

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՏՆՏԵՍԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼ ՍԱՐԱՆ

ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ ՏԻԳՐԱՆ ԳԱԳԻԿԻ

**ԲԻԶՆԵՍ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ
ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱԿԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԲԱՐՁՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ
(ՀՀ ՕՐԻՆԱԿՈՎ)**

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

Ը 00.02 «Տնտեսություն, նրա ոլորտները և տնտեսագիտությունը և կառավարում» մասնագիտությունը՝ Տնտեսագիտություն թեկնածուի գիտական աստիճանի համար

Գիտական ղեկավար՝

Կորյուն Լուկաշի Աթոյան
Տնտեսագիտություն դոկտոր, պրոֆեսոր

ԵՐԵՎԱՆ - 2017

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒ ԹՅՈՒՆ 4

ԳԼՈՒԽ 1. ԲԻԶՆԵՍ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆ
ՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՅԱՏՎՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ 13

1.1 Բիզնես գործընթացների կառավարման դերը
կազմակերպության տնտեսական գործունեության
համատեքստում 13

1.2 Առողջ ապահովական կազմակերպություններում Բիզնես
գործընթացների կառավարման մոդելի
առանձնահատկությունները 23

ԳԼՈՒԽ 2. ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒ ԹՅԱՆ
ՎԵՐԼՈՒԾՈՒ ԹՅՈՒՆԸ ԲԻԶՆԵՍ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ
ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍՏՈՒՄ 37

2.1 Բժշկական ծառայություններին շուկայի ներկայիճակն ու
զարգացման միտումները ՀՀ-ում 37

2.2 Տնային տնտեսություններին առողջ ապահովական ծախսերի և
բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական
ցուցանիշների վերլուծություն 54

2.3 ՀՀ առողջ ապահովական համակարգի կառավարման ներկայիճակը
և դրա ազդեցությունը բժշկական ծառայություններին որակի
և մատչելիության վրա..... 76

ԳԼՈՒԽ 3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԲԻԶՆԵՍ
ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՄՈՂԵԼԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ
ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒ ԹՅԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒ ԹՅԱՆ ԲԱՐՁՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ 90

3.1 Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման
խոչընդոտներն ու հնարավորությունները առողջ ապահովական
կազմակերպություններում 90

3.2 Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրմամբ
տնտեսական գործունեության արդյունավետության
բարձրացման ուղիները 107

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒ ԹՅՈՒՆ 120

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ՑԱՆԿ 125

ՆԵՐԱՃՈՒ ԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականություն. Առողջապահությունը գործունեությունն առանձնահատուկ ոլորտ է՝ ուղղված երկրի բնակչության կյանքի և առողջության պահպանությանը, վերականգնմանը և բերլավմանը, հետևաբար և՛ այն առաջնահերթ դերակատարությունն ունի պետության և հասարակության քաղաքական, տնտեսական ու սոցիալական կյանքում: Առողջ հասարակությունը երկրի ժողովրդագրական, տնտեսական, սոցիալական զարգացման գլխավոր նախադրյալն է, միաժամանակ իր վրակրելով այդ զարգացումների ազդեցությունը:

Ետանկախացման ողջ ժամանակաշրջանում Հայաստանի առողջապահական համակարգը ենթարկվում է շարունակական բարեփոխումների, որի նպատակն է համակարգի և առանձին բուժօգնությունների կառավարման և գործունեության բարելավումը: Բայց, հարկ է փաստել, որ այս համակարգը թերևս այն եզակի ոլորտներից է, որտեղ հնարավորինս պահպանվել են խորհրդային ժամանակների բնորոշ գործունեության մեթոդները և կառավարման վարչատնտեսական եղանակները: Նոր շուկայական հարաբերությունների ձևավորումն այստեղ դեռևս գտնվում է սաղմնավորման փուլում և դրսևորվում է հիմնականում բժշկական ծառայությունների, դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների գների չկարգավորված բարձր մակարդակով և արևդիատաճով: Առողջապահական համակարգի կառավարման բարեփոխումների իրականացումը ենթադրում է բժշկական ծառայությունների որակի և մատչելիության բարելավում, ինչը, սակայն, դեռևս շարունակում է մնալ օրակարգային լուրջ խնդիր: Այս տեսանկյունից խիստ կարևորվում է բուժօգնություն կառավարման համակարգում նոր մեթոդների ներդրումը, որոնցից կարելի է առանձնացնել որակի համընդհանուր կառավարումը, գործընթացների անընդհատ բարելավումը, բիզնես-գործընթացների կատարելագործումը, կազմակերպության ռեհիստրիստիկաները և այլն:

Բիզնես գործընթացների կառավարումը կառավարման համակարգված մոտեցում է, որն ուղղված է կազմակերպության գործունեության և դրանում տեղի ունեցող գործընթացների

բարելավմանը: Այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս կազմակերպությանը որոշակիացնել գործընթացները, կազմակերպել իրականացումը, ինչպես նաև բարձրացնել գործընթացների արդյունքայնությունն ու որակը: Կառավարման գործընթացային մոտեցումը հանգում է կազմակերպությունում գործընթացների համակարգի ձևավորմանը, դրանց կառավարմանը և արդյունավետության բարձրացման այնպիսի արդյունքներ ստանալուն, որոնք լավագույնս բավարարում են սպառողների պահանջմունքները: Արդյունքում բիզնես գործընթացների կառավարումը նշանակում է տնտեսական բոլոր գործընթացներն ու գործողությունները համապատասխանեցնել կազմակերպության նպատակներին, ինչն էլ կազմում է կառավարման այս հայեցակարգի բովանդակության առանցքը:

Ժամանակակից սոցիալ-տնտեսական պայմաններում յուրաքանչյուր առանձին վերցված առողջապահական կազմակերպության համար հատուկ նշանակություն է ստանում կազմակերպության արտաքին միջավայրի փոփոխություններին համարժեք արձագանքելու ունակությունը: Այս հանգամանքն, իր հերթին, խիստ արդիական է դարձնում կառավարման նոր ձևերի ու մեխանիզմների ներդրման խնդիրը, ինչը կոչված է երաշխավորելու որակյալ և մատչելի բուժսպասարկում հնարավոր նվազագույն ծախսերով: Բնականաբար, առողջապահական կազմակերպության արդյունավետ գործառնության հիմնական գրավականը ծառայությունների որակի բարելավման շարունակականության ապահովումն է: Յետևաբար, կազմակերպության ներսում կառավարման ողջ գործընթացը դառնում է արտաքին միջավայրի ազդեցությամբ ներքին միջավայրը ձևավորող բիզնես գործընթացների կառավարում: Դրանով պայմանավորված, ժամանակակից առողջապահական կազմակերպությունն ինքը պետք է որոշի և կանխատեսի ներքին միջավայրի չափորոշիչները, ծառայությունների տեսակավորումը, գները, և ամենագլխավորը ճիշտ արձագանքի ներքին և արտաքին միջավայրի ցանկացած փոփոխություններին ու որպես համարժեք արձագանք՝ հարմարեցնի իր գործողությունները: Դա նշանակում է, որ առողջապահական

կազմակերպության ղեկավարությունը պետք է շարունակաբար գտնի նոր՝ կառավարմանը վերաբերող յուրօրինակ քայլեր, մեխանիզմներ և մոտեցումներ: Մասնագիտական գրականությունում բավականին լուրջ ուշադրություն է հատկացվում բիզնես գործընթացների մոդելավորմանը: Բայց չնայած դրան, դեռևս բավարար չափով մշակված չեն առողջապահության ոլորտի կազմակերպություններում դրանց ներդրման և կիրառման մեթոդներն ու մեխանիզմները: Որպես հիմնական պատճառ, մասնագետների կողմից նշվում է բուժհաստատություններում գործառնական սկզբունքի վրա կառուցված և խորհրդային շրջանին բնորոշ կառավարման համակարգերի տարածվածությունը և բուժհաստատությունների ղեկավարների գերակշիռ մեծամասնության շրջանում համապատասխան մասնագիտական գիտելիքների և ունակությունների բացակայությունը:

Անդրադառնալով Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման հնարավորությանն ու դրա համար անհրաժեշտ նախադրյալների առկայությանը, հարկ է ուշադրություն դարձնել մի շարք օբյեկտիվ գործոններին և հանգամանքներին:

Նախ, տասնամյակներ շարունակ Հայաստանում, ինչպես և ողջ խորհրդային Միությունում, առողջապահության ոլորտը եղել է պետական, կառավարվել է պետության կողմից, որի արդյունքում ձևավորվել են լուրջ ավանդույթներ կազմակերպությունների կառավարման պրակտիկայում:

Երկրորդ, դեռևս ավարտված չեն համակարգի բարեփոխումները, ավելին՝ մասնավորեցված և նոր ստեղծված մասնավոր կազմակերպությունների կողքին շարունակում են գործել պետական և պետության հիսուն և ավելի տոկոս բաժնեմասով առողջապահական կազմակերպություններ, որոնք միաժամանակ մատուցում են վճարովի ծառայություններ շուկայական հարաբերությունների հիմքի վրա:

Երրորդ, թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր կազմակերպությունների ֆինանսական ռեսուրսների կառուցվածքում դեռևս զգալի

մասնաբաժին ունի պետական ֆինանսավորումը, ինչն իրականացվում է առանձին ծրագրերի շրջանակում, ուղղված է առանձին խոցելի սոցիալական խմբերի բժշկական կարիքների բավարարմանը և դուրս է բիզնես գործունեության տրամաբանության ունից (պետության կողմից ֆինանսավորվող ծառայությունների գները չեն ձևավորվում շուկայի կողմից):

Ըստ այդմ, այսպիսի հիբրիդային կառուցվածք և բովանդակություն ունեցող համակարգի կազմակերպություններում դեռևս վաղ է ակնկալել կառավարման նոր մոդելների ու տեխնոլոգիաների ամբողջական ներդրման հնարավորություն, թեև մասնավոր բուժօգնություններում այդ ուղղությամբ քայլեր արվում են:

Վերոնշյալ հանգամանքները պայմանավորում են անտեսախոսության թեմայի արդիականությունը:

Անտեսախոսության նպատակը և խնդիրները: Անտեսախոսության նպատակը բնակչությանը մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի և մատչելիության բարձրացման համառոտ բուժօգնությունների կառավարման արակտիկայում գործընթացային ուղղվածությամբ կառավարման մոդելի ներդրման հայեցակարգային մոտեցման և մեթոդաբանության հիմունքների մշակումն է բիզնես գործընթացների ռեհիստրիստի տեխնոլոգիաների հիման վրա:

Այդ նպատակներին հասնելու համառոտ բուժօգնություն և քննարկվել են հետևյալ խնդիրները.

1. Գնահատել Հայաստանի առողջապահական համակարգի և բուժօգնությունների գործառնության արդյունավետությունը բնակչության առողջության վիճակի և մատուցվող ծառայությունների որակի ու մատչելիության տեսանկյունից:

2. Վերլուծել առողջապահական համակարգի բարեփոխումներն ու ռեսուրսային ապահովվածությունը:

3. Ներկայացնել ու հիմնավորել գործընթացային ուղղվածությամբ կառավարման համակարգերի հայեցակարգերն և

առողջ ապահական կազմակերպություններում վերջիններիս ներդրման մեթոդները, խոչընդոտներն ու հնարավորությունները, որի շրջանակում

- ուսումնասիրել բիզնես գործընթացների կառավարման առանձնահատկությունները առողջ ապահական կազմակերպությունում,

- բուժհաստատության կառավարման պրակտիկայում առանձնացնել որակի կառավարման խնդիրները և քննարկել ու հիմնավորել կառավարման նոր մոդելի ազդեցությունը ծառայությունների որակի և մատչելիության բարձրացման վրա,

- ուսումնասիրել առողջ ապահական կազմակերպություններում կիրառվող կառավարման ներկահամակարգերը և վերհանել նոր տեխնոլոգիաների ներդրման խոչընդոտներն ու հնարավորությունները,

- վերլուծել ծառայությունների որակի բարելավման համատեքստում բուժհաստատության կազմակերպական կառուցվածքի և բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգի տեխնոլոգիաների կապը,

4. Ուսումնասիրել Հայաստանի առողջ ապահական համակարգի կառուցվածքային փոփոխությունները և դրանց ազդեցությունը բուժհաստատությունների արտաքին և ներքին կառավարման պրակտիկայի վրա:

5. Կառավարման արդի տեսությունների համատեքստում հիմնավորել բուժհաստատություններում կառավարման նոր տեխնոլոգիաների մշակման և ներդրման նպատակահարմարությունն ու անհրաժեշտությունը:

6. Մշակել և հիմնավորել առողջ ապահական կազմակերպություններում գործընթացային ուղղվածության կառավարման մոդելի ներդրման մեթոդական հիմքերն ու հայեցակարգային մոտեցումները, որի շրջանակում

- գնահատել նոր մոդելի արդյունավետությունը կառավարման

բարելավման և ծառայությունների որակի ու մատչելիության բարձրացման տեսանկյունից,

- մշակել առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների հստակեցման և մոդելավորման փուլային տեխնոլոգիան մեթոդ

- առաջարկել բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման կազմակերպական և տնտեսագիտական մեխանիզմներ:

7. Մշակել մեթոդական մոտեցումներ առողջապահության ոլորտի ռազմավարություններում և ծրագրերում կառավարման նոր մոդելի ներդրմանը օժանդակող միջոցառումների և ուղղությունների վերաբերյալ:

Հետազոտության օբյեկտը և առարկան. Հետազոտության օբյեկտը առողջապահական համակարգի գործառնությունն է որպես բուժօգնությունների կողմից բնակչությանը որակյալ ու մատչելի բժշկական ծառայությունների մատուցման համակարգ:

Հետազոտության առարկան առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման խնդիրներն են կառավարման գործընթացային հայեցակարգի համատեքստում, ինչպես նաև՝ բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման հնարավորություններն ու հեռանկարները ՀՀ բուժօգնություններում:

Ուսումնասիրության տեսական, տեղեկատվական և մեթոդական հիմքերը.

Հետազոտության համար տեսական և մեթոդաբանական հիմք են հանդիսացել կառավարման արդի տեսությունները, մասնավորապես՝ վերջին շրջանում տնտեսության տարբեր ոլորտների կազմակերպությունների արդյունավետ գործունեության համար երաշխավորվող բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելը, առողջապահության ոլորտի հետազոտման և գնահատման միջազգային մեթոդաբանություններն ու վերլուծությունների արականացնելու մեթոդները: Հետազոտությունում տեղ են գտել ՀՀ Առողջապահության նախարարության ազգային ինստիտուտի, ՀՀ

Ազգային վիճակագրական ծառայության, ՀՀ Ֆինանսների և
Էկոնոմիկայի նախարարության, Առողջապահության համաշխարհային
կազմակերպության պարբերական հրապարակումները,
ուղեցույցներն ու զեկուլյցները, թեմային առնչվող տեսաբանների
և պրակտիկ մասնագետների կողմից իրականացված
հետազոտություններն ու վերլուծական նյութերը:

Արտասահմանյան առողջապահական առանձին
կազմակերպությունների փորձը ու սումնասիրվել է վերջիններիս
ինտերնետային ռեսուրսների և հրապարակումների միջոցով:

Ուսումնասիրությունը կատարվել է արստրահման տարբեր
հարթություններում համեմատական վերլուծությունների,
դինամիկ հետազոտության, վիճակագրական խմբավորումների, միջին
մեծությունների, ինդուկցիայի և դեդուկցիայի մեթոդների
հիման վրա, ինչպես նաև՝ կիրառվել են ֆունկցիոնալ
կախվածությունն և համեմատական, գործոնային և համալիր
վերլուծություններ:

Ատենախոսության գիտական նորույթը. Ատենախոսության
գիտական նորույթը բնորոշվում է հետևյալ հիմնական
հանգուցային արդյունքներով.

• Մշակվել է առողջապահական կազմակերպություններում
կառավարման գործընթացային ուղղվածությամբ համակարգերի
ներդրման հայեցակարգի մեթոդաբանություն, որը հենված է
լինելու բուժհաստատությունների գործունեության
ռեինժինիրինգի տեխնոլոգիայի վրա՝ հաշվի առնելով Հայաստանի
բուժհաստատությունների կազմակերպարավական տեսակների,
սեփականության ձևերի բազմազանությունն ու կառավարման ներկա
ձևերի և առկա անդույթների առանձնահատկությունները:

• Նկարագրվել և վերլուծության են ենթարկվել բիզնես
գործընթացների մոդելի այն առանձնահատկությունները, որոնք
կարող են օգտագործվել կառավարման նոր հայեցակարգը Հայաստանի
առողջապահական համակարգում ներդնելու համար: Միաժամանակ
բացահայտվել և վերլուծվել են համակարգի ներդրման ճանապարհին
առկա խոչընդոտներն ու սահմանափակումները, ինչպես նաև
խնդիրների լուծման ուղիներն ու հնարավորությունները:

• Առաջարկվել է նաև ուղիներ առողջապահական կազմակերպություններում հաշվառման և հաշվետվականության նոր համակարգերի ձևավորման համար, ինչը կնպաստի, մի կողմից, տեղեկատվական տեխնոլոգիաների օգտագործմամբ կազմակերպության ներսում տեղեկատվություն ծակակարողությունների ձևավորմանը, ներքին հաշվառման, մշտադիտարկման ու ներքին աուդիտի զարգացմանը և արդյունքում՝ կառավարման արդյունավետության աճին, մյուս կողմից՝ երկրում բուժօգնությունների գործունեության ֆինանսատնտեսական մասի վերաբերյալ վարչական վիճակագրական համակարգի ձևավորմանը, նպատակային քաղաքականությունների և ռազմավարությունների մշակմանը:

• Յիմնավորվել է, որ բիզնես գործընթացների աստիճանական ռեինժինիրինգը և գործընթացային ուղղվածությունը կառավարման նոր հայեցակարգին անցնելը հնարավորություն կտա էապես կրճատել առողջապահական կազմակերպության ծախսերը, անցում կատարել ծառայությունների մատուցման տեխնոլոգիաների որակապես նոր մակարդակի:

Առենախոսություն տեսական և գործնական նշանակությունը
կայանում է նրանում, որ առողջապահական համակարգի գործառնություն և բուժօգնությունների վերլուծության հիման վրա առաջարկվող բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի հայեցակարգն ու ներդրման մեթոդական մոտեցումները կարող են նպաստել ինչպես այս բնագավառում տեսական նոր ուսումնասիրություններ իրականացնելուն, այնպես էլ՝ պետության առողջապահության ոլորտի ռազմավարություններում կառավարման նոր տեխնոլոգիաների ներդրմանն ուղղված ծրագրերի և միջոցառումների մշակմանը: Պրակտիկ առումով, աշխատանքում բերված եզրակացություններն ու առաջարկությունները, բարձրացված խնդիրները կարող են նպաստել առողջապահական համակարգում և բուժօգնություններում հաշվառման արդի համակարգերի և հաշվետվականության նոր մեխանիզմների ներդրմանը, ինչը հնարավորություն կտա կազմակերպությունների կառավարման գործում օգտագործել բարձր տեխնոլոգիաների

հնարավորությունները և նպաստել գործընթացային ուղղվածության կառավարման մոդելների ներդրմանը:

Առողջապահական կազմակերպություններում գործունեության բոլոր տեսակների մասով հաշվառման և հաշվետվականության էլեկտրոնային համակարգի ներդրումը մի կողմից կնպաստի կազմակերպության ներսում ներքին աուդիտի, մոնիտորինգի և ծախսեր-արդյունավետության վերլուծության ներքին իրականացմանը, մյուս կողմից հնարավորություն կտա երկրում մշակել և ներդնել առողջապահության ոլորտի վարչական վիճակագրական ռեգիստր:

Ատենախոսությունը շարադրված է 123 տպագիր էջերի վրա և բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացություններից և օգտագործված գրականության ցանկից:

Ատենախոսության արդյունքների փորձարկումը և հրապարակումները: Ատենախոսության հիմնական դրույթները և ուսումնասիրության արդյունքները քննարկվել են Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանում Ատենախոսության հիմնական արդյունքներն ու բովանդակությունը արտացոլված են հեղինակի կողմից հրապարակված 6 (վեց) գիտական հոդվածներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը: Ատենախոսությունը բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացությունից և օգտագործված գրականության ցանկից: Ատենախոսության ծավալը կազմում է 123 էջ՝ ներառյալ օգտագործված գրականության ցանկը:

**ԳԼՈՒԽ 1. ԲԻԶՆԵՍ ԳՈՐԾՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆ
ՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՅ ԱՏԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ**

**1.1 Բիզնես գործընթացների կառավարման դերը կազմակերպության
տնտեսական գործունեության համառոտում**

Ցանկացած երկրի տնտեսության զարգացումը, որպես վերջինիս բաղադրիչներ հանդիսացող ինստիտուցիոնալ կառույցների գործունեության հանրագումար, ենթարկվում է որոշակի և խիստ օրինաչափ կարգավորումների, ինչն, իր հերթին, պայմանավորված է բազմաթիվ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ գործոններով ու հանգամանքներով: Եթե ողջ տնտեսության համար կարևոր է երկրի սոցիալական, տնտեսական, ժողովրդագրական և բնապահպանական զարգացումների ընթացքն ու բովանդակությունը, ապա առանձին վերցված մեկ կազմակերպության պարագայում առաջին պլանում են տնտեսական գործունեությունն ու բիզնես գործառույթների բնույթը: Ինչպես տնտեսության (մակրոմակարդակ), այնպես էլ կազմակերպությունների (միկրոմակարդակ) առաջընթացը խարսխվում տնտեսական առանձին շրջափոփների (ցիկլների) հաջորդականության վրա, երբ առաջնային է դառնում տնտեսական գործընթացների արդյունավետ կառավարումը:

Անցյալ դարասկզբին համաշխարհային տնտեսությունում և կազմակերպությունների տնտեսական գործունեությունում սկսված փոփոխությունները, որոնք որոշակիորեն նաև տնտեսական գործընթացների ընդգրկման մասշտաբների ընդլայնման արդյունք էին, հող նախապատրաստեցին կառավարման տեսության մեջ և պրակտիկայում նոր գաղափարների ձևավորման համար: Եվ պատահական չէ, որ այդ ժամանակներից սկսած կազմակերպության գործունեությունը առաջին անգամ դիտարկվեց որպես տնտեսական գործընթացների համալիր ամբողջություն, որի հիման վրա էլ կազմակերպության կառավարումը սկսեցին ընկալել որպես տնտեսական գործընթացների կառավարում: Գործընթացների կառավարումը առաջին անգամ քննարկվել է Յենրի Տայնլի կողմից 1916 թվականին հրատարակված «Ընդհանուր և արդյունաբերական

կառավարում» գրքում: Դրանում համակարգված էին բոլոր այն որոշումները, որոնք սնանկացման եզրին գտնվող լեռնամետալուրգիական գործարանին հնարավորություն տվեցին դառնալ այդ ճյուղի առաջատարը: Այդ նույն ժամանակ առանձին հետազոտողներ սկսեցին ուշադրություն դարձնել նաև գործընթացների կառավարմանը, վիճակագրական մոտեցմանը և կառավարման այլ ասպեկտներին¹:

Գործընթացային մոտեցումը որպես կառավարման տեսության յուրահատուկ հայեցակարգ, վերջնականապես ձևավորվեց անցյալ դարի 80-ական թվականներին, որի համաձայն, կազմակերպության ողջ գործունեությունը դիտարկվում է, նախ, որպես գործընթացների համալիր և, երկրորդ, կազմակերպության կառավարումը նշանակում է արդեն առանձին գործընթացների կառավարում: Այս մոտեցումը աստիճանաբար դարձավ կազմակերպության կառավարման և, մասնավորապես՝ որակի բարելավման գործընթացի առանցքային տարրը՝ իր բովանդակությամբ ամենևին չհակադրվելով ոչ բիզնեսի պրակտիկային, ոչ էլ գոյություն ունեցող տեսություններին²:

Կառավարման տեսության գործընթացային մոտեցման հիմնական հասկացությունը գործընթացն է, որի ներքո հասկացվում է փոխկապակցված և փոխգործակցող գործունեության տեսակների ամբողջություն, որոնք ապահովում են արտադրական ողջ գործընթացի իրականացումը՝ մուտքերը ելքերի վերածելու ձևով: Միաժամանակ անհրաժեշտ պայման է այն պահանջը, որ գործընթացում ներառված բոլոր գործողությունները պետք է ինքն համակարգված և կրկնվող, ինչն էլ կապահովի գործընթացի իրականացման շարունակականությունը³: Գործընթացային մոտեցումը հիմք է հանդիսանում կազմակերպության կազմակերպական կառուցվածքում հորիզոնական կապերի ձևավորման համար, որի դեպքում նույն գործընթացում ներառված ստորաբաժանումներն ու աշխատակիցները

¹ Henri Fayol. Administration Industrielle et Générale, 1916. Анри Файоль. Общее и промышленное управление. Перевод на русский язык: Б. В. Бабина-Кореня. — М.: 1923. // Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. 28.08.2012. <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/5783>

² Владимир Мальзам, Управление бизнес-процессами: методы и инструменты, <http://www.cfin.ru/itm/bpr/bpms.shtml> [վերջին մուտք 12.11.2015]

³ <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/5783> [վերջին մուտք 20.11.2015]

ի գործընթացի ներսում և արագ և ուժեղ առաջացող խնդիրները առանց բարձր ղեկավարության միջնորդության: Ի տարբերություն \$ուսկցիոնալ կամ գործառնական մոտեցման, գործընթացների կառավարումը թույլ է տալիս ուշադրությունը կենտրոնացնել ոչ թե առանձին ստորաբաժանման աշխատանքի, այլ կազմակերպության գործունեության արդյունքների վրա ընդհանրության մեջ: Այս մոտեցումը միաժամանակ փոխում է կազմակերպության կառուցվածքի փիլիսոփայությունը, երբ առանձին ստորաբաժանումների փոխարեն կենտրոնում է հայտնվում գործընթացը, և հետևաբար՝ կազմակերպությունն արդեն «կազմված է» լինում ոչ թե ստորաբաժանումներից, այլ՝ գործընթացներից⁴:

Բնականաբար, ինչպես ցանկացած հայեցակարգ, կառավարման գործընթացային մոտեցումը ևս ունի սեփական սկզբունքները, որոնց վրա կառուցված է կառավարման այս մոդելի ողջ փիլիսոփայությունը: Սկզբունքների ներդրումը նշանակալիորեն կարող է բարձրացնել աշխատանքի արդյունավետությունը, եթե այն զուգորդվում է աշխատակիցների կորպորատիվ բարձր մշակույթով: Գործընթացների կառավարումը ենթադրում է բոլոր աշխատակիցների սերտ համագործակցություն, անգամ, եթե նրանք աշխատում են տարբեր ստորաբաժանումներում:

Գործընթացների արդյունավետ կառավարման համար անհրաժեշտ է ապահովել հետևյալ սկզբունքների ներդրումը կազմակերպությունում.

- Գործընթացների փոխկապվածության սկզբունք: Կազմակերպությունն իրենից ներկայացնում է գործընթացների ցանց, որոնցից յուրաքանչյուրը որևէ գործունեության է կամ գործունեությանների ամբողջություն կատարվող աշխատանքների տեսքով: Կազմակերպության բոլոր գործընթացները փոխադարձաբար կապված են:

⁴ <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/5783> [Վերջին մուտք 12.11.2015]

- Գործընթացի պահանջվածության (հիմնավորվածության) սկզբունք: Յուրաքանչյուր գործընթաց պետք է ունենա նպատակ, իսկ արդյունքները պետք է պահանջված լինեն, այսինքն՝ ունենան սպառող:
- Գործընթացների փաստաթղթավորման սկզբունք: Յուրաքանչյուր գործընթացում առկա գործունեությունը (գործողությունը) պետք է փաստաթղթավորված լինի, ինչը հնարավորություն կտա ստանդարտացնել գործընթացը, մշակել գործունեության չափորոշիչներ ու ցուցանիշներ՝ այդպիսով հիմք ստեղծելով հետագա փոփոխությունների և գործընթացի կատարելագործման համար:
- Գործընթացի մշտադիտարկման և վերահսկողության սկզբունք: Գործընթացը ունի սկիզբ և ավարտ, որոնք որոշում են գործընթացի սահմանները: Այդ սահմանների շրջանակում մշակվում են ցուցանիշներ, որոնց օգնությամբ հնարավոր է իրականացնել գործընթացի և արդյունքների մշտադիտարկում և վերահսկողություն:
- Գործընթացի համար պատասխանատվության սկզբունք: Յուրաքանչյուր գործընթացում ներգրավված են բազմաթիվ ստորաբաժանումներ և աշխատակիցներ, բայց ողջ գործընթացի պատասխանատվությունը դրվում է մեկ անձի վրա⁵:

Ծնորհիվ հորիզոնական կապեր ստեղծելու ունակությանը, կառավարման գործընթացային մոտեցումը, ի տարբերություն գործառնական կառավարման հայեցակարգի, ձեռք է բերում նաև որոշակի առավելություններ՝

- Գործընթացի շրջանակում առանձին ստորաբաժանումների գործունեության միասնական համակարգում,
- Ուղղորդում դեպի գործընթացի արդյունքները,
- Կազմակերպության գործունեության արդյունքայնության և արդյունավետության աճ,
- Արդյունքներին հասնելու գործողությունների թափանցիկություն,

⁵ <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/5783> [Վերջին մուտք 12.11.2015]

- Արդյունքների կանխատեսելիության բարձրաստիճան,
- Գործընթացների նպատակային քարտեզավման հնարավորությունների բացահայտում,
- Ուղղահայաց ավելորդ փոխգործողությունների կրճատում,
- Չպահանջված գործընթացների բացառում,
- Ժամանակային և նյութական ռեսուրսների խնայողություն:

Միաժամանակ այս մոտեցումն ընկած է կազմակերպության գործունեության կատարելագործմանն ուղղված կառավարման արդի միջառք հայեցակարգերի հիմքում, որոնցից կարելի է առանձնացնել որակի համընդհանուր կառավարումը, գործընթացների անընդհատ քարտեզավումը, բիզնես-գործընթացների կատարելագործումը, կազմակերպության ռեհիստրիսիոնգը և այլն⁶:

Թվարկվածներից կառավարման տեսության մեջ նոր մոտեցումներ էին բիզնես գործընթացների կառավարումը, ինտիլիգենցը և ռեհիստրիսիոնգը, որոնք ձևավորվելով անցյալ դարի 90-ական թվականներին, հետագայում ավելի ու ավելի լայն տարածում ստացան տնտեսության տարբեր ոլորտներում գործող կազմակերպություններում:

Բիզնես գործընթացների կառավարումը կառավարման համակարգված մոտեցում է, որն ուղղված է կազմակերպության գործունեության և դրանում տեղի ունեցող գործընթացների քարտեզավմանը: Այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս կազմակերպությանը որոշակիացնել գործընթացները, կազմակերպել դրանց իրականացումը, ինչպես նաև բարձրացնել գործընթացների արդյունքայնությունն ու որակը: Բիզնես գործընթացը տրամաբանական հիմքով շաղկապված գործողությունների կամ խնդիրների համալիր է, որոնց իրականացումը հանգեցնում է ակնկալվող արդյունքի ձեռքբերմանը: Կազմակերպության նպատակների շեշտադրման պարագայում արակտիկորեն բոլոր գործընթացները կարելի է համարել որպես բիզնես գործընթացներ: Կառավարման գործընթացային մոտեցումը հանգում է կազմակերպությունում

⁶ http://www.kpms.ru/General_info/Process_approach.htm [Կերչիս մուտք 18.12.2015]

գործընթացների համակարգի ձևավորմանը, դրանց կառավարմանը և արդյունավետության բարձրացման այնպիսի արդյունքներ ստանալուն, որոնք լավագույնս բավարարում են սպառողների պահանջմունքները⁷: Արդյունքում բիզնես գործընթացների կառավարումը նշանակում է տնտեսական բոլոր գործընթացներն ու գործողությունները համապատասխանեցնել կազմակերպության նպատակներին, ինչն էլ կազմում է կառավարման այս հայեցակարգի բովանդակության առանցքը⁸:

Բիզնես գործընթացների կառավարման բովանդակությունը այդ գործընթացների նկարագրությունն է, դրանց համակարգումը, օպտիմալացումը և կանոնակարգումը՝ հիմք ընդունելով սպառողների պահանջմունքների բավարարմանը միտված տնտեսական արդյունքի ստեղծումը: Նման մոտեցման անհրաժեշտ պահանջն է տնտեսական գործունեության միասնական շրջանակ ներառել առանձին ստորաբաժանումների գործառնություններն ու աշխատակիցների գործունեությունը⁹:

Բիզնես գործընթացների կառավարման խնդիրն առավել սուր է արտահայտվում այն կազմակերպություններում, որտեղ զարգացման որոշակի փուլում կազմակերպության ստորաբաժանումների, մենեջերների, աշխատակիցների միջև գոյություն ունեցող անհամաձայնություններն ու տեղեկատվական պերցեպցիայի խախտումը սկսում է կրել շարունակական և խրոնիկ բնույթ, ինչը լուրջ սպառնալիք է դառնում կազմակերպության գործունեության արդյունավետության համար: Խոսքը չի վերաբերում միայն տեղեկատվության կորստին կամ գործառնությունների կրկնօրինակմանը, այն կարող է հանգեցնել ավելորդ ծախսերի առաջացմանն ու արդյունքի որակի վատթարացմանը: Նման բացասական երևույթների պատճառների բացահայտումն անհնար է առանց կազմակերպության գործունեության մանրակրկիտ

⁷ Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 2013, ст. 53.

⁸ http://www.kpms.ru/Automatization/BP_Management.htm [Վերջին մուտք 19.02.2016]

⁹ Борисов А., Управление бизнес-процессами: принципы и компромиссы, Intelligent Enterprise № 18, 2008, ст. 54.

վերլուծության, ինչն, ի վերջո, հանգում է իրականացվող գործընթացների շղթայի մանրամասնված ուսումնասիրմանը:

Որևէ կազմակերպության ունում կառավարման գործընթացային մոտեցման ներդրումը ենթադրում է ղեկավարության կողմից այս հայեցակարգի երեք կարևորագույն առանձնահատկությունների հստակ գիտակցում՝ ի՞նչ է գործընթացային կառավարումը, ինչպե՞ս պետք է տարանջատվեն և կառավարվեն կազմակերպության ունում առկա գործընթացները և ինչու՞ է կառավարման այսպիսի մոտեցումը համարվում առավել արդյունավետ:

Կառավարման այս հայեցակարգի ներդրումը կազմակերպության ունում պահանջում է հստակ մոտեցումներ և մեթոդաբանություն, որտեղ առաջնային է դառնում, նախ և առաջ, սահմանումների և հասկացությունների ձևակերպումն ու հստակեցումը, որոնք միսուարյուն պետք է հաղորդեն կառավարման գործընթացին: Այլ խոսքով, անգամ առանձին վերցված կազմակերպության մակարդակում, անհրաժեշտ է հստակ ձևակերպել և պատերազներ այնպիսի հասկացություններ, ինչպես բիզնես գործընթաց, գործընթացի ճարտարապետություն (համակարգ) կամ ցանցի նկարագրություն, գործընթացի ղեկավար, գործընթացի կանոնակարգում և կայունություն, գործընթացի բարելավում ու ավտոմատացում և այլն¹⁰:

Բիզնես գործընթացների կառավարման հայեցակարգի տեսաբանները միաժամանակ զգուշացնում են, որ ուսումնասիրելով որևէ կոնկրետ կազմակերպության զարգացման պատմությունը, անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, թե որքանով է կազմակերպությունը (նկատի է առնվում կազմակերպության կազմակերպական կառուցվածքն ու կառավարման առանձնահատկությունները, որոշումների ընդունման մեխանիզմները, ղեկավարության և անձնակազմի պատրաստվածությունը և այլն) «հասունացել» կառավարման այս հայեցակարգի ներդրման համար, որ մակարդակում է գտնվում և

¹⁰ Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 2013, ст. 13.

ինչպիսի ջանքեր կպահանջվեն հայեցակարգի հաջող կիրառության համար¹¹: Գործընթացների համակարգը ձևավորելիս, չափազանց կարևոր է կարողանալ ի սկզբանե դրանք դասակարգել՝ առանձնացնելով հիմնական, օժանդակ և կառավարման գործընթացները: Ընդ որում, գործընթացների դասակարգման և հետագա կանոնակարգման ժամանակ կարևոր է հաշվի առնել դրանց գերակա նշանակությունը կազմակերպության ռազմավարական նպատակներին հասնելու տեսանկյունից:

Տնտեսական գործունեության տեսակներից վերացարկվելու պարագայում բիզնես գործընթացների կառավարման հայեցակարգի գլխավոր նպատակը կազմակերպության արդյունավետ գարգացումն է գործընթացների բարելավման ու կատարելագործման միջոցով, ինչը թույլ է տալիս ապահովել.

- կազմակերպության գործունեության ուղղորդում դեպի սպառողը՝ շարունակաբար բարձրացնելով ապրանքների և ծառայությունների որակը,
- կազմակերպության արտադրանքի իրացման ծավալների աճ և շահույթի մեծացում,
- կազմակերպության գործունեության արդյունավետության աճ¹²:

Կազմակերպության կառավարման պրակտիկայում բիզնես գործընթացների կառավարման հայեցակարգը ներդնելիս, հարկ է ուշադրություն դարձնել երկու կարևոր հանգամանքի վրա՝ նախ, ո՞ր ոլորտում է գործում կազմակերպությունը և ինչպիսի չափեր ունի (նկատի է առնվում կազմակերպությունում իրականացվող տնտեսական գործունեության տեսակը, բարդության աստիճանն ու աշխատողների թվաքանակը), և երկրորդ՝ կազմակերպության հասունության աստիճանը կառավարման նոր տեխնոլոգիաներ ներդնելու տեսանկյունից (այստեղ կարևորվում է կառավարման կիրառվող համակարգի նկարագրությունը, աշխատանքների կազմակերպման և ղեկավարման մեխանիզմները, կորպորատիվ մշակույթը և նորամուծությունների նկատմամբ աշխատակիցների

¹¹ Նույն տեղում, էջ 14-18:
¹² Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 2013, ст. 58.

վերաբերմունքը):

Բիզնես գործընթացների կառավարման հայեցակարգը նախընտրելի է կիրառել տնտեսական գործունեության ցանկացած ոլորտում գործող միջին և խոշոր կազմակերպություններում, որտեղ հնարավոր է հստակ տարանջատել գործընթացները ըստ բովանդակության և որոշակիացնել դրանց սահմանները:

Իսկ կազմակերպության հասունության աստիճանը գնահատելու համար անհրաժեշտ է պատկերացում ունենալ դրանում առկա գործընթացների նկատմամբ վերաբերմունքի մասին: Գործընթացի հասունության մակարդակի հայեցակարգն առաջին անգամ մշակվել է 1990-ական թվականների սկզբին Կարնեգի-Մեյլլոնի համալսարանին կից Ծրագրային ինժեներիայի ինստիտուտում¹³, որի առավել թարմ տարբերակներից Տեխնոլոգիական հասունության ամբողջականացված մոդելը (Capability Maturity Model Integrated, CMMI) սահմանում է տարբեր ոլորտների կազմակերպություններում գործընթացների վերլուծության և հասունության գնահատման հետևյալ հինգ մակարդակները.

Առաջին մակարդակ – գործընթացները որոշակիացված չեն, այսինքն՝ այսպիսի կազմակերպությունները չեն օգտվում կառավարման գործընթացային մոտեցումից և կազմակերպության ողջ գործունեությունը հենված է աշխատակիցների ցուցաբերած ջանքերի վրա:

Երկրորդ մակարդակ – առանձին գործընթացներ սահմանված են: Այսպիսի կազմակերպություններում ղեկավարները առանձնացնում են մի քանի առանցքային կամ հաճախ կիրառվող գործընթացներ: Սահմանափակությունը կայանում է նրանում, որ կազմակերպությունը դեռևս չի ընկալվում որպես փոխգործակցող գործընթացների համալիր ամբողջություն:

Երրորդ մակարդակ – գործընթացների զգալի մասը սահմանված և նույնականացված է: Գոյություն ունի հիմնական բիզնես գործընթացների նկարագրման մոդել, որի հիման վրա ձևավորված են դրանք կառավարելու պատկերացումները: Կազմակերպության

¹³ Այս մոտեցումը նկարագրված է BPTrends \$իրմայի «Յետագոտություններ բիզնես-գործընթացների մոդելավորման բնագավառում» 2011թ. աշխատանքում, <http://www.finexpert.ru/>

գործունեությունում խնդիրներ առաջանալիս՝ բացահայտվում և վերլուծության են ենթարկվում դրանց պատճառ հանդիսացող գործընթացները, ինչն էլ հնարավորություն է տալիս լուծել դրանք:

Չորրորդ մակարդակ – այս մակարդակում գտնվող կազմակերպություններում կառավարվում են բոլոր բիզնես գործընթացները: Մենեջերների կողմից ցուցանիշների համակարգի օգնությամբ մշտադիտարկվում և վերլուծության են ենթարկվում բոլոր գործընթացները, ինչը հնարավորություն է տալիս դրանք օպտիմալացնել:

Յինգերորդ մակարդակ – այս կազմակերպությունները ի տարբերություն նախորդի, զբաղվում են նաև բիզնես գործընթացների շարունակական կատարելագործմամբ¹⁴:

Կազմակերպության ղեկավարությունը, եթե հակված է ներդնելու բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելը, անպայմանորեն պետք է կարողանա գնահատել իր կառույցի հասունության աստիճանը, որի համար նրան անհրաժեշտ կլինի ունենալ կամ նախ և առաջ ձևավորել վերլուծության համար անհրաժեշտ հետևյալ համակարգերը, մեխանիզմներն ու մեթոդաբանական գործիքները.

- բիզնես գործընթացների կառուցվածքի և համակարգի նկարագրություն,

- կազմակերպության գործունեության ստանդարտացման և կանոնակարգման համակարգ,

- բիզնես գործընթացների մշտադիտարկման, վերլուծության և վերահսկողության ցուցանիշների համակարգ և մեթոդաբանություն, որի հիման վրա հնարավոր կլինի ապահովել գործընթացների բարելավումն ու համակարգի կատարելագործումը¹⁵:

¹⁴ Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 2013, ст. 16-17.

¹⁵ Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 2013, ст. 16-17.

1.2 Առողջապահական կազմակերպություններում Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի առանձնահատկությունները

Նշեցի՞նք, որ տնտեսական գործունեությունը և սոցիալ-տնտեսական զարգացումը, ինչպես հանրության մաշտաբով, այնպես էլ առևտրային կազմակերպություններում խիստ փոխկապակցված և փոխապայմանավորված կատեգորիաներ են: Այդ փոխկապակցվածությունը համալրվում է արագուցիչ կատեգորիաներով և միանգամայն այլ բովանդակությամբ, երբ խոսք է գնում հանրային առողջապահության և բժշկական ծառայությունների մատուցող կազմակերպությունների մասին: Առողջության պահպանումը, վերականգնումն ու բարելավումը ենթակա է նաև երկրի ժողովրդագրական և բնապահպանական ոլորտներում տեղի ունեցող փոփոխությունների ազդեցությանը, ինչպես նաև, իր հերթին, պայմանավորում է այդ փոփոխությունների վեկտորն ու բնույթը: Սոցիալ-տնտեսական զարգացումներից բացի, բնակչության կենսամիջավայրում և ժողովրդագրական վիճակում տեղի ունեցող փոփոխությունները և՛ դրական, և՛ բացասական ազդեցություն կարող են ունենալ ինչպես բնակչության առողջության, այնպես էլ բժշկական ծառայությունների մատուցող կազմակերպությունների գործունեության վրա:

Ըստ այդմ, տնտեսավարման ժամանակակից պայմաններում յուրաքանչյուր առանձին վերցրած բուժօգնություն համար հատուկ նշանակություն է ստանում կազմակերպության արտաքին միջավայրի փոփոխություններին համարժեք արձագանքելու ունակությունը: Այս հանգամանքն, իր հերթին, խիստ արդիական է դարձնում կառավարման նոր ձևերի ու մեխանիզմների ներդրման խնդիրը, ինչը կոչված է երաշխավորելու որակյալ և մատչելի բուժօգնության հնարավոր նվազագույն ծախսերով: Բնականաբար, առողջապահական կազմակերպության արդյունավետ գործառնություն հիմնական գրավականը ծառայությունների որակի բարելավման

շարունակականության ապահովումն է¹⁶:

Կազմակերպության գործունեության արդյունավետությունը, ըստ էության, կախված է վերջինիս կազմակերպական կառուցվածքի օպտիմալության աստիճանից և կառավարումից: Կառավարման արդի տեսություններում և հատկապես պրակտիկայում ավելի ու ավելի մեծ ուշադրություն է դարձվում կառավարման գործառնությունների իրականացման գործընթացային մոտեցմանը, որի ներքո կազմակերպության գործունեության կառավարումը ընկալվում է որպես փոխկապակցված բիզնես գործընթացների համակարգի կառավարում, որի վերջնական նպատակը, մի կողմից, սպառողների կողմից ձեռքբերվող արտադրանքի և ծառայությունների թողարկումն է, մյուս կողմից՝ բիզնեսի սեփականատերերի պահանջների կամ նպատակների իրականացումը¹⁷:

Յետևաբար, կազմակերպության ներսում կառավարման ողջ գործընթացը դառնում է արտաքին միջավայրի ազդեցությամբ ներքին միջավայրը ձևավորող բիզնես գործընթացների կառավարում: Դրանով պայմանավորված, ժամանակակից առողջապահական կազմակերպությունն ինքը պետք է որոշի և կանխատեսի ներքին միջավայրի չափորոշիչները, ծառայությունների տեսակավորումը, գները, և ամենագլխավորը՝ ճիշտ արձագանքի ներքին և արտաքին միջավայրի ցանկացած փոփոխություններին ու որպես համարժեք արձագանք՝ հարմարեցնի իր գործողությունները: Դա նշանակում է, որ առողջապահական կազմակերպության ղեկավարությունը պետք է շարունակաբար գտնի նոր՝ կառավարմանը վերաբերող յուրօրինակ քայլեր, մեխանիզմներ և մոտեցումներ:

Մասնագիտական գրականությունում բավականին լուրջ ուշադրություն է հատկացվում բիզնես գործընթացների մոդելավորմանը: Բայց, չնայած դրան, դեռևս բավարար չափով մշակված չեն առողջապահության ոլորտի

¹⁶ Мельникова Е. Е., Сысо Т. Н., Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1, ст. 47.

¹⁷ Мельникова Е. Е., Сысо Т. Н., Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1, ст. 47.

կազմակերպության ներդրում դրանց ներդրման և կիրառման մեթոդներն ու մեխանիզմները: Որպես հիմնական պատճառ, մանագետների կողմից նշվում է բուժօգնությունը չլինելու գործառնական սկզբունքի վրա կառուցված և խորհրդային շրջանին բնորոշ կառավարման համակարգերի տարածվածությունը և համապատասխան մասնագիտական գիտելիքների և ունակությունների բացակայությունը բուժօգնությունների ղեկավարների գերակշիռ մեծամասնության մոտ¹⁸:

Կառավարման արդի տեսաբանների կողմից առաջարկվում են բիզնես գործընթացների կառավարման տարբեր մեթոդներ, որոնք դասակարգվում են ըստ իրենց բովանդակության հետևյալ երեք խմբերում.

1. Մեթոդներ, որոնք անմիջականորեն ուղղորդված են բիզնես գործընթացների կառավարմանը`
 - Անընդհատ կատարել ազոր ծում,
 - Ինժեներինգ,
 - Ռեինժեներինգ:
2. Մեթոդներ, որոնք կիրառական այլ դաշտում են, սակայն կարող են օգտագործվել նաև բիզնես գործընթացների կառավարման նպատակով`
 - Բենչմարկինգ,
 - Որոշումների արագ վերլուծության մեթոդ,
 - Գործառնական-արժեքային վերլուծության մեթոդ,
 - Ծախսերի հաշվարկման վրա հիմնված գործունեության մեթոդ:
3. Մեթոդներ, որոնք հենված են գործընթացային մոտեցման վրա`
 - Որակի համընդհանուր կառավարման մեթոդ (TQM),
 - Որակի կառավարման համակարգ ISO ստանդարտներին համապատասխան¹⁹:

¹⁸ Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал Экономика, управление и право, 2011. № 1, ст 81-85.

¹⁹ Мельникова Е. Е., Сысо Т. Н., Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1, ст. 47

Հաշվի առնելով բժշկական օգնության ծառայությունների նկատմամբ պահանջարկի հանրային բնույթը, վստահությամբ կարելի է ասել, որ բուժօգնության ծառայությունների համար այս մեթոդների ընտրության դաշտը մեծ է: Մասնավորապես, անընդհատ կատարելագործման մեթոդի բովանդակությունը ենթադրում է հրաժարում գործունեության ոչ արդյունավետ կամ, այլ խոսքով՝ ոչ շահութաբեր տեսակներից, բիզնես գործընթացների կառավարման օպտիմալացում, նորամուծությունների և նոր տեխնոլոգիաների ներդրում և այլն: Բիզնեսի առումով ընդհանրապես, այսպիսի մոտեցումը խիստ օգտակար և արդյունավետ է, բայց հազիվ թե այն ամբողջությամբ կարելի է կիրառել առողջապահական կազմակերպություններում, առավել ևս, եթե խոսք է գնում մատուցվող ծառայությունների տեսակների մասին: Առողջապահական կազմակերպություններում, հատկապես, եթե դրանք դիտարկենք տարածաշրջանային (Հայաստանի դեպքում մարզերի) կտրվածքով, ոչ շահութաբեր գործունեության տեսակներից հրաժարումը ընդհանրապես անընդունելի է: Մյուս կողմից, սակայն, ինժեներինգի և ռեինժեներինգի մեթոդների կիրառությունը, հատկապես անցումային շրջանում գտնվող երկրների առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման պրակտիկայում, կարող է զգալի դրական արդյունք տալ:

Տեսաբանների շրջանում, թեև, դեռևս միասնական կարծիք չի ձևավորվել մեթոդների կիրառման տեխնիկական ասպեկտի մասով, այնուհանդերձ այդ մեթոդների կիրառությունից դրական ակնկալիքները գերազանցում են հնարավոր բացասական ռիսկերին: Մեթոդների հաջող կիրառության դեպքում, մասնագետների կարծիքով, ակնկալվում է արդյունավետության և արտադրողականության զգալի աճ, ինչն էլ ապահովում է զուտ տնտեսական իմաստով լուրջ մրցակցային առավելություններ կազմակերպության համար: Որպես մեթոդի թույլ կողմեր նշվում են \$ինանսական ծախսերի աճը, ձախողվելու հնարավոր ռիսկերը, նորարարությունների նկատմամբ անձնակազմի դիմադրությունը և

այլ ն²⁰:

Մասնագետների շրջանում տարատեսակ մեթոդների համեմատական վերլուծության արդյունքում ստացված եզրակացությունը հետևյալն է.

Առաջին խմբում ներառված մեթոդները նախընտրելի են այն դեկադարների համար, ովքեր հակված են դեպի կազմակերպության գործընթացային կառավարումը և նպատակ ունեն կիրառել այն պրակտիկայում: Այստեղ հարկ է հաշվի առնել, որ այդ մեթոդները միմյանց փոխադարձաբար բացառող են և անհնար է դրանց միաժամանակյակ կիրառությունը:

Երկրորդ խումբ մեթոդները անպայմանորեն չեն կապվում բիզնես գործընթացների կառավարման հետևալի շուտուղոված են տարբեր իրավիճակներում ի հայտ եկած խնդիրները և լուծելու և առաջադրված նպատակներին հասնելու: Անհրաժեշտ է հավելել, որ առողջապահական կազմակերպություններում այս խմբի մեթոդների կիրառումը հղի է բնակչության համար բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը կրճատելու ռիսկով:

Երրորդ խումբ մեթոդները առավել համապիտանի բնույթ ունեն. Մի կողմից դրանք հիմնված են բիզնես գործընթացների կառավարման հայեցակարգի վրա, սակայն, մյուս կողմից, չեն սահմանափակում կամ խչընդոտում մնացյալ մեթոդների կիրառումը²¹:

Առավել իրատեսական մոտեցման դեպքում, կարելի է ասել, որ Չայաստանում առողջապահական և ընդհանրապես բոլոր առևտրային կազմակերպությունների համար բացառապես նոր և կարևոր մոտեցում կարող է լինել օպերատիվ կառավարումը, որի պայմաններում մինչև լրջորեն կառավարման հայեցակարգային հիմնադրույթները քննարկելը, կազմակերպության պահանջներից կախված, բիզնես գործընթացների օպտիմալացումը կարելի է

²⁰ Hammer M., Champy J. Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution // ISBN: 0-06055-953-5, Harper Business, 2001. P 35-39. Харрингтон Дж., Эсселинг К. С., Нимвеген Х. Ван. Оптимизация бизнес-процессов. Документирование, анализ, управление, оптимизация. СПб.: Азбука, 2002. с. 329.

²¹ Мельникова Е. Е., Сысо Т. Н., Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1, ст. 52-53.

բաժանել հետևյալ կերպ՝

- գոյություն ունեցող գործընթացների ավտոմատացում,
- գոյություն ունեցող գործընթացների փոխարինում,
- գոյություն ունեցող գործընթացների հարմարեցումը բիզնեսի նոր առանձնահատկությունների, հնարավորությունների և ենթակառուցվածքին,
- առանձին արտադրական և կազմակերպչական բարելավումներ²²:

Կազմակերպությունների գործունեությունում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման համար անհրաժեշտ է կիրառել արդեն իսկ փորձված դասական տեխնոլոգիաները, որն այս դեպքում ենթադրում է գործողությունների հետևյալ փուլերի իրականացում և հաջորդականության խստիվ պահպանում.

1. Կազմակերպության կազմակերպական կառուցվածքի նկարագրություն,
2. Կազմակերպության գործունեության բիզնես ուղղվածություն նկարագրություն,
3. Բիզնես գործընթացների «ծառի» ձևավորում,
4. Բիզնես գործընթացների գնահատում, վերլուծություն և կատարելագործում,
5. Բիզնես գործընթացների հիմնական տեսակների նկարագրություն,
6. Ավարտական փուլում անձնակազմի գործողությունների կանոնակարգում և ֆորմալացում, ինչը նպատակաուղղված է հիվանդների (բժշկական ծառայություններ սպառողների) հետ հարաբերությունների կարգավորմանը²³:

Խոսելով առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման և հետագա կատարելագործման մասին, հարկ է ուշադրություն դարձնել այն փաստին, որ, կախված երկրի տնտեսական զարգացման աստիճանից, կառավարման այս մոդելի նկատմամբ վերաբերմունքը միանգամայն

²² Мельникова Е. Е., Сысо Т. Н., Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1, ст. 52-53.

²³ Ермакова С.Э., Управление бизнес-процессами в медицинской организации, Журнал «Экономика и управление, Самара, 2(63) 2010, ст. 142-144.

տարբեր է: Խնդիրը շատ բարդ է զարգացող և հատկապես անցումային շրջանում գտնվող երկրների համար, որտեղ դեռևս ընթացքի մեջ է առողջապահության ոլորտի բարեփոխումը և դեռևս որոշակի առումով անորոշ է առողջապահական կազմակերպության ներքին զարգացման ապագան: Եթե միայն հաշվի առնենք առողջապահության համար անհրաժեշտ մարդկային և մնացյալ ռեսուրսների, կառավարման մոդելների ու տեխնոլոգիաների խիստ սահմանափակությունը, շուկայական հարաբերությունների պայմաններում գործելու փորձի պակասը, ապա վստահությամբ կարելի է պնդել, որ կառավարման նոր և արդիական մոդելների ներդրման ճանապարհը դյուրին չի լինի²⁴:

Անդրադառնալով Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման հնարավորությանն ու դրա համար անհրաժեշտ նախադրյալների առկայությանը, հարկ է ուշադրություն դարձնել մի շարք օբյեկտիվ գործոնների և հանգամանքների:

Նախ, տասնամյակներ շարունակ Հայաստանում, ինչպես և ողջ Խորհրդային միությունում, առողջապահության ոլորտը եղել է պետական, կառավարվել է պետության կողմից, որի արդյունքում ձևավորվել են լուրջ ավանդույթներ կազմակերպությունների կառավարման պրակտիկայում:

Երկրորդ, դեռևս ավարտված չեն համակարգի բարեփոխումները, ավելին՝ մասնավորեցված և նոր ստեղծված մասնավոր կազմակերպությունների կողքին շարունակում են գործել պետական և պետության հիսուն և ավելի տոկոս բաժնեմաս ունեցող առողջապահական կազմակերպություններ, որոնք միաժամանակ մատուցում են վճարովի ծառայություններ շուկայական հարաբերությունների հիմքի վրա:

Երրորդ, թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր կազմակերպությունների ֆինանսական ռեսուրսների կառուցվածքում դեռևս զգալի

²⁴ Գևորգյան Ս., Բիզնես գործընթացների կառավարման առանձնահատկությունները և ներդրման հնարավորությունը ՀՀ առողջապահական կազմակերպություններում, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա» Հանդես, # 5 - 6 (189 - 190), 2016, էջ 87-90:

մասնաբաժին ունի պետական ֆինանսավորումը, ինչն իրականացվում է առանձին ծրագրերի շրջանակում, ուղղված է առանձին խոցելի սոցիալական խմբերի բժշկական կարիքների բավարարմանը և դուրս է բիզնես գործունեության տրամաբանության ունից (պետության կողմից ֆինանսավորվող ծառայությունների գները չեն ձևավորվում շուկայի կողմից):

Ըստ այդմ, այսպիսի հիբրիդային կառուցվածք և բովանդակություն ունեցող համակարգի կազմակերպություններում դեռևս վաղ է ակնկալել կառավարման նոր մոդելների ու տեխնոլոգիաների ամբողջական ներդրման հնարավորություն, թեև մասնավոր բուժօգնություններում այդ ուղղությամբ քայլեր արվում են: Հայաստանի համար, ըստ էության, քննարկման առաջնային պլանում է դեռևս նախակգբնական հարցը՝ ու՞մ վստահել կառավարումը, մասնավորապես՝ առողջապահական կազմակերպության գործունեությունը դիտարկել որպես գուտ բիզնես և վերջինիս կառավարման մեջ նշանակալի տեղ հատկացնել պրոֆեսիոնալ մենեջերներին, շարունակել ավանդույթները և կառավարումը վստահել մասնագետ բժիշկներին, թե ձևավորել նոր, խառը համակարգ՝ տարանջատելով կառավարման գործառնությունները դրանց բովանդակության և ուղղվածության հիման վրա պրոֆեսիոնալ կառավարիչների ու բժիշկների միջև:

Առողջապահական ոլորտի զարգացման պատմությունը ցույց է տալիս, որ այս հարցերի պատասխանները միանշանակ չեն և առկա են լուրջ տարածայնություններ մասնագետների շրջանում: Պրակտիկայից հայտնի է, որ մեծ թվով սեփականատերեր, հիմվելով «գիտական կառավարման» մոդելի վրա (ձևավորվել է Ֆրեդերիկ Ուիլսոնի կողմից 1912թ.), համարում են, որ իմաստ ունի խոսել առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման սկզբունքային առանձնահատկությունների մասին: Այս միտումը ակտիվորեն ամրապնդվում է մենեջմենթի ուսուցման բնագավառում լրացուցիչ մասնագիտական կրթական ծրագրերի ներդրման միջոցով, որոնք ենթադրում են այսպես կոչված «համապիտանի» մենեջերների

պատրաստում: Սակայն «ուսիվերսալ մենեջերների» պատրաստման տեխնոլոգիաները հաշվի չեն առնում մի շատ կարևոր փաստ. ձեռնարկատիրական գործունեության ոչ մի այլ տեսակ նման կերպ սերտորեն չի փոխկապակցվում բժշկական, հոգեբանական, էթիկական, կազմակերպչական և մեթոդաբանական սկզբունքների հետ, ինչպես բժշկական մենեջմենթը, որը փաստացի ձևավորում է կառավարման ամբողջովին նոր և առանձնահատուկ ձև²⁵:

Առողջապահության կառավարման պրոֆեսիոնալ մակարդակը և որակն առաջին հերթին կապված են բժշկական սպասարկման անվտանգության հետ, որից էլ կախված է անձի առողջությունը և կյանքը: Մյուս բաղադրիչները՝ մարքեթինքը, հանրային կապերի տեխնոլոգիաները, առողջապահական կազմակերպության կառավարման ժամանակ միջտլիսելու են երկրորդական պլանում: Սա կապված է ինչպես առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման առանձնահատկությունների, այնպես էլ բժշկի կերպարի հետ: Չայտնի ֆրանսիացի փիլիսոփա Միշել Ֆուկոն իր «Կլինիկայի ծնունդը» գրքում գրում է. «Բժիշկն ազատ մասնագիտության ներկայացուցիչ է, ինչը ենթադրում է, որ նա պատմականորեն «աշխատել» է ինքն իր համար՝ օգնելով հիվանդներին: Բժշկի հոգեբանությունը և ինքնագիտակցությունը չի «տեղավորվում» սեփականատիրոջ համար աշխատող վարձու աշխատողի կարգավիճակի մեջ»²⁶: Չենց այս պատճառով է, որ ոչ բժշկական բարձրագույն կրթություն ունեցող մենեջերները, անցնելով առողջապահական կազմակերպության ղեկավարի աշխատանքին, բխվում են, ըստիրենց, անբացատրելի խնդիրների հետ՝ կապված բժիշկների վարքագծի հետ, որը կարող է արտահայտվել հետևյալ կերպ.

- Կատարյալ կլինիկայի անընդհատ փնտրտուքը որակյալ բժշկի կողմից,
- Բժիշկների՝ պետական առողջապահական

²⁵ Гончарова М.В., Лебедев А.А., Актуальные вопросы управления медицинскими организациями на рынке медицинских услуг, Клинико-диагностический центр ' ' Кутузовский' ', РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Журнал ' ' Земский врач' ' 4 (8) -2011, ст. 29.

²⁶ Гончарова М.В., Лебедев А.А., Актуальные вопросы управления медицинскими организациями на рынке медицинских услуг, Клинико-диагностический центр ' ' Кутузовский' ', РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Журнал ' ' Земский врач' ' 4 (8) -2011, ст. 30.

կազմակերպությունն ինչպես նաև սարքավորումներով հագեցած մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունն տեղափոխվելու հավանականությունը,

- Բժիշկների ցանկությունը իրենց աշխատասենյակից դուրս՝ անմիջականորեն հիվանդի հետ որոշելու խորհրդատվության համար տրվող վարձատրության հարցը՝ շրջանցելով դրամարկը,
- «Աստղայ ին» հիվանդությունը և այլն²⁷:

Առաջին հայացքից թվում է, որ կազմակերպության նպատակների ընդհանրությունը պետք է նպաստի պրոֆեսիոնալ կառավարիչների և բժիշկների սերտ համագործակցությանը, ինչը նաև տրամաբանական է, սակայն գործառնական մակարդակում մասնագիտական տարբերություններն ու «շահերի բախումը» շատ հաճախ նրանց միջև թյուրըմբռնումների պատճառ են դառնում: Պատճառն այն է, որ նրանցից յուրաքանչյուրն «իր պատուհանից» է նայում կազմակերպության գործունեությանն ու վերջինիս կառավարմանը, տարբեր կերպ է հաղորդակցվում հիվանդների ու սեփականատերերի հետ, և վերջապես նրանցից յուրաքանչյուրը կազմակերպության գործունեության արդյունավետության գնահատման տարբեր չափորոշիչներ ունի: Բժիշկները, նաև միջին բժշկական անձնակազմը, ինչպես պետական բժշկական հաստատություններում, այնպես էլ մասնավոր բժշկական կազմակերպություններում, թյուրըմբռնումով են արձագանքում տնօրինության, հաշվապահության և տեղեկատվական տեխնոլոգիաների ոլորտի աշխատակիցների դերի և տեղի վերաբերյալ մոտեցումներին՝ նվազագույնի հասցնելով նրանց դերակատարության նշանակությունը կազմակերպության գործունեությունում:

Բժիշկների այսպիսի պահվածքը օբյեկտիվ է և որոշակի տրամաբանական հիմք ունի: Բժշկական անձնակազմը, որպես կանոն կամ սովորաբար, չի իրազեկվում կազմակերպության տնտեսական գործունեության մասին, տեղյակ չէ, թե ինչի վրա է ծախսվում իրենց կողմից մատուցված ծառայություններից ստացված գումարը,

²⁷ Նույն տեղում, էջ 29:

ինչու եւ իրենք ստանում ընդհանուր եկամտի շատ փոքր մասը և այլն:

Այս ամենը վաղ թե ուշ սկսում է ազդել առողջապահական կազմակերպության ներքին միկրոմիջավայրի և անձնակազմի կարգապահության վրա, և որպես հետևանք՝ նաև ամբողջ առողջապահական կազմակերպության տնտեսական և բժշկական գործունեության արդյունքների վրա: Նման խնդիրների լուծման ավանդական մոտեցումը դառնում է կարգապահության խստացումը, տուգանքների կիրառումը, վերահսկումը «ուսիվերսալ մենեջերների» կողմից: Սակայն, նման «կառավարչական» մեթոդները, որպես կանոն, ավարտվում են նրանով, որ բժիշկները, ստանալով համապատասխան գիտելիքներ, հմտություններ և հաճախորդների բազա, գնում են այլ առողջապահական կառույցներ: Բժշկական անձնակազմի տնտեսական ակտիվությունը բարձրացնելու գործում «ուսիվերսալ մենեջերները» հաճախ կիրառում են բիզնեսի կառավարման հայտնի կառավարչական ալգորիթմը՝ ստեղծել մրցակցություն առողջապահական կազմակերպության աշխատողների միջև, ձևավորել ոչ պաշտոնական մթնոլորտ, որը խթանում է աշխատանքային անհատականությունը²⁸:

Անշուշտ, նման մոտեցումը կարող է արդյունավետ լինել այլ ոլորտի կազմակերպությունների կառավարման գործում: Սակայն, առողջապահության ոլորտի կազմակերպությունների դեպքում նման կառավարչական մեթոդաբանությունը անընդունելի և աղետալի է: Առողջապահական կազմակերպության գործունեության ամենաբարձր պետք է կազմի մատուցվող ծառայությունների հանրային և սոցիալական նշանակության գիտակցումը, բժշկի և հիվանդի միջև հաստատվող հարաբերություններում վստահության ձեռքբերումն ու ծառայությունների որակից բավարարվածության աստիճանը: Այսինքն, առողջապահության ոլորտում հաջող բիզնեսի առաջնային և կարևոր հիմքը հաճախորդների հետ շփվելու մշակույթն է, ավանդույթներն ու գիտելիքները, և անվտանգ ու որակյալ

²⁸ Гончарова М.В., Лебедев А.А., Актуальные вопросы управления медицинскими организациями на рынке медицинских услуг, Клинико-диагностический центр ' ' Кутузовский ' ', РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Журнал ' ' Земский врач ' ' 4 (8) -2011, ст. 30.

ժամանակակից ծառայությունների մատուցումը, որի հիմքի վրա էլ կառուցվում է ձեռնարկատիրությունը առողջապահական ոլորտում:

Կառավարման ձևաչափի ընտրության խնդրի բարդությունը կայանում է նրանում, որ առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության շրջանակում անխուսափելիորեն իրար են բախվում ֆինանսական շահույթի և անվտանգ, որակյալ բժշկական օգնություն ցուցաբերելու նպատակները:

Ներկայումս առողջապահական կազմակերպությունների շուկայում ձևավորվել է կառավարման երկու հիմնական մոդել: Առաջինի դեպքում առողջապահական կազմակերպության ամբողջ կառավարումն իրականացնում է գլխավոր տնօրենը, ով չունի մասնագիտական բժշկական կրթություն: Նրա ենթակայության տակ գտնվում է գլխավոր բժիշկը, ով պատասխանատու է կազմակերպության բժշկական բոլոր ծառայությունների համար: Կառավարման նման մոդելը ինչպես ձեռնարկատիրոջ (սեփականատիրոջ), այնպես էլ «բժիշկ-հաճախորդ» համակարգի դեպքում օպտիմալ չէ: Խնդիրն այն է, որ բժշկական կառավարման տեսանկյունից տնօրենը, ով ոչ ամբողջովին է ծանոթ բժշկական ծառայությունների մատուցման առանձնահատկություններին, բավական մեծ ռիսկի կարող է ենթարկվել՝ սխալ որոշումներ կայացնելու առումով: Բացի դրանից տնօրենը սկսելու է զգալ գլխավոր բժիշկի և բժշկական անձնակազմի աճող ազդեցությունը, քանի որ հենց նրանք են վերահսկում հիմնական գործունեությունը և որոշում մատուցվող ծառայությունների շրջանակը: Կառավարման երկրորդ մոդելի դեպքում առողջապահական կազմակերպությունը ղեկավարում է գլխավոր բժիշկը, ով բավարար չափով գիտելիքներ և փորձ չունի ձեռնարկատիրական գործունեությամբ զբաղվելու համար: Որպես միջանկյալ և հիբրիդային տարբերակ հաճախ նախապատվությունը տրվում է այն մասնագետներին, ովքեր բազային բժշկական կրթությունից բացի ունեն հատուկ պատրաստվածություն առողջապահության ոլորտի կազմակերպման և կառավարման հարցերում: Բժշկական հաստատության սեփականատիրոջ համար մեծ հաջողություն է, երբ

մասնավոր կլինիկան ղեկավարում է բազային բժշկական կրթությամբ թոփ-մեներջերը, ով ունի առողջապահական ոլորտի կազմակերպման մասնագիտացում, աշխատանքային փորձ մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունում և բիզնեսի կառավարման ոլորտի դիպլոմ²⁹:

Սակայն նման որակավորում ունեցող մասնագետները շատ քիչ են, բացի այդ իր գործունեության ընթացքում նման մասնագետի համար բավականին դժվար կլինի շարունակաբար պահպանել թե՛ իր, թե՛ կազմակերպության գործունեությունում «ոսկե միջինը» տնտեսական և առողջապահական նպատակների ու շահերի միջև: Սեփականատերերի, բժիշկների և հիվանդների «շահերի» համադրման և նրանցից յուրաքանչյուրի պահանջները բավարարելու ցանկությունը ստիպելու է այդպիսի ղեկավարին անընդհատ խուսանավել նրանց միջև, ինչը լարվածության լրացուցիչ աղբյուր է և հղի ձախողվելու վտանգով: Շատ հաճախ հենց այս հանգամանքը հաշվի առնելով, ավելի նպատակահարմար և արդյունավետ է համարվում նման պաշտոնում պրոֆեսիոնալ բժիշկ նշանակելը: Բնականաբար սալավագույն լուծումը չէ, քանզի կազմակերպության գործունեության վեկտորը տեղաշարժելով դեպի հիվանդներին որակյալ և մատչելի ծառայություններ մատուցելը, ինչ որ տեղ մեծացնում է կազմակերպության գործունեության ֆինանսատնտեսական կողմն ու սեփականատերերի/բաժնետերերի շահերը անտեսելու հավանականությունը: Հաշտվելով այս իրավիճակի հետ, սեփականատերերը, ովքեր գումար են ներդրել շահույթ ստանալու նպատակով և առանձնապես հետաքրքրված չեն, թե ինչ ճանապարհով և ինչ միջոցներով այդ նպատակը կիրականացվի, զուգահեռաբար կազմակերպում են բուժօգնությունների ֆինանսատնտեսական գործունեության կառավարումը ոչ ֆորմալ լիդերի կամ ղեկավարի կողմից: Ստացվում է մի իրավիճակ, երբ արտաքուստ հիվանդների հետ բոլոր հարաբերություններում հանդես է գալիս բուժանձնակազմը՝ իր վրա կրելով բժշկական ծառայությունների որակի համար պատասխանատվությունը և

²⁹ Гончарова М.В., Лебедев А.А., Актуальные вопросы управления медицинскими организациями на рынке медицинских услуг, Клинико-диагностический центр ' ' Кутузовский ' ', РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Журнал ' ' Земский врач ' ' 4 (8) -2011, ст. 31-33.

հիվանդներից ծառայությունների դիմաց վճարներ գանձելու պարտականությունը, չնայած որ ծառայությունների գների ձևավորման մասով նրանց մասնակցությունը գրեթե զրոյական է: Նման պրակտիկան խնդրահարույց է երկու պատճառով. Նախ, որ բժիշկները իրենց վրա են կրում ծառայությունների վճարներից հիվանդների ակնհայտ կամ չարտահայտվող դժգոհությունը և հաճախ ստիպված են լինում ոչ այնքան համոզիչ արդարացումներ և բացատրություններ գտնել: Երկրորդ, պատասխանատվության լրացուցիչ բեռը նրանց համար դառնում է արդարացում հիվանդներից լրացուցիչ գումարներ գանձելու համար, ինչը բավականին տարածված է դեռևս անցումային շրջանում գտնվող առողջապահական համակարգերի համար: Այս երևույթները, միով բանիվ, ոչ միայն բարդացնում են «մատակարարների և սպառողների» միջև հարաբերությունները, այլ և որոշակիորեն ազդում բժշկական ծառայությունների որակի և մատչելիության վրա: Խնդիրը հնարավոր է լուծել առողջապահական կազմակերպության գործունեությունը այնպես կազմակերպելով և կառավարելով, որ հիվանդների (սպառողների) համար բուժօգնությունների գործունեությունը լինի առավել ազույնս թափանցիկ, ծառայությունները որակյալ ու մատչելի, իսկ գները արդարացի:

Բիզնես գործընթացների կառավարման մեթոդի ներդրումը, ըստ էության, հնարավորություն կտա հաղթահարել առողջապահական կազմակերպությունների կառավարման պրակտիկայում առկա շատ խնդիրներ: Կազմակերպության կառավարման բոլոր գործառնությունների հստակ ձևակերպումն ու տարանջատումը ինքնաբերաբար կլուծի նաև բուժօգնությունների գործունեության երկվություն խնդիրը և բոլոր մասնակիցների համար հասկանալի ու տրամաբանված կդառնան իրենց միջև ձևավորվող հարաբերությունները:

ԳԼՈՒԽ 2. ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՐԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ

**ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԻԶՆԵՍ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ
ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔՍՈՒՄ**

**2.1 ԲԺՇ ԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՆՆԵՐԻ ՀՈՒՆԵՐԻ ԶՈՒԿԱՅԻՆ ԵՐԿԱՎԻՃԱԿՆ ՈՒ
ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ՄԻՍՈՒՄՆԵՐԸ ՀՀ-ՈՒՄ**

Գլոբալացվող աշխարհում ընթացող որոշ գործընթացների, մասնավորապես՝ տեխնոլոգիական առաջընթացի, ժողովրդագրական փոփոխությունների արագացումը, հիվանդացության և մահացության նկարագրի վատթարացումը, հասարակական առողջության այնպիսի հիմնախնդիրների խորացումը, ինչպես ՁԻԱՀ/ՄԻԱՎ-ի տարածումը, առողջապահական ծախսերի աճը և այլն, օրապահանջ խնդիր են դարձնում ինչպես հանրային առողջապահության ոլորտում ռեսուրսների առավել արդյունավետ օգտագործումը, այնպես էլ՝ 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: Որպես կանոն, շատ երկրներում առողջապահական ծառայությունները մատուցվում են պետական և մասնավոր կազմակերպությունների կողմից համալիր, բայց, միևնույն ժամանակ, մատուցված ծառայությունների ընդհանուր ծավալում դրանցից յուրաքանչյուրի տեսակարար կշիռների փոփոխուն հարաբերակցությամբ:³⁰

Հայաստանում ևս ազատական տնտեսակարգին և շուկայական հարաբերություններին անցումը տնտեսության բոլոր ոլորտներում առաջին պլան մղեց գնագոյացման խնդիրը: Առողջապահության համակարգում ապրանքի գնի ներքո հասկացվում է ապրանքային հատկանիշներով օժտված և շուկայում իրացվող բժշկական ծառայության գինը: Այս շուկայում ևս, համաձայն

³⁰Գևորգյան Տ., Առողջապահական համակարգի ծառայությունների մատչելիությունը և բնակչության բավարարվածության գնահատումը, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա» Հանդես, # 1 - 2 (185 - 186), 2016, էջ 111-114:

շուկայական հարաբերությունների ձևավորման մեխանիզմների, հիմնական բաղադրիչների դերում հանդես են գալիս պահանջարկը, առաջարկը և գինը, հետևաբար և՛ արտադրված բարիքի (բժշկական ծառայության) ծավալը և գինը պետք է որոշվեն սպառողների և վաճառողների (բժշկական ծառայություններ մատակարարողների) փոխհարաբերության արդյունքում: Որպես կանոն, ցանկացած ոլորտում շուկայական հարաբերությունների ձևավորման և կայացված լինելու հիմնական ցուցիչը մրցակցությունն է կամ մրցակցության բնույթը (կատարյալ մրցակցություն, մենաշնորհային, օլիգոպոլ և այլն):

Բժշկական ծառայությունների շուկային հատուկ են հետևյալ բնութագրիչները.

- Մատակարարների (առողջապահական կազմակերպությունների) թիվը սահմանափակ է, առկա են շուկա մտնելու սահմանափակումներ:
- Բժշկական ծառայությունները տարասեռ են, անհատական և յուրահատուկ:
- Ծառայությունների շուկայի վերաբերյալ գնորդները ունեն սահմանափակ տեղեկատվություն:
- Դժվար կամ գրեթե անհնար է համադրել ծառայությունների գինը և որակը:
- Ծուկայում գործում են նաև պետական առողջապահական կազմակերպություններ:
- Ծառայությունների որոշ մասի դիմաց վճարումները կատարվում են պետական միջոցներից ոչ շուկայական գներով և այլն³¹:

Այսպիսի հատկանիշներ ունեցող բժշկական ծառայությունների շուկան կարելի է դիտարկել որպես մենաշնորհ մրցակցային, իսկ առանձին դեպքերում անգամ մենաշնորհ շուկա: Մյուս կողմից, սակայն, հիմք ընդունելով առողջապահության ֆինանսավորման ծավալի կառուցվածքում պետության ծախսերի

³¹ Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2009. - 664 с.
http://vmede.org/sait/?page=4&id=Obsshesyvennoe_3d_upr_valkov_2009&menu=Obsshesyvennoe_3d_upr_valkov_2009 [Վեջիև մուտք 25.04.2016]

տեսակարար կշիռը, անհրաժեշտ է ընդունել նաև մոնոպոնիայի առկայության փաստը: Բյուջետային ֆինանսավորմամբ ձեռք բերված ծառայությունների գինը չի ձևավորվում մատակարարների իրական ծախսերի հիման վրա, այլ կախված է պետության ֆինանսական հնարավորություններից ու վճարունակությունից, ինչպես նաև առողջապահության ոլորտի քաղաքականության գերակայություններից:

Անցումային շրջանում Հայաստանի առողջապահական համակարգը ենթարկվել է էական վերափոխումների՝ միտված մասնավոր հատվածի ընդլայնմանը և շուկայական հարաբերությունների ձևավորմանը: Ցավոք, առողջապահության ոլորտի ամբողջական և արդյունավետ բարեփոխումների ճանապարհին էական խոչընդոտ հանդիսացավ 20-րդ դարի 90-ական թվականների սկզբի տնտեսական և սոցիալական ճգնաժամը: Երկրի առջև ծառայած սոցիալ-տնտեսական մարտահրավերներն ու պայմանները ակնհայտ դարձրեցին այն իրողությունը, որ այլևս անհնար է ողջ հասարակությանը ապահովել համընդգրկուն անվճար առողջապահական ծառայություններով: Աստիճանաբար փոխվեց առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումն ու կառուցվածքը, իսկ առողջապահության նախարարությունը հրաժարվեց բազմաթիվ լիազորություններից և պարտավորություններից: Այդ ժամանակներից սկսվեց և հետագա տարիներին մեծ տարածում ստացավ բազմաթիվ բժշկական ծառայությունների դիմաց բնակչության մասնավոր վճարումների արակտիկան: Պետական ֆինանսավորման ծավալների կրճատումը հանգեցրեց նրան, որ էապես կրճատվեց անվճար մասնագիտացված բժշկական ծառայությունների հավաքածուն, միաժամանակ դրանից օգտվելու իրավունք ստացան բնակչության սոցիալապես խոցելի խմբերը³²:

Վճարովի ծառայությունները հանընդհանուր բնույթով Հայաստանի Հանրապետությունում պաշտոնապես ներդրվեցին 1997 թվականից: Դրանք կիրառվում են միմիայն պետական բյուջեից ֆինանսավորվող բուժօգնության ծրագրերից դուրս իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման նկատմամբ: Այդ

³² Системы здравоохранения: время перемен: Армения 2002. Реферат Обзора, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, ст 2-11.

ծառայությունների իրականացման, գնագոյացման հարցերը, ըստ
Երևան, դեռևս վերջնականապես և ամբողջական կանոնակարգված չեն:
Վճարովի ծառայությունների գները, որպես կանոն, սահմանվում են
բուժօգնություն իրականացնողների կողմից՝ առանց պետության
միջամտության ու կարգավորման: Սկզբնական շրջանում վճարովի
բուժօգնության գները հաստատվում էին պետական բյուջեից
ֆինանսավորվող համանման անվճար բուժօգնության համար
սահմանված գների շրջանակներում և առանձին դեպքերում դրանք
կարող էին լինել ինչպես բարձր, այնպես էլ՝ ցածր: Արդյունքում
առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների շարքում
վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռը բավականին փոքր
էր, և ընդհուպ մինչև 1999 թվականը չէր գերազանցում պաշտոնական
բյուջետային ծախսերի 10-15%-ը: Սկսած 2000 թվականից՝
առողջապահական կազմակերպությունների մասնավորեցման
գործընթացին և շուկայում նոր մասնավոր առողջապահական
կազմակերպությունների հայտնվելուն համընթաց, գնագոյացումը
դարձավ ավելի անկանխատեսելի՝ ձևավորվելով հիմնականում
շուկայական կոնյունկտուրայի փոփոխության արդյունքում:
Պաշտոնական վճարովի ծառայությունների ծավալի ընդարձակումը
ցայսօր անհրաժեշտ որակի ու ծավալի մատչելի բժշկական
օգնության աղբյուր չի կարելի դիտարկել: Դա բացատրվում է
ներանով, որ բուժօգնություն իրականացնողները ինչպես վճարովի
ծառայությունների, այնպես էլ պետական ծրագրերով ու
համավճարների ձևով իրականացվող բժշկական օգնության դիմաց
այցելուներից պահանջում են լրացուցիչ ստվերային (գրպանից
դուրս) վճարումներ:

Վճարովի ծառայությունների դերը առողջապահության
ֆինանսավորման գործում խթանելու, ինչպես նաև բուժօգնության
մատչելիությունը ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ կլինի, նախ
և առաջ, կանոնակարգել դրանց գնագոյացման խնդիրը, որի համար
անհրաժեշտ է մշակել և սահմանել բժշկագիտական և
տնտեսագիտական ստանդարտներ: Միայն վերջիններիս առկայության
դեպքում հնարավորություն կընձեռվի օբյեկտիվորեն կարգավորել
գնագոյացումը առողջապահության համակարգում և համակարգը

դարձնել կառավարելի: Չաշվի առնելով բժշկական ծառայությունների առանձնահատուկ բնույթն ու հանրային նշանակությունը, առողջապահության համակարգում պետք է ներդրվեն կառավարելի և պետության կողմից վերահսկվող շուկայական հարաբերություններ, ինչն, իր հերթին, կհանգեցնի նաև բժշկական օգնության մատչելիության բարձրացմանը: Գնագոյացման չձևավորված մեխանիզմների և համակարգի մասին է վկայում նաև այն փաստը, որ առկա են մարզային կտրվածքով բժշկական ծառայությունների գնային էական տարբերություններ, ինչը պայմանավորված է տարածքի սոցիալ-տնտեսական զարգացման առանձնահատկություններով և բնակչության վճարունակությամբ:

Առողջապահական ծախսերի մեջ էական տեսակարար կշիռ ունեն դեղերը, բժշկական նշանակության առարկաները, բժշկական տեխնիկան, գործիքներն ու սարքավորումները: Դեղերի և բուժտեխնիկայի արտադրության և առևտրով զբաղվող կազմակերպությունները մասնավորեցվել են դեռևս 1995-1996 թվականներին և դրանց գործունեությունը հանձնված է ազատ շուկայի տարերքին և ոչ մի կերպ չի կարգավորվում պետության կողմից: Ավելին, եթե մինչև 2001 թվականը հանրապետությունում դեղերի իրացման շրջանառության վրա տարածվում էր ավելացված արժեքի հարկի (ԱԱՀ) արտոնությունը, ապա 2001 թվականի հունվարից այն վերացվեց:

Ընդհանրության մեջ, Չայաստանի առողջապահական համակարգը մենաշնորհ մրցակցության, որոշ դեպքերում մենաշնորհի ու մոնոպոնիայի յուրահատուկ խառնուրդ է, որի շրջանակում մի կողմից պետությունը տրամադրում է անվճար բուժօգնություն և պետական առողջապահական կազմակերպությունների միջոցով և թելադրում է իր պայմանները մասնավոր հատվածին պետական ֆինանսավորմամբ, մյուս կողմից, ծառայությունների զգալի մասի համար ձևավորված է «վաճառողի շուկա», երբ մատակարարն օժտված է անսահմանափակ շուկայական իշխանությամբ: Արդյունքում, ստացվում 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 գնագոյացման պայմաններն ու մեխանիզմները:

Առողջապահության համակարգում շուկայական հարաբերությունների ձևավորման և բժշկական ծառայությունների շուկայի վերափոխումների վերջնարդյունքը պետք է լինի «գնորդի շուկան», երբ հիմնական դերակատար կհանդիսանա հիվանդը:

Բժշկական ծառայությունների շուկայի կայացումն ու պետության կողմից վերջինիս արդյունավետ կարգավորումն ապահովելու համար անհրաժեշտ է ունենալ մի շարք հարցերի պատասխաններ.

Ովքե՞ր և որքա՞ն են վճարում բժշկական սպասարկման դիմաց: Տեղեկությունն առայն, թե ո՞վ է (որ գործակալը) ֆինանսավորում առողջապահությունը և ինչպիսին է հարաբերակցությունը ֆինանսական բեռի և առկա միջոցների միջև, արտացոլում է ֆինանսավորման յուրաքանչյուրի ֆինանսական պաշտպանվածության բնույթն ու ֆինանսական ծանրաբեռնվածության աստիճանը: Առողջապահական համակարգը ֆինանսավորողների վերաբերյալ տեղեկատվությունը առավել քան կարևոր է առողջապահության բնագավառի քաղաքականություն և ծրագրեր մշակելիս: Օրինակ, բազմաթիվ երկրներ պետական բյուջեի միջոցները ապակենտրոնացնում են՝ շեշտը դնելով համայնքների և տարածքների մակարդակով սոցիալական, այդ թվում՝ առողջապահական ծախսերը ֆինանսավորելու վրա: Նման մոտեցումը հնարավորություն է տալիս բացահայտել, թե ֆինանսավորման կիրառվող միջոցառումները որքան արդյունավետ և արդարացի կերպով են բնակչության տարբեր խմբերի միջև բաշխում առողջապահական ծառայությունների դիմաց վճարելու ռիսկը:

Ովքե՞ր են արտադրում բժշկական ապրանքներն ու ծառայությունները և ինչպիսի ռեսուրսներ են նրանք օգտագործում, որքան է իրական ծախսերի ծավալը յուրաքանչյուր ծառայության դեպքում: Այդ հարցերի պատասխանները ստացվում են

առողջ ապահական համակարգին բնորոշ գործունեության տարբեր տեսակների և արտադրության տարբեր գործունեների միջև ծախսերի բաշխման նկարագրությունն է: Այսօրինակ տեղեկատվությունն արտացոլում է տնտեսական պլանավորման և տնտեսական արդյունավետության վերլուծության ասպեկտները, ինչն անհրաժեշտ է որոշումներ կայացնելիս:

Ի՞նչ տեսքով և ինչպիսի ձևաչափով է տեղի ունենում առողջ ապահական համակարգին տրամադրված ֆինանսական միջոցների բաշխումը՝ համակարգում ներառված բժշկական սպասարկման տարբեր տեսակների, բուժօգնությունների, միջոցառումների և գործունեության այլ տեսակների միջև: Այս տեղեկատվությունն արտացոլում է ռեսուրսների բաշխումն ըստ առողջապահական համակարգի գործառնությունների, որից տեսանելի է, թե ինչ է արտադրվել և ինչ է ծախսվել տարատեսակ ապրանքների և ծառայությունների արտադրության վրա: Ըստ առողջապահական գործառնությունների ռեսուրսների բաշխումը, հնարավորություն է տալիս որոշակիացնել առողջապահական համակարգում ուղենշված գերակայությունները և գնահատել գերակայությունների միջև ռեսուրսների բաշխման համարժեքությունը:

Ովքե՞ր են օգտվում առողջապահության վրա կատարվող ծախսերից: Այս հարցի պատասխանը կարելի է ստանալ՝ դիտարկելով բնութագրիչների մի ամբողջ շարք՝ ներառյալ բնակչության խմբերը ըստ եկամտի մակարդակի, սեռի, տարիքի, տարածաշրջանի, առողջական վիճակի կամ իրականացվող առողջապահական ծրագրի տեսակի³³:

Այս բոլոր հարցադրումները ընդհանրության մեջ կոչված են ապահովելու այն բավարար տեսամեթոդական հիմքը, որի վրա պետք է խարսխվի առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատումը: Արդյունավետության գնահատումը շարունակական գործընթաց է, որն ապահովում է առողջապահական համակարգի բարեփոխումների անվտանգ և վերահսկվող ընթացքը, նպաստում է համակարգի մասնակիցների՝ խիվանդների, բժիշկների, կազմակերպիչների, գործակալների, մատակարարների և

³³ Guide to Producing National Health Accounts, WHO 2003, A System of Health Accounts 2011, OECD, Eurostat, WHO, p. 12-18.

ապահովագրողների կողմից ընդունվող որոշումների որակի բարելավմանը³⁴:

Բժշկական ծառայությունների շուկայի ներկայիս ուկտուրան և զարգացման հեռանկարները վերլուծելու և գնահատելու համար անհրաժեշտ է ունենալ հստակ մեթոդաբանություն, ինչը ներառում է շուկան բնութագրող հիմնական հասկացություններն ու սահմանումները, վերլուծության մեթոդներն ու գործիքները, տվյալների շրջանակը, տեղեկատվության հավաքագրման եղանակներն ու գործիքները և տեղեկատվության աղբյուրները՝ ռեսպոնդենտներին:

Առողջապահության համակարգը կամ բժշկական ծառայությունների շուկան բնութագրող հասկացություններն ու սահմանումները որպես կանոն ձևակերպում են միջազգային կազմակերպությունների մեթոդաբանական երաշխավորություններով և պետության կողմից ընդունվող օրենսդրական փաստաթղթերով: Վերլուծության մեթոդներն ու գործիքները հիմնականում նույնական են այլ ոլորտների շուկաների համար կիրառվող մոտեցումներին, իսկ յուրահատկությունը պայմանավորված է շուկայի մասնակիցների բնութագրիչներով և տեղեկատվության առանձնահատկություններով: Ըստ այդմ, առավել կարևոր նշանակություն է ստանում վերլուծության համար անհրաժեշտ տեղեկատվության շրջանակի հստակեցումը, տվյալների աղբյուրների որոշակիացումը և տեղեկատվության հավաքագրման գործիքակազմի մշակումը:

Բժշկական ծառայությունների շուկայի հրապարակի վրա եղած գրեթե բոլոր վերլուծությունները կրում են հատվածային բնույթ, այսինքն՝ կամ նվիրված են շուկայի որևէ առանձին բաղադրիչի վերլուծությանը կամ արվել են պետության կողմից իրականացվող որևէ ծրագրի շրջանակում: Ծուկայի վերլուծության համար էական դժվարություն է հանդիսանում անհրաժեշտ տեղեկատվության սակավությունը, ինչը մասնավորապես

³⁴ Peter C. Smith, Elias Mossialos и Irene Papanicolas “Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы”. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г., ст. vi.

վերաբերում է առողջապահության համակարգի գործառնությանը որպես տնտեսական գործունեության տեսակի: Տվյալների գերակշիռ մասը վերաբերում է համակարգի գործունեության առողջապահական կողմին, մասնավորապես.

- ✓ բնակչության հիվանդացության,
- ✓ առողջապահական կազմակերպությունների և բուժանձնակազմի վիճակագրություն,
- ✓ բժշկական ծառայությունների սպառողների թվաքանակ և բնութագրիչներ,
- ✓ բժշկական ծառայությունների ծավալ կամ առողջապահական կազմակերպությունների հասույթ վճարովի ծառայություններից,
- ✓ առողջապահական կազմակերպությունների որոշ ֆինանսական ցուցանիշներ,
- ✓ պետական բյուջեից ֆինանսավորման ծավալները ստուղղությունների, մատակարարների և ծրագրերի,
- ✓ տնային տնտեսությունների հետազոտություններով ստացված տվյալներ առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ և այլն:

Բժշկական ծառայությունների շուկայի համալիր վերլուծության համար անհրաժեշտ տվյալների մի ամբողջ շրջանակի վերաբերյալ տեղեկատվություն չի հավաքագրվում, մասնավորապես.

- ✓ Բժշկական ծառայությունների շուկայի (հատկապես մասնավոր վճարումների մասով) իրական ծավալը արժեքային արտահայտությամբ՝ ներառյալ սովերային հատվածը,
- ✓ Բժշկական ծառայությունների գները և անհատական տարեկան ծախսերը,
- ✓ Ոլորտի ֆինանսական և ներդրումային ցուցանիշները,
- ✓ Ծախսերը և եկամուտները ըստ ծառայությունների և հիվանդությունների տեսակների,
- ✓ Տեղեկատվություն պետական կարգավորման մասին,
- ✓ Տեղեկատվություն պետություն – մասնավոր հատված

գործընկերության մասին և այլն³⁵:

Տեղեկատվության ամբողջականությունն և արժանահավատությունը կարևորագույն նախադրյալներ են բժշկական ծառայությունների շուկայի իրական պատկերը ստանալու, զարգացման հետագա միտումները բացահայտելու և ներգործության կամ շուկայական հարաբերություններին միջամտելու ձևաչափը հստակեցնելու համար:

Բժշկական ծառայությունների շուկայի իրական ծավալները գնահատելը Հայաստանում բավականին դժվար է, պայմանավորված երկու հանգամանքով. նախ, առողջապահական կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող սկզբնական տեղեկատվությունը խիստ սահմանափակ է և վերաբերում է մասնավոր վճարումներից ձևավորված հասույթին, վճարված աշխատավարձին և համախառն շահույթին, և երկրորդ՝ բացակայում է հստակ տեղեկատվություն շուկայի սովորյալին հատվածի ծավալների վերաբերյալ:

Համաձայն պաշտոնական վիճակագրական տվյալների, բժշկական ծառայությունների շուկայում վերջին տարիներին արձանագրվում է բնակչությանը մատուցվող բուժօգնության ծառայությունների շուկայական արժեքի աճ:

Ստորև ներկայացված աղյուսակ 2.1.1-ում բերված են առողջապահության ոլորտը բնութագրող բացարձակ և հարաբերական ցուցանիշներ մասնավոր հատվածի կողմից բուժօժանայությունների դիմաց կատարված վճարումների մասով: Ակնհայտ է այն իրողությունը, որ վերջին տարիներին բավականին զգալի չափով յուրաքանչյուր տարի ավելանում է ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ մեկ շնչի հաշվով հաշվարկված վճարումների ծավալները:

Աղյուսակ 2.1.1

*Բժշկական վճարովի ծառայությունների ծավալը 2010-2015թթ.*³⁶

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
--	------	------	------	------	------	------

³⁵ ‘ Анализ рынка медицинских услуг в России в 2010-2014 гг, прогноз на 2015-2019гг’. BusinesStat, 2015, <http://marketing.rbc.ru/research/562949983244728.shtml>. [Կերջին մուտք 15.05.2016]:

³⁶ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2015, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, Էջ 357- 365: Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015թ. հունվար դեկտեմբերին, տեղեկատվական-ամսական զեկույց, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2016, Էջ 54:

Վճարովի բժշկական ծառայությունների, մլն դրամ	23 700.5	28 787.7	32 648.7	41 553.1	42 624.8	43 262.9
Վճարովի բժշկական ծառայությունների տեսակարար կշիռը ընդամենը ծառայությունների կառուցվածքում, %	3.0	3.3	3.2	3.5	3.9	3.7
Մեկ շնչի հաշվով վճարովի ծառայությունների տարեկան ծավալը, դրամ	7 783.9	9 507.5	10 796.2	13 750.2	14 146.5	14 066.1

Սակայն, համակարգի գործունեության իրական պատկերը ստանալու տեսանկյունից, բժշկական ծառայությունների շուկայի ծավալների փոփոխության դետալացված դիտարկումը երևան է հանում ուշադրության արժանի երեք իրողություններ. առաջին, վճարովի առողջապահական ծառայությունների շուկայական ծավալների աճը որոշակիորեն գուցարկվում է բժշկական ծառայությունների շուկայում մասնավոր հատվածի ընդլայնման հետ:

Երկրորդ, ծառայությունների ծավալների անվական աճի կողքին, արձանագրվում է իրական աճի կրճատում (տես՝ գծապատկեր 2.1.1), ինչը, հիվանդացության մակարդակի աճի կամ հաստատուն մակարդակի պայմաններում, վկայում է բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակի վատթարացման մասին, միաժամանակ արտացոլելով բնակչության թվաքանակի կրճատման ազդեցությունը: 2013 թվականից սկսած, արդեն իսկ ակնհայտ է վճարովի ծառայությունների աճի տեմպերի ընդգծված դանդաղումը:

Երրորդ կարևոր իրողությունը, որը միաժամանակ կարող է որոշակիորեն բացատրել ծավալների աճի դանդաղումը, այն է, որ վերջին տարիներին վճարովի բժշկական ծառայությունների ծավալների աճը (2010-2013 թվականներին հիմնականում, իսկ 2014-2015 թվականներին ամբողջովին) կրել է ընդգծված ինֆլյացիոն բնույթ: Արդյունքում ստացվել է մի իրավիճակ, որ մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունները գների աճի շնորհիվ ընդլայնվելու և զարգանալու հնարավորություններ են ստացել, մինչդեռ 2014 և 2015 թվականներին նվազել են բնակչությանը մատուցված ծառայությունների իրական ծավալները:

Տավոք, անհրաժեշտ տեղեկատվության ոչ բավարար ամբողջականությունը և որոշ դեպքերում անգամ բացակայությունը հնարավորությունն չի ընձեռում վերլուծել և բացահայտել նմանօրինակ գնաճի և իրական ծավալների կրճատման պատճառները, ինչը կարող էր պայմանավորված լինել, օրինակ, անշարժ գույքի վարձակալության վճարների ավելացումով, ներմուծվող դեղերի և բժշկական սարքավորումների թանկացմամբ, առողջապահության ծախսերի ավելացմամբ, աշխատավարձերի աճով, աղքատության մակարդակի ավելացումով և այլն:

Վճարովի ծառայությունների բարձր գներն ու դրանց շարունակական աճը բնակչության շատ խավերի համար նվազեցնում են առողջապահության մատչելիությունը, ինչն արտահայտվում է բնակչության կողմից միայն ծայրահեղ իրավիճակներում բժշկական օգնություն տրամադրող հաստատություններին դիմելու փաստով:

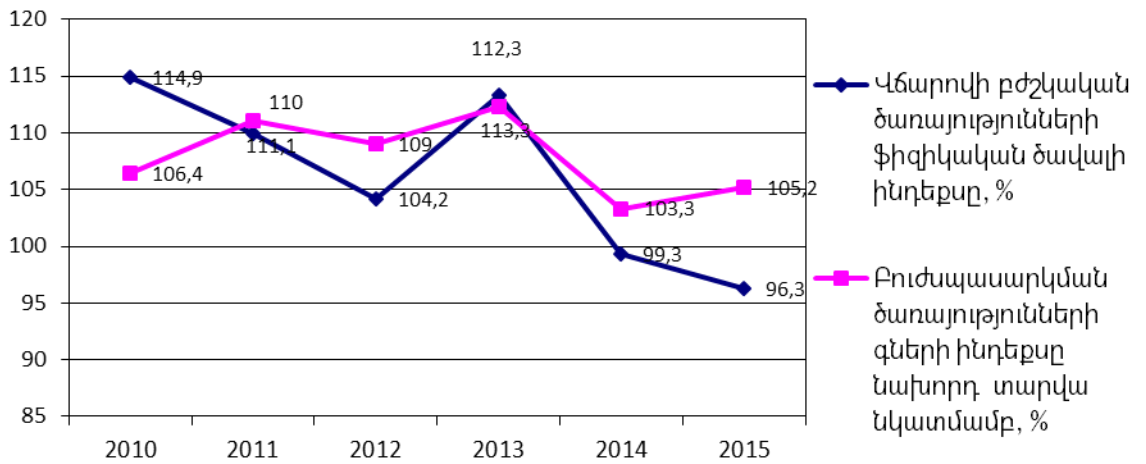
Արդյունքում, առողջապահական համակարգի կողմից մատուցվող ըստ բնույթի երեք գործառույթներից՝ առողջության պահպանում, վերականգնում և բարելավում, բնակչության մեծ մասը, որպես ծառայությունների սպառող, ներգրավված է առողջության վերականգնման գործառույթներում:

Ինչպես նկատելի է ստորև բերվող գծապատկերից, եթե մինչև 2013 թվականը արձանագրվել է վճարովի բժշկական ծառայությունների իրական ծավալների աճի տեմպերի դանդաղում, իսկ գների աճի տեմպերի արագացում, ապա 2014 – 2015 թվականներին արդեն իսկ նվազել են ծառայությունների իրական ծավալները՝ գների շարունակական աճի ֆոնին:

Գծապատկեր 2.1.1

*Վճարովի բժշկական ծառայությունների ֆիզիկական ծավալի և գների ինդեքսները 2010-2015 թվականներին*³⁷

³⁷ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2015, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, Էջ 413: Սպառողական գների ինդեքսը Հայաստանի Հանրապետությունում 2015թ. հունվար-դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2016, Էջ 24:



Վճարովի բժշկական ծառայությունների իրական ծավալների 2014-2015 թվականներին արձանագրված կրճատումը գների աճի դինամիկայից բացի, որոշակիորեն զուգորդվում է նաև մշտական բնակչության թվաքանակի կրճատման միտումներին:

Աղյուսակ 2.1.2

Մշտական բնակչության թվաքանակը 2013-2016 թթ.³⁸

Տարի	Ընդամենը, տարեսկզբի դրությամբ, հազ.մարդ	այդ թվում՝	
		քաղաքային	գյուղական
2013	3 026.9	1 917.5	1 109.4
2014	3 017.1	1 914.1	1 103.0
2015	3 010.6	1 912.9	1 097.7
2016	2 998.6	1 907.4	1 091.2

Այսպիսով, ստացվում է մի իրավիճակ, երբ բնակչության թվաքանակը նվազում է, բժշկական ծառայությունների իրական ծավալները կրճատվում են, սակայն բնակչությանը մատուցված առողջապահական ծառայությունների շուկայական ծավալները շարունակում են աճել, ինչն էլ, բնականաբար, դրսևորվում է գնաճի տեսքով՝ հանգեցնելով ծառայությունների մատչելիության նվազմանն ու կազմակերպության զործունեության անարդյունավետության աճին:

Վճարովի բժշկական ծառայությունների շուկայի զարգացման բովանդակությունը հանգում է մատուցվող ծառայությունների

³⁸ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, Էջ 39: ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թվականի հունվար – դեկտեմբերին, տեղեկատվական ամսական գեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2016, Էջ 127:

պրոֆիլի ընդլայնմանը, բազմապրոֆիլ խոշոր բժշկական կենտրոնների ստեղծմանն ու շուկայի հետագա մենաշնորհացմանը: Հատկանշական է, որ այս միտումը բնորոշ է Ետխորհրդային շրջանի գրեթե բոլոր հանրապետությունների առողջապահական համակարգերին:

Իրադարձությունների տրամաբանական ընթացքը հուշում է, որ բժշկական ծառայությունների շուկայում նկատվող միտումները կա՛մ հետևանք են բնակչության թվաքանակում և հիվանդացության մակարդակում տեղի ունեցող փոփոխությունների, կա՛մ շուկան ինքն է ազդում բնակչության վարքի կամ բնակչության կողմից առողջապահական ծառայություններից օգտվելու վիճակի վրա: Ստորև բերված աղյուսակների (Աղյուսակներ 2.13 և 2.14) առողջապահական ցուցանիշներից ակնհայտ է, որ ոչ բոլոր դեպքերում են փոխազդեցությունները համարժեք:

Աղյուսակ 2.1.3

Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2010-2014թթ.³⁹, միավոր

	2010	2011	2012	2013	2014
Վարակային և մակարոնիաների հիվանդություններ	94 321	98 370	96 896	87 327	87 055
Նորագոյացություններ	38 772	43 598	46 309	46 398	48 697
Ներգատական (Էնդոկրին) համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	79 467	83 010	88 779	96 313	100 528
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	16 775	19 042	19 621	20 201	20 168
Հոգեկան խանգարումներ	63 760	64 151	63 818	63 446	64 813
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	50 790	51 599	53 088	54 159	55 954
Աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններ	119 082	125 336	130 866	132 127	136 395
Ականջի և պոկածեղունի հիվանդություններ	41 455	44 060	45 550	47 019	49 870
<i>Աղյուսակ 2.1.3 շարունակություն</i>					
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	176 954	199 842	213 491	219 183	225 571

³⁹ Հայաստանի սոցիալական վիճակը 2015, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱԿԾ, Եր. 2015, էջ 344:

	2010	2011	2012	2013	2014
Շնչ առական օրգանների հիվանդություններ	431 125	404 595	391 437	406 537	394 133
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	94 982	94 270	95 634	96 662	96 174
Միզատեսակային համակարգի հիվանդություններ	83 306	86 812	90 642	94 762	93 998
Հղիության, ծննդաբերությունների և հետծննդյան ժամանակաշրջանի բարդություններ	17 714	18 039	19 101	18 986	17 220
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	57 869	58 236	63 764	64 338	68 296
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքների հիվանդություններ	41 538	45 449	50 231	51 208	52 915
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ)	6 720	6 788	6 659	7 394	6 933
Ախտահիշներ, նշաններ և ճշտորեն չնշված վիճակներ	5 809	5 482	6 628	7 509	8 416
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	3 279	3 115	3 219	2 771	2 770
Վնասվածքներ և թուլանվորումներ	57 881	59 249	59 266	59 888	61 053
Ընդամենը	1 481 599	1 511 043	1 544 999	1 576 228	1 590 959

Բժշկական ծառայությունների իրական ծավալների կրճատման ֆոնին դիտարկվող ժամանակահատվածում արձանագրվել է հիվանդացության դեպքերի աճ գրեթե բոլոր հիվանդությունների մասով: Այդօրինակ ոչ համարժեք փոփոխություններ կարելի է նկատել նաև առողջապահության մյուս ցուցանիշներում, ինչպես օրինակ բժիշկների և հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների թվաքանակները, հիվանդանոցային մահակալների քանակը, մեկ մահակալի տարեկան զբաղվածությունը:

Կրճատման միտումներ նկատվում է միայն մեկ հիվանդի բուժման միջին տևողության ցուցանիշում, ինչը կարող է բացատրվել կազմակերպությունների կողմից ավելի շատ հիվանդներ ընդունելու, բուժման ժամանակահատվածը կճատելու և ավելի մեծ եկամուտներ ստանալու ձգտումով:

Աղյուսակ 2.1.4

Առողջ ապահովության հիմնական ցուցանիշները, 2010-2014թթ.⁴⁰

		2010	2011	2012	2013	2014
Բուժօգնությունների մասնագիտությունների բժշկների թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	13 591	13 490	12 938	12 664	12 896
	10 000 բնակչի հաշվով	41.7	41.2	42.7	42.0	42.8
Բնակչության թվաքանակը մեկ բժշկի հաշվով, մարդ		239.6	242.3	233.9	238.6	233.7
Հիվանդանոցային հիմնարկների քանակը, միավոր		130	130	127	129	130
Հիվանդանոցային մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	12 160	12 236	12 241	12 268	12 514
	10 000 բնակչի հաշվով	37.3	37.4	40.4	40.7	41.6
<i>Հարուսակություն</i>						
Հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	323 962	346 999	375 316	373 069	406 552
	100 բնակչի հաշվով	9.9	10.6	12.4	12.3	13.5
Մեկ մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածությունը, օր		223	225	236	236	246
Մեկ հիվանդի ստացիոնար բուժման միջին տևողությունը (մեկ հիվանդի կողմից հիվանդանոցային մահճակալի զբաղեցրած օրերի միջին քանակը), օր		8.3	7.9	7.7	7.8	7.5

Ֆինանսական ու տնտեսական և առողջ ապահովության վիճակը բնութագրող ցուցանիշների միջև նկատվող հակասությունը հնարավոր է բացատրել մի շարք ենթադրություններով, թեև վերջնական եզրակացության համար անհրաժեշտ է կատարել առավել մանրամասն հետազոտություններ: Հիվանդացության դեպքերի, հիվանդանոց ընդունվածների և բուժօգնությունների իրական ծավալների փոփոխությունների վեկտորների տարբերությունը կարելի է բացատրել այն իրողությամբ, որ ծառայությունների բարձր գների պատճառով բնակչությունը հիվանդանալու դեպքում ոչ միշտ է կարողանում վճարել և ստանալ թանկարժեք բուժօգնությունը:

Երկրորդ կարևոր պատճառը ստվերային գործունեության ծավալների ընդլայնման վերաբերյալ ենթադրությունը կարող է լինել, երբ պետության կողմից ոչ խիստ վերահսկողությունը, բժշկական ծառայությունների առանձնահատուկ բովանդակությունը և հաշվառման դաշտում առկա թերացումները

⁴⁰ Հայաստանի սոցիալական վիճակը 2015, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱԿԾ, Եր. 2015, էջ 343:

ստեղծում են նպաստավոր պայմաններ սովորային գործունեության համար:

Բացի դա, ցուցանիշների միջև փոփոխությունների տարբերությունները կարող են բացատրվել հաշվառման ոլորտի օբյեկտիվ պատճառներով, մասնավորապես՝ առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության վերաբերյալ սկզբնական տեղեկատվությունը հավաքագրվում է պետական երկու տարբեր մարմինների՝ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության և ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից, ինչով պայմանավորված հնարավոր է լինեն հաշվառման դաշտերի կամ կազմակերպությունների ընդգրկման շրջանակի տարբերություններ (համատարած հաշվառում և ընտրանքային), ֆինանսատնտեսական ցուցանիշների թերհաշվառման կամ ներկայացման դեպքեր, տվյալների տարածման սխալներ և այլն: Տարբերությունների օբյեկտիվ հանգամանք կարող է լինել նաև այն փաստը, որ ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը վճարովի բժշկական ծառայությունների ծավալները ներկայացնում է ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգման, թեև շատ դեպքերում հիվանդները բուժվում են տնային պայմաններում կամ դիմում են ինքնաբուժման և այլ ընտրանքային բժշկության օգնությամբ:

Այս խնդիրը ևս առանձին ուսումնասիրության կարիք ունի բժշկական ծառայությունների և դեղագործական ապրանքների շուկայի առավել ամբողջական և իրատեսական պատկերը ստանալու համար:

Ըստ այդմ, բուժօժանությունների շուկայի ներկա վիճակը, զարգացման միտումներն ու հեռանկարները գնահատելու համար անհրաժեշտ է նաև վերլուծել կազմակերպությունների գործունեությունը բնութագրող ֆինանսատնտեսական հիմնական ցուցանիշները և տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերը:

2.2 Տնային տնտեսության ու ներքին առողջապահական ծախսերի և բժշկական կազմակերպության ու ներքին ֆինանսական ցուցանիշների վերլուծություն

Ժամանակակից առողջապահական համակարգերի գլխավոր խնդիրը բժշկական օգնության պլանավորումն է, ինչը ենթադրում է.

- առողջապահության ուղղվածությունը դեպի ազգային ռազմավարության ու ներքին առաջարկված նպատակների իրականացումը,

- պետության կողմից բնակչությանը տրված սոցիալական երաշխիքների և առողջապահության ֆինանսական ռեսուրսների համարժեքությունը,

- սոցիալական արդարությունը և մատչելիությունը բնակչությանը բժշկական ծառայություններ մատուցելիս կամ սոցիալական երաշխիքները իրականացնելիս՝ անկախ բնակչության սոցիալական կարգավիճակից, եկամտի մակարդակից և բնակչության վայրից,

- ռեսուրսների օգտագործման բարձր արդյունավետությունը,

- նոր տեխնոլոգիաների ներդրումն ու համակարգի շարունակական զարգացումը և այլն⁴¹:

Բնականաբար, առողջապահական համակարգի պլանավորումն ուղղակի կախվածություն ունի համակարգի մասնակիցների գործունեությունից, առկա ռեսուրսներից, ծախսերից, եկամուտներից ու դրանց բաշխման մեխանիզմներից և այլն: Մարդկանց առողջության պահպանումն ու բարելավումը ենթադրում է ոչ միայն բժշկական, այլ նաև սոցիալ-տնտեսական զգալի ծախսեր, որոնք արվում են և՛ առողջապահական համակարգում, և՛ հանրային կյանքի այլ ոլորտներում⁴²: Բոլոր այդ ծախսերի համալիրը միով բանիվ պայմանավորում է բնակչության կյանքի որակը:

Առողջապահության համակարգի գործառնություն արդյունավետության կարևորագույն բաղադրիչների է ֆինանսական

⁴¹ Общественное здоровье и здравоохранение, под. Ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, М. 2003, ст. 427-429.

⁴² David McDaid, Michael Drummond и 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, ст. 6.

հոսքերի մեխանիզմը, որն սկսվում է ֆինանսավորման աղբյուրներից և փոխանցվում ֆինանսական գործակալներին: Յետևաբար համակարգի գործունեության վերաբերյալ ցանկացած քննարկում հարկ է սկսել հետևյալ հարցից՝ ովքե՞ր և որքա՞ն են վճարում բժշկական սպասարկման դիմաց: Տեղեկությունն առայն, թե ով է (որ գործակալը) ֆինանսավորում առողջապահությունը և ինչպիսին է հարաբերակցությունը ֆինանսական բեռի և առկա միջոցների միջև, արտացոլում է առողջապահության համակարգի ֆինանսական պաշտպանվածության բնույթն ու շուկայի մասնակիցների համար ֆինանսական ծանրաբեռնվածության աստիճանը: Առողջապահական համակարգը ֆինանսավորողների վերաբերյալ տեղեկատվությունն առավել քան կարևոր է առողջապահության բնագավառի քաղաքականություն և ծրագրեր մշակելիս: Այս և բազմաթիվ այլ հարցերի պատասխանները գտնելու և դրանց հիման վրա անհրաժեշտ վերլուծություններ կատարելու և քաղաքականություններ մշակելու ու որոշումներ կայացնելու համար երկրները մշակում են առողջապահության հաշիվներ: Առողջապահության հաշիվները ցուցանում են, թե ֆինանսավորման կիրառվող միջոցառումները որքան արդյունավետ և արդարացի կերպով են բնակչության տարբեր խմբերի միջև բաշխում առողջապահական ծառայությունների դիմաց վճարելու ռիսկը:

Շուկայի մյուս մասնակցի՝ առողջապահական կազմակերպության, գործունեության վերաբերյալ տեղեկատվությունը ոչ պակաս կարևոր է գնահատելու համար առողջապահության 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:

Ծախսերի արդյունավետությունը քննարկելիս, անհրաժեշտություն է առաջանում ստանալու հետևյալ հարցերի պատասխանը. Ովքե՞ր են արտադրում բժշկական ապրանքներն ու ծառայությունները և ինչպիսի ռեսուրսներ են նրանք

օգտագործում, որքա՞ն է իրական ծախսերի ծավալը յուրաքանչյուր ծառայության դեպքում, ինչպիսին է ընթացիկ և կապիտալ ծախսերի հարաբերակցությունն ու ներդրումների ետզնման ժամանակահատվածը: Այդ հարցերի պատասխանները ստացվում են առողջապահական համակարգին բնորոշ գործունեության տարբեր տեսակների և արտադրության տարբեր գործունեների միջև ծախսերի բաշխման նկարագրությունից: Այսօրիական տեղեկատվությունն արտացոլում է տնտեսական պլանավորման և տնտեսական արդյունավետության վերլուծության ասպեկտները, ինչն անհրաժեշտ է որոշումներ կայացնելիս: Ցանկացած կայուն առողջապահական համակարգի հիմքում ընկած է բուրոր տեսակի ռեսուրսների երաշխավորված մատչելիությունը, ինչը հնարավոր է անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների առկայության դեպքում⁴³: Սակայն, ինչպես զարգացող երկրների, այնպես էլ Հայաստանի առողջապահական համակարգերի գործառնության և հիվանդացության ու կյանքի որակի մակարդակի փոփոխությունների անցած տարիների փորձը ցույց տվեց, որ բնակչության առողջության ապահովմանն ուղղված միջոցները դեռևս խիստ անբավարար են: Օրակարգային խնդիր է շարունակում մնալ տրամադրվող ռեսուրսների ծավալների մեծացումն ու դրանց օգտագործման արդյունավետության բարձրացումը: Պետության միջամտության նվազեցումը, մասնավոր հատվածի ընդլայնումը, տարբեր աղբյուրների կողմից իրականացվող ֆինանսավորման ծավալների միջև անհամասնությունների խորացումը, բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակի վատթարացումն ու բարեկեցության կրճատումը հանգեցրին մի վիճակի, երբ բժշկական ծառայությունները դարձան ոչ մատչելի բնակչության շատ խավերի համար: Անգամ այն դեպքերում, երբ բնակչության խոցելի խմբերին ուղղված պետական ֆինանսավորման ծավալները (ծախսերը) աճում են, միևնույնն է, համարժեք դրական փոփոխություն չի նկատվում բնակչության առողջության բարելավման ոլորտում: Բժշկական ծառայությունների մատչելիության դժվարությունները որոշակիորեն պայմանավորված են ոչ միայն “գրպանից դուրս”, այլ

⁴³ Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, под. ред. Элайаса Моссиалоса, Анны Диксон и др., ВОЗ 2002, ст. 20.

նաև՝ ոչ պաշտոնական վճարումների աճով, ինչ, սակայն, միայն մասնակիորեն է բացատրում հիմնախնդիրը: Ընդհանուր ծախսերից զատ, անհրաժեշտ է ուսումնասիրել բնակչության տարբեր խմբերում տնային տնտեսության ներքին ծախսերի կառուցվածքում բժշկական ծառայության ներքին դիմաց վճարումների տեսակարար կշիռը, որի ծավալ այն աճը հաճախադասության խորացման գործոն է դառնում⁴⁴: Յետևաբար, առողջապահական համակարգի գործունեության մասին առավել ամբողջական գնահատական ստանալու համար հարկ է որոշակի պատկերացում ունենալ բժշկական ծառայության ներքին շուկայի երկու մասնակիցների՝ տնային տնտեսության ներքին և առողջապահական կազմակերպության ներքին, սոցիալ-տնտեսական վիճակի, եկամուտների ու ծախսերի և այլ ֆինանսական ցուցանիշների վերաբերյալ⁴⁵:

Տնային տնտեսության ներքին առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվության ներկայացնում է յուրաքանչյուր տարի ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից իրականացվող տնային տնտեսության ներքին կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությունը: Տնային տնտեսության ներքին շուկայի վիճակը բնութագրող կարևոր ցուցանիշը տնային տնտեսության ամբողջական սպառողական ծախսերն են: Համաձայն հետազոտության մեթոդաբանության, տնային տնտեսության ամբողջական սպառողական ծախսերի ներքո հասկացվում են դրամական և ոչ դրամական սպառողական ծախսերը: Տնային տնտեսության ներքին ամբողջական սպառողական ծախսերը ներառում են տնային տնտեսության ներքին կողմից հաշվետու ժամանակահատվածում ձեռք բերված պարենային (ներառյալ տանից դուրս սպառված սննդամթերքի վրա կատարված ծախսերն ու տնային տնտեսության կողմից սպառվող (օգտագործվող) սեփական տնտեսության նից ստացված, ինչպես նաև բարեկամներից կամ այլ

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Գևորգյան Տ., Տնային տնտեսության ներքին առողջապահական ծախսերի վերլուծություն, «Այլընտրանք» եռամսյա գիտական հանդես, Հոկտեմբեր – դեկտեմբեր 2016, էջ 399 - 412:

անձանցից անվճար ստացված սննդամթերքը՝ դրամով արտահայտված) և ոչ պարենային (ներառյալ երկարաժամկետ օգտագործման ապրանքների վրա կատարված ծախսերը) ապրանքների ու ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումները, ինչպես նաև բարեկամներից կամ այլ անձանցից անվճար ստացված ոչ պարենային ապրանքները և ծառայությունները՝ դրամով արտահայտված⁴⁶:

2012 թվականից տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերը ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը ներկայացնում է երկու դասակարգիչներով՝ «Հայաստանի Հանրապետության տնտեսական գործունեության տեսակները» (NACE) և «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգում» (COICOP), որոնք երևան են հանում որոշակի տարբերություններ կախած նրանից առողջապահության վրա կատարված ծախսերը դիտարկվում են որպես տնտեսական գործունեության դիմաց վճարումներ, թե ըստ անհատական սպառման բովանդակության: Օրինակ, դեղերի առևտուրը ըստ տնտեսական գործունեության տեսակի դասակարգչի չի ներառվում առողջապահությունում, սակայն սպառողական նպատակներով դեղերի դիմաց վճարումները բնակչության կողմից համարվում է առողջապահական ծախս: Վերջին երեք տարիների տվյալները ցույց են տալիս, որ երկու տարբեր դասակարգիչներով հաշվարկված բնակչության կողմից առողջապահության դիմաց կատարված ծախսերի ծավալների միջև է առկա երկու անգամից ավելի տարբերություն:

Աղյուսակ 2.2.1

Տնային տնտեսությունների անվանական սպառողական ծախսերում առողջապահության վրա կատարված ծախսը, մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական, ըստ համապատասխան դասակարգիչների խմբավորված, 2013-2014թթ.⁴⁷

Ծախսերի հոդվածները	Ընդամենը			
	հանրապետությունում			
	դրամ		%	
	2013	2014	2013	2014

⁴⁶ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական զեկուլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 114:

⁴⁷ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական զեկուլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 105-128:

Ծախսերի հոդվածները	Ընդամենը			
	հանրապետությանը ունում			
	դրամ		%	
	2013	2014	2013	2014
Սպառողական ծախսեր, ընդամենը, որից	36 787	40 770	100	100
Ծառայություններ, ընդամենը, այդ թվում	11 073	13 045	30.1	32.0
Առողջապահության ծախսն «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգչի»	2 876	2 666	7.8	6.5
Առողջապահության ծախսն ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգչի	1 407	1 035	3.8	2.5

Ինչպես երևում է աղյուսակի տվյալներից, տնային տնտեսությանը ունեցող սպառողական ծախսերում որոշակիորեն նվազել են առողջապահության ծառայությունների վրա կատարված ծախսերը, ինչը նպաստել է նաև ծախսերի կառուցվածքում դրանց տեսակարար կշիռների նվազմանը: Փաստորեն, տնային տնտեսությանը ունեցող անհատական սպառողական ծախսերի մակարդակում ևս կրկնվում է բժշկական ծառայությունների իրական ծավալների կրճատման միտումը և հաստատվում է մեր ենթադրությունը, որ բնակչության զգալի մասը արդեն ի վիճակի չէ վճարել բժշկական օգնության դիմաց և լավագույն դեպքում, որպես կանոն, սահմանափակվում է ինքնաբուժման մեթոդներին դիմելով: Այս ենթադրությունը հաստատվում է երկու անուղղղակի փաստով ևս. Նախ, ըստ բնակչության վայրի տնային տնտեսությանը ունեցող առողջապահական ծախսերը դիտարկելիս, տեսնում ենք զգալի տարբերություններ մի կողմից քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի միջև, մյուս կողմից տարբերությունների փոփոխության տեմպն ըստ ծախսերի կառուցվածքի և բովանդակության: Այսպես, ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգչի, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում տնային տնտեսությանը ունեցող առողջապահական ծախսերի միջև տարբերությունը կազմում է մոտ երեք անգամ, ընդ որում վերջին ցուցանիշը երկու անգամ և ավելի պակաս է միջին հանրապետական ցուցանիշից:

Այս փաստը վկայում է գյուղական բնակչության կողմից առողջապահական կազմակերպությունների ծառայություններից օգտվելու խիստ ցածր մակարդակի և ինքնաբուժության պրակտիկայի տարածվածության մասին, ինչն արտահայտվում է ըստ սպառողական նպատակների դասակարգչով ծախսերի համեմատաբար ավելի փոքր

տարբերությամբ:

Հետազոտված տնային տնտեսությունների ծախսերի մեջ դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 4.0%: Դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ամսական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով կազմել են ընդամենը 1 620 դրամ, ընդ որում, ոչ աղքատներինը՝ 2 005 դրամ, աղքատներինը՝ 752 դրամ և ծայրահեղ աղքատներինը՝ 320 դրամ: Ոչ աղքատ բնակչության դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ամսական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով մոտ 3 անգամ գերազանցում են աղքատների նույնաման ծախսերին, իսկ ծայրահեղ աղքատների նկատմամբ՝ 6 անգամ⁴⁸:

Աղյուսակ 2.2.2

Տնային տնտեսությունների անվանական սպառողական ծախսերում առողջապահության վրա կատարված մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսն ըստ բնակավայրի և համապատասխան դասակարգիչների խմբավորված, 2013-2014թթ.⁴⁹

Ծախսերի հոդվածները	Ընդամենը հանրապետություն		այ դ թ վ ու մ`			
			քաղաքային բնակավայր		գյ ու ղ ա կ ա ն բ ն ա կ ա վ ա յ ր	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Սպառողական ծախսեր, որից`	36787	40770	38541	44708	33747	33885
Առողջապահության վրա ծախսը ըստ «Տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգչի»	1407	1035	1825	1357	682	473
Առողջապահության ծախսը «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգչի»	2876	2666	3571	3355	1668	1461

Հիմնախնդրի վերաբերյալ որոշակի պատկերացում կարող է տալ նաև տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ֆորմալ և ոչ ֆորմալ վճարումների բնույթն ու կառուցվածքը: Այսպես, պոլիկլինիկական բուժօգնությունների մասնագետների օգնությանը դիմած բնակչությունը, միջինում իր ծախսերի 73.3%-ը վճարել է անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով, միայն 1%-ը՝ նվերների տեսքով, իսկ 25.7%-ը՝ գործիքային և լաբորատոր հետազոտության

⁴⁸ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական գեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, ՀՀ ԱՎԾ, Էջ 145:

⁴⁹ Նույն տեղում, Էջ 105-128: Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2014, վիճակագրական-վերլուծական գեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2014, ՀՀ ԱՎԾ, Էջ 114:

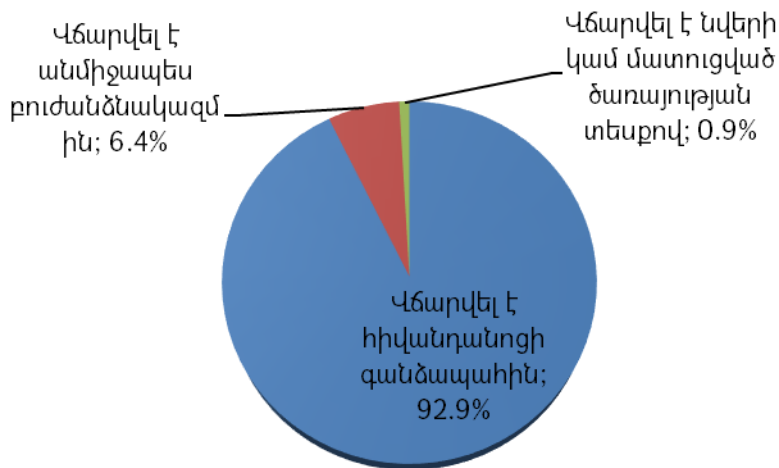
համար: Վճարումների չափը տարբերվում է ըստ աղքատության մակարդակի:

Ոչ աղքատների կողմից արվել է հիվանդանոցային բուժօգնությունում անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով կատարած վճարման միջին չափը 4.0 անգամ ավելի է, քան աղքատներինը: Ոչ աղքատների կողմից խորհրդատվության հետ կապված վճարումները (ռենտգեն հետազոտություն, լաբորատոր և գործիքային փխտորոշում) 1.7 անգամ գերազանցել են աղքատների կողմից կատարված վճարումներին:

Համաձայն վերը նշված հետազոտության արդյունքների, 2014 թվականին հիվանդանոց դիմած տնային տնտեսությունների կողմից վերջին այցի ժամանակ կատարված ուղղակի վճարումների 92.9%-ը անմիջապես վճարվել է հիվանդանոցի գանձապահին, ոչ ֆորմալ վճարումների տեսակարար կշիռը կազմել է 7.1%, որից 6.4%-ը վճարվել է բուժանձնակազմից որևէ մեկին, իսկ 0.7%-ը վճարվել է նվերի կամ մատուցված ծառայության տեսքով⁵⁰:

Գծապատկեր 2.2.1

2014 թվականին հիվանդանոց դիմած անձանց կողմից վերջին այցի ընթացքում կատարված ուղղակի վճարումների կառուցվածքը, տոկոս



Աղբյուրը. *Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն 2015*

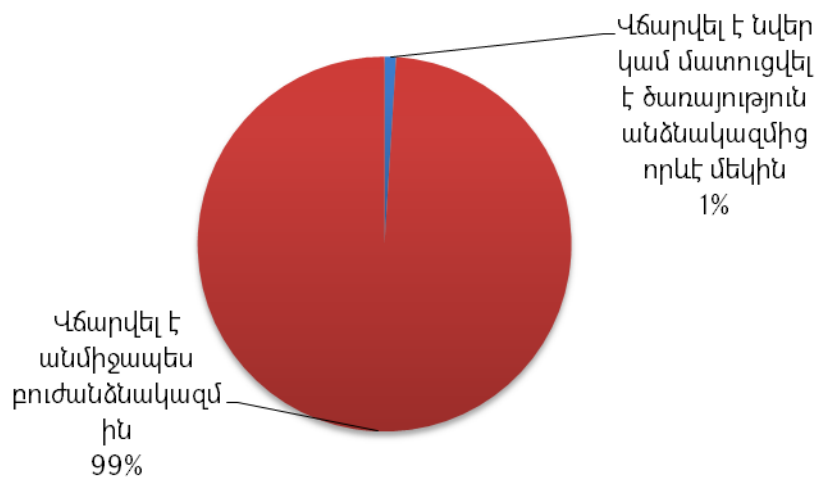
⁵⁰ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական զեկուլյց, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, ՀՀ ԱՎՃ, Էջ 137-150:

Պոլիկլինիկա դիմած բնակիչներից ստացվել է տեղեկատվություն արևելահայկական վերջին այցի ժամանակ կատարված վճարումների մասին, որը տրվել է անմիջապես կանխիկ դրամի տեսքով բուժանձնակազմից որևէ մեկին, կամ տրվել է նվերի և մատուցված ծառայության տեսքով (Գծապատկեր 2.2.2):

Պոլիկլինիկաներում ևս տնային տնտեսությունների կողմից կատարված ուղղակի վճարումների գերակշիռ մասը (99%) բուժանձնակազմից որևէ մեկին տրվել է կանխիկ դրամի տեսքով և միայն 1%-ը՝ նվերի կամ մատուցված ծառայության տեսքով:

Գծապատկեր 2.2.2

2014 թվականին արևելահայկական անձանց կողմից վերջին այցի ընթացքում կատարված ուղղակի վճարումների կառուցվածքը, տոկոս



Աղբյուրը. *Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն 2015*

Ըստ բնակչության վայրի, հետազոտված բնակչությունը, որպես բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման չդիմելու հիմնական պատճառ, նշել է ինքնաբուժումը (երևանաբնակներ՝ 60%, այլ քաղաքների բնակչությունն՝ 47.9% և գյուղական բնակչությունն՝ 55%), \$ինանսականը (գյուղական բնակչությունն՝ 17.4%, այլ քաղաքների բնակչությունն՝ 24.5%, երևանաբնակներ՝ 14%): \$ինանսական պատճառը բնակչության բոլոր վայրերում նշվել է որպես երկրորդ կարևոր պատճառ: Ըստ 2014 թվականի ՏՏԿԱՅ ստացված տվյալների՝ բժշկական ծառայությունների համար կատարված ծախսերը կազմել են տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի մոտ 1.8%-ը, աղքատների ծախսերի (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 0.8%-ը, ոչ աղքատների

ծախսերի՝ 1.9%-ը, իսկ ծայրահեղ աղքատների ծախսերի՝ 0.4%-ը: Բժշկական ծառայությունների համար կատարված ծախսերը կազմել են տնային տնտեսությունների բոլոր ծառայությունների վրա կատարված ծախսերի 7.9%-ը⁵¹, ինչն արդեն իսկ մոտենում է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից սահմանված վտանգավոր շեմին:

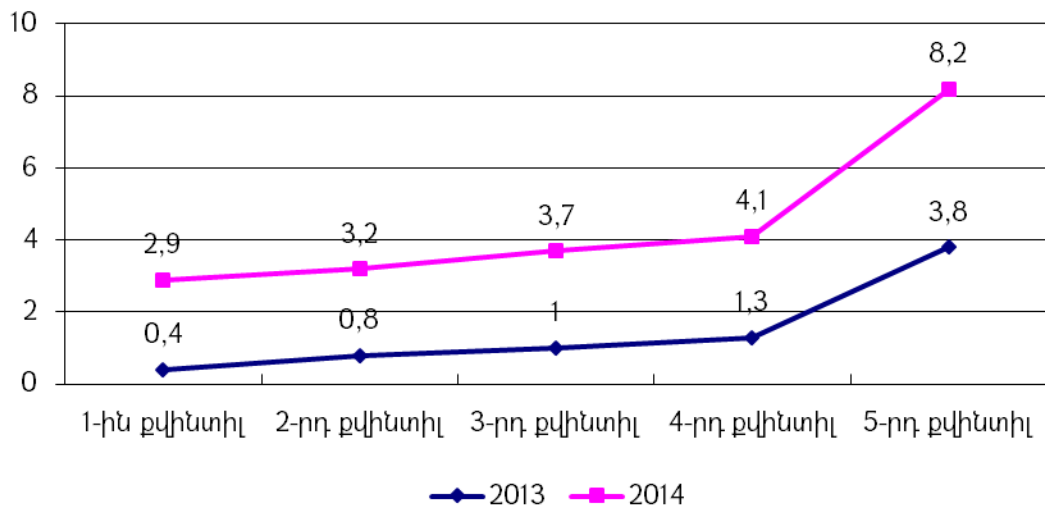
Երկրորդ հանգամանքը բնակչության ըստ քվինտիլային խմբերի առողջապահական ծախսերի միջև եղած բազմակի տարբերություններն են: Ստորև բերած գծապատկերում ներկայացված է ընդհանուր սպառման մեջ առողջապահությանն ուղղված ծախսերի բաշխումն ըստ քվինտիլային խմբերի: Առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերի տեսակարար կշռի տարբերությունը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ ամենահարուստ և ամենաաղքատ քվինտիլային խմբերի միջև կազմում է երկու անգամից ավելին՝ 8.2%-ը՝ 2.9%-ի դիմաց, միաժամանակ, հարկ է նշել, որ եթե ամենաաղքատ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերը գիջում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսի ցուցանիշին 3.7 անգամ, ապա ամենավերին քվինտիլի բնակչության առողջապահության ծառայությունների վրա կատարված ծախսերը 2.9 անգամ գերազանցում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսին⁵²:

Գծապատկեր 2.2.3

Բոլ ժծառայությունների վրա ծախսերի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ, ըստ քվինտիլային խմբերի, 2013-2014թթ., (տոկոս)

⁵¹ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական զեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, ՀՀ ԱՎԾ, Էջ 143-144:

⁵² Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական-վերլուծական զեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, ՀՀ ԱՎԾ, Էջ 145-146:



Սղբյ ու ղը. *Տնայ ին տնտեսու ղյ ու ննե ղի կե ն սամակարդակի ամբողջացված հետազոտու ղյ ու ն 2013 և 2014թթ.*

Ուշադրու ղյ ան է արժանի երկու կարևոր փոփոխու ղյ ու ն. 2014 թվականին արձանագրվել է տնայ ին տնտեսու ղյ ու ննե ղի բու ո ղ քվիտանոթի այ ին խմբե ղի կողմից սպառողական ծախսե ղի կառուցվածքում առողջապահու ղյ ան վրա կատարված ծախսե ղի տեսակարար կշիռնե ղի աճ նախորդ տարվա նույն ցուցանիշի համեմատ, ինչը միաժամանակ ուղեկցվել է քվիտանոթի այ ին խմբե ղի միջև տարբերու ղյ ու ննե ղի զգալի ավելացումով:

Այս փոփոխու ղյ ու ննե ղը լրացուցիչ ուսումնասիրու ղյ ան կարիք ու նե ն, քանզի, ինչպես նշվել է, 2014 թվականին, համաձայն ծառայու ղյ ու ննե ղի վիճակագրու ղյ ան, արձանագրվել է բժշկական ծառայու ղյ ու ննե ղի իրական ծավալնե ղի կրճատում նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատ, թեև, մյուս կողմից դրանք կարող են պայմանավորված լինել նաև այս հետազոտու ղյ ան երկու տարիների ընտրանքների առանձնահատկու ղյ ու ննե ղով և դրանցում ներառված տնայ ին տնտեսու ղյ ու ննե ղի բնու ղազրիչ նե ղով:

Ըստ բու ղ ծառայու ղյ ու ննե ղի մատակարարնե ղի և առողջապահական գործառույթնե ղի տնայ ին տնտեսու ղյ ու ննե ղի առողջապահական ծախսե ղի վերաբե ղյ ավ ամբողջական պատկերացում կարելի է կազմել՝ ուսումնասիրելով Հայաստանի առողջապահու ղյ ան ազգային հաշիվնե ղը (ԱԱՀ):

Համաձայն ԱԱՀ սահմանման՝ առողջապահու ղյ ան ազգային ծախսե ղը բու ո ղր այն ծախսե ղն են, որոնք առնչվում են տնտեսական

գործունեության հետևում ուղղված են առողջության պահպանմանը, վերականգնմանն ու բարելավմանը, կենսագործունեության համակարգերի փոփոխությանը կամ այդպիսի գործունեությունների ֆինանսավորմանը: Ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների/գործակալների 2013-2014 թվականների առողջապահության ազգային հաշիվներն ունեն հետևյալ տեսքը (նախորդ տարվա հետ համեմատությամբ):

Աղյուսակ 2.2.3

Հայաստանի առողջապահության ֆինանսավորման ծավալն ու կառուցվածքը ֆինանսավորման աղբյուրների⁵³

Ֆինանսավորման գործակալ	2013		2014		Փոփոխությունը	
	Գումարը (մլն դրամ)	Տեսակարար կշիռը (տոկոս)	Գումարը (մլն դրամ)	Տեսակարար կշիռը (տոկոս)	Գումարը (մլն դրամ)	Հավելածի տեմպը (տոկոս)
Պետական հատված	62 670.4	36.8	75 069.4	39.3	12 399,0	19,8
Մասնավոր հատված	94 646.6	55.6	101 353.6	53.0	6 707,0	7,1
Մնացյալ աշխարհ	13 010.3	7.6	14 657.7	7.7	1 647,4	12,7
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	170 327.3	100.0	191 080.7	100.0	20 753,4	12,2

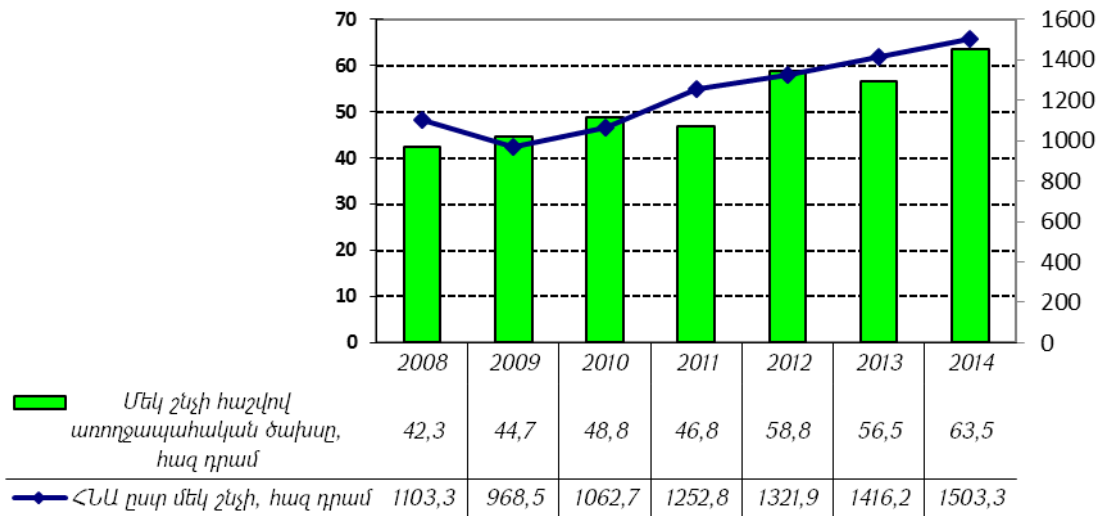
Ինչպես երևում է բերված աղյուսակից՝ գումարային արտահայտությամբ ֆինանսավորման բոլոր գործակալների մասով 2014 թվականին արձանագրվել է ֆինանսավորման ծավալների աճ նախորդ տարվա համեմատ, իսկ աճի տեմպերի առումով ավելի արագ են աճել պետական աղբյուրներից կատարված ծախսերը (19.8%-ով):

Ընդհանուր առմամբ՝ առողջապահության ոլորտի ընդհանուր ծախսերը աճել են 12.2%-ով: Առողջապահության ոլորտում իրականացվող պետական քաղաքականության արդյունավետությունը շարունակաբար աճում է:

Մասնավորապես, պետական հատվածի ֆինանսավորման տեսակարար կշիռը ընդամենը առողջապահական ծախսերում 2005 թվականի 32.8%-ից 2014 թվականին հասել է 39.3%-ի, որի արդյունքում, նվազել է տնային տնտեսությունների ծախսերի մասնաբաժինը, թեև բացարձակ արտահայտությամբ այդ ծախսերը ևս շարունակել են աճել:

⁵³ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2016, էջ 12:

Մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերի և մեկ շնչի հաշվով
ՀՆԱ-ի դինամիկան, հազ դրամ⁵⁴



Ուշաժամ է այն փաստը, որ բնակչության կողմից կատարվող առողջապահական ծախսերի աճի դինամիկան որոշակի կորելյացիոն կապ ունի երկրում եկամուտների ընդհանուր մակարդակի փոփոխության հետ:

Չնայած երկրում դեռևս բարձր է եկամուտների բաշխման անհավասարության գործակիցը, այնուհանդերձ մեկ շնչի հաշվով հաշվարկված ՀՆԱ-ի աճը, ըստ էության, նպաստել է նաև տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող առողջապահական ծախսերի աճին:

Տնային տնտեսությունների կողմից կատարված առողջապահական ծախսերը ըստ բուժօգնության ոլորտների մատակարարների և առողջապահական գործառույթների դիտարկելու պարագայում ինչ որ տեղ հիմնավորվում են վերևում բերված մեր ենթադրություններն այն մասին, որ առողջապահական ծախսերի ոչ բավարարմանը հիմնականում բնակչությանը ստիպում են դիմել կամ այլ ընտրանքային բուժօգնությանը կամ ինքնաբուժման մեթոդներին: Դրա վկայությունն է վերջին

⁵⁴ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2016, էջ 41:

տարիներին հիվանդանոցների կողմից մատուցված ծառայությունների ծավալների կրճատումը և դեղերի ու բժշկական նշանակություն ասորանքների վրա կատարվող ծախսերի աճը:

Մյուս կողմից, սակայն, ուղորտում պետական քաղաքականության արդյունքում աստիճանաբար կրճատվում են ամբուլատոր պրոկլիկիկական ծառայությունների դիմաց վճարումների ծավալները:

Հիվանդանոցների ծառայությունների դիմաց վճարումների ծավալների կրճատումը կարող է պայմանավորված լինել պետական ֆինանսավորման ծավալների շարունակական աճով:

Հատկանշական է, որ բնակչության ծախսերի ծավալների ոչ դինամիկ փոփոխությունը ավելի շատ պայմանավորված է դեղերի դիմաց կատարվող վճարումների փոփոխությամբ, ինչը 2014 թվականի դրությամբ ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում արդեն գերազանցել է 50 տոկոսի սահմանգիծը:

Աղյուսակ 2.2.4

Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերն ըստ բուժօժանայությունների մատակարարողների⁵⁵

Մատակարարներ	Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումներ		
	2012	2013	2014
	Ծավալը, միլիոն դրամ		
Ընդամենը. այդ թվում	94 463.6	89 791.3	96 655.0
HP.1 Հիվանդանոցներ	27 557.3	26 798.4	25 623.5
HP.2 Բուժքույրական և ըստբնակության վայրի խնամքի կազմակերպություններ	0.0	0.0	0.0
HP.3 Ամբուլատոր բժշկական ծառայությունների մատակարարողներ	25 558.2	21 873.8	17 011.3
HP.4 Դեղագործական և բժշկական նշանակություն ասորանքների մանրածախ մատակարարներ	41 348.1	41 119.1	54 020.2
Կառուցվածքը, տոկոս			

⁵⁵ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2016, էջ 42-86:

Մատակարարներ	Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումներ		
	2012	2013	2014
	Ծավալը, միլիոն դրամ		
Ընդամենը. այդ թվում	100	100	100
HP.1 Հիվանդանոցներ	29.2	29.8	26.5
HP.2 Բուժքույրական և ըստբնակության վայրի ինամբի կազմակերպություններ	0.0	0.0	0.0
HP.3 Ամբուլատոր բժշկական ծառայությունների մատակարարողներ	27.1	24.4	17.6
HP.4 Դեղագործական և բժշկական նշանակության ապրանքների մանրածախ մատակարարներ	43.8	45.8	55.9

Ըստ առողջապահության գործառույթների տնային տնտեսությունների ծախսերը դիտարկելիս նկատում ենք նույն միտումները: 2012-2014 թվականներին շարունակաբար կրճատվել են բժշկական օգնության, վերականգնողական բուժօգնության և օժանդակ ծառայությունների դիմաց վճարումների ծավալները և դրա փոխարեն ավելացել են ամբուլատոր պացիենտներին բաշխվող դեղերի և բժշկական ապրանքների ծախսերը:

Աղյուսակ 2.2.5

*Տնային տնտեսությունների ծախսերն ըստ առողջապահական գործառույթների*⁵⁶

Գործառույթներ	Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումներ		
	2012	2013	2014
	Ծավալը, միլիոն դրամ		
Ընդամենը	94 463.6	89 791.3	96 655.0
HC.1 Բժշկական օգնության ծառայություններ	44 906.8	39 175.7	34 880.2
HC.2 Վերականգնողական բուժօգնության ծառայություններ	1 277.4	1 093.2	1 053.6
<i>Աղյուսակ 2.2.5-ի շարունակություն</i>			
HC.3 Բուժքույրական երկարամյակ տխնամբի ծառայություններ	0.0	0.0	0.0

⁵⁶ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2016, էջ 42-86:

HC.4 Բուժօգնություն օժանդակ ծառայություններ	5 689.2	7 340.3	5 248.1
HC.5 Ամբուլատոր պացիենտներին բաշխվող բժշկական ապրանքներ	41 348.1	41 119.1	54 020.2
HC.6 Հիվանդությունների կանխարգելում և հասարակական առողջապահության ծառայություններ	1 242.1	1 063.0	1 452.9
Կառուցվածքը, տոկոս			
Ընդամենը	100.0	100.0	100.0
HC.1 Բժշկական օգնություն ծառայություններ	47.5	43.6	36.1
HC.2 Վերականգնողական բուժօգնություն ծառայություններ	1.4	1.2	1.1
HC.3 Բուժքույրական երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ	0.0	0.0	0.0
HC.4 Բուժօգնություն օժանդակ ծառայություններ	6.0	8.2	5.4
HC.5 Ամբուլատոր պացիենտներին բաշխվող բժշկական ապրանքներ	43.8	45.8	55.9
HC.6 Հիվանդությունների կանխարգելում և հասարակական առողջապահության ծառայություններ	1.3	1.2	1.5

Ի տարբերություն տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերում առողջապահական ծախսի փոփոխությունների դինամիկայի, միանգամայն այլ պատկեր կարելի է նկատել բժշկական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության պարագայում:⁵⁷

Համադրելիության ապահովման նպատակով, երբ դիտարկում ենք 2013 և 2014 թվականների Հայաստանի Համախառն ներքին արդյունքի (ՀՆԱ) կառուցվածքը հաշվարկված արտադրական եղանակով ըստ ԱՀՀ 2008 մեթոդաբանության, ապա ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների դասակարգչի «առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկում» գործունեության տեսակի մասնաբաժինը երկու տարում էլ կազմել է ՀՆԱ 3.8%-ը կամ, համապատասխանաբար՝ 174.8 և 185.6 մլրդ դրամ ընթացիկ գներով, իսկ արձանագրված աճը նախորդ տարվա համեմատ կազմել է 103.6% և 100.8%:

Բնակչության սոցիալական սպասարկման ծառայությունները կազմում են այս ենթախմբի ծառայությունների ծավալի 5 տոկոսից պակաս մասը, թեև կարելի է ենթադրել, որ 2014 թվականի 0.8%

⁵⁷Գևորգյան Տ., Առողջապահական կազմակերպությունների ֆինանսական ցուցանիշների վերլուծություն, «ԲԱՆԲԵՐ ՀՊՏՀ», 2016 N4, էջ 43-53:

հավելւածը ապահովվել է այս ծառայությունների ծավալների աճի շնորհիվ⁵⁸:

Ավելի ուշագրավ է մատուցված ծառայություններից ստացված եկամտի բաշխումը, որը լավագույնս կարող է բնութագրել առողջ ապահական ծառայությունների ֆինանսական վիճակը:

Ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների եկամուտների ձևավորման եղանակով ՀՆԱ հաշվարկման ժամանակ, համաձայն ազգային հաշիվների մեթոդաբանության, ռեսուրսային մասում արտացոլվում է ոլորտում ստեղծված «համախառն ավելացված արժեքը», որն այնուհետ օգտագործվում է որպես «վարձու աշխատողների աշխատանքի վարձատրություն», «արտադրության այլ գուտհարկեր» և «համախառն շահույթ»:

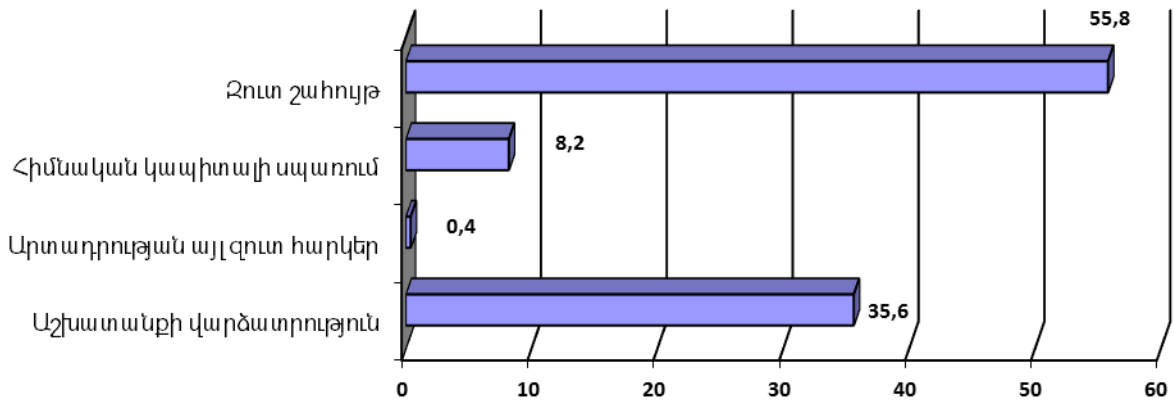
Ստորև բերված գծապատկերի տվյալներից ակնհայտ է, որ 2013 թվականին եկամուտների գերակշիռ մասը կազմել է համախառն շահույթը (111 767.7 միլիոն դրամ), պետությանը արտադրության այլ հարկերի տեսքով բաժին է ընկնում 0.4%-ը (684.1 միլիոն դրամ), իսկ աշխատանքի վարձատրությունը կազմում է ընդամենը ողջ եկամտի 1/3 մասից քիչ ավելին (62 313.9 միլիոն դրամ):

Գծապատկեր 2.2.5

Առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկում գործունեության տեսակում ձևավորման հաշվի կառուցվածքը ըստ ԱՀՀ 2008 մեթոդաբանության (ՏԳՏՀ Դ հմբ. 2), 2013թ., տոկոս⁵⁹

⁵⁸ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թ. հունվար-ապրիլին, տեղեկատվական ամսական զեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 10-12:

⁵⁹ Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թ. հունվար-ապրիլին, տեղեկատվական ամսական զեկույց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 10-12:



Աղբյուրը. *Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2014*

Եկամուտների նմանօրինակ անհավասարաչափ բաշխումն ի վնաս վարձու աշխատանքի վարձատրության, որոշակիորեն բացատրում է առողջապահության համակարգում առայսօր առկա ոչ պաշտոնական վճարումների պրակտիկայի 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% են կազմել աշխատանքի վարձատրության և դրան հավասարեցված այլ վճարումները (ներառյալ՝ խթանող, փոխհատուցող վճարները և եկամտային հարկը):

Աղյուսակ 2.2.6

Կազմակերպությունների արտադրանքի (ապրանքների, ծառայությունների) արտադրության վրա կատարված ծախսերն ըստ S9S37 (խմբ.2) բաժինների⁶⁰

	2013	2014
Ծախսեր , ընդամենը, միլիոն դրամ	77 871.6	82 451.3
Ծախսերի կառուցվածքը , տոկոս,	100.0	100.0

⁶⁰ Հայաստանի ֆինանսների վիճակագրություն, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, էջ 21-36:

այդ թվում՝		
Նյութական ծախսեր,	29.0	28.4
<i>որից՝</i>		
հումք, նյութեր, 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

Եկամուտների բաշխման այսպիսի արակտիկայից 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:

Այսպես, 2013 և 2014 թվականներին առողջապահական կազմակերպությունների պարտքերը բանկերի վարկերի և փոխառությունների գծով կազմել է, համապատասխանաբար՝ 15 920.8 և 14 502.7 միլիոն դրամ, իսկ կրեդիտորական պարտքերի գերազանցումը դեբիտորականին, համապատասխանաբար՝ 4 834.9 և 4 264.7 միլիոն դրամ:⁶¹

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

Առողջապահության հաշիվների համակարգ 2011 ստանդարտի համաձայն, առողջապահության 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) և
3. մտավոր սեփականության արտադրանք:

⁶¹ Նույն տեղում, էջ 21-36:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում դեռևս բացակայում է հաշվետվական համակարգը բուժօգնությունների կապիտալ ծախսերի մասով, կատարված ներդրումների ծավալների վերաբերյալ որոշակի պատկերացում կարելի է կազմել ու որոտում իրականացված շինարարության ծավալների և ներմուծված բժշկական նշանակության մեքենաների և սարքավորումների արժեքի օգնությամբ:

Ետանկախացման ժամանակաշրջանում առողջապահությունում որպես ներդրումների ֆինանսավորման հիմնական աղբյուր երկար ժամանակ հանդես էին գալիս պետական բյուջեի միջոցները, միջազգային վարկերն ու մարդասիրական օգնությունը, սակայն ավելի ուշ աստիճանաբար աճեցին նաև կազմակերպությունների կողմից կատարվող ներդրումների ծավալները:

Բնականաբար, ու որոտում շուկայական հարաբերությունների աստիճանական զարգացումը, գնողունակ պահանջմունքների աճը, բուժօգնությունների դիմաց պետական ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը, հարկային բարենպաստ քաղաքականությունը նպաստել են կազմակերպությունների եկամուտների աճին և ու որոտում շահութաբերության ավելացմանը, ինչն էլ նպաստավոր պայմաններ է ստեղծել ներդրումներ կատարելու համար:

Աղյուսակ 2.2.7

Շինարարության ծավալները (հիմնական միջոցների գործարկում և շինմունտաժայիս աշխատանքներ) առողջապահության ու որոտում, միլիոն դրամ⁶²

	2013	2014	2015
Ծավալը, միլիոն դրամ			
Ընդամենը ՀՀ, այդ թվում ի հաշիվ՝	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

⁶² Շինարարությունը Հայաստանի Հանրապետությունում 2014 թվականի հունվար-դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, Էջ 12-14: Հայաստանի Հանրապետության արտաքին առևտուրը 2014 թվականին (ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 8-նիշ դասակարգման), վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, Էջ 212-223:

միջազգային վարկերի	942.5	1 678.2	2 891.4
մարդասիրական օգնության միջոցների	11.9	21.0	557.5
կազմակերպության ներքին միջոցների	736.2	1 076.3	9 168.2
Կառուցվածքը, տոկոս			
Ընդամենը ՀՀ, այդ թվում՝	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
կազմակերպության ներքին միջոցների	33.7	32.2	62.6

Մյուս կողմից, առողջապահության ոլորտում տեխնոլոգիական առաջընթացը, մրցակցային առավելության ներստանալու ձգտումը, բնակչությանը որակյալ ծառայություններ մատուցելու անհրաժեշտությունը պատճառ են հանդիսացել առողջապահական կազմակերպություններում խորհրդային ժամանակներից մնացած սարքավորումները և տեխնոլոգիաները թարմացնելու և առողջապահությունը միջազգային ստանդարտներին համապատասխանեցնելու համար:

Այդ առումով, բավականին տպավորիչ են վերջին տարիներին բուժիաստատություններում հիմնական միջոցների ներդրման ուղղությամբ 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 մասը վերաբերում է հիվանդությունների ախտորոշմանն ու բուժմանը, ինչը նպաստավոր պայմանների և համապատասխան որակավորում ունեցող անձնակազմի առկայության դեպքում բնակչությանը միջազգային ստանդարտներին համապատասխանող որակյալ բուժօգնություններ մատուցելու երաշխիքն է:

Աղյուսակ 2.2.8

Բժշկական նշանակությունը սարքերի և սարքավորումների

*Ներմուծման ծավալ ներքո, միլիոն դրամ*⁶³

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, արհեստական շնչառության սարքեր	509.2	475.4	886.1
Ռենտգենյան ապարատ բժշկական և մատեր	5 496.4	3 080.5	8 602.6
Կահույք բժշկական, մատեր	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

Չնայած, մի կողմից ստացվում է, որ, օրինակ, 2014 թվականին բուժհաստատության ներքին ունեցած 97 միլիարդ դրամը գերազանցող գուտշահույթից բոլոր տեսակի կապիտալ ծախսերն ու հարկերը հանելու դեպքում անգամ եկամուտների բաշխման անհավասարության ու գերշահույթների փաստը անվիճելի է: Մյուս կողմից, սակայն, դրական պետք է գնահատել կազմակերպության ներքին կողմից բնակչությանը առողջապահության ոլորտի արդի պահանջներին ու ստանդարտներին համապատասխանող որակյալ բուժօրոշումներ մատուցելու 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 ակնկալիքը ունի բնակչությանը:

Այսպիսով ստացվում է, որ, լավատեսական ենթադրություններով հանդերձ, 97 միլիարդը գերազանցող գուտշահույթից բոլոր տեսակի կապիտալ ծախսերն ու հարկերը հանելու դեպքում անգամ եկամուտների բաշխման անհավասարության ու գերշահույթների փաստը անվիճելի է:

Արդյունքում, երկրի առողջապահական համակարգը բնութագրվում է մի վիճակով, որ մենք գործ ունենք «վաճառողի

⁶³ Հայաստանի Հանրապետության արտաքին առևտուրը 2013-2015 թվականներին, ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 8-նիշ դասակարգման, վիճակագրական ժողովածուներ, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2014-2016թթ. էջ 213-222:

շուկայի» տիրապետող դիրքի հետ, երբ տնային տնտեսության ներքին համար շարունակաբար ավելացող առողջապահական ծախսերը լուրջ բեռ են դառնում նրանց բյուջեների համար, կրճատվում է բժշկական ծառայության ներքին մատչելիությանը, արձանագրվում է գների աճ, ինչն, իր հերթին, անգամ կրճատվող պահանջարկի պայմաններում առողջապահական կազմակերպության ներքին համար ապահովում է զգալի եկամուտներ և էլ ավելի ընդլայնվելու հնարավորություններ:

Հիմք ընդունելով մոտեցումն առ այն, որ բժշկական ծառայության ներքին իրենց բնույթով և հանրային նշանակությամբ առանձնահատուկ են, կարող ենք եզրակացնել առողջապահական կազմակերպության ներքին բիզնես գործընթացների իրականացման ոչ բավարարող յուրաքանչյուր մասին: Օբյեկտիվ պատճառներով բնակչության «պարտադրված» պահանջարկի աճի, եկամուտների անհավասար բաշխման և այլ գործոնների հաշվին շահույթ ապահովելը բիզնեսի համար լավագույն բնութագրիչներ չեն:

2.3 ՀՀ առողջապահական համակարգի կառավարման ներկավիճակը և դրա ազդեցությունը բժշկական ծառայության ներքին և մատչելիության վրա

Ցանկացած երկրի ժողովրդագրական, սոցիալական և տնտեսական զարգացման որոշիչ նախապայմանը բնակչության առողջությանն է ինչպես հանրային մակարդակում, այնպես էլ առանձին վերցված յուրաքանչյուր անհատի դեպքում, ինչը ենթադրում է բնակչության առողջության պահպանում, վերականգնում և բարելավում:

Չնայած երկրում առկա բազմաթիվ սոցիալական և տնտեսական խնդիրներին, վերջին տարիներին Հայաստանը կարողացել է ապահովել առողջապահության առանցքային ցուցանիշների մասով դրական փոփոխություններ:

Մասնավորապես, 2014 թվականին կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելու պահից տղամարդկանց մոտ կազմել է 71.8 տարի, որն ավելի բարձր ցուցանիշ է, քան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ այլ երկրներում, իսկ կանանց մոտ՝ 77.9 տարի: Այդ երկու ցուցանիշն էլ

գերազանցել են 1990 թվականին գրանցված համապատասխան մակարդակները:

Բացի դա, արձանագրվել է նաև մինչև մեկ տարեկան մանկական մահացու թյան ցուցանիշի անկում: Այսպես, 2014 թվականի ընթացքում, կյանքի առաջին տարում արձանագրվել է երեխաների մահացու թյան 376 դեպք, իսկ մանկական մահացու թյան գործակիցը 1 000 կենդանածնի հաշվով կազմել է 8.8 պրոմիլ, 1994 թվականի՝ 14.7 պրոմիլ իսկ 2004 թվականի՝ 11.6 պրոմիլ ի դիմաց: Մինչև 5 տարեկանների մահացու թյան գործակիցը (1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով) 2014 թվականին կազմել է՝ 10.3 պրոմիլ, 1994 թվականի՝ 21.4 և 2004 թվականի՝ 13.0 պրոմիլ ի դիմաց:

2014 թվականին մայրական մահացու թյան գործակիցը կազմել է՝ 18.6 պրոմիլ (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով), 1994 թվականին արձանագրված՝ 29.0 և 2004 թվականի՝ 26.7 պրոմիլ ի դիմաց⁶⁴:

Մյուս կողմից, սակայն, երկրում շարունակում է աճել բնակչության հիվանդացու թյան մակարդակը, որին զուգահեռ վտանգավոր չափերի է հասնում ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացու թյան դեպքերի թիվն ու տեսակարար կշիռը մահացու թյան պատճառների ընդհանուր կառուցվածքում:

Մահացու թյան կառուցվածքում գերակշռում են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից և չարորակ նորագոյացություններից արձանագրված դեպքերը, որոնք կազմում են մահացու թյան ընդհանուր դեպքերի ավելի քան 68.5%-ը:

Աղյուսակ 2.3.1

*Ընդհանուր հիվանդացու թյան նկատմամբ առանձին հիվանդությունների խմբերի, 2010-2014թթ., միավոր*⁶⁵

	2010	2011	2012	2013	2014
Ընդամենը, որից	1 481 599	1 511 043	1 544 999	1 576 228	1 590 959
Վարակային և մակարոնիաների հիվանդություններ	94 321	98 370	96 896	87 327	87 055
Նորագոյացություններ	38 772	43 598	46 309	46 398	48 697
<i>Աղյուսակ 2.3.1-ի շարունակություն</i>					

⁶⁴ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական զեկոլոյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 130:

⁶⁵ Հայաստանի սոցիալական վիճակը, 2014, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 344:

Ներգատական (էնդոկրին) համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	79 467	83 010	88 779	96 313	100 528
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	16 775	19 042	19 621	20 201	20 168
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	50 790	51 599	53 088	54 159	55 954
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	176 954	199 842	213 491	219 183	225 571
Միզատեսական համակարգի հիվանդություններ	83 306	86 812	90 642	94 762	93 998
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	57 869	58 236	63 764	64 338	68 296
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքների հիվանդություններ	41 538	45 449	50 231	51 208	52 915

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտն ընդգրկում է հետևյալ համակարգերն ու կազմակերպությունները՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության համակարգը, առողջապահական ծառայություններ մատուցող ՀՀ պետական և տարածքային կառավարման այլ մարմինների համակարգերը, տեղական ինքնակառավարման մարմինների ենթակայության գործող առողջապահական կազմակերպությունները, մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունները, առողջապահության ոլորտում ծրագրեր իրականացնող միջազգային, տեղական և այլ երկրների բարեգործական կազմակերպություններն ու ոչ կառավարական կազմակերպությունները:

Առողջապահական համակարգում ներառված կազմակերպությունների սեփականության և կառավարման ձևերի բազմազանությունն ինչպես նաև, որ հանրային առողջապահությանը զուգահեռ, բժշկական ծառայությունների մի մասը, բնականաբար, հասարակությանը մատուցվում է մասնավոր կազմակերպությունների կողմից՝ զուտ առևտրային (շուկայական) հարաբերությունների հենքի վրա:

Մյուս կողմից, Հայաստանի բնակչության սոցիալական վիճակի, եկամուտների տարբերակվածության և աղքատության, ինչպես նաև

հանրային առողջապահության առանձնահատկություններով պայմանավորված, բժշկական ծառայությունների առանձին տեսակների և առանձին սոցիալական խմբերին մատուցված ծառայությունների դիմաց վճարումը կատարվում է պետության ֆինանսական միջոցներից պետպատվերի և համավճարի շրջանակում:

Ըստ այդմ, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգը ֆինանսավորվում է ներքին և արտաքին աղբյուրներից: Համակարգի ֆինանսավորման ներքին աղբյուրներն են.

- ՀՀ պետական և տեղական բյուջեները,
- Բնակչության (տնային տնտեսությունների) ուղղակի վճարումները, այդ թվում՝ ոչ պաշտոնական վճարները,
- ՀՀ առողջապահության ոլորտում գործող պաշտոնական համավճարները,
- Բժշկական ապահովագրությունը:

Առողջապահության ֆինանսավորման արտաքին աղբյուրները արտաքին աշխարհից ապակենտրոնացված ձևով (ՀՀ պետական բյուջեում չարտացոլվող) ՀՀ առողջապահության համակարգում կատարված ծախսերն են⁶⁶:

Առողջապահական համակարգի գործառնության արդյունավետությունը էականորեն պայմանավորված է համապատասխան ռեսուրսներով ապահովվածությամբ և անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների առկայությամբ:

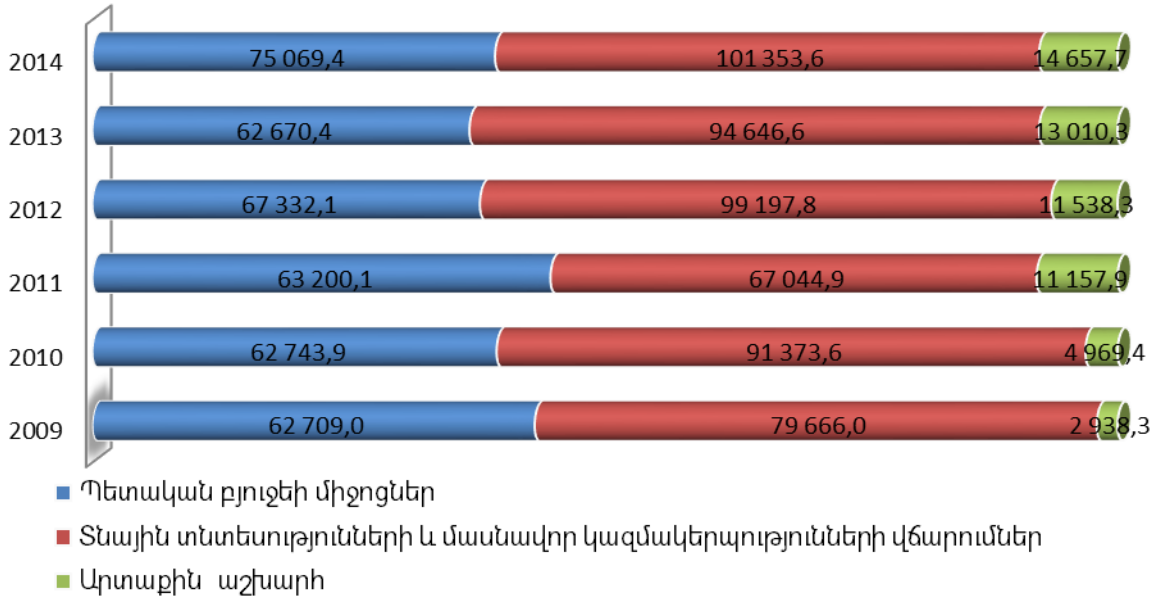
Այդ ենթատեքստով, համաձայն Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվների, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ծավալները վերջին տարիներին շարունակաբար աճել են ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների կողմից տրամադրվող դրամական միջոցների ծավալների աճի շնորհիվ:

Գծապատկեր 2.3.1

Ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների կողմից ֆինանսական գործակալներին տրամադրված ֆինանսական միջոցների ընդհանուր

⁶⁶ Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015, Ձեկույց, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2015, էջ 20-21:

Ծավալը ըստ տեսակագործիաների 2009-2014թթ. (մլ ն դրամ)⁶⁷



Աղբյուրը. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2015

2014 թվականին առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալը կազմել է 191.1 միլիարդ դրամ, որի կեսից ավելին եղել են տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները: Բնակչությանը առողջապահական ծառայություններ մատուցվել է ստացիոնար բուժում իրականացնող 130 հիվանդանոցների և 509 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների կողմից: Ծուկայավարման և բժշկական ծառայությունների հանրային նշանակություն տեսանկյունից ուշադրության է արժանի այն հանգամանքը, որ հիվանդանոցների 67.7%-ը և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների 71.5%-ը ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության են: Այս հանգամանքը կարևորվում է նրանով, որ մի կողմից բժշկական ծառայությունների մատուցումը որպես տնտեսական գործունեություն և, մյուս կողմից՝ առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների կազմակերպումը ոչ միայն էականորեն կարող են տարբեր լինել պետական ենթակայության և մասնավոր կազմակերպություններում, այլև տարբեր կլինեն դրանցում գործունեության արդյունավետության բարձրացմանը միտված բիզնես

⁶⁷ Նույն տեղում, էջ 30:

գործընթացների կառավարման մոտեցումներն ու ուղղությունները:

Բնականաբար, առողջապահական կազմակերպությունների գործառնությունն արդյունավետությունը անհրաժեշտ է գնահատել ոչ միայն զուտ շուկայավարման տեսանկյունից՝ նկատի ունենալով ծախսեր-հասույթ հարաբերակցությունը կամ շահութաբերություն մակարդակը, այլև բժշկական ծառայությունների հանրային կամ սոցիալական նշանակություն համատեքստում:

Ոլորտի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ այստեղ ամբողջությամբ չեն գործում առաջարկի և 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: Հայաստանում բժշկական ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության տեսանկյունից կարևոր է նաև այն փաստը, որ առողջապահական հիմնարկները և ներուժը հիմնականում կենտրոնացված են հանրապետության առավելապես խոշոր քաղաքներում, մասնավորապես՝ Երևանում կենտրոնացված է բժիշկների 69.1%-ը, ստացիոնար բուժհիմնարկների՝ 42.3%-ը, հիվանդանոցային մահճակալների՝ 62.6%-ը, ամբուլատոր-արևելիկ ինիկական հիմնարկների՝ 29.5%-ը:

Չնայած այն փաստին, որ առողջապահական կազմակերպությունների գրեթե կեսը, իսկ նեղ մասնագիտական բժշկական ծառայություններ մատուցող գրեթե բոլոր բուժհիմնարկները տեղակայված են Երևան քաղաքում,

այնուհանդերձ մայրաքաղաքից այլ բնակավայրերի հեռավորությունը հաշվի առնելով, կարելի է համարել, որ բոլոր տեսակի բժշկական ծառայությունները հասանելի են բնակչությանը (պայմանով, եթե վերացարկվենք հիվանդացության առանձին ծանր և հրատապ օգնություն պահանջող դեպքերից): Միաժամանակ, հարկ է նկատի ունենալ, որ գյուղական բնակչության համար բուժօգնությունների և որակյալ բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը դեռևս շարունակում է մնալ օրակարգային խնդիր:

Աղյուսակ 2.3.2

Հիվանդանոցային հիմնարկների քանակն ըստ ՀՀ մարզերի և երևան քաղաքի, 2009-2014թթ.⁶⁸, միավոր

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ք.երևան	48	49	50	52	54	55
Արագածոտն	6	6	6	6	6	6
Արարատ	7	7	7	7	7	7
Արմավիր	4	4	4	4	4	4
Գեղարքունիք	7	8	8	7	7	7
Լոռի	11	11	11	10	9	8
Կոտայք	10	10	10	9	9	9
Շիրակ	18	19	18	16	17	17
Սյունիք	7	6	6	6	6	7
Վայոց ձոր	3	3	3	3	3	3
Տավուշ	6	7	7	7	7	7
Ընդամենը ՀՀ	127	130	130	127	129	130

Այսպես, համաձայն 2014 թվականին իրականացված տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքների, բուժօգնությունների հասանելիության վերաբերյալ հարցին գյուղաբնակ տնային տնտեսությունների 72.3%-ը պատասխանել է, որ բուժկետը գտնվում է մինչև 1 կմ հեռավորության վրա, իսկ 0.5%-ը պատասխանել է, որ այն գտնվում է 10 կմ-ից հեռու: Դեղատների դեպքում պատկերը մի փոքր այլ է՝ գյուղաբնակ տնային տնտեսությունների 31.6%-ը պատասխանել է, որ դեղատունը գտնվում է մինչև 1 կմ հեռավորության վրա, 28.2%-ը, պատասխանել է, որ այն գտնվում է 10

⁶⁸ ՀՀ սոցիալական վիճակը 2014, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 366:

կմ-ից հեռու⁶⁹:

Աղյուսակ 2.3.3

Գյուղական բնակավայրերում բուժօգնությունը և դեղատան հասանելիությունը, (տոկոս)

Յեռավորությունը	Բուժօգնություն	Դեղատուն
0-1 կմ	72.3	31.6
1-3 կմ	24.1	15.6
4-5 կմ	1.7	6.1
6-10 կմ	1.4	18.5
>10 կմ	0.5	28.2

Առողջապահական համակարգի գործառնական արդյունավետության տեսանկյունից ավելի կարևոր են բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունն ու որակը:

Համաձայն տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի հետազոտության արդյունքների 2014 թվականի ընթացքում բուժօգնության համար բնակչությունը հիվանդանոցներ է դիմել միջինում 2.1 անգամ: Գիշերը հիվանդանոցում է մնացել հիվանդանոց վերջին այցի ժամանակ դիմածների 56%-ը, որոնք հիվանդանոցում պառկել են միջինում 7.6 օր, ընդ որում՝ նրանց 65.8%-ը հիվանդանոցում մնացել է մեկ շաբաթից պակաս, 23.4%-ը՝ մեկ շաբաթից մինչև երկու շաբաթ և 10.8%-ը՝ երկու շաբաթից ավել:

Հարկ է նշել, որ բնակչության 29.1%-ը հիվանդանալու դեպքում խորհրդատվության համար դիմել է թերապևտին, 20.0%-ը՝ նեղ մասնագետին, 25.0%-ը ընտանեկան բժշկին, այն դեպքում, երբ մասնավոր բժիշկներին է դիմել միայն 2.4%-ը:

Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման համար հիվանդանալու դեպքում բնակչությունը մեկ ամսվա մեջ դիմում է միջինը 1.6 անգամ, այդ թվում՝ ոչ աղքատները՝ 1.7 անգամ, աղքատները (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 1.3, ծայրահեղ աղքատները՝ 1.1 անգամ⁷⁰:

Առողջապահական կազմակերպություններ դիմելու դեպքերի և դրանց հաճախականության դիտարկումը երևան է հանում այն պարզ

⁶⁹ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական զեկոլոյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 130:

⁷⁰ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական զեկոլոյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 130:

օրինաչափությունը, որ հիվանդանոցներ մարդիկ դիմում, երբ իրապես ակնհայտ է դառնում բժշկական միջամտության անհրաժեշտությունը:

Առողջության առաջնային պահպանման օղակներ դիմելիության պատկերը մի փոքր այլ է առողջությանը սպառնացող ցածր ռիսկի պատճառով: Հատկանշական է, որ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառն ինքնաբուժումն է՝ 55% և ֆինանսական վատ վիճակը՝ 18.0%, որոնք անուղղակիորեն փաստում են ծառայությունների ոչ բավարարմանը տեղի ունեցող մասին⁷¹:

Աղյուսակ 2.2.4

Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառներն ըստ բնակչության վայրի, 2014թ. (տոկոս)

	Ընդամենը	ք.երևան	Այլ քաղաքներ	Գյուղեր
Ընդամենը , այդ թվում՝	100	100	100	100
Ինքնաբուժում	55.0	60	47.9	55.0
Ֆինանսապես չվիճակի չէի բուժվելու	18.0	14.0	24.5	17.4
Հատհեռու է	0.5	1.0	-	0.5
Խնդիրը լուրջ չէր	12.1	4.3	14.4	19.1
Կարիք չի եղել	5.5	8.1	4.2	3.5
Բժիշկը բարեկամ/ընկեր է	5.2	8.2	3.7	2.8
այլ	3.7	4.4	5.3	1.7

Ներկայացված երկու պատճառները առկա են նաև հիվանդանոց չդիմելու դեպքում, ինչը որոշակիորեն վկայում է բնակչության որոշակի մասի համար բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության խնդրի մասին: Ըստ 2014 թվականի նույն հետազոտությանը ստացված տվյալների՝ բժշկական ծառայություններին համար կատարված ծախսերը կազմել են տնային տնտեսությունների ամբողջ ծառայությունների վրա կատարված ծախսերի 7.9%-ը: Աղյուսակ 2.3.5-ում ներկայացված է ընդհանուր սպառման մեջ առողջապահությանն ուղղված ծախսերի բաշխումն ըստ քվիտիլային խմբերի: Առողջապահության ծառայությունների վրա

⁷¹ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական գեկույց, ՀՀ ԱՎՃ, Եր. 2015, էջ 130:

ծախսերի տեսակարար կշիռը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ ամենահարուստ քվինտիլային խմբի համար ավելի բարձր է, քան ամենաաղքատ քվինտիլային խմբում (8.2%` 2.9%-ի դիմաց): Միաժամանակ, տվյալներից պարզ երևում է, որ եթե ամենաաղքատ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերը զիջում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսին 3.7 անգամ, ապա ամենավերին քվինտիլի բնակչության առողջապահության ծառայությունների վրա կատարված ծախսերը 2.9 անգամ գերազանցում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսին ⁷²:

Աղյուսակ 2.3.5

Սպառման բաղադրիչներն ըստ քվինտիլային խմբերի 2014թ. (միջին հանրապետական գներով, դրամ, ամսական)

	Ամենաաղքատ	2	3	4	5	Ընդամեն ը
Առողջապահություն	914	1406	2080	2812	9852	3413
Միջին ծախս	31664	43594	55721	67916	119978	63778

Բնակչության համար բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը ապահովելու նպատակով անվիճելի է աղքատ տնային տնտեսությունների համար անվճար բժշկական փաթեթի կարևորությունը, ինչը որոշակիորեն կախված է նաև ընտանեկան նպաստ ստանալու իրողությունից: Դրանով պայմանավորված անհրաժեշտ է ընդլայնել աղքատ և ծայրահեղ աղքատ բնակչության ընդգրկվածությունը անվճար բժշկական օգնության ծրագրում և բարձրացնել նպաստի հասցեականության աստիճանը: Վերջին տվյալներով պետական պատվերի իրավունք ունեցել է բնակչության միայն 7.8%-ը: Ըստ աղքատության մակարդակի, պետական պատվերի իրավունք ունեցել է ծայրահեղ աղքատների 6.6%-ը, աղքատների (առանց ծայրահեղ աղքատների)` 7.9%-ը և ոչ աղքատների` 7.8%-ը: Իսկ ընտանեկան նպաստ ստացող տնային տնտեսությունների միայն 12.3%-ն է ունեցել բժշկական ծառայությունների փաթեթից օգտվելու իրավունք, այդ թվում` ծայրահեղ աղքատների` 11.8%-ը, աղքատների (առանց ծայրահեղ

⁷² Հայաստանի սոցիալական պատվերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական զեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 225:

աղքատների)՝ 12.5%-ը և ոչ աղքատների՝ 12.2%-ը: Ինչ վերաբերում է ընտանեկան նպաստի համակարգում չհաշվառված տնային տնտեսության ունեցիկներին, ապա պետական պատվերի իրավունք ունեցել է 7.0%-ը, այդ թվում՝ ծայրահեղ աղքատների՝ 3.4%-ը, աղքատների (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 6.6%-ը և ոչ աղքատների՝ 7.3%-ը⁷³:

Առողջապահական ծառայությունների որակի վերաբերյալ որոշակի պատկերացում են տալիս բնակչության շրջանում պարբերաբար իրականացվող երկու՝ տնային տնտեսության ունեցիկներին և առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման ընտրանքային հետազոտությունների արդյունքները:

Ըստ առաջին հետազոտության արդյունքների, վերջին տարիների ընթացքում նկատելի է ծառայությունների որակից բավարարվածության աստիճանի նվազում: Մասնավորապես, եթե 2008 թվականին առողջապահական ծառայությունների որակից բավարարված է եղել հարցմանը մասնակցած բնակչության 56.1%-ը, բավարարված չի եղել 29.0%-ը և դժվարացել է հարցին պատասխանել 14.9%-ը, ապա 2014 թվականին այդ ցուցանիշները կազմել են համապատասխանաբար՝ 54.7%, 29.7% և 15.6%: Վերջին երկու դեպքերում աճը կազմել է 0.7 տոկոսային կետ: Ավելին, 2014 թվականին հարցված բնակչության 12.4%-ը նշել է առողջապահական ծառայությունների որակի վատթարացման մասին, ընդ որում ծառայությունների մատուցման վատաչխատանքի դեպքում ընթացք է տրվել դիմումների 38.1%-ին: Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ 2008 թվականին ծառայությունների որակի վատթարացման մասին նշել էր ընդամենը հարցվածների 7.7%-ը⁷⁴:

Համաձայն առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման զեկոլոյցի, առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակի գնահատականը

Հայաստանում այլ ոլորտների գնահատականների համեմատաբար ձեր է՝ առողջապահության որակից բավարարված է բնակչության 45.6%-ը (բավարարվածությունը գտնվում է «Միջին» գնահատականների տիրույթում): Սակայն, մյուս կողմից՝ առողջապահության

⁷³ Նույն տեղում, էջ 145:

⁷⁴ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական վերլուծական զեկոլոյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, էջ 203-205:

համակարգի ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության գնահատականն ամենացածրն է՝ դրանից բավարարված է բնակչության ընդամենը 9.5%-ը (գնահատականը գտնվում է «Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթում): 2010-2013 թվականների ընթացքում առողջապահական ծառայությունների որակի գնահատականի ցուցանիշը 52.7%-ից նվազել է մինչև 45.6%, իսկ դեղերի գների մատչելիությունը՝ 28.5%-ից 9.5%⁷⁵:

Միմյանցից անկախ իրականացված հետազոտությունների արդյունքները փաստում են, որ Հայաստանի բնակչության համար առողջապահության ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունն առավել և ուրջ խնդիրների շարքում է:

Առավել իրատեսական լինելու համար, հարկ է հաշվի առնել երկու կարևոր հանգամանք. նախ, առողջապահության ֆինանսական մատչելիության ընդհանուր գնահատականը պայմանավորված է առանձին տիպի բժշկական հիմնարկների ֆինանսական մատչելիությամբ: Երկրորդ, առանձին բուժօգնականների մատչելիության գնահատականները կարող են տարբերվել կախված նրանից, թե արդյո՞ք անձը տվյալ տարվա ընթացքում անձամբ դիմել է, թե՞ անձամբ չի դիմել տվյալ բուժօգնական: Եթե անձը տվյալ տարվա ընթացքում անձամբ դիմել է տվյալ բուժօգնական, ապա այդ ֆինանսական մատչելիության նրա գնահատականը մեծապես պայմանավորված կլինի հենց այդ ուսումնասիրվող տարվա ընթացքում ձեռք բերված փորձով: Եթե անձը տվյալ տարվա ընթացքում անձամբ չի դիմել տվյալ բուժօգնական, ապա նրա գնահատականի վրա մեծ ազդեցություն կունենան նրա ավելի հեռու ժամանակահատվածի փորձը, իր կյանքի ընթացքում այդ բուժօգնականի ֆինանսական մատչելիության վերաբերյալ կազմավորված դիրքորոշումը և հասարակությունում (այդ անձի շրջապատում) առկա ընդհանուր պատկերացումները:

Ըստ այդ, ինչպես փաստում են նշված հետազոտության արդյունքները, բոլոր տիպի բուժօգնականների համար դրանց ֆինանսական մատչելիության գնահատականներն անհամեմատ ավելի բարձր են այն անձանց համար, ովքեր տվյալ տարվա ընթացքում

⁷⁵ Հայաստանի առողջապահության համակարգի գնահատում 2014, ՀՀ ԱՆ, Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2014, էջ 55-56:

դիմել են տվյալ բուժհիմնարկ (բուժհիմնարկ դիմած և չդիմած անձանց պատասխանների տարբերությունը տատանվում է 10% - 22% միջակայքում): Բուժհիմնարկ դիմած և չդիմած անձանց գնահատականների տարբերությունն ամենամեծն է ծննդատների մատչելիության գնահատականներում: Եթե ծննդատուները ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն չդիմած կանանց 42%-ը, ապա ծննդատուները ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն դիմածների 64%-ը (տարբերությունը՝ 22%): Այնուհետ, ըստ կազմակերպության տիպերի ցուցանիշների միջինացված արդյունքների նվազման կարգի, մատչելիության ամենաբարձր աստիճան ունեն ծննդատուները, արլիկլիսիկաները և գյուղական բուժկետ/ամբուլատորիաները՝ 43%-58%, ատամնաբուժարանները՝ 31%, հիվանդանոցները՝ 20%, ախտորոշիչ կենտրոնները և մասնավոր բժշկական կենտրոնները՝ 16%⁷⁶: Այնուհանդերձ, չնայած նշված «մեղմացուցիչ» հանգամանքներին, բոլոր տիպի առողջապահական կազմակերպությունների և բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը էապես նվազել է վերջին չորս տարիների ընթացքում:

Արդյունքում, կարելի է արձանագրել երեք կարևորագույն խնդիր, որոնք անհրաժեշտ է լուծել առողջապահական կազմակերպությունների գործառնական արդյունավետության բարձրացման շնորհիվ.

Առաջին՝ ապահովել առողջապահական ծառայությունների անհրաժեշտորակ:

Երկրորդ՝ բարձրացնել առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության և առանձին դեպքերում նաև ֆիզիկական հասանելիության աստիճանը:

Երրորդ՝ ապահովել արդյունավետ հաղորդակցություն քնակչության հետ առաջացող խնդիրներին արագ արձագանքելու և բժշկական ծառայությունների ու բուժհիմնարկների կողմից մատուցվող ծառայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության վերաբերյալ տեղեկատվության հասանելիության,

⁷⁶ Հայաստանի առողջապահության համակարգի գնահատում 2014, 33 ԱՆ, Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2014, էջ 58:

Թափանցիկություն և հասարակական կարծիքի փոփոխություն
նպատակով մարկետինգային միջոցառումների իրականացում:

**ԳԼՈՒԽ 3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԲԻԶՆԵՍ
ԳՈՐԾՆԹՅՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՄՈԴԵԼԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ
ՀՆԱՐԱԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆԱԿԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐՁՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ**

3.1 Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման

**խոչընդոտներն ու հնարավորությունները առողջապահական
կազմակերպություններում**

Հայաստանի սոցիալ-տնտեսական զարգացման արդի տեմպերը, համաշխարհային ինտեգրացիոն գործընթացները, բնակչության միգրացիոն շարժունակությունը, ծառայությունների ներմուծման խոչընդոտների շարունակական վերացումն ու առողջապահության զբոսաշրջության զարգացման միտումները որոշակիորեն լուրջ մրցակցային միջավայր են ձևավորում առողջապահական կազմակերպությունների համար: Դրանով պայմանավորված, ինչպես արդեն նշել ենք, կազմակերպությունների արդյունավետ գործունեության համար անսահմանորեն նշանակություն է ստանում արտաքին միջավայրի փոփոխություններին համաժամանակյաև համարժեք արձագանքելու ունակությունը: Չունտնտեսական իմաստով, անգամ շուկայում իրենց դիրքերը չկորցնելու համար առողջապահական կազմակերպությունները պարտադրված են շարունակաբար ներդնել կամ կատարել ագործել կառավարման ձևերն ու մեխանիզմները՝ ինչը գործունեության արդյունավետության բարձրացման գլխավոր երաշխիքն է, քանզի հնարավորություն կտանվազագույն ծախսերով ապահովել որակյալ և մատչելի բժշկական օգնություն կամ ծառայություններ: Բժշկական ծառայությունների որակի շարունակական աճը հանդիսանում է արդի առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության հաջողության գլխավոր գրավականը:

Բուժօգնության ծառայությունների որակի ապահովումը բնականաբար ենթադրում է որակի կառավարման համակարգի և մեխանիզմների ներդնում կազմակերպությունում ISO ստանդարտների սկզբունքներին համապատասխան: Որակի կառավարումը պետք է դառնա կազմակերպության գործունեության փիլիսոփայության անցքը, որն ուղղված է դեպի որակի

ապահովման նպատակների վրա հիմնված արդյունքների ձեռքբերումը և հիվանդների սպասումների ու կարիքների բավարարումը: Որակի անընդհատ բարելավումը կազմակերպության գործունեության հիմնարար նպատակն է, որն ուղեկցվում է ֆինանսատնտեսական օպտիմալ արդյունքներին հասնելու նպատակներով և ուղղված է բժշկական ծառայությունների ոլորտի բոլոր մասնակիցների՝ հիվանդների, բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի, պետության և, ընդհանրության մեջ՝ հասարակության բավարարվածության և կյանքի որակի աճին⁷⁷:

Ըստ էության որակի կառավարումը և կազմակերպության գործառնական կառավարումը ամբողջականացված են կառավարման միասնական համակարգում, որն արդյունքում հանգում է գործընթացների կառավարման համակարգին, ինչը կառավարման վերին օղակին հնարավորություն է տալիս ձևավորել փոխադարձ կապեր ենթահամակարգերի միջև և համաձայնեցնել բոլոր առանցքային բիզնես գործընթացները՝ վերացնելով դրանց միջև առաջացող հակասությունները: Կառավարման ենթահամակարգերը և բիզնես գործընթացները միասնական մեկ ամբողջի մեջ դիտարկելը հնարավորություն է տալիս առավել արդյունավետ պլանավորել կազմակերպության գործունեությունը և առավել ողջամիտ օգտագործել բոլոր ռեսուրսները: Որակի կառավարման համակարգի հաջող գործառնական համար պետք է հստակեցված լինեն կազմակերպության գործունեության բոլոր տեսակներն ու դրանց միջև առկա գործընթացային փոխադարձ կապերը, որոնք արդյունքում վերածվում են ներդաշնակ փոխգործակցող գործընթացների ամբողջության: Անգամ գործընթացների փոփոխությունը, նորերի ի հայտ գալն ու որոշ գործընթացներից հրաժարվելը չպետք է խախտի այդ միասնականության ներդաշնակությունը, որին հնարավոր է հասնել բիզնես գործընթացների կառավարման արդյունավետ և գործունակ մեխանիզմների համակարգ ներդնելու միջոցով⁷⁸:

⁷⁷ Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф. Опыт применения процессного подхода в управлении медицинской организацией, Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, ст. 13.

⁷⁸ Նույն տեղում, էջ 14:

Կառավարման գործընթացային մոտեցման դեպքում զգալի արդյունքների կարելի է հասնել, եթե բիզնես գործընթացների մշակման, ձևավորման և նկարագրման ժամանակ հիմք ընդունվի Դեմինգի շրջապտույտի մոդելը (կառավարման տեսության մեջ և արակտիկայում այն առավել հայտնի է որպես որոշումների ընդունման կրկնվող գործընթաց՝ պլանավորում - գործողություն - ստուգում/նստումնասիրում - ճշգրտում, անգլերեն՝ «*Plan-Do-Check-Act*»), որը հնարավորություն է տալիս կառավարել գործընթացները ոչ միայն առանձին-առանձին, այլև ապահովել դրանց փոխգործակցությունն ու փոխազդեցությունը հատումների ժամանակ: Սկզբունքորեն որակի կառավարման բնագավառում որոշումների ընդունման այս գործիքի կիրառությունը առողջապահական կազմակերպություններում խիստ օգտակար է, քանզի մի կողմից մատուցվող առողջապահական ծառայությունը (կատարվող բժշկական գործառնությունը) անընդհատ կրկնվում է բովանդակային առումով, օրինակ սրտի վիրահատությունը, բայց, մյուս կողմից, այն միաժամանակ տարբեր է յուրաքանչյուր առանձին հիվանդի դեպքում և միանգամայն նոր գործընթաց է: Ավելին, քանի որ բժշկական գործառնությունը ավտոմատացված գործընթացների համալիր է, այլ բժշկի գործողություններ, խիստ կարևոր է անընդհատ այս պարբերաշրջանի օգնությամբ հետևել մատուցվող ծառայության որակին և շարունակաբար բարելավել այն:

Բացի այդ, արակտիկան ցույց է տալիս նաև, որ բժշկական ցանկացած կազմակերպության գործունեությունը կարելի է ներկայացնել բիզնես գործընթացների համալիրի տեսքով, որոնց մշակման և նկարագրության համար կարելի է հիմք ընդունել որակի ISO ստանդարտները: Ստանդարտացման միջազգային կազմակերպության կողմից մշակված ISO 11 ստանդարտը վերաբերում է առողջապահությանը, որի 11.020-ից մինչև 11.200 ենթախմբերը ընդգրկում են առողջապահական գործունեության ողջ սպեկտրը՝ գիտությունից, բժշկական սարքավորումներից մինչև կոնկրետ բժշկական գործառնությունների իրականացումը: Իսկ 2003 թվականին ընդունված ISO 13485 ստանդարտը վերաբերում է առողջապահության

ոլորտում որակի կառավարմանը: Այնուհանդերձ, միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ կազմակերպությունները որակի կառավարման բնագավառում նախապատվությունը տալիս են հիմնականում ISO 9000 ստանդարտին:

Որակի ISO 9000 ստանդարտները, որպես կանոն, ներկայացնում են բիզնես գործընթացների հստակ սահմանումը և բովանդակությունը, ինչը սակայն բավարար չէ տնտեսական գործունեության տարբեր ոլորտներում գործող կազմակերպությունների համար կառավարման այդ մոդելի համապիտանի ձևաչափ մշակելու համար, քանի որ գործընթացները որքան էլ բովանդակությամբ նույնը լինեն, դրանք հնարավոր է տարբեր կերպ նկարագրել անգամ նույն ոլորտի տարբեր կազմակերպություններում և կառավարման տարբեր մակարդակներում: Բայց այդ տարբերություններով հանդերձ, յուրաքանչյուր գործընթաց պետք է ունենա իր սկիզբը, շարունակությունը և հստակ ավարտը, ինչը հիմք ընդունելով՝ յուրաքանչյուր կազմակերպություն կարողանում է կառուցել գործընթացների ծառը:

Անկախ այն հանգամանքից, թե կառավարման ինչպիսի մոդել կներդրվի կազմակերպությունում կամ վերափոխումների ինչպիսի գործընթաց կիրականացվի, առաջադրված նպատակներին հասնելը մեծապես կախված է այն մարդկանց գիտելիքներից, շահերից, ցանկություններից ու մոտիվացիայից, ովքեր իրականացնում են կազմակերպության կառավարումը և մատուցում են բժշկական ծառայություններ բնակչությանը: Վերափոխումների հաջողությունը կախված է ոչ թե հատկացված ֆինանսական միջոցների ծավալից, այլ դրանք իրականացնող մասնագետների ձգտումներից և գործողություններից: Այս իրողությունը յուրաքանչյուր անգամ անհրաժեշտ է շեշտադրել այն պարզ պատճառով, քանզի, ինչպես համոզված էր ակադեմիկոս Ա. Ադանբեկյանը, հաճախ և հատկապես առողջապահությունում ֆինանսական ռեսուրսներին տրվում է ավելի մեծ նշանակություն, քան մնացած գործոններին, ինչը նա համարում էր մոլորություն: Ֆինանսները, անկախ դրանց ունիվերսալ (համապիտանի) բնույթից, չեն կարող գերակայող լինել, մարդկային և ժամանակային

ռեսուրսների բացակայության դեպքում⁷⁹: Ըստ այդմ, բիզնես գործընթացների կառավարումը, ինչպես և ցանկացած նորամուծություն, պահանջում է դետալացված ուսումնասիրություն և յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում և համապատասխանեցում կոնկրետ կազմակերպության առանձնահատկություններին, պայմաններին, համապատասխան կադրային, նյութական, ֆինանսական և ժամանակային ռեսուրսներին⁸⁰:

Կազմակերպությունում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրումը չի կարող լինել ինքնանպատակ և հնարավոր չէ իրականացնել ցանկացած ժամանակ և ինքնաբերաբար՝ առանց նախնական մանրակրկիտ նախապարաստական փուլի: Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման համար անհրաժեշտ միջոցառումների և գործողությունների պլանը մշակելուց առաջ հարկ է մանրակրկիտ ուսումնասիրել և վերլուծել կազմակերպության արտաքին միջավայրն ու անմիջական շուկայական միջավայրը: Հաջորդ քայլով անհրաժեշտ է որոշել կազմակերպության ներքին միջավայրի այն պայմանները, որոնց հիման վրա հստակեցվում են մոդելի ներդրման գլխավոր չափորոշիչները: Տեսաբանների կարծիքով, այդպիսի ուսումնասիրությունների ժամանակ ցանկալի է օգտագործել SWOT վերլուծության գործիքը, ինչը հնարավորություն է տալիս ոչ միայն վերլուծել կազմակերպության գործունեության ներկա վիճակը, այլ և գնահատել գոյություն ունեցող ծառայությունների ծավալների ընդլայնման հնարավորությունները կամ մեծացնել ծառայությունների շրջանակը՝ առավել արդյունավետ օգտագործելով առկա ռեսուրսները⁸¹:

Մինչ կառավարման նոր տեխնոլոգիաների և մոդելի մշակումը, անհրաժեշտ է հստակ պատկերացում ունենալ կազմակերպության ներքին միջավայրի, ունեցած ռեսուրսների, սահմանափակումների

⁷⁹ Аганбеян А.Г., О реформе здравоохранения/ Альманах Высшей школы корпоративного управления Академии народного хозяйства при Правительстве РФ и Содружества выпускников и слушателей ВШКУ. 2-е изд., М., 2009, ст. 12.

⁸⁰ Ермакова С.Э., Управление бизнес-процессами в медицинской организации, журнал 'Экономика и управление, 2(63) 2010, ст. 142-144.

⁸¹ Նույն տեղում, էջ 142-144:

և հնարավորությունների վերաբերյալ, որի համատեքստում գլխավորը մատուցվող ծառայությունների շրջանակում ներառված գործընթացներն են: Կազմակերպության բիզնես գործընթացների նկարագրության ժամանակ անհրաժեշտ է հետևել դասական սխեմային, ինչը ներառում է՝

1. կազմակերպական կառուցվածքի նկարագրություն,
2. կազմակերպության գերծուկներն են քիզնեսու-
նուղղվածությունն են նկարագրություն,
3. ծառայությունների գերակայությունների սահմանում ըստ հանրային և կազմակերպության գործուկներն են համար
ունենցած նշանակություն,
4. բիզնես գործընթացների ծառի կառուցում,
5. բիզնես գործընթացների գնահատում և ընտրությունն՝
հետագավերլուծություն և կատարելագործման նպատակով,
6. ներքին և արտաքին աուդիտի իրականացում,
7. հաշվետվականության համակարգի ներդրում:

Ավարտական փուլում մշակվում են կանոնակարգերը և հիվանդներին բուժօգնություն ծառայություններ մատուցելու անձնակազմի գործողությունների ընթացակարգերը, ինչպես նաև բիզնես գործընթացների և տեղեկատվական հոսքերի սխեմաները⁸²:

Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրման հնարավորությունների և խոչընդոտների ուսումնասիրության տեսանկյունից կարևոր նշանակություն է ստանում երկրի առողջապահական համակարգի էվոլյուցիոն զարգացման պատմությունը և հատկապես ետանկախացման շրջանում իրականացված բարեփոխումները: Բնականաբար, կառավարման այս մոդելի ներդրման հաջողությունը որոշակիորեն կախված է շուկայական տնտեսավարման պայմաններին առողջապահական համակարգի և առանձին կազմակերպությունների ինտեգրվելու աստիճանից:

Առողջապահական համակարգի վերափոխումների պատմությունը կամ իրականացված փորձերը ցույց են տալիս, որ անցած քսանհինգ

⁸² Ермакова С.Э., Управление бизнес-процессами в медицинской организации, журнал ' ' Экономика и управление' ', 2(63) 2010, ст. 142-144.

տարիների ընթացքում այդ բարեփոխումները կրելով գլխավորապես իրավիճակային բնույթ, նախ և առաջ, վերաբերել են «այսբերգի» երևացող մասին և ունեցել են հիմնականում ֆինանսական բովանդակություներ: Խորհրդային համակարգի փլուզումը, անհրաժեշտ ֆինանսական ռեսուրսների ծավալի խիստ կրճատումը հանգեցրին նրան, որ շուկայական հարաբերություներին անցումը դրսևորվեց բժշկական ծառայություներին ֆինանսավորման բեռի զգալի մասը տնային տնտեսություներին փոխանցելու տեսքով: Եթե այլ երկրներում մասնավոր ֆինանսավորմանը զուգընթաց իրականացվեցին առողջապահական համակարգի օպտիմալացման, ապահովագրական համակարգի ներդրման, մասնավոր հատվածի զարգացման և այլ միջոցառումներ, որոնք նպատակ ունեին ապահովել առողջապահության ոլորտի սահուն տեղափոխումը շուկայական ռելսերի վրա, ապա Յայաստանում ոչ միայն պահպանվեց նախկին ողջ համակարգը, այլև վերջին տարիներին սկսվեց դրա ընդարձակումը: Ցավոք, քանակական փոփոխություները, առանձին բացառություները հաշվի չառնելով, հիմնականում չբերեցին համակարգի որակական բարելավմանը, որի լավագույն վկայություները բժշկական ծառայություներին ցածր որակն է, սահմանափակ մատչելիություները և առողջություները բնութագրող ցուցանիշների չբարելավվող դինամիկան:

Ինչպես ողջ համակարգում, այնպես էլ բուժօգնության ծառայություներին գերակշռող մասում դեռևս տիրապետող են խորհրդային ժամանակներին բնորոշ կառավարման հնացած տեխնոլոգիաները, որոնք խչընդոտում են անգամ շուկայական հարաբերություներին և կազմակերպություներին միջև առողջ մրցակցային միջավայրի ձևավորմանը: Բուժհաստատություներին մասնավորեցման գործընթացը, մասնավոր առողջապահական կազմակերպություներին հիմնումը կարող էին էապես նպաստել կառավարման և կազմակերպություներին գործունեության նոր մշակույթի ու փիլիսոփայության ձևավորմանը կամ արտասահմանյան առաջավոր փորձի տեղայնացմանը, սակայն կառավարման լծակները տնօրինող ղեկավարները դեռևս առաջնորդվում են նախկինում ձևավորված ավանդույթներով:

Համակարգի ոչ արդյունավետ գործունեության և նորամուծությունների ներդրման հաջորդ կարևորագույն խոչընդոտը բուժհաստատությանների առաքելության անորոշությունն է և դարձյալ կազմակերպությանների գործունեության ֆինանսական կողմին նախապատվություն տալը, ինչն արտահայտվում է պետական ֆինանսավորման իրավիճակային օգտագործմամբ, ծառայությունների բարձր գներով, կազմակերպությանների մեծ շահույթով և անձնակազմի ցածր աշխատավարձերով, որոնք բոլորը միասին խոչընդոտում են ծառայությունների որակի և մատչելիության աճին:

Առողջապահական համակարգի գործառնության և բուժհաստատությանների գործունեության արդյունավետության գնահատման տեսանկյունից լուրջ խնդիր է ողջ համակարգի և առանձին կազմակերպությանների ֆինանսատնտեսական և բժշկական գործունեության հաշվառման միասնական համակարգի և անհրաժեշտ տեղեկատվության հասանելի շտեմարանների բացակայությունը:

Հաջորդ կարևոր խնդիրը կայանում է նրանում, որ դեռևս գործունեության նույն ուղղությունը չունեն Յայաստանի առողջապահության նազմավարական նպատակները և առողջապահական կազմակերպությանների գործունեությունը: Եթե առաջինը, թեկուզ տեսականորեն հանրային առողջության խնդիրների լուծման, կյանքի որակի բարելավման և այլ նպատակներ է հետապնդում, ապա բուժհաստատությանների համար առաջին պլանում է շահույթի ապահովումը:

Թվարկված և բազմաթիվ այլ խնդիրներ վաղուց արդեն օրակարգային պահանջ են դարձրել կառավարման ժամանակակից տեխնոլոգիաների ներդնումը առողջապահական կազմակերպություններում, հասարակությանը բուժօժանջություններ մատուցելու նոր մշակույթի ձևավորումը և բուժհաստատությանների առաքելության մշակումը, որոնք պետք է համահունչ լինեն երկրում հանրային առողջապահության զարգացման նազմավարություններին և ծրագրերին:

Համակարգային նոր մոտեցումները, բնականաբար, հնարավորություն կտան դուրս գալ կազմակերպության

անձնավորված շահերի նեղ շրջանակից և առավել նպատակային ու արդյունավետ օգտագործել նորամուծական տեխնոլոգիաները հիվանդությանն ներքին փառորոշման, բուժման և կանխարգելման ոլորտներում, ինչին միտված է Հայաստանի ողջ հանրային առողջապահությանը⁸³:

Վերը ներկայացվածի լույսի ներքո կարելի է ընդհանրացված ներկայացնել կառավարման նոր մշակույթի և տեխնոլոգիաների ներդրման խոչընդոտներն ու հնարավորությունները Հայաստանի առողջապահական համակարգում: Գնահատականների համար կարևորել ակետային պայման է ոլորտի կազմակերպությունների թիվն ու կարգավիճակը: Այսպես, 2014 թվականի դրությամբ հանրապետությանում բնակչության ստացիոնար բուժման ծառայություններ է մատուցել 130 հիվանդանոց, որոնց 67.7%-ը գտնվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության ներքո: Միաժամանակ, նախարարության ենթակայությամբ են գործում 509 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկներից 364-ը կամ 71.5%-ը: Պահանջարկի բավարարման և շուկայական մրցակցային հարաբերությունների ու բուժօժանայությունների հասանելիության տեսանկյունից կարևոր է այն հանգամանքը, որ առողջապահական հիմնարկները և ներուժը հիմնականում կենտրոնացված են հանրապետության առավելապես խոշոր քաղաքներում:

Արդյունքում, միայն վերը նշված իրողություններով պայմանավորված, կառավարման նոր տեխնոլոգիաների ներդրման առումով արդեն իսկ առկա են հետևյալ խոչընդոտները և սահմանափակումները.

- Պետության ընդգծված միջամտություն կազմակերպության գործունեությանը և կառավարման վարչահրամայական մեթոդների տարածվածություն:
- Կազմակերպությունների սահմանափակ ինքնուրույնություն և անձնակազմի թույլ շահադրդվածություն (մոտիվացիա):

⁸³ Ермакова С.Э., Формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях, Специальность 08.00.05–Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг). Автореферат Диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук Москва 2011.

- Օրենսդրական դաշտի խնդիրներ:
- Պետության ֆինանսավորման և հարկային քաղաքականության հետկապված խնդիրներ:
- Ֆինանսական ռեսուրսների (վարկերի) սահմանափակ մատչելիություն:
- Ռեսուրսների սահմանափակություն:
- Բնակչության ցածր վճարունակություն:
- Գնագոյացման մեխանիզմների, ծառայությունների որակի և մրցակցության հետկապված խնդիրներ:
- Մենաշնորհի և ոչ ֆորմալ հարաբերությունների առկայություն:
- Համակարգում և կազմակերպություններում եկամուտների բաշխման մեխանիզմների անկատարություն:
- Աշխատանքի վարձատրության անարդարացի մեխանիզմներ ու մասնագիտական աճի և արդյունավետության բաժրացման ներքին մոտիվացիայի բացակայություն, ինչը պարարտ հող է ստեղծում միաժամանակ բուժօժանոցությունների դիմաց բնակչության ոչ ֆորմալ կամ ստվերային վճարումների պրակտիկայի տարածվածության համար:

Կարևորագույն խնդիր է նաև առողջապահության բնագավառի պրոֆեսիոնալ կառավարիչների պակասը, ինչպես նաև համապատասխան ուսումնական ծրագրերի (բակալավր, մագիստրատուրա) գրեթե բացակայությունը: Այս վերջին խնդիրը կարևոր է այն առումով, որ տնտեսավարման ներկա պայմաններում բուժիաստատության ղեկավարը պետք է ունենա ոչ միայն գիտելիքներ տնտեսագիտության, կառավարման և իրավունքի ոլորտներից, այլ նաև դրանք պրակտիկայում արդյունավետ կիրառելու և համապատասխան որոշումներ կայացնելու ունակություն: Այստեղ մենք վերադառնում ենք արդեն իսկ քննարկված խնդրին՝ ով պետք է ղեկավարի առողջապահական կազմակերպությունը՝ պրոֆեսիոնալ բժիշկը, պրոֆեսիոնալ մենեջերը, թե հնարավոր է համատեղել այդ երկուսը մեկ մասնագետի մեջ: Կազմակերպության գործունեության արդյունավետությունը և հաջողությունը կախված է միայն ղեկավարի գիտելիքներից և մասնագիտական պրոֆեսիոնալ իզմից,

այլ նաև կուլտիվ ղեկավարելու, տնտեսական գործընթացները արդյունավետ կառավարելու հմտություններից, ինչը հնարավորություն կտա նվազագույն հնարավոր ծախսումներով և սահմանափակ ռեսուրսներով ապահովել բարենպաստ ներքին միջավայր անձնակազմի համար և որակյալ ու մատչելի բժշկական ծառայություններ սպառողների համար:

Ինչպիսի հնարավորություններ կան այդ և այլ խոչընդոտներն ու սահմանափակումները հաղթահարելու համար: Նախ, հարկավոր է հնարավորինս արագացնել պետական կառավարման համակարգերի և մեխանիզմների ապամենաշնորհացումը և պայմաններ ստեղծել շուկայական հարաբերությունների արագ ձևավորման համար: Հակառակ պարագայում շուկայական տնտեսվարումը այստեղ դրսևորվում է ոչ թե մրցակցության, առաջարկ-պահանջարկի հարաբերակցության և այլ կանոնների դրսևորմամբ, այլ դեղերի, բժշկական նշանակություն ապրանքների և բուժօժանայությունների անտրամաբանական, չհիմնավորված և անարդարացի գներով:

- Լուրջ ուշադրություն դարձնել ինչպես բուժաշխատողների, այնպես էլ, հատկապես, հիվանդների իրավունքների պաշտպանությանը:
- Մշակել մեխանիզմներ կամ համակարգեր ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիությունն ու մատչելիությունը բարձրացնելու նպատակով:
- Մշակել մեխանիզմներ բուժօգնությունների գործունեության և բուժանձնակազմի մասնագիտական որակավորումների վերաբերյալ տեղեկատվության թափանցիկություն և հասանելիություն ապահովելու համար:
- Ստեղծել ըստ բուժօգնությունների մատուցվող ծառայությունների, դրանց գների, բուժման պայմանների վերաբերյալ հանրությանը հասանելի տեղեկատվական բազաներ:
- Վերահսկել և վերացնել կազմակերպությունների միջև անբարեխիղճ մրցակցության և պայմանավորվածությունների մեխանիզմները և այլն:

Այս խնդիրների վերացումից և իրապես շուկայական հարաբերությունների և միջավայրի ձևավորումից հետո միայն բավարար պայմաններ կստեղծվեն կազմակերպությունների համար կառավարման ժամանակից տեխնոլոգիաներ կիրառելու համար:

Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելը հենվում է կորպորատիվ շահի և կանոնների վրա, ներկայանում է պրոցեսների հստակ նկարագրությամբ և օժտված է տեղեկատվական և վերլուծական հզոր գործիքակազմով: Ըստ այդմ կազմակերպության գործունեության բոլոր ոլորտների, ռեսուրսների, կառուցվածքի, իրականացվող առողջապահական գործառնյալների և բուժօժանայությունների, ինչպես նաև ֆինանսական և տնտեսական վիճակի վերաբերյալ տեղեկատվության առկայությունն ու հասանելիությունը բուժհաստատությունում կառավարման նոր տեխնոլոգիաների ներդրման և արդյունավետ գործելու անհրաժեշտ պայմաններն են: Բացի դրանից, գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրումը պահանջում է նաև գիտականորեն հիմնավորված և հայաստանյան առողջապահական համակարգի առանձնահատկությունները հաշվի առնող մեթոդաբանություն: Խնդիրը բավականին բարդ է, քանզի Հայաստանի առողջապահության ոլորտի կազմակերպություններում դեռևս բավարար նախապայմաններ չկան բիզնես գործընթացների կառավարմանը անցում կատարելու համար: Արտասահմանյան երկրների փորձը ցույց է տալիս, որ կառավարման այս մոդելի կիրառությունը դեռևս հատվածային բնույթ է կրում ինչպես Միացյալ Նահանգների, այնպես էլ Արևմտյան Եվրոպայի երկրների առողջապահական համակարգերում: Որոշակի տեսական ուսումնասիրություններ այս ուղղությամբ իրականացվում են նաև Ռուսաստանի առողջապահությունում, որի արդյունքների և արձանագրած հաջողությունների մասին դեռևս շատ սահմանափակ տեղեկատվություն կա: Սակայն տնտեսության այլ ոլորտների կազմակերպություններում կիրառվող բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգի փորձը հիմք է տալիս տեսաբաններին ենթադրելու, որ այս մոդելի օգնությամբ հաջողությունների կարելի է հասնել նաև առողջապահությունում: Մասնավորապես դրան կարող է

նպաստել արտասահմանյան առանձին կազմակերպությունների փորձը, առողջ պահույթն համակարգի շարունակվող կառուցվածքային բարեփոխումները, տեղեկատվական արդի տեխնոլոգիաների ներդրումը բուժիաստատություններում, փորձի փոխանակման արագացող տեմպերը Հայաստանի և արտերկրի առողջապահական կազմակերպությունների միջև, արտերկրում կրթությունը ստացած կադրերի թվաքանակի աճը, բնակչության գնողունակության և պետության \$ինանսավորման ծավալների աճը, միջազգային դոնոր կազմակերպությունների օժանդակությունը, առողջապահությունում և սպահովագրության համակարգերի ներդրումը, որի մասնավոր փորձը հանրային ծառայողների սոցիալական փաթեթների տեսքով արդեն գործում է և այլն:

Ինչպիսի հայեցակարգային և մեթոդաբանական մոտեցումներ են անհրաժեշտ Հայաստանի առողջապահական կազմակերպություններում գործընթացային կառավարման մոդելի ներդրմանն անհրաժեշտ նախադրյալներ ստեղծելու և բիզնես գործընթացների կառավարմամբ բուժիաստատությունների գործունեությունը կազմակերպելու համար:

Բուժիաստատությունների կառավարման պրակտիկայի առաջարկվող փոփոխությունը բավականին մասշտաբային ու բարդ գործընթաց է և գրեթե անհնարին է դրա ամբողջական և միաժամանակյա գործարկումը թեկուզ և մեկ առանձին վերցված կազմակերպությունում, առավել ևս՝ բազմապրոֆիլ բժշկական հաստատությունում: Ուստի նման պրակտիկայի լիակատար բացակայության պայմաններում, նախ, անհրաժեշտ է նոր մոդելի ներդրումը սկսել կամ մասնագիտացված բուժիաստատությունում կամ բազմապրոֆիլ կազմակերպությունում ընտրել 2-3 գործառույթ կամ բաժանմունք և իրականացնել գործընթացների ռեինժինիրինգ: Մասնավորապես հարկ է ընտրել այն բուժօժանդակությունները, որոնք առավել պահանջված են և կարևորվում են՝ հաշվի առնելով բնակչության հիվանդացության մակարդակը, տեմպերը և որակյալ ու մառչելի ծառայություններ մատուցելու անհրաժեշտությունը:

Մինչ որոշակի բուժօժանդակության հետ կապված բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգ իրականացնելն ու գործընթացային

կառավարմանն անցնելը, նախ, անհրաժեշտ է որոշել թե սեփականության և ենթակայության ինչպիսի կազմակերպությունն ենք ընտրում վերափոխումների համար և լուծել կազմակերպության ղեկավարի մասնագիտացման նախընտրելիության խնդիրը:

Հայաստանի առողջապահական կազմակերպությունների զգալի մասը պետական ենթակայության են, իսկ դրանց զգալի մասում պետությունը ունի հիսուն և ավելի տոկոս բաժնեմաս, բայց միաժամանակ արդեն իսկ գործում են 80-ից ավելի մասնավոր բժշկական կենտրոններ և առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպություններ: Հետևաբար, թե՛ պետական, թե՛ մասնավոր կազմակերպություններում պրոֆեսիոնալ բժիշկ, թե պրոֆեսիոնալ կառավարիչ դիլեման չի կարելի լուծել դրանցից մեկի օգտին, այլ անհրաժեշտ է ժամանակի ինչ որ հատվածում զուգահեռաբար համատեղել նրանց երկուսի գործունեությունը՝ երաշխավորելով նրանցից յուրաքանչյուրի անկախությունը և որոշումների կայացման ազատությունը գործունեության իրենց ոլորտներում: Դրա համար պետական բուժօգնություններում կարելի է օգտագործել «աշխատակազմի ղեկավարի» հաստիքը, ինչպես պետական կառավարման մարմիններում և նրան վերապահել ֆինանսատնտեսական և անձնակազմի կառավարման լիազորությունները, իսկ մասնավոր բուժօգնություններում՝ պրոֆեսիոնալ մենեջերի հաստիք՝ համապատասխան լիազորություններով: Այս երկու ղեկավարների լիազորությունների շրջանակի հստակ սահմանումը և գործողությունների համադրումը հնարավորություն կտա հասնել գործընթացների կառավարման միջոցով գործունեության արդյունավետության բարձրացմանը:

Հաջորդ քայլով անհրաժեշտ է կազմակերպությունում ներդնել բժշկական, ֆինանսական, տնտեսական գործունեության և անձնակազմի կառավարման հաշվառման, մոնիտորինգի և հաշվետվականության համակարգ տեղեկատվական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, որը վերլուծությունների և որոշումների կայացման կարորագույն գործիք կդառնա կազմակերպությունն առավել արդյունավետ կառավարելու համար:

Այնուհետ, անհրաժեշտ է իրականացնել ընտրված բուժօժանայության շրջանակում իրականացվող գործընթացների սահմանազատում, նկարագրություն, վերլուծություն և փաստաթղթավորում: Վերլուծությունը պետք վերաբերի յուրաքանչյուր գործընթացի մասով ծախսերարդյունավետություն վիճակի բացահայտմանը, ռեսուրսների օգտագործման աստիճանի գնահատմանը, ավելորդ ծախսերի, նյութական, ֆինանսական, կադրային և ժամանակի ռեսուրսների կորստի վերացմանը և որակյալ ու մատչելի ծառայությունների ապահովմանը:

Նման հաշվառումը հնարավորություն կտա կառուցել գործընթացի սխեմատիկ պատկերը, հստակեցնել մուտքերը, ախտորոշման, բուժման, դեղորայքի ու բժշկական նշանակության ապրանքների օգտագործման և այլ ծառայություններն ու կանխորոշել ելքը: Յուրաքանչյուր գործընթացում ներառված կառուցվածքային ստորաբաժանումների որոշակիացումը, գործառույթների շրջանակի, որոշումների կայացման իրավասությունների և պատասխանատվության հստակեցումը հիմք կհանդիսանա ողջ կազմակերպության բիզնես գործընթացների և նոր կազմակերպական կառուցվածքի սխեմայի ձևավորման համար: Կազմակերպական կառուցվածքի հստակեցումը, միաժամանակ, հիմք պետք է հանդիսանա լիազորությունների պատվիրակման համար և հիերարխիկ կառավարման հնացած սխեմաներն ու վարչական ենթակայությունը կփոխարինվի կառավարման հորիզոնական մակարդակի գերակայությամբ՝ կրճատելով կառավարման ավելորդ մակարդակները: Ավելին, կառավարման այսպիսի մոտեցումը կնպաստի բուժօժանատուություն կոորդինացիայի, էթիկայի և թիմային միասնական վարքի ձևավորմանը, ինչը, արդյունքում, կլուծի նաև եկամուտների արդարացի բաշխման խնդիրն ու կնվազեցնի ստորաբաժանումների ու աշխատակիցների միջև հնարավոր հակասությունների առաջացման հավանականությունը: Եկամուտների արդարացի բաշխումը աստիճանաբար կհանգեցնի նաև համակարգում առկա ոչ ֆորմալ վճարումների պրակտիկայի վերացմանը:

Գործընթացի յուրաքանչյուր փուլի վերլուծությանը հնարավորություն կտա առավել արդյունավետ կառավարել բուժօժանայության մատուցման կամ արդյունքի ստեղծման գործընթացը, կատարել կազմակերպության գործունեության կարճաժամկետ և երկարաժամկետ պլանավորում, հստակ պատկերացում ունենալ կազմակերպության ներուժի, գործունեության ճկունության և արտաքին միջավայրի ցանկացած փոփոխության դեպքում պահպանել շուկայական մրցունակությանը դիմանալու կարողությունը:

Ինչ կտանման մոտեցումը. Նախ հնարավոր կլինի հստակեցնել գործընթացի յուրաքանչյուր փուլի (ստորաբաժանման) տեղը, դերը և կարևորությունը, վերլուծել օգտագործվող ռեսուրսների և կատարված ծախսերի արդյունավետությունը ոչ թե ընդհանրապես, այլ յուրաքանչյուր բուժօժանայության կամ հիվանդության բուժման վերջնական արդյունքի ստացման համատեքստում:

Այս առումով անհրաժեշտ է շեշտադրել այն կարևոր իրողությունը, որ գործընթացային կառավարման հաջողությունն արդեն պետք է գնահատել ոչ թե ստացված շահույթի չափով, այլ հիվանդների բավարարվածության աստիճանով և կոնկրետ բուժօժանայության միջոցով բնակչության հիվանդացությունը բնութագրող ցուցանիշների բարելավմամբ:

Բիզնես գործընթացների ամբողջական կամ աստիճանական ռեիստրիկինգը հնարավորություն կտա էապես կրճատել առողջապահական կազմակերպության ծախսերը, անցում կատարել օժանայությունների մատուցման տեխնոլոգիաների որակապես նոր մակարդակի, ներդնել բժշկական օժանայությունների մատուցման գործընթացի գնահատման տեղեկատվական-վերլուծական համակարգեր, ձևավորել որակի կառավարման միասնական համակարգ և մշակել որակի ապահովման և վերահսկման մեխանիզմներ, զգալիորեն նվազեցնել իրավիճակային կառավարումն ու անցնել համակարգային կառավարման, որի պայմաններում մարդկային գործունի ազդեցությունը նվազագույնն է, պայմաններ ստեղծել բուժհաստատության գործունեության ռազմավարական պլանավորման և երկարաժամկետ միջակայքում մրցունակության

պահ պանման համար⁸⁴:

Բիզնես գործընթացների մոդելավորումը, որպես գործընթացային ուղղվածության կառավարման հայեցակարգի առանցքային նախադրյալ, չափազանց բարդ ու դեռևս անզգացման արժանի աշխատանք է: Այն հնարավորություն է տալիս ոչ միայն արդյունքում ունենալ բոլոր գործընթացների տրամաբանական սխեմատիկ կառուցվածքը, այլև մշակել բժշկական գործառնությունների համակարգային մոդելներ և պլանավորել անձնակազմի գործողություններն ու առանձին բաժանմունքների գործունեությունը արտաքին միջավայրի ցանկացած փոփոխության դեպքում:

Թեև արտաքուստ կառավարման այս հայեցակարգի ներդրումը տեխնիկապես հնարավոր է, եթե կիրառվեն բոլոր այն հայեցակարգերը, ինչն արվում է տնտեսության այլ ոլորտների կազմակերպություններում, այնուհանդերձ առողջապահական կազմակերպություններում գործընթացային կառավարման անցնելը բարդանում է հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ տնտեսական արդյունավետությունից զատ, բժշկական կազմակերպություններում ավելի գերակա է սոցիալական առանձնահատուկ պատասխանատվությունը: Չե տեսարար, այստեղ նախապատվությունը պետք է տալ ոչ թե կառավարման արդյունավետությունը բնութագրող ֆինանսատնտեսական ցուցանիշներին, այլ բժշկական կամ առողջապահական, այսինքն՝, թե որքանով է այս համակարգը նպաստում մատուցվող ծառայությունների որակի և մատչելիության բարձրացմանը, որքանով է ազդում հիվանդների բավարարվածության վրա, որքանով է կրճատում հիվանդների ախտորոշման, բուժման և առողջության վերականգնման համար պահանջվող ժամանակը և վերջապես որքանով է նպաստում հիվանդությունների կանխագելմանն ու առողջության բարելավմանը:

⁸⁴ Ермакова С.Э., Формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях, Специальность 08.00.05–Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг). Автореферат Диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук, Москва 2011.

Առավել ընդհանրացված և ունիվերսալ տեսքով կառավարման նոր տեխնոլոգիաների ներդրումը ներկայանում է հետևյալ մեթոդաբանության տեսքով՝ նպատակ, օբյեկտ, խնդիրներ, մեթոդական հիմնավորումներ և կառավարման համակարգերի ձևավորում:

Բնականաբար կառավարման նոր տեխնոլոգիաների նպատակը բուժհաստատության ներքին գործընթացային ուղղվածությամբ կառավարման համակարգերի ձևավորումն ու զարգացումն է հիմնված բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգի տեխնոլոգիաների վրա: Օբյեկտը բուժհաստատության բիզնես գործընթացների կառավարման համակարգերն են: Խնդիրը հանրությանը մատչելի և որակյալ բուժօգնության ծառայությունների մատուցումն է և առողջապահության համակարգի հետագա կատարելագործման և արդիականացման համար նախադրյալների ձևավորումը: Մոդելի ներդրման մեթոդական գործիքներն են համակարգային և գործընթացային մոտեցումը կառավարման պրակտիկային, որակի կառավարման և անընդհատ կատարելագործման համակարգերի ներդրումը, բուժհաստատությանը համակողմանի բնութագրող տվյալների համակարգի մշակումն ու վերլուծության գործառնական մոտեցման կիրառումը: Բոլոր թվարկված նախադրյալների առկայությունն ու դրանց գործունակության ապահովումը կհանգեցնի բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի աստիճանական և փուլային ներդրմանը կազմակերպության կառավարման պրակտիկայում:

3.2 Բիզնես գործընթացների կառավարման մոդելի ներդրումը

տնտեսական գործունեության արդյունավետության բարձրացման ուղիները

Ինչպես ցանկացած ձեռնարկությունում, այնպես էլ, բնականաբար, առողջապահական կազմակերպություններում գործընթացների կառավարման տեխնոլոգիաների կիրառումը կարող է որոշակի առավելություններ տրամադրել բուժհաստատությանը:

Նախ, փոխվում է կառավարման ներքին միջավայրն ու մշակույթը և կազմակերպությունը տարբեր մասնագիտությունների ու տարբեր

հաստիքներ զբաղեցնող աշխատակիցների խմբից վերածվում է կորպորատիվ կառույցի՝ կառավարման իր կանոններով, անձնակազմի վարքի էթիկայով, գործողության ունեների փաստաթղթավորված կանոնակարգերով և բժշկական համակարգերի մշտադիտարկման, գնահատման տեղեկատվական-վերլուծական համակարգերով:

Երկրորդ, բուժհաստատության ունում հաշվառման, հաշվետվականության և վերլուծության արդի տեխնոլոգիաների և համակարգերի առկայությունը պայմաններ կստեղծի ներդնելու համար գործընթացային կառավարման հայեցակարգը և կիրառել վերջինիս արդյունավետ գործառնության և կատարելագործման այնպիսի մեխանիզմներ, ինչպես բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգը, որակի համընդհանուր կառավարումը, ռազմավարական պլանավորումը և այլն:

Բացի այդ, բուժհաստատության ունում իրականացվող տարատեսակ գործընթացների հաշվառումն ու կառավարումը, հնարավորություն կտա կազմակերպության ունում ստեղծել ներքին վիճակագրական համակարգ, մշակել հիվանդության ունեների բուժման ընթացքը բնութագրող, ինչպես նաև կազմակերպության ֆինանսական և տնտեսական գործունեությանը ներկայացնող տվյալների և բնութագրիչների համակարգ, որի հիման վրա առավել դյուրին կլինի ոչ միայն ձևակերպել կազմակերպության ռազմավարական և միջանկյալ նպատակները, այլև փաստագրել բուժհաստատության գործունեության բոլոր տեսակների ընթացիկ և վերջնական արդյունքները: Դա հնարավոր է այն պարզ պատճառով, որ կառավարման գործընթացային հայեցակարգի դեպքում առողջապահական կազմակերպությունն արդեն դիտարկվում է որպես փոխադարձ կապված և փոխներազդող բիզնես գործընթացների համակցություն, որի հիմքի վրա ձևավորվում է բուժհաստատության կազմակերպական կառուցվածքը:

Բիզնես գործընթացների համակարգի ներդրմամբ հնարավոր կլինի կրճատել ծախսերն ու առավել արդյունավետ օգտագործել ռեսուրսները մի կողմից, և հիվանդների ստացիոնար բուժման, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշումների ժամանակահատվածը մյուս կողմից, ինչպես նաև բարձրացնել մատուցվող բժշկական

ծառայությունների որակը: Ծախսեր-արդյունավետություն և համակարգի ներդրումը հնարավոր կլինի, քանզի կազմակերպությունը սովորական հաշվապահական հաշվառումից անցում կկատարի նաև կառավարչական հաշվառմանը:

Բիզնես գործընթացների կառավարումը ենթադրում է գիտականորեն հիմնավորված մեթոդաբանության և համարժեք գործիքակազմի միակցում՝ նպաստելով անձնակազմի և տեխնոլոգիական գործընթացների ինտեգրմանը: Արդյունքում ծախսերի կրճատման շնորհիվ հնարավոր է նվազեցնել բժշկական ծառայությունների գինը և միաժամանակ ավելացնել եկամուտը, քանզի այսպիսի մոտեցումը կազմակերպությանն օժտում է լրացուցիչ մրցակցային առավելություններով և մասշտաբի էֆեկտի ու կառավարման և ծառայությունների մատուցման օպտիմիզացիայի շնորհիվ հնարավորություն տալիս հասնելու գործունեության ընդհանուր արդյունավետության բարձրացմանը⁸⁵:

Շուկայում մրցակցության աճը և հիվանդների սպասումներն ու ակնկալիքները խթան են հանդիսանում կազմակերպությունների համար անընդհատ ավելացնելու իրենց գործունեության արդյունքայնությունն ու արդյունավետությունը: Բիզնես գործընթացների պլանավորումը և համակարգչային տեխնոլոգիաների օգտագործումը այդ նպատակներին հասնելու լավագույն միջոցը կարող են լինել:

Ունենալով բուժհաստատության գործունեության բիզնես գործընթացների սխեմատիկ կառուցվածքն ու կիրառելով համակարգչային տեխնոլոգիաներ կարելի է մոդելավորել մասնագիտական բուժհաստատության գործունեությունը, բազմապրոֆիլ հիվանդանոցի կոնկրետ բաժանմունքի գործընթացները կամ որևէ բուժծառայության մատուցման հաջորդական գործողությունները, ստանալ և խաղարկել այլ ընտրանքային տարբերակներ ու ընտրել դրանցից արդյունավետն ու օպտիմալը⁸⁶:

Ինչպես առանձին վերցված բուժհաստատության, այնպես էլ ողջ

⁸⁵ Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал ‘ ‘ Вопросы экономики и права ‘ ‘ , 2011. № 1, ст. 81-85.

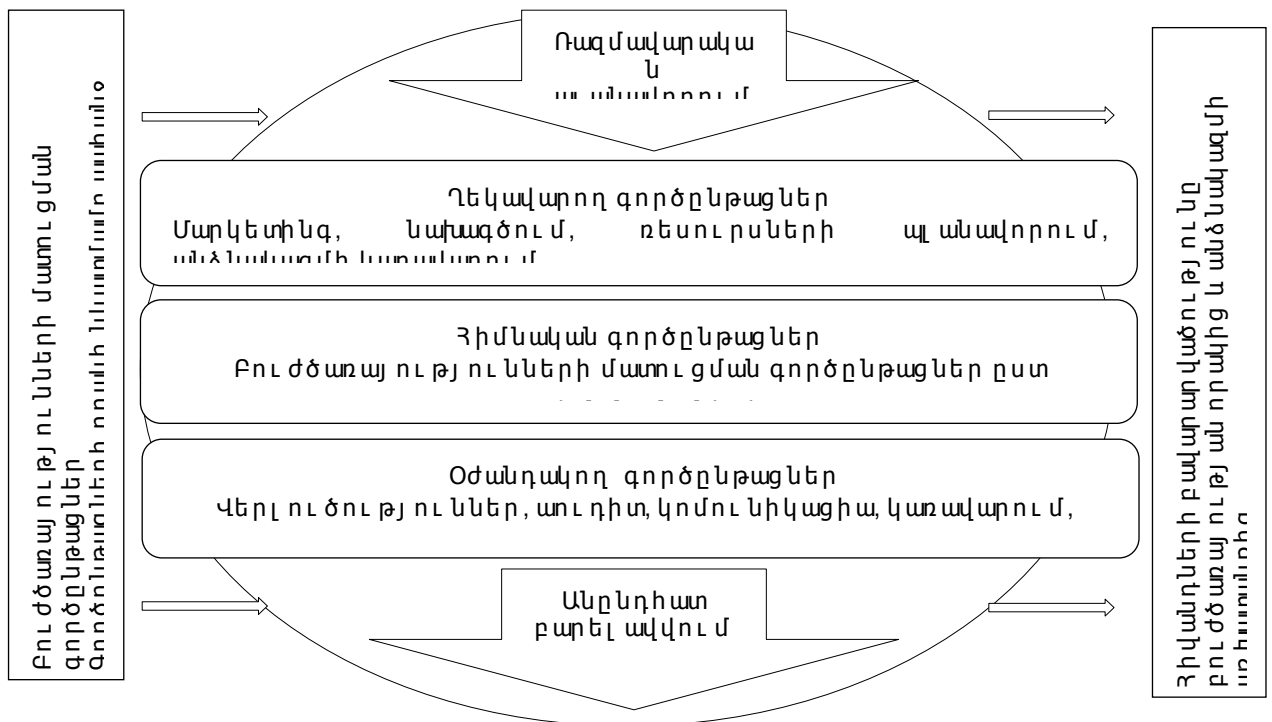
⁸⁶ Նույն տեղում, էջ 81-85.

առողջ ապահանջան համակարգի կառավարման կատարելագործումը հնարավոր է իրականացնել առանց որակի կառավարման համակարգերի ներդրման, որոնք իրենց հերթին պետք է հիմնված լինեն որակի միջազգային ISO ստանդարտների վրա: Այդ ստանդարտների պարտադիր բաղադրիչներից է բուժիաստատության ախտորոշման և բուժման գործունեությունում բիզնես գործընթացների մոդելների կառուցումը: Բիզնես գործընթացների տեխնիկական նկարագրերն ու կանոնակարգերը միաժամանակ բուժօգնության որակի գնահատման ստանդարտներ են, քանզի պարունակում են ինչպես որակյալ բուժօգնության բնութագրիչներ կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և վերականգնողական գործընթացներում, այնպես էլ սահմանում են կազմակերպության արդյունավետ բիզնես գործունեության ֆինանսական, տնտեսական և անձնակազմի կառավարման չափորոշիչները:

Մասնագիտական գրականության մեջ ներկայացվում են որակի կառավարման տարատեսակ մոդելներ, որոնք, որպես կանոն, ինտեգրվում են բուժիաստատության ռազմավարական կառավարման ընդհանուր փիլիսոփայությանը:

Գծապատկեր 3.2.1

Որակի կառավարման մոդելի սխեմատիկ պատկեր⁸⁷



⁸⁷ Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал ' ' Вопросы экономики и права ' ', 2011. № 1, ст. 81-85.

Բիզնես գործընթացների ներդրումը, նկարագրությունը և շարունակական կատարելագործումը հնարավորություն է տալիս բացահայտել առանձին գործընթացների տարբեր փուլերի, բուժիաստատության ստորաբաժանումների և անգամ աշխատանքային պարտականությունների միջև առկա, իսկ երբեմն նաև հնարավոր հարաբերությունները և կապերը, որոնք մինչ այդ պահը ուշադրության չէին արժանանացել, բայց որոնց օգտագործումը վերջնարդյունքում կարող է նպաստել ողջ գործընթացի գործառնության արդյունավետության էական բարձրացմանը: Բացի դա, գործընթացային կառավարման հայեցակարգի ներդրումը ամբողջովին փոխում է բժշկական կազմակերպության կառավարման մեխանիզմները՝ բարելավելով ստորաբաժանումների միջև կապերն ու փոխգործակցությունը՝ միավորելով, ուղղորդելով բոլորի գործողությունները դեպի միասնական արդյունքի ստացումը: Այսինքն, յուրաքանչյուր կոնկրետ հիվանդին մատուցվող բուժօգնությանը կարծես թե դրվում է «յուրահատուկ հոսքագծային կառավարման» վրա, որի յուրաքանչյուր փուլում յուրաքանչյուր ստորաբաժանում, որն իրականացնում է անմիջական բուժումը կամ մատուցում է օժանդակ օգնություն գործում է մեկ գործընթացի ներսում և հաշվառվում ու կառավարվում է ոչ թե որպես ինքնուրույն գործունեություն, այլ ամբողջի մաս⁸⁸:

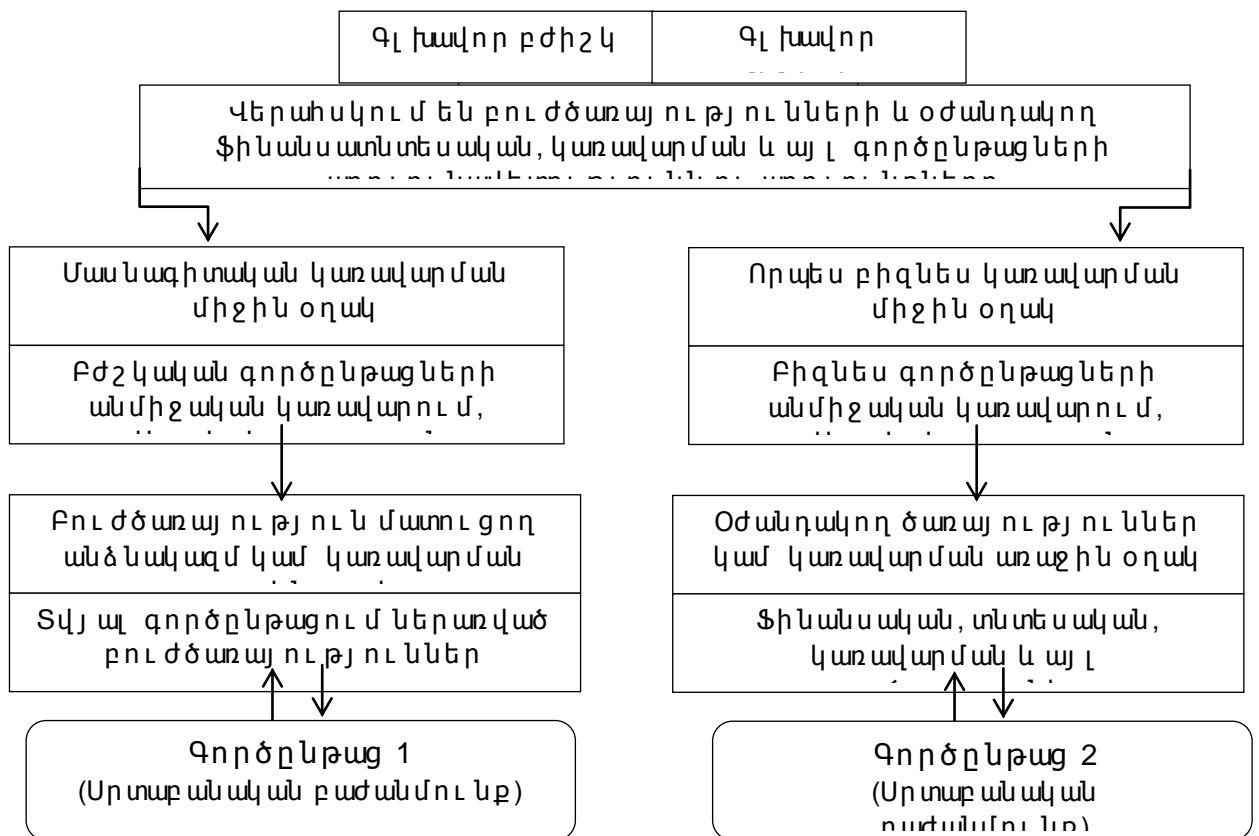
Մեկ այլ կարևոր առավելություն, որ ստանում է առողջապահական կազմակերպությունը տեխնոլոգիական համակարգերի կիրառմամբ բիզնես գործընթացների կառավարմանը անցնելիս. Որպես կանոն, կառավարման ավանդական մեխանիզմների և տեխնոլոգիաների դեպքում բուժիաստատության կառավարումը առավել քան անձնավորված է կամ գոնե կախված է անձնակազմի վարքից, մոտիվացիայից, որոշումների կայացման տրամաբանությունից, որի պայմաններում կազմակերպության կառավարումը սովորաբար կրում է իրավիճակային բնույթ: Վերջին կամ միջին օղակի ղեկավար կազմի փոփոխությունը իր ազդեցությունն է ունենում կազմակերպության գործունեության, խաղի կանոնների, ներքին միջավայրի և աշխատակիցների

⁸⁸ Ермакова С.Э., Управление бизнес-процессами в медицинской организации, журнал Экономика и управление, 2(63) 2010, ст 142-144.

միջանձնային հարաբերությունների վրա: Կառավարման գործընթացային հայեցակարգը հնարավորություն է տալիս ազատվել անձերի և անձնակազմի իշխանությունից, որի արդյունքում կառավարումը դառնում է համակարգային, կամ այլ խոսքով արդեն ոչ թե անձերն են կառավարում գործընթացները, այլ մոդելավորված համակարգերն ու բիզնես գործընթացներն են թելադրում անձնակազմի գործողությունները: Մեր պատկերացմամբ, քննարկվող հայեցակարգի համատեքստում, կազմակերպությունում գործընթացների կառավարումը կարելի է իրականացնել ստորև ներկայացվող կառուցակարգի տեսքով:

Գծապատկեր 3.2.2

Գործընթացային կառավարման սխեմատիկ պատկերը



Համակարգային կառավարմամբ կազմակերպությունը ձեռք է բերում գործառնություններ և ներքին կայունություն և սկզբունքորեն այլևս կարևոր չի դառնում, թե ով է ղեկավարում ինչպես ամբողջ

կազմակերպությունը՝ պրոֆեսիոնալ բժիշկը, թե պրոֆեսիոնալ մենեջերը, այնպես էլ առանձին ստորաբաժանումները, քանզի հնարավորություն է ստեղծվում հստակ տարանջատել գույտ առողջապահական և բիզնես գործառույթները: Տարաբնույթ և տարաբովանդակ երկու տեսակի գործառույթների համակարգված տարանջատումն ու փոխկապակցումը հնարավորություն է տալիս ունենալ բժշկական հաստատության հստակ կառուցվածք գործառույթների դասակարգմամբ և տրամաբանական կապի մեջ: Կանոնակարգված և փաստաթղթավորված ու դրա հիման վրա համակարգչային տեխնոլոգիաներով մոդելավորված գործընթացները հրաշալի ուղեցույց են հանդիսանում անձնակազմի յուրաքանչյուր անդամի համար իր տեղում իր գործառույթները իրականացնելիս: Այս դեպքում, կազմակերպության բարձր ղեկավարությունը կենտրոնանում է միայն ռազմավարական խնդիրների լուծման վրա՝ կարողանալով ապահովել գործընթացների անընդհատությունը և շարունակական կատարելագործումը ամբողջական համակարգում ներառված առանձին գործընթացների ներդաշնակեցման և համադրման միջոցով, իսկ միևնույն գործընթացում ներգրավված ստորաբաժանումները գործում են լիազորությունների և պարտականությունների հորիզոնական հարթությունում, որպես մի ամբողջական շղթայի առանձին օղակներ:

Հնարավորությունն ստանալով զբաղվել միայն կազմակերպության ռազմավարական խնդիրներով, ինչպիսի՞նչպատակներ կարող է իր առջև դնել առողջապահական կազմակերպության ղեկավարությունը: Կառավարման նոր տեխնոլոգիաներ ներդնելիս, հիմնական նպատակները, որ իրենց առջև դնում են բուժհաստատության ղեկավարները հանգում են հետևյալին.

1. Բժշկական ծառայությունների (օգնության) որակի և մատչելիության աճ,
2. Ծախսերի և բուժման պրոցեսում ավելորդ և չօգտագործվող հզորությունների կրճատում,
3. Կազմակերպության եկամուտների աճ ի հաշիվ շուկայում

ու նեցած մասնաբաժնի ավելացման և մատուցվող ծառայությունների ծավալի աճի,

4. Սպառողների բավարարվածության աճ ծառայությունների որակի ու մատչելիության աճի և բուժման պրոցեսի հարմարավետության բարելավման օգնությամբ և այլն⁸⁹:

Կարևոր է նաև այն հանգամանքը, որ գործընթացային կառավարման հայեցակարգի ներդրումը հնարավորություն է տալիս հստակ ձևակերպել նաև կազմակերպության գործունեության տեսլականն ու առաքելությունը: Հայաստանի առողջապահական համակարգում գործող պետական և պետության 50 տոկոսից ավելի բաժնեմաս ունեցող կազմակերպությունների պարագայում բավականին դժվար է պատկերացնել, որ ամենօրյա գործունեության հորձանուտում գտնվող և առողջապահության նախարարության կամ պետական կառավարման այլ մարմինների ու համայնքային իշխանությունների ենթակայությամբ գործող բուժօգնությունները կարող է ունենալ հստակ ձևակերպված և գիտականորեն հիմնավորված տեսլական և առաքելություն, որոնց ներքո կառավարման տեսությունը դիտարկում է կազմակերպության ցանկալի ապագան և սոցիալական նշանակությունը կամ պատասխանատվությունը⁹⁰: Գրեթե նույն վիճակն է նաև մասնավոր բժշկական հաստատություններում, որտեղ կազմակերպության գործունեության տեսլականն ու առաքելությունը ըստ էության նույնացվում են սեփականատիրոջ կամ ներդրողների շահերին ու նպատակներին: Սակայն, շուկայական հարաբերությունների շարունակական զարգացումը, մասնավոր բուժօգնությունների պրակտիկայի տարածումը, առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտում պետական ֆինանսների ազդեցության կրճատումը և մրցակցության աճը, ի վերջո, կստի պենթե՛ պետական, թե՛ մասնավոր առողջապահական կազմակերպություններին բարելավել իրենց հարաբերությունները սպառողների հետ, բարձրացնել իրենց

⁸⁹ Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал Вопросы экономики и права, 2011. № 1, ст. 81-85. Տես նաև՝ Кондратьев В.В. Показываем бизнес-процессы: от модели процессов компании до регламентов и процедур. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2008.

⁹⁰ Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации для анализа : пер. с англ. 12-е изд. М., 2002. ст 31-68.

կազմակերպության սոցիալական նշանակությունը, մտածել կազմակերպության հեղինակության և բրենդի մասին և ի վերջո հստակ ձևակերպված առաքելության շրջանակում ունենալ սեփական ապագայի տեսլականը: Սպառողների հանդեպ ունեցած ներկավերաբերմունքին փոխարինելու կգա հավասար գործընկերային կապերի ստեղծումն ու հաճախորդների կամ սպառողների իրավունքները հարգելը և մատուցված բուժօժանայության որակի ու հետևանքների համար բուժանձնակազմի անձնավորված պատասխանատվություն կրելը: Առայժմ, ցավոք, հիվանդների առջև բժշկական սխալի, ոչ որակյալ ծառայության հետևանքների համար պատասխանատվություն է կրում բուժհաստատությունը, թեև որոշ դեպքերում բժիշկը կարող է ենթարկվել պատասխանատվության և անգամ զրկվել բժշկությամբ զբաղվելու իրավունքից: Խնդիրն ավելի է բարդանում, երբ բժիշկը կամ որևէ մեկը անձնակազմից պատասխանատվություն չի կրում և պարզաբանումներ չի ներկայացնում բուժօժանայություններ սպառողներին բարձ գների, ոչ ֆորմալ վճարումների, հիվանդանոցային անբարենպաստ պայմանների, անձնակազմի ոչ բարեհաճ վերաբերմունքի և բազմաթիվ այլ բացասական երևույթների համար: Ընդ որում գոյություն չունեն գործունակ մեխանիզմներ հիվանդների կողմից սեփական իրավունքները պաշտպանելու համար: Այս խնդիրն առավել քան արդիական է, քանզի հատուկ շեշտադրված է նաև Առողջապահության նախարարության շրագրային փաստաթղթերում. «Հիվանդների, որպես սպառողների, ներգրավումը որակի կառավարման գործընթացում նախատեսում է նրանց իրավունքների պաշտպանություն՝ ներառյալ ծառայություններ տրամադրողների միջև ընտրություն կատարելու իրավունքը, ինչպես նաև բուժօգնություն իրականացնողների գործողությունների պաշտոնապես բողոքարկման իրավունքը: Վերոհիշյալ կողմերի ակտիվ մասնակցությունը մեծապես պայմանավորված է զարգացած տեղեկատվական համակարգի առկայությամբ, որի ստեղծման համար ներկայումս ակտիվ գործողությունների ծրագիր է իրականացվում: Այն հնարավորություն կտա սպառողներին իրազեկ լինել իրենց իրավունքների մասին, պետությանը՝ շարունակական

վերահսկողությունն իրականացնել բուժօգնությունների և բուժաշխատողների գործունեության նկատմամբ, իսկ վերջիններիս՝ վերլուծել իրենց գործունեությունն ու համեմատել այն նմանատիպ օգնությունների գործունեության հետ»⁹¹:

Իրապես շուկային անցումը, գնագոյացման օբյեկտիվ մեխանիզմների գործարկումը, արդարացի գները, մրցակցային միջավայրը կստիպեն կազմակերպություններին զբաղվել նաև մարկետինգային գործունեությամբ, ուսումնասիրել պահանջարկը, օպտիմալացնել ծառայությունների պորտֆելը և ի վերջո անցնել ռազմավարական կառավարմանը:⁹²

Բժշկական կազմակերպության ռազմավարությունը մշտապես ուղղված է լինելու դեպի շահույթի, վաճառքի ծավալների ավելացումը, շուկայի ընդլայնումը, կազմակերպության գործունեության դիվերսիֆիկացումը, ըստ գերակայությունների բուժօգնությունների դասակարգումը և ի վերջո բժշկական օգնության որակի ու մատչելիության բարելավումը⁹³:

Գործընթացային կառավարման հայեցակարգի օգնությամբ հնարավոր է ձևավորել կազմակերպության կորպորատիվ ճարտարապետությունը (բիզնես մոդելը), որն ըստ էության կազմակերպության գործունեության ընդհանուր մոդելն է և որի շրջանակում որոշակի անում են բուժօգնության արտադրանքը, տեխնոլոգիաները, գործընթացները, կառուցվածքը և տեղեկատվական ապահովվածությունը: Այդ մոդելը սահմանում է կազմակերպության կառավարման հիմնարար սկզբունքները, որոնք պետք է հիմնված լինեն միջազգային և ազգային ստանդարտների վրա և լինեն պարտադիր կիրառության համար: Կորպորատիվ ճարտարապետությունը նկարագրում է կառավարման մակարդակները, հիմնական բաղադրիչները, նորմատիվ փաստաթղթերը, որոնք

⁹¹ ՀՀ առողջապահության նախարարությունն «ՀՀ բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգ», Հավելված N 1 ՀՀ կառավարության 2012 թ. հունիսի 19-ի նիստի N 29 արձանագրային որոշման: www.arlis.am [Վերջին մուտք 23.07.2016]

⁹² Գևորգյան Տ., Մարկետինգը առողջապահական կազմակերպություններում, «Այլ ընտրանք» եռամսյա գիտական հանդես, Հոկտեմբեր – դեկտեմբեր 2016, էջ 413-421:

⁹³ Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал Вопросы экономики и права, 2011. № 1, ст. 81-85.

կարգավորում են կառավարչական միջոցառումները և սահմանում բիզնես գործընթացների մոդելավորման մոտեցումները, կառավարման սկզբունքները, բուժհաստատության արժեքները և ներքին կորպորատիվ միջավայրը⁹⁴:

Առողջապահական կազմակերպության գործունեությունը որպես բիզնես գործընթացների փոխկապակցված ամբողջություն և դիտարկելու դեպքում, կարելի է կառուցել որևէ կոնկրետ բժշկական ծառայություն մատուցելու համալիր մատրիցային սխեման: Այդպիսի մատրիցայի օգնությամբ հնարավոր է հստակ նկարագրել և վերլուծել կոնկրետ բուժօժանդության մատուցման ողջ ընթացակարգը հիմնական և օժանդակ ծառայությունների, դեղերի ու բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսերի, ծառայության մատուցումից ստացված եկամուտների և ծախսերարդյունավետության ենթատեքստով: Նման վերլուծությունը հնարավորություն կտա բացահայտել կոնկրետ այդ ծառայության, ինչպես նաև կազմակերպության գործունեության ուժեղ և թույլ կողմերը, ինչպես նաև բնակչությանը մատուցվող ծառայությունների որակի ու մատչելիության բարձրացման և կազմակերպության եկամուտների ավելացման հնարավորություններն ու ուղիները: Եթե որպես քննարկման օրինակ վերցնենք առողջապահության առաջնային օղակի կազմակերպությունը, ապա կոնկրետ բուժօժանդության փոխարեն կարելի է դիտարկել առանձին բաժանմունքների կամ կաբինետների գործունեությունը:

Աղյուսակ 3.2.1

Առողջապահության առաջին օղակի բժշկական հաստատության բիզնես մոդելի մատրիցայի օրինակ

Բաժանմունքներ/ գործառույթներ	Բժշկական օժանդակող ծառայություններ			Ոչ բժշկական օժանդակող ծառայություններ		
	Դեղե- ր	Լաբո- րատոր ախտո- րոշում	Գործի- քային ախտո- րոշում	Մատեն ա- վարմա ն բաժին	Վիճակա գր- ության բաժին	Ֆինանսատ լիտեսական

⁹⁴ Լույն տեղում, էջ 81-85: Տես նաև՝ Калянов Г.Н., Теория и практика реорганизации бизнес-процессов. М., 2000.

Թերապևտիկ	-	-	-	-	-
Մանկաբուժական	-	-	-	-	-
Կանանց կոնսուլտացիա	-	-	-	-	-
Դիսպանսերային բուժօգնություն	-	-	-	-	-
<i>Վարակիչ</i>	-	-	-	-	-
<i>Ուռուցքաբանական</i>	-	-	-	-	-
<i>Էնդոկրինոլոգիական</i>	-	-	-	-	-
Նեղ մասնագիտական կաբինետներ	-	-	-	-	-
<i>Վիրաբուժական</i>	-	-	-	-	-
<i>Սրտաբանական</i>	-	-	-	-	-

Գործընթացային կառավարման հայեցակարգի ներդրումը կազմակերպության համար կարող է ունենալ նաև գուտ ֆինանսատնտեսական նշանակություն: Բուժհաստատությունների ռազմավարական զարգացման և հեռանկարի առումով կարևոր գործոն է հանդիսանում վերջինիս ներդրումային գրավչությունը, վարկուսակությունը, շուկայում ունեցած դիրքը և, իհարկե, շուկայական արժեքը: Կառավարման այս մոդելը, որը հնարավորություն է տալիս ունենալ գործընթացների, միջոցառումների, ստորաբաժանումների հստակ պատկերը և կառուցվածքային սխեման, հաշվառել և վերլուծել ֆինանսական հոսքերը և ծախսերի արդյունավետությունը ըստ գործառույթների, բաժանմունքների և անգամ ըստ հիվանդությունների, հրաշալի գործիք է ծախսերի, եկամուտների և ռեսուրսների օգտագործման վերաբերյալ տեղեկատվություն ունենալու և վերլուծություններ կատարելու համար: Կազմակերպության ֆինանսական գործունեության համալիր վերլուծությունը հնարավորություն կտա բարձրացնել բուժհաստատության գործունեության արդյունավետությունը նաև տնտեսական առումով, քանզի ֆինանսական, տնտեսական, բժշկական և սոցիալական գործոնների վերաբերյալ տվյալների համակցությունն ու վերլուծությունը անհրաժեշտ պայմանն են կազմակերպության մրցակցային առավելությունները օգտագործելու և սպառողների պահանջմունքների բավարարմանը միտված գործունեության տեսակների և ծառայությունների մատուցման միջոցների ընտրության համար:

Վերջնարդյունքում, համակարգի ամբողջական գործարկումը կապահովի Հայաստանի առողջապահության ոլորտում բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգով սահմանված նպատակների ձեռքբերմանը. «Բուժօգնության որակի կառավարումը շատ ավելի է, քան սոսկ վատորակ բուժօգնության հավանականությունը նվազագույնին հասցնելը կամ բուժօգնության նվազագույն չափանիշները բավարարող բուժաշխատողների առկայության ապահովումը: Հաշվի առնելով, որ առողջապահական ծառայությունների որակի վերահսկումը դյուրին խնդիր չէ և «որ առավել ևս դյուրին չէ ընտրել դրա բարելավման առավել արդյունավետ ձևը, անհրաժեշտ է, որ որակյալ բուժօժանայությունների տրամադրման համակարգը կրի հնարավորինս լայնամասշտաբ բնույթ, ընդգրկելով առողջապահական համակարգի բոլոր շահագրգիռ կողմերը՝ պետություն, մասնագետներ և հիվանդներ»: Դրա հիմնական նպատակն է ապահովել բոլոր կողմերի ներգրավվածությունը բուժօգնության որակի շարունակական վերահսկման և բարելավման ճանապարհների ընտրության գործընթացում⁹⁵:

⁹⁵ ՀՀ առողջապահության նախարարություն «ՀՀ բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգ», Հավելված N 1 ՀՀ կառավարության 2012 թ. հունիսի 19-ի նիստի N 29 արձանագրային որոշման: [Վերջին մուտք 23.07.2016]

Կառավարման ենթահամակարգերը և բիզնես գործընթացները միասնական մեկ ամբողջի մեջ դիտարկելը հնարավորություն է տալիս առավել արդյունավետ պլանավորել կազմակերպության գործունեությունը և առավել ողջամիտ օգտագործել բոլոր ռեսուրսները՝ անցում կատարելով ռազմավարական կառավարմանը:

- Պրակտիկան ցույց է տալիս, որ բժշկական ցանկացած կազակերպության գործունեությունը կարելի է ներկայացնել բիզնես գործընթացների համալիրի տեսքով, որոնց մշակման և նկարագրության համար կարելի է հիմք ընդունել որակի ISO ստանդարտները:

- Առողջապահական համակարգի վերափոխումների պատմությունը կամ իրականացված փորձերը ցույց են տալիս, որ անցած քսանհինգ տարիների ընթացքում այդ բարեփոխումները կրելով գլխավորապես իրավիճակային բնույթ, նախ և առաջ, վերաբերել են «այսբերգի» երևացող մասին և ունեցել են հիմնականում ֆինանսական բովանդակություն: Ցավոք, քանակական փոփոխությունները, առանձին բացառությունները հաշվի չառնելով, հիմնականում չբերեցին համակարգի որակական բարելավմանը, որի լավագույն վկայությունը բժշկական ծառայությունների ցածր որակն է, սահմանափակ մատչելիությունը և առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների չբարելավվող դինամիկան:

- Չամակարգի ոչ արդյունավետ գործունեության և նորամուծությունների ներդրման հաջորդ կարևորագույն խոչընդոտը բուժհաստատության ներքին առաքելության անորոշությունն է և դարձյալ կազմակերպությունների գործունեության ֆինանսական կողմին նախապատվություն տալը, ինչն արտահայտվում է պետական ֆինանսավորման իրավիճակային օգտագործմամբ, ծառայությունների բարձր գներով, կազմակերպությունների մեծ շահույթով և անձնակազմի ցածր աշխատավարձերով, որոնք բոլորը միասին խոչընդոտում են ծառայությունների որակի և մատչելիության աճին:

- Գործընթացային ուղղվածությամբ կառավարման նոր հայեցակարգին անցնելու համար հարկավոր է՝

- Յնարավորինս արագացնել պետական կառավարման

համակարգերի և մեխանիզմների ապամենաշնորհացումը և պայմաններ ստեղծել շուկայական հարաբերությունների արագ ձևավորման համար:

- Լուրջ ուշադրություն դարձնել ինչպես բուժաշխատողների, այնպես էլ, հասկապես, հիվանդների իրավունքների պաշտպանությանը:

- Մշակել մեխանիզմներ կամ համակարգեր ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիությունն ու մատչելիությունը բարձրացնելու նպատակով:

- Մշակել մեխանիզմներ բուժօգնությունների գործունեության և բուժանձնակազմի մասնագիտական որակավորումների վերաբերյալ տեղեկատվության թափանցիկությունն ու հասանելիությունը ապահովելու համար:

- Ստեղծել ըստ բուժօգնությունների մատուցվող ծառայությունների, դրանց գների, բուժման պայմանների վերաբերյալ հանրությանը հասանելի տեղեկատվական բազաներ:

- Վերահսկել և վերացնել կազմակերպությունների միջև անբարեխիղճ մրցակցության և պայմանավորվածությունների մեխանիզմները և այլն:

- Անհրաժեշտ է կազմակերպությունում ներդնել բժշկական, ֆինանսական, տնտեսական գործունեության և անձնակազմի կառավարման հաշվառման, մոնիտորինգի և հաշվետվականության համակարգ տեղեկատվական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, որը վերլուծությունների և որոշումների կայացման կարորագույն գործիք կդառնա կազմակերպությունն առավել արդյունավետ կառավարելու համար:

- Իրականացնել ընտրված բուժօգնության շրջանակում իրականացվող գործընթացների սահմանազատում, նկարագրություն, վերլուծություն և փաստաթղթավորում:

- Կազմակերպական կառուցվածքի հստակեցումը, միաժամանակ, հիմք պետք է հանդիսանալի ազդրությունների պատվիրակման համար և հիերարխիկ կառավարման հնացած սխեմաներն ու վարչական ենթակայությունը կփոխարինվի կառավարման հորիզոնական

մակարդակի գերակայությանը՝ կրճատելով կառավարման ավելորդ մակարդակները: Ավելին, կառավարման այսպիսի մոտեցումը կնպաստի բուժօգնությունը կորստիվ շահերի, էթիկայի և թիմային միասնական վարքի ձևավորմանը, ինչը, արդյունքում, կլուծի նաև եկամուտների արդարացի բաշխման խնդիրն ու կնվազեցնի ստորաբաժանումների ու աշխատակիցների միջև հնարավոր հակասությունների առաջացման հավանականությունը: Եկամուտների արդարացի բաշխումը աստիճանաբար կհանգեցնի նաև համակարգում առկա ոչ ֆորմալ վճարումների պրակտիկայի վերացմանը:

• Բիզնես գործընթացների ամբողջական կամ աստիճանական ռեինժինիրինգը հնարավորություն է տալու Էսպես կրճատել առողջապահական կազմակերպության ծախսերը, անցում կատարել ծառայությունների մատուցման տեխնոլոգիաների որակապես նոր մակարդակի, ներդնել բժշկական ծառայությունների մատուցման գործընթացի գնահատման տեղեկատվական-վերլուծական համակարգեր, ձևավորել որակի կառավարման միասնական համակարգ և մշակել որակի ապահովման և վերահսկման մեխանիզմներ, զգալիորեն նվազեցնել իրավիճակային կառավարումն ու անցնել համակարգային կառավարման:

• Առողջապահական կազմակերպություններում գործընթացների կառավարման տեխնոլոգիաների կիրառումը ապահովում է հետևյալ առավելությունները.

- Փոխվում է կառավարման ներքին միջավայրն ու մշակույթը և կազմակերպությունը տարբեր մասնագիտությունների ու տարբեր հաստիքներ զբաղեցնող աշխատակիցների խմբից վերածվում է կորպորատիվ կառույցի՝ կառավարման իր կանոններով, անձնակազմի վարքի էթիկայով, գործողությունների փաստաթղթավորված կանոնակարգերով և բժշկական համակարգերի մշտադիտարկման, գնահատման տեղեկատվական-վերլուծական համակարգերով:

- Բուժօգնությունում հաշվառման, հաշվետվականության և վերլուծության արդի տեխնոլոգիաների և համակարգերի առկայությունը պայմաններ կստեղծի ներդնելու համար

գործընթացային կառավարման տեխնոլոգիան և կիրառելի վերջինիս արդյունավետ գործառնություն և կատարելագործման այնպիսի մեխանիզմներ, ինչպես բիզնես գործընթացների ռեինժինիրինգը, որակի համընդհանուր կառավարումը, ռազմավարական պլանավորումը և այլն:

- Կազմակերպությունում ստեղծել ներքին վիճակագրական համակարգ, մշակել հիվանդությունների բուժման ընթացքը բնութագրող, ինչպես նաև կազմակերպության ֆինանսական և տնտեսական գործունեությունը ներկայացնող տվյալների և բնութագրիչների համակարգ, որի հիման վրա առավել դյուրին կլինի ոչ միայն ձևակերպել կազմակերպության ռազմավարական և միջանկյալ նպատակները, այլև փաստագրել բուժհաստատության գործունեության բոլոր տեսակների ընթացիկ և վերջնական արդյունքները:

- Հստակ ձևակերպել կազմակերպության գործունեության տեսլականն ու առաքելությունը,

- Ձևավորել կազմակերպության կորպորատիվ ճարտարապետությունը (բիզնես մոդելը), որն ըստ էության կազմակերպության գործունեության ընդհանուր մոդելն է և որի շրջանակում որոշակիանում են բուժօգնության արտադրանքը, տեխնոլոգիաները, գործընթացները, կառուցվածքը և տեղեկատվական ապահովվածությունը:

- Ապահովել տնտեսական իմաստով կազմակերպության ներդրումային գրավչությունը, վարկունակությունը, շուկայում ունեցած դիրքը և, իհարկե, շուկայական արժեքը:

ՕԳՏԱԳՈՐԾԿԱՆՑ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

ա/ հայերեն

1. Գևորգյան Ս., Բիզնես գործընթացների կառավարման առանձնահատկությունները և ներդրման հնարավորությունը ՀՀ առողջապահական կազմակերպություններում, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա» Հանդես, # 5 - 6 (189 - 190), 2016, էջ 87-90:
2. Գևորգյան Ս., Առողջապահական համակարգի ծառայությունների մատչելիությունը և բնակչության բավարարվածության գնահատումը, «Ֆինանսներ և Էկոնոմիկա» Հանդես, # 1 - 2 (185 - 186), 2016, էջ 111-114:
3. Գևորգյան Ս., Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի վերլուծություն, «Այլընտրանք» գիտական հանդես, Հոկտեմբեր – դեկտեմբեր 2016, էջ 399 - 412:
4. Գևորգյան Ս., Առողջապահական կազմակերպությունների ֆինանսական ցուցանիշների վերլուծություն, «ԲԱՆԲԵՐ ՀՊՏՀ», 2016 N4, էջ 43-53:
5. Գևորգյան Ս., Մարկետինգը առողջապահական կազմակերպություններում, «Այլընտրանք» գիտական հանդես, Հոկտեմբեր – դեկտեմբեր 2016, էջ 413 - 421:
6. Գևորգյան Ս., Բժշկական ծառայությունների շուկայի ներկայիճակն ու զարգացման միտումները, «Այլընտրանք» գիտական հանդես, Ապրիլ -հունիս 2016, էջ 130 - 143:
7. Հայաստանի Հանրապետության օրենքը Բնակչության բժշկական օգնության եվսպասարկման մասին, www.arlis.am
8. «ՀՀ բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման եվկառավարման հայեցակարգ», ՀՀ ՊՏ 24 (38) 11.12.2012
9. Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2015, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 582 էջ:
10. Հայաստանի սոցիալական վիճակը 2014, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 220 էջ:
11. Հայաստանի սոցիալական վիճակը 2015, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 576 էջ:
12. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015, վիճակագրական վերլուծական զեկոլյոյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 235 էջ:

13. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գնահատում 2014, ՀՀ ԱՆ, Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Եր. 2014, 108 էջ:
14. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ 2010-2014, ՀՀ ԱՆ, Առողջապահության ազգային ինստիտուտ Եր. 2010-2014, 128 էջ:
15. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015թ. հունվար դեկտեմբերին, տեղեկատվական-ամսական զեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2016, 299 էջ:
16. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2015 թ. հունվար-ապրիլին, տեղեկատվական ամսական զեկոլյց, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 130 էջ:
17. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2015, 156 էջ:
18. Հայաստանի ֆինանսների վիճակագրություն, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 59 էջ:
19. Հայաստանի Հանրապետության արտաքին առևտուրը 2014 թվականին (ըստ արտաքին տնտեսական գործունեության ապրանքային անվանացանկի 8-նիշ դասակարգման), վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 235 էջ:
20. Շինարարությունը Հայաստանի Հանրապետությունում 2014 թվականի հունվար դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2015, 14 էջ:
21. Սպառողական գների ինդեքսը Հայաստանի Հանրապետությունում 2015թ. հունվար-դեկտեմբերին, վիճակագրական տեղեկագիր, ՀՀ ԱՎԾ, Եր. 2016, 130 էջ:

բ/ռոլսերեն

22. Абдикеев Н.М. Реинжиниринг бизнес-процессов: Учеб. / Н.М. Абдикеев, Т.П. Данько, С.В. Ильдеменов, А.Д. Киселев. 2-е изд., испр. — М.: Эксмо, 2007.- 592 с.
23. ' ' Анализ рынка медицинских услуг в России в 2010-2014гг, прогноз на 2015-2019гг ' ' . Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/>
24. Ануфриев А.С. Особенности менеджмента в медицинских клиниках // Менеджменте здравоохранении. 2008. № 1. С. 6.
25. Бизнес-процессы, 2007. — Режим доступа: <http://www.interface.ru>
26. Вялков А.И. Роль руководителей здравоохранения во внедрении новых технологий управления в отрасли // Общественное здоровье и управление здравоохранением и подготовка кадров. — М., 2002. С. 9-12.

27. Вумек Д. Бережливое производство. Как избавиться от потерь и добиться процветания вашей компании / Д.Вумек, Т.Дэниел. Пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2004. – 476 ст.
28. Гончарова М.В., Лебедев А.А., Актуальные вопросы управления медицинскими организациями на рынке медицинских услуг, Клинико-диагностический центр ' ' Кутузовский' ', РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Журнал ' ' Земский врач' ' 4 (8) - 2011
29. Дейвид МакДейд и др., 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, 6 с.
30. Джентри Д. Лучший отраслевой опыт: реинжиниринг в здравоохранении Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://www.consulting.ru/main/text/107>
31. Друкер П. Задачи менеджмента в XXI веке: Пер. с англ.: - М.: Издательский дом «Вильямс», 2004.- 272 с.
32. Ермакова С.Э., Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях, журнал ' ' Экономика, управление и право' ', 2011. № 1, ст 81-85
33. Ермакова С.Э., Управление бизнес-процессами в медицинской организации, Журнал ' ' Экономика и управление' ', Самара, 2(63) 2010, 142-144.
34. Ермакова С.Э., Формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях, Специальность 08.00.05—Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг). Автореферат Диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук Москва 2011.
35. Иллюстрированный глоссарий по бережливому производству / Пер. с англ. Под ред. Ч.Марчвински и Д.Шука. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. -431 ст.
36. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии, Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rosso, Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 309 ст.
37. Калянов Г.Н., Теория и практика реорганизации бизнес-процессов. — М.: Синтег, 2000. -203 ст.

38. Календжян С. О. Система эффективного управления: Теория и практика применения делегирования полномочий и ответственности: Учебные программы для руководителей и специалистов. — М.: Макс-Пресс, 2008. -110 с.
39. Календжян, С.О. Бёге. Г. Делегирование полномочий и ответственности: система эффективного управления - М.: Дело, 2007. -280 с.
40. Кемп Р. Легальный промышленный шпионаж. Бенчмаркинг бизнес-процессов: технологии поиска и внедрения лучших методов работы ваших конкурентов / Р.Кемп. Пер. с англ. – Днепропетровск: Баланс-клуб, 2004. -416 ст.
41. Кочеткова. А.И. Введение в организационное поведение и организационное моделирование : Учебное пособие.-М.: Дело, 2003, 944 с.
42. Кондратьев В.В. Показываем бизнес-процессы: от модели процессов компании до регламентов и процедур. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2008. -256 ст.
43. Кондо Й. Управление качеством в масштабах компании / Й.Конда – Н.Новгород: СМЦ «Приоритет», 2002. – 248 ст.
44. Князюк Н.Ф. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей // Менеджер здравоохранения. 2010. № 4. С. 21-29.
45. Машков Илья. Современные методы BPM // Эконо-мика мегаполисов и регионов. 2012. – № 6 (48) // – С. 52–53.
46. Мельникова Е. Е., Т. Н. Сысо, Методы, применяемые в управлении бизнес-процессами, Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. 2007. Том 7, Выпуск 1.
47. Репин В., Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление, 2013, М; Издательство Манн, Иванов и Фербер, 512 ст.
48. Репин В.В., Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2004, 408с.
49. Системы здравоохранения: время перемен: Армения 2002. Реферат Обзора, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 11 с.
50. Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации для анализа : пер. С англ. 12-е изд. М., 2002. -926 ст.
51. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2009. - 664 с.
52. Управление здравоохранением: учебник/ под ред. В.З. Кучеренко. М., 2001. -448 ст.

53. Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф. Опыт применения процессного подхода в управлении медицинской организацией, Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Режим доступа: <http://www.dc.baikal.ru/articles/25.html>
54. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, под. ред. Элайаса Моссиалоса, Анны Диксон и др., ВОЗ 2002, 20 с.
55. Харрингтон Дж., Эсселинг К. С., Нимвеген Х. Ван. Оптимизация бизнес-процессов. Документирование, анализ, управление, оптимизация. СПб.: Азбука, 2002. 329 с.
56. Хаммер М. Реинжиниринг корпорации: Манифест революции в бизнесе. / М.Хаммер, Д.Чампи. Пер. с англ. - М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2006. -408 ст.
57. Общественное здоровье и здравоохранение, под. Ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, М. 2003, 487 с.
58. Peter C. Smith, Elias Mossialos и Irene Papanicolas "Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы". Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная Организация Здравоохранения от имени Европейской Обсерватории по Системам и Политике Здравоохранения, 2008 г. -33 ст.
59. Михеев, А.Г. Системы управления бизнес-процессами и административными регламентами на примере свободной программы RunaWFE. / А.Г. Михеев. - М.: ДМК, 2016. - 336 с.
60. Нелис, Й. Управление бизнес-процессами: Практическое руководство по успешной реализации проектов / Й. Нелис, Д. Джестон. - СПб.: Символ-плюс, 2015. - 512 с.
- q/ шь q l t p t u*
61. Bergman, R. (1994), "Re-engineering health care: a new management tool aims to transform the organizational processes- and stir discussion", Hospitals & Health Network, February, p. 28-36.
62. Guide to producing national health accounts, WHO 2003, A System of Health Accounts 2011, OECD, Eurostat, WHO. -113 p.
63. Hammer M., Champy J. Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution // ISBN: 0-06055-953-5, Harper Business, 2001. -272 p.
64. Mathias Weske, Business Process Management; Concepts, Languages, Architectures, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007. -365p.

65. Hill JB, Cantara M, Kerremans M, Plummer DC. Magic quadrant for business process management suites. *Gartner Res.* 2009;15:164–485.
66. Weber B, Mutschler B, Reichert M. Investigating the effort of using business process management technology: Results from a controlled experiment. *J Sci Com Prog.* 2010;75:292–310p.
67. Alibabaei A, Aghdasi M, Zarei B, Stewart G. The role of culture in business process management initiatives. *Aust J Basic Appl Sci.* 2010;4:2143–54p.
68. Chong S. Business process management for SMEs: An exploratory study of implementation factors for the Australian wine industry. *J Inf Syst Small Bus.* 2007;1:p. 41–58.
69. Anyanwu K, Sheth A, Cardoso J, Miller J, Kochut K. Healthcare enterprise process development and integration. *J Res Pract Inf Technol.* 2003;35:p. 83–98.
70. Anthony R. Kovner and Duncan Neuhauser. *A Book of Cases Fifth Edition.* Health Services Management. AUPHA Press health administration press Chicago, Illinois. p.
71. Lenz R, Reichert M. IT support for healthcare processes—premises, challenges, perspectives. *Data Knowl Eng.* 2007;61:p.39–58.
72. . Reijers HA, Mansar SL. Best practices in business process redesign: an overview and qualitative evaluation of successful redesign heuristics. *Omega.* 2005;33:p.283–306.
73. Maull RS, TranDeld DR, Maull W. Factors characterizing the maturity of BPR programmes. *International Journal of Operations & Production Management* 2003;23(6): p.596–624.
74. Seidmann A, Sundararajan A. Competing in information-intensiveservices:analyzing the impact of task consolidation and employee empowerment. *Journal of Management Information Systems* Fall 1997;4(2):p.33–56.
75. Kettinger WJ, Teng TC. Aligning BPR to strategy:a framework for analysis. *Long Range Planning* 1998;31(1): p.93–107.
76. Maull RS, TranDeld DR, Maull W. Factors characterising the maturity of BPR programmes. *International Journal of Operations & Production Management* 2003;23(6):p. 596–624.
77. Van Hee KM, Reijers HA, Verbeek HMW, Zerguini L. On the optimal allocation of resources in stochastic worklow nets. In:Djemame K, Kara M, editors. *Proceedings of the Seventeenth UK Performance Engineering Workshop.* Leeds: Print Services University of Leeds; 2001. p. 23–34.

78. Valiris G, Glykas M. Critical review of existing BPR methodologies. Business Process Management Journal 1999;5(1):p.65–86.
79. Galliers R. Against obliteration:reducing risk in business process change. In:Sauer C, Yetton P, editors. Steps to the future:fresh thinking on the management of IT-based organizational transformation. San Francisco:Jossey-Bass; 1997. p. 169–86.

գ/ ԷԼ ԵԿՏՊՈՆԱՅ ԻՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐ

80. <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/5783>
81. http://www.kpms.ru/Automatization/BP_Management.htm
82. http://www.kpms.ru/General_info/Process_approach.htm
83. <http://www.mums.ac.ir/quaem/en/index> .
84. <http://www.bus.uts.edu.au/amaranayake.pdf> .
85. http://www.ibis.in.tum.de/mkwi08/06_eGovernment/01_Fink.pdf .
86. <http://www.himss.org/content/HIMSS12PhysPosters/AndySteele.pdf> .
87. <http://www.himss.org/content/HIMSS12PhysPosters/AndySteele.pdf> .
88. <http://www.brends.com>
89. <http://www.pqm-online.com/assets/files/lib/books/harrington1.pdf>
90. http://www.spmn.com/critical_software_practices.html.