պատկանում է «Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքեր» ապրանքախմբին (HS 901890), և գլխավոր արտահանողն ԱՄՆ-ն է, որին պատկանում է շուկայի ավելի քան 23%-ը, այնուհետև Գերմանիան՝ ավելի քան 12%-ը, Նիդեռլանդները՝ 10%-ը (գծապատկեր 5.9):

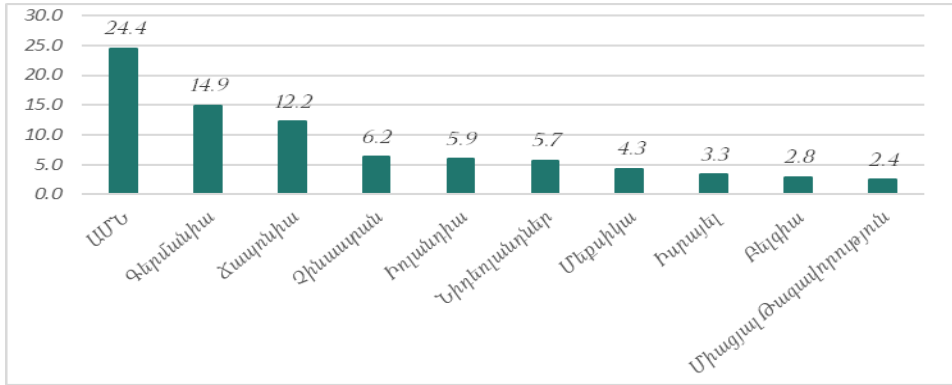


Գծապատկեր 5.9

Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքեր, 2021 թ.

Հաջորդը՝ շուրջ 7% մասնաբաժնով (HS 901819), «Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. այլ էլեկտրադիագնոստիկ ապարատներ» ապրանքախումբն է. առաջատարներն են Իռլանդիան՝ 20%, ԱՄՆ-ն՝ մոտ 18%, Նիդեռլանդները՝ 13%, Գերմանիան՝ 12% մասնաբաժնով (գծապատկեր 5.10):

Զարգացած երկրների գերակշռությունը բժշկական սարքավորումների արտահանման մեջ պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ այդ սարքավորումների մեծ մասը բարդ տեխնոլոգիատար ապրանքներ են և պահանջում են ՀևՄ (հետազոտություն և մշակում) մեծ ծախսեր, որոնք առավելապես հասանելի են բարձր եկամուտ ունեցող երկրներին: Բացի այդ, բժշկական սարքավորումներ արտադրող առաջատար ընկերությունները հիմնադրվել են հենց զարգացած երկրներում (աղյուսակ 5.11): Ըստ աղյուսակ 5.11-ի՝ այդ ընկերությունների հատույթը բավական մեծ է և նույնիսկ գերազանցում է որոշ երկրների ՀՆԱ-ն: Հատկանշական է, որ այս ընկերություններն աչքի են ընկնում նաև ՀևՄ-ի համար կատարված խոշոր հատկացումներով, որոնք ոչ միայն չեն կրճատվել, այլև ավելի են մեծացել:



Գծապարկեր 5.10

Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. այլ էլեկտրադիագնոստիկ ապարատներ, 2021 թ.

Բժշկական սարքավորումներ արտադրող խոշոր ընկերություններ, 2022 թ.²⁹¹

Աղյուսակ 5.11

Ընկերություն	Հասույթ, 2020 թ., մլրդ ԱՄՆ դոլար	ՀՆՄ ծախսեր, մլրդ ԱՄՆ դոլար	Գլխամասի տեղակայման վայր
1 Medtronic	31.7 ²⁹²	2.7	Իռլանդիա, Դուբլին, ԱՄՆ, Մինեսոտա
2 Johnson & Johnson	31.08 ²⁹³ /94.9	14.6	ԱՄՆ, Նյու Ջերսի
3 Abbott	19.1 ²⁹⁴ /43.6	2.8	ԱՄՆ, Իլլինոյս
4 Philips	20.1 ²⁹⁵	2.37	Նիդեռլանդներ, Ամստերդամ
5 Fresenius Medical Care	21.9 ²⁹⁶	0.26	Գերմանիա, Բադ Հոմբուրգ
6 GE Healthcare	18.3 ²⁹⁷	1.02	ԱՄՆ, Իլլինոյս
7 Becton Dickinson & Company	18.87 ²⁹⁸	1.26	ԱՄՆ, Նյու Ջերսի
8 Siemens Healthineers	20 ²⁹⁹	2.0	Գերմանիա, Էրլանգեն
9 Cardinal Health	15.8 ³⁰⁰	-	ԱՄՆ, Դուբլին (Օհայո)
10 Stryker	18.4 ³⁰¹	1.45	ԱՄՆ, Կալամագու

²⁹¹ Philips, Fresenius Medical Care, Siemens Healthineers ընկերությունների ֆինանսական հաշվետվությունների՝ եվրոյով արտահայտված թվերը փոխարկվել են դոլարի եվրոպական կենտրոնական բանկի 2022 թ. միջին փոխարժեքով:

²⁹² Տե՛ս https://filecache.investorroom.com/mr5ir_medtronic/454/MDT%202022%20Annual%20Report.pdf

²⁹³ Տե՛ս <https://www.investor.jnj.com/asm/2022-annual-report>

²⁹⁴ Տե՛ս <https://www.abbotinvestor.com/static-files/0587f57d-4340-4237-9974-a0ec15ba65d8>

²⁹⁵ Տե՛ս <https://www.results.philips.com/publications/ar20#highlights>

²⁹⁶ Տե՛ս https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/com/pdf/Media_Center/Publications/-Annual_Reports/FME_Annual_Report_2022_EN.pdf

²⁹⁷ Տե՛ս <https://www.gehealthcare.com/about/newsroom/press-releases/ge-healthcare-reports-fourth-quarter-and-full-year-2022-financial-results>

²⁹⁸ Տե՛ս <https://investors.bd.com/static-files/e6a33dab-635e-46c3-b8b8-d08411aac1cf>

²⁹⁹ Տե՛ս <https://corporate.webassets.siemens-healthineers.com/df821015cd8d47a/08fb7cbfa175/siemens-healthineers-ir-annual-report-2022.pdf>

³⁰⁰ Տե՛ս https://s201.q4cdn.com/566741227/files/doc_financials/2022/ar/CARDINAL-HEALTH-AR.pdf

Ըստ աղյուսակ 5.11-ի տվյալների՝ այդ ընկերությունների գլխամասային գրասենյակների գտնվելու վայրերը գրեթե համընկնում են բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումներ արտահանող երկրների տասնյակին: Թեպետ պետք է նշել, որ այդ ընկերություններից շատերն արտադրում են ոչ միայն բժշկական սարքավորումներ, այլև դեղագործական ապրանքներ:

Ինչ վերաբերում է բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումների ներմուծմանը, ապա 2021 թ. դա կազմել է 238.9 մլրդ ԱՄՆ դոլար: Իհարկե, համաշխարհային արտահանման և ներմուծման ծավալները հավասար կլինեն, եթե տեղի չունենային սխալներ և բացթողումներ, որոնք, սակայն, անխուսափելի են: Թեև, ըստ ներմուծման, առաջատար 20 երկրների մեջ զարգացող երկրների թիվն ավելի մեծ է, քան արտահանման դեպքում, սակայն բժշկական սարքավորումների ներմուծման գծով առաջատարները դարձյալ զարգացած երկրներն են (աղյուսակ 5.12): Իսկ քսանյակում ընդգրկված զարգացող երկրներն աչքի են ընկնում մեծաթիվ բնակչությամբ, որի շտրիիվ էլ հայտնվել են այդտեղ: Այնուամենայնիվ, զարգացող երկրները բժշկական սարքավորումների համաշխարհային առևտրին մասնակցում են առավելապես որպես ներմուծողներ: Համեմատության համար նշենք, որ եթե, ըստ արտահանման, առաջատար 5 երկրներին բաժին է ընկնում ողջ առևտրի ավելի քան 55%-ը, ապա ըստ ներմուծման՝ ընդամենը 49%-ը, և եթե, ըստ արտահանման, առաջատար 20 երկրներին բաժին է ընկնում ողջ առևտրի ավելի քան 90%-ը, ապա ըստ ներմուծման՝ 81%-ը: Այս ամենն օրինաչափ է այնքանով, որ զարգացած երկրները, աչքի ընկնելով ավելի բարձր կենսամակարդակով, բժշկական ծառայություններից օգտվելու ավելի մեծ հասանելիություն և մշակույթ ունեն: Բացի այդ, կյանքի միջին տևողության ավելացումը, հատկապես զարգացած երկրներում տարեց բնակչության տեսակարար կշռի աճը մեծացնում են բժշկական սարքավորումների նկատմամբ պահանջարկը:

Հայաստանը 2021 թ. ներմուծել է 73.7 մլն ԱՄՆ դոլարի բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումներ՝ շուրջ 7 անգամ ավելի, քան արտահանել է: ԵԱՏՄ երկրները (առանց Ղազախստանի), միասին վերցրած, ներմուծել են 4.9 մլրդ ԱՄՆ դոլարի բժշկական սարքավորումներ, որոնց 91%-ը պատկանում է ՌԴ-ին: Հայաստանի բաժինը ԵԱՏՄ ներմուծման մեջ ընդամենը 1.5% է, իսկ համաշխարհային ներմուծման մեջ՝ 0.03%: Ընդհանուր առմամբ, ԵԱՏՄ երկրների կողմից բժշկական սարքավորումների ներմուծումը մոտ 13 անգամ գերազանցել է արտահանումը:

³⁰¹ Տե՛ս https://s22.q4cdn.com/857738142/files/doc_financials/annuals/2022/SKY-002_2022-Comprehensive-Report_Full-Report_FINAL_ADA.pdf

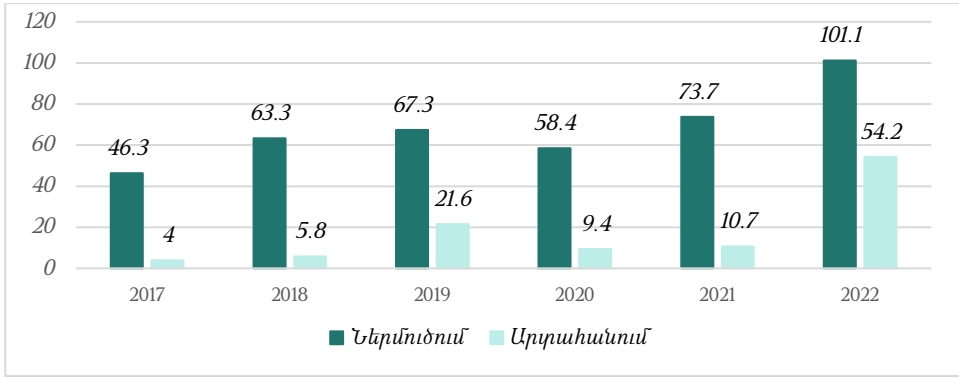
Բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումների ներմուծման գծով
առաջատար 20 երկրները, 2021 թ.³⁰² | Աղյուսակ 5.12

N	Երկիր	Ներմուծում, մլն ԱՄՆ դոլար	Տեսակարար կշիռը բժշկական սարքավորումների համաշխարհային ներմուծման մեջ (%)
1	ԱՄՆ	50.5	21.2
2	Չինաստան	23.7	9.9
3	Գերմանիա	19.6	8.2
4	Նիդեռլանդներ	17.7	7.4
5	Ճապոնիա	10.7	4.5
6	Ֆրանսիա	10.4	4.3
7	Միացյալ Թագավորություն	7.7	3.2
8	Իտալիա	6.3	2.6
9	Բելգիա	6	2.5
10	Ավստրալիա	5.1	2.2
11	Հնդկաստան	4.8	2.04
12	Իսպանիա	4.7	2
13	Կորեայի Հանրապետություն	4.6	1.9
14	ՌԴ	4.5	1.9
15	Շվեյցարիա	4.4	1.8
16	Սինգապուր	4	1.7
17	Մեքսիկա	3.7	1.5
18	Հոնկոնգ	3.1	1.3
19	Լեհաստան	2.5	1
20	Բրազիլիա	2.4	1

Այսպիսով՝ բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումներ արտահանողներն առավելապես բարձր եկամուտ ունեցող զարգացած երկրներն են: Զարգացող երկրները բժշկական սարքավորումների համաշխարհային առևտրին մասնակցում են հիմնականում որպես ներմուծողներ, սակայն դարձյալ էապես զիջում են զարգացածներին: Ինչպես պարզ դարձավ ուսումնասիրությունից, բժշկական տեխնոլոգիատար սարքավորումներ արտադրող ընկերությունները ՀևՄ ուղղությամբ տարեկան մեծ հատկացումներ են կատարում: Հետևաբար՝ բժշկական սարքավորումների արտադրության նպատակ հետապնդողները պետք է անպայմանորեն պատրաստ լինեն կատարելու ՀևՄ ծախսեր:

Ինչ վերաբերում է Հայաստանին, ապա մեր երկրի մասնակցությունը բժշկական սարքավորումների համաշխարհային առևտրին գնահատելու համար դիտարկենք վերջին տարիների տվյալները (գծապատկեր 5.11):

³⁰² Հաշվարկը կատարել են հեղինակները՝ ըստ «More trade for better health? International trade and tariffs on health products», Appendix IV, WTO մեթոդաբանության և UN Comtrade տվյալների:



Աղբյուրը՝ UN Comtrade data

Գծապատկեր 5.11

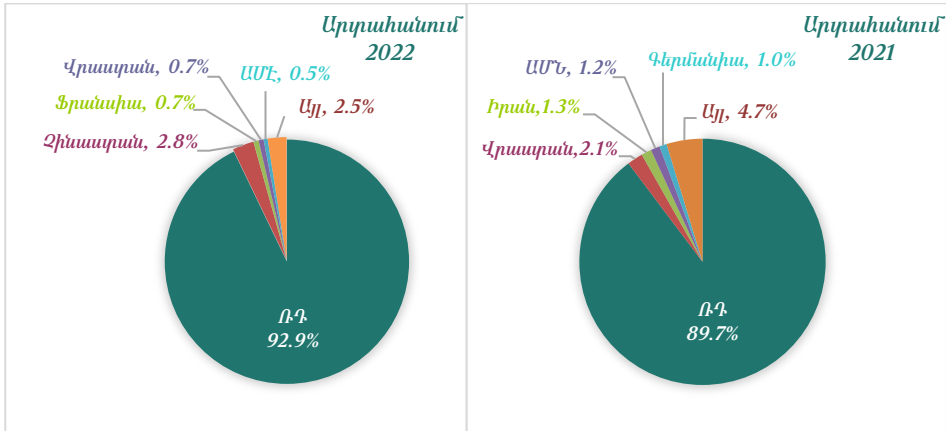
ՀՀ բժշկական սարքավորումների առևտուրը 2017–2022 թթ.

Բժշկական սարքավորումները սահմանվում են որպես ցանկացած սարքավորումներ և գործիքներ, որոնք կիրառվում են հիվանդությունների բուժման և ախտորոշման համար ու անմիջական շփման մեջ են հիվանդի հետ³⁰³: Հետազոտությունում այս ապրանքների առևտրի ծավալները որոշելիս հիմք է ընդունվել Առևտրի համաշխարհային կազմակերպության դասակարգումը³⁰⁴:

Մինչև 2019 թ. նկատվել է թե՛ արտահանման, թե՛ ներմուծման աճի միտում: 2019 թ. բժշկական սարքավորումների արտահանումը կազմել է 21,6 մլն ԱՄՆ դոլար, ներմուծումը՝ 67,3 մլն ԱՄՆ դոլար: 2020 թ. անկում է գրանցվել թե՛ արտահանման, թե՛ ներմուծման գծով. արտահանումը կրճատվել է 56.5%-ով (9,4 մլն ԱՄՆ դոլար), ներմուծումը՝ 13.2%-ով (58.4 մլն ԱՄՆ դոլար): Հաջորդ երկու տարիներին թե՛ արտահանման, թե՛ ներմուծման աճ է գրանցվել: Ընդ որում, 2022 թ. շեշտակի աճել է արտահանումը՝ 10,7 մլն ԱՄՆ դոլարից հասնելով 54,2 մլն ԱՄՆ դոլարի (406,5%): Հարկ է նաև նշել, որ բժշկական սարքավորումների արտահանումը 2022 թ. կազմել է ՀՀ ընդհանուր արտահանման 1,0 %-ը, 2021 թ.՝ ընդամենը 0,4%-ը: Չնայած շեշտակի աճին, սարքավորումներին ցածր է համաշխարհային ցուցանիշից և ցույց է տալիս այս ոլորտի ոչ էական դերը ՀՀ արտաքին տնտեսական գործունեության մեջ:

³⁰³ Տե՛ս Top Markets Report Medical Devices A Market Assessment Tool for U.S. Exporters, May 2016, https://legacy.trade.gov/topmarkets/pdf/Medical_Devices_Top_Markets_Report.pdf

³⁰⁴ Տե՛ս Helble Matthias, More Trade for Better Health? - International Trade and Tariffs on Health Products (October 2012). Available at SSRN, <https://ssrn.com/abstract=2165734> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2165734>



Գծապատկեր 5.12

ՀՀ բժշկական սարքավորումների արտահանման աշխարհագրական կառուցվածքը 2021–2022 թթ.

Ինչպես երևում է գծապատկեր 5.12-ից, ՀՀ բժշկական սարքավորումների արտահանման գծով ամենախոշոր և հիմնական գործընկերը Ռուսաստանն է, որին բաժին է ընկնում արտահանման 92.9%-ը: Մյուս խոշոր գործընկերներն են Չինաստանը, Ֆրանսիան, Վրաստանը, ԱՄԷ-ն: Բացառությամբ Ռուսաստանի, մյուս երկրների հետ առևտուրը կայուն չէ: Օրինակ՝ 2022 թ. արտահանման գծով երկրորդ խոշոր գործընկերը եղել է Չինաստանը, որի մասնաբաժինը կազմել է 2,8% (1,5 մլն ԱՄՆ դոլար), իսկ 2021 թ. ՀՀ գործընկերների շարքում եղել է 10-րդը (49 հազ. ԱՄՆ դոլար): Երրորդ գործընկերը Ֆրանսիան է, որի մասնաբաժինը 2022 թ. կազմել է 0,7% (368 հազար ԱՄՆ դոլար), այն դեպքում, երբ 2021 թ. եղել է 18-րդ գործընկերը՝ 0,09% մասնաբաժնով (9 հազար ԱՄՆ դոլար): Արտաքին տնտեսական կապերի այսպիսի անկայունությունը բացատրվում է մի շարք հանգամանքներով: Նախ՝ արտահանվել են այնպիսի ապրանքներ, որոնք արտադրվել են այլ երկրներում: Օրինակ՝ 2022 թ. Ռուսաստան և Վրաստան են արտահանվել «հաշմանդամների սայլակ» ապրանքախմբի ապրանքներ, որոնց ծագման երկիրը Չինաստանն է³⁰⁵: Մյուս հանգամանքը բժշկական սարքավորումների արժեքների խիստ տարբերությունն է: Կան այնպիսի թանկարժեք սարքավորումներ, որոնց անգամ փոքրաքանակ առևտուրը կարող է էականորեն ազդել առևտրի ծավալների վրա: Օրինակ՝ 2019 թ. ՌԴ է արտահանվել 7 մլն ԱՄՆ դոլար արժողությամբ համակարգչային շերտագրման մեկ սարք, որը կազմել է տվյալ տարվա բժշկական սարքավորումների արտահանման 32,4%-ը³⁰⁶:

³⁰⁵ Աղբյուրը՝ Պետական եկամուտների կոմիտեի կայքէջ:
³⁰⁶ Աղբյուրը՝ ՎԿ կայքէջ, <https://www.armstat.am/am/?nid=778>

Ներմուծումը խիստ բազմազանեցված է: Հայաստանը բժշկական սարքավորումներ ներմուծում է աշխարհի 70 երկրից (2022 թ.): Ներմուծման գծով ամենախոշոր գործընկերը Գերմանիան է, որին բաժին է ընկնում ներմուծման 24,4%-ը (24,6 մլն ԱՄՆ դոլար): Հաջորդ գործընկերը Չինաստանն է, որին բաժին է ընկնում ներմուծման 18,0%-ը (18,2 մլն ԱՄՆ դոլար), երրորդ խոշոր գործընկերը ԱՄՆ-ն է՝ 7,4% մասնաբաժնով (7,5 մլն ԱՄՆ դոլար): Ներմուծման աշխարհագրական կառուցվածքը հարաբերականորեն կայուն է և տարբեր տարիներին էական փոփոխությունների չի ենթարկվել: Նախորդ տարի ներմուծման գծով խոշորագույն գործընկերը եղել է Չինաստանը՝ 19,8% մասնաբաժնով, երկրորդ տեղում Գերմանիան է՝ 18,5% մասնաբաժնով: Մեր կարծիքով՝ Չինաստանից ներմուծման դերի նվազումը ևս պայմանավորված է համավարակի հաղթահարմամբ և դրան առնչվող ապրանքների պահանջարկի նվազմամբ:

Աղյուսակ 5.13

Բժշկական սարքավորումների արտահանումը 2021–2022 թթ., ԱՄՆ դոլար

ԱՏԳ ԱՍ ծածկագիր	Ապրանքախմբի անվանում	Արտահանման ծավալ, 2022, հազ. ԱՄՆ դոլար	Մասնաբաժին, 2022, %	Արտահանման ծավալ, 2021, հազ. ԱՄՆ դոլար	Մասնաբաժին, 2021, %
901890	Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքեր	29444,5	54.4	6522,1	60.9
902190	Այլ տեխնիկա, որը կրում են կամ ինպլանտավորում են մարմնում՝ հաշմանդամությունը կամ արատը փոխհատուցելու համար	3870,5	7.1	192,4	1.8
901110	Մանրադիտակներ, բարդ օպտիկական; ստերեոսկոպիկ մանրադիտակներ	3587,3	6.6	0	0
901849	Ատամնաբուժական սարքեր. այլ	3386,4	6.3	726,4	6.8
841920	Բժշկական, վիրաբուժական կամ լաբորատոր ստերիլիզատորներ	2109,3	3.9	5,5	0.1
902139	Մարմնի արհեստական մասեր. այլ՝ բացի արհեստական հոդերից	1909,5	3.5	64,5	0.6
901850	Ակնաբուժական սարքեր և գործիքներ	1657,9	3.1	2,2	0.0
902110	Օրթոպեդիկ և կոտրվածքների բուժման այլ սարքեր	1238,3	2.3	888,8	8.3
940290	Բժշկական, վիրաբուժական, անասնաբուժական օգտագործման կահույք (օր.՝ վիրահատական սեղան և այլն)	1202,7	2.2	133,4	1.2
902129	Ատամնաբուժ. մասեր. այլ	949,3	1.8	353,4	3.3
	Այլ	4810,6	8.8	2173,2	20.3

Այժմ դիտարկենք բժշկական սարքավորումների արտահանման ապրանքային կառուցվածքը: Բժշկական սարքավորումները ներառում են ԱՏԳ ԱԱ վեցանիշ դասակարգման 40 ապրանքախումբ (հավելված 1):

Արտահանման ծավալի կեսից ավելին կազմում է «Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքավորումներ» ապրանքախումբը, որի ծավալը 2022 թ. կազմել է 29.4 մլն ԱՄՆ դոլար: Նախորդ տարի այս ապրանքախմբի արտահանման մասնաբաժինը ավելի մեծ է եղել՝ 60,9%: Տվյալ ապրանքախմբի ապրանքներից արտահանվում են հիմնականում «հեռոդիալիզատորներ» և «Արյան, արյան փոխարինիչների և ինֆուզիոն լուծույթների վերցման ու փոխներարկման համար նախատեսված համակարգեր»: Ընդ որում, պետք է նշել, որ, բացի «Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքավորումներ» ապրանքախմբից, մնացած ապրանքների արտահանումը կայուն չէ:

Արտահանման ծավալներով հաջորդ ապրանքախումբն է «Այլ տեխնիկա, որը կրում են կամ իմպլանտավորում են մարմնում՝ հաշմանդամությունը կամ արատը փոխհատուցելու համար», որի արտահանումը 2022 թ. կազմել է 3,9 մլն ԱՄՆ դոլար: Նախորդ տարի այս ապրանքների արտահանումը կազմել է 192 հազ. ԱՄՆ դոլար: Երրորդ խոշոր ապրանքախումբն է «Մանրադիտակներ, բարդ օպտիկական; ստերեոսկոպիկ մանրադիտակներ»՝ 3,6 մլն ԱՄՆ դոլար ծավալով, այն դեպքում, երբ 2021 թ. այս ապրանքների արտահանում ընդհանրապես չի եղել: Հաջորդ խոշոր ապրանքախումբը «Այլ ատամնաբուժական սարքեր» խումբն է՝ 3,4 մլն ԱՄՆ դոլար արժեքով և 6,3% մասնաբաժնով: Այս սարքերի արտահանումը բավականին կայուն է, եթե հաշվի առնենք, որ նախորդ տարի այլ ատամնաբուժական սարքերի արտահանումը ավելի մեծ մասնաբաժին է ունեցել և կազմել է բժշկական սարքերի արտահանման 6,8%-ը: Հայաստանը արտահանում է նաև բժշկական, վիրաբուժական կամ լաբորատոր ստերիլիզատորներ, մարմնի արհեստական մասեր, ակնաբուժական սարքեր և գործիքներ, օրթոպեդիկ հարմարանքներ, բժշկական նշանակության կահույք:

5.3

Առողջապահական ծառայությունների արտահանման հիմքերը. առողջապահական զբոսաշրջություն

Մարդիկ դեռ շատ վաղուց ճանփորդել են բուժման և առողջության վերականգնման նպատակով: Առողջապահական զբոսաշրջությունը ներառում է բժշկական և առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջությունները:

Բժշկական զբոսաշրջությունը ենթադրում է ճանապարհորդություն մշտական բնակության վայրից դեպի այլ վայրեր բուժման և բժշկական օգ-

նություն ստանալու նպատակով³⁰⁷: Դրա անհրաժեշտությունը պայմանավորված է այլ վայրերում տարբեր բժշկական ծառայությունների և բարձրակարգ բժիշկների առկայության, բարձր որակի, երբեմն՝ ցածր գների հետ:

Ըստ Ճանապարհորդությունների և զբոսաշրջության համաշխարհային խորհրդի «Medical Tourism: A Prescription for a Healthier Economy» զեկույցի, որն ընդգրկում է 115 երկրում կատարված վերլուծության արդյունքները, բժշկական զբոսաշրջության ապրանքների և ծառայությունների վրա կատարված միջազգային ծախսումները 2000–2017 թվականների ընթացքում աճել են 358 տոկոսով՝ 2,4 միլիարդ ԱՄՆ դոլարից հասնելով 11 միլիարդ ԱՄՆ դոլարի: ԱՄՆ-ն համարվել է ներգնա բժշկական զբոսաշրջիկների ամենամեծ դեստինացիան, որտեղ զբոսաշրջիկների ծախսերը 2017 թ. կազմել են 4 մլրդ ԱՄՆ դոլար՝ բժշկական զբոսաշրջության համաշխարհային ծախսումների 36 տոկոսը: Ներգնա զբոսաշրջային զարգացող դեստինացիաներ են համարվել Թաիլանդը, Թուրքիան, Հորդանանը, Կոստա Ռիկան, Մեքսիկան: ԱՄՆ-ն նաև արտագնա բժշկական զբոսաշրջության շուկայի առաջատարն է՝ ներկայացնելով շուկայի 20 տոկոսը. 2017 թ. ԱՄՆ-ի քաղաքացիները այլ երկրներում ծախսել են 2,3 միլիարդ ԱՄՆ դոլար բժշկական զբոսաշրջության նպատակով:

Զեկույցում նաև առանձնացվել են տարբեր երկրների կողմից կիրառվող արդյունավետ քաղաքականությունները՝ բժշկական զբոսաշրջության խթանման նպատակով: Այսպես՝

- Կանոնակարգել մասնագետների և բժշկական հաստատությունների միջազգային հավատարմագրման գործընթացը: Միջազգային համատեղ հանձնաժողովը (Joint Commission International-JCI) առողջապահության հավատարմագրման միջազգային առաջատար կազմակերպություններից մեկն է, որն աշխատում է բարելավել հիվանդների անվտանգությունը և առողջապահության որակը՝ առաջարկելով կրթություն, հրատարակություններ և խորհրդատվական ծառայություններ: Ավելի քան 100 երկրում JCI-ն համագործակցում է հիվանդանոցների, կլինիկաների, գիտական բժշկական հաստատությունների, առողջապահական գործակալությունների, նախարարությունների և գիտական հաստատությունների հետ՝ խթանելու առողջապահության խստացված չափորոշիչները:
- Տրամադրել հատուկ վիզային աջակցություն:
- Ապահովել վերապատրաստում և հմտությունների բարելավում՝ տաղանդների զարգացման նպատակով:
- Մշակել և իրականացնել նպատակային մարքեթինգային ռազմավարություն:

³⁰⁷ Տե՛ս Medical tourism, <https://www.britannica.com/science/medical-tourism>

- Մշակել ֆինանսական խթաններ՝ ներդրումներ ներգրավելու համար³⁰⁸:

Համաշխարհային բժշկական զբոսաշրջության շուկայի չափը 2019 թ. կազմել է 104,68 միլիարդ ԱՄՆ դոլար, և կանխատեսվում է, որ 2027 թ. կհասնի 273,72 միլիարդ ԱՄՆ դոլարի՝ տարեկան 12,8 տոկոս ան գրանցելով: Բժշկական զբոսաշրջության համաշխարհային շուկան 2019 թ. կազմել է 23442,9 հազար հիվանդ, և կանխատեսվում է, որ 2027 թ. այդ ցուցանիշը կհասնի 70358,61 հազարի: Առավել պահանջված ծառայություններից են ատամնաբուժությունը, կոսմետիկ բուժումը, սիրտ-անոթային, օրթոպեդիկ, նյարդավիրաբուժական, քաղցկեղի, անպտոդության բուժման ծառայությունները: COVID-19 համավարակը տարբեր աստիճանի բացասական ազդեցություն ունեցավ բժշկական զբոսաշրջության շուկայի բոլոր հատվածների վրա: Օրինակ՝ ավելի մեծ վնաս կրեցին ատամնաբուժությունը, կոսմետիկ բուժումը և այլն³⁰⁹:

Ըստ բժշկական զբոսաշրջության ինդեքսի, որը գնահատում է բժշկական ճանապարհորդության համար երկրների գրավչությունը, երկրի տնտեսությունն ու հանրային իմիջը, առողջապահական ծախսերը և խնամքի որակը (որոնք համարվում են բժշկական զբոսաշրջությունը խթանող հիմնական գործոններ), առանձնացվել են բժշկական զբոսաշրջության համար աշխարհի լավագույն ուղղությունները³¹⁰:

1. Կանադա, որտեղ միայն ԱՄՆ-ից տարեկան 14 մլն զբոսաշրջիկ է այցելում բուժման նպատակով,
2. Մինգապուր, որտեղ, 2019 թ. տվյալներով, 500000-ից ավելի բժշկական զբոսաշրջիկ է այցելել՝ մատչելի և բարձրորակ բժշկական ծառայությունների շնորհիվ: Օրինակ՝ ազդրի փոխարինման վիրահատությունը եթե ԱՄՆ-ում 45000 ԱՄՆ դոլար է, ապա Մինգապուրում՝ 13000 ԱՄՆ դոլար:
3. Ճապոնիա, որն առաջատար բժշկական տեխնոլոգիաների և մատչելի գների շնորհիվ գրավում է զբոսաշրջիկներին, որոնց մեծ մասը Չինաստանից են ժամանում: Ճապոնիան հայտնի է քաղցկեղի բուժման և կոսմետիկ վիրաբուժության կենտրոններով:
4. Իսպանիան գրավում է բժշկական զբոսաշրջիկներին բարձր որակի և մատչելի գների շնորհիվ: Կոսմետիկ պրոցեդուրաներից, օրինակ,

³⁰⁸ St'u Medical Tourism: A Prescription for a Healthier Economy, WTTC, 2019, <https://brasilturis.com.br/wp-content/uploads/2019/11/Medical-Tourism-2019.pdf>

³⁰⁹ St'u Medical Tourism Market by Treatment Type (Dental Treatment, Cosmetic Treatment, Cardiovascular Treatment, Orthopedic Treatment, Neurological Treatment, Cancer Treatment, Fertility Treatment, and Others): Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2019–2027, <https://www.alliedmarketresearch.com/medical-tourism-market>

³¹⁰ St'u Top 10 Medical Tourism Destinations in the World, <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/top-10-medical-tourism-destinations-world>

ղեմքի մաշկի ձգումը եթե ԱՄՆ-ում արժե 15000 ԱՄՆ դոլար, ապա Իսպանիայում՝ միջինը 5000 ԱՄՆ դոլար:

5. Միացյալ Թագավորություն, որտեղ, օրինակ, ծնկի փոխարինման վիրահատությունը, որի արժեքը ԱՄՆ-ում 30000 ԱՄՆ դոլարից ավելի է, արվում է 20000 ԱՄՆ դոլարից էլ ցածր արժեքով:
6. Միացյալ Արաբական Էմիրություններ, որն ունի համաշխարհային կարգի հիվանդանոցներ և միջազգային բժիշկներ՝ տարբեր մասնագիտությունների գծով: Երկիրն ընդունում է բժշկական զբոսաշրջիկներ հիմնականում Ասիայից և հարևան Արաբական ու Պարսից ծոցի երկրներից, ինչպես նաև եվրոպական և աֆրիկական որոշ երկրներից: Աբու Դաբին 2019 թվականին գործարկել է բժշկական զբոսաշրջության էլեկտրոնային հարթակը, որը միջազգային հիվանդներին տրամադրում է քաղաքի բոլոր բժշկական առաջարկների և առողջապահական հաստատությունների մանրամասները: Զբոսաշրջիկները էլեկտրոնային հարթակի միջոցով կարող են ծանոթանալ բժշկական զբոսաշրջության ապահովագրության փաթեթներին, ինչպես նաև զբոսաշրջային այլ ծառայությունների, ինչպիսիք են հյուրանոցների ամրագրումը, փոխադրումը և ժամանցի կազմակերպումը:
7. Կոստա Ռիկյան բժշկական զբոսաշրջիկ է ընդունում հիմնականում Կանադայից և ԱՄՆ-ից: Կենտրոնական Ամերիկայի այս երկիրը վերջին մի քանի տարիներին անընդմեջ բարձր տեղ է զբաղեցնում ստոմատոլոգիայի և կոսմետիկ վիրաբուժության ոլորտներում՝ Կանադայից և ԱՄՆ-ից էլ բարձր: Երկիրը նաև հայտնի է աչքի վիրաբուժության, քաղցկեղի թերապիայի ոլորտներում: Կոստա Ռիկայում առողջապահական ծառայությունների արժեքը 45%-65%-ով ցածր է, քան ԱՄՆ-ում:
8. Իսրայել շատ են այցելում Մեռյալ ծովի, ինչպես նաև արտամարմնային բեղմնավորման, պտղաբերության բուժումների համար:
9. Հնդկաստանը բժշկական նպատակներով ամենաշատ այցելվող երկրներից մեկն է, ինչին նպաստում է ընդլայնված վիզայի քաղաքականությունը: Բժշկական վիզայի քաղաքականությունը հնարավորություն է տալիս հիվանդներին մնալու մինչև 60 օր, ինչպես նաև առաջարկում է բժշկական ուղեկցող վիզա հարագատների համար: Հնդկաստանի կառավարությունը բժշկական զբոսաշրջության հարթակ³¹¹ է գործարկել, ինչը թույլ է տալիս հիվանդներին մուտք գործել այդ երկրի առողջապահական հաստատությունների ցանց և տեսնել բժշկական ծառայությունների ցուցակը: Սա հնարավորություն է տալիս հիվանդներին մինչ ժամանումը պլանավորելու և ամրագրելու այ-

³¹¹ St' u India Health Care Tourism, <http://www.indiahealthcaretourism.com/>

ըը, նույնիսկ պատվիրելու այլ ծառայություններ, այդ թվում՝ բնակության և հանգստի միջոցառումներ:

Հայաստանում ևս բժշկական զբոսաշրջությունը զարգացման հնարավորություններ ունի: Ըստ փորձագիտական տվյալների՝ Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության ամենապահանջված ուղղություններն են պլաստիկ վիրաբուժությունը (հատկապես՝ քթի), ստոմատոլոգիական, գինեկոլոգիական, վնասվածքաբանական ծառայությունները: Ընդ որում՝ զբոսաշրջիկները ոչ միայն արտերկրում բնակվող ծագումով հայերն են, այլ նաև օտարերկրացիները Եվրոպայից, Իրանից և ԱՄԷ-ից:

ՀՀ ներգնա զբոսաշրջային այցերն ըստ նպատակի, 2017–2022 թթ.³¹² | Աղյուսակ 5.15

Թվաքանակ / տարի	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ՀՀ ներգնա զբոսաշրջիկներ որոնցից՝ ՀՏՕ-ներում հանգրվանած ներգնա զբոսաշրջիկներ	1494779	1651782	1894377	360338	875772	1665658
որոնցից՝ ըստ նպատակի.						
գործնական	23,9 %	27,3 %	15,9 %	15,8%	25,8%	26,5%
հանգստի և ժամանցի	52,8 %	48,8 %	55,4 %	50,3%	52,3%	55,0%
բուժման	0,2 %	1,4 %	0,5 %	0,4%	0,5%	0,2%
այլ	23,1 %	22,5 %	28,2 %	33,5%	21,4%	18,3%

Բուժման նպատակով Հայաստան ժամանած զբոսաշրջիկների թվի մասին չկա ստույգ վիճակագրություն: 2019 թ. հյուրանոցային տնտեսության օբյեկտներում (ՀՏՕ) հանգրվանած և ըստ նպատակի հաշվառված զբոսաշրջիկների 0,5%-ի կամ շուրջ 2751-ի, 2020 թ.՝ 0,4%-ի կամ 1500 զբոսաշրջիկի, 2021 թ.՝ 0,5%-ի կամ 1392 զբոսաշրջիկի, իսկ 2022 թ.՝ 0,2%-ի կամ 1291 զբոսաշրջիկի նպատակն է եղել բուժումը, սակայն, հնարավոր է, զբոսաշրջիկները չեն հանգրվանել ՀՏՕ-ներում, այլ ապրել են վարձու բնակարաններում կամ ծանոթ-բարեկամի տանը:

Ներքին զբոսաշրջիկներից 2020 թ. 53500-ի, 2021 թ. 67325-ի, իսկ 2022 թ. 67298-ի նպատակն է եղել բուժումը, սակայն սա կրկին վերաբերում է ՀՏՕ-ներում հանգրվանածներին:

³¹² ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2019 թ. հունվարին, էջ 105,

https://www.armstat.am/file/article/sv_01_19a_421.pdf

ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2020 թ. հունվարին, էջ 112-113,

https://www.armstat.am/file/article/sv_01_20a_421.pdf

ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2021 թ. հունվարին, էջ 113-114,

https://www.armstat.am/file/article/sv_01_21a_421.pdf

ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թ. հունվարին, էջ 112-113,

https://www.armstat.am/file/article/sv_01_22a_421.pdf

ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թ. հունվարին, էջ 130-132,

https://armstat.am/file/article/sv_01_23a_421.pdf

Այս առումով հարկ է նշել, որ բուժման նպատակով բաժանումը ընդհատոր է, այսինքն՝ դա կարող է ներառել և՛ առողջարանային-վերականգնողական, և՛ բժշկական նպատակով ճամփորդող զբոսաշրջիկներին:

Ցավոք, ավելի ընդգրկուն վիճակագրական տվյալներ չկան ըստ մարզերի, ըստ հյուրանոցային տնտեսության օբյեկտի տեսակների, ըստ ազգության և ժամանման երկրի, ըստ մնալու տևողության, ըստ պահանջված ծառայությունների տեսակի ճամփորդողների մասին:

ՀՀ ներքին զբոսաշրջիկների թվաքանակն ըստ նպատակի, 2017–2022 թթ.³¹³

Աղյուսակ 5.15

Թվաքանակ / տարի	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ընդամենը զբոսաշրջիկներ*, որոնցից ըստ նպատակի.	1086707	1092322	1544600	1045756	1595826	1929940
գործնական	252787	207761	280542	150649	247843	383873
հանգստի և ժամանցի	742188	781668	1112305	765100	1229224	1412388
բուժման	43558	58339	52006	53500	67325	67298
այլ	48174	44554	99747	76507	51434	66381

* Տվյալներն արտացոլում են հյուրանոցային տնտեսության օբյեկտներում (հյուրանոցներ, հյուրանոցափայտ հանգրվաններ, առողջարաններ, հանգստյան տներ և այլն) հաշվառված զբոսաշրջիկներին:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը ևս չունի տվյալներ, թե որքան է կազմում բժշկական նպատակներով ժամանող զբոսաշրջիկների թիվը, ինչ բժշկական ծառայություններից են օգտվում և այլն: Առանձին պետական կամ մասնավոր բժշկական հաստատություններ ևս չեն հրապարակում բժշկական զբոսաշրջիկներին վերաբերող թվերը:

Դեռևս 2013 թ. ՀՀ սահմանային անցման կետերում ժամանողների և մեկնողների շրջանում կատարված հարցումների արդյունքում պարզ է դարձել, որ հարցվող 22100 ներգնա զբոսաշրջիկների 8.47 տոկոսի նպատակն է եղել բուժումը, իսկ հայկական ծագմամբ զբոսաշրջիկների 11,92 տոկոսինը: Բուժման նպատակով ժամանողների շուրջ 80 տոկոսը կանայք են, շուրջ 60 տոկոսը՝ 36-63 տարեկան, 30 տոկոսը՝ 18-35 տարեկան անձինք³¹⁴:

³¹³ ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2018 թ. հունվարին, էջ 97, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_18a_422.pdf,
 ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2019 թ. հունվարին, էջ 106, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_19a_422.pdf,
 ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2020 թ. հունվարին, էջ 115, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_20a_422.pdf
 ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2021 թ. հունվարին, էջ 115, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_21a_422.pdf
 ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թ. հունվարին, էջ 114, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_22a_422.pdf
 ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թ. հունվարին, էջ 133, https://armstat.am/file/article/sv_01_23a_422.pdf

³¹⁴ Տե՛ս Հաշվետվություն 2013 թվականին Հայաստանի Հանրապետության սահմանային անցման կետերում միջազգային այցելությունների վերաբերյալ ընտրանքային

2021 թ. ՀՀ-ում կար առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) 487 հաստատություն, որից 136-ը՝ Երևանում, 122 հիվանդանոցային հաստատություն, որից 56-ը՝ Երևանում³¹⁵: Բոլոր մասնագիտությունների գծով բժիշկների թիվը (ներառյալ՝ ատամնաբույժներ) 2021 թ. կազմել է 14548, որից Երևանում՝ 10767³¹⁶:

ՀՀ-ից միայն «Աստղիկ» բժշկական կենտրոնն ունի միջազգային հավատարմագրում Joint Commission International-ի կողմից, որը ստացել է 2022 թ. Հուլիսի 23-ին³¹⁷:

Ըստ ՀՀ զբոսաշրջության 2021–2030 թթ. ռազմավարության նախագծի, որն այդպես էլ չընդունվեց, զբոսաշրջության հիմնական տեսակների մեջ առանձնացվել է նաև բժշկական/առողջարանային զբոսաշրջությունը: Ըստ ռազմավարության նախագծի՝ բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության նպատակով ժամանող զբոսաշրջիկները հիմնականում սփյուռքահայեր և ռուսներ են, ովքեր մոտ 2 շաբաթով ժամանում են Հայաստան՝ առողջարանային բուժման, ատամնաբուժության և պլաստիկ վիրաբուժական միջամտություններ կատարելու նպատակով: Վերջին 2-ը միասին կազմում են Հայաստանի ամբողջ զբոսաշրջային արդյունաբերության 2%-ը:

Ըստ նախագծի՝ Հայաստանի բժշկական զբոսաշրջության ոլորտը, որը կենտրոնացած է Երևանում, կազմում է զբոսաշրջության ամենավտոր ոլորտներից մեկը: Բուժական նպատակով ճամփորդողները սովորաբար որոշում են մեկնել այն ժամանակ, երբ այդպիսով կարող են խնայել իրենց երկրում արվելիք ծախսերի ավելի քան 30%-ը: Օրինակ՝ Հայաստանում պլաստիկ վիրահատությունն ավելի մատչելի է, քան Եվրոպայում, լազերային վիրահատությունները Հայաստանում 50%-ով ավելի էժան են, քան Կանադայում: Բժշկական զբոսաշրջիկները, որոնք հիմնականում հայկական սփյուռքի ներկայացուցիչներ ու ռուսներ են, սովորաբար Հայաստան են գալիս 10-15 օրով՝ առավել հաճախ ատամնաբուժական միջամտությունների և պլաստիկ վիրաբուժության համար (զբոսաշրջիկների 65%-ը գալիս է Հայաստան ատամնաբուժական ծառայություններից օգտվելու նպատակով): Վերականգնողական շրջանը սովորաբար տևում է 7–8 օր: Այն բանից հետո, երբ զբոսաշրջիկները ստանում են իրենց առաջնային բուժումը, նրանք սովորաբար շրջում են երկրում: Մասնավորապես՝ ատամնաբուժական նպատակներով ժամանած

հետազոտության արդյունքների մասին, Եր., 2014, էջ 23-27,

<https://www.mineconomy.am/media/2076/1456.pdf>

³¹⁵ Տե՛ս Անդրեասյան Դ., Բազարյան Ա. և այլք, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան - 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022, էջ 218, <https://nih.am/assets/pdf/atvk/b82fc49555b30dc398d0570aedcf5421.pdf>

³¹⁶ Տե՛ս նույն տեղը, էջ 256:

³¹⁷ Տե՛ս JCI-accredited organizations, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>

զբոսաշրջիկները համարվում են լիարժեք զբոսաշրջիկներ, քանի որ բուժում ստանալուց հետո նրանք հետագա բուժզննման կարիք չեն ունենում:

Ըստ ռազմավարության նախագծի՝ բժշկական զբոսաշրջությունը Հայաստանում համարվում է ոլորտի այն նեղ բնագավառներից մեկը, որը հեռանկարային է թվում աճի համար, բայց փոքր ծավալով՝ հաշվի առնելով լրացուցիչ ենթակառուցվածքների և շուկայավարման ու ուղևորությունների դյուրացման ուղղությամբ ներդրումներ անելու անհրաժեշտությունը: Հայաստանն այսօր ունի մեծ պահանջարկ սփյուռքի բնակչության մի կայուն հատվածի կողմից և ծառայությունների բարձր որակ: Շատ բժիշկներ վերապատրաստում են անցնում արտերկրում և ունեն պատշաճ որակավորում ունեցող բժշկի համբավ: Հայաստանում կան նաև ժամանակակից բարձրորակ սարքավորումներ: Այս որակները համադրելով այն փաստի հետ, որ բժշկական զբոսաշրջիկների մեծ մասն ի վիճակի է վայելելու երկրորդային հանգիստ երկշաբաթյա ուղևորության ընթացքում, կարելի է նշել, որ Հայաստանը լավ հնարավորություններ ունի այս ոլորտի հավանական աճի համար³¹⁸:

Աղյուսակ 5.16

Բժշկական ծառայությունների արժեքները ՀՀ-ում և աշխարհում

Բժշկական ծառայություն	ՀՀ (դրամ)	ՀՀ (ԱՄՆ դոլար ³¹⁹)	Bookimed անցանց հարթակում ներառված 937 հիվանդանոցների միջին արժեքները (դոլար) ³²⁰
Առտոկորոնար շունտավորում	2500000 ³²¹	6456	4245-55000
Դեմքի մաշկի ձգման վիրահատություն (facelift surgery)	350000 ³²²	904	2181-18170
Ատամնաբուժական ինպլանտացիա	135000-450000 ³²³	349-1162	200-11475
Քթի ռինոպլաստիկա	330000 ³²⁴	852	499-6000
Լիպոսակցիա	100000-350000 ³²⁵	258-904	2192-9400

Հարկ է ներկայացնել մի քանի բժշկական ծառայությունների համեմատական արժեքները ՀՀ-ում և աշխարհում: Ըստ Bookimed բժշկական զբոսա-

³¹⁸ Տե՛ս Հայաստանի զբոսաշրջության գարգացման 2021–2030 թվականների ռազմավարության նախագիծ, <https://www.e-draft.am/projects/2790/about>

³¹⁹ Փոխարժեքը, 1 դոլարը՝ 387,21 դրամ, 21.04.2023:

³²⁰ Արժեքները ներկայացված են 21.04.2023 թ. դրությամբ:

³²¹ Տե՛ս Սիրտ-անոթային վիրաբուժության բաժանմունք, <https://www.erebunimed.com/arm/department/76>

³²² Տե՛ս Պլաստիկ և միկրովիրաբուժության բաժանմունք, <https://www.erebunimed.com/arm/department/95>

³²³ Տե՛ս Price – Stomatology, https://www.medesy.am/arm/Prices_Stomatology.html

³²⁴ Տե՛ս Պլաստիկ և միկրովիրաբուժության բաժանմունք, <https://www.erebunimed.com/arm/department/95>

³²⁵ Տե՛ս Պլաստիկ վիրաբուժության ծառայություններ, <http://sirmed.am/am/plastic-surgery/>

ընթացի միջազգային առցանց հարթակի տվյալների (որտեղ ամփոփված են 48 երկրի 937 բժշկական հաստատությունների ծառայությունների արժեքները, որի օգնությամբ զբոսաշրջիկները կարողանում են գտնել տվյալ ծառայության համար համապատասխան երկիր, հիվանդանոց և բժիշկ)՝ աղյուսակ 5.16-ում առանձնացվել են մի քանի բժշկական ծառայության միջին արժեքներն աշխարհում և ՀՀ-ում³²⁶:

Ինչպես երևում է աղյուսակ 5.16-ից, ՀՀ-ում բժշկական ծառայություններն ավելի մատչելի են, քան համաշխարհային միջին գները:

Բժշկական զբոսաշրջությանը զուգահեռ՝ հարկ է քննարկել նաև առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության զարգացման հեռանկարները ՀՀ-ում:

Առողջարանային զբոսաշրջությունը պայմանավորված է տարբեր հիվանդությունների բուժման անհրաժեշտությամբ՝ կապված մարդու օրգանիզմի վրա բնական միջոցների ազդեցության հետ (կլիմայաբուժություն, ցեխաբուժություն, հանքաջրաբուժություն և այլն)³²⁷:

Առողջարանային զբոսաշրջությունը մարդկանց մշտական բնակության վայրից ժամանակավոր ելքն է առողջարանային-վերականգնողական նպատակներով³²⁸: Առանձնացվում է նաև բալնեոլոգիական զբոսաշրջությունը, որի էությունը հանքային ջրի և բժշկական-վերականգնողական պրոցեդուրաների ընդունումն է, որոնք իրականացվում են բժշկական հսկողությամբ³²⁹:

Այսպիսով՝ առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջությունը զբոսաշրջության այն տեսակն է, որի հիմքում առողջարաններ այցելությունն է՝ առողջարանային բուժման և հանգստի նպատակով:

Առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության զարգացման համար ՀՀ-ն ունի մեծ ռեսուրսային ներուժ: ՀՀ առողջապահության նախարարության «Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության գիտահետազոտական ինստիտուտ» ՓԲԸ-ն Հայաստանում առանձնացրել է 10 կուրորտային գոտիներ, որոնք ունեն առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության զարգացման համար անհրաժեշտ բոլոր բնական բուժիչ ռեսուրսները՝ հանքային ջուր, բուժիչ ցեխեր և տորֆեր, կլիմայաբուժության

³²⁶ St'u Diagnostic tests and treatment procedures, <https://en.bookimed.com/prices/>

³²⁷ St'u Дурович А.П., Кабушкин Н.И., Сергеева Т.М., Организация туризма. Учеб. пособие. Мн.: Новое знание, 2003, էջ 31:

³²⁸ St'u Ветитнев А.М., Курортное дело. Учеб. пособие /А.М. Ветитнев, Л.Б. Журавлева. М.: КНОРУС, 2006, էջ 13:

³²⁹ St'u Лойко О.Т., Туризм и гостиничное хозяйство. Учеб. пособие. Томск: Изд-во ТПУ, 2005, էջ 68:

կազմակերպման բարենպաստ պայմաններ: Հայաստանի կուրորտային գոտիների հիմնական բուժիչ գործոններն են³³⁰

1. Արզնի հանքաջրաբուժական կուրորտ՝ միջլեռնային շրջայի հարմարավետ լանդշաֆտային-կլիմայական պայմաններ և բուժիչ, սառը հանքային ջրեր.
2. Դիլիջանի լեռնակլիմայական, հանքաջրաբուժական կուրորտ՝ լեռնային շրջայի բարենպաստ լեռնաանտառային կլիմայական պայմաններ և սառը, ածխաթթվային ու բուժիչ հանքային ջրեր.
3. Հանքավան-Մարմարիկ հանքաջրաբուժական կուրորտ՝ բարձր լեռնային գոտու բարենպաստ լանդշաֆտակլիմայական պայմաններ. մաքուր օդ՝ հարուստ թթվածնով և անտառային հոտով, ինչպես նաև ջերմային, ածխաթթվային հանքային ջրեր.
4. Բջնի - Արզական - Աղվերան բալնեոկլիմայական կուրորտ՝ մեղմ բարենպաստ կլիմա, հարուստ անտառային ծածկ, բազմաթիվ հանքային աղբյուրներ՝ տարբեր ֆիզիկաքիմիական, գազային բաղադրություն.
5. Ստեփանավան-Գյուլագարակ լեռնակլիմայական, հանքաջրաբուժական կուրորտ՝ չափավոր սառը, անտառային կլիմա, հարուստ բուսականություն, անտառային զանգված, մաքուր օդ, ածխաթթվային հանքային ջրեր.
6. Ծաղկաձորի լեռնակլիմայական կուրորտ՝ բարենպաստ լեռնաանտառային կլիմա, հսկայական անտառային ծածկի և լեռնային մարգագետինների առկայություն, թեթև իոններով օդի հագեցվածություն և էկոլոգիապես մաքուր մթնոլորտային օդում թթվածնի բարձր պարունակություն.
7. Սյունիքի լեռնակլիմայական կուրորտ՝ բարենպաստ կլիմա և հանքային ջրերի աղբյուրներ.
8. Լոռու կուրորտային գոտի՝ բարենպաստ լեռնաանտառային կլիմա, հանքային ջրերի աղբյուրներ, բուժիչ տորֆի հանքաշերտեր.
9. Սևանա լճի ավազանի բալնեոկլիմայական կուրորտային գոտի՝ բարենպաստ լանդշաֆտակլիմայական պայմաններ, հանքային ջրերի աղբյուրներ և բուժիչ տորֆի հանքաշերտեր.
10. Ջերմուկի կլիմայաբալնեոլոգիական կուրորտ՝ չափազանց ջերմային, ածխաթթվային, հանքային ջրեր և բարձր լեռնային, անտառային կլիմա³³¹.

³³⁰ Տե՛ս **Tovmasyan G.**, Healthcare tourism in Armenia: Opportunities and perspectives of development, MESSENGER ASUE, 2021, N 5, էջ 107-126, DOI: 10.52174/1829-0280_2021_5_107, **Tovmasyan G.**, Spa and wellness tourism advancement in the Republic of Armenia, 2016, էջ 34-39, XIV Международная научная конференция «Актуальные научные исследования в современном мире», Переяслав Хмельницкий, Украина, Выпуск 6(14), часть 2: **Թովմասյան Գ.**, Զրուաշրջության զարգացման հիմնախնդիրները Հայաստանի Հանրապետությունում, «Մեկնարկ» ՍՊԸ, 2020, էջ՝ 168-177, 278-280, ISBN: 978-9939-0-3445-4

Ջերմուկի ջրերի բաղադրությունը հաճախ համեմատվում է չեխական Կառլովի Վարիի, Ռուսաստանի Ժելեզնովոդսկի և Մաշուկի (Պյատիգորսկ) ջրերի հետ: Դիլիջանի բուժառողջարարական ռեսուրսներն իրենց հատկություններով շատ մոտ են, իսկ որոշ ցուցանիշներով գերազանցում են այնպիսի հանրահայտ առողջարանների, ինչպիսիք են՝ Բորժոմին, Աբապոմանը, Կիսլովոդսկը, Էսենտուկին, Պյատիգորսկը և այլն: Արզնի կուրորտը միակն է տարածաշրջանում և նախկին ԽՍՀՄ-ում սրտի իշեմիկ հիվանդության բուժման, հետինֆարկտային և հետինսուլտային վերականգնման առումներով³³²:

Այս կուրորտային գոտիներում գործող առողջարաններում բուժում են մի շարք հիվանդություններ: Ջերմուկի առողջարաններում բուժում են ստամոքս-աղիքային, նյարդային, միզասեռական, գինեկոլոգիական, շնչառական, հենաշարժական համակարգի հիվանդություններ, նյութափոխանակության խանգարումներ և այլն: Արզնիի առողջարանում բուժում են սրտի իշեմիկ հիվանդություն ինֆարկտից հետո, առաջին և երկրորդ աստիճանների հիպերտոնիա, արյունատար անոթների աթերոսկլերոզ, գլխուղեղի արյան շրջանառության խախտումներ, ինսուլտի հետևանքներ: Հանքավանի առողջարանում բուժում են աղեստամոքսային, գինեկոլոգիական, լյարդի, հենաշարժական ապարատի, նյարդային համակարգի, ստոմատոլոգիական և տարբեր մանկական հիվանդություններ: Վանաձորի առողջարանում բուժում են աղեստամոքսային, գինեկոլոգիական, ծայրամասային նյարդային համակարգի, հենաշարժական ապարատի, շագանակագեղձի բորբոքման, ողնաշարի, ստոմատոլոգիական հիվանդություններ, ռադիկուլիտ: Սևանի առողջարանում բուժում են ավերգիկ, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի, ծայրամասային նյարդային համակարգի, հենաշարժական ապարատի, ողնաշարի, քիթ-կոկորդ-ականջի, օրթոպեդիկ հիվանդություններ, բրոնխային աաթմա և հայմորիտ³³³:

Անհրաժեշտ է նշել, սակայն, որ Հայաստանի ոչ բոլոր կուրորտային գոտիներում առողջարաններ կան, իսկ այն կուրորտներում, որտեղ կան առողջարաններ, եղածների որոշ մասը ներկայումս չի գործում, իսկ գործողները ցածր սեզոնին աշխատում են թերբեռնված:

ՀՀ-ում առողջարաններին գործունեության լիցենզիա տրամադրվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից՝ համաձայն «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի և Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշմամբ ընդունված՝ ՀՀ-ում կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական

³³¹ Ст'у Атлас - климат и природные лечебно-оздоровительные ресурсы Армении / Под гл. ред. Б. Арутюняна. Ер., 2010, էջ 124–133:

³³² Ст'у Արզնի առողջարանի կայքէջ, <http://www.arzniresort.am/am>

³³³ Տեղեկատվությունը տրամադրվել է վերոնշյալ կուրորտների առողջարանների կողմից:

օգնության և սպասարկման իրականացման լիցենզավորման կարգի: Պետք է նշել, որ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար լիցենզիաները տրվում են բարդ ընթացակարգով և անժամկետ: Բարդ լիցենզիան տրվում է օրենքով և կարգով նախատեսված փաստաթղթերը ներկայացվելուց հետո երեսուն օրվա ընթացքում³³⁴: Լիցենզիա տալու համար գանձվում է պետական տուրք՝ «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքով սահմանված կարգով և չափով, ինչը բազային տուրքի 50-ապատիկն է³³⁵: Բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիան տալու համար կարող է իրականացվել ֆիզիկական անձանց մասնագիտական որակավորման ստուգում, ինչպես նաև լիցենզիա ստացած անձը պարտավոր է լիցենզավորման ենթակա գործունեությունն իրականացնել միայն լիցենզիայում նշված վայրում³³⁶:

Ներկայումս ՀՀ-ում գործում են հետևյալ՝ Ջերմուկի «Օլիմպիա», «Արարատ» մոր և մանկան, «Ջերմուկ աշխարհ», «Գլաձոր», «Ջերմուկ Մոսկվա», «Ջերմուկ Հոթել և Սպա», «Գրանդ Ռեզորթ Ջերմուկ», «Արզնի», «Արզնի N 1» առողջարանները, «Արզնի» պոլիկլինիկա-առողջարանը, Վանաձորի «Արմենիա» առողջարանային և հյուրանոցային համալիրը, Դիլիջանի «Լեռնային Հայաստան» առողջարանը, Գյուլագարակի «Մոճուտ» մանկական առողջարանը: «Պարադիզ Պարկ Ռեզորթ Ադվերան», Ծաղկաձորի «Ռիպա», Սևանի «Արևիկ», Հանքավանի «Խոտորջուր» առողջարանները ներկայումս առողջարանային ծառայություններ չեն մատուցում, այլ գործում են որպես հանգստյան տուն: Ջերմուկի «Արմենիա» առողջարանն այս տարի գործում է միայն որպես հյուրանոց, քանի որ առողջարանային կորպուսը վերանորոգվում է և կրացվի հաջորդ տարի: Արզականի «Գանձադրյուր», Դիլիջանի «Իմպուլս» առողջարանները ներկայումս չեն գործում, սակայն ունեն լիցենզիա³³⁷:

Սակայն չկան առանձնացված վիճակագրական տվյալներ, թե որքան է առողջարանային զբոսաշրջիկների թիվը, որ երկրներից են ժամանում, ինչ ծառայություններից են օգտվում:

³³⁴ Տե՛ս ՀՀ-ում կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման լիցենզավորման կարգ, ՀՀ Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշում, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=68623>

³³⁵ Տե՛ս «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքի 19-րդ հոդվածի 2-րդ կետի 2.5 ենթակետ, 1997 թ.:

³³⁶ Տե՛ս «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2010 թ. դեկտեմբերի 8-ին, ՀՕ-227-Ն, ՀՀՊՏ 2010.12.30/69(803),1 Հոդ.1634.1, <https://www.arlis.am/>

³³⁷ Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու լիցենզիա ունեցող կազմակերպությունների (այդ թվում՝ առողջարանների) ցանկը տրամադրել է ՀՀ առողջապահության նախարարության լիցենզավորման գործակալությունը 19.08.2022 թ. դրությամբ: Առողջարանների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ճշտվել է նաև համապատասխան առողջարաններից 22.08.2022 թ.:

Ըստ ՀՀ զբոսաշրջության 2021–2030 թթ. ռազմավարության նախագծի՝ առողջարանային զբոսաշրջության հիմնական շարժիչը ներքին շուկան է և ռուս այցելուները՝ որպես հիմնական միջազգային շուկա (զբոսաշրջիկների 80%-ը հայեր են, իսկ 20%-ը՝ օտարերկրացիներ): Ըստ նախագծում արված վերլուծության՝ առկա է առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման հետագա աճի հնարավորություն զբոսաշրջության ներքին շուկայում, ինչպես նաև օտարերկրյա զբոսաշրջիկների փոքր թիվ, ովքեր փնտրում են առողջարանային ծառայություններ՝ որպես երկրորդային զբոսաշրջություն: Տեղացի զբոսաշրջիկները առողջարանային զբոսաշրջության պահանջարկի կարևոր աղբյուր են, ինչը կարող է հանգեցնել ոլորտի աճի աստիճանական մեծացման՝ հաշվի առնելով ինչպես սպա-սրահների առաջարկների աճը, այնպես էլ սոցիալական փաթեթների ավելացումը, որոնք ավելի մատչելի են դարձնում բուժումը հայերի համար: Առողջարանային զբոսաշրջությունը ծառայություններ կարող է առաջարկել զբոսաշրջիկներին տարվա բոլոր եղանակներին³³⁸:

Այսպիսով՝ Հայաստանում և՛ բժշկական, և՛ առողջարանային զբոսաշրջությունն ունի զարգացման հիմնախնդիրներ: Դրանք վերլուծելու նպատակով կատարվել է SWOT վերլուծություն:

Առողջարանային և բժշկական զբոսաշրջության զարգացման SWOT վերլուծություն | Աղյուսակ 5.17

Ուժեղ կողմեր	Թույլ կողմեր	Հնարավորություններ	Սպառնալիքներ
IO կուրորտային գոտիների առկայություն	Թերի վիճակագրական հաշվառում	Բժշկական և առողջարանային ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվական միասնական պորտալի ստեղծում	Միջազգային շուկայում ճանաչում ունեցող և մեծ պահանջարկ վայելող բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության դեստինացիաների առկայություն
Կլիմայաբուժության և հանքաջրաբուժության կազմակերպման ռեսուրսներ	Բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման ռազմավարությունների բացակայություն	Բժշկական հաստատությունների միջազգային հավատարմագրում	Ոչ շատ զարգացած առողջապահական համակարգ մրցակից երկրների համեմատությամբ
Առողջարաններում բուժվող հիվանդությունների լայն ցանկ	ՀՀ բժշկական հաստատություններից միայն մեկն ունի միջազգային հավատարմագրում	Բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման համար նպատակային շուկաների առանձնացում և թիրախային մարքեթինգ	Ներդրումների պակաս

³³⁸ Տե՛ս Հայաստանի զբոսաշրջության զարգացման 2021–2030 թթ. ռազմավարության նախագիծ, <https://www.e-draft.am/projects/2790/about>

Բարձր որակավորում ունեցող բժիշկների առկայություն	Բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջային ռեսուրսների վատ ներկայացում և առաջնորում արտերկրում	Առցանց մարքեթինգային արշավների կազմակերպում	Ենթակառուցվածքների թերզարգացվածություն
Բժշկական ծառայությունների մատչելի գներ արտերկրից ժամանողների համար	Զբոսաշրջիկների համար բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջային ծառայությունների մասին միասնական տեղեկատվական և ամրագրման պորտալի բացակայություն	Բժշկական զբոսաշրջության զարգացման ռազմավարության մշակում և իրականացում	Դեպի ՀՀ ավիատոմսերի բարձր գներ
Բժշկական ծառայությունների լայն ցանկ	Ոչ բոլոր կուրորտային գոտիներում առողջարանների առկայություն	Առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման ռազմավարության մշակում և իրականացում	Տարածաշրջանային լարված վիճակ հարևան երկրների հետ
ՀՀ-ում ռեկրեացիոն զբոսաշրջության կազմակերպման մեծ ռեսուրսների առկայություն	Բժշկական ծառայությունների բարձր գներ ՀՀ քաղաքացիների համար	Վիճակագրական հաշվառման բարելավում	Քաղաքական անկայուն վիճակ
Հայկական սփյուռքի առկայություն	Պարտադիր բժշկական ապահովագրության բացակայություն	Բժշկական հաստատությունների պայմանների բարելավում, վերաորոգումների իրականացում մարզերում	ՀՀ բնակչության եկամուտների ցածր մակարդակ
Մոցիալական փաթեթի առկայություն ՀՀ քաղաքացիների համար	Առողջարանային և բժշկական զբոսաշրջության կրթության կազմակերպման ցածր մակարդակ	Ոլորտի կրթական և գիտական զարգացում	Համավարակի հնարավոր բռնկման պատճառով ճամփորդությունների սահմանափակում

Կատարված վերլուծության հիման վրա կարելի է ամփոփ ներկայացնել բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման հիմնական քայլերը.

ՀՀ բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջության զարգացման համար անհրաժեշտ միջոցառումները

Հիմնական քայլեր	Միջոցառումների նկարագրիր
<p>ՀՀ բժշկական և առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության օրենսդրական դաշտի և վիճակագրական հաշվառման գործընթացի բարելավում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Մշակել ՀՀ կուրորտային գոտիների զարգացման առանձին ծրագրեր. 2. Մշակել առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության զարգացման ծրագրեր. 3. Մշակել ՀՀ բժշկական զբոսաշրջության զարգացման ծրագիր. 4. Բարելավել ոլորտի վիճակագրական հաշվառումը, ինչը թույլ կտա պարզել, թե բժշկական և առողջարանային զբոսաշրջիկներն առավելապես որ երկրներից են, ինչ ծառայություններից են օգտվում, ինչն անհրաժեշտ է առավել հիմնավորված և արդյունավետ հետազոտությունների իրականացման համար. 5. Բարեփոխել ոլորտը կարգավորող օրենսդրական դաշտը:
<p>ՀՀ բժշկական և առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության մարքեթինգային գործունեության բարելավում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ՀՀ պաշտոնական զբոսաշրջային կայքէջում առանձին էջով մանրամասն ներկայացնել ՀՀ կուրորտային գոտիները, դրանց բովանդակությունները, գործող առողջարանները և դրանց կողմից մատուցվող առողջարանային ծառայությունները. 2. ՀՀ զբոսաշրջային պաշտոնական կայքէջում ավելացնել բժշկական զբոսաշրջության վերաբերյալ առանձին բաժին՝ համակարգված տեսքով, մատուցվող ծառայությունների ու բովանդակությունների ներկայացմամբ՝ դրանց առաջնության նպատակով. 3. ՀՀ զբոսաշրջային պաշտոնական կայքէջում, համապատասխան բաժիններից բացի, առանձին առցանց հարթակի ստեղծում՝ բժշկական և առողջարանային ծառայությունների, գների, հաստատությունների, բժիշկների մասին տեղեկատվության ներկայացմամբ, ամրագրման հնարավորությամբ. 4. Մշակել և իրականացնել գովազդային ծրագրեր. Իրականացնել թիրախային մարքեթինգ՝ ըստ տարբեր նպատակային շուկաների. 5. Կիրառել էլեկտրոնային մարքեթինգի լայն գործիքակազմ՝ օգտագործելով նաև սոցիալական ցանցերը՝ Հայաստանի բժշկական և առողջարանային ծառայություններն արտերկրում ներկայացնելու և ներգնա զբոսաշրջիկ գրավելու նպատակով. 6. Օգտագործել influencer մարքեթինգը՝ հայտնի հայերի ներգրավմամբ. 7. Մասնակցել միջազգային զբոսաշրջային ցուցահանդեսներին, ներկայացնել երկրի առողջարանային և բժշկական զբոսաշրջության արդյունքը. 8. Մշակել ՀՀ կուրորտային գոտիների բրենդ:
<p>Բժշկական և առողջարանային ծառայությունների մրցունակության և դրանց նկատմամբ պահանջարկի բարձրացում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Բարելավել բժշկական ծառայությունների որակը. 2. Բարելավել ՀՀ բժշկական հաստատությունների պայմանները. 3. Բարելավել առողջարանային ծառայությունների որակը. 4. Բարձրացնել առողջարաններում սպասարկման մակարդակը. 5. Կիրառել գնային գեղչերի քաղաքականություն՝ առողջարանային երկարատև հանգիստը խթանելու, զբոսաշրջիկների

	<p>տարբեր խմբեր ներգրավելու համար.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Կիրառել գնային զեղչերի և մրցունակ գների սահմանման քաղաքականություն՝ բժշկական զբոսաշրջիկներ ներգրավելու համար. 7. Սոցիալական աջակցության ծրագրերի միջոցով խթանել առողջարանային հանգիստը՝ նպաստելով նաև բնակչության առողջական խնդիրների լուծմանը. 8. Սոցիալական աջակցության ծրագրերի միջոցով ընդլայնել բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը բնակչության լայն շերտերին. 9. Տարբեր բնույթի գործնական միջոցառումների, գիտաժողովների կազմակերպում կուրորտային գոտիներում ընդգրկված հյուրանոցներում և առողջարաններում. 10. ՀՀ բժշկական հաստատությունների միջազգային հավատարմագրում:
<p>Առողջարանային զբոսաշրջության գործարար և ներդրումային միջավայրի բարելավում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Քայլեր ձեռնարկել ներդրումների ներգրավման համար՝ ենթակառուցվածքների զարգացման նպատակով. 2. Հարկային, վարկային և այլ արտոնությունների տրամադրմամբ խթանել մասնավոր ներդրումները՝ հին առողջարանները և բժշկական հաստատությունները վերանորոգելու, նորերը կառուցելու համար. 3. Ստեղծել զբոսաշրջությունից ստացված եկամուտներից զբոսաշրջային վայրերի զարգացմանը հատկացումների մեխանիզմ:
<p>Բուժման կազմակերպման և զբոսաշրջության զարգացման գիտական ապահովում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Պատրաստել ոլորտի զարգացման անհրաժեշտ գիտական կադրեր ինչպես առողջարանային բուժման կազմակերպման, այնպես էլ առողջարանային և բժշկական զբոսաշրջության կառավարման ու զարգացման գծով. 2. Բարելավել ուսումնական հաստատությունների կողմից կազմակերպվող փորձառությունները՝ բժշկական հաստատությունների ու առողջարանների հետ համագործակցելով և ուսանողներին աշխատանքի տեղավորման հնարավորություններ ընձեռելով. 3. Բարելավել առողջարանային բուժման, առողջարանային և բժշկական զբոսաշրջության կրթության կազմակերպումը՝ միջազգային փորձի ուսումնասիրության, ոլորտի մասնագետներին կրթական ծրագրերի մշակման և կրթական գործընթացում ներառելով. 4. Բարձրացնել ոլորտի աշխատողների գիտակրթական մակարդակը՝ ժամանակ առ ժամանակ կազմակերպելով մասնագիտական վերապատրաստման դասընթացներ. 5. Կազմակերպել միջազգային մասնագիտական գիտաժողովներ, գիտական սեմինարներ:

Աղբյուրը՝ մշակվել է ըստ հեղինակների կարարած վերլուծության արդյունքների:

Վերոնշյալ քայլերի իրականացումը կնպաստի ՀՀ կուրորտային ենթակառուցվածքի զարգացմանը, առողջարանային ծառայությունների որակի և կուրորտային համալիրի մրցունակության բարձրացմանը, առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության զարգացմանը, բժշկական ծառայությունների բարելավմանն ու բժշկական զբոսաշրջության զարգացմանը:

Ամփոփելով ՀՀ-ում բժշկական ինդուստրիայի ներկայիս վիճակին և զարգացման հնարավորություններին առնչվող հետազոտության արդյունքները՝ պետք է արձանագրել, որ ոլորտում առկա են բազմաթիվ խնդիրներ: Հաշվի առնելով տվյալ հիմնախնդրի լուծման հետ կապված տարբեր երկրների կուտակած փորձը, ինչպես նաև ՀՀ տնտեսության և, մասնավորապես, առողջապահության ոլորտի առանձնահատկություններն ու հնարավորությունները՝ կարելի կատարել հետևյալ եզրահանգումները:

1. Առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության գնահատման տեսանկյունից կարևորվում է Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) ցուցանիշի մշտադիտարկումը: Առողջապահական համակարգի արդյունավետ ծածկույթի չափումը կարևոր է՝ հասկանալու համար՝ արդյո՞ք առողջապահական ծառայությունները համահունչ են երկրների առողջապահական համակարգերին և որակապես բավարա՞ր են բոլոր տարիքային խմբերի առողջությունը բարելավելու համար: ՀԱԾ-ի չափման շրջանակը ներառում է բնակչության հինգ տարիքային խմբերի առանձնահատուկ ցուցանիշներ (վերարտադրողական և նորածնային, մինչև 5 տարեկան երեխաներ, 5–19 տարեկան երեխաներ և դեռահասներ, 20–64 տարեկան և 65 տարեկանից բարձր բնակչություն): Համաձայն այս մոտեցման՝ Հայաստանի համապարփակ առողջապահական ծածկույթը ներկայումս գնահատվում է 68 միավոր և գտնվում է երկրների դասակարգման յոթերորդ դեցիլում: Ամենաբարձր՝ տասներորդ դեցիլում գտնվում են Արևմտյան Եվրոպայի մի շարք երկրներ, ինչպես նաև Ճապոնիան, Հարավային Կորեան, Կանադան, Ավստրալիան և Մինգապուրը: Իններորդ դեցիլում գտնվում են ԱՄՆ-ն, Իսրայելը, Կոստա Ռիկան, Նոր Զելանդիան և Պորտուգալիան: Ամենացածր՝ առաջին դեցիլում գտնվում են Արևմտյան կամ Կենտրոնական Անդրսահարյան Աֆրիկայի երկրները, ինչպես նաև աֆրիկյան մայրցամաքի այլ երկրներ (Անգոլա, Լեսոտո, Մադագասկար և Սոմալի):

Հայաստանի ՀԱԾ-ի ինդեքսի նման մակարդակը հիմնականում պայմանավորված է վերարտադրողական, մայրական, մանկական և երեխաների վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների դրական տեղաշարժերով և ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) զարգացման բացասական միտումներով:

2. Հիմնական առողջապահական ծառայությունների ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի ցածր կատարողականը առավելապես կախված է ՌՎՀ-ների բարձր ցուցանիշներից, որը ֆինանսական սուղ պայմաններում էլ ավելի խոցելի է դարձնում աղքատ տնային տնտեսությունները և, հետևաբար, ազդում ՀԱԾ-ի մյուս ցուցանիշի՝ ֆինանսական պաշտպանության վրա: Միևնույն ժամանակ, ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի և մեկ շնչի

հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերի միջև գործում է փոխկապվածություն, ուստի, ՀԱԾ-ի արդյունավետ ծածկույթի ինդեքսի ավելի բարձր կատարողականի հասնելու համար, ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրները (ՑՄԵԵ) պետք է ավելացնեն մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր առողջապահական ծախսերը մինչև արդյունավետ սահմանաչափ (2500 ԱՄՆ դոլար): Նման մոտեցումը բխում է ՀԱԾ-ի հայեցակարգային դրույթներից. սահմանել առողջապահական ծախսերի և ՀԱԾ-ի ուղղությամբ գրանցված առաջընթացի միջև համապատասխանություն՝ ընդգծելով ռեսուրսների ռազմավարական բաշխման կարևորությունը:

3. ՀԱԾ-ի արդյունավետության բարելավման ուղիներից կարող է լինել կանխավճարային և համախմբված եկամուտների հաշվին ընդհանուր առողջապահական ծախսերի ավելացումը, չնայած ՑՄԵԵ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում դեռևս բարձր է կանխիկ վճարումների մասնաբաժինը (33-48%), ինչն ուղղակիորեն հակասում է ՀԱԾ-ի հայեցակարգով ամրագրված ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանության բարելավման սկզբունքին:

4. ՀԱԾ-ի արդյունավետության բարելավման մեկ այլ ուղի է ներքին առողջապահական ծախսերի վրա կենտրոնացումը՝ միաժամանակ բարձրացնելով մեկ շնչի հաշվով ընթացիկ ծախսերի կառավարման արդյունավետությունը: Մինչդեռ, ՈՎՀ-ների համաճարակաբանական բնույթի հաղթահարման միակ ուղին որակյալ բուժօգնությունն է, մասնավորապես՝ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) մակարդակում, ինչը կարող է նպաստել առողջ ապրելակերպի խթանմանը, հետաձգել ՈՎՀ-ների առաջացումը, ապահովել վաղ ախտորոշում և կանխել բարդությունները: ՈՎՀ-ների մեծ բեռն ավելացնում է վաղաժամ մահացության մակարդակը, նվազեցնում աշխատունակ բնակչության արտադրողականությունը և մեծացնում առողջապահական ծախսերը:

5. Համապարփակ առողջապահական ծածկույթի և ԿԶՆ-ով սահմանված այլ առողջապահական թիրախների իրականացման համար անհրաժեշտություն է դարձել ռեսուրսների արդյունավետ բաշխումը՝ հաշվի առնելով համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքային փոփոխությունները: COVID-19 համավարակով պայմանավորված արտաքին ֆինանսավորման նվազման և ներքին պետական ֆինանսավորման ավելացման համաշխարհային միտումները վկայում են, որ կանխիկ վճարումները շարունակելու են մնալ ՀԱԾ-ի ինդեքսի առաջընթացի հիմնական խոչընդոտներից:

6. Բարձր եկամտի խմբի երկրներում մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի վրա ազդող նշանակալի գործոն են առողջապահության ոլորտի պետական գերակայությունները, մինչդեռ ՑՄԵԵ-ում փոփոխությունների հիմնական շարժիչը տնտեսական աճն է: Բացի այդ,

տնտեսական աճին զուգընթաց, ընդհանուր առողջապահական ծախսերում արտաքին օգնության մասնաբաժնի նվազման հետ մեկտեղ, ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրները հակված են լրացնելու ֆինանսավորման ճեղքվածքը՝ ավելացնելով կանխիկ վճարումները և պետական առողջապահական ծախսերը:

7. ՀՀ ժողովրդագրական ցուցանիշների բացասական շարժընթացը պայմանավորված է պտղաբերության ընդհանուր մակարդակի կայուն նվազմամբ (1990 թ.՝ 2.6 պրոմիլ, 2021 թ.՝ 1.7 պրոմիլ), ինչպես նաև ծնելիության և մահացության ընդհանուր գործակիցների անկմամբ, որի դեպքում առաջիկայում երկիրը կարող է հայտնվել ժողովրդագրական հետանցումային երկրների շարքում: Հետանցումային փուլերում Հայաստանը կարող է բախվել բնակչության սեռատարիքային կառուցվածքում 65-ից բարձր տարիքային խմբի մեծ մասնաբաժնի (12.6%) և աշխատուժի կրճատման հետ կապված բազմաթիվ մարտահրավերների:

8. ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, որպես ոլորտի լիազոր մարմին, ՀՀ ՆԳՆ փրկարար ծառայության (նախկինում՝ Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն) և այլ շահագրգիռ մարմինների հետ համաձայնեցնելով, պետք է մշակի «Կենսաբանական վտանգներից, այդ թվում՝ համաճարակներից առաջացած արտակարգ իրավիճակներում առողջապահական համակարգի գործողությունների պլան» (հաշվի առնելով COVID-19 համավարակը, նաև աշխարհում կենսաբանական զենքերի կիրառման սպառնալիքները):

9. Անհրաժեշտ է մշակել մարդասիրական միջազգային բժշկական օգնության պլանավորման և ընդունման հատուկ ընթացակարգեր, չափորոշիչներ: Բնականոն պայմաններում, երբ չկան արտակարգ իրավիճակներ, որպես «քեյս» դիտարկել COVID-19 համավարակը և մշակել աղետների, արտակարգ իրավիճակների կանխման, արձագանքման, վերականգնման մոդելային լուծումներ. պատրաստի մոդելները հնարավորություն կտան հետագայում ԱԻ-ի դեպքում նվազեցնելու անորոշության մակարդակը և գործելու արդյունավետ:

10. ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, որպես ոլորտի լիազոր մարմին, պետք է մշակի փոխգործողությունների պլաններ ՀՀ պետական մարմինների, տարածքային, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, և այլ շահագրգիռ մարմինների հետ՝ արտակարգ իրավիճակներում գործառույթների կրկնօրինակման, ռեսուրսների ոչ արդյունավետ օգտագործման, օրենքով սահմանված առաջնահերթությունների չխախտման նպատակով:

11. Առողջապահական համակարգի ռիսկերն արտակարգ իրավիճակներում էականորեն կնվազեն, եթե ՀՀ-ում ընդունվի «Առաջին, նախաբժշկական, բժշկական օգնության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենք: Այդ օրենքի մշակումը և ընդունումը թույլ կտա արտակարգ իրավիճակներում

տարբերակել օգնության տեսակները, խուսափել ոչ գրագետ օգնությունից և սահմանել պատասխանատվությունների շրջանակ: Այս խնդրի կարգավորումը հնարավորություն կտա զգալի փոփոխություններ կատարելու նաև կրթական համակարգում: Մասնավորապես՝ ոչ մասնագիտական բուհերում դասավանդվող «Առաջին բուժօգնություն» կրթական ծրագիրը հնարավոր կլինի վերանվանել «Առաջին օգնություն» և վերափոխել կրթական ծրագրի պահանջները: Օրենքում հստակ սահմանելով «Առաջին օգնություն» և «Առաջին բուժօգնություն» եզրույթների տարբերությունն ու իրավասությունների շրջանակը՝ հնարավոր կլինի տվյալ ոլորտում զնայ ստանդարտացման և խուսափել առօրյա ու լայնածավալ արտակարգ իրավիճակներում սխալ օգնության կազմակերպումից:

12. ՀՀ-ում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսավորումն ունի իրավական ամուր հիմք, այլ հարց է, թե ինչպիսին են այդ իրավական կարգավորման բովանդակային արդյունավետությունը և գործնականում դրանց կիրառելիությունը: Պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների մատուցման ֆինանսավորման ծավալները սահմանափակ են, և առկա է միայն 20%-ի չափով ներքին վերաբաշխումների հնարավորություն: ՀՀ-ում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսավորման ծավալները որոշելու համար սահմանված է հստակ մեթոդաբանություն, սակայն գործնականում հարցականի տակ են դրվում այդ մեթոդաբանությամբ ընդունված ցուցանիշների մեծ մասի ստացման մեխանիզմները, ինչպես նաև այդ մեթոդաբանության կիրառումը կամ չկիրառումը:

13. ՀՀ-ում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսավորումը հիմնված չէ կանխավճարների ինստիտուտի վրա, բայց օրենքը հնարավորություն է տալիս որոշակի՝ առանձնահատուկ դեպքերում գործելու կանխավճարով, սակայն սահմանված չեն բացառություններ կիրառելու դեպքերը, որը, բնականաբար, ենթադրում է կոռուպցիոն ռիսկերի առկայություն:

14. ՀՀ-ում ֆինանսավորման ենթակա առողջապահական նպատակային ծրագրերն անցած 10 տարում չեն ենթարկվել փոփոխությունների, ինչը, հատկապես ծրագրային բյուջետավորման ներդրման համատեքստում, հարցականի տակ է դնում ոլորտի ֆինանսավորման իրական նպատակայնությունը: Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորման և պետական բյուջեի ծախսերի միջև առկա է 0.97 գործակցով կոռելացվածություն, ինչը նշանակում է, որ ոլորտի ֆինանսավորումը ոչ թե բխում է ոլորտի առանձնահատկություններից և առաջադրված խնդիրների լուծման անհրաժեշտությունից, այլ, ընդամենը, ՀՀ պետական բյուջեի հիմնական ցուցանիշների մեխանիկական արտացոլումն է ոլորտում, որովհետև գործնականում օրենքով սահմանված մեթոդաբանու-

թյամբ ծավալների որոշման պարագայում նման մակարդակի կոռելացվածության առկայությունը պարզապես անհնար է:

15. ՀՀ-ում առողջապահության ֆինանսավորման ծավալները բարձր փոխկախվածության մեջ են ոչ միայն բյուջետային ծախսերից, այլև ՀՆԱ-ից: Նույնատիպ իրավիճակ է նաև Ադրբեջանում, այնինչ՝ Վրաստանին հաջողվել է ստեղծել ոլորտի առանձնահատկություններից բխող ֆինանսավորման համակարգ: Այս մասով խնդիրն ակնհայտ է. ոլորտի ֆինանսավորումը չպետք է բխի երկրի մակրոտնտեսական ցուցանիշների դինամիկայից, այլ պետք է համապատասխանի երկրում առողջապահության խնդիրների լուծմանը:

16. ՀՀ-ում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսավորումը հանգեցրել է ոլորտում մրցակցության թուլացման և ոլորտի զարգացման հնարավորությունների սահմանափակման: Ֆինանսավորվող կազմակերպությունները պետական բյուջեից ստացվող միջոցներից մեծ կախման մեջ են, քանի որ դրանց մեծ մասում հասույթը ձևավորող հիմնական տարրը հենց պետական պատվերի շրջանակներում ֆինանսավորումն է: Այսինքն՝ այս կազմակերպությունները զոյատևում են պետական պատվերի հաշվին: Ինչպես և ցանկացած ոլորտում, համակարգի պահպանման ու կայունության ապահովման խնդիրներին զուգընթաց, պետք է ի հայտ գան դրա զարգացմանը նպաստող հիմնարար պայմաններ, որոնք, սակայն, պետական պատվերի մեխանիզմում բացակայում են: Արդյունքում՝ ոլորտի ֆինանսատնտեսական արդյունավետությունը ևս հասնում է նվազագույնի:

17. Պետական պատվերի ծավալների սահմանափակման և դրանց՝ ոլորտի պահանջներից չբխելու հանգամանքներով պայմանավորված՝ այսօր ակնհայտ է տրամադրված ֆինանսավորման ծավալների անբավարարությունը պատշաճ ծառայություններ մատուցելու առումով: Այս երևույթը, բնականաբար, վկայում է, որ պետական ֆինանսավորման ներկայիս մեխանիզմն ամենաարդյունավետը չէ:

18. Կատարված ուսումնասիրությունն արձանագրում է, որ Հայաստանի Հանրապետությունում պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների մատուցման ֆինանսավորումը երկրի առջև դրված առողջապահական խնդիրների լուծման համատեքստում էապես վերանայման կարիք ունի: Այս պարագայում խնդիրը կարող է ունենալ երկու լուծում. կամ անհրաժեշտաբար պետք է բարելավվի պետական պատվերի սահմանման և կազմակերպման գործող ինստիտուտը, կամ այդ համակարգը հարկ է փոխարինել բժշկական ծառայությունների ֆինանսավորման բոլորովին այլ մեխանիզմով: Երկու դեպքում էլ ներկայումս առկա այն մոտեցումները, որոնք հանգեցրել են վերոքննարկյալ խնդիրների առաջացմանը, ուղղակի պետք է

դուրս մղվեն ոլորտի քաղաքականությունից, այլապես ստեղծված անմխիթար վիճակն էլ ավելի է խորացնելու ոլորտային տեսանելի ճգնաժամը:

19. Իրականացված ուսումնասիրության արդյունքների հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ առողջության պարտադիր ապահովագրության ներդրման խնդիրը առողջապահության համակարգի զարգացման և բարեփոխումների կարևորագույն տարրերից մեկն է, որն անհրաժեշտ է դիտարկել ոչ միայն որպես առողջապահության ֆինանսավորման լրացուցիչ աղբյուրներ ներգրավելու միջոց, այլ նաև բնակչության համար բժշկական օգնությունը առավել մատչելի դարձնելու, սոցիալական արդարության սկզբունքներ սերմանելու և ռեսուրսների նպատակային օգտագործումն ու բժշկական ծառայությունների արդյունավետությունը բարձրացնելու երաշխիք և կարևորագույն նպատակ:

20. Առողջության ապահովագրության գործուն համակարգի մշակումն ու ներդրումը հնարավորություն կտա ստեղծելու սոցիալական համերաշխության սկզբունքի վրա հիմնված բժշկական ծառայությունների ֆինանսավորման համակարգ, երբ «առողջը վճարում է հիվանդի, հարուստը՝ աղքատի, երիտասարդը՝ տարիքավորի, աշխատողը՝ չաշխատողի համար», աստիճանաբար թափանցիկ և կառավարելի դարձնելու բնակչության կողմից կատարվող բժշկական ծախսերը, բարձրացնելու քաղաքացիների պաշտպանվածության աստիճանը անկանխատեսելի զեպքերից, հավաքագրելու լրացուցիչ ռեսուրսներ՝ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման նպատակով:

21. Վերջին տարիներին ՀՀ առողջապահական համակարգում անհամաձայնություններ են առաջացել երաշխավորված բժշկական ծառայությունների մատուցման և պետական ֆինանսավորման ծավալների միջև, ինչը պատճառ է դարձել ֆինանսական միջոցների սովերային շրջանառության ավելացման և համակարգի կառավարելիության նվազման: Այս խնդիրները լուծելու առավել արդյունավետ մեթոդ է առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգի ներդրումը: Այնուհանդերձ, ԱՊԱ համակարգի ներդրումը կապված է քաղաքական, տնտեսական և կազմակերպչական բնույթի մի շարք լուրջ խնդիրների հետ: Մասնավորապես՝ ակնհայտ է, որ ԱՊԱ ապահովագրավճարները տնտեսավարող սուբյեկտների համար կղաճաճ լրացուցիչ սոցիալական հարկատեսակ, ինչը կարող է հանգեցնել աշխատուժի որոշակի թանկացման կամ աշխատողների փաստացի եկամուտների կրճատման, որն էլ կարող է դժգոհություններ առաջացնել ինչպես գործատուների, այնպես էլ աշխատողների շրջանում:

22. Նպատակահարմար է իրականացնել ՀՀ շուկայում գոյություն ունեցող առողջության ապահովագրության փաթեթների ուսումնասիրություն և ծառայությունների ցանկի ձևավորում, ինչը կապահովի ՀՀ բնակչության առաջնային առողջության սպասարկման հասանելիությունը: Այդ նպատա-

կով առաջարկվում է ստեղծել պետական հիմնադրամ, որը կգրադվի ապահովագրավճարների հավաքագրմամբ և տեղաբաշխմամբ, կկնքի պայմանագրեր առողջության կենտրոնների, ապահովագրական ընկերությունների և ՀՀ-ում գործող կազմակերպությունների հետ:

23. ՀՀ-ում ԱՊԱ ներդրման ամենակարևոր սկզբունքը պետք է լինի ապահովագրման ընթացքում մրցակցության պահպանումը, որը կօգնի խուսափել ապահովագրավճարների անհիմն օգտագործումից, խաբեություններից, գերշահույթների ստացումից և գերիշխող դիրքի այլ չարաշահումներից: Այս նպատակի իրագործման համար առաջարկվում է առողջության ծառայության ձևավորված փաթեթը դարձնել պարտադիր, սակայն կնքման նախընտրությունը թողնել ապահովագրվող անձին: Այն դեպքում, երբ ապահովագրվող անձն ինքն է ընտրում՝ ում մոտ ապահովագրվել, և ինքն (կամ իր գործատուն) է իրականացնում դրա դիմաց վճարումը, լինում է առավել պահանջատեր՝ ծառայության որակի հանդեպ: Սակայն այն դեպքերում, երբ քաղաքացին (կամ իր գործատուն) չի ցանկանում ապահովագրվել ապահովագրական ընկերությունում, կամ մրցունակ չեն ապահովագրական ընկերության առաջարկները (ապահովագրական ընկերությունների առաջարկները, նվազագույնը, պետք է ներառեն օրենքով սահմանված ծառայությունները), ինքը կարող է ընտրել նախապես օրենքով սահմանված պետական ապահովագրության տարբերակը՝ վճարելով ամսական աշխատավարձից ինչ-որ տոկոսագումար, ապահովագրվելով պետական ապահովագրական ֆոնդի օգնությամբ, ստանալով պահանջվող նվազագույն ծառայությունները: Այս դեպքում առողջության ապահովագրական շուկան կարծես թե գործում +1 խաղացողի սկզբունքով, որի դերում հանդես կգա պետական ապահովագրական համակարգը: Պետական ապահովագրական համակարգը տրամադրում է հաստատագրված ապահովագրական ծառայություն հաստատագրված ապահովագրավճարով, իսկ ապահովագրական ընկերություններն ունեն նվազագույն ապահովագրական ծառայության շեմ, որը, սակայն, կարող են ավելացնել, բայց ոչ նվազեցնել և, ըստ այդմ, ազատ են գնագոյացման քաղաքականությունում, որը կարող է նպաստել նաև ծառայության գնի իջեցմանը:

24. Կարևոր է հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ պետությունը նախատեսում է ապահովագրել ՀՀ բնակչությանը մի քանի փուլով: Առաջին փուլում նախատեսվում է ապահովագրել միայն զբաղված քաղաքացիներին, որոնց պետք է հաջորդեն բնակչության մնացած հատվածները: Սակայն ոչ մի հստակ մեխանիզմ չի նշվում ինքնագրադվածների, կենսաթոշակառուների կամ անապահով խավերի ապահովագրության մասով: Այս առումով, առաջարկվում է ՀՀ պետական բյուջեի առողջապահության նպատակային ծրագրերի իրականացմանը հատկացվող գումարների մի մասը (այն բաժինները, որոնցում հատկացումները համապարփակ ապահովագրության ներ-

դրումից հետո անիմաստ կլինեն. 2021 թվականի տվյալներով՝ 86 044 722,9 հազար ՀՀ դրամ) և սոցիալական փաթեթների շրջանակում տրամադրվող առողջության ապահովագրության ապահովագրավճարները (2021 թվականի տվյալներով՝ 10 619 496 հազար ՀՀ դրամ) ուղղել կենսաթոշակատուների և անապահով խավի ապահովագրությանը: Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի տվյալների՝ ՀՀ-ում 2020 թ-ի վերջի դրությամբ կա 466 997 կենսաթոշակատու (որոնցից 76 459-ը նաև ծերության, հաշմանդամության և կերակրողին կորցնելու նպաստառու են) և 341 600 ինքնազբաղված, որոնցից 232 700-ը՝ գյուղացիական տնտեսություններում, ընդհանուր՝ 808 597 մարդ: Եթե այս առանձնացված միջոցները բաշխվեն բոլոր կենսաթոշակատուների միջև, գումարը բավարար կլինի յուրաքանչյուրի հաշվով տարեկան մոտ 207 000 ՀՀ դրամ արժողությամբ առողջության ապահովագրության փաթեթի ձեռքբերման համար, սակայն հասկանալի է, որ այդքան թանկ փաթեթ չի նախատեսվում, և դա նույնիսկ տրամաբանական էլ չէ: Եթե նախատեսվի 120 000 դրամ արժողությամբ փաթեթ, ինչպես նշված էր 2019 թվականի նախագծում, ապա այս գումարը բավարար կլինի 805 535 մարդու տարեկան ապահովագրության ֆինանսավորման համար: Ինչ վերաբերում է ինքնազբաղվածների ապահովագրության մեխանիզմին, ապա նրանց համար պետք է սահմանվի հստակ տարեկան ապահովագրավճար, որը կվճարեն նրանք, ըստ վերը նշված մոտեցման, սակայն եթե մենք ունենանք ՀՀ-ում ինքնազբաղվածների եկամուտների հայտարարագրման հստակ համակարգ, ապա կարող ենք, ելնելով նրանց եկամուտներից և բնակիչների թվից, ինքնազբաղվածների համար սահմանել ապահովագրավճարի համաֆինանսավորման մեխանիզմներ:

25. Ընդհանուր առմամբ, դեղագործական շուկան ինչպես համաշխարհային տնտեսության, այնպես էլ ՀՀ դինամիկ զարգացող ճյուղերից է: Այսօր ՀՀ-ում ստեղծված են դեղագործական շուկայի զարգացման նախապայմանները, սակայն անհրաժեշտ է ընդլայնել հայրենական դեղարտադրության հնարավորությունները: Այնուամենայնիվ, դեղագործության ոլորտի առջև ծառայած են ակնհայտ խնդիրներ, որոնք բնորոշ են ոչ միայն տեղական դեղագործական արդյունաբերությանը, այլև բխում են սոցիալական համակարգերի և բարձր տեխնոլոգիական արդյունաբերության զարգացման ընդհանուր միտումներից: Դեղագործության ոլորտի զարգացման համար կարևոր են ներքին դեղագործական շուկայի զարգացման կայուն պայմանների ապահովումը, դեղագործական արտադրանքի ներմուծումից կախվածության նվազեցումը, ներդրումային նախագծերի իրականացումը, արտահանման ներուժի բացահայտումը, արժեքի ստեղծման գլոբալ շղթաներին ինտեգրումը՝ ակտիվ արդյունաբերական քաղաքականության միջոցով:

26. Բժշկական սարքավորումների արտահանումը ՀՀ արտահանման մեջ փոքր մասնաբաժին ունի: Արտահանվում են համեմատաբար փոքր

ավելացված արժեք ունեցող ապրանքներ, որոնց կեսից ավելին կազմում են հեմոդիալիզատորներն ու արյունը, արյան փոխարինիչներն ու փոխներարկման համակարգերը: Հիմնական շուկան Ռուսաստանն ու ԵԱՏՄ մյուս երկրներն են: ՀՀ-ն կարող է ներգրավվել համեմատաբար ցածր տեխնոլոգիական ապրանքների արտադրության և արտահանման մեջ՝ դեպի ԵԱՏՄ երկրներ: Այդ նպատակին հասնելու համար անհրաժեշտ է պետական աջակցություն ցուցաբերել սարքավորումների արտադրող հայաստանյան կազմակերպություններին:

27. Անհրաժեշտ է իրականացնել ՀՀ բժշկական և առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության օրենսդրական դաշտի և վիճակագրական հաշվառման գործընթացի բարելավում, ՀՀ բժշկական և առողջարանային-վերականգնողական զբոսաշրջության մարքեթինգային գործունեության, ինչպես նաև առողջարանային զբոսաշրջության գործարար և ներդրումային միջավայրի կանոնակարգում, բուժման կազմակերպման և զբոսաշրջության զարգացման գիտական ապահովում:

1. Աղաջանյան Ս., Դեղամիջոցների զուգահեռ ներմուծումը ՀՀ-ում: «Ամբերդ» տեղեկագիր, 2020/3 (4), ՀՊՏՀ «Տնտեսագետ» հրատարակչություն, 2020:
2. Աղետների ռիսկերի կառավարման վերաբերյալ ՀՀ ԱՆ և ՀՀ ԱԻՆ նախարարների համատեղ հրաման, <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=111350>
3. «Աղետների ռիսկի կառավարման ազգային ռազմավարությունը և դրա իրականացման գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» Կառավարության որոշման նախագիծ, հավելված 1, <https://www.e-draft.am/projects/3624/about>
4. Անդրեասյան Դ., Բազարյան Ա. և այլք, «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022:
5. «Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման ծրագիրը և ծրագրի կատարումն ապահովող 2020-2023 թվականների միջոցառումները հաստատելու մասին», ՀՀ Կառավարության 05.03.2020 թ. 258-Լ որոշումը:
6. Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2022 / Ն. Դավթյան, Ա. Բազարյան (բ.գ.թ, դոցենտ), Ա. Աղազարյան (տ.գ.թ, դոցենտ), Լ. Հովհաննիսյան, Շ. Իսահակյան, Ս. Խաչատրյան, Եր., ՀՀ ԱՆ Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ ՓԲԸ, 2022:
7. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան, 2019/ Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Լ. Բիճյան, Ա. Թորոսյան, Մ. Միրզոյան, Շ.Մարգարյան, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2020:
8. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան, 2021/ Դ.Անդրեասյան, Ա.Բազարյան, Լ.Բիճյան, Ն.Գալստյան, Ա.Թորոսյան, Ա.Հարությունյան, Ռ.Մարգարյան, Ս.Փահլևանյան, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2021:
9. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության պաշտոնական հրապարակում, https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1
10. Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան, 2022, Եր., ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022:
11. Ավետիսյան Վ.Հ., Դադոնց Ա.Ս., Հակոբյան Մ.Գ., Պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման ուղիները Հայաստանի Հանրապետությունում: Գիտ. խմբ.՝ Վ. Հարությունյանի, Եր., «Գիտություն» հրատ., 2010:
12. Բժշկական կիրառության համար դեղամիջոցների գրանցման ու փորձաքննության կանոններ: ԵՏՀ խորհրդի 2016 թվականի նոյեմբերի 3-ի թիվ 78 որոշումը:
13. Բուլանիկյան Վ.Ս., Հաջյան Կ.Ա., ՀՀ ժողովրդագրական հիմնական ցուցանիշների շարժընթացը և Կայուն զարգացման նպատակների համատեքստում կանխատեսվող միտումները, ՇՊՀ գիտական տեղեկագիր, 2021, № 2, պրակ Ա, Գյումրի, 2021:

14. Դեղագործական արդյունաբերության զարգացման հնգամյա ռազմավարություն, <https://www.e-draft.am/projects/4877/about>
15. «Եվրոպական միության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոնների» և (կամ) Եվրասիական տնտեսական միության հանձնաժողովի խորհրդի 2016 թ. նոյեմբերի 3-ի N 77 որոշմամբ հաստատված «Եվրասիական տնտեսական միության պատշաճ արտադրական գործունեության կանոններ»:
16. Թովմասյան Գ., Զբոսաշրջության զարգացման հիմնախնդիրները Հայաստանի Հանրապետությունում, «Մեկնարկ» ՍՊԸ, 2020:
17. Կարգ ՀՀ-ում դեղատնային գործունեության իրականացման լիցենզավորման: Հավելված ՀՀ Կառավարության 2007 թվականի հունիսի 21-ի N 747-Ն որոշման:
18. Կարգ մատակարարի հավաստագրման նպատակով մասնագիտական դիտարկման և պատշաճ բաշխման գործունեության հավաստագրի տրամադրման: Հավելված N 1 ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 156-Ն որոշման:
19. Կորոնավիրուսային հիվանդություն (COVID-19), ՀՀ ԱՆ Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն, 30.04.2023, <https://covid.ncdc.am/news/covid-19-30>:
20. Գալստյան Հ., Բաղդյան Գ., Սահակյան Ս., «Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատում», «Ամբերդ» մատենաշար, 44, Եր., 2021:
21. Համաշխարհային բանկի կայքէջ, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
22. «Հայաստանի Հանրապետության 2021 թվականի պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենք, <https://www.gov.am/files/docs/4337.pdf> (01/10/2021)
23. «Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության 2021-2026 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին», 25.11.2021 թ. ՀՀ Կառավարության N 1902-Լ որոշումը:
24. Հայաստան. տնային տնտեսությունների եկամուտները, ծախսերը և հիմնական սննդամթերքի սպառումը, https://armstat.am/file/article/poverty_2020_a_3.pdf
25. Հայաստանի զբոսաշրջության զարգացման 2021-2030 թվականների ռազմավարության նախագիծ, <https://www.e-draft.am/projects/2790/about>
26. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022, ՀՀ ՎԿ, Վիճակագրություն, Վիճակագրական ցուցանիշներ, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=11005>, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=11006>:
27. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:
28. Հայաստանի Հանրապետության 2017 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացությունը:
29. Հայաստանի Հանրապետության 2018 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացությունը:
30. Հայաստանի Հանրապետության 2019 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացությունը
31. Հայաստանի հանրապետության 2020 թվականի պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի եզրակացություն
32. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 29 սեպտեմբերի 2011 թվականի N 38, 2012 թվականի

- առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
33. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 27 սեպտեմբերի 2012 թվականի N 39, 2013 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 34. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 28 սեպտեմբերի 2013 թվականի N 39, 2014 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 35. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 25 սեպտեմբերի 2014 թվականի N 40, 2015 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 36. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 1 հոկտեմբերի 2015 թվականի N 44, 2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 37. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 29 սեպտեմբերի 2016 թվականի N 38, 2017 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 38. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 28 սեպտեմբերի 2017 թվականի N 41, 2018 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին, հավելված N 2:
 39. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 27 սեպտեմբերի 2018 թվականի N 1021-Լ, 2019 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2:
 40. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 29 սեպտեմբերի 2020 թվականի N 1604-Լ, 2021 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2:
 41. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 30 սեպտեմբերի 2019 թվականի N 1295-Լ, 2020 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2:
 42. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության որոշում, 30 սեպտեմբերի 2021 թվականի N 1596-Լ, 2022 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին, հավելված N 2:
 43. Հայաստանի Հանրապետության մայրաքաղաք Երևանը թվերով, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:
 44. Հայաստանի Հանրապետության մշտական բնակչության թվաքանակը 2022 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, Վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022: Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:

45. Հայաստանի Հանրապետության մշտական բնակչության թվաքանակը 2022 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, Վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:
46. Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրություն (փոփոխություններով), 2015 թ. դեկտեմբերի 6:
47. Հայաստանի վերափոխման ռազմավարություն – 2050:
48. Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2022, ՀՀ ՎԿ, Եր., 2022:
49. Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2020 թ., ՀՀ ՎԿ, Եր., 2020:
50. Հաշվետվություն 2013 թվականին Հայաստանի Հանրապետության սահմանային անցման կետերում միջազգային այցելությունների վերաբերյալ ընտրանքային հետազոտության արդյունքների մասին, Եր., 2014, <https://www.mineconomy.am/media/2076/1456.pdf>
51. Հավելված N 1 ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 28-ի N 202-Ն որոշման «Հայաստանի Հանրապետության տարածք դեղեր, դեղայնություն, դեղաբուսական հումք և հետազոտվող դեղագործական արտադրանք ներմուծելու և Հայաստանի Հանրապետության տարածքից արտահանելու» կարգ:
52. ՀՀ ԱԺ որոշումը Հայաստանի Հանրապետության 2021 թվականի պետական բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունը հաստատելու մասին, 15.06.22:
53. ՀՀ ԱՆ 2018 թվականի հունիսի 29-ի թիվ 1666-Ա հրամանը:
54. ՀՀ ԱՆ կայք, https://www.moh.am/uploads/1058_.xlsx , <https://www.moh.am/uploads/ampopl.xlsx>
55. ՀՀ ԱՆ պաշտոնական էջ, 15/08/21 18:38, <https://www.moh.am/images/MOH.html>
56. ՀՀ ԱՎԾ տվյալներ, https://armstat.am/file/article/soc_vich_2020_11.pdf ; https://armstat.am/file/article/soc_vich_2020_11.pdf ; https://armstat.am/file/article/trud_2020_4.2.pdf (01/10/2021)
57. ՀՀ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ, <https://www.armed.am/publicdata/?pg=govlimits>
58. ՀՀ Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշումը. ՀՀ-ում դեղերի արտադրության իրականացման լիցենզավորման կարգ:
59. ՀՀ Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 06.02.2014 թ., ՀՀ Կառավարության 2014 թ. փետրվարի 6-ի նիստի N 5 արձանագրային որոշման հավելված N 1:
60. ՀՀ Կառավարության նիստի արձանագրությունից քաղվածք, 18.05.2017 թ., թիվ 20, http://www.mtad.am/u_files/file/Hayecakarger/20-2ardz_voroshum.pdf
61. ՀՀ Կառավարության որոշման նախագիծը Հայաստանի Հանրապետությունում առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հայեցակարգին հավանություն տալու մասին:
62. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2018 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/-file/article/sv_01_18a_422.pdf,
63. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2019 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_19a_421.pdf,
64. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2019 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_19a_422.pdf,
65. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2020 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_20a_421.pdf

66. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2020 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_20a_422.pdf
67. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2021թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_21a_421.pdf
68. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2021թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_21a_422.pdf
69. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_22a_421.pdf
70. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2022 թ. հունվարին, https://www.armstat.am/file/article/sv_01_22a_422.pdf
71. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023թ. հունվարին, https://armstat.am/file/article/sv_01_23a_421.pdf
72. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2023 թ. հունվարին, https://armstat.am/file/article/sv_01_23a_422.pdf
73. ՀՀ ՎԿ հրապարակումներ՝ ըստ թեմաների ցուցանիշների 2011-2022 թթ., <https://armstat.am/am/?nid=81>
74. ՀՀ ՎԿ կայք, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=01001> (29.04.2023)
75. ՀՀ ՎԿ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2020, <https://armstat.am/am/?nid=82&id=2323> (29.04.2023)
76. ՀՀ ՎԿ պաշտոնական կայքէջ, https://armstat.am/file/article/rep_ashx_09a_1.pdf (18/09/2021)
77. ՀՀ ՎԿ, Վիճակագրություն, Վիճակագրական ցուցանիշներ, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=11005>, <https://armstat.am/am/?nid=12&id=11006>:
78. ՀՀ կառավարության 2021 թվականի սեպտեմբերի 30-ի «2022 թվականի առողջապահական նպատակային ծրագրերը հաստատելու մասին» N 1596-Լ որոշումը, <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=112724> (29/04/2023)
79. ՀՀ օրենքը «Առևտրի և ծառայությունների» մասին, 2004 թ. <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=180902>
80. ՀՀ օրենքը «Եկամտային հարկի մասին» 2010 թ. <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=80486> :
81. ՀՀ օրենքը «Պետական տուրքի մասին», 1997 թ. <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=187015>
82. ՀՀ օրենքը «Դեղերի մասին», 2016 թ. <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=106446>
83. ՀՀ օրենքը «Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին», 1988 թ., <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=30320>
84. ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին», 1996 թ. մարտի 4
85. ՀՀ-ում կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման լիցենզավորման կարգ, ՀՀ Կառավարության 2002 թվականի հունիսի 29-ի N 867 որոշում, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=68623>
86. ՀՀՊՏ 2010.12.30/69(803).1 Հոդ.1634.1, «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին » ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2010 թ. դեկտեմբերի 8-ին, ՀՕ-227-Ն, <https://www.arlis.am/>

87. Հրաման Հայաստանի Հանրապետությունում պատշաճ բաշխման գործունեության կանոնները հաստատելու մասին N 24-Ն 17 մայիսի 2017 թ.: Եվրասիական տնտեսական միության հանձնաժողովի խորհրդի 2016 թվականի նոյեմբերի 3-ի N 80 որոշմամբ հաստատված «Եվրասիական տնտեսական միության պատշաճ բաշխման գործունեության կանոնների» համաձայն:
88. «Մանկական մահացության և ծնունդների գրանցման և դասակարգման հիմնախնդիրների հետ կապված իրավիճակը բարելավելու մասին», ՀՀ Կառավարության N949-Ն որոշում, ՀՀՊՏ 2005.07.27/48(420):
89. Մաթևոսյան Հ.Շ., Ճգնաժամային կառավարում, մենագրություն, Եր., 2020 թ:
90. Միջազգային առողջապահական ԱԻ, <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/pages/about-health-emergencies-in-the-european-region/emergency-cycle>
91. Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր 2020-2022 թթ., ՀՀ Կառավարության 2019 թ. հուլիսի 10-ի N 900-Ն հրաման:
92. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության սպասարկման մասին ՀՀ Կառավարության որոշում, 4 մարտի 2004 թվականի N 318-Ն, հավելված թիվ 2, 2.1 և 2.2:
93. Սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2022, ՀՀ ՎՎ, Եր., 2022:
94. Атлас - климат и природные лечебно-оздоровительные ресурсы Армении / Под гл. ред. Б. Арутюняна. Ер., 2010.
95. Буланикян В.С., Современные вызовы демографической ситуации в Республике Армения. Из зоны бедствия в зону развития...// Уроки прошлого и вызовы времени: сборник тезисов докладов участников Международной научной конференции. 21-23 октября 2019 г. Москва: ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2020.
96. Ветитнев А.М., Курортное дело: учебное пособие /А.М. Ветитнев, Л.Б. Журавлева. М.: КНОРУС, 2006.
97. Грищенко Н.Б., Проблемы реформирования социального страхования в странах с переходной экономикой. Финансы, № 3, 2007.
98. Доклад о состоянии рынка фармацевтических субстанций Евразийского экономического союза. ЕЭК, М., 2021, http://www.eurasiancommission.org/ru/act/prom_i_agroprom/dep_prom/SiteAssets/Analiz_substancii_2020.pdf
99. Дурович А.П., Кабушкин Н.И., Сергеева Т.М., Организация туризма, Учеб. пособие. Мн.: Новое знание, 2003.
100. Квятковский И. Е., Финансовое обеспечение регионального здравоохранения в условиях институциональных преобразований: диссертация ... кандидата экономических наук: 08.00.10. Махачкала, 2015.
101. Лойко О.Т., Туризм и гостиничное хозяйство: учебное пособие. Томск: Изд-во ТПУ, 2005.
102. Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, <https://docs.cntd.ru/document/420307203>
103. Статистический ежегодник Евразийского экономического союза; Евразийская экономическая комиссия. М., 2021.

104. Boerma T., Eozenou P., Evans D., Evans T., Kieny M-P., Wagstaff A., Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001731: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731>:
105. *Bokhari F. A. S., Gai Y., Gottret P.*, Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ* 2007; 16: 257–73: DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1157>:
106. *Budhdeo S., Watkins J., Atun R., Williams C., Zeltner T., Maruthappu M.*, Changes in government spending on healthcare and population mortality in the European union, 1995–2010: a cross-sectional ecological study. *J R Soc Med* 2015; 108: 490–98: DOI: [10.1177/0141076815600907](https://doi.org/10.1177/0141076815600907):
107. Cashin Ch., *Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context.* World Bank Studies. Washington, DC: World Bank. 2016. doi:10.1596/978-1-4648-0796-1. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
108. Chukwuma A., Gong E., Ghazaryan E., For COVID and coverage. financing reforms are critical for better health in Armenia. *World Bank Blogs.* Published on Investing in Health. September 24, 2020, <https://blogs.worldbank.org/health/covid-and-coverage-financing-reforms-are-critical-better-health-armenia>:
109. COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
110. Das Gupta P. Standardization and decomposition of rates: a user’s manual. US Bureau of the Census, 1993. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/1993/demo/p23-186.pdf>.
111. Dercon S., Lea N., The missing middle-or is there an obvious resource gap for LMICs? May, 2015, <https://studylib.net/doc/13003145/the-missing-middle>:
112. Diagnostic tests and treatment procedures, <https://en.bookimed.com/prices/>
113. Dieleman J.L., Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health: progress towards Sustainable Development Goal 3. *Lancet* 2020; published online April 23, Doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30608-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30608-5):
114. Dieleman J.L., Sadat N., Chang A.Y. et al., Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019; 393: 2233–60: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4):
115. Elshaug A.G., McWilliams M., Landon B., The value of low-value lists. *JAMA*, 2013 Feb 27; 309(8): 775–6. DOI: [10.1001/jama.2013.828](https://doi.org/10.1001/jama.2013.828):
116. Emma R. Lawrence, Thomas J. Klein, Titus K. Beyuo, Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* Vol. 49, Issue 4, December 2022. DOI: [10.1016/j.ogc.2022.07.001](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.07.001):
117. *Fan V. Y., Savedoff W. D.*, The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence. *Social Science & Medicine.* Volume 105, March 2014. e112-121: DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.01.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014):
118. Farmer R.G., Chobanian A.V: Health care in Armenia today. *The Western Journal of Med.* 160(4), 01 Apr. 1994.

119. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
120. Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
121. Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
122. Gottret P., Schieber G., 2006. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7094> License: CC BY 3.0 IGO.
123. Hayrapetyan S., Khanjian A., Health care in Armenia: Challenges and prospects. Armenian Journal of Public Policy. 2005. Working Paper No.04/13.
124. Health System Performance Assessment, Armenia, 2016/ D. Andreasyan, Al. Bazarchyan, S. Manukyan, G. Muradyan, A. Torosyan, A. Chamanyan, L. Bidzyan, P. Zelveyan. National Institute of Health named after academician S. Abdalbekyan, MoH, RA, 2016.
125. Hogan D.R., Stevens G.A., Hosseinpoor A.R., Boerma T., Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. Lancet Glob Health 2018; 6: e152–68: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2):
126. IHME. Financing Global Health. Armenia, All cause, Spending as % of total health spending, 1995-2019, Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
127. IHME. HALE (Healthy life expectancy). Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/le>
128. IHME. Health-related SDGs. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.
129. IHME. Population forecasting. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/population-forecast/>
130. India Health Care Tourism, <http://www.indiahealthcaretourism.com/>
131. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA: IHME, 2023.
132. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2020: The impact of COVID-19. Seattle, WA: IHME, 2021.
133. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME, 2020.
134. International Monetary Fund. 2021. World Economic Outlook: Recovery during a Pandemic—Health Concerns, Supply Disruptions, Price Pressures. Washington, DC, October.
135. JCI-accredited organizations, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>
136. Kruk M.E., Ataguba J.E., Akweongo P., The universal health coverage ambition faces a critical test. Lancet 2020 Oct 17; 396(10258): 1130–31: DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)31795-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31795-5):
137. Kruk M.E., Gage A.D., Joseph N.T., Danaei G., García-Saisó S., Salomon J.A., Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a

- systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* 2018; 392: 10160, 2203–12: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4):
138. Kruk M.E., Myers M., Varpilah S.T., Dahn B.T., What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; 385: 1910–12: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3):
 139. Kutzin J., Yip W., Cashin Ch., Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage, 2016.e267–309. Doi: https://doi.org/10.1142/9789813140493_0005:
 140. Kyu H.H., Abate D., Abate K.H. et al., Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1859–922: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3):
 141. Lozano R., Fullman N., Abate D. et al., Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 2091–138: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5):
 142. Lozano R., Fullman N., Mumford J.E., Knight M. et al., Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 396: 1250-84: <https://doi.org/10.1016/>:
 143. Mathauer I., Dale E., Meessen B., Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners’ discussions Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 144. *McIntyre D., McKee M., Balabanova D., Atim C., Reddy K.S., Patcharanarumol W.*, Open letter on the SDGs: a robust measure for universal health coverage is essential. *Lancet* 2016 Dec 10;388:2871–2, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32189-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32189-4):
 145. *McPake B.I.*, Crunching health expenditure numbers: important but treacherous terrain. *Lancet Glob Health* 2018 Feb;6(2):124–5. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30007-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30007-X):
 146. Medical Tourism Market by Treatment Type (Dental Treatment, Cosmetic Treatment, Cardiovascular Treatment, Orthopedic Treatment, Neurological Treatment, Cancer Treatment, Fertility Treatment, and Others): Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2019–2027, <https://www.alliedmarketresearch.com/medical-tourism-market>
 147. Medical tourism, <https://www.britannica.com/science/medical-tourism>
 148. Medical Tourism: A Prescription for a Healthier Economy, WTTC, 2019, <https://brasilturis.com.br/wp-content/uploads/2019/11/Medical-Tourism-2019.pdf>
 149. *Moreno-Serra R., Millett C., Smith P.*, Towards improved measurement of financial protection in health. *PLoS Med* 2011;8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001087>:
 150. *Moreno-Serra R., Smith P. C.*, Broader health coverage is good for the nation’s health: evidence from country level panel data. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc* 2015 Jan; 178(1): 101–24: DOI: <https://doi.org/10.1111/rssa.12048>:

151. OECD. Eurostat and World Health Organization (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing. Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
152. Rahim F., Allen R., Barroy H., Gores L., Kutzin J., COVID-19 funds in response to the pandemic. Washington, DC: International Monetary Fund. 2020: <https://blog-pfm.imf.org/en/pfmblog/2020/08/covid-19-funds-in-response-to-the-pandemic>:
153. Reddock J., Seeking consensus on universal health coverage indicators in the sustainable development goals. J Health Serv Res Policy 2017;22:1–5, <https://doi.org/10.1177/1355819617704676>:
154. Reeves A., Gourtsoyannis Y., Basu S., McCoy D., McKee M., Stuckler D., Financing universal health coverage-effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. Lancet 2015, 386: 274–80: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60574-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8):
155. *Saksena P., Hsu J., Evans D.B.*, Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. PLoS Med 2014;11(9), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>:
156. Schmidt H., Gostin L.O., Emanuel E.J., Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? Lancet 2015 Aug 29; 386(9996):928–30: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60244-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60244-6):
157. Schneider T.M., Chang A.Y., Crosby S.W., Gloyd St. et al., Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000–2017. BMJ Glob Health. 2021; 6(8): e005798. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005798>:
158. Shengelia B., Tandon A., Adams O.B., Murray C.J.L., Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med 2005 Jul;61(1):97–109: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604006070>:
159. Tan-Torres Edejer T. Hanssen O. Mirelman A. et al. Projected healthcare resource needs for an effective response to COVID-19 in 73 low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health 2020: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30383-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30383-1):
160. The Ten Essentials for Making Cities Resilient, <https://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/toolkit/article/public-health-system-resilience-scorecard.html>
161. Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A. et al., Economic crisis, health systems and health in Europe. ed. European Observatory on Health Systems and Policies. New York: World Health Organization, 2015.
162. Top 10 Medical Tourism Destinations in the World, <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/top-10-medical-tourism-destinations-world>
163. Tovmasyan G., Healthcare tourism in Armenia: Opportunities and perspectives of development, MESSENGER ASUE, 2021, N 5, pp. 107-126, DOI: 10.52174/1829-0280_2021_5_107
164. Tovmasyan G., Spa and wellness tourism advancement in the Republic of Armenia, 2016, XIV Международная научная конференция «Актуальные научные

- исследования в современном мире», Переяслав Хмельницкий, Украина, Выпуск 6(14), Часть 2.
165. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 166. *Trakinsky S.B., Irwin R.B., Guéné J.-L.H., Grépin A.K.*, An empirical evaluation of the performance of financial protection indicators for UHC monitoring: Evidence from Burkina Faso. *Health Policy Open*. Vol. 1. December 2020 Jan 7:1:100001, <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2019.100001>:
 167. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York, NY, USA: United Nations, 2015.
 168. U.S. Health Insurance Industry | 2020 Annual Results, <https://content.naic.org/sites/default/files/inline-files/2020-Annual-Health-Insurance-Industry-Analysis-Report.pdf> (19/09/2021)
 169. UN. Political Declaration of the High-level Plenary Meeting on Universal Health Coverage: draft resolution/ submitted by the President of the General Assembly. UN. General Assembly. President; UN. General Assembly (74th sess.: 2019-2020). High-Level Plenary Meeting. 2019:
 170. UN Population Fund. Demographic dividend. May 5, 2016, <https://www.unfpa.org/demographic-dividend>
 171. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons (ST/ESA/SER.A/451).
 172. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.
 173. United Nations, SDG Indicators, Metadata repository. Goal 3. Target 3.2, <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>
 174. United Nations, SDG Indicators, Metadata repository. Goal 3. Target 3.1, <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf>
 175. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations, 2015. Sustainable Development Goal 3, <https://www.who.int/sdg/targets/en/>:
 176. *Wagstaff A.*, Measuring catastrophic medical expenditures: reflections on three issues. *Health Economics*. 19 April 2019, V. 28. Issue 6. 765-781. <https://doi.org/10.1002/hec.3881>:
 177. *Wagstaff A., Flores G. Hsu J., Smitz M.F., Chepynoga K., Buisman L.R. et al.*, Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2018 Feb;6(2):e169-79, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1):
 178. *Wagstaff A., Neelsen S.*, A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e 39-49: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2):
 179. *Wagstaff A.*, Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*, 80(2), 2002.

180. Wang H., Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6):
181. WHO Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Inpatient care discharges per 100. Last data available 2020, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_534-6010-inpatient-care-discharges-per-100/visualizations/#id=19629&tab=table
182. WHO Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. Outpatient contacts per person per year, Last data available 2020, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/visualizations/#id=19638&tab=table
183. WHO. Health financing: financial protection. World Health Organization, 2023, <https://www.who.int/health-topics/financial-protection>:
184. WHO. GHED. National Reports. Armenia NHA report 2007.
185. WHO. Global health expenditure database, Last update: April 23 2023, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>. IHME. Financing global health. Last update: January 2023, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
186. WHO. Global Health Observatory data repository: Index of service coverage. Data by WHO region. Last updated: 2023-05-11, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEREGV?lang=en>:
187. WHO. Global Health Observatory data repository: Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available) Estimates by WHO region, Last updated: 2023-05-04, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.FINANCIALPROTECTIONWHOREG01v?lang=en>:
188. WHO. Global Health Observatory data repository. Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by World bank income group, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2020LEXWBv?lang=en> Last updated: 2020-12-07.
189. WHO. Global Health Observatory: Universal Health Coverage. 2020, Last updated: 2021-11-19, <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>.
190. WHO. The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023, was approved by the Seventy-first World Health Assembly in resolution WHA71.1 on 25 May 2018. <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019--2023>:
191. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:
192. World health organization official website, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

193. World Health Organization. (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255336>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:
194. World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals, Geneva: World Health Organization 2017.
195. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
196. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
197. Xu K., Evans D.B., Carrin G., Anguilar-Rivera A.M., Musgrove P., Evans T., Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff(Millwood) 2007: Jul-Aug;26(4):972-83. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.4.972>:
198. Xu K., Evans D.B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C.J., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003, 362: 111–17: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5):
199. Xu K., Klavus J., Kawabata K., Evans D.B., Hanvoravongchai P., Ortiz J.P. et al., Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. Heal Syst Perform Assess Debates, Methods Empiricism, 2003; 533–42. https://www.researchgate.net/publication/265497920_Household_Health_System_Contributions_and_Capacity_to_Pay_Definitional_Empirical_and_Technical_Challenges:
200. Yazbeck A.S., Savedoff W.D., Hsiao W.C., Kutzin J., Soucat A., Tandon A. et al., The case against labor-tax-financed social health insurance for low- and low-middle-income countries: a summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low- and low-middle-income countries. Health Affairs, 39(5), 2020. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.00874:
201. http://www.mtad.am/u_files/file/Hayecakarger/20-2ardz_voroshum.pdf:
202. https://www.primeminister.am/u_files/file/Haytararutyunner/Armenia2050_7_5.pdf:
203. <https://www.trademap.org/>
204. <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=128860>
205. <https://arpharma.am/2020/06/29/%d5%b0%d5%a1%d5%b5%d5%a1%d5%bd%d5%bf%d5%a1%d5%b6%d5%a8%d5%9d-%d5%a4%d5%a5%d5%b2%d5%a1%d6%80%d5%bf%d5%a1%d5%a4%d6%80%d5%b8%d5%b2/>
206. <https://liqvor.com/international/>
207. <https://arpimed.am/hy/about/>
208. <http://www.medicalhorizon.am/about>
209. http://www.pharm.am/attachments/article/6234/THE_LIST_OF_RA_%20DISTRIBUTORS_arm.pdf
210. http://www.pharm.am/attachments/article/653/am_Nernucoxnericank-hajeren1.pdf
211. <https://www.alfapharm.am/null/about-us>
212. <http://natalipharm.am/hy/>
213. http://www.pharm.am/attachments/article/2642/regPoMarm_up_to_30.11.2021_3.pdf
214. <http://www.pharm.am/index.php/am/2016-12-01-07-51-39/2625-31-10-2016>
215. https://filecache.investorroom.com/mr5ir_medtronic/179/2020%20Annual%20Report%20bookmarked%20FINAL.pdf

216. <https://www.investor.jnj.com/annual-meeting-materials/2020-annual-report>
217. <https://www.abbottinvestor.com/static-files/52cadf21-4090-40fd-9857-fa58e1e25949>
218. <https://www.results.philips.com/publications/ar20#highlights>
219. https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/com/pdf/Media_Center/Publications/Annual_Reports/FME_Annual_Report_2020_EN.pdf
220. https://www.ge.com/sites/default/files/GE_AR20_AnnualReport.pdf
221. <https://investors.bd.com/static-files/3c4280f7-ff84-4137-8e5d-0e7c9db5acbd>
222. https://cdn0.scrvt.com/0e46935d037de4ec3888566275864b37/180f4f3673c1bef8/42315c736d84/180f4f3673c1bef8-747507c6608d-Siemens_Healthineers-_Annual_Report_2020.pdf
223. https://s1.q4cdn.com/238390398/files/doc_financials/2020/ar/CAH-Annual-Report-FY-2020.pdf
224. https://s22.q4cdn.com/857738142/files/doc_financials/2020/ar/SYK_CRR-AR20_narr_v16.2.pdf
225. <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=128896>
226. http://www.pharm.am/attachments/article/677/Manufactures_arm.pdf
227. <https://arpimed.am/hy/about/>
228. <https://www.tonusles.am/am/production/index/contract-manufacturing/>
229. <http://www.medicalhorizon.am/about>
230. http://www.stcopc.sci.am/sources/book_2015_1.pdf
231. <https://arpharma.am/%D5%BF%D5%B8%D5%B6%D5%B8%D6%82%D5%BD-%D5%AC%D5%A5%D5%BD-%D5%A8%D5%B6%D5%AF%D5%A5%D6%80%D5%B8%D6%82%D5%A9%D5%B5%D5%B8%D6%82%D5%B6/>
232. <https://www.who.int/emergencies/overview>
233. <http://www.finekon.ru/istochniki%20fin%20sredstv.php>
234. <http://www.omspenza.ru/doc-93.html>
235. <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/>
236. [https://www.arsenal-ms.ru/polis_oms/medical_kinds_help/ \(11/09/2021\)](https://www.arsenal-ms.ru/polis_oms/medical_kinds_help/ (11/09/2021))
237. <http://www.eurolab.ua/insurance-in-russia/4554/4559/41496/>
238. https://expat-savvy.ch/healthcare?gclid=Cj0KCQjwnJaKBhDgARIsAHmvz6e3Egz-ZmDTS2D9wHP9TZpghXjZkh0v52nZ_uHep2p9WKZHGStjTR0aAvV6EALw_wcB
239. https://www.cbhs.com.au/cbhsexclusive?source=2GA200CBSE&campaign=7012e000000AcYVAA0&gclid=Cj0KCQjwnJaKBhDgARIsAHmvz6f5z5N3RGZtZlSBNyABflQbEnmT0h_biWxPdb14ImjyAAFQr3EQrPIaA12jEALw_wcB&gclsrc=aw.ds
240. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf
241. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/1993/demo/p23-186.pdf>
242. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysl21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740
243. https://www.primeminister.am/u_files/file/Haytararutyunner/Armenia2050_7_5.pdf
244. https://covid19.who.int/?gclid=EA1aIQobChMIvp37irmY-AIVw4TVChI7ewMtEAAAYASABEgJlhvD_BwE
245. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-01-01.pdf>

246. https://www.unisdr.org/campaign/resilientcities/assets/toolkit/documents/UNDRR_Public%20Health%20Scorecard%20Addendum%20v2.0_Russian-Jan2021.pdf
247. <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>
248. <https://www.statista.com/statistics/317708/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-the-united-kingdom/>
249. <http://health-ua.com/articles/2409.html>
250. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/b82fc49555b30dc398d0570aedcf5421.pdf>
251. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/e13bec645c8c10bf49243e62cbcc04a1.pdf>
252. <https://www.azatutyun.am/a/31381104.html>
253. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysl121OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740
254. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.FINANCIALPROTECTIONWHOREG01v?lang=en>
255. <https://www.erebunimed.com/arm/department/76>
256. <https://www.erebunimed.com/arm/department/95>
257. <http://sirmed.am/am/plastic-surgery/>
258. <http://www.arzniresort.am/am>
259. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-02-01.pdf>
260. <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>
261. <https://liqvor.com/international/>

Բժշկական սարքավորումներն ըստ ԱՏԳ ԱԱ 6-նիշ դասակարգման (HS 2017) | Հավելված 1

	Ծածկագիր	Մասնում
1	841920	Բժշկական, վիրաբուժական կամ լաբորատոր ստերիլիզատորներ
2	871310	Հաշմանդամների սայլակ, ատանց մեխանիկական սարքերի
3	871390	Հաշմանդամների սայլակ, մեխանիկական սարքով
4	900630	Տեսախցիկներ, որոնք հատուկ նախագծված են ստորջրյա լուսանկարչության, օդային լուսանկարչության կամ ներքին օրգանների բժշկական կամ վիրաբուժական հետազոտության համար
5	901050	Գործիքներ և սարքավորումներ ֆոտոլաբորատորիաների համար (ներառյալ կինեմատոգրաֆիական լաբորատորիաները), այլ տեղերում չնշված, նեգատոսկոպներ
6	901110	Մանրադիտակներ, բարդ օպտիկական; ստերեոսկոպիկ մանրադիտակներ
7	901180	Այլ մանրադիտակներ, բարդ օպտիկական
8	901811	Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. էլեկտրասրտագրիչներ
9	901812	Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. ուլտրաձայնային սկանավորման սարքավորումներ
10	901813	Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. մոտ սարքեր
11	901814	Սցինտիգրաֆիկ ապարատ
12	901819	Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. այլ էլեկտրոդիագնոստիկ ապարատներ
13	901820	Բժշկական, վիրաբուժական գործիքներ և սարքեր. ուլտրամանուշակագույն կամ ինֆրակարմիր ճառագայթային ապարատներ
14	901841	Ատամնաբուժական սարքեր. բորմեքենա (ատամնավորիչ մեքենա), այլ ատամնաբուժական սարքավորման հետ միավորված կամ չմիավորված
15	901849	Ատամնաբուժական սարքեր. այլ
16	901850	Ակնաբուժական սարքեր և գործիքներ
17	901890	Բժշկական, վիրաբուժական կամ ատամնաբուժական գործիքներ և սարքեր
18	901920	Օգոնային, թթվածնային և անրոզոլային թերապիայի, արհեստական շնչառության կամ այլ շնչառական ապարատներ
19	902110	Օրթոպեդիկ և կոտրվածքների բուժման այլ սարքեր
20	902121	Ատամնաբուժական մասեր. արհեստական ատամ
21	902129	Ատամնաբուժական մասեր. այլ
22	902131	Մարմնի արհեստական մասեր.
23	902139	Մարմնի արհեստական մասեր. այլ բացի արհեստական հոդերից
24	902140	Լսողական սարքեր, բացառությամբ մասերի և պարագաների
25	902150	Սրտի ռիթմավարներ սրտի մկանների յաթանման համար (բացառությամբ մասերի և պարագաների)

26	902190	Այլ տեխնիկա, որը կրում են կամ իմպլանտավորում են մարմնում հաշմանդամությունը կամ արատը փոխհատուցելու համար
27	902212	Ռենտգենյան ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, ներառյալ ռենտգենոգրաֆիական և ռադիոթերապիայի ապարատներ, նախատեսված կամ չնախատեսված բժշկական, վիրաբուժական, ատամնաբուժական կամ անասնաբուժական օգտագործման համար, համակարգչային տոմոգրաֆիայի ապարատներ
28	902213	Ռենտգենյան ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, ներառյալ ռենտգենոգրաֆիական և ռադիոթերապիայի ապարատներ, նախատեսված ատամնաբուժական օգտագործման համար, բացառությամբ համակարգչային տոմոգրաֆիայի ապարատների
29	902214	Ռենտգենյան ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, ներառյալ ռենտգենոգրաֆիական և ռադիոթերապիայի ապարատներ, նախատեսված բժշկական, վիրաբուժական կամ անասնաբուժական օգտագործման համար, բացառությամբ համակարգչային տոմոգրաֆիայի ապարատների
30	902219	Ռենտգենյան ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, ներառյալ ռենտգենոգրաֆիական և ռադիոթերապիայի ապարատներ, այլ կիրառման համար
31	902221	Ալֆա, բետա կամ գամմա ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, նախատեսված բժշկական, վիրաբուժական կամ անասնաբուժական օգտագործման համար,
32	902229	Ալֆա, բետա կամ գամմա ճառագայթման վրա հիմնված սարքավորումներ, այլ
33	902230	Ռենտգենյան խողովակներ
34	902290	Սարքավորումներ, որոնք հիմնված են ռենտգեն, ալֆա, բետա կամ գամմա ճառագայթման վրա, այլ, ներառյալ մասեր
35	902511	Ջերմաչափեր և պիրոմետրեր, հեղուկային, այլ սարքերի հետ չմիավորված
36	902519	Ջերմաչափեր և պիրոմետրեր, ոչ հեղուկային, այլ սարքերի հետ չմիավորված
37	902780	Գործիքներ և սարքավորումներ; ֆիզիկական կամ քիմիական անալիզի, մածուցիկության չափման համար
38	903020	Օսցիլոսկոպներ և օսցիլոգրաֆներ
39	940210	Ատամնաբուժական աթոռներ, մասեր
40	940290	Բժշկական , վիրաբուժական, անասնաբուժական օգտագործման կահույք (օրինակ՝ վիրահատական սեղան և այլն)

*ДАВИД АХВЕРДЯН
ВАГЕ БУЛАНИКЯН
КАРИНЕ ГАДЖЯН
АНИ ТЕРТЕРЯН
АМАЗАСП ГАЛСТЯН
ГАГИК БАДАДЯН
САСУН СААКЯН
ГАГИК АКОПЯН
САМВЕЛ АВETИСЯН
СУСАННА АГАДЖАНЫАН
АННА ПАХЛЯН
РУЗАННА ТАДЕВОСЯН
ШУШАН МОВСИСЯН
ГАЯНЕ ТОВМАСЯН*

ОЧЕРТАНИЯ ОПЕРЕЖАЮЩЕГО РОСТА ЭКОНОМИКИ РА: МЕДИЦИНСКАЯ ПРОМЫШЛЕННОСТЬ

DOI: 10.52174/978-9939-61-275-1

За последнее десятилетие комплексный подход к услугам здравоохранения по праву стал глобальным приоритетом, необходимым для укрепления системы здравоохранения, сокращения неравенства в отношении здоровья и улучшения доступа к первичной медико-санитарной помощи. Комплексное медицинское страхование включает как предоставление доступа к медицинским услугам, так и обеспечение финансовой защиты при использовании этих услуг. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), финансовую защиту можно определить как состояние, при котором «прямые выплаты за получение медицинских услуг не подвергают людей финансовым трудностям и не угрожают уровню жизни населения». Однако на практике эффективный охват до сих пор редко поддавался количественной оценке, особенно по странам и годам. Нечастое использование эффективного охвата в качестве меры для оценки эпиднадзора за HNS отчасти связано с проблемами доступности данных, поскольку большинство систем данных здравоохранения неспособны всесторонне оценить ключевые компоненты вмешательства: потребности здравоохранения, потребление или предоставление и качество медицинских услуг.

В первой главе исследования был проведен комплексный анализ глобальной системы здравоохранения. В частности, общие тенденции расходов на здравоохранение требуют мониторинга как источников финансирования, так и целевых показателей расходов, связанных с комплексными показателями охвата услугами здравоохранения и финансовой защитой. В странах, где наличные выплаты составляют значительную долю общих расходов на здравоохранение, ВВП на душу населения снижается, и ожидается, что в ближайшем будущем наличные выплаты снизятся. Такое снижение, по сути, отражает неудовлетворенный спрос и низкий уровень потребления медицинских услуг, а не улучшение финансовой защиты. Между тем по мере восстановления доходов денежные выплаты могут увеличиваться быстрее, чем расходы на здраво-

охранение, поэтому необходима политика, сдерживающая ожидаемый рост денежных выплат.

Практически во всех странах системы здравоохранения сталкиваются с проблемой недостаточного финансирования. Задача финансирования системы здравоохранения заключается не только в привлечении достаточных средств для финансирования сферы здравоохранения, но и в сохранении справедливости распределения. Системы здравоохранения, финансируемые на основе принципа платежеспособности, например, основанные на подоходном налоге, способствуют как поддержанию финансовой справедливости, так и улучшению здоровья населения.

Во второй главе исследования был проведен анализ текущего состояния системы здравоохранения РА и выявление проблем. Сложные экономические и политические условия переходного периода на постсоветском пространстве наложили отпечаток на здоровье населения, приведя к росту заболеваемости и смертности, поэтому дальнейшее развитие системы здравоохранения должно быть направлено на профилактику заболеваемости и поддержание здоровья населения.

За последние годы демографическое и медицинское состояние населения Армении из социально-медицинской проблемы превратилось в проблему общенационального значения. Финансовый и информационный доступ к медицинским услугам во многом зависит от уровня бедности. В 2009-2021 гг. уровень бедности в Армении по сравнению с верхней чертой бедности снизился на 7,6 процентных пункта, с 34,1% до 26,5%, а уровень крайней бедности снизился в 2,4 раза, с 3,6% до 1,5%. В 2021 году расчетный уровень бедности (по верхней строке) составил 45,7% населения. В условиях нынешнего уровня бедности в Армении, несмотря на различные льготы и правила получения медицинской помощи, из-за недостатка информации значительная часть населения добровольно или вынужденно производит денежные выплаты при отсутствии возможности их осуществления. Поэтому информационный фактор здравоохранения имеет чрезвычайно важное значение в укреплении системы здравоохранения.

В настоящее время основными целями политики правительства РА в сфере здравоохранения являются улучшение состояния здоровья населения, повышение финансовой доступности и качества медицинских услуг. Обеспечение доступа к медицинской помощи и ее качества может повысить уровень потребления медицинских услуг, тем самым улучшая здоровье населения.

В третьей главе исследования был проведен анализ проблем финансирования здравоохранения в РА. Правительство Республики Армения осуществляет гарантированное финансирование медицинской помощи и услуг за счет ассигнований из государственного бюджета РА в рамках программ охраны и оздоровления населения. Важно отметить, что государственное финансирование предоставляется непосредственно поставщикам медицинской помощи и услуг независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, что создает более широкие возможности для эффективной реализации указанной цели. Предоставление медицинских услуг в РА за счет средств, предусмотренных из государственного бюджета, может осуществляться в форме бесплатной и льготной медицинской помощи и услуг, гарантированных государством. При бесплатной медицинской помощи и обслуживании предусмотрена полная компенсация помощи и обслуживания, а при льготной медицинской помощи и обслуживании — частичная компенсация. Отмечается, что един-

ственным способом смягчения структурных диспропорций в финансировании здравоохранения РА является внедрение комплексной системы медицинского страхования, что может способствовать улучшению национальных показателей индекса комплексного медицинского страхования (ОКЗ).

В четвертой главе исследования рассмотрены проблемы медицинского страхования за рубежом и в РА. В целом обязательное медицинское страхование является одним из популярных способов социальной защиты граждан в условиях рыночной экономики. Она призвана обеспечить общество доступной и бесплатной медицинской помощью определенного объема и качества за счет эффективного использования существующих ресурсов здравоохранения. Реализация системы обязательного медицинского страхования является одним из важнейших элементов социально-экономической политики государства. Эффективно внедренная и стабильно функционирующая система медицинского страхования обеспечивает доступность медицинских услуг для каждого гражданина, а также своевременные и заранее оговоренные выплаты медицинским учреждениям.

В настоящее время медицинское страхование на страховом рынке РА осуществляется на добровольной основе. Добровольное медицинское страхование в РА находится на стадии развития и начало играть значительную роль в финансовом секторе системы здравоохранения. При этом следует отметить, что более половины расходов в сфере здравоохранения приходится на население, что свидетельствует о низкой прозрачности финансовых потоков в системе здравоохранения. Аналогичная проблема существует и с государственными финансами, выделяемыми на систему здравоохранения. Существующие механизмы контроля не эффективны и не обеспечивают необходимый уровень прозрачности реализуемых затрат. Данная проблема особенно актуальна в условиях продолжающегося значительного увеличения средств, выделяемых на здравоохранение из государственного бюджета. По сути, первоочередными задачами системы здравоохранения Республики Армения являются разработка и внедрение эффективных систем управления и контроля финансовых ресурсов, выделяемых в данную отрасль, и качества медицинских услуг. Опыт медицинского страхования (добровольного или обязательного) показывает, что оно способно эффективно решить эти проблемы.

Рекомендуется провести исследование существующих на рынке РА пакетов медицинского страхования и сформировать перечень услуг, которые позволят решить доступность первичной медицинской помощи населения РА. Важнейшим принципом введения обязательного медицинского страхования в РА должно стать сохранение конкуренции при страховании, что позволит избежать необоснованного использования страховых премий, мошенничества, получения сверхприбылей и других злоупотреблений доминирующим положением.

В пятой главе исследования проведена оценка экспортного потенциала медицинской промышленности РА. В целом фармацевтический рынок является одной из динамично развивающихся отраслей как мировой экономики, так и РА. Сегодня в РА созданы предпосылки для развития фармацевтического рынка, но необходимо расширить возможности отечественного производства лекарств. Однако сфера фармацевтики сталкивается с очевидными проблемами, которые характерны не только для мест-

ной фармацевтической промышленности, но и вытекают из общих тенденций развития социальных систем и высокотехнологичной промышленности.

Львиная доля мирового экспорта медицинского оборудования, 26% всего медицинского оборудования, принадлежит товарной группе «Медицинские, хирургические или стоматологические инструменты и приспособления» (HS 901890), а основным экспортером являются США, занимающие более чем 23 % рынка, затем Германия с более чем 12% и Нидерланды с 10%. Далее с долей около 7% (ГС 901819) «Медицинские, хирургические инструменты и приспособления: группа товаров «Другие электродиагностические аппараты», а лидерами являются Ирландия с долей 20%, США с долей около 18%, Нидерланды с долей 13% и Германия с долей 12%. Преобладание развитых стран в экспорте медицинского оборудования обусловлено тем, что большая часть этого оборудования представляет собой сложную технологическую продукцию и требует высоких затрат, что в основном доступно странам с высокими доходами.

Армения в 2021 году импортировала медицинское технологическое оборудование на сумму 73,7 млн долларов США, что примерно в 7 раз больше, чем экспортировала. Страны ЕАЭС (за исключением Казахстана) в совокупности импортировали медицинское оборудование на сумму 4,9 млрд долларов США, из которых 91% принадлежит Российской Федерации. Доля Армении в импорте ЕАЭС составляет всего 1,5%, а в мировом импорте – 0,03%. В целом импорт медицинского оборудования странами ЕАЭС превысил экспорт примерно в 13 раз. До 2019 года наблюдалась тенденция роста как экспорта, так и импорта. В 2019 году экспорт медицинского оборудования составил 21,6 млн долларов США, импорт - 67,3 млн долларов США. В 2020 году зафиксировано снижение как по экспорту, так и по импорту. Экспорт снизился на 56,5% (9,4 млн долларов США), импорт – на 13,2% (58,4 млн долларов США). В последующие два года был зафиксирован рост как экспорта, так и импорта. Более того, в 2022 году экспорт существенно увеличился – с 10,7 млн долларов США до 54,2 млн долларов США (406,5%). Следует также отметить, что экспорт медицинского оборудования в 2022 году составил 1,0% от общего экспорта РА, в 2021 году - всего 0,4%. Несмотря на значительный рост, он значительно ниже мирового показателя и свидетельствует о небольшой роли этого сектора во внешнеэкономической деятельности РА.

Оздоровительный туризм включает в себя медицинский и курортно-оздоровительный туризм. Медицинский туризм предполагает выезд от места постоянного проживания в другие места для лечения и оказания медицинской помощи. Его необходимость обусловлена наличием в других местах различных медицинских услуг и высококвалифицированных врачей, высоким качеством, а иногда и низкими ценами.

Медицинский туризм в Армении считается одной из тех узких сфер, которая кажется перспективной для роста, но в небольших объемах, учитывая необходимость инвестиций в дополнительную инфраструктуру, а также в маркетинг и облегчение путешествий. Армения сегодня пользуется высоким спросом со стороны стабильной части населения диаспоры и высоким качеством услуг. Многие врачи прошли обучение за границей и имеют репутацию врача с соответствующей квалификацией. В Армении также имеется современное качественное оборудование. Эти качества в сочетании с тем фактом, что большинство медицинских туристов имеют возможность насладиться вторичным отдыхом в течение двухнедельной поездки, позволяют отметить, что Армения имеет хорошие возможности для потенциального роста этого сектора.

*DAVIT HAKHVERDIAN
VAHE BULANIKYAN
KARINE HAJYAN
ANI TERTERYAN
HAMAZASP GALSTYAN
GAGIK BADADIAN
SASUN SAHAKYAN
GAGIK HAKOBYAN
SAMVEL AVETISYAN
SUSANNA AGHAJANIAN
ANNA PAKHLYAN
RUZANNA TADEVOSYAN
SHUSHAN MOVSISYAN
GAYANE TOVMASYAN*

***OUTLINES OF ADVANCED GROWTH OF THE RA ECONOMY:
MEDICAL INDUSTRY***

DOI: 10.52174/978-9939-61-275-1

Over the past decade, an integrated approach to health services has rightly become a global priority needed to strengthen health systems, reduce health inequalities and improve access to primary health care. Comprehensive health insurance includes both providing access to health services and providing financial protection when using those services. According to the World Health Organization (WHO), financial protection can be defined as a state in which “direct payments for health services do not expose people to financial hardship or threaten the population's standard of living.” However, in practice, effective coverage has so far rarely been quantified, especially across countries and years. The infrequent use of effective coverage as a measure to evaluate HNS surveillance is partly due to data availability issues, as most health data systems are unable to comprehensively assess key components of interventions: health care needs, consumption or delivery, and quality of health care services.

The first chapter of the study provided a comprehensive analysis of the global health system. In particular, overall health spending trends require monitoring of both funding sources and spending targets associated with comprehensive health coverage and financial protection indicators. In countries where out-of-pocket payments account for a significant share of total health care expenditure, GDP per capita declines and out-of-pocket payments are expected to decline in the near future. This decline essentially reflects pent-up demand and low consumption of health care services, rather than improved financial protection. Meanwhile, as incomes recover, cash benefits may increase faster than health care costs, so policies are needed to curb the expected growth of cash benefits.

Health care systems in almost all countries are faced with the problem of insufficient financing of the health care system. Health system financing faces the challenge of not only raising sufficient funds to finance the health sector, but also doing so while maintaining

distributional equity. Health care systems financed based on the principle of ability to pay, such as those based on income taxes, contribute to both maintaining financial equity and improving population health.

In the second chapter of the study, the current state of the RA healthcare system was analyzed and problems were identified. The difficult economic and political conditions of the transition period in the post-Soviet space have left their mark on the health of the population, leading to an increase in morbidity and mortality, therefore the further development of the healthcare system should be aimed at preventing morbidity and maintaining a high level of public health.

In recent years, the demographic and medical condition of the population of Armenia has turned from a socio-medical problem into a problem of national significance. Financial and information access to health services largely depends on the level of poverty. In 2009-2021, compared to the upper poverty line, the poverty rate in Armenia decreased by 7.6 percentage points, from 34.1% to 26.5%, and the extreme poverty rate decreased by 2.4 times, from 3.6% to 1.5%. In 2021, the estimated poverty rate (at the top line) was 45.7% of the population. Given the current level of poverty in Armenia, despite various benefits and rules for receiving medical care, due to lack of information, a large mass of the population is willing or forced to make cash payments when they are unable to do so. Therefore, the health information factor is extremely important in strengthening the health system.

Currently, the main goals of the RA government policy in the healthcare sector are to improve the health status of the population, increase financial accessibility and quality of medical services. Ensuring access to and quality of health care can improve uptake of health care services, thereby improving population health.

In the third chapter of the study, an analysis of the problems of healthcare financing in the Republic of Armenia was carried out. The Government of the Republic of Armenia provides guaranteed financing of medical care and services through allocations from the state budget of the Republic of Armenia within the framework of programs for the protection and health of the population. It is important to note that government funding is provided directly to providers of medical care and services, regardless of their organizational, legal forms and forms of ownership, which creates greater opportunities for the effective implementation of this goal. The provision of medical services in the Republic of Armenia at the expense of funds provided from the state budget can be carried out in the form of free and preferential medical care and services guaranteed by the state. With free medical care and services, full compensation for care and services is provided, and with preferential medical care and services, partial compensation is provided. It is noted that the only way to mitigate structural imbalances in the financing of healthcare in the Republic of Armenia is the introduction of a comprehensive health insurance system, which can help improve the national indicators of the comprehensive health insurance index (CHI).

The fourth chapter of the study discussed the problems of health insurance abroad and in the Republic of Armenia. In general, compulsory health insurance is one of the popular ways of social protection of citizens in a market economy. It is designed to provide society with accessible and free medical care in a certain volume and quality through the effective use of existing healthcare resources. The implementation of the compulsory health insurance system is one of the most important elements of the state's socio-economic policy. An effectively implemented and stable functioning health insurance system ensures

the availability of medical services for every citizen, as well as timely and pre-agreed payments to medical institutions.

Currently, medical insurance in the RA insurance market is carried out on a voluntary basis. Voluntary health insurance in the Republic of Armenia is at the stage of development and has begun to play a significant role in the financial sector of the healthcare system. It should be noted that more than half of the expenses incurred in the healthcare sector are incurred by the population, which indicates low transparency of financial flows in the healthcare system. The same problem exists with public finances allocated to the health care system. Existing control mechanisms are not effective and do not provide the necessary level of transparency of realized costs. This problem is especially relevant in the context of the ongoing significant increase in funds allocated for health care from the state budget. By the nature of the Republic of Armenia, the primary tasks of the healthcare system are the development and implementation of effective management and control systems for the financial resources allocated to the industry and the quality of medical services. The experience of health insurance (voluntary or compulsory) shows that it can effectively solve these problems.

It is recommended to conduct a study of the health insurance packages existing on the RA market and create a list of services that will solve the availability of primary medical care for the RA population. The most important principle of introducing compulsory health insurance in the Republic of Armenia should be the preservation of competition in insurance, which will help to avoid the unreasonable use of insurance premiums, fraud, excess profits and other abuses of a dominant position.

The fifth chapter of the study assessed the export potential of the RA medical industry. In general, the pharmaceutical market is one of the dynamically developing sectors of both the global economy and the Republic of Armenia. Today, the prerequisites for the development of the pharmaceutical market have been created in the Republic of Armenia, but it is necessary to expand the capabilities of domestic drug production. However, the pharmaceutical sector faces obvious problems that are characteristic not only of the local pharmaceutical industry, but also stem from general trends in the development of social systems and high-tech industry.

The lion's share of global medical equipment exports, 26% of all medical equipment, belongs to the product group "Medical, surgical or dental instruments and supplies" (HS 901890), and the main exporter is the USA, with more than 23% of the market, followed by Germany with more than 12% and the Netherlands with 10%. Next, with a share of about 7% (GS 901819) "Medical, surgical instruments and devices: product group "Other electrodiagnostic devices", and the leaders are Ireland with a share of 20%, the USA with a share of about 18%, the Netherlands with a share of 13% and Germany with shares 12%. The predominance of developed countries in the export of medical equipment is due to the fact that most of this equipment is complex technological products and requires high costs, which are mainly available to high-income countries.

Armenia imported medical technological equipment worth \$73.7 million in 2021, which is approximately 7 times more than exported. The EAEU countries (excluding Kazakhstan) collectively imported medical equipment worth US\$4.9 billion, 91% of which belonged to the Russian Federation. Armenia's share in EAEU imports is only 1.5%, and in world imports – 0.03%. In general, imports of medical equipment by EAEU countries

exceeded exports by approximately 13 times. Until 2019, there was an upward trend in both exports and imports. In 2019, exports of medical equipment amounted to 21.6 million US dollars, imports - 67.3 million US dollars. In 2020, a decrease was recorded in both exports and imports. exports decreased by 56.5% (USD 9.4 million), imports by 13.2% (USD 58.4 million). The next two years saw an increase in both exports and imports. Moreover, in 2022, exports increased significantly - from US\$10.7 million to US\$54.2 million (406.5%). It should also be noted that the export of medical equipment in 2022 amounted to 1.0% of the total exports of the Republic of Armenia in 2021. amounted to only 0.4%. Although the growth is significant, it is significantly lower than the global indicator and shows the small role of this sector in the foreign economic activity of the Republic of Armenia.

Health tourism includes medical and resort tourism. Medical tourism involves traveling from your place of permanent residence to other places for treatment and medical care. Its necessity is due to the availability of various medical services and highly qualified doctors in other places, high quality, and sometimes low prices.

Medical tourism in Armenia is considered one of those niche areas of the industry that looks promising for growth, but on a small scale, given the need to invest in additional infrastructure, as well as in marketing and travel facilitation. Armenia today has high demand from the stable part of the diaspora population and high quality services. Many doctors have been trained abroad and have a reputation as properly qualified doctors. Armenia also has modern, high-quality equipment. Combining these qualities with the fact that most medical tourists have the opportunity to enjoy a second break during a two-week trip, Armenia is well positioned for the potential growth of this sector.

ԴԱՎԻԹ ՀԱԽՎԵՐԴՅԱՆ
ՎԱՀԵ ԲՈՒԼԱՆԻԿՅԱՆ
ԿԱՐԻՆԵ ՀԱԶՅԱՆ
ԱՆԻ ՏԵՐՏԵՐՅԱՆ
ՀԱՄԱԶԱՍՊ ԳԱԼՍՏՅԱՆ
ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ
ՍԱՍՈՒՆ ՍԱՀԱԿՅԱՆ
ԳԱԳԻԿ ՀԱԿՈՐՅԱՆ
ՍԱՄՎԵԼ ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ
ՍՈՒՍԱՆՆԱ ԱՂԱԶԱՆՅԱՆ
ԱՆՆԱ ՓԱԽԼՅԱՆ
ՌՈՒԶԱՆՆԱ ԹԱԴԵՎՈՍՅԱՆ
ՇՈՒՇԱՆ ՄՈՎՍԻՍՅԱՆ
ԳԱՅԱՆԵ ԹՈՎՄԱՍՅԱՆ

**ՀՀ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՆՑԻԿ ԱՃԻ
ՌՈՐՎԱԳԾԵՐ. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆԴՈՒՍՏՐԻԱ**

Խմբագիր՝ *Գոհար Հովհաննիսյան*
Տեխնիկական խմբագիր
և ձևավորող՝ *Նարա Խչկյան*
Էջադրումը՝ *Սյուզաննա Բոյաջյանի*

Չափս՝ 70×108¹/₁₆:
7.5 տպ. մամուլ:
Տպաքանակ՝ 100:

ՀՊՏՀ «ՏՆՏԵՍԱԳԵՏ» հրատարակչություն
Երևան, Նալբանդյան 128010 59 34 37