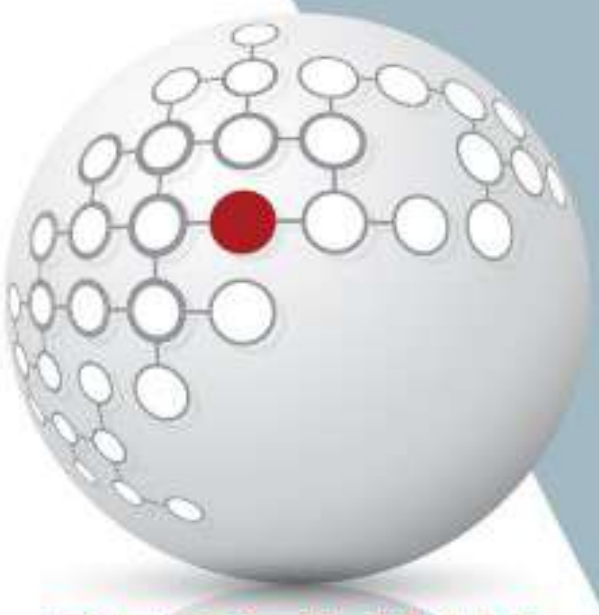
ՀՊՏՀ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ՏՆՏԵՍԱԳԻՏԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ISSN 2738-2524

ԲԱՆԲԵՐ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՏՆՏԵՍԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆԻ



ВЕСТНИК

АРМЯНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
ЭКОНОМИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

MESSENGER

OF ARMENIAN STATE UNIVERSITY OF ECONOMICS

2021 [2]
ԵՐԵՎԱՆ

ԿԱՐԻՆԵ ՀԱՋՅԱՆ
ՀՀ ՊԿԱ կառավարման ամբիոնի հայցորդ

ՀԱՄԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԻ ՀԱՄԱՎԱՐԱԿԻ ՀԱՄԱՏԵՔՍՏՈՒՄ

2019 թ. ավարտն իր հետ բերեց բազում մարտահրավերներ՝ պայմանավորված COVID-19 համավարակով: Կորոնավիրուսի համավարակի բռնկումից ի վեր աշխարհում աճում է հիվանդացության և մահացության դեպքերի թիվը: Համավարակի հետ կապված՝ առողջապահական ծախսերի համապարփակ ու համադրելի գնահատականներն առողջապահական քաղաքականության և պլանավորման հիմնական ներդրումն են, որոնք անհրաժեշտ են ազգային ու միջազգային առողջապահական նպատակների իրականացմանն աջակցելու համար:

Հոդվածում ներկայացրել ենք համաշխարհային առողջապահական ծախսերն անցյալում, ներկայում՝ շեշտը դնելով COVID-19 համավարակին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումների վրա: Համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորումը վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում կայունորեն աճել է և կանխատեսվում է, որ կշարունակի աճել նաև ապագայում՝ չնայած աճի դանդաղ տեմպերին և երկրների միջև մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի կայուն անհամամասնություններին: Ենթադրվում է, որ կանխիկ վճարումները զգալիորեն բարձր կմնան ոչ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում: Ցածր եկամուտ ունեցող շատ երկրներ կախվածության մեջ կմնան առողջապահության զարգացման օժանդակությունից (ԱԶՕ), չնայած առողջապահական ավելի մեծ ներդրումներ հնարավոր են պետական ծախսերի ավելացմանը զուգընթաց: Առողջապահության ոլորտում նոր՝ կայուն ներդրումների բացակայության պայմաններում ծախսերի արդյունավետության մակարդակի բարձրացումը կարևոր է՝ կորոնավիրուսի համավարակը հաղթահարելու և համաշխարհային առողջապահական նպատակներին հասնելու համար:

Հիմնաբառեր. *պետական առողջապահական ծախսեր, կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսեր, կանխիկ վճարումներ, մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսեր, COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներ, համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ (ՀԱԾ)*

JEL: H75, I19
DOI: 10.52174/1829-0280_2021_2_127

Ներածություն: Համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման՝ անցյալում զարգացումների վերհանումը, ապագա միտումների կանխատեսումը կարևոր են՝ համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) և այլ առողջապահական թիրախների իրականացման նպատակով անհրաժեշտ ռեսուրսները պլանավորելու ու բաշխելու համար: Նախորդ ուսումնասիրությունները, ներառյալ Հիվանդությունների համաշխարհային բեռի (ՀՀԲ) առողջապահության ֆինանսավորման համագործակցային ցանցի կողմից կատարված հետազոտական աշխատանքները, անդրադարձել են նախկին և կանխատեսվող առողջապահական ծախսերին, որոնք բաշխվել են ֆինանսավորման աղբյուրների հիման վրա: ԱՀԿ 2020 թ. զեկույցը փաստարկում է COVID-19 համավարակով պայմանավորված արտաքին ֆինանսավորման նվազման և ներքին պետական ֆինանսավորման ավելացման համաշխարհային պատկերը[1]: Առողջության չափորոշիչների և գնահատման միջազգային ինստիտուտի (ԱՉԳՄԻ) 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 ընկնելու ԱՋՕ-ին և կանխիկ վճարումներին[2]:

Սույն հետազոտությունը համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման համապարփակ վերլուծություն է, որի նպատակն է ներկայացնել անցյալի միտումները, բնութագրել ներկայի օրինաչափությունները և վերլուծել COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները՝ կենտրոնանալով բոլոր երկրներում ծախսերի արդարացիության սկզբունքի վրա և իրականացնելով համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման վիճակի ամբողջական գնահատում:

Գրականության ակնարկ: Ֆինանսական ռեսուրսները կարևոր ներդրում են առողջապահական համակարգերում. դրանք անհրաժեշտ են առնվազն դեղորայք և բժշկական պարագաներ ձեռք բերելու, առողջապահական հաստատություններ հիմնելու և այդ ոլորտի աշխատողներին վճարելու համար: Այնուամենայնիվ, ոչ բավարար ֆինանսական ռեսուրսները համընդհանուր սահմանափակում են, որոնց բախվում են բոլոր առողջապահական համակարգերը: ԱՀԿ-ն սահմանում է, որ առողջապահության ֆինանսավորումն առողջապահական համակարգերի վեց հիմնական կառուցվածքներից մեկն է, իսկ համարժեք ֆինանսավորումը կարևոր նշանակություն

[1] 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:

[2] Տե՛ս Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME, 2020, էջ 44-53:

ունի մյուս հինգ կառուցվածքների համար[3]: Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգերի առջև խնդիր է դրված ոչ միայն հավաքագրել բավարար ֆինանսական միջոցներ՝ առողջապահության ոլորտը ֆինանսավորելու համար, այլև դա անել բաշխման արդարացիությունը պահպանելու միջոցով[4]: Ըստ վճարունակության սկզբունքի ֆինանսավորվող առողջապահական համակարգերը, ինչպիսիք են եկամտահարկի վրա հիմնվածները, նպաստում են՛ ֆինանսական արդարության պահպանմանը, և՛ բնակչության առողջության բարելավմանը[5]: Կանխիկ վճարումներից գերկախվածությունը նվազեցնում է չապահովագրված կամ թերապահովագրված անձանց առողջապահական խնամքի մատչելիությունը և բուժման բարձր արժեքի պատճառով հիվանդությունների համաշխարհային բեռը մեծացնելու և աղքատությունը ավելացնելու ռիսկեր է ստեղծում[6]: Ֆինանսական պաշտպանության կարևորության գիտակցումը հանգեցրել է դրա՝ որպես ՀԱԾ-ի երկու հենասյուներից մեկի դիտարկմանը՝ առողջապահական հիմնական ծառայությունների ծածկույթի հետ մեկտեղ, ինչպես նշված է Կայուն զարգացման նպատակներ - 3-ում[7]:

Փորձարարական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի կրճատումը կարող է հանգեցնել երեխաների, մեծահասակների և մայրական մահացության աճի[8]: Այլ հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ առողջապահական ծախսերի ցածր մակարդակ ունեցող երկրները համախմբված ֆինանսավորման մեխանիզմների հաշվին, ինչպիսին ապահովագրության կամ հարկային մեխանիզմների վրա հիմնված ֆինանսավորումն է, ՀԱԾ-ի առումով ունեն ավելի ցածր ցուցանիշներ[9]: Հարկային եկամուտների և կանխիկ գումարով բարձր ծախսերի բացահայտված ռիսկերը երկրներին ստիպում են կենտրոնանալ առողջապահության ֆինանսավորման կառուցվածքի վրա:

Առողջապահության ֆինանսավորման անցումային տեսությունը մշակվել է վերջին տասնամյակում՝ ՀԲ եկամտային խմբի երկրների և ՀՀԲ յոթ տա-

---

[3] Տե՛ս WHO. World Health Report 2010–health systems financing: the path to universal coverage. WHO, 2010. https://www.who.int/whr/2010/en/:

[4] Տե՛ս Gottret P., Schieber G., Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, 2006. DC: World Bank. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7094 License: CC BY 3.0 IGO

[5] Տե՛ս 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:

[6] Տե՛ս 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:

[7] 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/

[8] Տե՛ս Bokhari F. A. S., Gai Y., Gottret P., Government Health Expenditures And Health Outcomes. Health Econ 2007; 16: 257–73: 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: 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:

[9] 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:

րածաշրջանների առողջապահության ֆինանսավորման մակարդակի ու աղբյուրների աստիճանական փոփոխությունները բնութագրելու համար: Ֆինանսավորման անցումային փուլը սկսվում է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ցածր նախնական մակարդակից, որը հիմնականում գոյանում է կանխիկ վճարումների կամ դոնորների միջոցների հաշվին, և աստիճանաբար անցում է կատարվում մեկ շնչի հաշվով ավելի բարձր առողջապահական ծախսերի՝ առավելապես հիմնվելով պետական ֆինանսավորման վրա[10]: Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական ռեսուրսների հաշվետվողականությունը նախապայման է առողջապահական համակարգերի գործունեության արդյունավետությունը գնահատելու, ֆինանսավորման անցումային փուլում առաջընթացը բնութագրելու կամ քաղաքականության ուղենիշային փոփոխությունները կանխատեսելու համար: Բացի այդ, համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման վերլուծությունը քաղաքականություն իրականացնողներին և դոնորներին հնարավորություն է տալիս կանխատեսելու մատուցվող ծառայությունների ծավալը և հայտնաբերելու բացերը, որտեղ ակնկալվող ֆինանսավորումն անբավարար է: Մի շարք երկրների հաստատված շրջանակներն ու փորձն ընդգծում են առողջապահության ֆինանսավորման համապարփակ գնահատականների կարևորությունը որոշումների կայացման և վերլուծության գործում[11]:

COVID-19 համավարակի բռնկումը փաստում է կայուն առողջապահական համակարգերի, համաշխարհային ճգնաժամերի կանխարգելմանն անհրաժեշտ ֆինանսական հոսքերի և հակահամաճարակային բազմակողմանի պատրաստվածության կարևորությունը: Համաշխարհային լոքդաունով և սահմանափակումներով պայմանավորված՝ COVID-19 համավարակը ծանրաբեռնել է առողջապահական համակարգերն ամբողջ աշխարհում: Հայտնի է, որ 2020 թ. հիվանդների թիվը կազմել է շուրջ 89 մլն, առողջացածներինը՝ շուրջ 49 մլն, մահացածներինը՝ շուրջ 1.9 մլն[12]: Իրական թվերն, ամենայն հավանականությամբ, շատ ավելի բարձր են հատկապես ցածր և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում, որտեղ թեստավորման մակարդակը ցածր է, իսկ մահվան գրանցման համակարգերը թույլ են: 2020-ի նոյեմբերի վերջին Հարավարևելյան Ասիայում, ՀՀԲ բարձր եկամտի խմբի երկրներում և եվրոպական տարածաշրջանում գրանցվել են կորոնավիրուսային հիվանդացության դեպքերի ամենաբարձր ցուցանիշները: COVID-19-ից մահացության բաշխումը խիստ շեղված է. մինչ օրս ընդամենը չորս երկրի՝ Բրազիլիայի, Հնդկաստանի, Մեքսիկայի և Միացյալ Նահանգների ցուցանիշները կազմում են ընդհանուր մահացության դեպքերի ավելի քան 50%-ը[13]:

---

[10] 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, էջ 112-121:

[11] Տե՛ս Cashin C., Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2016, էջ 31-32:

[12] Տե՛ս COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. https://coronavirus.jhu.edu/map.html

[13] Տե՛ս World Health Organization. 2020. Global spending on health 2020: Weathering the Storm. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/337859. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

COVID-19-ի ուղղակի ազդեցությունը հիվանդացության և մահացության առումներով սրվում է ոչ կորոնավիրուսային առողջապահական ծառայությունների վրա համաճարակի ազդեցության հետևանքով: Սոցիալական հեռավորության և, այսպես կոչված, արգելափակման քաղաքականությունը նվազեցրել են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայությունների սպառումը, ինչպիսիք են իմունիզացումը, նախածննդյան խնամքը, ընտրովի վիրաբուժությունը և ոչ վարակիչ հիվանդությունների բուժումը[14]: Այդ ծառայությունների ինչպես պահանջարկի, այնպես էլ առաջարկի վրա ազդել են որոշակի վայրում և ժամանակահատվածում սահմանափակումների մակարդակը, ինչպես նաև առողջապահական հաստատություններում բժշկական օգնություն ստանալու վախը: Հետաձգված բժշկական խնամքը, հատկապես ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսիք են քաղցկեղը, շաքարախտը և հիպերտոնիան, առողջապահական տեսանկյունից կարող է կործանարար երկարաժամկետ հետևանքներ ունենալ: COVID-19-ի հիվանդացությամբ և այլ առողջական խնդիրներով պայմանավորված՝ ռիսկի գործոնների բաշխումը առողջապահության ոլորտում և դրանից դուրս ծախսերի անցման համապարփակ վերլուծության անհրաժեշտություն է առաջացնում:

COVID-19-ի պայմաններում առաջացան հակահամաճարակային պատրաստվածության ֆինանսավորման հետ կապված մի շարք խնդիրներ, որոնցից էր, առաջին հերթին, ԱՀՕ-ի համեմատաբար փոքր ծավալը: Այսպես՝ 2019 թ. հակահամաճարակային պատրաստվածությանն ուղղված դոնորների միջոցները կազմում էին ԱՀՕ-ի ընդհանուր հատկացումների 0.9%-ը, մինչդեռ առողջապահական համակարգերի ամրապնդմանն ուղղվել է 13.8%-ը[15]: Հարց է առաջանում, թե ո՞ր երկրները պետք է ֆինանսավորեն հակահամաճարակային պատրաստվածությունը, համաշխարհային առողջապահական անվտանգության ապահովման համար արդյո՞ք ֆինանսավորելու են միայն այն երկրները, որոնք կարող են դա իրենց թույլ տալ: Վերջապես, համաշխարհային համաճարակների կանխարգելումը պահանջում է կայուն առողջապահական համակարգեր, դրանք էլ, իրենց հերթին՝ համարժեք պետական ֆինանսավորում: Համարժեք պետական առողջապահական ծախսերի բացակայության պայմաններում դոնորների աջակցությունը, հետևաբար և համաշխարհային համագործակցությունը, կարևոր են: Բացահայտելով համաշխարհային առողջապահության ֆինանսավորման փոխկապակցված և փոխլրացնող բնույթը՝ սույն հոդվածն ուղղված է ֆինանսավորման քաղաքականություն մշակողներին և որոշում կայացնողներին, որը կօգնի ավելի լավ հասկանալու համանման բարդ հարցերը և պատասխանելու դրանց: COVID-19 համավարակն ընդգծում է հակահամաճարակային պատրաստվածության լրացուցիչ ծախսերի անհրաժեշտությունը և ապագա ճգնաժամերը կանխարգելող համաշխարհային համերաշխության կարևորությունը:

---

[14] 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

[15] Տե՛ս Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME, 2020, էջ 43:

Հետազոտության մեթոդաբանություն: Հոդվածում ներկայացված մեթոդներն ամփոփում են առողջապահության ֆինանսավորման անցումային տեսության և գնահատման գործընթացի տարբեր բաղադրիչները:

Առողջապահական ծախսերը սահմանել ենք որպես ծառայությունների, ապրանքների և հիմնական ենթակառուցվածքների վրա ծախսված գումար՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար՝ օգտագործելով Համաշխարհային առողջապահական հաշիվների (2011) և ԱՀԿ Համաշխարհային առողջապահական ծախսերի շտեմարանի (ՀԱԾՇ) կիրառվող սահմանումը[16]: Առողջապահության ֆինանսավորման չորս հիմնական աղբյուրների հիման վրա (պետական ծախսեր, կանխիկ վճարումներ, կանխավճարային մասնավոր ծախսեր և ԱԶՕ) գնահատել ենք ընդհանուր առողջապահական ծախսերը ՀԲ եկամտային խմբի երկրների և ՀՀԲ տարածաշրջանների համար: «Երկրները և տարածաշրջանները» ներառում են միայն այն երկրները, որոնք դասակարգվում են ըստ ՀԲ եկամտի չորս խմբերի և ՀՀԲ յոթ տարածաշրջանների: Պետական, կանխիկ և կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ վիճակագրական տվյալները, որոնք միասին կազմում են ընդհանուր ներքին առողջապահական ծախսերը, հասանելի են 1995-2019 թվականների համար: Պետական առողջապահական ծախսերը ներառում 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: ԱԶՕ-ն սահմանվել է որպես զարգացման առողջապահական գործակալությունների ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ներդրումներ՝ ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում բնակչության առողջության պահպանման կամ բարելավման համար: Ներքին առողջապահական ծախսերի և ԱԶՕ-ի գումարի և զարգացման առողջապահական գործակալությունների գործունեության անհրաժեշտ վարչական ծախսերի տարբերությունը կազմում է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի փաթեթը յուրաքանչյուր երկրի և տարվա համար:

Առողջության պարտադիր և կամավոր ապահովագրավճարների, սոցիալական ապահովագրության վճարների, տնային տնտեսություններից, առևտրային կազմակերպություններից ու տնային տնտեսություններին սպասարկող ոչ առևտրային կազմակերպություններից ստացվող պետական առողջապահական ներքին եկամուտների վերաբերյալ վիճակագրական տվյալներ վերցվել են ԱՀԿ ՀԱԾՇ-ից[17]: ՀԱԾՇ տվյալները չեն ներառում խոշոր ներդրումային ծախսերը (օրինակ՝ հիվանդանոցների կառուցում, բուժաշ-

[16] Տե՛ս WHO. Global Health Expenditure Database, 2021.
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

[17] Տե՛ս WHO. Global Health Expenditure Database. Last updated January 26, 2021.
http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/

խատողների կրթություն և ուսուցում): Առողջապահական ծախսերի տվյալները դուրս են բերվել ազգային արժույթի ընթացիկ հաշիվներով, գնանկվել են մինչև 2019 թ. ազգային արժույթով և փոխարկվել նույն թվականի ԱՄՆ դոլարի փոխարժեքով: ՀՆԱ դեֆլյատորի և արժույթի փոխարժեքները վերցվել են ԱՄՀ «Համաշխարհային տնտեսության զարգացման հեռանկարներ» զեկույցից[18]:

COVID-19 առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումների տվյալները մշակվել են 124 երկրների համար: Տվյալները ներառում են ինչպես բյուջետային կանոնավոր հատկացումները, այնպես էլ COVID-19 առողջապահական արձագանքման արտաբյուջետային հատկացումները: Դրանք կազմվել են հիմնականում ԱՄՀ, 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, 2020-ի նոյեմբերի դրությամբ, երկրների կառավարությունների կողմից 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 համար[19]: Գնահատվում են նաև COVID-19 ճգնաժամի հնարավոր հետևանքները մակրոտնտեսական 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 էլ մասնավոր առողջապահական ծախսերի ռիսկերը, գնահատվում է ՀԱԾ-ի վրա ունեցած ազդեցությունը:

Հոդվածում յուրաքանչյուր գնահատականի շուրջ անորոշության միջակայքը հաշվարկվել է 1000 ցուցանիշի համար 2.5 և 97.5 տոկոսային կետերով: Բոլոր վերլուծությունները կատարվել են Microsoft Excel և Power BI (2.85) ծրագրային փաթեթների միջոցով:

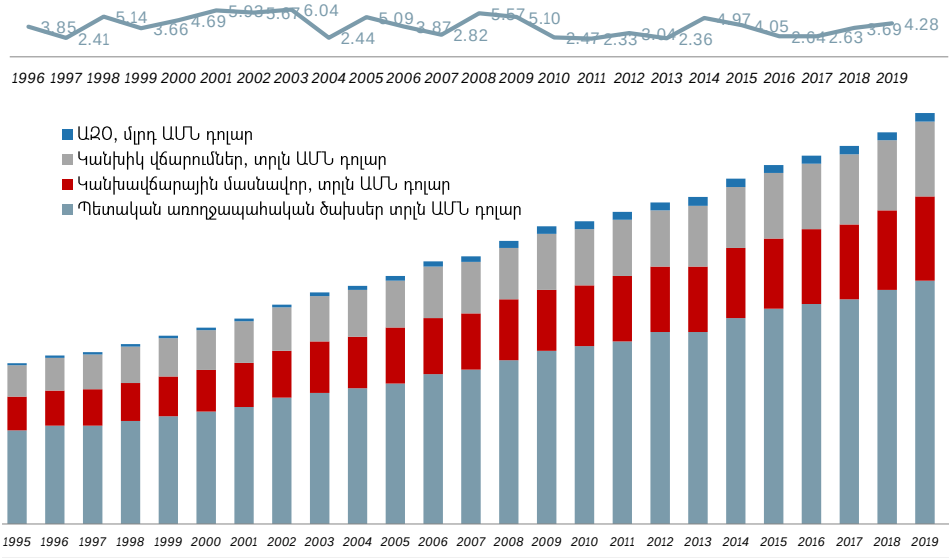
Վերլուծություն: 1995 թ. համաշխարհային առողջապահական ծախսերը կազմել են 3.5 տրլն ԱՄՆ դոլար (95% [ԱՄ] 3.4-3.5)՝ գնողունակության համարժեքությամբ ճշգրտված՝ 4.3 տրլն ԱՄՆ դոլար (4.2-4.4), ինչը համաշխարհային ՀՆԱ 8.1%-ն էր (6.79-8.20): 2019 թ. առողջապահական ծախսերն աճել են մինչև 8.5 տրլն ԱՄՆ դոլար (8.4-8.7)՝ կազմելով համաշխարհային ՀՆԱ 9.85%-ը (9.7-10.01). վերջին հինգ տարում առաջին անգամ առողջապահական ծախսերն աճել են ավելի դանդաղ, քան ՀՆԱ-ն: Նախնական գնահատականների համաձայն՝ համաշխարհային առողջապահական ծախսերը կորոնավիրուսային համավարակի ընթացքում՝ 2020-ին, նվազել են

[18] Տե՛ս International Monetary Fund. 2020. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, October:

[19] Տե՛ս WHO Dataset Government COVID 19 Allocations (November 2020). https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysll21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740

1.1%-ով, ինչը մասամբ պայմանավորված էր ԱՄՆ դոլարի փոխարժեքի բարձրացմամբ[21]:

1995 թ. պետական առողջապահական ծախսերը կազմել են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 58.8%-ը (58.1-59.5), մինչդեռ 2019 թ.՝ 61.05%-ը (60.43-61.64): 1995 թ. ի վեր ընդհանուր առողջապահական ծախսերում մյուս աղբյուրների մասնաբաժինները ևս փոփոխության են ենթարկվել. կանխավճարային մասնավոր առողջապահական ծախսերը 21.3%-ից (20.6-22.0) նվազել են՝ հասնելով մինչև 20.57%-ի (20.12-21.03), կանխիկ վճարումները՝ 19.7%-ից (19.3-20.2)՝ մինչև 18.18%-ի (18.0-19.1), իսկ ԱԶՕ-ն 0.1%-ից (0.1-0.1) դարձել է 0.2% (0.2-0.2) (գծապատկեր 1):



Գծապատկեր 1. ***Համաշխարհային առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը 1995-2019 թթ., ԱՄՆ դոլար***[20]

1995 թ. ֆինանսական ռեսուրսների 87.6%-ը (87.1-88.1) ծախսվել է ներկայումս բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, 9.8%-ը (9.4-10.3)՝ միջինից բարձր, 2.2%-ը (2.1-2.4)՝ միջինից ցածր և միայն 0.3%-ը (0.3-0.4)՝ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում: 2019 թ. առողջապահական ծախսերի 81%-ը (80.0-81.9) ծախսվել է բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, 15.7%-ը (14.9-16.6)՝ միջինից բարձր, 3.0%-ը (2.7-3.3)՝ միջինից ցածր և 0.4%-ը (0.3-0.4)՝ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում, թեև վերջին խումբը կազմում է համաշխարհային բնակչության 10%-ը[22]: Առողջապահական ընդհանուր ծախսերի միայն 41.7%-ը (40.9-42.5) բաժին է ընկել ԱՄՆ-ին, մինչդեռ Անդրսահարյան

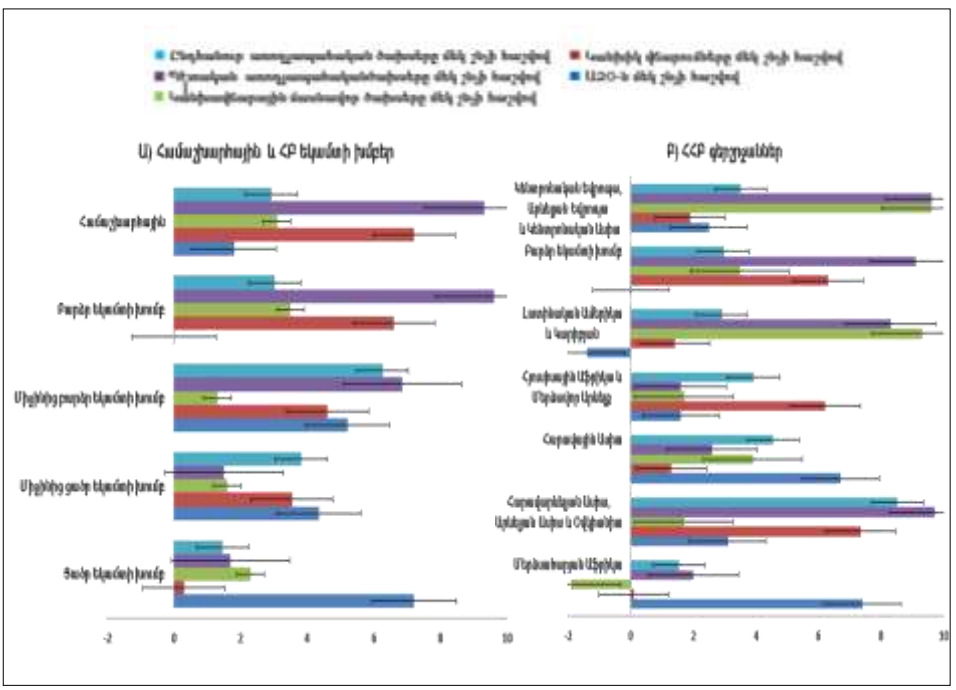
[21] Տե՛ս International Monetary Fund. 2020. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, October:

[20] Տե՛ս Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME. 2020, էջ 57-60. https://vizhub.healthdata.org/

[22] Տե՛ս United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423):

Աֆրիկայի երկրների առողջապահական ծախսերը կազմել են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 1.0%-ը (0.9-1.0):

1995 թ. մեկ շնչի հաշվով համաշխարհային առողջապահական ծախսերը 612 ԱՄՆ դոլար էին (603-622)՝ տատանվելով 5 ԱՄՆ դոլարից (4-7)՝ Մյանմարում, մինչև 7318 ԱՄՆ դոլարի սահմաններում (5490-10192)՝ Բերմուդյան կղզիներում: 1995 թ. մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերն ամենացածրն էին Հարավային Ասիայում՝ 26 ԱՄՆ դոլար (21-31), Անդրսահարյան Աֆրիկայում՝ 58 ԱՄՆ դոլար (54-62), իսկ ամենաբարձրը ՀՀԲ բարձր եկամտի երկրներում՝ 3206 ԱՄՆ դոլար (3151-3264): 2019-ին մեկ շնչի հաշվով համաշխարհային առողջապահական ծախսերն ավելացել են մինչև 1112 ԱՄՆ դոլար (1104-1187)՝ չնայած տարածաշրջանների և եկամտային խմբերի միջև զգալի տարբերությանը: Ներկայումս բարձր եկամտի խմբում դասակարգված երկրների մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերը 5609 ԱՄՆ դոլար են (5562-5741), մինչդեռ միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրները մեկ շնչի հաշվով ծախսել են 536 ԱՄՆ դոլար (500-576), միջինից ցածր եկամուտ ունեցողները՝ 90 ԱՄՆ դոլար (82-100), իսկ ցածր եկամտի խմբի երկրները՝ 38 ԱՄՆ դոլար (36-40)[23]:



Գծապատկեր 2. ***Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի փոփոխության տարեկան տեմպն ըստ աղբյուրի՝ ՀԲ եկամտային խմբի (Ա) և ՀՀԲ գերշրջանների (Բ), 1995-2019 թթ., %***[25]

[23] Տե՛ս WHO. Global health expenditure database. Last updated January 26, 2021. http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/. https://vizhub.healthdata.org/

[25] Տե՛ս WHO. Global health expenditure database. Last updated January 26, 2021. http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/. https://vizhub.healthdata.org/

1995–2019 թթ. շատ երկրներում նկատվել է առողջապահական ծախսերի էական աճ՝ տարեկան 4.28%-ով (95% [ԱՄ] 3.89-4.32), թեև այս շեմը, մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի տեսանկյունից, ավելի ցածր էր (2.92% [2.71-2.94]): Ըստ գծապատկեր 2-ի՝ մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենամեծ աճի տեմպերը արձանագրվել են միջինից բարձր եկամուտ (6.25% [5.18-6.35]) և միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (3.82% [3.22-4.63])[24]:

Միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում աճի ամենամեծ աղբյուրը պետական առողջապահական ծախսերն են (6.85% [6.37-7.34]), իսկ միջինից ցածր եկամուտ ունեցողներում ամենաարագ աճը գրանցվել է ԱԶՕ ցուցանիշի գծով (4.34% [4.02-4.97]): Երկրների այս խմբերում նկատվում է նաև կանխիկ վճարումների տարեկան կտրուկ աճ. միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ 3.54% (2.57-4.54), իսկ միջինից բարձր եկամուտ ունեցողներում՝ 4.64% (4.01-5.22): Չնայած ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում մեկ շնչի հաշվով ԱԶՕ-ն արագորեն աճել է՝ տարեկան 7.2%-ով (6.12-7.47), մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ընդհանուր աճը մնացել է ցածր՝ կազմելով տարեկան 1.46% (1.13-1.80):

Աշխարհագրական տեսանկյունից՝ 1995–2019 թթ. Հարավարևելյան Ասիայում, Արևելյան Ասիայում և Օվկիանիայում մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենաբարձր տարեկան աճը կազմել է 8.52% [7.69-9.33], ինչը պայմանավորված էր հիմնականում պետական առողջապահական ծախսերի (9.76% [9.94-10.57]) և կանխիկ վճարումների մեծ աճով (7.34% [6.15-8.59]), մինչդեռ Անդրսահարյան Աֆրիկան ունեցել է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի ամենացածր աճը (1.54% [1.08-1.97])՝ պետական առողջապահական ծախսերի (2.0% [1.45-2.53]) աննշան աճով և կանխավճարային մասնավոր ծախսերի կտրուկ նվազմամբ (-1.9% [-0.4-ից-2.3]):

Բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում մեկ շնչի հաշվով կանխավճարային մասնավոր ծախսերի աճ է գրանցվել (3.49% [3.22–3.75]), այն դեպքում, երբ 2014–2016 թթ. դրանք կտրուկ նվազել էին: Դա պայմանավորված էր 2014 թ. ԱՄՆ-ի «Հիվանդների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին» օրենքում ապահովագրական մանդատի ընդունմամբ, որը վերադասակարգել էր առողջապահական ծախսերը. ի սկզբանե կանխավճարային մասնավոր ծախսերը վերափոխվել էին պետական առողջապահական ծախսերի, քանի որ օրենքով դարձել էին պարտադիր[26]:

Կառավարությունները կարևոր դեր են խաղում առողջապահության ֆինանսավորման ծավալի փոփոխության գործում և առողջապահական ռեսուրսների ամենամեծ աղբյուրն են ամբողջ աշխարհում: Գծապատկեր 3-ում ներկայացված են մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի փոփոխությունները 1995–2019 թթ., ինչը կախված է երեք հիմնական գործոններից (մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ, կառավարության ծախսեր, առողջապա-

[24] Տե՛ս Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle. WA: IHME, 60, 2020:

[26] Տե՛ս 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

հության ոլորտի պետական գերակայություն): Համաշխարհային առումով, պետական առողջապահական ծախսերի վրա ազդող հիմնական գործոններից է առողջապահության ոլորտում պետական գերակայության ավելացումը, ինչը կապված է 1995–2019 թթ. մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի՝ 325.9 ԱՄՆ դոլարով (292-356) տարեկան աճի հետ: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի աճը խթանող մյուս կարևոր գործոնը տնտեսական զարգացումն է, ինչը կապված է մեկ շնչի հաշվով 192 ԱՄՆ դոլարով (177-212) աճի հետ:



Գծապատկեր 3. ***Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի փոփոխությունների վրա ազդող գործոնները*** *1995–2019 թթ., ԱՄՆ դոլար*[27]

[27] Տե՛ս WHO. Global Health Expenditure Database. Last updated January 26, 2021: http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/. https://vizhub.healthdata.org/

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 միջինից բարձր, միջինից ցածր և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում փոփոխությունների հիմնական շարժիչը տնտեսական զարգացումն է (Կենտրոնական Եվրոպայում, Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում, Հարավային Ասիայում, Հարավարևելյան Ասիայում, Արևելյան Ասիայում և Օվկիանիայում, Անդրսահարյան Աֆրիկայում): Ընդհանուր առմամբ, կառավարության ծախսերի ավելացումը հանգեցրել է պետական առողջապահական ծախսերի էական աճի միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում, Հարավարևելյան Ասիայում, Արևելյան Ասիայում և Օվկիանիայում, Լատինական Ամերիկայում և Կարիբյան ավազանում: Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերի ամենափոքր աճը գրանցվել է ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում՝ հատկապես Հարավային Ասիայում և Անդրսահարյան Աֆրիկայում: Այս տարածաշրջաններում տնտեսական զարգացումը ծախսերի աճին նպաստող առաջատար գործոն է:

Առողջապահության ֆինանսավորման մեկ տեսակից մյուսին անցման ժամանակ գրեթե յուրաքանչյուր երկիր ցուցաբերում է երկու կարևոր միտում. մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերը մեծանում են, իսկ առողջապահական ծառայություններին ուղղված կանխիկ ծախսերի մասնաբաժինը նվազում է[28]: Տնտեսական զարգացմանը զուգընթաց, ընդհանուր առողջապահական ծախսերում ԱՀՕ-ի մասնաբաժնի նվազման հետ մեկտեղ, երկրները հակված են լրացնելու այդ բացը՝ ավելացնելով կանխիկ վճարումները և պետական առողջապահական ծախսերը: 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 ԱՀՕ ստանալ, բայց դեռ չեն լրացնում ֆինանսավորման ճեղքվածքը պետական ծախսերի միջոցով և փոխարենը ավելի շատ ապավինում են լրացուցիչ կանխիկ ծախսերին[29]: Այսպես՝ միջինից ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում 2019 թ. արձանագրվել է կանխիկ ծախսերի ամենաբարձր ցուցանիշը (54.78% [50.14-59.76]), նույնիսկ ավելի բարձր, քան ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (41.83% [39.25-44.33]), քանի որ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում դեռևս մեծ է ԱՀՕ-ի (25.53% [24.26-26.71]) ծախսերի մասնաբաժինը: Չնայած համաշխարհային այս օրինաչափությանը՝ նկատելի են պետական առողջապահական ծախսերի համամասնության մեծ տատանումներ. 2019-ին բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում պետական առողջապահական ծախսերին բաժին է ընկել ծախ-

[28] Տե՛ս Fan V.Y., Savedoff W.D., The Health Financing Transition: A Conceptual Framework And Empirical Evidence. Soc Sci Med 2014; 105: 112–21:

[29] Տե՛ս 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

սերի 62.97%-ը (62.39-63.55), միջինից բարձր եկամուտ ունեցողներում՝ 58.11%-ը (55.98-60.35), միջինից ցածր եկամուտ ունեցողներում՝ 33.1%-ը (30.1-35.73), ցածր եկամուտ ունեցողներում՝ 26.34%-ը (24.34-28.04)[30]:

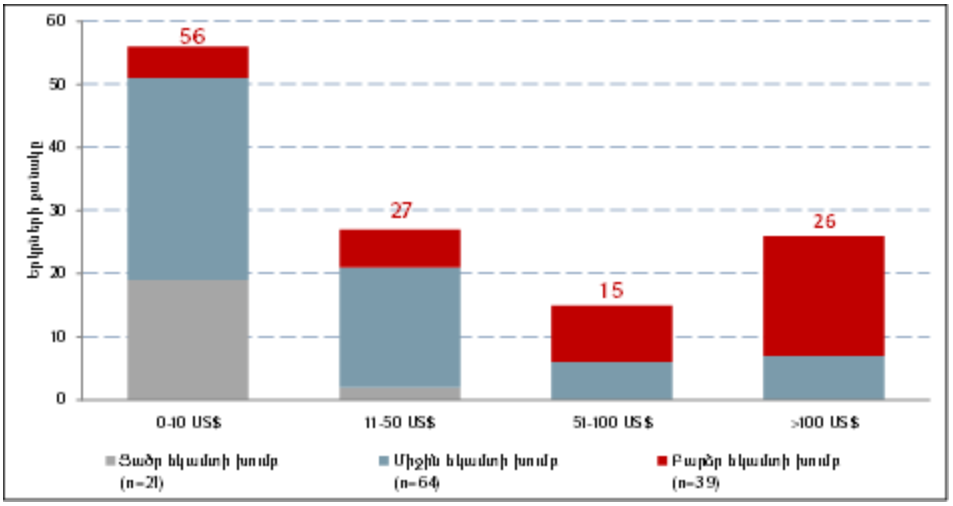
Պետական առողջապահական ծախսերի վերոնշյալ անհամամասնությունները օրինաչափորեն արտացոլվել են COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներում: COVID-19 համավարակով պայմանավորված՝ հիվանդության կանխարգելումը, թեստավորումը և բուժումը, ինչպես նաև տնտեսությունը խթանելու անհրաժեշտությունը հանգեցրել են բյուջեից բացառիկ հատկացումների՝ չնայած ծառայությունների վրա ճնշումները յուրաքանչյուր երկրում տարբեր են: COVID-19-ին արձագանքման բյուջեներում առողջապահության ոլորտին բաժին է ընկնում ընդհանուր ֆինանսավորման փոքր մասը: Այսպես՝ Ինդոնեզիայում COVID-19-ին արձագանքման բյուջեի միայն 12%-ն է ուղղվելու առողջապահության ոլորտին, Հարավային Աֆրիկայում՝ 15%-ը[31]: Չնայած տնտեսության վերականգնմանն ուղղված պետական լրահատկացումները զգալիորեն մեծացրել են հարկաբյուջետային պակասուրդը, առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները ընդհանուր բյուջեում փոքր մաս են կազմում, ինչը նախակորոնավիրուսային ընդհանուր պետական ծախսերի 1%-ից պակաս է: Թեև երկրները ստիպված են ձեռք բերել լրացուցիչ անհատական պաշտպանության միջոցներ (ԱՊՄ), թեստեր և դեղամիջոցներ, այնուամենայնիվ, բուժանձնակազմի, բժշկական սարքավորումների և բուժման մեթոդների առկա հնարավորություններն ու բյուջետային միջոցները հիմնականում կարողացել են դրականորեն արձագանքել պատասխան միջոցառումներին:

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: Լավագույն 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 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 4):

---

[30] Տե՛ս Global health expenditure database. Last updated January 26, 2021. http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/. https://vizhub.healthdata.org/

[31] Տե՛ս World Health Organization. (2020). Global spending on health 2020: weathering the storm. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/337859. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



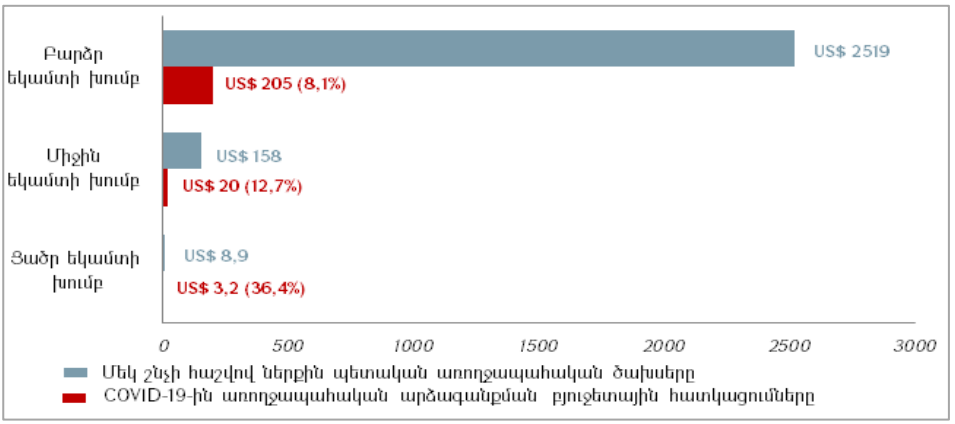
Գծապատկեր 4. *COVID-19-**ին առողջապահական արձագանքման՝ մեկ շնչի հաշվով բյուջետային հատկացումներն ըստ ծախսերի միջակայքի**, 2020 թ.*[32]

Ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում 2020-ի 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 (205 ԱՄՆ դոլար) անհամեմատ բարձր են, քան միջին (20 ԱՄՆ դոլար) և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում (3.2 ԱՄՆ դոլար) (գծապատկեր 5):

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 (ծախսերի թույլտվության ձգձգումը, գնումների ընթացակարգերը և մատակարարման խնդիրները)[33]:

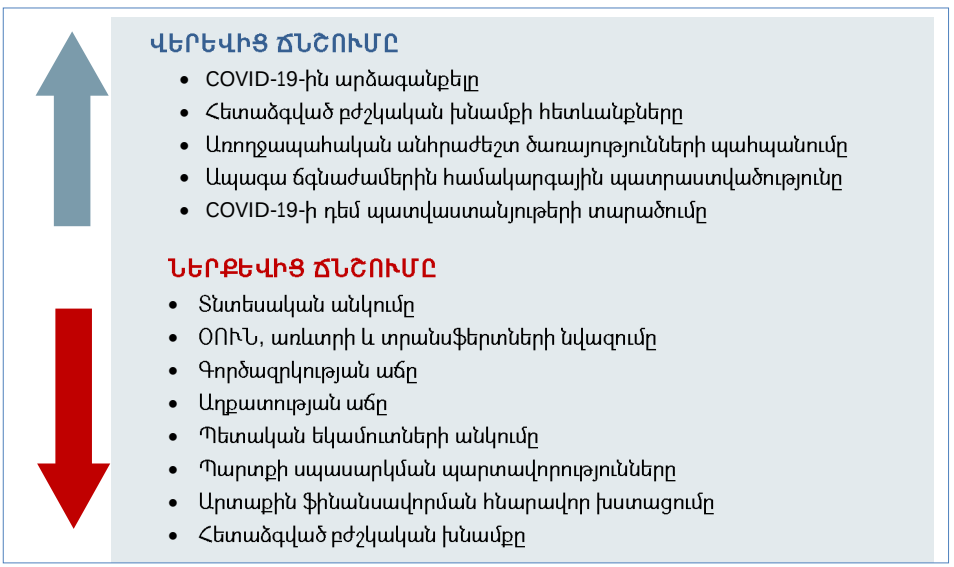
[32] Տե՛ս WHO Dataset Government COVID 19 Allocations (November 2020). https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysll21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740

[33] 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:



Գծապատկեր 5. ***Մեկ շնչի հաշվով պետական առողջապահական ծախսերը և COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումներն ըստ եկամտային խմբերի**, 2020 թ.*[34]

Առողջապահական ծախսերի վրա COVID-19 ճգնաժամի միջին և երկարաժամկետ ազդեցությունը կախված կլինի մակրոֆիսկալ ավելի լայն ցուցանիշներից 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 վնասի վերականգնումը և ապագա ճգնաժամերին առողջապահական համակարգերի ավելի լավ նախապատրաստումը (գծապատկեր 6):



Գծապատկեր 6. ***Համաշխարհային առողջապահական ծախսերի վրա** COVID-19 **համավարակի ազդեցության ուղիները***[35]

[34] Տե՛ս նույն տեղը:

Ներքևից ճնշումը պայմանավորված է ընդհանուր մակրոֆիսկալ 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 պակասուրդային ծախսերից ավելի մեծ կախվածությամբ:

Մակրոտնտեսական, հարկաբյուջետային և մինչև 2020 թվականը երկրների առողջապահական ծախսերի կառուցվածքի վրա ազդող գործոնները կշարունակեն ներգործել առողջապահական ծախսերի վրա նաև առաջիկա տարիներին: Գործազրկության բարձր մակարդակը, ամենայն հավանականությամբ, կազդի առողջապահական ծախսերի և ծածկույթի ընդհանուր մակարդակի վրա այն երկրներում, որոնք ծառայությունների իրավունքը կապում են աշխատավարձի վճարման հետ: Գործազրկության աճի հետ մեկտեղ, զբաղվածության վրա հիմնված ներդրումներից ստացվող եկամուտները կարող են նվազել այն դեպքում, երբ պահանջմունքներն ընդլայնվեն տնտեսական և առողջապահական խոցելիության պատճառով: Այսպես՝ 2009-ի ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի պայմաններում եվրոպական մի շարք երկրներում՝ Բելգիայում, Բուլղարիայում, Էստոնիայում և Սլովենիայում, առողջության ապահովագրության ֆոնդերը ստիպված էին ներդրումներ կատարել պահուստներում՝ եկամուտների անկումը փոխհատուցելու համար[36]: Չնայած եկամուտներից այդպիսի մասհանումները կարող են նվազեցնել ՀԱԾ մեխանիզմների հասանելիությունը՝ դրանք կարող են նաև վերևից ճնշում գործադրել առողջապահության ոլորտի ընդհանուր պետական եկամուտների վրա, եթե քաղաքականությունը պարտադրում է հակացիկլային ծախսերի մեխանիզմներ (ավտոմատ կայունացուցիչներ): Նախկին ճգնաժամերը մեծացրել են ընդհանուր պետական եկամուտների դերը զբաղվածության վրա հիմնված ներդրումների առումով՝ հատկապես աղքատների շրջանում ծածկույթն ընդլայնելու համար. բարեփոխում, որը կարող է թուլացնել ներդրումների և իրավունքների միջև կապը[37]: Մասնավորապես, գործազրկության աճին զուգահեռ, միջինից ցածր և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում եկամտահարկի վրա հիմնված առողջության ապահովագրության համակարգերը կարող են հետ մնալ ՀԱԾ ցուցչի սահմանված մակարդակից՝ խաթարելով ներդրում կատարելու իրավունքը:

Ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում արտաքին աղբյուրներից ստացվող առողջապահական ծախսերի մեծ մասնաբաժինը դրանց ավելի խոցելի է դարձնում համաշխարհային տնտեսական ճգնաժամի պայմաններում: Դո-

---

[35] Տե՛ս World Health Organization. (2020). Global spending on health 2020: weathering the storm. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/337859. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

[36] Տե՛ս 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:

[37] Տե՛ս 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, էջ 892–897:

նոր երկրներում տնտեսական խոր անկումների հետևանքով արտաքին ֆինանսավորման հոսքերը կարող են ուղղվել դեպի ավելի ցածր եկամուտ ունեցող երկրներ, որոնց ԱՀՕ-ն միջինում կազմում է առողջապահական ծախսերի գրեթե 30%-ը: Ցուցանիշները վկայում են, որ արտաքին ռեսուրսները փոխարինում են ներքին առողջապահական ծախսերին:

Երկրները, որոնք հիմնականում հենվում են կանխիկ վճարումների վրա և ունենում են տնտեսական խոր անկումներ, առողջապահական ծառայությունների մակարդակը և ծախսերի արդարացիությունը պահպանելու տեսանկյունից, ամենայն հավանականությամբ, կբախվեն մեծ մարտահրավերների: Հնդկաստանում, Նիգերիայում և Ֆիլիպիններում, որտեղ առողջապահության ֆինանսավորման կեսից ավելին բաժին է ընկնում կանխիկ վճարումներին, կանխատեսվում է մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ ավելի քան 5%-ի կրճատում: Առավելապես խոցելի են նշված, ինչպես և այն երկրները, որտեղ նախաճգնաժամային շրջանում կանխիկ ծախսերը բարձր էին: Հաշվի առնելով COVID-19 համավարակի հետևանքով եկամուտների կրճատման բնույթն ու ծավալները՝ կանխիկ վճարումները, հավանաբար, կնվազեն: Բայց այդ անկումները, թերևս, ավելի շուտ կարտացոլեն հետաձգված բժշկական խնամքը, քան բարելավված ֆինանսական պաշտպանությունը: Հետաձգված բժշկական խնամքը շատ ավելի մեծ հարված է հասցնելու աղքատներին, քան հասարակության մյուս խավերին՝ սրելով համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի՝ նախկինում գոյություն ունեցող անհավասարությունները[38]: Ուստի, երկրները պետք է պահպանեն պետական առողջապահական ծախսերը՝ ՀԱԾ-ի առաջընթացն ապահովելու համար: Պետական առողջապահական ծախսերը շատ ավելի կարևոր են COVID-19 ՀԱԾ-ի ցուցչի տեսանկյունից:

Եզրակացություններ: COVID-19 համավարակը բռնկվեց այն ժամանակ, երբ ամբողջ աշխարհում դիտվում էր առողջապահական ծախսերի կայուն աճի օրինաչափություն: Կանխատեսվում է, որ հետագայում ևս այդ ծախսերը կավելանան, սակայն երկրների մեծ մասում՝ ավելի դանդաղ տեմպերով: Առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը, ըստ ֆինանսավորման աղբյուրի, փոխվել է, և հետագայում էլ սպասվում են նոր զարգացումներ: 2019-ին համաշխարհային առողջապահության ծախսերի համամասնությունները փոխվել են պետական ծախսերի և ԱՀՕ-ի ավելացման հաշվին, նվազել՝ կանխիկ վճարումների մասնաբաժնից: Պետական առողջապահական ծախսերի կայուն աճի պահպանումը կարևոր է, քանի որ այդ ծախսերը կարող են ֆինանսավորում ապահովել հիմնական առողջապահական ծառայությունների համար: Այն երկրներում և տարածաշրջաններում, որտեղ ապագայում հնարավոր է պետական և կանխավճարային մասնավոր ծախսերի դանդաղ աճ, ներքին առողջապահական ֆինանսավորման բարեփոխումները մեծացնում են կանխավճարային ռեսուրսների մակարդակը, որոնք պետք է առաջնահերթություն լինեն, քանի որ բնակչության որոշ խմբեր կարող են դուրս մնալ ՀԱԾ-ի ընդգրկման, ինչպես նաև երեխաների, մեծահասակների ու մայրական մահացության կրճատման համաշխարհային միտումներից: Բացի այդ, դոնոր երկրները ֆինանսավորման տեղաբաշխման որոշումներ

[38] Տե՛ս Wagstaff A., Poverty and Health Sector Inequalities. Bull World Health Organ, 80(2), 2002, էջ 97–105:

կայացնելիս պետք է հաշվի առնեն վերոնշյալ ուղենիշները՝ հնարավորինս առաջնահերթություն տալով այն երկրներին, որոնք համախմբված ներքին առողջապահական ծախսերի ամենադանդաղ աճն են ակնկալում:

Առողջապահական ծախսերի ընդհանուր միտումները պահանջում են մշտադիտարկել ինչպես ֆինանսավորման աղբյուրները, այնպես էլ ՀԱԺ-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, մակրոֆիսկալ միջավայրի և առողջապահության ոլորտի ցուցանիշներին ծախսերի համապատասխանեցումը կարևոր նշանակություն ունի արդյունավետ քաղաքական երկխոսության և որոշումների կայացման համար: Կանխիկ աղետալի ծախսերի[39] ընդհանուր մակարդակի և բաշխման ազդեցության մշտադիտարկումը կարևոր է, հատկապես՝ եթե այդ ծախսերն աղքատներին ավելի են տանում դեպի աղքատություն: COVID-19 ճգնաժամի հետևանքով աղքատության մակարդակի աճն ընդգծում է այս մտահոգությունը, քանի որ պետական առողջապահական ծախսերի նույնիսկ փոքր նվազումը կարող է աղքատ խմբերի համար մեծագույն խնդիրներ առաջացնել, կամ ավելի շատ պահանջմունքներ, հնարավոր է, 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 հնարավորություն է տալիս վերափոխելու առողջապահության ֆինանսավորման թույլ համակարգերը՝ առաջ շարժվելով դեպի համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ: COVID-19-ին առողջապահական արձագանքման բյուջետային հատկացումները կարող են նպաստել առողջապահական ծառայությունների, այդ թվում՝ ընդհանուր թեստավորման կարողությունների և վերահսկողության տեղեկատվական համակարգերի զարգացմանը: Առողջապահության ոլորտի նկատմամբ մեծ ուշադրությունը կարող է բարեփոխումների հնարավորություններ ընձեռել՝ եկամուտներն

---

[39] ԿԶՆ 3.8.2 ցուցանիշը կենտրոնանում է ֆինանսական պաշտպանության վրա և սահմանում առողջության վրա մեծ տնային տնտեսություններ ունեցող բնակչության համամասնությունը՝ որպես տնային տնտեսության 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»: Տե՛ս 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:

արդյունավետ և արդարացիորեն հավաքագրելու, համախմբելու, բաշխելու և օգտագործելու համար: Բարեփոխումները պետք է բխեն 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 գործառույթները: Ֆինանսական բարեփոխումները պետք է կենտրոնանան նաև ծառայությունների մատուցման արդյունավետությունը մեծացնելու և արդարացիորեն բաշխելու, զբաղվածության ու համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի կապը մեղմելու, գնումների ռազմավարական մեթոդների կիրառումն ավելացնելու վրա:

Օգտագործված գրականություն

1. Bokhari F.A.S., Gai Y., Gottret P., Government Health Expenditures and Health Outcomes. Health Econ 2007.
2. 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.
3. Cashin C., Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2016.
4. 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
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.
6. Fan V.Y., Savedoff W.D., The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence. Social Science & Medicine.Volume 105, March 2014.
7. 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.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis. Seattle, WA: IHME, 2020.
9. International Monetary Fund. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC, October, 2020.
10. 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.
11. Rahim F., Allen R., Barroy H., Gores L., Kutzin J., COVID-19 funds in Response to the Pandemic. Washington, DC: International Monetary Fund, 2020.

12. 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.
13. 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.
14. Wagstaff A., Poverty and Health Sector Inequalities. Bull World Health Organ, 80(2), 2002.
15. World Health Organization. (2020). Global Spending on Health 2020: Weathering the Storm. World Health Organization.
16. 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/10665/337859. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
17. 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.
18. Xu K., Evans D.B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C.J., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet, 2003.
19. 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.
20. COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. https://coronavirus.jhu.edu/map.html
21. 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
22. 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/
23. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423).
24. 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
25. WHO Dataset Government COVID 19 Allocations (November 2020). https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sH_xgamKFJnCTIysll21OBjd58ZwKtKc/edit#gid=1248687740
26. WHO. World Health Report 2010-Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. WHO, 2010. https://www.who.int/whr/2010/en/

27. WHO. Global health expenditure database. Last updated January 26, 2021. http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/
28. vizhub.healthdata.org

КАРИНЕ АДЖЯН
Соискатель кафедры управления АГУ РА

Структурные изменения финансирования всемирного здравоохранения в контексте эпидемии коронавируса. – Конец 2019 года принес с собой огромные проблемы, связанные с пандемией COVID-19. С момента начала эпидемии во всем мире постоянно растет число случаев заболевания и смертности. Комплексные и сопоставимые оценки расходов на здравоохранение, обусловленных пандемией коронавируса, являются основным вкладом в планирование необходимой для поддержки достижения национальных и международных целей политики здравоохранения.

В статье представляем глобальные расходы на здравоохранение в прошлом и в настоящем, делая упор на бюджетные ассигнования в систему здравоохранения по противодействию COVID-19. Уровень финансирования здравоохранения на протяжении последних двух десятилетий стабильно растет и, согласно прогнозам, продолжит расти несмотря на медленные темпы и стабильность диспропорций между странами в расходах на душу населения. По прогнозам, уровень наличных выплат будет значительно выше в странах с невысоким уровнем доходов. Ожидается, что многие страны с низким уровнем доходов останутся зависимыми от поддержки развития здравоохранения (СРЗ), хотя по мере увеличения государственных расходов возможны и более высокие инвестиции в сфере здравоохранения. Повышение эффективности расходов на здравоохранение в условиях отсутствия новых устойчивых инвестиций крайне важно для преодоления эпидемии коронавируса и достижения целей всемирного здравоохранения.

Ключевые слова: *государственные расходы на здравоохранение, предоплата частных расходов на здравоохранение, наличные платежи, расходы на здравоохранение на душу населения, бюджетные ассигнования в систему здравоохранения по противодействию* COVID-19, *всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ).*
JEL: H75, I19
DOI: 10.52174/1829-0280_2021_2_127

KARINE HAJYAN
PhD Student of the Chair of Management of RA PAA

Structural Changes of Global Health Financing in the Context of Coronavirus Pandemic.– The end of 2019 brought with it the enormous challenges posed by the Covid-19 pandemic. Since the onset of the coronavirus epidemic, which the World Health Organization declared a pandemic on March 11, 2020, the number of morbidity and mortality cases has been increasing worldwide. Comprehensive and comparable estimates of coronavirus-related health spending are a key input for health policy and planning, and are necessary to support the achievement of national and international health goals.

In this paper, we present the past and present of global health expenditures, with an emphasis on Covid-19 health response budget allocations. Global health financing has increased steadily over the past two decades and is projected to continue increasing in the future, despite a slower pace of growth and with persistent disparities in per-capita health spending between countries. Out-of-pocket spending is projected to remain substantial outside of high-income countries. Many low-income countries are expected to remain dependent on development assistance, although with greater government spending, larger investments in health are feasible. In the absence of new sustainable investments in healthcare, cost-effectiveness can be the essential way to overcome the coronavirus and to achieve global health goals.

Key words. *government health spending, prepaid private health spending, out-of-pocket spending, health spending per capita, budget allocations for the Covid-19 health response, universal health coverage (UHC).*
JEL: H75, I19
DOI: 10.52174/1829-0280_2021_2_127