

Առողջապահության ոլորտում վճարման մեթոդների տիպարանությունը՝ որպես բժշկական ծառայությունների գների վրա ազդող գործոն

Աղաջանյան Սուսաննա Ս.

ՀՊՏՀ Միջազգային տնտեսական հարաբերությունների ամբիոնի ավագ դասախոս,
տ.գ.թ. (Երևան, ՀՀ)
susy_agadjanyan@yahoo.com

Բադալյան Մերի Վ.

ՀՊՏՀ Հաշվապահական հաշվառում և Առողիտ ֆակուլտետի դեկան,
Բիզնես վարչարարություն ամբիոնի դոցենտ, տ.գ.թ. (Երևան, ՀՀ)
badalyanmeri.asue@gmail.com

Վարդանյան Տաթևիկ Գ.

ՀՊՏՀ Միջազգային տնտեսական հարաբերությունների ամբիոնի դասախոս,
տ.գ.թ. (Երևան, ՀՀ)
tatev.vardanyan@outlook.com

Միքայելյան Տիգրան Մ.

ՀՊՏՀ «Միջազգային տնտեսագիտություն» մասնագիտությամբ
ասպիրանտ (Երևան, ՀՀ)
tmikayelyan.rm@gmail.com

Այվազյան Աննա Ա.

ՀՊՏՀ «Տնտեսության, նրա ոլորտների տնտեսագիտություն և կառավարում»
մասնագիտությամբ ասպիրանտ (Երևան, ՀՀ)
anna_ayvazyan96@mail.ru

Արշակյան Անի Հ.

ՀՊՏՀ «Բիզնեսի կազմակերպում» մասնագիտությամբ
ասպիրանտ (Երևան, ՀՀ)
arshakyanani96@gmail.com

ՀՏԳ՝ 338; EDN: HZVBHQ; JEL: D40, D49, I10, I11, I19, L11

DOI: 10.58587/18292437-2023.4-133;

Հանգուցաբառեր՝ գնագոյացում, մատակարարին վճարման համակարգ, բժշկական ծառայություններ, գներ, դրույքաչափ:

Типология способов оплаты в сфере здравоохранения как фактор, влияющий на стоимость медицинских услуг

Ագաձյանյան Սուսաննա Ս.

к.э.н., ассистент кафедры Международных экономических отношений,
Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
susy_agadjanyan@yahoo.com

Բադալյան Մերի Վ.

к.э.н., доцент кафедры Делового администрирования,
декан факультета Бухгалтерского учета и аудита,
Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
badalyanmeri.asue@gmail.com

Վարդանյան Տաթևիկ Գ.

к.э.н., преподаватель кафедры Международных экономических отношений,
Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
tatev.vardanyan@outlook.com

Միքայելյան Տիգրան Ս.

аспирант кафедры Международных экономических отношений,
Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
tmikayelyan.rm@gmail.com

Այվազյան Աննա Ա.

аспирант кафедры Менеджмента

Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
anna_ayvazyan96@mail.ru
Аршакян Ани А.
аспирант кафедры Бизнес администрации,
Армянский государственный экономический университет (Ереван, РА)
arshakyanani96@gmail.com

Аннотация. Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения подразумевает, что все страны стремятся расширить или обеспечить охват, справляясь с технологическими достижениями, старением населения и растущими ожиданиями в отношении качественного медицинского обслуживания. Рост расходов на здравоохранение оказывает давление на политиков. Правительства часто обращаются к частному сектору для обеспечения устойчивости, оптимального использования ресурсов и расширения выбора медицинской помощи. При этом лица, ответственные за разработку политики, сталкиваются с проблемой обеспечения ресурсов и повышения эффективности, решения проблем рыночного сбоя и справедливости, связанных с частным финансированием здравоохранения. В условиях роста затрат на здравоохранение все большее значение приобретают не только объем возмещаемых услуг, но и подходы и условия оплаты поставщикам медицинских услуг. С этой целью во многих странах внедряются новые подходы к финансированию, организации и оказанию медицинской помощи. Понимание методов ценообразования становится еще более важным, поскольку системы быстро меняются с учетом увеличения потребления ресурсов и потребностей пациентов. Чтобы привести платежи в соответствие с затратами, страны меняют способы оплаты поставщиков услуг, переходя от платежей, предусмотренных бюджетом, к методам оплаты за услуги, посуточно, на основе диагноза и т. д.

Ключевые слова: ценообразование, система оплаты провайдера, медицинские услуги, цены, тариф

Provider payment methods typology in the health care sector as a factor influencing the cost of medical services

Aghajanyan Susanna S.

*PhD in Economics, Associate Professor at the Chair of International Economic Relations,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
susy_agadjanyan@yahoo.com

Badalyan Mary V.

*PhD in Economics, Associate Professor at the Chair of Business Administration,
Dean of the Faculty of Accounting and Audit,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
badalyanmeri.asue@gmail.com

Vardanyan Tatevik G.

*PhD in Economics, Lecturer at the Chair of International Economic Relations,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
tatev.vardanyan@outlook.com

Mikayelyan Tigran S.

*PhD Student at the Chair of International Economic Relations,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
tmikayelyan.rm@gmail.com

Ayvazyan Anna A.

*PhD Student at the Chair of Management,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
anna_ayvazyan96@mail.ru

Arshakyan Ani H.

*PhD Student at the Chair of Business Administration,
Armenian State University of Economics (Yerevan, RA)*
arshakyanani96@gmail.com

Abstract. Achieving universal health coverage implies that all countries strive to expand or ensure coverage, coping with technological advances, aging populations, and growing expectations for quality medical care. The increase in healthcare costs is putting pressure on politicians. Governments often turn to the private sector to ensure sustainability, optimal use of resources, and expanding the choice of medical care. At the same time, the persons responsible for policy development are faced with the problem of providing resources and increasing efficiency, solving the problems of market failure and equity related to private financing of health care. In the conditions of growth of health care costs, not only the volume of reimbursed services, but also the approaches and terms of payment to medical service providers are becoming more and more important. For this purpose, many countries are introducing new approaches to financing,

organizing and providing medical care. Understanding pricing methods becomes even more important as systems change rapidly with increased resource consumption and patient needs. In order to bring payments in line with costs, countries change the payment methods of service providers, moving from payments provided by the budget to payment methods for services, per day, on the diagnosis based groups, etc.

Keywords: pricing, provider payment system, medical services, prices, tariff

Առողջապահության, այդ թվում բժշկական ծառայությունների շուկայի արագընթաց զարգացման պայմաններում չափազանց կարևորվում է բժշկական ծառայությունների շուկայում գնագոյացման կառուցակարգերի մշակման հարցը: Բժշկական ծառայությունների շուկայի արդյունավետության բարձրացման կարևորագույն խնդիրներից մեկը բժշկական ծառայությունների գնագոյացման համակարգի մշակումն ու պահպանումն է, քանի որ առողջապահական համակարգում ներկայումս գործող պարզունակ հաշվարկային համակարգը թույլ չի տալիս բժշկական հաստատություններին որոշել ծախսերի իրական կառուցվածքը, ինչպես նաև օբյեկտիվորեն հիմնավորել առողջապահական հաստատությունների իրական ծախսերը բուժօգնություն տրամադրելիս: Հետևաբար, բժշկական ծառայությունների արժեքը հաշվարկելու մեթոդների ընտրությունն ու կիրառումը, մատուցվող ծառայությունների շուկայական գների ձևավորումը թե՛ պետական և թե՛ մասնավոր առողջապահական հատվածում հանդիսանում են բժշկական ծառայությունների շուկայի զարգացման հրատապ խնդիրներից: Որակյալ օգնություն տրամադրելու գործընթացում կարևոր դերակատարում ունի բժշկական ծառայությունների մատուցման դիմաց մատակարարին վճարման վճարման մեթոդների ընտրությունը, պայմանագրերը, ինչպես նաև այս գործընթացների մշտադիտարկումը: Մատակարարներին վճարման համակարգերը ձևավորվում են առանձին երկրի համատեքստում՝ հաշվի առնելով առողջապահական համակարգի կարողությունները և նպատակները, առողջապահության ֆինանսավորման ճարտարապետությունը, հանրային ֆինանսների կառավարման համակարգերը և առողջապահական տեղեկատվական համակարգերի զարգացման ընթացիկ փուլը: Երկրի համատեքստում մեկը մյուսին լրացնող վճարման եղանակների ընտրությունը, դրանց գործառնություններում նախագծումը և իրագործման մեխանիզմների ներդրումը կարևոր են առողջապահական համակարգի նպատակներին հասնելու համար:

Միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ հատկապես զարգացած երկրները առողջապահական համակարգերում գնագոյացման տարբեր մոդելների համակցություններ են իրականացնում՝ հնարավորություն տալով հասարակությանը ընտրելու իրենց համար առավել շահավետ

տարբերակը, իսկ մյուս կողմից առողջապահության ծառայությունների մատուցման ոլորտում պահպանելով մրցակցային դաշտն ու զարգացման հնարավորությունները:

Առողջապահությունում վճարման համակարգը սահմանվում է որպես բժշկական ծառայությունների մատակարարին վճարման եղանակ, որը համակցում է պայմանագրերի կնքման գործընթացը, հաշվետվողականության մեխանիզմները և կառավարման տեղեկատվական համակարգերը: Մատակարարի վճարման եղանակը կարող է սահմանվել ավելի նեղ՝ որպես առողջապահական ծառայությունների վճարողից մատակարարներին միջոցները փոխանցելու մեխանիզմ [9]:

Մատակարարին վճարման համակարգը մշակելիս երկրները կանգնում են մարտահրավերի առջև, թե ինչպես հաշվարկել ծախսային հենքը, որի հիման վրա կսահմանվեն տարբեր ծառայությունների և ծառայությունների փաթեթների դիմաց վճարման դրույքաչափերը: Շատ երկրներ գտնում են, որ ֆինանսավորման գործող համակարգերն չունեն լավ մշակված գնագոյացման մեթոդաբանություն: Վճարման դրույքաչափերը կախված են մի շարք գործոններից, բայց դրանք, ի վերջո, քաղաքական որոշում են: Վճարման դրույքաչափերի սահմանման վրա ազդում են չորս գործոններ՝ քաղաքականության նպատակները, հասանելի ռեսուրսները, ծառայությունների մատուցման ծախսերը և մատակարարների հետ բանակցությունները¹:

Առողջապահությունում առանձնացնում են վճարման մեթոդների երեք հիմնական հարթություն՝ միավորը կամ գործողությունը, որի համար սահմանվում է գինը (վճարումների հիմքը), ընտրված միավորի արժեքը, վարչական և տնտեսական գործընթացները, որով այդ գնի մակարդակը որոշվում է [14]: Այս ցուցանիշներից յուրաքանչյուրը կարևոր է, քանի որ հնարավորություն է տալիս հավասարակշռել հիվանդների, բժշկական ծառայությունների մատակարարների, վճարողների շահերը և ֆինանսական ռիսկերը:

Մատակարարին վճարման համակարգը ստեղծում է տնտեսական խթաններ, որոնք ազդում են մատակարարի որոշումների վրա, թե ինչ ծառայություններ են նրանք մատուցում, ինչ ռեսուրսներ են կիրառում (անձնակազմ, դեղամիջոցներ, սարքավորումներ): Խթանները

¹ Process by which price is determined [21].

կարող են ուղղորդել մատակարարի վարքագիծը առողջապահական համակարգի նպատակներին հասնելու համար՝ բարելավելով խնամքի որակը, ընդլայնելով առաջնահերթ ծառայությունների հասանելիությունը, հիվանդներին արագ արձագանքումը, ռեսուրսների ավելի արդյունավետ օգտագործումը և այլն: Հետևաբար, քաղաքականություն մշակողները պետք է բարելավեն մատակարարին վճարման համակարգերը և սահմանեն վճարման այնպիսի դրույքաչափեր, որ ստեղծվեն խթաններ առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակներին հասնելու համար:

Վճարման համակարգի որոշիչ տարրն է վճարման միավորի ընտրությունը: Բժշկական ծառայությունների գնագոյացումը իրականաց-

վում է բժշկական ծառայության մեկ միավորի համար (հոսպիտալացման 1 դեպք, 1 խորհրդատվություն, 1 բուժման օր, 1 շտապ օգնության կանչ, անհետաձգելի բուժօգնության տրամադրման 1 դեպք և այլն) կամ հիվանդությունների խմբում ընդգրկված մեկ բժշկական ծառայության համար, կամ մեկ շնչի ֆինանսավորման նորմատիվի հիման վրա: Մրան գուգահեռ սահմանվում են վճարման երեք այլընտրանքային միավորներ, որոնք օգնում են դասակարգել վճարման համակարգերը՝ ժամանակի վրա հիմնված, ծառայության վրա հիմնված և բնակչության վրա հիմնված [7]:

Առանձնացնենք առողջապահական համակարգերում վճարման ավանդական եղանակները.

Աղյուսակ 1. Առողջապահական համակարգերում վճարման ավանդական եղանակները [4]

Վճարման մեթոդը	Բնույթագիրը	Հաստատությունը
Ծառայությունների դիմաց վճար FFS	Գործունեության վրա հիմնված հետահայաց վճարում՝ առանձին ծառայությունների հաշվարկ	Վճարման գերակշռող եղանակը ընդհանուր բժիշկների և ամբուլատոր մասնագետների ծառայությունների համար
Վճարում յուրաքանչյուր դեպքի համար (ախտորոշման հետ կապված խմբեր) DRG	Գործունեության վրա հիմնված վճարում մեկ հիվանդի համար՝ ըստ հիվանդի ախտորոշման և ռեսուրսների օգտագործման	Հիվանդանոցային ստացիոնար դեպքերում վճարումներ երկրները
Վճարում մեկ շնչի համար capitation	Միանվագ վճարում գրանցված հիվանդի համար, որն ընդգրկում է մի շարք ծառայություններ	Ընդհանուր բժիշկների վճարման եղանակը մի շարք երկրներում
Գլոբալ բյուջե	Միանվագ վճարում, որը ներառում է մի շարք ծառայություններ անկախ դրանց տրամադրման իրական ծավալից	Վճարումների եղանակ մի շարք երկրների պետական բժշկական հաստատություններում

Անկախ վճարման միավորից մատակարարները ձգտում են ավելացնելու միավորների քանակը, ինչի արդյունքում նվազում է մեկ միավորի արժեքը՝ ապահովելով լրացուցիչ շահույթ: Այսպես, ծառայության դիմաց վճարման եղանակը (fee for service) ավելացնում է մատուցվող ծառայությունների քանակը: Մեկ շնչի հաշվով վճարման մեթոդը (capitation method) ավելի շատ հիվանդներ գրանցելու խթաններ է ստեղծում: Մեկ օրվա դիմաց

վճարումների դեպքում բժշկական հաստատությանն յուրաքանչյուր օրվա համար վճարվում է ֆիքսված գումար, որոշ երկրներում մեկ օրվա դիմաց վճարումները կարող են ճշգրտվել, օրինակ, դեպքերի թվով: Երբ վճարումները կատարվում են՝ ըստ ախտորոշումների, այս դեպքում կիրառվում է ծախսերի մասին տեղեկատվությունը՝ սահմանելու որոշակի կշիռներ բուժման միջին ծախսերի համար:

Աղյուսակ 2. Մատակարարի վճարման եղանակները, խթանները և կիրառման դեպքերը [8]

Վճարման մեթոդը	Բնութագիրը	Խթանները	Կիրառման դեպքերը
Հոդվածային բյուջե	Մատակարարները ստանում են ֆիքսված գումար որոշակի ժամանակահատվածի համար՝ ծախսերը ծածկելու համար (օրինակ՝ անձնակազմ, դեղեր, կոմունալ ծառայություններ):	Ծառայությունների անբավարար տրամադրում, ուղղորդումների ավելացում, մնացած բոլոր միջոցների ծախսում մինչև բյուջետային տարվա վերջ: Արդյունավետությունը բարելավելու համար խթանների բացակայություն:	Գնորդի և մատակարարների կառավարման կարողությունները թույլ են, ծախսերի վերահսկողությունը առաջնահերթություն է:
Գլոբալ բյուջե	Մատակարարները ստանում են ֆիքսված գումար որոշակի ժամանակահատվածի համար՝ ծածկելու համախառն ծախսերը՝ ծառայությունների համաձայնեցված փաթեթ տրամադրելու համար: Բյուջեն ճկուն է և կապված չէ հոդվածների հետ:	Գլոբալ բյուջեները ձևավորվում են ռեսուրսների ծախսերի վրա, ավելացնում են ուղղորդումները, ռեսուրսների ծախսերը:	Գնորդի և մատակարարների կառավարման կարողությունները նվազագույն են կամ չափավոր: Մատակարարների միջև մրցակցությունը հնարավոր չէ կամ նպատակահարմար չէ: Ծախսերի վերահսկումը առաջնահերթություն է:
Ֆիքսված գումար	Հիվանդանոցներին վճարվում է օրական ֆիքսված գումար յուրաքանչյուր ընդունվող հիվանդի համար: Վճարները կարող են տարբերակվել՝ կախված բաժանմունքից, հիվանդից, կլինիկական բնութագրերից կամ այլ գործոններից:	Ավելացնել մահճակալային քնելու օրերի քանակը (կարող է հանգեցնել ավելորդ ընդունելությունների) և հիվանդանոցում գտնվելու տևողությունը:	Գնորդի և մատակարարի կառավարման կարողությունները չափավոր են: Արդյունավետության բարձրացումը և մահճակալների զբաղվածության ապահովումը առաջնահերթություններ են: Ծախսերի վերահսկումը չափավոր առաջնահերթություն է:
Ախտորոշման հետ կապված խմբերի վճար	Հիվանդանոցներին վճարվում է ֆիքսված գումար յուրաքանչյուր ընդունելության կամ դուրսգրման համար՝ կախված հիվանդի և կլինիկական բնութագրերից, որոնք կարող է ներառել բաժանմունք, ախտորոշում և այլն:	Ընդունելությունների ավելացում (այդ թվում՝ չափազանց բարձր մակարդակների): Նվազեցնում է ծախսերը յուրաքանչյուր դեպքի համար, ինչը կարող է բարելավել արդյունավետությունը: Իրականացվում է ծառայությունների բաժանում (օրինակ, նախնական ընդունելության թեստավորման միջոցով): Նվազեցնում է հիվանդանոցում գտնվելու	Գնորդի կառավարման կարողությունները միջինից առաջադեմ են: Առկա է հիվանդանոցի ավելցուկային հզորություն և/կամ օգտագործում: Արդյունավետության բարձրացումը առաջնահերթություն է: Ծախսերի վերահսկումը չափավոր առաջնահերթություն է:

		տևողությունը; Վերականգնողական խնամքը տեղափոխվում է ամբուլատոր միջավայր:	
Ծառայության համար վճար	Մատակարարները վճարվում են յուրաքանչյուր մատուցվող ծառայության համար: Յուրաքանչյուր ծառայության կամ ծառայությունների խմբի համար վճարները նախապես ամրագրված են:	Ավելացնում է ծառայությունների քանակը, այդ թվում անհրաժեշտ մակարդակից բարձր	Արտադրողականության բարձրացումը, ծառայությունների մատակարարումը և հասանելիությունը առաջնահերթություններ են. Անհրաժեշտություն կա պահպանել կամ ներգրավել ավելի շատ մատակարարների. Ծախսերի վերահսկումը ցածր առաջնահերթություն է
Մեկ շնչի հաշվով վճար	Մատակարարներին նախապես վճարվում է ֆիքսված գումար՝ յուրաքանչյուր գրանցված հիվանդի մատուցելու ծառայությունների սահմանված փաթեթորոշակի ժամանակահատվածում:	Բարձրացնում է ռեսուրսների ներգրավման արդյունավետությունը, ավելացնում է գրանցված հիվանդների թիվը, հանգեցնում է ծառայությունների թերմատակարարման, փորձում է ներգրավել հարաբերականորեն առողջ հիվանդների:	Գնորդի կառավարման կարողությունները միջինից առաջադեմ են. Առաջնային խնամքի և հավասարության ամրապնդումը նպատակներ են. Ծախսերի վերահսկումը առաջնահերթություն է. Հնարավոր է ընտրություն և մրցակցություն:

Առողջապահության քաղաքականության նպատակներին հասնելու, որակի և արդյունավետության բարձրացման տեսանկյունից վերոգրյալ մեթոդներից յուրաքանչյուրն ունի իր ուժեղ և թույլ կողմերը.

- FFS վճարումները սովորաբար խթանում են մատակարարներին ակտիվացնելու իրենց կլինիկական գործունեությունը, որն ուղեկցվում է նաև համապատասխան ծախսերի աճով:

- Մեկ շնչի հաշվով վճարումների դեպքում ծախսերը ավելի լավ են վերահսկվում, բայց կարող են խրախուսել մատակարարներին մատուցել

- Գլոբալ կամ համախառն բյուջեները նույնպես վերահսկում են ընդհանուր ծախսերը, բայց կարող են առաջացնել մատչելիության և սպասման խնդիրներ:

- DRG վճարումները կենտրոնանում են տեխնիկական արդյունավետության վրա՝ ավելի լավ օգտագործելու հասանելի ռեսուրսները և նվազեցնելու բուժման միջին տևողությունը, բայց միևնույն ժամանակ խրախուսում են հիվանդանոցներին ավելացնելու հիվանդների թիվը:

Առողջապահական ծառայությունների ոլորտում գնագոյացման համակարգերը կախված են առողջապահական համակարգերի հիմնական հատկանիշներից, որոնք զգալիորեն տարբերվում են առանձին երկրներում՝ կախված այդ երկրների մի շարք սոցիալ-տնտեսական, ժողովրդագրական ցուցանիշներից, որդեգրած քաղաքականությունների ուղղություններից և այլն:

Առաջնային խնամքի ծառայությունների ձեռք բերման ամենարճիհանուր միջոցը մեկ շնչի հաշվով վճարումներն են կամ ծառայության դիմաց վճարը, իսկ ամբուլատոր ծառայությունների ձեռք բերման համար հիմնականում կիրառվում է ծառայության վճար: Ծառայության վճարների ցանկերը կիրառվում են Ֆրանսիայում, Ճապոնիայում, Ավստրալիայում, ԱՄՆ-ում և այլն: Գերմանիայում բժիշկները ստանում են յուրաքանչյուր հիվանդի համար վճար: ԱՄՆ-ում և Գերմանիայում, ծառայությունների գները կարող են տարբերվել նաև՝ ըստ վճարողի կամ շրջանի: Ծառայությունների վճարի մեխանիզմի թերությունները շտկելու համար կարող են կիրառվել համակցված մեխանիզմներ: Այսպես,

ծառայությունների վճարը կարող է գուգակցվել արդյունքների վրա հիմնված ֆինանսավորման հետ (P4P), ինչպես օրինակ Ֆրանսիայում և Կորեայում, կամ մեկ շնչի հաշվով վճարման հետ, ինչպես Ավստրալիայում, Ֆրանսիայում և Անգլիայում: Շատ երկրներում պետական հիվանդանոցներում ստացիոնար բուժման

համար վճարման եղանակները կիրառում են ախտորոշման հետ կապված վճարներ, ինչը պահանջում է դասակարգել առողջապահական ծառայությունները և հիվանդությունների դեպքերը ըստ բարդության և դրանց համար համապատասխան գներ սահմանել:

Աղյուսակ 3. Սուր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների համար վճարման գերակշռող բազան՝ ըստ մատակարարի տեսակի [3]

Երկիր	Պետական հիվանդանոց	Մասնավոր շահույթ հետապնդող
Ավստրալիա	Ախտորոշմամբ սահմանվող վճար (DRG)	Պրոցեդուրա/ծառայություն
Անգլիա	Ախտորոշմամբ սահմանվող վճար	Պրոցեդուրա/ծառայություն
Ֆրանսիա	Ախտորոշմամբ սահմանվող վճար, գործունեության արդյունքների վրա հիմնված վճար (P4P)	DRG, P4
Գերմանիա	DRG	DRG
Ճապոնիա	Օրեկան՝ կշռված ըստ դեպքի (ոչ սուր), ախտորոշման պրոցեդուրաների համադրություն (սուր), ծառայությունների դիմաց վճար հիվանդանոցներում (FFS)	Օրեկան՝ կշռված ըստ դեպքի (ոչ սուր), ախտորոշման պրոցեդուրաների համադրություն (սուր), ծառայությունների դիմաց վճար հիվանդանոցներում (FFS)
Մալազիա	Ընդհանուր բյուջե	FFS
Կորեա	FFS	FFS

Վրաստանում 2022 թ. գործում է բժշկական ծառայությունների գնագոյացման նոր համակարգ, որը հաշվարկվելու է ախտորոշման հետ կապված խմբերի հիման վրա, այսինքն այս կամ այն բժշկական ծառայության գինը որոշվելու է հիվանդի այս կամ այն ախտորոշիչ խմբին պատկանելիությամբ: Սա նշանակում է, որ բուժման յուրաքանչյուր դեպքի համար պետությունը բժշկական հաստատությանը վճարում է գումար՝ ելնելով կոնկրետ ախտորոշման ստանդարտ դեպքի համար սահմանված ծախսերից [22]: Որոշ ծառայությունների մասով այս մեթոդը չի կիրառվում, մասնավորապես քիմիաթերապիա, պլանային և անհետաձգելի ամբուլատոր օգնություն և այլն:

Բելառուսում վճարովի բժշկական ծառայությունների սակագները սահմանվում են ելնելով դրանց տրամադրման վրա ծախսվող ժամանակի նորմերից: Ծահույթաբերության սահմանային նորմատիվը, որը կարող է

ընդգրկվել բժշկական ծառայության գնի մեջ սահմանվում է պլանային ինքնարժեքի նկատմամբ 30%-ի չափով [19]:

Ռեսուրսների առավել արդյունավետ օգտագործումն ապահովելու համար բազմաթիվ երկրներում կիրառվում է DRG վճարման համակարգը, որից բացառվում են DRG-ի վրա հիմնված վճարումներ որոշ տարրեր, որոնք այնուհետև փոխհատուցվում են լրացուցիչ վճարման մեխանիզմների միջոցով: Բացառման ամենատարածված մեխանիզմը վճարման ճշգրտման գործակցի կիրառումն է [5]: Սովորաբար երկար մնալու գործակիցները ճշգրտվում են որոշակի շեմերի կիրառմամբ, օրինակ հիվանդանոցում մնալու միջին տևողությանն ավելացվում է կրկնակի ստանդարտ շեղումը և այլն [15]: Որոշ երկրներում կիրառվում են նաև կարճաժամկետ մնալու գործակիցներ, որի դեպքում բժշկական հաստատությունը ամբողջությամբ չի ստանում DRG-ի ամբողջ գումարը:

Աղյուսակ 4. DRG-ի կիրառման մոտեցումները մի շարք երկրներում [11]

Երկիր	Ովքեր են վճարում DRG-ի համար	Ներդրման տարեթիվը	DRG-ի կիրառվող տարբերակը	Բյուջետային սահմանափակում
Իտրվատիա	Վճարների վրա հիմնված սոցիալական առողջ-	2002 թ.՝ սահմանափակ ախտորոշումներ	Մինչև 2006 թ. ինքնուրույն մշակված	Իսիստ բյուջետային սահմանափակում յուրաքանչյուր

	ջության ապահովագրություն	2005 թ.՝ ընդլայնում մինչև 118 ախտորոշում 2006 թ.՝ AR-DRG ներդնում 4 պիլոտային հիվանդանոցներում 2007-2009 թթ. AR-DRG ամբողջական ներդնում	2006թ. հետո՝ AR-DRGs ¹	հիվանդանոցի համար
Էստոնիա	Վճարների վրա հիմնված սոցիալական առողջության ապահովագրություն	2003 թ. ներդնում որպես կողավորման գործիք 2004 թ. կիրառում որպես վճարման եղանակ	NordDRG ²	Մինչև 2006 թ.՝ խիստ բյուջետային սահմանափակում 2006 թ.-ից փափուկ բյուջետային սահմանափակում, որը հենվում է դեպքերի վրա: Առողջության ապահովագրության հիմնադրամի միջոցները սահմանափակ են:
Հունգարիա	Վճարների վրա հիմնված սոցիալական առողջության ապահովագրություն	1987 թ. պիլոտային տարբերակ 1993 թ. ազգային	Ինքնուրույն մշակված, հենվում է HFCADRG ³ -ի վրա	Խիստ բյուջետային սահմանափակում, ծավալային պայմանագրեր նվազող ծավալներով
Ղրղստան	Վճարների վրա հիմնված սոցիալական առողջության ապահովագրություն	1997 թ. ներդնում 2001 թ. բոլոր հիվանդանոցների ընդգրկում սխեմայում 2003 թ. զգալի փոփոխություններ	AR-DRG	Խիստ բյուջետային սահմանափակում
Լեհաստան	Վճարների վրա հիմնված սոցիալական առողջության ապահովագրություն	2008 թ. պիլոտային 2009 թ. կիրառում որպես վճարման եղանակ	HRG	չկա

¹ Ախտորոշման հետ կապված ավստրալիական ճշգրտված խմբեր [23]:

² NordDRG DRG-ի համակարգ է, որը HCFA-DRG տարբերակը՝ օգտագործելով ICD-10-ի և NCSP-ի վրա հիմնված սահմանումները [24]:

³ HFCADRG ախտորոշման խմբեր, որոնք հենվում են Health Care Financing Administration-ի վրա [25]:

DRG-ի վրա հիմնված վճարումների համակարգերը ևս տարբերվում են թե ըստ ֆինանսավորման, թե ծախսերի ներառման մոտեցումների: DRG-ն՝ որպես վճարման եղանակ օգտագործելու համար պետք է մշակվի ծախսերի կշիռը յուրաքանչյուր DRG-ի համար: Ծախսերի կշիռը որոշում է, թե որքան է վճարվում մեկ DRG-ի համար: Ծախսերի կշիռները հաշվարկելու երեք մոտեցում կա, որոնք կարող են նաև համակցվել, նախ կարելի է

օգտագործել առկա վճարների (կամ սակագների) տվյալները, կատարել ծախսերի մասնագիտացված ուսումնասիրություններ կամ վերցնել ծախսերի կշիռներ այլ երկրներից: Մեփական ծախսերի կշիռները կարող են նաև համեմատվել այլ երկրների կշիռների հետ՝ օգնելու գնահատել դրանց համապատասխանությունը (օրինակ, Թաիլանդը համեմատել է իր ծախսերի կշիռները Ուելսի և Միջազգային DRG-ների հետ [10]:

Աղյուսակ 5. DRG-ի վրա հիմնված վճարային համակարգերում ներառվող ծախսերի շրջանակը [13]

	DRG-ի և վճարման այլ եղանակի համակցում	DRG խմբեր	Ծախսեր, որոնք ներառվում են DRG փոխհատուցման մեջ	Գործակիցներ
Դանիա	DRGs (≈80%), բյուջե (≈20%)	743	Վճարումը ծածկում է բոլոր հիվանդանոցային ծախսերը բացի կրթության, հետազոտությունների, ամորտիզացիոն հատկացումների և կապիտալ ծախսերի	Հիվանդանոցում մնալու տևողությունը (LOS)
Անգլիա	DRGs (≈63%), բյուջե	2516	Սակագինը ներառում է բոլոր գործառնական, աշխատավարձի և կապիտալ ծախսերը, բայց չի ներառում կրթության և հետազոտությունների վրա կատարվող ծախսերը	LOS
Էստոնիա	DRGs (70%), FFS (30%)	800	Սակագինը ներառում է բոլոր գործառնական, աշխատավարձի և կապիտալ ծախսերը, բայց չի ներառում կրթության և հետազոտությունների վրա կատարվող ծախսերը	Ծախսեր (բարձր և ցածր ծախսերի գործակիցներ)
Ֆրանսիա	DRGs (≈63%), բյուջե, FFS (in private hospitals)	2300	Սակագինը ներառում է բոլոր ծախսերը, բացի կրթության և հետազոտությունների վրա կատարվող ծախսերից, ինչպես նաև չեն փոխհատուցվում բժիշկներին վճարվող գումարները մասնավոր շահույթ հետապնդող հաստատություններում	LOS
Գերմանիա	DRGs (≈71%), բյուջե, FFS	1255	Փոխհատուցվում են բոլոր ծախսերը բացառությամբ ենթակառուցվածքում և կրթություն/հետազոտությունում կատարվող ներդրումներից	LOS

Հարկ է նշել, որ DRG վճարումների դեպքում գրեթե բոլոր երկրները չեն ներառում որոշակի խմբերի հիվանդների, որոշակի խմբի ծառայություններ կամ որոշակի հիվանդանոցներ, բաժանմունքներ և այլն: Այս դեպքերում կարող են կիրառվել համակցված մեխանիզմներ փոխհատուցելու դուրս մնացած ծառայությունները և այլն:

Նշենք, նաև որ երկրների մակարդակում գոյություն ունեն նաև հատուկ մոտեցումներ բժշկական առանձին ոլորտների հետ կապված,

որի շրջանակներում վճարում են փոփոխական, մասնագիտացված և ցածր ծավալի խնամքի համար: Բուժման որոշ ոլորտներ, ինչպիսիք են օրգանների փոխպատվաստումը և քաղցկեղի որոշ բուժումները, բացառված են բոլոր DRG համակարգերից, մինչդեռ մասնագիտացված մանկաբուժական կամ դիալիզի ծառայությունները, բացառված են DRG համակարգերից շատերից, իսկ, օրինակ, ինտենսիվ խնամքը կամ ծանր այրվածքները բացառված են ընդամենը մի քանի DRG համակարգերից:

Աղյուսակ 6. DRG համակարգերից բացառվող կլինիկական դեպքերը [13]

Ոլորտը	Կիրառվող բացառության տեսակը			
	Հիվանդների խմբեր	Ծառայություններ	Հիվանդանոցներ	Այլ
Օնկոլոգիա	Անգլիա (ոսկրածուծի փոխապատվաստում), Էստոնիա (քիմիաթերապիա), Գերմանիա (ոսկրածուծի փոխապատվաստում)	Estonia, England, France, Germany (քաղցկեղի թանկ դեղորայք)	ԱՄՆ (քաղցկեղի որոշ հիվանդանոցներ)	Դանիա (ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի բուժում)
Մասնագիտացված մանկաբուժություն	Գերմանիա (նեյրոմանկաբուժություն), Անգլիա (մանկաբուժական ինտենսիվ խնամք)	Ֆրանսիա (մանկաբուժական ինտենսիվ խնամք)	Գերմանիա (մանկական ռևմատոլոգիա),	Դանիա (մանկաբուժական ինտենսիվ խնամք),
Ծանր այրվածքներ	Անգլիա, Գերմանիա	-	Գերմանիա	Դանիա
Նյարդաբանություն	Գերմանիա (Պարկինսոնի հիվանդության մուլտիմոդալ, համալիր բուժում)	Էստոնիա (կենսաբանական թերապիա բազմակի սկլերոզի դեմ)	Գերմանիա (բազմակի սկլերոզ)	Անգլիա (որոշ մասնագիտացած ծառայություններ)
Դիալիզ	Անգլիա (հիվանդանոցային հեմոդիալիզ կամ ֆիտրացիա)	Ֆրանսիա, Գերմանիա (դիալիզ)	-	Դանիա (որովայնային դիալիզ),

Եզրակացություն

Շուկայական տնտեսության զարգացման ներկայիս մակարդակը հանգեցրել է նրան, որ ծառայությունների ոլորտում գնագոյացման մեխանիզմները բարդ, բազմակողմ համակարգեր են, որտեղ կան ազատության որոշակի սահմաններ և խաղի կանոններ: Շուկայական սակագների ձևավորման գործընթացի վրա ազդում են տարբեր գործոններ: Որոշ դեպքերում այս գործոնները նվազեցնում են ձեռնարկությունների ազատությունը գնագոյացման ռազմավարության մեջ, իսկ մյուս դեպքում ընդլայնում են դրանք: Ծառայությունների շուկայում անհրաժեշտ է առանձնացնել գնագոյացման վրա ազդող գործոնների երեք խումբ՝ ելնելով դրանց ազդեցության միջավայրից:

Վերջերս որոշ առողջապահական համակարգեր ձեռնամուխ են եղել ավելի նորարարական փոփոխությունների՝ նպատակ ունենալով հասնելու ժամանակակից առողջապահական քաղաքականության նպատակներին, բարելավելու մատուցվող ծառայությունների որակը և հասնելու արդյունավետության: Կարելի է դիտարկել վճարումների երեք հստակ միտում լրացուցիչ վճարումներ (Add-on payments),

համալիր վճարումներ խնամքի առանձին դրվագների կամ քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (Bundled payments) և բնակչության վրա հիմնված վճարումներ (Population-based payment): Կատարված ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ նորարարական քաղաքականությունները տարբերվում են ընդգրկվող ծառայությունների լայն շրջանակով՝ առաջնային խնամքից մինչև երկրորդական խնամք և այլն: Այս նորամուծություններից շատերը դրական ազդեցություն ունեն նախատեսված քաղաքականության նպատակների վրա՝ առաջացնելով կամ որակի բարելավում, կամ խնայողություններ կամ երկուսն էլ: Հաջողության հիմնական գործոնները ներառում են սակագների սահմանման և հստակեցման չափանիշների թափանցիկությունը, թիրախային հիվանդների նույնականացումը և այլն:

Այնուամենայնիվ, կան մարտահրավերներ, ներառյալ նախագծման բարդությունը, վճարային քաղաքականության իրագործման, վարչական բեռի խնդիրները, ինչպես նաև ֆինանսական ռիսկերը: Ինչպես տեսանք, մատակարարներին վճարելու ընդհանուր եղանակները բազմաթիվ են և երբեմն հակասում են

առողջապահական համակարգի ներկայիս առաջնահերթություններին՝ պայմանավորված առողջապահական բարդ կարիքներ ունեցող հիվանդներին անխափան, բարձրորակ օգնություն տրամադրելու անհրաժեշտությամբ՝ սակավ ռեսուրսների համատեքստում:

Չնայած առողջապահական համակարգերի կազմակերպումը տարբերվում է ըստ երկրների և տարածաշրջանների՝ առողջապահական ծառայությունների մատուցման գնագոյացման գործում բացի ինքնարժեքի ծախսերի հաշվառումից, կարևոր դերակատարում ունի բժշկական ծառայությունների մատակարարին վճարման մեթոդի ընտրությունը: Հետևաբար, քաղաքականություն մշակողները պետք է բարելավեն մատակարարին վճարման համակարգերը և սահմանեն վճարման այնպիսի դրույքաչափեր, որ ստեղծվեն խթաններ առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակներին հասնելու համար:

Վճարման բոլոր մեթոդներն ունեն ուժեղ և թույլ կողմեր, և թե ինչպես են դրանք ազդում առողջապահական ծառայություններ մատուցողների վարքագծի վրա, կախված է նրանց գործառնական նախագծման առանձնահատկություններից և, շատ կարևոր է, թե ինչպես են նրանք փոխազդում առողջապահական ընդհանուր նպատակների հետ ձևավորման հետ:

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. **Towse A., Liggett S. B.**, Value-Based Pricing and Reimbursement in Personalized Healthcare: Introduction to the Basic Health Economics, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618156/>
2. **Barber SL, Kumar A, Roubal T, Colombo F, Lorenzoni L.** Harnessing the private health sector by using prices as a policy instrument: Lessons learned from South Africa. *Health Policy*; 2018.122(5):558-64.
3. **Barber SL, Lorenzoni L, Ong P.** Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. **Charlesworth, A., Davies, A., & Dixon, J.** (2012). *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. London: Nuffield Trust.
5. **Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W.** DRG-based hospital payment: intended and unintended consequences. In: *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Open University Press; 2011. p. 75-92.
6. Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. **Jegers Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve, and Willem Giles.** (2002). "A Typology for Provider Payment Systems in Health Care." *Health Policy* 60 (3): 255–73.
8. **Langenbrunner JC, Cashin CS, O'Dougherty S.**, editors. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington, DC: World Bank; 2009
9. **Langenbrunner, John C., Cheryl Cashin, and Sheila O'Dougherty (eds).** 2009. *How-To Manuals: Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC: World Bank.
10. **Mathauer, I., Wittenbecher, F., & World Health Organization.** (2012). *DRG-based payments systems in low-and middle-income countries: Implementation experiences and challenges* (No. HSS/HSF/DP. E. 10.2). World Health Organization.
11. **Mathauer, I., & Wittenbecher, F.** (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low-and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 746-756A.
12. **Özaltın, A., and C. Cashin, eds.** *Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2014.
13. **Quentin W, Stephani V, Berenson RA, et al.** How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA pay for variable, specialized and low volume care: a cross-country comparison of inpatient payment systems. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(12):2940–2950. doi:10.34172/ijhpm.2022.6536
14. **Reinhardt UE.** The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shifting: is it time for a more rational all-payer system? *Health Affairs*. 2011; 30(11): 2125-33.
15. **Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R.** Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Manag Sci.* 2006;9(3):215–223. doi: 10.1007/s10729-006-9040-1
16. **Srivastava, D., Mueller, M., & Hewlett, E.** (2016). *Better ways to pay for health care*. OECD. 2016.
17. **Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T.** (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
18. **Федяев Д. В., Лазарева М. Л., и др.** Методология анализа системы оплаты медицинской помощи на региональном уровне в рамках модели клинико-статистических групп. *Профилактическая медицина*. 2018; 21(6):5-11. <https://doi.org/10.17116/profmed2018210615>
19. **Ценообразование на медуслуги: предельные нормативы и надбавки.** <https://www.gb.by/novosti/ekonomika/tsenoobrazovanie-na-meduslugi-predelnye>

20. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/1_1_Chapter%201_Why%20is%20pricing%20important.pdf
21. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/1_4_Chapter%204_Process%20by%20which%20price%20is%20determined.pdf
22. <https://www.newsgeorgia.ge/v-gruzii-vvodjat-novuju-sistemu-cenoobrazovanija-dlja-medicinskih-uslug/>
23. <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ar-drg-data-cubes/contents/data-cubes>
24. <https://nordcase.org/products/>
25. <https://fischer-zim.ch/textk-pcs-en/t-B2-drg-fam-HCFA-en-0801.htm>

Сдана/Հանձնվել է՝ 12.08.2023

Рецензирована/Գրախոսվել է՝ 23.08.2023

Принята/Ընդունվել է՝ 30.08.2023