



ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ  
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ  
ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ  
ՀԱՄԱՐԱԿԵՆՏՐ



**ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԵՎ  
ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄ.  
21-րդ դարի մարտահրավերներ  
և հնարավորություններ**

**DEVELOPMENT OF ECONOMY AND SOCIETY:  
Challenges and Opportunities of 21st Century**

**РАЗВИТИЕ ЭКОНОМИКИ И ОБЩЕСТВА:  
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ 21-ого века**

**ՀՊՏՀ 27-ՐԴ ԳԻՏԱԺՈՂՈՎ**

2017 թ., նոյեմբերի 22-24

**Երևան 2018**

ՀՏԴ 330:06  
ԳՄԴ 65  
Տ 778

Հրատարակվում է  
ՀՊՏՀ գիտական խորհրդի որոշմամբ

**Խմբագրական խորհրդի նախագահ՝**

**ԿՈՐՅՈՒՆ ԱԹՈՅԱՆ**

ՀՊՏՀ ռեկտոր, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր

**Խմբագրական խորհուրդ՝**

- ԴԻԱՆԱ ԳԱԼՈՅԱՆ** - ՀՊՏՀ միջազգային տնտեսական հարաբերությունների ամբիոնի վարիչ, Կ.գ.դ., դոցենտ  
**ՍՈՒՐԵՆ ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ** - ՀՊՏՀ բնօգտագործման տնտեսագիտության ամբիոնի վարիչ, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր  
**ԱՇՈՏ ՄԱԹԵՎՈՍՅԱՆ** - ՀՊՏՀ հաշվապահական հաշվառման և աուդիտի ֆակուլտետի դեկան, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր  
**ԽՈՐԵՆ ՄԻՆԻԹԱՐՅԱՆ** - ՀՊՏՀ գիտության և ասպիրանտուրայի բաժնի պետ, Կ.գ.թ., դոցենտ  
**ԱՇՈՏ ՍԱԼԵԱԶԱՐՅԱՆ** - ՀՊՏՀ ֆինանսների ամբիոնի վարիչ, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր  
**ՎԱՐԴԱՆ ՍԱՐԳՍՅԱՆ** - ՀՊՏՀ տնտես. ինֆորմ. և տեղեկ. համակ. ամբիոնի վարիչ, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր  
**ՅՈՒՐԻ ՍՈՒՎԱՐՅԱՆ** - ՀՊՏՀ կառավարման ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԳԱԱ ակադ., Կ.գ.դ., պրոֆեսոր  
**ԳԱԳԻԿ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ** - ՀՊՏՀ պրոռեկտոր, Կ.գ.դ., պրոֆեսոր

ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄ. 21-րդ դարի մարտահրավերներ և  
Տ 778 հնարավորություններ: ՀՊՏՀ 27-րդ գիտաժողովի նյութեր / ՀՊՏՀ: - Եր.: Տնտեսագետ,  
2018, 780 էջ:

ՀՏԴ 330:06  
ԳՄԴ 65

ISBN 978-9939-61-177-8

© «Տնտեսագետ» հրատարակչություն, 2018 թ.

## ՈՂՋՈՒՅՆԻ ԽՈՍՔ

Գիտաժողովի հարգելի՛ մասնակիցներ,

շնորհավորում եմ բոլորիս Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանի 27-րդ գիտաժողովի բացման առթիվ և ցանկանում եմ շնորհակալություն հայտնել գիտաժողովի բոլոր մասնակիցներին, ովքեր հեղափոխություն են ցուցաբերել տնտեսության և հասարակության զարգացմանն առնչվող հրապապ հարցերի նկատմամբ:

Մեր համալսարանի տարեկան գիտաժողովները գեղեցիկ ավանդույթ են դարձել, բայց ես ուրախությամբ եմ նշում, որ դրանց կողքին այսօր առկա են մեր համալսարանի գիտական գործունեությունն արտացոլող այլ ձևաչափեր նույնպես: Հպարտությամբ եմ նշում, որ հեղափոխական համալսարան դառնալու և մեր պետության տնտեսական կյանքին մասնագիտական մասնակցություն ունենալու իմ տեսլականը կամաց-կամաց կյանքի է կոչվում: Համալսարանի «Ամբերդ» հեղափոխական կենտրոնի գործունեությունն այսօր տալիս է նշանակալի արդյունքներ. այսօրեղ ոչ միայն իրականացվում են հանրապետության տնտեսական արդիական հիմնախնդիրների վերաբերյալ հեղափոխություններ, այլև կենտրոնի աշխատակիցները բուհի դասախոսական կազմի ներկայացուցիչների հետ, որպես փորձագետներ, հանդես են գալիս համապետական քննարկումներում:

Մինչ տարեկան գիտաժողովի կազմակերպումը գիտական սեմինարների ձևաչափերով հանդես եկան մեր ամբիոնները՝ շնորհանդեսներով ներկայացնելով իրենց ուսումնասիրության առանցքում առկա թեմաները: Այս ուսումնական տարվանից տրվեց գիտաուսումնական լաբորատորիաների մեկնարկը, ինչը գիտական դրամաշնորհներ, գիտաուսումնական խմբեր և գիտահեղափոխական կյանքի աշխուժացմանը միտված այլ ձևաչափեր ներդնելու մեր մոտեցումների հրաշալի շարունակությունն է:

Համալսարանի տարեկան գիտաժողովը ես հատկապես կարևորում եմ ակնկալիքով, որ այն պետք է վեր հանի մեր հավաքական գիտական ներուժը, ցույց տա համալսարանում գիտական կյանքի որակական փոփոխությունը և դառնա հեղափոխ գործունեության յուրօրինակ ուղենիշ: Այս գիտաժողովի հիմքում տնտեսության և հասարակության զարգացման հարցերն են, որոնք ի ցույց են դնում մեր դարաշրջանի մարտահրավերներն ու հնարավորությունները: Իսկապես, սրանք այնքան փոխկապակցված և կարևոր հարցեր են, որոնք չպետք է անտարբեր թողնեն տնտեսագետներին, չէ՞ որ չի կարող լինել հասարակական զարգացման որևէ մակարդակ՝ առանց կենսունակ տնտեսության:

Հուսով եմ, որ գիտաժողովը՝ իր բաժանմունքներով և կլոր սեղաններով, հնարավորություն կտա մասնագետներին ներկայացնելու իրենց մոտեցումները, բացահայտելու գիտաժողովի խորագրում արտացոլված թեման՝ իր բոլոր շերտերով և նրբություններով: Այնպես որ, արգասաբեր և աշխույժ աշխատանք եմ մատչում Ձեզ:

Շնորհակալ եմ ուշադրության համար:

ԿՈՐՅՈՒՆ ԱԹՅԱՆ  
ՀՊՏՀ ռեկտոր, պրոֆեսոր

**АШОТ КИРАКОСЯН**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИПОТЕЧНОГО РЫНКА**

*Ключевые слова:* ипотечный рынок, банковская система, коммерческие банки, экономический рост, программные кредиты, предварительная оплата

*Рынок ипотеки имеет уникальную роль в развитии экономики во всем мире. Этот рынок всегда находится в центре внимания исследователей, и поэтому новые инструменты и механизмы постоянно растут на этом рынке, что облегчает ипотеку. Развитие ипотечного рынка будет способствовать развитию рынка недвижимости, расширению объемов строительства, стабилизации и увеличению экономического роста и, конечно же, созданию новых рабочих мест.*

**ASHOT KIRAKOSYAN**

## **MORTGAGE MARKET DEVELOPMENT PROSPECTS**

*Key words:* mortgage market, banking system, commercial banks, economic growth, project loans, prepayment.

*Mortgage market has its specific role in the economic development of the country all over the world. This market is always under researchers' attention and that's why in this market the number of mechanisms and tools is increasing day by day, which makes the mortgage providing process easier. The mortgage market development will contribute the processes like the real estate market development, extension of construction volumes, the economic growth increase and stabilization and surely the creation of new workplaces.*

**ԱՆՈՒՇ ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ**

*Ասպիրանտ, ՀՊՏՀ*

## **ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԵՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԱՌՆՉՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

*Հիմնաբառեր.* բժշկական ապահովագրական հատուցում, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախս, առողջապահության պետական ֆինանսավորում, ՀՆԱ-ի մեջ առողջության պետական ֆինանսավորման ծավալ, հիվանդացության մակարդակ

*Հոդվածում մանրամասն ներկայացվում են առողջապահական համակարգի գործառույթներն ու նպատակները, ֆինանսավորման բյուջետային խմբերը, առողջապահական*

*ծառայությունների ֆինանսական հասնելիությունն ու դիմելիության մակարդակը: Ուսումնասիրվում են հիվանդացության մակարդակի և առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրների միջև կախվածությունները: Վերլուծության արդյունքում բնակչության առողջության բարելավման և պահպանման համար առաջարկվում է մշակել նոր ուղիներ առողջության ապահովագրության համակարգը զարգացնելու համար:*

Խորհրդային Միության փլուզումից հետո, որտեղ գործում էր առողջապահական համակարգի Սեմաշկո<sup>1</sup> մոդելը, Հայաստանը և մյուս խորհրդային երկրները կանգնեցին լուրջ ֆինանսական խնդիրների առաջ: 1996 թ. Հայաստանի համար և՛ տնտեսական, և՛ քաղաքական ծանր անցումային շրջանում ընդունվեց «Բուժօգնության և բնակչության համար բուժսպասարկման մասին» օրենքը<sup>2</sup>, որով կրճատվում էր պետության ֆինանսական աջակցությունը, չեղյալ էր համարվում այն սկզբունքը, թե յուրաքանչյուրն ունի անվճար բուժօգնության իրավունք: Այսուհետ ամեն ոք ինքը պետք է վճարեր իր գրպանից: Անցումային ծանր տնտեսական և քաղաքական պայմանները իրենց հետքը թողեցին բնակչության առողջության վիճակի վրա՝ հանգեցնելով հիվանդացության մակարդակի, մահացության դեպքերի ավելացմանը: Առողջապահական համակարգի հետագա զարգացումները բոլորը պետք է ուղղված լինեին բնակչության հիվանդացության կանխարգելմանն ու առողջության պահպանմանը:

«Առողջապահական համակարգի 2008–2012 թթ. բարեփոխումները հիմնականում նպատակաուղղված էին բժշկական ծառայությունների մատչելիությանն ու որակի բարձրացմանը, և առողջության պետական ֆինանսավորման հիմնական մասը ուղղվում էր առողջության առաջնային օղակին:

Առողջապահական համակարգի նպատակներից առավել կարևորը առողջության բարելավումն է: Այն միարժեքորեն չենք կարող կապել որևէ կոնկրետ գործառույթի իրականացման հետ՝ դրա վրա ազդող բազմաթիվ գործոնների և դրանց ազդեցությունների ժամանակային հնարավոր հետաձգումների պատճառով: Սակայն կարող ենք ենթադրել ու կանխատեսել, որ առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունքում անպայման տեղի է ունենում առողջության բարելավում: Հետևապես կարևորվում է գործառույթների ու կարճաժամկետ ռազմավարությունների մշակումը, որոնք կհանգեցնեն երկարաժամկետում նպատակների իրագործմանը:

Բնակչության առողջության վիճակը մի կողմից հանդես է գալիս որպես առողջապահական համակարգի գործունեության վերջնարդյունք և գլխավոր նպատակ, մյուս կողմից արտահայտում է համակարգի գործունեության արդյունավետությունը: Բնակչության առողջության վիճակը գնահատվում է երկու ցուցանիշների միջոցով՝ հիվանդացության մակարդակով և մահացության մակարդակով:

<sup>1</sup> Աշխարհում հայտնի առողջապահական մոդելներից մեկն էր, որը գործում էր Խորհրդային Միության տարիներին: Դրան բնորոշ էին առողջապահական համակարգի կենտրոնացումը և բուժօգնության հասանելիությունն ու մատչելիությունը բոլոր քաղաքացիների համար:

<sup>2</sup> [www.arlis.am](http://www.arlis.am)

Հիվանդացության մակարդակը, որպես բնակչության առողջության վիճակը բնութագրող ցուցանիշ, որոշվում է առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների և մշտական բնակչության միջին տարեկան թվաքանակների հարաբերությամբ<sup>1</sup>, ըստ ՀՀ վիճակագրական ծառայության հիվանդացության մակարդակը 2015 թ. 100 հազ. բնակչի հաշվով կազմել է 30.9 հազ., որը նախորդ տարվա համեմատությամբ աճել է գրեթե 2%-ով: Հիվանդացության մակարդակի աճը մի կողմից պայմանավորված է հիվանդների դիմելիության աճով, քանի որ 2006 թ. սկսած առաջնային ամբուլատոր պոլիկլինիկական օղակի բուժօգնությունը իր ամբողջ ծավալով ընդգրկվել է պետպատվերի շրջանակներում:<sup>2</sup> Մյուս կողմից էլ՝ մի խումբ հիվանդությունների տարածվածությամբ, որոնց տեսակարար կշիռը կազմում է հիվանդացության մակարդակի 67.3%-ը, որում գերակշռում են շնչառական օրգանների և արյան շրջանառության համակարգի խնդիրները:<sup>3</sup> Ստացվում է, որ հիվանդացության մակարդակի աճը առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած բարելավումների արդյունք է, որը բնութագրում է, ոչ թե առողջական վիճակը, այլ բուժօգնությունների մատչելիությունը, ինչն էլ իր հերթին վերջին հաշվով անխուսափելի է դարձնում առողջական վիճակի բարելավումը:

Համադրելով տարբեր երկրներում կիրառվող առողջապահության վրա կատարվող ծախսերի կանխատեսման մոդելներն<sup>4</sup> ու առողջության ապահովագրությունում կիրառվող ռիսկի հավասարակշռության մոդելները<sup>5</sup>, կարելի է առանձնացնել երկու խումբ գործոններ, որոնք ազդում են հիվանդացության մակարդակի վրա.

1. Անձնային գործոններ (սեռ, տարիք, մարդու ապրելակերպը, վարքագիծը և այլն): Այս գործոնները մեր վերլուծության մեջ չեն դիտարկվել, քանի որ վիճակագրական տվյալները կամ բացակայում են կամ էլ բավարար չեն խորը վերլուծություն կատարելու համար:
2. Սոցիալ-տնտեսական գործոններ՝ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորում, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախս, առողջության գծով համախառն հատուցումներ և այլն: Ենթադրվում է, որ յուրաքանչյուրն ինչ-որ չափով նպաստում է բնակչության առողջության բարելավմանը՝ երկարաժամկետում նվազեցնելով հիվանդացության մակարդակը:

Ճիշտ է վերջին տարիներին պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ֆինանսական միջոցները անվանական արժեքով աճել են, սակայն գնաճի հետևանքով տեղի է ունեցել ֆինանսավորման իրական մակարդակի կրճատում: 2013 թ.-ին պետական առողջապահական ծախսերի իրական մակարդակը զիջել է 2008-ին 1.5%-ով, իսկ 2014 թ.-

<sup>1</sup> <http://www.armstat.am/file/doc/99461573.pdf>

<sup>2</sup> Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական այլընտրանքային աղբյուրների օգտագործման հնարավորությունների վերաբերյալ ուսումնասիրություն, 2012:

<sup>3</sup> ՀՀ առողջապահության համակարգի գնահատում, 2015:

<sup>4</sup> Astolfi, R., L. Lorenzoni and J. Oderkirk, A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods, OECD Health Working Papers, No. 59, OECD Publishing. 2012,

<sup>5</sup> Testing the effectiveness of risk equalization models in health care, prof. dr.W.P.M.M, 2007, 12-15.

ին 25.4% աճի պայմաններում՝ 2008-ի ֆինանսավորման մակարդակը գերազանցվել է ընդամենը 18.4%-ով<sup>1</sup>:

Առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորման ծավալները և մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսը, որոնք հանդես են գալիս որպես առողջապահական համակարգի արդյունավետության ցուցանիշ<sup>2</sup> ամեն տարի աճի միտում են դրսևորում՝ 2015 թ. կազմելով համապատասխանաբար 86 մլրդ դրամ և 28590 դրամ:

«Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ներքին աղբյուրների<sup>3</sup> ցանկում բացի պետական բյուջեի ֆինանսավորումը, ուշադրության է արժանի վերջին տարիներին զարգացման միտում դրսևորող առողջության ապահովագրությունը:

Առողջության ապահովագրական համակարգը հանդիսանալով բնակչության սոցիալական պաշտպանության պետական գործառույթի շուկայական լրացում՝ տրամադրում է քաղաքացու սոցիալական ապահովության լրացուցիչ երաշխիքներ և միաժամանակ նվազեցնում պետության ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունը այս գործառույթի մասով: Նման մեխանիզմների կառավարումն առավել կարևորվում է անցումային տնտեսությամբ երկրներում՝ պայմանավորված դրանցում սոցիալական պաշտպանության սկզբունքների և ձևերի համակարգային փոփոխությամբ:

Առողջության ապահովագրության համակարգը դիտելով որպես առողջապահական համակարգի զարգացման ռեսուրս, կարելի է ընգծել, որ. 1. ներգրավում է լրացուցիչ ֆինանսական ռեսուրսներ առողջապահության ոլորտ, 2. լուծում է սոցիալական բնույթի խնդիրներ, 3. բուժօգնություն ստանալու պահին թույլ է տալիս խուսափել ֆինանսական խնդիրներից, 4. նվազեցնում է սեփական գրպանից կատարվող ծախսումները, 5. հանգեցնում է բնակչության առողջության բարելավմանը, 6. նպաստում է առողջապահական ծառայությունների որակի կատարելագործմանն ու առողջապահական ոլորտի արդյունավետության բարձրացմանը:

Այսպիսով՝ առողջության ապահովագրության ընդլայնումը մի կողմից թեթևացնում է պետության բեռը սոցիալական գործառույթի մասով, մյուս կողմից՝ նպաստում առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությանը՝ դրանով իսկ նվազեցնելով հիվանդացության մակարդակը: Ըստ կատարված հետազոտության<sup>4</sup> 2014 թ. բուժ-հիմնարկների ֆինանսական մատչելիությունը հարցվածների շրջանում ունեցել է հետևյալ պատկերը.

<sup>1</sup> Առողջապահության պարզեցված բյուջե, «Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագիր, 2014թ. հուլիս, էջ 8:

<sup>2</sup> Առողջության ապահովագրության դերը «Առողջապահության համակարգի ֆինանսական համակարգում, «Ֆինանսներ և էկոնոմիկա», #1-2. 2016 թ.:

<sup>3</sup> Առողջության ապահովագրության դերը «Առողջապահության համակարգի ֆինանսական համակարգում, «Ֆինանսներ և էկոնոմիկա», #1-2. 2016 թ.:

<sup>4</sup> «Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի որակի հետազոտություն 2014», «Այ Փի Սի» քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտ, 2015:

Բուժհիմնարկ	Բուժհիմնարկն իրենց համար ֆինանսապես մատչելի են համարել					
	Չի դիմել			Դիմել է		
	2012թ.	2013թ.	2014	2012թ.	2013թ.	2014թ.
Բուժկետ/ամբուլ (միայն գյուղերում)	65.0%	54.8%	53.3%	81.0%	68.3%	71.5%
Պոլիկլինիկա	53.9%	50.8%	48.6%	66.8%	69.3%	65.4%
Ատամնաբուժարան	29.5%	25.7%	20.8%	46.8%	40.4%	37.2%
Մասնավոր բժշկական կենտրոն	19.0%	14.8%	-	28.1%	24.8%	-
Դիագնոստիկ կենտրոն	17.4%	14.8%	14.0%	32.0%	29.8%	24.7%
Յիվանդանոց	23.3%	18.0%	13.6%	31.2%	28.9%	25.0%
Ծննդատուն (միայն կանայք)	42.9%	42.5%	34.9%	75.8%	64.4%	68.2%

**Բուժհիմնարկների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ տվյալ բուժհիմնարկ դիմած և չդիմած անձանց (2012–2014 թթ.)**

Ըստ հետազոտության՝ ՀՀ-ում ծննդատները, ատամնաբուժարանները և դիագնոստիկ կենտրոնները ֆինանսապես մատչելի չեն, ինչը խոսում է այն մասին, որ այս բուժհիմնարկներում մատուցվող ծառայությունների գները բարձր են՝ համեմատած պոլիկլինիկաների, գյուղական ամբուլատորիաների հետ:

Հարցվածների շրջանում (հաշվի է առնվել նաև բարեկեցության մակարդակը՝ ցածր, միջին, բարձր), բուժհիմնարկ չդիմելու պատճառներում գերակշռող է եղել ֆինանսական միջոցների բացակայությունը՝ գրեթե 80%:

Բժշկական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը մի կողմից՝ պայմանավորված է բժշկական ծառայությունների բարձր գներով, անուղղակի ծախսերով (տրանսպորտային ծախսեր, աշխատանքից բացակայելու հետ կապված աշխատավարձից պահումներ և այլն), մյուս կողմից էլ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալներով, ընտանիքի եկամուտներով, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսով, առողջության ապահովագրությամբ:

Ձարգացած ու զարգացող երկրներում, որտեղ զարգացած է առողջության ապահովագրական համակարգը, դրա բացակայությունը նույնպես դասվում է բժշկական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը խոչընդոտող գործոնների շարքը: Ըստ տարբեր հեղինակների<sup>1</sup>, այն անհատները, որոնք չունեն առողջության ապահովագրություն, առավել հավանական է, որ ունեն ավելի վատ առողջական վիճակ, մահանում են ավելի վաղ հասակում, չունեն հասանելիություն բժշկական ծառայություններին:

<sup>1</sup>Durham J, Owen P, Bender B, et al. Self-assessed health status and selected behavioral risk factors among persons with and without healthcare coverage—United States, 1994-1995. MMWR. 1998 Mar;13;47(9):176-80  
 Insuring America's health: Principles and recommendations. Acad Emerg Med. 2004;11(4):418-22.  
 Hadley J. Insurance coverage, medical care use, and short-term health changes following an unintentional injury or the onset of a chronic condition. JAMA. 2007;297(10):1073-84.



ՀՀ-ում առողջության ապահովագրական համակարգը, ճիշտ է, զարգացած չէ, սակայն վերջին մի քանի տարիներին պետական ծառայողների համար ներդրված սոցիալական փաթեթի շրջանակներում գործող բժշկական ապահովագրությունը մեծ աշխուժություն է մտցրել այս ոլորտում: 2016 թ. առողջության ապահովագրության գծով համախառն ապահովագրավճարները կազմել են գրեթե 5.6 մլրդ դրամ, ինչը նախորդ տարվա համեմատ աճել է 10%-ով: Իսկ 2015 թ. առողջության գծով համախառն հատուցումները կազմել են առողջության պետական ֆինանսավորման 3.9%-ը, որը մեր ապահովագրական շուկայի համար բավականին մեծ ցուցանիշն է, որը խոսում է առողջության ապահովագրության համակարգի զարգացման միտումների մասին:

Այսպիսով, ուսումնասիրելով ՀՀ առողջապահական համակարգի գործունեությունը, գործառույթներն ու նպատակները, համակարգի արդյունավետ ֆինանսավորման ցուցանիշները, աղբյուրները, բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունն ու հիվանդացության մակարդակը և կարևորելով ֆինանսական գործառույթի առաջնահերթությունը համակարգի զարգացման և նպատակների իրականացման համատեքստում, մեր կողմից կատարվել է էկոնոմետրիկ վերլուծություն՝ գնահատելու առողջապահական համակարգի ֆինանսական գործառույթի ազդեցությունը վերջնական արդյունքի՝ բնակչության առողջության վիճակի վրա: Կատարված հետազոտությունում, որպես արդյունքային ցուցանիշ հանդես է գալիս հիվանդացության մակարդակը, իսկ որպես անկախ փոփոխականներ՝ Ֆինանսական գործառույթի տարրերը՝ մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսը, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ներքին աղբյուրները, մասնավորապես՝ պետական ֆինանսավորումը և առողջության ապահովագրությունը:

Հաշվի առնելով ժամանակային կարճ շարքերի առկայությունը, որը հնարավորություն չի տալիս միաժամանակ գնահատել բոլոր գործոնների ազդեցությունները արդյունքային գնահատակի վրա, մեր կողմից վերլուծվել են առանձին գործոնների ազդեցությունները արդյունքային գնահատականի վրա և տրվել համեմատական գնահատականներ: Վերլուծության արդյունքում բոլոր գործոնները ավելացնում են հիվանդացության մակարդակը, սակայն դա պայմանավորված է դիմելիության աճով, որքան շատ են դիմում բժշկի, այնքան հիվանդացության մակարդակը բարձրանում է՝ ի հաշիվ հայտնաբերվող հիվանդությունների, սակայն երկարաժամկետում, կանխարգելիչ միջոցառումների հաշվին այդ ցուցանիշը նվազում է: Ըստ վերլուծության արդյունքների.

Առողջության ապահովագրության գծով համախառն հատուցումների, ՀՆԱ-ի մեջ ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերի մասնաբաժնի, մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսերի, առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը 1%-ով, այլ հավասար պայմաններում հանգեցնում է հիվանդացության միջին մակարդակի ավելացմանը համապատասխանաբար՝ 0.07%, 0.49%, 0.39%, 0.41%-ով:

Այսպիսով, դիտարկելով առողջության ապահովագրությունն ու առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորումը որպես առողջապահական համակարգի զարգացման հիմնական ռեսուրսների, բոլորովին չնսեմացնելով պետական բյուջեի դերն ու

նշանակությունը համակարգի զարգացման գործում, կարող ենք ասել, որ առողջության ապահովագրությունը, լինելով նոր զարգացող ոլորտ, առավել թիրախային կարող է լինել և՛ որպես ֆինանսավորման աղբյուր, և՛ որպես համակարգի գործունեության վերջնարդյունքներին հասնելու միջոց:

Քանի որ առողջապահական համակարգում ներդրումները բերում են դիմելիության աճի, ապա կարող ենք ընդձեռնել, որ բնակչության բժշկական ծառայություններին դիմելիության մակարդակը բավարար չէ: Հետևապես, բնակչության դիմելիության բարձրացման, առողջության բարելավման և պահպանման՝ որպես առողջապահական համակարգի գերխնդրի, ու առողջապահության համակարգի արդյունավետ ֆինանսավորման համար անհրաժեշտ է մշակել նոր ուղիներ՝ առողջության ապահովագրության համակարգը զարգացնելու համար, որտեղ առանձնապես պետք է կարևորվի պետության մասնակցությունը:

**АНУШ ТУМАНЯН**

## **ВЗАИМОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ СИСТЕМОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИЕМ**

*Ключевые слова:* страховое возмещение, расходы на здравоохранение на душу населения, государственное финансирование здравоохранения, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП, уровень заболеваемости

*В статье подробно описаны функции и задачи системы здравоохранения, государственное финансирование групп, уровень финансовых доступности медицинских услуг. В статье рассмотрены зависимости между уровнем заболеваемости и источниками финансирования системы здравоохранения. В результате анализа, для улучшения и защиты здоровья населения, предлагается разработать новые способы для развития системы медицинского страхования.*

**ANUSH TUMANYAN**

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN THE HEALTH SYSTEM AND HEALTH INSURANCE**

*Key words:* medical insurance compensation, per capita health expenditure, state health financing, share of state health financing in GDP, the level of morbidity.

*The article describes the functions and tasks of the health care system, state financing groups, the level of financial accessibility of medical services. The article examines the relationships between the level of morbidity and sources of financing of health system. As a result of the analysis, it is proposed to develop new ways for the development of the health insurance system to improve and protect the health of the population*