

Ծառ.-ը՝ հիվանդությունների բուժման համար առողջապահության կատարած օրական ծախսումների մեծությունը,

Մա.հ.-ն՝ սոցիալական ապահովագրության մեկ օրվա միջին հատկացումները հիվանդաբերքի կի դիմաց,

Ծժ.ա.-ն՝ ժամանակավոր անաշխատունակության կրճատման համար կատարված բոլոր ծախսերը:

Բոլոր այս բանաձևերը տալիս են մոտավոր հաշվարկներ, քանի որ ցուցանիշները հիմնականում միջինացված են, կամ դրանց մի մասն ընդհանրապես հաշվարկված չէ և ներկայացված է պայմանական մեծություններով: Սակայն աշխատանքային ռեսուրսների վերարտադրության առանձին փուլերում առողջապահության ունեցած տնտեսական արդյունավետության հաշվարկման այս և բազմաթիվ այլ բանաձևերի կիրառման նպատակն է վերջո մեկն է. հիմնավորել ծառայությունների ոլորտի այս ճյուղի գործունեության կարևորությունն ու հատկացվող միջոցների նպատակահարմարությունը նաև տնտեսական առումով, ցույց տալ, որ դրանց արդյունավետ կիրառումը ոչ միայն կփոխհատուցի կատարված ծախսերը, այլ նաև կնպաստի լրացուցիչ արդյունքների ստեղծմանը:

Гоарик Григорян

Оценка экономической эффективности здравоохранения

Аннотация

Экономическая эффективность здравоохранения исследуется не с точки зрения отраслевой экономики, а с точки зрения рассмотрения проблемы по отдельным фазам воспроизводства, распределения и использования трудовых ресурсов. Соответственно этому в статье представляются методы расчета экономической эффективности здравоохранения.

Goharik Grigoryan

Evaluation of Economic Efficiency of the Healthcare

Abstract

The article departs from the traditional methods of evaluating the efficiency of the entire healthcare system, instead proposing to evaluate separately the efficiency of different stages of services' provision process; allocation and use of labor force. Based on the above-discussed approach, the article provides methodology for calculating the efficiency of the healthcare.

ԳՈՀԱՐԻԿ ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ՀՊԸՀ, տ.գ.թ., դոցենտ

ԳԻՏՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Առողջապահության ոլորտի զարգացումը ՀՀ պետական քաղաքականության գերակա ուղղություններից է: Դա պահանջում է համապատասխան պետական ծրագրերի իրականացում, որոնց նպատակն է վերջո առողջապահության ծառայությունների որակի բարելավումն ու դրանց մատչելիությունն է հատկապես նվազ ապահով խավերի համար: Հակառակ դեպքում հիվանդությունների թվի կրճատման և մարդկանց առողջական վիճակի բարելավման վերաբերյալ մենք կունենանք խիստ «վավատեսական վիճակագրություն»: Այդ մասին են վկայում Հայաստանում բնակչության ընդհանուր հիվանդացության վերաբերյալ ստորև բերվող տվյալները (հազար դեպք):

Աղյուսակ 1¹

Տարեթիվը	1990	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Հիվ. բանակը (հազ. դեպք)	2,397,7	1,059,7	1,039,3	1,015,4	1,075,2	1,208,4	1,235,2	1,322,2	1,444,7	1,481,5

¹ Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ առողջապահության տեղեկատվական վերլուծության կենտրոն:

Աղյուսակից հետևում է, որ, չնայած 2010 թվականին հիվանդացության դեպքերի աճին, այնուամենայնիվ, դրանք դեռ 38%-ով ետ են մնում 1990 թվականի մակարդակից: Ջգալիորեն կրճատվել է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններ բնակչության միջին հաճախումների թիվը՝ 1990 թվականի 7,8-ից 2010 թվականին հասնելով 3,6-ի: Մինչդեռ իրական փաստերը վկայում են հակառակի մասին՝ կապված բնակչության կազմի և վերարտադրության տիպի փոփոխության բացասական միտումների հետ: Վերջին 20 տարիների ընթացքում ծնելիությունը նվազել է մոտ 2,5 անգամ, և բնակչության վերարտադրության տիպը պրոգրեսիվից վեր է ածվել ռեգրեսիվի: Եթե 1986 թվականին Հայաստանում ծնվել է 81 հազար երեխա, ապա 2001 թվականին ընդամենը 32 հազար, իսկ ծնելիության ցուցանիշը 1000 բնակչի հաշվով 24-ից իջել է մինչև 8,4-ի: Ծիշտ է, 2001 թվականից հետո դիտվում է ցուցանիշների որոշակի բարելավում, սակայն այն դեռևս շատ ցածր է նախորդ մակարդակից: Այսպես, 2010 թվականին ծնունդների թիվը կազմել է 44825 երեխա, ընդ որում 2011 թվականին այս դրական միտումն ընդհատվել է, և նախորդ տարվա համեմատ ծնունդները նվազել են 3,1%-ով¹: Հայաստանը դասվում է ցածր ծնելիություն ունեցող երկրների թվին: Բնակչության պարզ վերարտադրության համար մեկ կինը միջինը պետք է ունենա 2,2 երեխա, իսկ ՄԱԿ-ի տվյալներով այն Հայաստանում 1,74 երեխա է: Ծնելիության նվազումը, ինչպես նաև երիտասարդ բնակչության արտագաղթը բերում են բնակչության ծերացման: Հայաստանի բնակչության 14,6%-ը 60-ից բարձր տարիքի է, մինչդեռ բնակչությունը համարվում է ծերացած, եթե այդ ցուցանիշն անցնում է 12%-ը: Ըստ կանխատեսումների 2024 թվականին այն կհասնի 20%-ի:

Այս և բազմաթիվ այլ տվյալներ վկայում են այն մասին, որ ՀՀ առողջապահության ոլորտում առկա են անբարենպաստ միտումներ: Դրանք պայմանավորող գործոններից են.

- բնակչության եկամուտների ցածր մակարդակը, որը կրճատել է վճարովի ծառայությունների մատչելիությունը,
- առողջապահության ֆինանսավորման մակարդակը, որը նվազագույնի է հասցրել պրոֆիլակտիկ հետազոտությունների հնարավորությունը և հիվանդությունների ժամանակին բացահայտումը, ինչը դրանց բուժումը կդարձնե առավել հավանական՝ ավելի քիչ ֆինանսական միջոցներով,
- բնակչության թվաքանակի կրճատումը՝ կապված ծնելիության մակարդակի նվազման և հատկապես արտագաղթի հետ,
- տվյալների գրանցման անճշտությունները, որոնք մեծ մասամբ պայմանավորված են վճարովի ծառայությունների բարձր գներով և բժիշկների ցածր վարձատրությամբ՝ պատճառ դառնալով չգրանցված «գործարքների» համար:

Այս և այլ պատճառներով արդյունքում ունենք բնակչության առողջական վիճակի իրական վատթարացում: Իսկ պետության կողմից բնակչության անապահով խավերին տրվող արտոնությունները, բժշկական անվճար ծառայությունները, սոցիալական փաթեթում առողջապահության համար նախատեսվող ծախսերը փոքր տեսակարար կշիռ ունեն:

Բնակչության ժողովրդագրական պատկերի փոփոխություններն ու առողջական վիճակի վատացումը պահանջում են առանձնահատուկ մոտեցումներ, որոնք իրենց արտահայտությունն են ստացել կառավարության 2013-2015 թվականների առողջապահության բնագավառի բարեփոխումների միջնաժամկետ ծրագրում: Այս ոլորտում պետական միջամտության հիմնական ուղղություններն են.

- բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովումը,
- պատվաստումների միջոցով վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումն ու տարածման սահմանափակումը,
- բուժօգնության առաջնային օղակի հետագա զարգացումը,
- բնակչության կողմից առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի ազատ ընտրության սկզբունքով ծառայությունների մատուցումը,

¹ Աղբյուրը՝ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն:

- հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման ճանապարհով առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի շեշտադրումը,
- ընտանեկան բժշկության ամկախ խմբային և անհատական պրակտիկաների ներդրումը,
- մոր և մանկան առողջության պահպանումն ու վերարտադրողական առողջության բարելավումը,
- սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդություններից բուժվողների բուժօգնության ապահովումը,
- բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բժշկական օգնության ապահովումը,
- վարակիչ հիվանդությունների, այդ թվում ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի/ կանխարգելումը և դրանց դեմ պայքարը,
- բնակչությանն անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղերով ապահովումը,
- դեղագործական նշանակության գործունեության կանոնակարգումը և վերահսկողությունը:

Այս խնդիրների իրականացումը պահանջում է առողջապահության համակարգի օպտիմալացում կադրային, նյութաֆինանսական մակարդակներով, ապակենտրոնացում և սեփականության ձևերի բազմազանություն, ոլորտի ֆինանսավորումն ապահովող աղբյուրների համակարգի կատարելագործում և, առաջին հերթին, ապահովագրական համակարգի կիրառում, որոնք թույլ կտան մոտենալ առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների հիմնական նպատակների իրագործմանը,

Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների թվում հատկապես կարևորվում է ֆինանսավորման աղբյուրների համակարգումը՝ ֆինանսական արդարացիության ու պաշտպանվածության տեսանկյունից: Դրանք կարելի է բաժանել չորս խմբի՝ բյուջետային ֆինանսավորում, տնային տնտեսությունների անձնական միջոցների հաշվին կատարվող ուղղակի ծախսեր, հասարակական կազմակերպությունների կողմից ստացվող միջոցներ և ապահովագրական վճարներ: 2001-2007 թվականների ընթացքում առողջապահության ընդհանուր ծախսերն աճել են 79 մլրդից մինչև 139 մլրդ դրամի, իսկ բացարձակ թվերով միջին տարեկան աճը կազմել է 10 մլրդ դրամ: Ընդհանուր ծախսերում բյուջեի հատկացումները 2001 թվականին 23,7%-ից 2007 թվականին հասել են 47,3%-ի, իսկ տնային տնտեսությունների ծախսերը 68,7%-ից իջել 48,2%-ի: Սակայն 2008 թվականին, կապված տնտեսական ճգնաժամի հետ, բյուջետային հատկացումները դարձյալ նվազել են, իսկ տնային տնտեսությունների ծախսերն՝ ընդհակառակը, աճել 2,6 մլրդ դրամով, որի պատճառով վերջիններիս տեսակարար կշիռը դարձյալ աճել է մինչև 50,8%-ի¹: Առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի մակարդակը ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2013-2015թթ. միջնաժամկետ ծրագրով դրսևորում է նվազման միտում, որը բացատրվում է Համաշխարհային բանկի կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի ավարտմամբ: Եթե 2009 թվականին դրանք կազմում էին ՀՆԱ-ի 1,74%-ը, ապա 2015 թվականին կկազմեն ընդամենը 1,31%-ը:

Առողջապահության արդյունավետությանը կարող է նպաստել բժշկական ապահովագրության կիրառումը և ընդհանուր ծախսերում դրա տեսակարար կշռի աճը, որը 2008 թվականի տվյալներով կազմել է ընդհանուր ծախսերի ընդամենը 0,2%-ը²: Զարգացած երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների զգալի մասը ձևավորվում է ապահովագրական մուծումների հաշվին: Փորձի տակ արձանագրության առումով նկատենք, որ ԱՄՆ-ում բոլոր ծախսերի 43 տոկոսը կազմում է պետական ապահովագրությունը, 33 տոկոսը՝ մասնավոր ապահովագրությունը, 24 տոկոսը՝ վճարում են անմիջական սպառողները: Կանադան իրականացնում է ազգային բժշկական ապահովագրություն, որի դեպքում կառավարությունն ապահովում է բժշկական ծառայությունների բազային հավաքածու, որը բնակչությանն է տրամադրվում անվճար կամ ցածր գներով, իսկ ծախսերը ֆինանսավորվում են հարկային մուտքերի, այլ ոչ թե ապահովագրական մուծումների հաշվին:

¹ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը, Եր., 2005, էջ 45:

² Նույն տեղում, էջ 45:

Հայաստանում ևս, հաշվի առնելով բնակչության տարբեր խավերի ֆինանսական վիճակների տարբերությունը, կարելի է բժշկական ապահովագրության համակարգում դիֆերենցում կատարել: Այս իմաստով, հաշվի առնելով հանրապետության հնարավորությունները, ավելի հավանական է ներկայանում կանադական տարբերակի առանձին տարրերի կիրառումը: Հանրապետության բյուջեն այսօր չունի այդ հնարավորությունները կամ էլ այդ բազային հավաքածուն կարող է բաղկացած լինել ծառայությունների այնպիսի նվազագույն քանակից, որը էական ոչ մի ազդեցություն չի կարող ունենալ ներկա իրավիճակի վրա: Ինչ վերաբերում է ապահովագրական համակարգին, ապա այն նպատակահարմար է բաժանել պետական և կամավոր ապահովագրության: Պետական ապահովագրության համակարգի մեջ կընդգրկվեն բնակչության անապահով խավերը, պահանջվող ֆինանսական միջոցները ձևավորելով պետական բյուջեի ներկայիս հատկացումների և պարտադիր բժշկական ապահովագրության վճարների հաշվին, որը պետությունը կսահմանի բոլոր կազմակերպությունների ու անհատների համար: Անհատներից դրանք նույնիսկ կարելի է գանձել եկամտահարկի ձևով, աշխատավարձի 2-3 տոկոսի չափով, որը կգումարվի այսօր գանձվող հարկերին, բայց ոչ թե կմուտքագրվի բյուջե, այլ պետական բժշկական ապահովագրության հիմնադրամին և կծախսվի այդ ծառայությունների նվազագույն փաթեթի իրականացման համար: Այս ձևով կարելի է բավարարել ոչ միայն հասարակության անապահով խավերի, այլ բոլոր անդամների նվազագույն պահանջարկն առողջապահական ծառայությունների նկատմամբ, քանի որ մուծումները կարվեն ամբողջ կյանքի ընթացքում, իսկ այդ ծառայություններից շատերը կարող են ընդհանրապես չօգտվել կամ էլ օգտվել խիստ հազվադեպ: Առավել նպատակային դարձնելու համար կարելի է այդ մուծումները կատարել անվանական սկզբունքով և, կախված աշխատավարձի չափից, ձևավորել տարբեր մեծության ապահովագրական ֆոնդեր, որը թույլ կտա օգտվել տարբեր ծառայություններից: Բացի այդ շահագրգռվածություն կառաջանա լրացուցիչ մուծումներ կատարել այդ ֆոնդերին՝ ծառայություններից օգտվելու շրջանակն ընդլայնելու նպատակով: Այսինքն՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրությունից բացի կարելի է կիրառել նաև կամավոր ապահովագրության սկզբունքը, որն արդեն յուրաքանչյուր անհատ կիրականացնի՝ ելնելով իր ցանկությունից և ֆինանսական հնարավորություններից:

Առողջապահության համընդհանուր մատչելիությունն ապահովելու նպատակով պետությունը կարող է կիրառել «մասնակցի կամ վճարի» սկզբունքը, ըստ որի գործատուները պետք է ապահովեն իրենց աշխատողների բազային ապահովագրությունը /մասնակցի/ կամ վճարեն հատուկ հարկ՝ չապահովագրված աշխատողների համար /վճարի/: Ընդ որում՝ աշխատանքը փոխելիս մարդիկ չպետք է կորցնեն ապահովագրությունը: Որպեսզի առողջապահական հիմնարկները չմեծացնեն ծախսերը և չփորձեն, մեծ գումարներ ստանալու ակնկալիքով, պարտադրել լրացուցիչ ծառայություններ, ապահովագրական կազմակերպությունները կամ պետական ապահովագրության հիմնադրամը փոխանցումները կարող են կատարել ըստ հիվանդությունների ախտորոշման, այսինքն՝ յուրաքանչյուր հիվանդության համար նախապես հաշվարկված կայուն գումարների:

Ինչ խոսք, բժշկական ապահովագրության սույն համակարգը չի կարող զերծ լինել թերություններից, սակայն կարող է նպաստել առողջապահության առջև դրված հիմնահարցերի լուծմանը:

Гоарик Григорян

Замечания о сфере здравоохранения

Аннотация

В статье выявлены проблемы, существующие в системе здравоохранения РА и основные направления реформирования этой сферы. Исследуются источники финансирования здравоохранения, цели и приоритеты среднесрочной затратной программы 2013-2015 годов.

Comments on the State of Healthcare Sector of Armenia

Abstract

The article identifies issues prevailing in the Healthcare System of Armenia, and main directions for reforming the system. The article studied healthcare funding sources, objectives and priorities of Healthcare Sector Mid-term Reform Programs in 2013-2015.

ՀԱՄԼԵՏ ԹԱԴԵՎՈՍՅԱՆ

ՀՀ ԳԱԱ Մ. Քոթանյանի անվան
տնտեսագիտության ինստիտուտի հայցորդ

ԱՐՏԱՀԱՆՄԱՆ ՌԱԶՄԱՄՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՐԴԻ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆԱԿԱՆ
ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ՝ ԱՐՏԱՔԻՆ ՄԻՋԱՎԱՅՐԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՏԵՔՍՈՒՄ

Համաշխարհային տնտեսության զարգացման հանգուցակետում յուրաքանչյուր պետության տնտեսական կյանքի արմատական բարեփոխումների հիմնախնդիրը՝ արտաքին տնտեսական կապերի լիարժեք և մաքսիմալ օգտագործումն է՝ տնտեսության վերակառուցմամբ ու աշխատանքի միջազգային բաժանման խորացմամբ: Այսօր ժամանակի հրամայական է դարձել արտահանման ռազմավարության քաղաքականության հիմնական սկզբունքների մշակումը՝ ելնելով Հայաստանի տնտեսության զարգացման առանձնահատկությունների և տնտեսական կայունության վրա նրա ազդեցության գնահատումից:

Սակայն հայրենական ձեռնարկությունները բախվել են մի շարք հիմնախնդիրների հետ, որոնցից գլխավորը՝ մշակված արտահանման ռազմավարության բացակայությունն է: Ներկայումս ձեռնարկությունների գործունեությունը արտաքին շուկայում ընթանում է խիստ մրցակցության պայմաններում, և բացակայում է պետության անմիջական միջամտությունը, իսկ արտաքին շուկայում այն կարգավորում է միջկառավարական համաձայնագրերի օգնությամբ: Ըստ այդմ, նախկինում գոյություն ունեցող մոտեցումները՝ կապված խորհրդային արտահանող ձեռնարկությունների գործունեության հետ, ներկայումս կորցրել են իրենց արդիականությունը: Հարցի կարգավորման նպատակով անհրաժեշտ է հիմք ընդունելով գոյություն ունեցող օտարերկրյա փորձը մշակել արտահանման ռազմավարությունը՝ ելնելով Հայաստանի տնտեսության առանձնահատկություններից:

Վերջին ժամանակներում Հայաստանում նկատվում է արտահանման ակտիվացում: Անգամ այն ձեռնարկություններում, որտեղ իրականացվում էր արտահանումը, չկար մշակված հստակ արտահանման ռազմավարություն, իսկ ներքին շուկայում գործունեությունն ընթանում էր առավելապես պետության միջամտությամբ: Համապատասխանաբար, մոտեցումները և հետազոտությունները եկան այն համոզման, որ արտահանմանը միտված խորհրդային մոտեցումները կորցրին իրենց արդիականությունը, քանի որ ձեռնարկությունների արտահանման գործունեությունը ուներ բոլորովին այլ ուղղվածություն և կախված էր ոչ թե տնտեսական պայմաններից, այլ պետության անմիջական մասնակցությունից:

Արտահանման քաղաքականությունը ձևավորում է խնդիրների մի ամբողջություն, որը ներհատուկ է դեպի արտաքին շուկաներ կողմնորոշում ունեցող տվյալ կոնկրետ կազմակերպությանը: Ընդհանուր առմամբ, յուրաքանչյուր կազմակերպության կայուն զարգացման հիմքը՝ երկարաժամկետ հեռանկարում արդյունավետ և գործող ռազմավարական պլանի առկայությունն է, հաշվի առնելով սպառողների պահանջները՝ արտադրանքի որակի և առաջարկվող ծավալների վերաբերյալ: