

**ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

Մարզայան Մաթենիկ Սերժի

**Առողջապահության արդյունաբերացման կառավարման հիմնահարցերը
Հայաստանի Հանրապետությունում**

Ը.00.02 – «Տնտեսության, նրա ոլորտների տնտեսագիտություն և կառավարում» մասնագիտությամբ տնտեսագիտության թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

Երևան - 2014

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի պետական համալսարանում

Գիտական ղեկավար՝

տնտ. գիտ. թեկնածու, դոցենտ
Արման Գառնիկի Գաբրիելյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

տնտ. գիտ. դոկտոր, պրոֆեսոր
Հայկ Լևոնի Մարգարյան

տնտ. գիտ. թեկնածու, դոցենտ
Աննա Հովիկի Հակոբջանյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

ՀՀ Պետական կառավարման
ակադեմիա

Պաշտպանությունը կայանալու է 2014թ-ի դեկտեմբերի 26-ին, ժամը 13:30-ին,
Երևանի պետական համալսարանում գործող տնտեսագիտության թիվ 015
մասնագիտական խորհրդի նիստում (հասցե՝ 0009, Երևան, Աբովյան 52):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2014թ-ի նոյեմբերի 25-ին:

015 մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար
տեխ. գիտ. դոկտոր, պրոֆեսոր՝

Ա. Հ. Առաքելյան

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ատենախոսության թեմայի արդիականությունը: Առողջապահությունը Հայաստանի տնտեսության աճի առավել բարձր ներուժ ունեցող ոլորտներից է: Այն բնութագրվում է կյանքի որակի, եկամուտների հավասարաչափ բաշխման և տարածքային համաչափ զարգացման վրա բարենպաստ ներգործությամբ: Մինևույն ժամանակ, լինելով տեխնոլոգիատար և մարդկային կապիտալի ինտենսիվ կիրառությամբ ոլորտ, այն կարևորվում է Հայաստանում գիտելիքատար ճյուղերի զարգացման, արտադրողականության աճի և երկրի արտաքին մրցունակության բարելավման առումներով:

Չնայած նշյալ հիմնարար դերին՝ առողջապահության ոլորտի իրական աճի տեմպը Հայաստանում ներկայում բարձր չէ և 2010-13-ին միջինը կազմել է 4.2%՝ զիջելով ՀՆԱ-ի իրական աճին: Ցածր է առողջապահությունում մեկ զբաղվածի հաշվով թողարկումը՝ \$8.1հզ, ցածր, քան տնտեսության միջինն է: Չի ընդլայնվում ՀՆԱ-ում առողջապահական ծախսերի կշիռը. 2004-ի 5.5%-ի համեմատ այն 2013-ին 4.5% էր, թեպետ առկա է որոշ բացարձակ աճ. 2004-12-ին մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերն ընթացիկ գներով աճել են \$65-ից մինչև \$150:

Առողջապահական ծախսերի աճին համընթաց տեղի է ունեցել բնակչության առողջական վիճակի հատվածային բարելավում: 2012-ին կյանքի սպասվող տևողությունը (74.4) բարձր էր, քան 2000-ին (71.3), թեպետ առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը (62 տարի) չէր փոխվել: Էապես բարելավվել էր մանկամահացության իրավիճակը, որի դրույքը 2012-ին 15 էր՝ 2000-ի 27-ի համեմատ: Սակայն վատթարացել էր չափահասների մահացության իրավիճակը. 15-ից 60 տարեկան անձանց մահանալու հավանականությունը (1000 բնակչի հաշվով) 2012-ին 163 էր՝ 2000-ի 149-ի համեմատ:

Առողջապահության ոլորտն օժտված է աճի բարձր ներուժով և կարող է դառնալ Հայաստանի տնտեսական զարգացման կայուն գործոն: Սակայն առողջապահության ոլորտի ներուժի կենսագործման համար անհրաժեշտ է համալիր քաղաքականության իրագործում՝ արդի տեսության, միջազգային փորձի և ՀՀ առանձնահատկությունների համակողմանի հաշվառմամբ: Նշյալ քաղաքականության մշակման հրատապությամբ է պայմանավորված սույն ատենախոսության թեմայի արդիականությունը:

Ատենախոսության նպատակը և խնդիրները: Ատենախոսության նպատակն է բացահայտել Հայաստանի տնտեսական զարգացման և մրցունակության բարելավման խնդրում առողջապահության ոլորտի ներուժի իրագործման մեխանիզմները և մշակել այդ ներուժի իրագործման քաղաքականության հիմնադրույթները:

Նշյալ նպատակին համապատասխան՝ ատենախոսությունում դրվել և լուծվել են հետևյալ **խնդիրները.**

1. Բացահայտել Հայաստանում առողջապահական արդյունաբերության ձևավորման նախադրյալները: Պարզել առողջության սոցիալական

ապահովագրության համակարգի ներդրման և բժշկական զբոսաշրջության ու դեղագործական արդյունաբերության զարգացման փոխկապակցությունը:

2. Վերլուծել առողջապահական ծառայությունների և առողջության ապահովագրության շուկաների ձևախոհումների ազդեցությունն այդ շուկաների գործունեության արդյունավետության վրա:

3. Պարզել առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգերի կազմակերպման և ֆինանսավորման առանձնահատկությունները Եվրոպայում:

4. Գնահատել Հայաստանում առողջապահական ծախսերի սպասելի և փաստացի մեծությունների շեղման չափը՝ հաշվի առնելով ծախսային դետերմինանտները:

5. Գնահատել Հայաստանում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունը:

6. Վերլուծել բժշկական զբոսաշրջության և դեղագործական արտադրանքի համաշխարհային շուկաների զարգացման օրինաչափությունները և աճի գործոնները: Պարզել բժշկական զբոսաշրջիկի կողմից երկրի ընտրության որոշման կայացման գործընթացը: Պարզել բժշկական զբոսաշրջության հիմնական ուղղություն հանդիսացող երկրներում դրա զարգացման նախադրյալները:

7. Բացահայտել Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության զարգացման գործոնները:

8. Գնահատել հայկական դեղագործական արտադրանքի արտահանման հիմնական շուկաների առավելությունները, թերությունները, հնարավորությունները և վտանգները: Բացահայտել Հայաստանում դեղագործական արդյունաբերության զարգացման քաղաքականության բարելավման հիմնադրույթները:

Հետազոտության օբյեկտը Հայաստանում առողջապահության արդյունաբերական գործընթացն է:

Հետազոտության առարկան Հայաստանում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրման հայեցակարգը և դեղագործական արդյունաբերության և բժշկական զբոսաշրջության զարգացման գործոններն ու քաղաքականությունն են:

Հետազոտության տեսական հիմքը կազմում են առողջապահության տնտեսագիտության (K. Arrow, P. Zweifel, A. Culyer, J. Newhouse, M. Pauly, J. Sachs, M. Tommaso), տնտեսական աճի և զարգացման տնտեսագիտության (D. Acemoglu, R. Barro, A. Sen, P. Bardhan), հանրային ոլորտի և հանրային ընտրության տնտեսագիտության (J. Stiglitz, M. Khan, A. Downs), արդյունաբերական ու քլաստերային քաղաքականության (M. Cimoli, G. Dosi, H.J. Chang, T. Altenburg, M. Porter) արդի տեսությունները, ու առողջության սոցիալական ապահովագրության, բժշկական զբոսաշրջության, դեղարտադրության ոլորտներում հանրային քաղաքականության միջազգային փորձը:

Հետազոտության մեթոդական հիմքը կազմում են տնտեսամաթեմատիկական մոդելավորման, տնտեսաչափական գնահատման, համակարգային, սցենարային և գործոնային վերլուծության, տեսական ընդհանրացման և միջերկրային համեմատման մեթոդները:

Հետազոտության տեղեկատվական և փաստական հիմքը կազմում են ՀՀ ԱՎԾ-ի, ՀՀ ԿԲ-ի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, Համաշխարհային բանկի, ՏՀԶԿ-ի, ՄԱԿ-ի, Եվրոստատի, Մտավոր սեփականության համաշխարհային կազմակերպության, Առողջական համակարգերի և քաղաքականության եվրոպական կենտրոնի, Economist Intelligence Unit-ի, Euromonitor-ի, MarketLine-ի, Business Monitor International-ի տվյալների շտեմարանները: Կիրառվել են նաև ՀՀ-ի, Եվրասիական տնտեսական միության, Եվրոպական միության անդամ երկրների, ԱՄՆ-ի իրավական փաստաթղթերը (օրենքներ, կառավարության որոշումներ, ծրագրեր):

Ատենախոսության գիտական նորություններն արտահայտվում են հետևյալ արդյունքներում.

1. Բացահայտվել են Հայաստանում առողջապահության արդյունաբերական մոդելի ներդրման և առողջապահության արդյունաբերացման գործընթացի կառավարման մեխանիզմները:

2. Մշակվել է Հայաստանում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրման, կազմակերպման և ֆինանսավորման հայեցակարգը: Այդ նպատակով վերլուծվել է առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգ կիրառող տասներկու եվրոպական երկրների փորձը:

3. Բացահայտվել են Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության զարգացման գործոնները: Մշակվել են բժշկական զբոսաշրջության զարգացման քաղաքականության հիմնադրույթները:

4. Բացահայտվել են Հայաստանում դեղագործական քլաստերի ձևավորման, դեղագործական արդյունաբերության զարգացման և արտահանման հիմնական շուկաներում (Եվրասիական տնտեսական միություն, Վրաստան, Ուկրաինա, Մոլդովա, Միջին Ասիա) ծավալման հիմնախնդիրները: Մշակվել են Հայաստանում դեղագործական արդյունաբերության զարգացման քաղաքականության հիմնադրույթները:

5. Մշակվել է առողջապահական ծախսերի մեծության գնահատման տնտեսաչափական մոդել՝ Եվրոպայի և ԱՊՀ 42 երկրների տվյալների հիման վրա, որի միջոցով գնահատվել է Հայաստանում առողջապահական ծախսերի սպասելի և փաստացի մակարդակների շեղումը:

Ատենախոսության արդյունքների կիրառական նշանակությունը:

Հետազոտության արդյունքները կարող են օգտագործվել ՀՀ-ում առողջապահության արդյունաբերացման քաղաքականության իրագործման, ՀՀ-ում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրումը կարգավորող

օրենսդրության, դեղագործական արտադրանքի արտահանման խթանման քաղաքականության, բժշկական զբոսաշրջության զարգացման ռազմավարության մշակման, բուհերում «Առողջապահության տնտեսագիտություն» առարկայի դասավանդման ընթացքում:

Ատենախոսության արդյունքների փորձաքննությունը և հրապարակումները: Ատենախոսության հիմնական արդյունքները քննարկվել են ԵՊՀ «Կառավարման և գործարարության» ամբիոնում և հրապարակվել են հեղինակի ինը գիտական հոդվածներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը: Ատենախոսությունը բաղկացած է նախաբանից, երեք գլուխներից, եզրակացությունից, օգտագործված գրականության ցանկից և հավելվածից: Ատենախոսության ծավալը կազմում է 161 էջ (առանց հավելվածի) և պարունակում է 45 աղյուսակ և 34 գծապատկեր:

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՌՈՏ ԲՈՎԱՆՂԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Նախաբանում հիմնավորվել է թեմայի արդիականությունը, ներկայացվել են հետազոտության նպատակը և խնդիրները, առարկան և օբյեկտը, տեսամեթոդական և տեղեկատվական հիմքերը, ստացված արդյունքների գիտական նորույթը և կիրառական նշանակությունը:

Առաջին գլխում՝ «Առողջապահության արդյունաբերացման էությունը և բաղադրիչները», հետազոտվել են առողջապահության ճյուղում արդյունաբերական մոդելի ներդրման տեսական հիմնադրույթները:

ՀՀ-ում առողջապահության ոլորտի զարգացումը ատենախոսությունում հետազոտվել է երեք փոխկապակցված խնդիրների համատեքստում.

ա) առողջության սոցիալական ապահովագրության (ԱՄԱ) համակարգի ներդրում,
բ) դեղագործական արտադրանքի (ԴԱ) արտադրության զարգացում և արտահանման խթանում,

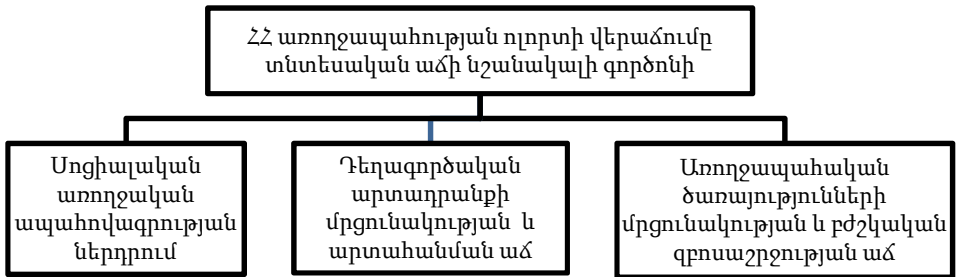
գ) բժշկական զբոսաշրջության ենթակառուցվածքների զարգացում, և բժշկական զբոսաշրջիկների (ԲՋ) ներհոսքի խթանում:

ԱՄԱ-ի ներդրումն էապես կընդլայնի բուժժառայությունների և ԴԱ նկատմամբ ներքին պահանջարկը: Ինչը, կառավարության կողմից մրցակցային խթանների ապահովման դեպքում, բուժժառայությունների մատակարարներին և ԴԱ տեղական արտադրողներին կշահագրգռի բարելավել արտադրողականությունը՝ նպաստելով ԴԱ արտահանման և ներգնա բժշկական զբոսաշրջության աճին: Սակայն ներքին պահանջարկի ընդլայնումից բացի, կառավարությունը պետք է ձեռնամուխ լինի դեղագործական և բուժզբոսաշրջային քլաստերների ձևավորմանը: Նշյալ երեք խնդիրների իրագործման դեպքում առողջապահության ոլորտը կդառնա Հայաստանի տնտեսական աճի գերակա գործոններից մեկը (գծ.1):

1.1. Առողջապահության արդյունաբերական մոդելի առանձնահատկությունները:

Ատենախոսությունում ՀՀ առողջապահության ոլորտի զարգացումը դիտարկվել է արդյունաբերական մոդելի¹ տեսանկյունից: Այն, ի լրումն բնակչության առողջական կարիքների բավարարման, նպատակադրում է բուժճառայությունների և ԴԱ մրցունակության ու արտահանման աճը: Դրանով իսկ բուժճառայությունների նկատմամբ համաշխարհային պահանջարկի աճը ատենախոսությունում դիտարկվել է իբրև Հայաստանի տնտեսական զարգացումը խթանելու *հնարավորություն*: Նշյալ մոդելի իրագործման դեպքում առողջապահությունը առավելաբար ներքին ուղղվածության ոլորտից կվերաճի արտաքին կողմնորոշմամբ ոլորտի՝ նպաստելով նաև տնտեսության հարակից ճյուղերի զարգացմանը:

Գծ. 1: ՀՀ առողջապահության արդյունաբերացման հայեցակարգը



1.2. Առողջության սոցիալական ապահովագրության տեսական հիմնադրույթները:

ԱՍԱ ներդրման անհրաժեշտությունը բխում է բուժճառայությունների և բուժապահովագրության շուկաներին բնորոշ ձախողումներից:

Բուժճառայությունների շուկային բնորոշ ձախողումներն են (ա) բժշկի և հիվանդի անհամաչափ տեղեկացվածությունը, (բ) բուժճառայության պահանջարկի՝ առողջությունից ածանցված բնույթը, (գ) արտաքին ազդեցությունը, (դ) բուժճառայության անհրաժեշտության և արդյունավետության անորոշությունը: Առողջության ապահովագրության շուկային բնորոշ են (ա) հիվանդ-բժիշկ-ապահովագրող շահերի բախման, (բ) բարոյական վտանգի, (գ) գործառնական ծախսերի ձախողումները²:

¹ Schweitzer, S. O., Di Tommaso, M. R., "The health industry model: New roles for the health industry." *Health policy and high-tech industrial development*, Edward Elgar, 2005, 17-45.

² Hurley, J., "An overview of the normative economics of the health sector." *Handbook of health economics*, 1, 2000, 55-118: Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J., "The anatomy of health insurance." *Handbook of health economics*, 1, 2000, 563-643.

ԱՄՄ-ն ենթադրում է ամբողջ բնակչության (կամ գերակշիռ մասի) պարտադիր մասնակցությունն և մասնակիցների համար ընդհանուր՝ անհատական ռիսկի մեծությամբ չպայմանավորված ապահովագրավճար:

ԱՄՄ-ն հասարակությունում եկամուտների վերաբաշխմանը միտված հանրային քաղաքականության բաղկացուցիչ մաս է³: Վերաբաշխում, որն ընթանում է առողջից հիվանդին, ապահովածից՝ անապահովին, երիտասարդից՝ ծերին, անհատից՝ խմբին:

Մասնավոր բուժապահովագրության համեմատ ԱՄՄ նախընտրելիությունը պայմանավորված է ծախսային արդյունավետության և սոցիալական արդարության նպատակների իրագործմամբ, ինչն այն նախընտրելի է դարձնում նաև հանրային քաղաքականության տեսանկյունից:

ԱՄՄ-ն նախընտրելի է նաև առողջապահության ֆինանսավորման երեք հիմնանպատակների տեսանկյունից: ԱՄՄ վճարները համամասն են եկամտին (ֆինանսավորման բեռի համաչափ բաշխման նպատակ), ծառայությունների բազային փաթեթը բոլորի համար ընդհանուր է (ծառայությունների արդարացի օգտագործման նպատակ), և բուժծառայությունները օգտագործման պահին անվճար են (ֆինանսական ռիսկից պաշտպանության նպատակ):

1.3. *Ղեղազործության ոլորտում քլաստերային քաղաքականության իրականացման անհրաժեշտությունը:* Հայաստանում ղեղազործական արդյունաբերության զարգացման էական նախապայմաններից է ղեղազործական քլաստերի ձևավորումը: Այն կբարելավի ղեղարտադրողների մրցունակությունը, քանի որ վերջիններին ավելի հասանելի կդառնան որակյալ աշխատուժն ու մատակարարները, յուրահատուկ գիտելիքները, աջակից ու հարակից հաստատությունները: Բացի այդ, քլաստերի անդամները կլրացնեն միմյանց, քանի որ ղեղազործական արտադրանքի մրցունակությունը կախված է ոչ միայն ղեղարտադրողների, այլև լաբորատոր և կլինիկական փորձարկումներ կատարողների, ակտիվ ղեղազործական բաղադրիչներ թողարկողների, կրթական, հետազոտական, հավաստագրող կազմակերպությունների գործունեության որակից (փոխլրացում գործունեության համակարգման միջոցով):

Փոխլրացումը դրսևորվում է նաև բժշկական զբոսաշրջության քլաստերում, քանի որ բուժզբոսաշրջիկի բավարարվածությունը կախված է ոչ միայն բուժծառայության, այլև կեցության, տրանսպորտի, սննդի, ժամանցի ծառայությունների որակից (փոխլրացում ծառայությունների լրացման միջոցով):

Քլաստերը կնպաստի նաև նոր ձեռնարկությունների ստեղծմանը, քանի որ կկրճատի դրա հետ կապված ռիսկերը և շուկա մուտքի արգելքները: Բացի այդ, քլաստերի անդամներին ավելի արագ հասանելի կդառնան արժեքի ձևավորման շղթայում առկա բացերը և ավելի մեծ արժեք ստեղծելու հնարավորությունները:

³ Saltman R., Busse R., Figueras J., *Social health insurance systems in Western Europe*, McGraw-Hill, 2004.

1.4. *Բժշկական զբոսաշրջության հայեցակարգային մոդելի էությունը*: Բուժվելու նպատակով արտերկիր մեկնող հիվանդի՝ բժշկական զբոսաշրջիկի (ԲՁ) շարժառիթներն են արտերկրում գնի էական տարբերությունը, բուժժառայության ավելի բարձր որակը, բուժժառայությունն ավելի արագ ստանալու հնարավորությունը, ինչպես նաև բնակության երկրում բուժապահովագրության բացակայությունը կամ սահմանափակ լինելը:

Բուժզբոսաշրջությունը բացի բուժումից ներառում է զբոսաշրջային բաղադրիչ, այդ թվում՝ ԲՁ-ին ուղեկցող անձանց համար:

ՀՀ-ում բուժզբոսաշրջության զարգացման գործոնների վերլուծությունն ատենախոսությունում իրականացվել է Հյունգ-Քուկուստա-Սոնգի հայեցակարգային մոդելի⁴ և Սմիթ-Ֆորջիոնի երկփուլ ընտրության մոդելի⁵ համատեքստում:

Երկրորդ գլխում՝ «Առողջապահության արդյունաբերացման համաշխարհային փորձը և միտումները», հետազոտվել են ԱՄՍ համակարգերի եվրոպական փորձը, ինչպես նաև դեղագործական արտադրանքի և բժշկական զբոսաշրջության համաշխարհային շուկաների զարգացման օրինակափոխությունները:

2.1. *Առողջության ապահովագրության եվրոպական փորձի գնահատումը*: Առողջության սոցիալական ապահովագրությունը (ԱՄՍ) Արևմտյան Եվրոպայի յոթ երկրների (Ավստրիա, Բելգիա, Գերմանիա, Լյուքսեմբուրգ, Նիդերլանդներ, Շվեյցարիա, Ֆրանսիա) սոցիալական համակարգի հենասյունն է: Այն որոշ վերափոխումներով ներդրվել է նաև Արևելյան Եվրոպայի երկրների մեծ մասում:

Արևմտաեվրոպական ԱՄՍ համակարգերը, որոշ բացառություններով, հիմնվում են հետևյալ բաղադրիչների վրա. (1) ընդգրկումը պարտադիր և համընդհանուր է, (2) ապահովագրավճարը անջատ է առողջական ռիսկից, (3) ընտանիքի անդամները ներառվում են առանց լրացուցիչ վճարի, (4) ապահովագրողները շահույթ հետապնդող չեն, (5) բժշկի և ապահովագրողի ընտրությունն ազատ է:

Ատենախոսությունում համեմատական վերլուծության են ենթարկվել Արևմտյան Եվրոպայի յոթ երկրներում ԱՄՍ համակարգերի կազմակերպման և ֆինանսավորման մեխանիզմները (աղ. 1), ինչպես նաև Արևելյան Եվրոպայի՝ ԱՄՍ առավել զարգացած համակարգ ունեցող չորս երկրներում (Չեխիա, Լեհաստան, Սլովակիա, Սլովենիա) և Ռուսաստանում (աղ. 2) ԱՄՍ վճարների հաշվարկման մոտեցումները:

2.2. *Դեղագործական արտադրանքի համաշխարհային շուկայի զարգացման միտումները*: Վերլուծվել են ԴԱ շուկայի աճի միտումները համաշխարհային տնտեսությունում և շուկայի առավել մեծ ծավալ ունեցող 13 զարգացող երկրներում: Հետազոտվել են ԴԱ համաշխարհային շուկայի կառուցվածքային փոփոխությունները՝

⁴ Heung V., Kucukusta D., Song H., *A conceptual model of medical tourism: Implications for future research*, "Journal of Travel & Tourism Marketing", 27 (3), 2010, 236-251.

⁵ Smith P., Forgiione D., *Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model*, "Journal of Information Technology Case & Application", 9 (3), 2007, 19-30.

ըստ զարգացած և զարգացող երկրների և ըստ օրիգինալ ու վերարտադրված դեղերի կշիռների, ինչպես նաև ըստ դեղերի թերապիայի ոլորտների:

Աղ. 1: Առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգերը բնութագրող ցուցանիշները Արևմտյան Եվրոպայում (2014թ.)

Ցուցանիշ	Երկիր	Ավստրիա	Բելգիա	Գերմանիա	Լյուքսեմբուրգ	Նիդերլանդներ	Շվեյցարիա	Ֆրանսիա
ԱՍԱ ընդգրկում (% բնակչությունից)		98.5	98.2	87	99.7	100	100	100
Ապահովագրավճարի դրույք (%)		7.65	7.35	GKV 15.5 LTC ¹ 1.95	5.6	ZVW 7.75 AWBZ ² 12.65	չկա	13.5
Դրույքի գործատու/աշխատող բաշխում (%)		48/52	52/48	GKV 47/53 LTC ¹ 50/50	50/50	ZVW 100/0 AWBZ ² 0/100	0/100	94/6
Տարեկան եկամտի վերին սահման ² (€1000)		50.8	միայն Բնթնագրավածները	53.55	108.1	ZVW 51.44 AWBZ 33.36	չկա	չկա
Այլ վճար (չհաշված համավճարը)		չկա	€49-180 տարեկան անդամավճար	չկա ³	Չկա	անհատական վճար. միջինը €1329	վճար €2907-4973	սոց. վճար 8%
Թոշակատուների վճարի դրույք (%)		5.1	3.55	8.2	2.8	նույնը, ինչ աշխատողները		1.4

¹ Երկարատև խնամքի պարտադիր ապահովագրություն: ² Գերազանցող եկամտից վճար չի կատարվում: ³ Հիմնադրամները կարող են սահմանել հաստատագրված վճար, բայց փաստացի չեն կիրառում՝ բաժանորդներին չկորցնելու համար:

Աղ. 2: Առողջության սոցիալական ապահովագրության վճարի դրույքները Արևելյան Եվրոպայում (2014թ.)

Երկիր	Դրույքի բաշխումը		Դրույքը (ընդամենը)
	գործատու	վարձու աշխատող	
Չեխիա	9%	4.5%	13.5%
Լեհաստան	0%	9%	9%
Ռուսաստան	5.1%	0%	5.1%
Սլովակիա	10%	4%	14%
Սլովենիա	6.56%	6.36%	12.92%

Փաստարկվել է, որ ԴԱ համաշխարհային շուկայի վերարտադրված հատվածի աճը հայկական դեղարտադրողներին արտահանման ընդլայնման հնարավորություն է

ընձեռում, առավել ևս, որ աճի զգալի մասը սպասվում է զարգացող երկրներում, որոնց շուկա մուտքի արգելքներն անհամեմատ մեղմ են:

Այս բաժնում վերլուծվել են նաև Հայաստանից ԴԱ արտահանման հիմնական երկրներում (Վրաստան, Ռուսաստան, Միջին Ասիա, Ուկրաինա, Մոլդովա, Բելառուս) ԴԱ շուկայի զարգացման միտումները (եկամուտներ, գներ, ծավալ, կառուցվածք, մրցակցային իրավիճակ, արտաքին առևտուր):

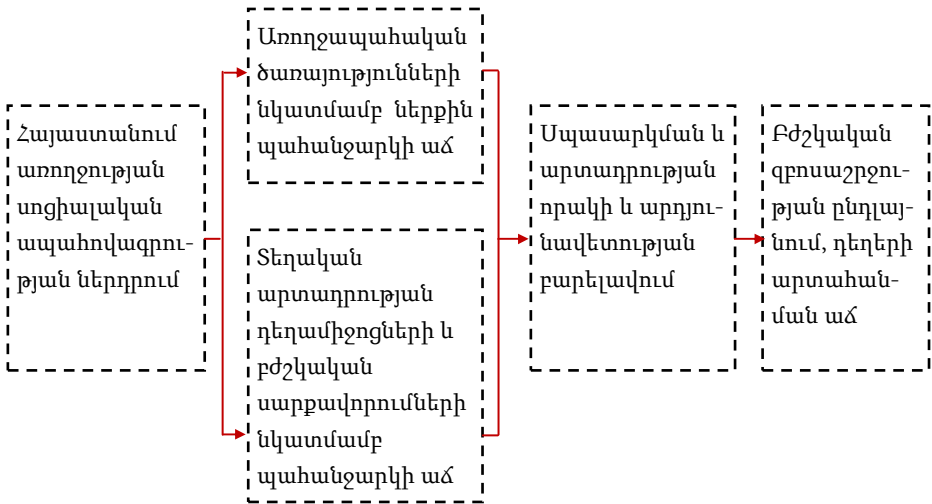
Իրականացվել է նաև արտահանման հիմնական շուկաների առավելությունների, թերությունների, հնարավորությունների և վտանգների վերլուծություն՝ հայկական ԴԱ արտահանման տեսանկյունից: Մասնավորապես՝ Եվրասիական տնտեսական միության ԴԱ շուկայի ընձեռած հնարավորությունների թվում նշվել են. ՊԱԳ ստանդարտով արտադրված դեղերի գրանցումների փոխադարձ ճանաչումը, 2016-ից Ռուսաստանում պարտադիր ապահովագրական ծածկություն ներառված դեղերի տեսականու նախատեսվող ընդլայնումը, հանրային առողջապահական ծախսերի աճը զսպելու նպատակով վերարտադրված փոխարինիչների շուկայի սպասվող աճը, 2015-ից Ղազախստանում ԵՏՄ անդամ երկրների համար դեղերի ներմուծման սահմանափակումների վերացումը:

2.3. Բժշկական զբոսաշրջության զարգացման համաշխարհային և տարածաշրջանային հեռանկարները: Վերլուծվել են բժշկական զբոսաշրջության համաշխարհային շուկայի աճի միտումներն ըստ տարածաշրջանների: Համադրվել են բուժզբոսաշրջիկների համար հետաքրքրություն ներկայացնող բուժճառայությունների գները ՀՀ-ում և բուժզբոսաշրջության հիմնական ուղղություն հանդիսացող երկրներում: Վերլուծվել է 2014-ին ԱՄՆ-ում ուժի մեջ մտած բժշկական ապահովագրության մասին նոր օրենսդրության ազդեցությունն ամերիկյան բուժզբոսաշրջիկների հոսքի վրա:

Երրորդ գլխում՝ «Առողջապահության արդյունաբերացման քաղաքականության կիրառումը Հայաստանում», հիմնավորվել է ՀՀ-ում ԱՍՍ համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունը, ներկայացվել է ՀՀ-ում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրման՝ մեր կողմից մշակված հայեցակարգը, դրա կազմակերպական կառուցվածքը ու ֆինանսավորման մեխանիզմը, առողջապահական ծախսերի գնահատման՝ մեր կողմից մշակված տնտեսաչափական մոդելի հիման վրա գնահատվել է ՀՀ-ում առողջապահական ծախսերի սպասելի և փաստացի մակարդակների տարբերությունը, բացահայտվել են ՀՀ-ում դեղագործական արդյունաբերության և բժշկական զբոսաշրջության զարգացման հիմնային դիրքներն ու աճի գործոնները:

3.1. Հայաստանում առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրումը: Հայաստանում ԱՍՍ-ի ներդրումը կընդլայնի առողջապահական ճառայությունների և ԴԱ տեղական արտադրության նկատմամբ ներքին պահանջարկը՝ նպաստելով դրանց մրցունակության բարձրացմանը (գծ. 2):

Գծ. 2: ՀՀ-ում առողջության սոցիալական ապահովագրության ներդրման և առողջապահության մրցունակության առնչությունը



Հայաստանում ԱՍԱ-ի ներդրումը կբարելավի նաև առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը: Վերջինի ցածր մակարդակի պատճառներից է առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում գրպանից ծախսերի բարձր կշիռը, որը ներկայում 55% է: Համեմատության համար ԱՍԱ համակարգ կիրառող ԵՄ յոթ երկրներում այն միջինը 14% է⁶: Գրպանից ծախսերի բարձր կշիռն առողջապահական ռեսուրսների բաշխումը դարձնում է անհավասար՝ զսպելով հասարակության անապահով մասի կողմից բուժօժանությունների սպառումը:

Գրպանից ծախսերի բարձր կշռով է պայմանավորված նաև առողջապահական ծախսերի փոքր ծավալը Հայաստանում: Մեր կողմից մշակվել է առողջապահական ծախսերի գնահատման մոդել՝ կախված եկամտից և այլ ծախսային դետերմինանտներից.

$$\ln(U\mathcal{O}_i) = c + \alpha_1 \ln(Z\mathcal{L}U_i) + \alpha_2 p\acute{n}65_i + \alpha_3 \delta\mu_i + \alpha_3 k\mu\omega_i$$

- $U\mathcal{O}_i$ - մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերը (2005-ի հաստատուն գներով, \$),
- $Z\mathcal{L}U_i$ - մեկ շնչի հաշվով ՀՆԱ-ն (2005-ի հաստատուն գներով, \$),
- $p\acute{n}65_i$ - 65 և բարձր տարիքի բնակչության կշիռը բնակչության ընդհանուր թվում (%),
- $\delta\mu_i$ - բնակչության թվում ծխող կանանց և տղամարդկանց կշիռների միջինը (%),
- $k\mu\omega_i$ - կառավարության ծախսերում առողջապահական ծախսերի կշիռը (%):

⁶ World Health Organization, *Global health expenditure database*, 2014.

Գնահատումը կատարվել է Եվրոպայի և ԱՊՀ 42 երկրների 2012-ի տվյալների համար (աղ. 3): Ստացված գնահատականներն ունեն սպասելի նշաններ և վիճակագրորեն նշանակալի են՝ 5% արժեքականության մակարդակով: Հետերոսկեդաստիկության առկայության գրոյական վարկածը մերժվել է: Մոդելում ներառված չորս փոփոխականները բացատրում են առողջապահական ծախսերի տատանումների 96%:

Գնահատված մոդելը ցույց է տալիս, որ Հայաստանում մեկ շնչի հաշվով ԱՕ սպասելի արժեքը \$454 է, այն դեպքում, երբ փաստացի արժեքը \$299 է:

Աղ. 3: Փոքրագույն քառակուսիների մեթոդով առողջապահական ծախսերի գնահատման արդյունքները

Անկախ փոփոխական	Գործակից (ստանդարտ շեղում)
$\ln(ZLU_i)$	0.618 (0.041)*
$p^{ն65}_i$	0.020 (0.009)*
$\delta\mu_i$	0.008 (0.004)*
$կառ_i$	0.030 (0.011)*
Հաստատուն	0.702
R ² ճշգրտված	0.96
Բրեուշ-Փագան-Գոթֆրեյի թեստ	0.038**
Ուայթի թեստ	0.030**

* Նշանակալի է 5% արժեքականության մակարդակով: ** F վիճականու հավանականությունը:

ՀՀ-ում ԱՍՍ համակարգը վերջնարդյունքում պարտադիր կերպով պետք է ներառի ամբողջ բնակչությանը, բայց դրան անհրաժեշտ է հասնել փուլային տարբերակով:

Առաջին փուլը՝ հանրային ոլորտի աշխատողների առողջության պարտադիր ապահովագրությունը, արդեն իրագործվել է:

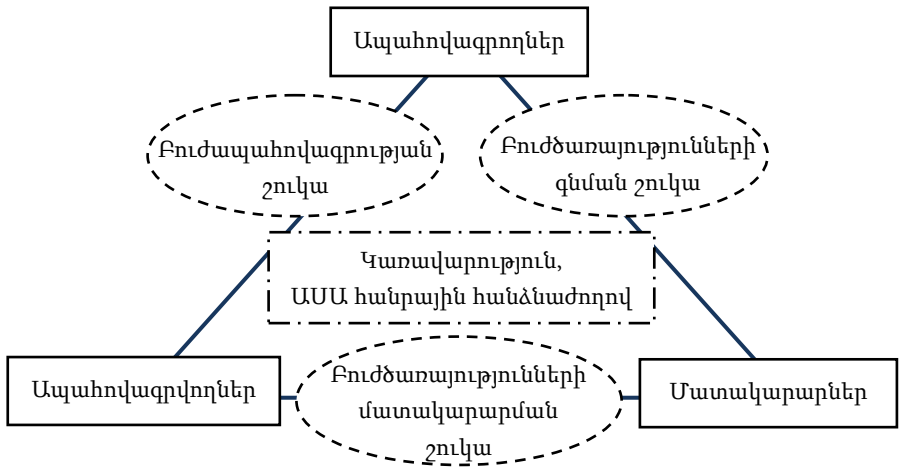
Երկրորդ փուլում ապահովագրությունում անհրաժեշտ է ներառել (1) մասնավոր ոլորտի վարձու աշխատողներին, (2) անհատ ձեռնարկատերերին և (3) կենսաթոշակատուներին: Ընդ որում, յուրաքանչյուրի ապահովագրական գումարն առանց լրացուցիչ վճարի պետք է ներառի իր անչափահաս զավակներին: Այդ փուլում հասարակության մյուս՝ պարտադիր չներառված խմբերը՝ ինքնազբաղվածները, գործազուրկները, տնտեսապես ոչ ակտիվ անձինք, կարող են ապահովագրվել կամավոր, բայց միևնույն պայմաններով, ինչ պարտադիր ապահովագրվածները:

Գործազուրկների՝ ԱՍՍ համակարգում պարտադիր կերպով ներառումն անհրաժեշտ է իրականացնել հաջորդ փուլում՝ համընթաց տնտեսությունում ստվերային զբաղվածության նվազմանը, քանի որ գործազուրկների անհատական

ապահովագրավճարը լրավճարվելու է հարկային միջոցներից: Ինքնագրադվածների պարտադիր կերպով ներառումն անհրաժեշտ է իրականացնել գյուղատնտեսական արտադրության արդյունավետության բարձրացմանը և եկամուտների միջին մակարդակի աճին զուգընթաց:

Հայաստանում ներդրվելիք ԱՍԱ համակարգն իր կառուցվածքով ի սկզբանե պետք է միտված լինի համակարգի երեք հիմնական սուբյեկտների՝ (i) ապահովագրվողների (հիվանդների), (ii) ապահովագրողների (ապահովագրական ընկերությունների) և (iii) բուժառայությունների մատակարարների (բուժհիմնարկների) միջև մրցակցային փոխհարաբերությունների ապահովմանը (գծ. 3): Դրա համար անհրաժեշտ է երեք՝ (ա) բուժապահովագրության, (բ) բուժառայությունների մատակարարման ու (գ) բուժառայությունների գնման շուկաների ձևավորում:

Գծ. 3: ՀՀ-ում առողջության սոցիալական ապահովագրության առաջարկվող համակարգի մասնակիցները և շուկաները



Բուժապահովագրության շուկայում ապահովագրողները բազային փաթեթն առաջարկում են ֆիզիկական անձանց, որոնք այն ձեռք են բերում անհատապես (խմբային ապահովագրությունը մեծացնում է ստվերային վճարների ռիսկը): Բազային փաթեթի կազմը սահմանում է ԱՍԱ հանրային հանձնաժողովը: Այդ կազմը բոլորի համար նույնն է, ապահովագրողները այն չեն կարող կրճատել, բայց կարող են ներառել հավելյալ ծառայություններ:

Ապահովագրի ձեռք բերման համար ապահովագրվողն իր կողմից ընտրված ապահովագրողին վճարում է անհատական ապահովագրավճար: Վերջինը ցածր եկամուտ ունեցողների համար մասամբ կամ ամբողջովին (կախված եկամտի չափից)

պետք է փոխհատուցվի պետությունը: Հաջորդ փուլում, երբ ապահովագրությունը պարտադիր կդառնա հասարակության բոլոր խմբերի (ներառյալ գործազուրկների) համար, նման փոխհատուցում ստացող անձանց թիվն էապես կընդլայնվի:

Ապահովագրողը պարտավոր է բավարարել ապահովագրման բոլոր հայտերն առանց խտրականության: Յուրաքանչյուր ապահովագրող միևնույն պայմաններով ապահովագիրը բոլոր ապահովագրվողներին կարող է առաջարկել միայն միևնույն (ռիսկի միջինացմամբ) անհատական ապահովագրավճարով՝ անկախ ապահովագրվողի առողջական վիճակից կամ այլ անհատական հանգամանքներից:

Ապահովագրողները միմյանց հետ կարող են մրցել անհատական ապահովագրավճարի չափով, բազային փաթեթը գերազանցող ծառայություններով, կամավոր բժշկական ապահովագրությամբ: Վերջինի դեպքում ապահովագրողը կարող է մերժել ապահովագրության հայտերը կամ տարբերակել ապահովագրավճարները:

Բուժծառայությունների գնման շուկայում ապահովագրողները մատակարարների հետ (պոլիկլինիկա, հիվանդանոց և այլն) բանակցում են գնի և ծավալի վերաբերյալ:

Բուժծառայությունների մատակարարման շուկայում մատակարարներն իրենց ծառայություններն են առաջարկում հիվանդներին, որոնք ազատորեն ընտրում են մատակարար(ներ)ին (բացառությամբ լրիվ փոխհատուցումով ապահովագրի):

ԱՍՍ համակարգում կառավարության առանցքային գործառույթը պետք է կայանա այդ երեք շուկաների գործունեության խաղի կանոնների սահմանումը և կատարման (այդ թվում՝ մրցակցային փոխհարաբերությունների) ապահովումը: Իսկ համակարգի գործունեության անմիջական վերահսկումը և կարգավորումը պետք է իրականացնի այդ նպատակով ստեղծվելիք ԱՍՍ հանրային հանձնաժողովը, որը պետք է ունենա լայն լիազորություններ՝ ներառյալ ծառայությունների գների, անհատական ապահովագրավճարների, հատուցման դրույքների կարգավորումը:

Համակարգի արդյունավետ աշխատանքի երաշխավորման խնդրում կարևոր է նաև Տնտեսական մրցակցության պաշտպանության պետական հանձնաժողովի դերը, որը բոլոր երեք շուկաներում պետք է ապահովի մրցակցությունը սահմանափակող համաձայնությունների և գերիշխող դիրքի չարաշահման բացառումը:

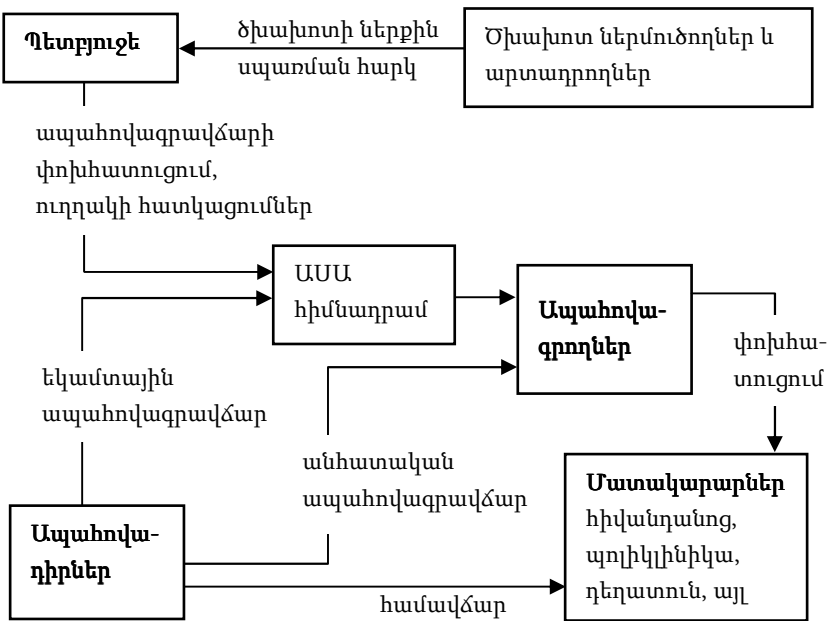
ԱՍՍ-ի ֆինանսավորումը նպատակահարմար է իրականացնել (1) անհատական և (2) եկամտային ապահովագրավճարների, (3) համավճարի, (4) ծխախոտի ներքին սպառման հարկի և (5) պետությունից հատկացումների միջոցով (վարձու աշխատողների համար եկամտային ապահովագրավճարը կատարում են գործատուները) (գծ. 4):

Եկամտային ապահովագրավճարը հաշվարկվում է անձանց համախառն եկամտի նկատմամբ: Ընդ որում, հարկվող եկամտի նկատմամբ անհրաժեշտ է կիրառել ներքինից և վերինից սահմանափակում:

Ծխախոտի ներքին սպառման հարկը հաշվարկվում է ներքին շուկայում իրացված (ներմուծված և տեղական արտադրության) ծխախոտի արժեքի նկատմամբ: ԱՍՍ-ի ֆինանսավորման նպատակով ծխախոտի սպառումը հարկելու անհրաժեշտությունը

բխում է դրա՝ առողջապահական ծախսերի հետ ունեցած ուղղակի կապից: Ծխելը բարձրացնում է սրտի իշեմիկ հիվանդության և սրտամկանի ինֆարկտի ռիսկը 2-4 անգամ, թոքերի քաղցկեղի ռիսկը տղամարդկանց մոտ՝ 23, կանանց մոտ՝ 13 անգամ⁷: Հայաստանում կանոնավոր ծխող է չափահաս բնակչության 27%, այդ թվում՝ տղամարդկանց՝ 52%⁸: Ընդ որում, բնակչության մահացության գերակշռող պատճառներից են սրտանոթային հիվանդությունները, չարորակ նորագոյացությունները (տղամարդկանց մոտ առավելապես թոքի և շնչափողի), թոքերի խրոնիկ հիվանդությունները:

ԳՃ. 4: Հայաստանում առողջության սոցիալական ապահովագրության առաջարկվող համակարգի ֆինանսական հոսքերը



3.2. Հայաստանում դեղագործական արդյունաբերության զարգացման հիմնախնդիրները: ՀՀ-ում դեղագործական քլաստերի ձևավորման համար նախադրյալները բարենպաստ են, քանի որ ի լրումն դեղերի թողարկման առկա են

⁷ Ockene I., Miller N. H., *Cigarette smoking, cardiovascular disease, & stroke: A statement for healthcare professionals from the American heart association*, "Circulation", 96 (9), 1997, 3243-3247; U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the U.S. Surgeon General*, 2004.

⁸ ՀՀ Կառավարություն, *ՀՀ-ում ծխելու դեմ պայքարի 2010-2015թթ-ի պետական ծրագիր*, Եր., 2010թ.:

կենսատեխնոլոգիայի և նուրբ օրգանական քիմիայի հետազոտական, կրթական, արտադրական կարողություններ:

Մինևույն ժամանակ, Հայաստանում դեղագործական քլաստերի ձևավորման համար անհրաժեշտ է ԴԱ արժեքի ձևավորման ամբողջական շղթայի կառուցում և կառավարության նպատակային քաղաքականություն, որի առաջնահերթությունները պետք է լինեն. (i) որակի ապահովման համակարգի (ՊԱԳ) իրագործումը և ՀՀ ՊԱԳ հավաստագրման մարմնի կողմից տրվող հավաստագրերի միջազգային ճանաչման ապահովումը, (ii) դեղագործության ոլորտում մասնագիտացած ազատ տնտեսական գոտու ստեղծումը, (iii) քլաստերի անդամների միջև համագործակցության ընդլայնումը (համատեղ արտահանումների, գնումների, մարկետինգի և կրթություն-գիտություն-արտադրություն կապի խրախուսում), (iv) շուկայի ծավալի ընդլայնումը (պետական երկարաժամկետ գնումների իրականացում), (v) մարդկային մասնագիտացված ռեսուրսների ձևավորման ապահովումը, (vi) համակարգաստեղծ ներդրողների ներգրավումը:

Հայաստանում դեղագործական արդյունաբերության հիմնախնդիրները պայմանավորված են հետևյալ հանգամանքներով.

– ներքին շուկան փոքր է, իսկ արտաքին շուկան առավելաբար սահմանափակվում է ԱՊՀ երկրներով, քանի որ հայկական դեղարտադրողների մրցունակությունը ցածր է:

- դեղագործության ոլորտում միջճյուղային և միջֆիրմային կապերը թույլ են,
- հետազոտությունների և զարգացման վրա կատարվող ծախսերը աննշան են,
- արտահանման մարկետինգի կարողությունները սահմանափակ են:

Արդյունքում ՀՀ-ում դեղագործության զարգացումն առավելաբար ընթանում է էքստենսիվ զարգացման ուղիով: Իրավիճակի որակական բարելավման համար անհրաժեշտ է.

- ՊԱԳ ստանդարտի ներդրման ավարտ (որակի բարելավում),
- ԱՍԱ համակարգի ներդրում և բժշկական զբոսաշրջության խթանում (ներքին շուկայի ընդլայնում),
- մասնագիտական կրթության բարելավում,
- նորարարական հետազոտությունների խրախուսում (Արդյունաբերության զարգացման հիմնադրամն իր ջանքերը պետք է կենտրոնացնի հետազոտությունների իրականացման համար անհրաժեշտ ենթակառուցվածքների ձևավորման վրա),
- հումքի տեղական արտադրության կազմակերպում (ակտիվ դեղագործական բաղադրիչների արտադրության հիմնում՝ Նուրբ օրգանական քիմիայի ինստիտուտի հենքի վրա),
- բուսական ծագման դեղերի արտադրության զարգացում:

3.3. Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության աճի գործոնները:

Վիրահատության ծախսեր: Բուժքրոսաշրջության հիմնական ուղղություն հանդիսացող երկրների համեմատ Հայաստանում գները մրցունակ են (օրինակ՝ արտանոթային վիրաբուժության, արհեստական բեղմնավորման, ատամնաբուժության ծառայություններում):

Տրանսպորտի և կեցության ծախսեր: Զբոսաշրջության ընդհանուր գնային մրցունակությամբ 2012-ին Հայաստանն աշխարհում մեղիանից ցածր՝ 80-րդ դիրքում էր գտնվում (Հնդկաստանը՝ 20, Թաիլանդը՝ 25, Վրաստանը՝ 52), իսկ ավիատոմսի հարկերի ու օդանավակայանի գանձումների ցուցանիշով 128-րդն էր⁹:

Մեր դիտարկումները ցույց են տվել, որ 2014-ի ամռանը ավիատոմսի գները Եվրոպայի տարանցիկ քաղաքներից դեպի Երևան միջինում 13%-ով բարձր էին, քան դեպի Թբիլիսի: Միննույն ժամանակ, դեպի Երևան գները 2014-ին նախորդ տարվա համեմատ միջինը կրճատվել էին 18%-ով, այդ թվում՝ բաց երկնքի քաղաքականությանը անցման արդյունքում:

Հայաստանում բարձր են նաև հյուրանոցի գները: Հյուրանոցային համարի միջին գինը 2014-ին Երևանում գրեթե 1.5 անգամ բարձր էր, քան, օրինակ՝ Վարշավայում, Սոֆիայում, Կալկաթայում¹⁰:

Բուժհիմնարկներ: Հիվանդանոցային տնտեսությունում վերջին տարիներին կատարվել են նշանակալի ներդրումներ և ներկայում ընթացքի մեջ է Ուռուցքաբանության հայկական կենտրոնի հիմնադրումը:

Իրավիճակը բարվոք է բժիշկներով (ներառյալ ատամնաբույժներով) և հիվանդանոցային մահճակալներով ապահովվածության առումով: ՀՀ-ում 1000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը 2.7 է, հիվանդանոցային մահճակալների թիվը՝ 3.9, որոնք նվազ քան 10%-ով են զիջում ՏՀԶԿ միջին մակարդակը¹¹: Հիմնական ռեսուրսներով ապահովվածության բավարար չափը վկայում է, որ ԲԶ ներհոսքը չի բերի տեղական բնակչության դուրս մղմանը և առողջապահական համակարգի գերծանրաբեռնմանը:

Սակայն հրատապ է բուժհիմնարկների միջազգային հավաստագրման խնդիրը:

Ենթակառուցվածքներ: Չնայած օդային տրանսպորտի ենթակառուցվածքում կատարված էական ներդրումներին՝ այդ ենթակառուցվածքի մրցունակությամբ Հայաստանը 2012-ին 85-րդն էր աշխարհում¹²: Միննույն ժամանակ, սպասելի է այդ ոլորտում իրավիճակի բարելավում՝ 2013-ի վերջում բաց երկնքի քաղաքականությանը անցման արդյունքում (2014-ի հուլիսին նախորդ տարվա համեմատ կանոնավոր չվերթներ իրականացնող ավիաընկերությունների թիվն ավելացել է 22%-ով)¹³:

⁹ Blanke J., Chiesa T., *The travel & tourism competitiveness report*, World Economic Forum, 2013.

¹⁰ Bloomberg, *World hotel index: cities*, 2014 և հեղինակի գնահատում:

¹¹ World Bank, *World development indicators dataset*, 2014.

¹² Blanke J., Chiesa T., *The travel & tourism competitiveness report*, World Economic Forum, 2013.

¹³ Հետք online, «Բաց երկնք. ուղևորահոսքի 35% աճ է գրանցվել», օգոստոսի 8, 2014թ.:

Սակայն շարունակում է հրատապ մնալ ցածր ծախսով ավիաընկերությունների ներգրավման խնդիրը:

Ցածր է նաև ցամաքային տրանսպորտի և զբոսաշրջային ենթակառուցվածքների մրցունակությունը, ինչպես նաև հայաստանյան բուժծառայությունների արտաքին մարկետինգի արդյունավետությունը ինչպես երկրի, այնպես էլ բուժհիմնարկների մակարդակում:

Մինևույն ժամանակ, քանի որ բուժզբոսաշրջությունը (նաև դեղամիջոցների արտադրությունը) բարձր հավելյալ արժեք ստեղծող ոլորտ է, դրա զարգացումը պահանջում է առաջնակարգ մարդկային կապիտալի առկայություն: Այդ առումով հրատապ է, որ հայկական բուհերը նպատակադրեն հավասարվելու աշխարհի առաջնակարգ ակադեմիական հաստատություններին:

ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանում առողջապահության ոլորտը կարող է դառնալ տնտեսության և եկամուտների աճի գործը և կայուն գործոն: Դրա համար, սակայն, անհրաժեշտ է ոլորտի կազմակերպման և կառավարման հայեցակարգի արմատական վերափոխում, այնպես, որ *մրցունակության աճը* դառնա ուղենիշային նպատակ:

Այդ քաղաքականությունը պետք է հիմնվի երեք բաղադրիչների վրա.

1. առողջության սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրում,
2. դեղագործական արտադրանքի արտադրության զարգացում,
3. բժշկական զբոսաշրջության ընդլայնում:

ԱՄՄ-ի ներդրում

Հայաստանում առողջության ապահովագրությունն անհրաժեշտաբար պետք է լինի պարտադիր և ներառի ամբողջ բնակչությանը: Այդ կերպ կապահովվի առողջապահության ֆինանսավորման երեք հիմնանպատակների միաժամանակյա իրագործումը՝ (1) ֆինանսական ռիսկից պաշտպանություն, (2) ֆինանսավորման բեռի համաչափ բաշխում, (3) բուժծառայությունների օգտագործում ըստ անհրաժեշտության:

Պարտադիր ապահովագրությունում առաջիկայում անհրաժեշտ է ընդգրկել (1) մասնավոր ոլորտի վարձու աշխատողներին, (2) անհատ ձեռնարկատերերին ու (3) կենսաթոշակատուներին (ընդգրկվածների անչափահաս զավակներին անհրաժեշտ է ներառել առանց լրացուցիչ վճարի):

Հասարակության մյուս խմբերն այդ փուլում կարող են ընդգրկվել կամավոր: Նրանց պարտադիր կերպով ընդգրկումը անհրաժեշտ է իրականացնել բնակչության միջին և կառավարության հարկային եկամուտների աճին համընթաց: Ընդ որում, գործազուրկների ընդգրկումն անհրաժեշտ է իրականացնել ստվերային զբաղվածության էական նվազեցումից հետո: Իսկ գյուղատնտեսությունում զբաղվածների ընդգրկումն անհրաժեշտ է իրականացնել գյուղական բնակավայրերում

առողջապահական ենթակառուցվածքների զարգացումից ու գյուղատնտեսական արտադրության արդյունավետության և ապրանքայնացման նշանակալի բարձրացումից հետո:

ԱՄՍ համակարգն իր կառուցվածքով պետք է միտված լինի երեք շուկաներում՝ (ա) բուժապահովագրության շուկա, (բ) բուժժառայությունների մատակարարման շուկա, (գ) բուժժառայությունների գնման շուկա, մրցակցության ապահովմանը:

Անհատական ապահովագրավճարի նպատակը ապահովագրողների միջև մրցակցության, ինչպես նաև ապահովագրվողների կողմից առավել արդյունավետ ապահովագրողի ընտրության խթանումն է:

Անհատական ապահովագրավճարը ցածր եկամուտ ունեցողների համար մասամբ կամ ամբողջովին (կախված եկամտի չափից) պետք է փոխհատուցվի պետբյուջեից:

Մրցակցությունը խթանելու համար ԱՄՍ հանրային հանձնաժողովը պետք է ապահովի առցանց տեղեկատվություն՝ անհատական ապահովագրավճարների մեծության, փոխհատուցման դրույքների, մատակարարների գների, բուժժառայությունների որակի, սպասարկման հերթերի վերաբերյալ:

Ծառայությունների ավելցուկային օգտագործումը (փաստական բարոյական վտանգը) զսպելու համար անհրաժեշտ է կիրառել համապահովագրություն և պարտադիր մասսհանում (կամավոր մասսհանման կիրառումը նպատակահարմար չէ), ինչպես նաև անհրաժեշտ է, որ մասնագետին այցի համար ընտանեկան բժշկի ուղեգիրը լինի պարտադիր: Միննույն ժամանակ, որոշ ծառայությունների, այդ թվում՝ ընտանեկան բժշկին այցի դեպքում համավճար չպետք է կիրառվի:

Ապահովագրողը կարող է պարտադիր մասսհանում չկիրառել, եթե ապահովագրվողը համաձայնվում է ընտրել միայն ապահովագրողի առաջարկած մատակարարներին և/կամ հետևում է հիվանդությունների կանխման ծրագրին (սպասվող բարոյական վտանգի նվազեցում):

ԱՄՍ համակարգի ֆինանսավորումը նպատակահարմար է իրականացնել հինգ աղբյուրների հաշվին՝ (1) անհատական ապահովագրավճար, (2) եկամտային ապահովագրավճար, (3) համավճար (համապահովագրություն և մասսհանում), (4) ծխախոտի ներքին սպառման հարկ և (5) պետբյուջեի ուղղակի հատկացումներ (օրինակ՝ ցածր եկամուտ ունեցող անձանց և անչափահասների անհատական ապահովագրավճարի փոխհատուցման նպատակով):

Վարձու աշխատողների համար եկամտային ապահովագրավճարը պետք է կատարի գործատուն:

Ծխախոտի ներքին սպառման հարկը պետք է հաշվարկվի ներքին շուկայում իրացված (ներմուծված և տեղական արտադրության) ծխախոտի արժեքի նկատմամբ:

ԴԱ արտադրության զարգացում և արտահանման ակ

ՀՀ-ում ԴԱ արտադրության զարգացման ռազմավարական նպատակները պետք է լինեն.

1. Ներքին և արտաքին շուկաներում արտադրանքի մրցունակության բարելավում, որի համար անհրաժեշտ է (i) ԴԱ արտադրության եվրոպական ստանդարտների (ՊՃԳ) ներդրում, (ii) արտադրության տեխնոլոգիական արդիականացում, (iii) մարկետինգի կառավարման հմտությունների բարելավում և (iv) օտարերկրյա ներդրումների ներգրավման համար բարենպաստ միջավայրի ստեղծում:

2. Դեղագործական արդյունաբերության համար որակյալ մասնագետների պատրաստում, որի համար անհրաժեշտ է համալսարանական կրթության համապատասխանեցում դեղագործական ձեռնարկությունների պահանջներին: Վերջին խնդիրը համակարգային է և պահանջում է Հայաստանի բուհերում կրթության համապատասխանեցում աշխարհի առաջատար համալսարանների չափանիշներին:

3. Ներքին պահանջարկի ինքնաբավության մակարդակի բարձրացում, որի համար անհրաժեշտ է ներմուծվող ջեներիկ ԴԱ տեղական մշակումների ու արտադրության խթանում, այդ թվում՝ պետական գնումներում տեղական արտադրությանը նախապատվությունների տրման միջոցով:

4. Նորարարական մշակումների ապահովում: ՀՀ-ում դեղարտադրությունը գրեթե բացառապես սահմանափակվում է ջեներիկ ԴԱ արտադրությամբ, որոնցում ստեղծվող ավելացված արժեքը և ստացվող եկամուտները՝ համեմատած նորարարական մշակումների, բազմապատիկ փոքր են: Արդյունքում՝ դեղարտադրողները կաշկանդված են մրցել առավելաբար գնի միջոցով, ինչն իր հերթին կրճատում է նոր դեղամիջոցների մշակման համար հասանելի ֆինանսական ռեսուրսների ծավալը:

Դեղագործության ոլորտում նշանակալի աճի ապահովման համար անհրաժեշտ է պետության ակտիվ միջամտությունը, որը ենթադրում է.

- ՊԱԳ/ՊԲԳ ստանդարտների ներդրման ապահովում: ՀՀ դեղարտադրողների մեծամասնությունը, չնայած օրենսդրության պահանջին, դեռևս չի կարողացել ապահովել համապատասխան ստանդարտների ներդրումը:

- Պետական գնումների լծակի արդյունավետ կիրառում: Տեղական արտադրողների հետ մատակարարումների մինչև յոթամյա պայմանագրերի կնքում, ինչը զգալի ֆինանսական կայունություն կհաղորդի ձեռնարկություններին: Տեղական արտադրողներին օրենսդրորեն երաշխավորված նախապատվությունների տրամադրում:

- Բարձրակարգ կադրերի ապահովում: Այդ նպատակին անհրաժեշտ է ուղղել նաև «Լույս» հիմնադրամի միջոցները՝ նպատակային ոլորտային կրթաթոշակներին տրամադրման միջոցով:

- Հանրային առողջապահական ծրագրերի ընդլայնում և պարտադիր բուժապահովագրության համակարգի ներդրում:

- Բժշկական զբոսաշրջության խթանում:

- Երկարաժամկետ ֆինանսավորման մեխանիզմների ձևավորում:

Բժշկական զբոսաշրջության ենթակառուցվածքների զարգացում և խթանում

Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության զարգացման համար ելքային պայմանները բարենպաստ են: Առողջապահական մի շարք ծառայությունների որակը համադրելի է արևմտյան չափանիշներին, իսկ գինը զգալիորեն ցածր է: Հայաստանում գները մրցունակ են նաև զարգացող մրցակից երկրների համեմատ:

Հիմնական ռեսուրսներով (բժիշկներ, հիվանդանոցային մահճակալներ) ապահովվածությունը բավարար է: Ընթացքի մեջ են խոշոր առողջապահական (Ուռուցքաբանության հայկական կենտրոն) և ենթակառուցվածքային (Հյուսիս-հարավ ավտոմայրուղի) ծրագրեր:

Սփյուռքը, որի զգալի մասը պարբերաբար այցելում է Հայաստան, կազմում է այն բնական շուկան, որի պահանջարկի բավարարմանը պետք է նպատակաուղղվի բուժծառայությունների արտահանման ռազմավարությունը:

Ներկայում արդեն իսկ զգալի է բժշկական զբոսաշրջիկների թիվը՝ հատկապես ատամնաբուժական ծառայությունների ոլորտում, բայց այն բազմակի կընդլայնվի, եթե երկրի և բուժհիմնարկների մակարդակով իրականացվի բժշկական զբոսաշրջության զարգացման նպատակային քաղաքականություն:

Մասնավորապես՝ զարգացմանը խոչընդոտող խնդիրների թվում են (ա) բուժհիմնարկների որակի միջազգային հավաստագրման բացակայությունը, (բ) ավիատոմսերի և հյուրանոցների բարձր գինը, (գ) Հայաստանի՝ իբրև բժշկական զբոսաշրջության ուղղության, մարկետինգի ցածր արդյունավետությունը:

Որակի հավաստագրումը բուժհիմնարկներին կպարտադրի արդիականացնել բիզնես գործընթացները և պոտենցիալ բժշկական զբոսաշրջիկների համար թափանցիկ կղարձնի Հայաստանում առաջարկվող բուժծառայությունների որակը: Այդ պատճառով հայաստանյան բուժհիմնարկների համար բժշկական զբոսաշրջության միջազգային շուկա դուրս գալու նախապայմաններից է միջազգային հավաստագրումը (JCI, QHA Trent, ACHS) և Արևմուտքի առաջնակարգ հիվանդանոցների հետ համագործակցումը (որոնք ինքնին արտաքին մարկետինգի լծակներ են):

Ավիատոմսի գնի բարձր լինելու խնդրի լուծման նախապայմանը բաց երկնքի քաղաքականությանն անցումն էր, որը վերջապես իրականացվեց 2013-ին: Դրա արդյունքում արդեն իսկ առկա են դրական զարգացումներ, սակայն առաջիկա հրատապ խնդիրներից է ցածր ծախսով ավիաընկերությունների ներգրավումը:

Բժշկական զբոսաշրջիկների համար կեցության ծախսերի կրճատման տարբերակ է փաթեթային ծառայությունների առաջարկումը (բուժհիմնարկ-հյուրանոց համագործակցություն): Խնդրի ամբողջական լուծումը, սակայն, պահանջում է միջին գնային հատվածի հյուրանոցներում ներդրումների խթանում:

Բուժհիմնարկների արտաքին մարկետինգի կարևոր լծակներից է համացանցը, այնինչ այն դեռևս խիստ անարդյունավետ է կիրառվում (թեպետ դրա համար անհրաժեշտ ներդրումները մեծ չեն):

Անհրաժեշտ է բարձրացնել նաև Հայաստանի՝ իբրև բժշկական զբոսաշրջության ուղղություն հանդիսացող երկրի՝ միջազգային շուկայում առաջնման արդյունավետությունը:

Ատենախոսության հիմնական արդյունքները տպագրվել են հեղինակի հետևյալ գիտական հոդվածներում

- [1] Սարգսյան Ս. Ս., *Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի բարեփոխումը Հայաստանում*, «Հանրային կառավարում», #5, Եր., 2014թ., էջ 34-42:
- [2] Սարգսյան Ս. Ս., *Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության զարգացման հիմնահիմքերը*, «Բանբեր Երևանի համալսարանի. սոցիոլոգիա, տնտեսագիտություն», #2, Եր., 2014թ., էջ 76-85:
- [3] Սարգսյան Ս. Ս., *Հայաստանում սոցիալական առողջական ապահովագրության համակարգի ներդրման հայեցակարգային դրույթները*, «Հանրային կառավարում», #1-2, Եր., 2014թ., էջ 202-210:
- [4] Սարգսյան Ս. Ս., *Պարտադիր բժշկական ապահովագրության վճարները Արևելյան Եվրոպայում և Ռուսաստանում*, «Ֆինանսներ և էկոնոմիկա», #6, Եր., 2014թ., էջ 13-15:
- [5] Սարգսյան Ս. Ս., *Սոցիալական առողջական ապահովագրության արևմտաեվրոպական փորձը*, «Հանրային կառավարում», #5, Եր., 2014թ., էջ 14-23:
- [6] Գաբրիելյան Ա. Գ., Սարգսյան Ս. Ս., *Հայաստանում բժշկական զբոսաշրջության զարգացման հեռանկարները*, «Информационные технологии и менеджмент», #6, Եր., 2009թ., էջ 229-239:
- [7] Գաբրիելյան Ա. Գ., Սարգսյան Ս. Ս., *ՀՀ առողջապահության ոլորտի կառավարման հայեցակարգը ոլորտի միջազգայնացման տեսանկյունից*, «Информационные технологии и менеджмент», #6, Եր., 2009թ., էջ 221-228:
- [8] Գաբրիելյան Ա. Գ., Սարգսյան Ս. Ս., *Նորածնամահացության սոցիալ-տնտեսական գործոնները*, «Информационные технологии и менеджмент», #7, Եր., 2009թ., էջ 125-143:
- [9] Գաբրիելյան Ա. Գ., Սարգսյան Ս. Ս., *Առողջապահական ծախսերի ու եկամտի երկարաժամկետ փոխառնչությունը ԱՊՀ երկրներում*, «Информационные технологии и менеджмент», #7, Եր., 2010թ., էջ 181-193:

**ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ИНДУСТРИАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИИ**

Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.02 – "Экономика, управление хозяйством и его отраслями".

Защита диссертации состоится 26-го декабря 2014г. в 13:30 часов на заседании Специализированного совета по экономике 015 ВАК РА, действующего в Ереванском государственном университете по адресу: г. Ереван, 0009, ул. Абовяна 52.

РЕЗЮМЕ

Целью диссертации является выявление механизмов реализации потенциала здравоохранения в экономическом развитии и повышении конкурентоспособности Армении, а также разработка основ политики для реализации этого потенциала. Для достижения этой цели в диссертации предложены и решены следующие проблемы:

1. Выявить предпосылки формирования индустрии здравоохранения в Армении. Раскрыть взаимосвязь между внедрением системы социального медицинского страхования и развитием медицинского туризма и фармацевтической промышленности.
2. Проанализировать воздействие провала рынка медицинских услуг и рынка медицинского страхования на эффективность функционирования этих рынков.
3. Раскрыть особенности организации и финансирования систем социального медицинского страхования в Европе.
4. Оценить степень расхождения между ожидаемым и фактическим уровнем расходов на здравоохранения в Армении, принимая в виду детерминанты расходов.
5. Оценить необходимость внедрения в Армении системы социального медицинского страхования.
6. Проанализировать закономерности развития и факторы роста международных рынков медицинских услуг и фармацевтической продукции. Раскрыть процесс принятия решения медицинского туриста о выборе страны. Раскрыть предпосылки развития индустрии медицинского туризма в основных принимающих странах.
7. Выявить факторы развития медицинского туризма в Армении.
8. Оценить сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы основных рынков экспорта армянской фармацевтической продукции. Раскрыть основы совершенствования политики развития фармацевтической промышленности в Армении.

Объектом исследования является процесс индустриализации здравоохранения в Армении. Предметом исследования выступают концепция внедрения социального

медицинского страхования в Армении, а так же факторы и политика развития фармацевтической промышленности и медицинского туризма в Армении.

В первой главе изучены теоретические основы внедрения индустриальной модели в секторе здравоохранения, в том числе провалы рынков медицинского страхования и медицинских услуг, преимущества внедрения социального медицинского страхования, необходимость реализации кластерной политики в фармацевтической промышленности, предпосылки развития медицинского туризма.

Во второй главе изучены европейский опыт социального медицинского страхования, а также закономерности развития международных рынков фармацевтической продукции и медицинского туризма.

В третьей главе изложена концепция внедрения в Армении системы социального медицинского страхования, разработана её организационная структура и механизмы финансирования; разработана модель оценки величины расходов здравоохранения в стране, на основе которой оценена их ожидаемый уровень в Армении; выявлены проблемы развития и факторы роста фармацевтической промышленности и медицинского туризма в Армении.

Научная новизна исследования:

1. Выявлены механизмы внедрения индустриальной модели здравоохранения в Армении.
2. Разработана концепция внедрения социального медицинского страхования в Армении. С этой целью проанализирован опыт двенадцати европейских стран, применяющих систему социального медицинского страхования.
3. Выявлены факторы и разработаны основы политики развития медицинского туризма в Армении.
4. Выявлены проблемы формирования фармацевтического кластера в Армении, факторы развития фармацевтической промышленности и перспективы развертывания на основных рынках экспорта (Евразийское экономическое сообщество, Грузия, Украина, Молдавия, Средняя Азия). Разработаны основы политики развития фармацевтической промышленности в Армении.
5. На основе данных 42 стран Европы и СНГ разработана эконометрическая модель оценки величины расходов здравоохранения, с помощью которой оценено расхождение между ожидаемым и фактическим уровнем расходов на здравоохранение в Армении.

PROBLEMS IN ADMINISTERING OF HEALTH CARE INDUSTRIALIZATION
IN REPUBLIC OF ARMENIA

Abstract of the dissertation submitted for the pursuing of the Scientific Degree of the Doctor of Economics in the field of 08.00.02 - "Economy, Economics and Management of its Branches."

The defense of the dissertation will take place at 13:30 on December 26, 2014 at the Meeting of Specialized Council 015 of Economics of the Supreme Certifying Committee of the Republic of Armenia acting at the Yerevan State University. Address: 52 Abovyan Street, Yerevan, 0009.

ABSTRACT

The purpose of the dissertation is the identification of mechanisms of the realization of health care potential in economic development and increase of competitiveness of Armenia, as well the development of the policy fundamentals for realization of this potential. In order to achieve this purpose research problems are posed and solved in the dissertation as follows:

1. Reveal prerequisites of the formation of the health care industry in Armenia. Unfold the interrelation between introduction of social health insurance system and the development of medical tourism and pharmaceutical industry.
2. Analyze the impact of failures of medical services and medical insurance markets on the efficiency of functioning of those markets.
3. Assessment of the organizational and financing features of European social health insurance systems.
4. Estimate the divergence between the expected and actual levels of health care expenditures in Armenia, taking into account the determinants of expenditures.
5. Assessment of the necessity of introduction in Armenia of social health insurance system.
6. Analyse the development regularities and growth factors of the international markets of medical services and pharmaceutical products. Reveal the decision making process by medical tourist on a choice of the country. Reveal the prerequisites of development of medical tourism industry in the main destination countries.
7. Reveal the factors of medical tourism development in Armenia.
8. Assessment of the strengths, weaknesses, opportunities and threats of the main export markets of the Armenian pharmaceutical products. Reveal the pharmaceutical industry development policy improvement principles in Armenia.

Object of the research is the process of industrialization of health care in Armenia. Subjects of the research are the concept of social health insurance introduction in Armenia, the factors and the development policy of pharmaceutical industry and medical tourism in Armenia.

In chapter one theoretical bases of industrial model introduction in health care sector, including failures of medical insurance and medical services markets, advantages of social health insurance system introduction, necessity of realization of cluster policy in pharmaceutical industry, and prerequisites of medical tourism development are studied.

In chapter two European social health insurance systems, as well as regularities of development of the international markets of pharmaceutical products and medical tourism are studied.

In chapter three the concept of introduction in Armenia of social medical insurance system is stated, and its organizational structure and funding mechanisms are developed; a model of an assessment of the amount health care expenditures in the country is developed, on the basis of which their expected level in Armenia is estimated; problems of development and growth factors of the pharmaceutical industry and medical tourism are revealed.

Scientific novelty of the research:

1. Mechanisms of introduction of health industry model in Armenia are revealed.
2. The concept of social health insurance introduction in Armenia is developed, based on the analysis of the social health insurance systems of twelve European countries.
3. Factors are revealed, and policy fundamentals are developed for medical tourism development in Armenia.
4. Problems of pharmaceutical cluster formation in Armenia, factors of development of the pharmaceutical industry and prospect of expansion in the main export markets (Euroasian Economic Community, Georgia, Ukraine, Moldova, Central Asia) are revealed. Policy fundamentals of pharmaceutical industry development in Armenia are developed.
5. On the basis of data of 42 countries of Europe and CIS an econometric model for the assessment of the amount of health care expenditures is developed. By means of the model, the divergence between the expected and actual level of health care expenditures in Armenia is estimated.