

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
ԱԿԱԴԵՄԻԿՈՍ Ս. ԱՎԴԱԼԲԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

Զ Ե Կ ՈՒ Յ Ց

ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎՐԱ ԿԱՏԱՐՎԱԾ ՊԵՏԱԿԱՆ ԵՎ
ՄԱՍՆԱՎՈՐ ԾԱԽՍԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ



Հապավումներ

ԱԱՊԾ	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՀՀ	Ազգային հաշիվների համակարգ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՄԱԿ	Միացյալ ազգերի կազմակերպություն
ՔԿԱԳ	Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցում
ՏՏԿԱՀ	Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն

Բովանդակություն

Ներածություն.....	5
Մոր և մանկան առողջության վիճակը.....	6
Մոր ու մանկան առողջության ծախսերի վերլուծություն 11	11
Եզրակացություններ և առաջարկություններ 31	31
Գրականություն 31	31
Գծապատկեր 1: Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի դինամիկան 2008-2017 թվականներին, մլն. դրամ	14
Գծապատկեր 2: Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի կառուցվածքի փոփոխությունը 2008-2017 թվականներին, տոկոս	15
Գծապատկեր 3: Մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայությունների ֆինանսավորման կառուցվածքն ըստ բաղադրիչների, տոկոս.....	15
Գծապատկեր 4: Առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ, ըստ քվինտիլային խմբերի, 2013, 2014, 2016 թթ., (տոկոս)	23
Գծապատկեր 5: Պետության և տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ընդհանուր ծախսերի կառուցվածքում 2012-2016 թվականներին, տոկոս	24
Գծապատկեր 6: Պետական ծախսերի ծավալների և ժողովրդագրական ցուցանիշների դինամիկան 2008-2016 թվականներին.....	25
Գծապատկեր 7: Ծնվածների թվի և մանկամահացության դեպքերի դինամիկ շարքը 1985 – 2016 թվականներին	26
Գծապատկեր 8: Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային	27
ռեգրեսիոն վերլուծության ցրվածքը.....	27
Գծապատկեր 9: Մնացորդային ցրվածքի գրաֆիկական պատկերը.....	29
Գծապատկեր 10: Պետական և մասնավոր ծախսերի և առողջության որոշ ցուցանիշների դինամիկաների համադրությունը	29
Գծապատկեր 11: Հղիների թվաքանակի, մանկամահացության և մեռելածնության ցուցանիշների դինամիկան 2008 – 2016 թվականներին.....	30
Գծապատկեր 12: Պետական ծախսերի անվանական աճի և բուժսպասարկման ծառայությունների գների ինդեքսի դինամիկաները	30
Աղյուսակ 1: Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի հիմնական ցուցանիշները, 2011-2016 թթ.	6
Աղյուսակ 2: Բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով ըստ առանձին մասնագիտությունների, 2015-2016 թթ., մարդ	6

Աղյուսակ 3: Նորածինների հիվանդացությունն ըստ գրանցված հիվանդությունների, 2012-2016թթ.	7
Աղյուսակ 4: Ծննդոգնությունը բժշկական ծննդոգնության հիմնարկներում, 2012-2016թթ., միավոր	8
Աղյուսակ 5: Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ տեսակի (առանց մինի վիժումների), 2011-2014թթ., միավոր	8
Աղյուսակ 6: Կանանց հիվանդացությունն առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով ըստ առանձին հիվանդությունների, 2009-2016թթ., 100 000 կանանց հաշվով.....	9
Աղյուսակ 7: Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2009-2016թթ., միավոր	9
Աղյուսակ 8: Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված գործառնական ծախսերն բաժինների, խմբերի և դասերի, միլիոն դրամ	12
Աղյուսակ 9: Մոր և մանկան առողջության ծախսերը 2008 և 2017 թվականներին և հավելաճը.....	14
Աղյուսակ 10: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ) տվյալների հիման վրա.....	18
Աղյուսակ 11: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և բնակչության միջին տարեկան թվաքանակի	18
Աղյուսակ 12: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային... տնտեսությունների վճարումների ծավալն ըստ վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ.20 արդյունքներով), միլիոն դրամ	20
Աղյուսակ 13: Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց պետական և տնային տնտեսությունների ծախսերը 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ.....	24
Աղյուսակ 14: Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրսիոն վերլուծության արդյունքները	26
Աղյուսակ 15: Մահացության դեպքերի կանխատեսում.....	28

Հայաստանի ժողովրդագրական արդի միտումների պայմաններում առանձնահատուկ դեր և նշանակություն ունի մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջության պահպանումը, որը հանդիսանում է նաև ազգային անվտանգության կարևորագույն բաղադրամասը:

Այս աշխատանքի գլխավոր նպատակն է ուսումնասիրել մոր և մանկան առողջության վիճակը, պետության և մասնավոր հատվածի, հատկապես՝ տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերի ծավալները, բովանդակությունը, հիմնական ուղղությունները և դինամիկան: Այն յուրահատուկ փորձ է սկիզբ դնելու մոր և մանկան առողջապահության ֆինանսավորման ախտորոշմանը և նպաստելու այս ոլորտում նպատակային ծրագրերի և ֆինանսավորման ռազմավարությունների մշակման համար:

Նպատակից ելնելով, ուսումնասիրվել են մոր և մանկան առողջության վիճակն ու դինամիկան ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրները, ծախսերի տեսակները, ծավալները, կառուցվածքն ու ծախսային ծանրաբեռնվածությունը:

Հետազոտությունն իրականացվել է ներդրումային նախագծերի Եվրոպական միությունում ընդունված ծախս-օգուտ վերլուծությունների մեթոդական երաշխավորությունների հիման վրա՝ հաշվի առնելով առողջապահության և, ի մասնավորի՝ մոր և մանկան առողջապահության, ոլորտի առանձնահատկությունները և կատարվող ծախսերից (պետության դեպքում նաև ներդրումներից) ակնկալվող օգուտները:

Տնային տնտեսությունների կողմից առողջապահության ծառայությունների դիմաց կատարված ծախսերի ամփոփ ցուցանիշների հաշվարկման համար, որպես կանոն, հիմք է հանդիսանում կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքներով հաշվարկված մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական առողջապահական ծախսը և դրա կառուցվածքն ըստ բժշկական ծառայությունների տեսակի, մասնագետների և վճարման նպատակների:

Վերլուծությունն իրականացվել է հետևյալ մեթոդների հիման վրա;

1. Կատարվել է ծախսերի տնտեսագիտական և գործառնական դասակարգում և վերլուծություն, ինչպես նաև հաշվարկվել են ծախսերի համադրելի գործակիցներ՝ առողջության համապատասխան ցուցանիշների հետ համեմատություններ կատարելու նպատակով:
2. Իրականացվել է ծախսերի ֆինանսական վերլուծություն և գնահատվել է դրանց ֆինանսական և տնտեսական արդյունավետությունը:

Գնահատվել և հաշվարկվել են ներկայում և երկարաժամկետ հեռանկարում կատարված ընթացիկ ծախսերից ստացվող և ակնկալվող ֆինանսական, տնտեսական, ոչ տնտեսական և լրացուցիչ օգուտները:

Վերլուծության արդյունքները հիմնավորում են շարունակական պետական աջակցության անհրաժեշտությունը մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջության ոլորտում արդյունավետ ընթացիկ և կապիտալ ծախսերի անհրաժեշտությունն ու հրատապությունը:

Մոր և մանկան առողջության վիճակը

Ուշադրության են արժանի մայրերի, կանանց ու երեխաների հիվանդացության մակարդակն ու դինամիկան արտացոլող ցուցանիշները:

Հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան ժամանակաշրջանի բարդությունները ֆերտիլային տարիքի (15-49 տարեկան) 100 000 կանանց հաշվով կազմել են 1,864.9 դեպք (2015 թվականին՝ 2,125.8 դեպք): Հանրապետությունում դեռևս առկա են առանց որակյալ բժշկական անձնակազմի միջամտության տնային պայմաններում ծննդաբերելու դեպքերը, որը դժվարացնում է դրանց հաշվառումը և բազմաթիվ հիվանդությունների առաջացման պատճառ է հանդիսանում: 2016 թվականին բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի կողմից տանն ընդունված ծնունդների քանակը կազմել է 18 դեպք (2015 թվականին՝ 20 դեպք):

Ստորև բերված աղյուսակում ներկայացված են մոր և մանկան առողջապահության ենթահամակարգի հիմնական ցուցանիշները, որոնց համաձայն, վերջին տարիներին երկրում ավելացել են բժշկական ծառայություններ մատուցող կառույցների թիվը, սակայն նվազել են բնակչության այս խմբերի համար նախատեսված մահճակալների քանակը, ինչպես նաև բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը (Աղյուսակներ 1 և 2):

Աղյուսակ 1: Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի հիմնական ցուցանիշները, 2011-2016թթ.

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Կանանց կոնսուլտացիաների, մանկական պոլիկլինիկաների, ինքնուրույն բուժարանների, կանանց կոնսուլտացիաների և մանկական բաժանմունքներ ունեցող հիմնարկների քանակը, <i>միավոր</i>		365	375	380	378	447	453
Հղի կանանց և ծննդկանների համար նախատեսված մահճակալների քանակը, <i>միավոր</i>	Ընդամենը	1216	1295	1269	1293	1295	1265
	Ֆերտիլային տարիքի 10000 կնոջ հաշվով	13.6	15.9	15.9	16.4	16.7	16.5
Հիվանդ երեխաների համար նախատեսված մահճակալների քանակը, <i>միավոր</i>	Ընդամենը	1194	1189	1184	1523	1532	1515
	10000 երեխայի հաշվով	20.3	20.8	20.6	26.1	26.0	25.5

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ԱՎԾ:

Աղյուսակ 2: Բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով ըստ առանձին մասնագիտությունների, 2015-2016թթ., մարդ

	2015	2016
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ ¹	926	906
Մանկաբուժական պրոֆիլի ²	1118	1102
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլի ¹²	147	147
Մանկական ստոմատոլոգներ ¹²	129	113

¹ Ցուցանիշը հաշվարկվում է կանանց հաշվով:

² Ցուցանիշը հաշվարկվում է 0-17 տարեկան բնակչության հաշվով:

Ընդամենը	13 117	13 148
-----------------	---------------	---------------

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ԱՎԾ:

Կարևոր են նաև հղիության, ծննդաբերության և ետծննդյան շրջանում կանանց հիվանդացության, նորածինների հիվանդացության և ծննդօգնության ժամանակ իրականացված վիրաբուժական միջամտության վերաբերյալ տվյալները:

Նախ, 2009-2016 թվականներին կենդանի ծնվածների թվաքանակի փոփոխություններին զուգահեռ, գրեթե նույն տեմպերով մինչև 2014 թվականը փոփոխվել է մինչև 2 500 գրամ քաշ ունեցող և որպես անհաս ծնունդ բնութագրվող կենդանի ծնունդների տեսակարար կշիռը 7.5%-ից 9.2%, որոնց շրջանում պահպանվում է հիվանդացության դեպքերի բարձր մակարդակը: 2015 թվականից արձանագրվող կենդանածինների թվաքանակի կրճատումն արդեն ուղեկցվել է նաև այդ ցուցանիշների կրճատումով, թեև դրանք դեռևս գերազանցում են 2014 թվականի մակարդակը:

Ստորև ներկայացված աղյուսակից ակնհայտ է, որ հիվանդացության մակարդակը անհաս ծնվածների շրջանում գրանցված բոլոր հիվանդությունների մասով մի քանի անգամ գերազանցում է հասուն ծնվածների համապատասխան ցուցանիշները:

Աղյուսակ 3: Նորածինների հիվանդացությունն ըստ գրանցված հիվանդությունների, 2012-2016թթ.

ա) 1 000 հասուն ծնվածների հաշվով

	2012	2013	2014	2015	2016
Բնածին շեղումներ	15.6	16.3	15.2	16.0	15.9
Ծննդաբերական վնասվածքներ	9.9	12.4	10.7	11.2	11.1
Ներարգանդային թթվածնաքաղց և շնչահեղձություն ծննդաբերության ժամանակ	19.9	16.5	17.5	15.8	13.6
Բնածին թոքաբորբ	3.3	3.7	4.6	5.2	6.9
Սեպտիցեմիա	0.4	0.6	0.6	0.9	0.4
Հեմոլիտիկ հիվանդություն	5.5	5.7	6.2	6.7	7.0
Ընդամենը	78.9	81.2	85.2	94.1	84.2

բ) 1 000 անհաս ծնվածների հաշվով

	2012	2013	2014	2015	2016
Բնածին շեղումներ	47.3	49.8	40.2	47.5	51.0
Ծննդաբերական վնասվածքներ	12.7	11.5	8.1	7.1	10.9
Ներարգանդային թթվածնաքաղց և շնչահեղձություն ծննդաբերության ժամանակ	178.8	176.8	144.9	102.2	96.8
Բնածին թոքաբորբ	52.7	55.7	72.6	77.9	87.5
Սեպտիցեմիա	9.8	24.9	30.4	23.6	24.5
Հեմոլիտիկ հիվանդություն	13.1	15.6	10.5	18.2	11.3
Ընդամենը	741.2	688.3	683.8	674.2	744.1

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ԱՎԾ:

Մոր և մանկան առողջության ոլորտի կարևորագույն նվաճումներից է բժշկական ծննդօգնության հիմնարկներում նորածինների և, հատկապես՝ անհաս ծնվածների մահացության դեպքերի կրճատման միտումը, մասնավորապես 2009-2016 թվականների սկզբի և

վերջի դրությամբ, 100 հիվանդացածների հաշվով հասուն ծնվածների դեպքում այն կրճատվել է 1.3-ից 0.5, իսկ անհաս ծնվածների դեպքում՝ 7.3-ից 3.4:

Մայրական առողջության ոլորտում իրականացվող ծախսերը, նախ և առաջ, պայմանավորված են ծննդոգնության համար պետության կողմից տրամադրվող ֆինանսավորմամբ և տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումներով: Վերջին հինգ տարիներին ծնունդների թիվը փոքր տատանումներով մնացել է գրեթե նույն մակարդակի վրա:

Աղյուսակ 4: Ծննդոգնությունը բժշկական ծննդոգնության հիմնարկներում, 2012-2016թթ., միավոր

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ընդունվել են ծնունդներ	41462	44554	44739	43301	42709	41923	43332	42123	40809
դրանցից՝									
նորմալ	24949	27337	29595	25697	22611	22257	22899	21811	20589
բազմապտուղ	431	421	442	443	438	427	467	519	505

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը զեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

Այդ ծախսերը պայմանավորված են նաև ծննդոգնության ժամանակ իրականացված վիրաբուժական միջամտություններով: Դիտարկվող ժամանակահատվածում յուրաքանչյուր տարի հղիությունն ավարտած կանանց թվաքանակը կազմել է ավելի քան 45,000, որոնցից գրեթե կեսին ցուցաբերվել է վիրաբուժական միջամտություն:

Տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերից ուշադրության են արժանի նաև հղիության արհեստական ընդհատումների համար կատարվող ծախսերը, որոնց գինը տատանվում է 40,000 – 75,000 դրամի սահմաններում: Յուրաքանչյուր տարի ֆերտիլային տարիքի կանանց շրջանում գրանցվում է հղիության արհեստական ընդհատման միջինը մոտ 10-12 հազար դեպք, որի կեսից ավելին կազմում են հղիության արհեստական թույլատրված ընդհատումները, տեսակարար կշռով հաջորդը ինքնաբեր ընդհատումներն են, որոնք հաճախ իրականացվում են դեղորայքային եղանակով և վերջին տեղում՝ բժշկական ցուցումներով արված արհեստական ընդհատումները: Կենդանի ծնվածների թվաքանակի համեմատությամբ հղիության արհեստական ընդհատումների քանակը վերջին տարիներին տատանվել է 28-31 %-ի սահմաններում, կամ, այլ խոսքով՝ յուրաքանչյուր 100 կենդանի ծնունդին բաժին է ընկնում 28-30 հղիության արհեստական ընդհատում:

Աղյուսակ 5: Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ տեսակի (առանց մինի վիժումների), 2011-2014թթ., միավոր

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ինքնաբեր (սպոնտան)	3648	3718	3796	4277	4128	3640	2752	2235
Արհեստական՝ թույլատրված	9156	7396	6847	6894	5964	6040	6607	6721
Արհեստական՝ բժշկական ցուցումներով	993	1181	1322	1789	1875	2212	1744	1492
Ընդամենը	13797	12295	11965	12960	11967	11892	11104	10448

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը զեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

Վերարտադրողական առողջության տեսանկյունից խիստ մտահոգիչ է ոչ միայն հղիության արհեստական ընդհատումների մեծ թիվը, երբ յուրաքանչյուր տարի ծննդաբերության 4 դեպքին բաժին է ընկնում հղիության արհեստական ընդհատման մեկ դեպք, այլ նաև ըստ կանանց

տարիքային խմբերի կառուցվածքը: Հղիության ընդհատումների դեպքերի 4 տոկոսից ավելին բաժին է ընկնում 15-19 տարեկան խմբին, իսկ 78 տոկոսը կանանց առավել ակտիվ 20-34 տարեկան վերարտադրողական տարիքին:

Կանանց հիվանդացությունների, մայրական առողջության պահպանման ու վերականգնման, ինչպես նաև ընտանիքի պլանավորման հետ կապված պետության և տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերի առանձին ոլորտ են կանանց հիվանդացության ժամանակ և վերարտադրողական առողջության վերականգնման նպատակով կատարված ծախսերը:

Աղյուսակ 6: Կանանց հիվանդացությունն առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով ըստ առանձին հիվանդությունների, 2009-2016թթ., 100 000 կանանց հաշվով

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Չարորակ նորագոյացություններ	211.1	222.2	219.9	231.6	248.9	252.1	263.7	259.9	256.1
Ձվարանների և հավելումների բորբոքումներ	264.2	277.0	293.0	283.4	284.1	284.1	292.5	325.8	279.5
Արգանդի վզիկի էրոզիա և էկտրոպիոն	248.3	262.4	256.1	277.7	289.3	259.8	268.7	299.0	281.0
Էնդոմետրիոզ	24.0	25.4	28.8	29.8	28.2	32.3	30.2	34.4	34.9
Դաշտանադադարի և շուրջդաշտանային շրջանի խանգարումներ	141.3	191.1	189.6	192.3	198.5	201.4	196.4	255.5	240.4
Դաշտանի խանգարումներ ³	386.1	454.8	530.2	533.9	596.5	605.0	602.9	686.9	652.6
Կանանց ամլություն ³	99.7	129.9	185.0	191.5	218.1	213.8	185.7	164.4	163.9
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան ³	1561.3	1563.4	1457.4	1576.7	1705.2	1646.2	1644.0	2125.8	1864.9

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը զեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

2008 թվականից հետո հիվանդությունների գրեթե բոլոր տեսակների մասով ակնհայտ է հիվանդացության մակարդակի աճը: Միակ զգալի դրական փոփոխությունը նկատելի է կանանց ամլության ցուցանիշի մասով, որտեղ 2014 թվականից արձանագրվում է դեպքերի կրճատում, ինչը վկայում է ընտանիքի պլանավորման ոլորտում զգալի ձեռքբերումների մասին:

Հաջորդ դրական տեղաշարժը արձանագրվել է Ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանի հիվանդացության մասով, որոնց բացարձակ ցուցանիշները դեռևս մտահոգության տեղիք են տալիս, մասնավորապես 40 000-ից ավելի կենդանի ծնունդների դեպքում յուրաքանչյուր տարի արձանագրվում է հիվանդացության գրեթե 20 000 և ավելի դեպք:

Աղյուսակ 7: Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2009-2016թթ., միավոր

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Հղիության, ծննդաբերությունների և հետծննդյան շրջանի բարդություններ	18865	19758	17714	18039	19101	18986	17220	16615	18394

³ Ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով:

Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ (երեխաներ)	3643	3557	3279	3115	3219	2771	2770	2413	2638
Ընդամենը	22508	23315	20993	21154	22320	21757	19990	19028	21032

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը գեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

Մոր և մանկան առողջության ոլորտում պետական և տնային տնտեսության ծախսերի շրջանակը և դինամիկան

2008 թվականից մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական քաղաքականությունը դարձավ առավել ակտիվ, նպատակային և արդյունավետ, որին նպաստեցին ինչպես «Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրման ծրագիրն» ու բազմաթիվ այլ ծրագրերն ու ռազմավարությունները, այնպես էլ պետական ֆինանսավորման ծավալների աճը: Հանրապետությունում ծննդօգնության ծառայությունների հետ կապված ոչ պաշտոնական վճարումները կրճատվել են ավելի քան 10 անգամ (գյուղ` 16 անգամ, քաղաք` 7.7 անգամ): Ծրագրի ներդրումը զգալիորեն նպաստել է բնակչության համար ծննդօգնության իրապես անվճար ու մատչելի ծառայությունների մատուցմանը:»⁴ Բացի այդ, ծրագրում արձանագրված է, որ ծննդօգնության պետական հավաստագրի տրամաբանական շարունակականությունը դարձավ 2011 թվականի հունվարի 1-ից մինչև 7 տարեկան երեխաների պետական հավաստագրի համակարգի ներդրումը, որը զգալիորեն բարելավեց նորածնային և վաղ հասակի երեխաների բժշկական օգնության և սպասարկման որակն ու մատչելիությունը: Հավաստագրի համակարգի ներդրմամբ ոչ պաշտոնական վճարումները կրճատվել են ավելի քան 4 անգամ:⁵

⁴ ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 201:

⁵ Նույն տեղում:

Աղյուսակ 8: Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված գործառնական ծախսերն րաժինների, խմբերի և դասերի, միլիոն դրամ

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
07.02.	Արտահիվանդանոցային ծառայություններ, որից՝	1,120.7	2,498.2	1,392.9	1,567.2	1,579.4	1,596.5	1,729.4	1,903.2	2,024.9	2,015.1
07.02.02.01	Մտավոր, հոգեկան (վարքագծային), լսողական, ֆիզիկական (շարժողական) և զարգացման այլ խանգարումներով երեխաների գնահատման և վերականգնողական բուժման ծառայություններ	128.0	732.5	128.0	173.0	173.0	173.0	223.0	249.9	258.9	258.9
07.02.02.03	Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններ, հազար դրամ	887.5	1,663.6	1,171.9	1,298.9	1,312.7	1,332.4	1,418.7	1,519.8	1,632.5	1,627.0
07.02.02.08	Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	45.8	45.8	45.8
07.02.03.02	Երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ	105.2	102.0	93.0	95.3	93.7	91.0	87.7	87.7	87.7	83.4
07.03.	Հիվանդանոցային ծառայություններ, որից՝	7,327.7	10,044.6	9,353.2	13,813.1	13,700.1	13,787.0	14,449.4	15,130.1	15,627.5	15,364.1
07.03.02.03	Մեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	169.8	169.8	170.1	170.1	170.1	171.2	181.4	185.7	186.4	185.2
07.03.03	Մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայություններ, որից՝	7,157.8	9,874.8	9,183.1	13,642.9	13,530.0	13,615.8	14,268.0	14,944.4	15,441.1	15,179.0
07.03.03.01	Մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններ	3,871.4	6,102.0	5,697.0	6,858.8	6,438.8	6,479.3	6,759.9	6,922.0	6,945.3	6,693.9
07.03.03.02	Գինեկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	350.0	401.8	359.9	396.1	396.1	398.7	367.5	372.8	374.1	367.0
07.03.03.03	Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ	2,936.5	3,371.0	3,126.1	6,388.0	6,695.0	6,737.7	7,140.6	7,570.9	8,043.2	8,039.4
07.03.03.	Անպտուղ գույգերի համար	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	78.6	78.6	78.6

04	վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ										
07.04.	Հանրային առողջապահական ծառայություններ, որից՝	0.0	150.0	190.0	230.0	338.4	399.6	655.8	1,890.4	1,890.4	1,890.4
07.04.01.03	Իմունականխարգելման ազգային ծրագիր	0.0	150.0	190.0	230.0	338.4	399.6	655.8	1,890.4	1,890.4	1,890.4
07.06.	Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող), որից՝	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	92.0	92.0	92.0
07.06.01.07	Հաշմանդամ և կարիքավոր երեխաներին օրթեզներով և կորսետներով ապահովման ծառայություններ	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8	81.8
07.06.01.18	«Երեխաների առողջ սնուցում» հանրային իրազեկման ծառայություններ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.2	10.2	10.2
	Ընդամենը	8,530.2	12,774.6	11,017.9	15,692.1	15,699.6	15,864.9	16,916.4	19,015.6	19,634.7	19,361.6

Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներ:

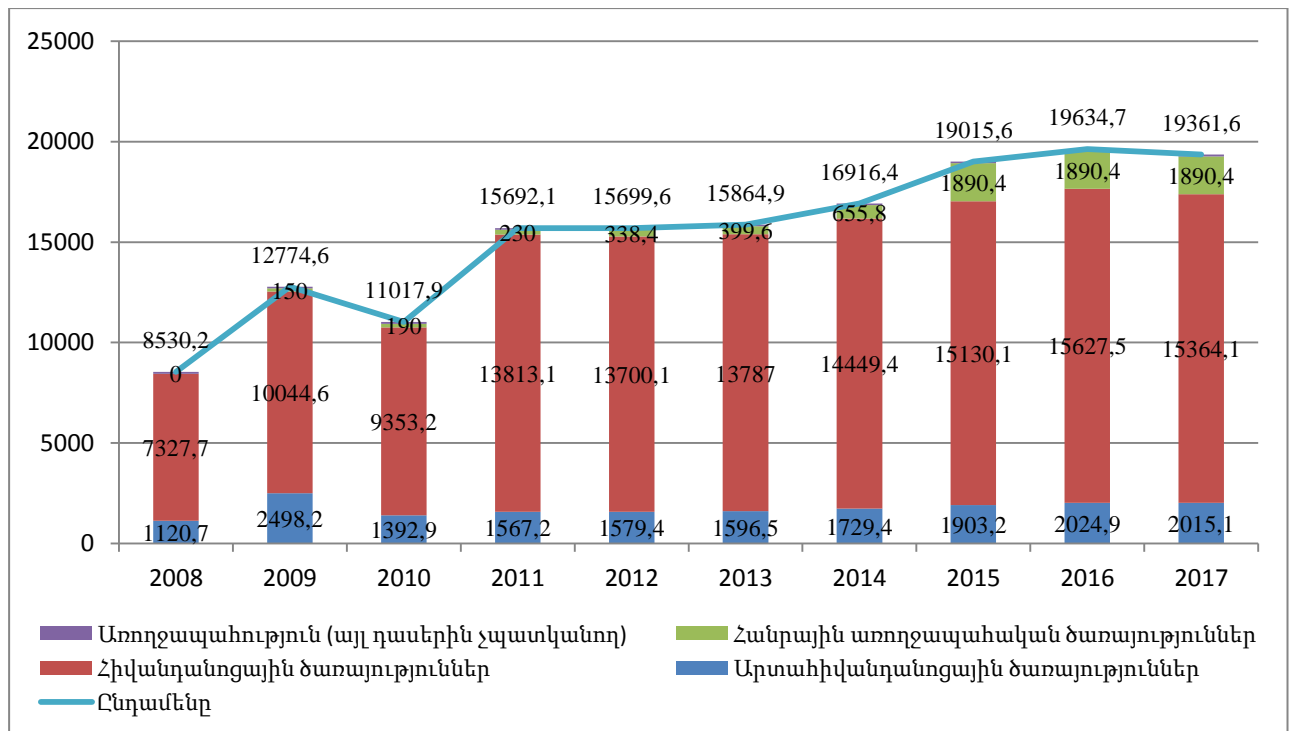
Ինչպես երևում է աղյուսակ 9-ից, վերջին տաս տարիների ընթացքում մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող պետական բյուջեի ծախսերի գրեթե բոլոր հիմնական դասերով տարեցտարի արձանագրվել է ֆինանսավորման ծավալների զգալի աճ: Ընդհանուր միտումներից բացառություն է կազմել 2010 թվականը, երբ ֆինանսավորումը կրճատվել է ֆինանսատնտեսական ճգնաժամով պայմանավորված (գծապատկեր 1): Պետական բյուջեում թիրախային ֆինանսավորման ծավալների ավելացման արդյունքում մոր և մանկան առողջության ծախսերը 2017 թվականին գերազանցել են 2008 թվականի ցուցանիշը մոտ 2.3 անգամ, ինչը գլխավորապես պայմանավորված է եղել հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման ծավալների մոտ 2.1 անգամ աճով:

Աղյուսակ 9: Մոր և մանկան առողջության ծախսերը 2008 և 2017 թվականներին և հավելաճը

		Ընդամենը մլն դրամ		2017 թվականի հավելաճը 2008 թվականի նկատմամբ
		2008	2017	
07.02.	Արտահիվանդանոցային ծառայություններ	1,120.7	2,015.1	1.8 անգամ
07.03.	Հիվանդանոցային ծառայություններ	7,327.7	15,364.1	2.1 անգամ
07.04.	Հանրային առողջապահական ծառայություններ	150.0	1,890.4	12.6 անգամ
07.06.	Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող)	81.8	92.0	12.5 տոկոս
	Ընդամենը	8,530.2	19,361.6	2.3 անգամ

Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017թթ. ՀՀ պետական բյուջեներ:

Գծապատկեր 1: Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի դինամիկան 2008-2017 թվականներին, մլն. դրամ

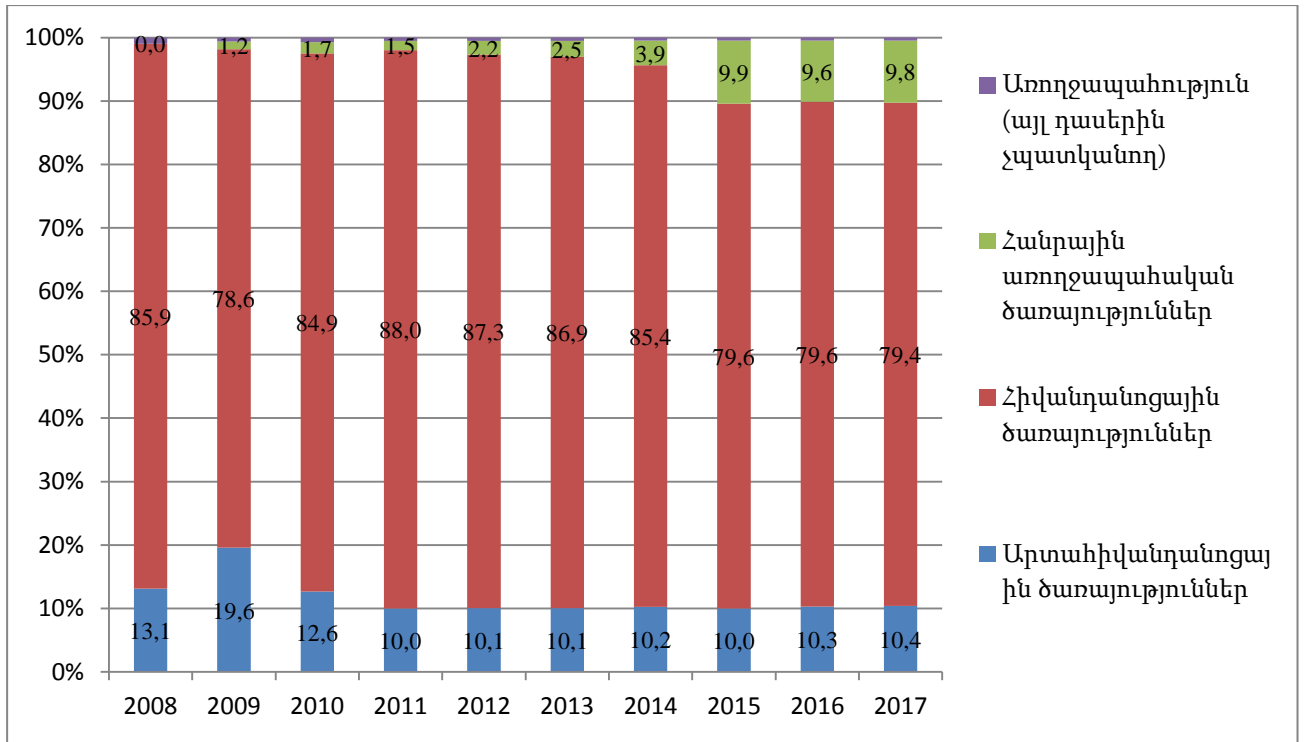


Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017թթ. պետական բյուջեներ:

Թեև բոլոր հիմնական հոդվածներով ֆինանսավորման ծավալները ունեցել են զգալի և առաջանցիկ աճ, այնուհանդերձ 2015-2017 թվականներին երեք նոր դասերով (*Անցանկայի*

հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում, Անպտուղ գույգերի համար վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ, «Երեխաների առողջ սնուցում» հանրային իրազեկման ծառայություններ) լրացուցիչ ֆինանսավորմամբ պայմանավորված, փոխվել է ընդհանուր ծախսերի կառուցվածքը:

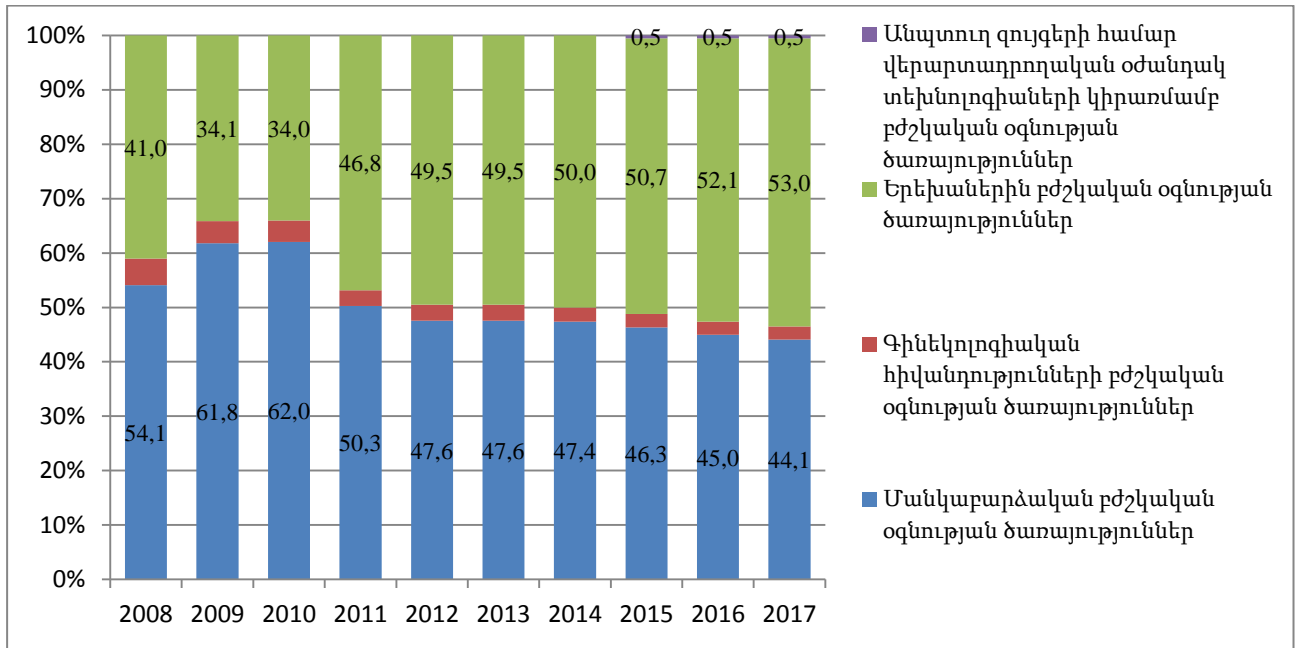
Գծապատկեր 2: Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի կառուցվածքի փոփոխությունը 2008-2017 թվականներին, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017թթ. ՀՀ պետական բյուջեներ:

Դիտարկվող ժամանակահատվածում «Արտահիվանդանոցային ծառայությունների» խմբում պետական ֆինանսավորման մոտավորապես 80%-ը բաժին է ընկել «մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններին», իսկ «Հիվանդանոցային ծառայություններ» խմբում ֆինանսավորման մոտ 99%-ը տրամադրվել է «մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայություններին» դիմաց: Ծառայությունների այս խմբի կառուցվածքում տեղի է ունեցել երկու նշանակալի փոփոխություն: Նախ, եթե մինչև 2011 թվականը ֆինանսավորման կեսից ավելին տրամադրվել է «մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններին», ապա 2012 թվականից ավելի մեծ մասնաբաժին ունեն «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայությունները»: Երկրորդ, 2015 – 2017 թվականներին տարեկան մոտ 79 միլիոն դրամ է տրամադրվել «Անպտուղ գույգերի համար վերարտադրողական բժշկական օգնության ծառայություններին» համար:

Գծապատկեր 3: Մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայությունների ֆինանսավորման կառուցվածքն ըստ բաղադրիչների, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017թթ. պետական բյուջեներ:

Դիտարկվող ժամանակաշրջանում պետական բյուջեից զգալի միջոցներ են տրամադրվել «Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի» շրջանակում: Իմունականխարգելումը հանրային առողջապահության տնտեսապես բարձր արդյունավետ ռազմավարություններից է: Ներկայում ՀՀ-ում պլանային պատվաստումների միջոցով կանխարգելվող վարակիչ հիվանդություններն են՝ դիֆթերիան, կապույտ հազը, փայտացումը, կարմրուկը, կարմրախտը, համաճարակային պարոտիտը (խոզուկ), պոլիոմիելիտը, հեպատիտներ «Ա»-ն և «Բ»-ն, տուբերկուլյոզը, հեմոֆիլուսային Բ տեսակի վարակը (ՀԻԲ), տուլարեմիան, սեզոնային գրիպը, ռոտավիրուսային, պնևմոկոկային և մենինգոկոկային վարակը, որոնք ներառված են Պատվաստումների ազգային օրացույցում: Մանկական հասակում պատվաստելով՝ միլիոնավոր մեծահասակներ կարող են փրկվել այնպիսի վարակիչ հիվանդություններից, որոնք թաքնված ընթացք ունեն մանկական հասակում և արտահայտվում են մեծ տարիքում: Պատվաստումների ազգային օրացույցով նախատեսված պատվաստանյութերի պահանջը և մշտական պահուստային քանակությունների առկայությունն ապահովվել է դոնոր կազմակերպությունների (հիմնականում՝ ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի ու ԳԱՎԻ՝ Պատվաստումների և պատվաստանյութերի գլոբալ դաշինքի) կողմից: 2005 թվականից անհրաժեշտ պատվաստանյութերի գնման գործընթացում մասնակցում է նաև պետությունը՝ տարեցտարի ավելացնելով ներդրումների չափը:⁶ 2015 թվականից սկսած այդ նպատակի համար պետական բյուջեից տրամադրվում է մոտ 1.9 միլիարդ դրամ, որի շնորհիվ նպատակային տարիքի երեխաների 90 տոկոսից ավելին ստանում են իրենց անհրաժեշտ պատվաստումները, որը միջազգային ստանդարտներով բավարար ցուցանիշ է:

Աղյուսակներ 10-ում և 11-ում ներկայացված են մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումների վերաբերյալ տվյալները՝ հաշվարկված երկու մեթոդաբանությամբ: Երկու տարբեր մեթոդաբանություններով հաշվարկված տվյալների համեմատությունից ակնհայտ է, որ հետագա վերլուծությունների համար առավել նպատակահար և իրատեսական է օգտագործել ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի հիմքով ստացված

⁶ ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 191-196:

ցուցանիշները: Այս մոտեցումը հիմնավոր է այն պարզ տրամաբանությամբ, որ 2012 – 2016 թվականներին ՏՏԿԱՀ արդյունքներով և բնակչության թվաքանակի ցուցանիշի հիման վրա հաշվարկված տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի ծավալը կազմել է ազգային հաշիվների նույն ցուցանիշի 34 – 40%:

Համանմանությամբ գրեթե նույն տարբերությունը տեսնում ենք երկու տարբեր մեթոդներով հաշվարկված մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց ծախսերի միջև:

Աղյուսակ 10: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ) տվյալների հիման վրա

Ծախսերի հոդվածներ	Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսերը (SSԿԱՀ) Ընդամենը հանրապետություն, դրամ					Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսերի մասնաբաժինը ծախսերի կառուցվածքում (SSԿԱՀ) Ընդամենը հանրապետություն, %					Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների վճարումների ծավալն ըստ վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ արդյունքներով), միլիոն դրամ				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Սպառողական ծախսեր, որից՝	34,832	36,787	40,770	42,867	43,978	100	100	100	100	100	3,700,442.9 ⁷	3,951,200.8	4,110,248.1	3,915,973.0	3,887,718.7
Առողջապահություն, որից	2,012	2,876	2,666	4,542	4,277	5.8	7.8	6.5	10.6	9.8	214,625.7	308,193.7	267,166.1	415,093.1	380,996.4
Մոր և մանկան առողջապահություն	15.1	77.4	110.6	91.2	81.7	0.0	0.2	0.3	0.2	0.2	1,602.1	8,311.5	11,146.0	8,327.8	7,220.5

Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2012-2016, և SSԿԱՀ 2012-2016: Հեղինակների հաշվարկներ:

Աղյուսակ 11: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և բնակչության միջին տարեկան թվաքանակի

Ծախսերի հոդվածներ	Տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսն ըստ տեսակի, դրամ					Տնային տնտեսությունների կողմից մոր և մանկան առողջության վրա կատարված ծախսն ըստ ծառայությունների տեսակի, միլիոն դրամ				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Սպառողական ծախսեր, որից՝	34,832	36,787	40,770	42,867	43,978	1,264,025.4	1,334,043.8	1,474,471.5	1,545,578.3	1,579,144.4
Առողջապահություն, որից	2,012	2,876	2,666	4,542	4,277	73,013.9	104,295.3	96,417.5	163,762.7	153,576.8
Մոր և մանկան առողջապահություն	15.1	77.4	110.6	91.1	81.7	547.2	2,806.2	3,998.4	3,286.1	2,932.9
Բնակչության միջին տարեկան թվաքանակը, մարդ	3,024,100	3,022,000	3,013,800	3,004,600	2,992,300					

⁷ Տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների:

Աղբյուրը՝ Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2012-2016, և ՏՏԿԱՀ 2012-2016: Հեղինակների հաշվարկներ

Տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական սպառողական և առողջապահական ծախսերի 2012-2016 թվականների տվյալների դինամիկայի դիտարկումը երևան է հանում հետևյալ օրինաչափությունները և շեղումները.

- ✓ Դիտարկվող ժամանակահատվածում սպառողական ծախսերը դրսևորել են անշեղ աճի միտում,
- ✓ Առողջապահական ծախսերի ծավալում կտրուկ փոփոխություն է տեղի ունեցել 2015 թվականին՝ երբ անվանական հավելաճը նախորդ 2016 թվականին առողջապահության ծախսը նախորդ տարվա համեմատ կրճատվել է 5.8%-ով:
- ✓ Մոր և մանկան առողջության ծախսը շեշտակի աճել է 2013 թվականին՝ առավելագույն 110 դրամ ցուցանիշին հասնելով 2014 թվականին: 2015 թվականին, ի տարբերություն ընդհանուր առողջապահական ծախսի, մոր և մանկան առողջության ծախսը դրսևորել է նվազման միտումներ:
- ✓ 2012 թվականի ցուցանիշը էականորեն շեղվում է հետագա տարիների դինամիկայից, ինչը, հավանաբար, պայմանավորված է կամ նոր դասակարգչի հիման վրա 2012 թվականի տվյալների վերահաշվարկմամբ, կամ ընտրանքում ներառված տնային տնտեսությունների այդ տարվա ծախսերի առանձնահատկություններով: Առաջին ենթադրությունը, կարծում ենք, առավել հիմնավոր է, քանզի, օրինակ, 2011 թվականին կիրառված դասակարգչով մոր և մանկան առողջության ծախսերը ներկայացված են երկու բաղադրիչով (Գինեկոլոգի խորհրդատվություն և Հղիություն ու ծննդաբերություն), որոնց մեկ շնչի հաշվով ընդհանուր ծախսը կազմել է 26.6 դրամ և գերազանցել է 2012 թվականի արդեն հինգ բաղադրիչներից կազմված ընդհանուր ծախսի ցուցանիշը (15.1 դրամ) 76%-ով: 2012 թվականի ծախսերը իրականում չէին կարող այդքան քիչ լինել, քանզի թե՛ ծնունդների, թե՛ մոր և մանկան առողջության բոլոր ցուցանիշերը ավելի բարձր են հաջորդող տարիների տվյալների համեմատ:

Տնային տնտեսությունների կողմից մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների հետագա վերլուծության համար հիմք ենք ընդունել Հայաստանի ազգային հաշիվների տվյալներով հաշվարկված ցուցանիշները :

Աղյուսակ 12: Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների վճարումների ծավալն ըստ վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ արդյունքներով), միլիոն դրամ

Ծախսերի հոդվածներ	2012	2013	2014	2015	2016
Առողջապահություն, որից՝	214,625.7	308,193.7	267,166.1	415,093.1	380,996.4
Մոր և մանկան առողջապահություն, որից՝	1,602.1	8,311.5	11,146.0	8,327.8	7,220.5
<i>Մանկաբարձ/ գինեկոլոգի ծառայություններ (ԱԱՊ)</i>	605.6	1,761.5	2,430.3	1,172.7	1,526.5
<i>Մանկաբույժի ծառայություններ (ԱԱՊ)</i>	265.6	290.0	368.1	98.7	251.6
<i>Մանկաբարձների, բուժքույրերի, սանիտարների մասնավոր ծառայություններ</i>	19.1	588.9	1,262.4	919.8	816.9

<i>Ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններ (Հիվանդանոց)</i>	648.0	5,252.2	6,550.8	5,599.9	4,578.8
<i>Մանկաբուժական ծառայություններ (Հիվանդանոց)</i>	63.7	418.9	534.3	536.8	46.7

Աղբյուրը՝ ՏՏԿԱՀ 2012-2016 հետազոտություններ:

Պետության կողմից մոր և մանկան առողջության ոլորտում իրականացվող ֆինանսավորման ծավալների ավելացումն ուղղակի ազդեցությունն է ունեցել տնային տնտեսությունների ծախսերի դինամիկայի և կառուցվածքի փոփոխության վրա:

2014 թվականից արձանագրվել է մոր և մանկան առողջության ընդհանուր ծախսերի կրճատում, ինչը տեղի է ունեցել պետական ֆինանսավորման ծավալների աճի և տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումների առավել առաջանցիկ կրճատման ֆոնին:

Ուշադրության է արժանի այն իրողությունը, որ 2014 թվականից հետո, եթե հիվանդանոցային ծառայությունների մասով ծախսերի կրճատմանը զուգահեռ, ինչն առավել զգալի է ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայությունների մասով, կրճատվել են նաև արտահիվանդանոցային ծառայությունների մասով վճարումները, ապա 2016 թվականին արձանագրվել է արտահիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարումների աճ նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատ:

Արդյունքում, 2016 թվականի դրությամբ մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ծախսերի 60%-ից ավելին դեռևս բաժին է ընկնում է ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայությունների (*հիվանդանոց*), 20%-ից ավելին կազմել են մանկաբարձ գինեկոլոգների ծառայությունների դիմաց վճարումները (*ՍՍՊ օղակ*) և, վերջին երեք տարիներին ծախսերի ծավալների աճի շնորհիվ 11%-ից ավելին բաժին է ընկել մանկաբարձների և բուժքույրերի մասնավոր ծառայություններին:

Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց կատարված ծախսերի դինամիկայի և կառուցվածքի փոփոխություններից գատ, բավականին ուշագրավ պատկեր է ներկայացնում ծախսերի դինամիկան և կառուցվածքն ըստ վճարման բնույթի: Համաձայն տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության մեթոդաբանության, հարցվող տնային տնտեսությունները պատասխանել են հարցին, թե ինչ բնույթ են ունեցել պոլիկլինիկաներում և հիվանդանոցներում իրենց կողմից կատարված ծախսերը:

Դիտարկվող ժամանակահատվածում, հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ, պոլիկլինիկական բուժօգնությունների մասնագետների օգնությանը դիմած և որևէ վճարում կատարած բնակչության ծախսերն աչքի են ընկնում կառուցվածքի տատանումներով, ինչը որոշակիորեն դժվարացնում է օրինաչափությունների բացահայտումը: 2012-2016 թվականներն ընդգրկող ժամանակահատվածի սկզբի և վերջի դրությամբ, բնակչության ծախսերի 88-75%-ը վճարվել է անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով, մանկաբույժների ծառայությունների դեպքում՝ 96-57.8%-ը, իսկ մանկաբարձ-գինեկոլոգների ծառայությունների դեպքում՝ 73.2-64.8%:

Եթե բոլոր ծառայությունների մասով նվերների տեսքով վճարումների մասնաբաժինը կազմել է 1-1.1 %% (առավելագույնը 2.7%՝ 2015 թվականին), ապա մանկաբույժների ծառայությունների դեպքում՝ 1-3.4 %% (առավելագույնը 26.7%՝ 2013 թվականին), իսկ մանկաբարձ-գինեկոլոգների ծառայությունների դեպքում՝ 0.8-2.4%: Ծախսերի 45-39%-ը (մանկաբույժի ծառայություններ)

և 61-33%-ը (մանկաբարձ-գինեկոլոգների ծառայություններ) բաժին է ընկել խորհրդատվության հետ կապված վճարումներին (ռենտգեն/ լաբորատոր հետազոտություններ):

Բնակչության կողմից բուժօգնության համար հիվանդանոց դիմելու դեպքում մեկ հիվանդի հաշվով ըստ մասնագետների և վճարման ձևի վճարումների բաշխումը ներկայացնում է գրեթե նույն պատկերը: Ծախսերի գերակշիռ մասը՝ 68-53%-ը կազմել են հիվանդանոցի գանձապահին վճարումները, 19-23%-ը՝ անմիջապես բուժանձնակազմից որևէ մեկին տրված գումարը, 5-3.3%-ը՝ նվերները կամ մատուցված ծառայությունները և 20.3-14%-ը լաբորատոր հետազոտությունների և դեղորայքի դիմաց վճարումները:

Հիվանդանոցի գանձապահին կատարված վճարումներից վերացարկվելու դեպքում կարող ենք փաստել, որ մանկաբարձ-գինեկոլոգի ծառայությունների դիմաց բնակչության ոչ պաշտոնական վճարումների չափը կազմում է ամբողջ վճարի մոտավորապես 24-28%-ը:

Ուշադրության է արժանի երկու հանգամանք. Նախ 2012-2014 թվականներին մանկաբարձ-գինեկոլոգի ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների կառուցվածքում կրճատվել են հիվանդանոցի գանձապահին տրված գումարի տեսակարար կշիռը (2014 թվականի ցուցանիշը 2012 թվականի համեմատ կրճատվել է 6.7 տոկոսային կետով) ու նվերների և/կամ մատուցված ծառայությունների մասնաբաժինը (2014 թվականի ցուցանիշը 2012 թվականի համեմատ կրճատվել է 1.3 տոկոսային կետով), և ավելացել են անմիջապես բուժանձնակազմից որևէ մեկին վճարված գումարների և հետազոտությունների ու դեղորայքի դիմաց վճարումների մասնաբաժինները: Երկրորդ կարևոր հանգամանքն այն է, որ մանկաբարձ-գինեկոլոգի ծառայությունների մասով միայն հիվանդանոցի գանձապահին վճարումների մասնաբաժինն է զիջում բոլոր ծառայությունների մասով վճարումների միջին ցուցանիշը, մնացյալ բաղադրիչների մասով վճարումների տեսակարար կշիռը միջին ցուցանիշը գերազանցում է մի քանի անգամ:

ՀՀ ԱՎԾ կողմից ՏՏԿԱՀ արդյունքներով հաշվարկվող տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի կառուցվածքի հիման վրա կարելի է պատկերացում կազմել նաև մոր և մանկան առողջության ծառայություններից օգտվելու և դրա դիմաց կատարված ծախսերի մասին՝ ըստ բնակչության կենսամակարդակի:

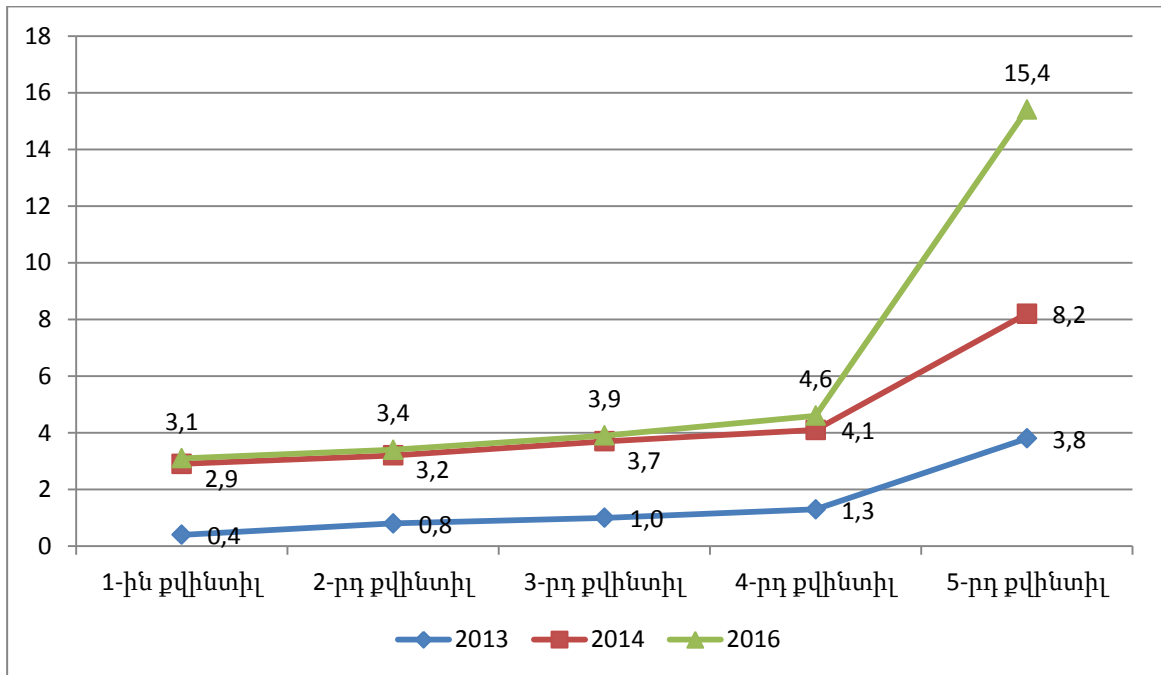
Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման համար հիվանդանալու դեպքում բնակչությունը մեկ ամսվա մեջ դիմում է միջինը 1.56 անգամ, այդ թվում՝ ոչ աղքատները՝ 1.63 անգամ, աղքատները (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 1.27, ծայրահեղ աղքատները՝ 1.18 անգամ: Համաձայն ՏՏԿԱՀ արդյունքների, 2016 թվականին բուժման նպատակով հիվանդանոց դիմածների տեսակարար կշիռն ըստ աղքատության մակարդակի տարբերվում է: Եթե հիվանդության դեպքում ոչ աղքատների 42.3%-ն է դիմել բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման, ապա աղքատների (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 27.3% և ծայրահեղ աղքատների՝ 17.4%-ը:⁸ Ընդհանուր սպառման մեջ առողջապահությանն ուղղված ծախսերի բաշխումն ըստ քվինտիլային խմբերի ցույց է տալիս, որ եթե ամենաաղքատ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերը զիջում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսին 6 անգամ (2014 թվականին՝ 3.7 անգամ), ապա ամենավերին քվինտիլի բնակչության առողջապահության ծառայությունների վրա կատարված ծախսերը 4 անգամ (2014 թվականին՝ 2.9 անգամ) գերազանցում են այդ ծառայությունների վրա միջին ծախսին:⁹

⁸ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015 և 2017, վիճակագրական ժողովածուներ, ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 157:

⁹ Նույն տեղում, Ե. 2015, էջ 145 և 161:

Առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերի տեսակարար կշիռը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ ամենահարուստ քվինտիլային խմբի համար ավելի բարձր է, քան ամենաաղքատ քվինտիլային խմբում (15.4%՝ 3.1%-ի դիմաց):

Գծապատկեր 4: Առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ, ըստ քվինտիլային խմբերի, 2013, 2014, 2016 թթ., (տոկոս)



Աղբյուրը՝ SSYUՀ 2014, 2015 և 2016:

Ըստ քվինտիլային խմբերի առողջապահության ծախսերի մասնաբաժինների վերջին տարիների դինամիկայի դիտարկումը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ առաջինից չորրորդ քվինտիլային խմբերի սպառումն ու առողջապահական ծախսերը մնացել են գրեթե նույն մակարդակի վրա: 2013-2016 թվականներին, համաձայն այս հետազոտության արդյունքների, բնակչության կենսամակարդակը և բուժօժանությունների մատչելիությունը մնացել են անփոփոխ: Ավելին, համաձայն պաշտոնական վիճակագրության, 2014 և 2015 թվականներին արձանագրվել է անգամ առողջապահության ծառայությունների ֆիզիկական ծավալների ինդեքսների կրճատում, համապատասխանաբար՝ 0.7 և 3.7 տոկոսով, ինչը 2016 թվականին փոխարինվել է 1.4 տոկոսանոց աճով՝ չվերականգնելով անգամ 2015 թվականի մակարդակը: Առողջապահության ծառայություններից օգտվելու ենթատեքստով, բնակչության չորս քվինտիլային խմբերի ոչ այնքան բարվոք վիճակի ֆոնին խիստ տպավորիչ և մտահոգիչ է հինգերորդ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների մասնաբաժնի շեշտակի աճը: Ներկայացվածը առողջապահության ծառայությունների սպառման անհավասարության խորացման վկայությունն է բնակչության եկամտի տարբեր մակարդակ ունեցող խմբերի միջև:

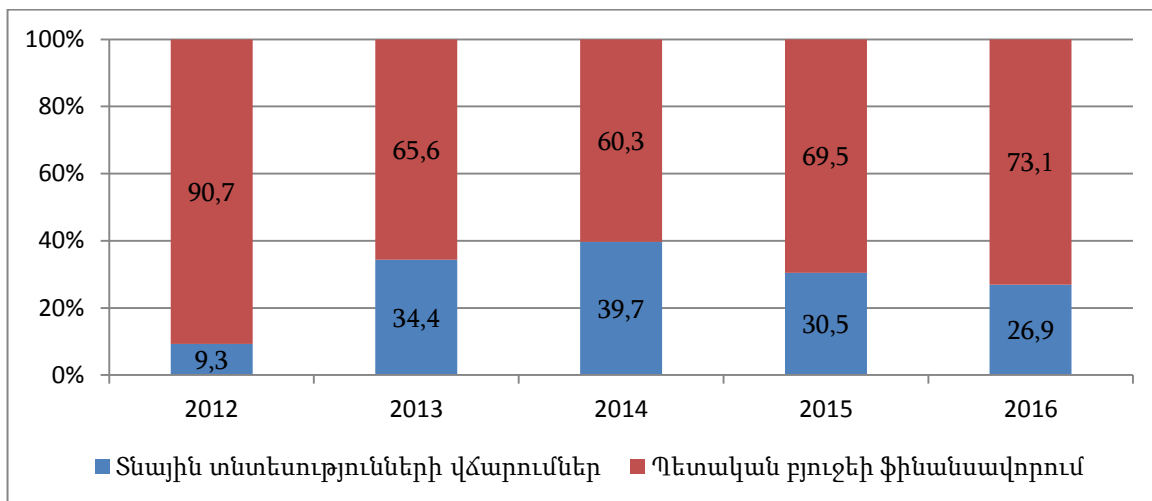
Ծախսերի և առողջապահական ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն

Առողջության վիճակը բնութագրող ցուցանիշների և կատարված ծախսերի ծավալների դինամիկաների հպանցիկ համադրությունը թույլ է տալիս ենթադրել, որ ծախսերի գերակշիռ մասը կրում է post factum բնույթ՝ նաև այն պարզ պատճառով, որ պետական ծախսերի

պլանավորումը կատարվում է հիմք ընդունելով բյուջեի հնարավորությունները և նախորդ տարիների միտումները: Ավելին, ծառայությունների գինը որոշվում է պետության կողմից, ինչը, որպես կանոն, շատ ավելի ցածր է, քան ծառայությունների շուկայական արժեքը: Պետական պատվերի շրջանակում բուժհաստատություններին պետության կողմից «առաջարկվող» շուկայականից ցածր գների պատճառով պետական ֆինանսավորումից չստացվող եկամուտները փոխհատուցվում են տնային տնտեսություններին «պարտադրվող» ծառայությունների ավելի բարձր գների օգնությամբ:

Ուշադրության արժանի առաջին կարևոր փոխազդեցությունը պետական ֆինանսավորման ծավալների աճի շնորհիվ տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց ծախսերի և բյուջեի վրա «բեռի» կրճատումն է: Ինչպես ներկայացված է ստորև բերված գծապատկերում տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում 2013-2016 թվականներին կրճատվել է 7.5 տոկոսային կետով: Այս հանգամանքը, մի կողմից, վկայում է պետական նպատակային քաղաքականության, ծրագրերի և ֆինանսավորման ծավալների աճի դրական էֆեկտի մասին, մյուս կողմից, դա կարող է հետևանք լինել ծառայությունների մատչելիության մակարդակի նվազման մասին: Նման ենթադրության համար հիմք են հանդիսանում ՏՏԿԱՀ տվյալները առողջապահության ծառայությունների չօգտվելու պատճառների մասին, համաձայն որոնց, նախ, ֆինանսական միջոցների անբավարարությունը բնակչության բոլոր վայրերում նշվել է որպես երկրորդ կարևոր պատճառ և, երկրորդ, բնակչության կեսից ավելին նախապատվությունը տվել է ինքնաբուժմանը:

Գծապատկեր 5: Պետության և տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ընդհանուր ծախսերի կառուցվածքում 2012-2016 թվականներին, տոկոս



Աղյուսակ 13: Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց պետական և տնային տնտեսությունների ծախսերը 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ

	2012	2013	2014	2015	2016
Տնային տնտեսությունների վճարումներ	1,602.05	8,311.50	11,145.96	8,327.82	7,220.46
Պետական բյուջեի ֆինանսավորում	15,699.60	15,864.90	16,916.40	19,015.60	19,634.70
Ընդամենը	17,301.65	24,176.40	28,062.36	27,343.42	26,855.16

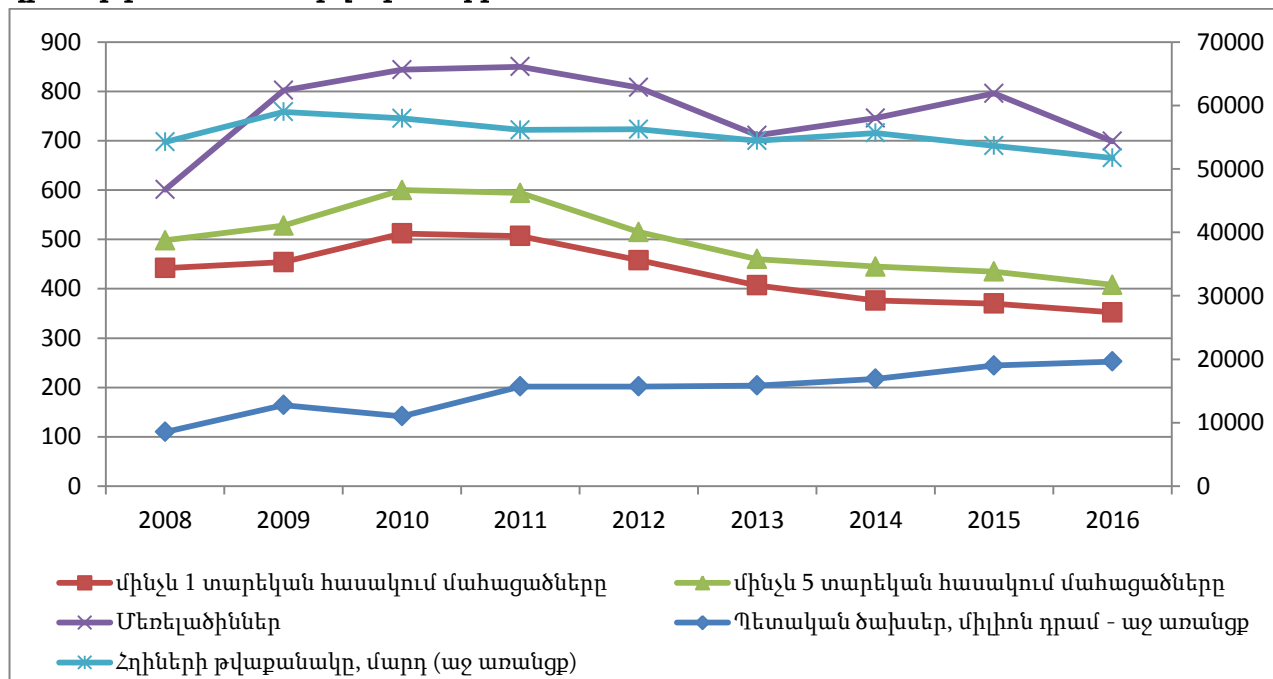
Երկրորդ կարևոր համադրությունը, որն անհրաժեշտ է դիտարկել, պետության և տնային տնտեսությունների կողմից իրականացված ծախսերի և մոր և մանկան առողջությունը

բնութագրող ցուցանիշների դինամիկաների միջև փոխազդեցություններն են:

Նախ, չափազանց կարևոր է պարզել, թե որքանով են պետական ծրագրեն ու ֆինանսավորումը նպաստել մոր և մանկան առողջության վիճակի այնպիսի կարևորագույն բնութագրիչների բարելավմանը, ինչպես մանկամահացությունը, մայրական մահացությունը, վերարտադրողական առողջությունը և այլն, որոնք նաև կենսական նշանակություն ունեն երկրի ժողովրդագրական վիճակի գնահատման տեսանկյունից:

Գծապատկերում արտացոլված կորերի դինամիկաներից նկատելի է հստակ հակադարձ կախվածությունը պետական ֆինանսավորման ծավալների աճի և մանկամահացության ու երեխաների մահացության դեպքերի միջև: Ընդ որում, 2009-2010 թվականների միջակայքում տեղի ունեցած փոփոխությունների հիման վրա վստահաբար կարելի է պնդել, որ 2008 թվականից ներդրված «Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ծրագիրը» հաջորդ տարվանից արդեն ունեցել է և ունի էական ազդեցություն մոր և մանկան առողջության վիճակի փոփոխության վրա: Մայրական մահացությունն այս դեպքում չի դիտարկվել, քանզի, վերջինիս դինամիկան խիստ իրավիճակային է և ավելի շատ կախված է կոնկրետ տարում հղիների մոտ հանդիպող ռիսկային դեպքերի քանակից:

Գծապատկեր 6: Պետական ծախսերի ծավալների և ժողովրդագրական ցուցանիշների դինամիկան 2008-2016 թվականներին

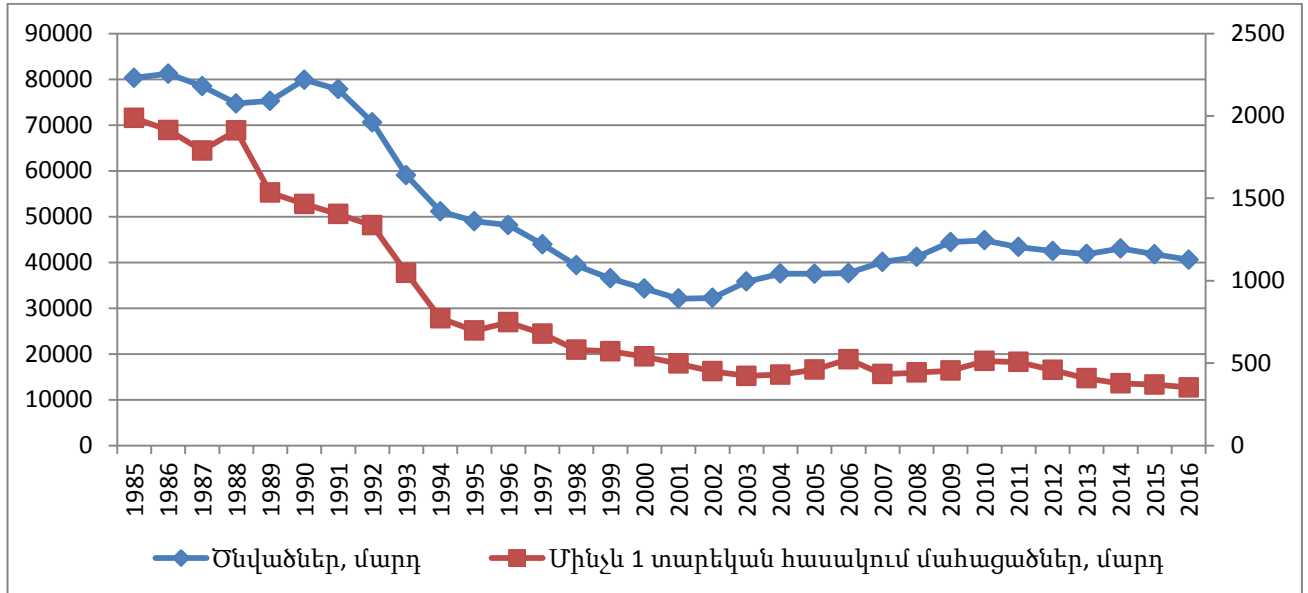


Մյուս կողմից, սակայն, երեխաների մահացության ցուցանիշների համադրությունը հղիների թվաքանակի հետ և այն փաստը, որ 1990-1999 թվականների ժամանակահատվածում 0-5 տարեկան երեխաների մահացությունը կրճատվել է 44 տոկոսով, 2000-2006 թվականների ընթացքում ընդամենը՝ 3 տոկոսով, իսկ 2008-2016 թվականների ընթացքում, նախորդի համեմատ՝ 6 տոկոսով, վկայում են այլ գործոնների առավել նշանակալի ազդեցության մասին:

Ենթադրվում է, որ հատկապես մանկամահացության դեպքերի վրա հասնելու հավանականությունը ավելի շատ կախված է ծնունդների թվի փոփոխությունից: Ծնունդների թվի և մանկամահացության դեպքերի դինամիկան արտացոլող կորերի համադրությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ դրանց միջև որոշակի կախվածություն կա (Գծապատկեր 7):

Հնարավոր կախվածությունը բացահայտելու համար կատարվել է երկու ցուցանիշների, 1985-2016 թվականներն ընդգրկող, շարքի ռեգրեսիոն վերլուծություն: Ռեգրեսիոն վերլուծության մոդելը հնարավորություն է տալիս բացահայտել, թե ինչպիսի կախվածություններ գոյություն ունեն ծնվածների թվաքանակի ու մանկամահացության դեպքերի միջև, որը կարելի է օգտագործել հավաստիության բարձր աստիճան ունեցող կանխատեսումներ կատարելու համար:

Գծապատկեր 7: Ծնվածների թվի և մանկամահացության դեպքերի դինամիկ շարքը 1985 – 2016 թվականներին



Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2017, ԱՎԾ:

Մեկ անկախ փոփոխականով պարզ գծային ռեգրեսիոն վերլուծության մոդելը բնորոշվում է հետևյալ հավասարումով՝ $\hat{Y}_i = b_0 + b_1 X_i$, իսկ կախվածության (դետերմինացիայի) գործակիցը՝ R^2 , որոշվում է ընդհանուր վարիացիայում (SST – քառակուսիների լրիվ արժեք), բացատրող փոփոխականի մասնաբաժնով (SSR – քառակուսիների ռեգրեսիոն արժեք):

Աղյուսակ 14: Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները

Simple Linear Regression Analysis

Regression Statistics	
Multiple R	0.95
R Square	0.91
Adjusted R Square	
Square	0.91
Standard Error	162.2
Observations	32

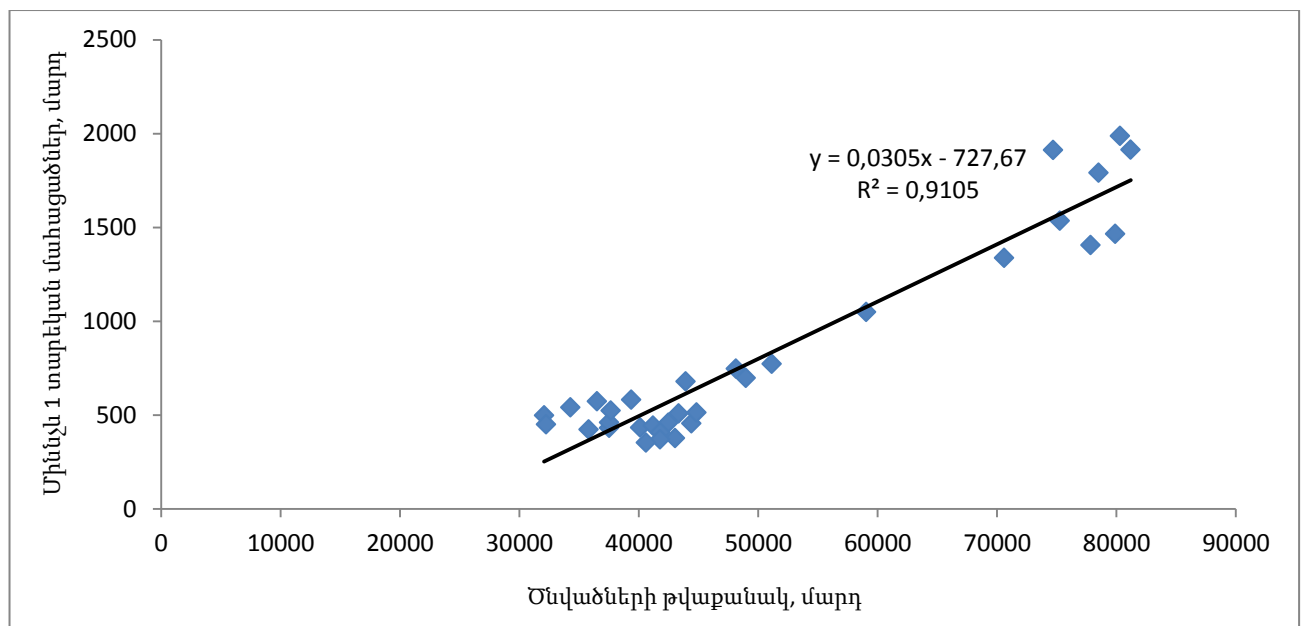
ANOVA

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Significance F</i>
Regression	1	8034046.2	8034046.2	305.2	0.0000
Residual	30	789739.3	26324.6		

	Coefficient	Standard Error	t Stat	P-value	Lower 95%	Upper 95%	Lower 95%	Upper 95%
Intercept	-727.7	92.8	-7.8	0.000	-917.2	-538.1	917.2	538.1
Ծնվածներ	0.0	0.0	17.5	0.000	0.0	0.0	0.0	0.0

Աղյուսակ 14-ում ներկայացված ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքներն ու ռեգրեսիայի գործակիցը, ինչպես նաև Գծապատկեր 8-ում արտացոլված ցուցանիշների ցրվածքը ցույց են տալիս, որ ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության դեպքերի միջև գոյություն ունի հստակ արտահայտված կախվածություն՝ համաձայն $R^2 = 0.910$ ռեգրեսիայի գործակցի, մանկամահացության դեպքերի փոփոխությունը 91 տոկոսով կարելի է բացատրել ծնունդների թվի փոփոխությամբ:

Գծապատկեր 8: Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրեսիոն վերլուծության ցրվածքը



Մյուս կողմից, սակայն, միայն ռեգրեսիայի գործակցով բնութագրվող կախվածությունը դեռևս բավարար չէ վստահաբար պնդելու համար, որ երկու փոփոխականների միջև կախվածությունը բնութագրող պարզ գծային ռեգրեսիայի անկյունը կամ ռեգրեսիայի մոդելի հավասարումը վիճակագրորեն նշանակալի է և կարող է օգտագործվել եզրակացությունների և հետագա կանխատեսումների համար: Այդ նպատակով օգտագործվում է անկյան F թեստի մեթոդը, որը մոդելի ռեգրեսիայի (բացատրող փոփոխականի) դիսպերսիայի կամ ցրվածքի հարաբերությունն է սխալների կամ այլ գործոններով պայմանավորված դիսպերսիային: F թեստն իրականացվում է զրոյական (H_0) և այլընտրանքային (H_1) հիպոթեզների միջոցով

$H_0: \beta_0 = 0$ – գոյություն չունի գծային կախվածություն:

$H_1: \beta_j \neq 0$ – գոյություն ունի գծային կախվածություն:

Վիճակագրական F-չափորոշիչը հավասար է ռեգրեսիայի միջին քառակուսու ($MSR = SSR/p$) և վիճակագրական սխալի միջին քառակուսու ($MSE = SSE/n-p-1$) հարաբերությանը և նկարագրվում է p և $n-p-1$ ազատության աստիճանների թվով F-բաշխմամբ. $F = MSR/MSE = 305.2$: Նշանակալիության 0.05 մակարդակի դեպքում F-չափորոշիչի կրիտիկական նշանակությունը (1 և 30 ազատության աստիճաններով), համաձայն հաշվարկային աղյուսակի¹⁰, հավասար է 4.08: *Քանի որ $F = 305.2 > FU(0.05, 1, 30) = 4.08$, ապա այն հայտնվում է վիճակագրորեն մերժվող միջակայքում, մերժվում է զրոյական վարկածը և եզրակացնում ենք, որ ծնվածների թվաքանակի փոփոխության ազդեցությունը մանկամահացության դեպքերի վրա նշանակալի է:*

Ծնվածների թվաքանակի և մահացության դեպքերի միջև առկա կախածության հիման վրա կատարված մանկամահացության դեպքերի կանխատեսման հաշվարկը ներկայացված է աղյուսակ 15-ում: Վիճակագրորեն նշանակալի կախվածության դեպքում որպես մահացության դեպքերի նվազագույն և առավելագույն արժեքներ վերցվում են ոչ թե միջին Y-ի, այլ Y-ի յուրաքանչյուր առանձին (individual) արժեքները: Մեր օրինակում, ինտերպոլյացիոն մեթոդով կատարված կանխատեսման արդյունքում, հավաստիության 95% դեպքում, 60 000 կենդանի ծնունդի համար մանկամահացության կանխատեսվող դեպքերի միջին թիվը կազմել է 1 105 դեպք՝ 766 և 1 443 նվազագույն և առավելագույն արժեքներով:

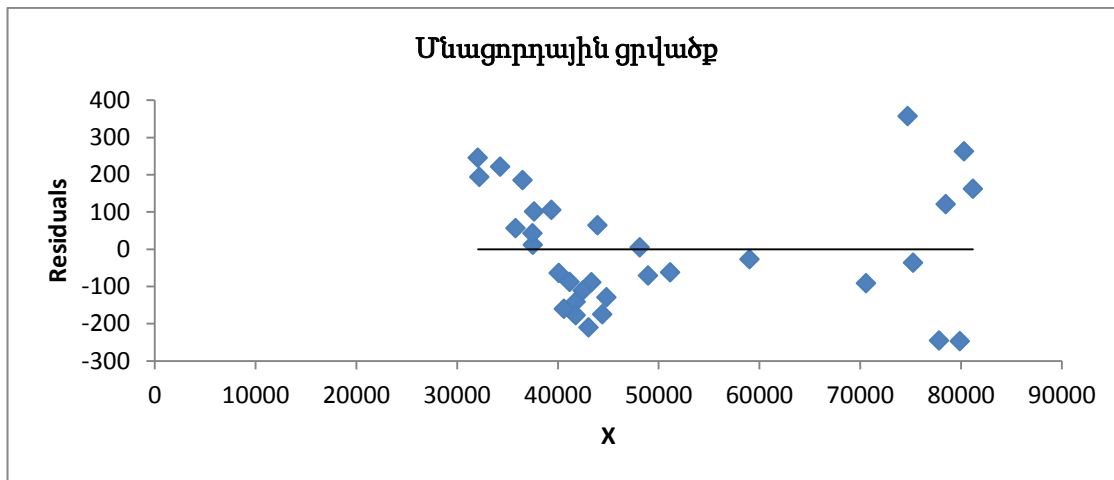
Աղյուսակ 15: Մահացության դեպքերի կանխատեսում

Confidence Interval Estimate	
Data	
X Value	60000
Confidence Level	95%
Intermediate Calculations	
Sample Size	32
Degrees of Freedom	30
t Value	2.042272
XBar, Sample Mean of X	50495.47
Sum of Squared Differences from XBar	8.61E+09
Standard Error of the Estimate	162.2487
h Statistic	0.04174
Predicted Y (YHat)	1104.924
For Average Y	
Interval Half Width	67.6969
Confidence Interval Lower Limit	1037.2267
Confidence Interval Upper Limit	1172.62
For Individual Response Y	
Interval Half Width	338.2007
Prediction Interval Lower Limit	766.7229
Prediction Interval Upper Limit	1443.124

¹⁰ David M. Levine, Timothy C. Krehbiel, Mark L. Berenson, Business Statistics: A first Course, 2nd ed. New Jersey 2000, Appendix E, Table E.5 “Critical Values of F”, p. A-18.

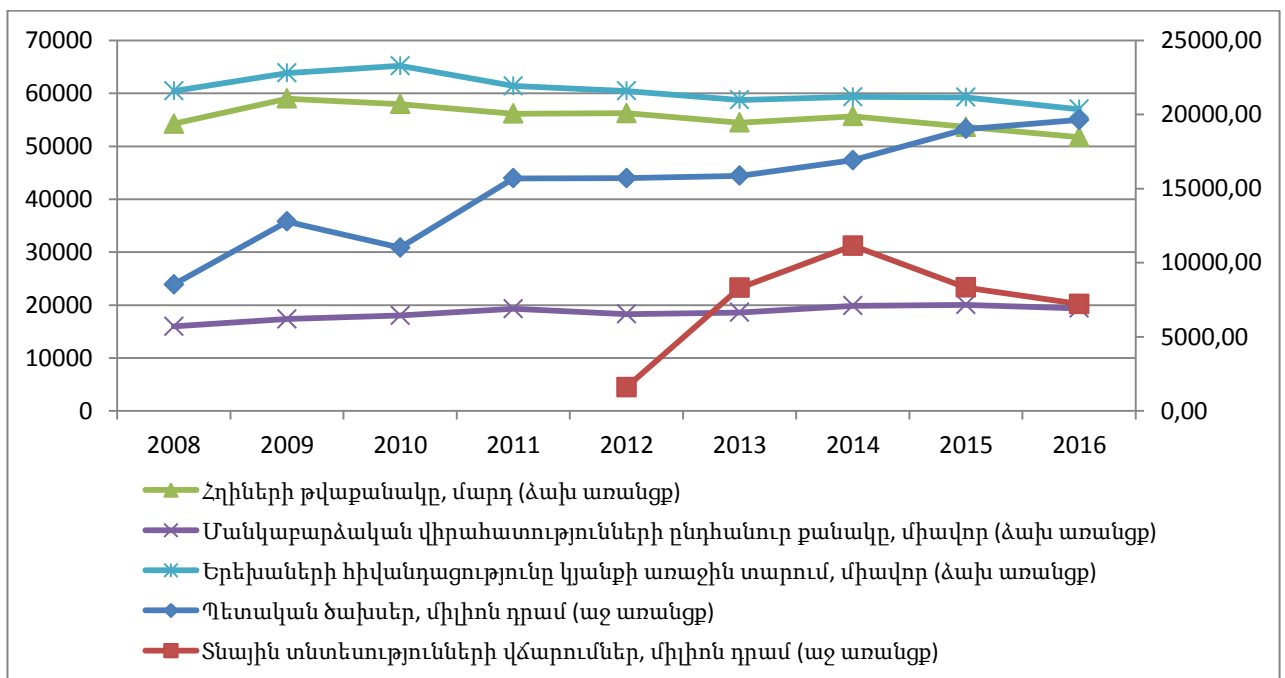
Ռեգրսիոն մոդելը վստահաբար կարելի է օգտագործել կանխատեսումներ կատարելու համար, քանզի գծապատկեր 7-ում ներկայացված «մնացորդային վերլուծության» ցրվածքը վկայում է այլ գործոնների նվազագույն կամ ոչ նշանակալի ազդեցության մասին:

Գծապատկեր 9: Մնացորդային ցրվածքի գրաֆիկական պատկերը



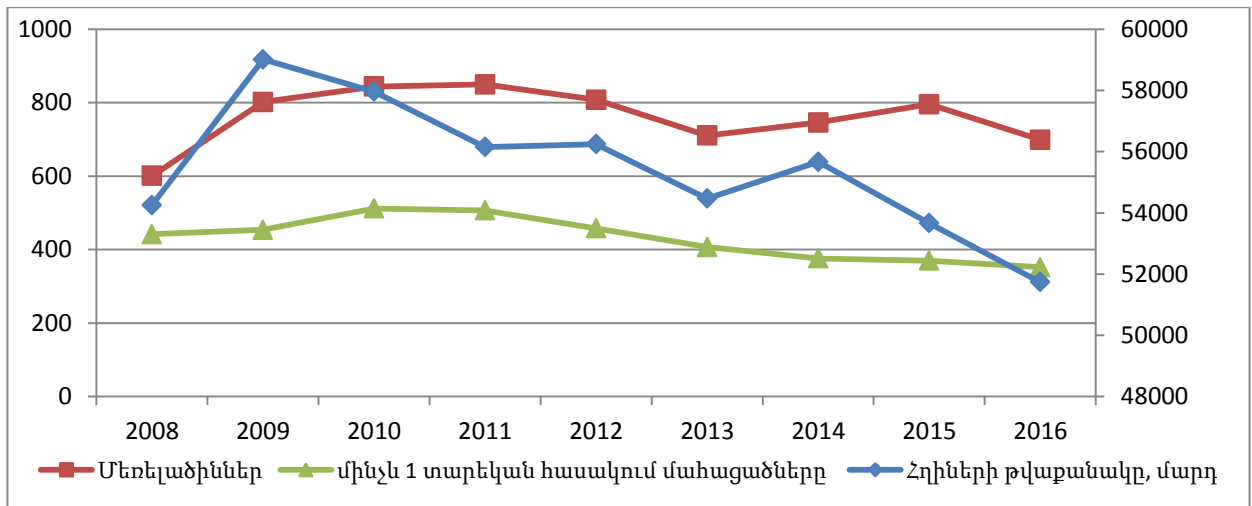
Այնուհանդերձ, հաջորդիվ ներկայացվող գծապատկերից տեսանելի է, որ պետական ծախսերի ավելացումն ուղեկցվել է, մի կողմից, կյանքի առաջին տարում երեխաների հիվանդացության դեպքերի կրճատումով, մյուս կողմից, ավելացել է մանկաբարձական վիրահատությունների քանակը:

Գծապատկեր 10: Պետական և մասնավոր ծախսերի և առողջության որոշ ցուցանիշների դինամիկաների համադրությունը



Վերջին տարիներին, թե՛ ծախսերի ծավալներից և թե՛ հղիների թվաքանակից անկախ դինամիկա է դրսևորել մեռելաճնության ցուցանիշը, ինչը նշանակում է, որ դեռևս լուրջ խնդիրներ կան վերարտադրողական առողջության բնագավառում:

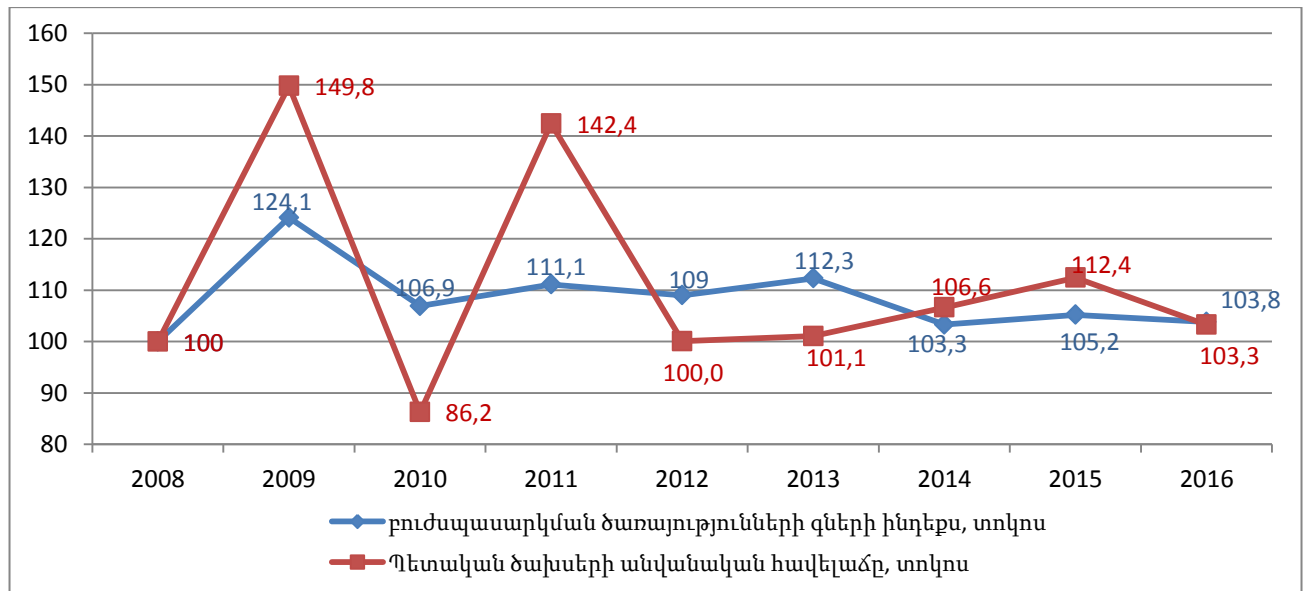
Գծապատկեր 11: Հղիների թվաքանակի, մանկամահացության և մեռելաճնության ցուցանիշների դինամիկան 2008 – 2016 թվականներին



Պետական և մասնավոր ծախսերի փոփոխության և առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարձրացման առումով իրական ազդեցության գնահատման տեսանկյունից, ոչ պակաս կանոն է ծախսերի աճի համադրումը բուժօժանությունների գների աճի հետ:

Գծապատկեր 12-ից տեսանելի է, որ 2009 թվականից սկսած յուրաքանչյուր հաջորդ տարի շարունակաբար արձանագրվել է բուժսպասարկման ծառայությունների գների աճ, ինչն, ընդհանրության մեջ, ավելի բարձր է եղել, քան մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի անվանական աճը:

Գծապատկեր 12: Պետական ծախսերի անվանական աճի և բուժսպասարկման ծառայությունների գների ինդեքսի դինամիկաները



Հետևաբար, ստացվում է մի վիճակ, երբ ժողովրդագրական ցուցանիշների նվազման և մոր ու մանկան առողջության ցուցանիշների գրեթե հաստատուն մակարդակի կամ ոչ էական աճի ֆոնին, պետական ծախսերի ավելացումը, փաստորեն, ինդեքսավորել է բուժսպասարկման ծառայությունների թանկացումը:

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

Մոր և մանկան առողջության պետական և մասնավոր ծախսերի վերաբերյալ կատարված ներկա ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տվել կատարել որոշակի եզրակացություններ և ներկայացնել առաջարկություններ, որոնք կարող են օժանդակել այս բնագավառում իրականացվելիք հետագա վերլուծությունների արդյունավետության և օգտակարության բարձրացմանն ու պրակտիկ նշանակություն ունենալ ռազմավարությունների և քաղաքականություն մշակելիս

Եզրակացություններ

- ✓ Երկրի տնտեսական և սոցիալական ներկա վիճակն ու զարգացման միտումները դեռևս բավարար նպաստավոր պայմաններ չեն պարունակում մոր և մանկան առողջության վիճակի առաջանցիկ բարելավում ապահովելու համար:
- ✓ Առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և հատկապես մատչելիության մակարդակը գոհացնող չէ: Թեև տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում նկատվում է առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի կրճատում, այնուհանդերձ ակնհայտ է նաև անհավասարության խորացումը, որի արդյունքում ծառայությունների զգալի մասը փաստացի «սպառվում է» միջին և բարձր եկամուտներ ունեցող բնակչության կողմից:
- ✓ 2013 թվականի համեմատ 2016 թվականին մոտ կրկնակի կրճատվել է մոր և մանկան առողջության ծախսերի ծանրաբեռնվածությունը տնային տնտեսությունների բյուջեներում՝ 4%-ից 2%:
- ✓ Առողջապահության ծառայություններից օգտվելու ենթատեքստով, բնակչության չորս քվինտիլային խմբերի ոչ այնքան բարվոլ վիճակի ֆոնին խիստ տպավորիչ և մտահոգիչ է հինգերորդ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների մասնաբաժնի շեշտակի աճը: Ներկայացվածը առողջապահության ծառայությունների սպառման անհավասարության խորացման վկայությունն է բնակչության եկամտի տարբեր մակարդակ ունեցող խմբերի միջև: **Եզրակացությունը կայանում է նրանում, որ տարեցտարի սրվում է առողջապահության մատչելիության խնդիրը բնակչության ավելի ու ավելի մեծ խմբերի համար, ինչը այս ոլորտում ևս շուկայական հարաբերությունների առաջանցիկ տեմպերով ձևավորման հետևանք է: Ցուցանիշներ անուղղակիորեն վկայում են բուժօժանդակությունների համահավասարության սկզբունքի խախտման մասին, ինչը գերակա խնդիր պետք է լինի պետական քաղաքական ծրագրերում և ռազմավարություններում:**
- ✓ Մյուս կողմից, ոչ բավարար ներկայացուցչական ընտրանքի հիման վրա իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի հետազոտության արդյունքները բնակչության առողջապահական ծախսերի մասով հնարավորություն չեն տալիս առավել ամբողջական պատկերացում կազմել ինչպես ամբողջ առողջապահական, այնպես էլ մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների մասով բնակչության ուղղակի վճարումների ծավալների, ուղղությունների, կառուցվածքի և բովանդակության մասին:
- ✓ Ժողովրդագրական վիճակի և, մասնավորապես՝ բնական շարժի ցուցանիշների, շարունակական վատթարացումը, արդյունքում «նպաստել է» մոր և մանկան առողջության առանձին ցուցանիշների բարելավմանը (մանկական և երեխաների

մահացություն): Համաձայն կենդանի ծնունդների և մանկամահացության 1985 – 2016 թվականների ցուցանիշների ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքների, մանկամահացության կրճատումը 91 տոկոսով պայմանավորված է ծնունդների կրճատումով:

- ✓ Մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջությունը գտնվում է պետության առանձնահատուկ ուշադրության և հոգածության ներքո, քանի որ դեռևս լրջագույն խնդիրներ են մայրական մահացությունը, մեռելաճնությունը, հղիության արհեստական ընդհատումները, երեխաների հիվանդացության մակարդակը և այլն:
- ✓ 2008 թվականից մշակվող առողջության պահպանմանը, վերականգնմանը և բարելավմանը միտված թիրախային և գլոբալ ռազմավարություններն ու ծրագրերը հնարավոր առավելագույն չափով ապահովված են անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցներով հիմնականում առողջության վերականգնման ծառայությունների մասով:
- ✓ Տարեցտարի ավելանում է պետական ֆինանսավորման ծավալը, որի շնորհիվ կրճատվում են տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները և վերջիններիս մասնաբաժինը ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում: Մյուս կողմից, սակայն, տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերի կրճատումը առողջապահական ծառայությունների չօգտվելու դեպքերի ավելացման ֆոնին հիմքեր է ստեղծում ծառայությունների մատչելիության նվազման վերաբերյալ ենթադրությունների համար:
- ✓ Վերջին տաս տարիների ընթացքում մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող պետական բյուջեի ծախսերի գրեթե բոլոր հիմնական դասերով տարեցտարի արձանագրվել է ֆինանսավորման ծավալների զգալի աճ, ինչը 2017 թվականին կազմել է արդեն 19,361.9 միլիոն դրամ, ինչը գերազանցել է 2008 թվականի ցուցանիշը մոտ 2.3 անգամ և գլխավորապես պայմանավորված է եղել հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման ծավալների մոտ 2.1 անգամ աճով:
- ✓ Նույն ժամանակահատվածում «Արտահիվանդանոցային ծառայությունների» խմբում պետական ֆինանսավորման մոտավորապես 80%-ը բաժին է ընկել «մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններին», իսկ «Հիվանդանոցային ծառայություններ» խմբում ֆինանսավորման մոտ 99%-ը տրամադրվել է «մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայությունների» դիմաց: Ծառայությունների այս խմբի կառուցվածքում տեղի է ունեցել երկու նշանակալի փոփոխություն: Նախ, եթե մինչև 2011 թվականը ֆինանսավորման կեսից ավելին տրամադրվել է «մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններին», ապա 2012 թվականից ավելի մեծ մասնաբաժին ունեն «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայությունները»: Երկրորդ, 2015 – 2017 թվականներին տարեկան մոտ 79 միլիոն դրամ է տրամադրվել «Անպտուղ գույգերի համար վերարտադրողական բժշկական օգնության ծառայությունների» համար:
- ✓ Իմունականիսարգելումը հանրային առողջապահության տնտեսապես բարձր արդյունավետ ռազմավարություններից է: 2015 թվականից սկսած այդ նպատակի համար պետական բյուջեից տրամադրվում է մոտ 1.9 միլիարդ դրամ (պետական ֆինանսավորման մոտ 10%-ը), որի շնորհիվ նպատակային տարիքի երեխաների 90 տոկոսից ավելին ստանում են իրենց անհրաժեշտ պատվաստումները, որը միջազգային ստանդարտներով բավարար ցուցանիշ է:

- ✓ Պետության կողմից մոր և մանկան առողջության ոլորտում իրականացվող ֆինանսավորման ծավալների ավելացումն ուղղակի ազդեցությունն է ունեցել տնային տնտեսությունների ծախսերի դինամիկայի և կառուցվածքի փոփոխության վրա: 2016 թվականին տնային տնտեսությունների ծախսը 2014 թվականից կրճատվելով՝ կազմել է 7,220.5 միլիոն դրամ (ինչը պակաս է 2013 և 2015 թվականների ցուցանիշների համեմատ 1.1 միլիարդ դրամի, իսկ 2014 թվականի ցուցանիշի համեմատ մոտ 3 միլիարդ դրամի չափով):
- ✓ Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ծախսերի 60%-ից ավելին (4,548.8 միլիոն դրամ) դեռևս բաժին է ընկնում է ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններին (*հիվանդանոց*), 20%-ից ավելին (1,526.5 միլիոն դրամ) կազմել են մանկաբարձ գինեկոլոգների ծառայությունների դիմաց վճարումները (*ԱՄՊ օղակ*) և, վերջին երեք տարիներին ծախսերի ծավալների աճի շնորհիվ 11%-ից ավելին (816.9 միլիոն դրամ) բաժին է ընկել մանկաբարձների և բուժքույրերի մասնավոր ծառայություններին:
- ✓ Հիվանդանոցային ծառայությունների կառուցվածքում վերջին տարիներին գերակշռում են մանկաբուժական ծառայությունների դիմաց կատարվող վճարումները: Այս հանգամանքը և ծախսերի բովանդակությունը վկայում են, որ մինչ այժմ ծախսերի գերակշիռ մասն ունեցել է և ունի post factum բնույթ, որի պատճառով դժվար է գնահատել ծախսերի ազդեցությունը իրավիճակի բարելավման վրա:
- ✓ Հետագա ծախսերը կրճատելու տեսանկյունից, պետական քաղաքականության գերակայությունների շարքում առաջնային պետք է համարել հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության պահպանման և բարելավման նպատակները:
- ✓ Մոր և մանկան առողջությունը բնութագրող գրեթե բոլոր ցուցանիշները դրսևորում են կայուն դինամիկա՝ աննշան տատանումներով, որոշ դեպքերում հիվանդացության առանձին ցուցանիշներ ունեն անգամ աճի միտում:
- ✓ Կատարված ծախսերից ստացված դրական արդյունքները առավել նկատելի են մի քանի ցուցանիշների մասով՝ մանկական մահացություն, անպտղության մակարդակի կրճատում, պատվաստումների գործընթացում երեխաների ընդգրկվածության առավելագույն մակարդակ և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների մասով հիվանդացության և մահվան դեպքերի կրճատում:

Առաջարկություններ

Ելնելով ստացված արդյունքներից, նպատակահարմար և անհրաժեշտ է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից վարվող վարչական և պետական վիճակագրական աշխատանքների շրջանակում ներառել նաև բուժհաստատությունների գործունեության վերաբերյալ տնտեսական և ֆինանսական ցուցանիշների հավաքագրման և վերլուծության գործառնությունը, ինչը հնարավորություն կտա ունենալ տեղեկատվության բավարար հիմք վերլուծությունների, մոնիտորինգի և գնահատման համակարգ ձևավորելու և քաղաքականության արդյունքները գնահատելու և չափելու համար:

Զեկույցի արդյունքները հիմնավորում են շարունակական պետական աջակցության անհրաժեշտությունը մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջության ոլորտում արդյունավետ ընթացիկ և կապիտալ ծախսերի անհրաժեշտությունն ու հրատապությունը:

Տնտեսական և ֆինանսական տեղեկատվության առկայությունը հնարավորություն կտա իրականացնել մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջապահության ֆինանսավորման համալիր ախտորոշում, գնահատել ծառայությունների ամբողջական ծածկույթը բնակչության համար հասանելիության, մատչելիության և պահանջարկի դինամիկ փոփոխության տեսանկյունից և ուղենշել ազգային մակարդակով բոլոր շահառուների համար համահավասարություն ապահովող առողջապահության ֆինանսավորման ռազմավարությունների մշակման գործառույթը:

1. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թ.-ի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017
2. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2017. ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017
3. ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր
4. «Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգիչ», Տասներորդ վերանայում, ՀՀ ԱՆ, Երևան 2013
5. Guide to COST-BENEFIT ANALYSIS of investment projects; Economic appraisal tool for Cohesion Policy 2014-2020, European Commission Directorate-General for Regional and Urban policy, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
6. Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development - (Health Financing Guidance No. 1), WHO/HIS/HGF/HFGuidance/16.1 (Health Systems Governance & Financing), *World Health Organization 2016*
7. David M. Levine, Timothy C. Krehbiel, Mark L. Berenson, Business Statistics: A first Course, 2nd ed. New Jersey 2000, Appendix E, Table E.5 “Critical Values of F”, p. A-18.