

տեր ընդունող երկրների հետ՝ որքանով է օրինաչափ այդ եկամուտների ընդգրկումը ՀՆԱ-ում բնակչության մեկ շնչի հաշվով:

Ըստ Հեքշեր-Օլի մոդելի՝ առանձին երկրների ընդգրկումը միջազգային տնտեսական հարաբերություններում աշխատուժի և կապիտալի տարբեր ապահովվածության պայմաններում ստեղծում է աշխատավարձի տարբեր մակարդակների համահարթման հնարավորություններ: Զանի որ անցումային և զարգացող տնտեսությամբ երկրներում առկա է կապիտալի պակաս և աշխատուժի ավելցուկ, դա թույլ է տալիս ապահովել շահույթի նորմայի ավելի բարձր մակարդակ: Այդ իսկ պատճառով կապիտալի հոսքերի նկատմամբ սահմանափակումների վերացումը, համաձայն այդ տեսության, կհանգեցնի կապիտալի շարժի տնտեսապես զարգացած երկրներից զարգացող երկրներ: Սա էլ իր հերթին կբերի տնտեսական աճի տեմպերի արագացման և, հետևաբար, բնակչության եկամուտների ավելացման:

Էնդոգեն զարգացման մոդելի կիրառումը հատկապես անցումային տնտեսություններում հղի է սոցիալական այնպիսի հետեւանքներով, որոնք որոշում են դրա ոչ միայն տնտեսական, այլև սոցիալական արդյունավետության սահմանները: Այդ առնչությամբ ազգային պետությունը պետք է ունենա ավելի զգալի դեր գլոբալացման պայմաններում, քանի որ համաշխարհային տնտեսական զարգացումն ընթանում է խիստ անհավասարաչափ: Ազգային պետությունը պետք է կարողանա պաշտպանել ազգային շահերը և կարգավորել իրավիճակը՝ ոչ թե ի հակակշիռ գլոբալացման մարտահրավերների, այլ դրանք ներդաշնակել գլոբալացման գործընթացներին: Այս առումով մեր ժամանակների շատ տնտեսագետներ գուր չեն ընդգծում գնալով աճող ուշադրությունը Էնդոգեն գործոնների նկատմամբ¹:

Անցումային տնտեսությունների տնտեսական իրավիճակը ցույց է տալիս, որ միջազգային տնտեսական համագործակցության գործընթացը հաճախ հարկադրված անհրաժեշտություն է, որի դիմաց այդ երկրները հաճախ վճարում են բավական թանկ:

Ներկրում փոխարինող արտադրությունը ենթադրում է աճի Էնդոգեն գործոն, սակայն այդպիսի քաղաքականությունը ենթադրում է միայն կարճաժամկետ արդյունք: Այն չունի երկարաժամկետ դրական արդյունք, հատկապես՝ զարգացման ժամանակակից փուլում: Էնդոգեն տնտեսական աճը պայմանավորված է ևս երկարաժամկետ կապիտալով, որը թույլ է տալիս կարճ ժամանակահատվածում ապահովել տնտեսական զարգացման նախապայմաններ երկար ժամանակահատվածի համար: Այս իմաստով մարդկային կապիտալի ներդրումները համարվում են ժամանակակից սոցիալական քաղաքականության առավել կարեւոր ուղղություն: Սա վկայում է գիտության և կրթության վրա ոչ պետական ծախսերի ավելացման ուղղված՝ կառավարության անհապաղ միջոցառումների անհրաժեշտություն²: Այս առնչությամբ կցանկանայինք նշել, որ Հայաստանն ունի հսկայական հիմնախնդիր: Բանն այն է, որ հատկապես վերջին 15 տարիների տեղի է ունենում մարդկային կապիտալի փոշիացում: Ձեւավորվել է ընդգրկված հակառակություն ստացած մասնագիտության և ընտրված զբաղմունքի միջև: Փաստորեն՝ Հայաստանում վերացել է միջին մասնագիտական կրթությունը, ինչը խիստ բացասական ազդեցություն է թողնում արտադրության տարբեր ոլորտների արդյունավետ գործունեության վրա: Այսպիսով, չնայած այսօր ուսանողների տեսակարար կշռով Հայաստանը գրավում է առաջին տեղերից մեկը նախկին ԽՍՀՄ տարածքում, սակայն դրա որակական կողմը կարիք ունի եական բարելավման: Փաստորեն՝ Հայաստանը կորցնում է Էնդոգեն զարգացման ամենակարեւոր գործոններից մեկը:

Վերը նշված հայեցակարգային մոդելները և տնտեսական զարգացման համաշխարհային փորձը ենթադրում են, որ անցումային տնտեսությունները նախկին ԱՊՀ տարածքում թեւակոխել են զարգացման որակապես նոր փուլ, որոնք բովանդակությունը որոշվում է ոչ թե հունիք արտահանմամբ, այլ մարդկային կապիտալի որակով, որը մասնավորապես Հայաստանի համար կրառնա երաշխիք՝ ստեղծելու սոցիալական կողմնորոշման տնտեսություն:

Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) սահմանմամբ՝ առողջապահության համակարգի ազգային ծախսերը բոլոր այն ծախսումներն են, որոնք առնչվում են տնտեսական գործունեության իրականացմանը և ուղղորդված են առողջության պահպանմանն ու բարելավմանը, կենսագործունեության համակարգերի փոփոխությանը կամ այդպիսի գործունեության ֆինանսավորմանը³:

Առհասարակ առողջապահության համակարգերի հուսալիության գնահատման տեսակետից կարեւոր է գնահատել համակարգի ֆինանսավորման տարբեր աղբյուրների դիմամիկայում արձանագրված միտումները՝ ինչպես կարճաժամկետ, այնպես էլ երկարաժամկետ առումով, գնահատել այն գործոնների ու ռիսկերի հնարավոր ազդեցությունները, որոնք կարող են էապես կանխորոշել հնարավոր փոփոխությունները: Այսինքն՝ համակարգում որոշումներ կայացնողների համար առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հուսալիության երկարաժամկետ ապահովման առումով արդեն այսօր շատ կարեւոր է լուրջ խնդիր է ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրների համակարգված, հաշվեկշռված ներդրման, զարգացման և ծրագրային կառավարման ապահովումը:

Համաձայն առողջապահության ազգային հաշիվների գեկույցի գնահատականի՝ ՀՀ առողջապահության համակարգում 2007թ. կատարված ծախսումներն ընդամենը կազմել են 139 259.8 մլն դրամ (արդյունակ 1):

2007թ., մեկ շնչի հաշվով, առողջապահության համակարգում կատարված ծախսումների ծավալները կազմել են 43 209 դրամ՝ 2004թ. 33 925 դրամի դիմաց, կամ աճել են 27%-ով: Պետական աղբյուրներից ֆինանսավորումը, մեկ շնչի հաշվով, 2007թ. կազմել է 15 770 դրամ՝ 2004թ. 8278 դրամի դիմաց, կամ աճել է 90.5%-ով: Մասնավոր աղբյուրներից կատարված ֆինանսավորումը 2007թ. կազմել է 20 875 դրամ՝ 2004թ. 23 362 դրամի դիմաց, կամ նվազել է 12%-ով: Մեկ շնչի հաշվով արտաքին դոնորների կատարած ծախսումների ծավալները 2007թ. կազմել են 6 564 դրամ՝ 2004թ. 2285 դրամի դիմաց, կամ ավելացել է 187%-ով:

Ամփոփ ձևով ներկայացնենք 2004-07թթ. կատարված ընդհանուր առողջապահական ծախսումների ֆինանսավորման աղբյուրները՝ ըստ ֆինանսավորման ամբողջ ծավալում նրանց ունեցած տեսակարար կշռի (արդյունակ 2):

Ինչպես երևում է, 2004-07թթ. ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ծավալների աճը հիմնականում բաժին է ընկել պետական աղբյուրներին կամ ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահության կարիքներին ուղղված միջոցների աճին, ինչպես նաև «մնացած աշխարհին»: Տեսային տնտեսությունների կողմից ամսիջակաճանրեցն ծախսվող միջոցները, հակառակը, նվազել են:

Հաշվի առնելով ՀՀ առողջապահության համակարգում առկա ոչ պաշտոնական վճարումների մեծ ծավալը, ինչպես նաև դրանց չափի ճշգրիտ հաշվարկման անհնարինությունը՝ առողջապահական ընդհանուր ծախսերում ներառենք տարբեր փորձագետների կողմից ոչ պաշտոնական վճարների գնահատված մեծությունը, որը կազմում է 18-20 մլրդ դրամ: Եթե ընդհանուր ծախսերի մեջ ներառենք նշված ֆինանսական միջոցները, կունենանք հետևյալ պատկերը (արդյունակ 3):

Ինչպես երևում է արդյունակից, մասնավոր ծախսերը կազմում են ՀՆԱ-ի 2.8%-ը: Համեմատության համար նշենք, որ Բելառուսում այդ ցուցանիշը կազմում է 1.6%, Ադրբեջանում՝ 2.7%, Ռուսաստանի Դաշնությունում՝ 2.3%, Միացյալ Թագավորությունում՝ 1.1%, Թուրքիայում՝ 2.1%, Դանիայում՝ 1.5%:

Չնայած բնակչությանը մատուցվող՝ առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների հասանելիության և ֆինանսական մատչելիության առաջընթացին, տեսային տնտեսություններում կատարված առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ 2006թ. անցկացված հետազոտությունների արդյունքները ցույց տվեցին, որ Հայաստանում առկա է գրաստից դուրս կատարված առողջապահական ծախսերի լուրջ խնդիր, մասնավորապես՝ դեղերի և հիվանդանոցային ծառայությունների համար կատարված այդպիսի վճարումների առումով: Հայաստանում տեսային տնտեսությունները առողջապահական ծառայությունների վրա միջին հաշվով ծախսում են հայտարարագրված եկամտի 12.3%-ը: Սակայն բնակչության առավել աղքատ 20%-ի համար այս թիվը հասնում է եկամտի մինչև 26.2%-ին⁴:

Տեսային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի բեռն չափման համար կիրառվում են տարբեր մեթոդներ: Դրանցից մե-

1. Steu՝ Матюшок В.М., Проблемы экономической стратегии в условиях глобализации, М. 2002, с. 85-103.

2. Steu՝ Վ.Ե. Խոջաբեկյան, Հայաստանի բնակչության վերարտադրությունը և տեղաշարժերը 19-20-րդ դարերում, 21-րդ դարի շեմին, Երեւան, Գիտություն, 2001, էջ 335-342

կը ցույց է տալիս այն տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը, որոնք, ըստ միջազգային սահմանման կատարում են առողջապահական աղետալի ծախսումներ, այն է՝ առողջապահական ծախսումները գերազանցում են աղքատության ազգային շեմը գերազանցող եկամտի 40%-ը: 33-ում տնային տնտեսությունների 16%-ը կատարել է առողջապահական աղետալի ծախսումներ, եթե գնահատումն իրականացնելու համար օգտագործենք ծայրահեղ աղքատության շեմը, եւ 26%-ը, եթե գնահատման համար օգտագործենք ընդհանուր աղքատության շեմը: Համեմատության համար նշենք, որ աշխարհի միայն մի քանի երկրում է, որ այդ ցուցանիշը գերազանցում է 5%-ը, իսկ արեւմտյան երկրներում եւ Լուսնիսկ ԱՄՆ-ում, որտեղ կա չափազանց բնակչության մեծ խնդիր, այս ցուցանիշը չի հասնում 1%-ի:

33-ում տնային տնտեսությունների կատարած առողջապահական ծախսերի այսպիսի մեծ չափը պայմանավորված է 33 առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում գործող մեխանիզմների բացակայությամբ կամ դրանց սահմանափակ գործունեությամբ: չկա պարտադիր բժշկական ապահովագրություն, կամավոր բժշկական ապահովագրություն իրականացնող կազմակերպությունների 2007թ. կատարած վճարումները կազմում են առողջապահական ընդհանուր ծախսերի ընդամենը 0.2%-ը, համավճարի մեխանիզմը փաստացի չի նպաստում ներդրման նպատակների իրագործմանը:

Ֆինանսավորման բազմաձեւության կիրառման պայմաններում ֆինանսական հոսքերի կառուցվածքում տեղի կունենա ֆինանսավորման աղբյուրների վերադասավորում, ֆինանսական հոսքերի կառավարելիության բարձրացմանը զուգընթաց՝ աստիճանաբար կկրճատվեն բնակչության կողմից կատարվող վճարումները:

Քննարկենք ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների՝ պարտադիր բժշկական ապահովագրության եւ համավճարի ներդրման ակնկալվող արդյունքներն ու դրանց ազդեցությունը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի վրա:

Մասնավորապես պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրման արդյունքների գնահատման համար հաշվարկենք հասարակության տարբեր հատվածների կողմից վճարվող ապահովագրավճարների մեծությունը:

Պաշտոնապես զբաղված վարձու աշխատողների համար ապահովագրավճարները հաշվարկելու համար օգտվենք պարտադիր սոցիալական ապահովագրության վճարների տվյալներից: Ըստ 33 2008թ. պետական բյուջեի մասին օրենքի՝ պարտադիր սոցիալական ապահովագրության վճարները կազմում են շուրջ 105 մլրդ դրամ (104902145): Ըստ հաշվարկների՝ պարտադիր սոցիալական ապահովագրության վճարները կազմում են ընդհանուր աշխատավարձի ֆոնդի միջինը 22%-ը (տատանվում է 13-31%-ի միջակայքում՝ կախված աշխատավարձի մեծությունից): Այսինքն՝ նշված 3%-ի դեպքում ՊԲԱ ֆոնդը կկազմի ավելի քան 14.3 մլրդ դրամ:

Գյուղատնտեսությունում զբաղված շուրջ 507000³ քաղաքացիների կատարած ՊԲԱ վճարները նվազագույնը կկազմեն շուրջ 5.5 մլրդ դրամ (506900*10800=54747.5 հազար դրամ):

Մինչեւ 18 տարեկան 805329 երեխաների համար պետության կողմից պարտադիր բժշկական ապահովագրության ֆոնդին կհատկացվի շուրջ 8.7 մլրդ դրամ (805329*10800=8697553.2 հազար դրամ):

Կենսաթոշակառուների եւ սոցիալապես անապահով (34 եւ ավելի անապահովության միավոր ունեցող) խմբերում ընդգրկված շուրջ 632000 քաղաքացիների համար պետական բյուջեից կհատկացվի շուրջ 6.8 մլրդ դրամ (632000*10800=6825600.0 հազար դրամ):

Ուսանողների համար, վերը նշված մոտեցման համաձայն, կհավաքագրվի շուրջ 936.3 մլն դրամ, որից պետական պատվերով սովորող 19986 ուսանողների համար պետական բյուջեից կվճարվի շուրջ 216.0 մլն (19986*10800=215848.8 հազար դրամ), իսկ վճարվի ուսանողները կվճարեն 720.4 մլն դրամ (66707*10800=720435.6 հազար դրամ):

Պաշտոնապես զբաղված գործազուրկների համար պետական բյուջեից կվճարվի 894.2 մլն դրամ (82800*10800=894240.0 հազար դրամ) ապահովագրավճար:

Այսինքն՝ ՊԲԱ ներդրման սկզբնական շրջանում հնարավոր կլինի հավաքագրել ավելի քան 37 մլրդ դրամ, որից միայն 16.6 մլրդ դրամ կհատկացվի պետությունը, իսկ մնացած 20.4 մլրդ դրամը՝ գործատուներն ու բնակչությունը:

Համավճարը հանդես է գալիս որպես լրավճար պետության երաշխավորած անվճար բժշկական օգնության եւ սպասարկման գների, ուստի՝ համավճարի ներդրման դեպքում ակնկալվող արդյունքը կքննարկենք պետական պատվերի ծրագրերի շրջանակներում: Հաշվի առնելով Հայաստանում տարածքային զարգացման անհամաչափությունը, ինչպես նաեւ բնակչության ստացած եկամուտների անհավասարությունը՝ առաջարկվում է համավճարի մեծության որոշման հարցում կիրառել տարբերակված մոտեցում՝ Երեւանի եւ մարզերի բնակչության համար՝ մարզերում սահմանելով Երեւանում գործող համավճարի 50%-ի չափով համավճար:

Հաշվի առնելով վերը նշվածը՝ հաշվարկենք համավճարի ներդրման արդյունքում ակնկալվող հավաքագրվելիք ֆինանսական մեծությունը:

Անհետաձգելի բժշկական օգնության գծով պետական պատվեր ծրագրի շրջանակներում Երեւան քաղաքում կարճաժամկետ բուժօգնություն, հիպերտոնիկ կրիզ, սուր միզակապություն, երիկամային խիթ վիճակների դեպքում նախատեսվում է համավճարի մուծում 30000 դրամի չափով, ընդհանուր պրոֆիլի բաժանմունքներում՝ 60000 դրամ, նեղ մասնագիտական բաժանմունքներում՝ 120.000 դրամ, իսկ 33 մարզերում՝ համապատասխանաբար 15000 դրամ, 30000 դրամ եւ 60000 դրամ: Նշված ծրագրում այս պայմաններով համավճարի ներդրման արդյունքում ակնկալվում է շուրջ 1.3 մլրդ դրամ համավճարի մուծում, որից 700.0 մլն-ը կմուծ-

ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՆՈՐ ԱՂԲՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԱԶԴԵՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱԽՍՆԵՐԻ ՎՐԱ

Ահարոն ԲԱՐՍԵՂՅԱՆ
33 ԱՆ ՊԱԳ-ի Երեւանի քաղաքային կենտրոնի գլխավոր մասնագետ



Առողջապահական ընդհանուր ծախսերը (ԱԸԾ) 2004-2007թթ. Աղյուսակ 1.

	2004	2005	2006	2007
ԱԸԾ (մլն դրամ)	108 975,8	121193,0	124 251,6	139 259, 8
ԱԸԾ (մեկ բնակչի հաշվով, դրամ)	33 925	37 686	38 597	43 209
ԱԸԾ (մլն ԱՄՆ դոլար)	204,3	264,8	298,7	407, 1
ԱԸԾ (մեկ բնակչի հաշվով, ԱՄՆ դոլար)	63,6	82,3	92,8	126,3

Իրականացված ծախսումների ֆինանսավորման աղբյուրները՝ ըստ ֆինանսավորման ամբողջ ծավալում նրանց ունեցած տեսակարար կշռի (2004-2007թթ.) Աղյուսակ 2.

	2004	2005	2006	2007
Պետական աղբյուրներ	24,4	27,3	33,9	36,5
Պետական բյուջեի միջոցներ/եկամուտներ	24,4	27,3	33,8%	36,5
Մարզային պետական կառավարման մարմինների եկամուտներ	-	-	0,08	
Տեղական ինքնակառավարման մարմինների (համայնքային) բյուջե եւ այլ եկամուտներ	-	-	0,03	0,03
Մասնավոր ֆոնդեր	68,8	60,1	51,6	48,3
Գործատուների/ մասնավոր ձեռնարկությունների միջոցներ/ֆոնդեր	0,1	0,1	0,08	0,1
Տնային տնտեսությունների միջոցներ	68,7	60,0	51,5	48,2
Մնացած աշխարհ	6,7	12,7	14,5	15,2
Ապանտրոնացված	6,7	12,7	14,5	15,2

Աղյուսակ 3.

	2007թ.	Տեսակարար կշիռը ընդհանուրի մեջ	% ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Ընդամենը	159,259,8		5.1%
Պետական աղբյուրներ	50,825.8	0.3	1.6%
Պետական բյուջեի միջոցներ/եկամուտներ	50,776.5	32%	1.6%
Մարզային պետական կառավարման մարմինների եկամուտներ	49.3	0%	0.0%
Տեղական ինքնակառավարման մարմինների (համայնքային) բյուջե եւ այլ եկամուտներ		0%	0.0%
Մասնավոր ֆոնդեր	87,279.1	55%	2.8%
Գործատուների/ մասնավոր ձեռնարկությունների միջոցներ/ֆոնդեր	173.0	0%	0.0%
Տնային տնտեսությունների միջոցներ	87,106.1	55%	2.8%
Մնացած աշխարհ	21,154.9	13%	0.7%
Ապանտրոնացված	21,154.9	13%	0.7%

Աղյուսակ 4.

	2007թ. առողջապահական ընդհանուր ծախսեր	ՊԲԱ ներդրման ազդեցություն	Համավճարի ներդրման ազդեցություն	Առողջապահական ընդհանուր ծախսերի անկախվող մեծություն	Տեսակարար կշիռն ընդհանուրի մեջ	% 2007թ. ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Ընդամենը	159,259.8			167,359.8	100.0%	5.3%
Պետական աղբյուրներ	50,825.8			70,125.8	41.9%	2.2%
Պետական բյուջեի միջոցներ/եկամուտներ	50,776.5	16,600.0	2,700.0	70,076.5	41.9%	2.2%
Մարզային պետական կառավարման մարմինների եկամուտներ	49.3	0.0	0.0	49.3	0.03%	0.002%
Մասնավոր ֆոնդեր	87,279.1			76,079.1	45.5%	2.4%
Գործատուների/ մասնավոր ձեռնարկությունների միջոցներ/ֆոնդեր	173.0	13,600.0	0.0	13,773.0	8.2%	0.4%
Տնային տնտեսությունների միջոցներ	87,106.1	23,400.0	1,400.0	62,306.1	37.2%	2.0%
Մնացած աշխարհ	21,154.9			21,154.9	12.6%	0.7%
Ապանտրոնացված	21,154.9	0.0	0.0	21,154.9	12.6%	0.7%

վի բնակչության, իսկ մնացած շուրջ 600.0 մլն-ը՝ պետության կողմից:

Աղիքային եւ վարակիչ այլ հիվանդությունների բժշկական օգնության գծով պետական պատվեր եւ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների գծով պետական պատվեր, գինեկուրգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության գծով պետական պատվեր ծրագրերի շրջանակներում Երեւան քաղաքում կարճաժամկետ բուժօգնության համար նախատեսվում է համավճարի սահմանում 30000 դրամի չափով, այս ծրագրում ներառված այլ բուժօգնության համար՝ 60000 դրամ, իսկ ՀՀ մարզերում այն կկազմի՝ համապատասխանաբար 15000 եւ 30000 դրամ: Այս ծրագրերի շրջանակներում անկախվում է շուրջ 606.0 մլն

դրամի համավճարի մուծում, որից 340.0 մլն-ը կմուծվի պետության, իսկ մնացած 266.0 մլն դրամը՝ բնակչության կողմից:

Երեխաներին բժշկական օգնության գծով պետական պատվեր ծրագրի շրջանակում Երեւան քաղաքում կարճաժամկետ բուժօգնություն, երիկամային խիթի դեպքում նախատեսվում է համավճարի մուծում 30000 դրամի չափով, ընդհանուր պորոֆիլի բաժանմունքներում՝ 60000 դրամ, նեղ մասնագիտական բաժանմունքներում՝ 120000 դրամի չափով: ՀՀ մարզերում համավճարի մեծությունը կկազմի՝ համապատասխանաբար 15000, 30000 եւ 60000 դրամ: Այս ծրագրի շրջանակներում անկախվում է համավճարի 2.1 մլրդ դրամի մուծում, որից 1.8 մլրդ դրամը կմուծվի պետության, իսկ մնացած 257 մլն դրամը՝ բնակիչների կողմից:

Ինչպես երեւում է համավճարի նման պայմաններով ներդրման արդյունքում հնարավոր կլինի հավաքագրել շուրջ 4 մլրդ դրամ, որից 2.75 մլրդ դրամը լրացուցիչ կհատկացվի պետության կողմից, իսկ մնացած 1.25 մլրդ դրամը կմուծվի հասարակության կողմից:

Այժմ քննարկելիք ՊԲԱ եւ համավճարի՝ նշված պայմաններով ներդրման արդյունքների ազդեցությունը ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեծության եւ դրանցից յուրաքանչյուրի տեսակարար կշռի վրա (աղյուսակ 4):

Հաշվի առնելով միջազգային տնտեսական ճգնաժամը եւ դրա արդյունքում ՀՀ տնտեսության մեջ գրանցված տնտեսական անկումը՝ ՀՆԱ-ի նկատմամբ տոկոսի հաշվարկման ժամանակ բազային է ընդունվել 2007թ. ՀՆԱ-ի մեծությունը (3,148,700.0 մլն դրամ):

Ամփոփելով վերը նշվածը՝ կարելի է եզրակացնել, որ ՊԲԱ եւ համավճարի ներդրման արդյունքում հնարավոր կլինի պետության կողմից առողջապահության ուղղվող ծախսերի մեծությունը հասցնել ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2.2%-ի՝ 2007թ. 1.6%-ի փոխարեն, իսկ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեջ պետական բյուջեից հատկացվող միջոցների ծավալը կկազմի 41.9%՝ 2007թ. 32%-ի փոխարեն: Մասնավոր ծախսերի կրճատմանը զուգընթաց, կնվազի նաեւ տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերի մեծությունը՝ ի հաշիվ պետության եւ գործատուների կողմից տրամադրվող ֆինանսական լրացուցիչ միջոցների: Այսպես, գործատուների կողմից կատարվող ծախսերի տեսակարար կշիռը կհասնի 8.2%-ի՝ 2007թ. 0.1%-ի փոխարեն, իսկ տնային տնտեսությունների ծախսերը կնվազեն շուրջ 25.0 մլրդ դրամով՝ կազմելով առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 37.2%-ը՝ 2007թ. 55%-ի փոխարեն:

1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվներ, 2004-2007 զեկույց, էջ 1
 2. Որքան է տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի բեռը Հայաստանում, էջ 6
 3. Այս եւ մնացած տվյալները վերցված են 2008թ. Հայաստանի վիճակագրական տարեգրքից: