



*Հերագորական խմբի ղեկավար՝
ՀԱՄԱԶԱՍՊ ԳԱԼՍՏՅԱՆ
փնտրեսագիտության թեկնածու*

*Հերագորական խմբի անդամներ՝
ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ
ՀՊՏՀ մագիստրանտ
ՍԱՍՈՒՆ ՍԱՀԱԿՅԱՆ
ՀՊՏՀ մագիստրանտ*

**ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

DOI: 10.52174/978-9939-61-225-6

ՀՏԴ 614.2
ԳՄԴ 51.1
Գ 206

*Հրապարակության է երաշխավորել
ՀՊՏՀ գիտական խորհուրդը*

Մասնագիտական խմբագիր՝

Դ. Հախվերդյան

տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Գրախոսներ՝

Գ. Նազարյան

տ.գ.թ., դոցենտ

Է. Մաթևոսյան

տ.գ.թ.

Խմբագրական խորհուրդ՝

Դ. Գալոյան

տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Թ. Մկրտչյան

տ.գ.դ., դոցենտ

Դ. Հախվերդյան

տ.գ.դ., պրոֆեսոր

Գ. Նազարյան

տ.գ.թ., դոցենտ

Հ. Գալստյան և ուրիշներ

Գ 206 Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կա-
ռավարման արդյունավետության գնահատում / Հ. Գալստյան և ուրիշներ.-
Եր.: Տնտեսագետ, 2021.- 198 էջ.- («Ամբերդ» մատենաշար 44):

Սույն հետազոտությունում, պետական մասնակցությամբ բժշկական կազ-
մակերպությունների կառավարման համակարգերի արդյունավետությունը
խոչընդոտող հիմնախնդիրների բացահայտման և լուծման նպատակով կի-
րառված քանակական և որակական գործիքների միջոցով իրականացված
վերլուծության հիման վրա, տրվել են գիտագործնական նշանակության գնա-
հատականներ, ներկայացվել են առաջարկություններ, որոնք կարող են նպաս-
տել ոլորտում առկա հիմնախնդիրների լուծմանը և համակարգի զարգացմա-
նը:

Հետազոտության արդյունքները կարող են օգտագործել պետական մար-
մինների և ոլորտի ներկայացուցիչները, հետազոտությունը կարող է օգտա-
կար լինել հետազոտողների և ուսանողների համար:

ՀՏԴ 614.2
ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-9939-61-225-6

© «Ամբերդ» հետազոտական կենտրոն, 2021 թ.
© «Տնտեսագետ» հրատարակչություն, 2021 թ.

Ներածություն.....	5
-------------------	---

Գլուխ 1. ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	10
1.1. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների գործունեության շահութաբերության վերլուծություն.....	10
1.2. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից շրջանառու կապիտալի կառավարման ուսումնասիրություն.....	21
1.3. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների իրացվելիության գնահատում.....	27
1.4. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կապիտալի կառուցվածքը.....	31
1.5. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների բազմագործոն դասակարգումը.....	34

Գլուխ 2. ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏԵՂԱԲԱՇԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀՀ-ՈՒՄ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՆԵՐԱԶԳԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱԶԱԺ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՀԱՄԱՏՆՔՍՏՈՒՄ	40
2.1. ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալները և կառուցվածքը	40
2.2. ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության շարժընթացը և դրանց ապահովման համատեքստում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը	45
2.3. ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափության գնահատումը	53

Գլուխ 3. ՀՀ ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԳԵՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ.....	68
3.1. ՀՀ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատումը՝ TQM սկզբունքներով անցկացված հարցման արդյունքներով	68
3.2. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի և դրանց այլընտրանքային մոդելների ուսումնասիրությունը՝ միջազգային փորձի դիտարկմամբ.....	97

Գլուխ 4. ՀՀ ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԱՌԿԱ ԽՈՉԸՆԴՈՏՆԵՐԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	112
4.1. ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպու- թյունների ֆինանսական կառավարման ուղեցույց	112
4.2. TQM ուղենշային մոդելը՝ որպես ՀՀ պետական մասնակցությամբ առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման գործիք	118
4.3. ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կատարելագործումը՝ հիմնված ինքնավարության հայտանիշների վրա	126
 Եզրակացություն.....	131
 Օգտագործված գրականության ցանկ.....	135
 Հավելված	137
 Համառոտագրեր	184

Հետազոտական թեմայի արդիականությունը

Յուրաքանչյուր կազմակերպության գործունեության արդյունավետությունը նախևառաջ պայմանավորված է տվյալ կազմակերպության ինստիտուցիոնալ կառուցվածքով: Վերջինս անմիջական ազդեցություն է ունենում ինչպես կազմակերպության ընթացիկ գործունեության արդյունավետության, այնպես էլ ռազմավարական նպատակների սահմանման, պլանավորման ու իրագործման վրա: Գործունեության արդյունավետության գնահատման կարևորագույն ցուցիչ է կառավարման արդյունավետությունը, ինչն ուղղակիորեն արտացոլում է կառավարման գործող համակարգի համապատասխանությունը կազմակերպության բիզնես-գործընթացներին: Այլ կերպ ասած՝ կառավարման համակարգից է կախված կազմակերպության արդյունավետ կամ ոչ արդյունավետ գործունեությունը: Սակայն, երբ խոսքը վերաբերում է բժշկական ծառայություններ մատուցող, հատկապես՝ պետական մասնակցությամբ կազմակերպություններին, ապա ոչ արդյունավետ կառավարման համակարգի առկայությունը կարող է առիթ հանդիսանալ այնպիսի խնդիրների առաջացման, ինչպիսիք են՝

- մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի անկումը,
- դրանց ոչ պատշաճ մատուցումն ու կազմակերպումը, հետևաբար՝ ՀՀ գործադիր իշխանության կողմից ոլորտի ռազմավարական խնդիրների ու նախանշած ծրագրերի ոչ ամբողջական իրականացումը,
- ազգաբնակչության կողմից առողջապահական համակարգի և տվյալ բուժհաստատության նկատմամբ թերահավատությունը կամ վստահության ցածր մակարդակը,
- բարձր որակավորում ունեցող բժշկական անձնակազմի հոսունությունը կամ բացակայությունը,
- կազմակերպության ֆինանսավորման կրճատումը և այլն:

Թվարկվածները անարդյունավետ գործունեություն ծավալելու հետևանքներ են և անարդյունավետության բացահայտման ցուցիչներ: Պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման համար նախևառաջ անհրաժեշտ է բացահայտել կառավարման արդյունավետությանը խոչընդոտող որոշիչ գործոնները, դրանց առաջացման բուն պատճառները, որի արդյունքում է միայն հնարավոր ընդունել արմատական փոփոխություններ ենթադրող իրատեսական որոշումներ:

Հարկ է նշել, որ ոլորտի արդյունավետ կենսագործման վրա ներազդող բացասական գործոններից մեկն այն է, որ բուժկազմակերպություններում գործնականում օգտագործվող կառավարման մոդելները բացառապես կողմնորոշված են դեպի բժշկական օգնություն ցուցաբերելու գործընթացը և ուշադրությունից դուրս են մղում, հաճախ նաև պարզապես հաշվի չեն առ-

նում տվյալ կազմակերպության արդյունավետ գործունեության հետ փոխկապակցված այլ գործոններ ևս, որոնք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն մասնակցում են բժշկական ծառայության ձևավորման գործընթացին և ազդում դրա արդյունքի վրա: Այս տեսանկյունից, պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության ուսումնասիրությունն արդիական է, իսկ դրա որակի բարձրացմանը նպաստող կառուցակարգի մշակումը՝ անհրաժեշտություն: Ըստ այդմ, հետազոտության թեմայի արդիականությունը պայմանավորող գործոնները կարող ենք դասակարգել երեք հիմնական խմբերում:

1. Բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիություն բնակչությանը

Բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը յուրաքանչյուր պետության առողջապահական համակարգի կարևորագույն հիմնախնդիրներից է, որը նպատակաուղղված է յուրաքանչյուր քաղաքացու համար հավասար և առնվազն նվազագույն պայմանների ապահովմանը՝ յուրաքանչյուրի առողջության պահպանմանը և վերականգնմանը: Եվ այս պարագայում Հայաստանի Հանրապետությունը բացառություն չէ: Հավասար և առնվազն նվազագույն պայմանների ստեղծումը ենթադրում է որոշակի տարածության վրա որոշակի մակարդակի բժշկական ծառայությունների ապահովում: Սա ենթադրում է մեկ բնակչին բաժին ընկնող որոշակի շտապօգնության վրա որոշակի քանակով բժշկական մահճակալների կամ բուժաշխատողների առկայություն: Համաչափ և առնվազն նվազագույն ծավալով բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովման խնդիրը պետությունը կարողանում է կարգավորել պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններ ստեղծելու և կազմակերպությունները զարգացնելու միջոցով: Խնդիրն ավելի է կարևորվում ներկա համավարակի պարագայում, երբ բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն ունի կենսական նշանակություն, իսկ բժշկական ծառայություններ մատուցող հաստատությունների, հատկապես՝ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կայունությունը և առկա հնարավորություններն իրավիճակի հաղթահարման առանցքային կարևորության բնութագրիչներ են:

2. Բուժհաստատությունների կառավարման արդյունավետության անհրաժեշտություն

Բժշկական ծառայությունների անհրաժեշտությունը բացատրվում է դրանց՝ բնակչության կյանքի որակը պայմանավորող կարևորագույն գործոն լինելով: Սակայն այս պարագայում հարց է առաջանում, թե ինչպիսին է նմանօրինակ ծառայություն մատուցող հաստատությունների գործունեության արդյունավետությունը: Արդյունավետության ներքո դիտարկում ենք ոչ միայն մատուցվող ծառայությունների բացարձակ բժշկական որակը, այլ նաև այնպիսի բաղադրիչներ, ինչպիսիք են ֆինանսները, կորպորատիվ մշակույթը, բուն կառավարման համակարգը, անձնակազմը և այլն: Իրական

նում այս բաղադրիչների որակը և մատուցվող ծառայությունների որակը գտնվում են անբալկետի կապի մեջ: Եվ այն բժշկական հաստատությունը, որը, օրինակ, չունի ֆինանսական և դրամական հոսքերի, շրջանառու կապի-տալի արդյունավետ կառավարման համակարգ, երկարաժամկետ հատվա-ծում, ըստ էության, ի գործու չէ ապահովել կայուն աճ և զարգացում: Նույնը կարող ենք ասել նաև բուն կառավարման համակարգի, անձնակազմի կամ կորպորատիվ մշակույթի պարագայում, ավելին՝ վերջիններս բժշկական ծառայությունների որակի հետ կապվում են ուղղակիորեն: Այս դեպքում եր-կարաժամկետում բժշկական ծառայությունների որակի և հասանելիության մշտական աճ ապահովելու համար անհրաժեշտ է իրականացնել կազմակեր-պության ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներքին միջավայրի գործոնների վերլուծություն, քանի որ այս ամենն ուղղակիորեն ազդում է կառավարման համակարգի արդյունավետության և հետևապես՝ մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի վրա:

3. Պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործման կարևորություն

Բժշկական հաստատությունների կառավարման համակարգի արդյու-նավետության գնահատումն առավել մեծ կարևորություն է ստանում, երբ այն դիտարկում ենք բուժհաստատություններին տրամադրվող պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործման համատեքստում և հատկապես պետական մասնակցությամբ բժշկական հաստատությունների կառավար-ման համակարգերի արդյունավետության առումով:

Պետությունը՝ ի դեմս կառավարության, իրականացնելով միջոցների կենտրոնացում և վերաբաշխում, փորձում է լուծել մի շարք խնդիրներ: Պե-տական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունն այս դեպքում կա-րող է արտահայտվել ինչպես ֆինանսական ցուցանիշներով, այնպես էլ նմանօրինակ հաստատությունների առջև դրված առողջապահական խնդիր-ների լուծումներով:

Ամբողջացնելով դիտարկումները, ինչպես նաև հաշվի առնելով համա-վարակալին ներկայիս իրողությունները՝ հստակ տեսանելի է դառնում, որ ուսումնասիրության թեման առավել քան արդիական է, իսկ սպասվող ար-դյունքները՝ անհրաժեշտություն՝ առողջապահական քաղաքականության կատարելագործման, պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործման և բժշկական հաստատությունների կառավարման համակարգերի զարգաց-ման համատեքստում:

Ամփոփելով վերոնշյալը՝ կարող ենք սահմանել **հետազոտության հիմ-նական նպատակը**, այն է՝ **գնահատել պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման համակարգերը և դրանց վրա ազդող արտաքին ու ներքին գործոնները, ինչպես նաև**

առաջ քաշել գործուն կառուցակարգեր, որոնք հնարավորություն կընձեռեն բարձրացնելու համակարգերի արդյունավետությունը:

Նախատեսվում է ուսումնասիրել ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ինչպես կառավարման համակարգերի առկա վիճակը և ֆինանսատնտեսական դրությունը, այնպես էլ դրանց դերը հանրային առողջության և բժշկական ծառայությունների ապահովման համաչափության համատեքստում:

Հետազոտության խնդիրները

Հետազոտության շրջանակում առաջ են քաշվել հետևյալ **խնդիրները**.

- 1. վերլուծել** պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների արդի վիճակը,
- 2. գնահատել** այդ կազմակերպությունների տեղաբաշխածությունը հանրապետությունում,
- 3. գնահատել** դրանց ներազդեցության չափաբաժինը քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում առողջապահական կազմակերպությունների և բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափ զարգացման և հանրության առողջության ցուցանիշների բարելավման համատեքստում,
- 4. բացահայտել** կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետությանը խոչընդոտող գործոնները և ուսումնասիրել դրանց հաղթահարման հնարավոր ուղղությունները,
- 5. ուսումնասիրել** կազմակերպության բարձր և միջին օղակի կառավարիչների կողմից կիրառվող սկզբունքների գերակայությունները՝ կառավարման արդյունավետության համատեքստում,
- 6. ուսումնասիրել** պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի արդիականությունը և այլընտրանքային մոդելների կիրառման հնարավորություններն ու նպատակահարմարությունը:

Հետազոտության օբյեկտը և առարկան

Հետազոտության օբյեկտը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության և հանրային առողջության ապահովման համակարգն է՝ իրեն բնորոշ ենթակառուցվածքներով, առանձնահատկություններով և բաղադրիչներով:

Հետազոտության առարկան ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններն են, դրանց կառավարման համակարգերը և կառավարման մակարդակները, ֆինանսատնտեսական վիճակի գնահատումը, ինչպես նաև այդ կազմակերպությունների միջոցով բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովումը:

Հետազոտության մեթոդաբանությունը և տեղեկատվական հիմքերը

Հետազոտության իրականացման համար մեծավ մասամբ տեղեկատվական հիմք են ծառայել ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի, ԱԱՀ առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի և ՀՀ պետական գույքի կառավարման կոմիտեի հրապարակած և ներկայացրած տվյալները:

Հետազոտության ընթացքում օգտագործվել են մակաժողովրդային, արտաժողովրդային (ինդուկցիայի, դեդուկցիայի), համանմանության (անալոգիայի), դինամիկ և կառուցվածքային դիտարկումների, գործոնային և կլաստերային վերլուծության մեթոդները:

Հետազոտության ակնկալվող արդյունքներն են՝

- Հայաստանի Հանրապետությունում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման կատարելագործման համատեքստում, կազմակերպական–իրավական՝ ներառյալ պետական բաժնեմասի և/կամ սեփականության ձևի փոփոխության արդյունքում, կառավարման նոր և ֆինանսական ու կազմակերպական արդյունավետություն ապահովող մոդելների մշակում,
- բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական կառուցվածքների և ստորադաս ու հորիզոնական կապերի կառավարման՝ գիտական հիմնավորմամբ կառուցակարգերի ներկայացում,
- քննարկվող կազմակերպությունների համար ֆինանսական կառավարման ուղեցույցի մշակում,
- ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիության ապահովման սկզբունքների սահմանում՝ դիտարկելով այդ գործընթացում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը:

ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Յուրաքանչյուր կազմակերպության բնականոն գործունեությունը բնութագրող գործոններից մեկը ֆինանսական կայունությունն է, որը կազմակերպության արտաքին և ներքին միջավայրում առաջացող շոկերի ֆինանսական հետևանքներին դիմակայելու ունակությունն է¹: Այս պարագայում բժշկական կազմակերպությունները ևս բացառություն չեն:

Երբ խոսքը վերաբերում է պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններին, ապա դրանց կառավարման արդյունավետության բարձրացման տեսանկյունից ֆինանսատնտեսական վիճակի վերլուծությունը ոչ միայն կարևոր է, այլև խիստ անհրաժեշտ՝ պայմանավորված հավաքագրված հանրային միջոցների/եկամուտների արդյունավետ վերաբաշխման հանգամանքով: Այդ նպատակով հարկ ենք համարում իրականացնել քննարկվող կազմակերպությունների ֆինանսական կայունության վերլուծություն:

1.1

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների գործունեության շահութաբերության վերլուծություն²

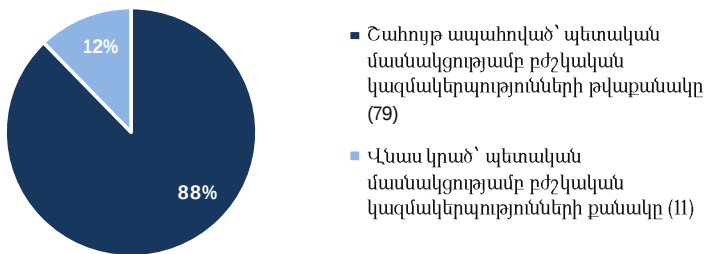
Կազմակերպություններում ֆինանսական կայունության ապահովման անհրաժեշտ, սակայն ոչ բավարար պայման է հնարավորինս մեծ ծավալի հասույթի և շահույթի առկայությունը: 2019 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ-ում գործող 90 պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից 2018 թ. ընթացքում գեներացվել է շուրջ 34.7 մլրդ ՀՀ դրամի հասույթ, այնինչ հանրագումարային ֆինանսական արդյունքը, որը զուտ շահույթն է կամ վնասը, այդ կազմակերպությունների համար եղել է բացասական մեծություն (վնաս)՝ կազմելով շուրջ 397.9 մլն ՀՀ դրամ: Արդյունքում, պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների համընդհանուր զուտ շահութաբերությունը կազմել է -1.15%: Երբ անդրադառնում ենք

¹ St'u Garry J. Schinasi, Defining Financial Stability, IMF Working Paper, International Capital Market Department, October 2004, էջ 1-4:

² Բոլոր ցուցանիշները հաշվարկվել են հետազոտական խմբի կողմից, ամբողջական ցուցանիշները ներկայացված են հավելվածներ 1-ում, 2-ում և 3-ում:

նաև ձևավորված հասույթի կառուցվածքին, ապա առկա խնդիրները դառնում են առավել ակնհայտ. մասնավորապես, հասույթի շուրջ 68%-ը ձևավորվում է պետական պատվերի հաշվին, և միայն 17.2%-ը՝ ի հաշիվ վճարովի բուժառայությունների, ինչը, բնականաբար, հեռու է այս ոլորտում քիզնեսմիջավայրն արդյունավետ համարելու գաղափարից: Եվ երբ դիտարկում ենք նաև ՀՀ-ում ընդհանուր առողջապահական ոլորտի զուտ շահութաբերության գործակիցը (2.7%), ապա պարզ է դառնում, որ իրավիճակը պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպություններում ամենաարդյունավետը չէ՝ շուկայի մյուս մասնակիցների համեմատ:

Հարկ է նշել, որ զուտ շահույթի բացասական մեծություն գրանցել են միայն 11 կազմակերպություններ, սակայն մյուս 79 կազմակերպությունների ստացած շահույթն այնքան փոքր է եղել, որ քննարկվող 11 կազմակերպությունների վնասի մեծությունը ծածկել է այն ու ընդհանուր առմամբ վնաս ձևավորել (գծապատկեր 1.1): Բնականաբար, վնասի առկայությունը դեռևս ցուցիչ չէ ռեսուրսներն այլ ոլորտ ուղղելու համար, որովհետև այս ոլորտում ներդրումները հիմնականում կատարվել են ոչ թե ֆինանսական արդյունք ապահովելու, այլ հանրային առողջության խնդիրներ լուծելու համար: Սակայն, ինքնին պարզ է, որ անհրաժեշտ է հոգալ նաև կազմակերպությունների ֆինանսական արդյունավետության մասին, որովհետև այն հիմք է դրանց կայուն զարգացման և քննարկվող նպատակայնության ապահովման համար:



Գծապատկեր 1.1

Շահույթ ապահովված կամ վնաս կրած պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների թվաքանակը

Ֆինանսական կայունության գնահատման տեսանկյունից, պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կողմից ձևավորված ընդհանուր հասույթի կամ շահույթի մեծության դիտարկումները բավարար չեն՝ ամբողջական պատկերացում ձևավորելու համար: Անհրաժեշտ է ուսումնասիրել նաև այնպիսի հարաբերական ցուցանիշներ, ինչպիսիք են **զուտ, սեփական և ներդրված կապիտալի, ակտիվների շահութաբերությունը**, ինչպես նաև **սեփական և ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը**:

Կազմակերպության **զուտ շահութաբերությունը** դրա ֆինանսական վիճակը բնութագրող ամենատանցքային գործակիցն է, այն ցույց է տալիս, թե ձևավորված հասույթի (համախառն եկամուտների) որ մասն է կազմում վերջնական ֆինանսական արդյունքը (վերջինս համախառն եկամուտների և համախառն ծախսերի տարբերությունն է): Այլ կերպ ասած՝ զուտ շահութաբերությունը կազմակերպության վերջնական ֆինանսական արդյունքի տեսակարար կշիռն է ընդհանուր հասույթի մեջ: Ըստ այդմ, կազմակերպության ֆինանսական արդյունքը կարող է ձևավորվել շահույթի կամ վնասի տեսքով. եթե համախառն եկամուտները գերազանցում են համախառն ծախսերը, ապա կազմակերպությունը գործում է շահույթով, իսկ եթե ոչ՝ վնասով: Կազմակերպության զուտ շահութաբերությունը հաշվարկվում է՝ զուտ շահույթը (շահույթը հարկումից հետո) հարաբերելով հասույթին:

$$\text{Զուտ շահութաբերություն} = \text{Զուտ շահույթ} / \text{Հասույթ}^3$$

Դիտարկվող առողջապահական 90 կազմակերպությունների համար հաշվարկվել է հենց այս ցուցանիշը: Արդյունքում, միջին զուտ շահութաբերությունը կազմել է -1.13%: Սակայն առավել հավաստի պատկեր ստանալու համար իրականացրել ենք շարքի մաքրում՝ հեռացնելով մեկ կազմակերպության («Գյումրու ծննդատուն» ՓԲԸ) զուտ շահութաբերության ցուցանիշը (-187.61%), որն ակնհայտորեն շեղված էր մնացյալ կազմակերպությունների նույն ցուցանիշից: Արդյունքում, շարքի վերահաշվարկված միջինը կազմում է 0.96%, ինչն ինքնին դրական ցուցանիշ է, սակայն այն բարձր արդյունավետությամբ գործունեության բնութագրիչ չէ, քանի որ գրանցված ցուցանիշը չի գերազանցում նույնիսկ 1 տոկոսային կետը: Անհրաժեշտ է նաև քննարկվող կազմակերպությունները դասակարգել որոշակի խմբերում՝ ըստ զուտ շահութաբերության: Այդ կերպ կպարզենք, թե դրանցից քանիսը շահութաբերության որ միջակայքին են պատկանում: Խմբերի քանակը որոշելու համար օգտվել ենք Ա. Ն. Պետրոսյանի կողմից առաջարկվող հետևյալ բանաձևից՝

$$k = 1 + 3.322 * \lg(n) \approx 7^4,$$

որտեղ՝ k -ն խմբերի քանակն է, իսկ n -ը՝ շարքի տարրերի քանակը:

Ունենալով խմբերի քանակը, մաքրված շարքում զուտ շահութաբերության առավելագույն և նվազագույն մեծությունները՝ հաշվարկել ենք նաև յուրաքանչյուր խմբի լայնությունը՝

$$h = (R_{\max} - R_{\min}) / k \approx 2.46\% ^5,$$

որտեղ՝ h -ը խմբերի լայնությունն է, իսկ $R_{\max}$ -ն ու $R_{\min}$ -ը համապատասխանաբար շարքի առավելագույն և նվազագույն մեծություններն են:

³ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 10:52 PM,

<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/net-profit-margin-formula/>.

⁴ Տե՛ս Ա. Ն. Պետրոսյան, Վիճակագրության ընդհանուր տեսություն, ՀՊՏՀ, Եր., 2008, էջ 35:

⁵ Տե՛ս նույն տեղը, էջ 36:

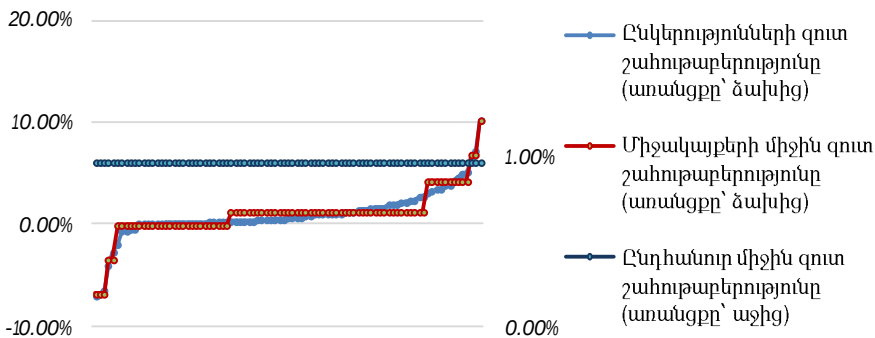
Վերոբերյալ հաշվարկների հիման վրա իրականացրել ենք ուսումնասիրվող կազմակերպությունների խմբավորում, որի արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 1.1-ում:

Աղյուսակ 1.1

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ զուտ շահութաբերության

Միջակայքի սկիզբ	Միջակայքի ավարտ	Միջակայքի հաճախություն	Միջակայքի միջին
-7.07%	-4.61%	3	-6.81%
-4.61%	-2.16%	2	-3.44%
-2.16%	0.30%	26	-0.06%
0.30%	2.76%	45	1.14%
2.76%	5.21%	10	4.22%
5.21%	7.67%	2	6.85%
7.67%	10.13%	1	10.13%

Ինչպես տեսնում ենք, ամենատարածված միջակայքը 0.30%–2.76%-ն է, որում ներառված է կազմակերպությունների ավելի քան 50.5%-ը: Այս միջակայքում միջին զուտ շահութաբերությունը կազմում է 1.14%, ինչը, ինչպես ընդհանուր միջինի դեպքում էր, դրական ցուցանիշ է, սակայն չի խոսում ֆինանսական արդյունավետության մասին, որովհետև այն բավականաչափ փոքր է: Մտահոգիչ է նաև այն հանգամանքը, որ կազմակերպություններից 26-ը (29.21%) գտնվում է -2.16%-ից +0.30% միջակայքում, որում միջին զուտ շահութաբերությունը կազմում է -0.06%: Պարզ է դառնում, որ վերոնշյալ 26 կազմակերպություններն ապահովել են կա՛մ գրոյականին մոտ, կա՛մ բացասական զուտ շահութաբերություն: Այդ բաշխվածությունն առավել հանգամանալից ներկայացնենք գծապակեր 1.2-ի միջոցով:



Գծապակեր 1.2

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ զուտ շահութաբերության

Ընդհանուր առմամբ, ամբողջացնելով զուտ շահութաբերության ցուցանիշի վերլուծությունը, կարող ենք պնդել, որ շահութաբերության միջին մակարդակը, որին մոտ շահութաբերություն է գրանցել դիտարկվող կազմա-

կերպությունների մեծ մասը, ունի ոչ բացասական, սակայն բավականաչափ փոքր դրական մեծություն: Այս իրավիճակը դժվար է համարել դրական երևույթ, սակայն, հաշվի առնելով այդ կազմակերպությունների գործունեության առանձնահատկությունները՝ շահութաբերության վերաբերյալ վերջնական եզրակացություն տալու համար, անհրաժեշտ ենք համարել դիտարկել շահութաբերության այլ ցուցանիշներ ևս:

Շահութաբերության հաջորդ կարևորագույն ցուցանիշը **ակտիվների շահութաբերությունն է (ROA - Return on Assets)**, որը ցույց է տալիս կազմակերպության մեկ միավոր ակտիվին բաժին ընկնող զուտ շահույթի մեծությունը: Այս ցուցանիշը հնարավորություն է տալիս հասկանալու, թե կազմակերպությունը որքանով է արդյունավետ օգտագործում իր տնօրինման ներքո գտնվող տնտեսական միջոցները՝ **ակտիվները**: Ակտիվների շահութաբերությունը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

Ակտիվների շահութաբերություն /ROA - Return on Assets/ =

Զուտ շահույթ / ակտիվների հաշվեկշռային արժեք ⁶:

Ակտիվների բացասական շահութաբերությամբ կազմակերպությունների թվաքանակը 11 է: Այդ կազմակերպություններից մեկի դեպքում ցուցանիշը գրանցել է **-898.07%** արդյունք, ինչը գործնականում անհնարին երևույթ է, հատկապես՝ բժշկական կազմակերպությունների պարագայում (բժշկական կազմակերպություններն աչքի են ընկնում ակտիվների բարձր հաշվեկշռային արժեքով, ինչի շնորհիվ ակտիվների շահութաբերությունն այս ոլորտում բավականաչափ փոքր մեծություն է կազմում): Ավելին, այս կազմակերպությունը («Գյումրու ծննդատուն» ՓԲԸ) նախորդ դիտարկման ընթացքում շարքից հեռացված կազմակերպությունն է, հետևաբար այս և մյուս դիտարկումների ընթացքում այն կհեռացվի շարքից: Ակնհայտ է, որ նման դեպքում խնդիրը հաշվետվողականության համակարգի ոչ արդյունավետությունն է, ինչը ևս լրջագույն խնդիր է պետական միջոցների կառավարման տեսանկյունից: Շարքի մյուս 89 կազմակերպությունների ակտիվների միջին շահութաբերությունը կազմում է 1.13%, ինչը, անկասկած, բժշկական կազմակերպությունների դեպքում դրական արդյունք է (ակտիվների մեծ հաշվեկշռային արժեք ունենալու հանգամանքով պայմանավորված՝ այս ցուցանիշը կարող ենք համարել ընդունելի): Նշենք նաև, որ ակտիվների շահութաբերության ցուցանիշն այս կազմակերպությունների համար տատանվում է **-18.83%-ից +14.38%-ի** միջակայքում, իսկ կազմակերպությունների գրեթե կեսի դեպքում (**49.4%**) ակտիվների շահութաբերությունը տատանվում է **0%-1%-ի** միջակայքում, ինչն ընդունելի երևույթ է, բայց ոչ դրական: Դիտարկվող կազմակերպությունների բաշխվածությունն ըստ ակտիվների շահութաբերության ներկայացված է գծապատկեր 1.3-ում:

⁶ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:04 PM,

<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/return-on-assets-roa-formula/>.



Գծապատկեր 1.3

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ ակտիվների շահութաբերության

Շահութաբերության հաջորդ կարևորագույն բնութագրիչները **սեփական կապիտալի և ներդրված կապիտալի շահութաբերություններն** են, որոնք ցույց են տալիս, թե կազմակերպությունը որքանով է արդյունավետ օգտագործում կատարված ներդրումները: Այս տեսանկյունից նշենք, որ սեփական կապիտալի շահութաբերությունը բնութագրում է միայն սեփական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը, իսկ ներդրված կապիտալի շահութաբերությունը՝ ընդհանուր ներդրումների, որը սեփական կապիտալի և երկարաժամկետ պարտավորությունների հանրագումարն է: Այս ցուցանիշները հաշվարկվում են հետևյալ բանաձևերի կիրառմամբ⁷.

Սեփական կապիտալի շահութաբերություն. (ROE) = Զուտ շահույթ/Սեփական կապիտալ

Ներդրված կապ. շահութաբ. (ROCE) = Գործառ. շահույթ / (սեփ. կապ. + երկ. պարտ.):

Դիտարկվող բանաձևերի հայտարարներում առկա տարբերություններից զատ, անհրաժեշտ է քննարկել նաև այս երկու ցուցանիշների համարիչների տարբերությունը: Սեփական կապիտալի շահութաբերության դեպքում համարիչում կիրառում ենք միայն զուտ շահույթ ցուցանիշը, քանի որ սեփական կապիտալի սեփականատերերն իրենց շահաբաժինը ստանում են զուտ շահույթից, իսկ ներդրված կապիտալի շահութաբերության դեպքում համարիչում կիրառում ենք շահույթ մինչև տոկոս և հարկում ցուցանիշը, որովհետև երկարաժամկետ պարտավորությունների դեպքում պարտատերերն իրենց վճարները ստանում են չհարկված շահույթից, հետևաբար հաշվարկի

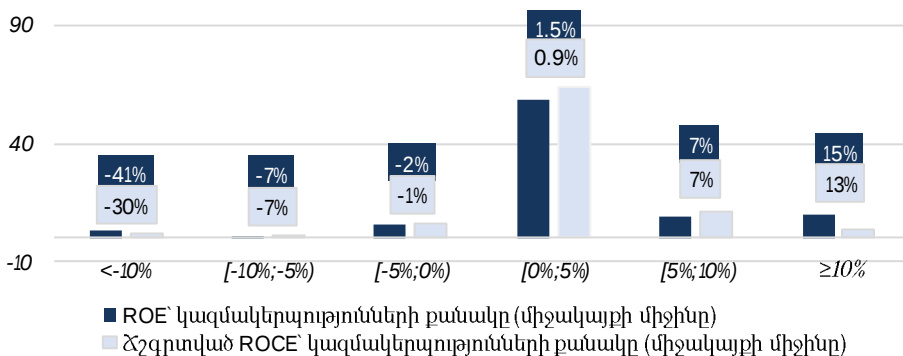
⁷ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:10 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/what-is-return-on-equity-roe/>
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/return-on-capital-employed-roce/>.

հիմք է այն շահույթը, որից դեռևս չեն վճարվել տոկոսները և չի գանձվել շահութահարկը:

Սեփական կապիտալի շահութաբերությունը դիտարկելիս շարքում առկա է միայն մեկ արտասովոր դեպք, երբ այս ցուցանիշը կազմում է **-4745.40%**, ինչը տվյալ պարագայում կարող ենք հնարավոր համարել, որովհետև այն պայմանավորված է դիտարկվող կազմակերպության սեփական կապիտալի բավականին փոքր մեծությամբ: Սա, բնականաբար, ֆինանսական ռիսկի աղբյուր է այս կազմակերպության համար («Վաղարշապատի հիվանդանոց» ՓԲԸ), մինևույն ժամանակ նշենք, որ ներդրված կապիտալի դեպքում շահութաբերությունը կազմում է **-6.99%**, այսինքն՝ այս կազմակերպությունը հիմնականում գործունեություն է ծավալում փոխառու միջոցների հաշվին, ինչը կարող է հանգեցնել ֆինանսական լծակի բացասական էֆեկտի:

Մնացած կազմակերպությունների դեպքում սեփական կապիտալի միջին շահութաբերությունը կազմում է **1.67%**, իսկ ներդրված կապիտալի շահութաբերությունը՝ **1.84%**: Երկու դեպքում էլ տատանման միջակայքերը բավականաչափ մեծ են. առաջին դեպքում այն **-69.16%-ից +21.75%** է, իսկ երկրորդ դեպքում՝ **-42.21%-ից +24.97%**: Սեփական կապիտալի շահութաբերությամբ **59** կազմակերպության (**67.05%**) համար այս ցուցանիշը պատկանել է **0%-5%** միջակայքին, իսկ ներդրված կապիտալի շահութաբերության դեպքում այդ նույն միջակայքին (առանց հարկային ճշգրտչի՝ **0%-6.1%** միջակայքին) պատկանել է **64** կազմակերպություն (**72.73%**):

Գծապատկեր 1.4-ի միջոցով ներկայացնենք նաև, թե ինչպիսին է մաքրված շարքում սեփական կապիտալի շահութաբերությամբ և հարկային ճշգրտչով ճշտված՝ ներդրված կապիտալի շահութաբերությամբ կազմակերպությունների քանակական բաշխումը:



Գծապատկեր 1.4

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ սեփական կապիտալի և ներդրված կապիտալի շահութաբերության

Ինչպես տեսնում ենք, այս ցուցանիշների դեպքում ևս քննարկվող կազմակերպությունների մեծ մասն ապահովել է բավականաչափ փոքր շահութաբերություն: Այս երկու ցուցանիշների համատեքստում առկա է մեկ այլ հետաքրքրական վիճակագրություն. մասնավորապես, ինչպես տեսնում ենք գծապատկեր 1.4-ում ներկայացված տվյալներից, դիտարկվող միջակայքներից մեծ մասում՝ 6 միջակայքից 5-ում, սեփական կապիտալի և ներդրված կապիտալի շահութաբերության միջինացված ցուցանիշների միջև առկա չեն մեծ տարբերություններ: Սա նշանակում է, որ այս կազմակերպություններն ունեն ներգրավված միջոցների այնպիսի կառուցվածք, որը հնարավորություն չի տալիս ապահովելու ֆինանսական լծակի մեծ էֆեկտ:

Հարկ է նաև նշել, որ ֆինանսական լծակի էֆեկտի միջոցով կազմակերպության գործունեությունը դառնում է առավել ռիսկային, հետևաբար հաստիքում ցանկացած փոփոխություն առավել մեծ չափով է ազդում ֆինանսական արդյունքի վրա: Այսինքն, եզրակացությունը երկակի է. նախ, ֆինանսական ռիսկի տեսանկյունից դրական է, որ այս կազմակերպություններն ունեն ֆինանսական լծակի փոքր էֆեկտ, սակայն այս նույն հանգամանքը բացասական է տնտեսական արդյունավետության տեսանկյունից, հատկապես, երբ քննարկվում են միջոցների վերաբաշխման արդյունավետությունը և այլընտրանքայնությունը:

Այնուամենայնիվ, կազմակերպությունների շահութաբերության վերլուծությունը միայն շահութաբերության գործակիցների միջոցով չէ, որ իրականացվում է: Անհրաժեշտ է նաև հաշվարկել այնպիսի ցուցանիշներ, որոնք վերաբերում են նաև շահույթի գեներացման աղբյուրին, այն է՝ հասույթին, որովհետև կազմակերպության շահութաբերության բարձր մակարդակի ապահովման համար անհրաժեշտ, բայց ոչ բավարար պայման է բարձր մակարդակի եկամտաբերությունը կամ, այլ կերպ ասած, մեծ ծավալի հասույթ գոյացնելու կարողությունը: Այդ իսկ պատճառով, աշխատանքի այս մասում հարկ ենք համարում անդրադառնալ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների՝ **սեփական և ներդրված կապիտալի շրջանառելիության ցուցանիշներին**, որոնք հաշվարկվում են հետևյալ բանաձևերով⁸

*Սեփական կապիտալի շրջանառելիություն = Հասույթ/Սեփական կապիտալ
Ներդրված կապ. շրջանառելիություն = Հասույթ/(Սեփ. կապ. + երկար. պարտավ.)*

Ցուցանիշների հաշվարկման բանաձևերից ակնհայտ է, որ այս ցուցանիշներն արտացոլում են ներդրումների յուրաքանչյուր միավորին բաժին ընկնող հասույթի չափը: Բնականաբար, ենթադրելի է, որ որքան բարձր են այս ցուցանիշները, այնքան ակտիվ է կազմակերպությունում հասույթ գոյաց-

⁸ Official page of ACCA Global, visited 17/08/20 11:18 PM, <https://www.accaglobal.com/vn/en/student/exam-support-resources/fundamentals-exams-study-resources/f2/technical-articles/ratio-analysis.html>.

ներու գործընթացը: Որոշ դեպքերում հնարավոր է նաև, որ վերողիտարկյալ ցուցանիշները լինեն բացասական մեծություններ՝ պայմանավորված սեփական կապիտալի բացասական լինելու հանգամանքով: Այս պարագայում շրջանառելիության ցուցանիշը ոչ թե միավոր ներդրմանը բաժին ընկնող հասույթի մեծությունն է ներկայացնում, այլ՝ թե քանի անգամ զոյացած հասույթը կարող է ծածկել ներդրումների բացասական տարբերությունը:

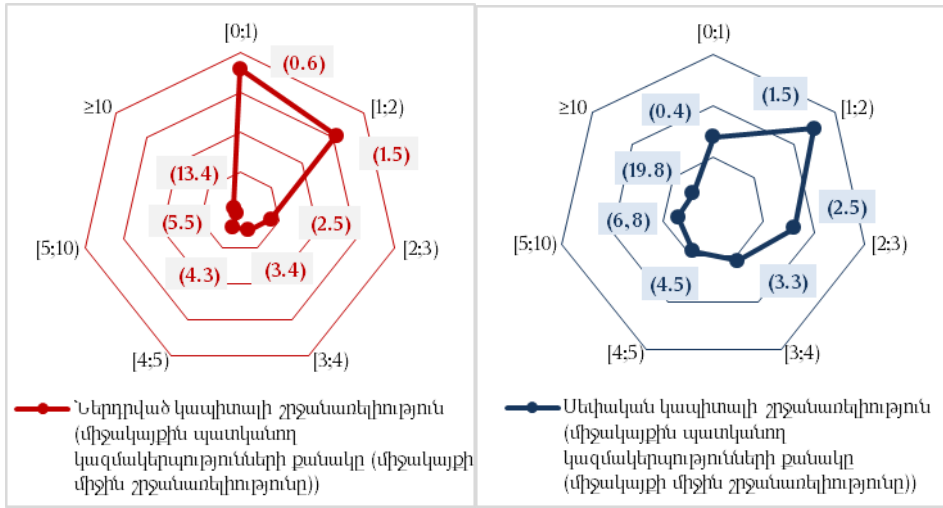
Դիտարկվող 90 կազմակերպություններից նախևառաջ առանձնացնենք սեփական կամ ներդրված կապիտալի բացասական շրջանառելիություն ունեցող, ինչպես նաև շարքի դիտարկման ընթացքում շարքից հեռացման ենթակա կազմակերպությունները (շարքի մաքրում):

Շարքից մաքրման է ենթակա միայն մեկ կազմակերպություն («Վաղարշապատի հիվանդանոց» ՓԲԸ), որի դեպքում սեփական կապիտալի շրջանառելիությունը 1,712 է, ինչը բացատրվում է սեփական կապիտալի բավականաչափ փոքր լինելու հանգամանքով: Այս ցուցանիշի նույնիսկ այսչափ մեծ լինելու պարագայում էլ կազմակերպության ROE-ն բացասական մեծություն է, ինչը ևս մեկ անգամ ապացուցում է շահութաբերության բարձր մակարդակի ապահովման համատեքստում սեփական կապիտալի՝ բարձր շրջանառելիության անհրաժեշտ, բայց ոչ բավարար պայման լինելը:

Ընդհանուր առմամբ, դիտարկվող կազմակերպություններից միայն երկուսն են, որ ունեն սեփական կապիտալի բացասական շրջանառելիություն, հետևաբար նաև՝ բացասական սեփական կապիտալ, որոնցից առաջինի դեպքում սեփական կապիտալ/երկարաժամկետ պարտավորություններ հարաբերակցությունը բացարձակ արժեքով մեծ է մեկից, մյուսի դեպքում՝ փոքր: Այդ իսկ պատճառով, մի դեպքում ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը բացասական մեծություն է (սեփական կապիտալ + երկարաժամկետ պարտավորություններ < 0), իսկ մյուս դեպքում՝ դրական (սեփական կապիտալ + երկարաժամկետ պարտավորություններ > 0): Այս կազմակերպությունները ևս դուրս ենք թողնում ընդհանուր համակարգային դիտարկումներից:

Մնացյալ 87 կազմակերպությունների դեպքում սեփական կապիտալի շրջանառելիության միջին ցուցանիշը կազմում է 3.53, իսկ ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը՝ 1.76: Սա նշանակում է, որ Հայաստանի Հանրապետությունում գործող պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունները միջինում միավոր սեփական կապիտալի հաշվին գններացում են 3.53 միավոր հասույթ, իսկ ներդրված կապիտալի հաշվին՝ 1.76 միավոր հասույթ: Այս երկու ցուցանիշներից ակնհայտ է, որ դիտարկվող կազմակերպություններում միջինում սեփական կապիտալ/երկարաժամկետ պարտավորություններ հարաբերակցությունը կազմում է 1 (սեփական կապիտալի հարաբերությունը ներդրված կապիտալին 0.5 է): Այս ցուցանիշը ևս մեկ անգամ փաստում է ֆինանսական լծակի էֆեկտի փոքր լինելու հանգամանքը: Ընդհանուր առմամբ, դիտարկվող կազմակերպություններից 86.21%-ի դեպքում

սեփական կապիտալի շրջանառելիությունը պատկանում է 0-5 միջակայքին, իսկ 95.45%-ի դեպքում այդ միջակայքին է պատկանում ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը: Ցուցանիշներն առավել մանրամասն ներկայացված են գծապատկեր 1.5-ում:



Գծապատկեր 1.5

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների բաշխվածությունը՝ ըստ սեփական և ներդրված կապիտալի շրջանառելիության

Գծապատկեր 1.5-ում ներկայացված տվյալները փաստում են, որ կապիտալի շրջանառելիությունը ՀՀ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպություններում բավականաչափ փոքր է: Սակավաթիվ կազմակերպություններ են, որ ապահովում են ներդրված կապիտալի 2-ից մեծ շրջանառելիություն, այսինքն՝ 1 միավոր ներդրված կապիտալը քննարկվող կազմակերպություններում մեծավ մասամբ նույնիսկ չի ապահովում կրկնակի հասույթ: Այս պարագայում, հաշվի առնելով բժշկական կազմակերպությունների շահույթի նորմայի շատ փոքր լինելու հանգամանքը, ակնհայտ է դառնում, որ կապիտալի շահութաբերության նորմայի ցածր մակարդակը պայմանավորված է հենց շրջանառելիության դանդաղեցմամբ: Ընդհանուր առմամբ, ամփոփելով պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների շահութաբերության վերլուծությունը, կարող ենք կատարել հետևյալ եզրահանգումները.

1. դիտարկվող կազմակերպությունները կարելի է բաժանել երկու խմբի՝ ցածր, բայց դրական ֆինանսական արդյունք ապահոված, կազմակերպությունների ընդհանուր քանակում մեծ տեսակարար կշիռ ունեցող կազմակերպություններ և բացարձակ արժեքով բարձր բացասա-

կան ֆինանսական արդյունք ապահոված, կազմակերպությունների ընդհանուր քանակում փոքր տեսակարար կշիռ ունեցող կազմակերպություններ: Արդյունքում, այդ կազմակերպությունների հանրագումարային ֆինանսական արդյունքը ձևավորվում է վնասի տեսքով:

2. Կազմակերպությունները գերազանցապես շահութաբերության ցածր ցուցանիշներ ունեն (սա վերաբերում է ինչպես զուտ շահութաբերությանը, այնպես էլ ակտիվների, սեփական կապիտալի և ներդրված կապիտալի շահութաբերության ցուցանիշներին), ինչը ոչ բացասական, ոչ էլ դրական արդյունք է:
3. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները չեն ապահովում ներգրավված սեփական և փոխառու միջոցների այնպիսի շրջանառելիություն, որի միջոցով էլ հնարավոր կլինի գնեցնել այնպիսի հասույթ, որը ոլորտին բնորոշ շահութաբերության ցածր մակարդակի հաշվին կապահովի ներդրումների մեծ շահութաբերություն, ինչը քննարկվող թեմայի առանցքային բաղադրիչներից է՝ պայմանավորված պետական միջոցների հնարավորինս արդյունավետ օգտագործելու անհրաժեշտությամբ:
4. Քննարկվող կազմակերպությունները ձևավորել են ներդրումների այնպիսի փաթեթ, որը հնարավորինս պակաս ռիսկային է, որի արդյունքում կազմակերպությունների շահութաբերությունը բավականաչափ փոքր է: Միևնույն ժամանակ հարկ է նշել, որ այն կազմակերպությունները, որոնք գրանցել են ֆինանսական բացասական արդյունք, աչքի են ընկնում հենց ներդրումների ռիսկային փաթեթով: Արդյունքում, այն կազմակերպությունները, որոնք դիմել են ռիսկի՝ նպատակ ունենալով ապահովելու ֆինանսական լծակի դրական էֆեկտ, ստացել են հակառակը՝ բացասական շահութաբերություն, իսկ մյուսներն էլ՝ իրենց ոչ ռիսկային ներդրումային փաթեթով ապահովել են ցածր շահութաբերություն:
5. Որոշ կազմակերպությունների կողմից ներկայացված ֆինանսական ցուցանիշները հարցականի տակ են դնում այդ կազմակերպությունների հաշվետվողականության համակարգի արժանահավատությունը, ինչը փաստում են ներկայացված, սակայն գործնականում հանդիպելու ցածր հավանականությամբ ցուցանիշները:

Արդյունքում, շահութաբերության տեսանկյունից դիտարկմամբ ակնառու է, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսապես արդյունավետ համակարգ՝ որպես այդպիսին, դեռևս չի ձևավորվել: Միաժամանակ տեսանելի է նաև, որ ուսումնասիրվող կազմակերպությունները, ֆինանսական կառավարման տեսանկյունից, ձգտում են առավելագույնս ոչ ռիսկային կառավարման, որի հստակ ցուցիչն է վերջիններիս ցածր շահութաբերությունը: Կառավարման այսպիսի համա-

կարգը կարող է ոլորտի կենսագործունեության արդյունավետ միջոց համարվել, եթե կազմակերպությունը խնդիրներ չունենա ֆինանսական կայունության ապահովման մյուս ուղղություններով, որոնց կանդրադառնանք հաջորդիվ: Այս ամենով հանդերձ արձանագրենք, որ օբյեկտիվ անհրաժեշտություն է այնպիսի համակարգի ձևավորումը, որը նաև կրթաթրագնի պետական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը՝ հաշվի առնելով ներդրումների այլընտրանքայնությունը և ծառայությունների հասանելիության ապահովման կարևորությունը: Նշյալ երկու գաղափարները պետք է զուգորդվեն՝ առանց դրանցից որևէ մեկի գերակայության սկզբունքի:

1.2

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից շրջանառու կապիտալի կառավարման ուսումնասիրություն⁹

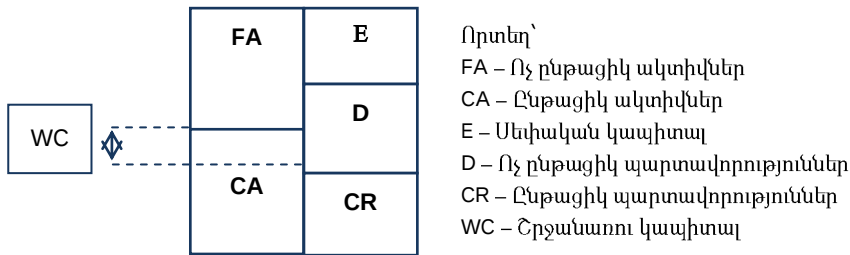
Յուրաքանչյուր կազմակերպության գործունեությունն արդյունավետորեն կառավարելու, ինչպես նաև ընթացիկ, միջնաժամկետ ու երկարաժամկետ ֆինանսական կայունություն ապահովելու համար անհրաժեշտ է առանձնակի ուշադրություն դարձնել շրջանառու կապիտալի ծավալի և պահանջի ցուցանիշներին: Այս ցուցանիշները և դրանց առանձին բաղադրիչները ուղղակիորեն ազդում են ոչ միայն կազմակերպության ֆինանսական կառավարման, այլև ընդհանուր կառավարման որակի վրա: ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից իրենց շրջանառու կապիտալի կառավարման ուսումնասիրության նախափուլում հարկ ենք համարում ընդհանուր առմամբ ներկայացնել շրջանառու կապիտալի և դրա պահանջի էությունը, ինչպես նաև կառավարման գործիքակազմը:

Կազմակերպության **շրջանառու** կամ **աշխատող կապիտալը** սեփական կապիտալի և երկարաժամկետ պարտավորությունների այն մասն է, որը ներդրվել է ընթացիկ ակտիվներում, կամ որ նույնն է՝ շրջանառու կապիտալը ընթացիկ ակտիվների այն մասն է, որը չի ֆինանսավորվել կարճաժամկետ պարտավորությունների հաշվին: Այդ կապը ներկայացնենք գծապատկեր 1.6-ի միջոցով, որից ակնհայտ է դառնում, որ շրջանառու կապիտալի մեծությունը հնարավոր է հաշվարկել երկու մոտեցմամբ՝

$$WC = E + D - FA \text{ կամ } WC = CA - CR^{10};$$

⁹ Բոլոր ցուցանիշները հաշվարկվել են հետազոտական խմբի կողմից, ամբողջական ցուցանիշները ներկայացված են հավելվածներ 1-ում, 2-ում և 4-ում:

¹⁰ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:23 PM,

**Գծապատկեր 1.6**

Կազմակերպության շրջանառու կապիտալը

Առաջին դեպքում շեշտադրումը կատարված է ոչ ընթացիկ միջոցների և ոչ ընթացիկ աղբյուրների վրա, իսկ երկրորդ դեպքում հակառակը՝ ընթացիկ ակտիվների և ընթացիկ պարտավորությունների վրա: Ներկայացված բանաձևերից էլ ակնհայտ է, որ գոյություն ունի շրջանառու կապիտալի ձևավորման երեք հնարավոր տարբերակ: Դրանք են՝

Ա. *Կազմակերպության շրջանառու կապիտալը բացասական մեծություն է:* Այս դեպքում ձևավորվում է մի իրավիճակ, երբ «կարճ» փողերի հաշվին ձեռք են բերվում «երկար» ակտիվներ, ինչը բավականաչափ ռիսկային է, քանի որ այսկերպ կազմակերպությունը նվազեցնում է իր ընթացիկ իրացվելիությունը, որը կարճաժամկետում վճարունակության անկման ցուցիչ է:

Բ. *Կազմակերպության շրջանառու կապիտալը մոտ է 0-ին:* Այս դեպքը, նախորդի համեմատ, առավել դրական է և ըստ գործունեության բնույթի՝ կարող է համարվել արդարացված:

Գ. *Կազմակերպության շրջանառու կապիտալը դրական մեծություն է:* Այս դեպքը երեք դեպքերից լավագույնն է, երբ կազմակերպությունը «երկար» փողերի հաշվին ֆինանսավորում է «կարճ» ակտիվներ: Այսկերպ կազմակերպությունը հնարավորություն ունի երկարաժամկետ ֆինանսավորման հաշվին ապահովելու արագ ընթացիկ շրջանառելիություն, ինչը գործունեության արդյունավետությունը կարող է ավելի մեծացնել, քան նախորդ դեպքերում: Սակայն, այս մեծությունը ևս պետք է լինի չափավոր, այլապես երկարաժամկետ զարգացման հեռանկարները կարող են վտանգվել:

Այժմ հարկ ենք համարում անդրադառնալ շրջանառու կապիտալի երկու բանաձևերին, որոնցից բխում են հետևյալ հավասարությունները՝

$$E + D - FA = CA - CR,$$

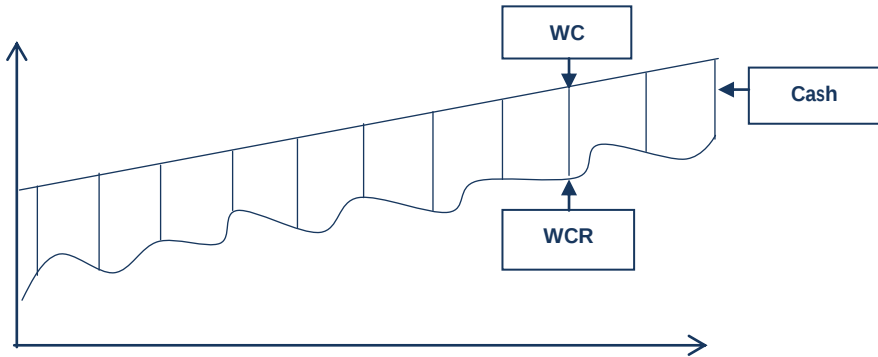
$$E + D - FA = St \text{ (պաշարներ)} + Cash \text{ (դրամ միջոցներ)} + Dr \text{ (դեբ. պարու.)} - Cr \text{ (ընթ. պարու.)},$$

$$(E + D - FA) - (St + Dr - Cr) = Cash$$

$$WC \text{ (շրջանառու կապիտալ)} - WCR \text{ (շրջանառու կապիտալի պահանջ)} = Cash:$$

<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/modeling/working-capital-formula/#:~:text=Working%20capital%20%3D%20Current%20Assets%20%E2%80%93%20Current,liabilities%20have%20been%20paid%20off.>

Վերջին հավասարումը դիտարկենք նաև գծապատկեր 1.7-ի միջոցով:



Գծապատկեր 1.7

Շրջանառու կապիտալի, դրա պահանջի և դրամական միջոցների կապը

Նշենք, որ շրջանառու կապիտալն ունի ուղիղ գծի տեսք (քանի որ, ըստ վերջին նույնության, այդ բաղադրիչը ձևավորել ենք երկարաժամկետ ակտիվների և պասիվների միջոցով), իսկ շրջանառու կապիտալի պահանջը՝ ցիկլային (քանի որ, ըստ վերջին նույնության, այդ բաղադրիչը ձևավորել ենք ընթացիկ ակտիվների և պարտավորությունների միջոցով), և հենց այդ երկու գծերի միջև ամկա տարբերությունը լրացվում է դրամական միջոցներով:

Այսինքն, կազմակերպությունն իր շրջանառու կապիտալը կառավարում է ընթացիկ ակտիվների և պարտավորությունների կառավարման միջոցով, քանի որ շրջանառու կապիտալը կառավարման է ենթակա կարճաժամկետ միջակայքում: Հետևաբար, այն հնարավոր չէ իրականացնել երկարաժամկետ ակտիվների և պասիվների կառավարման միջոցով, որովհետև վերջիններս պետք է կառավարվեն հեռանկարային պլանավորման համատեքստում: Ավելին, ընթացիկ ակտիվները և պարտավորությունները կառավարելիս գերազանցապես ուշադրությունն ուղղվում է դրամական միջոցների կառավարմանը, որն իրականացվում է պաշարների և անավարտ առևտրի (դեբիտորական ու կրեդիտորական պարտավորություններ) միջոցով: Հետևաբար, առաջին հերթին անհրաժեշտ է կառավարել հենց դրանք: Պաշարների, դեբիտորական ու կրեդիտորական պարտավորությունների կառավարումը սկսվում է դրանց ժամկետայնության և ցիկլայնության վերլուծությամբ, որն էլ կփորձենք իրականացնել պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների համար, որից հետո կդիտարկենք նաև այդ կազմակերպություններում դրամական միջոցների կառավարման իրավիճակը: Առաջինը քննարկենք պաշարների շրջանառելիությունն օրերով, որը ցույց է տալիս, թե միջինում մեկ միավոր պաշարը (հումք-նյութ, ապրանք, արտադրանք) քանի օր է մնում կազմակերպությունում: Այն հաշվարկելու համար կիրառվում է հետևյալ բանաձևը.

Պաշարների շրջանառելիությունը = 365 * Պաշարների միջին հաշվեկշարժեր/Հատույթ¹¹:

Պաշարները ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում միջինում մնում են 34.37 օր, այսինքն՝ պաշարների շրջապտույտի մեկ ցիկլի տևողությունը այդ կազմակերպություններում միջինում կազմում է 34.37 օր: Սա նշանակում է, որ պաշարները տարեկան միջինում կատարում են 10.62 պտույտ, ինչը բավականին լավ ցուցանիշ է: Բնականաբար, որքան կարճատև է պաշարների շրջապտույտի տևողությունը և մեծ պտույտների թիվը, այնքան պաշարներն արդյունավետ են կառավարվում տվյալ կազմակերպությունում: Այնուամենայնիվ, 90 կազմակերպությունների համար միայն մեկ միջինի դիտարկումը բավարար չէ, անհրաժեշտ է նաև դիտարկել՝ ըստ միջակայքերի (աղյուսակ 1.2):

Պաշարների շրջանառելիությունը պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում

Աղյուսակ 1.2

Միջակայքը	Կազմ. քանակը	Տես. կշիռն ընդհանուրում	Միջին շրջանառելիություն (օրերով)	Միջին շրջանառելիություն (պտույտներով)
0-30	55	61.1%	15.6	23.4
30-60	22	24.4%	38.5	9.5
60-100	9	10.0%	71.0	5.1
>100	4	4.4%	187.7	1.9

Ինչպես տեսնում ենք, արդյունքները բավականաչափ զոհացուցիչ են, քանի որ դիտարկվող 90 կազմակերպություններից 61.1%-ում պաշարների շրջանառության ցիկլի տևողությունը պակաս է մեկ ամսից: Հաշվի առնելով նաև այն հանգամանքը, որ բժշկական կազմակերպություններին բնորոշ է պաշարների մեծ ծավալ՝ կարող ենք ընդունելի համարել նաև այն 22 կազմակերպությունների ցուցանիշը, որոնցում պաշարների շրջապտույտը միջինում տևում է մինչև 2 ամիս: Այսինքն, փաստացի պաշարների կառավարման հետ կապված, քննարկվող կազմակերպություններից խնդիր կարող է ունենալ միայն 13-ը (14.4%), ինչը զոհացուցիչ է:

Անդրադարձ կատարենք նաև քննարկվող կազմակերպությունների անավարտ առևտրին՝ դերքիտորական և կրեդիտորական պարտավորություններին: Պետական մասնակցությամբ 90 բժշկական կազմակերպություններում դերքիտորական պարտքերի միջին շրջանառելիությունը 14.65 օր է, կամ որ նույնն է՝ դերքիտորական պարտքերը միջինում հավաքագրվում են 14.65 օրում՝ կատարելով տարեկան 24.92 պտույտ: Կրեդիտորական պարտ-

¹¹ Official page of ACCA Global, visited 17/08/20 11:18 PM, <https://www.accaglobal.com/vn/en/student/exam-support-resources/fundamentals-exams-study-resources/f2/technical-articles/ratio-analysis.html>.

քերի դեպքում շրջանառելիության միջին տևողությունը 31.77 օր է (պտույտների թիվը՝ 11.49): Այսինքն, միջինում այս կազմակերպություններում դերիտորական պարտքերը 2.17 անգամ ավելի արագ են հավաքագրվում, քան մարվում են կրեդիտորական պարտավորությունները: Սա, բնականաբար, դերիտորական և կրեդիտորական պարտավորությունների արդյունավետ կառավարման առաջին ու ամենակարևոր հայտանիշն է: Աղյուսակ 1.3-ում ցուցանիշները ներկայացված են նաև միջակայքերով:

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում անավարտ առևտրի շրջանառելիությունը

Աղյուսակ 1.3

Միջակայքը	Դերիտորական պարտքեր		Կրեդիտորական պարտքեր	
	Կազմ. թիվը (ընտ. կշիռը)	Միջին շրջանառելիությունը (օր)	Կազմ. թիվը (ընտ. կշիռը)	Միջին շրջանառելիությունը (օր)
0-30	82 (91.11%)	8.98	54 (60.00%)	11.94
30-60	3 (3.33%)	32.48	26 (28.89%)	42.86
60-100	3 (3.33%)	77.14	5 (5.56%)	76.32
>100	2 (2.22%)	126.46	5 (5.56%)	143.66

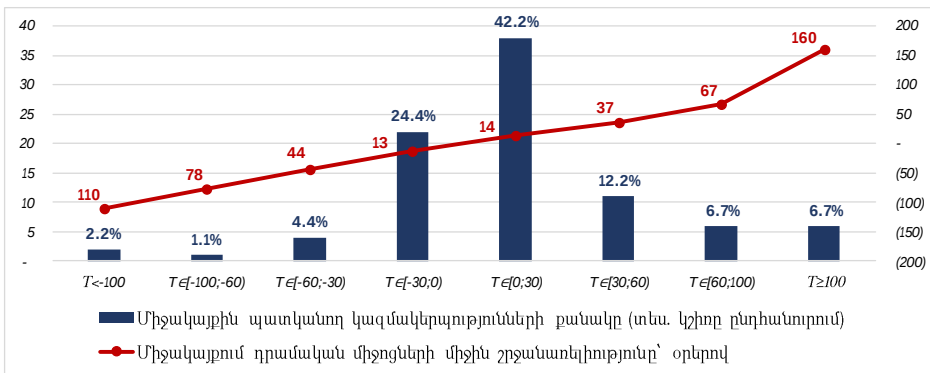
Ինչպես տեսնում ենք, դիտարկվող 90 կազմակերպություններից 91.11%-ը դերիտորական պարտքերը հավաքագրում է մինչև մեկ ամիս ժամկետում, և միայն 60.0%-ն է նույն ժամանակահատվածում մարում կրեդիտորական պարտքերը: 2 ամիս և ավելի ժամկետում անավարտ առևտրի մարում իրականացնող կազմակերպությունների թվաքանակը բավականաչափ փոքր է: Այս վիճակագրությունը փաստում է, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում հիմնականում արդյունավետ են կառավարվում անավարտ առևտրի բաղադրիչները: Այնուամենայնիվ, նշենք, որ 20 կազմակերպության պարագայում դերիտորական պարտքերի հավաքագրման ժամկետն ավելի երկար է, քան կրեդիտորական պարտավորությունների մարման միջին տևողությունը: Ունենալով պաշարների, դերիտորական և կրեդիտորական պարտավորությունների շրջանառության ցիկլի տևողությունը՝ արդեն իսկ կարող ենք հաշվարկել նաև կազմակերպության դրամական միջոցների շրջանառության ցիկլի տևողությունը: Այն հաշվարկվում է՝ պաշարների և դերիտորական պարտավորությունների շրջանառության ցիկլերի տևողությունների հանրագումարից հանելով կրեդիտորական պարտավորությունների շրջանառության ցիկլի տևողությունը:

$$T (\text{Դրամական միջոց}) = T (\text{Պաշար}) + T (\text{Դեր. պարտք.}) - T (\text{Կրեդ. պարտք.})^{12}$$

Այսպիսով, պաշարների և անավարտ առևտրի կառավարման միջոցով կարող ենք ապահովել դրամական միջոցների ցիկլի ցանկալի տևողություն: Բնականաբար, կազմակերպության նպատակը պետք է լինի այդ ցիկլի հնա-

¹² Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:29 PM, <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/accounting/cash-conversion-cycle/>.

րավորինս կարճ տևողության ապահովումը՝ մինչև ժամանակ զերծ պահելով հավելյալ ռիսկից: Ընդհանուր առմամբ, դրամական միջոցների ցիկլի տևողությամբ 90 կազմակերպություններից 29 (32.22%) գրանցել է բացասական արդյունք, ինչը, անկասկած, կարող ենք համարել դրական երևույթ, որովհետև այս պարագայում քննարկվող կազմակերպությունները դրամական միջոցների կառավարման խնդիրներ չեն ունենա: Սրան հակառակ՝ քննարկվող կազմակերպությունների 42.22%-ի դեպքում դրամական միջոցների շրջապտույտի տևողությունը տատանվում է մինչև մեկ ամիս: Այս կազմակերպությունների դեպքում դրամական միջոցների կառավարման ռիսկեր կան, սակայն դրանք կարող ենք համարել փոքր: 23 (25.56%) կազմակերպության դեպքում դրամական միջոցների շարժի ցիկլի տևողությունը գերազանցում է 1 ամիսը, ինչն արդեն իսկ ռիսկային է: Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ամբողջական բաշխվածությունը՝ ըստ դրամական միջոցների շրջապտույտի տևողության, ներկայացված է գծապատկեր 1.8-ում:



Գծապատկեր 1.8

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ դրամական միջոցների շրջապտույտի տևողության

Նշենք նաև, որ դրամական միջոցների շրջապտույտի տևողության ընդհանուր միջինը կազմում է 17.3 օր: Ընդհանուր միջինի նկատմամբ միջին քառակուսային շեղումը 51.5 է: Այդ իսկ պատճառով հարկ է նշել, որ դրամական միջոցների շրջապտույտի բացասական տևողություն գրանցած կազմակերպությունների համար ցիկլի միջին տևողությունը կազմում է -25.8 օր, իսկ դրական տևողություն գրանցած կազմակերպությունների համար՝ 37.7 օր: Այս ցուցանիշները ևս կարող ենք համարել ոչ բացասական:

Ամփոփելով ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների շրջանառու կապիտալի կառավարման արդյունավետության ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք կատարել հետևյալ եզրահանգումները.

1. քննարկվող կազմակերպությունները տվյալ ոլորտի համար բավականին արդյունավետ են իրականացնում պաշարների շարժի կառավարումը՝ ապահովելով դրանց շրջանառության տևողության փոքր ժամկետ:
2. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից անավարտ առևտրի՝ դերիտորական և կրեդիտորական պարտավորությունների շարժի կառավարումը հիմնականում կարելի է գնահատել դրական՝ պայմանավորված այդ երկու շարժերի տևողությունների միջև տարբերություններով: Մասնավորապես, միջինում դերիտորական պարտքերը 2.17 անգամ ավելի արագ են հավաքագրվում, քան մարվում են կրեդիտորական պարտավորությունները:
3. Դրամական միջոցների ցիկլի կառավարումը կարող ենք բավարար գնահատել՝ հիմնվելով դրանց շրջանառության վերոքննարկյալ ուսումնասիրության վրա (ընդհանուր առմամբ, վիճակը կարելի է գնահատել բավարար):

Այսպիսով, ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից իրենց շրջանառու կապիտալը կառավարելու գործընթացը կարող ենք գնահատել միջին արդյունավետությունից բարձր: Այնուամենայնիվ, որոշ կազմակերպություններում ակնհայտ էին դրա հետ կապված խնդիրներ, հետևաբար կարծում ենք, որ անհրաժեշտ է այս կառույցների համար մշակել շրջանառու կապիտալի կառավարման ուղենշային գործիքներ:

1.3

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների իրացվելիության գնահատում¹³

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների իրացվելիության վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս գնահատելու, թե կարճաժամկետում (սաև դրա ներքին ժամանակային դասակարգումներում) կազմակերպությունն ինչպես կարող է ապահովել իր վճարունակությունը: Այդ նպատակով հաշվարկվելու ենք կազմակերպության **ընթացիկ իրացվելիությունը** (Current Ratio), **արագ իրացվելիությունը** (Quick Ratio) և **բացարձակ իրացվելիությունը** (Incent Ratio):

Ընթացիկ իրացվելիությունը ցույց է տալիս, թե կազմակերպության ընթացիկ ակտիվների առկա մակարդակով ընթացիկ պարտավորություն-

¹³ Բոլոր ցուցանիշները հաշվարկվել են հետազոտական խմբի կողմից, ամբողջական ցուցանիշները ներկայացված են հավելվածներ 1-ում, 2-ում և 5-ում:

ների որ մասը հնարավոր կլինի ծածկել/մարել: Այն հաշվարկվում է՝ կազմակերպության պաշարների, դեբիտորական պարտավորությունների և դրամական միջոցների հանրագումարը հարաբերելով կրեդիտորական պարտավորություններին: Այս ցուցանիշի ընդունելի նվազագույն շեմը տատանվում է 1.5-3-ի միջակայքում, սակայն, հաշվի առնելով պետական միջոցների արդյունավետ կառավարման անհրաժեշտությունը, սույն ուսումնասիրությունում նվազագույն ընդունելի շեմ ենք սահմանում 2-ը: Սա նշանակում է, որ մեզ համար ընդունելի է այն տարբերակը, երբ կազմակերպության ընթացիկ ակտիվներն առնվազն երկու անգամ պետք է գերազանցեն ընթացիկ պարտավորությունները: Այսկերպ հնարավոր կլինի ապահովել ընթացիկ վճարունակություն, որը հիմք է սնանկացման ռիսկերի նվազեցման համար: Այս ցուցանիշի հաշվարկի բանաձևը ներկայացված է ստորև.

$$\text{Current Ratio} = (St + Dr + Cash) / Cr^{14},$$

որտեղ՝

St՝ պաշար,

Dr՝ դեբիտ. պարտ.,

Cash՝ դրամ. միջոցներ,

Cr՝ կրեդիտ. պարտ.:

Այնուամենայնիվ, ընթացիկ իրացվելիության բանաձևի համարիչում ներկայացված ընթացիկ ակտիվներն ունեն իրացվելիության տարբեր արագություններ, և անհրաժեշտություն է առաջանում ըստ դրա այլ մակարդակների ևս գնահատելու կազմակերպության իրացվելիությունը: Այդ նպատակով հաշվարկվում է արագ իրացվելիության ցուցանիշը, որն արտացոլում է, թե կազմակերպությունը դրամական միջոցների և դեբիտորական պարտքերի միջոցով կրեդիտորական պարտավորությունների որ մասը կկարողանա մարել: Այս ցուցանիշի ընդունելի շեմը տատանվում է 0.6-1.5-ի միջակայքում: Մենք այս վերլուծությունում շեմ կսահմանենք արագ իրացվելիության 1 արժեքը: Նմանօրինակ ընտրության բացատրությունը հետևյալն է. կազմակերպությունը, հավաքագրելով իր բոլոր դեբիտորական պարտավորությունները և ավելացնելով դրամական միջոցները, պետք է կարողանա մարել իր բոլոր ընթացիկ պարտավորությունները: **Արագ իրացվելիության** հաշվարկի բանաձևը հետևյալն է՝

$$\text{Quick Ratio} = (Dr + Cash) / Cr^{15}:$$

¹⁴ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM, <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/templates/excel-modeling/current-ratio-calculator/#:~:text=This%20Current%20Ratio%20Calculator%20will,cover%20its%20short%20term%20liabilities.>

¹⁵ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM, <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/quick-ratio-definition/#:~:text=The%20Quick%20Ratio%20in%20Practice,to%20pay%20its%20current%20obligations.&text=To%20learn%20more%20about%20this,course%20on%20performing%20financial%20analysis..>

Իսկ ահա իրացվելիության վերջին՝ բացարձակ իրացվելիության ցուցանիշն արտացոլում է, թե կազմակերպությունը տվյալ պահին առկա դրամական միջոցներով ընթացիկ պարտավորությունների որ մասը կկարողանա մարել: Այս ցուցանիշի համար նվազագույն շեմ ենք սահմանում 0.5-ը՝ ստեղծելով նախապայման, որ կազմակերպությունը տվյալ պահին տիրապետման տակ գտնվող դրամական միջոցներով կարողանա մարել իր ընթացիկ պարտավորությունների առնվազն կեսը: **Բացարձակ իրացվելիությունը** հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

$$\text{Incent Ratio} = \text{Cash} / \text{Cr}^{16}:$$

Մինչ անցում կկատարենք իրացվելիության բուն վերլուծությանը, նշենք, որ քննարկվող 90 կազմակերպությունների ներկայացրած տվյալների համաձայն՝ դրանցից 3-ը չունի ընթացիկ պարտավորություններ (գուցե այս պատկերը հետևանք է հաշվետվողականության համակարգի ոչ այնքան բարձր արդյունավետության): Այս երեք կազմակերպությունները կհամարենք բացարձակ իրացվելի, սակայն ևս մեկ անգամ առաջ կքաշենք հաշվետվողականության համակարգի կատարելագործման խնդիրը, որովհետև հավանականությունը, որ կազմակերպությունը չի ունենա ոչ մի դրամ ընթացիկ պարտավորություն, ձգտում է 0-ի: Առաջինը քննարկենք պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ընթացիկ իրացվելիությունը: Այս կազմակերպություններում ընթացիկ իրացվելիության միջին գործակիցը 8.7 է: Սակայն մտահոգիչ է այն հանգամանքը, որ կազմակերպությունների 51.7%-ի դեպքում ընթացիկ իրացվելիության գործակիցը փոքր է նույնիսկ 2-ից: Այսինքն, սա նշանակում է, որ այդ կազմակերպություններում ընթացիկ ակտիվները նույնիսկ 2 անգամով չեն գերազանցում ընթացիկ պարտավորությունների ծավալը: Ընդհանուր առմամբ, այդ կազմակերպություններում ընթացիկ իրացվելիության միջին գործակիցը կազմում է ընդամենը 1.09: Խնդիրն ավելի մտահոգիչ է դառնում, երբ պարզվում է, որ քննարկվող կազմակերպությունների ¼-ի դեպքում ընթացիկ իրացվելիության ցուցանիշը փոքր է նույնիսկ 1-ից: Սա նշանակում է, որ կազմակերպության ընթացիկ ակտիվները փոքր են ընթացիկ պարտավորություններից, հետևաբար ընթացիկ ակտիվների (կարճ փողեր) հաշվին ձևավորվում են ոչ ընթացիկ ակտիվներ (երկար միջոցներ), իսկ վերջինս ավելի քան ոիսկային է և կարող է հիմք լինել անվճարունակության համար: Ընթացիկ իրացվելիության առկա պատկերը ներկայացված է աղյուսակ 1.4-ում:

¹⁶ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM, <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/acid-test-ratio/>.

**Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների
խմբավորումը՝ ըստ ընթացիկ իրացվելիության**

Աղյուսակ 1.4

Միջակայքը	Կազմ. քանակը	Տես. կշիռը	Ընթացիկ իրացվելիության միջինը
0-2	45	51.7%	1.09
2-5	20	23.0%	3.32
5-10	9	10.3%	7.58
>10	13	14.9%	44.10

Արագ իրացվելիության դեպքում ևս վիճակը բացասական է, մասնավորապես՝ դիտարկվող 87 կազմակերպություններից 47-ի (54.0%) արագ իրացվելիության գործակիցը փոքր է 1-ից, իսկ միջինն այդ միջակայքում ընդամենը 0.4 է: Հարկ է նաև նշել, որ կազմակերպություններից 1/3-ի դեպքում արագ իրացվելիության գործակիցը նույնիսկ փոքր է 0.5-ից: Սա, բնականաբար, ֆինանսական կայունությանը սպառնացող լրջագույն վտանգ է, քանի որ այդ պարագայում քննարկվող կազմակերպությունների 33%-ն իրենց բոլոր դերիտորական պարտքերը հավաքագրելու դեպքում անգամ չեն կարողանա մարել իրենց ընթացիկ պարտավորությունների 50%-ը: Նշենք նաև, որ բոլոր կազմակերպությունների համար հաշվարկված արագ իրացվելիության միջին գործակիցը 3.34 է: Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների բացարձակ իրացվելիության միջին ցուցանիշը կազմում է 1.42: Քննարկվող կազմակերպությունների 54%-ի դեպքում բացարձակ իրացվելիության գործակիցը փոքր է 0.5-ից: Առավել մտահոգիչ է այն հանգամանքը, որ կազմակերպությունների 36%-ի դեպքում բացարձակ իրացվելիության գործակիցը փոքր է նույնիսկ 0.1-ից, ինչը վկայում է այն մասին, որ այդ կազմակերպություններն իրենց տնօրինման տակ գտնվող դրամական միջոցների հաշվին չեն կարող մարել անգամ իրենց ընթացիկ պարտավորությունների 10%-ը: Արագ և բացարձակ իրացվելիության ցուցանիշները ներկայացված են աղյուսակ 1.5-ում:

**Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների
արագ և բացարձակ իրացվելիության ցուցանիշները**

Աղյուսակ 1.5

Արագ իրացվելիություն			Բացարձակ իրացվելիություն		
Միջակայք	Կազմ. թիվ	Միջին	Միջակայք	Կազմ. թիվ	Միջին
0-1	47 (54.0%)	0.40	0-0.5	47 (54.0%)	0.13
1-3	22 (25.3%)	1.68	0.5-1	13 (14.9%)	0.68
3-8	10 (11.5%)	4.20	1-3	18 (20.7%)	1.67
>8	8 (9.2%)	24.14	>3	9 (10.3%)	8.77

Աղյուսակ 1.5-ի տվյալներից ակնհայտ է, որ որքան էլ ընդհանուր պատկերը բացասական է, այնուամենայնիվ, առկա կազմակերպությունների ոչ պակաս, քան 20%-ն ունի բավականաչափ բարձր իրացվելիություն:

Ամփոփելով ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների իրացվելիության գնահատման ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք փաստել մեկ կարևորագույն հանգամանք. որքան էլ դիտարկվող կազմակերպությունները արդյունավետ են կառավարում շրջանառու միջոցների ցիկլայնությունը, միևնույն է, չեն կարողանում ապահովել դրանց այնպիսի ծավալներ, որոնց միջոցով հնարավոր կլինի լուծել ցածր իրացվելիության խնդիրները: Հետևաբար, ունենք մի իրավիճակ, երբ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների առնվազն 1/3-ն ունի իրացվելիության լրջագույն խնդիրներ: Նման պարագայում անվճարունակ լինելու հավանականությունը բավականին մեծ է, ինչը վտանգ է ստեղծում կազմակերպությունների բնականոն գործունեության համար: Այս համատեքստում, անհրաժեշտ է շեշտել, որ անվճարունակությունը սնանկության հիմք է, իսկ վերջինս՝ գործունեության դադարեցման լրջագույն պատճառ, ինչը չի կարող թույլատրելի լինել պետական միջոցների դեպքում:

1.4

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կապիտալի կառուցվածքը¹⁷

Կազմակերպությունների ֆինանսական կայունությունը պայմանավորող կարևորագույն գործոն է այդ կազմակերպության կապիտալի կառուցվածքը: Կապիտալի կառուցվածքը ենթադրում է կազմակերպության ակտիվների զոյացման սեփական և փոխառու միջոցների փոխկապվածություն ու հարաբերակցություն: Կապիտալի կառուցվածքի տեսանկյունից մեզ առավելապես հետաքրքրում են կազմակերպության **ֆինանսական անկախությունը** և **ինքնավարությունը**: Ֆինանսական ինքնավարությունը ցույց է տալիս կազմակերպությունում ներդրված կապիտալում սեփական միջոցների, իսկ ֆինանսական անկախությունը՝ ընդհանուր պասիվներում սեփական կապիտալի տեսակարար կշիռը: Այս երկու ցուցանիշների հաշվարկման մեխանիզմները ներկայացված են ստորև.¹⁸

Ֆինանսական ինքնավարություն = Սեփական կապիտալ / Ներդրված կապիտալ,
Ֆինանսական անկախություն = Սեփական կապիտալ / Պասիվներ:

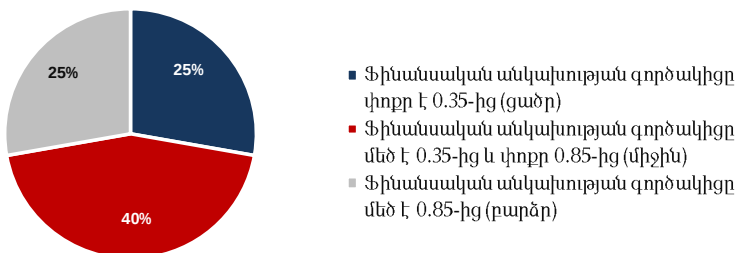
Ներկայացված բանաձևերից ակնհայտ են այս երկու ցուցանիշների բովանդակային տարբերությունները. ֆինանսական անկախությունը ցույց է

¹⁷ Բոլոր ցուցանիշները հաշվարկվել են հետազոտական խմբի կողմից, ամբողջական ցուցանիշները ներկայացված են հավելվածներ 1-ում, 2-ում և 6-ում:

¹⁸ Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:42 PM, <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/capital-structure-overview/>.

տալիս, ընդհանուր առմամբ, կազմակերպության՝ սեփական միջոցներով ապահովվածությունը, այլ կերպ ասած՝ թե կազմակերպության կողմից տնօրինվող ակտիվների որ մասն է ֆինանսավորվել և գոյացել սեփական միջոցների հաշվին, իսկ ֆինանսական ինքնավարությունը ցույց է տալիս, թե կատարված ներդրումներից կազմակերպությունը որ մասն է ստացել սեփական միջոցների տեսքով և որ մասը՝ ֆինանսավորողների կողմից երկարաժամկետ պարտավորությունների: Այսինքն, ֆինանսական անկախությունը առավելապես բնութագրում է ֆինանսական ցուցանիշների ակտիվային մասը, իսկ ֆինանսական ինքնավարությունը՝ ներդրումների:

ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում ֆինանսական անկախության միջին գործակիցը կազմում է **0.57**, ինչը կարող ենք համարել միջին մեծության: Դիտարկվող **90** կազմակերպություններից շուրջ **28%-ի** դեպքում ֆինանսական անկախության գործակիցը կարող ենք համարել ցածր (այդքան կազմակերպության դեպքում ֆինանսական անկախության գործակիցը փոքր է **0.35-ից**): Նույնքան կազմակերպության դեպքում ֆինանսական անկախության գործակիցը բավականաչափ բարձր է, միջինում՝ **0.94**: Եվ միայն դիտարկվող կազմակերպությունների **44%-ի** դեպքում է, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական անկախության գործակիցը կարող ենք համարել միջին մեծության: Ֆինանսական անկախության գործակցի տեսանկյունից կազմակերպությունների բաշխվածությունը ներկայացված է գծապատկեր 1.9-ում:



Գծապատկեր 1.9

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ ֆինանսական անկախության գործակցի

Առկա տվյալներից ակնհայտ է մեկ կարևորագույն հանգամանք. դիտարկվող կազմակերպությունների մեծամասնության դեպքում ֆինանսական անկախության գործակիցը գտնվում է ծայրահեղ միջակայքերում: Մասնավորապես, **25** բուժկազմակերպության դեպքում ֆինանսական անկախության միջին գործակիցը ընդամենը **0.13** է, ինչը նշանակում է, որ այդքան բուժկազմակերպությունում ակտիվների ֆինանսավորման ընդամենը **13%-ն** է, որ գոյանում է սեփական միջոցների հաշվին, իսկ վերջինս ֆինանսական անկախությանը սպառնացող լրջագույն խնդիր է: Պատճառն այն է, որ սե-

փական միջոցների սեփականատերերի կողմից ստացվելիք շահաբաժիններն ուղղակիորեն կախված են շահույթից և կազմակերպության համար չեն առաջացնում ֆինանսական հետևանք, մինչդեռ, գործող պարտավորություններն առաջացնում են հաստատուն ֆինանսական ծախսեր, որոնք մեծացնում են կազմակերպության ֆինանսական ռիսկը: Նույնքան կազմակերպության դեպքում ֆինանսական անկախության միջին գործակիցը **0.94** է: Այս իրավիճակը, նախորդի համեմատ, հակառակ ծայրահեղությունն է. պասիվների առկա կառուցվածքը գրեթե ամբողջությամբ չեզոքացնում է ֆինանսական լծակի դրական էֆեկտը:

Գրեթե նույն իրավիճակն է նաև ֆինանսական ինքնավարության տեսանկյունից: Քննարկվող **90** կազմակերպությունների համար հաշվարկված ֆինանսական ինքնավարության միջին գործակիցը կազմում է **0.66**: Կազմակերպությունների **24%**-ի դեպքում ֆինանսական ինքնավարության ցուցանիշը կարող ենք համարել ցածր, **37%**-ի դեպքում՝ միջին և **39%**-ի դեպքում՝ բարձր: Այս ցուցանիշի ամբողջական պատկերը ներկայացված է գծապատկեր 1.10-ում:



Գծապատկեր 1.10

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների խմբավորումը՝ ըստ ֆինանսական ինքնավարության գործակիցի

Ֆինանսական անկախության գործակցի դեպքում ևս ակնհայտ է քրննարկվող միջակայքերում միջինների ծայրահեղ բարձր կամ ցածր լինելու հանգամանքը, որն առաջին խմբում կազմում է **0.18**, իսկ երրորդ խմբում՝ **0.99**:

Ամփոփելով վերոնշյալ մեկնաբանությունները, կապված կապիտալի կառուցվածքի հետ, կարող ենք կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

1. ֆինանսական անկախության և ֆինանսական ինքնավարության միջին ցուցանիշները պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում կարող ենք համարել միջին մեծություն:
2. Ֆինանսական անկախության և ֆինանսական ինքնավարության ցուցանիշները բավականաչափ շեղվում են ընդհանուր միջինից, ինչը փաստում է այս կազմակերպությունների կողմից կապիտալի կառավարման հակադարձ սկզբունքների որդեգրման մասին:

3. Որոշ կազմակերպություններում առկա է ֆինանսական ռիսկ՝ պայմանավորված ֆինանսական ծախսերի մեծությամբ, որը հետևանք է ֆինանսական անկախության և ինքնավարության գործակիցների ցածր մակարդակի:
4. Որոշ կազմակերպություններում առկա է ֆինանսական լծակի էֆեկտի չեզոքացման վտանգ, որը պայմանավորված է ներգրավված փոխառու միջոցների փոքր տեսակարար կշռով:

Այսպիսով, ասել, թե կապիտալի կառուցվածքի տեսանկյունից պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների համար ունենք ընդունելի իրավիճակ, այնքան էլ հիմնավոր չէ: Այս առումով, կարևորագույն խնդիրը կապիտալի կառավարման սկզբունքային տարբերություններն են, որոնք հնարավոր է շտկել կապիտալի կառավարման միանման (համընդհանուր) կառուցակարգերի ներդրման միջոցով:

1.5

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների բազմագործոն դասակարգումը¹⁹

Հետազոտության նախորդ մասերում իրականացված վերլուծությունը մեծածավալ տեղեկություն է հաղորդում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական դրության վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, արդեն իսկ կատարված վերլուծությունը միագործոն է և ձևավորում է հատվածային և ոչ համակարգային պատկերացումներ: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտություն է առաջանում քննարկվող կազմակերպությունները դիտարկելու ընդհանուր ֆինանսական դրության տեսանկյունից՝ ցուցաբերելով համակարգային մոտեցում:

Վերոնշյալ նպատակի համար հետազոտության այս հատվածում իրականացվել է նաև քննարկվող կազմակերպությունների **կլաստերային վերլուծություն** (SPSS վիճակագրական փաթեթի կիրառմամբ), որի կլաստերացման փոփոխականները 16-ն են: Դրանք են՝ **զուտ և համախառն շահութաբերությունը, սեփական և ներդրված կապիտալի, ակտիվների շահութաբերությունը, սեփական և ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը, ընթացիկ, արագ և բացարձակ իրացվելիության գործակիցները, դեբիտորական և կրեդիտորական պարտավորությունների, պաշարների և դրամական միջոցների շրջանառելիությունը, ֆինանսական ինքնավարության և անկախության գործակիցները:**

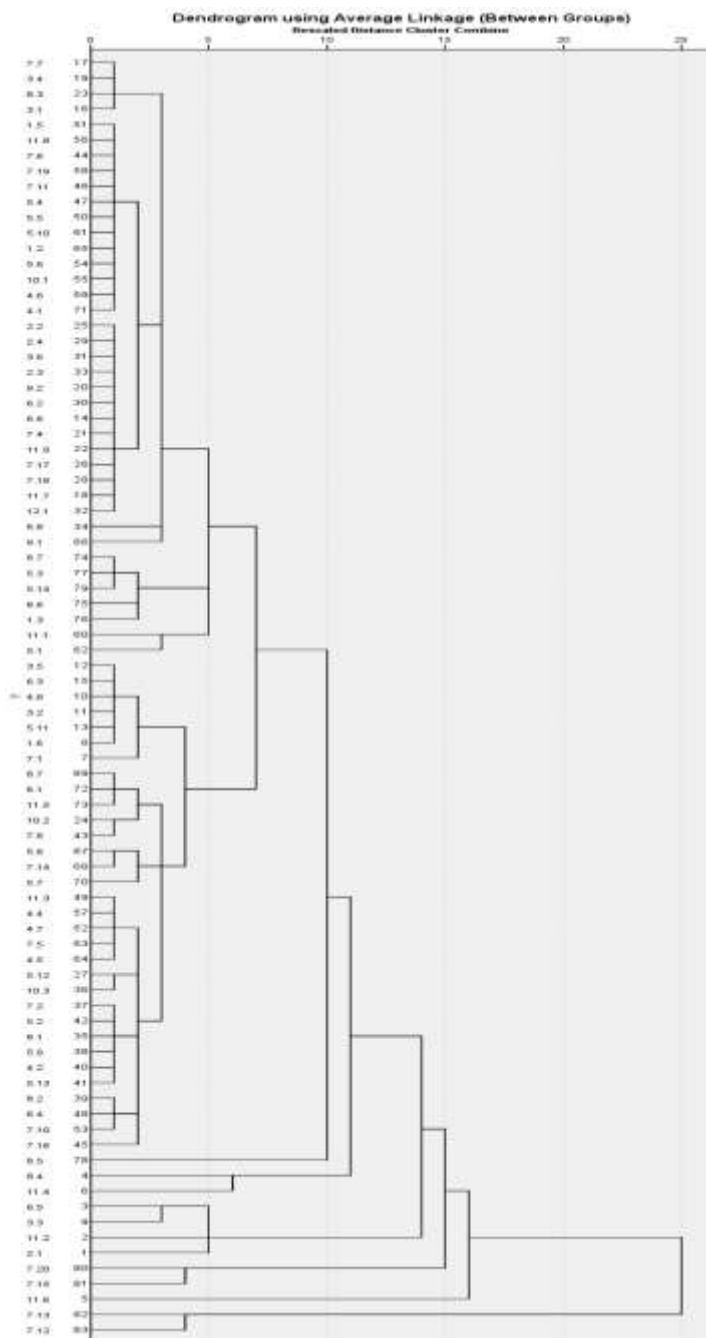
¹⁹ Վերլուծությունն իրականացվել է SPSS վիճակագրական փաթեթի կիրառմամբ, հաշվարկների հիմքը՝ հավելվածներ 1, 2, 3, 4, 5, 6:

Կլաստերային վերլուծության առաջին փուլում իրականացվել է դիտարկվող 90 կազմակերպությունների՝ վերոնշյալ ցուցանիշներով ձևավորված շարքի մաքրում: Արդյունքում, շարքից հեռացվել է 7 կազմակերպություն, 3-ի հեռացման պատճառը իրացվելիության գործակիցներ չունենալն է (կրեդիտորական պարտավորությունները կազմում են 0): Մնացյալ 4 կազմակերպությունների հեռացման պատճառը որոշակի ցուցանիշների տեսանկյունից շարքի միջիններից ակնհայտ շեղումներն են: Պետական մասնակցությամբ 83 բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական դրության կլաստերային վերլուծության հաջորդ փուլում իրականացվել է աստիճանակարգային վերլուծություն, որի միջոցով կազմվել է կազմակերպությունների կլաստերացման դենդոգրամը: Վերջինս ներկայացված է գծապատկեր 1.11-ում:

Դենդոգրամից տեսանելի է, որ ֆինանսական տվյալների հիման վրա կլաստերացման նպատակահարմար աստիճան կարող է հանդիսանալ 3-ը, որի պարագայում քննարկվող կազմակերպությունները կառանձնացվեն երեք խմբերում: Նմանօրինակ կլաստերացման պարագայում երեք խմբերում էլ կլաստերի կենտրոններից խմբում ընդգրկվող բոլոր կազմակերպությունների ցուցանիշների վարիացիան ձգտում է նվազագույնի: Կլաստերացման գործընթացում առանձնակի կարևոր է փոփոխականների նշանակալիությունը, որի ամբողջական պատկերը ներկայացված է աղյուսակ 1.6-ում:

Կլաստերացման փոփոխականների նշանակալիությունը | Աղյուսակ 1.6

Փոփոխական	Նշանակալիության գործակից
Զուտ շահութաբերություն	0.523
Համախառն շահութաբերություն	0.523
Սեփական կապիտալի շահութաբերություն	0.756
Ներդրված կապիտալի շահութաբերություն	0.500
Ակտիվների շահութաբերություն	0.496
Սեփական կապիտալի շրջանառելիություն	0.757
Ներդրված կապիտալի շրջանառելիություն	0.413
Ընթացիկ իրացվելիության գործակից	0.000
Արագ իրացվելիության գործակից	0.010
Բացարձակ իրացվելիության գործակից	0.046
Դեբիտորական պարտքերի շրջանառելիություն	0.018
Կրեդիտորական պարտքերի շրջանառելիություն	0.007
Պաշարների շրջանառելիություն	0.000
Դրամական միջոցների շրջանառելիություն	0.000
Ֆինանսական ինքնավարության գործակից	0.000
Ֆինանսական անկախության գործակից	0.000

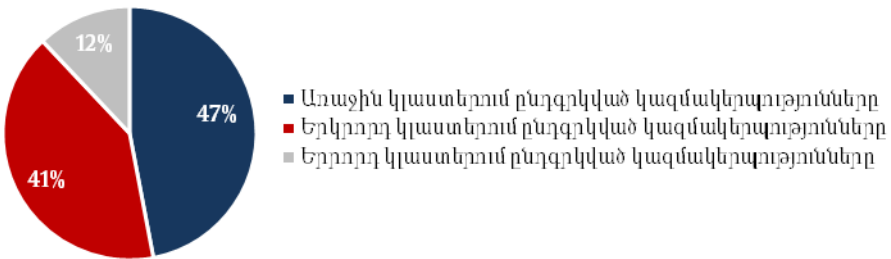


Փճապարկեր 1.11

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական դրության հիման վրա կառուցված կլաստերացման ղեկողը

Դիտարկումների համար նշանակալիության շեմ է սահմանվել 5%-ը: Ընդհանուր առմամբ, 5% նշանակալիության մակարդակում 16 փոփոխականներից 9 կլաստերացման համար նշանակալի են, ավելին՝ դրանցից 5-ը նույնիսկ բացարձակ նշանակալի է: Հետաքրքրականն այն է, որ կլաստերացման համար բացարձակ նշանակալիություն ունեն ֆինանսական կայունությունն անմիջականորեն բացատրող փոփոխականները: 5% նշանակալիության մակարդակում ոչ նշանակալի փոփոխականներ են միայն շահութաբերության խմբի ցուցանիշները, ինչը լրիվությամբ ընդունելի է, քանի որ արդեն իսկ քննարկել ենք շահութաբերության գերազանցապես նույնական մակարդակը: Սակայն սա չի նշանակում, որ հարկ է այս ցուցանիշները հեռացնել շարքից, որովհետև այդ կլաստերներում մեզ հետաքրքրում են նաև շահութաբերության ցուցանիշների կենտրոնները: Բացի դրանից, վերջիններիս ոչ նշանակալի լինելը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ դիտարկվող ցուցանիշներն ունեն գործակցային բնույթ (այսինքն՝ հարաբերական են), իսկ այդ պարագայում առկա են տատանման առավելագույն և նվազագույն շեմեր, ինչը նշանակում է, որ կլաստերացման դեպքում շատ հավանական է, որ այդ ցուցանիշների մասով կլաստերացման կենտրոնները լինեն բավականաչափ մոտ:

Կլաստերացման արդյունքում ձևավորված խմբերում կազմակերպությունների բաշխվածությունն այսպիսին է. 39 կազմակերպություն (46.99%) ընդգրկված է առաջին կլաստերում, 34-ը (40.96%)՝ երկրորդում և միայն 10-ը (12.05%)՝ երրորդ կլաստերում:



Գծապարկեր 1.12

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կլաստերացման արդյունքները

Կլաստերացման արդյունքները քննարկելու համար ներկայացնենք նաև կլաստերների կենտրոնները՝ ըստ առանձին ցուցանիշների/փոփոխականների (աղյուսակ 1.7):

Կլաստերների կենտրոնները՝ ըստ փոփոխականների

Աղյուսակ 1.7

Փոփոխականը	Կլաստեր 1-ի կենտրոնը	Կլաստեր 2-ի կենտրոնը	Կլաստեր 3-ի կենտրոնը
Զուտ շահութաբերություն	0.81%	1.00%	1.82%
Համախառն շահութաբերություն	1.10%	1.35%	2.28%
Սեփ. կապիտալի շահութաբերություն	1.25%	1.45%	4.04%
Ներդ. կապիտալի շահութաբերություն	0.87%	2.64%	2.91%
Ակտիվների շահութաբերություն	0.81%	1.80%	2.17%
Սեփ. կապիտալի շրջանառելիություն	3.40	3.48	1.83
Ներդ. կապիտալի շրջանառելիություն	2.12	1.79	1.06
Ընթացիկ իրացվելիության գործակից	2.17	6.58	15.41
Արագ իրացվելիության գործակից	0.98	3.29	4.90
Բացարձակ իրացվելիության գործակից	0.59	1.96	1.82
Դեր. պարտքերի շրջանառելիություն (օր)	9.37	10.95	25.70
Կրեդ. պարտքերի շրջանառելիություն (օր)	37.61	26.02	10.31
Պաշարների շրջանառելիություն (օր)	28.26	21.84	69.67
Դրամ. միջոցների շրջանառելիություն (օր)	0.02	6.78	85.06
Ֆինանս. ինքնավարության գործակից	90.29%	30.96%	78.65%
Ֆինանս. անկախության գործակից	82.82%	28.34%	66.27%

Այժմ մեկնաբանենք յուրաքանչյուր կլաստերի բնութագրիչները և ամփոփենք կլաստերացման արդյունքները: Առաջին կլաստերում ընդգրկված կազմակերպություններին (ընդհանուր քանակի 47%-ը) բնորոշ է բավականաչափ ցածր շահութաբերություն, շահութաբերության ցուցանիշների մակարդակով այս կլաստերի կենտրոններն ամենացածրն են: Միևնույն ժամանակ, այս կազմակերպություններին բնորոշ է կապիտալի շրջանառելիության բավականին բարձր մակարդակ: Շրջանառու կապիտալի կառավարման տեսանկյունից այս կլաստերն ամենաարդյունավետն է, սակայն իրացվելիության ցուցանիշները երեք կլաստերներից ամենացածրը հենց այս կլաստերում են, թեև գտնվում են ընդունելի միջակայքում: Ընդհանուր առմամբ, այս իրավիճակը ֆինանսական կառավարման տեսանկյունից կարող ենք բնորոշել հետևյալ կերպ. այս կլաստերում ընդգրկված կազմակերպություններում կիրառվում են ֆինանսական միջոցների կառավարման հնարավորինս ոչ ռիսկային գործիքներ և մեթոդներ, ինչը կարող է հանգեցնել ֆինանսական կայունության, միևնույն ժամանակ՝ ֆինանսական ցածր արդյունավետության: Այս կազմակերպությունները կարճաժամկետում կարողանում են ապահովել շրջանառու միջոցների արդյունավետ կառավարում, իսկ երկարաժամկետում նպատակադրում են նվազեցնել ֆինանսական շոկերի ազդեցությունը՝ իրականացնելով ֆինանսների ոչ ռիսկային կառավարում:

Երկրորդ կլաստերում (ընդգրկված է կազմակերպությունների 41%-ը), ի տարբերություն առաջինի, շահութաբերության ցուցանիշները մի փոքր ավելի բարձր են, շրջանառու կապիտալը և իրացվելիության ցուցանիշները

գտնվում են արդյունավետ վիճակում, սակայն կապիտալի կառուցվածքը բավականին ռիսկային վիճակում է: Հետևաբար, այս կլաստերում ընդգրկված կազմակերպություններին բնորոշ է ֆինանսների ռիսկային կառավարում, որն այս պահին ապահովում է համեմատաբար բարձր շահութաբերություն, սակայն դրա մակարդակը թույլ չի տալիս ռիսկի փոխհատուցումը համարել բավարար: Ընդհանուր առմամբ, այս կլաստերում ընդգրկված կազմակերպություններին բնորոշ է առավելապես ֆինանսների օպերատիվ կառավարում, որն արտահայտվում է շրջանառու կապիտալի արդյունավետ կառավարման մեջ, իսկ ֆինանսների ռազմավարական կառավարման առկայությունը դրված է հարցականի տակ: Սա, բնականաբար, այս կազմակերպությունների համար նախընտրելի վիճակ չէ: Առաջին կլաստերի համեմատ, այս կլաստերում ընդգրկված կազմակերպությունների ֆինանսական դրության գնահատականը կարող ենք համարել ավելի ցածր:

Երրորդ կլաստերը (ընդգրկված է կազմակերպությունների 12%-ը), թերևս, այս երկու կլաստերների համակցության լավագույն տարբերակն է: Այս կլաստերում ընդգրկված կազմակերպություններին բնորոշ է չափավոր ռիսկ, որը ստանում է համեմատաբար բարձր փոխհատուցում՝ շահութաբերության տեսանկյունից (ամենաբարձր շահութաբերությունը հենց այս խմբում է, թեև կապիտալի կառուցվածքը գրեթե ամբողջությամբ ոչ ռիսկային է): Այս կլաստերում միակ խնդիրը պաշարների շրջանառելիության տևողության բարձր մակարդակն է, ինչն առողջապահական կառավարման տեսանկյունից ընդունելի է, նույնիսկ որոշ դեպքերում կարող ենք համարել դրական՝ կապված գործունեության մշտականության ապահովման անհրաժեշտության հետ: Հետևաբար, ֆինանսական ամենանախընտրելի դրությունը բնորոշ է երրորդ կլաստերին, որում ընդգրկված է կազմակերպությունների միայն 12%-ը, միջին նախընտրելիությունը բնութագրում է առաջին կլաստերը (կազմակերպությունների 47%), իսկ ամենացածր նախընտրելիությունը՝ երկրորդ կլաստերը (կազմակերպությունների 42%):

Ամփոփելով կլաստերային վերլուծությունը՝ պետք է նշել, որ առկա իրավիճակը կարող ենք համարել միջին արդյունավետության, իսկ նախնական միագործոն վերլուծությունները՝ արժանահավատ (համադրելի էին համակարգային վերլուծության հետ):

Ընդհանուր առմամբ, վերլուծության արդյունքները և եզրակացությունները հիմք են տալիս պնդելու, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար (վերջինս հիմք է և մաս արդյունավետ կառավարման համակարգի) պետք է մշակել ֆինանսների կառավարման ընդհանուր հայեցակարգ/ուղեցույց: Սա էլ կփորձենք իրագործել աշխատանքի հետագա հատվածներում՝ հիմնվելով վերոբերյալ վերլուծության արդյունքների և եզրակացությունների վրա:

**ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ՏԵՂԱԲԱՇԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀՀ-ՈՒՄ ԵՎ
ԴՐԱՆՑ ՆԵՐԱԶԳԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱԶԱՓ
ՀԱՄԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ
ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍՏՈՒՄ**

**2.1 ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի
ֆինանսավորման ծավալները և կառուցվածքը**

Առողջապահական համակարգը ցանկացած երկրում հասարակության կայուն զարգացման կարևորագույն հիմքերից է, որի մշտական և արդյունավետ զարգացումը պայմանավորում է բնակչության կյանքի որակը և հանրային առողջության պահպանման մակարդակը: Եվ ինչպես յուրաքանչյուր համակարգի դեպքում, այնպես էլ առողջապահական համակարգի կայուն զարգացումը ձևավորող առանցքային բնութագրիչ է այդ համակարգի ֆինանսավորումը: Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ուսումնասիրությունը կարևորում է այն հանգամանքը, որ ֆինանսավորման միջոցով պայմանավորվում է այդ համակարգի զարգացումը, իսկ վերջինս ձևավորում է պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ուղղակի ներգործության արտաքին միջավայրը: Ցանկացած համակարգի ֆինանսավորման կարևորագույն երկու բաղադրիչներն են **ընթացիկ և կապիտալ ծախսերը**: Համաձայն «Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային համակարգի մասին» ՀՀ օրենքի՝ կապիտալ ծախսեր են համարվում այն ծախսերը, որոնք հանգեցնում են հիմնական միջոցների (հիմնական ֆոնդերի), բարձրարժեք ակտիվների, չարտադրված ակտիվների, ռազմավարական նշանակության պահուստներում ապրանքանյութական արժեքների ստեղծմանը (ձեռք բերմանը) կամ արժեքի ավելացմանը: Իսկ ընթացիկ ծախսերը բոլոր այն ծախսերն են, որոնք չեն ներառվում կապիտալ ծախսերի կազմում²⁰:

Այսինքն, կարող ենք եզրակացնել, որ կապիտալ ծախսերը բոլոր այն ծախսերն են, որոնք միտված են համակարգի երկարաժամկետ զարգացմանը նպաստող արժեքի ստեղծմանը, դրան հակառակ՝ ընթացիկ ծախսերը

²⁰ «Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային համակարգի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 24.06.97 թ., Հոդված 1.2:

պարզապես միտված են կարճաժամկետում գործունեության աջակցմանը և պայմանների ստեղծմանը:

Խոսելով ֆինանսավորման այս երկու ուղղությունների մասին՝ հարկ ենք համարում անդրադառնալ ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման բնույթին (այդ թվում՝ ընթացիկ և կապիտալ): Համաձայն ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտից ստացված տվյալների՝ ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի ընդհանուր ֆինանսավորումը 2018 թ. կազմել է շուրջ **603.64 մլրդ ՀՀ դրամ**, ինչը ՀՆԱ-ում կազմում է **10.03%**: Այս ցուցանիշները դիտարկենք նաև շարժընթացում (գծապատկեր 2.1):



Գծապատկեր 2.1

ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալները²¹

Ինչպես տեսնում ենք, 2015 թվականից սկսած, ՀՀ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը՝ բացառությամբ 2016 թ., միշտ գրանցել է աճ: Ամենամեծ աճը գրանցվել է 2017 թ.՝ կազմելով 13.5%: Դիտարկված ժամանակահատվածում կուտակային աճը 2018 թ., 2015-ի համեմատ, կազմել է 17.1%: Այս համատեքստում, ամենահետաքրքրականն այն է, որ 2015-2018 թթ. առողջապահական համակարգի ընդհանուր ֆինանսավորումը ՀՆԱ-ի նկատմամբ գրեթե չի ենթարկվել փոփոխությունների՝ կազմելով 10.03%-10.47% (միջին քառակուսային շեղումը՝ ընդամենը 0.18%): Սա, բնականաբար, ցուցիչ է այն փաստի, որ կա որոշակի նպատակադրում՝ կապված ընդհանուր ֆինանսավորման ծավալների հետ, այսինքն՝ պետությունը, ի դեմս կառավարության և ի հաշիվ պետական ֆինանսավորման, մշտապես ապահովում է ՀՆԱ-ի համեմատ գրեթե նույն չափով ֆինանսավորում այս ոլորտում՝ չեզոքացնելով մասնավոր հատվածի և օտարերկրյա ֆինանսավորման տատանումները: Սակայն այս պարագայում առաջանում է երկու կարևորագույն հարց.

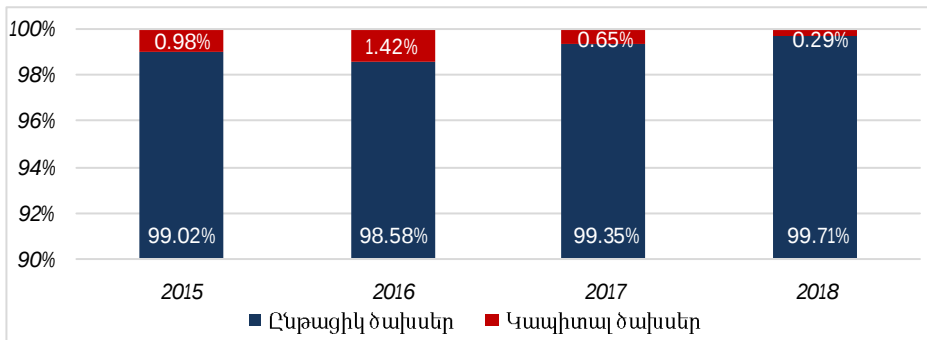
²¹ Տե՛ս ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2019, Եր., 2020, էջ 31-33:

1. Եթե իրոք առկա է որոշակի նպատակադրված կոռեկցիա ՀՀ ՀՆԱ-ի և առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալների միջև, ապա արդյո՞ք առկա է այլ սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշների հետ ուղղակի կապ ևս, որովհետև հատկապես այս համակարգի դեպքում ֆինանսավորումը միայն ՀՆԱ-ի ցուցանիշի հետ կապելը չի կարող նպատակահարմար լինել, քանզի կան ուղղակի ներգործության բազմաթիվ այլ գործոններ ևս, որոնք պետք է պայմանավորեն ֆինանսավորման ծավալները (օրինակ՝ առողջապահական ժողովրդագրական ցուցանիշները):

2. Արդյո՞ք քննարկվող հարաբերակցության այդ մեծությունն ունի գիտական հիմնավորում և ստացված է տնտեսաչափական ճշգրիտ մոդելի կիրառմամբ:

Այս երկու հարցերի վերաբերյալ տեղեկատվական ոչ մի շտեմարանում առկա չէ որևէ պարզաբանում: Սակայն լավագույնը կլինեք այն տարբերակը, որի դեպքում հստակ տնտեսական մոդելի շրջանակում ընդգրկված կլինեին ուղղակի ազդեցության հնարավորինս շատ գործոններ: Բնականաբար, վերջինիս հավանականությունը բավականաչափ ցածր է այս պարագայում, սակայն պետք է նշել, որ դրա իրագործումը ոչ միայն այս համակարգի, այլև մյուս բոլոր համակարգերի համար պետք է դառնա առաջնահերթություն:

Խոսելով ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալների մասին՝ անպայմանորեն անհրաժեշտ է անդրադառնալ նաև համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքին՝ կապված ֆինանսական հոսքերի բնույթի հետ (զժապատկեր 2.2):



Գծապատկեր 2.2

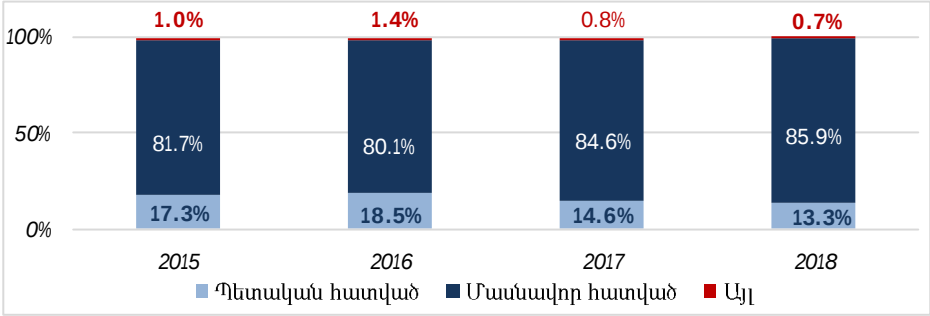
Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքը (ընթացիկ և կապիտալ ծախսեր)²²

Ինչպես տեսնում ենք, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքը 2015-2018 թթ. բավականաչափ կայուն է եղել: Այդ ժամանակահատվածում ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալներում ընթացիկ

²² Տե՛ս նույն տեղը:

ծախսերը մշտապես գտնվել են **98.6-99.7%-ի** միջակայքում, իսկ կապիտալ ծախսերը՝ **0.3-1.4%-ի** միջակայքում: Երկու դեպքում միջին քառակուսային շեղումը կազմել է ընդամենը **0.42%**, ինչը, անկասկած, հավաստում է ըստ ծախսերի բնույթի ֆինանսավորման կառուցվածքի կայունության մասին: Այս իրավիճակը ևս հետևանք է պետական կարգավորման, երբ կառավարությունը նպատակադրում է ֆինանսավորման նմանօրինակ կառուցվածք: Սակայն, հարց է առաջանում, թե որքանով է այն արդյունավետ: Պետք է արձանագրել, որ ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի հեռանկարային զարգացման համար անհրաժեշտ կապիտալ ծախսերը տարեկան ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալներում չնչին տեսակարար կշիռ ունեն, ինչը ռազմավարական կառավարման տեսանկյունից վկայում է ոլորտի կայուն աճին խոչընդոտող մի շարք խնդիրների մասին: Նման փոքր ծավալի կապիտալ ծախսերը (օրինակ՝ 2018 թ. ընդամենը 1.75 մլրդ ՀՀ դրամ), անկասկած, անբավարար են մի ամբողջ ոլորտի կայացման համար:

Բնականաբար, ընթացիկ խնդիրների լուծումն անհրաժեշտություն է, սակայն ընթացիկ կարգավորման հեռանկարային զարգացման իրական ռազմավարության և հնարավոր ֆորսմաժորային սցենարների դեպքում համապատասխան լուծումների բացակայությունը հանգեցնում է այնպիսի իրավիճակների, ինչպիսիք առկա են այժմ՝ համավարակի և հետպատերազմական պայմաններում:



Գծապատկեր 2.3

Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքը՝ ըստ ֆինանսավորման աղբյուրի²³

Խոսելով ֆինանսավորման կառուցվածքի մասին՝ մեզ առավելապես հետաքրքրում է, թե ինչպիսի ծավալների է հասնում առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորումը: Այդ նպատակով դիտարկենք նաև ՀՀ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքը՝ ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների:

²³ Տե՛ս նույն տեղը:

Ինչպես տեսնում ենք, ֆինանսավորումը դիտարկված ժամանակահատվածում գերազանցապես իրականացվել է մասնավոր հատվածի կողմից, որի ծավալները յուրաքանչյուր տարի գերազանցել են ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալների 80%-ը: Սակայն հետաքրքրականն այն է, որ ֆինանսավորման այդ աղբյուրից ստացված միջոցները օգտագործվել են միայն ընթացիկ ծախսերի նպատակով, այսինքն՝ չի իրականացվել մասնավոր հատվածից կապիտալ ֆինանսավորում, ինչը, բնականաբար, լրջագույն խնդիր է: Այս պարագայում, պետության դերը պետք է լինել մասնավոր հատվածի կողմից կապիտալ ծախսեր չիրականացնելու հետևանքների չեզոքացումը՝ կապիտալ ֆինանսավորման միջոցով: Բայց, դիտարկելով այն հանգամանքը, որ 2015-2018 թթ. պետության կողմից կապիտալ ֆինանսավորման ծավալը երբեք չի գերազանցել ընդհանուր ֆինանսավորման նույնիսկ 1.3%-ը (միջինում՝ 0.74%), պարզ է դառնում, որ պետությունը պատշաճորեն չի լուծում այդ խնդիրը: Արդյունքում, ՀՀ-ում առողջապահական ոլորտում գրեթե չի իրականացվում կապիտալ ֆինանսավորում, ինչը առողջապահական համակարգի զարգացման, բժշկական ծառայությունների հասանելիության մեծացման, առողջապահական ցուցանիշների բարելավման և բժշկական կազմակերպությունների, այդ թվում՝ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետ աշխատանքի ու զարգացման գրավականն է: Եվ եթե դիտարկենք նաև այն հանգամանքը, որ 2018 թ. առողջապահական համակարգի կապիտալ ֆինանսավորումը, ՀՆԱ-ի համեմատ, 2016 թվականից սկսած, անընդհատ նվազելով հասել է ընդամենը 0.03%-ի, ապա պարզ է դառնում, որ ՀՀ-ում այդ համակարգում գրեթե չի իրականացվում կապիտալ ֆինանսավորում:

Այսպիսով, կարևորելով պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետ կառավարման համատեքստում ուղղակի ներգործության արտաքին միջավայրի կայուն զարգացումը և ամփոփելով վերոնշյալ դիտարկումները՝ կարող ենք կատարել հետևյալ եզրահանգումները.

1. ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի ընդհանուր ֆինանսավորման ծավալները նպատակադրված են, քանի որ առկա է ակնհայտ փոխկապվածություն այդ ցուցանիշի և ՀՀ ՀՆԱ-ի միջև, սակայն ակնհայտ չեն այդ փոխկապվածության արժանահավատությունը և մեծության հիմնավորվածությունը:
2. ՀՀ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքը, ըստ հոսքերի բնույթի, գերազանցապես (ավելի քան 98.5%-ը) ընթացիկ է, ինչը ոլորտի երկարաժամկետ զարգացման տեսանկյունից հարցականի տակ է դնում ֆինանսավորման արդյունավետությունը, քանի որ ոլորտի զարգացման համար մեծ ծավալի և նպատակադրված կապիտալ ֆինանսավորումն անհրաժեշտություն է:

3. ՀՀ առողջապահական համակարգը ավելի քան 80%-ի չափով ֆինանսավորվում է մասնավոր հատվածի կողմից, այն էլ՝ միայն ընթացիկ ֆինանսավորման ձևով: Իսկ այդ դեպքում պետությունը պետք է չեզոքացնի դրա հետ կապված խնդիրները և իրականացնի կապիտալ ֆինանսավորում, սակայն, ինչպես նշվեց, վերջինիս ծավալները ձգտում են նվազագույնի:

Ամփոփելով վերոգրյալը՝ կարող են նշել, որ ՀՀ-ում պետական և ոչ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների արտաքին միջավայր հանդիսացող առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման արդի վիճակը դրական համարելն այնքան էլ ճիշտ չէ, քանի որ առնվազն ֆինանսավորման տեսանկյունից չկան նախադրյալներ, որոնք կնպաստեն ոլորտի երկարաժամկետ զարգացմանը: Հետևաբար, պետական քաղաքականության շրջանակներում անպայմանորեն պետք է վերանայվի ոլորտի ֆինանսավորման մոտեցումը և շեշտադրվի կապիտալ ֆինանսավորումը, իսկ վերջինս, անկասկած, իր դրական ազդեցությունը կունենա նաև պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների երկարաժամկետ և կայուն զարգացման վրա՝ հիմքեր ստեղծելով կառավարման համակարգի մշտական կատարելագործման համար:

2.2

ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության շարժընթացը և դրանց ապահովման համատեքստում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը

Սոցիալական պետության ստանձնած պարտավորությունները և այս կամ այն ոլորտային խնդիրների լուծումը երկիրը հաճախ կարգավորում է պետական մասնակցության միջոցով: Առողջապահական համակարգը, հանդիսանալով կարևորագույն սոցիալական ոլորտ, պետական անմիջական միջամտության կարիք ունի այնպիսի գործընթացներում, ինչպիսիք են համահավասար սկզբունքով բժշկական ծառայությունների, երկրի բնակչության կյանքի և առողջության պահպանման, ինչպես նաև առաջին բուժօգնության անհրաժեշտ միջոցառումներով ապահովումը: Այս համատեքստում, անդրադարձ կատարելով պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների անհրաժեշտությանն ու առաքելությունը, կարող ենք արձանագրել, որ դրանց գլխավոր նպատակը վերոնշյալ բուժառայությունների մատուցման հասանելիության ապահովումն է ազգաբնակչությանը՝ անկախ սոցիալական պատկանելությունից: Երկրի ոչ բարձր սոցիալական

մակարդակը կարող է անմիջական ազդեցություն ունենալ ազգաբնակչության կյանքի և առողջության որակի վրա: Սակայն, երբ պետությունը ստանձնում է ոլորտային կարգավորման նախաձեռնությունը, ապա համահարթեցման սկզբունքների հիման վրա ստեղծվում են առկա սոցիալ-տնտեսական խոչընդոտների հաղթահարման կառուցակարգեր: Եվ որքան մեծ է պետության ազդեցության ու մասնակցության չափաբաժինը սոցիալ-տնտեսական միջոցառումների համատեքստում, այնքան ավելի է բարձրանում ազգաբնակչության վստահությունը պետության նկատմամբ:

Այժմ անդրադարձ կատարենք և բացահայտենք բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը բնութագրող մի շարք ցուցանիշներ: Հետագա բոլոր աղյուսակներում և գծապատկերներում պետական ու համայնքային մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններին վերաբերող ցուցանիշները ներկայացվել են հանրագումարային տեսքով: Դրանք միասին դիտարկելու տրամաբանությունն ունի երկու պատճառ. առաջինն այն է, որ տվյալների մշակման տեսանկյունից առկա են խնդիրներ, քանի որ ՀՀ-ում չի վարվում դրանց առանձնացված վիճակագրություն: Եվ երկրորդ պատճառն այն է, որ պետական և համայնքային մասնակցությամբ բուժհաստատությունների աշխատանքի կազմակերպումն ու գործունեությունը սկզբունքորեն բխում են պետական համընդհանուր առողջապահական քաղաքականությունից: Հետևաբար, դրանց միասնական դիտարկումը չունի այլընտրանք, մինչև ժամանակ, սկզբունքորեն չի հակասում ուսումնասիրության նպատակներին, քանի որ այս հատվածում բացահայտվելու է դրանց դերը բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովման համատեքստում:

ՀՀ ԱԱՊՀ-ի թվաքանակի շարժընթացը և կառուցվածքը²⁴ | Աղյուսակ 2.1

Տարի	ԱԱՊՀ-ի քանակ	Պեր. և համայնք. մասնակցություն	Տես. կշիռն ընդհանուրում (%)	Բնակչություն (1,000 մարդ)
1980	475	462	97%	3,096
1985	497	484	97%	3,339
1990	529	516	98%	3,545
1995	509	501	98%	3,255
2000	503	497	99%	3,221
2005	458	398	87%	3,155
2010	504	381	76%	3,073
2015	504	363	72%	3,007
2018	501	355	71%	2,973
2019	494	355	72%	2,965

Աղյուսակ 2.1-ն արտացոլում է 1980-2019 թթ. ՀՀ-ում առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների (ԱԱՊՀ), այդ թվում՝ պետական և

²⁴ Տեղեկատվական աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Առողջություն և առողջապահություն 2020», Եր., 2020:

համայնքային մասնակցությամբ բուժհաստատությունների թվաքանակի վերաբերյալ տեղեկությունը:

Պետական մասնակցության զգալի չափաբաժինը 1980-2000 թթ. պայմանավորված է եղել խորհրդային (հետխորհրդային) կառավարման կառուցվածքով: Սակայն անկախացման հետագա տարիներին մասնավորեցման գործընթացները սկսեցին արագանալ:

Ուսումնասիրության նախորդ հատվածում արդեն իսկ անդրադարձ կատարվեց ՀՆԱ-ի և առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման համամասնական կապին: Այստեղ կարող ենք նկատել, որ նման օրինաչափություն պահպանվել է նաև բնակչության և բուժկազմակերպությունների թվաքանակային փոփոխության ժամանակ: Մասնավորապես, աղյուսակ 2.1-ում արտացոլված տվյալներից երևում է, որ վերոնշյալ 2 կատեգորիաները փոփոխվել են համամասնորեն, և դրանց զգայունությունը միմյանց նկատմամբ նպաստել է համաչափ փոփոխությանը: Սա կարող է միանգամայն այլընտրանքային ցուցիչ հանդիսանալ պետության, բնակչության թվաքանակի և առողջապահական համակարգի միջև գործող կոռելյացիոն կապի գնահատման համար: Մասնավորապես, կարող ենք եզրակացնել, որ ազգաբնակչությանը առողջապահական փաթեթով ապահովելու և առողջապահական համակարգը բնակչության թվաքանակի փոփոխությանը հարմարեցնելու պահանջը եղել է այդ ոլորտի ազգային քաղաքականության առանցքում:

Ամբողջացնելով ՀՀ-ում ԱԱՊՀ-ի թվաքանակի շարժընթացի ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք նշել, որ դիտարկված ժամանակահատվածում փոփոխությունը եղել է բավականաչափ կայուն (միջին քառակուսային շեղում/միջին հարաբերակցությունը կազմել է ընդամենը 3.67%): Դրան հակառակ՝ պետական և համայնքային (այսուհետ՝ պետական) մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների տեսակարար կշիռը ԱԱՊՀ-ում ունի ակնհայտ նվազման միտում՝ որպես հետևանք պետական գույքի մասնավորեցման կոնկրետ քաղաքականության, ինչը ենթադրում է բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովման գործում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերի նվազում:

Հիվանդանոցային հաստատությունների դեպքում իրավիճակի նկարագրությունը գրեթե նույնությամբ համընկնում է ԱԱՊՀ-ի թվաքանակի շարժընթացի մեկնաբանությունների և պետական քաղաքականության դիտարկումների հետ (հատկապես՝ պետական գույքի մասնավորեցման միտումների դեպքում): Սակայն, ակնհայտ է նաև հիվանդանոցային հաստատությունների թվաքանակի նվազման միտումը, ավելին՝ այս դեպքում միջին քառակուսային շեղում/միջին հարաբերակցությունը կազմում է 14.74%, ինչն ապացուցում է առաջ քաշված կանխադրույքը: Նշենք, որ, 1980 թ. համեմատ, հիվանդանոցային հաստատությունների թվաքանակը 2019 թ. նվազել է շուրջ 1/4-ի չափով (աղյուսակ 2.2):

**ՀՀ հիվանդանոցային հաստատությունների թվաքանակի
շարժընթացը և կառուցվածքը²⁵**

Տարի	Հիվ. հաստատությունների քանակ	Պետ. և համայնք. մասնակցություն	Տես. կշիռն ընդ-հանրում (%)
1980	171	168	98%
1985	171	167	98%
1990	180	176	98%
1995	183	179	98%
2000	146	143	98%
2005	145	111	77%
2010	130	90	69%
2015	132	87	66%
2018	124	79	64%
2019	125	79	63%

Ելնելով պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների գլխավոր նպատակից, ինչպես նաև քանակական փոփոխությունից՝ անհրաժեշտ է անդրադարձ կատարել նաև դրանց ռեսուրսային ապահովվածությանը: Յուրաքանչյուր բուժհաստատության վարկանիշը պայմանավորող առաջնային գործոններից է բարձր մասնագիտական ունակություններով բժիշկների ու միջին բուժաշխատողների առկայությունը:

Անկախ բուժհաստատության սեփականության ձևից, հիմնական ֆինանսական հոսքերն ապահովվում են՝ մարդկային ռեսուրսների (կադրերի) գործոնից ելնելով: Ուստի, անդրադարձ կատարելով բուժհաստատությունների՝ մարդկային ռեսուրսներով ապահովմանը, դիտարկենք աղյուսակ 2.3-ի և 2.4-ի տվյալները:

1980-ական թվականներին, երբ դեռ ՀՀ-ն գտնվում էր ԽՍՀՄ կազմում, բժիշկների 97%-ն աշխատում էր պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում: Սակայն, մասնավորեցման գործընթացներին զուգահեռ, այդ թվաքանակը կայուն տեմպերով անկում ապրեց՝ 2019 թ. դառնալով 47%: Բժիշկների քանակի աճին զուգահեռ նվազել է պետական մասնակցությամբ բուժհաստատություններում նրանց թվաքանակը: Սա ևս մեկ անգամ վկայում է, որ բժիշկների հոսունության վրա ազդող գործոններից մեկը մասնավորեցման գործընթացն էր: Միաժամանակ, եթե պետական մասնակցությամբ բուժհաստատությունները կարողանան ապահովել մրցակցային պայմաններ, ապա կգույնի հոսունության տեմպերը:

²⁵ Տեղեկատվական աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Առողջություն և առողջապահություն 2020», Եր., 2020:

ՀՀ բոլոր բուժկազմակերպություններում բժիշկների թվաքանակը²⁶

Աղյուսակ 2.3

Տարի	Բժիշկների թվաքանակ	Պեր. և համայնք. մասնակց.	Տես. կշիռը (%)
1980	10,885	10,506	97%
1985	12,713	12,429	98%
1990	14,519	14,206	98%
1995	12,657	12,401	98%
2000	12,270	11,923	97%
2005	12,307	9,283	75%
2010	13,591	8,531	63%
2015	13,117	6,433	49%
2018	13,366	5,940	44%
2019	13,958	6,566	47%

Պատկերը մի փոքր այլ է միջին բուժանձնակազմի դեպքում. այստեղ ցուցանշային կտրուկ շեղումներ չեն նկատվում. հոսունությունն ունի ավելի ցածր տեմպ և, չնայած մասնավորեցման միտումներին, ամենացածր տոկոսային հարաբերակցությունը գրանցվել է 2019 թ.՝ կազմելով 66%: Սա ենթադրելի երևույթ է, քանի որ անձնակազմի նշված խումբն իր աշխատանքային գործունեության վայրը փոխելու անհրաժեշտություն կամ մոտիվացիա չունի: Եթե բժիշկների դեպքում գործ ունենք մասնագիտական առաջընթացի և աշխատավարձի աճի հետ, ապա միջին բուժանձնակազմի պարագայում այս գործոնը կրում է գրեթե ոչ էական ու ոչ առաջնային բնույթ: Օրինակ, այս խմբի աշխատակիցների համար բնակավայրին մոտ գտնվող բուժհաստատությունում աշխատելն ավելի նախընտրելի կարող է լինել, քան ավելի հեռու գտնվող, բայց ժամանակակից տեխնիկայով զինված այլ բուժհաստատությունում աշխատելը: Այնուամենայնիվ, պետք է նկատել, որ 1990-ական թվականներին միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը շուրջ 2 անգամ գերազանցել է 2010-ականների ցուցանիշը, ինչը պայմանավորված է և՛ բնակչության կրճատմամբ, և՛ տվյալ ժամանակահատվածին բնորոշ արտագաղթի տեմպերով, և՛ բուժհաստատությունների թվաքանակի կրճատմամբ:

Բուժհաստատությունների ռեսուրսապահովվածության տեսանկյունից նաև կարևոր բնութագրիչ է մահճակալազինվածությունը, որը ներկայացնում է, թե պետության կողմից հիվանդանոցային պայմաններում հիվանդներ սպասարկելու առավելագույն կարողությունը որքան է: Ընդհանուր օրինաչափություններն այս պարագայում ևս պահպանվել են: Եթե 1980-ականներին պետական մասնակցությամբ բուժհաստատություններին բաժին էր ընկնում մահճակալների թվի 98%-ը, ապա մասնավորեցումն այդ բեռը թեթևացրել է շուրջ 39%-ով (աղյուսակ 2.5):

²⁶ Տե՛ս նույն տեղը:

ՀՀ բոլոր բուժակզմակերպություններում միջին բուժանձնակազմի
թվաքանակը²⁷

Աղյուսակ 2.4

Տարի	Միջին բուժանձնակազմ	Պեր. և համալր. մասնակց.	Տես. կշիռը (%)
1980	25,323	24,456	97%
1985	30,620	29,723	97%
1990	34,953	34,338	98%
1995	31,324	30,902	99%
2000	22,632	22,164	98%
2005	18,364	14,331	78%
2010	18,649	13,848	74%
2015	17,632	12,535	71%
2018	16,595	11,153	67%
2019	16,772	11,121	66%

ՀՀ-ում մահճակալազինվածությունը²⁸

Աղյուսակ 2.5

Տարի	Մահճակալների քանակ	Պեր. և համալր. մասնակց.	Տես. կշիռը (%)
1980	26,000	25,590	98%
1985	28,100	27,482	98%
1990	30,500	29,732	97%
1995	28,700	28,271	99%
2000	20,800	20,483	98%
2005	14,400	9,862	68%
2010	12,200	7,835	64%
2015	12,500	7,874	63%
2018	12,200	7,206	59%
2019	11,800	6,922	59%

Այնուամենայնիվ, բոլոր ցուցանիշներից հարկ ենք համարում առանձին
անդրադարձ կատարել 2019 թ. արդյունքներին (աղյուսակ 2.6):

Բուժօնաշրջանների հասանելիությունը բնութագրող հիմնական
ցուցանիշները 2019 թ.²⁹

Աղյուսակ 2.6

	Պեր. և համ. մասնակց.	Մասնավոր	Ընդամենը
Բժիշկներ	6,566	6,871	13,437
Միջին բուժանձնակազմ	11,121	5,302	16,423
Հիվ. հասարակություններ	79	46	125
Մահճակալների թիվ	6,922	4,856	11,778
Ընդունվել են հիվանդներ	227,270	208,200	435,470
Մահճ. ցուց. միջ. գրադյուն.	256	258	259
Մահճ. հիվանդ. անց. միջ. օրեր	7.9	5.8	7
ԱԱՊՀ քանակ	355	139	494
ԱԱՊՀ հաճախումների թիվ	9,647,500	2,478,500	12,126,000

²⁷ Տե՛ս նույն տեղը:

²⁸ Տե՛ս նույն տեղը:

²⁹ Տե՛ս նույն տեղը:

2019 թ. բժիշկների ու բուժանձնակազմի ընդհանուր թվաքանակային փոփոխությունների միտվածությունը, մյուս տարիների համեմատ, պահպանվել է: Դրան արդեն իսկ անդրադարձ կատարվել է, իսկ ընդհանուր հիվանդանոցային հաստատությունների թվաքանակի տեսանկյունից պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններն ունեն 63,2% տեսակարար կշիռ, մասնավոր հատվածը՝ 36,8%: Սա ողջունելի է համահավասար սկզբունքներով բուժօնաշարժությունների մատուցման տեսանկյունից, սակայն այդ ծառայությունների մատուցումը հստակորեն գնահատելու համար ավելի քան թերի մոտեցում է: Պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպություններում առկա մահճակալների քանակը 29,8 տոկոսային կետով գերազանցում է մասնավոր հատվածի նույն ցուցանիշը, իսկ 2019 թ. ընդունված հիվանդների թվաքանակը համապատասխանաբար գերազանցում է 8,39 տոկոսային կետով:

Ազգաբնակչության կողմից վստահության մակարդակի ցուցանիշներ են համարվում մասնավոր և պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններ այցելության, այնտեղ միջինում անցկացված օրերի քանակի և մահճակալների միջին զբաղվածության ցուցանիշները: 2019 թ. մեկ մահճակալի հաշվով հիվանդների անցկացրած միջին օրերի քանակը պետական և մասնավոր հիվանդանոցներում տարբերվում է 36,2 տոկոսային կետով, ինչը կարող է արդյունք լինել հետևյալի.

1. մասնավոր հատվածում բուժման գործընթացը և որակը գտնվում են ավելի բարձր մակարդակի վրա,
2. մասնավոր հատվածում մահճակալների թվաքանակի սակավության պատճառով հիվանդներին հնարավորինս ավելի կարճ են պահում հիվանդանոցային պայմաններում, քան պետական հատվածում,
3. մասնավոր հատվածի հիվանդանոցային կեցության ծախսերի թանկությունը պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների նկատմամբ,
4. պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում հիվանդանոցային բուժումը մահճակալազբաղվածության տեսանկյունից ապահովում է լրացուցիչ եկամուտներ:

Նշված փաստարկները կրում են բացառապես կանխատեսումային բնույթ և, ցավոք, առ այսօր հետազոտված չեն:

Պետական մասնակցությամբ առողջության առաջնային ապահովման հաստատությունները շուրջ 2,5 անգամ գերազանցում են մասնավորին, ինչը բնորոշ է սոցիալական պետության ստանձնած պարտավորությունների կատարմանը: Ըստ այդմ, այս հաստատություններ հաճախումների քանակը համապատասխանաբար շուրջ 3,8 անգամ գերազանցում է մասնավոր հաստատություններ հաճախումներին: Հաշվի առնելով, որ այս հաստատությունների ծառայությունների մեծամասնությունն անվճար հիմունքներով է և

հասանելի է հասարակության ավելի լայն շերտերին, ապա այս հատվածով պետությունը պետք է հնարավորինս խթանի ծառայությունների որակի բարձրացումը: Առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններում պետական և մասնավոր հատվածի գործողություններն ու նպատակները պետք է լինեն համողված: Այսինքն, պետական մասնակցությամբ ԱԱՊՀ-ի կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը պետք է բարձրացվի՝ համադրելի մակարդակ ապահովելով մասնավոր ԱԱՊՀ-ի կողմից մատուցվող ծառայությունների հետ, իսկ վերջիններիս կողմից էլ պետք է նույն սկզբունքի հիման վրա նվազեցվեն մատուցվող բուժառայությունների գները:

Այսպիսով, նպատակ ունենալով բնակչությանը հավասար սկզբունքներով բուժառայություններով ապահովելը՝ պետությունն իր նպատակադրումներն իրականացնում է պետական մասնակցությամբ բուժհաստատությունների միջոցով: Կատարված վերլուծության արդյունքում արձանագրում ենք.

1. անկախ պետական մասնակցության չափից՝ ՀՀ-ում գործող բուժկազմակերպությունների թվաքանակը փոփոխվել է բնակչության թվաքանակին համահունչ, ինչը փաստում է, որ ազգաբնակչության առողջապահական խնդիրների լուծումը և առողջապահական համակարգը բնակչության թվաքանակի փոփոխությանը հարմարեցնելու պահանջը եղել են առողջապահական ոլորտի ազգային քաղաքականության կենտրոնում: Եվ պետությունը, անկախ բուժկազմակերպությունների սեփականության ձևից, պետք է շարունակի հավատարիմ մնալ այս սկզբունքին ու խթանել բնակչության թվաքանակային պահանջարկ - բուժհաստատության քանակական առաջարկ հարբերակցությունը:
2. ՀՀ-ում համայնքային և պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների վերաբերյալ առանձնացված վիճակագրություն չի վարվում: Չնայած դրանց կողմից նույն քաղաքականության շրջանակներում միասնական գործունեության իրականացմանը, այնուամենայնիվ, ցանկալի է վարել առանձնացված վիճակագրություն: Դա թույլ կտա այդ կազմակերպություններում առկա փոփոխություններին հետևել յուրաքանչյուրին բնորոշ առանձնահատկությունների տեսանկյունից:
3. Քանզի համահարթ ու համահավասար բուժառայությունների մատուցումը ու սոցիալ-առողջապահական խնդիրների լուծման ապահովումն իր վրա կրում է պետությունը ու լուծում է պետական մասնակցությամբ բուժհաստատությունների միջոցով, պետությունը պետք է բարձրացնի վերջիններիս դերը և դրանց նկատմամբ ազգաբնակչության վստահությունը: Դա իրականանալի է մատուցվող բուժառայությունների փաթեթային վերանայման, բժշկական ծառա-

յությունների որակի բարելավման, բժիշկների ու միջին բուժանձնակազմի մասնագիտական որակների բարձրացման միջոցով:

4. Հաշվի առնելով բժիշկների բարձր հոսունությունը պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններից՝ վերջիններս պետք է խթանեն բուժանձնակազմի մասնագիտական զարգացումը, հմտությունների կատարելագործումը և ստեղծեն աշխատանքային բարենպաստ պայմաններ: Սա կարող է ոչ միայն զսպել արտաքին հոսունության խնդիրը, այլ նաև ապահովել հակառակ էֆեկտ, որը հաստատապես ազդելու է բուժառայությունների որակի, տվյալ բուժհաստատության հեղինակության և առողջապահական համակարգի նկատմամբ վստահության բարձրացման վրա:

Ամփոփելով կարող ենք արձանագրել, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները, ծառայությունների մատուցման որակի ու մրցակցայնության, ինչպես նաև ֆինանսական մատչելիության խնդիրների լուծման հետ համատեղ, ունեն նաև հասանելիության չլուծված խնդիրը, ինչը բխում է նրանց նպատակային առաքելությունից: Միաժամանակ, հասկանալի է, որ մասնավոր ստեղծված կամ մասնավորեցված բժշկական կառույցները բժշկական ծառայությունների ու տեխնոլոգիաների ներդրման շնորհիվ ինքնին զարգացնում են նաև ամբողջ առողջապահական համակարգը, սակայն անհրաժեշտ է արձանագրել նաև, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական հաստատությունները դեռևս վերոշարադրյալ խնդիրների լուծման փնտրտուքի տիրույթում են և, հետևապես, զարգացման գործընթացում ավելի շատ դիտորդի կարգավիճակում են, քան մասնակցի:

2.3

ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափության գնահատումը

Քննարկելով ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը, վերջինիս փոփոխման շարժընթացը և հասանելիության ապահովման գործում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը՝ առաջանում է մեկ կարևորագույն հարց, այն է՝ արդյո՞ք ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը կարող ենք համարել համաչափ, թե՞ ոչ:

Բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափությունը յուրաքանչյուր երկրում անհրաժեշտություն է, քանի որ ցանկացած պարագայում պետությունը խնդիր ունի այնպիսի կարևորությամբ համակարգերում, ինչպիսին առողջապահությունն է. մասնավորապես՝ իր յուրաքանչյուր քաղաքացու և բնակչի համար ապահովել բժշկական ծառայությունների նույնօրինակ ու համարժեք հասանելիություն: Հայաստանի Հանրապետության

պարագայում, երբ առկա է սոցիալ-տնտեսական զարգացման անհամաչափություն,³⁰ այս խնդիրը ստանում է առաջնային հրատապություն, որովհետև ենթադրելի է, որ այդ անհամաչափությունը «արտապատկերված է» նաև առողջապահական համակարգում:

Ամենաակնհայտ ցուցանիշների դիտարկմամբ էլ առաջանում են հիմնավոր կասկածներ, որ ՀՀ-ում իրոք առկա է բժշկական ծառայությունների անհամաչափ հասանելիություն: Օրինակ, ՀՀ-ում գյուղական և քաղաքային բնակավայրերի տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առկա են էական տարբերություններ: Մասնավորապես, 2018 թ. ՀՀ քաղաքային բնակավայրերում տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերը 1 շնչի հաշվով 33.5%-ով գերազանցել են գյուղական բնակավայրերում տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի նույն քաղաքիչը: Տարբերությունն առավել ակնհայտ էր 2017-ին, երբ այն կազմել է 85.2%³¹: Բնականաբար, նմանօրինակ տարբերությունը պայմանավորող գործոնները բազմաթիվ են, սակայն անհերքելի է նաև այն փաստը, որ վերջինս հետևանք է տարածքային անհամաչափ զարգացման:

Հետևաբար, ուսումնասիրվող թեմայի շրջանակում պարզապես անհրաժեշտ է գնահատել, թե ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունները որքանով են համաչափ կերպով հասանելի ողջ բնակչությանը, չէ՞ որ պետական մասնակցության միջոցով է նաև, որ պետությունը պետք է լուծի այս կարևորագույն խնդիրը (պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների գոյությունը մեծապես պայմանավորված է հենց այս հանգամանքով, որովհետև միայն մասնավոր հատվածի առկայության և մրցակցային շուկայի գործունեության պարագայում այդ ծառայությունների անհամաչափ հասանելիությունը, Երևանի և մարզերի մակարդակով, կհասնի պարզապես ահռելի ծավալների):

Բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափությունը գնահատելու համար նախևառաջ փորձ ենք կատարել այդ համաչափությունն ուսումնասիրելու Երևանի և մարզերի մակարդակով՝ հասկանալու համար, թե ինչպիսին է իրավիճակն առավել լայն դիտարկման պարագայում: Այդ նպատակով իրականացրել ենք բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը բնութագրող ցուցանիշների բազմագործոն կլաստերային վերլուծություն՝ SPSS վիճակագրական փաթեթի կիրառմամբ:

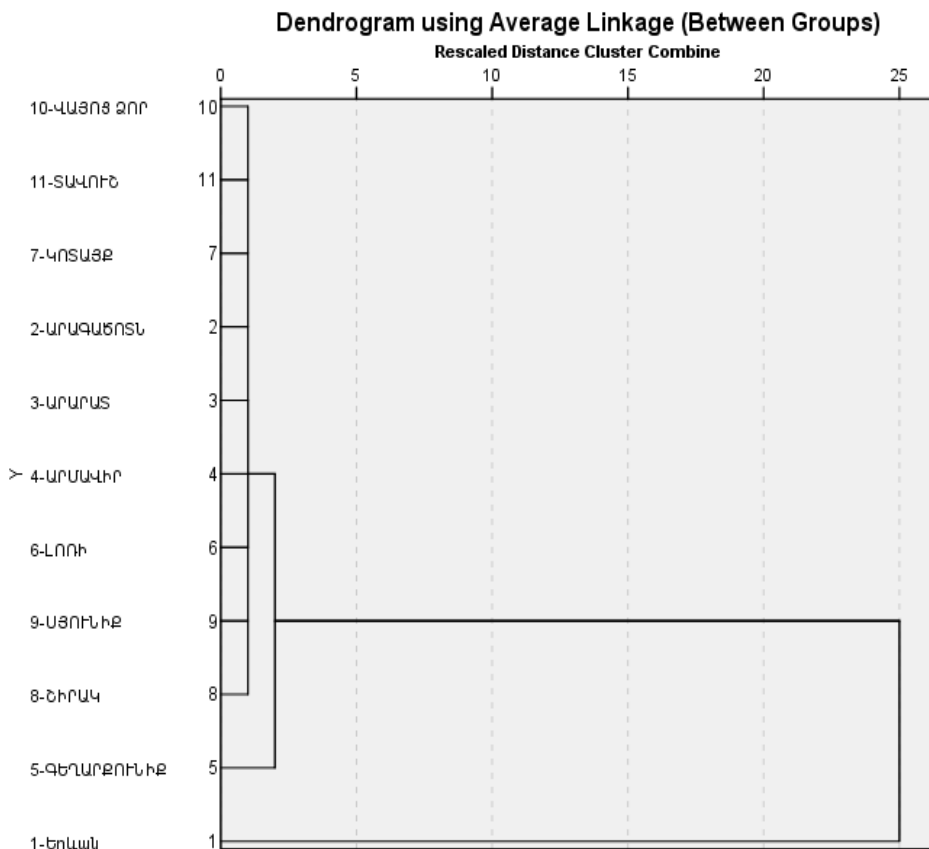
Բազմագործոն վերլուծության ընթացքում օգտագործվել են հետևյալ ցուցանիշները՝ **առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների (ԱԱՊՀ) թվաքանակ, հիվանդանոցային հաստատությունների**

³⁰ Տե՛ս Հ. Գալստյան, Գ. Բաղդյան, ՀՀ տարածքային անհամաչափ զարգացման սոցիալ-տնտեսական հիմնախնդիրները արդի պայմաններում, Բանբեր ՀՊՏՀ, 2020, N1, էջ 38-53:

³¹ Տե՛ս ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2019, Եր., 2020, էջ 23:

թվաքանակ, հիվանդանոցային հաստատություններում մահճակալների թվաքանակ, ԱԱՊՀ հաճախումներ, հիվանդանոցային հաստատություններ ընդունված հիվանդների թվաքանակ, մահճակալների տարեկան միջին զբաղվածություն, մահճակալին հիվանդի անցկացրած օրերի միջին թիվ, բժիշկների թվաքանակ և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ³²:

Վերլուծության առաջին փուլով կառուցվել է մայրաքաղաք Երևանի և տասը մարզերի կլաստերացման դենդոգրամը՝ վերոնշյալ 9 ցուցանիշների հիման վրա (ցուցանիշները դիտարկվել են հարաբերական արժեքով՝ հիմք ընդունելով տարածքային միավորի բնակչության թվաքանակը):



Գծապատկեր 2.4

Երևանի և մարզերի կլաստերացման դենդոգրամը

³² Տեղեկատվական աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Առողջություն և առողջապահություն 2020, Եր., 2020:

Երևանում և մարզերում բժշկական ծառայությունների հասանելիության տեսանկյունից առկա են ակնհայտ շեղումներ: Ինչպես ենթադրվում էր, մայրաքաղաք Երևանը մարզերին գերազանցում է՝ ապահովելով քննարկվող ծառայությունների առավել մեծ հասանելիություն: Մարզերի դեպքում իրավիճակն առավելապես նույնանման է, և մարզերում առկա է այդ ծառայությունների համադրելի հասանելիություն:

Այնուամենայնիվ, միայն դենդրոգրամի միջոցով դիտարկումները բավարար չեն իրական պատկեր ստանալու համար, այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ էր նաև իրականացնել կլաստերացում K-միջինների միջոցով (հետազոտական նկատառումներից և առաջին փուլով կլաստերացման արդյունքներից ելնելով՝ կլաստերացման աստիճան է սահմանվել 3-ը):

Գործոնային վերլուծության արդյունքում 3 կլաստերներում համապատասխանաբար ընդգրկվել են թվով 1, 8 և 2 տարածքային միավորներ: Սակայն մինչ անցում կկատարենք բուն կլաստերների ուսումնասիրությանը, անհրաժեշտ է դիտարկել կլաստերացման ընթացքում օգտագործված փոփոխականների նշանակալիությունը (աղյուսակ 2.7):

ՀՀ մարզերի և Երևանի կլաստերացման ընթացքում օգտագործված փոփոխականների նշանակալիությունը

Աղյուսակ 2.7

Փոփոխականը	Նշանակալիությունը
ԱԱՊՀ թվաքանակ	0.008
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.335
Հիվ. հաստ. մահճակալների թվաքանակ	0.000
ԱԱՊՀ հաճախումներ	0.037
Հիվ. հաստ. ընդունված հիվանդներ	0.000
Մահճակալների տարեկ. միջ. զբաղվածությ.	0.346
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	0.993
Բժիշկների թվաքանակ	0.000
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	0.000

Կլաստերացման ընթացքում մոդելում օգտագործված 9 ցուցանիշներից 6-ը 5% նշանակալիության մակարդակում եղել են նշանակալի, ավելին՝ այդ ցուցանիշներից 4-ը եղել է բացարձակ նշանակալի: Հետաքրքրականն այն է, որ բացարձակ նշանակալի են եղել հենց այն փոփոխականները, որոնք բժշկական ծառայությունների հասանելիության տեսանկյունից ունեն առանցքային նշանակալիություն (այդ շարքում՝ մահճակալների, բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի, ինչպես նաև հիվանդանոցային հաստատություններ ընդունված հիվանդների թվաքանակը): Մոդելում նշանակալի չի եղել միայն 3 փոփոխական, ինչը նշանակում է, որ այդ ցուցանիշների տեսանկյունից մարզերում և Երևանում առկա է համանման իրավիճակ (նշենք, որ կլաստերացման ընթացքում փոփոխականի ոչ նշանակալի լինելը հիմք չէ մոդելից վերջինիս հեռացման համար, քանի որ այդ փոփոխականների կլաստերային կենտրոնները ևս պարունակում են կարևոր տեղեկատվություն):

Ձևավորված կլաստերների կենտրոնները

Աղյուսակ 2.8

Փոփոխականը	Կլաստերի կենտրոնները		
	Կլաստեր 1	Կլաստեր 2	Կլաստեր 3
ԱԱՊՀ թվաքանակ	1.27	1.92	1.38
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.49	0.48	0.65
Հիվ. հաստ. մահճակալների թվաքանակ	69.77	13.39	35.48
ԱԱՊՀ հաճախումներ	4.90	2.80	4.10
Հիվ. հաստ. ընդունված հիվանդներ	28.28	5.30	9.30
Մահճ. տարեկ. միջ. զբաղվածությ.	0.76	0.56	0.45
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	6.90	5.30	6.30
Բժիշկների թվաքանակ	90.07	18.50	24.70
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	78.28	42.90	54.80
Կլաստեր 1-ում ընդգրկված է մայրաքաղաք Երևանը:			
Կլաստեր 2-ում ընդգրկված են Արագածոտնի, Արարատի, Արմավիրի, Գեղարքունիքի, Լոռու, Կոտայքի, Վայոց ձորի և Տավուշի մարզերը:			
Կլաստեր 3-ում ընդգրկված են Շիրակի և Սյունիքի մարզերը:			

Այժմ անհրաժեշտ է անցում կատարել բուն կլաստերների ուսումնասիրությանը, որի ընթացքում դիտարկման են ենթակա ձևավորված կլաստերների կենտրոնները, ինչպես նաև տարածքային միավորների պատկանելությունն այս կամ այն կլաստերին: Անհրաժեշտ ենք համարում յուրաքանչյուր փոփոխականի տեսանկյունից համեմատել կլաստերները՝ հասկանալու համար, թե բժշկական ծառայությունների հասանելիության ինչպիսի անհամաչափություն է առկա:

Ինչպես տեսնում ենք, ԱԱՊՀ-ի և հիվանդանոցային հաստատությունների թվաքանակի տեսանկյունից (ցուցանիշները ներկայացված են 10,000 բնակչի հաշվով) ՀՀ մարզերում և մայրաքաղաք Երևանում առկա է համանման իրավիճակ. կլաստերների կենտրոնները միմյանցից քիչ են տարբերվում: Այնուամենայնիվ, ակնհայտ է, որ մայրաքաղաք Երևանն այս առումով զիջում է ՀՀ բոլոր մարզերին, սակայն պարզ է, որ հասանելիությունը բնութագրող առավել կարևոր ցուցանիշ է հաստատությունում առկա մահճակալների և բուժանձնակազմի թվաքանակը, այլ ոչ թե հաստատությունների քանակը: Եվ հենց այդ տեսանկյունից դիտարկումներ իրականացնելիս պարզ է դառնում, որ մայրաքաղաք Երևանը շատ մեծ տարբերություններով զերազանցում է բոլոր մարզերին: Այդ առումով, համեմատաբար բարվոք վիճակում են Շիրակի և Սյունիքի մարզերը, իսկ մյուս 8 մարզերի դեպքում իրավիճակն ակնհայտորեն բացասական է՝ մայրաքաղաք Երևանի, Շիրակի և Սյունիքի մարզերի համեմատությամբ:

Հիվանդանոցային հաստատություններ ընդունված հիվանդների թվաքանակի պարագայում ևս գրեթե նույն իրավիճակն է, ավելին՝ Երևանի և մարզերի միջև առկա տարբերությունն ավելի է մեծանում, քանի որ մարզային մակարդակով հիվանդանոցային հաստատությունների նկատմամբ

առկա անվստահությունը և Երևանում առկա հիվանդանոցային հաստատությունների տեխնիկական ու բուժանձնակազմի բարձր մակարդակը շատ հաճախ հանգեցնում են դեպի մայրաքաղաք ստացիոնար բուժման կարիք ունեցող հիվանդների հոսքերի մեծացման: Այդ խնդիրը նման ծավալներով առկա չէ սակայն ԱԱՊՀ-ի դեպքում, քանի որ կանխարգելիչ հետազոտության կամ ոչ ստացիոնար բուժման կարիք ունեցող հիվանդների դեպքում հաճախումներն առավելապես ուղղված են դեպի տեղամասային պոլիկլինիկաներ՝ ԱԱՊՀ: ԱԱՊՀ հաճախումների դեպքում ևս մայրաքաղաք Երևանը, Շիրակի և Սյունիքի մարզերը որոշ չափով գերազանցում են մյուս մարզերին (ներկայացված բոլոր ցուցանիշները՝ կենտրոնները, հարաբերական են և կշռված են բնակչության թվաքանակով):

Արդյունքում, բժշկական ծառայությունների ակնհայտ անհամաչափ հասանելիությունը հանգեցնում է բուժման կարիք ունեցող բնակիչների հոսքերի մեծացման, ինչը, կարծես, անհամաչափության հետևանքների կարգավորման գործառնություն է կատարում, և ձևավորվում է մի իրավիճակ, երբ Երևանում և մարզերում մահճակալների միջին զբաղվածությունը (աղյուսակ 2.8-ում ներկայացված են տարեկան զբաղվածության միջին օրերը/365) և մահճակալներին հիվանդների անցկացրած օրերի միջին թիվը իրար բավականաչափ մոտենում են:

Այս ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ ՀՀ-ում մարզային մակարդակով առկա է բժշկական ծառայությունների անհամաչափ հասանելիություն, որն արտահայտվում է մայրաքաղաք Երևանի՝ մյուս մարզերից ակնհայտ առաջանցմամբ: Պետք է նաև նշել, որ Սյունիքի և Շիրակի մարզերում իրավիճակը, մյուս մարզերի համեմատ, մի փոքր բարվոք է: Մյուս 8 մարզի դեպքում ունենք միանման իրավիճակ, և մեծագույն խնդիրը մայրաքաղաքի և մարզերի միջև առկա հսկայական տարբերությունն է:

Այս դեպքում ձևավորվում է մի պարադոքսալ հակասություն. անկախ քանակական չափաբաժնից, պետությունը դեռևս շարունակում է իրականացնել պետական գույքի մասնավորեցման քաղաքականություն, որը նպատակ է հետապնդում բարելավելու ՀՀ-ում մրցակցային միջավայրը³³ (մասնավորեցումն իրականացվում է նաև առողջապահական համակարգում, որի ապացույցն է ուսումնասիրության նախորդ մասում ներկայացված՝ բժշկական ծառայությունների ընդհանուր հասանելիության գործընթացում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերի շարունակական անկումը): Բնականաբար, այդ նպատակը տնտեսական արդյունավետության տեսանկյունից ընդունելի է, սակայն անհերքելի է նաև այն, որ մրցակցությունը տանում է բնակչության համար ոչ թե հավասար պայմանների ստեղծման, այլ շուկայից համեմատաբար անարդյունավետ ուժերի

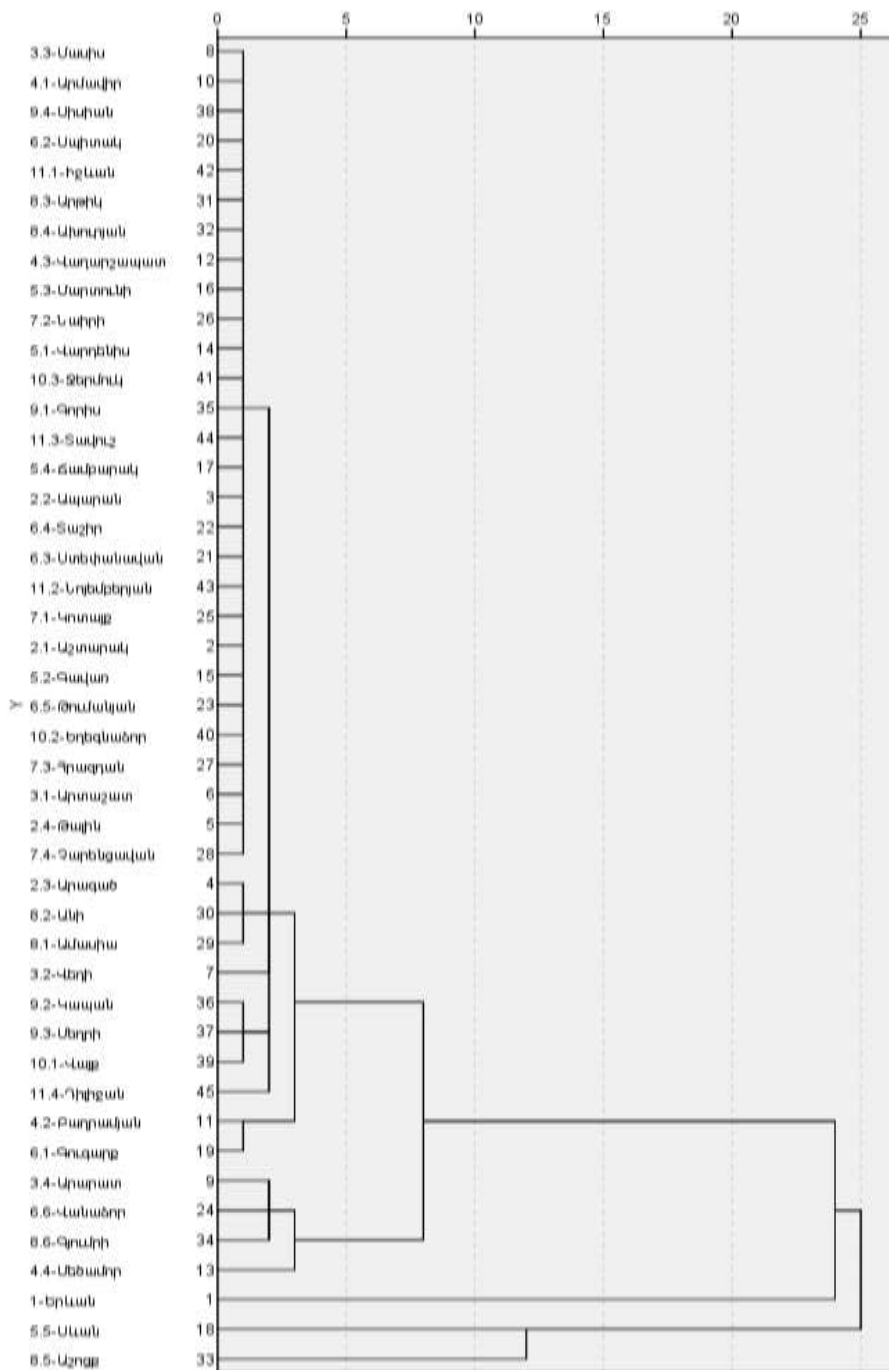
³³ «Պետական գույքի մասնավորեցման 2017-2020 թթ. ծրագրի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 09.06.17թ., Հոդված 1.2:

մաքրման, նախընտրելի հատվածներում ուժերի կենտրոնացման: Վերջինս անընդունելի է այնպիսի յուրահատուկ համակարգում, ինչպիսին առողջապահականն է, քանի որ պետությունը խնդիր ունի ողջ բնակչությանը հավասարաչափ ապահովելու այն հանրային բարիքներով, որոնք առաջարկում է առողջապահական համակարգը: Հետևաբար, առողջապահական ոլորտի պարագայում, պետական գույքի կառավարման ներկայիս քաղաքականությունը չի նպաստում հիմնախնդիրների «փնջի» լուծմանը, այլ ներկայանում է որպես առանձին հարթության վրա իրականացվող գործընթաց: Չէ՞ որ, դեռևս չմասնավորեցված բժշկական կազմակերպություններն են հիմնականում լուծում համաչափ հասանելիության ապահովման խնդիրը, իսկ վերջիններիս մասնավորեցման դեպքում բիզնես-միջավայրն առաջին հերթին հոգալու է իր արդյունավետության, այլ ոչ թե բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովումը, ինչն էլ հանգեցնելու է արդեն իսկ առկա անհամաչափության խորացման: ***Հեղուսարար, անհրաժեշտ է պետական գույքի կառավարման քաղաքականությունը փոփոխությունների ենթարկել առնվազն առողջապահական ոլորտի համար, որի դեպքում պետք է հավասարակշռել տնտեսական արդյունավետության և բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիության նպատակները:***

Թեև մարզային մակարդակով ներկայացված ուսումնասիրությունը բավարար տեղեկատվություն է ապահովում, այնուամենայնիվ, հարկ ենք համարում ուսումնասիրել բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիությունը նաև համայնքային՝ տարածաշրջանային մակարդակով:

Այս դեպքում ևս իրականացրել ենք կլաստերային վերլուծություն, որի համար հիմք են հանդիսացել նախորդ կլաստերացման ընթացքում օգտագործված 9 փոփոխականները: Կլաստերացումն իրականացվել է 45 տարածաշրջանի համար, առանձնացումը կատարվել է ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Առողջություն և առողջապահություն 2020» տարեգրքի դասակարգման համաձայն: Կլաստերացման դենդոգրամը ներկայացված է գծապատկեր 2.5-ում:

Ինչպես տեսնում ենք, ՀՀ համայնքների գերակշիռ մասում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն ունի նույնական բնույթ, սակայն առկա են տարածաշրջաններ, որոնց դեպքում այդ հասանելիության ծավալները առավել բարձր են, քան մյուսներում (այսինքն՝ առկա են անհամաչափություններ): Այդ անհամաչափությունն առավել մանրամասնորեն դիտարկելու համար հարկ է նաև կլաստերացում իրականացնել K-միջինների միջոցով (հետազոտական նկատառումներից և առաջին փուլով կլաստերացման արդյունքներից ելնելով՝ կլաստերացման աստիճան է սահմանվել 3-ը):



Գծապատկեր 2.5

ՀՀ համայնքների՝ տարածաշրջանների կլաստերացման դեմոստրացիա

Կլաստերներում համայնքների ընդգրկվածությունը

Աղյուսակ 2.9

Կլաստեր 1	Կլաստեր 2	Կլաստեր 3
Սևան, Աշոցք	Երևան, Արարատ, Մեծամոր, Վանաձոր, Գյումրի, Մեղրի	Աշտարակ, Ապարան, Արագած, Թալին, Արտաշատ, Վեդի, Մասիս, Արմավիր, Բաղրամյան, Վարդենիս, Վաղարշապատ, Գավառ, Մարտունի, Ճամբարակ, Գուգարք, Սյուխակ, Ստեփանավան, Տաշիր, Թումանյան, Կոտայք, Նախիչևան, Հրազդան, Չարենցավան, Ամասիա, Անի, Արթիկ, Ախուրյան, Գորիս, Կապան, Սիսիան, Վայք, Եղեգնաձոր, Զեյթուն, Իջևան, Նոյեմբերյան, Տավուշ, Դիլիջան
Ընդամենը 2 համայնք	Ընդամենը 6 համայնք	Ընդամենը 37 համայնք

Կլաստերացման արդյունքում ձևավորված 3 կլաստերներում համայնքների բաշխվածությունն այսպիսին է. համայնքների գերակշիռ մասը (45-ից 37-ը՝ 82.2%-ը) ձևավորել է մեկ կլաստեր, թվով 2 և 6 համայնքներ էլ ձևավորել են առանձին 2 կլաստեր: Մինչ առավել մանրամասնորեն կդիտարկենք այդ 3 կլաստերները, անհրաժեշտ է դիտարկել նաև կլաստերացման արդյունքում մոդելի ձևավորման ընթացքում օգտագործված փոփոխականների նշանակալիությունը (դրա ընդունելի մակարդակ է սահմանվել 5%-ը):

ՀՀ համայնքների կլաստերացման ընթացքում օգտագործված փոփոխականների նշանակալիությունը

Աղյուսակ 2.10

Փոփոխականը	Նշանակալիությունը
ԱԱՊՀ թվաքանակ	0.016
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.193
Հիվ. հատ. մահճակալների թվաքանակ	0.000
ԱԱՊՀ հաճախումներ	0.000
Հիվ. հատ. ընդունված հիվանդներ	0.000
Մահճակալների տարեկ. միջ. զբաղվածություն	0.556
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	0.000
Բժիշկների թվաքանակ	0.000
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	0.000

Կլաստերացման արդյունքում օգտագործված 9 փոփոխականից 7-ը եղել է նշանակալի (փոփոխականների 77.8%-ը), ավելին՝ 6-ը (փոփոխականների 66.7%-ը) եղել է բացարձակ նշանակալի, ինչը, բնականաբար, ավելի է բարձրացնում մոդելի որակը: Բացարձակ նշանակալի են հիմնականում այն փոփոխականները, որոնք անմիջականորեն վերաբերում են բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիությանը: 2 (փոփոխականների 22.2%-ը) ոչ նշանակալի փոփոխականները պահպանվել են մոդելում, որովհետև դրանց կենտրոնները կլաստերներում տեղեկատվության կարևոր աղբյուր են:

Կլաստերացման արդյունքում ձևավորված կլաստերների մանրամասն դիտարկումը ենթադրում է դրանց ձևավորված կենտրոնների ուսումնասիրություն: Ձևավորված 3 կլաստերների կենտրոնները ներկայացված են աղյուսակ 2.11-ում:

Աղյուսակ 2.11
Ձևավորված կլաստերների կենտրոնները

Փոփոխականը	Կլաստերի կենտրոնները		
	Կլաստեր 1	Կլաստեր 2	Կլաստեր 3
ԱԱՊՀ թվաքանակ	1.17	1.15	1.97
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.79	0.56	0.43
Հիվ. հաստ. մահճակալների թվաքանակ	104.96	43.28	15.55
ԱԱՊՀ հաճախումներ	2.95	5.80	3.31
Հիվ. հաստ. ընդունված հիվանդներ	12.00	16.93	5.31
Մահճակ. տարեկ. միջ. զբաղվածությ.	0.66	0.58	0.50
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	8.90	8.50	5.09
Բժիշկների թվաքանակ	19.60	41.78	16.84
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	40.00	76.26	39.56

Ինչպես տեսնում ենք, ԱԱՊՀ-ի և հիվանդանոցային հաստատությունների քանակի տեսանկյունից կլաստերների կենտրոններում առկա չեն շատ մեծ տարբերություններ, դրան հակառակ՝ տարբերություններն ակնհայտ են մահճակալների, բուժանձնակազմի և հիվանդանոցային հաստատություններ ընդունված հիվանդների թվաքանակում: Այդ բոլոր դեպքերում հետևապահը 3-րդ կլաստերում ընդգրկված տարածաշրջաններն են (ինչպես և ենթադրվում էր): Մահճակալների թվաքանակով ամենաբարձր մեծությամբ կենտրոնը կլաստեր 1-ում է, որում ընդգրկված են Սևանի և Աշոցքի տարածաշրջանները: Բժշկական անձնակազմով ապահովվածության և հիվանդանոցային հաստատություններ ընդունված հիվանդների քանակով ամենաբարձր մեծությամբ կենտրոններն առկա են կլաստեր 2-ում, որում ընդգրկված են Երևան, Արարատ, Մեծամոր, Վանաձոր, Գյումրի և Մեղրի համայնքները: ԱԱՊՀ հաճախումների քանակով ևս կլաստեր 2-ը գերազանցում է մյուս կլաստերներին: Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ 2-րդ կլաստերում ընդգրկված է մայրաքաղաք Երևանը:

Մյուս փոփոխականների մասով կլաստերների կենտրոնները բավականաչափ մոտ են, ինչպես մարզային մակարդակով կլաստերացման պարագայում էր, հետևաբար դրանց առանձին անդրադառնալու անհրաժեշտություն չկա:

Վերոբերյալ վերլուծությունը փաստում է, որ ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների անհամաչափ հասանելիություն է առկա ինչպես մարզային, այնպես էլ համայնքային մակարդակում: Վերջինիս վերլուծությունը ևս հաստատում է մարզային մակարդակով վերլուծության արդյունքները, հետևաբար հիմնավորում նաև արդեն իսկ ներկայացված եզրահանգումները:

Այնուամենայնիվ, նպատակահարմար է համայնքային մակարդակով բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիության գնահատման համար իրականացնել նաև գործոնային վերլուծություն (factor analysis SPSS):

Մոդելի միջոցով փոփոխականների վարիացիայի բացատրվող մասը | Աղյուսակ 2.12

Փոփոխականը	Վարիացիայի բացատրվող մասը
ԱԱՊՀ թվաքանակ	0.473
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.765
Հիվ. հաստ. մահճակալների թվաքանակ	0.808
ԱԱՊՀ հաճախումներ	0.623
Հիվ. հաստ. ընդունված հիվանդներ	0.803
Մահճակալների տարեկ. միջ. զբաղվածութ.	0.583
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	0.845
Բժիշկների թվաքանակ	0.714
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	0.830

Գործոնային վերլուծության արդյունքների դիտարկումը սկսենք՝ ուսումնասիրելով, թե ստացված մոդելը օգտագործված փոփոխականներից յուրաքանչյուրի դեպքում վարիացիայի քանի տոկոսն է բացատրում (այլ կերպ ասած՝ ստացված մոդելը յուրաքանչյուր փոփոխականի մասով ինչ չափով է կրում տեղեկություն): Դիտարկվող 9 փոփոխականներից 4-ի դեպքում մոդելը բացատրում է վարիացիայի ավելի քան 80%-ը, 2-ի դեպքում՝ ավելի քան 70%-ը, մյուս 3 փոփոխականի դեպքում՝ 45-70%-ը: Ստացված արդյունքները համարում ենք ընդունելի՝ պայմանավորված հատկապես այն հանգամանքով, որ հասանելիության գնահատման համար առաջնային փոփոխականների վարիացիան բացատրվում է բավականին բարձր տոկոսով:

Վիճակագրական փաթեթի կիրառմամբ սահմանվել է փոփոխականների 1 սեփական արժեքի սահմանագիծ, որի պարագայում ստացվում է երեք հիմնական գործոն-մոդել: Ստացված երեք գործոնները բացատրում են մոդելում ներառված 9 փոփոխականների վարիացիայի՝ սկզբնական տեղեկատվության 71.591%-ը, ինչն ամբողջությամբ ընդունելի է մոդելի որակի տեսանկյունից (աղյուսակ 2.13):

Գործոնների սեփական արժեքները և բացատրվող վարիացիան | Աղյուսակ 2.13

Գործոնը	Սեփական արժեքը (>1)	Բացատրվող վարիացիան	Կույրակային մասը
I	3.100	34.449%	34.449%
II	1.880	20.891%	55.340%
III	1.463	16.251%	71.591%

Ձևավորված 3 գործոնների և օգտագործված 9 փոփոխականների միջև առկա է որոշակի կախվածություն, որը ցույց է տալիս, թե կոնկրետ փոփոխականի և կոնկրետ գործոնի միջև ինչպիսի (դրական կամ բացասական) և

ինչ չափով կապ է գործում: Այդ կապը ձևավորում է յուրաքանչյուր փոփոխականի գործոնային բեռնվածությունը (աղյուսակ 2.14):

Փոփոխականների գործոնային բեռնվածությունը | Աղյուսակ 2.14

Փոփոխականը	Գործոնային բեռնվածությունը		
	I	II	III
ԱԱՊՀ թվաքանակ	-0.422	-0.146	-0.523
Հիվ. հաստատությունների թվաքանակ	0.070	-0.008	0.872
Հիվ. հաստ. մահճակալների թվաքանակ	0.256	0.691	0.514
ԱԱՊՀ հաճախումներ	0.787	-0.042	0.028
Հիվ. հաստ. բնդունված հիվանդներ	0.856	0.180	0.196
Մահճակալների տարեկ. միջ. զբաղված.	0.269	0.683	-0.208
Մահճ. հիվ. անցկացրած օրերի միջ. թիվ	-0.072	0.901	0.168
Բժիշկների թվաքանակ	0.804	0.245	0.090
Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակ	0.881	0.091	0.213

Նշենք, որ ավելի քան 50% բեռնվածությունները, դրական կախվածության դեպքում, աղյուսակում ներկված են կանաչով, իսկ բացասական կախվածության դեպքում՝ կարմիրով: Այժմ բնութագրենք գործոններից յուրաքանչյուրը.

1. առաջին գործոնը, հետևաբար նաև այդ գործոնից յուրաքանչյուր համայնքի ստացած բարձր դրական գնահատականը ենթադրում են տվյալ համայնքում բժշկական կազմակերպություններում բուժանձնակազմով բարձր ապահովվածություն, ինչպես նաև բարձր հաճախելիություն,
2. Երկրորդ գործոնը, հետևաբար նաև այդ գործոնից յուրաքանչյուր համայնքի ստացած բարձր դրական գնահատականը ենթադրում են տվյալ համայնքում մահճակալների բարձր զբաղվածություն, միևնույն ժամանակ՝ մահճակալների մեծ քանակ,
3. Երրորդ գործոնը, հետևաբար նաև այդ գործոնից յուրաքանչյուր համայնքի ստացած բարձր դրական գնահատականը ենթադրում են տվյալ համայնքում հիվանդանոցային հաստատությունների, ինչպես նաև մահճակալների մեծ քանակ, միևնույն ժամանակ՝ ԱԱՊՀ-ի համեմատաբար ցածր քանակ (հարաբերակցության տեսանկյունից):

Ունենալով այս գործոնների բնութագրիչները, ինչպես նաև այն եզրակացությունը, որ այս գործոնների գնահատականների համեմատաբար բարձր լինելը վկայում է բժշկական ծառայությունների ավելի բարձր հասանելիության մասին՝ կարող ենք անցում կատարել յուրաքանչյուր համայնքի ստացած գործոնային գնահատականների ուսումնասիրությանը (աղյուսակ 2.15 և հավելված 9):

Համայնքներում 3 ամենաբարձր և ամենացածր գործոնային գնահատականները

Աղյուսակ 2.15

Գործոն I		Գործոն II		Գործոն III	
Գուգարք	-1.42	Ամասիա	-1.29	Արմավիր	-1.84
Սևան	-1.26	Ջերմուկ	-1.29	Արտաշատ	-1.62
Վեդի	-1.17	Գուգարք	-1.14	Բաղրամյան	-1.31
Վանաձոր	1.94	Երևան	0.98	Մեղրի	2.02
Երևան	3.41	Արագած	0.99	Ջերմուկ	2.27
Մեծամոր	3.43	Սևան	5.47	Աշոցք	2.94

Ընդհանուր առմամբ, գործոնային գնահատականները գալիս են ապացուցելու կլաստերային վերլուծության արդյունքները, քանի որ առկա գործոնային գնահատականներով ձևավորվող եզրակացությունները համայնքների մասով հիմնականում համընկնում են կլաստերացման արդյունքների հետ:

Այնուամենայնիվ, մեզ առավելապես հետաքրքրում է, թե ինչպիսին է բժշկական ծառայությունների հասանելիության համաչափությունը ՀՀ 45 տարածաշրջաններում: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է հաշվարկել անհամաչափության ամփոփ գնահատականը: Առաջին քայլով հաշվարկել ենք յուրաքանչյուր համայնքի համար բժշկական ծառայությունների հասանելիության գնահատականը (գործոնների կողմից բացատրվող վարիացիայի գործակցի և գործոնների գնահատականների միջոցով հաշվարկված միջին կշռված գնահատական) (հավելված 10): Երկրորդ քայլով հաշվարկել ենք 45 վերահաշվարկված ամփոփ գնահատականների (բացասական գնահատականների չեզոքացման համար բոլոր գնահատականներին գումարվել է 1) միջին քառակուսային շեղումը և միջինը՝ վերջին երկուսի հարաբերությամբ ձևավորելով ՀՀ-ում համայնքային մակարդակով բժշկական ծառայությունների հասանելիության անհամաչափության ամփոփ գնահատականը (աղյուսակ 2.16):

ՀՀ-ում համայնքային մակարդակով բժշկական ծառայությունների հասանելիության անհամաչափության ամփոփ գնահատականը

Աղյուսակ 2.16

Միջին քառակուսային շեղում	0.4295
Միջին	0.9999
Անհամաչափության ամփոփ գնահատական (միջին քառակուսային շեղում/միջին)	42.96%

Ինչպես տեսնում ենք, ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության ամփոփ գնահատականը կազմում է **42.96%**: Սա նշանակում է, որ 45 համայնքներում բժշկական ծառայությունների հասանելիության ամփոփ գնահատականների միջինի նկատմամբ վերջիններիս շեղումը կազմում է բավականին բարձր մեծություն՝ **42.96%**, ինչը, բնականաբար, գալիս է ապացուցելու այն պնդումը, որ **ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության ամփոփ գնահատականը կազմում է 42.96%**:

լիությունը համաչափ չէ: Իսկ այդ անհամաչափության հաղթահարման գործընթացում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը պետք է լինի առաջնային, քանի որ մրցակցային շուկան չի լուծում հասարակական բարիքներով ապահովման և դրանց համաչափ հասանելիության ապահովման խնդիրները: Այդ խնդիրը պետք է լուծվի պետության կողմից, ոչ միայն մասնավորեցման, այլ նաև կառավարման տարրեր մոդելների կիրառման ճանապարհով: Այդ կերպ միայն կլուծվեն հիմնական երկու՝ բժշկական ծառայությունների համաչափ հասանելիության ապահովման և պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործման հիմնախնդիրները: Հետևաբար, պետական գույքի մասնավորեցումն ուղղակիորեն «արտապատկերել» առողջապահական համակարգի վրա, կարծում ենք, այնքան էլ հիմնավոր չէ: Այս համակարգի կայուն զարգացման համար (կայուն զարգացումը ենթադրում է ինչպես պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործում, այնպես էլ բժշկական ծառայությունների որակյալ և համաչափ հասանելիության ապահովում) անհրաժեշտ է օգտագործել համադրված մոտեցումներ, ինչը կարող է արտահայտվել օրենսդրությամբ թույլատրվող հավատարմագրային կամ համատեղ կառավարման կառուցակարգերի մշակմամբ և ներդրմամբ:

Խնդիրն իրականում հետևյալն է. ԱԱԴՀ-ի և հիվանդանոցային հաստատությունների կառավարման և պետական միջոցների արդյունավետ օգտագործման կառուցակարգեր մշակելիս պետք է դրսևորել տարբերակված մոտեցում: Մասնավորապես, ԱԱԴՀ-ի դեպքում պետությունը չի կարող պարզապես անընդհատ իրականացնել պետական գույքի և այդ հաստատությունների կառավարման համակարգերի վերահսկելիության գործառնություն մասնավորեցում, քանի որ այդ հաստատությունների դերն ու նշանակությունը ռազմավարական բնույթի են, իսկ մասնավորեցման գործընթացը, շուկայական մեխանիզմների ազդեցությամբ պայմանավորված, տրամաբանորեն հանգեցնելու է մայրաքաղաք Երևանում այդ ծառայությունների որակի և քանակի կենտրոնացման: Այս դեպքում, իհարկե, ցանկալի է, որ պետությունն առավելապես համադրված մոտեցում կիրառի (օրինակ՝ հավատարմագրային, համատեղ կառավարման և այլ մոդելներ), որն ի վիճակի կլինի միաժամանակ մի քանի խնդիր լուծել:

1. նախ, պետությունը կկարողանա առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունները հնարավորինս համաչափ կերպով հասանելի դարձնել ողջ բնակչությանը (այսինքն, ի տարբերություն լրիվ մասնավոր ԱԱԴՀ-ի, այս դեպքում մայրաքաղաքում դրանց կենտրոնացում տեղի չի ունենա),
2. այդ հաստատություններում բժշկական ծառայությունների փաթեթը, կառավարման սինթեզային տարբերակի դեպքում, շուկայական մեխանիզմների ազդեցությամբ կենթարկվի օպտիմալացման (փաթեթ-

թում կրնդգրկվեն ծառայություններ, որոնք կգարգացնեն հաստատությունների մրցակցային առավելությունները, և հետևապես տեղի կունենա գործունեության արդյունավետության շարունակական բարձրացում),

3. համակարգը կդառնա հարմարվող և կարճազանքի շուկայական փոփոխություններին, ինչի անհրաժեշտությունը կարող ենք ամփոփել հետևյալ օրինակում. համավարակի պայմաններում մասնավոր լաբորատորիաները, արագ արձագանքելով միջավայրի փոփոխությանը, ներդրեցին թեստավորման արդյունավետ համակարգեր, այնինչ, պետական մասնակցությամբ ԱԱՊՀ-ի համար մինչ այժմ էլ թեստավորման գործընթացը կարող ենք համարել ձախողված (թեստերի սակավություն, դրանց վերլուծության երկարատևություն, արագ արձագանքման բացակայություն):

Այսինքն, ԱԱՊՀ-ի դեպքում համադրված մոտեցումները պետք է միտված լինեն առավելագույն հասանելիության քանակական ապահովմանը և որակի կայուն ու շարունակական բարձրացմանը: Այս դեպքում (ԱԱՊՀ-ի արդյունավետ բաշխվածություն, ծառայությունների փաթեթի մեծ ընդգրկվածություն, մատուցվող ծառայությունների որակ) մասնավորեցման զաղափարը լիարժեքորեն կամ գոնե մեծապես մասամբ հնարավոր կլինի տարածել հիվանդանոցային հաստատությունների վրա, որպեսզի մրցակցային պայմանները շուկան ինքնակարգավորեն՝ հանգեցնելով այդ հաստատությունների «ինքնամաքրման» և որակի բարձրացման: Ու եթե անգամ այդ դեպքում տեղի ունենա կենտրոնացում, միևնույն է, վերոբերյալ տարբերակով, ԱԱՊՀ-ի առկայությամբ, առողջապահական տեսանկյունից խնդիրներ չեն առաջանա, իսկ տնտեսական արդյունավետությունը միտված կլինի միայն բարելավման:

ՀՀ ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԳԵՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

3.1 ՀՀ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատումը՝ TQM սկզբունքներով անցկացված հարցման արդյունքներով

Կազմակերպության կառավարման արդյունավետությունը ենթադրում է կազմակերպության բոլոր գործընթացների նպատակաուղղված և արգասավոր կառավարման հանրագումար: Օպտիմալ կառավարման համատեքստում կարևոր է համակարգային մոտեցմամբ նաև բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետ կառավարման գործընթացի դիտարկումը: Ուսումնասիրելով համաշխարհային փորձը՝ ակնհայտ է դառնում, որ արդյունավետ կառավարման կարևորությունը բոլոր ժամանակներում այնքան արդիական է եղել, որ մշտապես իրականացվել են համապատասխան համակարգերի մշակման ու ներդրման բազմաթիվ փորձեր: Այդ համակարգերից և հաջողված փորձերից թերևս ամենահայտնին, արդյունավետն ու տարածվածը ընդհանուր որակի կառավարումն է:

Վերջին տասնամյակների ընթացքում շատ բժշկական հաստատություններ կարողացել են յուրացնել ու հաջողությամբ կիրառել ընդհանուր որակի կառավարման մեթոդը (Total Quality Management – TQM)՝ հասնելով բավականին լավ արդյունքների:

TQM-ն համապարփակ կառուցակարգ է, որը կենտրոնանում է որակի շարունակական բարելավման վրա՝ նվազագույնի հասցնելով անարդյունավետ ծախսերը: TQM մեթոդի փիլիսոփայությունը հիմնված է «բարելավմանը չկա սահման» սկզբունքի վրա: Ինչ վերաբերում է որակին, ապա թիրախային դրույթն է՝ «ձգտում է 0 թերությունների», ծախսերի համար՝ «0 անարդյունավետ ծախսեր»: Գործնականում ենթադրվում է, որ անհնար է հասնել այդ սահմաններին, բայց նաև պետք է անընդհատ ձգտել դրան և կանգ չառնել ձեռք բերված արդյունքների վրա: Այս փիլիսոփայությունն ունի հատուկ եզրույթ՝ «որակի շարունակական բարելավում» (quality improvement): Նշված համակարգի հիմնական առանձնահատկություններից է որոնման, վերլուծության և խնդիրների լուծման կոլեկտիվ ընդգրկման ձևերի և մեթոդ-

ների օգտագործումը, որակի բարելավման գործում ամբողջ թիմի մշտական մասնակցությունը³⁴:

TQM-ն ընդունելով որպես որակի կառավարման արդյունավետության բարձրացման համար ներդրված լավագույն փորձ՝ ուսումնասիրության այս հատվածում առաջնորդվել ենք դրա մոտեցումներով:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների համար որպես կառավարման արդյունավետության բարձրացման համակարգ առաջարկվելու է TQM մոդելը, ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման համակարգի ներկա վիճակը գնահատելու և այն կատարելագործելու համար անցկացրել ենք հարցում, իսկ հարցաթերթիկները կազմվել են՝ հիմք ընդունելով TQM մոդելի սկզբունքները: Մասնավորապես, հարցաթերթիկներում ընդգրկված հարցերն ընտրվել են՝ ըստ հետևյալ տարանջատման՝

1. առաջնորդում և կառավարում/Leadership and management,
2. որակի մշակույթ, որակի ռազմավարական պլանավորում/Quality culture, Strategic quality planning,
3. կրթություն և ուսուցում/Education and training,
4. աշխատակիցների կառավարում/Employee management,
5. հաճախորդների կառավարում/Customer management,
6. մատակարարի կառավարում/Supplier management,
7. ռեսուրսների կառավարում/Resource management,
8. տեղեկատվության կառավարում/Information management,
9. գործընթացների կառավարում/Process management,
10. աշխատակիցների արդյունքներ/Employee results,
11. հաճախորդի արդյունքներ/Customer results,
12. մատակարարի արդյունքներ/Supplier results,
13. հասարակության արդյունքներ/Society results,
14. կազմակերպության արդյունքներ/Organisation results:

Ընդհանուր առմամբ, սրանք TQM 15 ամենատարածված կատեգորիաներն են, որոնք ընտրվել են՝ առաջարկվելիք մոդելի մեջ ներառելու համար, և որոնցից 9 օժանդակ հնարավորություն է ընձեռում, իսկ 5-ը՝ արդյունք: Անդրադարձ կատարենք վերը թվարկված կատեգորիաներին՝ ըստ առաջին դասակարգման (հնարավորություն ընձեռող կատեգորիաներին):

1. Առաջնորդում և կառավարում

TQM հաջողությունը մեծապես կախված է կառավարչի կողմից տեսական ստեղծելու, պլանավորելու և կազմակերպական փոփոխությունը ղեկավարելու ունակությունից: TQM մեթոդական գրականությունն ուշադրություն

³⁴ St'u Лень Л.С., Никулина Т.Н., Управление медицинским учреждением в современных условиях: проблемы и пути решения, М., 2016, էջ 3:

է դարձնում տեսլականի երկարաժամկետ առաջնորդման կարևորությանը՝ դրա նախաձեռնման գործընթացում համապատասխան գաղափարախոսության, ոճի ու սկզբունքների պահպանմամբ³⁵։ Առաջնորդման ու կառավարման հայեցակարգը ուսումնասիրում է, թե ինչպես են ավագ կառավարիչները՝ որպես առաջնորդներ, անձամբ ներգրավված որակի կառավարման համակարգի մշակման և ներդրման գործընթացներում, ինչպես են ոգեշնչում և մղում որակի կառավարման փոփոխության և աջակցում շարունակական զարգացման ու կատարելագործման մշակույթին³⁶։

2. Որակի մշակույթ

TQM-ն պահանջում է ղեկավարների և աշխատակիցների համոզմունքների, վերաբերմունքի և վարքի փոփոխություններ՝ շարունակական բարելավման վրա կենտրոնանալու համար։ TQM արդյունավետ ու հաջողված ներդրումը պահանջում է հավատարմություն կազմակերպության մշակույթին, որը շեշտադրում է վստահությունը, իրավունքների ու հնարավորությունների ընդլայնումը, նախաձեռնողականությունը, թիմային աշխատանքի, համագործակցության, ռիսկը կրելու շարունակական բարելավումը։ TQM ծրագրերը հաջողության հասնելու մեծ հնարավորություն են ունենում, եթե գերիշխող կազմակերպական մշակույթը համատեղելի է լինում TQM արժեքների և հիմնական դրույթների հետ³⁷։ *Որակի մշակույթի կառուցվածքն ուսումնասիրում է, թե ինչպես են ղեկավարները զարգացնում որակին աջակցող կազմակերպական մշակույթը*։ Այլ կերպ ասած՝ յուրաքանչյուր ոք, սկսած բարձրագույն ղեկավարությունից մինչև շարքային աշխատակից, պետք է բախվի որակի բարելավման մարտահրավերին, թեկուզ չնչին չափով մասնակցություն ունենա որակի կառավարմանն ուղղված պլանների մշակմանը և նախաձեռնող լինի իր պարտականությունները կատարելիս։

3. Կրթություն և վերապատրաստում

Շարունակական և համատարած կրթությունն ու վերապատրաստումը բարենպաստ հիմք են TQM իրականացմանն անհրաժեշտ մշակութային փոփոխությունների համար։ Կրթության և վերապատրաստման հայեցակարգն ուսումնասիրում է, թե ինչպես են ղեկավարները հայտնաբերում և աջակցում աշխատակիցների կարողությունների, հմտությունների և գիտելիքների զարգացմանը։ Կարևոր է նաև, որ պաշտոնապես վերապատրաստման ժամանակակից մեթոդներ ներդրվեն հատկապես նոր աշխատողների համար։ Աշխատանքային ուսուցումն ընդունելի չէ, քանի որ նոր աշխատողը, ամենայն

³⁵ Տե՛ս Kunst P., Lemmink J., Quality management and business performance in hospitals: a search for success parameters, Total Quality Management, 2000, Vol. 11, N 8, էջ 1123-1133:

³⁶ Տե՛ս Mosadeghrad A.M., A survey of total quality management in Iran: barriers to successful implementation in health care organisations, International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services, 2005, Vol. 18, N 3, էջ 12-34:

³⁷ Տե՛ս Kaluarachchi K.A., Organizational culture and total quality management practices: a Sri Lankan case, The TQM Journal, 2010, Vol. 22, N. 1, էջ 41-55:

հավանականությամբ, «սովորելու» է նույն հին ճանապարհով՝ աշխատելով բանիմաց «հնարանակների» կողքին, որոնք հնարավոր է՝ կարող են դիմակայել TQM նորամուծություններին³⁸:

4. Աշխատակիցների կառավարում

Աշխատակիցների իրավունքների ու լիազորությունների շրջանակի ընդլայնումը, որակի կառավարման գործընթացում նրանց ներգրավվածությունը և նվիրվածությունը TQM բարեհաջող ներդրման հիմնական գործոններից են³⁹: Աշխատակիցների կառավարման հայեցակարգն ուսումնասիրում է, թե ինչպես են կառավարիչները զարգացնում և կառավարում մարդկանց կարողություններն անհատական, թիմային և կազմակերպական մակարդակներում, խթանում արդարությունն ու հավասարությունը, խրախուսում և հնարավորություն տալիս մարդկանց ներգրավված լինելու և նպաստելու կազմակերպական նպատակների իրականացմանն ու ընդունում նրանց դերն այդ գործընթացներում:

5. Հաճախորդների կառավարում

Բազմաթիվ հետազոտողներ եզրահանգել են, որ TQM կայացման լավագույն տարբերակներից մեկը հաճախորդակենտրոնությունն է: Պետք է ներդրվեն հաճախորդների կարիքները բացահայտող համակարգեր և գործընթացներ: Հաճախորդների կառավարման շրջանակն ուսումնասիրում է, թե ինչպես է կազմակերպությունը հարաբերություններ և կապեր ստեղծում հաճախորդների հետ, նույնականացնում վերջիններիս պահանջներն ու սպասելիքները, չափում ու գնահատում բավարարվածությունը և օգտագործում նրանց կարծիքը՝ ծառայությունը բարելավելու գործում:

6. Մատակարարի կառավարում

Միջինում արտադրության ծախսերի 40%-ը պայմանավորված է գնված նյութերով: Մյուս կողմից, գնված նյութերը հաճախ որակի խնդիրներ են առաջ բերում: Այս տեսանկյունից, մատակարարների կառավարումը TQM կարևոր ուղղություններից է: Մատակարարի արդյունավետ կառավարումը նվազեցնում է գնման ծախսերը և բարելավում գնված ապրանքների որակը: Մատակարարի կառավարման հայեցակարգն ուսումնասիրում է, թե ինչպես է կազմակերպությունն արդյունավետ և օպտիմալ ղեկավարում իր մատակարարներին՝ կազմակերպության հիմնական գործընթացներին, քաղաքականությանը, ռազմավարությանը և գործողությունների ծրագրերին աջակցելու համար⁴⁰:

³⁸ St' u Palo S., Padhi N., Measuring effectiveness of TQM training: an Indian study, International Journal of Training & Development, 2003, Vol. 7, N 3, էջ 203-216:

³⁹ St' u Metri B.A., TQM critical success factors for construction firms, Management, 2005, Vol. 10, N 2, էջ 61-72:

⁴⁰ St' u Oakland J.S., Total Quality Management: Text with Cases, 3rd Ed., ButterworthHeinemann, Oxford, 2003:

7. Ռեսուրսների կառավարում

Որակի բարելավումը պահանջում է ժամանակի, կապիտալի և ռեսուրսների լրացուցիչ ներդրումներ որակի համապատասխան ենթակառուցվածքների զարգացման համար: Ռեսուրսների (այսինքն՝ մարդկային, սարքավորումների և նյութերի) բաշխումն անհրաժեշտ է հաճախորդների կարիքներին համապատասխան առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար: Ղեկավարները TQM բարեհաջող իրականացման նպատակով տրամադրվող համապատասխան ռեսուրսների համար պատասխանատվություն են կրում⁴¹: Ռեսուրսների կառավարման արդյունավետ համակարգը բարձրացնում է անվտանգության մակարդակը և նվազեցնում սխալները: Ռեսուրսների կառավարման հայեցակարգն ուսումնասիրում է, թե ինչպես է կազմակերպությունն արդյունավետ և օպտիմալ կառավարում իր ներքին ֆիզիկական ռեսուրսները՝ կազմակերպության հիմնական գործունեությանն աջակցելու համար:

8. Տեղեկատվության կառավարում

TQM հիմքում ճշգրիտ, ժամանակին, հուսալի և արժանահավատ տվյալների ու տեղեկատվության հավաքագումն է ինչպես կազմակերպության ներսում, այնպես էլ դրանից դուրս՝ մշտադիտարկման, բարելավման և նպատակների գնահատման համար: Նման տեղեկատվությունն անհրաժեշտ է ռեսուրսների պատշաճ օգտագործման, հաճախորդների պահանջները պարզելու, գործողությունների արդյունավետությունն ու արդյունքայնությունը գնահատելու և որակի ապահովման հետ կապված խնդիրների պատճառը որոշելու համար: Ըստ մի շարք ուսումնասիրությունների՝ տեղեկատվական համակարգի անկատարությունը և որակի կառավարմանն անհրաժեշտ տեղեկատվության պակասն ազդում են որակի բարելավման վրա:

9. Գործընթացների կառավարում

TQM-ն կենտրոնանում է գործընթացների ուսումնասիրման, ընկալման և բարելավման վրա: Գործընթացների կառավարումը վերաբերում է արժեքի ավելացման համակարգին և ներառում է վերահսկման քաղաքականությունները, ընթացակարգերն ու պրակտիկան: Գործընթացների կառավարման կառուցվածքն ուսումնասիրում է, թե ինչպես են հիմնական գործընթացները նախագծվում, ներդրվում, կառավարվում և բարելավվում՝ կազմակերպության ռազմավարությանը և գործողությունների ծրագրերին աջակցելու, հաճախորդներին ու շահագրգիռ այլ կողմերին լիարժեք բավարարելու և ավելի լավ արդյունքների հասնելու համար⁴²:

⁴¹ St'u Lee S., Choi K.S., Kang H.Y., Chae Y.M., Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals, International Journal for Quality in Health Care, 2002, Vol. 14, N 5, էջ 383-391:

⁴² St'u Beskese A., Cebeci U., Total quality management and ISO 9000 applications in Turkey, The TQM Magazine, 2001, Vol. 13, N 1, էջ 69-73:

Կառավարման այս 9 ոլորտները կազմում են TQM առանցքը, սակայն դրանք ընդամենը ոլորտներ են, որոնք ձևավորում են արդյունավետության չափման կառուցակարգեր: Նշենք, որ բժշկական կազմակերպությունների գործունեության արդյունավետությունը որոշելու համար կան տարբեր մոտեցումներ՝ արդյունավետությունը գործընկերների, աշխատանքային անձնակազմի, հիվանդ հաճախորդների և կառավարման տեսանկյունից: Պետք է նշել, որ այս մոտեցումներն ու գնահատականները ոչ միշտ են համընկնում:

Առաջնորդվելով TQM վերոնշյալ մոտեցմամբ՝ կազմվել է 3 թիրախային խմբերի հարցաթերթիկ՝ բուժկազմակերպությունների ղեկավարների, բուժկազմակերպության միջին բուժանձնակազմի ու բժիշկների, ինչպես նաև ազգաբնակչության համար:

Պետք է նշել, որ բուժկազմակերպությունների գործունեության և կառավարման արդյունավետության բացահայտմանն ուղղված հարցաթերթիկները կազմվել են՝ հաշվի առնելով հենց TQM վերոբերյալ կատեգորիաները, որոնք մոդելի մշակման հիմքն են հանդիսանալու աշխատանքի հաջորդ հատվածներում:

Նախ ներկայացնենք հարցաթերթիկների կառուցվածքը: Դրանք կառուցվել են ընդհանուր օրինաչափության համաձայն՝ պարզից՝ բարդ, բարդից՝ պարզ հարցեր: Օգտվելով TQM սկզբունքներից՝ հարցաթերթիկները կազմվել են բուժկազմակերպության ընդհանուր կառավարման մակարդակի որակն ու արդյունավետությունը բացահայտելու նպատակով տրվող հարցերի միջոցով, որոնց հիմնական մասը խաչաձև է: Վերջիններս բովանդակային ընդգրկուն հարցեր են, որոնք տրվել են վերոթվարկյալ 3 թիրախային խմբերին՝ հետազայում ստացված պատասխանների համադրելիության ուսումնասիրման նպատակով: Հիմնական եզրակացություններն ու արդյունքները գրանցվել են՝ նշված մոտեցմամբ կազմված հարցերի վերլուծության հիման վրա:

Ընդհանուր առմամբ նշենք, որ 3 մասով անցկացված հարցումների մասնակիցների թվաքանակը հետևյալն է՝ ղեկավար անձնակազմ՝ 16, միջին բուժանձնակազմ՝ 49 և սոցիոլոգիական հարցում ազգաբնակչության շրջանում՝ 253:

Հարցաթերթիկները սկսվել են ժողովրդագրական հարցերով՝ տարիքային խումբ, սեռ, բնակության վայր, մասնագիտություն, իսկ բուժկազմակերպության աշխատակիցների ու ղեկավարների համար նաև՝ առողջապահության ոլորտում, ինչպես նաև տվյալ բուժկազմակերպությունում աշխատանքային փորձ, զբաղեցրած պաշտոն: Այնուհետև 3 թիրախային խմբերին էլ տրվել է խաչաձև հարցերի փաթեթը:

Օբյեկտիվ պատկեր ստանալու համար անհրաժեշտ է բացահայտել, առաջին հերթին, բժշկական ծառայություններից անմիջական օգտվողների տեսակետների և այդ ծառայությունները մատուցողների հայացքների հա-

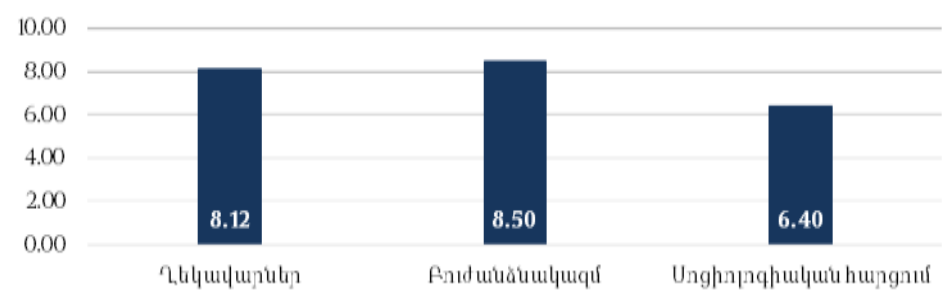
մապատասխանելիությունը: Այդ նպատակով հարցվող 3 թիրախային խմբերին տրվել է հետևյալ հարցը. **արդյո՞ք բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումը կատարվում է հաճախորդների և ազգաբնակչության կարծիքների հիման վրա:** Հարցմանը մասնակցած ղեկավարների 62,5%-ը նշել է, որ համաձայն է այս մոտեցման հետ, իսկ 12,5%-ը՝ ոչ: Միջին բուժանձնակազմի 51%-ը կիսում է այս կարծիքը, 16,3%-ն ընդհանրապես համաձայն չէ, իսկ սոցիոլոգիական հարցման մասնակիցները, որպես ընդհանուր միջին գնահատական, 10 հնարավորից հատկացրել են 5,2 միավոր: Ըստ էության, խզում է առաջանում ստացված պատասխանների տեսանկյունից, քանի որ ղեկավար անձնակազմը կարծում է, որ կազմակերպությունում որակի փոփոխությանն ուղղված միջոցառումների վրա մեծ ազդեցություն ունի հաճախորդը: Սակայն որքան հեռանում ենք ինստիտուցիոնալ մակարդակից, այնքան սկսեցինք տեսնել, որ հաճախորդի ազդեցությունն այնքան մեծ չէ, որքան ենթադրում է ղեկավար կազմը: Սրանից կարելի է եզրակացնել, որ հետագայում որակի կառավարման փոփոխությանն ուղղված ծրագրերը, նույնիսկ անարդյունավետության պարագայում, ղեկավարության կողմից կարող են ընկալվել որպես հաճախորդի ազդեցության արդյունք և ունենալ ոչ օբյեկտիվ հիմք:

Եթե հաճախորդների ազդեցությունը որակի վրա արտաքին գործոն է, ապա **միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների մասնակցությունը բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացման պլանների մշակման մեջ՝** ներքին գործոն: Վերջինս հարցի տեսքով ներկայացված էր ղեկավարներին ու բուժաշխատակիցներին, որոնց 32,2%-ը տվել է բացասական պատասխան, 57,1%-ը՝ դրական, իսկ 10,2%-ը ձեռնպահ է մնացել: Ղեկավար անձնակազմի 75%-ը դրական պատասխան էր տվել, 12,5%-ը՝ բացասական և նույնքան էլ՝ ձեռնպահ: Սա նշանակում է, որ ղեկավար անձնակազմի 2/3-ը համոզված է, որ որակի կառավարման և բարձրացման գործընթացների պլանավորման ժամանակ գործողությունները հիմնված են աշխատակիցների մասնակցության վրա: Սակայն նման տեսակետը արժանահավատ համարել չենք կարող, քանի որ 2 խմբերի դրական և բացասական պատասխանները միմյանցից տարբերվում են գրեթե 20%-ային կետով, այսինքն՝ աշխատակիցների կարծիքների ու տպավորությունների նույն օրինաչափությունն է և՛ դրական, և՛ բացասական պատասխաններում:

Իսկ միջին բուժանձնակազմին և բժիշկներին տրված այն հարցը, թե **բուժհաստատության ղեկավարները գործո՞ւմ են արդյոք հիվանդների խնամքի և ծառայությունների որակը բարելավելու առաջարկների հիման վրա**, գրանցել էր այսպիսի պատասխաններ՝ 91,8%՝ դրական, 8,2%՝ բացասական: Այսինքն, եթե անտեսենք անձնական համակրանքի կամ մարդկային վերաբերմունքի վրա հիմնված գործոնները, ապա պարզ կդառնա, որ գրեթե բոլոր բուժաշխատակիցները կարծում են, որ իրենց ղեկավարները

հիմնվում են որակի բարելավման վերոնշյալ առաջարկների վրա: Միևնույն ժամանակ, առաջնային դարձնելով այս հարցի կարևորությունը՝ մի փոքր այլ ձևակերպմամբ այն նաև տրվել է ղեկավար անձնակազմին: Սակայն, ինչպես նշվեց վերը, ղեկավարների ընդամենը 62,5%-ն էր արձանագրել, որ բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումը կատարվում է հաճախորդների և ազգաբնակչության կարծիքների հիման վրա, և 63,5%-ն էլ նշել էր, որ հիվանդները կարողանում են ազդել բուժօժանոթությունների որակի բարելավման վրա: Սա ևս մեկ անգամ վկայում է, որ միջին բուժանձնակազմը քաջատեղյակ չէ որոշումների ընդունման սկզբունքներից, և հնարավոր է, որ առաջնորդվել է սուբյեկտիվ գործոններով:

Առողջապահական համակարգի արդյունավետության մակարդակի անկայունությունը կամ տատանողականությունը կարող են պատճառ հանդիսանալ ազգաբնակչության կողմից ամբողջ համակարգի նկատմամբ վստահության մակարդակի նվազման: Ուստի, **մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ հաճախորդների/այցելուների/հիվանդների վստահության աստիճանին** վերաբերող հարցը տրվել էր 3 թիրախային խմբերին միաժամանակ: Ղեկավար անձնակազմն այն միջինում գնահատել էր 8,125, բուժանձնակազմը՝ 8,5, իսկ բնակչությունը՝ 6,4: Բնականաբար, սա այն հարցն է, որի վերաբերյալ ամփոփ կարծիք կազմելու համար թերևս բավական են նույնիսկ միայն սոցիոլոգիական հարցման արդյունքները: Սակայն պետք է նշել, որ ղեկավարների և բուժանձնակազմի կողմից ունենք գերազնահատման դրսևորում, ինչը կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ վստահության բարձրացմանն ուղղված քայլերի նախաձեռնման համար, քանի որ խնդրի լուծում լինել չի կարող այն դեպքում, երբ լուծման նախաձեռնության լիազորություն ունեցող անձինք բավականաչափ տեղյակ չեն առկա խնդրի բովանդակության որակական և քանակական բնութագրիչներին:

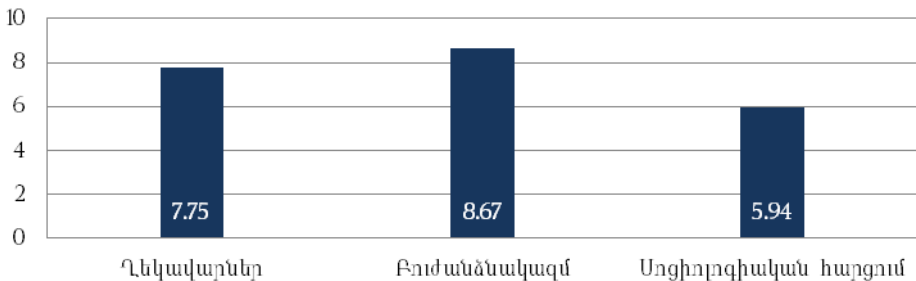


Գծապատկեր 3.1

Մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ հաճախորդների/այցելուների/հիվանդների վստահության աստիճանը

Վստահությունը միանգամայն կապված է **հիվանդների բողոքներին ու ստեղծված խնդրահարույց իրավիճակներին միջին բուժանձնակազմի և**

քծիշկների կողմից օպերատիվ լուծում տալու ունակության հետ: Նույնաբովանդակ հարցի դեպքում թիրախային խմբերն այդ ունակությունները գնահատել են հետևյալ կերպ՝ ղեկավարներ՝ 7.75 միջինացված միավոր, բուժանձնակազմ՝ 8.67, սոցիալական հատված՝ 5.94: Ակնառու է, որ բուժանձնակազմի կողմից իրենց աշխատանքային օպերատիվությանը վերաբերող հարցը գերազնահատվել է, ինչն է՛լ ավելի է ընդգծում սոցիալական հատվածի՝ 31.4%-ային կետով տարբերվող պատասխանը: Այսինքն, ձևավորվում է մի պատկեր, երբ բուժանձնակազմը կարծում է, որ ինքն օպերատիվ է խնդրահարույց իրավիճակում լուծումներ տալու տեսանկյունից, սակայն իրական արդյունքներն ու կարծիքները չեն հավաստում տվյալ դրույթը: Ուստի, որպես լուծում, բուժանձնակազմին պետք է վերապատրաստել վերոնշյալ ուղղությամբ ընթացող իրավիճակների համար՝ միևնույն ժամանակ բացահայտելով այն թերությունները, որոնք նրանց թույլ կողմերն են և դարձել են հասարակության կողմից ցածր գնահատականի պատճառ:



Գծապարկեր 3.2

Շիվանդների բողոքներին ու ստեղծված խնդրահարույց իրավիճակներին միջին բուժանձնակազմի և քծիշկների կողմից օպերատիվ լուծում տալու ունակության գնահատականը

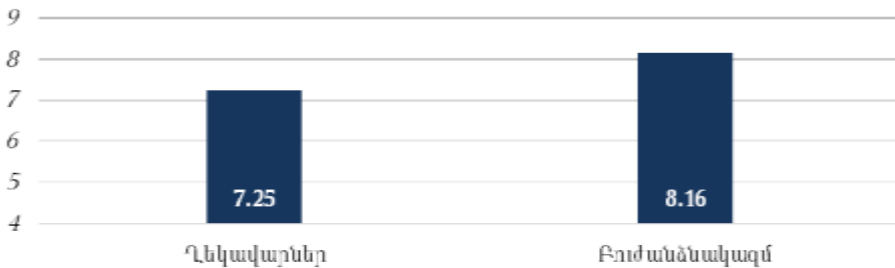
Քանի որ, ունակությունների, հմտությունների, գիտելիքների և կարողությունների զարգացմանն ուղղված լավագույն քայլերից են վերապատրաստումներն ու օժանդակ ուսուցումները, ապա բուժանձնակազմին և ղեկավարներին տրվել է **բուժկազմակերպության աշխատակիցների պարբերական վերապատրաստումների անհրաժեշտության** վերաբերյալ հաջորդ հարցը: Ղեկավար անձանց 50%-ը պատասխանել է, որ վերապատրաստումներ պետք են յուրաքանչյուր տարին մեկ անգամ, իսկ 3 տարին մեկ անգամ և 5 տարին մեկ անգամ պատասխաններ տվել է մասնակիցների 25-ական տոկոսը: Իսկ ահա բուժանձնակազմը վերապատրաստումների վերոնշյալ տարբերակներին տվել է համապատասխանաբար՝ 40,8%, 32,7% և 24,5%: Հաշվի առնելով ներկա պայմաններում փոփոխվող աշխարհին արագ արձագանքելու, նորամուծություններին հարմարվելու, նոր, ավելի արդյունավետ մեթոդներով աշխատելու անհրաժեշտությունը՝ կարելի է նկատել, որ բուժանձնակազմը չունի վերապատրաստումների միջոցով վերոնշյալ հմտությունների ու

կարողությունների ձեռք բերման նպատակաուղղվածություն: Սա կարող է խոսել և՛ ցածր մոտիվացիայի, և՛ ձգտման պակասի, և՛ փոփոխությունների հակադրվելու մասին: Նաև կարող է հետևանք լինել այն բանի, որ վերապատրաստումները կրում են ձևական բնույթ ու իրականում չեն ծառայում նպատակին, ընկալվում են որպես ժամանակի անիմաստ կորուստ, և դա նվազեցրել է վերապատրաստումների նկատմամբ բուժաշխատակիցների վստահությունը: Աշխատանքի նախորդ հատվածում բուժանձնակազմի մոտիվացիոն խնդիրների ու սկզբունքների մասին խոսվել է մանրամասնորեն՝ մասնավորապես նշելով, որ միջին բուժանձնակազմն առավել կնախընտրի, օրինակ, աշխատել բնակության վայրին մոտ կազմակերպությունում, քան ավելի լավ պայմաններով՝ բնակության վայրից հեռու գտնվող այլ բուժկազմակերպությունում: Սա ևս մեկ ազդակ է, որ միջին բուժանձնակազմի որոշակի շրջանում աշխատանքի կատարելագործման ու զարգացման մոտիվացիան ցածր մակարդակի վրա է: Այնուամենայնիվ, պետք է նշել, որ վերապատրաստումները ծառայությունների որակի բարձրացման կարևորագույն գործոններից են, որոնք, ինչպես արդեն նշվեց TQM սկզբունքներում, կարող են ուղղակի ազդեցություն ունենալ աշխատանքի արդյունավետության վրա:

Առաջին հայացքից **միջին բուժանձնակազմի բավարարվածությունն աշխատանքից և աշխատանքային պայմաններից** կարող է նկատել ու զգալ բուժհաստատության այցելու/հաճախորդը: Ուստի, սոցիալական հատվածին տրված այս հարցի պատասխանի միջինացված գնահատականը եղել է **5,89** միավոր: Պատասխանների արժանահավատությունը բացահայտելու և օբյեկտիվ գնահատական ստանալու համար նույնաբովանդակ հարց տրվել է մյուս խմբերին ևս. ղեկավարներին՝ **«Որքանո՞վ են միջին բուժանձնակազմը և բժիշկները գնահատված ղեկավար անձնակազմի կողմից»**, իսկ բուժանձնակազմին՝ **«Որքանո՞վ եք գնահատված ղեկավար անձնակազմի կողմից»** ձևակերպմամբ: Ղեկավարների միջինացված պատասխանը եղել է **8** միավոր, իսկ բուժանձնակազմինը՝ **8,75**: Ըստ այդմ՝ աշխատակիցներն ավելի գոհ և ավելի գնահատված են ղեկավար անձնակազմի կողմից, քան ղեկավարները ենթադրում են: Սակայն կարևոր է նկատել, որ եթե նույնիսկ այդպես է, ապա դա չի անդրադառնում նրանց աշխատանքային մոտիվացիայի և հաճախորդների հետ շփման ժամանակ նրանց դրսևորած վարքագծի վրա այնպես, որ հաճախորդների կողմից ևս ընկալվի նույնիմաստ: Շեղումը եղել է **32.68%**-ային կետ: Եթե աշխատակիցներն իրենց գնահատված են զգում ղեկավարության կողմից, ապա դա պետք է անմիջականորեն արտահայտվի աշխատանքային առօրյա վարքագծում, և ղեկավար անձնակազմն աշխատանքներ պետք է կատարի տվյալ ուղղությամբ:

Սա նաև խոսում է **կառավարման համակարգի կազմակերպման արդյունավետության** մասին: Նմանօրինակ հարցադրման պատասխանը ղեկավարների կողմից միջինացված գնահատականով եղել է **7,25** միավոր, իսկ

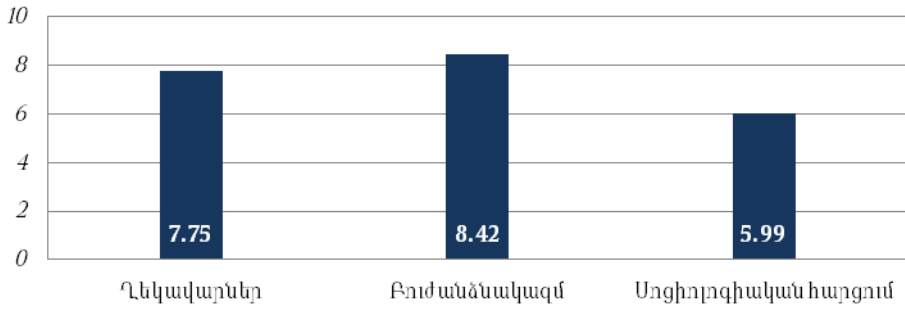
բուժանձնակազմի կողմից՝ 8,16: Այսինքն, բուժաշխատողներն ավելի են հակված կարծել, որ կառավարման համակարգի կազմակերպումն արդյունավետ է: Սակայն ղեկավարների տեսակետի նկատմամբ նման անհամապատասխանությունը կարող ենք դիտարկել որպես դրական փոփոխությունների ցուցիչ այն առումով, որ նրանց գնահատականը վկայում է առկա բացերի ու կառավարման համակարգերի կազմակերպման զարգացման անհրաժեշտության գիտակցման մասին: Հարցերից մեկում անդրադարձ է կատարվել սուբյեկտիվ գործոններով պայմանավորված անձնական համակրանքին, ու սա բուժանձնակազմի կողմից ղեկավարների նկատմամբ ևս մեկ նման դրսևորում կարող է դիտարկվել:



Գծապարկեր 3.3

Բուժկազմակերպությունում կառավարման համակարգի կազմակերպման արդյունավետության գնահատականը

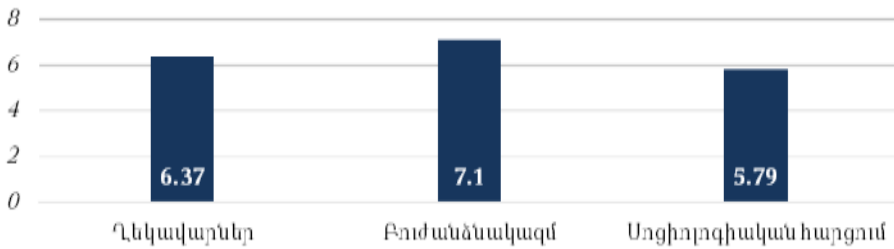
Ու քանի որ, վերոնշյալ հարցի պատասխանը կարևոր է ընդհանուր կառավարման արդյունավետության տեսանկյունից, ապա հաջորդ հարցը կոչված էր մեզ համար բացահայտելու այս հարցի պատասխանների արժանահավատությունը (double check): Այն վերաբերում է **որակի բարելավմանն ուղղված՝ կազմակերպության ջանքերի արդյունքներից բավարարված լինելուն**: Ըստ ղեկավարների պատասխանների՝ միջին գնահատականը եղել 7,75 միավոր, բուժանձնակազմինը՝ 8,42 միավոր, իսկ սոցիոլոգիական հարցման համաձայն՝ 5,99 միավոր: Ղեկավարների ու բուժանձնակազմի պատասխանների փոփոխությունները, նախորդ հարցի նկատմամբ, գրեթե նույնն են, սակայն որակի բարձրացման հետևանքներն իր վրա անմիջական զգացող ու կրող է համարվում բնակչությունը, որն այս պարագայում չի կիսում նախորդ թիրախային խմբերի կարծիքները: Սա բուժկազմակերպության կառավարման մարմինների համար հավաստող ցուցիչ է, որ բուժհաստատության ընդհանուր աշխատակազմի կարծիքը, որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերի տեսանկյունից, չի համապատասխանում սոցիոլոգիական կարծիքին: Ուստի, բարեփոխումների համատեքստում, կարող են դուրս մնալ այն իրական գործոններն ու թերությունները, որոնք խոչընդոտում են որակական բարեփոխումների իրականացումը:



Գծապարկեր 3.4

Կազմակերպության կողմից որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերի արդյունքներից բավարարվածության աստիճանը

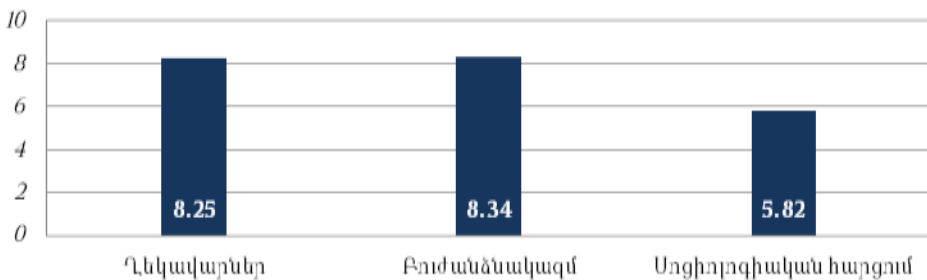
Քանի որ, որակի ազդեցության անմիջական կրողը սոցիալական հատվածն է, ապա ավելի է կարևորվում բուժկազմակերպության կողմից հասարակայնության հետ արդյունավետ կապերի ստեղծումն ու հաստատումը՝ ծառայությունների որակական բարեփոխումների, այդ ծառայությունների հասանելիության ու մատուցման համատեքստում: Եվ հաջորդ հարցը նպատակ ունենալու է քաջահայտելու **հասարակությանը և խմբերին բուժկազմակերպության բժշկական ծառայությունների և բուժանձնակազմի որակի մասին հաղորդելու ունակությունը և հասարակայնության հետ կապերի մակարդակը:** Ղեկավարները միջինացված գնահատականով այդ կապերի մակարդակին տվել էին 6,37 միավոր, բուժանձնակազմը՝ 7,1, բնակչությունը՝ 5,79: Սա ևս այն հարցերից է, որոնց օբյեկտիվ պատկերը գերազանցապես պայմանավորված է սոցիոլոգիական հարցման արդյունքներով: Տվյալ հարցի արդյունքների անմիջական կրողները հենց հաճախորդներն են: Նկատելի է մի հետաքրքիր օրինաչափություն. բժշկական կազմակերպությունների ղեկավարների կարծիքների միջին գնահատականը ավելի մոտ է սոցիոլոգիական հարցման արդյունքներին, քան՝ բուժանձնակազմի: Սա կարող է արդյունք լինել այն բանի, որ ղեկավարները հարցերին ու իրավիճակներին ցուցաբերել են ավելի համակարգային և օբյեկտիվ մոտեցում: Սակայն, հաշվի առնելով, որ հաճախորդի/այցելուի/հիվանդի հետ անմիջական շփման մեջ լինում է բուժանձնակազմը, ապա նրանց կողմից իրավիճակի թյուրմեկնումը կամ գերազնահատումը կարող է բացասաբար անդրադառնալ իրենց կողմից որակի վրա ազդելու կարողության, խնդիրների բացահայտման ու լուծման վրա:



Գծապատկեր 3.5

Հասարակությանը և խմբերին բուժկազմակերպության բժշկական ծառայությունների և բուժման գործընթացների որակի մասին հաղորդելու ունակությունն ու հասարակայնության հետ կապերի մակարդակը

Հաճախորդի կարծիքը գերակշիռ դերակատարության ունի նաև **բուժկազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայությունների որակի մատչելիության, հիվանդի հարմարավետության և հասանելիության** տեսանկյունից: 3 թիրախային խմբերը համապատասխանաբար գրանցել են հետևյալ միջին արդյունքները. դեկավարներ՝ 8,25 միավոր, բուժանձնակազմ՝ 8,34, բնակչություն՝ 5,82: Սոցիոլոգիական հարցման արդյունքները մյուս 2 թիրախային խմբերի արդյունքներին զիջում են միջինում շուրջ 29,79%-ային կետով: Սա վկայում է, որ որակ-գին-հարմարավետություն-հասանելիություն հայեցակարգի տեսանկյունից բուժկազմակերպություններն ունեն լուրջ վերանայումների կարիք, և ուղղակիության նպատակների սահմանումը պետք է բխի հենց այս դրույթներից, քանի որ յուրաքանչյուր բուժկազմակերպության առաքելություն կոչված է դրանց՝ հնարավորինս բարձր մակարդակով ապահովմանը:

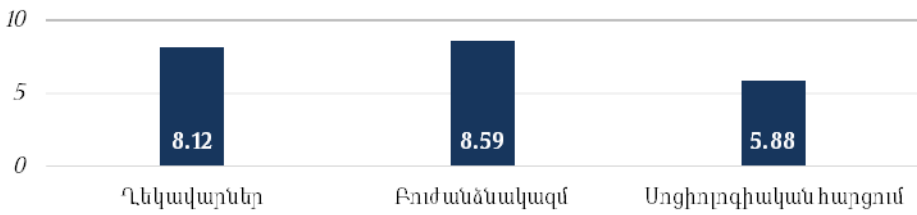


Գծապատկեր 3.6

Բուժկազմակերպության կողմից ծառայությունների մատուցման որակի գնահատականը՝ մատչելիության, հիվանդի հարմարավետության ու հասանելիության տեսանկյունից

Կարևոր է այն հարցի պատասխանը, թե **բուժհաստատության ծառայությունների մատուցման արդյունքում հիվանդները հիմնականում** կլինեն **բավարարված, թե՛ դժգոհ**: Դեկլարար անձնակազմի 50%-ն այն համոզմունքին է, որ ազգաբնակչությունը կլինի լիովին բավարարված, 25%-ի կարծիքով՝ մասամբ բավարարված, 12,5%-ի կարծիքով՝ դժգոհ, նույնքան՝ 12,5%-ն էլ դժվարացել է պատասխանել: Սակայն բուժանձնակազմի 75,5%-ի կարծիքով՝ հաճախորդները կլինեն լիովին բավարարված, 16,3%-ի կարծիքով՝ մասամբ բավարարված, իսկ 8,2%-ի կարծիքով՝ հակառակը: Սոցիալական հարցման համաձայն՝ լիովին բավարարված է եղել 15,4%-ը, մասամբ բավարարված՝ 54,5%-ը, դժվարացել է պատասխանել 16,6%-ը, իսկ մնացածը եղել է դժգոհ: Սոցիալական հարցման արդյունքները և մյուս 2 խմբերի հարցման արդյունքները միմյանցից արդեն արբերվում են մի քանի անգամ: Սա հստակ ազդակ է, որ ղեկավար կազմը և բուժանձնակազմը հիվանդների վերջնական կարծիքների ու տեսակետների մասին ոչ միայն սխալ տեղեկություն ու պատկերացում ունեն, այլ նաև նրանց տեսակետը ավելի քան հեռու է իրականությունից: Որակի և կառավարման արդյունավետության բարձրացման և իրական վիճակի միջև սա իսկական անջրպետ է: Այս նպատակով պետք է մշտապես իրականացվի հաճախորդների կարծիքների հիման վրա գործելու ու գործունեություն ծավալելու կառուցակարգերի ու համակարգերի ներդրում: Յուրաքանչյուր հաճախորդի բացասական կարծիք պետք է դիտարկվի որպես թերությունն առավելության վերածելու հնարավորություն: Դրա համար նախ պետք է ստեղծվի հաճախորդների տպավորությունների ու կարծիքների հաշվառման, վարման կամ գրանցման գործընթաց, որին որքան արագ արձագանքվի, այնքան ավելի կբարձրանա հաճախորդի դերը որակի կառավարման գործընթացներում: Մինևույն ժամանակ, յուրաքանչյուր հաճախորդ, տեսնելով, թե որքան կարևոր է իր կարծիքը բուժկազմակերպության ու բուժանձնակազմի համար, հեռանալու է բավարարված և ինքնաբերաբար հոգեբանորեն դառնալու է կազմակերպության հաճախորդակենտրոնության կենդանի գովազդ:

Այս ամենը բխում է **հիվանդների կարիքների և ակնկալիքների վերաբերյալ կազմակերպության տեղեկացվածությունից**: Եթե կազմակերպությունը քաջատեղյակ է, ապա պատրաստ կլինի դրանց լուծման գործուն քայլերին ու ըստ այդմ կբարձրացվի հաճախորդների բավարարվածության մակարդակը: Ըստ ղեկավար անձնակազմի պատասխանների՝ գնահատականը եղել է միջինում 8,12 միավոր, ըստ բուժանձնակազմի՝ 8,59, ըստ սոցիոլոգիական հարցման՝ 5,88: Ընդհանուր օրինաչափությունն այս դեպքում ևս շարունակում է նույնը մնալ: Հաշվի առնելով նախորդ հարցերի պատասխանների տրամաբանությունը՝ այստեղ արդյունքները ևս ենթադրելի էին (գծապատկեր 3.7):

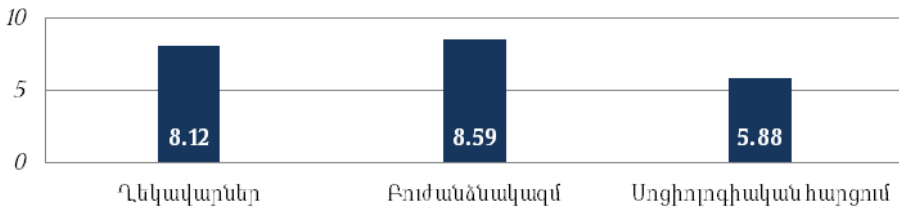


Գծապարկեր 3.7

Կազմակերպության տեղեկացվածության աստիճանը՝ հիվանդների կարիքներից և ակնկալիքներից

Զարգացման միտումներով պայմանավորված՝ բուժկազմակերպությունները պարզապես պարտավոր են մատուցել ժամանակակից բժշկական ծառայություններ: Այդ իսկ պատճառով, շատ կարևոր է գնահատել **վերջին մի քանի տարիների ընթացքում կազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայությունների որակի կայուն և շոշափելի բարելավումները**: Այս հարցի պատասխանները հետևյալներն են. ղեկավար անձնակազմ՝ 62,5%-ը՝ դրական, 12,5%-ը՝ չեզոք և 25%-ը՝ բացասական կարծիք, բուժանձնակազմ՝ 75,6%-ը՝ դրական, 16,3%-ը՝ չեզոք և 8%-ը՝ բացասական կարծիք, ըստ սոցիոլոգիական հարցման՝ 41,1%-ը՝ դրական, 46,2%-ը՝ չեզոք և 12,7%-ը՝ բացասական կարծիք: Քանի որ բավականին մեծ տոկոս է կազմում սոցիոլոգիական հարցման մեջ չեզոք արձագանքողների տեսակարար կշիռը, ուստի բացահայտ բացասական կամ դրական կարծիքներին միանշանակ արձագանքել հնարավոր չէ: Սակայն, միաժամանակ նկատելի է, որ բուժանձնակազմն ավելի բարձր կշռով դրական պատասխան է տվել, քան ղեկավար անձնակազմը և դրան հակառակ՝ բավականին ցածր կշռով՝ բացասական: Սա կարող է վկայել այն մասին, որ բուժկազմակերպության բուժանձնակազմն իրոք հետաքրքրված է իր կազմակերպության հաջողություններով ու յուրաքանչյուր դրական փոփոխություն ընդունում է ոգևորությամբ: Եվ այս տեսանկյունից, շատ կարևոր է, որ **բուժկազմակերպության ղեկավարության կառավարման ոճը վստահություն ներշնչի որակի բարելավման հաջողությունների նկատմամբ**: Ղեկավարների 62,5%-ը դրական պատասխան է արձանագրել, այսինքն՝ կառավարման ոճը ներշնչում է վստահություն, 12,5%-ը՝ բացասական, իսկ 25%-ը՝ չեզոք: Բուժանձնակազմի 67,4%-ը նույն հարցին պատասխանել է դրական, 8,2%-ը՝ բացասական, իսկ 24,5%-ը՝ չեզոք: Բուժանձնակազմի կարծիքը ղեկավարների կարծիքին չի զիջում դրական պատասխանների տեսանկյունից, ինչը նշանակում է, որ բուժանձնակազմը վստահում է իր վերադասին: Ղեկավարների որոշումներին վստահելով՝ աշխատակիցները կաջակցեն փոփոխություններին ու որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերին, ինչը համակարգային ու թիմային հաջողություններ գրանցելու կարևորագույն գործոններից է:

Հաջորդ հարցն է՝ **որքանո՞վ է կազմակերպության ղեկավարությունը կառավարման արդյունավետ քաղաքականություն իրականացնում ծառայությունների որակի բարելավում ապահովելու տեսանկյունից**: Սա այն հարցերից է, որի պատասխանները ևս ստուգիչ միջոց են հանդիսանալու որակի կառավարմանը վերաբերող նախորդ հարցերի հետ համեմատության մեջ: Այս հարցին ղեկավարության միջին գնահատականը եղել է 8,62 միավոր, միջին բուժանձնակազմինը՝ 8, սոցիոլոգիական հարցմանը՝ 5,95: Այս դեպքում էլ, բուժանձնակազմի պատասխանը զիջում է ղեկավարության պատասխանին: Սակայն սոցիոլոգիական հարցման հետ համեմատության մեջ կարելի է նկատել, որ ընդհանուր միտումը պահպանվել է. սոցիոլոգիական հարցումը տվել է միջինից բարձր պատասխան, սակայն ղեկավարության և միջին բուժանձնակազմի պատասխանները պահպանվել են լավից-գերազանց շրջանակում (գծապատկեր 3.8):

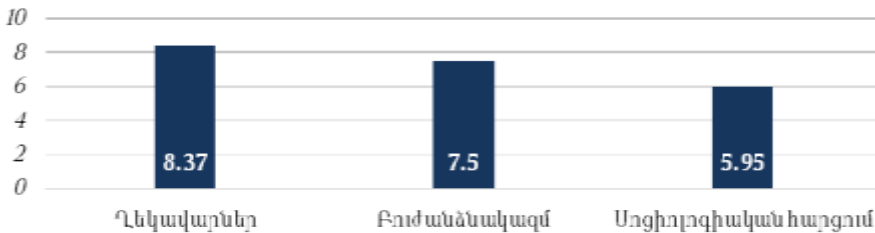


Գծապատկեր 3.8

Որքանո՞վ է կազմակերպության ղեկավարությունը կառավարման արդյունավետ քաղաքականություն իրականացնում որակի բարելավում ապահովելու տեսանկյունից

Որակի կառավարման արդյունավետության բարձրացման ռազմավարության օժանդակ գործոն է **բուժկազմակերպությունում խնդրահարույց իրավիճակների հայտնաբերման և նույնականացման գործընթացների արդյունավետությունը**: Որքան նույնականացված են խնդրահարույց իրավիճակները, այնքան ավելի օպերատիվ են դրանց վերացմանն ուղղված ջանքերն ու այդ խնդիրների լուծման հնարավորությունները: Ղեկավարները նմանօրինակ գործընթացներին միջինացված 8,5 գնահատականն են տվել, իսկ բուժանձնակազմը՝ 8,55: Այսինքն, 2 օղակների բնութագրմամբ, վերոնկարագրյալ գործընթացները կազմակերպությունում իրականանում են մոտավորապես 85%-ով, ինչը որակի բարելավման տեսանկյունից լավ ցուցանիշ է՝ հաշվի առնելով նույնական պատասխանների տրամաբանությունը: Իսկ ցանկացած գործընթացում հույժ կարևոր են յուրաքանչյուր աշխատակցի մոտիվացիան ու մոտեցումները: **Բուժանձնակազմի աշխատանքային մոտիվացիայի և դրա բարձրացմանն ուղղված ղեկավարության ջանքերի** վերաբերյալ 3 թիրախային խմբերին տրված հարցը գրանցել է հետևյալ արդյունքները. ղեկավարներն այն գնահատել են միջինը 8,37 միավոր, բուժ-

աշխատակիցները՝ 7,5, բնակչությունը՝ 5,95: Ենթադրելի է, որ այստեղ ծանրակշռություն ունեն բուժաշխատակիցների պատասխանները, և մյուս դեպքերի համեմատ՝ բուժաշխատողներն ավելի ցածր միջին գնահատական են տվել, քան ղեկավարները: Սա նշանակում է, որ ղեկավարներն այնքան էլ հստակ պատկերացում չունեն բուժաշխատողների մոտիվացիայի վերաբերյալ: Նրանք պետք է վերանայեն մոտիվացիոն մոտեցումները և դրանք կիրառելիս հաշվի առնեն վերջիններիս համապատասխանությունը աշխատակիցների իրական կարիքներին: Սոցիոլոգիական հարցման պատասխանները իրավիճակին մասամբ և լրիվ չեզոք մասնակցության արդյունքներն են, և ազգաբնակչությունն այն կարծիքին է, որ բուժաշխատակիցներն այնքան էլ մոտիվացված չեն (ինչպես իրենք և ղեկավարներն են կարծում): Սա նշանակում է, որ թերմոտիվացիան այնպես է անդրադարձել բուժաշխատակիցների աշխատանքային վարքագծի վրա, որ նկատելի է եղել հաճախորդների կողմից (գծապատկեր 3.9):



Գծապատկեր 3.9

Բուժկազմակերպության ջանքերի գնահատականը՝ աշխատակիցների մոտիվացիայի բարձրացման տեսանկյունից

Շատ դեպքերում, **պետական քաղաքականության պահանջներն ու հրամայականները խոչընդոտում են բուժկազմակերպության աշխատանքի ինքնուրույն կազմակերպումն ու արդյունավետությունը**, ինչն էլ կարող է արգելակել ինքնուրույն գործողությունները և ստեղծված իրավիճակներին արագ արձագանքումը: Ղեկավարներին տրված այս հարցի պատասխանները հետևյալն են. 25%-ը կարծում է, որ կան խոչընդոտներ, 25%-ը՝ որ չկան, իսկ 50%-ը չեզոք է:

Իսկ աշխատակիցներին ուղղված՝ **«Աշխատանքի կազմակերպման ստանդարտ նորմերն ու պահանջները խոչընդոտում են աշխատանքի ինքնուրույն կազմակերպումն ու արդյունավետությունը»** հարցը գրանցել է հետևյալ արդյունքները. 32,7%-ը՝ դրական պատասխան, 24,5%-ը՝ չեզոք, իսկ 42,9%-ը՝ բացասական: Ղեկավար անձնակազմի բավականին մեծ տոկոս կազմող խուսափողական պատասխանը հնարավորություն չի տալիս օբյեկտիվ ենթադրություններ կատարելու պետական քաղաքականության պահանջների ու կառավարման գործընթացի անհամապատասխանության վերաբերյալ: Իսկ ըստ աշխատակիցների պատասխանների գերակշիռ մասի՝

ստանդարտ նորմերն ու պահանջները խոչընդոտում են աշխատանքի ինքնուրույնությունը: Այս տեսանկյունից, միգրացիոն, ղեկավարների կողմից անհրաժեշտություն կա համապատասխան նորմերի ու ստանդարտների վերանայման:

Համակարգային արդյունավետությունը պայմանավորող գործոններից է նաև **աշխատակիցների՝ կոլեկտիվում ընդգրկվածության աստիճանը և թիմային աշխատանքի ունակությունը**: Բուժկազմակերպությունների դեպքում փորձի փոխանակումը կարող է լուրջ ազդեցություն ունենալ աշխատանքի որակի վրա: Այս բովանդակությամբ հարցադրումը գրանցել է հետևյալ արդյունքները. ղեկավարների կողմից միջին գնահատականը կազմել է 7,75 միավոր, իսկ բուժանձնակազմի կողմից՝ 9,26: Իրականում, եթե առկա է այն օբյեկտիվ պատկերը, որը ձևավորվել է բուժանձնակազմի հարցման արդյունքում, ապա բուժկազմակերպություններին բնորոշ են բարձր թիմայնությունն ու կոլեկտիվում ընդգրկվածության բարձր աստիճանը: Սա դրականորեն է ազդելու պատրաստակամության տեսանկյունից, սակայն համախմբվածության ու թիմում ընդգրկվածության բարձր աստիճանը, արմատական կամ այլ փոփոխությունների ընթացքում կարող է ընդդիմության ալիք առաջ բերել: Սակայն, ընդհանրական առումով, սա դրական երևույթ է (գծապատկեր 3.10):



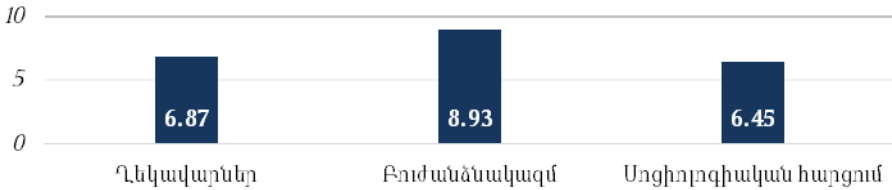
Գծապատկեր 3.10

Աշխատակիցների՝ կոլեկտիվում ընդգրկվածության աստիճանը և թիմային աշխատանքի ունակությունները

Այս ամենի հետ մեկտեղ, պետք է հաշվի առնել նաև **միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների հայացքների ու գործողությունների համապատասխանությունը բժշկական կազմակերպության գործունեությանն ու ռազմավարությանը**: Նպատակադրված թիրախներին կարելի է հասնել՝ միայն կանոնավոր ու ռազմավարական սկզբունքներին հավատարիմ մնալով: Ինքնագործունեության ցանկացած դրսևորում կարող է խաբիլել համակարգային հաջողությունը: 3 թիրախային խմբերին տրված հարցն ունեցել է հետևյալ պատասխանները. ղեկավարները գնահատել են միջինում 6,87 միավոր, բուժանձնակազմը՝ 8,93, իսկ բնակչությունը՝ 6,45:

Ազգաբնակչությանն ուղղված հարցադրումը մի փոքր այլ ձևակերպում ունեւր՝ «**Միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների մոտեցումների և գործողությունների համապատասխանությունը**», քանի որ, մեծ հաշվով, բնակ-

չությունը բավարար չափով չի կարող տեղյակ լինել ռազմավարական նպատակներին միտված գործողությունների մասին: Սակայն, այս պարագայում, ղեկավարների միջին գնահատականը իրականում ցածր է, քանի որ համակարգային արդյունավետությունը պայմանավորող կարևորագույն գործոն է բուժկազմակերպության բոլոր աշխատակիցների գործողությունների ներդաշնակությունը ռազմավարական նպատակներին ու սկզբունքներին (զժապատկեր 3.11):



Գծապատկեր 3.11

Միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների հայացքների և գործողությունների համապատասխանության գնահատականը բուժկազմակերպության գործունեությանն ու ռազմավարությանը

Զարգացման համատեքստում մեծ դեր է խաղում մրցակցությունը, ուստի անհրաժեշտ է նաև բացահայտել **բուժկազմակերպության առավելությունները մրցակիցների նկատմամբ**: Նման հարցադրումն ապահովել է հետևյալ արդյունքները. ղեկավարներ՝ միջինում 8,37 միավոր, բուժանձնակազմ՝ 8,53, բնակչություն՝ 6,2: Կրկին բուժկազմակերպության ղեկավարների ու բուժաշխատակիցների կողմից գերազնահատում է նկատվում, քանի որ ազգաբնակչության համեմատաբար ցածր գնահատականը բացահայտում է մրցակցային առավելությունների հետ կապված թույլ կողմերը: Անհրաժեշտ են մրցակցային առավելությունների բացահայտման ու գնահատման համալիր գործողություններ (զժապատկեր 3.12):

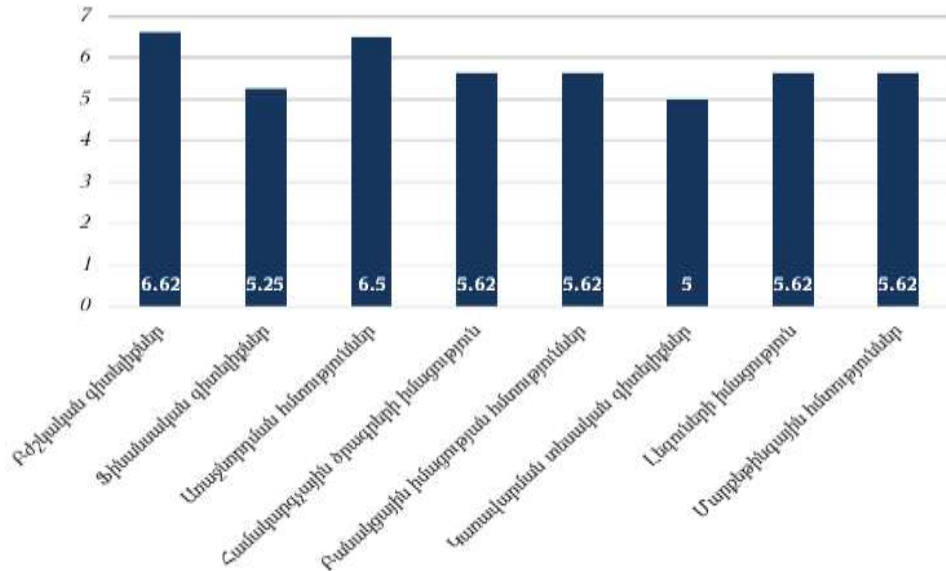


Գծապատկեր 3.12

Բուժկազմակերպության առավելությունների գնահատականը մրցակիցների նկատմամբ

Նման խաչաձև հարցերից հետո, որոնք իրականում նպատակ ունեն բացահայտելու հակառակ թիրախային խմբերի պատասխանների արժանահավատությունը, հարցաթերթիկներում ընդգրկվել են նաև անհատական

հարցեր: Նախ, անդրադարձ կատարենք ղեկավար անձնակազմին վերաբերող հարցերին: Այն հարցի պատասխանը, թե բժշկական կազմակերպության ղեկավարման գործընթացում որոշակի գիտելիքների և հմտությունների անհրաժեշտությունն ինչպես է գնահատվում ղեկավար անձնակազմի կողմից, արտացոլված է գծապատկեր 3.13-ում:



Գծապատկեր 3.13

Բժշկական կազմակերպության ղեկավարման գործընթացում անհրաժեշտ գիտելիքներն ու հմտությունները

Ամենաբարձր արդյունքը գրանցել է բժշկական գիտելիքների անհրաժեշտությունը, որը ողջունելի արդյունք է: Սակայն, ցածր միջինացված գնահատականի է արժանացել կառավարման տեսական ու ֆինանսական գիտելիքների անհրաժեշտությունը: Հետազոտության նախորդ մասում ուսումնասիրելով այս 2 կատեգորիաները՝ եզրահանգեցինք, որ, այո՛, այդ բնագավառներում կազմակերպությունների գործունեությունն անարդյունավետ է: Վերոնշյալ պատասխանները փաստում են մեր կատարած եզրահանգումների արժանահավատությունը և վկայում, որ կազմակերպություններում պետք է ներդրվեն նշված բնագավառների զարգացման համար անհրաժեշտ կառուցակարգեր:

Կառավարման տարբեր տեսակներին ծանոթ լինելու կամ չլինելու հարցը, որը վերաբերում էր **համատեղ և հավատարմագրված կառավարմանը**, ներկայացնում է հետևյալ պատկերը. համատեղ կառավարմանը ծանոթ են հարցվողների 75%-ը, լիազորագրային կառավարմանը՝ 25%-ը և հավատարմագրային կառավարմանը՝ 37,5%-ը: Այն հարցին, թե **արդյոք պետք է**

պետական մասնաբաժնով բժշկական կազմակերպությունները մասնավորեցնել, ղեկավարների պատասխանը եղել է այսպիսին. այո՝ 12,5%, ոչ՝ 37,5%, չեզոք՝ 50%: Անտեսելով մեծաթիվ չեզոք պատասխանները՝ կարելի է ընդգծել, որ ամեն դեպքում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ղեկավարները հակված չեն դրանց մասնավորեցման, ինչը, թեև, ենթադրելի էր:

Այն հարցին, թե **կազմակերպության աշխատակիցները պետք է արդյոք ակտիվորեն և նշանակալի կերպով մասնակցեն կազմակերպության կառավարման գործընթացներին**, ղեկավարները պատասխանել են հետևյալ կերպ. այո՝ 37,5%, ոչ՝ 50%, չեզոք՝ 12,5%: Սա միանձնյա կառավարման մոտեցման դրսևորում է, ինչը, սակայն, այս տարբերակում չի կարող արդարացված լինել հետևյալ պատճառով. բուժկազմակերպության աշխատակիցները հաճախորդների հետ շփման անմիջական օղակն են, ու ցանկացած խնդրի բախվում են նրանք՝ հանդիսանալով հաճախորդների պահանջ-մունքների բացահայտման «առաջամարտիկները»: Հաշվի առնելով նրանց կարծիքները աշխատանքի կազմակերպման որոշակի փուլերում՝ կարելի է գրանցել խնդիրների լուծման ավելի նպաստավոր ու գործուն տարբերակներ, փոփոխել ծառայությունների մատուցման մարտավարությունը կամ ուշադրությունը կենտրոնացնել այնպիսի նոր ծառայությունների վրա, որոնց անմիջական կարիքն ունի հաճախորդը: Նման համալիր միջոցառումների իրականացումը նաև հնարավորություն կընձեռի բարձրացնելու բուժկազմակերպության մրցակցային առավելություններն ու բժշկական ծառայությունների նկատմամբ ազգաբնակչության վստահությունը: Սակայն, միևնույն ժամանակ, հաջորդ հարցադրումը մի փոքր հակասական պատկեր է ստեղծում սույն հարցադրման հետ համեմատության տեսանկյունից: Մասնավորապես.

1. 37,5%՝ կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է անպայմանորեն տիրապետի կազմակերպությունում տեղի ունեցող բոլոր գործընթացներին՝ այդկերպ իր վերահսկողության տակ պահելով ամբողջ համակարգը և ապահովելով բարձր արդյունավետություն,
2. 50%՝ կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է իրականացնի բարձր և միջին կարևորության գործընթացների կառավարում՝ ցածր կարևորությամբ հարցերը պատվիրակելով կատարող անձնակազմին,
3. 12,5%՝ կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է իրականացնի բարձր կարևորության գործընթացների կառավարում՝ միջին և ցածր կարևորությամբ հարցերը պատվիրակելով կատարող անձնակազմին:

Այսինքն, այս հարցում ղեկավարները նշել են ցածր օղակներին կառավարման իրավասություններ տալու հնարավորության մասին, իսկ նախորդ

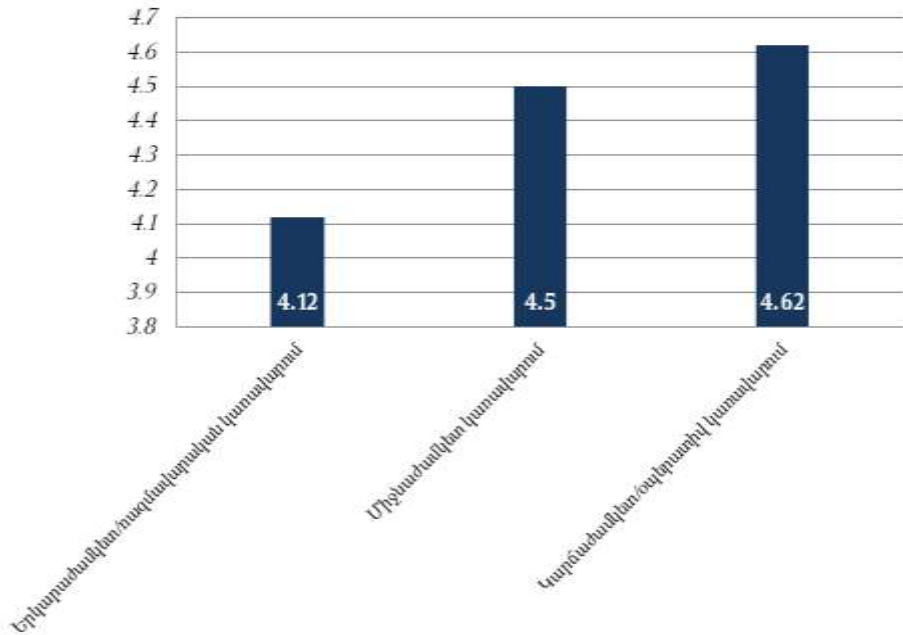
հարցում աշխատակիցների մասնակցության վերաբերյալ ընտրել են կոշտ դիրքորոշում: Սա ևս մեկ ազդակ է, որ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում հիմնականում գերիշխում է վարչահրամայական կառավարման ոճը: Անդրադարձ կատարելով կառավարման համակարգին՝ կարևորել ենք նաև կազմակերպական կառուցվածքի առկա վիճակը, այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ ենք համարել, որ ղեկավարներն ընտրեն իրենց կազմակերպությանը առավելապես բնորոշ տարբերակները.

1. **0%**՝ կազմակերպությունում առկա են մի քանի մակարդակի ղեկավարներ (ավելի քան 5 մակարդակ), որոնցից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ՝ փոքրաթիվ աշխատակիցներ (ոչ ավելի, քան 5 աշխատակից),
2. **0%**՝ կազմակերպությունում ղեկավարների առկա մակարդակները շատ չեն (ոչ ավելի, քան 5 մակարդակ), և ղեկավարներից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ առկա են մեծաթիվ աշխատակիցներ (ավելի քան 5 աշխատակից),
3. **0%**՝ կազմակերպությունում առկա են մի քանի մակարդակի ղեկավարներ (ավելի, քան 5 մակարդակ), որոնցից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ՝ մեծաթիվ աշխատակիցներ (ավելի քան 5 աշխատակից),
4. **100%**՝ կազմակերպությունում ղեկավարների առկա մակարդակները շատ չեն (ոչ ավելի, քան 5 մակարդակ), և ղեկավարներից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ առկա են փոքրաթիվ աշխատակիցներ (ոչ ավելի, քան 5 աշխատակից):

Ղեկավարներից բոլորն ընտրել են վերջին՝ 4-րդ տարբերակը: Այս պատասխաններն ապացուցում են, որ, իրոք, ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններին բնորոշ է կառավարման վարչահրամայական ոճը:

Այնուհետև, ղեկավարներին ուղղվել է հետևյալ հարցադրումը. **Կառավարման գործընթացում գնահատել երկարաժամկետ/ուղղմամբ, միջնաժամկետ, կարճաժամկետ/օպերատիվ կառավարման համակարգերի կարևորությունը:** Գծապատկեր 3.14-ում ներկայացված են ստացված արդյունքները: Բուժկազմակերպության ղեկավարները հնարավոր 5 միավորից ամենացածր միջին գնահատականը տվել են երկարաժամկետ/ուղղմամբ կառավարմանը: Անկասկած, ցանկացած ոլորտային զարգացում պայմանավորված է երկարաժամկետ/ուղղմամբ կառավարական գործունեությամբ, իսկ այս պարագայում ղեկավար անձնակազմի հիմնական քայլերը և ուշադրությունն ուղղված են բուժկազմակերպության միջին ու կարճաժամկետ գործողություններին: Այսպիսի պատասխանները հետևանք են այն բանի, որ, օրինակ, վերը նշված հարցերից մեկին ղեկավար անձնակազմը պատասխանել էր, որ կառավարման տեսական գիտելիքներն այնքան էլ կա-

րևոր չեն: Անկախ գործնական հմտություններից, փորձից ու արհեստավարժության մակարդակից, այնուամենայնիվ, տեսական գիտելիքները կարևոր են գրագետ կառավարման տեսանկյունից:



Գծապարկեր 3.14

Կառավարման գործընթացում առանձին համակարգերի կարևորությունը

Այժմ անդրադառնանք բուժանձնակազմին ուղղված հարցերին: Ի պատասխան այն հարցին, թե, **հաշվի առնելով սեփական փորձը տվյալ բժշկական կազմակերպությունում, որքան է հավանականությունը, որ հարազատներին և ընկերներին խորհուրդ կտաք օգտվել այդ հաստատության ծառայություններից**, միջին գնահատականն է 9,59 միավոր: Սա բավականին խոստուն գնահատական է իրենց իսկ կազմակերպության նկատմամբ և վկայում է աշխատակցի լոյալության և գործընկերների նկատմամբ վստահության մակարդակի մասին: Այնուհետև հարցվել է՝ **արդյո՞ք կազմակերպության աշխատակիցները հստակ պատկերացնում են, թե ինչի է ձգտում հասնել կազմակերպությունը**: Բուժանձնակազմի 67,4%-ը պատասխանել է այո, 8,2%-ը՝ ոչ, իսկ 24,5%-ը՝ չեզոք: Սակայն վերևում անդրադարձ կատարելով աշխատակիցների գործողությունների համապատասխանությանը ռազմավարական նպատակների տեսանկյունից՝ նկատեցինք, որ դեկավարներն այնքան էլ համամիտ չեն, որ աշխատակիցները հստակորեն պատկերացնում են, թե կազմակերպությունն ինչի է ձգտում հասնել: Այս տե-

սանկյունից, բավականին անելիք ունի բուժկազմակերպությունների ղեկավարությունը, քանի որ յուրաքանչյուր աշխատակից պետք է պարզորոշ գիտակցի, թե ինչի է ձգտում իր կազմակերպությունը, և արդյոք իր գործողությունները նպաստում են դրան:

Մյուս հարցը հետևյալն էր. **«Ես ամբողջությամբ բավարարված եմ կազմակերպության զարգացման ընտրված ուղղությունից»:** Պատասխանները այսպիսին են՝ այո՝ 83,7%, ոչ՝ 8,2%, չեզոք՝ 8,2%: Սա ևս մեկ անգամ փաստում է, որ ղեկավարները բավականաչափ վստահություն և հեղինակություն են վայելում իրենց աշխատակիցների կողմից, որը նաև կարող է փաստել ղեկավարների առաջնորդման հմտությունների մասին: Իսկ որքան ուժեղ են արտահայտված ղեկավարի առաջնորդման հատկությունները, այնքան դյուրին է կազմակերպության որակի կառավարման արդյունավետությանը կողմնորոշված քայլերի ու փոփոխությունների իրականացումը:

Նույնաբովանդակ այս 2 հարցադրումները՝ **«Կազմակերպության ղեկավարությունն ըմբռնումով է ընդունում աշխատակիցների դիտողությունները»** և **«Տեսադաշտում է պահում այն խնդիրները, որոնց աշխատակիցները բախվում են ամենօրյա աշխատանքում»**, ամբողջովին ունեցել են հետևյալ նույն պատասխանները. այո՝ 83,7%, ոչ՝ 8,2%, չեզոք՝ 8,2%: Աշխատակիցները փաստում են իրենց կարծիքի ազդեցությունը ղեկավարության վրա, սակայն արդեն իսկ դիտարկել ենք այն տարբերակը, երբ ղեկավարները կարծում էին, որ որոշումների ընդունման ժամանակ աշխատակիցների ներգրավվածության անհրաժեշտություն չկա: Այնուամենայնիվ, եթե ղեկավարները նույնիսկ հաշվի չեն առնում աշխատակիցների կարծիքները կամ մասամբ են հաշվի առնում, ամեն դեպքում, նրանց հաջողվել է ներկայացնել, թե դրանք ընդունվում և հաշվի են առնվում ղեկավարության կողմից: Սա ևս մեկ անգամ փաստում է առաջնորդման հմտությունների մասին:

Եվ վերջին՝ ամփոփիչ հարցադրումը՝ **անմիջական ղեկավարի աշխատանքից բավարարվածության գնահատումը:** Ըստ բուժանձնակազմի գնահատման՝ միջին միավորը 9,04 է, որը բավականին բարձր է և ևս մեկ անգամ փաստում է բուժանձնակազմի կողմից վերադասի նկատմամբ վստահության մասին:

Եվ վերջապես անդրադառնանք նաև սոցիոլոգիական հարցման վերջին մի քանի պատասխաններին: Այն հարցին, թե **ինչպիսի հաճախականությամբ եք օգտվում բժշկական ծառայություններից**, բնակչությունը պատասխանել է՝ յուրաքանչյուր ամիս՝ 5,5%, յուրաքանչյուր քառամսյակը մեկ՝ 20,2%, յուրաքանչյուր տարի՝ 37,2%, ավելի հազվադեպ, քան վերոնշյալ տարբերակներն են՝ 36,8%: Իսկ այն հարցին, **թե առավել հաճախ ինչպիսի բժշկական կազմակերպություններից եք օգտվում՝ պետական մասնակցությամբ, թե մասնավոր**, 56,9%-ը պատասխանել է պետական մասնակցությամբ, իսկ 43,1%-ը՝ մասնավոր բժշկական կազմակերպություններից: Սա

ևս մեկ անգամ փաստում է, որ համահավասար բժշկական ծառայությունների մատուցման բեռը շարունակում է մնալ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ուսերին:

«Ձեր տարածքային բժշկական կազմակերպությունում որքա՞ն հաճախ եք բախվում խնդիրների» հարցի պատասխանը եղել է այսպիսին. յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ՝ 7,1%, գրեթե միշտ՝ 11,9%, հաճախ՝ 19,8%, հազվադեպ՝ 51,4%, երբեք՝ 9,9%: Ամեն դեպքում, ձևավորված պատկերը բավարար է՝ հաշվի առնելով վերոբերյալ խնդիրների նույնականացման ու օպերատիվ արձագանքելու հարցերի պատասխանները: Այս հարցին լրացնելու էր գալիս հաջորդ հարցը՝ **«Գնահատե՛ք Ձեր բավարարվածությունը Ձեր տարածքային բժշկական կազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայություններին»**: Միջին գնահատականը 5,84 միավոր է: Սա double check հարցերից էր, և հաշվի առնելով բավարարվածության մասին խաչաձև հարցի պատասխանը՝ կարելի է ասել, որ արդյունքները գրեթե նույնն են:

Ամենաընդհանուր կերպով ամփոփելով TQM սկզբունքային կատեգորիաների վրա հիմնված հարցումների արդյունքները, որոնք ուղղված են ընդհանուր կառավարչական գործընթացների արդյունավետության բացահայտմանը՝ կարելի է եզրակացնել, որ

- բուժկազմակերպության ղեկավար անձնակազմը ընդհանուր առմամբ կարծում է, որ կազմակերպությունում որակի փոփոխությանն ուղղված միջոցառումների վրա մեծ ազդեցություն ունի հաճախորդը, սակայն որքան հեռանում ենք ինստիտուցիոնալ մակարդակից, այնքան ակնհայտ է դառնում, որ հաճախորդի ազդեցությունն այնքան էլ մեծ չէ, որքան ենթադրում է ղեկավար կազմը: Սրանից կարելի է ենթադրել, որ հետագայում որակի կառավարման փոփոխությանն ուղղված ծրագրերը նույնիսկ անարդյունավետության պարագայում ղեկավարության կողմից կարող են ընկալված լինել որպես հաճախորդի ազդեցության արդյունք և ունենալ ոչ օբյեկտիվ հետևանք: Սա ևս մեկ անգամ վկայում է, որ միջին բուժանձնակազմը քաջատեղյակ չէ որոշումների ընդունման սկզբունքներին, և հնարավոր է, որ առաջնորդվել է սուբյեկտիվ գործոններով:
- Միջին բուժանձնակազմի որոշակի շրջանակում աշխատանքի կատարելագործման ու զարգացման մոտիվացիան ցածր մակարդակի վրա է: Սա նաև հավաստվում է վերապատրաստումներին մասնակցության ցածր մոտիվացիայով:
- Ըստ հարցման արդյունքների՝ աշխատակիցներն ավելի գոհ են և ավելի գնահատված են ղեկավար անձնակազմի կողմից, քան իրականում կարծում են ղեկավարները: Սակայն կարևոր է նկատել, որ եթե նույնիսկ այդպես է, այնուամենայնիվ, այդ աշխատանքային մո-

տիվացիան դրականորեն չի անդրադարձել հաճախորդների հետ շփվելիս նրանց դրսևորած վարքագծի վրա: Սրա մասին են փաստել հաճախորդների հարցման արդյունքները:

- Ղեկավարների գնահատականների անհամապատասխանությունը իրենց գործառնությունների վերաբերյալ բուժանձնակազմի գնահատականներին, վկայում է առկա բացերի ու կառավարման համակարգերի զարգացման և դրական փոփոխությունների գիտակցման մասին:
- Բուժկազմակերպության ղեկավարների համար ցուցիչ է համարվում այն հանգամանքը, որ բուժհաստատության ընդհանուր աշխատակազմի կարծիքը, որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերի տեսանկյունից, չի համապատասխանում սոցիոլոգիական կարծիքի հետ: Ուստի, բարեփոխումների համատեքստում, կարող են դուրս մնալ այն իրական գործոններն ու թերությունները, որոնք խոչընդոտում են որակական բարեփոխումների իրականացումը:
- Պատասխաններում նկատելի է մի հետաքրքիր օրինաչափություն. բժշկական կազմակերպությունների ղեկավարների կարծիքների միջին գնահատականն ավելի մոտ է սոցիոլոգիական հարցման արդյունքներին, քան բուժանձնակազմի: Սա կարող է արդյունք լինել այն բանի, որ ղեկավարները հարցերին ու իրավիճակներին ցուցաբերել են ավելի համակարգային և օբյեկտիվ մոտեցում: Սակայն, հաշվի առնելով, որ հաճախորդի/այցելուի/հիվանդի հետ անմիջական շփման մեջ է լինում բուժանձնակազմը, ապա նրանց կողմից իրավիճակի թյուրըմբռնումը կամ գերագնահատումը կարող է բացասաբար անդրադառնալ որակի վրա ազդելու նրանց կարողության, խնդիրների բացահայտման ու լուծման վրա:
- Որակ-գին-հարմարավետություն-հասանելիություն հայեցակարգի տեսանկյունից բուժկազմակերպություններն ունեն լուրջ վերանայումների կարիք, և ռազմավարական նպատակների սահմանումը պետք է բխի հենց այս տեսանկյունից, քանի որ յուրաքանչյուր բուժկազմակերպության առաքելությունն է վերոնշյալ դրույթների բարձր մակարդակով ապահովմանը:
- Բուժկազմակերպության ղեկավար կազմը և բուժանձնակազմը հիվանդների վերջնական կարծիքների ու տեսակետների մասին ոչ միայն սխալ տեղեկություն ու պատկերացում ունեն, այլ նաև նրանց տեսակետները ավելի քան հեռու են իրականությունից: Այս առումով պետք է նշել, որ յուրաքանչյուր հաճախորդի բացասական կարծիք պետք է դիտարկվի որպես թերությունն առավելության վերածելու հնարավորություն: Դրա համար նախ պետք է ստեղծվի հաճախորդների տպավորությունների ու կարծիքների հաշվառման, վարման կամ գրանցման համակարգ, որը որքան արագ գործարկվի, այնքան

ավելի կբարձրանա հաճախորդի դերը որակի կառավարման գործընթացներում:

- Բուժանձնակազմն անթաքույց վստահություն ունի իր վերադասի նկատմամբ: Ղեկավարների որոշումների արժանահավատությանը վստահելու տեսանկյունից աշխատակիցները կաջակցեն փոփոխություններին ու որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերին, ինչը կարևորագույն գործոններից է համակարգային ու թիմային հաջողություններ գրանցելու համար:
- Կազմակերպության ղեկավարության պատկերացումը կառավարման իրենց քաղաքականության վերաբերյալ այնքան էլ չի համապատասխանում իրենց ենթակաների և առավել ևս ազգաբնակչության կարծիքներին:
- Բուժկազմակերպություններին բնորոշ են բարձր թիմայնությունն ու կոլեկտիվում ընդգրկվածության բարձր աստիճանը: Սա դրականորեն է օժանդակելու պատրաստակամության տեսանկյունից, սակայն համախմբվածության ու թիմում ընդգրկվածության բարձր աստիճանն արմատական կամ այլ փոփոխությունների ընթացքում կարող են ընդդիմության ալիք բարձրացնել:
- Ըստ ղեկավարների՝ միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների մոտեցումների ու գործողությունների համապատասխանությունը բուժկազմակերպությունում ցածր է, սակայն բուժկազմակերպության բոլոր աշխատակիցների գործողությունների ներդաշնակությունը և համաձայնեցումը ռազմավարական նպատակների ու սկզբունքների հետ համակարգային արդյունավետությունը պայմանավորող կարևորագույն գործոն է:
- Մրցակցային առավելությունների տեսանկյունից, առկա է բուժկազմակերպության ղեկավարների ու բուժաշխատակիցների կողմից գերազնահատում, քանի որ ազգաբնակչության համեմատաբար ցածր գնահատականը բացահայտում է մրցակցային առավելությունների թույլ կողմերը: Պետք է կատարվեն մրցակցային առավելությունների բացահայտման ու գնահատման համալիր գործողություններ:
- Ըստ ղեկավարների՝ քչերն են կարծում, որ կազմակերպության աշխատակիցները պետք է ակտիվորեն և նշանակալի կերպով մասնակցեն կազմակերպության կառավարման գործընթացներին: Սակայն, բուժկազմակերպության աշխատակիցները հաճախորդների հետ շփման անմիջական օղակն են, ու ցանկացած խնդրի և դրա լուծման ենթակա իրավիճակի բախվում են նրանք՝ հանդիսանալով հաճախորդների պահանջմունքների բացահայտման «առաջամարտիկները»: Հաշվի առնելով նրանց կարծիքներն աշխատանքի կազմակերպման որոշակի փուլերում՝ կարելի է գտնել խնդիրների լուծ-

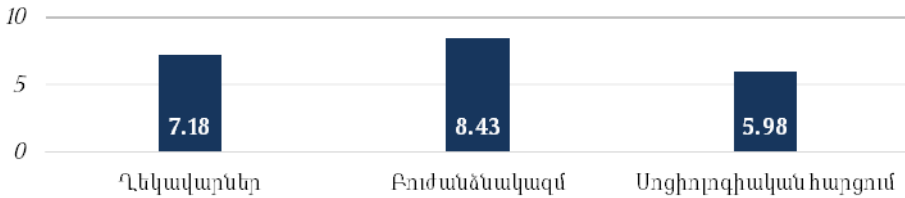
ման ավելի նպաստավոր ու գործուն տարբերակներ, փոփոխել ծառայությունների մատուցման մարտավարությունը կամ ուշադրությունը կենտրոնացնել այնպիսի բնույթի նոր ծառայությունների վրա, որոնց անմիջական կարիքն ունի հաճախորդը: Նման համալիր միջոցառումների իրականացումը նաև հնարավորություն կընձեռի բարձրացնելու բուժկազմակերպության մրցակցային առավելություններն ու բժշկական ծառայությունների նկատմամբ ազգաբնակչության վստահությունը:

- Բուժկազմակերպության ղեկավարությունը պետք է այնպես անի, որ յուրաքանչյուր աշխատակից հստակ գիտակցի, թե ինչի է ձգտում իր կազմակերպությունը և արդյոք իր գործողությունները նպաստում են դրան:
- Աշխատակիցները փաստում են իրենց կարծիքի ազդեցությունը կառավարման համակարգի վրա, սակայն, միևնույն ժամանակ, ղեկավարները կարծում են, որ որոշումների ընդունմանը աշխատակիցների ներգրավվածության անհրաժեշտություն չկա: Այնուամենայնիվ, եթե ղեկավարները նույնիսկ հաշվի չեն առնում աշխատակիցների կարծիքները կամ մասամբ են հաշվի առնում, ամեն դեպքում, նրանց հաջողվել է ձևավորել այն պատկերը, որ աշխատակիցների դիտողություններն ու կարծիքները ընդունվում և հաշվի են առնվում ղեկավարության կողմից: Սա փաստում է ղեկավարների առաջնորդման հմտությունների մասին:

Ամփոփելով հարցման արդյունքները՝ հարկ ենք համարել իրականացնել նաև ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների TQM ամփոփ գնահատում: Այդ նպատակով կիրառել ենք հետևյալ մոտեցումը. 3 հարցումների արդյունքների հիման վրա ամփոփ գնահատումն իրականացրել ենք առանձին-առանձին:

Նախ՝ ընտրված մեթոդաբանության մասին: Ինչպես նշել ենք, ընդհանուր առմամբ TQM-ն կազմված է 9 գլխավոր հենասյուներից կամ կատեգորիաներից: Մեր կողմից համապատասխան թիրախային խմբերին ուղղված այն խաչաձև հարցերը, որոնք որակի և ընդհանուր կառավարման արդյունավետությունը բացահայտող բնույթ ունեին և գնահատվել էին 0-10 բալային համակարգով, համապատասխանաբար դասակարգել ենք՝ դրանք ընդգրկելով այդ 9 կատեգորիաների այս կամ այն խմբում: Արդյունքում, հարցերն ընդգրկված են եղել գերազանցապես 2-ից ավելի խմբերում: Դրա հիման վրա հստակեցրել ենք, թե տվյալ հարցը քանի խմբում է ընդգրկված: Այնուհետև, համապատասխան հարցի միջին գնահատականի համար կշիռ է ընտրվել 9 կատեգորիաներում ընդգրկվածության քանակը, ու այդ բոլոր ցուցանիշների հիման վրա հաշվարկել ենք սոցիոլոգիական, բուժկազմակերպության ղեկավարության և բուժանձնակազմի համար TQM ամփոփ գնա-

հատականներ՝ կիրառելով կշռված միջինի բանաձև: Արդյունքում, ստացել ենք, որ ղեկավար անձնակազմի TQM ամփոփ գնահատականը 7,18 է, բուժանձնակազմի ղեկավար՝ 8,43, իսկ սոցիոլոգիական հարցման ղեկավար՝ 5,98 (գծապատկեր 3.15):



Գծապատկեր 3.15

ՀՀ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների TQM ամփոփ գնահատականները

Այս արդյունքներով իրականում պահպանվել են բոլոր միտումներն ու ամբողջական այն պատկերը, որոնք ձևավորվել էին հարցումների վերլուծության ընթացքում: Եվ, ինչպես տեսնում ենք, առկա է բավականին շեղվածություն. մասնավորապես, սոցիոլոգիական կողմը TQM-ն գնահատել է բավականին ցածր, իսկ միջին բուժանձնակազմը գնահատել է ամենաբարձրը, ինչը կարող է իրավիճակի օբյեկտիվ ընկալման կարողությունների բացակայության հետևանք լինել: Համեմատաբար ավելի օբյեկտիվ է եղել ղեկավար անձնակազմի կողմից տրված պատասխանների միջինացված ցուցանիշը: Այս շեղվածությունը գալիս է ապացուցելու, որ իրականում TQM-ի հետ կապված խնդիրներ ունենք, և բուժկազմակերպությունը որքան շուտ կարողանաներ դրան հաջողություն ապահովել TQM-ի համար, այնքան արագ կլուծվեն որակի բարձրացման և կառավարման արդյունավետության հետ կապված խնդիրները, ինչն անտարակույս փոքրացնելու է թիրախային երեք խմբերի կողմից ստացված արդյունքների միջև առկա շեղվածությունը:

3.2

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի և դրանց այլընտրանքային մոդելների ուսումնասիրությունը՝ միջազգային փորձի դիտարկմամբ

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի այլընտրանքների դիտարկումը նպատակ է հետապնդում գտնելու այն լավագույն տարբերակը, որը հնարավորություն կտա ապահովելու ինչպես բժշկական ծառայությունների բարձր որակ ու հասանելիություն, այնպես էլ օգտագործված միջոցների արդյունավետության բարձրացում⁴³։ Այս տեսանկյունից, պետական մարմինների համար կարևորագույն հարց է դառնում, թե ինչպես հասնել վերոնշյալ նպատակին։ Ինքնին պարզ է, որ խնդիրը ոչ թե այս կամ այն կազմակերպական-իրավական ձևի անվանումն է, այլ այն հատկանիշները, որոնցով բնութագրվում են այդ ձևերը։ Խոսելով պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական անհրաժեշտ ձևերի ընտրության մասին՝ կարող ենք արձանագրել, որ այդ ընտրությունը պայմանավորող կարևորագույն և ամենաառանցքային խնդիրն այդ կազմակերպություններին տրվող ինքնավարության չափն է։ Ցանկացած պարագայում, ՀՀ-ում խնդիր ունենք հասկանալու ինքնավարության այն ծավալը, որը կարող է ապահովել բժշկական ծառայությունների հասանելիության բարձր որակ և ներդրված միջոցների օգտագործման բարձր արդյունավետություն։ Այս տեսանկյունից, միջազգային փորձը վկայում է, որ ինքնավարության իսպառ բացակայությունը կամ դրա 100 տոկոսանոց ներդնումը չեն կարող արդյունավետ լինել, քանի որ հետազոտության ողջ ընթացքում առաջ քաշված գաղափարի՝ բժշկական ծառայությունների որակյալ և համաչափ հասանելիության, ինչպես նաև տնտեսական արդյունավետության ապահովումն այդ դեպքում կդառնա անհնարին⁴⁴։ Հետևաբար, ՀՀ-ի դեպքում խնդիր ունենք հասկանալու քննարկվող կազմակերպությունների ինքնավարության արդյունավետ ծավալը։ Այդ նպատակով կիրականացնենք միջազգային առաջավոր փորձի ուսումնասիրություն։

⁴³ Sté Smith P., Mossialos E., Leatherman S., Papanicolas I., Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 2010:

⁴⁴ Sté Saltman RB, von Otter C, Implementing Planned Markets: Balancing Social and Economic Responsibility. Buckingham, UK: Open University Press, 1995; Figueras J., Robinson R., Jakubowski E., Purchasing to Improve Health Systems Performance, Maidenhead, UK: Open University Press/McGrawHill, 2005:

Ինքնավարության անհրաժեշտ չափը բազմագործոն որակական գնահատական է, քանի որ, որպես այդպիսին, այս կամ այն չափով ինքնավար լինելը ենթադրում է այս կամ այն որոշումն ընդունելու ազատության առկայություն կամ բացակայություն: Իսկ դա նշանակում է, որ ինքնավարության էությունը հասկանալու համար, առաջին հերթին, պետք է հասկանալ՝ որոնք են ինքնավարությունը պայմանավորող հիմնական գործոնները: Ընդունված է համարել, որ ինքնավարության չափը պայմանավորող գործոնները կարող ենք խմբավորել 4 հիմնական փոփոխականներում՝ **ինստիտուցիոնալ կարգավորում, ֆինանսական կարգավորում, հաշվետվողականության կարգավորում և որոշումների ընդունման լիազորությունների ու պատասխանատվության կարգավորում**⁴⁵: Այս 4 հիմնական խմբի փոփոխականների առանձին ենթաբաղադրիչները ներկայացված են աղյուսակ 3.1-ում:

Բուժկազմակերպությունների ինքնավարությունը բնութագրող գործոնները | **Աղյուսակ 3.1**

Փոփոխականը	Ինստիտուցիոնալ կարգավորում	Ֆինանսական կարգավորում	Հաշվետվողականության կարգավորում	Որոշումների ընդունման լիազոր. ու պատասխ.
Բաղադրիչները	Իրավական կարգավիճակը և նպատակները, շահագրգիռ կողմերի հետ հարաբերությունները	Աղբյուրները, սահմանափակումները, կապիտալ ներդրումների և գործառնական ծախսերի վիճակը	Դերը, չափը, կազմը, քաղաքացու և հիվանդի ներգրավվածությունն ու մասնակցությունը, հաշվետվությունները	Քաղաքական միջամտությունից ազատությունը, ներքին մշտադիտարկման, հետևողականության և գնահատման ճկունությունը

Հետազոտության այս հատվածում կիրականացնենք միջազգային փորձի ուսումնասիրություն՝ հասկանալու համար, թե ինքնավարության ինչպիսի ծավալներ են ապահովում որոշ երկրներ՝ կիրառելով կազմակերպական-իրավական տարբեր ձևեր: Դիտարկումը կիրականացնենք հետևյալ կերպ. կուսումնասիրենք 6 երկրում (Չեխիա, Էստոնիա, Իսրայել, Մեծ Բրիտանիա, Նիդերլանդներ և Նորվեգիա) բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի սահմանման մոդելները և այդ մոդելներից յուրաքանչյուրի համար ինքնավարության հիմնական փոփոխականները: Նշենք նաև, որ երկրների ընտրությամբ փորձել ենք ապահովել հնարավորինս լայն ընտրանք՝ դրանում ներառելով ՀՀ զարգացման մակարդակից բարձր, սակայն տարբեր մակարդակներ ունեցող երկրներ:

⁴⁵ St' u Duran A., Saltman R. B., Innovative strategies in governing public hospitals, Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol. 19, N 1, 2013:

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կիրառման մոդելները
Ձեխիայի Հանրապետությունում

Ձեխիայում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները կարող են հանդես գալ միայն 3 կազմակերպական-իրավական ձևերով, դրանք են՝ սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություններ, բաժնետիրական ընկերություններ և կիսաբյուջետային կազմակերպություններ:

Նշված ձևերի անվանումները չեն բնորոշում այն առանձնահատկությունները, որոնք որդեգրվել են պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման մոդելները մշակելիս: Այդ նպատակով հետազոտության այս հատվածում տարբեր երկրների մոդելներն ուսումնասիրելիս կիրականացնենք համեմատական վերլուծություն՝ ըստ ինքնավարության առանձին փոփոխականների: Առաջինը դիտարկենք ինստիտուցիոնալ կարգավորման վիճակը՝ անդրադառնալով քննարկվող 3 կազմակերպական-իրավական ձևերի առանձնահատկություններին: Համեմատական տվյալները ներկայացված են աղյուսակ 3.2-ում:

Ձեխիայի պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերից բխող առանձնահատկությունները

Աղյուսակ 3.2

<i>Սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություններ</i>	<i>Բաժնետիրական ընկերություններ</i>	<i>Կիսաբյուջետային կազմակերպություններ</i>
- Որպես սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն՝ բուժկազմակերպությունները պատկանում են պետական կամ տեղական կառավարման մարմիններին: - Ծառայությունների պորտֆելը համաձայնեցված է ապահովագրական ընկերությունների հետ: - Առկա է աուօտրսինգի հնարավորություն: - Աշխատողի հետ իրավահարաբերություններն ամրագրված են աշխատանքային պայմանագրով, սակայն կա հնարավորություն նույն աշխատողի հետ կնքելու նաև ծառայությունների մատուցման լրացուցիչ պայմանագրեր:	- Որպես բաժնետիրական ընկերություն՝ բուժկազմակերպությունները պատկանում են միայն պետական կառավարման մարմիններին: - Ծառայությունների պորտֆելը համաձայնեցված է ապահովագրական ընկերությունների հետ: - Աշխատողի հետ իրավահարաբերություններն ամրագրված են աշխատանքային պայմանագրով, սակայն կա հնարավորություն նույն աշխատողի հետ կնքելու նաև ծառայությունների մատուցման լրացուցիչ պայմանագրեր:	- Այս բուժկազմակերպությունները պատկանում են միայն պետական կառավարման մարմիններին: - Ծառայությունների պորտֆելը համաձայնեցված է ապահովագրական ընկերությունների հետ: - Անձնակազմը ամբողջությամբ վարձու է:

Ընդհանուր առմամբ, աղյուսակ 3.2-ի տվյալներից պարզ է դառնում, որ կարգավիճակի տեսանկյունից տարբերությունները շատ չեն: Սակայն ակն-

հայտ է, որ համեմատաբար բարձր ինքնավարությամբ են աչքի ընկնում ՄՊԸ-ի կարգավիճակով կազմակերպությունները: Համեմատաբար ցածր ինքնավարություն ունեն բաժնետիրական ընկերությունները, իսկ ամենասահմանափակ ինքնավարություն՝ կիսաբյուջետային կազմակերպությունները: Արձանագրենք, որ տարբերություններ առկա են մասնակիցների սահմանափակումների, ատթուրսինգի հնարավորություններից օգտվելու և անձնակազմի ներգրավման կառուցակարգերի տեսանկյունից:

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման մոդելը Չեխիայում ունի հետևյալ ընդհանրական բնորոշումը. քննարկվող կազմակերպություններում չեն դիտարկվում խառը մասնակցության տարբերակները, այլ առկա է միայն պետական կամ տեղական մարմինների մասնակցություն, միևնույն ժամանակ, ծառայությունների փաթեթն ամբողջությամբ հիմնվում է ապահովագրական ընկերությունների գործունեության վրա: Բնականաբար, վերջինս իրագործելի է միայն կայացած ապահովագրական համակարգ ունեցող երկրում, հետևաբար, կիրառելի չէ Հայաստանի Հանրապետությունում: Սակայն զարգացման որևէ փուլից սկսած (օրինակ՝ առողջության ապահովագրությունը պարտադիր դարձնելու կամ համակարգի շարունակական զարգացման պարագայում)՝ պարզապես անհրաժեշտ կլինի ՀՀ-ում կիրառել նաև այս մոտեցումը՝ դրա հիմքերը դնելով այսօր՝ փաթեթների առաջարկ ներկայացնելու տեսանկյունից բուժկազմակերպություններին որոշակի ճկունություն տալով: Իսկ ահա խառը մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների բացառումը, կարծում ենք, կիրառելի չէ ՀՀ-ում՝ ելնելով տնտեսական արդյունավետության շարունակական բարձրացման գործընթացում շուկայական կառուցակարգերի անհրաժեշտության գաղափարից:

Քննարկենք նաև Չեխիայի Հանրապետությունում վերոնշյալ 3 կազմակերպական-իրավական ձևերի ֆինանսավորման կարգավորումը (աղյուսակ 3.3):

Հարկ է նշել, որ ֆինանսավորման տեսանկյունից, կազմակերպական-իրավական առանձին ձևերի գործունեության կարգավորման առումով, տարբերություններ առկա են միայն կիսաբյուջետային կազմակերպություններում:

Վերջիններիս դեպքում ներդրված կապիտալի համալրում կարելի է իրականացնել միայն պետական մարմիններից ստացված ֆինանսավորման միջոցներով, մինչդեռ, մյուս երկու դեպքերում թույլատրելի է նաև փոխառու կապիտալի ներգրավումը: Այս դրույթից բխող տարբերություն է նաև գոյացած ավելցուկային միջոցների պահպանման սահմանափակումը կիսաբյուջետային կազմակերպություններում:

Արձանագրենք նաև, որ, ընդհանուր առմամբ, դրամական հոսքերի կառավարման տեսանկյունից, բոլոր ձևերում առկա է մեծ ազատություն, ինչը, բնականաբար, անհրաժեշտ գործիք է նաև Հայաստանի Հանրապետությունում:

նում, քանի որ արագ փոփոխվող պայմաններում այդ հոսքերի կառավարման ձգձգումը հանգեցնում է տնտեսական արդյունավետության անկման: Սակայն, այս գործիքի տեսանկյունից, ազատության և ինքնավարության տրամադրումը ՀՀ-ում պետք է ուղեկցվի այլ փոփոխականի՝ հաշվետվողականության բարձրացմամբ:

Աղյուսակ 3.3

Չեխիայի պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի ֆինանսավորումը

Մասնաձևական պարամետրները	Բաժնեիրական ընկերություններ	Կիսաբյուջեային կազմակերպություններ
1. Ապահովագրական ընկերությունների վճարները ձևավորում են եկամտային մուտքերի մեծ մասը: 2. Ընկերություններն ունեն հնարավորություն ինքնուրույն կառավարելու դրամական հոսքերը և վճարելու մատակարարներին: 3. Պետական և տեղական կառավարման մարմինները կարող են թույլ տալ պահանջ մնացորդները: 4. Ներդրումները գոյանում են պետական և տեղական կառավարման մարմինների, սեփական և փոխառու միջոցների հաշվին:	1. Ապահովագրական ընկերությունների վճարները ձևավորում են եկամտային մուտքերի մեծ մասը: 2. Ընկերություններն ունեն հնարավորություն ինքնուրույն կառավարելու դրամական հոսքերը և վճարելու մատակարարներին: 3. Պետական կառավարման մարմինները կարող են թույլ տալ պահանջ մնացորդները: 4. Ներդրումները գոյանում են պետական կառավարման մարմինների, սեփական և փոխառու միջոցների հաշվին:	1. Ապահովագրական ընկերությունների վճարները ձևավորում են եկամտային մուտքերի մեծ մասը: 2. Կազմակերպություններն ունեն հնարավորություն ինքնուրույն կառավարելու դրամական հոսքերը և վճարելու մատակարարներին: 3. Հի թույլատրվում պահանջ մնացորդները: 4. Ներդրումները գոյանում են միայն պետական կառավարման մարմինների միջոցների հաշվին:

Մյուս կարևոր առանձնահատկությունը, որը բնորոշ է 3 կազմակերպական-իրավական ձևերին էլ, ֆինանսական ներհոսքերի աղբյուրն է, այն է՝ ապահովագրական համակարգը, որին անհրաժեշտ է ձգտել ՀՀ-ում: Բայց, ներկայումս ՀՀ-ում գործող առողջապահական համակարգը շեշտադրումը կատարել է պետական պատվերի համակարգի վրա:

Վերջինս ապահովագրական համակարգի անգործության հետևանք է, և միայն ապահովագրական համակարգի արդյունավետ գործունեության արդյունքում պետական պատվերի համակարգն իր տեղը կզիջի ապահովագրական վճարներից գոյացող հոսքերին: Սա պետք է առանցքային բաղադրիչ դառնա ՀՀ-ում ոլորտի զարգացման համար:

Ներկայացնենք նաև Չեխիայի Հանրապետությունում կազմակերպական-իրավական տարբեր ձևերով հանդես եկող պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների հաշվետվողականությունը և լիազորություններն ու պատասխանատվությունը (աղյուսակ 3.4):

Չելսիայի պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի հաշվետվողականությունը, լիազորություններն ու պատասխանատվությունը

Մասնաճյուղի պատասխանատվությամբ ընկերություններ	Բաժնեիրավական ընկերություններ	Կիսաբյուջեային կազմակերպություններ
Կազմակերպական-իրավական ձևերի հաշվետվողականությունը		
Հաշվետվողականության մակարդակը գնահատվում է միջին: Հաշվետվությունները ներկայացվում են առևտրային գործունեության իրավական պահանջներին համապատասխան:	Հաշվետվողականության մակարդակը գնահատվում է միջին: Հաշվետվությունները ներկայացվում են առևտրային գործունեության իրավական պահանջներին համապատասխան:	Առկա չեն գործունեության հաշվետվությունների ներկայացման պարտավորություններ:
Կազմակերպական-իրավական ձևերի լիազորություններն ու պատասխանատվությունը		
Քաղաքական միջամտության աստիճանը գնահատվում է միջին: Ղեկավարների համար դժվար է փոփոխել գործող կառուցվածքները:	Քաղաքական միջամտության աստիճանը գնահատվում է միջին: Ղեկավարների համար դժվար է փոփոխել գործող կառուցվածքները:	Քաղաքական միջամտության աստիճանը գնահատվում է բարձր: Ղեկավարները հնարավորություն ունեն փոփոխելու գործող կառուցվածքները:

Ինչպես ենթադրվում էր, այն կազմակերպական-իրավական ձևերում, որոնցում ինքնավարության աստիճանը նախորդ երկու մակարդակներում համեմատաբար բարձր էր, առկա են հաշվետվողականության առավել խիստ պահանջներ և կառուցվածքային փոփոխություններ իրականացնելու համեմատաբար փոքր լիազորություններ, իսկ այն կազմակերպական-իրավական ձևում, որում ինքնավարության աստիճանը նախորդ երկու մակարդակներում համեմատաբար ցածր էր, առկա է հակառակ իրավիճակը. հաշվետվողականությունը բավականաչափ թույլ է, իսկ կառուցվածքային փոփոխությունների լիազորությունները՝ ազատ: Նշենք նաև, որ կիսաբյուջեային կազմակերպություններում առկա է քաղաքական միջամտության բարձր մակարդակ՝ ի տարբերություն մյուս 2 ձևերում առկա միջին մակարդակի: Նաև այս հանգամանքով են պայմանավորված ներկայացված տարբերությունները:

Փորձի դիտարկման տեսանկյունից պետք է արձանագրել, որ Չելսիայում ձևավորված է մի յուրահատուկ համակարգ, որով ազատությունները «փոխհատուցվում են» որոշակի անազատություններով, արդյունքում՝ տարբեր առանձնահատկություններ ունեցող կազմակերպական-իրավական ձևերում ձևավորվում է ինքնավարության նույնաչափ մակարդակ, այլ կերպ ասած՝ Չելսիայում կիրառվում է հավասարակշռված մոդել՝ ի հաշիվ քննարկվող փոփոխականների բազմազանեցման: Սա, բնականաբար, պետք է դնել

նաև ՀՀ-ում ձևավորվող մոդելի հիմքերում՝ ինքնավարության դիմաց պահանջելով հաշվետվողականություն և պատասխանատվություն:

Արձանագրենք նաև, որ Չեխիայում ընդհանուր ինքնավարության մակարդակը պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դեպքում այս պահին սահմանափակ բնույթ է կրում, սակայն առկա տարրերն ուղղորդում են համակարգի առավել ազատականացման⁴⁶:

*Պերական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կիրառման մոդելները
Էստոնիայում*

Ի տարբերություն Չեխիայի՝ Էստոնիայում կառավարման մոդելը չի հավասարակշռվում՝ ըստ առանձին փոփոխականների հակադրությունների, այլ ձևավորված հավասարակշռության դեպքում սոսկ առանձին կազմակերպական-իրավական ձևերի ընդհանուր առևտրային առանձնահատկություններն են, որ առաջացնում են տարբերություններ: Բնականաբար, այդ տարբերություններն էական են, սակայն բուն ոլորտային չեն:

Ընդհանուր առմամբ, Էստոնիայում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները կարող են հանդես գալ երկու կազմակերպական-իրավական ձևերով, դրանք են՝ բաժնետիրական ընկերությունները և հիմնադրամները (աղյուսակ 3.5):

Ինչպես տեսնում ենք, Էստոնիայի պարագայում առկա է որոշակի պահպանողական մոտեցում, քանի որ ոլորտային կարգավորումները, առանց հաշվի առնելու կազմակերպական-իրավական ձևերի համընդհանուր առանձնահատկությունները, երկու դեպքում էլ նույնական են: Այդ նույնականությունը առկա է բոլոր փոփոխականներում:

Սակայն, մի կարևոր առանձնահատկություն պետք է արձանագրել, որը կարող է արժեքավոր կողմնորոշիչ ծառայել՝ ՀՀ-ում ոլորտը զարգացնելու համար: Էստոնիայում պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունը կարող է լինել ինչպես առևտրային, այնպես էլ՝ ոչ առևտրային: Բնականաբար, սա առանցքային է, քանի որ ոլորտում կան խնդիրներ, որոնք պետք է լուծվեն ոչ առևտրային գործիքների կիրառմամբ: Դրանք առավելապես սոցիալական ծառայություններն են, որոնք կոչված են ապահովելու կյանքի նվազագույն որակ: Նշենք նաև, որ այս մոտեցումն աներկբա չէ, սակայն ունի սոցիալական մեծ ուղղվածություն: Իսկ սոցիալական այնպիսի երկրում, ինչպիսին Հայաստանն է, չենք կարող անտեսել այդ գործոնը:

⁴⁶ Ståu Saltman R.B., Duran A., Dubois H. F.W., Governing Public Hospitals, World Health Organization, Copenhagen 2011, էջ 88:

**Էստոնիայի պետական մասնակցությամբ բժշկական
կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի
ինքնավարությունը բնութագրող փոփոխականները**

<i>Բաժնետիրական ընկերություններ</i>	<i>Հիմնադրամներ</i>
<i>Կազմակերպական-իրավական ձևերի կարգավիճակը</i>	
Կազմակերպությունները պատկանում են պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմիններին (առևտրային գործունեություն՝ բաժնետիրական ընկերությունների մասին օրենքին համապատասխան):	Բուժկազմակերպությունները պատկանում են հիմնադիրներին՝ պետական մարմիններին (ոչ առևտրային գործունեություն՝ հիմնադրամների մասին օրենքին համապատասխան):
Ծառայությունների փաթեթը սահմանվում է երկրի սոցիալական հարցերի նախարարության կողմից, իսկ նոր ծառայությունների ներառումը փաթեթում պետք է հաստատվի կառավարության կողմից: Անձնակազմի մեծ մասը պայմանագրային է, առկա են նաև ինքնագրադրվածներ:	
<i>Կազմակերպական-իրավական ձևերի ֆինանսավորումը</i>	
Հասույթը գոյանում է գերազանցապես ծառայությունների վաճառքից, հաճախ նաև ապահովագրության վճարներից: Կազմակերպությունները կարող են պահպանել մնացորդը, սակայն պատասխանատու են նաև պակասուրդի համար: Այս կազմակերպությունների կապիտալը ձևավորվում է հիմնականում վարկերի և դրամաշնորհների հաշվին:	
<i>Կազմակերպական-իրավական ձևերի հաշվառվողականությունը</i>	
Գործադիր մարմինը նշանակվում է բաժնետերերի/հիմնադիրների կողմից, ընթացիկ կառավարումն իրականացվում է գործադիր կողմից: Ժողովի որոշումները փակ են: Կազմակերպությունները պարտավոր են հրապարակել տարեկան հաշվետվություններ:	
<i>Կազմակերպական-իրավական ձևերի լիազորություններն ու պատասխանատվությունը</i>	
Գործադիր մարմինը կարող է լինել քաղաքականացված: Կազմակերպությունների ղեկավար անձնակազմը կարող է փոփոխել կառուցվածքը: Լիազորությունների լայն շրջանակ է պատվիրակված ստորաբաժանումներին:	

Ընդհանուր առմամբ, Էստոնիայում կիրառվող մոդելը բավականին արդյունավետ կարող է լինել ՀՀ-ի պես երկրներում, քանի որ ոչ կայուն և ոչ զարգացած ենթակառուցվածքներ ունեցող երկրում այն կարող է թույլ տալ ձևավորել միայն մեկ համակարգ, որի շուրջ կաշխատեն բոլոր կազմակերպությունները, սակայն այդ համակարգը կունենա բարձր որակ (բազմաթիվ ենթահամակարգերի և ցածր արդյունավետությամբ ենթակառուցվածքների համակցման պարագայում բարձր որակի խնդիրը դրվում է հարցականի տակ): Արձանագրենք նաև, որ այս երկրում, ֆինանսավորման տեսանկյունից, իրավիճակը բարվոք է, սակայն խնդիր է կառույցների քաղաքականացվածության միակը, իսկ հաշվետվողականությունը գտնվում է միջին մակարդակում: Արդյունքում, չնայած Չեխիայում և Էստոնիայում գործող մոդելների առանցքային տարբերություններին, միևնույն է՝ երկու երկրում էլ ընդհանուր ինքնավարության մակարդակը պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դեպքում այս պահին սահմանափակ բնույթ է կրում, սակայն առկա տարրերը տանում են համակարգի առավել ազատականացման⁴⁷:

⁴⁷ Stålt Saltman R. B., Duran A., Dubois H. F.W., Governing Public Hospitals, World Health Organization, Copenhagen 2011, էջ 90:

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կիրառման մոդելները Իսրայելում

Իսրայելում կիրառվող մոդելը բավականաչափ տարբերվում է նախորդ երկու երկրներում կիրառվող մոդելներից: Այս դեպքում, մոդելի ինքնավարության նվազագույն և առավելագույն ծավալների միջակայքը և՛ աջից, և՛ ձախից ավելի լայն է՝ ի համեմատ Չեխիայի և Էստոնիայի: Նմանօրինակ լայն միջակայքի առկայությունը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ իսրայելական մոդելում բուժկազմակերպությունները կարող են հանդես գալ 4 տարբեր ձևերով, դրանք են՝ կառավարությանը պատկանող կազմակերպություններ, մասնավոր ոչ առևտրային կազմակերպություններ, առողջապահական հիմնադրամին պատկանող կազմակերպություններ և մասնավոր կազմակերպություններ, որոնցում առողջապահական հիմնադրամներն ունեն վերահսկիչ փաթեթ: Այժմ դիտարկենք իսրայելական մոդելի առանձնահատկությունները՝ անդրադառնալով վերոնշյալ 4 ձևերի կարգավիճակներին (աղյուսակ 3.6):

Իսրայելում կազմակերպական-իրավական ձևերի կարգավիճակը

Աղյուսակ 3.6

Ձևը	Կարգավիճակը
<i>Կառավարությանը պատկանող կազմակերպություններ</i>	Կազմակերպությունն ամբողջությամբ պետական մասնակցությամբ է: Ծառայությունների փաթեթը մշակում և հաստատում է միայն առողջապահության նախարարությունը: Անձնակազմը ձևավորվում է ըստ աշխատանքային օրենսգրքի:
<i>Մասնավոր ոչ առևտրային կազմակերպություններ</i>	Այս կազմակերպություններն արտասահմանյան միջազգային առողջապահական կազմակերպություններ են: Ծառայությունների փաթեթը մշակում է կազմակերպությունը, սակայն հաստատում է առողջապահության նախարարությունը: Անձնակազմը ձևավորվում է ըստ աշխատանքային օրենսգրքի:
<i>Առողջապահական հիմնադրամի պատկանող կազմակերպություններ</i>	Այս կազմակերպություններն ամբողջությամբ առողջապահական հիմնադրամների պատկանող մասնավոր կազմակերպություններ են: Ծառայությունների փաթեթը մշակվում է կազմակերպության և հիմնադրամների կողմից, սակայն հաստատվում է առողջապահության նախարարության կողմից: Անձնակազմը ձևավորվում է ըստ աշխատանքային օրենսգրքի:
<i>Մասնավոր կազմակերպություններ, որոնցում առողջապահական հիմնադրամներն ունեն վերահսկող փաթեթ</i>	Ամբողջությամբ մասնավոր կազմակերպություններ են, սակայն կա պահանջ, որ դրանցում վերահսկիչ փաթեթ պետք է ունենան առողջապահական հիմնադրամները: Ծառայությունների փաթեթը մշակում է կազմակերպությունը, սակայն հաստատում է առողջապահության նախարարությունը: Անձնակազմը ձևավորվում է ըստ աշխատանքային օրենսգրքի:

Ինչպես տեսնում ենք, կարգավիճակի տեսանկյունից, այս տարբերակները բավականաչափ բազմազանեցված են. առկա են տարբերակներ ամբողջությամբ պետականից դեպի ամբողջությամբ մասնավորի, ինչը կարող է հնարավորություն տալ ըստ նպատակների կիրառելու անհրաժեշտ ձևերը: Նույնիսկ ծառայությունների փաթեթի տեսանկյունից է առկա վերոնշյալ

տարբերակվածությունը: Մասնավորապես, առկա են ինչպես կազմակերպությունների, այնպես էլ վերահսկող մարմնի կողմից փաթեթի ձևավորման այլընտրանքներ:

Կարգավիճակի առումով ակնհայտ է, որ ամբողջությամբ պետական բուժկազմակերպություններում ինքնավարությունն առավել ցածր է՝ ի տարբերություն մյուս ձևերի: Սա կարող է պատճառ հանդիսանալ բժշկական ռազմավարական ուղղություններ ներկայացնող կազմակերպություններում կառավարման համակարգի վրա ազդեցության անհրաժեշտ ծավալ ապահովելու տեսանկյունից: Մեր կողմից, այս մոտեցումն ամբողջությամբ ընդունելի է, և կարծում ենք, որ այն պետք է որդեգրել նաև Հայաստանում՝ շեշտադրելով ռազմավարական ուղղությունների պետական հսկողության ներքո զարգացման անհրաժեշտությունը՝ չմոռանալով որոշ ուղղություններում «շուկային» ինքնուրույն զարգանալու հնարավորության ընձեռման մասին:

Ֆինանսավորման տեսանկյունից, ինքնավարության միջակայքն ավելի լայն է, քան կարգավիճակի պարագայում էր (աղյուսակ 3.7):

Իսրայելում կազմակերպական-իրավական ձևերի բժշկական հաստատությունների ֆինանսավորումը

Աղյուսակ 3.7

Ձևը	Ֆինանսավորումը
Կառավարությանը պատկանող կազմակերպություններ	Գործունեությունն ուղղված է կապիտալի մեծացմանը: Կապիտալ ներդրողը կառավարությունն է, հնարավոր են նաև ներդրումային առանձնահատուկ որոշումներ՝ հիմնված կազմակերպության առաջարկի և կառավարության հաստատման վրա:
Մասնավոր ոչ առևտրային կազմակերպություններ	Գործունեությունն ուղղված է կապիտալի մեծացմանը: Կապիտալ ներդրողը սեփականատերերն են, բանկերը և այլ ներդրողներ:
Առողջապահական հիմնադրամին պատկանող կազմակերպություններ	Ֆինանսավորումը կատարվում է հիմնադրամների կողմից, իսկ ներդրումային որոշումներն ընդունում է ղեկավար անձնակազմը:
Մասնավոր կազմ, որոնցում առողջ հիմնադրամներն ունեն վերահսկիչ փաթեթ	Ֆինանսավորումը կատարվում է ինչպես հիմնադրամների, այնպես էլ մյուս սեփականատերերի, բանկերի և այլ ներդրողների կողմից: Ներդրումային որոշումներն ընդունում է ղեկավար անձնակազմը:

Ֆինանսավորման առումով, ինչպես կարգավիճակի դեպքում էր, ինքնավարության բարձրացում է նկատվում է կառավարությանը պատկանող կազմակերպություններից մինչև մասնավոր կազմակերպություններ:

Իրավիճակը շատ տարբերակված է ինչպես ներդրողների, այնպես էլ ներդրումային որոշում ընդունելու լիազորությունների տեսանկյունից: Արդյունքում, ֆինանսավորման առումով, Իսրայելում ստեղծված են բոլոր հնարավոր այլընտրանքները՝ կազմակերպական ձևերի կիրառմամբ:

Ներկայացնենք նաև հաշվետվողականությունը, լիազորությունների և պատասխանատվության համակարգը (աղյուսակ 3.8):

Իսրայելում բուժկազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի հաշվետվողականությունը և լիազորություններն ու պատասխանատվությունը

Աղյուսակ 3.8

Ձևը	Հաշվետվողականությունը
	Լիազորություններն ու պատասխանատվությունը
Կառավարությանը պատկանող կազմակերպություններ	Այս կազմակերպությունները գտնվում են առողջապահության նախարարության ուղղակի վերահսկողության ներքո: Այս կազմակերպությունները գտնվում են քաղաքական մեծ ազդեցության ներքո: Ղեկավար անձնակազմն ազդեցություն գրեթե չունի աշխատանքային ծախսումների վրա, բայց կարող է ազդել կառուցվածքի վրա:
Մասնավոր ոչ առևտրային կազմակերպություններ	Այս կազմակերպությունները գտնվում են սեփականատերերի հսկողության ներքո, սակայն դրանց գործունեությունը գնահատվում է պետական մարմինների կողմից: Այս կազմակերպությունները գտնվում են քաղաքական միջին ազդեցության ներքո: Ղեկավար անձնակազմն ազդեցություն գրեթե չունի աշխատանքային ծախսումների վրա, բայց կարող է ազդել կառուցվածքի վրա:
Առողջապահական հիմնադրամին պատկանող կազմակերպություններ	Այս կազմակերպությունները գտնվում են սեփականատերերի հսկողության ներքո, սակայն դրանց գործունեությունը գնահատվում է պետական մարմինների կողմից: Այս կազմակերպությունները գտնվում են հիմնադրամների կողմից սահմանված սահմանափակումների ներքո: Ղեկավար անձնակազմն ազդեցություն գրեթե չունի աշխատանքային ծախսումների վրա, բայց կարող է ազդել կառուցվածքի վրա:
Մասնավոր կազմակերպություններ, որոնցում առողջ հիմնադրամներն ունեն վերահսկիչ փաթեթ	Այս կազմակերպությունները գտնվում են սեփականատերերի հսկողության ներքո, սակայն դրանց գործունեությունը գնահատվում է պետական մարմինների կողմից: Գրեթե ամբողջությամբ ինքնավար կազմակերպություններ են: Ղեկավար անձնակազմն ազատ է փոփոխել կառուցվածքը:

Ընդհանուր առմամբ, այս երկու փոփոխականների դեպքում ևս ակնհայտ է նախորդ երկու դեպքերի միևնույն մոտեցումը: Ավելին, ընդհանուր համակարգի մասին խոսելիս կարող ենք արձանագրել, որ Իսրայելում, ի տարբերություն Չեխիայի և Էստոնիայի, համակարգը հավասարակշռված չէ, այսինքն՝ տարբեր փոփոխականների հակադիր կամ նույնական մակարդակներով չեն ստեղծվում ինքնավարության նույնական իրավիճակներ, ինչը, բնականաբար, հանգեցնում է քննարկված այն հիմնական գաղափարին, որ Իսրայելում ինքնավարության միջակայքը շատ ավելի լայն է, քան նախորդ երկրներում: Կարող ենք եզրակացնել, որ այն գտնվում է ինքնավարության նվազագույն և միջին շեմերի միջև:

Իսրայելի փորձը մեզ համար արժեքավոր է հատկապես տարբերակվածության բարձր մակարդակի շնորհիվ, ինչը ՀՀ-ում չի կարող արդյունավետ

լինել, քանի որ, ինչպես արդեն ներկայացրել ենք, ՀՀ-ում առկա է բժշկական ծառայությունների հասանելիության մեծ անհամաչափություն⁴⁸:

***Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների
կազմակերպական-իրավական ձևերի կիրառման մոդելները***

Մեծ Բրիտանիայում

Այժմ անցում կատարենք և դիտարկենք նաև զարգացման առավել բարձր մակարդակ ունեցող երկրների փորձը: Առաջինն անդրադառնանք Մեծ Բրիտանիային, որտեղ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները կառավարվում են միայն հավատարմագրային կառավարման միջոցով: Այս երկրում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները կարող են հանդես գալ երկու կազմակերպական-իրավական ձևով՝ ֆոնդային տրաստերի և ինքնակառավարվող տրաստերի: Այս ձևերի առանձնահատկությունները հասկանալու համար ուսումնասիրենք վերջիններիս ինքնավարությունը բնութագրող փոփոխականները (աղյուսակ 3.9):

Մեծ Բրիտանիայում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման գործող մոդելը բավականաչափ ինքնավար է: Ֆինանսավորման տեսանկյունից կազմակերպություններն ունեն մեծ ազատություններ, միջոցներ ներգրավելու ավելի լայն հնարավորություններ, քան սովորական առևտրային կազմակերպությունները, ինչը, բնականաբար, ֆինանսական կայունության ապահովման առանցքային բաղադրիչ է: Որոշումների ընդունման և լիազորությունների առումով ևս վիճակը բավականաչափ ինքնավար է: Այս ազատությունը, հնարավորությունները և ինքնակառավարման գործուն կառուցակարգերն ուղեկցվում են խիստ վերահսկողությամբ, լիցենզավորմամբ և պատասխանատվությամբ:

Կարծում ենք՝ հավատարմագրային կառավարման այս մոդելն իրապես արդյունավետ է, քանի որ հնարավորություն է ստեղծում ապահովելու ինչպես բուժօժանդությունների բարձր որակ և հասանելիություն, այնպես էլ տնտեսական արդյունավետություն: Հետևաբար, այս մոդելի որոշ տարրեր պետք է ներդնել հայաստանյան պրակտիկայում: Արձանագրենք նաև, որ ընդհանուր համակարգը Մեծ Բրիտանիայում կարող ենք գնահատել միջինից բարձր ինքնավարության՝ արտահայտված պլանավորման, կազմակերպման, մոտիվացիայի ապակենտրոնացմամբ և վերահսկողության կենտրոնացմամբ⁴⁹:

⁴⁸ Stū Saltman R. B., Duran A., Dubois H. F.W., Governing Public Hospitals, World Health Organization, Copenhagen 2011, էջ 91-92:

⁴⁹ Stū նույն տեղը, էջ 89:

Մեծ Բրիտանիայի պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի ինքնավարությունը բնութագրող փոփոխականները

Աղյուսակ 3.9

Ֆոնդային տրասպ	Ինքնակառավարվող տրասպ
Կարգավիճակը	
Կազմակերպությունները ձևավորվում են միայն լիցենզավորման հիման վրա: Մատուցվում են լիցենզավորված կոնկրետ ծառայություններ: Կազմակերպությունները պատասխանատու մարմինների կողմից մշտապես ստանում են խորհրդատվություն: Անձնակազմի հետ աշխատանքի գործող պայմանները կարող են փոփոխվել ինքնուրույն՝ անձնակազմի հետ համագործակցության հիման վրա:	Առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված կանոնադրության հիման վրա աշխատող կազմակերպություններ են: Այս կազմակերպությունները որոշակի ազատություններ ունեն՝ կապված ծառայությունների փաթեթի հետ: Անձնակազմի հետ հարաբերությունները կարգավորվում են աշխատանքային օրենսդրությամբ:
Ֆինանսավորումը	
Հասույթը ձևավորվում է վաճառքներից: Կարող են միջոցներ ստացվել բանկերից կամ հավատարմագրային կազմակերպությունների ֆինանսավորում իրականացնող հիմնադրամներից: Կապիտալի ներգրավման շատ մեծ հնարավորություններ ունեն այս կազմակերպությունները, իսկ ներդրումային որոշումներում ղեկավար անձնակազմը լիովին ազատ է:	Մուտքերը ձևավորվում են ինչպես վաճառքներից, այնպես էլ պետական պատվերի շրջանակներում: Առկա են ներդրումների ներգրավման մեծ հնարավորություններ:
Հաշվառվողականությունը	
Որոշումներում պետական մարմինների ազդեցությունը գրոյական է, սակայն վերջիններս ունեն մշտադիտարկման գործառնություններ: Ամբողջությամբ ենթարկվում է առևտրային գործունեության սնանկության օրենսդրությանը:	Ռազմավարական հարցերում պետական մարմիններն ունեն մասնակցություն (բայց ոչ գործառնական հարցերում): Պետական մարմիններն ունեն նաև մշտադիտարկման և ընթացիկ վերահսկողության գործառնություններ:
Լիազորությունները և պարասխանաբարությունը	
Առկա է ամբողջությամբ ինքնավարություն, սակայն նաև որոշումների ընդունման մեծ պատասխանատվություն: Դեկավար անձնակազմն ազատ է կառուցվածքը փոփոխելու հարցում:	Առկա է գրեթե ամբողջական ինքնավարություն, սակայն որոշ հարցերում կարող են լինել միջամտություններ: Դեկավար անձնակազմն ազատ է կառուցվածքը փոփոխելու հարցում:

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կիրառման մոդելները Նիդեռլանդներում և Նորվեգիայում

Միջազգային փորձի ուսումնասիրությունն ավարտենք Նիդեռլանդների և Նորվեգիայի փորձով: Որպես ամբողջությամբ հակադիր մոդելներ կիրառող, սակայն միևնույն ժամանակ կյանքի որակով բավականաչափ մոտ այս երկրների փորձը դիտարկենք համատեղ (աղյուսակ 3.10):

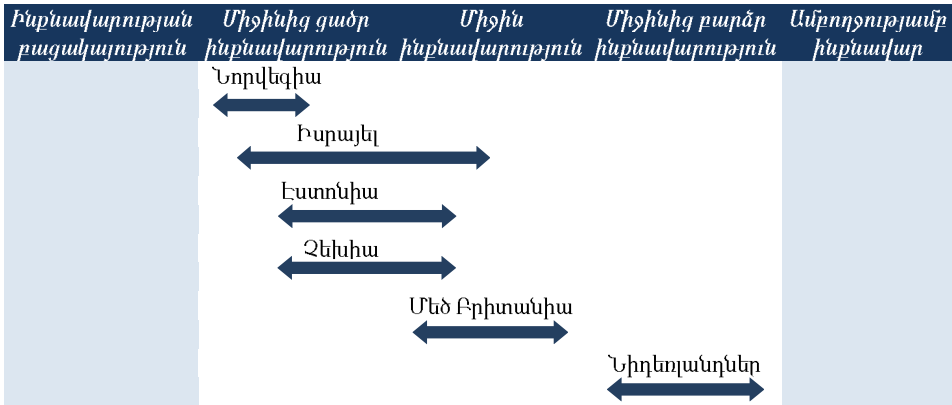
**Նիդեռլանդների և Նորվեգիայի բուժկազմակերպությունների
կազմակերպական-իրավական ձևերի ինքնավարությունը ընտրագրող
փոփոխականները**

Նիդեռլանդներ՝ մասնավոր ոչ առևտրային հիմնադրամներ	Նորվեգիա՝ առողջապահական ըրաարեր
<i>Կարգավիճակը</i>	
Բոլոր կազմակերպությունները ոչ առևտրային են և մասնավոր: Առևտրային գործունեություն այս ոլորտում արգելված է օրենքով: Ծառայությունների մատուցումը կատարվում է միայն լիցենզիաների հիման վրա: Աշխատակիցների 30%-ը վարձու աշխատողներ են, իսկ 70%-ը՝ ինքնագրավածներ:	Այս կազմակերպություններն անկախ իրավաբանական անձինք են: Սեփականատեր են միայն պետական առողջապահական մարմինները, իսկ գործունեությունը կարգավորվում է օրենքով: Ծառայությունների փաթեթը մշակվում և հաստատվում է պետական առողջապահական մարմինների կողմից:
<i>Ֆինանսավորումը</i>	
Գործում է իրավիճակային ֆինանսավորում: Առկա մնացորդները կարող են մնալ կազմակերպության ներքո, սակայն պակասուղի դեպքում ևս պատասխանատու է կազմակերպությունը: Կապիտալի ֆինանսավորման համար կազմակերպությունները կարող են օգտվել բանկային պարտքային գործիքներից:	Կազմակերպություններում ամբողջությամբ ներդրված է բյուջետավորման համակարգ՝ հիմնված անհրաժեշտ ծավալով բժշկական ծառայությունների հասանելիության ծավալների կանխատեսման վրա: Կազմակերպությունների կապիտալը ձևավորվում է պետական կառավարման մարմինների միջոցով:
<i>Հաշվառվողականությունը</i>	
Որոշումներում քաղաքական ընդգրկվածությունը բացակայում է: Կազմակերպությունը պարտավոր է հրապարակել տարեկան ֆինանսական և առողջապահական հաշվետվություններ:	Կազմակերպությունները պարտադիր կերպով ամեն ամիս ներկայացնում են ֆինանսական և առողջապահական հաշվետվություններ, որոշ կազմակերպություններ՝ նույնիսկ շաբաթական կտրվածքով:
<i>Լիազորությունները և պատասխանատվությունը</i>	
Քաղաքական ազդեցությունից այս կազմակերպություններն ամբողջությամբ դուրս են: Կազմակերպությունների առանձին ստորաբաժանումներն ունեն մեծ անկախություն (ունեն առանձին կառավարման համակարգ և նույնիսկ բյուջե):	Բացառությամբ հիվանդանոցների տեղակայման, չափերի և ներդրումների ծավալների՝ մնացյալ բոլոր որոշումներն ընդունելու լիազորությունները և պատասխանատվությունը կազմակերպությունների վրա են:

Ինչպես տեսնում ենք, Նորվեգիայում և Նիդեռլանդներում բժշկական կազմակերպությունները կարող են հանդես գալ միայն մեկ կազմակերպական-իրավական ձևով: Նիդեռլանդներում բժշկական կազմակերպությունները կարող են ձևավորվել միայն մասնավոր ոչ առևտրային հիմնադրամների տեսքով, Նորվեգիայում ընդունելի է միայն առողջապահական տրաստի կազմակերպական-իրավական ձևը: Այս երկու երկրներում կիրառվող մոդելներն ինքնավարության տեսանկյունից հակադիր են, սակայն անհրաժեշտ է շեշտել, որ, անկախ մոդելների հակադրությունից, ֆինանսավորման, հաշվետվողականության, լիազորությունների և պատասխանատվության տեսանկյունից, դրանք բավական որակյալ են, քանի որ զերծ են «կեղծ սահմանափակումներից»:

Արձանագրենք, որ Նիդեռլանդներում կիրառվող մոդելը դիտարկվածներից ամենաինքնավարն է, իսկ Նորվեգիային՝ ամենացածր ինքնավարը: Նշենք, որ մոդելներում կիրառված գործիքները բավականաչափ հետաքրքրական են, և որոշ տարրեր պետք է անպայմանորեն կիրառել ՀՀ-ում: Այդպիսի տարրեր են, օրինակ, հաստատությունների տեղաբաշխվածության սահմանափակումների դրույթները, հաշվետվողականության բարձրացումը, ֆինանսավորման գործիքները և այլն⁵⁰:

Ամփոփելով միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը՝ հարկ ենք համարում ներկայացնել գծապատկեր 3.16-ը, որով կընդհանրացնենք վերոքննարկյալ 6 երկրներում կիրառվող մոդելների ինքնավարության աստիճանները:



Գծապատկեր 3.16

Կազմակերպական-իրավական ձևերի ինքնավարությունը Չեխիայում, Էստոնիայում, Իսրայելում, Մեծ Բրիտանիայում, Նորվեգիայում և Նիդեռլանդներում

Գծապատկեր 3.16-ից ակնհայտ է, որ տարբեր երկրներում օգտագործվող մոդելներն աչքի են ընկնում ինքնավարության տարբեր աստիճաններով, և չնայած այդ հանգամանքին՝ բոլոր մոդելներում կիրառվող գործիքները քննարկվող երկրներում կարող ենք համարել արդյունավետ: Սակայն մեր կողմից միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը նպատակ էր հետապնդում ոչ թե ՀՀ-ում ուղղակիորեն արտապատկերելու որևէ երկրի փորձը, այլ ուղղված է լավագույն փորձի և մեր երկրում առկա իրավիճակին համահունչ տարրերի տեղայնացմանը, որն էլ կփորձենք ներկայացնել կազմակերպական-իրավական մոդելի առաջարկի միջոցով:

⁵⁰ Ståu Saltman R. B., Duran A., Dubois H. F.W., Governing Public Hospitals, World Health Organization, Copenhagen, 2011, էջ 93-94:

ԳԼՈՒԽ 4

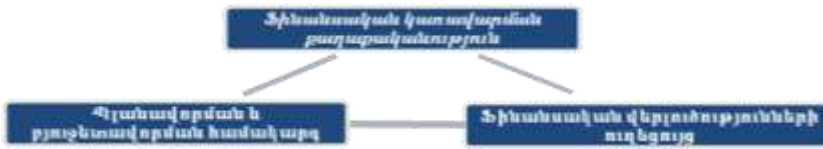
ՀՀ ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՏԱՐԵԼԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԱՌԿԱ ԽՈՉԸՆԴՈՏՆԵՐԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

4.1 ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական կառավարման ուղեցույց

Հետազոտության առաջին գլխում կատարված ֆինանսական վերլուծությունը գալիս է փաստելու, որ ՀՀ-ում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում իրապես առկա են ֆինանսական կառավարման խնդիրներ, ավելին՝ կարող ենք նույնիսկ պնդել, որ այդ կազմակերպություններում, որպես այդպիսին, բացակայում են ֆինանսական կառավարման համակարգերը: Այս մասին է վկայում նաև այն հանգամանքը, որ ըստ ղեկավարների հարցման արդյունքների՝ ֆինանսական կառավարման գիտելիքներ ունենալն այնքան էլ կարևոր չէ արդյունավետ կառավարման համար: Հետևաբար կարծում ենք, որ ֆինանսական արդյունավետության առկա խնդիրները լուծելու համար անհրաժեշտ է ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում ներդնել այդ համակարգերը: Ուստի, այդ նպատակով մշակվել են համակարգը ձևավորելու հիմնական ուղենիշներ:

Բժշկական կազմակերպություններում ֆինանսական կառավարման համակարգի գործունեությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել ֆինանսական կառավարման քաղաքականություն, պլանավորման և բյուջետավորման համակարգ, ինչպես նաև ֆինանսական վերլուծությունների ուղեցույց: Քննարկվող 3 ենթահամակարգերի կապը ներկայացված է գծապատկեր 4.1-ի միջոցով:

Այս ենթահամակարգերի գործունեության պարագայում հնարավոր է դառնում ապահովել կազմակերպությունների ողջ ֆինանսատնտեսական պարբերաշրջանի արդյունավետությունը: Նշված երեք համակարգերն ամբողջությամբ գտնվում են փոխկապվածության մեջ, և դրանցից յուրաքանչյուրը հանգեցնում է մյուս երկուսի փոփոխման ու կատարելագործման, և հենց այդ փոխկապարկագործումն է ապահովում համակարգի ցանկալի գործունեությունը: Այժմ ենթահամակարգերից յուրաքանչյուրին անդրադարձ կատարենք առանձին-առանձին:



Գծապարկեր 4.1

Ֆինանսական կառավարման համակարգի բաղադրիչները և կապը

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականություն

Այս քաղաքականությունը ձևավորում է կազմակերպության ֆինանսական կառավարման ամենաառանցքային ուղղությունները և հանդիսանում է ֆինանսական կառավարման «կանոնադրությունը»: Ֆինանսական կառավարման քաղաքականության վերաբերյալ մոտեցումները բազմազան են, սակայն ուսումնասիրելով բազմաթիվ տարբերակներ և ուղեցույցներ, ոլորտային կողմնորոշիչներ և վերջապես դիտարկելով քննարկվող կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակը՝ առաջարկում ենք այդ կազմակերպություններում պարտադիր դարձնել ֆինանսական կառավարման քաղաքականության մշակումը և դրա շուրջ ֆինանսական ողջ համակարգի կառուցումը, մինչև ժամանակ, առաջարկում ենք հնարավորություն տալ կազմակերպություններին՝ ինքնուրույն մշակելու այդ քաղաքականությունը, սակայն այդ փաստաթղթում անպայմանորեն ներառել աղյուսակ 4.1-ում առկա դրույթների վերաբերյալ տեղեկատվություն:

Աղյուսակ 4.1

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականության հիմնական ուղեցույց

Կիրառելիություն

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականությունը պետք է համապատասխանի գործող բոլոր իրավական ակտերին և պահանջներին: Հակասությունների առաջացման պարագայում առաջնությունը պետք է տրվի առավել բարձր իրավական ուժ ունեցող փաստաթղթին: Հակասությունների հաղթահարման նպատակով անհրաժեշտ է քաղաքականությունը համապատասխանեցնել իրավական պահանջներին և վերահսկող մարմնի կարգադրություններին:

Նպատակ

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ պետք է սահմանվի համակարգի կառավարման գլխավոր նպատակը: Այս դրույթի սահմանումն այն կարևորագույն հիմնաքարն է, որի շուրջ պետք է ձևավորվեն մյուս բոլոր ֆինանսական տարրերը:

Որպես ընդունելի օրինակ կարող ենք բերել հետևյալը. քաղաքականության նպատակն է արդյունավետ կերպով կառավարել կազմակերպության ֆինանսական հոսքերը և հիմքեր ստեղծել այդ կառավարումն ապահովելու համար:

Հաշվառման համակարգ

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ պետք է հստակ սահմանվեն հաշվառման համակարգը, կիրառվող գործիքակազմը և ընտրված մեթոդները:

Հաշվառման համակարգի բարձր արդյունավետությունը պարտադրված է տվյալների արժանահավատության պահպանման հրամայականով: Հաշվառման համակարգի ընտրությունը պետք է հիմնավորվի այս քաղաքականությամբ: Նախընտրելի է, որ հաշվառման համակարգն ունենա մի քանի բաղադրիչ՝ իրականացվի հարկային հաշվառում (ըստ ՀՀ հարկային

օրենսգրքի), ֆինանսական հաշվառում (ըստ ՖՀՄՄ-ների և ՀՀՄՄ-ների), որոշումների ընդունման նպատակով իրականացվող կառավարչական հաշվառում (այս համակարգը առավել ազատականացված է, և այս դեպքում է, որ պետք են լուրջ մշակումներ): Հաշվառման համակարգի սահմանման շրջանակում պետք է ձևավորվեն այն ծրագրային փաթեթները, որոնցով իրականացվելու է հաշվառումը: Անհրաժեշտ է նաև հաշվառման ամբողջականության պահպանման համար գործառնություններ հասցեական պատվիրակել համապատասխան ստորաբաժանումներին՝ ըստ անհրաժեշտության ստեղծելով նաև նոր ստորաբաժանումներ (հաստիքներ):

Ֆինանսական հոսքերի ձևավորում

Քաղաքականությամբ պետք է սահմանվեն բիզնես-գործընթացների կազմակերպման էությունը, ֆինանսական ցուցանիշների ձևավորման այն գլխավոր նպատակները, որոնց պետք է հասնել որոշակի ժամանակահատվածում: Այն պետք է ունենա տեսլականին բնորոշ հատկանիշներ և ցույց տա ֆինանսական այն ցանկալի վիճակը, որին ձգտում է կազմակերպությունը: Թիրախները սահմանելիս անհրաժեշտ է օգտվել համեմատական գործիքներից և զերծ մնալ առավել մանրամասնեցված ցուցանիշներից: Որպես օրինակ կարող ենք բերել հետևյալը. մինչև 2025 թ. կազմակերպության հասույթը կրկնապատկել, շահութաբերությունը մեծացնել 1.5%-ով, իսկ զուտ ակտիվների ծավալը մեծացնել 1.5 անգամ:

Նախընտրելի է, որ այս ցուցանիշների սահմանման հիմքում դրվեն պետական վերահսկող մարմնի և կազմակերպության ղեկավար անձնակազմի սահմանափակումները, նպատակները և առկա վիճակի վերլուծությունը: Որպես պարզ, սակայն կիրառելի գործիք կարող է ծառայել 6 սիգմայի կանոնը. որոշակի գործիքների կիրառմամբ սահմանվեն և կանխատեսվեն լավատեսական, վատատեսական և իրատեսական սպասումները, որոնց հիման վրա հաշվարկվի կանխատեսվող միջին կշռված փոփոխությունը՝ իրատեսական սպասմանը տալով 4 կշիռ, իսկ լավատեսական և վատատեսական սպասումներին՝ 1-ական կշիռ:

Սցենարային կանխատեսումներում կարող են կիրառվել ինչպես առանձին հատուկ մշակված մոդելներ (օրինակ՝ խոշոր կազմակերպությունների դեպքում, որոնք ի վիճակի են ֆինանսավորել մոդելի կառուցումը), այնպես էլ արդեն իսկ մշակված ծրագրային հասանելիությամբ ֆունկցիաներ (օրինակ՝ փոքր կազմակերպությունները, չունենալով մեծ ռեսուրսներ, կարող են օգտվել նույնիսկ Microsoft Office-ի կողմից առաջարկվող Forecast գործիքից): Սակայն, առավել նախընտրելի կլինի, եթե պետական վերահսկող մարմինն ինքը ստանձնի նման համընդհանուր գործիքի մշակումը:

Հիմնական սկզբունքներ

Քաղաքականությամբ անպայմանորեն պետք է սահմանվեն ֆինանսական կառավարման ողջ ընթացքում օգտագործվող սկզբունքները, որոնց սահմանման անհրաժեշտությունը պայմանավորված է դրանց՝ ոլորտին և բուն կազմակերպությանը բնորոշ սկզբունքներին համապատասխանության բացահայտմամբ: Սկզբունքները պետք է կառուցվեն հաշվետվողականության, արդյունավետության, արդյունաբանության և հարմարվողականության վրա:

Համապարասխանության ստուգում

Ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ պետք է հստակ նշվեն այն կառուցակարգերը, որոնցով ստուգվելու է քաղաքականության իրականացման համապատասխանությունը: Նախընտրելի է, որ կազմակերպությունն ունենա ներքին աուդիտ, իսկ առնվազն 3 տարին մեկ անգամ ենթարկվի արտաքին աուդիտի: Ներքին աուդիտի ձևավորման անհնարի-նության դեպքում ներքին համապատասխանության ստուգման գործառնություններ կարող են պատվիրակվել այլ հաստիքներին:

Հաշվետվողականության պարբերականություն

Քաղաքականությամբ պետք է սահմանվեն, թե հաշվառման 3 համակարգերից յուրաքանչյուրն ինչպիսի պարբերականություն պետք է ունենա: Բնականաբար, հարկային հաշվառման պարբերականությունը պետք է կարգավորվի ՀՀ հարկային օրենսգրքով: Ֆինանսական հաշվառման դեպքում նախընտրելի են եռամսյակային և տարեկան հաշվետվությունները կամ առնվազն տարեկան հաշվետվությունները: Կառավարչական հաշվառման հաշվետվո-

դականությունը պետք է կազմակերպվի ամսական պարբերականությամբ, քանզի այս հաշվետվությունների հիման վրա է իրականացվելու ընթացիկ կառավարումը, և այս հաշվետվություններով ստացված տեղեկությունն է թույլ տալու ապահովել ճկունություն:

Հաշվետվություններ

Հարկային և ֆինանսական հաշվառման դեպքում հստակ սահմանված են հաշվետվությունների ձևանմուշները: Իսկ ահա կառավարչական հաշվառման դեպքում յուրաքանչյուր կազմակերպություն ինքը պետք է մշակի հաշվետվությունները: Նախընտրելի է, որ այդ հաշվետվությունների հիմքում լինեն ֆինանսական հաշվառման ձևանմուշները: Փոքր կազմակերպությունները կարող են կիրառել նաև համակցված հաշվետվություններ (օրինակ՝ դրամական հոսքերի և ֆինանսական արդյունքի մասին հաշվետվությունները կարող են զուգակցվել): Ամսական հաշվետվություններն առնվազն պետք է տեղեկատվություն պարունակեն ֆինանսական և դրամական հոսքերի մասին:

Ընդհանուր առմամբ, ֆինանսական կառավարման քաղաքականությունը չի սահմանափակվում վերոնշյալ դրույթներով, սակայն վերջիններս պետք է անպայմանորեն ներառվեն այս ոլորտի կազմակերպությունների քաղաքականություններում: Պետք է վերահսկող մարմինը ճիշտ համակցի գործիքները՝ պահանջելով քաղաքականության հիմնավոր մշակում և վերոնշյալ ուղենիշների կիրառում, միևնույն ժամանակ, քաղաքականության մշակման տեսանկյունից, մնացյալ հարցերում ինքնավարություն տրամադրելով: Ֆինանսական քաղաքականությունը, մինչև հաստատումը, նախընտրելի է, որ անցնի նաև արտաքին գնահատում:

Պլանավորման և բյուջետավորման համակարգ

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները, մշակելով ֆինանսական կառավարման քաղաքականություն, հաջորդ քայլով պետք է իրականացնեն բուն պլանավորում և բյուջետավորում: Այս գործառույթների իրականացումը նպատակ է հետապնդում ապահովելու քաղաքականությամբ սահմանված նպատակների իրագործում և ֆինանսական ընթացիկ արդյունավետության բարձրացում: Բյուջետավորման շնորհիվ կազմակերպությունը հնարավորություն է ունենում կանխատեսված ֆինանսական ներհոսքի հիման վրա կառուցելու արտահոսքերի այնպիսի իրավիճակ, որը հնարավորություն կտա հասնելու երկարաժամկետ նպատակներին:

Պլանավորման և բյուջետավորման համակարգի համար ևս ուղենշային դրույթները ներկայացնենք աղյուսակ 4.2-ի միջոցով:

Բյուջեն ևս պետք է լինի ազատ ոճի փաստաթուղթ, սակայն վերոնշյալները գործնականում կիրառված ու արդյունավետ գործիքներ են, որ կարող են նպաստել պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական կայունությանը: Եվ վերջապես, բյուջեի կատարողականը կամ թույլատրելի շեղումներում գտնվելը վկայում է նաև կազմակերպության կառավարման համակարգի արդյունավետ գործունեության մասին, իսկ վերջինս կարևորագույն խնդիր է պետության համար:

Պլանավորման և բյուջետավորման համակարգի մշակման ուղեցույց

Երկարաժամկետ պլանավորում

Պլանավորման առաջին փուլով պետք է իրականացվի երկարաժամկետ պլանավորում, մասնավորապես, քաղաքականությամբ սահմանված հիմնական թիրախներին հասնելու համար պետք է մշակվեն յուրաքանչյուր տարվա յուրաքանչյուր հաշվետվության յուրաքանչյուր հոդվածի պլանային ցուցանիշները: Նախընտրելի է, որ ցուցանիշների հիմքում դրվեն գործակիցների հաշվարկված մեծությունները: Գործակիցների հաշվարկման համար կարելի է ուղղորդվել հետևյալ տրամաբանությամբ. ինչպիսի՞ն պետք է լինեն շահութաբերությունը, իրացվելիությունը, կապիտալի կառուցվածքը և շրջանառու կապիտալը՝ քաղաքականության թիրախներին հասնելու համար:

Կարճաժամկետ պլանավորում

Կարճաժամկետ պլանավորմամբ իրականացվում է երկարաժամկետ պլանավորման արդյունքների մանրամասնեցում՝ ըստ ամիսների: Մանրամասնեցմամբ ձևավորվում է կազմակերպության տարեկան բյուջեն: Իսկ պլանների կատարողականներով իրականացվում է ֆինանսական վերլուծություն:

Բյուջեի ֆորմավորում

Նախընտրելի է, որ բյուջեն ֆորմատավորվի կառավարչական հաշվառմամբ սահմանված հաշվետվությունների ձևով՝ հետագա կատարողականների ստուգման պարզությունն ապահովելու համար: Անհրաժեշտ է տարեկան ծախսերը և եկամուտները բյուջետավորել ըստ ամիսների, իսկ դրամական հոսքերը պլանավորել շաբաթական կտրվածքով:

Բյուջեի մշակում

Անհրաժեշտ է բյուջեն մշակել և հաստատել ֆինանսական տարվա մեկնարկից առնվազն մեկ ամիս առաջ, բայց ոչ շուտ, քան 3 ամիսն է: Իսկ դրամական հոսքերը պետք է պլանավորվեն մեկնարկող շաբաթվան նախորդող շաբաթվա վերջին (աշխատանքային) օրը կամ մեկնարկող շաբաթվա առաջին օրը:

Կատարողականի ստուգման պարբերականություն

Բյուջեի կատարողականն անհրաժեշտ է ստուգել ամսական և տարեկան կտրվածքով՝ ամսական կատարողականը դիտարկելիս անդրադառնալով կուտակային կատարողականին ևս: Բյուջեի կատարողականի դիտարկումը պետք է իրականացվի մինչև հաջորդող ամսվա 20-ը (որպեսզի պատրաստ լինեն նաև անհրաժեշտ հարկային ձևակերպումները): Բյուջեի տարեկան ամփոփումը նախընտրելի է կազմակերպել ոչ ուշ, քան 1-ին եռամսյակը՝ գործող բյուջեում անհրաժեշտ փոփոխությունները ժամանակին կազմակերպելու համար: Դրամական հոսքերի պլանի կատարման հաշվետվությունները պետք է պատրաստ լինեն ոչ ուշ, քան մեկնարկած շաբաթվա 2-րդ աշխատանքային օրը:

Բյուջեային շեղումների սահմաններ

Ցանկացած պարագայում պլանավորման և բյուջետավորման գործընթացում պետք է սահմանվեն նաև պլանային շեղման հնարավորությունները: Հասույթի կանխատեսման 6 սիգմայի մեթոդով արդեն իսկ ստացված լավատեսական և վատատեսական սպասումները կարող են ձևավորել հասույթի նվազագույն և առավելագույն շեմերը, իսկ դրա հիման վրա, օգտագործելով գործառնական, ֆինանսական և համակցված յնակների էֆեկտները, կարող ենք ստանալ մյուս առանցքային ցուցանիշների շեղման միջակայքերը ևս: Նախընտրելի է շեղման միջակայքն արտահայտել տոկոսներով՝ հասկանելու համար շեղման հնարավորությունների շարժընթացը ևս:

Բյուջեային փոփոխությունների հնարավորություններ

Բյուջեն պետք է լինի ճկուն, ավելին՝ կորպորատիվ ֆինանսներում ընդունված է բյուջեները վերանայել ամսական կամ եռամսյակային կտրվածքով: Սակայն նշենք, որ ոչ թե բյուջեն է պետք հարմարեցնել փաստացի կատարողականներին, այլ արտաքին ու ներքին գործոնների ազդեցությամբ անհրաժեշտ է վերանայել բյուջեն այնպես, որ վերջինս օբյեկտիվորեն ուղեցույց դառնա գործընթացների կառավարման, հետևաբար՝ նաև կատարողականի համար:

Ֆինանսական վերլուծության ուղեցույց

ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար առաջարկում ենք նաև ֆինանսական վերլուծության հստակ կառուցակարգ, որը ձևավորել ենք գերազանցապես սույն աշխատանքի առաջին գլխում կատարված հետազոտության մեթոդաբանական հիմքերի վրա: Ֆինանսական վերլուծությունը հետևանք է և, միևնույն ժամանակ, մուտքային տեղեկատվություն նախորդ երկու ենթահամակարգերի համար: Հետևաբար, անհրաժեշտ է հենց առաջին փուլով նախնական մշակման ենթարկել այս ենթահամակարգը, սակայն քաղաքականության և բյուջեի մշակումներից հետո վերադառնալ վերլուծության ուղեցույցի վերջնականացմանը: Վերլուծության՝ մեր կողմից մշակված ուղեցույցը ներկայացված է աղյուսակ 4.3-ում:

Աղյուսակ 4.3

Ֆինանսական վերլուծությունների ուղեցույց

Ուղղահայաց վերլուծություն

Ուղղահայաց վերլուծության ընթացքում անհրաժեշտ է իրականացնել կառուցվածքային դիտարկումներ, վերլուծությունը կենտրոնացնել ակտիվների և պասիվների, եկամուտների և ծախսերի կառուցվածքի վրա: Ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ և պլանավորմամբ, ինչպես նաև բյուջետավորմամբ կարող է սահմանվել այդ ֆինանսական ցուցանիշների կառուցվածքը ևս:

Հորիզոնական վերլուծություն

Հորիզոնական վերլուծությունը ենթադրում է հաշվետվությունում ներառված առանցքային ցուցանիշների դինամիկ դիտարկում: Այս դիտարկումները հիմք են նաև բյուջետավորման համար: Ֆինանսական պլանավորմամբ այս ցուցանիշների աճի կանխատեսումների կատարողականների վերլուծությունն իրականացվում է հենց հորիզոնական վերլուծությամբ:

Շահութաբերության վերլուծություն

Շահութաբերության վերլուծությամբ անհրաժեշտ է հաշվարկել և վերլուծել հետևյալ ցուցանիշները՝ զուտ, սեփական կապիտալի, ներդրված կապիտալի, ակտիվների շահութաբերությունը, ինչպես նաև սեփական և ներդրված կապիտալի շրջանառելիությունը: Այս ցուցանիշների ընդունելի շեմերը (նախընտրելի է այդ շեմերը փոփոխել շարժընթացում) սահմանվում են քաղաքականությամբ:

Կապիտալի կառուցվածքի վերլուծություն

Կապիտալի կառուցվածքի ուսումնասիրությունը պետք է նպատակ ունենա գնահատելու կազմակերպությունների ֆինանսական անկախությունը և ֆինանսական ինքնավարությունը: Կապիտալի կառուցվածքը պետք է անայայնադրեն ամրագրվի ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ: Կապիտալի նախընտրելի կառուցվածքի հիմքում ֆինանսական դրական էֆեկտի կառուցակարգն է:

Իրացվելիության վերլուծություն

Իրացվելիության վերլուծությամբ պետք է գնահատել կազմակերպությունների ընթացիկ, արագ և բացարձակ իրացվելիության գործակիցները: Այս դեպքում, ցուցանիշները պետք է սահմանվեն ինչպես քաղաքականությամբ, այնպես էլ ընթացիկ պլանավորմամբ:

Շրջանառելիության վերլուծություն

Շրջանառելիության վերլուծությունը պետք է կենտրոնացնել պաշարների, դեբիտորական, կրեդիտորական պարտավորությունների և դրամական միջոցների շրջանառելիության ցուցանիշների վրա: Այս ցուցանիշները սահմանվում են ընթացիկ պլանավորմամբ:

Ընդգծենք, որ ֆինանսական վերլուծության գործնական ուղենիշը հետազոտության առաջին գլխում կատարված ֆինանսական վերլուծությունն է:

Ամփոփելով մեր կողմից ներկայացված ֆինանսական կառավարման ուղեցույցը՝ հարկ ենք համարում նշել, որ ֆինանսական կառավարումը ընդհանուր կառավարման առանձնահատուկ և բավականին խոշոր ենթախումբ է, և ինչպես ընդհանուր կառավարման, այնպես էլ այս դեպքում, համակարգը բնութագրվում է բազմաթիվ անորոշություններով, արտաքին ու ներքին ազդեցության գործոններով: Հետաքար, ֆինանսական կառավարման համակարգն էականորեն տարբերվում է բոլոր կազմակերպություններում: Սակայն, մեր առաջ քաշած ուղենիշներն ունեն ընդհանրական բնույթ և առավելապես գործիքակազմ են, որը ներդնելու պարագայում պետք է կառուցակարգերը հարմարեցվեն կազմակերպություններին: Իսկ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպություններում այդ գործընթացի կազմակերպման համար պետք է պատասխանատվություն կրի նաև լիազոր պետական մարմինը՝ սահմանելով ուղղությունները, աջակցության կառուցակարգերը, վերահսկողությունը, ֆինանսավորումը և այլն:

4.2

TQM ուղենշային մոդելը՝ որպես ՀՀ պետական մասնակցությամբ առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման գործիք

Կազմակերպության կառավարման արդյունավետությունը բնութագրող մի շարք գործոնների հանգամանալից անդրադարձ է կատարվել աշխատության նախորդ հատվածներում: Եվ հաշվի առնելով բոլոր ենթադրություններն ու եզրակացությունները՝ կարող ենք ասել, որ արդյունավետ կառավարման համատեքստում ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններն ունեն նորագույն մոդելների ներդրման և կառավարման համակարգային վերանայման անհրաժեշտություն:

Համաշխարհային հաջողված փորձն առաջարկում է TQM մոդելներ, որոնց էլ անդրադարձ ենք կատարել: Այս մեթոդաբանությունը ճկուն է այնքանով, որ այդ մոդելներն ու դրույթները կիրառելի են ինչպես արտադրական, այնպես էլ բժշկական կազմակերպությունների դեպքում: Սակայն, հաշվի առնելով ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի առանձնահատկություններն ու պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպություններում առկա կառավարչական համակարգային խնդիրները, մոդելը հնարավորինս հարմարեցրել ենք առկա իրավիճակին ու պայմաններին: Այլ կերպ ասած՝ առաջնորդվել ենք աշխարհում վերջերս մեծ տարածում ստացող գլոբալիզացիոն մոտեցումներով, քանի որ նախկին գլոբալիզացիոն մոտեցումը հնացած է

համարվում այնքանով, որ համաշխարհային փորձն իր լավագույն արդյունքները տրամադրում է միայն դրա լոկալիզացիայի պարագայում: Այսինքն՝ տեղի է ունենում գլոկալիզացիա:

Եվս մեկ անգամ անդրադարձ կատարելով TQM մեթոդաբանությանը՝ կարող ենք նշել, որ այս համակարգի հիմնական առանձնահատկություններից է որոնման, վերլուծության և խնդիրների լուծման կոլեկտիվ ընդգրկման ձևերի և մեթոդների օգտագործումը, որակի բարելավման գործում ամբողջ թիմի մշտական մասնակցությունը:

TQM համատեքստում դիտարկենք բուժհաստատությունների արդյունավետ կառավարման համար անհրաժեշտ այն հիմնական ուղղությունները, որոնք պետք է հանդիսանան առողջապահության ոլորտում բոլոր կազմակերպությունների գործունեության հիմնական պլանների բաղկացուցիչ մաս: Զարգացած երկրների առողջապահական համակարգի կազմակերպությունների գործունեության արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումների ուսումնասիրության ու վերլուծության արդյունքների հիման վրա առանձնացվել են արդյունավետության բարձրացման հետևյալ ուղղությունները.

1. բժշկական հաստատության ավագ կառավարիչների հետաքրքրության բարձրացում՝ իրենց աշխատանքի կատարելագործման հարցում,
2. գործունեության և որոշումների արդյունավետության բարձրացման նպատակով գործընկերային, խորհրդակցական որոշումների ընդունման պատրաստականության ձևավորում,
3. բարելավման նպատակով իրականացվող գործընթացներում ամբողջ կառավարման թիմի ներգրավում,
4. բժիշկների և անձնակազմի մյուս անդամների մասնակցության խթանում գործունեության բարելավմանն ուղղված միջոցառումների ընթացքում,
5. անհատական մասնակցության խթանում,
6. գործընթացների կառավարման ու վերահսկման համակարգը բարելավելու համար խմբի ձևավորում,
7. բուժհաստատության գործընթացային կառավարման համակարգի որակի ապահովում,
8. գործունեության բարելավման համար ռազմավարության ու մարտավարության մշակում,
9. մոտիվացիոն ու խրախուսման համակարգերի ստեղծում:

TQM մոդել օգտագործելիս կազմակերպությունում զգալիորեն կարևորվում է անձի դերը և անձնակազմի վերապատրաստման խնդիրը: Կազմակերպության կառավարման օպերատիվության, իրավիճակին արագ արձագանքելու և պատասխանատվության հստակ բաշխման համար անհրաժեշտ

է կազմել համապատասխան մատրից՝ աշխատակիցների միջև կառավարման գործունեության տեսակների բաշխման համար (աղյուսակ 4.4), քանի որ ճիշտ որոշումների ընդունման համար հույժ կարևոր է, որ դրանք ընդունվեն համապատասխան կարողություններ ունեցող անձանց կողմից: Այդ իսկ նպատակով, ստորև ներկայացված է TQM սկզբունքներով կազմված՝ կազմակերպության աշխատակիցների միջև կառավարման գործունեության տեսակների բաշխման մատրիցը:

Կազմակերպության աշխատակիցների միջև կառավարման գործունեության տեսակների բաշխման մատրից

Աղյուսակ 4.4

Կառավարվող գործունեության տեսակը	Գլխավոր տնօրեն	Գլխավոր տնօրենի՝ բժշկական գծով տեղակալ	Գլխավոր տնօրենի՝ ֆինանսական գծով տեղակալ	Գլխավոր տնօրենի՝ կլինիկական/աղյուսակային աշխ. գծով տեղակալ	Գլխավոր տնօրենի՝ կարգապահ գծով տեղակալ	Գլխավոր տնօրենի՝ արտ. գծով տեղակալ
Մունիցիպալ կառույցների զարգացման կառավարում	ՆՈ	Հ	ՊՀ	Մ	Մ	Մ
Կառավարման համակարգի կազմակերպում	ՆՈ	Հ	ՀԿ	Մ	ՊԿ	Մ
Անձնակազմի կառավարում	ՆՈ	Հ	Հ	Մ	ՊԿՄ	ՈՊԿ
Սոցիալական զարգացման կառավարում	Ն	Հ	Հ	Մ	Մ	Մ
Տնտեսական զարգացման կառավարում	ՆՈ	Հ	ՊՀ	Մ	Մ	Մ
Ֆինանսական և հաշվապահական ա/բ կառավարում	ՆՈ	Հ	ՈՊԿ	Մ	Մ	Մ
Բուժական գործունեության կառավարում	Ն	ՈՊԿ	Մ	ՈՊԿ	ՊԿՄ	–
Բուժման գործընթացի որակի կառավարում	Ն	ՈՊԿ	Մ	ՈՊԿ	Մ	–
Առևտրային գործունեության կառավարում	Ն	Հ	ՊՀ	Մ	Մ	Մ
Շինարար-նորոգման աշխատանքների կառավարում	Ն	Հ	ՊՀԿ	Մ	–	ՈՊԿ
Աշխատանքի և աշխատանքային ֆոնդերի կառավարում	Ն	Ո	ՈՊԿ	Մ	Մ	ՊՀԿ
Անվտանգության և տեխ. ապահովության կառավարում	Ն	Հ	Հ	Մ	ՊԿՄ	ՊՈԿ
Մարքեթինգային կառավարում	Ն	ՈՊԿ	ՀԿ	Մ	ՈՊԿ	Մ
Թվայնացման և տեղեկատվականացման կառավարում	Ն	Հ	ՈՊՀԿ	Մ	ՈՊԿ	Մ
Տրանսպորտի կառավարում	Ն	Հ	Հ	–	–	ՊՈԿ
Շառայությունների մատուցման կառավարում	Ն	Հ	Հ	–	–	ՊՈԿ
Կազմակերպչա-մեթոդական աշխ. կառավարում	Ն	ՈՊԿ	Հ	Մ	ՈՊԿ	Մ
Ինդրահարույց իրավ. հայտնաբ. և նույնականացում	ՆՈ	ՊԿ	ՊԿ	Մ	Պ	Մ
Կառավարման արդյունավետության վերլուծություն	ՆՈ	ՊԿ	ՊՄ	Մ	ՄԿ	Մ

Կառավարման գործընթացների պայմանական նշանակությունը՝
Ն- նպատակների սահմանում, առաջադրանքների ձևավորում,
Ո- որոշումների ընդունում, հաստատում,
Պ- որոշման և հաշվարկի պատրաստում,
Հ- համաձայնեցում, վերադիտարկում,
Կ- կատարում, վերահսկողություն,
Մ- մասնակցություն, իրազեկում, տվյալների հավաքում,
 « – » - գործողության մեջ մասնակցություն չունենալը:

Աշխատանքի արդյունավետության բարձրացումը բուժկազմակերպություններում ենթադրում է բժշկական և սոցիալական հիմնական ցուցիչների արդյունավետության բարելավում, մինչդեռ, ֆինանսական և տնտեսական ցուցանիշների կարևորությունը ևս չպետք է թերագնահատել: Բժշկական կազմակերպությունների գործունեության արդյունավետությունը որոշելու համար կան տարբեր մոտեցումներ՝ արդյունավետություն՝ գործընկերների, աշխատանքային անձնակազմի, հիվանդ հաճախորդների կառավարման տեսանկյունից: Պետք է նշել, որ այս մոտեցումներն ու գնահատականները ոչ միշտ են համընկնում:

Համագործակցողների տեսանկյունից, արդյունավետությունը կարելի է բարձրացնել հետևյալ միջոցառումների շնորհիվ.

- հիվանդների կողմից բողոքների քանակի կրճատում, ընդունելության սպասաժամանակի կրճատում,
- մեկ հիվանդի հաշվով միջինում մատուցված բժշկական ծառայությունների քանակի օպտիմալացում,
- բժշկական ծառայությունների գնի իջեցում,
- հիվանդին տրվող բժշկական ցուցումների արժանահավատության ապահովում:

Հիվանդների տեսանկյունից, արդյունավետություն կարելի է ապահովել հետևյալ միջոցառումների շնորհիվ.

- մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացում,
- բողոքների թվի կրճատում,
- հոսպիտալացման սպասվելիք ժամանակահատվածի կրճատում,
- մասնագիտացված ուսումնասիրություններին ազատ գրանցվելու հնարավորություն:

Աշխատանքային անձնակազմի տեսանկյունից, արդյունավետության բարձրացում կարող են ապահովել.

- մեկ հիվանդի ընդունելության ժամանակի կրճատումը,
- մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի պահանջների օպտիմալացումը,
- ախտորոշումների արժանահավատության պահանջների օպտիմալացումը,

- քժշկական անձնակազմի միջին թվաքանակի ավելացումը,
- հարմարավետ աշխատանքային պայմանների ապահովումը և մոտիվացիոն համակարգի մշակումը:

Կառավարման տեսանկյունից արդյունավետությունը կարելի է գնահատել հետևյալ ցուցանիշներով.

- քժշկական ծառայությունների որակի մակարդակի շարժընթաց,
- վճարովի բուժօգնությունների մատուցումից ստացվող շահույթի շարժընթաց,
- հիմնական տեխնիկատնտեսական ցուցանիշների շարժընթաց,
- աշխատակիցների հոսունություն:

Վերը թվարկված ցուցանիշները կարող են օգնել ընդհանուր առմամբ պատկերացնել, թե բուժկազմակերպությունում կառավարչական գործընթացներն ինչ ազդեցություն են ունենում կազմակերպության գործունեության արդյունավետության վրա:

Բուժկազմակերպության ղեկավարների, բուժանձնակազմի ու ազգաբնակչության հարցումները պատրաստվել էին TQM համապատասխան կատեգորիաների հիման վրա, որոնց բնութագրական անդրադարձ արդեն իսկ կատարվել է: Ելնելով այդ բնութագրական մեկնաբանություններից՝ ստորև ներկայացված է դրանց հիման վրա կառուցված TQM հայեցակարգային շրջանակը (գծապատկեր 4.2): Այստեղ օժանդակ հնարավորությունները խթանում և ուղղորդում են դեպի արդյունք: Մոդելն սկսվում է առաջնորդության և կառավարման տրամաբանական կետից և ավարտվում է ընդհանուր գործունեության արդյունքներով: Կարող ենք եզրակացնել, որ կազմակերպության, հաճախորդի, աշխատակցի, մատակարարի և հասարակության նկատմամբ գերազանց արդյունքները ձեռք են բերվում ղեկավարման ու կառավարման, որակի ռազմավարական պլանավորման, որակի մշակույթի, կրթության և ուսուցման, աշխատողների, հաճախորդների, մատակարարների, ռեսուրսների, տեղեկատվության և գործընթացների կառավարման միջոցով:

Այսպիսով, TQM մոդել առաջարկելու համար կատարենք համընդհանուր ամփոփում.

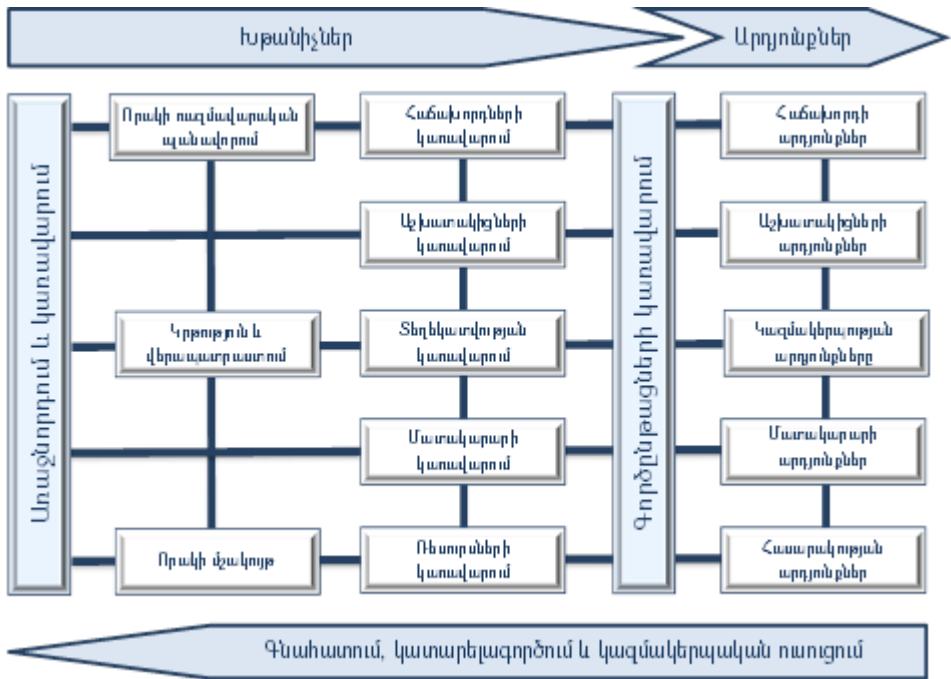
TQM նպատակը. ձեռք բերել երկարաժամկետ հաջողություն՝ առավելագույնի հասցնելով սպառողների, աշխատողների և հասարակության կարիքների բավարարումը:

TQM խնդիրները. որակի անընդհատ բարելավում՝ արդյունքների պարբերական վերլուծության, գործունեության վերանայումների, թերությունների և անարդյունավետ ծախսերի բացառման, ժամանակին կատարման միջոցով:

TQM մարտավարությունը. թերությունների պատճառների կանխում, բոլոր աշխատակիցների ներգրավում որակի բարելավմանն ուղղված գործողություններում, ռազմավարական ակտիվ կառավարում, արտադրանքի և

գործընթացի որակի շարունակական բարելավում, խնդիրների լուծման ընթացքում գիտական մոտեցումների օգտագործում և կանոնավոր ինքնագնահատում:

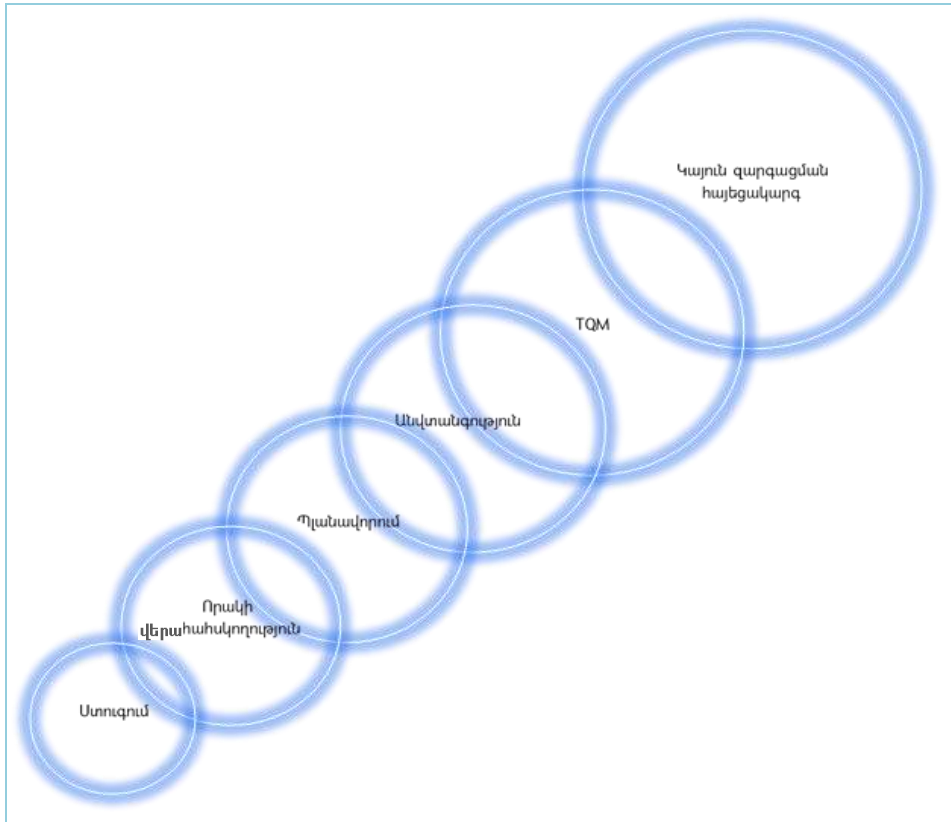
TQM մեթոդաբանական գործիքները. տվյալների հավաքագրման և ներկայացման գործիքներ, վիճակագրական տվյալների մշակման մեթոդներ, ընդհանուր կառավարման տեսություն, մոտիվացիոն տեսություններ և միջանձնային հարաբերությունների հոգեբանություն, ֆինանսատնտեսական հաշվարկներ:



Գծապատկեր 4.2

Բուժկազմակերպությունների TQM հայեցակարգային շրջանակը

Որակի կառավարման էվոյուցիան կարելի է դիտարկել գծապատկեր 4.3-ի միջոցով: Այստեղ ներկայացված է որակի կառավարման զարգացման էվոյուցիան՝ դրա դրսևորման վաղ փուլերից սկսած:



Գծապատկեր 4.3

Որակի ավանդական մոտեցումների և ընդհանուր որակի կառավարման ժամանակակից տեսլականի մշակման հայեցակարգը

Ստուգում. թերությունների շտկում՝ կատարված աշխատանքից հետո միայն:

Որակի վերահսկողություն. որակի վերահսկողություն, ստանդարտներ ու չափանիշներ, վիճակագրական մեթոդներ, որակին վերաբերող խնդիրների լուծում:

Պլանավորում. որակի կառավարման համակարգ, որակի պլանավորում:

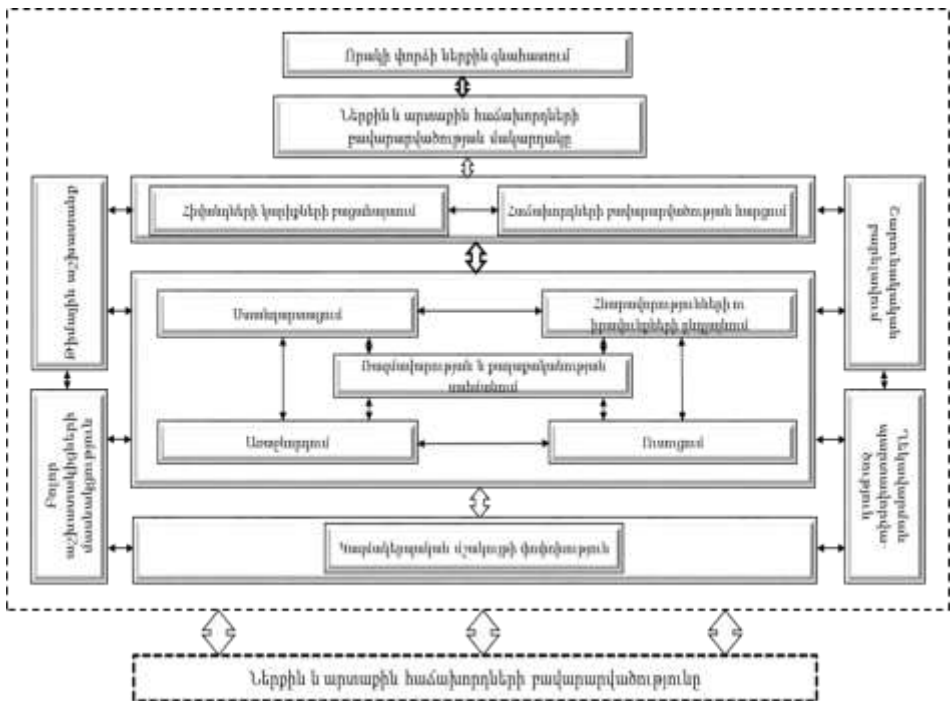
Անվտանգություն/ապահովում. որակի կառավարման համակարգեր (ISO 9001), որակի պլանավորում, որակի վերաբերյալ քաղաքականություն, որակի ապահովմանն ուղղված ծախսերի հաշվարկում:

TQM. բոլոր աշխատակիցների, հաճախորդների ու մատակարարների ներգրավում, աշխատակիցների իրավունքների ու լիազորությունների ընդլայնում, թիմային աշխատանք, որակի բարելավման ռազմավարություն՝

հիմնված ընդհանուր տեսլականի ու առաքելության վրա, կողմնորոշում դեպի գործընթաց:

Կայուն զարգացման հայեցակարգ. որակի կառավարման համակարգ (ISO 9001), բժշկական հաստատությունների որակի կառավարման համակարգ (ISO 13485):

Նկատենք, որ որակի կառավարման զարգացման վերջին փուլում կայուն զարգացման հիմք են հանդիսանում TQM հայեցակարգային սկզբունքներն ու մոտեցումները: Ուստի, այս մեթոդաբանության կիրառման արդիականությունը (հատկապես՝ համաշխարհային կայացած փորձի դիտարկման համատեքստում) բարձրացնում է դրա արդյունավետության նկատմամբ վստահությունը: Հետևաբար, վերը քննարկված բոլոր կարծիքների ու եզրակացությունների հիման վրա ստորև ներկայացված է բժշկական կազմակերպություններում կառավարման արդյունավետության բարձրացման նպատակով ներդրվող TQM ուղենշային մոդելի մատրիցը:



Գծապատկեր 4.4

TQM ուղենշային մոդելը՝ բուժկազմակերպությունների համար

4.3

ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կատարելագործումը՝ հիմնված ինքնավարության հայտանիշների վրա

ՀՀ-ում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների մեծամասնությունը, որպես կանոն, 100% պետական բաժնեմասով փակ բաժնետիրական ընկերություններ են: Կառավարման տեսանկյունից, այսօր այդպիսի կազմակերպությունները հաճախ նաև ոչ ֆորմալ կառավարիչներ են ունենում՝ ի դեմս պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների՝ մարզպետների և համայնքապետների: Օրինակ, ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության ցանկացած պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություն ունի վերադաս «կառավարիչներ», ինչպես տվյալ գերատեսչությունից, այնպես էլ մարզպետարաններից ու համայնքներից, ինչը կառավարման տեսանկյունից չի կարող համարվել արդյունավետ:

Դրան ավելացնենք, որ երկրում դեռևս ընթանում է պետական գույքի մասնավորեցման ծրագիրը, որից բխում է, որ օրենսդրորեն պետական մասնակցությամբ մի շարք բժշկական կազմակերպություններ գտնվում են մեկ այլ գերատեսչության, տվյալ դեպքում՝ ՀՀ տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների նախարարությանն առընթեր Պետական գույքի կառավարման կոմիտեի տնօրինման ներքո, որն էլ, իր հերթին, մշակում և իրականացնում է մեկ այլ քաղաքականություն, հետևապես՝ տնօրինում է ծրագրում ընդգրկված բժշկական կազմակերպությունների հետագա ճակատագիրը:

Թեև «Պետական գույքի մասնավորեցման 2017-2020 թթ. ծրագրի մասին» ՀՀ օրենքի 8-րդ հոդվածը սահմանում է առողջապահության ոլորտի պետական մասնակցությամբ ընկերությունների մասնավորեցմանը ներկայացվող պահանջները, որտեղ առկա է պարտադիր նորմ այն մասին, որ «առողջապահական ընկերությունների մասնավորեցումը չի կարող հանգեցնել այդ ընկերությունների գործունեության հիմնական ուղղության կամ հանրային նշանակության փոփոխության կամ որևէ կերպ նվազեցնել դրանց գործունեության հանրային օգտակարությունը (այդ թվում՝ մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի և մրցունակության ապահովման առումով)», այդուհանդերձ, այն տվյալ ոլորտից առանձին վարվող քաղաքականություն է ննթադրում, իսկ դրա արդյունավետության մասին կարելի է խոսել

գործարքից որոշակի տարիներ հետո⁵¹։ Այստեղ կարելի է նաև հետահայաց մեկնաբանել մասնավորեցման գործընթացի կարևոր գործիքներից մեկը՝ ապապետականացման, չիրացված հնարավորությունները, ինչը ոչ միայն առկա է օրենքում, այլև ծրագրում ընդգրկված առողջապահական կազմակերպությունների մասով պարունակում է հստակ շեշտադրում։ Այժմ այդ գործիքը կիրառվում է Երևան համայնքում, որն ունի համայնքի 100% բաժնային սեփականություն հանդիսացող առողջապահական կազմակերպությունների գույքը հավատարմագրային կառավարման տրամադրելու հաջողված փորձ։

Ինչ վերաբերում է գերատեսչական «պայքարին», ապա այն որոշակի պարբերականությամբ ի հայտ է գալիս և հաճախ ոչ թե ընդհանուր քաղաքականության համատեքստում է իրականացվում, այլ սոսկ տվյալ պահին գերատեսչության ղեկին կանգնած թիմի տեսլականի արտացոլումն է։

Այդ առումով, ակնառու օրինակ է մասնավորեցման ծրագրում ընդգրկված «Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի գիտական կենտրոն» ՓԲԸ-ի, այսպես ասած, մասնագիտական վերափոխումը, որն իրականացվեց COVID-19 ճգնաժամի ժամանակաշրջանում, երբ կենտրոնն ամբողջովին վերապրոֆիլավորվեց, որն արդյունքում հանգեցնելու է վնասվածքաբանների և օրթոպեդների ենթադրվող արտահոսքի և հետևաբար՝ որպես այդ ուղղությամբ գիտական կենտրոնի գոյության դադարեցմանը։

Ինչ վերաբերում է մասնավորեցման գործընթացին և այդ գործընթացում ՀՀ առողջապահության նախարարության դերին, ապա վերոնշյալ ծրագրով 2017 թվականից մինչ օրս ՀՀ Կառավարության որոշումներով մասնավորեցվել է 100% պետական բաժնեմասով ընդամենը երկու բժշկական կազմակերպություն։ Միաժամանակ, 3 ընկերություններ, որոնց բաժնետոմսերը Պետական գույքի կառավարման կոմիտեն հանձնել է ՀՀ առողջապահության նախարարությանը, նախարարության միջնորդությամբ հանվել են մասնավորեցման ծրագրից։

Ներկա պահին մասնավորեցման ենթակա կազմակերպությունները 5-ն են, որոնցից 4-ն ունի 100% պետական բաժնեմաս, և ևս 1-ը 5.6% պետական բաժնեմասով է։ Այնուամենայնիվ, հասկանալի չէ, թե ինչ սկզբունքով է ծրագրից հանվել և ծրագրում մնացել այս կամ այն կազմակերպությունը, կամ, օրինակ, ինչու որոշվեց հենց ծրագրից չհանված ու մասնագիտական հստակ ուղղվածություն ունեցող «Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի գիտական կենտրոն» ՓԲԸ-ն դարձնել համաճարակաբանական ուղղվածության կենտրոն։

Առողջապահական կազմակերպությունների պարագայում հատկապես COVID-19 ճգնաժամն ու պատերազմը ակնառու դարձրին, որ կառավարման

⁵¹ Տե՛ս «Պետական գույքի մասնավորեցման 2017-2020 թթ. ծրագրի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 2017 թ. հունիսի 9-ին, Հոդված 8։

տեսանկյունից արագ արձագանքման և ճկունության իմաստով պետական մասնակցությամբ կազմակերպություններն էապես զիջում են մասնավոր հատվածին, իսկ համագործակցության խնդիրները գերատեսչությունը փորձում էր լուծել ոչ թե գործընկերային փոխշահավետ համաձայնությունների տիրույթում, այլ օրենսդրական ճանապարհով, որը ոչ միայն ժամանակատար էր, այլև օրենսդրի կողմից արժանացավ կոշտ հակազդեցության: Արդյունքում, ճկուն քաղաքականություն որդեգրելու տեսանկյունից բաց թողնվեց թանկարժեք ժամանակը, որն իր բացասական ազդեցությունն ունեցավ ոլորտի առջև ծառացած խնդիրների արդյունավետ լուծման առումով: Հուսով ենք՝ հետագայում խորքային ուսումնասիրության կենթարկվեն այս ծանր ժամանակաշրջանում առողջապահական ոլորտի արդյունավետ կենսագործունեությանը նպաստող/խանգարող բոլոր հանգամանքներն ու գործոնները, քանի որ համաճարակների և նոր պատերազմի սպառնալիքը երբևէ չպետք է բացառվի:

Այս խնդիրների լուծումը ՀՀ-ի համար ավելի քան հրատապ է, քանի որ մասնավորեցման անընդհատության չհիմնավորված հանգամանքը կարող է անդառնալի հետևանքներ առաջացնել ոլորտում: Այդ իսկ պատճառով, առաջարկում ենք ՀՀ-ում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման հիմքում դնել մոդելային-համակարգային մոտեցումը:

Այս առումով, կարևորագույն հարցը, որը պետք է կարգավորվի, քննարկվող կազմակերպությունների ինքնավարության աստիճանի որոշումն է: Բնականաբար, անհրաժեշտ է խուսափել ամբողջությամբ ինքնավար և բացարձակ ոչ ինքնավար մոդելներից, ավելին՝ կիսով չափ ինքնավար մոդելները պետք է տարբերայնացնել ԱԱԳՀ-ի և հիվանդանոցային հաստատությունների համար: Սակայն հարկ ենք համարում առանձնացնել, որ առկա խնդիրների լուծումը մենք տեսնում ենք ոչ թե պետական գույքի մասնավորեցման, այլ պետական սեփականության օգտագործման արդյունավետության բարձրացման այլընտրանքով:

Քանի որ, խոսում ենք առավելապես կազմակերպական-իրավական այս կամ այն ձևի կիրառման մասին, շեշտենք, որ ԱԱԳՀ-ի դեպքում, կարծում ենք, նախընտրելի է տնտեսավարումը շարունակել տնտեսական ընկերությունների տեսքով (առանց ՍԴԸ կամ բաժնետիրական ընկերություն լինելու սահմանափակումների), իսկ հիվանդանոցային հաստատությունների կառավարումն իրականացնել հավատարմագրային կառավարմամբ՝ տրաստերի տեսքով: Որպեսզի առավել հասկանալի լինի մեր կողմից առաջարկվող մոդելը, քննարկվող երկու տարբերակների ինքնավարությունը բնութագրող փոփոխականները ներկայացնենք աղյուսակ 4.5-ի միջոցով (մոդելի հիմքում ուսումնասիրված միջազգային փորձն է):

Աղյուսակ 4.5

ՀՀ պետական մասնակցությամբ բուժկազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի և ինքնավարության վերաբերյալ առաջարկվող մոդել

ԱԱՊՀ (տնտեսական ընկերություն)	Հիվանդանոցային հաստատություններ (հավասարամարդկ. կազմակերպություն՝ տրասար)
----------------------------------	---

Կարգավիճակը

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">Կազմակերպություններն ունեն պետական մասնակցություն, սակայն բացառված և արգելված չէ մասնավոր սեփականությունը:Ծառայությունների փաթեթը կազմված է 2 առանձին ենթափաթեթներից, դրանցից մեկն ամբողջությամբ վերահսկում և սահմանում է առողջապահության նախարարությունը, իսկ երկրորդ մասով ԱԱՊՀ-ն ունի ցանկացած տիպի առողջապահական ծառայություն մատուցելու ազատություն, որպեսզի ընդլայնի իր մրցակցային առավելությունները: ԱՆ-ն կարող է պահանջել այս կամ այն ծառայության հետացումը փաթեթից:ԱԱՊՀ-ները պետք է իրականացնեն առևտրային գործունեություն: | <ol style="list-style-type: none">Կազմակերպություններն ունեն պետական մասնակցություն, սակայն բացառված և արգելված չէ մասնավոր սեփականությունը:Առողջապահական ծառայությունների փաթեթի մշակումը լրիվությամբ իրականացնում է կազմակերպությունը, սակայն առողջապահության նախարարությունը կարող է ունենալ որոշակի առաջարկներ կամ պահանջներ՝ այս կամ այն ծառայությունը փաթեթում ընդգրկելու հետ կապված: Սակայն, չի կարող պահանջել որևէ ծառայության բացառում մշակված փաթեթից:Հիվանդանոցային հաստատությունները պետք է իրականացնեն առևտրային գործունեություն: |
|---|--|

Ֆինանսավորումը

- Ներդրումային և ֆինանսավորման տեսանկյունից այս կազմակերպությունները չպետք է ունենան ֆինանսավորման սահմանափակումներ, եթե ֆինանսավորումը համապատասխանում է ֆինանսական կառավարման քաղաքականությանը:
- Հասույթների գոյացման աղբյուրը պետական պատվերից փողային կերպով պետք է փոխակերպվի ապահովագրական վճարներից ձևավորվող աղբյուրի, այս մասով պետք է կատարելագործվի առողջության ապահովագրության համակարգը: Կարծում ենք, որ առողջության ապահովագրությունը փողային կերպով ՀՀ-ում պետք է դառնա պարտադիր: Առողջության ապահովագրության համակարգի կայացման պարագայում «Կարգավիճակ» փոփոխականում ներկայացված փաթեթների ձևավորման կառուցակարգերը պետք է փոփոխվեն. փաթեթի ձևավորման պատվիրատուն պետք է դառնա ապահովագրական ընկերությունը:
- Կազմակերպություններն իրավասու են իրացնել ֆինանսական մնացորդները և պատասխանատվություն են կրում պակասուրդի համար:
- Բոլոր կազմակերպությունները պետք է ունենան բյուջետավորման համակարգ և ֆինանսական կառավարման քաղաքականություն (ներկայացված է ֆինանսական ոլորեցույցում):

Հաշվառվողականությունը

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">Այս կազմակերպությունները պարտավորվում են բոլոր հարկային հաշվետվությունները ներկայացնել՝ ըստ ՀՀ հարկային օրենսգրքի:Տարեկան կտրվածքով ներկայացնում են ֆինանսական և առողջապահական հաշվետվություններ:Ներքին հաշվետվողականությունը սահմանվում է ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ: | <ol style="list-style-type: none">Այս կազմակերպությունները պարտավորվում են բոլոր հարկային հաշվետվությունները ներկայացնել՝ ըստ ՀՀ հարկային օրենսգրքի:Ամսական կտրվածքով ներկայացնում են ֆինանսական և առողջապահական հաշվետվություններ:Ներքին հաշվետվողականությունը սահմանվում է ֆինանսական կառավարման քաղաքականությամբ: |
|--|--|

Լիազորություններ և պատասխանատվություն

1. Քաղաքական միջամտությունը պետք է լինի շատ բարձր:	1. Քաղաքական միջամտությունը պետք է լինի միջինից ցածր:
2. Կառուցվածքային փոփոխությունները կարող են իրականացվել միայն նախարարության համաձայնությամբ, կազմակերպությունը կարող է հանդես գալ առաջարկություններով:	2. Ցանկացած կառուցվածքային փոփոխություն կատարվում է կազմակերպության որոշմամբ, իրավասու մարմինը կարող է հանդես գալ որպես խորհրդատու:

Թվարկված մոտեցումներն այն ամենաառանցքայիններն են, որոնք անհրաժեշտ է առանձնացնել՝ ՀՀ-ում առողջապահական ոլորտի կատարելագործման համար: Վերոնշյալ մոդելում կիրառված գործիքակազմը՝ ինքնավարության մատրիցի գնահատմամբ, համապատասխանում է միջինից ցածր, սակայն միջինի ձգտող միջակայքում գտնվող համակարգերում: Եթե առաջարկվող մոդելը համեմատենք ուսումնասիրված միջազգային փորձում առկա մոդելների հետ, ապա կունենանք հետևյալ պատկերը.

Ինքնավարության բացակայություն	Միջինից ցածր ինքնավարություն	Միջին ինքնավարություն	Միջինից բարձր ինքնավարություն	Անբողջությամբ ինքնավար
	Նորվեգիա			
	Իսրայել			
	Էստոնիա			
	Չեխիա			
		Մեծ Բրիտանիա		
			Նիդեռլանդներ	
	ՀՀ			

Գծապարկեր 4.5

ՀՀ և արտասահմանյան երկրների բուժկազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի ինքնավարության աստիճանները

Ամփոփելով ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի կատարելագործման ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք արձանագրել, որ այս ուղղությամբ ներկայիս քաղաքականությունը՝ ի դեմս այն իրականացնող գերատեսչությունների, մարզպետարանների ու համայնքների, նորովի համակարգման և վերանայման կարիք ունի: Այդ համատեքստում, ցանկացած կատարելագործման գործընթաց պետք է պայմանավորել ոչ թե պարզապես բժշկական կազմակերպության մասնակցության կամ կազմակերպական-իրավական ձևերի մեխանիկական փոփոխմամբ, այլ իրատեսական մոտեցումներով, իրագործելի ու արդյունավետ գործիքներով և գործիքակազմով, քանի որ գործ ունենք առանձնահատուկ ոլորտի հետ, որի հիմնական արդյունքը բնակչության կյանքի որակի բարձրացումն է, իսկ կարևոր բաղադրիչներն են մատուցվող ծառայության որակը, հուսալիությունն ու հասանելիությունը:

Ամփոփելով ՀՀ-ում առողջապահական համակարգի և պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման համակարգերի արդյունավետության ուսումնասիրությունը՝ կարող ենք արձանագրել, որ ոլորտում խնդիրները բազմաթիվ են, իսկ դրանց հետևանքով առաջացած սոցիալ-տնտեսական և առողջապահական անհամապատասխանությունները՝ ակնառու: Խնդիրների հրատապությունը հիմնավորվում է ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների արտաքին և ներքին միջավայրի վերլուծությամբ, իսկ հիմնավորումները բխում են հետևյալ եզրակացություններից.

1. ՀՀ-ում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական կառավարման համակարգն ունի խոր և համակողմանի կատարելագործման կարիք, որի ձևավորման հիմքերը ներկայացնենք հաջորդիվ.

- ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների մեծ մասն ապահովում է չնչին դրական ֆինանսական արդյունք, իսկ մնացածն աշխատում է վնասով,
- այս կազմակերպությունների դեպքում շահութաբերության բոլոր ցուցանիշները ձգտում են նվազագույնի, իսկ սեփական և փոխառու միջոցների շրջանառելիության ցուցանիշները բավականին փոքր ծավալի են,
- ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունները ֆինանսական կառավարման համակարգի անարդյունավետության պատճառով չեզոքացնում են ֆինանսական լծակի դրական էֆեկտը,
- հետազոտվող կազմակերպությունների կողմից շրջանառու կապիտալի կառավարումը միջին արդյունավետությունից բարձր է, սակայն, դրանով հանդերձ, այս կազմակերպությունները չեն կարողանում ապահովել իրացվելիության բարձր մակարդակ: Արդյունքում, այսօր ունենք մի իրավիճակ, երբ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների առնվազն 1/3-ն ունի իրացվելիության լրջագույն խնդիրներ,
- ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կողմից որդեգրվել են կապիտալի կառավարման հակադարձ սկզբունքներ, ինչը հիմնավորվում է այն հանգամանքով, որ ֆինանսական անկայության և ինքնավարության ցուցանիշները բավականաչափ շեղվում են ընդհանուր միջինից,
- կազմակերպությունների մի մասում առկա է ֆինանսական ռիսկ, որը պայմանավորված է կատարվող ֆինանսական ծախսերի մեծությամբ,

իսկ նմանօրինակ ծախսերի մեծությունը՝ ֆինանսական անկախության և ինքնավարության գործակիցների ցածր մակարդակով:

2. ՀՀ-ում, բժշկական կազմակերպությունների երկարաժամկետ զարգացման համատեքստում, տեսանելի է այն իրողությունը, որ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը հեռու է արդյունավետ լինելուց, քանի որ.

- ակնհայտ է համակարգի ֆինանսավորման ծավալների անմիջական կախվածությունը ՀՀ ՀՆԱ-ից, սակայն ոլորտի զարգացման որևէ հայեցակարգային կամ ռազմավարական փաստաթղթում պարզաբանված չէ այդ փոխկապվածության հիմնավորվածությունը,
- ոլորտում ֆինանսավորումը, կապիտալ բնույթի լինելու փոխարեն, գրեթե 99%-ով ընթացիկ է,
- ոլորտի ֆինանսավորումը 80%-ով կատարվում է մասնավոր հատվածի կողմից, հետևաբար չեն լուծվում կամ մասնակի են լուծվում զարգացման համապետական ռազմավարական խնդիրները:

3. ՀՀ-ում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը, հանրային առողջության պահպանման համատեքստում, շարունակաբար անկում է ապրում, իսկ բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը դրա հետևանքով դառնում է առավել անհամաչափ, որը կարելի է հիմնավորել հետևյալ փաստարկներով.

- սկսած 1980-ական թվականներից՝ գրեթե միշտ բժշկական ծառայություններով ապահովվածությունը բնութագրող բոլոր ցուցանիշներում պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների դերը/տեսակարար կշիռը շարունակաբար անկում է ապրել,
- ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիության անհամաչափության ամփոփ գնահատականը, համաձայն աշխատանքում կատարված հաշվարկների, կազմում է 42.96%, ինչը փաստում է, որ ՀՀ-ում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը համաչափ չէ:

4. Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններին բնորոշ է կառավարման համակարգի խոր անկատարություն, ինչը փաստվում է նաև հետազոտության համար մշակված և ապա էլեկտրոնային գործիքներով իրականացված հարցման արդյունքներով (հարցում՝ ղեկավար անձնակազմի, բժշկական անձնակազմի շրջանում և ազգաբնակչության հարցում), որի վերլուծության կարևորագույն ամփոփումներն են.

- պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում հաճախորդների ազդեցությունը որակի բարելավման տեսանկյունից այնքան էլ մեծ չէ, հակառակ կարծիք ունեն բնարկվող կազմակերպությունների աշխատակիցները,

- միջին բուժանձնակազմի որոշակի հատվածում աշխատանքի կատարելագործման ու մասնագիտական զարգացման շահագրգռվածությունը գտնվում է ցածր մակարդակի վրա,
- միջին բուժանձնակազմն ավելի գոհ է և իրեն զգում է առավել գնահատված, քան կարծում են կազմակերպության ղեկավարները,
- այս կազմակերպությունների ընդհանուր անձնակազմի կարծիքը, որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերի տեսանկյունից, չի համապատասխանում ազգաբնակչության կարծիքին (առաջին խումբը կարծում է, որ ջանքերը բավարար են, իսկ երկրորդը՝ ոչ),
- որակ-գին-հարմարավետություն-հասանելիություն հայեցակարգի տեսանկյունից, բժշկական կազմակերպություններն ունեն լուրջ վերանայումների կարիք, և յուրաքանչյուր կազմակերպության ռազմավարական նպատակների ծառը պետք է կառուցվի հենց այս տեսանկյունից,
- բժշկական կազմակերպության ղեկավար կազմը և բուժանձնակազմը հիվանդների վերջնական կարծիքների ու տեսակետների մասին հիմնականում թերի կամ ոչ ամբողջական տեղեկության են տիրապետում և հետևապես, այդ առումով, նրանց պատկերացումներն ավելի քան հեռու են իրականությունից,
- կազմակերպությունների ղեկավարների պատկերացումն իրենց կողմից իրականացվող կառավարման քաղաքականության վերաբերյալ, այնքան էլ չի համընկնում ենթակաների և առավել ևս սոցիալական շերտերի պատկերացումների հետ,
- մրցակցային առավելությունների տեսանկյունից, առկա է բուժկազմակերպության ղեկավարների ու բուժաշխատակիցների կողմից իրավիճակի գերագնահատում, քանի որ բնակչության համեմատաբար ցածր գնահատականը բացահայտում է մրցակցային առավելությունների հետ կապված թույլ կողմերը,
- կառավարման համակարգի ամփոփ գնահատականներում, ըստ եռակողմ հարցման, առկա են խոր շեղումներ, ինչը փաստում է, որ համակարգում կառավարման լրջագույն խնդիրներ կան:

Վերը թվարկված խնդիրների լուծումը ենթադրում է համակարգային մոտեցումների որդեգրում, քանի որ միայն նմանօրինակ մոտեցման դեպքում է հնարավոր լուծել ամբողջ առողջապահական ոլորտին բնորոշ հիմնախնդիրների թնջուկը: Այդ առումով, աշխատանքում ներկայացվել է առաջարկությունների և լուծման ուղիների նախանշման ճանապարհային քարտեզ: Մասնավորապես՝

1. անհրաժեշտ է քննարկվող կազմակերպություններում ներդնել ֆինանսական կառավարման հստակ մշակված համակարգ, որը պետք է ներառի այնպիսի ենթատարրեր, ինչպիսիք են ֆինանսական կառավարման քաղաքականությունը, պլանավորման և բյուջետավոր-

ման, ինչպես նաև ֆինանսական վերլուծությունների համակարգերը: Այս երեք ենթատարրերի մշակման մասով հետազոտությունում ներկայացվել է ամփոփ ուղեցույց:

2. Բացի ֆինանսական կառավարման համակարգից, ընդհանուր կառավարման որակի բարձրացման համար հետազոտությունում առաջարկվում է նաև կազմակերպություններում ներդնել որակի ընդհանուր կառավարման համակարգ (TQM): Այդ մասով հետազոտությունում մշակվել և ներկայացվել են այնպիսի ուղեցույցներ, ինչպիսիք են կազմակերպության աշխատակիցների միջև կառավարման գործունեության տեսակների բաշխման մատրիցը, բուժկազմակերպությունների TQM հայեցակարգային շրջանակը, որակի ավանդական մոտեցումների և ընդհանուր որակի կառավարման ժամանակակից տեսլականի մշակման հայեցակարգը և TQM ուղենշային մոդելը՝ բուժկազմակերպությունների համար:
3. Կառավարման արդյունավետության բարձրացման, դրա իրատեսական և իրագործելի մոդելների գործնական կիրառման համար, հիմնվելով առողջապահական ոլորտի քննարկվող կազմակերպությունների արտաքին և ներքին միջավայրի վերլուծության, ինչպես նաև միջազգային փորձի ուսումնասիրության վրա, հետազոտությունում առաջարկվում է քննարկել ՀՀ պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կազմակերպական-իրավական ձևերի փոփոխության խնդիրը: Մասնավորապես, առաջարկվում է ԱԱՊՀ-ի և հիվանդանոցային հաստատությունների կառավարման համար քննարկել համապատասխանաբար՝ տնտեսական ընկերությունների և տրաստերի կազմակերպական-իրավական ձևերը: Առաջարկվող ձևերի անկախությունն ու ինքնավարությունը բնութագրող ամբողջական գործոններն առավել մանրամասնորեն ներկայացված են հետազոտությունում:

Թվարկված առաջարկությունները չեն սպառում ոլորտի զարգացմանն ու խնդիրների լուծմանն ուղղված կիրառելի ամբողջ գործիքակազմը, այն, ըստ էության, հետագա ավելի խոր ուսումնասիրությունների, վերլուծությունների և հետազոտությունների կարևոր շղթայի մեկ օղակն է միայն:

ՀՀ առողջապահական համակարգի և պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների կառավարման համակարգերի արդյունավետության բարձրացման ու նոր մոտեցումների կիրառման խնդիրն առկա է, պահանջում է իրատեսական և իրագործելիության մեծ չափաբաժնով լուծումներ, որի հասցեատերն ու իրականացնողը ոչ միայն պետական իշխանության կենտրոնական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմիններն են, այլ նաև կազմակերպությունների մասնագիտական անձնակազմերն ու ՀՀ յուրաքանչյուր քաղաքացի:

1. «Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային համակարգի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 24.06.97 թ.:
2. «Պետական գույքի մասնավորեցման 2017-2020 թթ. ծրագրի մասին» ՀՀ օրենք՝ ընդունված 09.06.17 թ.:
3. ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Առողջություն և առողջապահություն 2020», Եր., 2020:
4. ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, «Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2019», Եր., 2020:
5. Պետրոսյան Ա.Ն., Վիճակագրության ընդհանուր տեսություն, ՀՊՏՀ, Եր., 2008:
6. Գալստյան Հ., Բաղդադյան Գ., ՀՀ տարածքային անհամաչափ զարգացման սոցիալ-տնտեսական հիմնախնդիրները արդի պայմաններում, Բանբեր ՀՊՏՀ, 2020, N1:
7. Лень Л.С., Никулина Т.Н., Управление медицинским учреждением в современных условиях: проблемы и пути решения, М., 2016.
8. Beskese A., Sebeci U., Total quality management and ISO 9000 applications in Turkey, The TQM Magazine, 2001 Vol. 13, N 1.
9. Duran A., Saltman R. B., Innovative strategies in governing public hospitals. Eurohealth incorporating Euro Observer , Vol. 19, N 1, 2013.
10. Figueras J., Robinson R, Jakubowski E, Purchasing to Improve Health Systems Performance. Maidenhead, UK: Open University Press/McGrawHill, 2005.
11. Kaluarachchi K.A., Organizational culture and total quality management practices: a Sri Lankan case, The TQM Journal, 2010, Vol. 22, N 1.
12. Kunst P., Lemmink J., Quality management and business performance in hospitals: a search for success parameters, Total Quality Management, 2000, Vol. 11, N 8.
13. Lee S., Choi K.S., Kang H.Y., Chae Y.M., Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals, International Journal for Quality in Health Care, 2002, Vol. 14, N 5.
14. Metri B.A., TQM critical success factors for construction firms, Management, 2005, Vol. 10, N 2.
15. Mosadeghrad, A.M., A survey of total quality management in Iran: barriers to successful implementation in health care organisations, International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services, 2005, Vol. 18, N 3.
16. Oakland J.S., Total Quality Management: Text with Cases, 3rd Ed., ButterworthHeinemann, Oxford, 2003.
17. Palo S., Padhi N., Measuring effectiveness of TQM training: An Indian study, International Journal of Training & Development, 2003, Vol. 7, No. 3.
18. Saltman R. B., Duran A., Dubois H. F.W., Governing Public Hospitals. World Health Organization, Copenhagen 2011.
19. Saltman RB, von Otter C., Implementing Planned Markets: Balancing Social and Economic Responsibility. Buckingham, UK: Open University Press, 1995.
20. Schinasi G. J., Defining Financial Stability, IMF Working Paper, International Capital Market Department, October 2004.

21. Official page of ACCA Global, visited 17/08/20 11:18 PM,
<https://www.accaglobal.com/vn/en/student/exam-support-resources/fundamentals-exams-study-resources/f2/technical-articles/ratio-analysis.html>.
22. Official page of ACCA Global, visited 17/08/20 11:18 PM,
<https://www.accaglobal.com/vn/en/student/exam-support-resources/fundamentals-exams-study-resources/f2/technical-articles/ratio-analysis.html>.
23. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 10:52 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/net-profit-margin-formula/>.
24. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:04 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/return-on-assets-roa-formula/>.
25. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:10 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/what-is-return-on-equity-roe/>.
26. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:10 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/return-on-capital-employed-roce/>.
27. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:23 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/modeling/working-capital-formula/#:~:text=Working%20capital%20%3D%20Current%20Assets%20%E2%80%93%20Current,liabilities%20have%20been%20paid%20off.>
28. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:29 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/accounting/cash-conversion-cycle/>.
29. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/templates/excel-modeling/current-ratio-calculator/#:~:text=This%20Current%20Ratio%20Calculator%20will,cover%20its%20short%20term%20liabilities.>
30. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/quick-ratio-definition/#:~:text=The%20Quick%20Ratio%20In%20Practice,to%20pay%20its%20current%20obligations.&text=To%20learn%20more%20about%20this,course%20on%20performing%20financial%20analysis.>
31. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:35 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/acid-test-ratio/>.
32. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:42 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/capital-structure-overview/>.
33. Official page of Corporate Finance institute /CFI/, visited 17/08/20 11:42 PM,
<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/finance/capital-structure-overview/>.

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ցանկը

N	Կազմակերպության անվանումը
1.1	«Արմավիրի արյան փոխներարկման կայան» ՓԲԸ
1.2	«Արմավիրի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
1.3	«Բաղրամյանի Հիսուսի մանուկներ ԱԿ» ՓԲԸ
1.4	«Վաղարշապատի հիվանդանոց» ՓԲԸ
1.5	«Էջմիածին» բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
1.6	«Մեծամորի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
2.1	«Ծաղկահովիտի ԱԿ» ՓԲԸ
2.2	«Ապարանի ԲԿ» ՓԲԸ
2.3	«Աշտարակի ԲԿ» ՓԲԸ
2.4	«Թալինի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
3.1	«Արտաշատի ԲԿ» ՓԲԸ
3.2	«Արարատի ԲԿ» ՓԲԸ
3.3	«Մասիսի ԲԿ» ՓԲԸ
3.4	«Վեդու ԲԿ» ՓԲԸ
3.5	«Վեդու ծննդատուն» ՓԲԸ
3.6	«ՈԿՖ Բանավան ԱԱՊԿ» ՓԲԸ
3.7	«Ա. Հայրիյանի անվան Արմաշի ԱԿ» ՓԲԸ
4.1	«Գավառի ԲԿ» ՓԲԸ
4.2	«Գավառի պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
4.3	«Ճամբարակի ԱԿ» ՓԲԸ
4.4	«Մարտունու ԲԿ» ՓԲԸ
4.5	«Մարտունու ծննդատուն» ՓԲԸ
4.6	«Սևանի ԲԿ» ՓԲԸ
4.7	«Վարդենիսի պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
4.8	«Վարդենիսի հիվանդանոց» ՓԲԸ
5.1	«Վանաձորի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
5.2	«Ինֆեկցիոն հիվանդանոց» ՓԲԸ
5.3	«Հոգենյարդաբանական դիսպանսեր» ՓԲԸ
5.4	«Վանաձորի թիվ 1 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
5.5	«Գուգարք» կենտրոնական պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
5.6	«Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
5.7	«Վանաձորի թիվ 5 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
5.8	«Սպիտակի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
5.9	«Տաշիրի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
5.10	«Ստեփանավանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
5.11	«Ալավերդու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
5.12	«Ալյոթալայի առողջության կենտրոն» ՓԲԸ
5.13	«Թումանյանի առողջության կենտրոն» ՓԲԸ
5.14	«ԼՄ արյան փոխներարկման կենտրոն» ՓԲԸ
6.1	«Արթուրյանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
6.2	«Արթուրյանի ծննդատուն» ՊՓԲԸ
6.3	«Հրազդանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ

6.4	«Չարենցավանի բժշկական կենտրոն» ՊՓԲԸ
6.5	«Նաիրի» բժշկական կենտրոն» ՊՓԲԸ
6.6	«Նոր Հանի պոլիկլինիկա» ՊՓԲԸ
6.7	«Հրազդանի մարզային արյան բանկ» ՊՓԲԸ
6.8	«Ծաղկաձորի բուժ. ամբուլատորիա» ՊՓԲԸ
7.1	«Գյումրու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
7.2	«Գյումրու ինֆեկցիոն - հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոց» ՓԲԸ
7.3	«Գյումրու ծննդատուն» ՓԲԸ
7.4	«Գյումրու մոր և մանկան ավստրիական հիվանդանոց» ՓԲԸ
7.5	«Ուտուցբաքանական դիսպանսեր» ՓԲԸ
7.6	«Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ
7.7	«Գյումրու թիվ 1 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
7.8	«Ն. Մելիքյանի անվան թիվ 2 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
7.9	«Աբաջյանի անվան ընտանեկան բժշկության կենտրոն» ՓԲԸ
7.10	«Էսրիկո Մատեի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
7.11	«Միջազգային Կարմիր խաչի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
7.12	«Բեռլին» պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
7.13	«Արյան փոխներարկման կայան» ՓԲԸ
7.14	«Գյումրու շտապ բժշկական օգնության կայան» ՓԲԸ
7.15	«Պաթոլոգո-անատոմիական լաբորատորիա» ՓԲԸ
7.16	«Ախուրյանի ԲԿ» ՓԲԸ
7.17	«Մարալիկի ԱԿ» ՓԲԸ
7.18	«Արթիկի ԲԿ» ՓԲԸ
7.19	«Արթիկի մոր և մանկան առողջության պահպանման կենտրոն» ՓԲԸ
7.20	«Ամասիայի ԱԿ» ՓԲԸ
8.1	«Գորիսի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
8.2	«Կապանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
8.3	«Մեղրու տարածաշրջանային բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
8.4	«Սիսիանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
8.5	«Սյունիքի մարզային արյան փոխներարկման կայան» ՓԲԸ
8.6	«Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր» ՓԲԸ
8.7	«Քաջարանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
9.1	«Եղեգնաձորի ԲԿ» ՓԲԸ
9.2	«Վայքի ԲՄ» ՓԲԸ
9.3	«Զերմուկի ԱԿ» ՓԲԸ
10.1	«Իջևանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
10.2	«Նոյեմբերյանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ
10.3	«Իջևանի ԱԱՊԿ» ՓԲԸ
11.1	«Պրոֆեսոր Ռ.Օ. Յույանի անվան արյունաբանական կենտրոն» ՓԲԸ
11.2	«Ակադեմիկոս Էմիլ Գաբրիելյանի անվան կենտրոն» ՓԲԸ
11.3	«Նորք ինֆեկցիոն կլինիկական հիվանդանոց» ՓԲԸ
11.4	«Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն» ՓԲԸ
11.5	«Սևանի հոգեբուժական հիվանդանոց» ՓԲԸ
11.6	«Ակադեմիկոս Ս.Խ. Ավդալբեկյանի անվան առողջ. ինստիտուտ» ՓԲԸ
11.7	«Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ ԲԿ» ՓԲԸ
11.8	«Նարեկոզիական հանրապետական կենտրոն» ՓԲԸ
11.9	«Ավան» հոգեբուժական կենտրոն» ՓԲԸ
12.1	«Ավիաբուժ ԲԿ» ՓԲԸ

Հավելված 2

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների հիմնական ֆինանսական ցուցանիշները (հազ. ՀՀ դրամ)

N	NI	S	E	D	St	Dr	Cash	Cr	A	CA
1.1	40	15,266	18,197	0	0	0	50	0	18,197	50
1.2	4,379	1,072,469	222,008	0	113,767	10,314	24,784	32,296	254,304	148,865
1.3	189	71,933	68,873	28,605	12,412	0	1,191	449	97,927	13,603
1.4	(13,002)	469,036	274	185,618	45,434	18,562	46,917	42,585	228,478	110,913
1.5	18,598	528,929	269,388	12,495	40,558	25,927	61,511	38,235	320,118	127,996
1.6	6,002	281,456	167,835	61,092	29,078	0	4,083	50,185	279,112	33,161
2.1	207	168,104	(5,379)	30,387	1,829	618	187	48,845	73,854	2,634
2.2	2,071	282,638	79,363	506,722	29,821	4,010	199	35,001	621,086	34,030
2.3	2,314	408,918	87,079	185,741	23,506	5,803	6,815	24,273	297,093	36,124
2.4	(1,483)	331,114	21,272	72,045	36,611	1,728	11,037	37,320	130,637	49,376
3.1	11,104	785,422	2,377,131	50,000	63,731	6,269	66	104,242	2,531,373	70,066
3.2	583	459,367	23,512	273,852	30,622	2,881	3,138	60,235	357,599	36,641
3.3	(4,286)	642,741	137,675	172,836	92,545	38,534	1,733	177,182	487,693	132,812
3.4	4,141	394,532	55,871	144,670	22,896	17,801	4,051	50,204	250,745	44,748
3.5	150	179,084	33,245	60,374	6,900	4,996	17,395	22,284	115,903	29,291
3.6	0	23,988	12,532	0	1,271	0	131	1,080	13,612	1,402
3.7	2,694	161,653	51,301	0	2,194	0	3,367	0	51,301	5,561
4.1	12,927	383,299	205,938	905,530	36,195	22,696	23,664	19,477	1,130,945	82,555
4.2	3,964	167,160	35,855	5,254	8,562	3,271	9,501	7,551	48,660	21,334
4.3	4,172	203,390	181,161	71,201	103,661	38,879	7,287	517	252,879	149,827
4.4	5,188	521,209	274,390	155,032	17,945	30,394	11,597	13,454	442,876	59,936
4.5	4,470	194,406	66,646	0	8,152	13,135	3,196	4,757	71,403	24,483
4.6	5,079	433,283	218,370	129,077	50,351	22,062	6,144	43,064	390,511	78,557
4.7	724	139,677	33,417	2,032	8,975	2,918	5,133	4,265	39,714	17,026
4.8	0	112,804	242,816	0	5,857	5,672	372	18,264	261,080	11,901
5.1	(25,840)	1,370,302	5,741,023	20,000	257,317	2,099	33,667	160,005	5,921,028	293,083
5.2	0	127,284	60,018	9,093	5,918	0	1,301	2,229	71,341	7,219
5.3	96	91,959	89,265	1,654	17,114	81	2,439	1,664	92,583	19,633
5.4	5,315	284,561	88,400	15,027	17,665	1,875	13,517	7,499	110,926	33,057
5.5	792	209,517	75,838	0	18,029	1,387	12,389	8,831	84,669	31,805
5.6	79	162,292	38,130	999	12,043	0	9,082	2,187	41,317	21,124
5.7	2,223	139,767	127,802	13,377	14,243	697	14,188	570	141,749	29,128
5.8	9,948	458,003	320,621	161,788	39,100	3,115	11,656	1,351	483,760	53,871
5.9	754	307,058	66,843	77,173	21,719	680	512	14,828	158,844	22,911
5.10	13,384	420,633	159,570	66,698	36,800	3,536	37,179	11,090	237,358	77,515
5.11	429	440,787	140,344	745,365	34,240	5,485	26,344	62,456	948,165	66,069
5.12	71	20,825	80,868	0	0	0	477	76	80,944	477
5.13	25	11,524	6,603	0	336	0	0	31	6,634	336
5.14	35	22,599	12,810	37,504	3,566	1,603	782	634	50,947	5,951
6.1	40,043	807,069	254,642	676,570	74,869	32,326	62,857	23,229	954,441	170,052
6.2	2,946	198,384	181,672	121,433	13,236	1,658	9,708	13,422	316,527	24,602
6.3	(53,497)	830,512	1,407,171	1,522,778	46,828	31,446	3,771	115,593	3,045,542	82,045
6.4	20,845	409,935	153,159	142,081	40,299	15,924	13,670	38,058	333,298	69,893

6.5	656	326,346	161,451	199,698	14,704	3,715	1,386	66,957	428,106	19,805
6.6	576	108,910	30,656	32,805	5,210	1,431	7,107	11,739	75,200	13,748
6.7	850	22,695	6,989	4,407	3,917	896	1,577	1,337	12,733	6,390
6.8	11	11,414	307	17,491	535	11	106	392	18,190	651
7.1	(7,826)	1,332,047	3,357,774	931,856	125,517	95,567	4,099	322,330	4,611,960	225,183
7.2	1,394	157,627	118,174	0	2,797	3,839	293	3,639	121,813	6,929
7.3	(215,811)	115,031	(24,720)	5,727	0	5,506	268	43,023	24,031	5,775
7.4	5,356	519,896	250,791	472,823	29,382	17,959	2,093	55,148	778,762	49,434
7.5	977	101,867	93,580	22,422	4,157	5,243	12,074	1,703	117,705	21,474
7.6	426	138,889	107,269	5,786	5,657	2,551	211	3,513	116,568	8,418
7.7	494	90,523	16,583	0	4,401	4,720	20	12,286	28,869	9,141
7.8	1,820	180,342	301,238	0	13,194	10,506	904	18,091	319,329	24,604
7.9	165	35,671	239,119	0	28,304	12,619	10,646	22,888	262,007	51,569
7.10	1,557	176,440	79,078	53,087	15,454	9,947	5,741	15,565	147,730	31,142
7.11	1,802	186,123	53,938	4,833	9,131	10,126	1,139	11,389	70,160	20,397
7.12	2,369	121,742	78,096	0	52,768	6,186	5,231	2,809	80,905	64,185
7.13	363	29,548	11,108	12,924	9,477	378	336	454	24,486	10,191
7.14	208	197,184	106,726	255,662	9,900	8,674	1,371	870	363,258	19,945
7.15	657	39,796	186,380	0	217	13,498	2,844	1,700	188,080	16,559
7.16	491	146,070	90,431	29,998	0	14,088	186	8,812	129,241	14,274
7.17	825	133,243	19,332	56,755	4,376	5,308	75	10,178	86,266	9,759
7.18	783	243,481	69,340	157,786	13,170	11,183	2,268	25,022	252,147	26,620
7.19	1,865	138,630	48,612	8,412	4,337	7,331	5,073	2,383	59,407	16,741
7.20	1,028	67,409	106,597	28,605	2,382	12,785	357	773	135,975	15,524
8.1	877	696,633	166,985	820,707	29,851	5,319	2,178	25,675	1,013,367	37,348
8.2	(3,500)	761,423	412,900	1,287,516	48,318	35,356	258	64,240	1,764,656	83,932
8.3	196	219,487	1,600,657	71,132	23,443	11,204	747	36,071	1,707,860	35,394
8.4	(9,895)	241,170	23,442	0	0	0	931	29,114	52,556	931
8.5	1,367	18,811	7,294	7,460	4,593	0	3,317	1,188	15,942	7,910
8.6	384	114,471	31,970	36,877	20,656	40	7,298	1,749	70,596	27,994
8.7	5,902	196,275	94,768	674,170	23,535	7,679	4,732	13,199	782,137	35,947
9.1	3,457	283,627	95,149	148,283	14,511	24,394	972	14,141	257,573	39,877
9.2	1,028	250,164	173,716	0	8,446	0	730	14,105	187,821	9,176
9.3	239	70,386	65,658	36,811	6,918	17,820	15	0	102,469	24,753
10.1	3,459	310,411	73,221	434,647	41,234	0	3,402	22,094	529,962	44,635
10.2	419	453,347	58,029	430,537	24,700	4,480	368	31,905	520,471	29,548
10.3	2,566	355,084	21,564	0	1,406	4,049	2,066	332	21,896	7,520
11.1	46,742	1,241,175	4,399,487	1,744,349	334,303	27,215	172,823	276,389	6,420,225	534,341
11.2	309	646,509	206,647	0	108,786	2,862	148,204	249,571	456,218	259,852
11.3	17,250	636,422	882,595	30,963	29,021	24,062	25,615	21,316	934,875	78,698
11.4	(56,555)	800,056	81,770	232,525	21,267	12,135	2,764	104,771	419,066	36,166
11.5	29,544	700,763	282,685	648	118,443	8,720	23,432	44,447	327,780	150,595
11.6	46,472	458,909	213,687	18,958	15,687	20,051	21,801	90,565	323,210	57,539
11.7	(418,469)	6,055,692	3,928,832	1,778,632	248,884	219,717	509,951	667,111	6,374,575	978,552
11.8	13,670	297,457	131,879	58,882	27,157	5,768	7,600	13,539	204,300	40,525
11.9	24,703	383,568	261,872	155,783	20,029	9,119	14,475	34,548	452,202	43,622
12.1	3,051	113,543	21,617	6,527	4,727	9,596	5,225	13,299	41,443	19,548

Հավելված 3

**Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակը
ընտրագրող՝ գործառնական խմբի գործակիցները**

N	m=NI/S	m=EBIT/S	ROE	ROCE	ROA	k=S/E	k=S/(E+D)
1.1	0.26%	0.33%	0.22%	0.27%	0.22%	0.84	0.84
1.2	0.41%	0.51%	1.97%	2.47%	1.72%	4.83	4.83
1.3	0.26%	0.33%	0.27%	0.24%	0.19%	1.04	0.74
1.4	-2.77%	-2.77%	-4745.40%	-6.99%	-5.69%	1,711.81	2.52
1.5	3.52%	4.40%	6.90%	8.25%	5.81%	1.96	1.88
1.6	2.13%	2.67%	3.58%	3.28%	2.15%	1.68	1.23
2.1	0.12%	0.15%	-3.85%	1.03%	0.28%	(31.25)	6.72
2.2	0.73%	0.92%	2.61%	0.44%	0.33%	3.56	0.48
2.3	0.57%	0.71%	2.66%	1.06%	0.78%	4.70	1.50
2.4	-0.45%	-0.45%	-6.97%	-1.59%	-1.14%	15.57	3.55
3.1	1.41%	1.77%	0.47%	0.57%	0.44%	0.33	0.32
3.2	0.13%	0.16%	2.48%	0.25%	0.16%	19.54	1.54
3.3	-0.67%	-0.67%	-3.11%	-1.38%	-0.88%	4.67	2.07
3.4	1.05%	1.31%	7.41%	2.58%	1.65%	7.06	1.97
3.5	0.08%	0.10%	0.45%	0.20%	0.13%	5.39	1.91
3.6	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.91	1.91
3.7	1.67%	2.08%	5.25%	6.56%	5.25%	3.15	3.15
4.1	3.37%	4.22%	6.28%	1.45%	1.14%	1.86	0.34
4.2	2.37%	2.96%	11.06%	12.05%	8.15%	4.66	4.07
4.3	2.05%	2.56%	2.30%	2.07%	1.65%	1.12	0.81
4.4	1.00%	1.24%	1.89%	1.51%	1.17%	1.90	1.21
4.5	2.30%	2.87%	6.71%	8.38%	6.26%	2.92	2.92
4.6	1.17%	1.47%	2.33%	1.83%	1.30%	1.98	1.25
4.7	0.52%	0.65%	2.17%	2.55%	1.82%	4.18	3.94
4.8	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46	0.46
5.1	-1.89%	-1.89%	-0.45%	-0.45%	-0.44%	0.24	0.24
5.2	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.12	1.84
5.3	0.10%	0.13%	0.11%	0.13%	0.10%	1.03	1.01
5.4	1.87%	2.33%	6.01%	6.42%	4.79%	3.22	2.75
5.5	0.38%	0.47%	1.04%	1.31%	0.94%	2.76	2.76
5.6	0.05%	0.06%	0.21%	0.25%	0.19%	4.26	4.15
5.7	1.59%	1.99%	1.74%	1.97%	1.57%	1.09	0.99
5.8	2.17%	2.71%	3.10%	2.58%	2.06%	1.43	0.95
5.9	0.25%	0.31%	1.13%	0.65%	0.47%	4.59	2.13
5.10	3.18%	3.98%	8.39%	7.39%	5.64%	2.64	1.86
5.11	0.10%	0.12%	0.31%	0.06%	0.05%	3.14	0.50
5.12	0.34%	0.42%	0.09%	0.11%	0.09%	0.26	0.26
5.13	0.22%	0.27%	0.38%	0.47%	0.37%	1.75	1.75
5.14	0.16%	0.20%	0.28%	0.09%	0.07%	1.76	0.45
6.1	4.96%	6.20%	15.73%	5.38%	4.20%	3.17	0.87
6.2	1.48%	1.86%	1.62%	1.21%	0.93%	1.09	0.65
6.3	-6.44%	-6.44%	-3.80%	-1.83%	-1.76%	0.59	0.28
6.4	5.08%	6.36%	13.61%	8.83%	6.25%	2.68	1.39
6.5	0.20%	0.25%	0.41%	0.23%	0.15%	2.02	0.90

6.6	0.53%	0.66%	1.88%	1.14%	0.77%	3.55	1.72
6.7	3.75%	4.68%	12.16%	9.32%	6.68%	3.25	1.99
6.8	0.10%	0.12%	3.71%	0.08%	0.06%	37.19	0.64
7.1	-0.59%	-0.59%	-0.23%	-0.18%	-0.17%	0.40	0.31
7.2	0.88%	1.11%	1.18%	1.47%	1.14%	1.33	1.33
7.3	-187.61%	-187.61%	873.03%	1136.28%	-898.07%	(4.65)	(6.06)
7.4	1.03%	1.29%	2.14%	0.93%	0.69%	2.07	0.72
7.5	0.96%	1.20%	1.04%	1.05%	0.83%	1.09	0.88
7.6	0.31%	0.38%	0.40%	0.47%	0.37%	1.29	1.23
7.7	0.55%	0.68%	2.98%	3.72%	1.71%	5.46	5.46
7.8	1.01%	1.26%	0.60%	0.76%	0.57%	0.60	0.60
7.9	0.46%	0.58%	0.07%	0.09%	0.06%	0.15	0.15
7.10	0.88%	1.10%	1.97%	1.47%	1.05%	2.23	1.34
7.11	0.97%	1.21%	3.34%	3.83%	2.57%	3.45	3.17
7.12	1.95%	2.43%	3.03%	3.79%	2.93%	1.56	1.56
7.13	1.23%	1.54%	3.27%	1.89%	1.48%	2.66	1.23
7.14	0.11%	0.13%	0.19%	0.07%	0.06%	1.85	0.54
7.15	1.65%	2.06%	0.35%	0.44%	0.35%	0.21	0.21
7.16	0.34%	0.42%	0.54%	0.51%	0.38%	1.62	1.21
7.17	0.62%	0.77%	4.27%	1.36%	0.96%	6.89	1.75
7.18	0.32%	0.40%	1.13%	0.43%	0.31%	3.51	1.07
7.19	1.35%	1.68%	3.84%	4.09%	3.14%	2.85	2.43
7.20	1.52%	1.91%	0.96%	0.95%	0.76%	0.63	0.50
8.1	0.13%	0.16%	0.53%	0.11%	0.09%	4.17	0.71
8.2	-0.46%	-0.46%	-0.85%	-0.21%	-0.20%	1.84	0.45
8.3	0.09%	0.11%	0.01%	0.01%	0.01%	0.14	0.13
8.4	-4.10%	-4.10%	-42.21%	-42.21%	-18.83%	10.29	10.29
8.5	7.27%	9.08%	18.74%	11.58%	8.57%	2.58	1.27
8.6	0.34%	0.42%	1.20%	0.70%	0.54%	3.58	1.66
8.7	3.01%	3.76%	6.23%	0.96%	0.75%	2.07	0.26
9.1	1.22%	1.52%	3.63%	1.77%	1.34%	2.98	1.17
9.2	0.41%	0.51%	0.59%	0.74%	0.55%	1.44	1.44
9.3	0.34%	0.42%	0.36%	0.29%	0.23%	1.07	0.69
10.1	1.11%	1.39%	4.72%	0.85%	0.65%	4.24	0.61
10.2	0.09%	0.12%	0.72%	0.11%	0.08%	7.81	0.93
10.3	0.72%	0.90%	11.90%	14.87%	11.72%	16.47	16.47
11.1	3.77%	4.71%	1.06%	0.95%	0.73%	0.28	0.20
11.2	0.05%	0.06%	0.15%	0.19%	0.07%	3.13	3.13
11.3	2.71%	3.39%	1.95%	2.36%	1.85%	0.72	0.70
11.4	-7.07%	-7.07%	-69.16%	-17.99%	-13.50%	9.78	2.55
11.5	4.22%	5.27%	10.45%	13.03%	9.01%	2.48	2.47
11.6	10.13%	12.66%	21.75%	24.97%	14.38%	2.15	1.97
11.7	-6.91%	-6.91%	-10.65%	-7.33%	-6.56%	1.54	1.06
11.8	4.60%	5.74%	10.37%	8.96%	6.69%	2.26	1.56
11.9	6.44%	8.05%	9.43%	7.39%	5.46%	1.46	0.92
12.1	2.69%	3.36%	14.11%	13.55%	7.36%	5.25	4.03

Հավելված 4

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակը
բնութագրող՝ իրացվելիության խմբի գործակիցները

N	$CR=(St+Dr+Cash)/Cr$	$QR=(Dr+Cash)/Cr$	$IR=Cash/Cr$
1.1	-	-	-
1.2	4.61	1.09	0.77
1.3	30.31	2.65	2.65
1.4	2.60	1.54	1.10
1.5	3.35	2.29	1.61
1.6	0.66	0.08	0.08
2.1	0.05	0.02	0.00
2.2	0.97	0.12	0.01
2.3	1.49	0.52	0.28
2.4	1.32	0.34	0.30
3.1	0.67	0.06	0.00
3.2	0.61	0.10	0.05
3.3	0.75	0.23	0.01
3.4	0.89	0.44	0.08
3.5	1.31	1.00	0.78
3.6	1.30	0.12	0.12
3.7	-	-	-
4.1	4.24	2.38	1.21
4.2	2.83	1.69	1.26
4.3	289.80	89.30	14.09
4.4	4.45	3.12	0.86
4.5	5.15	3.43	0.67
4.6	1.82	0.65	0.14
4.7	3.99	1.89	1.20
4.8	0.65	0.33	0.02
5.1	1.83	0.22	0.21
5.2	3.24	0.58	0.58
5.3	11.80	1.51	1.47
5.4	4.41	2.05	1.80
5.5	3.60	1.56	1.40
5.6	9.66	4.15	4.15
5.7	51.14	26.13	24.91
5.8	39.87	10.93	8.63
5.9	1.55	0.08	0.03
5.1	6.99	3.67	3.35
5.11	1.06	0.51	0.42
5.12	6.27	6.27	6.27
5.13	10.84	0.00	0.00
5.14	9.39	3.76	1.23
6.1	7.32	4.10	2.71
6.2	1.83	0.85	0.72
6.3	0.71	0.30	0.03
6.4	1.84	0.78	0.36

6.5	0.30	0.08	0.02
6.6	1.17	0.73	0.61
6.7	4.78	1.85	1.18
6.8	1.66	0.30	0.27
7.1	0.70	0.31	0.01
7.2	1.90	1.14	0.08
7.3	0.13	0.13	0.01
7.4	0.90	0.36	0.04
7.5	12.61	10.17	7.09
7.6	2.40	0.79	0.06
7.7	0.74	0.39	0.00
7.8	1.36	0.63	0.05
7.9	2.25	1.02	0.47
7.10	2.00	1.01	0.37
7.11	1.79	0.99	0.10
7.12	22.85	4.06	1.86
7.13	22.45	1.57	0.74
7.14	22.93	11.55	1.58
7.15	9.74	9.61	1.67
7.16	1.62	1.62	0.02
7.17	0.96	0.53	0.01
7.18	1.06	0.54	0.09
7.19	7.02	5.20	2.13
7.20	20.08	17.00	0.46
8.1	1.45	0.29	0.08
8.2	1.31	0.55	0.00
8.3	0.98	0.33	0.02
8.4	0.03	0.03	0.03
8.5	6.66	2.79	2.79
8.6	16.01	4.20	4.17
8.7	2.72	0.94	0.36
9.1	2.82	1.79	0.07
9.2	0.65	0.05	0.05
9.3	-	-	-
10.1	2.02	0.15	0.15
10.2	0.93	0.15	0.01
10.3	22.64	18.41	6.22
11.1	1.93	0.72	0.63
11.2	1.04	0.61	0.59
11.3	3.69	2.33	1.20
11.4	0.35	0.14	0.03
11.5	3.39	0.72	0.53
11.6	0.64	0.46	0.24
11.7	1.47	1.09	0.76
11.8	2.99	0.99	0.56
11.9	1.26	0.68	0.42
12.1	1.47	1.11	0.39

Հավելված 5

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակը
բնութագրող՝ շրջանառելիության խմբի գործակիցները

N	TDr	TCr	TSt	Tcash
1.1	0.00	0.00	0.00	0.00
1.2	3.51	10.99	38.72	31.24
1.3	0.00	2.28	62.98	60.70
1.4	14.44	33.14	35.36	16.66
1.5	17.89	26.38	27.99	19.49
1.6	0.00	65.08	37.71	(27.37)
2.1	1.34	106.06	3.97	(100.74)
2.2	5.18	45.20	38.51	(1.51)
2.3	5.18	21.67	20.98	4.50
2.4	1.91	41.14	40.36	1.12
3.1	2.91	48.44	29.62	(15.91)
3.2	2.29	47.86	24.33	(21.24)
3.3	21.88	100.62	52.55	(26.18)
3.4	16.47	46.45	21.18	(8.79)
3.5	10.18	45.42	14.06	(21.17)
3.6	0.00	16.44	19.33	2.90
3.7	0.00	0.00	4.95	4.95
4.1	21.61	18.55	34.47	37.53
4.2	7.14	16.49	18.70	9.35
4.3	69.77	0.93	186.03	254.87
4.4	21.28	9.42	12.57	24.43
4.5	24.66	8.93	15.31	31.04
4.6	18.59	36.28	42.42	24.72
4.7	7.63	11.15	23.45	19.93
4.8	18.35	59.10	18.95	(21.79)
5.1	0.56	42.62	68.54	26.48
5.2	0.00	6.39	16.97	10.58
5.3	0.32	6.61	67.93	61.64
5.4	2.41	9.62	22.66	15.44
5.5	2.42	15.38	31.41	18.44
5.6	0.00	4.92	27.08	22.17
5.7	1.82	1.49	37.20	37.53
5.8	2.48	1.08	31.16	32.57
5.9	0.81	17.63	25.82	9.00
5.10	3.07	9.62	31.93	25.38
5.11	4.54	51.72	28.35	(18.82)
5.12	0.00	1.33	0.00	(1.33)
5.13	0.00	0.98	10.64	9.66
5.14	25.88	10.23	57.60	73.25
6.1	14.62	10.51	33.86	37.97
6.2	3.05	24.70	24.35	2.71
6.3	13.82	50.80	20.58	(16.40)
6.4	14.18	33.89	35.88	16.17

6.5	4.16	74.89	16.45	(54.29)
6.6	4.80	39.34	17.46	(17.09)
6.7	14.41	21.50	63.00	55.90
6.8	0.34	12.54	17.10	4.90
7.1	26.19	88.32	34.39	(27.74)
7.2	8.89	8.43	6.48	6.94
7.3	17.47	136.52	0.00	(119.04)
7.4	12.61	38.72	20.63	(5.48)
7.5	18.79	6.10	14.89	27.58
7.6	6.70	9.23	14.87	12.34
7.7	19.03	49.54	17.75	(12.76)
7.8	21.26	36.61	26.70	11.35
7.9	129.12	234.20	289.62	184.54
7.10	20.58	32.20	31.97	20.35
7.11	19.86	22.34	17.91	15.43
7.12	18.55	8.42	158.21	168.33
7.13	4.67	5.61	117.07	116.13
7.14	16.06	1.61	18.33	32.77
7.15	123.80	15.59	1.99	110.20
7.16	35.20	22.02	0.00	13.18
7.17	14.54	27.88	11.99	(1.35)
7.18	16.76	37.51	19.74	(1.00)
7.19	19.30	6.28	11.42	24.44
7.20	69.23	4.19	12.90	77.94
8.1	2.79	13.45	15.64	4.97
8.2	16.95	30.79	23.16	9.32
8.3	18.63	59.98	38.98	(2.37)
8.4	0.00	44.06	0.00	(44.06)
8.5	0.00	23.05	89.12	66.07
8.6	0.13	5.58	65.86	60.41
8.7	14.28	24.54	43.77	33.50
9.1	31.39	18.20	18.67	31.87
9.2	0.00	20.58	12.32	(8.26)
9.3	92.41	0.00	35.87	128.28
10.1	0.00	25.98	48.49	22.51
10.2	3.61	25.69	19.89	(2.19)
10.3	4.16	0.34	1.45	5.27
11.1	8.00	81.28	98.31	25.03
11.2	1.62	140.90	61.42	(77.87)
11.3	13.80	12.23	16.64	18.22
11.4	5.54	47.80	9.70	(32.56)
11.5	4.54	23.15	61.69	43.08
11.6	15.95	72.03	12.48	(43.61)
11.7	13.24	40.21	15.00	(11.96)
11.8	7.08	16.61	33.32	23.79
11.9	8.68	32.88	19.06	(5.14)
12.1	30.85	42.75	15.20	3.29

Հավելված 6

Պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակը
բնութագրող՝ կապիտալի կառուցվածքի խմբի գործակիցները

N	Ֆինանսական ինքնավարություն	Ֆինանսական անկախություն
1.1	100.00%	100.00%
1.2	100.00%	87.30%
1.3	70.65%	70.33%
1.4	0.15%	0.12%
1.5	95.57%	84.15%
1.6	73.31%	60.13%
2.1	-21.51%	-7.28%
2.2	13.54%	12.78%
2.3	31.92%	29.31%
2.4	22.80%	16.28%
3.1	97.94%	93.91%
3.2	7.91%	6.57%
3.3	44.34%	28.23%
3.4	27.86%	22.28%
3.5	35.51%	28.68%
3.6	100.00%	92.06%
3.7	100.00%	100.00%
4.1	18.53%	18.21%
4.2	87.22%	73.68%
4.3	71.79%	71.64%
4.4	63.90%	61.96%
4.5	100.00%	93.34%
4.6	62.85%	55.92%
4.7	94.27%	84.14%
4.8	100.00%	93.00%
5.1	99.65%	96.96%
5.2	86.84%	84.13%
5.3	98.18%	96.42%
5.4	85.47%	79.69%
5.5	100.00%	89.57%
5.6	97.45%	92.29%
5.7	90.52%	90.16%
5.8	66.46%	66.28%
5.9	46.41%	42.08%
5.10	70.52%	67.23%
5.11	15.85%	14.80%
5.12	100.00%	99.91%
5.13	100.00%	99.53%
5.14	25.46%	25.14%
6.1	27.35%	26.68%
6.2	59.94%	57.40%
6.3	48.03%	46.20%
6.4	51.88%	45.95%

6.5	44.70%	37.71%
6.6	48.31%	40.77%
6.7	61.33%	54.89%
6.8	1.72%	1.69%
7.1	78.28%	72.81%
7.2	100.00%	97.01%
7.3	130.15%	-102.87%
7.4	34.66%	32.20%
7.5	80.67%	79.50%
7.6	94.88%	92.02%
7.7	100.00%	57.44%
7.8	100.00%	94.33%
7.9	100.00%	91.26%
7.10	59.83%	53.53%
7.11	91.78%	76.88%
7.12	100.00%	96.53%
7.13	46.22%	45.36%
7.14	29.45%	29.38%
7.15	100.00%	99.10%
7.16	75.09%	69.97%
7.17	25.41%	22.41%
7.18	30.53%	27.50%
7.19	85.25%	81.83%
7.20	78.84%	78.39%
8.1	16.91%	16.48%
8.2	24.28%	23.40%
8.3	95.75%	93.72%
8.4	100.00%	44.60%
8.5	49.44%	45.75%
8.6	46.44%	45.29%
8.7	12.32%	12.12%
9.1	39.09%	36.94%
9.2	100.00%	92.49%
9.3	64.08%	64.08%
10.1	14.42%	13.82%
10.2	11.88%	11.15%
10.3	100.00%	98.48%
11.1	71.61%	68.53%
11.2	100.00%	45.30%
11.3	96.61%	94.41%
11.4	26.02%	19.51%
11.5	99.77%	86.24%
11.6	91.85%	66.11%
11.7	68.84%	61.63%
11.8	69.13%	64.55%
11.9	62.70%	57.91%
12.1	76.81%	52.16%

Հավելված 7

**ՀՀ տարածքային միավորներում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը
բնութագրող ցուցանիշները**

N	Տարածաշրջանը	ԱՄՊՀ քանակ (10,000 բնակչի հաշվով)	Հիվ. հասր. քանակ (10,000 բնակչի հաշվով)	Հիվ հաս. մահճակալների քանակ (10,000 բնակչի հաշվով)	ԱՄՊՀ հաճախումներ (1 բնակչի հաշվով)
1	ԵՐԵՎԱՆ	1.27	0.49	69.77	4.90
2	ԱՐԱԳ-ԱԾՈՏՆ	1.92	0.48	13.39	2.80
2.1	Աշտարակ	2.23	0.34	11.15	3.40
2.2	Ապարան	1.90	0.47	23.70	2.10
2.3	Արագած	0.74	0.74	5.19	1.90
2.4	Թալին	1.89	0.63	14.15	2.50
3	ԱՐԱՐԱՏ	2.34	0.23	19.02	3.60
3.1	Արտաշատ	2.62	0.11	14.79	4.40
3.2	Վեդի	3.34	0.61	27.36	2.10
3.3	Մասիս	2.41	0.13	13.92	3.50
3.4	Արարատ	1.23	0.35	27.82	6.00
4	ԱՐՄՆՎԻՐ	2.27	0.15	13.46	3.50
4.1	Արմավիր	3.27	0.12	15.19	3.40
4.2	Բաղրամյան	3.65	0.00	0.00	2.50
4.3	Վաղարշապատ	1.80	0.15	11.26	3.40
4.4	Մեծամոր	0.39	0.39	29.07	8.40
5	ԳԵՂԱՐՔՈՒՆԻՔ	1.76	0.31	32.06	3.30
5.1	Վարդենիս	2.14	0.27	8.02	5.50
5.2	Գավառ	1.44	0.21	16.46	2.30
5.3	Մարտունի	2.03	0.23	14.67	3.10
5.4	Ճամբարակ	1.52	0.76	22.73	2.80
5.5	Սևան	1.25	0.50	115.29	3.10
6	ԼՈՒՒԻ	1.92	0.33	22.55	4.30
6.1	Գուգարք	2.65	0.00	0.00	2.30
6.2	Սպիտակ	1.41	0.28	18.31	2.40
6.3	Ստեփանավան	1.54	0.38	19.23	2.40
6.4	Տաշիր	1.13	0.56	22.60	3.70
6.5	Թումանյան	2.63	0.26	15.79	4.40
6.6	Վանաձոր	1.94	0.39	34.46	6.50
7	ԿՈՏԱՅՔ	1.87	0.40	19.05	3.70
7.1	Կոտայք	2.07	0.45	23.85	3.60
7.2	Նաիրի	2.10	0.35	15.73	3.20
7.3	Հրազդան	1.27	0.36	15.94	3.60
7.4	Զարենցավան	1.82	0.36	12.77	5.60
8	ՇԻՐԱԿ	1.38	0.65	35.48	4.10
8.1	Ամասիա	1.61	0.00	0.00	1.80
8.2	Անի	2.14	0.53	2.67	2.70
8.3	Արթիկ	1.26	0.42	10.69	2.70
8.4	Ախուրյան	1.89	0.54	11.32	3.50
8.5	Աշոցք	1.08	1.08	94.62	2.80

8.6	Գյումրի	1.16	0.80	56.49	5.30
9	ՄՅՈՒՆԻՔ	1.24	0.51	27.53	3.80
9.1	Գորիս	1.48	0.49	24.20	3.50
9.2	Կապան	0.71	0.53	32.80	4.30
9.3	Մեղրի	0.93	0.93	42.06	3.70
9.4	Սիսիան	2.02	0.34	16.84	3.40
10	ՎԱՅՈՑ ՁՈՐ	1.65	0.62	17.53	3.70
10.1	Վայք	2.04	1.02	35.71	3.40
10.2	Եղեգնաձոր	1.59	0.32	14.29	3.60
10.3	Ջերմուկ	1.39	1.39	6.94	6.30
11	ՏԱՎՈՒՇ	2.22	0.58	19.09	3.10
11.1	Իջևան	1.90	0.42	18.14	2.40
11.2	Նոյեմբերյան	3.31	0.37	19.12	2.80
11.3	Տավուշ	2.90	1.24	22.41	3.50
11.4	Դիլիջան	0.88	0.44	17.54	4.30

Հավելված 8

ՀՀ տարածքային միավորներում բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը
ընտրագրող ցուցանիշները (շարունակություն)

N	Հիվ. հասպ. բնորոշված հիվանդների քանակը (100 բնակչի հաշվով)	Մահ. Կար. միջ. զբաղված. (օր/365)	Մահճակային հիվանդի անցկացրած օրերի միջին թիվը	Բժիշկներ (10,000 բնակչի հաշվով)	Միջին բուժանձնակազմ (10,000 բնակչի հաշվով)
1	28.28	0.76	6.90	90.07	78.28
2	5.30	0.56	5.30	18.50	42.90
2.1	5.40	0.71	5.40	20.90	39.10
2.2	6.80	0.36	4.80	20.40	45.00
2.3	4.20	1.31	6.00	11.90	48.90
2.4	4.70	0.48	5.20	15.70	45.90
3	6.50	0.67	7.10	17.60	38.20
3.1	8.60	0.70	4.40	22.40	42.80
3.2	4.70	0.58	5.90	12.30	24.50
3.3	4.90	0.56	5.90	13.90	33.80
3.4	10.80	0.76	19.80	28.90	81.40
4	5.70	0.61	5.30	15.00	33.20
4.1	6.00	0.77	6.00	15.60	36.20
4.2	0.00	0.00	0.00	8.30	24.00
4.3	5.00	0.56	4.70	14.30	28.00
4.4	25.60	0.43	5.50	33.30	99.80
5	5.20	0.76	17.00	15.90	35.60
5.1	2.70	0.37	4.00	9.40	36.10
5.2	5.20	0.42	4.80	21.60	37.90
5.3	6.00	0.46	4.10	12.10	28.90
5.4	5.60	0.34	5.10	14.40	50.00
5.5	5.60	0.95	71.10	24.10	42.40
6	9.50	0.69	5.90	24.10	47.90
6.1	0.00	0.00	0.00	4.20	13.80

6.2	7.70	0.56	4.90	18.90	32.10
6.3	8.00	0.62	5.40	19.20	42.30
6.4	6.40	0.36	4.60	18.10	42.90
6.5	6.10	0.62	5.90	18.70	43.70
6.6	15.50	0.80	6.40	36.90	68.50
7	6.00	0.66	7.70	22.20	40.80
7.1	6.60	0.64	8.50	24.30	42.50
7.2	4.00	0.79	11.50	16.10	29.00
7.3	5.90	0.56	4.80	22.80	46.50
7.4	8.80	0.74	5.30	25.50	47.10
8	9.30	0.45	6.30	24.70	54.80
8.1	0.00	0.00	0.00	4.80	45.20
8.2	0.70	0.33	4.30	13.40	41.70
8.3	3.80	0.48	4.90	11.50	31.70
8.4	5.70	0.62	4.50	12.40	34.50
8.5	18.40	0.36	6.70	15.10	37.60
8.6	13.90	0.45	6.70	38.10	75.40
9	7.70	0.58	7.60	17.50	49.90
9.1	10.50	0.58	4.90	18.00	52.60
9.2	7.00	0.69	11.60	18.60	53.90
9.3	7.50	0.28	5.70	23.40	54.20
9.4	5.10	0.45	5.40	12.50	37.00
10	4.40	0.35	5.10	22.70	43.70
10.1	5.50	0.25	4.50	28.70	45.70
10.2	4.20	0.43	5.30	21.00	44.10
10.3	2.00	0.30	6.50	17.10	34.10
11	7.30	0.47	4.50	20.10	43.50
11.1	8.20	0.45	3.60	17.30	35.70
11.2	5.60	0.39	4.90	16.50	39.70
11.3	10.30	0.62	4.90	16.60	55.20
11.4	4.60	0.44	6.00	33.80	51.80

Հավելված 9

Գործոնային վերլուծության արդյունքում ՀՀ համայնքների գործոնային գնահատականները

Տարածաշրջանը	Գործոն I գնահատականը	Գործոն II գնահատականը	Գործոն III գնահատականը
Երևան	3.41	0.98	-0.13
Աշտարակ	-0.10	0.21	-0.86
Ապարան	-0.37	-0.26	0.32
Արագած	-0.37	0.99	0.06
Թալին	-0.47	-0.29	0.43
Արտաշատ	0.45	0.21	-1.62
Վեդի	-1.17	0.31	-0.20
Մասիս	-0.33	0.11	-1.15
Արարատ	1.54	0.83	-0.49

Արմավիր	-0.23	0.55	-1.84
Բաղրամյան	-1.17	-1.13	-1.31
Վաղարշապատ	-0.38	0.01	-0.86
Մեծամոր	3.43	-0.85	0.18
Վարդենիս	-0.08	-0.68	-0.63
Գավառ	-0.33	-0.13	-0.27
Մարտունի	-0.51	-0.17	-0.56
Ճամբարակ	-0.40	-0.56	1.18
Սևան	-1.26	5.47	1.00
Գուգարք	-1.42	-1.14	-0.81
Սպիտակ	-0.34	0.11	-0.25
Ստեփանավան	-0.18	0.17	-0.15
Տաշիր	-0.09	-0.50	0.76
Թումանյան	0.16	0.08	-1.11
Վանաձոր	1.94	0.34	-0.83
Կոտայք	0.01	0.34	-0.32
Նաիրի	-0.58	0.77	-0.77
Հրազդան	0.17	-0.12	-0.15
Չարենցավան	0.85	0.03	-0.86
Ամասիա	-0.84	-1.29	-0.28
Անի	-0.73	-0.70	0.15
Արթիկ	-0.68	-0.25	0.20
Ախուրյան	-0.39	-0.13	-0.06
Աշոցք	-0.30	0.44	2.94
Գյումրի	1.47	-0.10	1.32
Գորիս	0.31	-0.07	0.17
Կապան	0.30	0.48	0.53
Մեղրի	0.06	-0.53	2.02
Սիսիան	-0.40	-0.20	-0.28
Վայք	-0.25	-0.64	1.67
Եղեգնաձոր	-0.04	-0.31	-0.21
Ջերմուկ	-0.27	-1.29	2.27
Իջևան	-0.39	-0.22	0.01
Նոյեմբերյան	-0.50	-0.20	-0.67
Տավուշ	-0.08	-0.33	1.20
Դիլիջան	0.54	-0.35	0.27

Հավելված 10

ՀՀ համայնքներում բժշկական ծառայությունների հասանելիության գործոնային ամփոփ գնահատականները

<i>Տարածաշրջանը</i>	<i>Ամփոփ գնահատականը</i>
Երևան	1.36
Աշտարակ	-0.13
Ապարան	-0.13
Արագած	0.09
Թալին	-0.15
Արտաշատ	-0.06
Վեդի	-0.37
Մասիս	-0.28
Արարատ	0.62
Արմավիր	-0.26
Բաղրամյան	-0.85
Վաղարշապատ	-0.27
Մեծամոր	1.03
Վարդենիս	-0.27
Գավառ	-0.18
Մարտունի	-0.30
Ճամբարակ	-0.06
Սևան	0.87
Գուգարք	-0.86
Սպիտակ	-0.13
Ստեփանավան	-0.05
Տաշիր	-0.01
Թումանյան	-0.11
Վանաձոր	0.60
Կոտայք	0.02
Նաիրի	-0.16
Հրազդան	0.01
Չարենցավան	0.16
Ամասիա	-0.60
Անի	-0.37
Արթիկ	-0.25
Ախուրյան	-0.17
Աշոցք	0.47
Գյումրի	0.70
Գորիս	0.12
Կապան	0.29
Մեղրի	0.24
Սիսիան	-0.23
Վայք	0.05
Եղեգնաձոր	-0.11
Ջերմուկ	0.01
Իջևան	-0.18
Նոյեմբերյան	-0.32
Տավուշ	0.10
Դիլիջան	0.16

Բուժկազմակերպությունների ղեկավար անձնակազմի համար
նախատեսված հարցում

1. Նշեք Ձեր տարիքը: *

- ☐ 66 և բարձր
- ☐ 51-65
- ☐ 36-50
- ☐ 21-35
- ☐ 20 և ցածր

2. Նշեք Ձեր սեռը: *

- ☐ արական
- ☐ իգական

3. Նշեք Ձեր աշխատանքային փորձը առողջապահական ոլորտում: *

- ☐ 21 տարի և ավելի
- ☐ 11-20 տարի
- ☐ 6-10 տարի
- ☐ 3-5 տարի
- ☐ 1-2 տարի
- ☐ 1 տարուց պակաս

4. Նշե՞ք Ձեր աշխատանքային փորձը տվյալ կազմակերպությունում: *

- ☐ 21 տարի և ավելի
- ☐ 11-20 տարի
- ☐ 6-10 տարի
- ☐ 3-5 տարի
- ☐ 1-2 տարի
- ☐ 1 տարուց պակաս

5. Նշե՞ք Ձեր հաստիքը: *

Your answer

6. Նշե՞ք Ձեր մասնագիտությունը: *

Your answer

7. Խնդրում ենք նշել Ձեր մոտեցումը, բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացման պլանների մշակմանը մասնակցում է նաև բուժանձնակազմը: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

8. Խնդրում ենք նշել Ձեր մոտեցումը բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումը կատարվում է հաճախորդների կարծիքների հիման վրա: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

9. Որքանով են հիվանդները կարողանում ազդել բուժօգնությունների որակի բարելավման վրա (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

չունեն ազդեցություն ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ունեն բացարձակ
ազդեցություն

10. Ինչպիսի՞ն է մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ հաճախորդների/այցելուների/հիվանդների վստահության աստիճանը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

չունեն վստահություն ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ունեն բացարձակ
վստահություն

11. Որքա՞ն եք գնահատում հիվանդների բողոքներին ու ստեղծված խնդրահարույց իրավիճակներին միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների կողմից օպերատիվ լուծում տալու ունակությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

չունեն օպերատիվություն ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

բացարձակ օպերատիվ են

12. Արդյոք կա՞ անհրաժեշտություն բուժկազմակերպության աշխատակիցների պարբերական վերապատրաստումների: *

- ☐ Ոչ
- ☐ Այո, տարին մեկ անգամ
- ☐ Այո, երեք տարին մեկ անգամ
- ☐ Այո, հինգ տարին մեկ անգամ
- ☐ Այլ _____

13. Որքանո՞վ են միջին բուժանձնակազմը և բժիշկները գնահատված ղեկավար անձնակազմի կողմից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ընդհանրապես գնահատված չեն ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ լիովին գնահատված են

14. Որքա՞ն կգնահատեք կառավարման համակարգի կազմակերպման արդյունավետությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ընդհանրապես արդյունավետ չէ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ բացարձակ արդյունավետ է

15. Որքանո՞վ եք գոհ որակի բարելավմանն ուղղված Ձեր ջանքերից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ամբողջությամբ դժգոհ եմ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ամբողջությամբ գոհ եմ

16. Ինչպե՞ս եք գնահատում հասարակությանը և խմբերին Ձեր՝ բժշկական ծառայությունների և բուժման գործընթացների որակի մասին հաղորդելու ունակությունը և հասարակայնության հետ կապերի մակարդակը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ցածր ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ բարձր

17. 1-10 բալային համակարգով գնահատե՛ք Ձեր բուժկազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը՝ մատչելիության, հիվանդի հարմարավետության և հասանելիության տեսանկյունից: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 որակը շատ ցածր է ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ որակը բացարձակ բարձր է

18. Ինչդուր՞ ենք նշել Ձեր մոտեցումը, բուժփաստատուության ծառայությունների մատուցման արդյունքում հիվանդները հիմնականում կլինեն՝ *

- ☐ լիովին բավարարված
- ☐ մասամբ բավարարված
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ մասամբ դժգոհ
- ☐ շատ դժգոհ

19. Ինչդուր՞ ենք նշել Ձեր մոտեցումը, կազմակերպությունը քաջատեղյակ է հիվանդների ներկա կարիքներից և ակնկալիքներից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ընդհանրապես տեղյակ չե՛ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ամբողջովին տեղյակ է

20. Խնդրում ենք նշել Ձեր մոտեցումը, վերջին մի քանի տարիների ընթացքում կազմակերպությունն իրականացրել է մատուցվող ծառայությունների որակի կայուն և շոշափելի բարելավումներ: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

22. Որքանո՞վ է կազմակերպության ղեկավարության կողմից իրականացվող կառավարման քաղաքականությունն արդյունավետ ծառայությունների որակի բարելավում ապահովելու տեսանկյունից (զնահատե՞ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

բացարձակ անարդյունավետ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ բացարձակ արդյունավետ
է

21. Խնդրում ենք նշել Ձեր մոտեցումը, Ձեր կառավարման ոճը որակի բարելավման հաջողությունների նկատմամբ վստահություն է ներշնչում միջին բուժանձնակազմին և բժիշկներին: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

23. Որքա՞ն եք գնահատում կազմակերպությունում խնդրահարույց իրավիճակների հայտնաբերման և նույնականացման գործընթացների արդյունավետությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

բացարձակ
անարդյունավետ են

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

բացարձակ արդյունավետ
են

24. Որքա՞ն եք գնահատում բուժանձնակազմի աշխատանքային մոտիվացիան և դրա բարձրացմանը ուղղված դեկավարության ջանքերը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

մոտիվացիան և
ջանքերը բացակայում են

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

մոտիվացիան բարձր է ու
ջանքերը բացարձակ
արդյունավետ են

25. Խնդրում ենք նշել Ձեր մոտեցումը պետական քաղաքականության պահանջները և հրամայականները խոչընդոտում են բուժկազմակերպության աշխատանքի ինքնուրույն կազմակերպմանն ու արդյունավետությանը: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

26. Որքա՞ն է պետական քաղաքականության հրամայականների ու պահանջների ազդեցությունը աշխատապրոցեսում ինքնուրույնության և աշխատանքի արդյունավետության վրա (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ազդեցություն
բացարձակապես առկա չէ

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

առկա է բացարձակ
ազդեցություն

27. Որքա՞ն եք գնահատում աշխատակիցների՝ կոլեկտիվում ընդգրկվածության աստիճանը և թիմային աշխատանքի ունակությունները (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
բացակայում են ընդգրկվածությունը և թիմային աշխատանքի ունակությունները	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ամկա են լրիվությամբ ընդգրկվածություն և թիմային աշխատանքի ունակություններ

28. Որքա՞ն եք գնահատում միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների հայացքների և գործողությունների համապատասխանությունը բուժկազմակերպության գործունեությանն ու ռազմավարությանը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
համապատասխանություն բացարձակ ամկա չէ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ամկա է բացարձակ համապատասխանություն

29. Որքա՞ն եք գնահատում բուժկազմակերպության առավելությունները մրցակիցների նկատմամբ (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ընդհանրապես առավելություններ ամկա չեն	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ամկա են բացարձակ առավելություններ

30. Բժշկական կազմակերպության ղեկավարման գործընթացում հետևյալ գիտելիքների և հմտությունների անհրաժեշտությունը գնահատել 1-8 բալային համակարգով (8 գնահատել ամենակարևոր գիտելիքները կամ հմտությունները, 1 գնահատել նվազագույն կարևորության գիտելիքները կամ հմտությունները, մինչև զնահատականը չի կարող տրվել 1-ից ավելի տարբերակների):

	1	2	3	4	5	6	7	8
Բժշկական գիտելիքներ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ֆինանսական գիտելիքներ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Առաջնորդման հմտություններ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Համակարգչային ծրագրերի իմացություն	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Բանակցային հմտություններ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Կառավարման տեսական գիտելիքներ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Լեզուների իմացություն	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Մարքեթինգային հմտություններ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Կառավարման հետևյալ համակարգերից որո՞նց եք ծանոթ: *

- ☐ Համատեղ կառավարում
- ☐ Լիազորագրային կառավարում
- ☐ Հավատարմագրային կառավարում
- ☐ Այլ _____

32. Արդյոք կարծու՞մ եք, որ պետական մասնաբաժնով բժշկական կազմակերպությունները պետք է մասնավորեցվեն: *

- ☐ Այո
- ☐ Ոչ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Այլ _____

33. Հետևյալ պնդման վերաբերյալ նշե՛լ Ձեր մոտեցումը. Կազմակերպության աշխատակիցները պետք է ակտիվորեն և նշանակալի կերպով մասնակցեն կազմակերպության կառավարման գործընթացներին: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

34. Հետևյալ տարբերակներից ընտրել Ձեր կազմակերպությանը ամենաբնորոշ տարբերակը: *

- ☐ Կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է անպայմանորեն տիրապետի կազմակերպությունում տեղի ունեցող բոլոր գործընթացներին՝ այդ կերպ իր վերահսկողության տակ պահելով ամբողջ համակարգը և այդ կերպ ապահովելով բարձր արդյունավետություն:
- ☐ Կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է իրականացնի բարձր և միջին կարևորության գործընթացների կառավարում՝ ցածր կարևորությամբ հարցերը պատվիրակելով կատարող անձնակազմին:
- ☐ Կազմակերպության ղեկավար անձնակազմը պետք է իրականացնի բարձր կարևորության գործընթացների կառավարում՝ միջին և ցածր կարևորությամբ հարցերը պատվիրակելով կատարող անձնակազմին:
- ☐ Կազմակերպության ղեկավարը չպետք է զբաղվի բուն կառավարման գործընթացով և կառավարման ողջ համակարգը պետք է վստահի ավելի ցածր մակարդակի կառավարիչներին:

35. Կառավարման գործընթացում հետևյալ գործառնությունների կարևորությունը գնահատել 1-5 բալային սանդղակով, որտեղ 5 գնահատականը նշանակում է շատ բարձր կարևորությամբ գործառնություն, իսկ 1-ը՝ շատ ցածր կարևորությամբ:

*

	1	2	3	4	5
Պլանավորում	☐	☐	☐	☐	☐
Կազմակերպում	☐	☐	☐	☐	☐
Մոտիվացիա	☐	☐	☐	☐	☐
Վերահսկողություն	☐	☐	☐	☐	☐

36. Ինչպե՞ս կբնութագրեք Ձեր կազմակերպության կառավարման համակարգը (ընտրե՛ք ամենամոտ տարբերակը): *

- ☐ Կազմակերպությունում ղեկավար կազմն ունի մի քանի (ավելի, քան 5) մակարդակ, որոնցից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ առկա են փոքրաթիվ (ոչ ավելի, քան 5) աշխատակիցներ:
- ☐ Կազմակերպությունում ղեկավարների մակարդակները շատ չեն (ոչ ավելի, քան 5), և ղեկավարներից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ մեծաթիվ աշխատակիցներ կան (ավելի, քան 5):
- ☐ Կազմակերպությունում ղեկավարներն ունեն մի քանի մակարդակներից (ավելի, քան 5) յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ առկա են մեծաթիվ աշխատակիցներ (ավելի, քան 5 աշխատակից):
- ☐ Կազմակերպությունում ղեկավարների առկա մակարդակները շատ չեն (ոչ ավելի, քան 5), և ղեկավարներից յուրաքանչյուրի ենթակայությամբ առկա են փոքրաթիվ (ոչ ավելի, քան 5) աշխատակիցներ:

37. Կառավարման գործընթացում հետևյալ առանձին համակարգերի կարևորությունը գնահատել 1-5 բալային սանդղակով, որտեղ 5 գնահատականը նշանակում է, որ համակարգը շատ բարձր կարևորությամբ է, իսկ 1-ը՝ շատ ցածր:

	1	2	3	4	5
Երկարաժամկետ/ ռազմավարական կառավարում	☐	☐	☐	☐	☐
Միջնաժամկետ կառավարում	☐	☐	☐	☐	☐
Կարճաժամկետ/ օպերատիվ կառավարում	☐	☐	☐	☐	☐

**Բուժկազմակերպությունների միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների համար
նախատեսված հարցում**

1. Նշեք Ձեր տարիքը: *

- ☐ 66 և բարձր
- ☐ 51-65
- ☐ 36-50
- ☐ 21-35
- ☐ 20 և ցածր

2. Նշեք Ձեր սեռը: *

- ☐ արական
- ☐ իգական

3. Նշեք Ձեր աշխատանքային փորձը առողջապահական ոլորտում: *

- ☐ 21 տարի և ավելի
- ☐ 11-20 տարի
- ☐ 6-10 տարի
- ☐ 3-5 տարի
- ☐ 1-2 տարի
- ☐ 1 տարուց պակաս

4. Նշե՞ք Ձեր աշխատանքային փորձը տվյալ կազմակերպությունում: *

- ☐ 21 տարի և ավելի
- ☐ 11-20 տարի
- ☐ 6-10 տարի
- ☐ 3-5 տարի
- ☐ 1-2 տարի
- ☐ 1 տարուց պակաս

5. Նշե՞ք Ձեր հաստիքը: *

Your answer

6. Նշե՞ք Ձեր մասնագիտությունը: *

Your answer

7. Նշե՞ք Ձեր մոտեցումը, միջին բուժանձնակազմը և բժիշկները ևս մասնակցում են բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացման պլանների մշակմանը: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

8. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումը կատարվում է հաճախորդների կարծիքների հիման վրա: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

9. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը բուժհաստատության ղեկավարները գործում են հիվանդների խնամքի և ծառայությունների որակը բարելավելու առաջարկների հիման վրա: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

10. Ինչպիսի՞ն է մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ հաճախորդների/ այցելուների/հիվանդների վստահության աստիճանը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

վստահություն առկա չէ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

առկա է բացարձակ
վստահություն

11. Որքա՞ն էք գնահատում Ձեր կողմից հիվանդների բողոքներին ու ստեղծված խնդրահարույց իրավիճակներին օպերատիվ լուծում տալու ունակությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

բացակայում է
օպերատիվությունը



առկա է բացարձակ
օպերատիվություն

12. Արդյո՞ք կա՝ անհրաժեշտություն Ձեր մասնագիտական հմտությունների ու գիտելիքների բարձրացման նպատակով կազմակերպվող պարբերական վերապատրաստումների: *

☐ Ոչ

☐ Այո, տարին մեկ անգամ

☐ Այո, երեք տարին մեկ անգամ

☐ Այո, հինգ տարին մեկ անգամ

☐ Այլ _____

13. Որքա՞նով էք գնահատված ղեկավար անձնակազմի կողմից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ընդհանրապես գնահատված
չենք



լիովին գնահատված ենք

14. Որքա՞ն կգնահատեք կառավարման համակարգի կազմակերպման արդյունավետությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ընդհանրապես արդյունավետ
չէ



լիովին արդյունավետ է

15. Որքանո՞վ եք գոհ որակի բարելավմանն ուղղված կազմակերպության ջանքերից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ամկա են
դժգոհություններ

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ամբողջությամբ
գոհացուցիչ
են ջանքերը

16. Որքա՞ն եք գնահատում հասարակությանը և խմբերին Ձեր՝ բժշկական ծառայությունների և բուժման գործընթացների որակի մասին հաղորդելու ունակությունը և հասարակայնության հետ կապերի մակարդակը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

բարձր

17. Գնահատե՛ք Ձեր բուժկազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը՝ մատչելիության, հիվանդի հարմարավետության և հասանելիության տեսանկյունից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

բարձր

18. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը բուժիաստատության ծառայությունների մատուցման արդյունքում հիվանդները հիմնականում կլինեն... *

- ☐ լիովին բավարարված
- ☐ մասամբ բավարարված
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ մասամբ դժգոհ
- ☐ շատ դժգոհ

19. Կազմակերպությունը քաջատեղյակ է հիվանդների ներկա կարիքներին և ակնկալիքներին (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

բացարձակապես տեղյակ չե՛ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ լիովին տեղյակ է

20. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը վերջին մի քանի տարիների ընթացքում կազմակերպությունը ցուցաբերել է մատուցվող ծառայությունների որակի կայուն և շոշափելի բարելավումներ: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

21. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը, բուժկազմակերպության ղեկավարության կառավարման ոճը վստահություն է ներշնչում որակի բարելավման հաջողությունների նկատմամբ: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

22. Որքանո՞վ է կազմակերպության ղեկավարության կողմից իրականացվում կառավարման արդյունավետ քաղաքականություն խնամքի և ծառայությունների որակի բարելավում ապահովելու տեսանկյունից (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

քաղաքականությունը
անարդյունավետ է



քաղաքականությունը լիովին
արդյունավետ է

23. Որքա՞ն եք գնահատում կազմակերպությունում խնդրահարույց իրավիճակների հայտնաբերման և նույնականացման գործընթացների արդյունավետությունը (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր



բարձր

24. Որքա՞ն եք գնահատում բուժկազմակերպության ջանքերը աշխատակիցների մոտիվացիայի բարձրացման տեսանկյունից (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր



բարձր

25. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը. աշխատանքի կազմակերպման սահմանված նորմերն ու պահանջները խոչընդոտում են աշխատանքի ինքնուրույն կազմակերպմանն ու արդյունավետությանը: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

26. Որքա՞ն եք գնահատում գործընկերների՝ Ձեզ օգնելու պատրաստակամությունը և թիմային մտածելակերպի մակարդակը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ բարձր

27. Որքա՞ն եք գնահատում միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների հայացքների և գործողությունների համապատասխանությունը բուժկազմակերպության գործունեությանն ու ռազմավարությանը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

առկա չէ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ միովին

համապատասխանություն համապատասխանում են

28. Որքա՞ն եք գնահատում բուժկազմակերպության առավելությունները մրցակիցների նկատմամբ (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

առավելություններ առկա
չեն

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

առկա են բացարձակ
առավելություններ

29. Հաշվի առնելով Ձեր փորձը տվյալ բժշկական կազմակերպությունում՝ որքա՞ն է հավանականությունը, որ Դուք Ձեր հարազատներին և ընկերներին խորհուրդ կտաք օգտվել այդ հաստատության ծառայություններից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ցածր

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

բարձր

30. Հետևյալ պնդման հետ կապված ընտրե՛լ 1 տարբերակ. կազմակերպության աշխատակիցները հստակ պատկերացում են, թե ինչի է ձգտում հասնել կազմակերպությունը: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

31. Հետևյալ պնդման հետ կապված ընտրել 1 տարբերակ. ես ամբողջությամբ բավարարված եմ կազմակերպության զարգացման ընտրված ուղղությամբ: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

32. Հետևյալ պնդման հետ կապված ընտրել 1 տարբերակ. կազմակերպության ղեկավարությունը հեշտությամբ ընդունում է աշխատակիցների կողմից կատարված դիտողությունները: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

33. Հետևյալ պնդման հետ կապված ընտրել 1 տարբերակ. կազմակերպության ղեկավարությունը գիտակցում և ընդունում է այն խնդիրները, որոնց բախվում են աշխատակիցները ամենօրյա աշխատանքում: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

34. Խնդրում ենք գնահատել Ձեր անմիջական ղեկավարի աշխատանքից Ձեր բավարարվածությունը 1-10 բալային համակարգով (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

բացարձակ բավարարված
չեմ

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

լիովին բավարարված եմ

Հավելված 13

Բուժկազմակերպությունների ծառայություններից օգտվող ազգաբնակչության համար նախատեսված հարցում

1. Նշեք Ձեր տարիքը: *

- ☐ 66 և բարձր
- ☐ 51-65
- ☐ 36-50
- ☐ 21-35
- ☐ 20 և ցածր

2. Նշեք Ձեր սեռը: *

- ☐ արական
- ☐ իգական

3. Նշեք այն մարզը, որտեղ մշտապես բնակվում եք: *

Choose



4. Նշեք Ձեր մասնագիտությունը: *

Your answer

5. Խնդրում եմ նշեք Ձեր մոտեցումը բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումը կատարվում է հաճախորդների և ազգաբնակչության կարծիքների հիման վրա: *

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

6. Եթե ունեք և օգտվում եք առողջապահական ապահովագրության փաթեթից, ապա գնահատեք դրա ներկա վիճակը: *

- ☐ Չունեմ, չեմ օգտվում
- ☐ Ունեմ, չեմ օգտվում
- ☐ Օգտվում եմ, շատ գոհ եմ
- ☐ Օգտվում եմ, գոհ եմ
- ☐ Օգտվում եմ, դժգոհ եմ
- ☐ Օգտվում եմ, շատ դժգոհ եմ
- ☐ Այլ _____

7. Գնահատե՛ք բուժօգնությունների որակի բարելավման վրա ազդելու Ձեր կարողությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

8. Ինչպիսի՞ն է մատուցվող ծառայությունների նկատմամբ Ձեր վստահության աստիճանը (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

9. Որքա՞ն եք զնահատում Ձեր բողոքներին ու ստեղծված խնդրահարույց իրավիճակներին բուժանձակազմի օպերատիվ լուծում տալու ունակությունը (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

10. Որքա՞ն կզնահատեք բուժանձնակազմի բավարարվածությունը իրենց աշխատանքից և աշխատանքային պայմաններից (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

11. Որքա՞նով եք գոհ կազմակերպության՝ որակի բարելավմանն ուղղված ջանքերի արդյունքներից (զնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
դժգոհ եմ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	գոհ եմ

12. Որքա՞ն եք գնահատում բուժկազմակերպության հասարակայնության հետ կապերի մակարդակը և բուժման գործընթացների ու ծառայությունների որակի մասին հասարակությանը իրազեկելու ունակությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

13. Ոնհա՞տե՛ք բուժկազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը մատչելիության, հարմարավետության և հասանելիության տեսանկյունից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

14. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը. բուժհաստատության ծառայությունների մատուցման արդյունքում Դուք հիմնականում կլինեք...

- ☐ լիովին բավարարված
- ☐ մասամբ բավարարված
- ☐ դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ մասամբ դժգոհ
- ☐ շատ դժգոհ

15. Բժշկական կազմակերպությունը քաջատեղյակ է հիվանդների ներկա կարիքներից և ակնկալիքներից (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
բացարձակ տեղյակ չէ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	լիովին տեղյակ է

16. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը. վերջին մի քանի տարիների ընթացքում կազմակերպությունը ցուցաբերել է բժշկական, վիրաբուժական և մանկաբարձական հիվանդներին տրամադրվող խնամքի որակի կայուն և շոշափելի բարելավումներ:

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

17. Նշե՛ք Ձեր մոտեցումը. կազմակերպության կողմից իրականացվում են խնամքի և ծառայությունների որակի բարելավմանն ուղղված քայլեր:

- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն չեմ
- ☐ Համաձայն չեմ
- ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել
- ☐ Համաձայն եմ
- ☐ Ամբողջությամբ համաձայն եմ

18. Որքա՞ն եք գնահատում բուժանձնակազմի աշխատանքային մոտիվացիան (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

19. Որքա՞ն եք գնահատում միջին բուժանձնակազմի և բժիշկների մոտեցումների և գործողությունների համապատասխանությունը (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

20. Որքա՞ն եք գնահատում բուժկազմակերպության առավելությունները մրցակիցների նկատմամբ (գնահատե՛ք 1-10 բալային համակարգով): *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

21. Ինչպիսի՞ հաճախականությամբ եք օգտվում բժշկական ծառայություններից: *

- ☐ Յուրաքանչյուր շաբաթ
- ☐ Յուրաքանչյուր ամիս
- ☐ Յուրաքանչյուր քառամսյակը մեկ անգամ
- ☐ Յուրաքանչյուր տարի
- ☐ Ավելի հազվադեպ, քան վերոնշյալ տարբերակներն են

22. Առավել հաճախ եք օգտվում ինչպիսի՞ բժշկական կազմակերպություններից:

- ☐ Պետական մասնաբաժնով բժշկական կազմակերպություններից
- ☐ Մասնավոր մասնաբաժնով բժշկական կազմակերպություններից

23. Ձեր տարածքային բժշկական կազմակերպությունում որքա՞ն հաճախ եք բախվում խնդիրների: *

- ☐ Յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ
- ☐ Գրեթե միշտ
- ☐ Հաճախ
- ☐ Հազվադեպ
- ☐ Երբեք

24. 1-10 բալային համակարգով գնահատե՛ք Ձեր բավարարվածությունը Ձեր տարածքային բժշկական կազմակերպության կողմից մատուցվող ծառայություններից: *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ցածր	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	բարձր

25. Նշե՛ք այն գործոնները, որոնք ըստ Ձեզ հանգեցնում են բժշկական ծառայությունների մատուցման որակի անկման (նշե՛ք առավելագույնը երեք տարբերակ): *

- ☐ Դեկավար անձնակազմի սխալ աշխատանք
- ☐ Բժշկական կազմակերպությունների ցածր ֆինանսավորում
- ☐ Վերահսկողական համակարգերի բացակայություն
- ☐ Բժշկական սարքավորումների սակավություն
- ☐ Սպասարկման ցածր որակ
- ☐ Աշխատակիցների ցածր մոտիվացիա
- ☐ Բժշկական անձնակազմի մասնագիտական ցածր որակներ
- ☐ Գործընթացի կազմակերպման սխալ համակարգ
- ☐ Պլանավորված աշխատանքի բացակայություն

Руководитель исследовательской группы

АМАЗАСП ГАЛСТЯН

кандидат экономических наук

Состав исследовательской группы

ГАГИК БАДАДЯН

магистрант

САСУН СААКЯН

магистрант

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

DOI: 10.52174/978-9939-61-225-6

Эффективность деятельности каждой организации в первую очередь определяется институциональной структурой данной организации. Последнее оказывает прямое влияние на эффективность текущей деятельности организации, а также на процессы определения, планирования и реализации стратегических целей.

Эффективность управления организацией - один из ключевых показателей результативности, он напрямую отражает соответствие или несоответствие системы менеджмента бизнес-процессам организации. Другими словами, оптимальная или неоптимальная деятельность организации зависит от системы менеджмента. Однако, когда дело касается организаций, предоставляющих медицинские услуги, особенно государственных, неэффективная система управления может привести к таким проблемам, как:

- Снижение качества предоставляемых медицинских услуг,
- Неправильное оказание и организация медицинских услуг, и как следствие, неполная реализация стратегических целей и проектов сферы, установленных исполнительным органом Республики Армения,
- Общественный скептицизм или низкий уровень доверия к системе здравоохранения и медицинским организациям,
- Приток или отсутствие высококвалифицированного медицинского персонала,
- Сокращение финансирования организации и т.д.

С этой точки зрения исследование эффективности системы управления государственными медицинскими организациями является актуальным, и необходимо создание структуры, способствующей ее качественному совершенствованию.

Соответственно, основной целью исследования была оценка эффективности системы управления государственными медицинскими организациями, а также изучение внешних и внутренних факторов, влияющих на эту эффективность. В то же время исследование направлено на разработку эффективных механизмов, которые повысят эффективность систем управления.

Для достижения указанной цели в рамках исследования были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать текущее состояние государственных медицинских организаций РА.
2. Оценить расположенность этих организаций в стране.
3. Оценить влияние государственных медицинских организаций в контексте обеспечения сбалансированного развития доступа к услугам здравоохранения в городской и сельской местности, а также в контексте улучшения показателей здоровья населения.
4. Оценить факторы, препятствующие эффективности системы менеджмента этих организаций, а также изучить возможные направления их преодоления.
5. Изучить приоритеты принципов, используемых высшим и средним менеджментом в государственных медицинских организациях в контексте эффективности управления.
6. Изучить современные организационно-правовые формы государственных медицинских организаций, возможности и целесообразность использования альтернативных моделей.

В контексте реализации поставленных целей и задач в качестве объекта исследования была определена система общественного здравоохранения Республики Армения с ее характерными инфраструктурами, функциями и компонентами.

Предметом изучения исследования являются государственные медицинские организации Республики Армения, их системы и уровни управления, оценка их финансово-экономического состояния, а также обеспечение доступа к медицинским услугам через эти организации.

Изучение объекта и предмета исследования согласно поставленным целям и задачам обобщено в 4 главах, краткое описание которых представлено ниже.

Первая глава исследования посвящена оценке финансово-экономической эффективности государственных медицинских организаций Республики Армения. Глава состоит из 5 подразделов, первая из которых представляет собой попытку проанализировать рентабельность государственных медицинских организаций Республики Армения. Оценка рентабельности в основном проводилась посредством анализа коэффициентов, в частности, рассчитывались такие показатели, как чистая маржа, рентабельность активов, рентабельность собственного капитала и задействованного капитала, а также индексы оборачиваемости собственного и задействованного капитала.

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что финансово эффективная система государственных медицинских организаций как таковая в Армении еще не создана, так как рентабельность этих организаций минимальна. Следует отметить, что в связи с этим существует объективная необходимость в разработке системы, которая позволит повысить эффективность использования государственных средств с учетом как альтернативности вложений, так и необходимости обеспечения доступа к медицинским услугам.

Во втором подразделе первой главы было проведено исследование управления оборотным капиталом государственных медицинских организаций, в связи с чем были рассчитаны показатели оборачиваемости резервов, а также дебиторских, кредиторских и денежных потоков.

Исследования показывают, что рассматриваемые компании с точки зрения эффективности управления оборотным капиталом, в целом преуспели в управлении потоками резервов, обеспечивая более короткий цикл оборачиваемости. В то же время управление потоками незавершенной торговли (дебиторская и кредиторская задолженность) государственными медицинскими организациями в значительной степени можно оценить как положительное в связи с различиями в продолжительности двух потоков: в частности, в среднем, дебиторская задолженность взыскивается в 2.17 раз быстрее, чем оплачивается кредиторская задолженность. Мы также можем считать достаточным управление денежным циклом, исходя из изучения их обращения. В целом ситуацию можно оценить как удовлетворительную.

Таким образом, эффективность процесса управления оборотным капиталом государственными медицинскими организациями Республики Армения можно оценить выше среднего. Однако следует отметить, что у некоторых организаций явно есть определенные проблемы управления оборотным капиталом.

Говоря об особенностях управления оборотным капиталом государственных медицинских организаций РА, необходимо упомянуть и о компоненте ликвидности этих организаций. Поэтому в следующей части исследования была предпринята попытка оценить ликвидность государственных медицинских организаций РА.

В исследовании оценка ликвидности основана на расчете текущих, быстрых и абсолютных коэффициентов. Анализ результатов этих коэффициентов свидетельствует о том, что независимо от того, насколько эффективно контролируемые организации управляют цикличностью оборотного капитала, они все равно не могут предоставить те объемы компонентов оборотного капитала, за счет которых возможно решение проблем с низкой ликвидностью. В результате этого мы имеем ситуацию, когда не менее 1/3 государственных медицинских организаций имеют серьезные проблемы с ликвидностью. Это означает, что текущие активы этих организаций меньше текущих обязательств и в принципе оборотные активы формируются за счет краткосрочных обязательств, а это может стать причиной неплатежеспособности организации. Понятно, что неплатежеспособность логически приведет к банкротству, и последнее является одной из причин прекращения деятельности организации, чего нельзя допускать в случае государственных организаций.

В четвертом подразделе был проведен анализ, в котором оценивается структура капитала государственных медицинских организаций Республики Армения, что является одним из важнейших факторов, определяющих финансовую устойчивость любой организации. Исследование структуры капитала обобщено в расчетах показателей финансовой независимости и финансовой автономии.

Средние показатели финансовой независимости и финансовой автономии в государственных медицинских организациях можно считать достаточными, но если приглядеться внимательно, становится ясно, что эти показатели в значительной степени отклоняются от среднего. Это свидетельствует о том, что данные организации приняли обратные принципы управления капиталом.

Примечательно, что некоторые организации имеют финансовый риск из-за высоких финансовых затрат, что является следствием низкого уровня финансовой независимости и автономии, в то время как некоторые организации рискуют компенсиро-

вать эффект финансового рычага из-за небольшого веса заемных средств в задействованном капитале.

Таким образом, говорить об удовлетворительной ситуации для государственных медицинских организаций с точки зрения структуры капитала не очень обосновано. В этой связи важнейшей проблемой являются существенные различия в принципах управления капиталом, которые можно исправить, внедрив универсальные механизмы управления капиталом.

В конце первой главы исследования был проведен многофакторный кластерный анализ. Для анализа использовался статистический пакет SPSS. Независимыми переменными в кластерном анализе были коэффициенты, рассчитанные в предыдущих четырех подразделах. Многофакторный анализ доказывает, что ситуация не совсем благоприятная, особенно для государственных медицинских организаций.

В целом результаты анализа дают основание утверждать, что финансовое управление государственными медицинскими организациями не является самым эффективным, а принципы, принятые организациями, часто противоречивы и не столь обоснованы. В связи с этим для значительного повышения финансовой эффективности (последняя является основой и частью эффективной системы управления) необходимо разработать общую концепцию и путеводитель финансового менеджмента.

Вторая глава исследования, в отличие от анализа внутренней среды, проведенного в первой главе, больше фокусируется на анализе внешней среды. В этом контексте, в первую очередь, было изучено финансирование системы здравоохранения в Республике Армения. Анализ проводился посредством как структурных, так и динамических наблюдений.

Структура финансирования системы здравоохранения РА по характеру потоков в основном (более 98,5%) текущая / операционная, что ставит под сомнение эффективность финансирования с точки зрения долгосрочного развития сектора, потому что для развития отрасли необходимо масштабное и адресное капитальное финансирование. В этом контексте была рассмотрена структура финансирования системы здравоохранения РА, которая показывает тревожные показатели капитального финансирования, объемы которого, как правило, минимальны.

Анализ приводит к мысли, что текущее состояние финансирования системы здравоохранения не может считаться предпосылкой для долгосрочного развития сектора. И в этом случае роль государства заключается в нейтрализации или решении проблем, препятствующих этому развитию. И это решения может быть в виде увеличения объемов целевого капитального финансирования.

Следовательно, в контексте государственной политики подход к финансированию отрасли необходимо пересмотреть с упором на капитальное финансирование, которое, несомненно, положительно скажется на долгосрочном устойчивом развитии государственных медицинских организаций, закладывая фундамент для улучшения ситуации.

Во втором подразделе второй главы исследования был проведен динамический анализ доступности медицинских услуг в Республике Армения. Для этого в исследовании были рассчитаны такие показатели, как количество учреждений первичной медико-санитарной помощи, больничных учреждений, врачей, среднего медперсонала, коек, посещаемость госпитализированных пациентов, среднегодовая загруженность

коек и средний постельный режим пациентов. В анализе также оценивалась доля государственных медицинских организаций в этих показателях.

Государственные медицинские организации играют важную роль в решении проблемы доступа к медицинским услугам, эта роль проистекает из их предполагаемой миссии, но также очевидно продолжающееся снижение этой роли. В связи с развитием предоставляемых медицинских услуг и технологий, надо отметить, что частные или приватизированные медицинские организации играют большую роль в развитии всей системы здравоохранения. Однако, независимо от их социального статуса, государственные медицинские организации несут и должны продолжать выполнять социальную миссию по предоставлению качественных и доступных медицинских услуг любому жителю, в любой точке страны. И в этом контексте, несомненно, огромную роль играет участие государства в этой сфере, которое проводит свою политику, ориентированную на здоровье населения через свои государственные медицинские организации.

В следующем подразделе исследования был проведен факторный анализ с использованием статистического пакета SPSS. Анализ проводился по 45 общинам РА. На основе этого анализа каждой общине была присвоена оценка доступности медицинских услуг, и на основе этих оценок была рассчитана суммарная оценка диспропорции доступа к медицинским услугам в РА (42.96%). Это означает, что отклонение от средней отметки доступа к медицинским услугам в 45 регионах достаточно велико, что, безусловно, подтверждает утверждение о том, что доступ к медицинским услугам в Армении непропорциональный. В процессе преодоления этой диспропорции роль государственных медицинских организаций должна быть первостепенной, так как конкурентный рынок не решает важнейших проблем обеспечения общественных благ и их сбалансированного доступа.

Анализируя ряд внешних и внутренних факторов государственных медицинских организаций в Республике Армения, в третьей главе исследования была дана оценка системы управления этими организациями. Для оценки системы управления с использованием варианта электронного опроса в качестве инструмента было проведено трехстороннее исследование по следующим направлениям: социологический опрос, опрос медицинского персонала и опрос управленческого персонала.

Опрос проводился в соответствии с принципами TQM-Total Quality Management, и результаты анкетирования суммировались в баллах (максимум 10 баллов) системы менеджмента рассматриваемых организаций. В результате следующая картина: социологический опрос - 5,98, медперсонал - 8,43, опрос управленческого персонала - 7,18.

Как видим, по трём направлениям у нас достаточно большое отклонение оценок систем менеджмента организаций. В частности, социологическая сторона оценила TQM как довольно низкую, а средний медицинский персонал оценил ее как самую высокую, что может быть результатом отсутствия реалистичного и объективного восприятия ситуации. Среднее значение оценок, выставленных руководящим составом, было относительно более объективным.

Это отклонение доказывает, что у нас действительно есть проблемы с TQM. Чем раньше медицинские организации смогут обеспечить успешное внедрение TQM, тем быстрее будут решены вопросы повышения качества и эффективности управления,

что определенно сократит разрыв между результатами, полученными тремя целевыми группами. Более подробно (по каждому вопросу) результаты опроса рассматриваются в полном отчете работы.

Во втором подразделе третьей главы было проведено исследование организационно-правовых форм государственных медицинских организаций и их альтернативных моделей.

Оценивая текущее состояние систем управления государственными медицинскими организациями в контексте дальнейшего выбора возможных вариантов организационно-правовых форм, объективно необходимо выяснить, в контексте автономии, какая доля государственного влияния должна быть в случае конкретных форм. С этой целью в данной части исследования на основе уже сделанных оценок текущей ситуации было проведено изучение международного опыта. Был изучен опыт следующих стран: Чехия, Эстония, Израиль, Великобритания, Нидерланды и Норвегия. Страны были выбраны и сгруппированы по принципу уровня автономии. Принято считать, что факторы, определяющие степень автономии, можно сгруппировать в 4 основные переменные: институциональное регулирование, финансовое регулирование, регулирование подотчетности, регулирование полномочий и ответственности по принятию решений. Надо отметить, что эти компоненты также имеют подкомпоненты. Наблюдения, сделанные в этом контексте, позволили выделить основные направления, которые реалистичны и могут быть осуществимы в Республике Армения с точки зрения решения этой проблемы.

В подразделе изучены и проанализированы организационно-правовые формы медицинских организаций вышеуказанных стран, их взаимоотношения и подотчетность с государственными органами. В результате модели, используемые в разных странах, демонстрируют разную степень автономии. Несмотря на то что инструменты, используемые в этих моделях, эффективно работают в рассматриваемых странах, тем не менее, в случае каждой попытки использовать некоторые из них в РА, необходимо проанализировать вопрос его соответствия в нашей реальности с учетом наличия формальных и неформальных институтов и степень их влияния на экономику Армении в целом и на сектор здравоохранения в частности.

Последняя, четвертая глава исследования носит полностью структурный характер. В первом подразделе представлены рекомендации по финансовому менеджменту государственных медицинских организаций в Республике Армения. Предлагаемое руководство по управлению финансами состоит из трех отдельных подразделов: руководство по разработке политики финансового управления, руководство по проектированию системы планирования и бюджетирования и руководство по финансовому анализу.

С помощью работы этих трех отдельных подсистем можно обеспечить эффективность всего финансово-экономического цикла организаций. Подсистемы полностью взаимосвязаны, поэтому целевые положительные шаги каждой из них приводят к положительным изменениям и улучшению двух других, и именно это промежуточное улучшение обеспечивает желаемое состояние системы.

Следует отметить, что финансовый менеджмент - это особая, довольно большая подгруппа общего менеджмента. Как и в случае с общим менеджментом, эта система также характеризуется множеством неопределенностей, внешних и внутренних

факторов влияния. Следовательно, системы финансового менеджмента могут отличаться от организации к организации. Положения, выдвинутые в исследовательской работе, в сущности, носят общий характер и в основном представляют собой инструментарий, и в связи с комплексным внедрением этого инструмента необходимо будет согласовать их в соответствии с особенностями организаций. В случае государственных медицинских организаций ответственность за организацию этого процесса должен нести уполномоченный государственный орган, определяющий основные направления, механизмы поддержки и контроля, целевое финансирование и т. д.

Помимо руководства по финансовому менеджменту, в исследовании также представлена эталонная модель TQM, которая рассматривалась в контексте повышения эффективности управления государственными медицинскими организациями в Республике Армения. Предлагаемая модель основана на направлениях повышения эффективности по результатам проведенного анализа.

Модель включает матрицу распределения управленческой деятельности среди сотрудников организации, в матрице детально выделены функции управления для всех менеджеров в соответствии с их ролью в процессе реализации.

Модель также предлагает концептуальную основу TQM для медицинских организаций, традиционные подходы к качеству и концепцию для разработки современного видения общего управления качеством, а также эталонную модель TQM для конкретных медицинских организаций.

В четвертой главе исследования предложены направления по совершенствованию организационно-правовых форм государственных медицинских организаций Республики Армения. Основные направления совершенствования организационно-правовых форм основаны на признаках автономии. В исследовании предлагается система с рейтингом матрицы автономности ниже среднего, но близким к нему.

Мы также можем констатировать, что одной из составляющих развития сектора по-прежнему является процесс приватизации государственной собственности, однако мы считаем, что улучшение системы должно быть обусловлено используемыми инструментами, а не только степенью государственного участия, так как отрасль по своей сути уникальна. Конечный результат должен быть направлен на улучшение качества жизни населения. Таким образом, решение проблемы устойчивого развития отрасли на практике заключается в совершенствовании организационно-правовых форм и систем финансового управления рассматриваемых организаций.

Следует отметить, что текущее состояние систем управления государственных медицинских организаций в Республике Армения не отличается высокой эффективностью, а процессы, направленные на решение существующих проблем, носят не системный характер и частично продиктованы ситуацией.

Основная ответственность за решение этих проблем так или иначе лежит на государстве, а исполнителем является каждый гражданин Республики Армения и, конечно же, каждый сотрудник каждой медицинской организации. Мы надеемся, что выводы, рекомендации, модели, матрицы и руководства, представленные в исследовании, помогут прояснить пути решения проблем в этом важном секторе..

Head of research team

HAMAZASP GALSTYAN

PhD in Economics

Members of research team

GAGIK BADADYAN

MA Student

SASUN SAHAKYAN

MA Student

EVALUATION OF EFFICIENCY OF MANAGEMENT OF STATE-OWNED MEDICAL ORGANIZATIONS

DOI: 10.52174/978-9939-61-225-6

The efficiency of the activity of each organization is first of all conditioned by the institutional structure of the given organization. The latter has a direct impact on the efficiency of the current activities of the organization, as well as on the processes of defining, planning and implementing strategic goals.

Organization's management effectiveness is one of the key indicators of performance effectiveness, it directly reflects the compliance or non-compliance of the management system with the organization's business processes. In other words, the optimal or non-optimal activity of the organization depends on the management system. However, when it comes to medical care provider organizations, especially state-owned ones, the inefficient management system can lead to problems such as:

- Decline in the quality of medical services provided,
- Improper provision and organization of medical services, consequently, incomplete implementation of strategic goals and projects of the sphere established by the executive body of the Republic of Armenia,
- Public skepticism or low level of trust in the health care system and medical organizations,
- Flow or lack of highly qualified medical staff,
- Reduction of organization funding etc.

From this point of view, the study of the efficiency of the management system of state-owned medical organizations is urgent, and the development of a structure that can promote its qualitative improvement, is a necessity.

Accordingly, the main purpose of the study was to assess the management system efficiency of state-owned medical organizations, as well as to investigate the external and internal factors influencing on that efficiency. At the same time the study aims to develop effective structures that will increase the efficiency of the management systems.

In order to achieve the above-mentioned goal, the following objectives were raised within the framework of the study:

1. To analyze the current state of state-owned medical organizations of the RA,
2. To assess the location of those organizations in the country,
3. To assess the impact of state-owned medical organizations in the context of ensuring the balanced development of access to health care services in urban and rural areas, as well as in the context of improving public health indicators,
4. To evaluate the factors hindering the management system effectiveness of those organizations, as well as to explore possible directions for overcoming them,
5. To examine the priorities of the principles used by top and middle management in the state-owned medical organizations in the context of management effectiveness,
6. To study the modernity of the organizational-legal forms of state-owned medical organizations, and to investigate the possibilities and expediency of using alternative models.

In the context of the implementation of the defined goals and objectives, the public health care system of the Republic of Armenia, with its characteristic infrastructures, features and components, was defined as the object of the study.

At the same time, the state-owned medical organizations of the Republic of Armenia, their management systems and levels, the assessment of their financial and economic condition, as well as the provision of access to medical services through those organizations are the subject of the study.

The study of the research object and subject according to the predetermined goals and objectives is summarized in 4 chapters, the brief description of which is presented below.

The first chapter of the study is dedicated to the evaluation of the financial and economic efficiency of state-owned medical organizations of the Republic of Armenia. The chapter consists of 5 sub-chapters, the first of which is an attempt to analyze the profitability of state-owned medical organizations of the Republic of Armenia. Profitability assessment was mostly carried out through a ratio analysis, in particular, indicators such as net margin, return on assets, return on equity and capital employed, as well as equity and capital employed turnover indices were calculated.

From the analysis made, it can be concluded that a financially efficient system of state-owned medical organizations, as such, has not yet been established in Armenia, as the profitability of these organizations tends to be minimal. It should be noted that in this regard there is an objective need to develop a system that will increase the efficiency of the use of state funds, taking into account both the alternativeness of investments, and the need to ensure access to medical services.

In the second subchapter of the first chapter of the research, a study of working capital management by state-owned medical organizations was carried out, for the purpose of which the indices of turnover of reserves, accounts receivable, accounts payable and cash flow were calculated.

Studies show that the companies in question, in terms of working capital management efficiency, have generally succeeded in managing reserve flows ensuring a shorter turnover cycle. At the same time, the management of unfinished trade (receivables and payables) flows by state-owned medical organizations can be largely assessed as positive due to the differences between the durations of the two flows: in particular, on average, receivables are collected 2.17 times faster than accounts payable are paid. We can also consider the

management of the cash cycle to be sufficient, based on the study of their circulation. As a result, in general, the situation can be assessed as satisfactory.

Thus, the efficiency of the process of management of working capital by state-owned medical organizations of the Republic of Armenia can be assessed above average. However, it should be noted that some organizations clearly have certain problems with working capital management.

Speaking about the peculiarities of working capital management by state-owned medical organizations of the RA, it is also necessary to refer to the liquidity of those organizations. Therefore, in the next part of the study an attempt was made to assess the liquidity of the state-owned medical organizations of the RA. In the study, the liquidity estimation is based on the calculation of current, quick and acid ratios. The analysis of the results of those ratios suggests that no matter how efficiently the monitored organizations manage the cyclicity of working capital, they are still unable to provide the volumes of working capital components through which it is possible to solve low liquidity problems. As a result, today we have a situation when at least 1/3 of state-owned medical organizations have serious liquidity problems, it means that we have a situation when the current assets of those organizations are less than current liabilities, as a result non-current assets are formed at the expense of current liabilities. And the latter is more than risky in the context of insolvency. It is clear that insolvency will logically lead to bankruptcy, and the latter is one of the reasons for the termination of the organization, which cannot be allowed in the case of state-owned organizations.

A ratio analysis was also conducted in the fourth sub-chapter, which assesses the capital structure of state-owned medical organizations of the Republic of Armenia. It is also very important to state that capital structure is one of the most important factors determining financial stability. The study of capital structure was summarized in the calculation of indicators of financial independence and financial autonomy.

The average indices of financial independence and financial autonomy in state-owned medical organizations can be considered sufficient, but if we look more closely, it becomes clear that those indices largely deviate from the average, which indicates that these organizations adopted capital management reverse principles.

It is noteworthy that some organizations have a financial risk due to high financial costs, which is a consequence of low levels of financial independence and autonomy, while some organizations are at risk of offsetting the effect of financial leverage due to the small weight of borrowed funds in the employed capital.

Thus, to say that we have an acceptable situation for state-owned medical organizations in terms of capital structure is not very reasonable. In this regard the most important problem is the fundamental differences in capital management principles, which can be corrected by introducing capital management universal mechanisms.

The first chapter of the study was summarized by a multifactorial cluster analysis. The SPSS statistical package was used for the analysis. The independent variables of the analysis were the ratios calculated in the previous four sub-chapters. The multi-factor analysis proves that the current financial situation of state-owned medical organizations of the RA is of average efficiency, and the one-factor analyses performed on the first four sub-chapters are credible (comparable to the system analysis).

In general, the results of the analysis give grounds to argue that the financial management of state-owned medical organizations is not the most effective, and the principles adopted by the organizations are often contradictory and not so well-founded. In this regard, in order to significantly increase financial efficiency (the latter is the basis and part of an effective management system) it is necessary to develop a general concept of financial management.

The second chapter of the study, in contrast to the internal environment analysis conducted in the first chapter, focuses more on the analysis of the external environment. In this context, the financing of the healthcare system in the Republic of Armenia was studied. The analysis was performed through both structural and dynamic observations.

The financing structure of the RA healthcare system, according to the nature of flows, is mostly (always more than 98.5%) current / operational, which calls into question the efficiency of financing from the point of view of long-term development of the sector, because large-scale and targeted capital financing is necessary for the development of the sector. In this context, the financing structure of the RA healthcare system was considered, which shows the worrying indicators of capital financing, the volumes of which tend to be minimal.

The analysis leads to the idea, that the current state of financing (which is an external environment of state-owned and not only state-owned medical organizations) of the healthcare system cannot be considered a precondition for long-term development of the sector. And in this case, the role of the state is in the field of neutralizing the problems, that hinder that development, which can be in the form of increasing the volume of targeted capital financing.

Therefore, in the context of public policy, the approach to financing the sector must be reconsidered with an emphasis on capital financing, and the latter will undoubtedly have a positive impact on the long-term sustainable development of state-owned medical organizations laying the groundwork for continuous improvement.

A dynamic analysis of the availability of medical services in the Republic of Armenia was carried out in the second sub-chapter of the second chapter of the study. For this purpose, in the study such indicators were calculated as: the number of primary health care facilities, hospital facilities, doctors, medium medical staff, beds, CIS attendance, patients admitted to hospitals, average annual occupancy of beds and average bed rest of patients. And most importantly, in the dynamics the role of state-owned medical organizations in these indicators was also assessed.

State-owned medical organizations have an important role in solving the issue of access to medical services, that role stems from their intended mission, but the continuing decline in that role is obvious. Due to the development of medical services and technologies privately created or privatized medical organizations develop the whole system. However, regardless of their social status, the state-owned medical organizations carry and must continue to carry the social mission of providing quality, accessible medical services to any resident of the country. And in this context, the state participation undoubtedly plays a huge role, which pursues its people-centered policy in this field through state-owned medical organizations.

In the next subsection of the study, a factor analysis was carried out using the SPSS statistical package. The analysis was carried out for 45 regions. On the basis of that analysis

each region was given a mark of the accessibility of healthcare services, and based on these assessments, a summary mark of the disproportion of access to medical services in the RA was calculated (42.96%). This value means that the deviation from the average mark of access to medical services in 45 regions is quite high (42.96%), which, of course, proves the assertion that access to medical services in Armenia is disproportionate. And in the process of overcoming this disproportion, the role of state-owned medical organizations should be primary, as the competitive market does not solve the most important problems of providing public goods and their balanced access.

Analyzing a number of external and internal factors of state-owned medical organizations in the Republic of Armenia, in the third chapter of the study the assessment of the management system of those organizations was made. In order to evaluate the management system, using the electronic survey option as a tool, a tripartite survey was conducted in the following directions: sociological survey, medical staff survey and management staff survey.

The survey was conducted in accordance with the principles of total quality management (TQM), and the results of the survey were summarized in the marks (10 maximum points) of the management system of the organizations under review (sociological survey: 5.98, medical staff survey: 8.43, management staff survey: 7.18).

As we can see, in 3 directions we have a rather high deviation of the marks of the management systems of the organizations. In particular, the sociological side assessed TQM as rather low, and the middle medical staff rated it as the highest, which may be the result of a lack of realistic and objective perception of the situation. The average of the marks given by the management staff was relatively more objective.

This deviation proves that we actually have problems with TQM. And the sooner medical organizations are able to ensure the successful implementation of TQM, the faster the quality improvement and management efficiency issues will be addressed, which will definitely reduce the gap between the results obtained by the three target groups. The results of the survey are considered in more detail (according to each question) in the full report.

In the second sub-chapter of the third chapter of the study, an investigation of the organizational-legal forms of state-owned medical organizations and their alternative models was done.

Assessing the current state of the management systems of state-owned medical organizations in the context of further selection of feasible options for organizational-legal forms, there is an objective need to find out what the proportion of state influence should be in the case of specific forms, particularly due to autonomy. For this purpose, in this part of the study, based on the assessments of the current situation already made, a study of international experience was conducted. The experience of the following countries was observed: Czech Republic, Estonia, Israel, The Great Britain, the Netherlands and Norway. The countries were elected and grouped based on the principle of autonomy. It is accepted that the factors determining the degree of autonomy can be grouped into 4 main variables: institutional regulation, financial regulation, accountability regulation, regulation of decision-making powers and responsibilities, these components also have sub-components. The observations made in this context singled out the main guidelines that are realistic for and can be feasible in the Republic of Armenia in terms of solving this problem. The

organizational-legal forms of the medical organizations of the above-mentioned countries, their relations and accountability with the state bodies were studied and analyzed in the sub-chapter. As a result, the models used in different countries show varying degrees of autonomy. Despite the fact that the tools used in these models work effectively in the countries in question, however, in the case of each attempt to use some of them in the RA, it is necessary to analyze the issue of its compliance in our reality taking into account the existence of formal-informal institutions and the degree of their influence on the Armenian economy in general and in the health sector in particular.

The last, fourth chapter of the study is completely structural in nature. The first sub-chapter presents the guidelines for financial management of state-owned medical organizations in the Republic of Armenia. The proposed Financial Management Guide consists of three separate sub-guidelines: a financial management policy development guide, a planning and budgeting system design guide, and a financial analysis guide.

With the operation of these three separate subsystems, it is possible to ensure the effectiveness of the entire financial and economic cycle of organizations. The subsystems are completely interconnected, therefore the targeted positive steps of each of them lead to the positive changes and improvement of the other two: it is this intermediate improvement that ensures the desired state of the system.

It should be noted that financial management is a special, rather large subgroup of general management. Like the case of general management this system is also characterized by many uncertainties, external and internal factors of influence. Therefore, the financial management systems may vary from organization to organization. The provisions put forward in the research work are, in fact, of a general nature and are mostly a toolkit, and in case of complex implementation of that tool it will be necessary to harmonize them according to the peculiarities of the organizations. And in the case of state-owned medical organizations, the responsibility for organizing this process should be borne by the competent state body defining the main directions, support and control mechanisms, targeted funding etc.

In addition to the financial management guide, the study also introduces the TQM benchmark model, which was considered in the context of increasing the management efficiency of state-owned medical organizations in the Republic of Armenia. The proposed model is based on the directions of increasing the efficiency based on the results of the analysis.

The model includes a matrix of distribution of management activities among the employees of the organization, the matrix singles out the detailed management functions for all the managers according to their role in the implementation process.

The model also offers a TQM conceptual framework for medical organizations, a traditional quality approaches and a concept for developing a modern vision for overall quality management, and a TQM benchmark model for specific medical organizations.

The fourth chapter of the study is summarized by proposing directions for the improvement of the organizational-legal forms of state-owned medical organizations of the Republic of Armenia. The main directions for the improvement of organizational-legal forms are based on the signs of autonomy. The study suggests a system with an autonomy matrix rating below average but near it.

We can also state that one of the components of the sector's development is still the process of privatization of state property, but we believe that the improvement of the system should be conditioned by the tools used, and not just by the degree of state participation, as the sector is unique. The end result should be aimed at improving the quality of life of the population. Therefore, the solution to the problem of sustainable development of the sector is in practice in the area of improving the organizational-legal forms and financial management systems of the organizations in question.

It should be noted that the current state of the management systems of state-owned medical organizations in the Republic of Armenia does not stand out with high efficiency, and the processes aimed at solving the existing problems are not systemic, but rather sample, partially dictated by the situation.

The main responsibility for solving these problems is the state in one way or another, and the executor is every citizen of the Republic of Armenia, and of course, every employee of every medical organization. We are hopeful that the conclusions, recommendations, models, matrices and guidelines presented in the study can help to clarify the ways to solve the problems in the sector.

*Հեղափոխական խմբի ղեկավար՝
ՀԱՄԱԶԱՍՊ ԳԱԼՍՏՅԱՆ
յրևաթագիության թեկնածու*

*Հեղափոխական խմբի անդամներ՝
ԳԱԳԻԿ ԲԱԴԱԴՅԱՆ
ՀՊՏՀ մագիստրանտ
ՍԱՍՈՒՆ ՍԱՀԱԿՅԱՆ
ՀՊՏՀ մագիստրանտ*

ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Խմբագիր՝ *Արմինե Վարդանյան*
Տեխնիկական խմբագիր
և ձևավորող՝ *Նաիրա Խչեղյան*
Էջադրող և սրբագրող՝ *Ռուզաննա Պեպրոսյան*

Չափս՝ 70×108^{1/16}:
12.5 տպ. մամուլ:
Տպաքանակ՝ 100:

ՀՊՏՀ «ՏՆՏԵՍԱԳԵՏ» հրատարակչություն
Երևան, Նալբանդյան 128
010 59 34 37