



ՏԻԳՐԱՆ ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՀՊՏՀ Կոմերցիայի և բիզնեսի կազմակերպման
ամբիոնի ասպիրանտ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հոդվածում քննարկվում են մի քանի առանցքային հարցեր, որոնք բխում են այն պարզ իրողությունից, որ առողջապահական համակարգի պլանավորումն ուղղակի կախվածություն ունի համակարգի մասնակիցների գործունեությունից, առկա ռեսուրսներից, ծախսերից, եկամուտներից ու դրանց բաշխման մեխանիզմներից և այլն: Առաջին կարևոր հարցը վերաբերում է առողջապահական համակարգին անհրաժեշտ բոլոր տեսակի ռեսուրսների երաշխավորված մատչելիությանը, ինչը հնարավոր է ֆինանսական միջոցների առկայության դեպքում: Դրա հիման վրա ուսումնասիրվել են բժշկական ծառայությունների շուկայի հիմնական մասնակիցների՝ գնորդների (տնային տնտեսություններ) և վաճառողների (մատակարարներ) գործունեությունը բնութագրող ֆինանսական ցուցանիշները:

Կազմակերպությունների ֆինանսական ցուցանիշների վերլուծությամբ և դրանց համադրումով փորձ է արվել պատկերացում կազմելու այս ոլորտում բիզնես գործընթացների կառավարման արդյունավետության մասին՝ ծառայությունների մատչելիության ու մասնակիցների համար հավասար մրցակցային պայմաններ ապահովելու ենթատեքստում: Ստացված վերլուծության արդյունքում եզրակացվել է՝ չնայած ոլորտում առկա ձեռքբերումներին, բուժհաստատությունների գործունեությունը դեռևս հակադիր է ինչպես բուժանձնակազմի, այնպես էլ ծառայությունները սպառողների շահերին: Տվյալները ցույց են տալիս, որ առաջժամ առկա են լուրջ խնդիրներ առողջապահական կազմակերպություններում եկամուտների բաշխման և բնակչությանը մատչելի ծառայություններ մատուցելու առումով: Մյուս կողմից, սակայն, կատարվող ներդրումների շարժընթացը հույս է ներշնչում, որ տեսանելի ապագայում հնարավորություններ կստեղծվեն նաև այդ խնդիրները լուծելու համար: Իսկ ներկա պահին առողջապահության ոլորտում և բուժհաստատություններում տեղի ունեցող փոփո-

խությունները չեն վստահեցնում շուկայի արդյունավետության մակարդակի բարձրացման մասին:

Հիմնաբառեր. առողջապահության պլանավորում, սոցիալական արդարություն և մատչելիություն, պետության ֆինանսավորում, միջազգային ստանդարտներ, ներդրումներ տեխնոլոգիաներում, հանրային առողջություն և կյանքի որակ, կազմակերպությունների համախառն շահույթ, կրեդիտորական և դեբիտորական վարկեր, պարտքեր, նյութական ծախսեր, աշխատանքի վարձատրություն

G19, G28, G29, I15, I18, I19

Այսօր աշխարհում ընթացող որոշ գործընթացների, մասնավորապես՝ տեխնոլոգիական առաջընթացի, ժողովրդագրական փոփոխությունների արագացումը, հիվանդացության և մահացության նկարագրի վատթարացումը, հասարակական առողջության այնպիսի հիմնախնդիրների խորացումը, ինչպիսին են ՁԻԱՀ/ՄԻԱԿ-ի տարածումը և այլն, օրապահանջ խնդիր են դարձնում թե՛ հանրային առողջապահության ոլորտում ռեսուրսների առավել արդյունավետ օգտագործումը, թե՛ նորանոր ռեսուրսների ներգրավումը: Այդ խնդիրները լուծելու և առաջացող այլ մարտահրավերներին ևս դիմակայելու կարևոր նախապայմանը բժշկական ծառայությունների շուկայի արդյունավետ գործառնությունն է, ինչը պետք է հնարավորություն տա մասնակիցներին ամբողջական և լիարժեք իրացնելու իրենց հնարավորությունները, իսկ հասարակությանն ընդհանրության մեջ՝ բավարարելու առողջապահական կարիքները:

Առողջապահական կազմակերպության գործունեության վերաբերյալ տեղեկատվությունը չափազանց կարևոր է՝ գնահատելու համար համակարգում կատարվող ծախսերի բնույթն ու ուղղությունները, բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումներից ստացվող եկամտի իրական չափն ու դրա բաշխման համամասնությունները սեփականատերերի, բուժանձնակազմի և այլոց միջև, ինչը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու նոր ռեսուրսներ գտնելու և ներդնելու ուղիները:

Առողջապահական կազմակերպությունների գործառնության արդյունավետությունն անհրաժեշտ է գնահատել ոչ միայն զուտ շուկայավարման տեսանկյունից՝ նկատի ունենալով ծախսեր–հասույթ հարաբերակցությունը կամ շահութաբերության մակարդակը, այլև բժշկական ծառայությունների հանրային կամ սոցիալական նշանակության համատեքստում: Ոլորտի առանձնահատկությունն այն է, որ այստեղ չեն կարող լիարժեք գործել առաջարկի ու պահանջարկի և սպառողական վարքի տեսություններն ու մոդելները, քանզի ծառայություններից բնակչության օգտվելը սկզբունքորեն ոչ թե «կամավոր է», այլ «պարտադրված»՝ առողջության վատթարացման կամ վերականգնման ու բարելավման անհրաժեշտությամբ պայմանավորված: Ուստի, հանրային բարեկեցության և կյանքի որակի բարելավման տեսանկյունից, կարևոր է գնահատել համակարգի գործառնական արդյունավետությունը, նախևառաջ՝ բնակչության համար բժշկական ծառայությունների որակի, հասանելիության և մատչելիության չափորոշիչների ենթատեքստով:

Առողջապահական համակարգի գործունեության մասին առավել ամբողջական գնահատական ձևավորելու համար հարկ է որոշակի պատկերացում

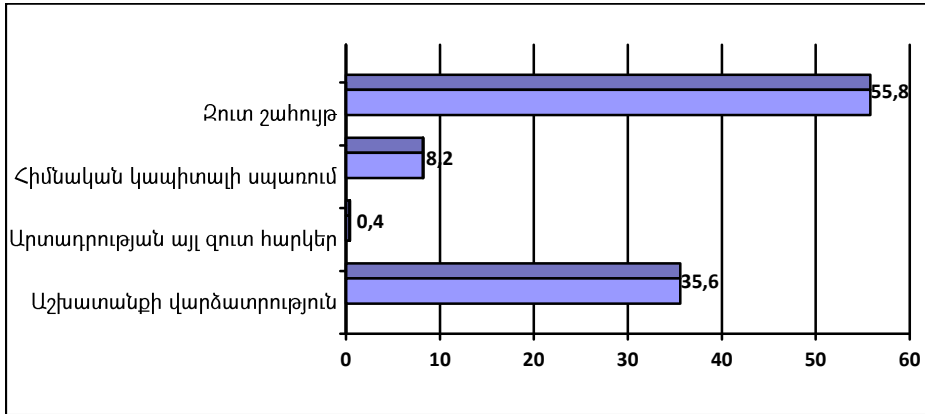
ունենալ առողջապահական կազմակերպությունների եկամուտների ու ծախսերի և այլ ֆինանսական ցուցանիշների վերաբերյալ:

Ի տարբերություն երկրում տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերում առողջապահական ծախսի փոփոխությունների շարժընթացի, միանգամայն այլ պատկեր կարելի է տեսնել բժշկական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության պարագայում: Համադրելիության ապահովման նպատակով, երբ դիտարկում ենք 2013 և 2014 թվականների Հայաստանի համախառն ներքին արդյունքի (ՀՆԱ) կառուցվածքը, հաշվարկված արտադրական եղանակով՝ ըստ ԱՀՀ 2008 մեթոդաբանության, ապա, տեսնում ենք, որ տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգչի «առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկման» գործունեության տեսակի մասնաբաժինը երկու տարում էլ կազմել է ՀՆԱ 3.8%-ը կամ, համապատասխանաբար՝ 174.8 և 185.6 միլիարդ դրամ ընթացիկ գներով, իսկ արձանագրված աճը, նախորդ տարվա համեմատությամբ՝ 103.6% և 100.8%: Բնակչության սոցիալական սպասարկման ծառայություններն այս ենթախմբի ծառայությունների ծավալի 5 տոկոսից պակաս մասն են ներկայացնում, թեև կարելի է ենթադրել, որ 2014 թվականի 0.8% հավելվածը ապահովվել է այս ծառայությունների ծավալների աճի շնորհիվ¹:

Ավելի ուշագրավ է մատուցված ծառայություններից ստացված եկամտի բաշխումը, որը լավագույնս կարող է բնութագրել առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական վիճակը: Ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների եկամուտների ձևավորման եղանակով ՀՆԱ հաշվարկման ժամանակ, համաձայն ազգային հաշիվների մեթոդաբանության, ռեսուրսային մատում արտացոլվում է ոլորտում ստեղծված «համախառն ավելացված արժեքը», որն այնուհետ օգտագործվում է որպես «վարձու աշխատողների աշխատանքի վարձատրություն», «արտադրության այլ զուտ հարկեր» և «համախառն շահույթ»: Ստորև բերված գծապատկերի տեղեկատվությունից ակնհայտ է, որ 2013 թվականին եկամուտների գերակշիռ մասը կազմել է համախառն շահույթը (111 767.7 միլիոն դրամ), արտադրության այլ հարկերի տեսքով պետությանը բաժին է ընկնում 0.4%-ը (684.1 միլիոն դրամ), իսկ աշխատանքի վարձատրությունը կազմում է ողջ եկամտի ընդամենը 1/3 մասից քիչ ավելին (62 313.9 միլիոն դրամ):

Եկամուտների նմանօրինակ անհավասարաչափ բաշխումը, ի վնաս վարձու աշխատանքի վարձատրության, որոշակիորեն բացատրում է առողջապահության համակարգում առ այսօր առկա ոչ պաշտոնական վճարումների փորձի տարածվածությունը: Իրողությունը մտահոգիչ է նաև այն պատճառով, որ 2013 և 2014 թվականներին ընտրանքային մեթոդով վիճակագրական մշտադիտարկման դաշտում ընդգրկված առողջապահական 171 և 194 կազմակերպությունների արտադրանքի (ապրանքների, ծառայությունների) արտադրության վրա կատարված ծախսերը կազմել են, համապատասխանաբար՝ 77 871.6 և 82 451.3 միլիոն դրամ, որի միայն 57.7 և 58.7 տոկոսն են աշխատանքի վարձատրության և դրան հավասարեցված այլ վճարումները (ներառյալ՝ խթանող, փոխհատուցող վճարները և եկամտային հարկը):

¹ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թ. հունվար-ապրիլին, տեղեկատվական ամսական զեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015, էջ 10–12:



Աղբյուրը՝ Հայաստանի ազգային հաշիվներ

Գծապատկեր 1. «Առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկում» գործունեության տեսակում ձևավորման հաշվի կառուցվածքն ըստ ԱՀՀ 2008 մեթոդաբանության (SQSՀԴ խմբ. 2), 2013 թ., տոկոս²

Եկամուտների բաշխման այսպիսի փորձից բխող երկրորդ եզրակացությունը հանգում է կապիտալի սեփականատերերի կողմից գերշահույթ ստանալու փաստին, ինչը ճշմարիտ կարող է լինել միայն մասամբ, եթե անտեսենք առողջապահության ոլորտում իրականացվող ներդրումները սեփական միջոցների և առևտրային բանկերից վերցված վարկերի հաշվին:

Աղյուսակ 1

Կազմակերպությունների արտադրանքի (ապրանքների, ծառայությունների) արտադրության վրա կատարված ծախսերն ըստ SQSՀԴ (խմբ.2) բաժինների³

	2013	2014
Ծախսեր՝ ընդամենը, միլիոն դրամ	77 871.6	82 451.3
Ծախսերի կառուցվածքը, տոկոս այդ թվում՝	100.0	100.0
Նյութական ծախսեր որից՝	29.0	28.4
հումք, նյութեր, գնովի կիսապատրաստուկներ, համալրող շինվածքներ և դետալներ	24.3	23.9
վառելիք	2.0	1.8
էներգիա	2.2	2.4
Աշխատանքի վարձատրության և դրան հավասարեցված այլ վճարումներ (ներառյալ՝ խթանող, փոխհատուցող վճարները և եկամտային հարկը)	57.7	58.7
Ամորտիզացիոն մասհանումներ	5.7	6.1
Այլ ծախսեր	7.7	6.8

Աղբյուրը՝ Հայաստանի ֆինանսների վիճակագրություն

Այսպես՝ 2013 և 2014 թվականներին առողջապահական կազմակերպությունների պարտքերը բանկերի վարկերի և փոխառությունների գծով կազմել են, համապատասխանաբար՝ 15 920.8 և 14 502.7 միլիոն դրամ, իսկ կրեդիտորական պարտքերը գերազանցել են դեբիտորականին, համապատաս-

² Նույն տեղում:
³ Հայաստանի ֆինանսների վիճակագրություն, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015, էջ 21–36:

խանաբար՝ 4 834.9 և 4 264.7 միլիոն դրամով⁴:

Ձուտ շահույթի և վարկային ու կրեդիտորական պարտավորությունների մեծ ծավալները կարող են բացատրվել առողջապահական կազմակերպությունների կողմից կատարվող ներդրումներով կամ կապիտալ ծախսերով:

Առողջապահության հաշիվների համակարգ–2011 չափորոշի համաձայն՝ տվյալ ոլորտում կապիտալի համախառն կուտակումը բաղկացած է երեք հիմնական բաղադրիչներից՝ 1. ենթակառուցվածքների ձևավորում (բնակելի և ոչ բնակելի շենքերի շինարարություն), 2. հիմնական միջոցներ (երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական նշանակության ապրանքներ, մեքենաներ և սարքավորումներ), 3. մտավոր սեփականության արտադրանք: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում դեռևս բացակայում է հաշվետվական համակարգը բուժաստատությունների ծախսերի մասով, կատարված ներդրումների ծավալների վերաբերյալ որոշակի պատկերացում կարելի է կազմել ոլորտում իրականացված շինարարության ծավալների և ներմուծված բժշկական նշանակության մեքենաների և սարքավորումների արժեքի օգնությամբ:

Աղյուսակ 2

Շինարարության ծավալները (հիմնական միջոցների գործարկում և շինմունտաժային աշխատանքներ) առողջապահության ոլորտում, միլիոն դրամ⁵

	2013	2014	2015
<i>ծավալը (միլիոն դրամ)</i>			
Ոնդամենը ՀՀ			
<i>այդ թվում, ի հաշիվ՝</i>	2 184.2	3 342.7	14 638.7
պետական բյուջեի միջոցների	469.1	521.4	1 991.9
համայնքների միջոցների	24.5	45.8	29.7
միջազգային վարկերի	942.5	1 678.2	2 891.4
մարդասիրական օգնության միջոցների	11.9	21.0	557.5
կազմակերպությունների միջոցների	736.2	1 076.3	9 168.2
<i>կառուցվածքը (տոկոս)</i>			
Ոնդամենը ՀՀ			
<i>այդ թվում, ի հաշիվ՝</i>	100	100	100
պետական բյուջեի միջոցների	21.5	15.6	13.6
համայնքների միջոցների	1.1	1.4	0.2
միջազգային վարկերի	43.2	50.2	19.8
մարդասիրական օգնության միջոցների	0.5	0.6	3.8
կազմակերպությունների միջոցների	33.7	32.2	62.6

Հետանկախացման ժամանակաշրջանում առողջապահությունում երկար ժամանակ որպես ներդրումների ֆինանսավորման հիմնական աղբյուր էին ծառայում պետական բյուջեի միջոցները, միջազգային վարկերն ու մարդասիրական օգնությունը, սակայն ավելի ուշ աստիճանաբար աճեցին նաև կազմակերպությունների կողմից կատարվող ներդրումների ծավալները: Բնականաբար, ոլորտում շուկայական հարաբերությունների աստիճանական զարգացումը, գնողունակ պահանջումների աճը, բուժօժանդությունների դիմաց

⁴ Տես նույն տեղը:

⁵ Շինարարությունը Հայաստանի Հանրապետությունում 2014 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015: ՀՀ արտաքին առևտուրը 2014 թվականին (ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 8-նիշ դասակարգման), վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015:

պետական ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը, հարկային բարենպաստ քաղաքականությունը նպաստեցին կազմակերպությունների եկամուտների աճին ու ոլորտում շահութաբերության ավելացմանը, ինչն էլ բարենպաստ պայմաններ ստեղծեց ներդրումներ կատարելու համար:

Մյուս կողմից՝ առողջապահության ոլորտում տեխնոլոգիական առաջընթացը, մրցակցային առավելություններ ձեռք բերելու ձգտումը, բնակչությանը որակյալ ծառայություններ մատուցելու անհրաժեշտությունը պատճառ են դարձել առողջապահական կազմակերպություններում խորհրդային ժամանակներից մնացած սարքավորումները և տեխնոլոգիաները թարմացնելու և ոլորտը միջազգային չափորոշիչներին համապատասխանեցնելու համար:

Այդ առումով, բավական տպավորիչ է վերջին տարիներին բուժհաստատություններում հիմնական միջոցների ներդրման նպատակով կատարվող ծախսերի ծավալների ավելացումը: Առողջապահական համակարգի կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների որակի և տեսականու հետագա բարելավման կարևոր վկայությունն է այն փաստը, որ ներդրված բժշկական սարքավորումների գերակշիռ մասի նշանակությունը հիվանդությունների ախտորոշումն ու բուժումն է, ինչը, նպաստավոր պայմանների և համապատասխան որակավորում ունեցող անձնակազմի առկայության դեպքում, բնակչությանը միջազգային չափորոշիչներին համապատասխանող որակյալ բուժօժանդություններ մատուցելու երաշխիքն է:

Աղյուսակ 3

Բժշկական նշանակության սարքերի և սարքավորումների ներմուծման ծավալները (միլիոն դրամ)⁶

Ապրանքային բաժնի, խմբի, ենթախմբի անվանումը և ապրանքի 8-նիշ ծածկագիրը	2013	2014	2015
Բժշկական, վիրաբուժական, ատամնաբուժական սարքեր	9 966.6	9 404.3	13 761.2
Մերսման, թերապևտիկ, պրիեստական շնչառության սարքեր	509.2	475.4	886.1
Ռենտգենյան ապարատ բժշկական և մասեր	5 496.4	3 080.5	8 602.6
Կահույք բժշկական, մասեր	1 550.8	487.7	710.1
Հաշմանդամների սայլակ	112.0	87.8	158.0
ԸՆդամենը	17 635.0	13 535.7	24 117.0

Թեև, օրինակ՝ 2014 թվականին բուժհաստատությունների ունեցած 97 միլիարդ դրամը գերազանցող զուտ շահույթից բոլոր տեսակի կապիտալ ծախսերն ու հարկերը հանելու դեպքում անգամ եկամուտների բաշխման անհավասարության ու գերշահույթների փաստը անվիճելի է, սակայն դրական պետք է գնահատել կազմակերպությունների կողմից բնակչությանը առողջապահության ոլորտի արդի պահանջներին ու չափորոշիչներին համապատասխանող որակյալ բուժօժանդություններ մատուցելուն ուղղված քայլերը՝ ներդրումների ծավալների աճի համատեքստում:

Առողջապահական նոր հաստատությունների հիմնումը, դրանց տեխնիկական վերազինումը, առանձին դեպքերում անգամ կառավարման արդի տեխնոլոգիաների ներդրումը, ցավոք, դեռևս տեսանելի չեն դարձնում այն փոփոխությունները, որոնց ակնկալիքն ունի բնակչությունը: Հայաստանի

⁶ Հայաստանի Հանրապետության արտաքին առևտուրը 2013–2015 թվականներին, ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 10-նիշ դասակարգման, վիճակագրական ժողովածուներ, ՀՀ ԱԿԾ, Եր., 2014–2016 թթ.:

առողջապահական համակարգը մենաշնորհ մրցակցության, որոշ դեպքերում մենաշնորհի ու մոնոպոսիայի յուրահատուկ համակցություն է, որի շրջանակում մի կողմից՝ պետությունը տրամադրում է անվճար բուժօգնություն պետական առողջապահական կազմակերպությունների միջոցով և թելադրում է իր պայմանները մասնավոր հատվածին՝ պետական ֆինանսավորմամբ, մյուս կողմից, ծառայությունների զգալի մասի համար ձևավորվում է «վաճառողի շուկա», երբ մատակարարն օժտված է անսահմանափակ շուկայական իշխանությամբ: Արդյունքում՝ ստեղծվում է մի իրավիճակ, երբ առողջապահական կազմակերպությունները պետության կողմից սահմանված գներով մատուցված ծառայությունների ժամանակ ունեցած «կորուստները» փոխհատուցում են վճարովի ծառայություններից ստացվող եկամուտներով: Փաստորեն, երկու դեպքում էլ գնագոյացումը տեղի է ունենում ոչ օբյեկտիվորեն՝ անտեսելով շուկայական հարաբերություններին բնորոշ համապատասխան պայմաններն ու մեխանիզմները:

Այսպիսով՝ երկրի առողջապահական համակարգը բնութագրվում է մի վիճակով, երբ գործ ունենք «վաճառողի շուկայի» տիրապետող դիրքի հետ, երբ տնային տնտեսությունների համար շարունակաբար ավելացող առողջապահական ծախսերը լուրջ բեռ են դառնում վերջիններիս բյուջեների համար, նվազում է բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը, արձանագրվում է գների աճ, ինչն անգամ կրճատվող պահանջարկի պայմաններում առողջապահական կազմակերպությունների համար ապահովում է զգալի եկամուտներ և ընդլայնվելու հնարավորություններ:

Հիմք ընդունելով այն մտեցումը, որ բժշկական ծառայություններն իրենց բնույթով և հանրային նշանակությամբ առանձնահատուկ են, կարող ենք եզրակացնել առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների իրականացման ոչ բավարար արդյունավետության մասին: Օբյեկտիվ պատճառներով բնակչության «պարտադրված» պահանջարկի աճի, եկամուտների անհավասար բաշխման և այլ գործոնների հաշվին շահույթ ապահովելը գործարարության լավագույն բնութագրիչը չէ: Առողջապահության ոլորտում ևս առաջին պլանում է գնագոյացման խնդիրը: Այրանքի գինը ապրանքային հատկանիշներով օժտված և շուկայում իրացվող բժշկական ծառայության գինն է: Այս շուկայում ևս, համաձայն շուկայական հարաբերությունների ձևավորման մեխանիզմների, հիմնական բաղադրիչների դերում հանդես են գալիս պահանջարկը, առաջարկը և գինը, հետևաբար՝ արտադրված բարիքի (բժշկական ծառայության) ծավալը և գինը պետք է որոշվեն սպառողների և վաճառողների (բժշկական ծառայություններ մատակարարողների) փոխհարաբերության արդյունքում:

Վճարովի ծառայությունների դերը առողջապահության ֆինանսավորման գործում ընդգծելու, ինչպես նաև բուժօգնության մատչելիությունն ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ կլինի, նախևառաջ, կանոնակարգել դրանց գնագոյացման խնդիրը, որի համար հարկ է մշակել և սահմանել բժշկագիտական և տնտեսագիտական չափորոշիչներ: Միայն վերջիններիս առկայության դեպքում հնարավոր կլինի օբյեկտիվորեն կարգավորել գնագոյացումը առողջապահության համակարգում՝ դարձնելով այն կառավարելի: Հաշվի առնելով բժշկական ծառայությունների առանձնահատուկ բնույթն ու հանրային նշանակությունը՝ առողջապահության համակարգում պետք է ներդրվեն կառավարելի և պետության կողմից վերահսկվող շուկայական հարաբերու-

թյուններ, ինչն, իր հերթին, կհանգեցնի նաև բժշկական օգնության մատչելիության աստիճանի բարձրացմանը:

Հայաստանի սոցիալ-տնտեսական զարգացման արդի տեմպերը, միասնացման համաշխարհային գործընթացները, բնակչության միգրացիոն շարժունակությունը, ծառայությունների ներմուծման խոչընդոտների շարունակական վերացումն ու առողջապահության զբոսաշրջության զարգացման միտումները լուրջ մրցակցային միջավայր են ձևավորում առողջապահական կազմակերպությունների համար: Դրանով պայմանավորված՝ վերջիններիս արդյունավետ գործունեության համար առանձնահատուկ նշանակություն է ստանում արտաքին միջավայրի փոփոխություններին համաժամանակյա և համարժեք արձագանքելու ունակությունը: Ջուտ տնտեսական իմաստով, անգամ շուկայում իրենց դիրքերը չկորցնելու համար առողջապահական կազմակերպությունները պարտադրված են շարունակաբար ներդնել կամ կատարելագործել կառավարման ձևերն ու մեխանիզմները՝ ինչը գործունեության արդյունավետության մակարդակի բարձրացման գլխավոր երաշխիքն է, քանզի հնարավորություն կտա նվազագույն ծախսերով ապահովելու որակյալ և մատչելի բժշկական օգնություն կամ ծառայություններ: Բժշկական ծառայությունների որակի աստիճանական բարելավումը և հասարակության բոլոր խավերի համար մատչելիության ապահովումը արդի առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության հաջողության գլխավոր գրավականն է:

Օգտագործված գրականություն

1. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թ. հունվար-ապրիլին, տեղեկատվական ամսական զեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015:
2. Հայաստանի ֆինանսների վիճակագրություն, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2015:
3. Շինարարությունը Հայաստանի Հանրապետությունում 2014 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎԾ, Եր.:
4. Հայաստանի Հանրապետության արտաքին առևտուրը 2013–2014 թվականներին (ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 8-նիշ դասակարգման), վիճակագրական ժողովածուներ, ՀՀ ԱՎԾ, Եր., 2014–2016:
5. Общественное здоровье и здравоохранение, под. ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, М., 2003.
6. David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke, Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации? Краткий аналитический обзор (под редакцией Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения).
7. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, (под. ред. Элайаса Моссиалоса, Анны Диксон и др.), ВОЗ, 2002.
8. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии /Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rocco/. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ТИГРАН ГЕВОРКЯН

Аспирант кафедры Коммерции и
организации бизнеса АГЭУ

Анализ финансовых показателей организаций здравоохранения. – В статье рассматривается ряд ключевых вопросов, исходящих из того очевидного фактора, что планирование системы здравоохранения напрямую зависит от деятельности участников системы, наличия ресурсов, затрат, доходов и механизмов их распределения и т.д. Первым важным вопросом является гарантированный доступ ко всем типам ресурсов, необходимых для системы здравоохранения, что возможно только при наличии необходимых финансовых средств. Для этого были изучены основные финансовые показатели, характеризующие деятельность основных участников рынка медицинских услуг: покупателей (домашние хозяйства) и продавцов (поставщики).

В процессе анализа финансовых показателей организаций была предпринята попытка путем их сравнения понять повышение эффективности управления бизнес-процессами в этой области в контексте доступности услуг и обеспечения равных условий для участников. В результате анализа был сделан вывод, что несмотря на достижения в этой области, деятельность медицинских учреждений еще противостоит интересам как медицинского персонала, так и потребителей услуг. Данные указывают на то, что все еще существуют серьезные проблемы в распределении доходов и оказании доступных услуг населению в медицинских учреждениях. С другой стороны, динамика инвестиций вселяет надежду на то, что в ближайшем будущем будут созданы возможности для решения этих задач. В настоящее время изменения, происходящие в сфере здравоохранения и медицинских учреждений, не свидетельствуют о повышении эффективности рынка.

Ключевые слова: *планирование здравоохранения, социальная справедливость и доступность, государственное финансирование, международные стандарты, инвестиции в технологии, общественное здоровье и качество жизни, валовая прибыль организаций, кредиторские и дебиторские кредиты, задолженности, материальные расходы, оплата труда.*

JEL: G19, G28, G29, I15, I18, I19

TIGRAN GEVORGYAN

Post-graduate at the Chair of Commerce and Business Organization at ASUE

Analysis of the Financial Indicators of Healthcare Facilities.– The article discusses some key issues which come from the simple fact that the planning of healthcare system directly depends on the activities of system participants, available resources, expenses, incomes and their distribution mechanisms, etc. The first important question refers to the guaranteed accessibility of all types of resources necessary for the healthcare system which is only possible in case of the availability of necessary funds. Based on this, the main financial indicators describing the activities of the main participants in the market of health services, that is of customers (households) and sellers (suppliers), have been studied.

While analyzing the financial indicators of organizations an attempt was made, by combining these indicators, to gain an insight into the effectiveness of the management of business processes in this sphere in the context of ensuring accessibility of services and equal competing conditions for the participants. Based on the analysis, a conclusion was made that, despite the achievements in this sphere activities of health facilities are still opposing to the interests of both the medical staff and service consumers. Data show that healthcare organizations still have some serious problems connected with the distribution of incomes and providing the population with affordable services. On the other hand, the dynamics of the investments gives some hope that there will be opportunities to solve these problems in the near future. However, at present the changes in the healthcare system and health facilities do not indicate the increase of the market effectiveness.

Key words: *health planning, social justice and accessibility, government financing, international standards, investments in technologies, public health and life quality, gross profit of organizations, debit and credit loans, debts, material expenses, work payment.*

JEL: G19, G28, G29, I15, I18, I19