

Առողջապահության ոլորտի արդյունավետ ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների համեմատական վերլուծություն

Հայյան Կարինե Ա.

ՀՀ ՊԿԱ Կառավարման ամբիոնի հայցորդ (Երևան, ՀՀ)

 <https://orcid.org/0009-0005-4891-6469>

karinehajyan@mail.ru

ՀՏԳ՝ 339.7; EDN: ZJTGVO; JEL: H75, I18, N3

DOI: 10.58587/18292437-2024.6-236

Հանգուցաբառեր և բառակապակցություններ՝ համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ (ՀԱԾ), ֆինանսավորում, պրոգրեսիվություն և ռեգրեսիվություն, ընտրություն, ծախսերի վերահսկում, պահանջարկի նորմավորում, առաջարկի նորմավորում

Сравнительный анализ современных моделей эффективного финансирования сферы здравоохранения

Аджян Карине А.

Аджян Карине А.

Соискатель кафедры управления, Академия государственного управления РА (Ереван, РА)

Аннотация: Многие страны с низким и средним уровнем дохода (СНСД), включая Армению, приняли концепцию всеобщего медицинского страхования (ВОУЗ) и либо начали, либо находятся в процессе внедрения различных моделей медицинского страхования, чтобы обеспечить финансовый доступ к медицинскому обслуживанию своему населению. Системы медицинского страхования призваны трансформировать традиционные модели финансирования здравоохранения и способствовать развитию всеобщего охвата услугами здравоохранения, благодаря которому можно улучшить здоровье населения, предоставляя необходимые качественные медицинские услуги без финансовых трудностей. Выбор эффективной модели здравоохранения в любой стране имеет основополагающее значение для более эффективного использования ресурсов и обеспечения качества и доступности медицинской помощи.

Правительство Республики Армения решением № 133-Л от 2 февраля 2023 года "Об утверждении концепции внедрения комплексного медицинского страхования" объявило о начале поэтапного внедрения обязательного медицинского страхования по принципу единого покупателя и плательщика. Поэтому как никогда актуально провести сравнительный анализ современных моделей финансирования сферы здравоохранения.

В настоящее время накоплен значительный опыт оптимизации и трансформации существующих моделей в сфере организации и финансирования системы здравоохранения. В статье изучили современные модели эффективного финансирования сектора здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) стран с высокими доходами и представили особенности их трансформации. Статистические публикации ОЭСР были основным источником информации для исследования.

Ключевые слова и словосочетания: всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ), финансирование, прогрессивность и регрессивность, выбор, контроль затрат, нормирование спроса, нормирование предложения

A comparative analysis of modern models of effective health sector financing

Hajyan Karine A.

Phd student of the Chair of Management at RA Public Administration Academy (Yerevan, RA)

Abstract. Many Low and Middle-Income Countries (LMICs), including Armenia, had embraced the concept of Universal Health Coverage (UHC) and have either commenced or are in the process of implementing various models of health insurance in order to provide financial access to health care to their populations. Health insurance systems are designed to transform traditional healthcare financing models and contribute to the advancement of Universal Health Coverage, through which it is possible to improve the health of the population by providing necessary effective health services without financial hardship. Choosing an effective healthcare model in any country is fundamental to using resources more efficiently and ensuring the quality and accessibility of healthcare.

The Government of the Republic of Armenia, by its Resolution No. 133-L dated February 2, 2023 "On Approving the Concept of the Introduction of Comprehensive Health Insurance" announced the beginning of the phased implementation of mandatory health insurance based on the principle of a single buyer-payer. In this regard, the implementation of a comparative analysis of modern models of financing the healthcare sector is more relevant than ever.

At present, considerable experience has been accumulated in the optimization and transformation of existing models in the field of organization and financing of the healthcare system. In the article, we studied the modern models of health care financing in high-income countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), presented the features of their transformation. The main source of information for the research was OECD statistical publications.

Keywords and phrases: universal health coverage (UHC), financing, progressivity and regressivity, choice, controlling expenditures, demand-side rationing, supply-side rationing

Ներածություն

Առողջապահության ոլորտի արդյունավետ ֆինանսավորման մոդելների դասակարգման հիմքում ընկած է բժշկական օգնության ֆինանսական հոսքերի կազմակերպման մեթոդը, քանի որ այն էականորեն ազդում է ամբողջ առողջապահական համակարգի վրա: Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման մոդելներն առանձնանում են բազմազանությամբ և արտացոլում երկրների սոցիալ-տնտեսական զարգացումը, քաղաքական կառուցվածքը, հասարակության մեջ որդեգրված արժեքների համակարգը, սոցիալական համերաշխության մակարդակը բնութագրող ազգային առանձնահատկությունները: Միմյանց հետ փոխազդեցության միջոցով համակարգերն անընդհատ զարգանում և փոփոխվում են: Առողջապահության ֆինանսավորման մոդելների դասակարգման հիմքում ընկած հիմնական հատկանիշներն են՝ դեղագործական և բժշկական օգնության ֆինանսավորման եղանակը, դրանց ֆինանսական հոսքերի ձևավորման ու բաշխման մեխանիզմները, բուժօգնության որակի վերահսկողության ձևերը և մեթոդները, ազգային առողջապահական համակարգերի օբյեկտների միջև իրավական և գույքային հարաբերությունների ձևերը, բժշկական օգնության ապահովման (հասանելիության ու տրամադրման) համակարգերը, բժշկական կազմակերպությունների աշխատուժի խրախուսման մեխանիզմները:

Գրականության ակնարկ

ԱՀԿ փորձագետների կողմից առանձնացվում է առողջապահության ֆինանսավորման երեք դասական մոդելներ՝ առողջության սոցիալական ապահովագրության մոդելը (Օ. Բիսմարկի համակարգ), պետական (բյուջետային) մոդելը (Ու. Բևերիջի համակարգ), մասնավոր (ոչ պետական) մոդելը [31, էջեր 11-13]: Բացի վերոնշյալ մոդելներից, առանձնացվում է նաև Ն.Ա. Սեմաշկոյի կողմից 1917 թ.-ին ստեղծված ԽՍՀՄ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման մոդելը, որն աննշան փոփոխություններով գործում էր ողջ խորհրդային ժամանակահատվածում [1; 2]: Առողջապահության պետական ֆինանսավորման մոդելը հիմնված է բժշկական օգնության բյուջետային երաշխիքների և ինստիտուցիոնալ կարգավորումների վրա և ընդունվում է կայուն ֆինանսավորման համակարգ ունեցող երկրներում (Մեծ Բրիտանիա, Դանիա, Իռլանդիա, Իսլանդիա, Նորվեգիա, Ֆինլանդիա, Շվեդիա): Առողջապահության ֆինանսավորման սոցիալական մոդելը համատեղում է առողջության պարտադիր ապահովագրությունը բժշկական ծառայությունների համար տրամադրվող պետական երաշխիքների հետ: Սոցիալ-ապահովագրական մոդելին հարում են ապահովագրական մեխանիզմների վրա

հիմնված առողջապահության ֆինանսավորման կայուն համակարգ ունեցող երկրները (Ավստրիա, Բելգիա, Գերմանիա, Իտալիա, Լյուքսեմբուրգ, Նիդերլանդներ, Շվեյցարիա, Ֆրանսիա, Ճապոնիա, Կանադա): Մասնավոր շուկայի ֆինանսավորման մոդելը գործում է բժշկական ծառայությունների և ապահովագրական շուկայի, մասնավոր ֆինանսավորման և բիզնես գործընթացների կարգավորման պայմաններում: Մասնավոր ապահովագրությունը, հիմք է հանդիսանում ՏՀՁԿ երկրներից միայն մեկի՝ Միացյալ Նահանգների համար, որի առողջապահական համակարգը հիմնված է մասնավոր կարգավորման, ֆինանսավորման և ծառայությունների մատուցման վրա [5, էջ 260]: Այնուամենայնիվ, բոլոր երկրներում առկա է մասնավոր ապահովագրության բաղադրիչը, որը հիմնականում նախատեսված է ազգային ծրագրերից դուրս լրացուցիչ ապահովագրական փաթեթների վաճառքի համար:

Առողջապահական համակարգերի դասական դասակարգումը վերջերս ավելի քիչ տարածված է դարձել հատկապես երկու իրադարձություններից հետո. տեղի է ունեցել տարբեր երկրների առողջապահական համակարգերի կառուցվածքային տարրերի համախմբում և առողջապահական համակարգի նոր մոդելների ստեղծում՝ հիմնված «կառավարվող մրցակցության» վրա, որը, ըստ էության, մրցակից ապահովագրողների համակարգ է: Ֆրանսիան այս առումով կոնվերգենցիայի օրինակ է, որն ավանդաբար դիտարկվում է որպես սոցիալական ապահովագրության համակարգ, որտեղ գործատուներն ու աշխատողները համատեղ ներդրումներ են կատարում պարտադիր փոխօգնության ասոցիացիաներում դեռևս 1930-ական թվականներից, սակայն ժամանակի ընթացքում կառավարությունը սկսեց ավելի կարևոր դեր խաղալ: Որոշ առումներով այժմ դժվար է գտնել ֆրանսիական համակարգի և ազգայնացված առողջապահական համակարգերի միջև էական տարբերություններ, բացի ֆինանսավորման աղբյուրները. բնակիչներին չի տրվում ապահովագրող ընտրելու հնարավորություն, իսկ կառավարությունը ապահովում է խիստ կարգավորում և ծառայությունների դիմաց սահմանում է մատակարարման վճարներ: Ճապոնիայում նույնպես գործում են հազարավոր ապահովագրական ընկերություններ, բայց ընտրության հնարավորություն չկա, քանի որ կառավարությունը խիստ վերահսկողություն է իրականացնում՝ սահմանելով սակագնային ծրագիր, որը կիրառվում է բոլոր բժշկական ծառայությունների և դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցների համար:

Մյուս գործոնը, որն այսօր ավելի քիչ արդիական է դարձնում առողջապահության ֆի-

նանսավորման դասական մոդելները, առողջապահական համակարգերի ի հայտ գալն է, որոնք հիմնված են մասնավոր (սովորաբար ոչ առևտրային) մրցակից ապահովագրական ընկերությունների սպառողական ընտրության վրա: Նման համակարգերի տեսական հիմքերը դրվել են դեռևս 1970-ականների վերջին ամերիկացի տնտեսագետ Ա. Ս. Էնթոլվենի աշխատությունների հիման վրա [10; 11]: Առողջապահության ոլորտում կառավարվող մրցակցության մոդելը նախատեսված էր ԱՄՆ առողջապահության ֆինանսավորման մասնավոր համակարգի համար [12], չնայած դրան, մոդելի հիմնական դրույթները հայտնի դարձան և հիմք հանդիսացան եվրոպական երկրների՝ պետական կարգավորմամբ առողջապահական համակարգերի բարեփոխումների իրականացման համար: Բվագի շուկայական հարաբերությունների մոդելը սոցիալ-ապահովագրական համակարգում հանդես է գալիս որպես կարգավորվող մրցակցության մոդել, իսկ բյուջետային համակարգում ներքին շուկայի մոդել: Ա. Ս. Էնթոլվենի «Սպառողների կողմից ընտրված առողջապահական ծրագիրը» կառուցվել է այն գաղափարի վրա, որ ապահովագրական ընկերությունները մրցակցում են հաճախորդներ ներգրավելու համար: Մրցակցության հիմքը արժեքն է: Ապահովագրական ընկերությունները, որոնք ավելի շատ ապահովագրական փաթեթներ և որակ են ապահովում պրեմիումի մեկ դոլարի դիմաց, ըստ տեսության, շուկայից դուրս են մղում պակաս արդյունավետ ապահովագրական ընկերություններին: Ապահովագրական ընկերություններն իրենց հերթին ընտրում են միայն այն մատակարարներին, որոնք ծախսարդյունավետ են՝ մրցակցություն ստեղծելով նաև հիվանդանոցների և բժշկական ծառայությունների շուկայում: Ուստի Ա. Ս. Էնթոլվենը և գործընկերները մշակեցին համակարգ, որը թույլ էր տալիս արդար մրցակցություն և անկախ առողջական վիճակից ապահովագրական ծրագրի շրջանակներում հավասար հավելավճարներով ապահովում էր հասանելիություն բոլորի համար: Դրանք ստանդարտացված ապահովագրական ծրագրեր են, որոնք թույլ են տալիս հեշտությամբ համեմատություն անցկացնել մրցակից ապահովագրական ընկերությունների միջև և ընտրություն կատարել, սուբսիդիաներ հատկացնել այլ կերպ ապահովագրական ծածկույթում չներառված բնակչության խմբերին: Միացյալ Նահանգները և Նիդերլանդները ավելի շատ, քան աշխարհի ցանկացած այլ երկիր, ընդունել են կառավարվող մրցակցության մոդելի մի շարք դրույթներ, Գերմանիան և Շվեյցարիան նույնպես ապավինում են ապահովագրողների միջև կարգավորվող մրցակցությանը՝ որպես իրենց առողջա-

պահական համակարգերի հիմնական բաղադրիչներ:

Առողջապահության ֆինանսավորման մոդելների այլընտրանքային դասակարգումների մի շարք տեսություններ են մշակել Վ. Բուրաուն և Ռ. Հ. Բլանկը (առողջապահության ֆինանսավորման պետական հայեցակարգը) [7], Կ. Վենդտը [30] (առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների հարաբերակցության հիման վրա ՏՀԶԿ երկրների առողջապահական համակարգերի կլաստերային դասակարգումը), Պ. Լ. Ֆերեյրան, Ա. Ի. Տավարեսը, Ք. Զվինտալը և Պ. Սանտանան (ԵՄ առողջապահական համակարգերի կլաստերային դասակարգումը) [13]: Մ.Գ. Ֆիելդը, հասարակության սոցիալ-քաղաքական կառուցվածքը հիմք ընդունելով, պայմանակաճորեն տարբերակում է առողջապահական համակարգի հինգ մոդելներ՝ առողջապահության ազգային ծառայություն, առողջության ազգային ապահովագրություն, առողջության սոցիալական ապահովագրություն, առողջության սոցիալական պետական ապահովագրություն, մասնավոր առողջապահական համակարգ [14]:

Կ. Բումը և նրա գործընկերները 3×3 մատրիցայի հիման վրա մշակել են առողջապահական համակարգերի ավելի բարդ դասակարգում [5]: Մատրիցայի առանցքներից մեկը ներառում է առողջապահական համակարգերի երեք «հիմնական հարթությունները»՝ կարգավորում, ֆինանսավորում և ծառայությունների մատուցում, որոնցից յուրաքանչյուրում կան երեք հնարավոր պատասխանատու սուբյեկտներ՝ պետական, հասարակական և մասնավոր: «Հասարակական» սուբյեկտը նշանակում է, որ առողջապահության ոլորտում առանցքային որոշումներ կայացնելու համար պատասխանատու են ոչ կառավարական (կորպորատիվ) կազմակերպությունները: Գերմանիայի առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգը դրա օրինակն է, որտեղ նման հարցերի վերաբերյալ որոշումները, ինչպիսիք են, թե ո՞ր ծառայություններ են ապահովագրված և որքա՞նով են դրանք փոխհատուցվում, համատեղ կայացվում են կոնսորցիումների կամ ապահովագրողների և մատակարարների կողմից, որոնք բանակցում են միմյանց հետ՝ պետության նվազագույն մասնակցությամբ: Կ. Բումի կողմից մատրիցայի հնարավոր 27 համակցություններից միայն 10-ն է արժանահավատ համարվել, քանի որ իմաստ չունի, որ կարգավորումը լինի մասնավորի ձեռքում, միաժամանակ, երբ ֆինանսավորումը պետության ձեռքում է: Այս 10 հնարավոր համակցություններից միայն 5-ն են օգտագործվել հետազոտված ՏՀԶԿ 27 երկրների առողջապահական համակարգերի դասակարգման ժամանակ, որոնք ստորև ներկայացված են ՏՀԶԿ որոշ երկրների օրինակների հետ միասին:

1. առողջապահության ազգային ծառայությունը կարգավորման, ֆինանսավորման և ծառայությունների մատուցման պետական վերահսկողությամբ (Շվեդիա, Միացյալ Թագավորություն),

2. առողջության ապահովագրության ազգային համակարգ՝ պետական վերահսկողությամբ և ֆինանսավորմամբ, բայց ծառայությունների մատուցման մասնավոր վերահսկողությամբ (Ավստրալիա, Կանադա),

3. առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգ, որը կարգավորվում ու ֆինանսավորվում է պետական վերահսկողությամբ և ծառայությունների մատուցման մասնավոր վերահսկողությամբ (Գերմանիա, Շվեյցարիա),

4. առողջության սոցիալական ապահովագրության պետական համակարգ՝ կարգավորման ու ֆինանսավորման պետական վերահսկողությամբ և ծառայությունների մատուցման մասնավոր վերահսկողությամբ (Ֆրանսիա, Ճապոնիա, Նիդերլանդներ),

5. առողջության ապահովագրության մասնավոր համակարգ՝ կարգավորման, ֆինանսավորման և ծառայությունների մատուցման մասնավոր վերահսկողությամբ (ԱՄՆ):

Կ. Բումբը և նրա գործընկերները նշում են, որ գրեթե բոլոր երկրներում առողջապահության ոլորտի կարգավորմանը, ֆինանսավորմանը և ծառայությունների մատուցմանը մասնակցում են մի քանի սուբյեկտներ: Այսպես, գործատուներն ու աշխատողները կարող են համատեղ վճարել ապահովագրական վճարները, սակայն կառավարությունները հաճախ դրանք լրացնում են հարկերի միջոցով: Նման բարդությունների հաղթահարման համար հեղինակները «կենտրոնանում են բնակչության ամենամեծ ծածկույթ ունեցող համակարգ(եր)ի վրա» [5, էջ 262]՝ նշելով, օրինակ, որ թեև Միացյալ Նահանգները դասակարգվում է որպես մասնավոր ֆինանսավորում ունեցող երկիր, սակայն հաշվառման որոշակի մեթոդների կիրառման դեպքում պետական առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում գերազանցում է մասնավոր առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը: Մեկ այլ խնդիր էլ այն է, որ Կ. Բումբի դասակարգմամբ, առողջության ապահովագրության տարբեր համակարգեր ունեցող երկրները հայտնվում են միևնույն խմբում: Այսպես, Նիդերլանդներում (տեսակ 4) առողջության ապահովագրությունը հիմնված է սպառողների կողմից մրցակից ապահովագրողների ընտրության վրա, այսինքն՝ կառավարվող մրցակցության վրա, իսկ Ֆրանսիան և Ճապոնիան, որոնց հետ այն դասակարգված է նույն խմբում, անհատներին ապահովագրական ընտրություն չեն ապահովում: Կ. Բումբի և նրա

գործընկերների դասակարգման թերությունն այն է, որ այն հստակորեն հաշվի չի առնում առողջապահական համակարգի այլ հիմնական առանձնահատկությունները (մատակարարների ընտրությունը), որոնք անում են ավելի բարդ դասակարգումները:

Առողջապահության տնտեսագիտության մեջ առավել ընդունելի է համարվում առողջապահության ֆինանսավորման մոդելների դասակարգումը, որը հիմնված է համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի (<ԱԾ>) քաղաքականության վրա: Թ. Ռայսը բարձր եկամուտ ունեցող երկրների առողջապահական համակարգերը, որոնց առողջապահական ծախսերը <ՆԱ-ում կազմում են 9.6-16.6% [21], բաժանում է 4 խմբի՝ հիմք ընդունելով <ԱԾ քաղաքականության իրականացման ուղիները [24, էջ 42]:

1. համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ մեկ ապահովագրողի առկայությամբ (Միացյալ Թագավորություն, Կանադա, Շվեդիա, Ավստրալիա),

2. համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ բազմաթիվ ապահովագրողների առկայությամբ՝ բայց առանց որևէ ընտրության իրավունքի (Ֆրանսիա, Ճապոնիա),

3. համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ մրցակից ապահովագրողների առկայությամբ (Գերմանիա, Շվեյցարիա, Նիդերլանդներ),

4. առողջապահական համակարգեր առանց համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի (ԱՄՆ):

Դասակարգման հիմքում ընկած է այն հանգամանքը, թե ինչպե՞ս են երկրները կառավարում և ֆինանսավորում իրենց առողջապահական համակարգերը, ի՞նչ ծառայություններ են ներառված ապահովագրական ծածկույթում, ապահովագրավճարների մեծությունը, առողջության պարտադիր և կամավոր ապահովագրությունների հարաբերակցությունը, ինչպես նաև, ի՞նչ ուղիներով է առողջության մասնավոր ապահովագրությունը մեծացնում հանրային ծածկույթը, ապահովագրողի և մատակարարի ընտրության ձևերը, մատակարարի վճարման եղանակները, ինչպես նաև, թե ինչպե՞ս են երկրների կառավարությունները ապահովում առողջապահական ծառայությունների հավասար հասանելիություն և մատչելիություն՝ փորձելով վերահսկել առողջապահական ծախսերը:

Նտազոտության մեթոդաբանություն

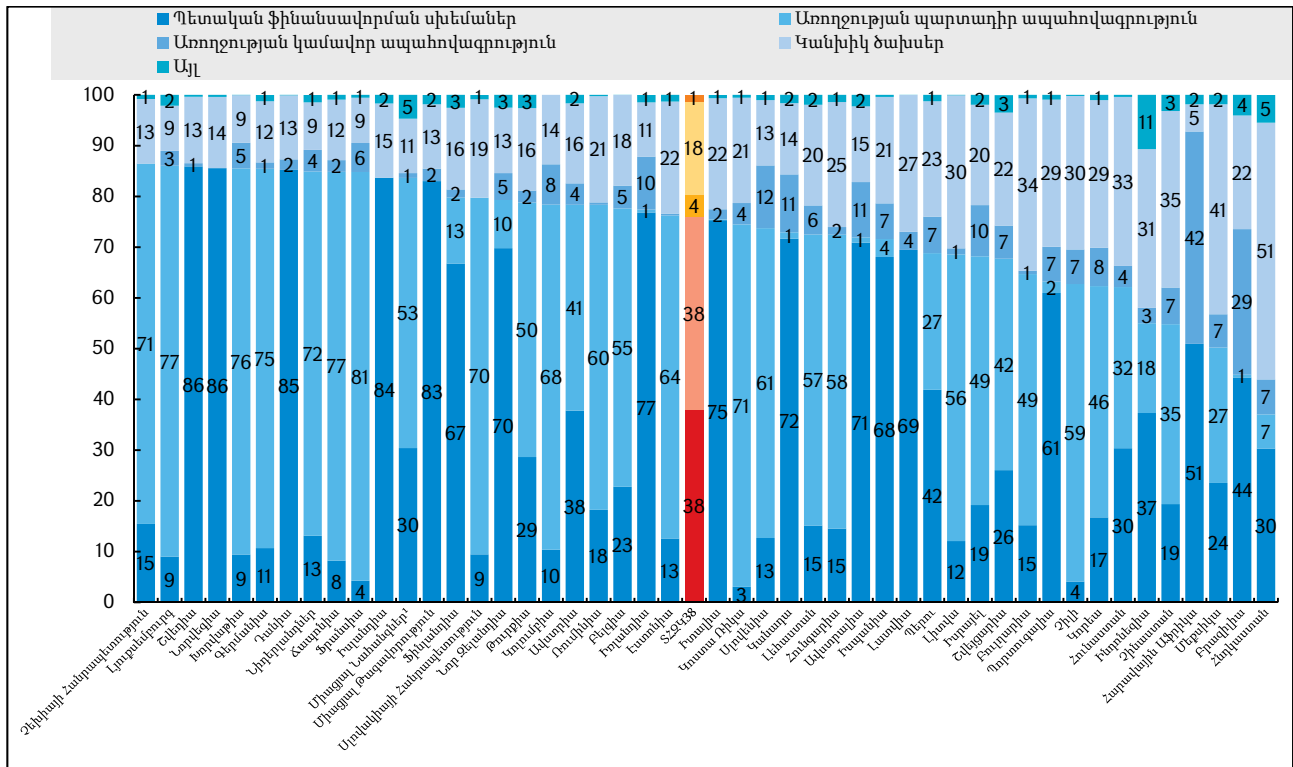
Նտազոտության համար տեղեկատվական հիմնական աղբյուր է հանդիսացել Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ) վիճակագրական հրապարակումները: ՏՀԶԿ-ն տրամադրում է առողջապահական համակարգի ցուցանիշների հար-

յուրավոր համեմատություններ իր 38 անդամ երկրների համար: ՏՀՉԿ տվյալների մեծամասնությունը, որոնք օգտագործվել են աղյուսակների և գծապատկերների կառուցման համար, կարելի է գտնել «Առողջապահությունը կարճաժամկետ հեռանկարում» [21] տարեկան հրապարակման մեջ (ամենավերջին տարբերակը 2023 թ.-ի հրապարակումն էր, որը պարունակում էր 2021 և 2022 թթ. տվյալները): Տվյալների արդիական աղբյուր է նաև ՏՀՉԿ-ի ինտերակտիվ կայքէջը՝ ՏՀՉԿ Առողջապահության վիճակագրություններ բաժինը [22], քանի որ այն ավելի հաճախ է թարմացվում: Հետազոտության մեթոդաբանական հիմքը կազմում են համակարգային մոտեցումը, տնտեսավիճակագրական վերլուծությունը, կառուցվածքային-տրամաբանական և գրաֆիկական վերլուծությունը, համեմատության մեթոդները, փորձագիտական և վարկանիշային գնահատումները:

Հետազոտության արդյունքներ

Առողջապահության ոլորտի արդյունավետ ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների դասակարգման հիմքում ընկած է ֆինանսավորման կառուցվածքը, այսինքն՝ բժշկական ծառայությունները ֆինանսավորելու համար օգտագործվող եկամտի աղբյուրները, ինչպես նաև դրանց պրոգրեսիվությունը կամ ռեգրեսիվությունը: Ազգային կամ ենթազգային հիմունքներով կամ բնակչության որոշակի խմբերի համար պետական ֆինանսավորման սխեմաները, անհատներին իրավունք են տալիս օգտվել բժշկական ծառայություններից՝ հիմնվելով բնա-

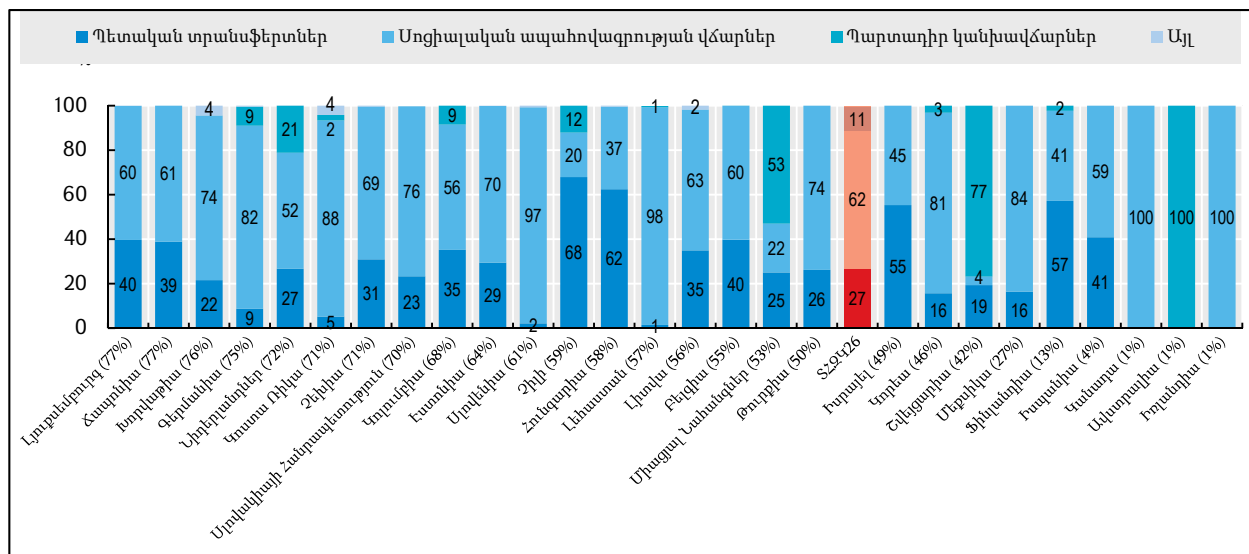
կության վայրի վրա և կազմում են ՏՀՉԿ երկրների գրեթե կեսի առողջապահական ծախսերը հոգալու հիմնական մեխանիզմը [21]: Ֆինանսավորման մյուս հիմնական մեթոդը առողջության պարտադիր ապահովագրությունն է (կառավարվող պետական կամ մասնավոր կազմակերպությունների միջոցով): Տնային տնտեսությունների կանխիկ ծախսերը ինչպես լիովին հայեցողական հիմունքներով, այնպես էլ համավճարի որոշ պայմանավորվածությունների մասով, կարող են կազմել ընդհանուր առողջապահական ծախսերի զգալի մասը: Վերջապես, առողջության կամավոր ապահովագրությունը, իր տարբեր ձևերով, կարող է նաև կարևոր ֆինանսավորման դեր խաղալ որոշ երկրներում (Գծապատկեր 1): Պետական ֆինանսավորման սխեմաների կամ առողջության ապահովագրության միջոցով տրամադրվող պարտադիր (ավտոմատ) ծածկույթը կազմում է ՏՀՉԿ երկրների առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական մասը: Ընդհանուր առմամբ, 2021 թ.-ին առողջապահության ոլորտի բոլոր ծախսերի երեք քառորդը ծածկվել է պարտադիր ֆինանսավորման սխեմաների միջոցով: Պետական ֆինանսավորման սխեմաները Դանիայում, Իսլանդիայում, Նորվեգիայում, Շվեդիայում և Միացյալ Թագավորությունում կազմում են ազգային առողջապահական ծախսերի 80%-ը կամ ավելին: Գերմանիայում, Ճապոնիայում, Ֆրանսիայում և Լյուքսեմբուրգում ծախսերի երեք քառորդը կամ ավելին ծածկվել է առողջության պարտադիր ապահովագրության սխեմայի միջոցով:



Գծապատկեր 1. ՏՀՉԿ երկրների առողջապահական ծախսերը՝ ըստ ֆինանսավորման տեսակի, 2021 թ. [21; 22]

Միացյալ Նահանգներում դաշնային և նահանգային ծրագրերը ծածկել են ԱՄՆ-ի առողջապահական ծախսերի շուրջ մեկ երրորդը: Ծախսերի ևս 50%-ը դասակարգվում է պարտադիր ապահովագրության սխեմաների ներքո, որոնք ներառում են շատ տարբեր պայմանավորվածություններ, ներառյալ առողջության ապահովագրության դաշնային սխեմաները, ինչպիսիք են Մեդիքեյթը, ինչպես նաև առողջության մասնավոր ապահովագրությունը, որը «Մատչելի խնամքի մասին» օրենքով համարվում է պարտադիր: ՏՀԶԿ երկրներում

2021 թ.-ին առողջապահական ծախսերի միայն մեկ հինգերորդից քիչ գումար է ֆինանսավորվել կանխիկ վճարումների միջոցով, որոնց մասնաբաժինը մեծապես նվազում է ՀՆԱ-ի աճի հետ մեկտեղ: Մեքսիկայում (41%), Հունաստանում (33%), Չիլիում և Լիտվայում (երկուսն էլ՝ 30%), տնային տնտեսություններին բաժին է ընկել ծախսերի 30%-ը կամ ավելին, Շվեյցարիայում՝ 22%-ը, մինչդեռ Ֆրանսիայում, Նիդերլանդներում և Լյուքսեմբուրգում կանխիկ ծախսերը 10%-ից ցածր էին:



Պատկեր 2. Առողջության պարտադիր ապահովագրության ֆինանսավորման աղբյուրները, 2021 թ. [21; 22]

ՏՀԶԿ մի շարք երկրներ առողջության սոցիալական ապահովագրության, կամ մասնավոր ծածկույթի միջոցով ունեն առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգ, սակայն այս տեսակի սխեմաների եկամուտների կազմի մեջ կա էական բազմազանություն (Գծապատկեր 2): Պետական տրանսֆերտների նշանակությունը որպես եկամտի աղբյուր կարող է զգալիորեն տարբերվել: Միջին հաշվով, ֆինանսավորման մոտ երկու երրորդը ստացվում է հիմնականում աշխատողների և գործատուների միջև բաշխված սոցիալական հավելավճարներից, բայց մոտ մեկ քառորդը դեռ ստացվում է պետական տրանսֆերտներից՝ որոշակի խմբերի (աղքատների և գործազուրկների) անունից կամ որպես ընդհանուր օգնություն: Չիլիում և Հունգարիայում կառավարությունը ֆինանսավորում է առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի առողջապահական ծախսերի ավելի քան 60%-ը: Մինչդեռ Լեհաստանում, Սլովենիայում և Կոստա Ռիկայում մասնաբաժինը կազմում է 5% կամ պակաս, որոնց հիմնական ֆինանսավորման աղբյուրը սոցիալական ապահովագրության վճարներն են: Առանձին երկրների առողջապահական համակարգերի ֆինանսավորման կառուցվածքը

ուսումնասիրելը բարդ է մասամբ այն պատճառով, որ որոշ եկամուտներ հավաքագրվում են համապետական աղբյուրներից (եկամտահարկ, սպառման հարկեր, ավելացված արժեքի հարկ (ԱԱՀ)), իսկ մյուսները կարող են հավաքագրվել հատուկ առողջապահության ոլորտի համար (պետական և մասնավոր ապահովագրավորներ), ինչպես օրինակ՝ ԱՄՆ-ի Մեդիքեյթ ծրագիրը: Մեդիքեյթի Ա բաժինը, որը ֆինանսավորում է տարեցների և հաշմանդամների ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքը, վճարվում է հիմնականում աշխատավարձային հարկի միջոցով: Այն ունի հավատարմագրային ֆոնդ, որն, ըստ էության, գործում է որպես բանկային հաշիվ, որի վճարունակությունը հետևողականորեն վերահսկվում է: Ըստ որոշ գնահատականների՝ հավատարմագրային ֆոնդը դեֆիցիտի մեջ կլինի նաև 2024 թ.-ին, եթե մինչ այդ ծախսերը չկրճատվեն կամ հարկերը չբարձրացվեն: Ի հակադրություն, Մեդիքեյթի Բ բաժինը, որն ընդգրկում է բժշկական խնամքը, հիմնականում ֆինանսավորվում է ընդհանուր պետական հարկային եկամուտներից, ինչը վերաբերում է նաև Դ բաժնին՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթին: Վերջին երկու ծրագրերի եկամուտների 75%-ը

գոյանում է հարկերից, մնացած 25%-ը՝ շահառուների ապահովագրավճարներից [24, էջ 49]:

Եկամուտների հավաքագրման կոնկրետ աղբյուրները տարբեր ազդեցություններ ունեն: Առաջինը վերաբերում է առողջապահության բյուջեի վրա քաղաքական ճնշումների: Ազգային առողջապահական համակարգեր ունեցող երկրները, որոնք ավելի շատ հիմնված են ընդհանուր հարկային եկամուտների վրա, ի տարբերություն աշխատավարձային հարկերի, պետք է հատակորեն հաշվարկեն առողջապահական ծախսերը այլ ազգային և տարածքային առաջնահերթությունների մեջ, ներառյալ կրթությունը, սոցիալական ծրագրերը, երկարաժամկետ բժշկական խնամքը, տրանսպորտը, ազգային պաշտպանությունը և պետական պարտքի տուկոսավճարները: Այս և այլ մրցակցային առաջնահերթությունների պատճառով առողջապահական ծախսերը կարող են ավելի շատ քաղաքական ճնշման ենթարկվել ընդհանուր հարկային եկամուտների վրա հիմնված երկրներում, քան աշխատավարձային հարկերին ապավինած երկրներում: Ն. Իկեգամին և գործընկերները Ճապոնիայի սոցիալական ապահովագրության կարևոր առավելությունն են համարում այն, որ «սոցիալական փաթեթը սահմանվում է որպես իրավունք և ֆինանսավորվում առողջության պահպանման համար նախատեսված վճարներից» [19, էջեր 1109-1110]: Իսկ սոցիալական ապահովագրության հիմնական թույլ կողմը, համեմատած հարկերի վրա հիմնված առողջապահական համակարգերի հետ «այն է, որ համերաշխությունը սահմանափակվում է նույն ապահովագրական ծրագրում ընդգրկված բնակչության խմբերով, [որպեսզի] ծրագրերը, որոնք ներառում են միջինից բարձր եկամուտ և ցածր ռիսկային խմբում գտնվող անդամներ, հակադրվեն ցանկացած ազգային համահարթեցման, քանի որ այս գործընթացը կարող է հանգեցնել ապահովագրավճարների տուկոսադրույքների ավելացման» [19, էջ 1112]: Ն. Իկեգամին զարգացնում է այն վարկածը, որ ազգային առողջապահական համակարգերը ավելի հավանական է, որ թերաֆինանսավորվեն, ինչը տեղի է ունենում սպասման ցուցակների խնդրի առկայությամբ ազգային առողջապահական համակարգեր ունեցող չորս երկրներում (Ավստրալիա, Կանադա, Շվեդիա, Միացյալ Թագավորություն): Թեև դժվար է մերժել բոլոր այլընտրանքային վարկածները, խելամիտ է թվում ակնկալել, որ իրենց բյուջեն ֆինանսավորելու համար աշխատավարձային հարկերին ապավինած երկրները որոշ չափով ավելի մեկուսացված են քաղաքական որոշումներից, որոնք ներառում են մրցակցող պետական ռեսուրսներ:

Առողջապահության ֆինանսավորման պրոգրեսիվությունը կամ ռեգրեսիվությունը հասկանալու համար նախ անհրաժեշտ է որոշ

հասկացություններ սահմանել: Եթե ֆինանսական համակարգը ուղղահայաց հավասար է, նշանակում է, որ ավելի բարձր եկամուտ ունեցողները վճարում են առողջապահական համակարգի ավելի մեծ մասի ֆինանսավորման համար: Կամ, ինչպես նշում է Գ. Մունին, ուղղահայաց հավասարությունը «անհավասար, բայց պրոգրեսիվ ռեդիստրիբյուցիոն է անհավասարների նկատմամբ» [20, էջ 81]: Ուղղահայաց հավասարության և պրոգրեսիվության հայեցակարգերը գործում են զուգահեռաբար: Պրոգրեսիվ եկամտահարկերի վրա հիմնված ֆինանսավորման համակարգերը, որտեղ ավելի հարուստները վճարում են իրենց եկամտի ավելի մեծ մասը, ուղղահայաց հավասար են: Այսպես, հարկը պրոգրեսիվ կլինի, եթե միջինում հարուստները վճարեն եկամտի 30%-ը, իսկ միջինից ցածր եկամուտ ունեցող մարդիկ՝ 10%-ը: Եթե այս թվերը փոփոխվեն և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող անձը վճարե 30%, իսկ ավելի հարուստը՝ 10%, հարկը կլինի ռեգրեսիվ: Եթե, մյուս կողմից, յուրաքանչյուրը վճարել է միջինը 20%, ապա հարկը կոչվում է համամասնական: Թեև ակնհայտորեն մոտեցման հարց է, թե որ համակարգն է լավագույնը, ՏՀԶԿ երկրների մեծ մասը խրախուսում է այն տեսակետը, որ առողջապահական ծառայությունները պետք է մատուցվեն բոլոր նրանց, ովքեր դրա կարիքն ունեն՝ անկախ վճարելու կարողությունից: Մա լիովին համապատասխանում է ուղղահայաց հավասարության հայեցակարգին, քանի որ ավելի աղքատները ավելի քիչ կարող են իրենց թույլ տալ բժշկական խնամք կամ կարող են վճարել իրենց եկամտի ավելի քիչ մասնաբաժինը՝ բժշկական ծառայությունների որոշակի փաթեթ ձեռք բերելու համար:

Հորիզոնական հավասարությունը սահմանվում է որպես հավասար հարաբերակցություն հավասարների միջև, քանի որ հորիզոնական հավասար համակարգում միևնույն ռեսուրսներ ունեցող մարդիկ վճարում են նույն հարկային դրույքաչափերը կամ հավելավճարները: Ճապոնիայի ապահովագրական համակարգում հորիզոնական հավասարությունն չկա: Ճապոնացիները, ովքեր ապահովագրություն են ստանում ավելի քան 1400 խոշոր գործատուներից, վճարում են տարբեր ապահովագրավճարներ՝ ելնելով աշխատողների ռիսկային պրոֆիլից: Ճապոնիայի 50 շրջաններում ապրող հիմնականում ինքնազբաղված, գործազուրկ և 75 տարեկանից ցածր բնակչության խմբերը, ռիսկի պրոֆիլով պայմանավորված քառակի տարբերվող ապահովագրավճարներ են վճարում, ինչը կախված է նաև այն բանից, թե որքան առատաձեռն են համայնքները ապահովագրվածների անուկից ապահովագրական վճարներ հատկացնելու առումով [19, էջ 1112]:

Առողջապահության ֆինանսավորման եկամուտների պրոգրեսիվ կամ ռեգրեսիվ տեսակները դժվար է ընդհանրացնել, քանի որ դա կախված է մի շարք գործոններից: Եկամտային հարկերը, օրինակ, կարող են գանձվել ազգային կամ ենթազգային մակարդակներում, ուստի դրանց ընդհանուր ազդեցությունը եկամուտների բաշխման վրա պարզ չէ: Այսպես, Միացյալ Նահանգներում գործում է պրոգրեսիվ դաշնային եկամտահարկը, սակայն որոշ նահանգներ չունեն սեփական եկամտահարկ և փոխարենը եկամուտներ են հավաքագրում ավելի ռեգրեսիվ

մեթոդներով: Մյուս նահանգներում հարկերը ավելի պրոգրեսիվ են. ամենահարուստ նահանգի՝ Կալիֆորնիայի բնակիչները, օրինակ, վճարում են եկամտի 13.3% շեմից բարձր հարկ՝ ի լրումն վճարված բոլոր դաշնային հարկերի: Ընդհանուր առմամբ, սակայն, հետազոտողները նշում են, որ այն երկրները, որոնք իրենց բժշկական խնամքը ավելի շատ են ֆինանսավորում եկամտահարկի միջոցով, ունեն ավելի ընդհանուր պրոգրեսիվ ֆինանսավորման համակարգեր [24, էջ 52]:

Աղյուսակ 1. ՏՀՀ բարձր եկամուտ ունեցող երկրների առողջապահության ոլորտի կառավարման և ֆինանսավորման որոշ առանձնահատկություններ

Երկիրը	Կառավարման հիմնական կենտրոնը	Եկամտի աղբյուրները	Ապահովագրողների թիվը
Ավստրալիա	Բաժանված է ազգային, պետական և տեղական մակարդակների միջև	Հարկեր	1
Կանադա	Բաժանված է ազգային և նահանգային մակարդակների միջև	Հարկեր	1 (ըստ նահանգների՝ 13)
Ֆրանսիա	Բաժանված է ազգային և տարածաշրջանային մակարդակների միջև	Հարկեր և սոցիալական ապահովագրության վճարներ	18
Գերմանիա	Բաժանված է կորպորատիվ կազմակերպությունների միջև	Սոցիալական ապահովագրության վճարներ	Առողջության սոցիալական ապահովագրության 109 հիմնադրամներ Առողջության մասնավոր ապահովագրության 41 հիմնադրամներ
Ճապոնիա	Բաժանված է ազգային, տարածաշրջանային և տեղական մակարդակների միջև	Հարկեր և հավելավճարներ	1400-ից ավելի
Նիդերլանդներ	Բաժանված է ազգային կառավարության և կորպորատիվ կազմակերպությունների միջև	Հավելավճարներ	10
Շվեդիա	Բաժանված է շրջանների և բնակավայրերի միջև	Հարկեր	1
Շվեյցարիա	Բաժանված է ազգային և տեղական (կանտոնների) մակարդակների միջև	Հավելավճարներ	52
Միացյալ Թագավորություն	Իրականացվում է ազգային մակարդակում (չորս երկրներից յուրաքանչյուրի համար առանձին)	Հարկեր	1
ԱՄՆ	Բաժանված է ազգային, պետական մակարդակների և գործատուների միջև	Հարկեր և հավելավճարներ	1000

Աղյուսակը կազմվել է հեղինակի կողմից

Առողջության ապահովագրության պետական կամ պարտադիր համակարգերը էապես տարբերվում են կառավարման կենտրոնի, պետական ֆինանսավորման աղբյուրների կառուցվածքով և ապահովագրողների քանակով: Ինչ վերաբերում է վերջինիս, միայն մեկ պետական ապահովագրող ունեցող չորս երկրները՝ Ավստրալիան, Կանադան, Շվեդիան և Միացյալ Թագավորությունը, երբեմն կոչվում են «մեկ վճարող ունեցող համակարգեր»: Ի

հակադրություն, ԱՄՆ-ում կան ավելի քան 1000 ապահովագրողներ, այն դեպքում, երբ ԱՄՆ խոշոր ընկերությունների մեծ մասը ինքնապահովագրված է: Առողջության ապահովագրության համակարգերում սպառողների ընտրությունը ապահովագրական ծրագիրն է: Ավստրալիայում, Կանադայում, Շվեդիայում և Միացյալ Թագավորությունում առողջության ապահովագրություն ինքնին չկա, այլ գործում է առողջության պետական ապահովագրության

ծրագիրը: Ֆրանսիայում գործում են մի քանի ապահովագրական ընկերություններ, իսկ Ճապոնիայում՝ 1400-ից ավելի ապահովագրական ընկերություն, որոնք իրենց չափերով տարբեր են: Ֆրանսիայում ընտրություն չի գործում, փոխարենը ապահովագրող է նշանակվում այնպիսի գործոնների հիման վրա, ինչպիսիք են զբաղվածության կարգավիճակը և բնակության վայրը, իսկ Ճապոնիայում՝ նաև տարիքը: Եվրոպական երեք երկրներ (Գերմանիա, Նիդերլանդներ և Շվեյցարիա) սպառողներին հնարավորություն են տալիս ընտրություն կատարել մրցակից ապահովագրական ընկերությունների միջև, որոնցից մի քանիսը օգտագործում են մատակարարների սահմանափակ ցանց, ինչը կարող է նվազեցնել հավելավճարները: Վերջինս կիրառվում է նաև Միացյալ Նահանգներում, բայց ոչ՝ ամբողջ բնակչության համար: Միացյալ Նահանգներում, գրեթե բոլոր խոշոր գործատուներն առաջարկում են ապահովագրական ծրագրերի ընտրություն, իսկ փոքր գործատուները հաճախ չեն առաջարկում: Մեղիքեյրի սպառողները, ովքեր ընտրում են միանալ կառավարվող խնամքի (Մաս Գ) ծրագրին, ունեն ապահովագրողների ընտրություն: Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծրագրերի միջև ևս ընտրություն է գործում (Մաս Դ): Մեղիքեյրի սպառողները կարող են նաև ընտրության իրավունք չունենալ կառավարվող բժշկական խնամքի ծրագրերի միջև՝ կախված նահանգից, որտեղ նրանք ապրում են:

Բազմաթիվ ապահովագրողներ ունեցող երկրները առողջության պահպանման համար վճարելիս ավելի շատ ապավինում են ապահովագրավճարներին, որոնք հաճախ բաժանվում են գործատուների և աշխատողների միջև: Այնուամենայնիվ, երբեմն ապահովագրավճարը սահմանափակվում է եկամտի որոշակի մակարդակի համար՝ դարձնելով ապահովագրավճարները ռեգրեսիվ, այլ ոչ թե՛ համամասնական: Այսպես, Գերմանիայում և՛ գործատուները, և՛ աշխատողները աշխատավարձի 14.6%-ի չափով վճարում են առողջապահական ծածկույթի համար, սակայն վճարումները սահմանափակված են, ինչի հետևանքով 2019 թ.-ին 54.450 եվրոյից բարձր աշխատավարձերից հարկ չի գանձվել [27]: Վերջինս առողջապահական համակարգերը որոշակիորեն ռեգրեսիվ է դարձնում, քանի որ այդ շեմից բարձր եկամուտ ունեցող մարդիկ իրենց եկամուտներից ավելի քիչ տոկոս են հարկ վճարում, քան՝ մյուսները:

Ա. Վագսթաֆը, Է. Վ. Դորպալերը և գործընկերները, հիմք ընդունելով առանձին երկրներում սպառողական ծախսերի հարցումների տվյալները, հաշվարկել են ֆինանսավորման բաղադրիչների պրոգրեսիվությունը, ռեգրեսիվությունը (ուղղակի հարկեր, անուղղա-

կի հարկեր, սոցիալական ապահովագրավճարներ, մասնավոր ապահովագրավճարներ և ուղղակի վճարումներ՝ ներառյալ կանխիկ ծախսերը և ապահովագրական ծածկույթում չներառված ծառայությունների վճարները) [29]: Ուղղակի հարկերը (եկամտային հարկը) պրոգրեսիվ են, իսկ անուղղակի հարկերը (վաճառքից հարկեր, ԱԱՀ) ռեգրեսիվ են: Սոցիալական ապահովագրության հավելավճարները, որոնք սովորաբար վճարվում են աշխատավայրում, բավականին պրոգրեսիվ են, բացառությամբ այն երկրների, որտեղ մարդիկ ապավինում են պետական համակարգին (ինչպես Գերմանիայում): Ընդհանուր առմամբ, մասնավոր ապահովագրավճարները ռեգրեսիվ են, հատկապես այն երկրներում, որտեղ այն ծածկույթի հիմնական աղբյուրն է, ինչպես ԱՄՆ-ում, որտեղ կանխիկ ծախսերը նույնպես խիստ ռեգրեսիվ են:

Ապահովագրական ծածկույթում չներառված առողջապահական ծախսերը կա՛մ պետք է վճարվեն կանխիկ, կա՛մ ԱԿԱ հավելավճարների տեսքով, ինչը կարող է հանգեցնել հավելյալ ապահովագրավճարների: Ինչպես օրինակ, Ֆրանսիայում կառավարությունը երբեմն սուբսիդավորում է բնակչության աղքատ խմբերի ԱԿԱ հավելավճարները: Հիվանդի այս պարտավորությունը բաղկացած է երեք մասից. ծախսեր նրանց կողմից, ովքեր չունեն ապահովագրական ծածկույթ («այնույթյան» բացակայություն), ապահովագրական ծածկույթից դուրս մնացած ծառայությունների համար պետական համակարգերի ծախսեր («ծավալի» բացակայություն) և պետականորեն ֆինանսավորվող ծառայությունների ծախսերի բաշխում («խորության» բացակայություն) [8; 26]:

ՏՀԶԿ բոլոր երկրները, բացի Գերմանիայից և Միացյալ Նահանգներից, իրենց քաղաքացիներին առաջարկում են համապարփակ ապահովագրական ծածկույթ կա՛մ պետական համակարգերի միջոցով, կա՛մ մանդատի ուժով: Ապահովագրական ծածկույթ կարող է տրամադրվել ուղղակիորեն կառավարության կողմից, կամ երբ մարդկանցից պահանջվում է ապահովագրություն գնել մի շարք ապահովագրողներից: Վերջինը վերաբերում է Գերմանիայի, Նիդերլանդների և Շվեյցարիայի պետական ապահովագրական հատվածին, որոնցից յուրաքանչյուրը խստորեն ենթարկվում է մանդատի ուժին [16, էջ 502]: Գերմանիան նույնպես տրամադրում է համապարփակ ապահովագրական ծածկույթ, սակայն բնակչության մոտ 11%-ը, ներառյալ ամենաբարձր եկամուտ ունեցողները, ինչպես նաև որոշ պետական ծառայողներ և ինքնազբաղված անձինք ծածկույթ ձեռք են բերում մասնավոր ապահովագրության միջոցով [24, էջ 55]: Միացյալ Նահանգներում ապահովագրական ծածկույթի լայնությունը տարբեր-

վում է այլ երկրներից, քանի որ գոյություն չունի առողջության համապարփակ ապահովագրության ազգային կամ նահանգային ծրագիր: ԱՄՆ-ի բնակչության մոտ 7-9%-ը ապահովագրված չէ (26 մլն ամերիկացի), ուստի ծածկույթն ավելի նեղ է, քան՝ մյուս երկրներում [4, էջ 13, 28]: Մեդիքեյրն ընդգրկում է 65 տարեկանից բարձր ամերիկացիներին և հաշմանդամություն ունեցող որոշ խմբեր, իսկ Մեդիքեյդն ընդգրկում է աղքատ որոշ խմբեր, բայց ոչ բոլոր աղքատներին կամ գրեթե աղքատներին, ինչպես նաև որոշ հաշմանդամություն ունեցողներին՝ կախված նրանց բնակչության նահանգից: Բնակչության մնացած մասը ինքն է ընտրում գնել ծածկույթ, իսկ մեծամասնությունն այն ստանում է գործատուի կողմից: 2014-2018 թթ. բնակչության մեծամասնության համար ծածկույթը պարտադիր էր որպես անհատական մանդատի մաս, բայց այդ պահանջը վերացվել է 2019 թ.-ին: Դժվար է ամփոփել ԱՄՆ-ում ապահովագրության լայնությունը և ծավալը, քանի որ դա կախված է ապահովագրական ծրագրից և ծառայության տեսակից:

Ինչ վերաբերում է ապահովագրական ծածկույթի ծավալին, բոլոր երկրները ապահովագրական ծածկույթում հակված են ներառել ստացիոնար հիվանդանոցային և բժշկական ծառայությունները, միևնույն ժամանակ ապահովագրական ծրագրերը զգալիորեն տարբերվում են՝ ըստ երկրի և նույնիսկ երկրի ներսում: Պետական ծածկույթից բնորոշ բացառություններ են մեծահասակների ատամնաբուժությունը, աչքի և լսողության խնամքը, բժշկական սարքերը, ֆիզիկական թերապիան և այլ բուժումները, լրացուցիչ և այլընտրանքային բժշկությունը, կոսմետիկ պրոցեդուրաները: Դեղամիջոցները հիմնականում ապահովագրվում են, բացառությամբ Կանադայի, որտեղ նահանգներից կախված՝ զգալի են տարբերությունները (տարեցների, երկարատև քրոնիկական հիվանդություններ ունեցողների և աղքատների կողմից գնվող դեղամիջոցները հաճախ կարող են ներառվել ապահովագրական ծածկույթում) [23]: Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի էական ավելացումը կարող է լինել ապահովագրական ծածկույթի ծավալի արդյունավետությունը բարձրացնելու ուղիներից մեկը, թեև, մի շարք երկրներ հակված են ֆինանսական բացը լրացնել կանխիկ վճարումների միջոցով: Այդ իսկ պատճառով ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում դեռևս բարձր է կանխիկ վճարումների մասնաբաժինը, ինչն ուղղակիորեն հակասում է ՀԱԾ-ի հայեցակարգով ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանության բարելավման սկզբունքին: Հիմնական բժշկական ծառայությունների ծածկույթը 2021 թ.-ին 95%-ից բարձր է եղել Շվեյցարիայում (95.91%),

Կորեայի Հանրապետությունում (95.67%) և Ճապոնիայում (95.53%), 95%-ից ցածր է եղել Ֆրանսիայում (94.97%), Շվեդիայում (94.27%), Նորվեգիայում (94.22%), Իսլանդիայում (94.20%), Ավստրալիայում (94.09%), Նիդերլանդներում (92.71%), Կանադայում (91.88%), Միացյալ Թագավորությունում (90.44%), իսկ ԱՄՆ-ում ցածր է եղել 90%-ից (84.96%) [18]: Չնայած Միացյալ Նահանգները մեկ շնչի հաշվով ծախսել է 1.5 անգամ ավելի շատ (12 555 ԱՄՆ դոլար), քան Շվեյցարիան (8049 ԱՄՆ դոլար), 2.7 անգամ ավելի շատ՝ քան Կորեան (4570 ԱՄՆ դոլար) [21]: Ինչը վկայում է այն մասին, որ երկրները կարող են հասնել բարձր ՀԱԾ ծածկույթի՝ առաջին հերթին մեկ շնչի հաշվով ընթացիկ ծախսերն ավելի արդյունավետ կառավարելու միջոցով:

Վերջապես, ինչ վերաբերում է ապահովագրական ծածկույթի խորությանը, ապա ծախսերի բաշխման պահանջները ընդհանուր են բոլոր երկրների համար: Ծախսերի բաշխման մեխանիզմների (աշխատավարձից մասհանումները, համաապահովագրությունը և համավճարները) օգտագործումը կախված է ոչ միայն երկրից, այլև ծառայության տեսակից և բնակչության խմբերից (երեխաները հաճախ բացառվում են): Ապահովագրական ծածկույթի խորության մեկ այլ բաղադրիչ վերաբերում է առավելագույն պարտավորություններին: Երկրները սովորաբար սահմանում են տարեկան կանխիկ ծախսերի առավելագույն շեմ, որից հետո հիվանդների միջև ծախսերի բաշխում չի կատարվում: Այսպես, թեև շվեյցարացիները բախվում են մեկ շնչի հաշվով կանխիկ ծախսերի տարեկան շատ ավելի մեծ ծախսերի, քան ամերիկացիները, նրանք պաշտպանված են հիվանդության ֆինանսական յուրջ հետևանքներից, քանի որ սահմանված է կանխիկ ծախսերի տարեկան սահմանաչափ (մեծահասակների համար առավելագույնը 1100 ԱՄՆ դոլար, երեխաների համար 400 ԱՄՆ դոլար) [9, էջ 1758]: Գործատուի կողմից ապահովագրական ծածկույթ ստացող ամերիկացիները 2021 թ.-ին ունեցել են առավելագույնը 4000 ԱՄՆ դոլարի ապահովագրական ծրագիր, իսկ «Մասշեյի խնամքի մասին» օրենքով կարգավորվող բորսաներում վաճառվող անհատական ապահովագրությունը կազմում էր 8550 ԱՄՆ դոլարից ոչ ավելի [17]: Մինչդեռ Շվեյցարիայում կյանքի սպասվող տևողությունը (83.9 տարի) գերազանցում է ԱՄՆ նույնանուն ցուցանիշը (76.4 տարի) 7.5 տարով [21], ինչը մեծապես պայմանավորված է ռեսուրսների արդյունավետ բաշխման և ծախսերի վերահսկման շվեյցարական հաջողված փորձով:

Առողջապահության ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելներ ունեցող երկրները մշակել

են ռեսուրսների արդյունավետ բաշխման և ծախսերի վերահսկման տարբեր մեխանիզմներ: Առողջապահության տնտեսագետ Վ.Ռ. Փուկսը իր «Ո՛վ կապրի» դասական գրքում պնդում է, որ տնտեսական մտածելակերպը ներառում է երեք արքիոմներ. ա) ռեսուրսները սահմանափակ են մարդկային կարիքների համեմատ, բ) այդ ռեսուրսները այլընտրանքային օգտագործման են և գ) տարբեր մարդիկ տարբեր պահանջ-մունքներ ունեն [15, էջեր 42-43]: Նրանք, ովքեր ժխտում են ա) առաջարկը, նա անվանում է «ռոմանտիկ» հայացք աշխարհի նկատմամբ, իսկ նրանց, ովքեր ժխտում են պահանջարկը բ) և գ)՝ «մոռոտեխնիկական» տեսակետի կրողներ: Փաստորեն, ինչպես ցանկացած ռեսուրս, առողջապահությունը ևս ռացիոնալացման կարիք ունի: Յուրաքանչյուր երկիր կարգավորում է առողջապահության ոլորտը և միշտ էլ կարգավորել է: Առողջապահության ոլորտում գոյություն ունի ռացիոնալացման երկու ընդհանուր հասկացություն՝ շուկայի պահանջարկի և առաջարկի նորմավորում: Յուրաքանչյուր երկիր օգտագործում է երկուսն էլ, բայց տարբեր չափերով: Այն, թե ինչ չափով է երկիրը հաջողությամբ վերահսկում իր առողջապահական ծախսերը, մեծապես կախված է նրանից, թե կոնկրետ այդ գործիքներից որն է օգտագործում և որքանով են դրանք հաջողակ տվյալ երկրի պատմության և քաղաքական իրադարձությունների համատեքստում:

Տնտեսագետները մրցակցային շուկայում հաճախ կողմ են պահանջարկի նորմավորման մեթոդներին: Իդեալական շուկայում սպառողական այլընտրանքները պարզ են, ինչպես նաև ակնհայտ են յուրաքանչյուր տարբերակի համեմատական ծախսերի և օգուտների մասին տեղեկությունները: Այնուհետև գինը օգտագործվում է որպես բժշկական խնամքի չափման մեթոդ: Սպառողները, ովքեր չեն ցանկանում վճարել որոշակի ծառայության կամ դեղամիջոցի համար, իրականում նշում են, որ իրենք ավելի շատ գումար կխնայեն, եթե ծախսեն այլ կարիքների վրա: Պետությունը շատ քիչ տեղ է զբաղեցնում այդպիսի շուկայում. ծառայությունների մատչելիության ակնհայտ սահմանափակումները խաթարում են ազատ ընտրությունը և հանգեցնում են բարիքների բաշխման, որը չի համապատասխանում բնակչության շահերին:

Պահանջարկի նորմավորումը ավելի հաճախ կիրառվում է ԱՄՆ-ում, քան՝ այլ երկրներում, քանի որ ապահովագրությունը համընդհանուր չէ, իսկ վճարները հանդիսանում են ապահովագրված անձանց շրջանակը սահմանափակող մեխանիզմներից մեկը: Մնացյալ երկրները ունեն համընդհանուր ծածկույթ, բայց օգտագործում են մեթոդներ,

որոնք գործում են բուժօգնության դիմելու ժամանակ: Երկրների մի մասը օգտագործում է աշխատավարձից նվազեցումներ, իսկ մյուսները՝ համաապահովագրություն և կամ լրացուցիչ վճարներ, բացառություն են կազմում վճարումներից ազատված խմբերը (երեխաներ, տարեցներ, որոշակի հիվանդություններ ունեցող խմբեր), իսկ հիվանդների համար դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերի բաշխումը տարածված է բոլոր երկրներում: Բացի այդ, ոչ մի երկիր չի ապահովագրում բոլոր բժշկական ծառայությունները, իսկ որոշ ծառայություններ պետական ծրագրերով ապահովագրվում են միայն հազվադեպ (օրինակ՝ մեծահասակների համար նախատեսված ատամնաբուժական ծառայությունները): Գերմանիան, Ճապոնիան և Միացյալ Թագավորությունը ապահովում են մեծահասակների համար լայն ապահովագրական ծածկույթ, թեև որոշ դեպքերում հիվանդի ծախսերը զգալիորեն բաշխված են: Արդյունքում, բնակչության մեծամասնությունը կա՛մ վճարում է ատամնաբուժական խնամքի համար, կա՛մ օգտագործում է ԱԿԱ ծածկույթը:

Պահանջարկի նորմավորումը կարող է հաջողել ծախսերը վերահսկելու հարցում, քանի որ շատ դեպքերում այն սահմանափակող ազդեցություն է ունենում ծառայությունների պահանջարկի վրա. եթե մարդիկ ստիպված լինեն ավելի շատ վճարել, սովորաբար նրանք ավելի քիչ կապառեն: Սա միշտ չէ, որ ճիշտ է. օրինակ, հիվանդանոց մտնելուց հետո հիվանդները քիչ են խոսում այն մասին, թե ինչ ծառայություններ են ստանալու՝ անկախ այն ծախսերից, որոնք պետք է վճարեն: Այնուամենայնիվ, դա կարող է ունենալ նաև անբարենպաստ հետևանքներ՝ երկու ձևով. առաջինը դրա ազդեցությունն է հավասար հասանելիության վրա: Երբ ծառայությունները նորմավորվում են ըստ գնի, ավելի քիչ վճարելու հնարավորություն ունեցողները կրկնակի անբարենպաստ վիճակում են հայտնվում, իսկ եթե նրանք օգտվում են ծառայություններից, այն իլյում է նրանց ռեսուրսներն ավելի շատ, իսկ եթե նրանք չեն կարող իրենց թույլ տալ ծառայությունը, այդ դեպքում կարող է տուժել նրանց առողջությունը: Թեև բոլոր երկրները որոշ չափով այս ամենը բացատրում են աղքատների համար բժշկական խնամքն ավելի էժան դարձնելով, սակայն մի շարք երկրներում ավելի ցածր եկամուտ ունեցողներն ավելի հավանական է, որ հրաժարվեն բժշկական և ատամնաբուժական խնամքից, ինչպես նաև ավելի հավանական է, որ իրենց եկամտի մեծ մասնաբաժինը ծախսեն բժշկական օգնության վրա: Երկրորդը կապված է սպառողների լավ տեղեկացվածության հետ: Ծախսերի բաշխման խնդրի հետ բախված սպառողները ոչ միայն նախընտրում են նվազեցնել

ցածր արդյունավետությամբ ապրանքների և ծառայությունների օգտագործումը, այլև կրճատում են անհրաժեշտ բուժօգնությունը [25, էջեր 108-110]: Դեղատոմսերի բարձր համավճարները կտրուկ զսպող ազդեցություն են ունենում քրոնիկ հիվանդների կողմից անհրաժեշտ դեղամիջոցների գնման վրա [3; 6]: Չնայած դժվար է ընդհանրացնել, սակայն մի շարք երկրներ, որոնք կրճատում են ծախսերը, հավանաբար, չեն գիտակցում առողջության հետ կապված լուրջ վտանգները:

Առաջարկի նորմավորման մեխանիզմներն ավելի բազմազան են իրենց շրջանակներով: Ընդհանուր առմամբ, առաջարկի նորմավորման համար օգտագործվող չորս մեխանիզմները հետևյալն են՝ անձնակազմի կամ կապիտալի առաջարկի կամ օգտագործման վերահսկողությունը, ապահովագրական ծածկույթում բոլոր ծառայությունները չներառելու ընտրությունը, առողջապահական գների կարգավորումը, ընդհանուր ծախսերի ուղղակի կարգավորումը (զուբալ բյուջեներ): Այս մեխանիզմները օգտագործում են բոլոր երկրները, բայց՝ տարբեր չափերով: Տնտեսագետները, մտահոգված են, որ հատկապես ԱՄՆ-ում նման մեխանիզմները կամայական են և կարող են հանգեցնել առողջապահական կարիքներին ոչ համարժեք ռեսուրսների բաշխման:

Եզրակացություն

Բարձր եկամուտ ունեցող երկրները վաղուց արձանագրել են համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի բարձր ցուցանիշներ և բժշկական խնամքի ավելի կայուն հասանելիություն: Չնայած այդ ամենին, քաղաքական մարտահրավերները հաճախ չափազանց դժվարացնում են երկրի համար էական փոփոխություններ կատարել առողջապահական համակարգում ընդհանրապես, և առողջության ապահովագրության մեջ մասնավորապես: Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների առանձնահատկությունները հաշվի առնելով՝ ՑՄԵԵ-ների առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման բարեփոխումների իրականացման համար կարելի է ընդհանրացնել հետևյալ դրույթները. 1) կառուցել առողջության ապահովագրության համակարգեր, որոնք հիմնված են բժշկական ծառայությունների մատչելիության և հավասար հասանելիության էթիկայի վրա, 2) ներդնել մեկ միասնական, պետականորեն լիազորված առողջության ապահովագրության համակարգ՝ հիմնված ընդհանուր հարկային եկամուտների և ապահովագրավճարների վրա, որը նպաստում է ինչպես բժշկական ծառայությունների հավասար հասանելիությանը, այնպես էլ արդյունավետությանը, 3) ապահովել կառավարությունների ակտիվ մասնակցությունը առողջապահական

ռեսուրսների մատակարարման պլանավորմանը և գների զսպման քաղաքականության մշակմանը, 4) կիրառել ծախսարդյունավետության վերլուծություններ (արտաքին և ներքին ռեֆերենտային գնագոյացման համակարգեր) հատկապես դեղագործական արտադրանքի համար և գնագոյացման գործիքներ ապահովագրական փաթեթները ու գները սահմանելու համար:

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. **Дудник В. Ю.** Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы). // Международный журнал фундаментальных и прикладных исследований. 2016. № 3. ч. 1. С. 60-64.
2. **Соколова А. А.** Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения. // Научный вестник Южного института менеджмента. 2017. № 2 (18). с. 96-102.
3. **Agarwal R., Mazurenko O., Menachemi N.** High-deductible health plans reduce health care cost and utilization, including use of needed preventive services. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(10):1762-1768.
4. **Blumenthal D., Gumas D.E., Shah A. et al.** MIRROR, MIRROR 2024. A Portrait of the Failing U.S. Health System. Comparing Performance in 10 Nations. *The Commonwealth Fund. Report*. September 2024. 41 p.
5. **Bohm K., Schmid A., Gotze R., Landwehr C., Rothgang H.** Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 2013;113(3):258-269.
6. **Brot-Goldberg Z.C., Chandra A., Handel B.R., Kolstad J.T.** What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics. *Q J Econ*. 2017;132(3):1261-1318.
7. **Bureau V., Blank R.H.** Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems. *J Comp Policy Anal Res Pract*. 2006;8(1):63-76.
8. **Busse R., Schlette S.** Health policy developments issue 7/8 focus on prevention, health and ageing and human resources. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2007. 250 p.
9. **Claxton G., Rae M., Damico A., Young G., McDermott D., Whitmore H.** Health Benefits In 2019: Premiums Inch Higher, Employers Respond To Federal Policy. *Health Aff (Millwood)*. 2019 Oct;38(10):1752-1761.
10. **Enthoven A.C.** Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *N Engl J Med*. 1978;298(12):650-658.
11. **Enthoven A.C.** Health plan: The practical solution to the soaring cost of medical care. 1st ed. Washington, DC: Beard Books; 1980. 196 p.
12. **Enthoven A. C.** The history and principles of managed competition. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12 Suppl:24-48.

13. **Ferreira P.L., Tavares A.I., Quintal C., Santana P.** EU health systems classification: a new proposal from EURO-HEALTHY. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):511.
14. **Field M.G.** The health system and the polity: A contemporary American dialectic. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology.* V. 17, Issue 5, 1980. pp. 397-413.
15. **Fuchs V.R.** Who shall live? Health, economics and social choice. (2nd Expanded Edition). World Scientific Publishing Company; 2011. 388 p.
16. **Ginneken E.V., Rice T.** Enforcing enrollment in health insurance exchanges: evidence from the Netherlands, Switzerland, and Germany. *Med Care Res Rev.* 2015;72(4):496–509.
17. **HealthCare.gov. Out-of-pocket maximum/limit.** U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. <https://www.healthcare.gov/glossary/out-of-pocket-maximum-limit/> (Վերջին մուտքը՝ 23.09.2024 թ.):
18. **IHME. Health-related SDGs.** Updated October 29, 2024. <https://vizhub.healthdata.org/sdg/> (Վերջին մուտքը՝ 21.10.2024 թ.):
19. **Ikegami N., Yoo B.K., Hashimoto H., Matsumoto M., Ogata H., Babazono A.** et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet.* 2011;378(9796):1106–1115.
20. **Mooney G., Jan S.** Vertical equity: weighting outcomes? or establishing procedures?. *Health Policy.* 1997;39(1):79-87.
21. **OECD Health at a Glance 2023:** OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
22. **OECD health statistics 2023.** OECD; 2023. [Online Database]. <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthdata.htm>
23. **Provincial and Territorial Public Drug Benefit Programs.** Government of Canada. Date modified: 2021-02-16. <https://u.to/7L0KIQ> (Վերջին մուտքը՝ 02.11.2024 թ.):
24. **Rice T.** *Health Insurance Systems: An International Comparison.* Cambridge, MA, Academic Press, 2021. 366 p.
25. **Rice T., Unruh L.** *The economics of health reconsidered.* 4th ed. Health Administration Press; 2015. 623 p.
26. **Rice T., Quentin W., Anell A., Barnes A.J., Rosenau P., Unruh L.Y.** Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):371.
27. **Tikkanen R., Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton A.G.** *International Health Care System Profiles. Germany.* Commonwealth Fund, June 5, 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (Վերջին մուտքը՝ 20.09.2024 թ.):
28. **Wager E., Cox C.** International Comparison of Health Systems. In Altman, Drew (Editor), *Health Policy 101,* (KFF, October 2024) <https://www.kff.org/health-policy-101-international-comparison-of-health-systems/> (Վերջին մուտքը՝ 28.10.2024 թ.):
29. **Wagstaff A., Van Doorslaer E.** Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer, A. and Newhouse, J.P., Eds., *Handbook of Health Economics 1B,* Elsevier Science, Amsterdam, 2000. 1803-1862.
30. **Wendt C.** Changing healthcare system types. *Soc Policy Adm.* 2014;48(7):864-882.
31. **WHO.** *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance.* Geneva, World Health Organization. 2000. 206 p.

Сдана/Հանձնվել է՝ 06.12.2024
 Рецензирована/Գրախոսվել է՝ 13.12.2024
 Принята/Ընդունվել է՝ 17.12.2024