



## ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ  
ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ  
ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Երևան 2012

**Սույն ուսումնասիրությունը իրականացվել է Վորլդ Վիժն Հայաստանի “Երեխայի առողջությունն առաջնային է” քարոզարշավի շրջանակներում:**

*Ուսումնասիրությունը իրականացրել են և զեկույցը մշակել են աշխատանքային խմբի անդամ-փորձագետներ՝ Ալեքսանդր Բազարյանը, Սամվել Խարազյանը, Սուրեն Քրմոյանը, Արտակ Քյուրումյանը և Լենա Նանուշյանը:*

*Ծրագրի ղեկավար՝ Նաիրա Ղարախանյան – Վորլդ Վիժն Հայաստանի Երեխաների առողջության քարոզարշավի ղեկավար*

<<Վորլդ Վիժն Ինթերնեյշնլ>> բարեգործական կազմակերպության հայաստանյան մասնաճյուղը ձևավորել է աշխատանքային խումբ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրների վերաբերյալ առաջարկություններ ներկայացնելու նպատակով: Խումբն իր աշխատանքներն սկսել է 2011թ. մայիսի 1-ին և ավարտել է 2011թ. սեպտեմբերի 30-ին:

Աշխատանքների կատարման շրջանակներում խմբի անդամները պարբերաբար կազմակերպել են հանդիպումներ և աշխատանքային խորհրդակցություններ առողջապահության ոլորտի բարեփոխումներով զբաղվող շահառու կազմակերպությունների, Զանգվածային լրատվական միջոցների, հասարակական կազմակերպությունների, ՀՀ Առողջապահության նախարարության և ՀՀ ֆինանսների նախարարության ներկայացուցիչների հետ ինչպես նաև ՀՀ Ազգային ժողովի պատգամավորների և պետական կառավարման պաշտոնյաների հետ: Հանդիպումների ժամանակ խորհրդատվական խմբի անդամները ներկայացրել են կատարված ուսումնասիրությունների և հետազոտությունների արդյունքները, քննարկել են իրենց կողմից կատարվելիք առաջարկությունների նախնական տարբերակները, փորձել են համատեղ գնահատել նոր հարկերի և վճարների միջոցով առողջապահական ծառայությունների համար լրացուցիչ միջոցներ ներգրավելու հնարավորությունները և հասարակության կողմից դրանց նկատմամբ հնարավոր արձագանքները: Այդ ամենը արտացոլված է այս ուսումնասիրության մեջ:

## Օգտագործված հասցեականներ

- ԱՄՆ - Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ
- ԱՀԳԳ - Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման
- ԱՀԿ - Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
- ԱՀՌԾ - ՀՀ կառավարության Աղքատության հաղթահարման ռազմավարական ծրագիր
- ԱՎԾ - Ազգային վիճակագրական ծառայություն
- ԱՏՎՀԿ - Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
- ԲՀՄՕ - Բյուջետային համակարգի մասին ՀՀ օրենք
- ՀՀ ԱՆ - ՀՀ առողջապահության նախարարություն
- ՀՄԴ X - Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում, X հրատարակություն
- ԿԶԾ - ՀՀ կառավարության կայուն զարգացման ծրագիր
- ՄԺԾԾ - ՀՀ կառավարության միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր
- ՀՀ - Հայաստանի Հանրապետություն
- ՏՏԿԱՀ - Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն
- ՈԻԱԿ - Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն
- ԾՊՇՔ - Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիա

## Բովանդակություն

Սեղմագիր.....	6
1. Հիմնական տվյալները.....	9
1.1 Աշխարհագրական դիրքը, և քաղաքական, տնտեսական, ժողովրդագրական և առողջապահական հիմնախնդիրները .....	9
<b>1.2 Կյանքի սպասվող տևողություն.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 ՀՀ բնակչության հիվանդացության և մահացության պատճառները .....</b>	<b>9</b>
1.4 Մոր և մանկան առողջություն.....	12
1.5 Ռիսկի գործոններ.....	13
2. Առողջապահության ֆինանսավորման պետական քաղաքականությունը ՀՀ-ում.....	16
2.1. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը ՀՀ-ում.....	16
2.2 ՀՀ-ում գործող պետական ֆինանսավորման օրենսդրական համակարգը .....	25
2.3 Առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական խնդիրներն ու բացերը .....	28
<b>3. Առողջապահության ոլորտի այլընտրանքային ֆինանսավորման միջազգային փորձի ուսումնասիրություն.....</b>	<b>31</b>
3.1 Ծխախոտի/ալկոհոլի հարկումից գոյացած միջոցների օգտագործումը՝ որպես առողջապահության ոլորտի այլընտրանքային ֆինանսավորման միջոց.....	31
Աղյուսակ 5. Ակցիզահարկի չափը 20 զևանակ պարունակող մեկ տուփի համար, ըստ նահանգների (ԱՄՆ դոլար).....	36
3.2 Բջջային հեռախոսներից գանձվող հարկերի օգտագործումը առողջապահության ֆինանսավորման նպատակով.....	40
<b>4. Քննարկում.....</b>	<b>41</b>
4.1 Առողջապահության պետական ապահովագրություն.....	42
4.2 Առողջապահության պետական ֆինանսավորումն առաջիկա տարիներին.....	42
4.3 Ծխախոտի հարկերը Հայաստանում .....	44
4.4 Բջջային կապ .....	47

4.5 Բնապահպանական վճարների օգտագործումը առողջապահական նպատակներով ....	49
4.6 Այլ ապրանքների և ծառայությունների հարկում.....	49
4.7 Օժանդակություն առողջապահական ծրագրերի իրականացմանը.....	51
Օգտագործված աղբյուրներ.....	59
<i>Հավելված 1.....</i>	<i>63</i>
Տեղեկատվություն ՀՀ կառավարության առողջապահության ոլորտի 2011-2014 թթ. ֆինանսավորման ծրագրերի վերաբերյալ.....	63
<i>Հավելված 2.....</i>	<i>66</i>
Կալիֆորնիա նահանգի եկամուտների և հարկման օրենսգրքի 41030-41032 բաժինները հասու են հետևյալ ինտերնետային էջում. ....	66

## Մեղմագիր

Յուրաքանչյուր տարի աշխարհում միլիոնավոր մարդիկ, այդ թվում երեխաներ և կանայք, մահանում կամ հաշմանդամ են դառնում այնպիսի պատճառներից, որոնք կարող են կանխարգելվել: Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանում տեղի ունեցած փոփոխությունները հանգեցրին հասարակության շերտավորմանը, գործազրկությանն ու բնակչության արտագաղթին, որոնք իրենց բացասական ազդեցությունը թողեցին ազգաբնակչության առողջությունը բնորոշող ցուցանիշների վրա: Սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական իրադարձությունները, բնական աղետի հետևանքները պատճառ դարձան հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների ոչ պատշաճ կարևորմանը:

Ներկայում ՀՀ առողջապահության ոլորտը թերֆինանսավորված է:

2009 թվականի «Առողջապահության Ազգային Հաշիվներ» զեկույցի տվյալների համաձայն ՀՀ պետական բյուջեից կատարվող ծախսերը կազմում են առողջապահական ծախսերի միայն 39,1 տոկոսը: Պետական միջոցների սակավության պատճառով առողջական խնդիրների դեպքում քաղաքացիները հիմնականում ստիպված են լինում օգտագործել իրենց խնայողությունները, ինչը նրանցից շատերին կարող է հասցնել աղքատության կամ ծայրահեղ աղքատության, կամ էլ պատճառ դառնալ առանձին ընտանիքների բարեկեցության անկման:

ՀՀ կառավարության ԿԶԾ համաձայն 2004 թվականին առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորումը կազմում էր ՀՆԱ 1.4 տոկոսը, ինչը զգալիորեն ցածր էր ԵՄ ցուցանիշներից (մոտավորապես 6.5 տոկոս) և նախկին ԽՍՀՄ մի շարք այնպիսի պետությունների ցուցանիշներից, ինչպիսիք են Բելառուսը՝ 4.6 տոկոս, Մոլդովան՝ 4.2 տոկոս, Էստոնիան՝ 4 տոկոս, Ռուսաստանը՝ 3.7 տոկոս և այլն (ԿԶԾ, էջ 239):

Չնայած ՀՀ կառավարությունն իր ՄԺԾԾ-ներում շարունակում է ամրագրել այն փաստը, որ «Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության ոլորտը

հանդիսանում է Հայաստանի Հանրապետության պետական քաղաքականության գերակա ուղղություններից մեկը», 2012-2014 թթ. միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրի համաձայն ՀՀ կառավարությունը նախատեսում է կրճատել առողջապահության ոլորտ ուղղվող պետական ծախսերը՝ ներկայիս ՀՆԱ-ի նկատմամբ 1.6 տոկոսից 2014թ. հասցնելով ՀՆԱ-ի 1.22 տոկոսի:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ծավալների կրճատման արդյունքում կտուժի ռազմավարական ծրագրերով նախատեսված միջոցառումների ֆինանսավորումը, քանզի պետական ծախսերի նվազեցումը նշանակում է, որ պետությունը չի կարող իր վրա վերցնել և կրել առավել երկարաժամկետ և հիմնարար ներդրումներ պահանջող ծրագրերի իրականացումը, ինչպիսիք են երեխաների և դեռահասների առողջության, վերարտադրողական առողջության, ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և այլ նմանատիպ ռազմավարական ծրագրերի մասնակցային ֆինանսավորումը, որտեղ մեծ տեղ են գրավում հիվանդությունների կանխալզելմանն, ինչպես նաև ուղեգրման համակարգին ուղղված միջոցառումները:

Ստեղծված իրավիճակում անհրաժեշտ է համատեղ ջանքեր գործադրել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալներն ավելացնելու նպատակով: Խնդիրը ոչ թե պետական բյուջեի վերաբաշխման միջոցով առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ավելացումն է, այլ նաև, դրան զուգահեռ, Ֆինանսավորման բազմաձևության սկզբունքի ներդրումն ու ընդլայնումը: Այն ենթադրում է ֆինանսավորման այլընտրանքային /ոչ ավանդական/ աղբյուրների ներգրավում և պաշտոնական ֆինանսական նոր հոսքերի ձևավորում: Վերջինս հնարավոր կդարձնի հասնել հանրային առողջապահության որոշ խնդիրների լուծմանը:

Միջազգային լավագույն փորձի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ մի շարք երկրներ լրացուցիչ հարկեր, տուրքեր և վճարներ են գանձում այն ապրանքների իրացումից, որոնք վնաս են հասցնում կամ տեսականորեն կարող են վնաս հասցնել մարդկանց առողջությանը և այդ միջոցներն ուղղում են առողջապահական որոշ

ծախսերի ֆինանսավորմանը: Նման ապրանքներ և ծառայություններ են հանդիսանում ծխախոտը և ալկոհոլը: Տարբեր երկրներում փորձեր են արվել գումարներ հավաքագրել նաև բջջային հեռախոսների վճարներից, արագ սննդի իրացման կետերից և մեծ քանակությամբ շաքար, կենդանական յուղ ու աղ պարունակող սննդատեսակների ու ըմպելիքների վաճառքից: Օրինակ, Կալիֆորնիա նահանգի 911 ծառայության ֆինանսավորումը գոյանում է հեռախոսային վճարներից, իսկ Դանիայում ընդունվել է օրենք, համաձայն որի բարձր կալորիականություն ունեցող սննդամթերքի վաճառքից գոյացած գումարից հարկ է գանձվում:

ՀՀ օրենսդրության ուսումնասիրության արդյունքում պարզ է դարձել, որ ԲՀՄՕ-ն թույլ է տալիս պետական որոշ եկամուտներ ուղղել կոնկրետ ծախսերի ֆինանսավորմանը և նման դրույթներ կան կապված ընդհանուր օգտագործման պետական ավտոմոբիլային ճանապարհների նորոգման և պահպանման, ինչպես նաև բնապահպանական ծրագրերի ֆինանսավորման հետ (հոդված 18 կետ 3 և 4):

Հաշվի առնելով ՀՀ առողջապահության ոլորտի պետական թերֆինանսավորման ծավալները՝ աշխատանքային խմբի անդամներն առաջարկում են ծխախոտի և ալկոհոլային ապրանքների հարկերի ավելացումից գոյացող միջոցներն ուղղել առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորմանը, ինչպես նաև լրացուցիչ ամսական փոքր վճար կիրառել բջջային հեռախոսների օգտագործման համար և այն նույնպես ուղղել առողջապահական ոլորտ:



## **1. Հիմնական տվյալները**

### **1.1 Աշխարհագրական դիրքը, և քաղաքական, տնտեսական, ժողովրդագրական և առողջապահական հիմնախնդիրները**

Հայաստանը (Հայաստանի Հանրապետություն) պետություն է, որը գտնվում է Ասիայի սահմանագլխին՝ Հարավային Կովկասում: Այն սահմանակից է Վրաստանին, Ադրբեջանին, Իրանին և Թուրքիային: ՀՀ ԱՎԾ 2011 թվականի պաշտոնական տվյալների համաձայն Հայաստանի բնակչությունը կազմել է 3262.2 հզր, այդ թվում քաղաքայինը՝ 2088.1 և գյուղականը՝ 1174.1 հզր. մարդ : Հայերը կազմում են ազգաբնակչության 96 տոկոսը: Հայաստանի Հանրապետությունը բաժանվում է 10 մարզերի, 48 քաղաքային, 866 գյուղական համայնքների և Երևանի քաղաքային համայնքի (12 վարչական շրջանով):

### **1.2 Կյանքի սպասվող տևողություն**

ԱՎԾ 2010 թվականի տվյալների համաձայն Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը կազմել է 73.9 տարի. կանանց շրջանում՝ 77, իսկ տղամարդկանց՝ 70.6 տարի: Պաշտոնական տվյալները փաստում են, որ 2000 թվականից կանանց կյանքի սպասվող տևողությունը 5-6 տարով գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը:

### **1.3 ՀՀ բնակչության հիվանդացության և մահացության պատճառները**

#### Առավել տարածված հիվանդություններ

ԱՏՎՀԿ-ի 2010 թվականի տվյալների համաձայն, Հայաստանի չափահաս բնակչության շրջանում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները (22.4%, 247351 դեպք, 9292.1 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով), դրանց հաջորդում են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (16.5%, 1750651 դեպք, 6598.5 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով), նորագոյացությունները, մասնավորապես չարորակ (5.4%, 38148 դեպք, 2241.4 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով),

մարտողական օրգանների հիվանդությունները (6.7%, 75161 դեպք, 2823.5 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով), միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (22.4%, 247351 դեպք, 9292.1 դեպք 100 000 բնակչի հաշվով), աչքի և դրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունները և ներզատական համակարգի հիվանդությունները՝ շաքարային դիաբետ (4.9%, 54741 դեպք, 2056.4 100 000 բնակչի հաշվով):

Հիվանդությունների տարածվածության և մահացության (ԱՎԾ և ՀՀ ԱՏՎՀԿ-ի տվյալներ) ուսումնասիրությունն ըստ դասերի (ՀՄԴ X) հստակորեն ապացուցում է, որ ՀՀ բնակչության շրջանում առավել տարածված են ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնք կազմում են Հայաստանում գրանցվող բոլոր մահերի մոտ 80%-ը:

Այսպիսով, Հանրապետության չափահաս բնակչության շրջանում մահացության ընդհանուր կառուցվածքում առաջին տեղը զբաղեցնում են՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը 2010 թվականին կազմել է 49%, երկրորդ տեղը զբաղեցնում են չարորակ նորագոյացությունները՝ 19.9% , երրորդը՝ շաքարային դիաբետը՝ 5%, վնասվածքները և թունավորումները՝ 4.5%:

Չարորակ նորագոյացությունների տարածվածության, հիվանդացության և մահացության իրավիճակային վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ 2010 թվականին այդ հիվանդությունների տարածվածությունը ՀՀ չափահաս բնակչության ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում կազմել է 3.4% (տես՝ Աղյուսակ 1), իսկ առաջնակի ախտորոշված հիվանդացությունը՝ 1.5%:

**Աղյուսակ 1. ՀՀ չափահաս բնակչության շրջանում նորագոյացությունների տարածվածությունը և հիվանդացությունը**

	2010			
	Տարածվածություն		Հիվանդացություն	
	Ընդամենը բացարձակ արժեք	100 000 բնակչի հաշվով	Ընդամենը բացարձակ արժեք	100 000 բնակչի հաշվով
Ընդամենը (A00-T98)	117203	41968.6	605395	22742.1
Նորագոյացություններ (C00-D48)	38148	1397.7	8815	1862.9

*Աղբյուր. ՀՀ ԱՆ ԱՄԻ Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն (ԱՏՎՀԿ)*

Համաձայն ազգային վիճակագրության, Հայաստանի Հանրապետությունում տղամարդկանց շրջանում տարածվածության և մահացության տեսանկյունից հիշատակման են արժանի շնչափողի, բրոնխների, թոքի, իսկ կանանց շրջանում՝ կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի չարորակ նորագոյացությունները:

Ըստ ՀՀ ՈԻԱԿ 2010 թվականի տվյալների՝ շնչափողի, բրոնխների և թոքի չարորակ նորագոյացություններից հիվանդացությունը տղամարդկանց շրջանում 5.23 անգամ գերազանցել է նույն ցուցանիշին կանանց շրջանում (տղամարդիկ՝ 1006, կանայք՝ 192), իսկ մահացությունը՝ 4.2 անգամ (տղամարդիկ՝ 917 դեպք, կանայք՝ 220), ինչը մեծապես պայմանավորված է տղամարդկանց շրջանում ծխախոտի օգտագործման տարածվածության բարձր ցուցանիշով, ինչպես նաև հիվանդության ուշ հայտնաբերմամբ: Ըստ ՀՀ ԱՆ տվյալների կանանց մահացության կառուցվածքում առաջին տեղերից մեկը զբաղեցնում են չարորակ նորագոյացությունները, հատկապես կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղը: Հաստատված է, որ կանանց չարորակ նորագոյացությունների կառուցվածքում կրծքագեղձի քաղցկեղը գրավում է

առաջին տեղը (23.8%, որից 50%-ը 40-44 տարեկանում), արգանդի վզիկի քաղցկեղն իր տարածվածությամբ երկրորդ տեղում է (12,8%):

#### **1.4 Մոր և մանկան առողջություն**

##### **Մայրական մահացություն**

ԱՏՎՀԿ-ի 2010 թվականի տվյալների համաձայն հանրապետությունում գրանցվել է մայրական մահացության 3 դեպք, մայրական մահացության գործակիցը (100 000 ծննդի հաշվով) կազմել է 6.7, իսկ մայրամահացության ինդեքսը 2008-2010 թթ.՝ 16,5 100.000 կենդանաձնի հաշվով:

Մոր և Մանկան Առողջության Պահպանման 2003-2015թթ Ազգային Ռազմավարության առաջընթացի գեկույցը ՀԶՆ-երի հասանելիության գնահատման տեսանկյունից վերլուծել է Հայաստանում մայրական մահացության կառուցվածքը, պարզելով, որ էքստրագենիտալ ախտահարումները հանդիսանում են մայրական մահացության գերակշիռ պատճառը՝ իրենց հաճախականությամբ գերազանցելով նախորդ տարիների հիպերտենզիվ խանգարումները և արյունահոսությունները:

##### **Նորածինների և երեխաների հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառները**

Համաձայն Ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալների, 1990-2005թթ. ընթացքում մանկական մահացության /մինչև մեկ տարեկան/ ցուցանիշը Հայաստանում կրճատվել է շուրջ 30%, իսկ 2008թ. ցուցանիշը 2007թ. համեմատությամբ մնացել է գրեթե անփոփոխ (2007թ.՝ 10,9‰, 2008թ.՝ 10,8‰): 2010 թվականին մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության գործակիցը 1000 կենդանաձնի հաշվով կազմել է 11.3‰:

Մինչև 5 և 0-1 տարեկան երեխաների մահացության հիմնական պատճառներից են շուրջծննդյան շրջանում առաջացած առանձին վիճակները, բնածին արատներից և ձևախախտումային խանգարումներից, շնչառական օրգանների հիվանդություններից առաջ եկած մահերը: Այս տարիքային խմբի մահացության պատճառների շարքում ոչ պակաս կարևոր տեղ ունեն նաև դժբախտ պատահարները և վնասվածքները:

0-14 տարեկան երեխաների շրջանում հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը 2010 թվականին կազմել է 50.4% (2010թ. 183768 դեպք, ըստ 100 000` 30932.2), աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունները` 10% (2010թ. 36103 դեպք, ըստ 100 000` 6076.9), վարակիչ և մակաբուծային հիվանդությունները` 9.5% (2010թ. 3465.4 դեպք, ըստ 100 000` 5833.0):

### **1.5 Ռիսկի գործոններ**

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2007 և 2009 թվականների հետազոտությունների ընթացքում գնահատվել են ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի մի շարք գործոններ, որոնք ազդում են առողջության վրա: Նման գործոններ են համարվում ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործումը, արյան բարձր ճնշման առկայությունը, գիրությունը և ճարպակալումը, ֆիզիկական թերակտիվությունը:

ԱՀԳԳ հետազոտության տվյալների համաձայն Հայաստանի Հանրապետության 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում առավել տարածված են`

- Ծխախոտի օգտագործումը` 25.6%, ըստ սեռային բաշխվածության` տղամարդիկ` 52%, կանայք` 3%
- Ալկոհոլի օգտագործումը` 8.2%, տղամարդիկ` 15%,

- Գիրություն և ճարպակալում՝ 49%
- Ֆիզիկական թերակտիվություն՝ 17.5%
- Արյան բարձր ճնշում՝ 10,4%

Նույն աղբյուրից ստացված տվյալների համաձայն Հայաստանի մեծահասակ (16 և բարձր) բնակչության 25.6%-ը կանոնավոր (ամենօրյա) ծխող է, որտեղ տղամարդկանց մասնաբաժինը կազմում է 52%, իսկ 20-65 տարեկանների շրջանում՝ 57.7%: Ավելին, 2009թ. ՀՀ-ում կատարված հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ ամեն օր ծխող տղամարդկանց ամենաբարձր ցուցանիշն արձանագրվել է բնակչության ամենաաղքատ քվինտիլային խմբում (67,1%): Հետազոտության համակարգումն իրականացվել է ՀՀ ԱՆ, Համաշխարհային բանկի, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության կողմից:

Դպրոցականների շրջանում (13-15 տարեկան) ընթացիկ ծխողները կազմում են 3.5%-ը (6.1% տղաներ և 1.2% աղջիկներ): Չնայած Եվրոպական տարածաշրջանում նշված տարիքի երեխաների շրջանում ծխելու տարածվածությունը կազմում է 27-30% և Հայաստանում գրանցված ցուցանիշի համեմատությամբ այն բավական բարձր է, դա չի կարելի դիտարկել որպես դրական արդյունք, քանի որ հետազոտության արդյունքները նաև ցույց են տալիս, որ ծխախոտային արտադրանքը չափազանց հասանելի և մատչելի է դեռահասների համար, ինչի հիմնական պատճառներից մեկը ապրանքատեսակների համեմատաբար ցածր գինն է:

Հայաստանում տղամարդկանց շրջանում տարածված է նաև ալկոհոլի, հատկապես թունդ սպիրտային խմիչքների օգտագործումը, ինչը նպաստում է հիվանդացության ցուցանիշի աճին (սիրտ-անոթային հիվանդություններ, դիաբետ և այլն): Ըստ ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի կողմից ներկայացված տվյալների՝ 2005թ. ալկոհոլային խմիչքների տարեկան սպառումը մեկ չափահաս բնակչի հաշվով կազմել է միջինը 1.35լ մաքուր սպիրտ: Սակայն նույն ժամանակահատվածում իրականացված հետազոտության ընթացքում կատարված

հաշվարկների համաձայն ակոնիոլի սպառումը 18 տարեկան և բարձր մեկ բնակչի հաշվով կազմել է 2.9 լ մաքուր սպիրտ, որը չնայած ցածր է մի շարք եվրոպական երկրների հետ համեմատ, սակայն վտանգավոր է առավել թունդ խմիչքների օգտագործման տեսանկյունից:

## **2. Առողջապահության ֆինանսավորման պետական քաղաքականությունը ՀՀ-ում**

Հայաստանը ԽՍՀՄ-ից ժառանգել էր համակենտրոնացված առողջապահական համակարգ, որը ղեկավարվում և ֆինանսավորվում էր բացառապես պետության կողմից: Կառուցվածքը ուղղահայաց էր, խիստ հիերարխիկ, գտնվում էր քաղաքական կուսակցության ազդեցության տակ և ազգաբնակչությանը քիչ հնարավորություն էր ընձեռնված՝ ընտրելու առողջապահական ծառայությունները: Կենտրոնական բյուջետային համակարգը խոչընդոտ էր հանդիսանում՝ կազմակերպելու ճկուն և կանոնակարգված համակարգ՝ համապատասխանեցված տեղական տարբեր կարիքներին: Անկախություն ձեռք բերելուց հետո, միջազգային աջակցության շնորհիվ, երկրում նախաձեռնվեցին մի շարք բարեփոխումներ, որոնք ուղղված էին համակարգի արդիականացմանը:

2001–2008 թթ. ընթացքում առողջապահության համակարգի պետական հատկացումներն ավելացան գրեթե վեց անգամ: Դա հնարավորություն տվեց մեղմել իրավիճակն առողջապահության ոլորտում: Սակայն երկիրը դեռ ունի մի շարք չլուծված հիմնախնդիրներ: Առողջապահության համակարգում առկա են էական բացեր և թերություններ, որոնք մեծապես կապված են ֆինանսավորման հետ:

### **2.1. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը ՀՀ-ում**

ՀՀ առողջապահության համակարգը ֆինանսավորվում է ինչպես ներքին, այնպես էլ արտաքին աղբյուրներից: Ֆինանսավորման ներքին հիմնական աղբյուրներն են քաղաքացիների անմիջական վճարումները և պետական բյուջեն: Առողջապահության ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրներն են մարդասիրական օգնությունը և դոնոր կազմակերպությունների ու երկրների կողմից իրականացվող ծրագրերը:



## Առողջապահության ֆինանսավորման ներքին աղբյուրները

ՀՀ-ում գոյություն ունեն առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման հետևյալ հիմնական աղբյուրները.

- ՀՀ պետական բյուջե
- Առողջապահական վճարովի ծառայություններ
- Համավճարներ
- Բժշկական ապահովագրություն

Ստորև ներկայացնում ենք այդ աղբյուրների համառոտ նկարագրությունը:

### ***ՀՀ պետական բյուջե***

ՀՀ պետական բյուջեի նախագծի համաձայն, առողջապահական ծախսերի ձևավորումն ունի երկու հիմնական մոտեցում.

- առողջապահական գերակայությունների պահպանում,

- սոցիալական ուղղվածության ապահովում:

Հանրապետության բնակչության մի մասի և հատուկ շերտերի առողջապահական կարիքների բավարարման նպատակով գործում են առանձին գերատեսչական առողջապահական համակարգեր, որոնք նույնպես ֆինանսավորվում են պետական բյուջեից: Սակայն այդ ֆինանսավորման մասին տվյալները հասանելի չեն և ընդգրկված չեն տվյալ աշխատանքի վերլուծությունների համար օգտագործված տվյալների մեջ:

Պետական բյուջեից ֆինանսավորման բարելավման վերջին տարիների դրական միտումների արդյունքում նախատեսվում էր պետական բյուջեից առողջապահության հատկացումները 2010թ. հասցնել մինչև պետական բյուջեի առնվազն 10%-ի իսկ 2015 թ.՝ 12%-ի: Սակայն 2010թ. փաստացի հատկացումները չեն գերազանցում 6%-ը, իսկ 2012-2014թթ. ՄԺԾԾ համաձայն 2014թ. պետական առողջապահական ծախսերն նվազելու են մինչև ՀՆԱ 1.22%-ը (տես աղյուսակ 2):

**Աղյուսակ 2. Առողջապահության ոլորտի պետական հատկացումների փաստացի և նախատեսված ծավալները 2008-2021թթ-ին**

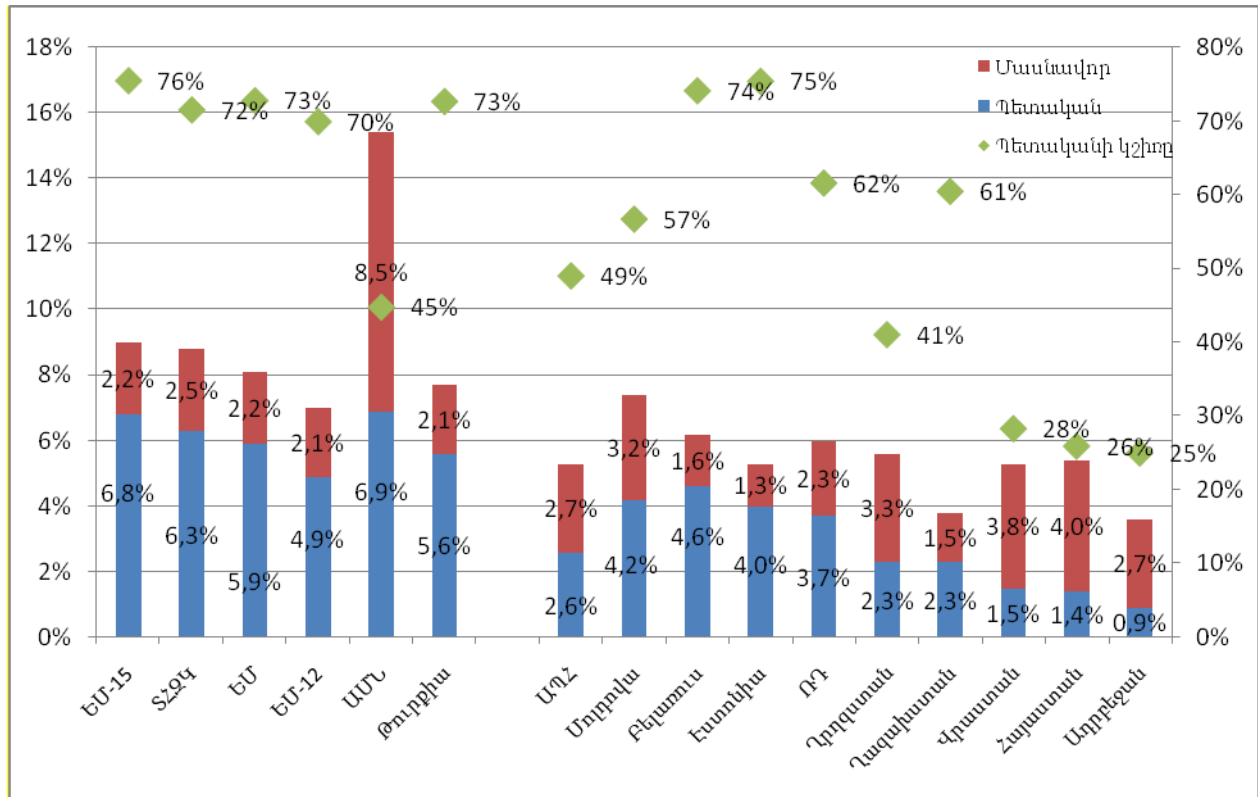
Մլրդ դրամ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	2021
<b>Կայուն Զարգացման Ծրագիր (միլիարդ դրամ)</b>										
	55	66	81	103	126			194	297	459
<b>Կայուն Զարգացման Ծրագիր (ՀՆԱ տոկոս)</b>										
	1.5	1.6	1.7	2.0	2.2			2.5	2.9	3.5
<b>ՄԺԾԾ 2012-2014 (միլիարդ դրամ)</b>										
					68.7	59.5	60.5			
<b>ՄԺԾԾ 2012-2014 (ՀՆԱ տոկոս)</b>										
					1.63	1.30	1.22			
<b>2012թ ՀՀ պետական բյուջե</b>					<b>65.1</b>					

Աղբյուր. ԿԶԾ, ՄԺԾԾ2012-2014, 2012թ ՀՀ պետական բյուջե

Հիմնվելով 2005թ. ԱՎԾ կողմից իրականացված ՏՏԿԱՀ արդյունքների վրա՝ ԿԶԾ-ն արձանագրում է, որ <<... առողջապահական ծառայությունների մատչելիությանը վերաբերող հարցերը, հատկապես՝ բնակչության անապահով խմբերի համար, շարունակում է մնալ օրակարգային, չնայած այն հանգամանքին, որ ծառայությունները (մասնավորապես՝ առաջնային բուժօգնության օղակի) ֆիզիկապես մատչելի են բոլորի համար>> (ԿԶԾ, էջ 236, §599): ԿԶԾ-ն նաև փաստում է, որ չնայած 2003-2006 թթ. առողջապահության ոլորտում պետական բյուջեի փաստացի ծախսերն անվանական արտահայտությամբ մոտ են եղել կամ գերազանցել են ԱՀՌԾ-ի համապատասխան նպատակային ցուցանիշների մակարդակը, սակայն «առողջապահության ոլորտում փաստացի պետական ծախսերը՝ ՀՆԱ նկատմամբ հարաբերակցության տեսքով ավելի պակաս են եղել, քան

ծրագրվել էր ԱՀՌԾ-ի շրջանակներում» (ԿԶԾ, էջ 238, §602): Որպես ՀՆԱ նկատմամբ տոկոս առողջապահության պետական ծախսերի առումով ՀՀ-ում արձանագրված ցուցանիշները շուրջ չորս անգամ զիջում էր ԵՄ և ՏՀԶԿ անդամ երկրների և երկու անգամ ԱՊՀ անդամ երկրների համապատասխան ցուցանիշների միջին մակարդակին (ԿԶԾ, էջ 238, §603):

**Պատկեր 1. Առողջապահության ոլորտի ծախսերը (ՀՆԱ տոկոս)**



Աղբյուր. ԿԶԾ, էջ 239:

ԵՄ, ՏՀԶԿ, ԱՊՀ տվյալները տվյալ խմբի երկրների միջին ցուցանիշներն են:

Ակնհայտ է, որ արևմտաեվրոպական զարգացած երկրների կառավարությունները, պետական ծախսերի օգնությամբ ապահովում են առողջապահության ոլորտում իրականացվող բոլոր ծախսերի 70-76 տոկոս: ԱՊՀ երկրների կառավարությունները պետական ֆինանսների հաշվին կատարում են առողջապահության ոլորտի ծախսերի գրեթե 50 տոկոսը: Կովկասյան երեք

հանրապետություններում 2004թ-ին այդ ցուցանիշներն ամենացածրն էին. Վրաստանում՝ 28 տոկոս, Հայաստանում՝ 26, Ադրբեջանում՝ 25 (տես աղյուսակ 3):

**Աղյուսակ 3. 2004թ. առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման համաշխարհային տվյալները (ՀՆԱ տոկոս)**

	Ընդամենը	Պետական	Մասնավոր	Պետական մասնավոր	Պետական մասնավոր հարաբերակցություն
ԵՄ-15 միջին	9.0	6.8	2.2	76% 24%	3.1
ՏՀԶԿ միջին	8.8	6.3	2.5	72% 28%	2.5
Բելառուս	6.2	4.6	1.6	74% 26%	2.9
Մոլդովա	7.4	4.2	3.2	57% 43%	1.3
Էստոնիա	5.3	4.0	1.3	75% 25%	3.1
Ռուսաստան	6.0	3.7	2.3	62% 38%	1.6
Ղրղզստան	5.6	2.3	3.3	41% 59%	0.7
Ղազախստան	3.8	2.3	1.5	61% 39%	1.5
Վրաստան	5.3	1.5	3.8	28% 72%	0.4
Հայաստան	5.4	1.4	4.0	26% 74%	0.4
Ադրբեջան	3.6	0.9	2.7	25% 75%	0.3

*Աղբյուր՝ ՀՀ կառավարության կայուն զարգացման ծրագիր, էջ 239*

*ՀՀ կառավարությունը հայտարարել է, որ <<միջնաժամկետ և երկարաժամկետ հատվածում առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մակարդակի ավելացումը լինելու է պետական քաղաքականության առաջնահերթ խնդիրների*

*շարքում*>> (ԿԶԾ, էջ 238, §603) և մատնանշել է առողջապահության ոլորտի զարգացման հիմնական ուղղությունները: Մասնավորապես, ԿԶԾ համաձայն <<Առողջապահության բնագավառի հետագա զարգացումը, մատուցվող ծառայությունների մատչելիության և որակի բարելավումն ու բնակչության վիճակը բնութագրող ցուցանիշների լավացումը մեծապես պայմանավորված են լինելու առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի վարքագծով>> (ԿԶԾ, էջ 240, §610): Բարեփոխումները չեն կարող իրականացվել առանց դրանք իրականացնելու համար անհրաժեշտ համապատասխան ռեսուրսներ հատկացնելու և ԿԶԾ-ում ամրագրված է, որ կառավարությունը պատրաստվում է ավելացնել պետական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահությանը կատարվող հատկացումների տեսակարար կշիռը: Մասնավորապես, <<Առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի գերակայությունը ուղղակիորեն արտացոլվելու է նաև ընդհանուր պետական ծախսերի կառուցվածքում ոլորտին հատկացումների մասնաբաժնի ավելացմամբ, ինչը պայմանավորված է լինելու առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի, ընդհանուր համախմբված բյուջեի ծախսերի համեմատ, աճի ավելի արագ տեմպերով>> (ԿԶԾ, էջ 241, §613):

2004-2009թթ առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալների ավելացման արդյունքում զգալիորեն փոխվել էր ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում պետական և մասնավոր հատվածների ֆինանսավորման տեսակարար կշիռները 2004թ 24.4/75.6 (պետական/մասնավոր և այլ) 2009թ-ին հասնելով 39.1/60.9-ի (տես ստորև ներկայացված աղյուսակ 4-ում): Սակայն, վերջին տարիներին ֆինանսավորման հարաբերական ծավալների կրճատումը (որպես ՀՆԱ տոկոս) և ՀՀ կառավարության ՄԺԾԾ-ներում ներկայացված թվերը վկայում են, որ վերջին տարիների դրական միտումը կարող է էական փոփոխության ենթարկվել:

**Առողջապահական վճարովի ծառայություններ**

*Համավճարներ*

Համավճարները, որպես ֆինանսավորման պաշտոնական աղբյուր, մինչև 2003թ. հոկտեմբեր ամիսը գործնական կիրառում չեն ունեցել<sup>1</sup>: Հիվանդանոցային օղակում ներկայում ներդրվել է համավճարի սկզբունքը, սակայն այն ընդգրկում է միայն անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բուժօգնության ծրագրերը:

*Քաղաքացիների ուղղակի վճարումներ*

Հանրապետության առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ամենախոշոր աղբյուրը քաղաքացիների ուղղակի վճարումներն են, որոնք կազմում են առողջապահության ֆինանսավորման շուրջ 51 տոկոսը:

**Աղյուսակ 4. Իրականացված ծախսերի ֆինանսավորման աղբյուրներն՝ ըստ ֆինանսավորման ամբողջ ծավալում նրանց ունեցած տեսակարար կշռի /%/, 2004-2009թթ.**

Աղբյուրներ	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Պետական աղբյուրներ</b>	24,4	27,3	33,9	36,5	38,7	<b>39,1</b>
Պետական բյուջեի միջոցներ/եկամուտներ	24,4	27,3	33,8%	36,5	38,6	<b>38,9</b>
Մարզային պետական կառավարման մարմինների եկամուտներ	-	-	0,08		0,03	<b>0,11</b>
Տեղական ինքնակառավարման մարմինների /համայնքային/ բյուջե և այլ եկամուտներ	-	-	0,03	0,03		<b>0,1</b>
<b>Մասնավոր վճարներ, այդ թվում</b>	<b>68,8</b>	<b>60,1</b>	<b>51,6</b>	<b>48,3</b>	<b>51,1</b>	<b>52,5</b>
Գործատուների/ մասնավոր ձեռնարկությունների միջոցներ/հիմնադրամներ	0,1	0,1	0,08	0,1	0,2	<b>0,3</b>

Տնային տնտեսությունների միջոցներ	68,7	60,0	51,5	48,2	50,9	52,2
Այլ	6,7	12,7	14,5	15,2	10,2	8,4

*Աղբյուր. ՀՀ Առողջապահական Ազգային հաշիվներ*

Տնտեսական ճգնաժամի պայմաններում, չնայած վճարունակության խիստ անկմանը, բնակչությունը ստիպված էր իր առողջապահական կարիքների համար վճարումների բեռի մեծ մասը վերցնել իր վրա՝ կատարելով ոչ պաշտոնական (սովբրային) անմիջական վճարումներ: Արդյունքում առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների շարքում վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռը եղել է բավականին ցածր, և չի գերազանցում պաշտոնական բյուջետային ծախսերի 10-15 տոկոսը, իսկ ՀՀ մարզերում այն կազմում է մոտ 5%: Թեև առողջապահական կազմակերպությունների մասնավորեցման գործընթացին համընթաց, այդ ծավալների աճի շոշափելի միտումներ են արձանագրվում, այդուհանդերձ պաշտոնական վճարովի ծառայությունները առայժմ չի կարելի դիտարկել որպես անհրաժեշտ որակի ու ծավալի մատչելի բժշկական օգնության աղբյուր:

*Բժշկական ապահովագրություն*

Հայաստանում գործում է ապահովագրության մասին օրենք, որի շրջանակներում սահմանափակ ու աննշան ծավալներով իրականացվում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն: Դրանում հիմնականում ընդգրկված են միջազգային և արտասահմանյան կազմակերպությունների, հանրապետության փոքրաթիվ մասնավոր կազմակերպությունների սահմանափակ թվով աշխատակիցներ: Հայաստանում գործում է ԱՊՊԱ (ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվություն), ըստ որի ոլորտում տուժողների առողջությանը պատճառված վնասների վերականգնման համար անհրաժեշտ հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում ցուցաբերում են Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական օգնության և սպասարկման

համապատասխան լիցենզիա ունեցող հիվանդանոցային բժշկական հաստատությունները և այն փոխհատուցվում է ապահովագրավճարների հաշվին: Կամավոր բժշկական ապահովագրությունը և ԱՊՊԱ-ն ներկա պայմաններում չի կարող լուծել հանրապետությունում առկա առողջապահական լուրջ հիմնախնդիրները:

Համայնքային բժշկական ապահովագրության սխեմաները, որոնք գործում են հանրապետության մի քանի մարզերում, նույնպես չեն կարող լուծել լուրջ առողջապահական խնդիրներ, քանզի դրանք հիմնականում սահմանափակվում են որոշակի ծրագրերով. օրինակ՝ առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում դեղորայքի մասնակի ապահովում:

### **Առողջապահության ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրներ**

ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրները բաժանվում են 2 ենթակատեգորիաների.

1. Արտաքին աշխարհից ՀՀ առողջապահության համակարգում կատարված բոլոր այն ծախսերը, որոնք իրենց արտացոլումն են գտնում ՀՀ պետական բյուջեում:
2. Արտաքին աշխարհից ապակենտրոնացված ձևով /ՀՀ պետական բյուջեում չարտացոլվող/ ՀՀ առողջապահության համակարգում կատարված ծախսեր: Մասնավորապես, սա ընդհանրացնում է արտաքին աշխարհի հետևյալ 3 աղբյուրներից ՀՀ առողջապահության համակարգում իրականացվող ծախսերին վերաբերող տեղեկատվությունը.
  - Արտաքին աշխարհից ստացված և բարեգործական /մարդասիրական/ որակում ստացած բեռների ներմուծումը և բաշխումը:
  - Արտաքին աշխարհից ֆինանսավորվող բարեգործական որակված ծրագրերի շրջանակում կատարված աշխատանքները և մատուցված ծառայությունները:



- Միջազգային հիմնական դոնոր կազմակերպությունների կողմից ՀՀ առողջապահության համակարգում կատարած ծախսերը:

## **2.2 ՀՀ-ում գործող պետական ֆինանսավորման օրենսդրական համակարգը**

ՀՀ պետական ֆինանսական կառավարման համակարգը հիմնականում կարգավորվում է հետևյալ օրենքներով.

- ՀՀ Սահմանադրություն,
- ՀՀ բյուջետային համակարգի մասին ՀՀ օրենք,
- ՀՀ պետական բյուջեների մասին ՀՀ օրենքները, որոնք հաստատվում են յուրաքանչյուր տարի և դրանց կատարման վերաբերյալ հաշվետվությունները,
- Գանձապետական համակարգի մասին ՀՀ օրենք,
- Հարկերի մասին ՀՀ օրենք,
- ՀՀ կառավարության որոշումներով հաստատվող կառավարության ռազմավարական ծրագրերը,
- ՀՀ կառավարության որոշումները, որոնցով հաստատվում են կառավարության միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրերը:

ՀՀ պետական ֆինանսական կառավարման համակարգը կարգավորվում է նաև այլ օրենսդրական ակտերով, սակայն տվյալ աշխատանքի տեսանկյունից առավել կարևոր են վերոնշյալները:

ՀՀ բյուջետային օրենսդրությունը պահանջում է, որպեսզի պետական բյուջե մուտքագրվող բոլոր եկամուտներն ուղղվեն բյուջեի բոլոր ծախսերի կատարմանը: ԲՀՄՕ հոդված 8-ի (բյուջետային համակարգի հիմքում դրվող սկզբունքները) 6-րդ մասի համաձայն. «Բյուջետային ելքերի ամբողջական (համախառն) ծածկվածության սկզբունքը նշանակում է, որ բյուջեի բոլոր ելքերը պետք է ծածկվեն բյուջեի մուտքերով: Մուտքերը չեն կարող կապվածություն ունենալ որոշակի ելքերի հետ, բացառությամբ նպատակային բյուջետային մուտքերի ստացման դեպքերի, կամ

օրենսդրությամբ նպատակային բյուջետային ֆոնդերի ստեղծման դեպքում՝ դրանց մուտքերի >>:

Չնայած օրենսդրությունը պահանջում է, որպեսզի բոլոր մուտքերն ուղղվեն բոլոր ելքերի ծածկմանը, սակայն նաև նախատեսում է, որ մուտքերը որոշ դեպքերում կարող են կապվածություն ունենալ որոշակի ելքերի հետ: Այս հնարավորությունն արդեն իսկ իր դրսևորումն է գտել հողված 18-ի 3-րդ և 4-րդ մասերում:

ԲՀՄՕ հողված 18-ի մաս 3-ի համաձայն <<Ընդհանուր օգտագործման պետական ավտոմոբիլային ճանապարհների ընթացիկ նորոգումը և պահպանումն ապահովելու նպատակով պետական բյուջեի ծախսերում նախատեսվում է համապատասխան գումար, որը հաշվարկվում է՝ հիմք ընդունելով նախորդ բյուջետային տարում ՀՀ ներմուծվող բենզինի և դիզելային լիքի, ինչպես նաև ավտոտրասնպորտային միջոցների գազալցման (գազալիցքավորման) գործունեության համար հաստատագրված վճարների գծով փաստացի մուտքերի հանրագումարի ոչ պակաս, քան 10 տոկոսը>>:

ԲՀՄՕ հողված 18-ի մաս 4-ի համաձայն <<Բնապահպանական ծրագրերի գծով յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեով նախատեսվող ծախսերը չեն կարող պակաս լինել, քան այդ տարվան նախորդող երկրորդ բյուջետային տարվա բնապահպանական և բնօգտագործման վճարների գծով փաստացի մուտքերի հանրագումարը>>: Հետագայում, <<Ընկերությունների կողմից վճարվող բնապահպանական վճարների նպատակային օգտագործման մասին>> ՀՕ-188 օրենքով նախատեսվել է, որ հավաքագրված գումարները պետք է ուղղվեն տեղական ինքնակառավարման մարմինների բնապահպանական ծրագրերի ֆինանսավորմանը:

Պետական եկամուտների նպատակային օգտագործման դեպք եղել է նաև առողջապահության ոլորտում: Դեղերը և դեղամիջոցները ԱԱՀ-ով հարկելու

կառավարության փորձը 2000թ. դեկտեմբերին մեծ աղմուկ առաջացրեց: Հասարակական ճնշմանը տեղի տալով՝ կառավարությունը խոստացավ դեղերի հարկումից միջոցներն ուղղել առողջապահության ոլորտ և 2001թ. ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքի հոդված 10-ի (Ժբ) կետով նախատեսեց, որ «դեղամիջոցներից և դեղանյութերից գանձվող ավելացված արժեքի հարկի գումարները կուտակվում են գանձապետական առանձին հաշվում, և մինչև 2001 թվականի ապրիլի 1-ը Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողով է ներկայացնում առաջարկություն՝ դեղամիջոցներից և դեղանյութերից գանձվող ավելացված արժեքի հարկի գումարների ծախսման ուղղությունների վերաբերյալ»: Չնայած այս ձևակերպման մեջ նշված չէ, որ միջոցներն օգտագործվելու են առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման համար, սակայն ոլորտի պատասխանատուների հետ քննարկումներից պարզ է դառնում, որ կառավարությունը խոստացել էր այդ միջոցներն ուղղել առողջապահության ոլորտ:

Հարկերի մասին ՀՀ օրենքի հոդված 12-ի համաձայն ՀՀ-ում հարկերի տեսակները հստակ սահմանված են: Դրանք են. շահութահարկ, եկամտահարկ, ակցիզային հարկ, ավելացված արժեքի հարկ, գույքահարկ, հողի հարկ: Օրենքով կարող են սահմանվել այս հարկատեսակներին փոխարինող հաստատագրված վճարներ կամ պարզեցված հարկեր: Այսինքն, նոր հարկի ներմուծումը պահանջում է վերը նշված հոդվածի փոփոխություն և նոր հարկատեսակի սահմանում և այդ հարկատեսակի վերաբերյալ նոր օրենքի նախագծի պատրաստում:

ՀՀ-ում կիրառվող հարկերի ամբողջական ցանկն առկա է նաև ԲՀՄՕ-ում, որի հոդված 17-ի մաս 2-ը սահմանում է պետական բյուջեի հարկային եկամուտները (ԱԱՀ, ակցիզային հարկ, շահութահարկ, եկամտահարկ, գույքահարկ, հողի հարկ):

Տեղական տուրքերի և վճարների մասին ՀՀ օրենքի հոդված 7-ի և 10-ի համաձայն ՀՀ համայնքներում կարող են սահմանվել տեղական տուրքերի հետևյալ տեսակները (գ) համայնքի տարածքում առևտրի համայնքների կանոնների

համապատասխան ոգելիչ խմիչքների և (կամ) ծխախոտի արտադրանքի վաճառքի թույլտվության համար 0-ից մինչև 70 հազար դրամ, (ե) հասարակական սննդի և սպասարկման գործունեության համայնքային կանոններին, խաղատներին, սաունաներին, հանրային սննդի, զվարճանքի, շահումներով խաղեր կազմակերպով օբյեկտներին՝ ժամը 24.00-ից հետո աշխատելու թույլտվության համար, (զ) ընտանի կենդանիներ պահելու թույլտվության համար 0-5000 դրամ, (է) արտաքին գովազդ տեղադրելու թույլտվության համար, այդ թվում ծխախոտի արտադրանք գովազդող արտաքին գովազդի համար 250-500 հազար դրամ, այլ դեպքերում (շինարարության և քանդման աշխատանքներ կատարելու, փաստաթղթերի կրկնօրինակներ տրամադրելու, տաքսու ծառայություն իրականացնելու թույլտվության համար): Նույն օրենքի հոդված 8-ի համաձայն վճարներ գանձվում են երեք դեպքում. շինարարության հետ կապված, հողերի հետ կապված և աճուրդների հետ կապված: Հոդված 11-ի համաձայն վճարների չափը սահմանվում է ավագանու կողմից:

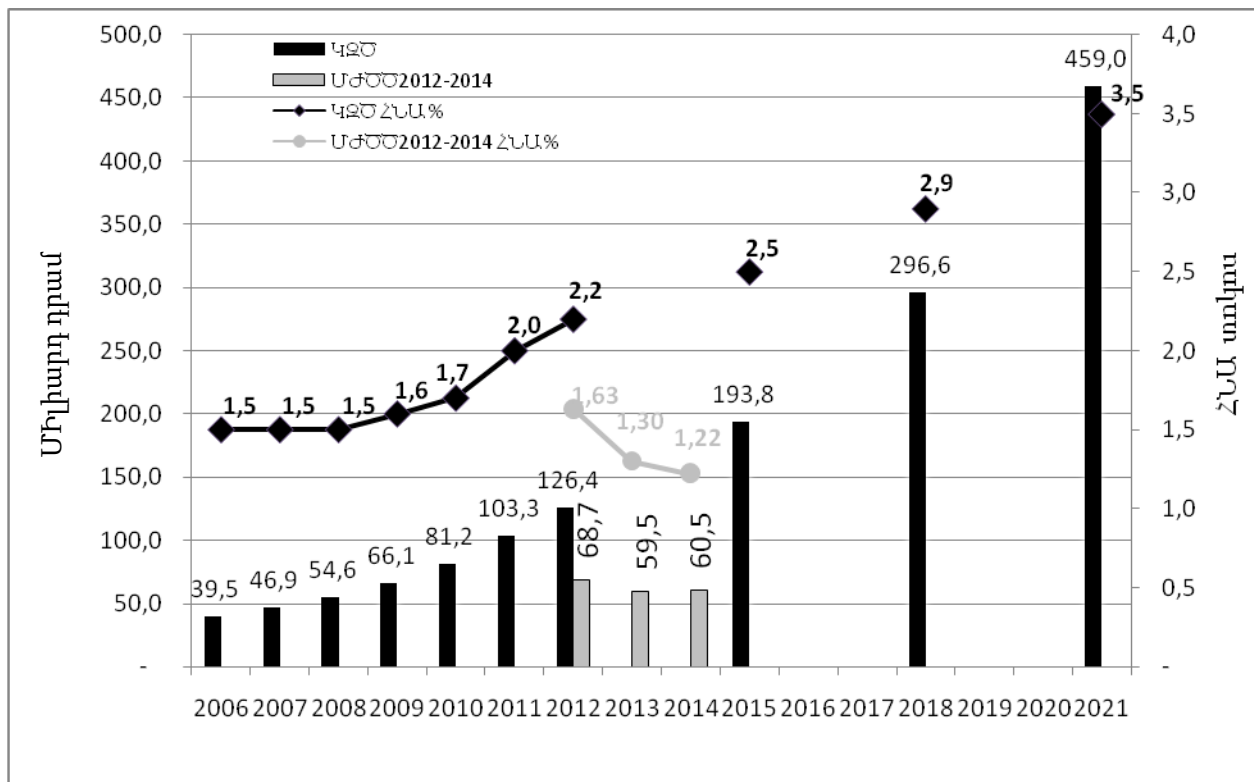
### **2.3 Առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական խնդիրներն ու բացերը**

*Ինչու՞ է առողջապահության ոլորտին առաջիկա տարիներին անհրաժեշտ լրացուցիչ ֆինանսավորում:*

Առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական պատմական և ծրագրային ցուցանիշները ներկայացված են վերևում: Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից, չնայած առողջապահության ոլորտին հատկացվող պետական ծախսերի արդեն իսկ խիստ ցածր մակարդակին և ռազմավարական փաստաթղթերում ծրագրած արդեն իսկ ոչ բավարար ծավալներին, ՀՀ կառավարությունը նախատեսում է առաջիկա տարիներին էլ ավելի կրճատել առողջապահության ոլորտին հատկացվող պետական ֆինանսավորման ծավալներն ինչպես բացարձակ

մեծությամբ, այնպես էլ որպես ՀՆԱ և պետական բյուջեի ծախսերի տոկոս: Մասնավորապես, 2014թ. առողջապահության պետական ֆինանսավորման ծավալները 2011թ. 62.5 միլիարդ դրամից (մոտավորապես ՀՆԱ 1.64 տոկոս) նախատեսվում է իջեցնել մինչև 60.5 միլիարդ դրամ (ՀՆԱ 1.22 տոկոս): Ֆինանսավորման այս ծավալները ոչ միայն թույլ չեն տա զարգացնել առողջապահության ոլորտը, այլև կվտանգեն ընթացիկ ծրագրերի կայուն և շարունակական ֆինանսավորումը:

**Պատկեր 2. Առողջապահության ֆինանսավորման փաստացի և հիմնական ծրագրային ցուցանիշները**



Աղբյուր. ԿԶԾ, ՄԺԾԾ2012-2014

Այն միջոցները, որոնք այսօր կառավարությունը ուղղում է առողջապահության համակարգի ֆինանսավորմանը, ամբողջովին չեն բավարարում նույնիսկ առողջապահության համակարգի ընթացիկ ծախսերի իրականացման համար: Դրա մասին են վկայում ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվների հաշվետվության մեջ

ներկայացված մասնավոր ծախսերի մեջ դեղորայքային ծախսերի (28%), լաբորատոր ախտորոշիչ հետազոտությունների (7%) և վերջապես, ոչ պաշտոնական ծախսերի մասնաբաժինները (26%):

### 3. Առողջապահության ոլորտի այլընտրանքային ֆինանսավորման միջազգային փորձի ուսումնասիրություն

#### 3.1 Ծխախոտի/ալկոհոլի հարկումից գոյացած միջոցների օգտագործումը՝ որպես առողջապահության ոլորտի այլընտրանքային ֆինանսավորման միջոց

Ծխախոտի օգտագործումը մահվան ամենամեծ կանխարգելիչի պատճառն է: Ամբողջ աշխարհում տարեկան 5 միլիոն մարդ է մահանում ծխախոտի օգտագործման հետևանքով առաջացած հիվանդություններից, ինչը գերազանցում է ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ից, տուբերկուլոզից և մալարիայից մահացության դեպքերը թիվը: Ծխողների գերիշխող մասը ծխելու արդյունքում առաջացած հիվանդություններից մահանում է միջին տարիքում (36-69 տարեկանում)՝ ծխելը սկսելուց 25-30 տարի անց:

Տասնամյակներ շարունակ, սպառման տեսանկյունից, ծխախոտը հանդիսացել է աննախադեպ ապրանքատեսակ, ուստի և լուրջ տեսակարար կշիռ ունի տարբեր երկրների հարկային քաղաքականության մեջ: Չհանդիսանալով առաջին անհրաժեշտության ապրանք՝ այն լայնորեն սպառվում է: Դեռ Ադամ Սմիթը, 1776 թ. իր աշխատություններից մեկում ակնարկում էր. “Շաքարը, ռոմը և ծխախոտը, որոնք դարձել են համընդհանուր սպառման ապրանքներ, ոչ մի դեպքում կյանքի համար անհրաժեշտ չեն և հետևաբար շատ տեղին է դրանց վաճառքից առաջացած գումարից հարկ գանձել” և “Ակցիզի ներդրման շարժառիթը պետք է լինի ոչ ավելին, քան մեր առողջությանը և բարոյականությանը վնաս հասցնող ապրանքների սպառումը կրճատելը”: ԱՀԿ “Ծխախոտի դեմ պայքարի” Միջազգային շրջանակային կոնվենցիայի<sup>2</sup> 6-րդ հոդվածի համաձայն ծխախոտի դեմ պայքարի կարևորագույն գործառույթներից է գնային համապատասխան քաղաքականության իրականացումը: Կոնվենցիայի Կողմերը/Մասնակիցները ընդունում են, որ գնային և հարկային միջոցները հանդիսանում են բնակչության տարբեր խմբերի կողմից ծխախոտային

արտադրանքի օգտագործման սահմանափակման կարևոր և արդյունավետ միջոց: Կողմերը, հաշվի առնելով սեփական առողջապահական նպատակները, պարտավորվում են իրականացնել համապատասխան հարկային քաղաքականություն՝ նպատակաուղղված ծխախոտային արտադրանքի սպառման նվազեցմանը: Հարկ է նշել նաև, որ Հայաստանի Հանրապետությունը 2004 թվականից հանդիսանում է կոնվենցիայի մասնակից:

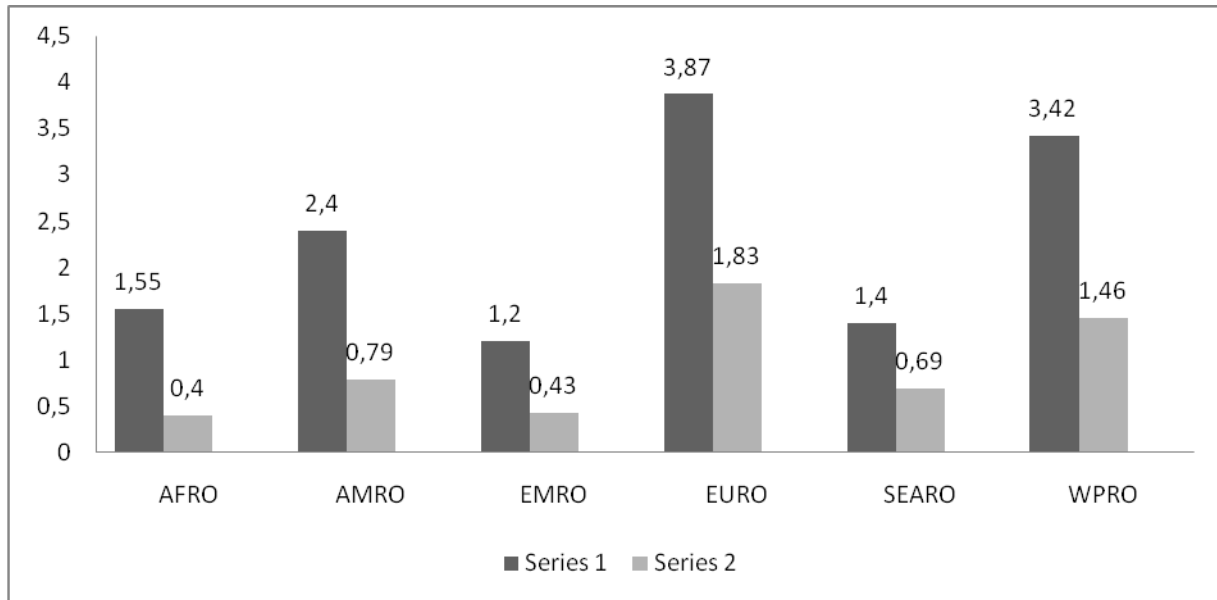
Այսօր գրեթե բոլոր երկրները տարբեր մեթոդներով հարկ են գանձում ծխախոտի վաճառքից առաջացած գումարներից՝ սահմանելով բավականին բարձր հարկեր և նպատակ ունենալով ավելացնելու պետական եկամուտները:

Վերջերս տարբեր պետությունների կառավարությունները հարկերի բարձրացման միջոցով զսպում են ծխախոտի օգտագործման ծավալները, ինչը, հետևաբար, նվազեցնում է ծխախոտի օգտագործման հետևանքով առողջությանը սպառնացող վտանգը:

Հարցը գլոբալ մակարդակում գնահատելիս (ԱՀԿ-ի տարածաշրջան) և ղիտարկելիս՝ պարզվում է, որ ծխախոտի մեկ տուփի միջին մանրածախ գինը ամենաբարձրն է Եվրոպական տարածաշրջանում, որտեղ գտնվում է նաև Հայաստանը, և կազմում է 3.87 ԱՄՆ դոլար, իսկ հարկերի մասնաբաժինը՝ 63%: Իհարկե, Եվրոպական տարածաշրջանային ցուցանիշը հիմնականում պայմանավորված է Եվրամիության երկրներում ծխախոտային ապրանքատեսակների նկատմամբ սահմանված բարձր հարկերով, ինչի պատճառով գները բարձր են (տես՝ Պատկեր 3):



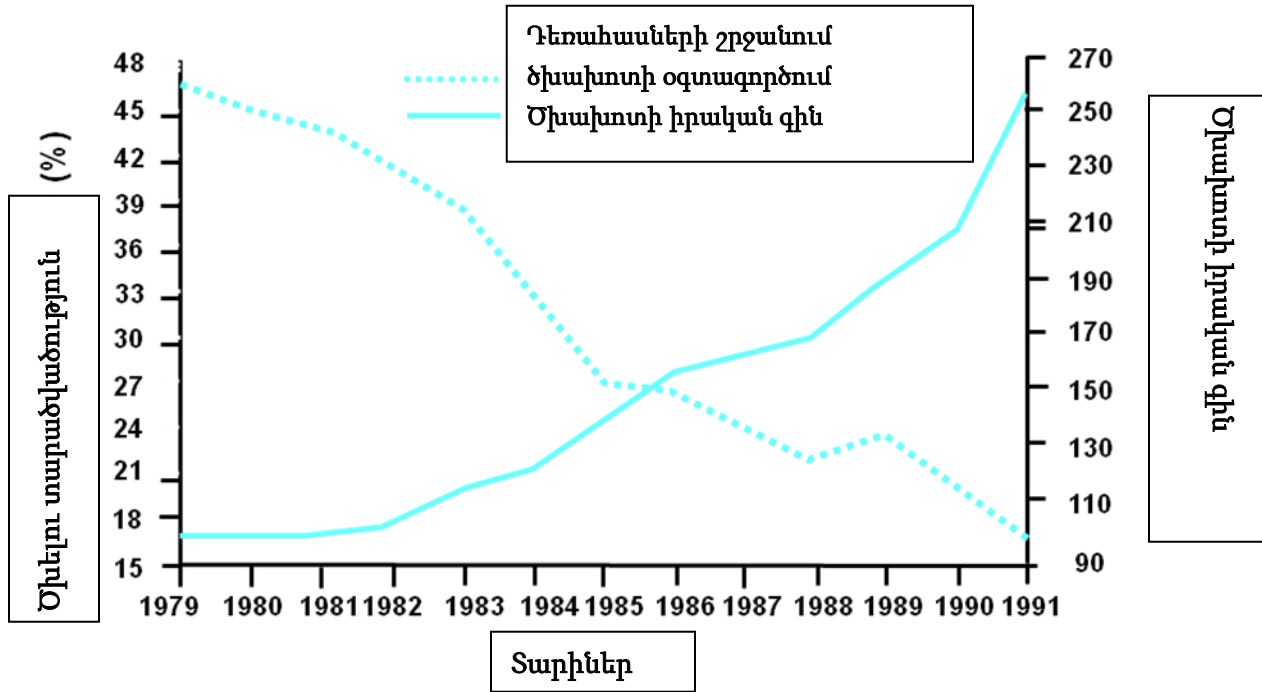
**Պատկեր 3. Ծխախոտի ապրանքատեսակների նկատմամբ գին/հարկաբաժին հարաբերակցության միջազգային տվյալներն ըստ տարածաշրջանների**



AFRO – ԱՀԿ Աֆրիկայի տարածաշրջան, AMRO - ԱՀԿ Ամերիկայի տարածաշրջան EMRO – ԱՀԿ Արևելյան միջերկրական տարածաշրջան, EURO- ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջան, SEARO- ԱՀԿ Հարավային Ասիայի տարածաշրջան, WPRO -ԱՀԿ Արևմտյան, Խաղաղ օվկիանոսի տարածաշրջան

Այն, որ գնային և հարկային միջոցները հանդիսանում են բնակչության տարբեր խմբերի, հատկապես երիտասարդության շրջանում ծխախոտի օգտագործման նվազեցման արդյունավետ և կարևոր միջոց, դեկլարատիվ հայտարարություն չէ, այլ տարբեր հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա գիտականորեն ապացուցված փաստ: Օրինակ, Կանադայում 1979-1991 թթ. ընկած ժամանակահատվածում հարկերի աճը հանգեցրեց ծխախոտի իրական գնի կտրուկ աճի, և սպառումը զգալի նվազեց, հատկապես երիտասարդների շրջանում: Պատկեր 4-ը ցույց է տալիս, թե ինչպես է նվազել ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշը՝ կապված ծխախոտի ապրանքատեսակների իրական գնի աճի հետ, 15–19 տարեկան կանադացի երիտասարդության շրջանում (տես՝ Պատկեր 4):

Պատկեր 4. 1979-1991 թվականներին Կանադայի դեռահասների շրջանում ծխախոտային ապրանքատեսակների իրական գնի փոփոխության ազդեցությունը դրանց սպառման վրա



References:

1. Health and Welfare Canada. Canadians and smoking: an update, 1991 & Sweanor DT, Canada's tobacco tax policies: successes and challenges, Ontario (Canada): Non-Smoker's Rights Association, 1991. In US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young Children. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994.
2. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, DC, 1999.

Երբ ոչ առաջին անհրաժեշտության, բայց լայն սպառման ապրանքի գինը բարձրանում է, ցածր եկամուտ ունեցող մարդիկ ավելի են հակված կրճատելու այդ ապրանքի օգտագործումը, քան բարձր եկամուտ ունեցողները, և հակառակը, երբ ապրանքի գինը նվազում է ցածր եկամուտ ունեցող մարդիկ ավելացնում են դրա օգտագործումը:

Գնային փոփոխության հետևանքով սպառողի պահանջարկի փոփոխության աստիճանը հայտնի է որպես պահանջարկի գնային **ճկունություն/էլաստիկություն**: Հետազոտությունները և ուսումնասիրությունները (այդ թվում միջազգային փորձը) ցույց են տալիս, որ միջին և ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում գնային և հարկային միջամտություններն ավելի արդյունավետ են, քան բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում: Օրինակ, եթե բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում գնի աճը տաս տոկոսի չափով հանգեցնում է ծխախոտի օգտագործման 4-5% նվազեցման, ապա ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում նմանատիպ միջամտությունը կարող է հանգեցնել 7-8 տոկոս ծխախոտի օգտագործման ծավալների կրճատման: Սա է պատճառը, որ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ծխախոտի օգտագործման նվազեցման համար չափազանց արդյունավետ միջոց է համարում հարկերի բարձրացման քաղաքականությունը և կարևորում հավաքագրված վճարների նպատակային օգտագործումը:

Որոշ երկրներ ծխախոտի հարկումից հավաքագրված միջոցները նպատակային են օգտագործում՝ ուղղելով դրանք առողջապահական և սոցիալական միջոցառումների և ծրագրերի իրականացմանը: Օրինակ՝ Չինաստանի ամենամեծ քաղաքներից մեկում՝ Շանհայում, կամ ԱՄՆ նահանգներում (Մասաչուսեթս, Արիզոնա, Օրեգոն և այլ) հավաքագրված գումարների որոշակի մասը նպատակաուղղվում է հակազովազդային միջոցառումների, առողջության պահպանման վերաբերյալ գիտելիքների բարձրացման ծրագրերի իրականացմանը: Ընդամենը ԱՄՆ-ի 24 նահանգներում (Այյասկա, Արիզոնա, Արկանզաս, Կալիֆոռնիյա, Կոլորադո, Ֆլորիդա, Հավայներ, Այդահո, Ինդիանա, Այովա, Կենտակի, Լուիզիանա, Միչիգան, Մինիսոտա, Նեբրասկա, Նյու-Ջերսի, Նյու-Մեքսիկո, Նյու-Յորկ, Հյուսիսային Կարոլինա, Օկլահոմա, Օրեգոն, Հարավային Դակոտա, Յուտա և Վաշինգտոն) նահանգային ակցիզահարկից հավաքագրված գումարների որոշակի մասը տրամադրվում է ծխախոտի դեմ պայքարի ծրագրերի իրականացմանը: Նշենք, որ նահանգներում ծխախոտային ապրանքատեսակների համար կիրառվում է երկու

ակցիզային հարկ. ֆեդերալ՝ 20 գլանակի համար 1 ԱՄՆ դոլար և նահանգային, որը տատանվում 20 գլանակի համար 0,17 ԱՄՆ դոլարից (Միսուրի նահանգ) մինչև 4,35 ԱՄՆ դոլար (Նյու-Յորկ) (տես՝ Աղյուսակ 5): Նման հարկերը հիմնականում հանդիսանում են համայնքային կամ նահանգային հարկատեսակ:

**Աղյուսակ 5. Ակցիզահարկի չափը 20 գլանակ պարունակող մեկ տուփի համար, ըստ նահանգների (ԱՄՆ դոլար)**

<b>Նյու-Յորկ</b>	<b>New York</b>	<b>4.35</b>	<b>Այովա Iowa</b>	<b>1.36</b>
<b>Րոդ Այլենդ</b>	<b>Rhode Island</b>	3.46	<b>Ֆլորիդա Florida</b>	1.339
<b>Վաշինգտոն</b>	<b>Washington</b>	3.025	<b>Օհայո Ohio</b>	1.25
<b>Կոնեկտիկուտ</b>	<b>Connecticut</b>	3.00	<b>Օրեգոն Oregon</b>	1.18
<b>Գուամ</b>	<b>Guam</b>	3.00	<b>Արկանզաս Arkansas</b>	1.03
<b>Հավայան կղզիներ</b>	<b>Hawaii</b>	3.00	<b>Օկլահոմա Oklahoma</b>	1.00
<b>Նյու-Ջերսի</b>	<b>New Jersey</b>	2.70	<b>Ինդիանա Indiana</b>	0.995
<b>Վիսկոնսին</b>	<b>Wisconsin</b>	2.52	<b>Իլինոյս Illinois</b>	0.98
<b>Մասսչուսեթս</b>	<b>Massachusetts</b>	2.51	<b>Կալիֆորնիյա California</b>	0.87
<b>Վաշինգտոն մայրաքաղաք</b>	<b>District of Columbia</b>	2.50	<b>Կոլորադո Colorado</b>	0.84
<b>Վերմոնտ</b>	<b>Vermont</b>	2.24	<b>Նեվադա Nevada</b>	0.80
<b>Պուերտո-Ռիկո</b>	<b>Puerto Rico</b>	2.23	<b>Կանզաս Kansas</b>	0.79
<b>Ալյասկա</b>	<b>Alaska</b>	2.00	<b>Միսիսիպի Mississippi</b>	0.68
<b>Արիզոնա</b>	<b>Arizona</b>	2.00	<b>Նեբրասկա Nebraska</b>	0.64
<b>Ման</b>	<b>Maine</b>	2.00	<b>Թենեսի Tennessee</b>	0.62
<b>Մերիլենդ</b>	<b>Maryland</b>	2.00	<b>Կենտակի Kentucky</b>	0.60
<b>Միչիգան</b>	<b>Michigan</b>	2.00	<b>Վայոմինգ Wyoming</b>	0.60
<b>Նեյ-Հեմպշիր</b>	<b>New Hampshire</b>	1.78	<b>Այդահո Idaho</b>	0.57
<b>Հյուսիսային Մարիանա</b>	<b>Northern Marianas</b>	1.75	<b>Հարավային Կարոլինա</b>	0.57
<b>Մոնտանա</b>	<b>Montana</b>	1.70	<b>Արևմտյան Վիրջինյա</b>	0.55
			<b>West Virginia</b>	

Յութա Utah		1.70	Հյւսիսային Կարոլինա North Carolina	0.45
Նյու-Մեքսիկո Mexico	New	1.66	Հյուսիսային Դակոտա North Dakota	0.44
Դելավեր Delaware		1.60	Ալաբամա Alabama	0.425
Պենսիլվանիա Pennsylvania		1.60	Ջորջիա Georgia	0.37
Մինիսոտա Minnesota		1.56	Լուիզիանա Louisiana	0.36
Հարավային Տեխաս South Dakota	Դակոտա	1.53	Վիրջինիա Virginia	0.30
Տեխաս Texas		1.41	Միսուրի Missouri	0.17

<http://www.ncsl.org/issues-research/health/2010-state-cigarette-excise-taxes.aspx>

Այլ երկրներում (*Կանադա, Մալազիա, Իսլանդիա, Պերու, Ֆինլանդիա, Կորեա*) ծխախոտից հավաքագրված գումարների որոշ մասը նպատակաուղղվում է առողջապահական ծառայությունների աջակցությանը, գիտական հետազոտությունների կամ ընդհանուր կրթության ոլորտում ծրագրերի իրականացմանը:

*Նոր Զելանդիան և Ավստրալիան* որդեգրել են այսպես կոչված «Վիկ-առողջության» մոդելը /“Vic-Health model”/ համաձայն որի ծխախոտային արտադրատեսակներից գոյացած հարկային վճարների մի մասը ուղղվում է ֆինանսավորելու սպորտային և մշակույթային միջոցառումները, որոնք նախկինում ֆինանսավորվում էին նաև ծխախոտի արտադրության կողմից: «Vic-Health»-ը «Վիկտորիայի առողջության խթանման հիմնադրամ» է (Victorian Health Promotion Foundation), ուր ուղղվում է ծխախոտի հարկերից հավաքագրված միջոցների մի մասը: Ողջ մեխանիզմը ամրագրված է օրենքով՝ «Ծխախոտի ակտ 1987» (Version No. 052, Tobacco Act 1987, Part 3) :

*Թայլանդը*, ուսումնասիրելով Ավստրալիական «Vic-Health» մոդելը, ներդրել է նույնատիպ մի մոտեցում, որի օգնությամբ ֆինանսավորվում են առողջապահական

ծրագրերը: Այսպիսով, այդ երկրում ծխախոտի, ինչպես նաև ալկոհոլի ապրանքատեսակներից հավաքագրված գումարի 2%-ը ուղղվում է Առողջության խթանման գրասենյակ, որը անկախ գործակալություն է և գտնվում է անմիջապես կառավարության հսկողության ներքո ու չի ենթարկվում Թայլանդի հանրային առողջության նախարարությանը: Ողջ մեխանիզմը ամրագրված է օրենքով (“A Bill to Set up Funding for Health Promotion”): Օրենքը ուժի մեջ մտնելուց հետո առաջին իսկ տարվա ընթացքում Առողջության խթանման գրասենյակ ուղղվեց 14 մլրդ. բատ կամ 35 մլն ԱՄՆ դոլար (տես՝ Աղյուսակ 6): Առողջության խթանման գրասենյակի նպատակն է նախաձեռնել, օժանդակել կամ իրագործել առողջության խթանմանն ուղղված միջոցառումներ: Հավաքագրված գումարները օգտագործվել են, օրինակ, ալկոհոլի օգտագործման գիտական կենտրոնի ստեղծման, ալկոհոլի հսկման կարգավորման, առողջության վնասակար ռիսկի գործոնների վերաբերյալ սոցիալական գովազդների նկարահանման նպատակով: Վերջապես այս գրասենյակը օժանդակել է կառավարությանը հաստատել ալկոհոլի գովազդի հսկման ազգային ռազմավարություն և ստեղծել այդ խնդիրները կանոնակարգող ազգային հանձնաժողով: Այս բարեփոխումները ոգեշնչել են նաև հարևան երկրներին (Մոնղոլիա), որոնք ևս նմանատիպ փոփոխություններ են իրականացրել:

**Աղյուսակ 6. Հարկեր ծխախոտային ապրանքատեսակների համար**

Ապրանքատեսակ	Հարկի տեսակ	Չափ / Rate or amount	Հարկային բազա
Սիգարետ /տեղական և Թայլանդի /	Ակցիզահարկ	85%	Գործարանային գին /ex-factory price/
	Ավելացված արժեքի հարկ ԱԱՀ	7%	Մանրածախ գին
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ Surchage/ healthtax	2%	Ակցիզահարկ /Թայլանդի առողջության խթանման հիմնադրամ/ (for ThaiHealth PromotionFoundation)
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ	1,5%	Ակցիզահարկ / Թայլանդի Լուսաբանման Հանրային Ծառայություն/

	Surcharge/ health tax		(Thai Public Broadcasting Service)
	Տեղային հարկ	Ոչ ավել քան 0,1 քատ՝ գլանակի համար կամ 2 քատ մեկ տուփի համար	Միգարետ
Ներկրվող սիգարետներ	Ակցիզահարկ	85%	Գործարանային գին գումարած մաքսատուրք
	Ավելացված արժեքի հարկ	7%	Մանրածախ գին
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ Surcharge/ health tax	2%	Ակցիզահարկ /Թայլանդի առողջության խթանման հիմնադրամ/ (for ThaiHealth Promotion Foundation)
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ Surcharge/ health tax	1,5%	Ակցիզահարկ / Թայլանդի Լուսարանման Հանրային Ծառայություն/ (for Thai Public Broadcasting Service)
	Տեղային հարկ	Ոչ ավել քան 0,1 քատ մեկ գլանակի նկատմամբ կամ 2 քատ մեկ տուփի համար	
Միգար	Ակցիզահարկ	0,5	Բատ գրամի դիմաց
	ԱԱՀ	7%	Մանրածախ գին
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ Surcharge/ health tax	2%	Ակցիզահարկ /Թայլանդի առողջության խթանման հիմնադրամ/ (for ThaiHealth Promotion Foundation)
	Լրավճար/Առողջապահական հարկ Surcharge/ health tax	1,5%	Ակցիզահարկ / Թայլանդի Լուսարանման Հանրային Ծառայություն/ (for Thai Public Broadcasting Service)
	Տեղական հարկ	Ոչ ավել քան 0,1 քատ մեկ հատիկի համար	Բատ հատիկի դիմաց

*Կորեայի Հանրապետությունում* նույնպես ծխախոտային ապրանքատեսակներից հավաքագրված գումարների մի մասը ուղղվում է առողջապահական նպատակային ծրագրերին: Այդ խնդիրը կարգավորվում է «Առողջության խթանման մասին» ազգային ակտով: Կորեայում ծխախոտային

ապրանքատեսակների համար սահմանված են մի շարք հարկատեսակներ՝ ԱԱՀ, ակցիզահարկ, կրթության համար տեղական հարկ, ինչպես նաև պարտադիր վճար Առողջության խթանման ազգային հիմնադրամ: Հենց այս վճարի միջոցով էլ իրականացվում է լրացուցիչ գումարների հատկացումը առողջապահական կարիքների համար:

### **3.2 Բջջային հեռախոսներից գանձվող հարկերի օգտագործումը առողջապահության ֆինանսավորման նպատակով**

ԱՄՆ մի շարք նահանգներում բջջային հեռախոսներից վճար է գանձվում, որն ուղղվում է 911 ծառայության ֆինանսավորմանը: Կալիֆորնիայի եկամուտների և հարկման օրենսգրքի համապատասխան բաժինները ներկայացված են Հավելված 3-ում: Բջջային հեռախոսների օգտագործման համար վճար է սահմանված նաև Չինաստանում, որտեղ գանձվում է ամսական €1.5, իսկ Իռլանդիայում՝ €6.5.



#### 4. Քննարկում

Բնակչության առողջական վիճակի ցուցանիշները արտացոլում են ցանկացած երկրի սոցիալական արդարության և հավասարության համակարգերի առկայությունը, և հետևաբար իր երկրի բնակիչների համար որակյալ բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովումը յուրաքանչյուր պետության պարտավորությունն է: Ինչպես հայտնի է, հասարակության առողջությունը երկրի տնտեսական, սոցիալական և մշակութային կայուն զարգացման հիմքն են հանդիսանում: Առողջապահության ոլորտում ներդրումները կարևորագույն դեր ունեն աղքատության նվազեցման, ՀԶՆ-երի հասանելիության, խաղաղության և կայունության ապահովման գործընթացում: Վերջին տարիների ընթացքում բազմաթիվ երկրներում /միջին և ցածր եկամուտ ունեցող/ առողջապահության ոլորտին շատ սվելի մեծ ուշադրություն է դարձվում, բացի այդ ավելացել են նշված ոլորտին տրամադրվող ֆինանսական հատկացումները և ֆինանսական օժանդակությունը: Այս ամենի արդյունքում ամբողջ աշխարհում նկատվում է բնակչության առողջական վիճակի բարելավում, այդ թվում մանկական մահացության նվազեցում, ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց համար հակառետրովիրուսային բուժման հասանելիության ապահովում և այլն: Միաժամանակ, տեխնոլոգիաների, բժշկական և այլ ծառայությունների տրամադրման նորարարությունները դյուրին են դարձնում առավել որակյալ և արդյունավետ ծառայությունների տրամադրումը, իսկ ֆինանսավորման նոր մեխանիզմները բուժօգնությունը դարձնում են մատչելի և հասանելի:

Այնուամենայնիվ, իրականացվող միջոցառումները բավարար չեն՝ փրկելու այն մարդկանց կյանքը, որոնց համար բժշկական ծառայությունները դեռևս հասանելի չեն: Բացի այդ, ֆինանսական ճգնաժամը ստիպում է իրականացնել հետևյալ միջոցառումները. առավել խոցելի խմբերի հայտնաբերում և ծառայությունների տրամադրում, ծախսերի արդյունավետության բարձրացում, կանխարգելիչ միջոցառումների շեշտադրում և այլն:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման աճը կնպաստի բազմաթիվ մահերի կանխարգելմանը՝ նպաստելով բնակչության առողջության իրավունքի պահպանմանը:

Տվյալ մասում քննարկվում են ՀՀ ներկա օրենսդրությունում հնարավոր այն փոփոխությունները, որոնք կարող են հանգեցնել առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտում դրական զարգացումների:

#### **4.1 Առողջապահության պետական ապահովագրություն**

Տնտեսական կացութաձևը փոխած արևելաեվրոպական և մի շարք երկրների փորձը վկայում է, որ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման հիմնարար խնդիրները լուծվում են ֆինանսական միջոցների և ծառայությունների ձեռքբերման գործառույթների կենտրոնացման և դրանց համար պատասխանատու կառույցի ստեղծման միջոցով (սովորաբար առողջության ապահովագրական հիմնադրամի տեսքով): Առողջապահության ոլորտի հեղինակավոր մասնագետների կողմից իրականացված ուսումնասիրությունը վկայում է, որ այս առումով Հայաստանը գտնվում է հետնապահների թվում<sup>3</sup> (Kutzin, Cashin and Jakab, 2010, էջ 404): Սույն խորհրդատվական խումբը համաձայն է վերը նշվածի հետ, սակայն ելնելով այն հանգամանքից, որ խմբի առջև խնդիր է դրվել ոչ թե առաջարկություններ ներկայացնել առողջապահության ոլորտի հիմնարար խնդիրների լուծման, այլ ֆինանսավորման լրացուցիչ աղբյուրների բացահայտման վերաբերյալ, խումբը չի անդրադարձել առողջապահության ոլորտում ապահովագրական մեխանիզմների խնդրին:

#### **4.2 Առողջապահության պետական ֆինանսավորումն առաջիկա տարիներին**

Սույն փաստաթղթում ներկայացված առաջարկությունները հիմնվում են այն պարզ ենթադրության վրա, որ առաջիկա տարիներին, իր սովորական

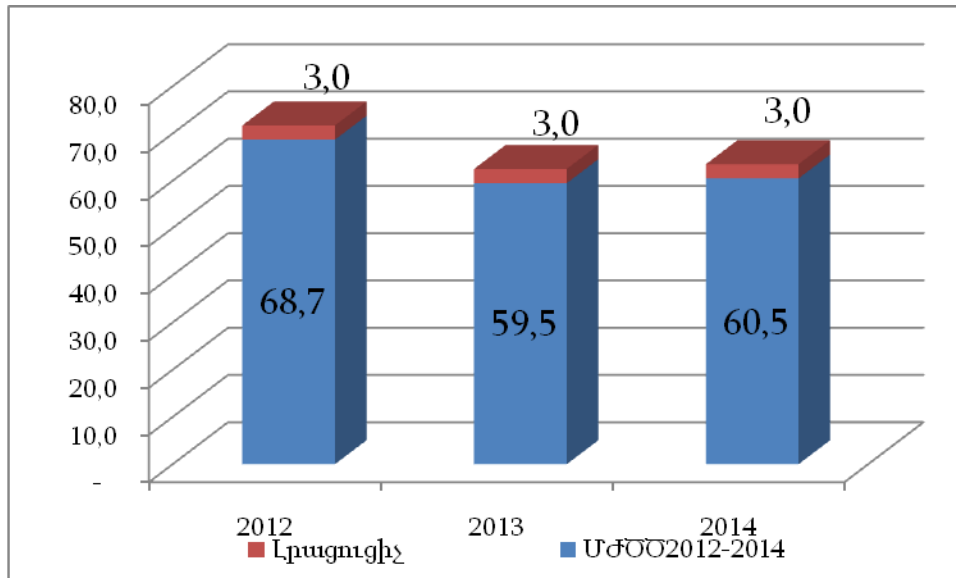
գործառույթների շրջանակներում, ՀՀ կառավարությունը չի ունենալու բավականաչափ լրացուցիչ միջոցներ՝ առողջապահության ոլորտ ուղղելու համար: Պետական առողջապահական ծախսերը նվազելու են ինչպես որպես ՀՆԱ տոկոս, այնպես էլ որպես ընդհանուր պետական ծախսերի մաս, ինչն արդեն արձանագրվել է 2012-2014թթ. ՄԺԾԾ-ում:

2013-2014թթ. և հետագայում ձևավորվող լրացուցիչ միջոցները ՀՀ կառավարությունը փորձելու է ուղղել 2009-2010թթ. ձեռքբերված արտաքին պարտավորությունների մարմանը, ինչն ավելի է սրելու սոցիալական ոլորտի և հատկապես առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման խնդիրը:

Սույն փաստաթղթում նշված առաջարկությունները վերաբերում են կառավարության կողմից արդեն իսկ նախատեսված հատկացումները լրացնելուն, Վորլդ Վիժն կազմակերպության կողմից ներգրավված խորհրդատվական խմբի կողմից արված և եկամուտների նոր աղբյուրների վրա հիմնված առաջարկությունների հաշվին առողջապահության ոլորտին կատարվող հատկացումների ավելացմանը:

Այսպես, եթե ՀՀ կառավարությունն իր 2012-2014թթ. ՄԺԾԾ-ով նախատեսում է 2013 թ. պետական բյուջեից 59.5 միլիարդ ՀՀ դրամ ուղղել առողջապահության ոլորտ (կամ ՀՆԱ 1.30 տոկոսը), ապա լրացուցիչ ֆինանսավորման ծավալների հաշվին այդ գումարը կարող է հասցվել առնվազն 62.5 միլիարդ ՀՀ դրամ, կամ ՀՆԱ 1.37 տոկոսը (տես՝ Պատկեր 5): Հիմնվելով նախորդ փորձի վրա<sup>5</sup> խորհրդատվական խումբն առաջարկում է առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման համար հավաքագրվող լրացուցիչ միջոցները և դրանցով ֆինանսավորումը պետական բյուջեում հաշվառել առանձին:

**Պատկեր 5. Պետական ծրագրավորված ծախսերն առողջապահության ոլորտում և ֆինանսավորման լրացուցիչ ծավալները (միլիարդ դրամ)**



Աղբյուր. ՄԺԾԾ2012-2014 և հեղինակների սեփական հաշվարկներ

Աշխատանքային խումբն էլնում է այն տրամաբանությունից, որ առողջապահական ոլորտի թերֆինանսավորումը երկարաժամկետ հեռանկարում կարող է հանգեցնել առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման կարիքների ավելացման կամ դեմոգրաֆիական աղետալի հետևանքների: Կանխարգելման նպատակով բուժում չստացած քաղաքացու առողջության հետ կապված ծախսերը կարող են կտրուկ ավելանալ՝ կապված ինչպես հետազայում լրացուցիչ առողջապահական ծախսերի, հաշմանդամության կամ այլ սոցիալական ծախսերի, այնպես էլ կորսված աշխատուժի և չգանձված հարկերի հետ:

#### **4.3 Ծխախոտի հարկերը Հայաստանում**

1997 թվականի հուլիսի 26-ին Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից ընդունվել է «Հայաստանի Հանրապետություն ներմուծվող և Հայաստանի Հանրապետությունում արտադրվող արտադրանքի համար հաստատագրված վճարներ սահմանելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության՝ օրենքի ուժ ունեցող որոշումը, որով ներմուծվող եւ արտադրվող

սիգարետների համար սահմանվեցին հաստատագրված վճարներ: 2000 թվականի մարտի 23-ին Հայաստանի Հանրապետության Ազգային Ժողովի կողմից ընդունվել է «Ծխախոտի արտադրանքի համար հաստատագրված վճարների մասին»

Հայաստանի Հանրապետության օրենքը: Օրենքը սահմանում է ՀՀ ներմուծվող սիգարետների, սիգարելաների և սիգարետների (այսուհետ՝ ծխախոտի արտադրանք) համար ավելացված արժեքի հարկի, ակցիզային հարկի և մաքսատուրքի, և Հայաստանի Հանրապետությունում արտադրվող ծխախոտի արտադրանքի համար՝ ավելացված արժեքի հարկի և ակցիզային հարկի միասնական հաստատագրված վճարները, դրանց հաշվարկման և վճարման կարգը: Օրենքով սահմանվեց, որ վճարողները, տնտեսական գործունեության արդյունքներից անկախ, պետք է վճարեն օրենքով սահմանված վճարները: 14.12.2001թ. ՀՀ Ազգային Ժողովի կողմից ընդունվել է «Ծխախոտի արտադրանքի համար հաստատագրված վճարների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություններ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքը, որի համաձայն որոշակիորեն ավելացվել են օրենքով սահմանված հաստատագրված վճարները: Վերջին տարիներին «Ծխախոտի արտադրանքի համար հաստատագրված վճարների մասին» ՀՀ օրենքը մի քանի անգամ վերանայվել է, վերջին փոփոխությունը կատարվել է 2010 թ. հոկտեմբերի 7-ին, համաձայն որի երեք տարվա ընթացքում, 2011թ. հունվարի 1-ից յուրաքանչյուր տարի բարձրացվելու են ծխախոտի արտադրանքի համար սահմանված հաստատագրված վճարի դրույքաչափերը. տարեկան 750 դրամով տեղական արտադրության ֆիլտրով ծխախոտը և 500 դրամով արտասահմանյան արտադրանքի ֆիլտրով ծխախոտը /հազար հատիկի հաշվով/: 2011թ. ծխախոտի արտադրատեսակների համար հաստատագրված վճարների դրույքաչափերը կազմել են ծխախոտ պարունակող, ֆիլտրով սիգարետներ՝ ներմուծվող արտադրանքի համար 7000 դր ներքին արտադրության համար 5500 դր /հազար հատիկի հաշվով/: Համաձայն տվյալների 2007-2009 թթ. ծխախոտի արտադրատեսակներից հաստատագրված վճարի մուտքերը տարեցտարի աստիճանաբար երբեմն աննշան բարձրացվել են /տես՝

Աղյուսակ 7/: Սպասվում է, որ 2011թ. հաստատագրված վճարների դրույքաչափերի փոփոխությունը կհանգեցնի մոտակա տարիների ընթացքում մուտքերի ավելացմանը:

Աղյուսակ 7. Ծխախոտի արտադրատեսակներից հաստատագրված վճարի մուտքեր /մլն դրամ/

Հաստատագրված վճար	2007	2008	2009	2010
Հաստատագրված վճար	19,336	19,989	21,165	24.9
ՀՀ ներմուծվող	7,044	7,429	9,969	10.4
ՀՀ-ում արտադրվող	12,292	12,560	11,196	15.5

Աղբյուր ՀՀ ԿԱ ՊԵԿ տարեկան հաշվետվություն 2010 թ.

Ծխախոտի արտադրանքը հարկման ընդհանուր համակարգ կտեղափոխվի 2014 թվականի հունվարի 1-ից: Ծխախոտի արտադրանքի համար կկիրառվի ակցիզային հարկի հաստատագրված դրույքաչափ, իսկ ավելացված արժեքի հարկը կհաշվարկվի ծխախոտի արտադրանքի առավելագույն մանրածախ գնից: Միաժամանակ սահմանված է, որ ծխախոտ արտադրող կամ ներմուծող չհանդիսացող անձանց կողմից ծխախոտի արտադրանքի իրացումն ազատվելու է ավելացված արժեքի հարկից:

**Ծխախոտի հարկման գնահատում, քստ ընտրված չափանիշների**

*Փորձառությունը:* Ծխախոտի հարկումը կիրառվում է ավելի քան 150 երկրում, հիմնականում առանձին հարկի սահմանման կամ ընդհանուր հարկման եղանակով, որի արդյունքում հավաքագրված միջոցներն օգտագործվում են առողջության խթանման ծրագրերում:

*Հարկի ներդրման տեխնիկական ճկունությունը:* Ինչպես նշվեց, ծխախոտի հարկման ներդրումը իրականացվել է ավելի քան 150 երկրում, որոնցից մեկ քառորդում այն կազմում է ծխախոտի արժեքի 25%-ը, իսկ չորս երկրներում (աշխարհի բնակչության երկու տոկոսը)՝ 75%: Ներդրումը կարող է արագ իրականացվել, քանի որ հարկի գանձում արդեն իսկ կատարվում է և առկա են հարկի հավաքագրման համար անհրաժեշտ բոլոր ենթակառուցվածքները: Բացի այդ, ծխախոտի հարկերը ընդունելի են հանրության և քաղաքական գործիչների կողմից:

*Կայունությունը:* Կախված է ծխախոտի սպառման ծավալներից, ինչպես նաև երկրի՝ հարկված միջոցները առողջապահության ոլորտ ուղղելու հետևողական քաղաքականությունից:

*Կանխատեսելիություն:* Ծխախոտի հարկերը հարաբերական կայուն են համարվում, չնայած այն հանգամանքին, որ բազմաթիվ երկրներում ծխախոտի հարկերի ավելացումը նպաստել է սպառման նվազմանը:

*Աղքատամետ քաղաքականություն:* Ծխախոտի հարկերի ավելացումը առավելապես նպաստում է երիտասարդների և անապահով բնակչության շրջանում սպառման նվազեցմանը:

#### **4.4 Բջջային կապ**

Խորհրդատվական խումբը կարծում է, որ կարելի է վճարում սահմանել բջջային հեռախոսների համար: Եթե ընդունենք, որ 2011թ. սկզբում ՀՀ-ում գրանցված բջջային կապի 2.77 միլիոն բաժանորդներից յուրաքանչյուրն ամսական վճարում է 50 դրամ, ապա տարեկան կարող է կուտակվել 1 միլիարդ 662 միլիոն դրամ, որը կարող է ուղղվել առողջապահության ոլորտ:

Նման վճարն արդարացված է ինչպես առողջապահական նպատակներով, այնպես էլ առողջապահության պետական ծախսերի ավելացմամբ: Լրացուցիչ վճարը հասարակությանը կստիպի ավելի քիչ օգտվել բջջային հեռախոսներից և կնվազեցնի

մարդկանց և հատկապես երեխաների առողջության վրա վեռքջիններիս բացասական հետևանքները:

Վճարը կարող է լինել ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ տարբերակված, այսինքն հասարակության տարբեր խմբեր տարբեր չափի վճարներ կկատարեն: Օրինակ, գյուղական բնակավայրերում գրանցված բաժանորդները կարող են ավելի ցածր վճարներ կատարել: Կարևոր է, որպեսզի վճարների համակարգը բարդ չլինի, որպեսզի չդժվարացնի վերահսկումն և հաշվարկումը, ինչը վճարը գանձող կառույցներում լրացուցիչ մասնագիտական կարողություն կպահանջի և կհանգեցնի լրացուցիչ ծախսերի: Օրինակ, եթե գանձումը կատարվի հեռախոսի օգտագործման ժամանակի հիման վրա, դա լրացուցիչ դժվարությունների կհանգեցնի հաշվարկների կատարման, դրանց վերահսկողության և գանձումների կատարման տեսանկյունից:

### **Բջջային հեռախոսների հարկման գնահատումը ստ ընտրված չափանիշների**

*Փորձառությունը:* Սահմանափակ:

*Հարկի ներդրման տեխնիկական ճկունությունը:* Քանի որ ծառայությունները մատուցվում են մի քանի ընկերությունների կողմից, դա ավելի է հեշտացնում հարկի ներդրման գործընթացը, չնայած մյուս կողմից առաջ են գալիս խնդիրներ՝ կապված տեղեկատվական համակարգերի վերանայման, վճարի գանձման և այլ միջոցառումների հետ: Բացի այդ, կապված փորձառության պակասի հետ, ներդրումը կարող է տևել երկուսից մինչև հինգ տարի /ներառյալ պիլոտային ծրագիրը/:

*Կայունությունը:* Բավականին բարձր է, քանզի կանխատեսվում է սպառողների ավելացում:

*Կանխատեսելիություն:* Բարձր է, քանի որ վճարները կախված են լինելու սպառողների քանակից և ոչ թե ընկերությունների եկամուտներից, բացի այդ որպես վճար սահմանվելու է ֆիքսված գումար:



*Աղքատամետ քաղաքականություն:* Լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ կուղղվեն առավել խոցելի խմբերին առողջապահական ծառայությունների տրամադրմանը:

#### **4.5 Բնապահպանական վճարների օգտագործումը առողջապահական նպատակներով**

ՀՀ օրենսդրությունն արդեն իսկ պարունակում է դրույթներ, որոնց համաձայն բնապահպանական նպատակներով գանձված միջոցները պետք է ուղղվեն տարբեր առողջապահական ծրագրերի ֆինանսավորմանը: «Ընկերությունների կողմից վճարվող բնապահպանական վճարների նպատակային օգտագործման մասին» ՀՕ-188 ՀՀ օրենքի հոդված 3-ի (բ) կետի համաձայն, համայնքի ղեկավարը կազմում է ծրագրեր, որոնք նախատեսում են շրջակա միջավայրի աղտոտման բացասական ազդեցության հետևանքով բնակչության առողջությանը հասցված վնասի և բնակչության առողջական վիճակի գնումների իրականացում, դրանց իրականացման համար անհրաժեշտ սարքավորումների ձեռքբերում, առողջապահության նախարարության հետ համաձայնեցված այլ միջոցառումների իրականացում: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը պետք է հետամուտ լինի օրենքի այս կետի պահանջների կատարմանը:

#### **4.6 Այլ ապրանքների և ծառայությունների հարկում**

Միջազգային պրակտիկայում հայտնի են բազմաթիվ դեպքեր, երբ ի լրումն վերը նշվածների, տարբեր երկրների կառավարությունները փորձել են հարկել այլ ապրանքներ ու ծառայություններ, որոնք վնասում են առողջությունը և այդ միջոցներն ուղղել առողջապահության ոլորտ:

Այսպես, 2008-2011թթ. մի շարք երկրների կառավարություններ և այլ իշխանություններ (Ֆրանսիա՝ 2008թ., Նյու-Յորք նահանգի իշխանություններ՝ 2009թ., Ռուսիան՝ 2010թ., Դանիա և Թայվան՝ 2011թ.) փորձել են հարկել արագ սննդի սպասարկման կետերը և մեծ քանակությամբ աղ ու շաքար պարունակող

ըմպելիքներն ու սննդատեսակները՝ դա հիմնավորելով հանրության լայն շերտերի առողջության վրա սննդի և ըմպելիքների այդ տեսակների վնասակար ազդեցությամբ: 2011թ հոկտեմբերի 1-ից Դանիան հարկեր սահմանեց մեծ քանակությամբ ճարպ պարունակող սննդի նկատմամբ: 2011թ Հունգարիայի կառավարությունը հարկեր է սահմանել այն մթերքների վրա, որոնց մեջ գերակշռում են աղը, շաքարավազն ու ճարպերը: Հարկը կտարածվի առաջին հերթին կարտոֆիլի չիպսերի վրա, հետո ցուցկի մեջ կընդգրկվեն նաև սուրճը, բուրումնավետ հավելանյութերով զարեջուրը և ալկոհոլային կոկտեյլները: Ենթադրվում է, որ, օրինակ, սուրճի հարկը կիլոգրամի համար կկազմի 1.13 դոլար: Նշենք, որ սեպտեմբերի 1-ից չիպսերի հարկն արդեն գործում է Հունգարիայում: Երկրի կառավարությունը հույս ունի, որ նման հարկերը կստիպեն բնակչությանն ավելի քիչ օգտագործել առողջության համար վնասակար մթերքները: Բացի այդ, կառավարությունը հաշվարկել է, որ այս նոր հարկը 2012 թվականին պետական բյուջեն կավելացնի 17 մլն եվրոյով: Ֆինլանդիան և Ռումինիան պատրաստվում են հետևել այս օրինակներին:

Այս փորձերն առայժմ տեսանելի հաջողության չեն հասել, սակայն վկայում են, որ մարդկանց առողջության վրա հնարավոր բացասական ազդեցություն ունեցող սննդատեսակների և ըմպելիքների հարկումը կարող է առաջիկայում դառնալ այն միջոցը, որը կարող է նշանակալի ազդեցություն ունենալ ինչպես հանրության առողջության պահպանման, այնպես էլ առողջապահական ծրագրերի ֆինանսավորման գործում:

Ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրներից եկամուտների հավաքագրման տեսանկյունից հնարավոր խոչընդոտները.

1. Հասարակության դժկամությունը՝ կապված նոր վճարների, հարկերի և տուրքերի ներդրման հետ:
2. Հարկերի կիրառումը պետք է տրամաբանական հիմնավորում ստանա և կապված լինի հանրության առողջությանը հասցվող վնասի հետ, ինչպես նաև

իր մեջ պարունակի հանրության առողջությանը հասցվող վնասի հատուցման հետ կապված «մեղքի հարկ կամ վճար» գաղափարը:

3. Նոր աղբյուրներից եկամուտների հավաքագրումը պետք է լինի պարզ, կապված չլինի բարդ մեխանիզմների և հաշվարկների հետ, այլապես եկամուտ հավաքագրող մարմիններում կարողությունների զարգացման անհրաժեշտություն կառաջանա:
4. Քանի որ հավաքագրման ենթակա միջոցները կապված են սպառման ծավալների հետ, անհրաժեշտ է կանխատեսել միջոցների հավաքագրումը. վնասակար արտադրանքի օգտագործման ծավալների նվազեցումը կարող է հանգեցնել միջոցների հավաքագրման սղության, ինչն էլ կխոչընդոտի ծրագրերի իրականացմանը:
5. Հարկերի բարձրացումը կարող է նպաստել հարևան երկրներից ցածր գներով ապրանքատեսակների անօրինական ճանապարհով ներկրմանը:
6. ՀՀ միջազգային պարտավորությունները:

#### **4.7 Օժանդակություն առողջապահական ծրագրերի իրականացմանը**

Հաշվի առնելով միջազգային փորձը, համաձայն որի այլընտրանքային ֆինանսավորման աղբյուրներից հավաքագրված միջոցները ծախսվում են հիմնականում առողջության խթանման նպատակով, առաջարկվում է ՀՀ-ում այն նույնպես ուղղել նմանատիպ ծրագրերի իրականացմանը՝ դրանով նպաստելով վնասակար արտադրանքների օգտագործման նվազեցմանը:

Բացի այդ, հաշվի առնելով Հայաստանի Հանրապետությունում հիվանդացության և մահացության իրավիճակը՝ սույն մեխանիզմի կիրառումից հավաքագրված միջոցները կարող են ուղղվել տարբեր այլ առողջապահական ծառայությունների իրականացմանը, քանզի առկա է կառավարության

հավանությանն արժանացած և առողջապահության համակարգում ընդունված ռազմավարական ծրագրերի իրականացման ֆինանսավորմանը պետական բյուջեից հատկացումների սղություն: Նշենք միայն, որ 2009 թվականին կառավարության հավանությանն արժանացած «Դեռահասների առողջության պահպանման 2009-2015 թվականների ռազմավարական ծրագրով», նախատեսված մոտ 350 մլրդ գումարից պետական մասնակցությունը չի գերազանցում 50 %-ը: Մինչդեռ կան մի շարք այլ ծրագրեր, նաև կապված ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռազմավարական ծրագրերի հետ, այդ թվում օնկոհեմատոլոգիական հիվանդությունների, սիրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի ռազմավարական ծրագրերը, որոնք ֆինանսական լուրջ ներդրումներ են պահանջում:

Այդ առումով, մոտավոր հաշվարկներով, օրինակ 30-60 տարեկան կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ուղղությամբ սկրինինգային ծրագիրը կպահանջի մոտ 2 մլրդ դրամ:

**Հաշվարկը հիմնվում է հետևյալ տվյալների և ենթադրությունների վրա**

Հանրապետությունում կա 630 հազար կին

Ենթադրաբար 30 տոկոս ռիսկային խումբ կամ 189 հազար կին

Մամոգրաֆիկ մեկ հետազոտության արժեքը` 8500 դրամ

Մեկ խորհրդատվության արժեքը` 1200 դրամ

Մամոգրաֆիայի ծախսերը կկազմեն 1606.5 միլիոն դրամ

Խորհրդատվության ծախսերը կկազմեն 226.8 միլիոն դրամ

**Ընդհանուր ծախսերը կկազմեն 1833.3 միլիոն դրամ**

Եվ սա դեռ միայն հայտնաբերման դեպքում, իսկ հայտնաբերումից հետո նաև հիվանդանոցային բուժօգնությունը, որը կարող է ուղեկցվել նաև վիրահատությամբ, ճառագայթային և/կամ քիմիոթերապևտիկ միջամտությամբ:

Հնարավոր է իրականացնել նաև այլ հաշվարկ հանրային առողջապահական կարևորագույն այլ հիմնախնդրի ուղղությամբ, այն է արգանդի վզիկի քաղցկեղի հետազոտության վերաբերյալ 40-60 տարեկան կանանց շրջանում, օրինակ

476 167 կին X 710 դրամ (Պետական պատվերի շրջանակներում 1 Ցիտոլոգիական հետազոտության արժեքը) = 338 078.6 հազ. դրամ

Այստեղ կարելի է նախատեսել նաև մասնագետի կոնսուլտացիան (ցիտոլոգ), լրացուցիչ գումարի առկայության դեպքում:

Այլընտրանքային ֆինանսավորման միջոցները կարելի է ուղղել նաև բնածին հիպոթիրիոզի հայտնաբերման նպատակով, որը նույնպես հանդիսանում հանրային առողջապահական խնդիր: Բնածին հիպոթիրիոզով 1 չհայտնաբերված հիվանդի դեպքի համար /Եթե սկրինինգ չիրականացվի/ պոտենցիալ ծախսերը հիվանդի 70 տարվա կյանքի տևողության դեպքում կազմում է 83 623 200 դրամ ներառյալ սոցիալական, կրթական, բժշկական ծախսերը: 1 սկրինինգ դեպքի վրա պետությունը ծախսում է 3000 դրամ: Եթե հիվանդը հայտնաբերվում է, ապա 1 դեպքի համար կատարված նախատեսվող իրական ծախսերի և եկամուտների հաշվարկը, սկրինինգի ծրագիրը իրականացնելու դեպքում կազմում է 1 502 715, մինչև 70 տարի, ներառյալ դեղորայք և դիսպանսեր հսկողություն մինչև կյանքի վերջ:

Սկրինինգի արդյունքում հիվանդության հայտնաբերումը թույլ է տալիս, որպեսզի երեխան դառնա հասարակության լիարժեք անդամ, որն իր կյանքի ընթացքում կարող է աշխատել առնվազն 40 տարի և ստեղծել հասարակական բարիքներ: Այդ դեպքում, մեկ անձի միջին ամսական եկամուտը կարելի է հաշվարկել 60 000 դրամ, որի

դեպքում կառաջանա մոտ 17000 դրամի հարկային պարտավորություններ ամսական, մինչև կյանքի վերջ վճարված եկամուտը 8 160 000 դրամ:

Սկրինինգի արդյունքում հայտնաբերված հիվանդները՝ 24 երեխա, կդառնային բեռ պետության համար և նրանց վրա, ամբողջ կյանքի ընթացքում (կյանքի միջին տևողությունը 70 տարի) պետությունը կծախսեր 2 006 956 800 դրամ:

Այսպիսով, իրականացնելով սկրինինգի ծրագիրը, պետությունը կատարում է

290 879 160 դրամի ծախս՝ ակնկալելով 195 840 000 դրամի եկամուտ:

Ըստ հաշվարկների կանխատեսվում է, որ պետությունը կլինայի 1 911 917 640 դրամ:

Սույն հաշվարկը վկայում է հանրային առողջապահական խնդիրների լուծման հրատապությունը և պահանջում գերակա դարձնել այս ծրագիրը՝ համապատասխան ֆինանսական միջոցներ ուղղելով դրան, իսկ այլընտրանքային ֆինանսավորման աղբյուրները հնարավորություն կարող են ստեղծել, ոչ միայն կանխարգելել հիվանդության զարգացումը երեխաների մոտ, այլ նաև տնտեսել պետության կողմից կատարվող ծախս:

## 5. Ամփոփում և առաջարկություններ

Հիմնվելով կատարված ուսումնասիրությունների և ներկայացված քննարկումների վրա՝ խորհրդատվական խումբն առաջարկում է որպես առողջապահության ֆինանսավորման լրացուցիչ միջոցների աղբյուր դիտարկել հետևյալ ուղղությունները.

- Ծխախոտ: Ծխախոտի հարկերի ավելացումից առաջացած եկամուտները 2014թ. սկսած ուղղել առողջապահության ոլորտ:
- Ալկոհոլ: Ալկոհոլի հարկերի ավելացումից առաջացած եկամուտներն ուղղել առողջապահական ոլորտ:
- Բջջային կապ: Քննարկել բջջային կապի օպերատորներից յուրաքանչյուր սպառողի հաշվարկով, ինչպես նաև ՀՀ տարածքում տեղադրված անտենաների և էլեկտրամագնիսական դաշտեր ստեղծող սարքավորումների շահագործման համար ամսական որոշակի գումար գանձելու և ստացված միջոցները առողջապահության ոլորտում իրականացվող ծրագրերի ֆինանսավորմանն ուղղելու հնարավորությունը:

Աղյուսակ 8-ում ներկայացված են խորհրդատվական խմբի կանխատեսումները եկամտի այլընտրանքային աղբյուրներից հավաքագրման ենթակա գումարների ծավալների վերաբերյալ:

**Աղյուսակ 8. Եկամտի այլընտրանքային աղբյուրներից հավաքագրման ենթակա գումարների կանխատեսվող ծավալները**

	<b>Եկամտի այլընտրանքային աղբյուրը</b>	<b>դրամ</b>
1	Ծխախոտ	3 000 000 000
2	Ալկոհոլ	3 000 000 000
3	Բջջային հեռախոսներից գանձվող վճար	1 700 000 000
<b>Ընդամենը</b>		<b>7 700 000 000</b>

Բացի նշվածներից անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետևյալը.

- Եկամտի այլընտրանքային աղբյուրներից հավաքագրված միջոցները չեն կարող օգտագործվել ծառայությունների հիմնական փաթեթում ընդգրկված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների, ինչպես նաև պետության համար գերակայություն համարվող ծրագրերի՝ վիրուսային վարակիչ հիվանդություններ, տուբերկուլոզ, հոգեկան հիվանդություններ և այլ ծրագրերի իրականացման համար:
- Հավաքագրված գումարների բաշխումը կարող է ունենալ ծրագրային բնույթ, և ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, ելնելով իր առջև դրված գերակա խնդիրներից, կարող է որոշել թե որ ծրագրի, որ միջոցառման կամ գործողության համաֆինանսավորմանը կամ ամբողջությամբ ֆինանսավորմանը կարող են ուղղվել այդ միջոցները:

Նշված առաջարկությունների ներդրման համար անհրաժեշտ են հետևյալ միջոցառումները.

1. Այլընտրանքային մեթոդների վերաբերյալ իրազեկության բարձրացմանն ուղղված քննարկումների և հանդիպումների կազմակերպում որոշում կայացնելու իրավասություն ունեցող անձանց հետ:
2. Համապատասխան օրենքների նախագծերի մշակում և ներկայացում որոշում կայացնելու իրավասություն ունեցող անձանց /կցվում է/ Նախագծերի հիմնավորման փաթեթների մշակում:
3. Այլընտրանքային ֆինանսավորման մեթոդի ներդրման ազգային ծրագրի մշակում, ներառյալ միջոցառումները, ժամկետները, պատասխանատու և համագործակցող մարմինները, մշտադիտարկման և գնահատման ցուցանիշները:
4. Դիրքորոշման փաստաթղթի մշակում և տրամադրում որոշում կայացնելու իրավասություն ունեցող անձանց:



5. Քարոզչական գործընթացում նաև մասնավոր հասվածի ընդգրկում /արտադրողներ, հեռախոսային կապի օպերատորներ/:

6. Փորձի փոխանակում ներդրում կամ պլանավորում իրականացրած այլ երկրների հետ:

**Բացի այդ ՀՀ օրենքներում անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ փոփոխությունները**

*«Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային համակարգի մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենքում լրացում կատարելու մասին»*

Հոդված 1. «Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային համակարգի մասին» Հայաստանի Հանրապետության 1997 թվականի հունիսի 24-ի ՀՕ-137 օրենքի 18-րդ հոդվածում ավելացնել նոր 5-րդ մաս հետևյալ բովանդակությամբ՝

«Բջջային կապի ապահովման ընթացքում առաջացած էլեկտրամագնիսական դաշտերի կողմից մարդկանց առողջությանը վնաս հասցնելու հետ կապված հետևանքների ուսումնասիրումը ֆինանսավորելու, շտապ օգնության ծառայությունների կապի արդիականացման և պահպանման նպատակով բջջային կապի ծառայություններ մատուցող կազմակերպություններից հավաքագրվում են վճարներ, որոնք հաշվարկվում են Հայաստանի Հանրապետությունում բջջային կապի արձեղանների և ՀՀ տարածքում տեղադրված սարքավորումների քանակի հիման վրա»:

Հոդված 2. Սույն օրենքն ուժի մեջ է մտնում 2014 թվականի հունվարի 1-ից:

*«Ակցիզային հարկի մասի» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություն և լրացում կատարելու մասին*

Հոդված 1. «Ակցիզային հարկի մասին» Հայաստանի Հանրապետության 2000 թվականի հունիսի 7-ի ՀՕ-79 օրենքի 5-րդ հոդվածի 1-ին մասի աղյուսակում կատարել հետևյալ փոփոխությունը՝

2402 10 00011	սիգարներ՝ ծխախոտ պարունակող	1000 հատ	750000 դրամ
2402 90 00011	սիգարներ՝ այլ		
2402 10 00012	սիգարեղաններ՝ ծխախոտ պարունակող	1000 հատ	25000 դրամ
2402 90 00012	սիգարեղաններ՝ այլ		
2402 20 90011	սիգարետներ՝ ծխախոտ պարունակող, ֆիլտրով	1000 հատ	8000 դրամ
2402 20 1001	սիգարետներ՝ մեխակ պարունակող, ֆիլտրով		
2402 90 00013	սիգարետներ՝ այլ, ֆիլտրով		
2402 20 90012	սիգարետներ՝ ծխախոտ պարունակող, առանց ֆիլտրի	1000 հատ	5000 դրամ
2402 20 10012	սիգարետներ՝ մեխակ պարունակող, առանց ֆիլտրի		
2402 90 00014	սիգարետներ՝ այլ, առանց ֆիլտրի		
2403	Ծխախոտի արդյունաբերական փոխարինիչներ	1 կիլոգրամ	2500 դրամ

Հոդված 2. Սույն օրենքն ուժի մեջ է մտնում 2014 թվականի հունվարի 1-ից:

## Օգտագործված աղբյուրներ

1. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2007 և 2009 ԱՀԿ զեկույցներ
2. ՀՀ ԱՆ “Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թվականների ռազմավարությունը Հայաստանում. Առաջընթացի գնահատականը Հազարամյակի Նպատակների Հասանելիության համատեքստում” զեկույց
3. Global status report on alcohol and health, World Health Organization 2011  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)
4. Պոմերլո Ջ. և այլոք (2005թ.). Ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը ԱՊՀ երկրներում. ութ երկրների տվյալները: Կախվածություն՝ լրատու, 100:1647–1668:
5. Բյուջետային համակարգի մասին ՀՀ օրենք: Ընդունվել է 1997թ. հունիսի 24-ին և ենթարկվել է բազմաթիվ փոփոխությունների:
6. Հարկերի մասին ՀՀ օրենք: Ընդունվել է 1997թ. ապրիլի 14-ին և ենթարկվել է բազմաթիվ փոփոխությունների:
7. Տեղական տուրքերի և վճարների մասին ՀՀ օրենք: Ընդունվել է 1997թ. դեկտեմբերի 26-ին և ենթարկվել է բազմաթիվ փոփոխությունների:
8. ՀՀ կառավարության ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ. ապրիլի 28-ի N380-Ա որոշմամբ:
9. Կայուն զարգացման ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ. հոկտեմբերի 30-ի N1207-Ն որոշմամբ
10. ՀՀ 2011-2013 թթ. պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2010թ. հուլիսի 8-ի N859-Ն որոշմամբ:
11. ՀՀ 2009-2011 թթ. պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության որոշմամբ:
12. ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվներ, հաշվետվություն 2009թ

13. Kutzin, Josepy; Cashin, Cheryl, and Jakab, Melitta. Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. World Health Organization. 2010.
14. Tobacco Control in developing countries, Prabhat Jha, Frank Chaloupka, Oxford University press 2000.
15. Health and Welfare Canada. Canadians and smoking: an update, 1991 & Sweanor DT, Canada's tobacco tax policies: successes and challenges, Ontario (Canada): Non-Smoker's Rights Association, 1991. In US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young Children. A report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994.
16. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, DC, 1999.
17. The National Conference of State Legislatures  
<http://www.ncsl.org/issues-research/health/2010-state-cigarette-excise-taxes.aspx>
18. The Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)  
[http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/About%20Us/Attachments/Fact%20Sheet\\_VicHealth%20Funding%20Model.ashx](http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/About%20Us/Attachments/Fact%20Sheet_VicHealth%20Funding%20Model.ashx)
19. Tobacco Act 1987, Part 3  
<http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/About%20Us/Vichealth%20Strategic%20Priorities/Attachments/TobaccoAct1987.ashx>
20. Tobacco Free Initiative, World Health Organization. Innovative health financing: earmarking tobacco taxes.
21. Tobacco Control Policy, strategies successes&setbacks, Joy de Beyer, Linda Brigden /A copublication of the World Bank and Research for International Tobacco Control/
22. FCTC Second (5 year) implementation report, Thailand.  
<http://www.who.int/fctc/reporting/tha/en/index.html>

23. Tobacco Control Policy of the Republic of Korea 2005, Ministry of Health and Welfare, Kyung Sook Cho
24. FCTC, First implementation report, Republic of Korea,  
<http://www.who.int/fctc/reporting/kor/en/index.html>
25. Curbing the Epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, World Bank, 1999  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20361460~menuPK:478880~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376601,00.html>
26. WHO Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization 2003  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
27. Tobacco Taxes and Innovative Financing , presentation prepared by Ayda Yurekli, Senior Economic Adviser and Anne Marie Perucic, Economist, WHO Tobacco Free Initiative
28. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, World Health Organization 2009
29. WHO technical manual on tobacco tax administration, World Health Organization 2010 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf)
30. Առողջություն և առողջապահություն 2010թ. տարեգիրք, ՀՀ ԱՆ ԱՏՎՀԿ
31. «Ծխախոտի արտադրանքի համար հաստատագրված վճարների մասին» ՀՀ օրենք
32. Ծխախոտի հարկումը. փաստեր, առանձնահատկություններ, Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն Երևան 2004,  
<http://www.ichd.org/?laid=2&com=module&module=menu&id=8&page=4&dateDay=&dateMonth=&dateYear=>
33. Ինչո՞ւ և որքա՞ն քարձրացնել ծխախոտի հարկերը Հայաստանում, Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն Երևան 2005,

[http://www.ichd.org/?laid=2&com=module&module=menu&id=8&page=3&dateDay=  
&dateMonth=&dateYear=](http://www.ichd.org/?laid=2&com=module&module=menu&id=8&page=3&dateDay=&dateMonth=&dateYear=)

**34.** ADAM SMITH *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations/*

**35.** [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS\\_files/documents/factsheet\\_-  
\\_mobile\\_phone\\_voluntary\\_solidarity\\_contribution\\_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf)

**Տեղեկատվություն ՀՀ կառավարության առողջապահության ոլորտի 2011-2014 թթ. ֆինանսավորման ծրագրերի վերաբերյալ**

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման պետական քաղաքականությունն արտացոլվում է այն ռազմավարական և ընթացիկ փաստաթղթերում, որոնք ընդունվում և հաստատվում են կառավարության, խորհրդարանի և առողջապահության նախարարության կողմից:

Առավել երկարաժամկետ ծրագրերը սովորաբար արտացոլվում են կառավարության ռազմավարական փաստաթղթերում, որտեղ կառավարությունը նշում է այն արդյունքները, որոնց ձգտում է հասնել երկարաժամկետ հեռանկարում և մատնանշում է այն ռեսուրսները (նյութական, մարդկային, ֆինանսական և այլ), որոնք պատրաստվում է օգտագործել այդ երկարաժամկետ նպատակներին հասնելու համար:

Երկարաժամկետ ռազմավարական ծրագրերի հիման վրա կառավարությունը մշակում է միջնաժամկետ ծրագրեր, որտեղ մատնանշում է այն միջանկյալ արդյունքները, որոնց օգնությամբ պատրաստվում է հասնել վերջնական ռազմավարական նպատակներին և միջանկյալ արդյունքներին: Միջանկյալ ծրագրերը պետք է համահունչ լինեն երկարաժամկետ ռազմավարական ծրագրերին և պետք է ակնհայտ լինի, որ միջանկյալ թիրախների ձեռքբերումն ի վերջո հանգեցնելու է վերջնական նպատակներին:

Երկարաժամկետ և միջնաժամկետ ծրագրերի հիման վրա, յուրաքանչյուր տարի կառավարությունը ձևավորում է իր համար առաջնահերթ հանդիսացող խնդիրները, դրանց հաղթահարելուն են նպատակաուղղված տարեկան ծրագրերը և այդ տարեկան ծրագրերի իրականացման համար անհրաժեշտ միջոցառումները: Այդ ծրագրերն ու միջոցառումները և վերջիններիս գործարկման համար անհրաժեշտ

Ֆինանսական ռեսուրսների անհրաժեշտ ծավալները սահմանվում են տարեկան բյուջեներում:

Ներկայում գործող ՀՀ կառավարությունը 2008թ. հաստատել է 2 ծրագիր: «ՀՀ կառավարության ծրագիրը» հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ. ապրիլի 28-ի N380-Ա որոշմամբ: «Կայուն զարգացման ծրագիրը» հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ. հոկտեմբերի 30-ի N1207-Ն որոշմամբ<sup>1</sup>: Այս ռազմավարական փաստաթղթերում կառավարությունը, տնտեսության և պետական քաղաքականության տարբեր ճյուղերում առկա խնդիրները թվարկելիս անդրադարձել է նաև առողջապահության ոլորտում տիրող իրավիճակին և խնդիրներին և մատնանշել այն ծրագրերն ու միջոցառումները, որոնք իր կարծիքով լուծելու են այդ խնդիրները կամ դրանց մի մասը:

ՀՀ առողջապահության ոլորտում առկա խնդիրները և դրանց լուծման կարևորությունն ընդգծված է նաև ՀՀ կառավարության 2008թ. ապրիլի 28-ի N380-Ա որոշման մեջ (այսուհետ՝ Ծրագիր): Ծրագրում կառավարությունը հայտարարել է, որ պատրաստվում է իրականացնել առողջապահական բարեփոխումներ՝ միջազգային լավագույն փորձին համապատասխան (Ծրագիր, էջ 6): Կառավարությունն ակնկալում էր, որ իր Ծրագրի իրականացման արդյունքում 2012թ. առողջապահության ոլորտ ուղղվող պետական ծախսերի ֆինանսավորումը կաճի մինչև ՀՆԱ 2.2 տոկոսը (Ծրագիր, էջ 7): Կառավարությունը պատրաստվում է խրախուսել «տարածաշրջանի համար հատուկ պահանջարկ ունեցող առողջապահական ուղղություններով Հայաստանը տարածաշրջանային առողջապահական կենտրոն դառնալուն, ինչպես նաև էլեկտրոնային բժշկության ներդրմանը նպաստող քայլերը» (Ծրագիր, էջ 41): 2008թ. ՀՀ կառավարությունը հայտարարում էր, որ միջնաժամկետ հատվածում առողջապահության ոլորտի

---

<sup>1</sup> Որքան էլ տարօրինակ է, ծրագրի անվանման մեջ որոշումը չի նշում Հայաստանի Հանրապետություն կամ Հայաստան անունները:



Ֆինանսավորումը հանդիսանալու է կառավարության ծախսային քաղաքականության առաջնային գերակայություններից մեկը:

Առողջապահության ոլորտի 2009-2011 թթ. ֆինանսական հատկացումների և ֆինանսավորման փաստացի ծավալներից երևում է ՀՀ կառավարությունը չի հատկացրել վերոնշյալ ծրագրերում իր կողմից նախատեսված ֆինանսավորման ծավալները, ինչը նշանակում է, որ առողջապահության ոլորտի 2012, 2015, 2021 թվականների նպատակակետերին հասնելու հավանականությունը շատ փոքր է: Աշխատանքային խմբի տրամադրության տակ չկան այլ փաստաթղթեր, որոնք կարող են օգնել եզրակացնել, որ 2008թ. հետո ՀՀ կառավարությունը որդեգրել է այլ քաղաքականություն կամ առողջապահության ոլորտի համար սահմանել է այլ թիրախներ:

Կայուն զարգացման ծրագիրն այլևս արդիական չէ, իսկ նրանում ներկայացված նպատակային թիրախները միջնաժամկետ հեռանկարում անհասանելի: Չնայած այս անհեթեթ իրավիճակին, ՀՀ կառավարությունը որևէ լուրջ փոփոխություն չի կատարել ծրագրում<sup>1</sup>, կամ չկա մի փաստ, որը կվկայեր, որ ՀՀ կառավարությունը զարգացման նոր ծրագիր է մշակում:

Կարելի է եզրակացնել, որ ներկայում առողջապահության ոլորտն առաջնորդվում է առանց հստակ սահմանված նպատակակետերի, կամ այդ նպատակակետերին հասնելը գրեթե անհնար է, քանի որ 2011-2012 թթ. ՀՀ կառավարությունը գրեթե երկու անգամ պակաս միջոցներ է ուղղել կամ պատրաստվում է ուղղել առողջապահության ոլորտ, քան իր իսկ կողմից նախատեսվել էր, այդ նպատակակետերին հասնելու համար:

---

<sup>1</sup> ԿԶԾ-ում կատարվել է մեկ փոփոխություն: 2009թ. ապրիլի 23-ին N437-Ն որոշմամբ որոշվել է ուժը կորցրած ճանաչել պետության կողմից լիցենզավորվող հարկադիր կատարման ծառայությունների ստեղծման վերաբերյալ ԿԶԾ 496-րդ կետը: Այս փոփոխությունն անհասկանալի է ինքնին, քանի որ չի ենթադրում որևէ գործողության կատարում կամ որոշման ընդունում, այլ ուղղակի ուժը կորցրած է ճանաչում ԿԶԾ պարագրաֆներից մեկը:

Կալիֆորնիա նահանգի եկամուտների և հարկման օրենսգրքի 41030-41032 բաժինները հասու են հետևյալ ինտերնետային էջում.

<http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/displaycode?section=rtc&group=41001-42000&file=41030-41032>

**Եկամուտների և հարկման օրենսդրություն. 41030-41032 բաժին**

41030. Յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 1-ին կամ մինչև այդ օրը Կալիֆորնիայի տեխնոլոգիական գործակալությունը պետք է որոշի այն լրացուցիչ վճարի դրույքաչափը, որը նրա գնահատմամբ բավարար հասույթ կստեղծի 911 ծառայությունների ընթացիկ ֆինանսական տարվա ծախսերը ֆինանսավորելու համար: Լրացուցիչ վճարի դրույքաչափը Կալիֆորնիայի տեխնոլոգիական գործակալության կողմից պետք է որոշվի ընթացիկ ֆիսկալ տարվա համար 911 ծառայությունների ծրագրերի, Կառավարության օրենսգրքի 53115 բաժնի պահանջներին համապատասխան գնահատված ծախսերի (ներառյալ աճողական ծախսերը) և ընդհանուր միջոցների նահանգային շտապ օգնության հետախոսահամարի հաշվի առկա մնացորդի տարբերությունը բաժանելով միջնահանգային հեռախոսակապի ծառայությունների և VOIP ծառայությունների վճարների գնահատականի այն մեծության վրա, որոնց նկատմամբ պետք է կիրառվի լրացուցիչ վճարը հաջորդ օրացուցային տարվա հունվարի 1-ից դեկտեմբերի 31-ը ներառող ժամանակահատվածում, բայց ոչ մի դեպքում լրացուցիչ վճարի դրույքաչափը ոչ մի տարում չպետք է գերազանցի մեկ տոկոսի երեք քառորդը կամ լինի պակաս մեկ տոկոսի կեսից:

41031. Յուրաքանչյուր տարի Կալիֆորնիայի տեխնոլոգիական գործակալությունը պետք է լրացուցիչ վճարի դրույքաչափը որոշի ոչ ուշ, քանի հոկտեմբերի 1 և խորհրդին պետք է տեղեկացնի նոր դրույքաչափի մասին, որը պետք է ֆիքսվի խորհրդի կողմից և հաջորդ օրացուցային տարվա հունվարի 1-ին և դրանից հետո կիրառվի միջնահանգային հեռախոսակապի ծառայությունների և VOIP ծառայությունների նկատմամբ:

41032. Կալիֆորնիայի տեխնոլոգիական գործակալությունից ծանուցումը ստանալուց և լրացուցիչ վճարի դրույքաչափը հաստատելուց անմիջապես հետո խորհուրդը, յուրաքանչյուր տարի նոյեմբերի 15-ից ոչ ուշ իր արձանագրություններում հրապարակի նոր դրույքաչափը և

իր մոտ գրանցված յուրաքանչյուր ծառայություն մատուցողի նամակով պետք է տեղեկացնի նոր դրույքաչափի վերաբերյալ:

---