

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	8
Ամփոփում	9
Բաժին 1. Մեթոդաբանություն	13
Բաժին 2. Մոր և մանկան առողջության տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական համատեքստը	17
2.1 Տնտեսական և սոցիալական համատեքստը.....	17
2.2 Ժողովրդագրական վիճակի միտումներ.....	20
Բաժին 3. Մոր և մանկան առողջապահության մեթոդական և իրավական հիմքերն ու ֆինանսավորման ռազմավարական ուղենիշները	26
3.1 Մոր և մանկան առողջապահության իրավական և մեթոդաբանական հիմքերը.....	26
3.2 Մոր և մանկան առողջության ֆինանսավորման ռազմավարական ուղենիշները	28
Բաժին 4. Մոր և մանկան առողջության վիճակը	31
4.1 Մոր և մանկան առողջության պատկերը Հայաստանում.....	31
4.2 Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում իրականացված միջոցառումներ	38
Բաժին 5. Մոր ու մանկան առողջության ծախսերի վերլուծություն	40
5.1 Ծախսերի նկարագրություն, դասակարգում և առկա սահմանափակումներ	40
5.2 Ֆինանսական տվյալների աղբյուրներ և պետական ու մասնավոր ծախսերի դասակարգում ըստ ծառայությունների բնույթի	40
5.3 Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի շրջանակը և դինամիկան.....	43
5.4 Տնային տնտեսությունների ծախսեր.....	48
5.4.1 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծախսերը ըստ տարբեր մեթոդաբանությունների.....	48
5.4.2 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծախսերի կառուցվածքն ու բովանդակությունը.....	53
5.4.3 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահության ծախսերն ըստ կենսամակարդակի և բնակության վայրի	58
5.5 Ծախսերի և առողջապահական ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն	61
Բաժին 6. Ծախսեր և օգուտներ վերլուծություն	70
Եզրակացություններ և առաջարկություններ.....	71
6.1 Եզրակացություններ	71
6.2 Առաջարկություններ.....	74
Գրականություն.....	75

Աղյուսակներ

Աղյուսակ 2.1 Մայրական մահացության գործակիցն ըստ ՀՀ մարզերի և ք. Երևանի 2008-2016 թթ. (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով).....	24
Աղյուսակ 4.1 Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի հիմնական ցուցանիշները, 2011-2016թթ.....	32
Աղյուսակ 4.2 Բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով ըստ առանձին մասնագիտությունների, 2015-2016թթ., մարդ	32
Աղյուսակ 4.3 Ծննդոգնության հիմնարկներում կենդանի ծնվածներն ըստ ծնվելիս մարմնի զանգվածի, 2009-2016թթ., մարդ	33
Աղյուսակ 4.4 Նորածինների հիվանդացությունն ըստ գրանցված հիվանդությունների, 2012-2016թթ.....	33
Աղյուսակ 4.4 Երեխաների հիվանդացությունը կյանքի առաջին տարում, 2009-2016թթ., միավոր	34
Աղյուսակ 4.5 Ծննդոգնությունը բժշկական ծննդոգնության հիմնարկներում, 2012-2016թթ., միավոր	35
Աղյուսակ 4.6. Վիրաբուժական միջամտություններ ծննդոգնության հիմնարկներում, 2011-2016թթ., միավոր	35
Աղյուսակ 4.7. Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ տեսակի (առանց մինի վիժումների), 2011-2014թթ., միավոր	36
Աղյուսակ 4.7. Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ տարիքային խմբերի (առանց մինի վիժումների) 2012-2016թթ., միավոր	36
Աղյուսակ 4.8. Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի, 2015-2016թթ., միավոր.....	37
Աղյուսակ 4.9. Կանանց հիվանդացությունն առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով ըստ առանձին հիվանդությունների, 2009-2016թթ., 100 000 կանանց հաշվով	37
Աղյուսակ 4.10. Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2009-2016թթ., միավոր	38
Աղյուսակ 5.1 Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված ծախսերի գործառնական դասակարգումն ըստ բաժինների, խմբերի և դասերի.....	41
Աղյուսակ 5.2 Մասնավոր կազմակերպությունների կողմից կատարված ծախսերի դասակարգումն ըստ Առողջապահության հաշիվների համակարգի.....	42
Աղյուսակ 5.3 Մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող ծախսերի հողվածներն ըստ «Ըստ նպատակների անհատական սպառման ապրանքների և ծառայությունների անվանացանկի».....	43
Աղյուսակ 5.4 Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված գործառնական ծախսերն բաժինների, խմբերի և դասերի, միլիոն դրամ	44
Աղյուսակ 5.5 Մոր և մանկան առողջության ծախսերը 2008 և 2017 թվականներին և հավելաճը	45

Աղյուսակ 5.6 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	49
Աղյուսակ 5.7 Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և բնակչության միջին տարեկան թվաքանակի	50
Աղյուսակ 5.8 Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների վճարումների ծավալն ըստ վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ արդյունքներով), միլիոն դրամ.....	53
Աղյուսակ 5.9 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ օգնության համար առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին դիմած բնակչության վճարումների բաշխումը ըստ վճարման ձևի, ըստ բուժհիմնարկի մասնագետների, 2012-2016թ., (տոկոսներով)	57
Աղյուսակ 5.10 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ բուժօգնության համար հիվանդանոց դիմած բնակչության բաշխվածությունն ըստ բուժօգնության ծառայությունների տեսակի և վճարման ձևի, մեկ հիվանդի հաշվով, 2012-2014թ., (տոկոս)	57
Աղյուսակ 5.11 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայություններին դիմած բնակչության բաշխումն ըստ բուժհիմնարկի մասնագետների և աղքատության մակարդակի, 2012-2016թթ., (տոկոս)	59
Աղյուսակ 5.12 Սպառման բաղադրիչներն ըստ քվինտիլային խմբերի և տարածաշրջանների, 2008 և 2016թթ. (միջին հանրապետական գներով, դրամ, ամսական, մեկ չափահաս անձի հաշվով).....	59
Աղյուսակ 5.13 Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց պետական և տնային տնտեսությունների ծախսերը 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ.....	62
Աղյուսակ 5.14 Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրսիոն վերլուծության արդյունքները	64
Աղյուսակ 5.15. Մահացության դեպքերի կանխատեսում.....	66

Գծապատկերներ

Գծապատկեր 2.1 Բնակչության թվաքանակի դինամիկան 1989-2017 թվականներին, հունվարի 1-ի դրությամբ, հազար մարդ.....	20
Գծապատկեր 2.2 Բնակչության բնական շարժի հիմնական ցուցանիշները.....	21
Գծապատկեր 2.3 Կենդանի ծնունդները, մեռելաձիները, նորածնային, հետնորածնային և մանկական մահերը, 1980-2016թթ., (մարդ)	22
Գծապատկեր 2.4 Մանկական մահացությունն ըստ մահվան հիմնական պատճառների,	

2010-2016թթ. (մինչև 1 տարեկան հասակում մահացած).....	23
Գծապատկեր 2.5 Մայրական մահացության գործակիցը, 2000-2016թթ. (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով).....	24
Գծապատկեր 4.1 Նորածինների մահացությունը (1 000 գրամ և ավելի մարմնի զանգվածով) բժշկական ծննդոգնության հիմնարկներում, 2009-2016թթ., մահացած նորածինների թվաքանակը 100 հիվանդացածների հաշվով.....	34
Գծապատկեր 5.1 Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի դինամիկան 2008-2017 թվականներին, 1000 դրամ	45
Գծապատկեր 5.2 Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի կառուցվածքի փոփոխությունը 2008-2017 թվականներին, տոկոս	46
Գծապատկեր 5.3 Մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայությունների ֆինանսավորման կառուցվածքն ըստ բաղադրիչների, տոկոս.....	47
Գծապատկեր 5.4 Տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների և հաշվարկված ըստ ՏՏԿԱՀ արդյունքների	51
Գծապատկեր 5.5 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների և հաշվարկված ըստ ՏՏԿԱՀ արդյունքների	51
Գծապատկեր 5.6 Ծախսերի դինամիկան 2012-2015 թվականներին.....	52
Գծապատկեր 5.7 Պետական և մասնավոր ծախսերի դինամիկան 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ	53
Գծապատկեր 5.8 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջության ծախսերի դինամիկան ըստ բաղադրիչների	54
Գծապատկեր 5.9 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջության ծառայությունների ծախսերի կառուցվածքը 2012-2016 թվականներին	55
Գծապատկեր 5.10 Առողջապահության ծառայությունների վրա ծախսերի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ, ըստ քվինտիլային խմբերի, 2013,2014, 2016թթ., (տոկոս)	60
Գծապատկեր 5.11 Պետության և տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ընդհանուր ծախսերի կառուցվածքում 2012-2016 թվականներին, տոկոս	62
Գծապատկեր 5.12 Պետական ծախսերի ծավալների և ժողովրդագրական ցուցանիշների դինամիկաները 2008-2016 թվականներին.....	62
Գծապատկեր 5.13 Ծնվածների թվի և մանկամահացության դեպքերի դինամիկ շարքը 1985 – 2016 թվականներին	63
Գծապատկեր 5.14 Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրեսիոն վերլուծության ցրվածքը.....	65
Գծապատկեր 5.15 Մնացորդային ցրվածքի գրաֆիկական պատկերը.....	66
Գծապատկեր 5.16 Պետական և մասնավոր ծախսերի և առողջության որոշ ցուցանիշների դինամիկաների համադրությունը	66

Գծապատկեր 5.17 Հղիների թվաքանակի, մանկամահացության և մեռելաձնության ցուցանիշների դինամիկան 2008 – 2016 թվականներին.....	67
Գծապատկեր 5.18 Պետական ծախսերի անվանական աճի և բուժսպասարկման ծառայությունների գների ինդեքսի դինամիկաները.....	67

Ներածություն

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, ինչպես նաև ծախսերի տնտեսական ու ֆինանսական արդյունավետությունն ու ստացված արդյունքների հետ հարաբերակցությունը՝ ծախսեր և օգուտներ համադրության լույսի ներքո: Այն յուրահատուկ փորձ է սկիզբ դնելու մոր և մանկան առողջապահության ֆինանսավորման ախտորոշմանը և նպաստելու այս ոլորտում նպատակային ծրագրերի և ֆինանսավորման ռազմավարությունների մշակման համար:

Հիմնական նպատակներ են հանդիսացել մոր և մանկան առողջության ոլորտում համապիտանի առողջապահական ծածկույթ ապահովելուն միտված հիմնական քաղաքականությունների և ծրագրերի վերլուծությունը, առողջության ներկա վիճակի ու արձանագրված միտումների և իրագործված քաղաքականության ու առաջադրված նպատակներին հասնելու գործընթացի ու վերջիններիս վրա ազդող հիմնական գործոնների ազդեցության լույսի ներքո: Տնային տնտեսությունների համար մոր և մանկան առողջապահության հասանելիության, մատչելիության և վերջիններիս կողմից կատարված ծախսերի վերլուծությամբ առանձնահատուկ ուշադրություն է դարձվել բնակչության եկամուտների ու ծախսերի փոփոխության համատեքստում առողջապահական ծախսերի փոփոխությանը, ֆինանսական պաշտպանությանը և հատկապես՝ բոլորի համար ֆինանսական համահավասարության ապահովմանը:

Միաժամանակ, ուսումնասիրվել են ՀՀ կառավարության կողմից իրականացված ծրագրերի արդյունավետությունն ու արդյունքները, որոնք, ըստ էության, համահունչ են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) «Առողջություն 2020» համապարփակ քաղաքականության մոտեցումներին:

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

Նպատակը և լսարանը

Հետազոտության հիմնական նպատակը մոր և մանկան վերարտադրողական առողջության ծախսերի և օգուտների վերլուծությունն է որպես առողջապահության ոլորտում պետական կառավարման մարմինների պարտադիր լիազորությունների իրականացման հնարավորություն: Վերլուծությունը հնարավորություն կտա գնահատել իրականացվող ծախսերի արդյունավետությունը և նպաստել երկրում համապատասխան ոլորտների արդյունավետ ռազմավարությունների մշակմանը և ներդրմանը՝ ապահովելով հիմնավոր վերլուծական հենք /գիտական և գործնական կիրառական մոտեցումներով և մեթոդներով/ և որոշումների կայացման արդյունավետության բարձր աստիճան:

Ծախս-օգուտ վերլուծության (ՄՕՎ) թիրախային լսարանը ՀՀ Կառավարությունն է, Առողջապահության, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունները, որոնց համար սույն ուսումնասիրությունը կարող է օգտակար լինել մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջության ոլորտում արդյունավետ որոշումներ կայացնելու, ռազմավարություններ և ծրագրեր իրականացնելու տեսանկյունից:

Վերլուծությունը կարող է օգտակար լինել նաև հետազոտողների և գիտական լայն շրջանների համար, այն կարող է ծառայել որպես գիտագործնական հենք՝ ուղղված մոր և մանկան առողջության պահպանման և այլ սոցիալական ոլորտներում ծախսերի և օգուտների գնահատման հետագա ուսումնասիրությունների բարելավմանը:

Աշխատանքում արձանագրված տեղեկատվական և հետազոտական բացերը կարող են նպաստել պետական վիճակագրական համակարգում բուժհաստատությունների գործունեության տնտեսական և ֆինանսական ոլորտների վերաբերյալ տվյալների հավաքագրման, վերլուծության գործիքակազմի մշակման և ներդրման համար:

Օբյեկտը

Մոր և մանկան առողջապահության ծախսերի վերլուծությունն ուղղված է եղել ծախսերի դասակարգմանն ըստ տարբեր չափորոշիչների, բովանդակության, նշանակության և ուղղությունների, առողջապահական համապատասխան ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության, ինչպես նաև ամբողջական ծածկույթի ապահովման ուսումնասիրմանը՝ բնակչության և տնային տնտեսությունների ֆինանսական հնարավորությունների և եկամտի տարբեր մակարդակի պայմաններում համահավասար հնարավորությունների ապահովման համատեքստում:

Մեթոդաբանություն

Հետազոտությունն իրականացվել է ներդրումային նախագծերի Եվրոպական միությունում ընդունված ծախս-օգուտ վերլուծությունների մեթոդական երաշխավորությունների հիման վրա (Ուղեցույցը հրապարակվել է 2014 թվականի դեկտեմբերին տարածաշրջանային քաղաքականության Եվրոպական հանձնաժողովի կողմից¹)՝ հաշվի առնելով առողջապահության և, ի մասնավորի՝ մոր և մանկան առողջապահության, ոլորտի

¹ Տես՝ 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.

առանձնահատկությունները և կատարվող ծախսերից (պետության դեպքում նաև ներդրումներից) ակնկալվող օգուտները:

Հետազոտության հիմնական նպատակը մոր և մանկան առողջության վրա պետական և մասնավոր ծախսերի, ինչպես նաև ծախսերի և օգուտների վերլուծությունն է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման և ժողովրդագրական վիճակի փոփոխությունների համատեքստում: Վերլուծությունը որոշակի պատկերացում կտա նաև ոլորտում պետական քաղաքականության և կատարվող ծախսերի արդյունավետության գնահատման համար:

Նպատակից ելնելով, ուսումնասիրվել են մոր և մանկան առողջության վիճակն ու դինամիկան երկրի տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական զարգացման համատեքստում, հիմնական շահառուների շրջանակն ու պահանջարկի փոփոխությունները, առողջապահական ծառայություններն ու առաջարկի դինամիկան, ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրները, ծախսերի տեսակները, ծավալները, կառուցվածքն ու ծախսային ծանրաբեռնվածությունը, ծախսերի և օգուտների քանակական և որակական ցուցանիշները և ստացված արդյունքները, ինչպես նաև ռիսկերը և սահմանափակումները:

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: Նախատեսվում էր նմանօրինակ վերլուծություն կատարել նաև կապիտալ ծախսերի մասով, ինչը հնարավոր չէր ավտոմատորեն ստացվելու պայմանավորված:

Հիմնական արդյունքները

- ✓ 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՝ 4%-ից 2%:
- ✓ Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության տվյալները փաստում են, որ, տնտեսական և սոցիալական բազմաթիվ գործոններով պայմանավորված, երեխաների և կանանց (մայրերի) աղքատ լինելու ռիսկը բավականին բարձր է բնակչության մյուս խմբերի համեմատ:
- ✓ Առողջապահության ծառայություններից օգտվելու ենթատքստով, բնակչության չորս քվինտիլային խմբերի ոչ այնքան բարվոդ 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 բուժօժանությունների 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, մեռելածնությունը, 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:
- ✓ 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 տեսանկյունից:
- ✓ 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 գործառույթը, 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 անալիզ, 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:

Բաժին 1. Մեթոդաբանություն

Նպատակը

Աշխատանքի գլխավոր նպատակն է ուսումնասիրել մոր և մանկան առողջության վիճակի և կատարվող ծախսերի հարաբերակցությունը՝ ծախսեր և օգուտներ համադրության լույսի ներքո:

Հետազոտությունն իրականացվել է ներդրումային նախագծերի Եվրոպական միությունում ընդունված ծախս-օգուտ վերլուծությունների մեթոդական երաշխավորությունների հիման վրա (Ուղեցույցը հրապարակվել է 2014 թվականի դեկտեմբերին տարածաշրջանային քաղաքականության Եվրոպական հանձնաժողովի կողմից)²՝ հաշվի առնելով առողջապահության և, ի մասնավորի՝ մոր և մանկան առողջապահության, ոլորտի առանձնահատկությունները և կատարվող ծախսերից (պետության դեպքում նաև ներդրումներից) ակնկալվող օգուտները:

Երկրորդ ուղեցույցը, որ մշակվել է ՄԱԿ-ի Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից, վերաբերում է երկրում առողջապահության ֆինանսավորման ախտորոշմանը և ուղեցույց է հանդիսանում ազգային մակարդակով առողջապահության ֆինանսավորման ռազմավարությունների մշակման համար:³ Ուղեցույցը ներկայացնում է համապիտանի առողջապահական ծածկույթ ապահովելուն միտված հիմնական մեթոդական երաշխավորությունները, առողջապահության ֆինանսավորման քաղաքականության և առաջադրված նպատակներին հասնելու գործընթացի վրա ազդող հիմնական գործոնների, առողջապահության ոլորտում իրականացվող ծախսերի վերլուծության մեթոդական մոտեցումները, ինչպես նաև ֆինանսավորման մեխանիզմների ձևավորման հայեցակարգերը: Ուղեցույցում առանձնահատուկ ուշադրություն է դարձվում եկամուտների աճին և ընդհանուր ֆոնդերում միավորմանը, ֆինանսական պաշտպանությանը և հատկապես՝ բոլորի համար ֆինանսական համահավասարության ապահովմանը:

Մոր և մանկան առողջության ոլորտի բովանդակությունը պայմանավորել է սույն վերլուծության նպատակն ու խնդիրների շրջանակը: Հետազոտության հիմնական նպատակը մոր և մանկան առողջության վրա պետական և մասնավոր ծախսերի, ինչպես նաև ծախսերի և օգուտների վերլուծությունն է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման և ժողովրդագրական վիճակի փոփոխությունների համատեքստում: Վերլուծությունը որոշակի պատկերացում կտա նաև ոլորտում պետական քաղաքականության և կատարվող ծախսերի արդյունավետության գնահատման համար:

Խնդիրները

Նպատակից ելնելով, ուսումնասիրվել են մոր և մանկան առողջության վիճակն ու դինամիկան երկրի տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական զարգացման համատեքստում, հիմնական շահառուների շրջանակն ու պահանջարկի փոփոխությունները,

² Stu` 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.

³ Stu` 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.*

առողջապահական ծառայություններն ու առաջարկի դինամիկան, ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրները, ծախսերի տեսակները, ծավալները, կառուցվածքն ու ծախսային ծանրաբեռնվածությունը, ծախսերի և օգուտների քանակական և որակական ցուցանիշները և ստացված արդյունքները, ինչպես նաև ռիսկերը և սահմանափակումները:

Ուսումնասիրության տեսական և իրավական հիմքերը

Աշխատանքն իրականացվել է հիմք ընդունելով երեխայի իրավունքներին, վաղ մանկական զարգացմանը, վերարտադրողական առողջությանը վերաբերող միջազգային կոնվենցիաները, մեթոդական երաշխավորությունները, ուղեցույցները, Հայաստանի ազգային օրենսդրությունն ու կառավարության և պետական կառավարման մարմինների ռազմավարական և ծրագրային փաստաթղթերը:

Հիմնական հասկացությունները, ցուցանիշների շրջանակն ու տեղեկատվության աղբյուրները

Աշխատանքում օգտագործվել են մոր և մանկան առողջության, բժշկական ծառայությունների, ֆինանսավորման, ծախսերի, տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական վիճակը բնութագրող կատեգորիաներն ու հասկացությունները, ինչպես նաև վերլուծության համար օգտագործված մեթոդաբանության գործիքակազմը: Տեղեկատվության համար աղբյուր են հանդիսացել տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական վիճակի վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրության հրապարակումները և տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության (SSԿԱՀ) տվյալների շտեմարանները, ՀՀ պետական բյուջեները, ինչպես նաև ոլորտին վերաբերող ուսումնասիրությունների և հետազոտությունների արդյունքները:

Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց և վերարտադրողական առողջության բարելավման նպատակով պետության ծախսերի վերաբերյալ տվյալների աղբյուր են հանդիսացել Հայաստանի Հանրապետության (ՀՀ) համախմբված բյուջեները, ինչպես նաև ՀՀ առողջապահության նախարարության և վերջինիս կառուցվածքային ստորաբաժանումների հրապարակումներն ու տվյալների շտեմարանները: Մասնավոր ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվության աղբյուր են հանդիսացել ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ՀՀ ԱՎՕ) կողմից պարբերաբար իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությունների (SSԿԱՀ) տվյալները և տնային տնտեսությունների շրջանում իրականացված հատուկ ընտրանքային հետազոտությունները:

Ծախսերի հաշվարկման և վերլուծության մեթոդները

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: Հիմք ընդունելով SSԿԱՀ տվյալները, մասնավոր հատվածի կողմից կատարված ծախսերի ամփոփ ցուցանիշները հաշվարկվել են երկու եղանակով՝

1. SSԿԱՀ արդյունքներով ստացված մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսը վերահաշվարկելով բնակչության միջին տարեկան թվաքանակի օգնությամբ՝

օգտագործելով նաև ըստ հիվանդությունների խմբերի բնակչության հիվանդացության մակարդակը բնութագրող ցուցանիշները:

2. Կիրառելով «Առողջապահության հաշիվների համակարգ 2011» ստանդարտով երաշխավորվող մոտեցումը: Այս մեթոդի դեպքում հաշվարկների համար հիմք են ընդունվում հետևյալ տվյալները. ՏՏԿԱՀ արդյունքներով բժշկական համապատասխան ծառայությունների դիմած կատարված ծախսերի տեսակարար կշիռները սպառողական ծախսերի կառուցվածքում (հաշվարկված ըստ «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգչի») և տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերը համաձայն Հայաստանի ազգային հաշիվների:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ՀՀ ԱՎԾ-ն տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքը ըստ «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգչի» հրապարակում է 2012 թվականից սկսած, մոր և մանկան առողջության դիմաց տնային տնտեսությունների կատարած ծախսերը ևս հաշվարկվել են 2012-2016 թվականների համար:

Մոր և մանկան առողջության վրա տնային տնտեսությունների կատարված ծախսերի վերլուծության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև առկա այն սահմանափակումները, որոնք պայմանավորված են ՏՏԿԱՀ առանձնահատկություններով: Մասնավորապես, ՀՀ ԱՎԾ կողմից իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությամբ տեղեկատվություն է հավաքագրվում հարցմանը մասնակցած տնային տնտեսությունների կողմից վերջին 30 օրերի ընթացքում կատարված առողջապահական ծախսերի մասին, ինչն էլ ստեղծում է որոշակի դժվարություններ ընտրանքային տվյալների տարածման և հնարավոր անորոշությունների չափի հաշվարկման համար: Մյուս կողմից, այս հետազոտության նպատակը երկրում կենսամակարդակի ուսումնասիրությունն է, և առողջապահության վերաբերյալ հարցերը ներառված են փաստացի սպառողական զամբյուղի հաշվարկման և ոչ նյութական աղքատության գնահատման նպատակով, ինչով պայմանավորված՝ հետազոտության արդյունքները հաճախ տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ ամբողջական և արժանահավատ պատկերացում կազմելու համար բավարար չեն:

Ծախսերի և օգուտների վերլուծության մեթոդները

Վերլուծության մեթոդաբանությունը ներառում է հետևյալ հաջորդական քայլերը.

3. Կատարվել է ծախսերի տնտեսագիտական և գործառնական դասակարգում և վերլուծություն, ինչպես նաև հաշվարկվել են ծախսերի համադրելի գործակիցներ՝ առողջության համապատասխան ցուցանիշների հետ համեմատություններ կատարելու նպատակով:
4. Իրականացվել է ծախսերի ֆինանսական վերլուծություն և գնահատվել է դրանց ֆինանսական և տնտեսական արդյունավետությունը:
5. Ներդրումների կամ կապիտալ ծախսերի վերլուծության համար նախատեսվել էր կիրառել դրամական հոսքերի դիսկոնտավորման մեթոդը, որն օգտագործվում է ներդրումային նախագծի շուկայական արժեքը և հետևաբար՝ ներդրումային գրավչությունը գնահատելու համար: Սակայն, կապիտալ ծախսերի վերաբերյալ տվյալների բացակայության պատճառով, նման վերլուծություն չի կատարվել:

Մեթոդը, որպես կանոն, օգտագործվում է նախագծի գնահատման եկամտային մոտեցման շրջանակում և կիրառելի է ներդրումների կամ կապիտալի այն մասի համար, որն ապագայում կարող է եկամուտ բերել: Մեթոդը հիմնված է ներդրումային նախագծի ներկա արժեքը նախագծից ապագայում սպասվող տնտեսական օգուտների դիսկոնտավորման ճանապարհով հաշվարկելու սկզբունքի վրա: Վերլուծության ժամանակ օգտագործվում է դիսկոնտավորման գործակիցը, որը համարժեք է ներդրումների եկամտաբերության կամ հատույցի գործակցին: Եթե դիսկոնտավորման ճանապարհով հաշվարկված արժեքը / օգուտը ավելի մեծ է, քան նախագծի ներկա արժեքը, ապա ներդրումները եկամտաբեր են: Հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$DCF = \frac{CF_1}{(1+r)^1} + \frac{CF_2}{(1+r)^2} + \dots + \frac{CF_n}{(1+r)^n},$$

որտեղ CF – դրմական հոսքեր, r – դիսկոնտավորման գործակից:

Վերլուծության մեջ կիրառվել են նաև ծախսերի գնահատման դասական մեթոդներից զուտ ներկա արժեքի, ներդրումների վերադարձման գործակցի և ետգնման ժամանակի, օգուտ-ծախս հարաբերակցության գործակցի և այլ ցուցանիշների հաշվարկման մեթոդները: Այս բաժնում ներկայացված վերլուծական մեթոդներում ակնկալվող եկամուտի ներքո դիտարկվում է ապագայում իրավիճակի բարելավման շնորհիվ ծախսեր չկատարելով ստացվող խնայողությունները:

6. Գնահատվել և հաշվարկվել են ներկայում և երկարաժամկետ հեռանկարում կատարված ընթացիկ ծախսերից ստացվող և ակնկալվող ֆինանսական, տնտեսական, ոչ տնտեսական և լրացուցիչ օգուտները: Նախատեսվում էր նմանօրինակ վերլուծություն կատարել նաև կապիտալ ծախսերի մասով, ինչը հնարավոր չէրավ տվյալների բացակայությամբ պայմանավորված:

Ռիսկեր և սահմանափակումներ

Վերլուծության ժամանակ հաշվի են առնվել առկա բոլոր սահմանափակումները և ռիսկերը: Մասնավորապես, որպես ռիսկեր գնահատվել են երկրի տնտեսական, սոցիալական զարգացման հեռանկարները, և հատկապես՝ ժողովրդագրական վիճակի հնարավոր փոփոխությունները: Բացի այդ, դիտարկվել է նաև մոր և մանկան առողջության վրա ազդեցություն ունեցող բազմաթիվ այլ գործոնների հնարավոր դրական և բացասական ազդեցությունը:

Կարևորագույն սահմանափակումը ծախսերի գնահատման համար անհրաժեշտ դետալացված տեղեկատվության բացակայությունն է: Առկա տվյալները հնարավորություն չեն տվել իրականացնել ծախսերի և օգուտների կանխատեսման համար պիտանի ռեգրեսիոն վերլուծություն և մոդելավորում:

Բոլոր ռիսկերն ու սահմանափակումները հաշվի են առնվել վերլուծության արդյունքում արված եզրակացություններում և առաջարկություններում:

Բաժին 2. Մոր և մանկան առողջության տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական համատեքստը

2.1 Տնտեսական և սոցիալական համատեքստը

Մոր և մանկան առողջության տնտեսական և սոցիալական համատեքստը բնութագրում են բնակչության այս խմբերի համար ինչպես ընդհանուր առողջապահության, այնպես էլ առանձին բուժօժանոթությունների տնտեսական և ֆինանսական մատչելիությունը՝ վերջիններիս կենսամակարդակի, կյանքի որակի և բարեկեցության ու կյանքի պայմանների այլ բնութագրիչների ներքո:

ՀՀ ԱՎԾ կողմից իրականացվող կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքները տեղեկատվություն են պարունակում տնային տնտեսությունների եկամուտների, ծախսերի, սպառման բաղադրիչների, նյութական և ոչ նյութական աղքատության մասին: Տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքն ու չափը հնարավորություն են տալիս գնահատել նաև բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն ու մատչելիությունը, ծախսերի բեռը տնային տնտեսության բյուջեում, վճարումների ուղղություններն ու բովանդակությունը և այլն:

Ետանկախացման ողջ շրջանում երկրի տնտեսական և սոցիալական ոչ բարվոք վիճակը, դեռևս անբավարար աճի տեմպերը, եկամուտների անհավասար բաշխումը, գործազրկության բարձր մակարդակն ու ցածր աշխատավարձերը և բազմաթիվ այլ խնդիրներ լրջորեն խոչընդոտում են բնակչության կենսամակարդակի հնարավոր բարելավմանը:

Համաձայն տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության արդյունքների, 2016 թվականին Հայաստանում աղքատության մակարդակը կազմել է 29.4%՝ 2008 թվականին արձանագրված 27.6%-ի դիմաց: Շատ աղքատների տեսակարար կշիռն ամբողջ բնակչության մեջ կազմել է 9.8%՝ 2008 թվականին արձանագրված 12.6%-ի դիմաց: Ծայրահեղ աղքատության մակարդակը կազմել է 1.8%՝ 2008 թվականին արձանագրված 1.6%-ի դիմաց: 2016 թվականին ընդհանուր աղքատության մակարդակը դեռևս ավելի բարձր է 2008 թվականի մակարդակից 1.8 տոկոսային կետով (կամ 6.5%-ով), մինչդեռ ծայրահեղ աղքատության մակարդակը բարձրացել է ընդամենը 0.2 տոկոսային կետով: Միևնույն ժամանակ, ճգնաժամից հետո աղքատների թիվը նվազել է 2.9 տոկոսային կետով՝ 2008 թվականի համեմատ:⁴

Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության տվյալները փաստում են, որ, տնտեսական և սոցիալական բազմաթիվ գործոններով պայմանավորված, երեխաների և կանանց (մայրերի) աղքատ լինելու ռիսկը բավականին բարձր է բնակչության մյուս խմբերի համեմատ: Այսպես, ըստ 2016 թվականի հետազոտության արդյունքների՝

ա/ աղքատության մակարդակն ըստ սեռի տարբերվում է՝ կանանց մոտ աղքատության և ծայրահեղ աղքատության մակարդակներն ավելի բարձր են տղամարդկանց համեմատ:

բ/ Բազմանդամ երեխաներ ունեցող տնային տնտեսությունների շրջանում աղքատ լինելու հավանականությունն ավելի մեծ է: Աղքատության հարաբերական ռիսկն աճում է տնային տնտեսության չափին զուգահեռ: Բազմանդամ տնային տնտեսություններն ունեն ավելի շատ

⁴ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թ.-ի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 41:

երեխաներ, ուստի և փոքր տնային տնտեսությունների համեմատ՝ եկամուտ ստացողների ավելի ցածր մասնաբաժին, որն էլ հանգեցնում է նրանց սպառման ցածր մակարդակի:

գ/ Հայաստանում մինչև 6 տարեկան երեք և ավելի երեխաներ ունեցող տնային տնտեսություններն (ըստ բնակչության) ունեն աղքատության 1.7 անգամ ավելի բարձր ռիսկ (50.1%)՝ հանրապետական միջին մակարդակի համեմատ (29.4%), ինչպես նաև ավելի բարձր ռիսկ այն տնային տնտեսությունների համեմատ, որտեղ առկա են թվով ավելի քիչ երեխաներ, օրինակ՝ 1 երեխա կամ երկու երեխա ունեցող տնային տնտեսությունների համեմատ՝ ավելի քան 1.5 անգամ:

դ/ Այն տնային տնտեսությունը, որը բաղկացած է երկու չափահաս անդամից և երկու մինչև 6 տարեկան երեխայից, աղքատության ռիսկը բարձր է, քան հանրապետական միջին ռիսկն է (31.5% և 29.4%, համապատասխանաբար):

ե/ Կնոջ գլխավորությամբ տնային տնտեսությունների աղքատության մակարդակը 2016 թվականին ավելի բարձր է տղամարդու գլխավորությամբ տնային տնտեսությունների աղքատության մակարդակից (33.4%՝ 28.0%-ի դիմաց): 2016 թվականին կնոջ գլխավորությամբ տնային տնտեսությունները կազմել են աղքատների և ամբողջ բնակչության համապատասխանաբար՝ 30% և 27%-ը: Միջին հանրապետական մակարդակի համեմատ՝ մինչև 6 տարեկան երեխա ունեցող կնոջ գլխավորությամբ տնային տնտեսություններն աղքատ լինելու ավելի մեծ ռիսկ ունեն (1.4 անգամ):

Իրավիճակը շատ ավելի խիտ գույներով է ներկայանում, երբ դիտարկում ենք բացառապես երեխաների աղքատությունը: Նույն հետազոտությամբ արձանագրվել է, որ 2016 թվականի դրությամբ՝

Բազմանդամ ընտանիքների երեխաների աղքատ լինելու հավանականությունն ավելի բարձր է: Մինչև 18 տարեկան երեք կամ ավելի երեխա ունեցող ընտանիքներում աղքատ է երեխաների 44.6%-ը (բոլոր երեխաների մեջ 34.2%-ի համեմատ), իսկ մեծ ընտանիքներում ծայրահեղ աղքատ է երեխաների 3.8%-ը (բոլոր երեխաների 2.0 %-ի համեմատ):

Տարիքով ավելի փոքր երեխաների աղքատ լինելու հավանականությունն ավելի բարձր է: Աղքատության ռիսկն ավելի մեծ է այն ընտանիքների երեխաների շրջանում, որոնցում կրտսեր երեխան հինգ տարեկան է կամ ավելի փոքր: Նշված ընտանիքներում աղքատ է երեխաների 36.3 %-ը, մինչդեռ այն ընտանիքներում, որոնցում կրտսեր երեխան 6-14 տարեկան է, աղքատ է երեխաների 32.2%-ը:

Կնոջ գլխավորությամբ տնային տնտեսություններում երեխաների աղքատ լինելու հավանականությունը բարձր է: Երեխաների ընդհանուր թվաքանակի մոտ մեկ քառորդը (24.3%) ապրում է կնոջ գլխավորությամբ տնային տնտեսություններում, որոնց 41.6%-ն աղքատ է, իսկ տղամարդու գլխավորությամբ տնային տնտեսություններում ապրող երեխաների շրջանում այն կազմում է 31.8%:

Աղքատ երեխաները հաճախ բնակվում են կացարանային կարևոր հարմարություններ՝ հոսող տաք ջուր, կենտրոնացված գազամատակարարում, ստացիոնար հեռախոս, լոգարան կամ ցնցուղ, չունեցող կացարաններում տներում: Կացարանային հարմարությունների

բացակայության առումով ծայրահեղ աղքատ երեխաների վիճակը շատ ավելի վատ է:⁵

Առողջապահության ծառայությունների մատչելիությունն ըստ տնային տնտեսությունների հետազոտությունների արդյունքների բնութագրվում է բուժհաստատությունների ծառայություններից օգտվելու վիճակով: 2016 թվականին հիվանդության ժամանակ դիմել է առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայություններին բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման համար հիվանդների 37.7%-ը, ընդ որում՝ այլ քաղաքներում բնակվողները (40.9%) և գյուղաբնակները (42.7%) ավելի հաճախ, քան երևանաբնակները՝ (31.2%): 2016 թվականին, ըստ հետազոտության արդյունքների, անցած 12 ամիսների ընթացքում հիվանդացած բնակչությունը հիվանդանոցներ է դիմել բուժօգնության համար միջինում 2.8 անգամ: Գիշերը հիվանդանոցում է մնացել հիվանդանոց վերջին այցի ժամանակ դիմածների 54.6%-ը, որոնք հիվանդանոցում պառկել են միջինում 8.3 օր: Հիվանդանոցներում բուժում ստացած (պառկած) բնակչությունն, ըստ այնտեղ մնալու տևողության, բաշխվել է հետևյալ կերպ, մեկ շաբաթից պակաս 64.9%, մեկ շաբաթից մինչև երկու շաբաթ՝ 25.0% և երկու շաբաթից ավել՝ 10.1%:

Ըստ բնակչության վայրի, հետազոտված բնակչությունը, որպես բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման չդիմելու հիմնական պատճառ, նշել է ինքնաբուժումը (երևանաբնակներ՝ 55.5%, այլ քաղաքների բնակչություն՝ 48.6% և գյուղական բնակչություն՝ 48.5%), ֆինանսականը (գյուղական բնակչություն՝ 24.4%, այլ քաղաքների բնակչություն՝ 22.5%, երևանաբնակներ՝ 18.1%): Ֆինանսական պատճառը բնակչության բոլոր վայրերում նշվել է որպես երկրորդ կարևոր պատճառ:⁶

Պետական պատվերից օգտվելու իրավունք ունեցել է բնակչության միայն 9.0%-ը: Ըստ աղքատության մակարդակի՝ պետական պատվերի իրավունք ունեցել է ծայրահեղ աղքատների 9.5%-ը, աղքատների (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 8.5%-ը և ոչ աղքատների՝ 9.2%-ը: Ընտանեկան նպաստ ստացող տնային տնտեսությունների միայն 15.5%-ն է ունեցել այդ փաթեթից օգտվելու իրավունք, այդ թվում՝ ծայրահեղ աղքատների՝ 13.8%-ը, աղքատների (առանց ծայրահեղ աղքատների)՝ 15.1%-ը և ոչ աղքատների՝ 16.0%-ը:

Մինչև 5 տարեկան երեխա ունեցող տնային տնտեսությունները պրոֆիլակտիկ զննման կամ հետծննդյան խորհրդատվության համար հետազոտությանը նախորդող մեկ ամսվա ընթացքում նշված տարիքի երեխաների 36.9%-ին բերել են պոլիկլինիկա, իսկ չհաճախման պատճառները (պատասխանների նկատմամբ) բաշխվել են հետևյալ կերպ՝ ծառայություններն անհրաժեշտ չեն՝ 95.7%, բուժսպասարկման որակը անբավարար է՝ 0.6%, շատ հեռու է՝ 0.5%, շատ թանկ է՝ 0.6%, բուժհաստատությունը փակ է՝ 0.0%: Պոլիկլինիկա հաճախած տնային տնտեսությունների 38.8%-ը պատասխանել է, որ երեխային կատարվել է իմունիզացիա, 96.7%-ը՝ չափել են երեխայի քաշը, 95.7%-ը չափել են երեխայի հասակը, 95.9%-ը՝ ստացել են խորհրդատվություն երեխայի աճի և զարգացման վերաբերյալ, 28.6%-ն էլ կատարել է արյան հետազոտություն:⁷ Հատկանշական է, որ ըստ վարչական հաշվառման տվյալների իմունիզացիայի ազգային ծրագրերում ներառված երեխաների տեսակարար կշիռը կազմում է 98-99%:

⁵ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թ.-ի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 54-124:

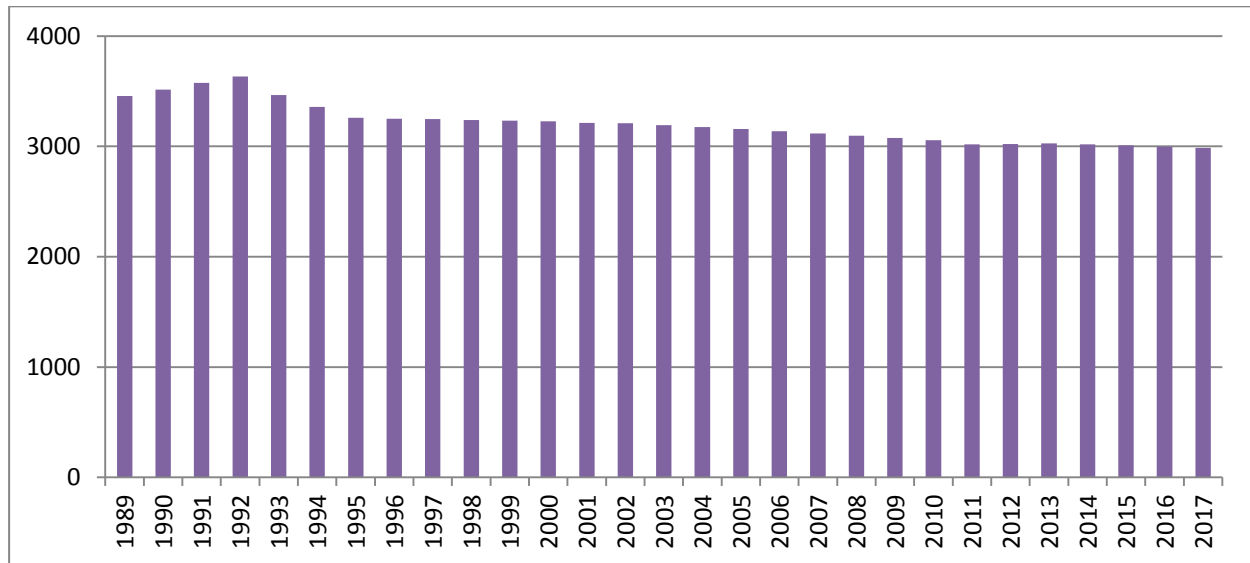
⁶ Նույն տեղում, ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 157-160:

⁷ Նույն տեղում:

2.2 Ժողովրդագրական վիճակի միտումներ

Հայաստանի էտանկախացման ժամանակաշրջանի ժողովրդագրական վիճակին բնորոշ առանձնահատկությունը բնակչության բնական և մեխանիկական շարժերի բացասական միտումներն են, ինչը վերջնարդյունքում շարունակաբար հանգեցնում է բնակչության թվաքանակի կրճատմանը: Առավել մտահոգիչ է այն իրողությունը, որ մահացության դեպքերի դանդաղ աճի ֆոնին, ոչ էական տատանումներով հանդերձ, շարունակվում է ծնունդների կրճատումը:

Գծապատկեր 2.1 Բնակչության թվաքանակի դինամիկան 1989-2017 թվականներին, հունվարի 1-ի դրությամբ, հազար մարդ



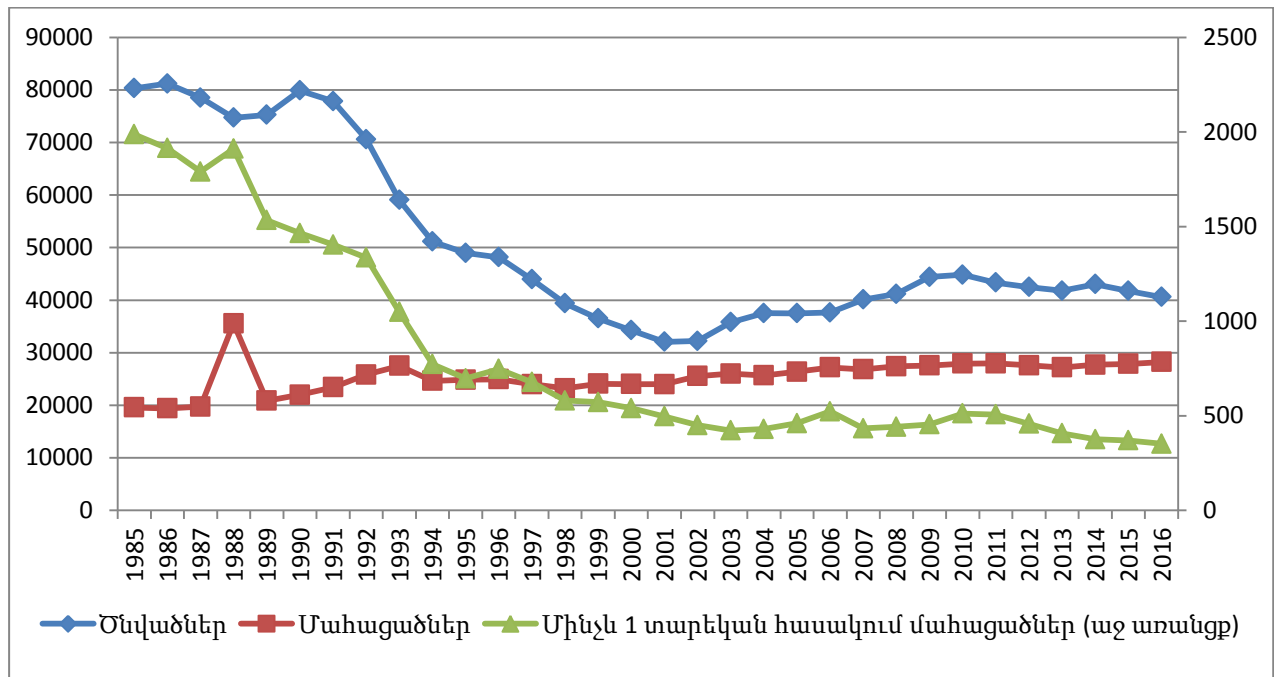
Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու-2017, ՀՀ ԱՎԾ

2017 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 2,986.1 հազար մարդ և 2016 թվականի տարեսկզբի համեմատ նվազել է 12.4 հազար մարդով, նախորդ տարի նույն ցուցանիշը նվազել էր 12.0 հազար մարդով: 2017 թվականին բնակչության կենսունակության գործակիցը՝ ծնվածների և մահացության դեպքերի հարաբերակցությունը, կազմել է 137.8%, նախորդ տարվա 143.8 %-ի համեմատ: 2017 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության կառուցվածքում 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը կազմել է 21.1%: 2016 թվականի ընթացքում, ըստ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցումների, ՀՀ-ում արձանագրվել է 41,291 ծնունդ, որից 487-ը կազմել են բազմապտուղ ծնունդները, նրանցից՝ 471-ը՝ երկվորյակ, 15-ը՝ եռյակ, 1-ը՝ քառյակ: Ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից՝ 40,592-ը կազմել են կենդանի ծնվածները, իսկ 699-ը՝ մեռելաձիհները: Նախորդ տարվա համեմատ կենդանի ծնվածների բացարձակ թվաքանակը նվազել է 2.8%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում կենդանի ծնվածների թվաքանակը 1000 բնակչի հաշվով, կազմել է 13.5‰, որը նախորդ տարվա արձանագրված ցուցանիշի համեմատ նվազել է 0.4 պրոմիլային կետով: 2016 թվականին, նախորդ տարվա համեմատ, արձանագրվել է ծնելիության մակարդակի նվազում, այսպես՝ 15-49 տարիքի կանանց ծնելիության գործակիցը նվազել է 0.7 պրոմիլային կետով: Որոշակի տեղաշարժեր են արձանագրվել ծնելիության առանձին տարիքային խմբերում, մասնավորապես, ցուցանիշների աճ է արձանագրվել 30-44 տարիքային խմբերում և նվազում՝ առավել պտղաբեր 20-29 տարիքային տարիքային

խմբերում: Վերջին տարիներին ևս շարունակվել է մանկական մահացության դեպքերի կրճատումը, իսկ 2016 թվականին հանրապետությունում մանկական մահացության գործակիցը (կյանքի առաջին տարում), 1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով, կազմել է 8.6%⁸

Մանկական մահացության ցուցանիշը բնութագրում է մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացությունը: մանկական մահացության ամփոփ ցուցանիշը տարանջատվում է մի քանի ենթացուցանիշների, որոնց դիտարկումը հնարավորություն է տալիս առավել ամբողջական պատկերացում կազմել առողջական վիճակի կամ մահացության պատճառ հանդիսացող խնդիրների մասին: Դրանցից են շուրջծնական մահացությունը, նորածնային մահացությունը, հետնորածնային մահացությունը: Շուրջծնական (պերինատալ) մահացությունը հավաքական հասկացություն է, որն ամփոփում է կենսունակ պտղի մահացությունը պերինատալ շրջանում՝ սկսած հղիության 22 շաբաթից մինչև մոր ծննդաբերության ընթացքը, ինչպես նաև ծննդաբերության ժամանակ ու մանկան կյանքի մինչև 168 ժամը (0-6 օրական) տեղի ունեցած մահացությունը: Պերինատալ շրջանը սկսվում է պտղի ներարգանդային կյանքի 22 լրացած շաբաթից (154 օրից), երբ ծննդյան քաշը նորմալում 500 գրամ է և ավարտվում է ծննդից 7 լրիվ օր (168 ժամ) հետո: **Նորածնային (նեոնատալ) մահացությունը** կենդանածինների մահացությունն է կյանքի առաջին 28 լրացած օրերի (4 շաբաթվա) ընթացքում: Այն բաժանվում է **վաղ նորածնային մահացության**՝ մանկան մահը կյանքի 1-ին շաբաթում և **ուշ նորածնային մահացության**՝ 7-րդ օրվանից հետո, բայց մինչև 28 լրացած օրը: Կյանքի 28 լրացած օրվանից մինչև 12 ամսական հասակում մանկան մահացությունը բնութագրվում է որպես **հետնորածնային (պոստնեոնատալ) մահացություն**:⁹

Գծապատկեր 2.2 Բնակչության բնական շարժի հիմնական ցուցանիշները



Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ

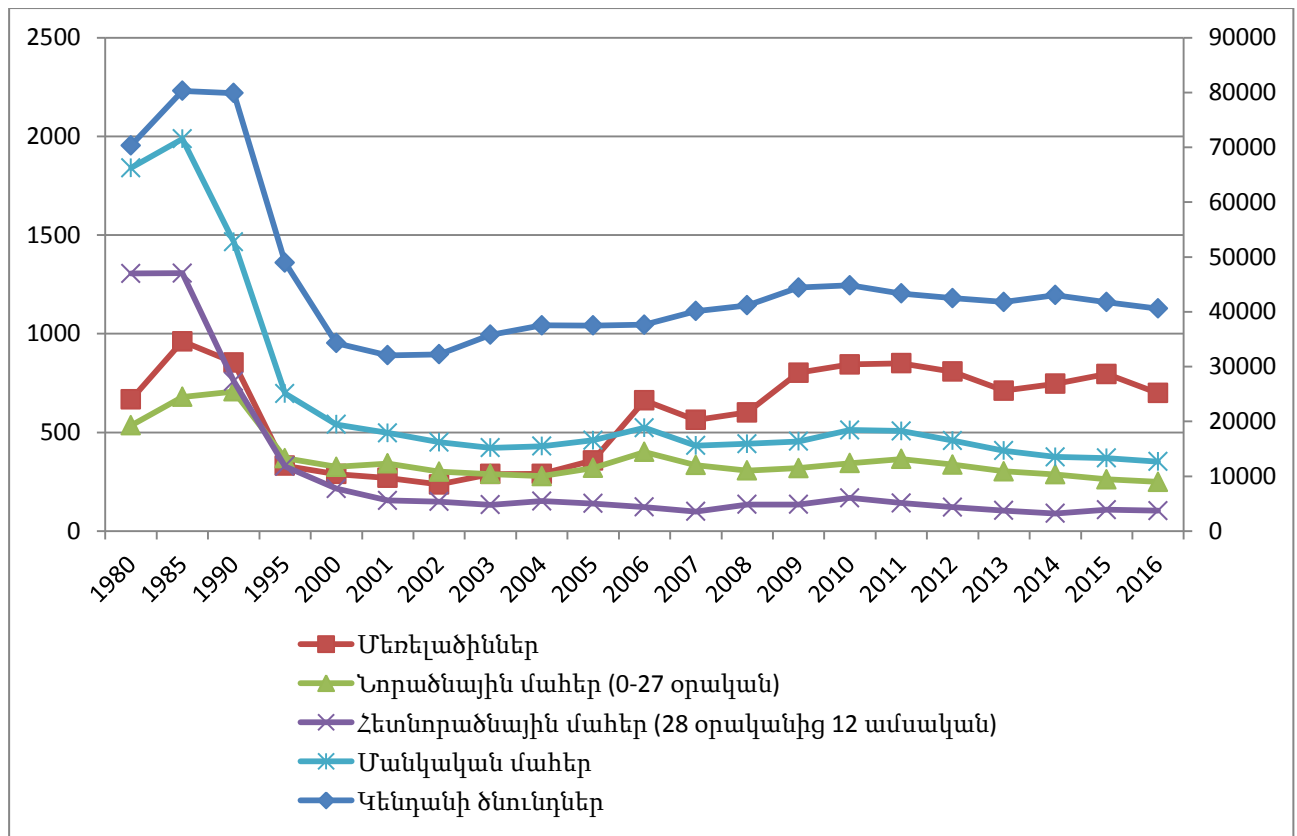
⁸ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թվականի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 20-30:

⁹ Նույն տեղում:

Ծնվածների և մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության դեպքերի ցուցանիշների դինամիկան ցուցադրում է փոփոխության միտումների ընդհանրությունը: Ընդհանուր միտումներից միակ ակնհայտ շեղումը դրանցվել է 1988 թվականին, երբ Սպիտակի երկրաշարժի պատճառով գրանցվել է ծնունդների կրճատում և մահացության աճ:

Մոր և մանկան առողջության հաջորդ կարևոր ցուցանիշը մեռելաճնությունն է: **Մեռելաճնություն** է համարվում մոր օրգանիզմից բեղմնավորման արգասիքի լրիվ արտամղումը կամ դուրսբերումը, որից հետո պտուղը չի շնչում կամ չի ցուցաբերում կյանքի այլ նշան՝ ինչպիսիք են սրտխփոցը, պորտալարի անոթազարկը կամ կամային մկանների ակնհայտ շարժումները: ՀՀ արդարադատության նախարարության ՔԿԱԳ-ի մարմիններում գրանցվում և պերինատալ մահացության ցուցանիշում ներառվում են 500գ և ավելի քաշով (22 շաբաթ և ավելի հղիության ժամկետով) մեռելաճնության դեպքերը:

Գծապատկեր 2.3 Կենդանի ծնունդները, մեռելաճինները, նորածնային, հետնորածնային և մանկական մահերը, 1980-2016թթ., (մարդ)



Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ

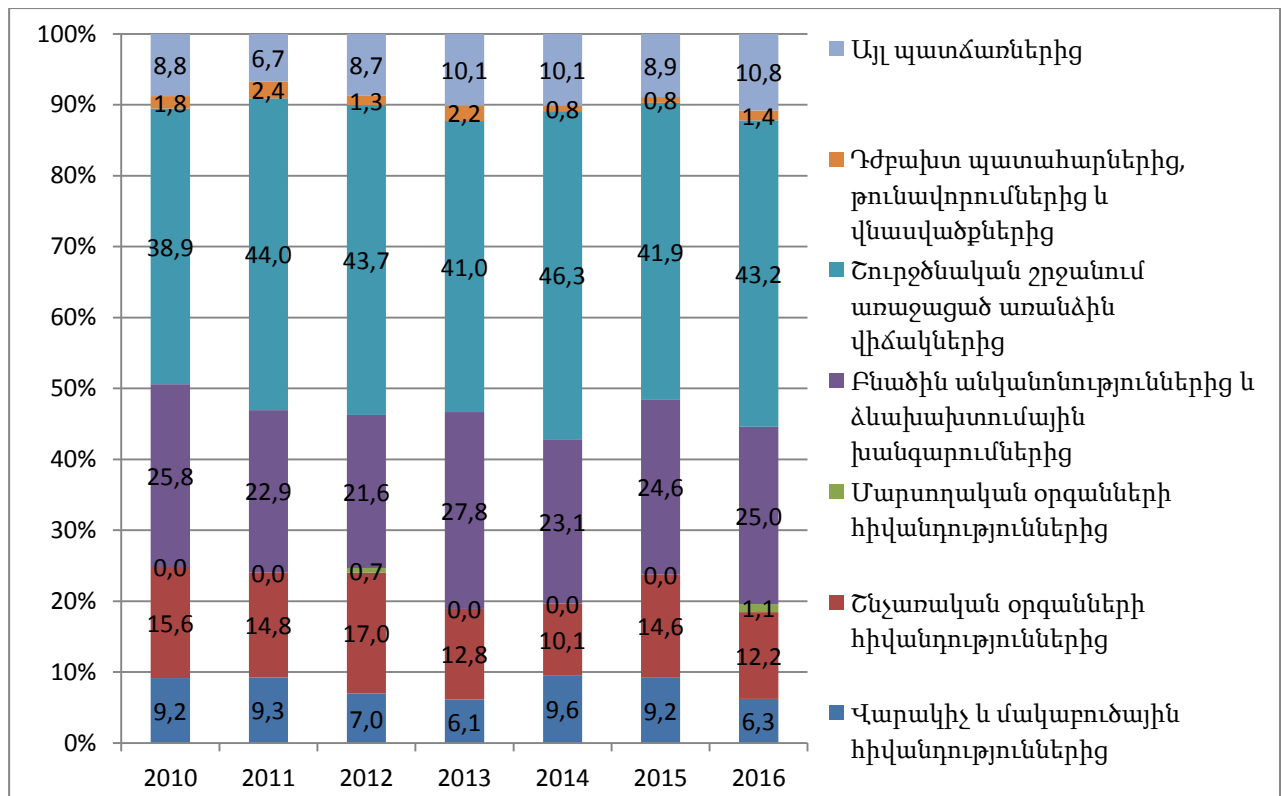
Գծապատկերում ներկայացված ցուցանիշների դինամիկայից ակնհայտ է, որ մինչև 1995 թվականը բոլոր ցուցանիշները ունեցել են բացառապես նույն միտումները, սակայն, հատկապես, 2002 թվականից սկսած, թեև տատանվող, բայց կայուն աճի միտում են ունեցել մեռելաճնության դեպքերը: Եթե մանկամահացության ցուցանիշների դինամիկան կորելացվում է ծնվածների դեպքերի միտումների հետ, մեռելաճնության դեպքում որևէ զուգորդում առկա չէ:

Մոր և մանկան առողջության վիճակի գնահատման տեսանկյունից կարևոր է նաև երեխաների մահացության ցուցանիշը, որը բնութագրում է հաշվետու ժամանակաշրջանում 0-4 տարեկան հասակի երեխաների մահացությունը: Դիտարկվող ժամանակահատվածում երեխաների

մահացության դեպքերի 82-89 տոկոսը կազմել են մինչև մեկ տարեկան հասակում մահացության դեպքերը: Վերջին 15 տարիներին արձանագրվել է 2-4 տարեկան երեխաների մահացության դեպքերի կրկնակի կրճատում՝ 107 դեպքից (2001 թվականին) մինչև 56 դեպք (2016 թվականին): Այս ցուցանիշի բարելավումը երեխաների առողջության ոլորտում իրականացված միջոցառումների դրական ազդեցության լավագույն վկայությունն է:

Երեխաների առողջության վիճակի, բուժառայությունների արդյունավետության և ոլորտում իրականացվող քաղաքականության գնահատման համատեքստում կարևոր է դիտարկել մանկական մահացությունն ըստ ըստ մահվան պատճառների: Մահվան պատճառների վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս բացահայտել երեխաների առողջության համար ռիսկային համարվող հիմնական գործոնները, պատճառները և այս ոլորտում առկա խնդիրները:

Գծապատկեր 2.4 Մանկական մահացությունն ըստ մահվան հիմնական պատճառների, 2010-2016թթ. (մինչև 1 տարեկան հասակում մահացած)

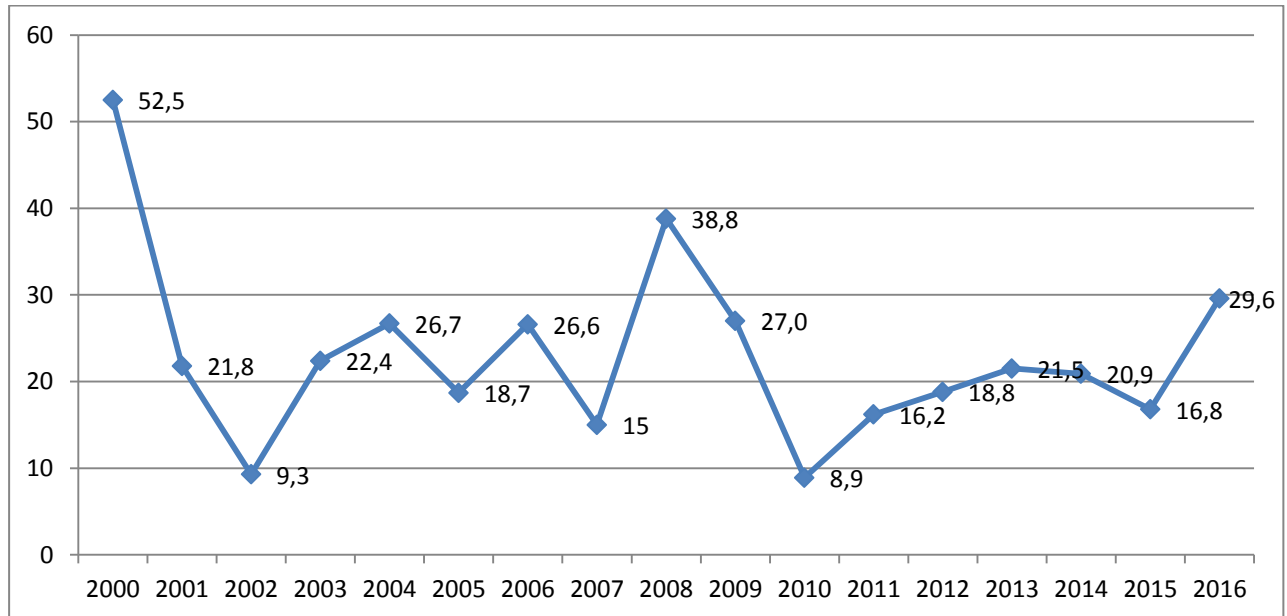


Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎՄ

2010 թվականից հետո մինչև մեկ տարեկան մահացության դեպքերի կառուցվածքում մոտ 80 տոկոսը կազմել են հետևյալ երեք պատճառները՝ 40 տոկոսից ավելին բաժին է ընկել շուրջնական շրջանում առաջացած առանձին վիճակներին, որի տեսակարար կշիռը շարունակաբար աճել է 39 տոկոսից մինչև 43 տոկոս, որոշակի աննշան տատանումներով հանդերձ 25 տոկոսից ավելին բաժին է ընկել բնածին անկանոնություններին և ձևախախտումային խանգարումներին և մոտ 16 տոկոսից 12 տոկոսը շնչառական օրգանների հիվանդություններին: Պատճառներից առաջին երկուսն ըստ էության ավելի շատ պայմանավորված են մոր վերարտադրողական առողջության վիճակով, ինչն էլ կարևորում է հատկապես մայրության պահպանությանը առանձնակի ուշադրություն դարձնելու անհրաժեշտությունը:

Մայրության պահպանության վիճակի կարևոր ցուցանիշ է նաև մայրական մահացության գործակիցը, որը ետանկախացման շրջանում շարունակ դրսևորել է խիստ փոփոխական և անկայուն միտումներ:

Գծապատկեր 2.5 Մայրական մահացության գործակիցը, 2000-2016թթ. (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով)



Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ

Մայրական մահացության գործակից 2008-2016 թվականներին հատկապես բարձր է եղել ՀՀ Լոռու մարզում, իսկ 2014-2016 թվականներին նաև ՀՀ Սյունիքի մարզում:

Աղյուսակ 2.1 Մայրական մահացության գործակիցն ըստ ՀՀ մարզերի և ք. Երևանի 2008-2016 թթ. (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով)¹⁰

Մարզ	2008-2010	2011-2013	2014-2016
Հայաստանի Հանրապետություն	24.7	18.8	22.3
Երևան	17.8	10.7	12.6
Արագածոտն	16.5	17.1	-
Արարատ	26.5	27.0	8.9
Արմավիր	28.4	17.7	47.7
Գեղարքունիք	29.6	-	10.8
Լոռի	37.9	50.5	42.3
Կոտայք	42.5	18.0	27.6
Շիրակ	34.2	46.2	28.5
Սյունիք	-	-	91.1
Վայոց ձոր	-	51.7	-
Տավուշ	20.0	-	23.1

Աղբյուրը՝ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ

2012-2013 թվականներին նկատվող ծնունդների թվի կրճատման միտումը 2014 թվականին փոխարինվել էր աճով, երբ արձանագրվել էր 43,777 ծնունդ: Ծնվածների ընդհանուր թվաքանակից՝ 43,031-ը կազմել էին կենդանի ծնվածները, իսկ 746-ը՝ մեռելածինները: 2013

¹⁰ Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2017. ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 86:

թվականի համեմատ կենդանի ծնվածների բացարձակ թվաքանակն աճել էր 3.0%-ով, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, կազմել էր 14.3‰, որը նախորդող տարվա արձանագրված ցուցանիշի համեմատ աճել էր 0.5 պրոմիլային կետով: Ծնելիության գումարային գործակիցը դեռևս կազմում էր 1.651 միավոր, բնակչության պարզ վերարտադրության համար անհրաժեշտ 2.150 միավորի համեմատ: 2015 թվականին, սակայն, ծնունդների թիվը կրճատվեց՝ կազմելով 41,815: Ծնունդների կրճատմանը զուգահեռ, 2015 թվականին, նախորդ տարվա համեմատ, արձանագրվեց 0-1 տարեկան երեխաների մահվան դեպքերի նվազում՝ 1.6%-ով, իսկ մանկական մահացության գործակիցը, 1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով, ինչպես և 2014 թվականին, կազմել էր 8.8‰:

Հատկանշական է, որ վերջին տարիներին, ի տարբերություն մեռելաձնության դեպքերի թվի աճի, մնացյալ ցուցանիշների մասով առկա է բարելավման միտում, ինչը վկայում է մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում իրականացվող քաղաքականության և միջոցառումների արդյունավետության մասին: Մասնավորապես, շարունակում են կրճատվել ինչպես մանկամահացության, այնպես էլ երեխաների մահացության դեպքերի թիվը:

Ըստ ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամի հաշվարկային ցուցանիշի, տարածաշրջանում մանկական մահացության միտումների վերլուծությունը փաստում է, որ Հայաստանին հաջողվել է վերջին 15 տարիների ընթացքում կրճատել մանկական մահացության ցուցանիշը 44 տոկոսով: Ըստ միջազգային փորձագիտական գնահատականների, Հայաստանում էր շարունակաբար իջեցնել երեխաների մահացությունը և հասնել 2015 թվականի համար սահմանված հազարամյակի նպատակներին, եթե ապահովվեին հետագա շարունակական զարգացումները այդ ոլորտում: Սակայն, հարկ է նշել, որ եթե 1990-1999 թվականների ժամանակահատվածում 0-5 տարեկան երեխաների մահացությունը կրճատվել է 44 տոկոսով, ապա 2000-2006 թվականների ընթացքում ընդամենը 3 տոկոսով, ինչը վկայում է, որ այդ նպատակի հասանելիությունը հնարավոր էր միայն առկա ռեսուրսների կոնսոլիդացիայի և ոլորտում լրացուցիչ ներդրումների իրականացման պայմաններում:¹¹

Այնուհանդերձ, չնայած արձանագրվող դրական միտումներին, ժողովրդագրական վիճակը բնութագրող բնակչության բնական շարժի այս ցուցանիշները դեռևս մտահոգիչ են և գտնվում են բավականին բարձր մակարդակի վրա:

¹¹ Տես՝ Հայաստանի Հանրապետության 2011-2013թթ. Պետական միջնաժամկետ Ծախսերի ծրագիր, Հավելված ՀՀ կառավարության 2010թվականի հուլիսի 8-ի N859-Ն որոշման, էջ 106:

Բաժին 3. Մոր և մանկան առողջապահության մեթոդական և իրավական հիմքերն ու ֆինանսավորման ռազմավարական ուղենիշները

3.1 Մոր և մանկան առողջապահության իրավական և մեթոդաբանական հիմքերը

Երեխաների կյանքի և առողջության իրավունքները ամրագրված են «Երեխայի իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի մի քանի հոդվածներում: Նախ, հոդված 6-ով մասնակից պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուր երեխայի կյանքի անքակտելի իրավունքը, ինչպես նաև հնարավոր առավելագույն չափով ապահովում են երեխայի գոյատևումն ու առողջ զարգացումը: Հոդված 24-ը ամրագրում է երեխայի իրավունքը օգտվելու առողջապահական համակարգի առավել կատարելագործված ծառայություններից ու հիվանդությունների բուժման և առողջության պահպանման միջոցներից: Նույն հոդվածը պարտավորեցնում է մասնակից պետություններին ձեռնարկել բոլոր անհրաժեշտ միջոցները պահպանելու և բարելավելու համար մոր և մանկան առողջությունը, մասնավորապես՝

- նվազեցնել մանկամահացության և երեխաների մահացության մակարդակները,
- պայքարել հիվանդությունների և թերսնման դեմ,
- մայրերին անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցել մինչ ծննդաբերությունը և ծննդից հետո առողջությունը պահպանելու նպատակով,
- իրազեկել հասարակության բոլոր շերտերին երեխաների առողջության և սնուցման մասին, կրճքով կերակրման առավելությունների մասին, շրջակա միջավայրի սանիտարահիգիենիկ պայմանների մասին և այլն:¹²

Մոր և մանկան առողջության կարևորությունը ամրագրված է նաև ՄԱԿ-ի Կայուն զարգացման նպատակներում: Այսպես, երեխաների առողջությանն են վերաբերում «Վերացնել սովը, հասնել պարենային ապահովության ու բարելավված սնուցման, խթանել գյուղատնտեսության կայուն զարգացումը» Նպատակ 2-ում սահմանված հետևյալ թիրախները՝

- 2.1 Մինչև 2030 թվականը վերջ դնել սովին և ապահովել բոլոր մարդկանց, մասնավորապես աղքատների և խոցելի իրավիճակներում գտնվող անձանց, այդ թվում՝ մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար անվտանգ, սննդաբար և բավարար սննդի մատչելիությունը ողջ տարվա ընթացքում:
- 2.2 Մինչև 2030 թվականը վերջ դնել թերսնվածության բոլոր ձևերին, այդ թվում՝ մինչև 2025 թվականը հասնել մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում թերաճության և սուր թերսնուցման միջազգայնորեն համաձայնեցված թիրախներին, բավարարել դեռահաս աղջիկների, հղիների և կրճքով կերակրող կանանց սնուցման կարիքները:

Մոր և մանկան առողջությանն են վերաբերում «Ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցություն բոլորի համար՝ անկախ տարիքից» Նպատակ 3-ի հետևյալ թիրախները՝

- 3.1 Մինչև 2030 թվականը կրճատել մայրական մահացության համամասնությունը մինչև 70-ից ցածր՝ 100 000 կենդանաձնի հաշվով:
- 3.2 Մինչև 2030 թվականը վերջ դնել նորածինների և մինչև 5 տարեկան երեխաների կանխարգելելի մահերին. բոլոր երկրները պետք է նպատակ ունենան նվազեցնել վաղ նորածնային մահացությունը առնվազն մինչև 12-ից ցածր՝ 1000 կենդանաձնի հաշվով, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ առնվազն մինչև 25-ի՝ 1000

¹² ՄԱԿ-ի «Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիա»:

կենդանաձևի հաշվով:

3.7 Մինչև 2030 թվականը ապահովել սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայությունների համընդհանուր հասանելիություն, այդ թվում՝ ընտանիքի պլանավորման, տեղեկատվության և կրթության, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության ինտեգրումն ազգային ռազմավարություններում և ծրագրերում:

3.8 Հասնել առողջապահության համընդհանուր ընդգրկմանը, այդ թվում՝ պաշտպանություն ֆինանսական ռիսկերից, որակյալ էական առողջապահական ծառայությունների հասանելիություն և անվտանգ, արդյունավետ, որակյալ և մատչելի էական դեղորայքի և պատվաստանյութերի հասանելիություն բոլորի համար:

3.9 Էականորեն ավելացնել առողջապահության ֆինանսավորումը և բուժանձնակազմի հավաքագրումը, զարգացումը, վերապատրաստումը և պահպանումը զարգացող երկրներում, հատկապես առավել թույլ զարգացած երկրներում և զարգացող փոքր կղզի-պետություններում:¹³

Մոր և մանկան առողջության պահպանման, վերարտադրողական առողջության հիմնախնդիրները և հետագա ծրագրային շեշտադրումները որպես առողջապահության ոլորտի պետական գերակայություններ ամրագրված են ՀՀ Սահմանադրությամբ, օրենքներով («Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին», «Երեխայի իրավունքների մասին» և «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքներով) և այլ իրավական փաստաթղթերով:

2008 թվականից Հայաստանում հաջողությամբ իրականացվում է «Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրման ծրագիրը»:

«Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը և դրա ներդրման գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության 2009 թվականի սեպտեմբերի 10-ի նիստի N 37 և «Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության բարելավման 2013-2015 թվականների ռազմավարությունը և գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2012 թվականի հուլիսի 4-ի նիստի N 27 արձանագրային որոշումների շրջանակներում իրականացվել են մի շարք միջոցառումներ՝ ուղղված երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավմանը:

2014 թվականի ընթացքում ընդունվել են երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված քաղաքականությունը սահմանող երկու կարևորագույն փաստաթուղթ՝ «Երեխաներին կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը և ՀՀ կառավարության 2014 թվականի սեպտեմբերի 25-ի N 40 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգը և հայեցակարգի իրականացման 2015-2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը»:

2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ին ՀՀ կառավարության N 1694-Ն որոշմամբ հաստատվել էր «Հայաստանի Հանրապետությունում երեխայի իրավունքների պաշտպանության 2013-2016 թվականների ռազմավարական ծրագիրը և երեխայի իրավունքների պաշտպանության 2013-2016 թվականների ռազմավարական ծրագրի միջոցառումների ժամանակացույցը», որում

¹³ Հայաստանի ԿԶՆ ցուցանիշներ - <http://www.armstat.am/am/?nid=655>

արտացոլված են նաև երեխաների առողջապահական հիմնախնդիրները և գերակայությունները:

Հայաստանում երեխաների առողջապահական ծառայությունների մատուցումն իրականացվում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային և առողջարանային-վերականգնողական հաստատությունների միջոցով, որոնք իրենց գործունեությունն իրականացնում են ՀՀ օրենսդրությամբ և ոլորտային իրավական ակտերով սահմանված ընթացակարգերով:

2013 թվականի մարտի 7-ին ընդունվել է ՀՀ կառավարության «Վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարգը, մեթոդների տարատեսակներն ու բժշկական գործելակերպը սահմանելու մասին» N 214-Ն որոշումը, իսկ 2015 թվականի մայիսի 27-ին՝ ՀՀ կառավարության «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգն ու շահառուներին ներկայացվող պահանջները սահմանելու մասին» N 568-Ն որոշումը:

2015 թվականի նոյեմբերի 19-ին ընդունվել է ՀՀ կառավարության «Մանուկներին և վաղ տարիքի երեխաներին անվտանգ և համապատասխան (համարժեք) սնուցում ապահովելու նպատակով կրճքով կերակրման խրախուսման ազգային ծրագիրը և ծրագրի իրականացման 2016-2020 թվականների գործողությունների ժամանակացույցը հաստատելու մասին» N 1353-Ն որոշումը, որով սահմանվել են հստակ միջոցառումներ՝ ուղղված կրճքով կերակրման քարոզչությանը, տեղեկատվության հավաքմանն ու վերլուծությանը, կրճքով կերակրման խրախուսման վերաբերյալ բուժաշխատողների կրթմանը, առողջապահական կազմակերպություններում նորածիններին բարյացակամ ծառայությունների տրամադրմանը, կերակրող մայրերի և նրանց երեխաների համար նպաստավոր պայմանների ստեղծմանը, հանրային իրազեկվածության բարձրացմանը և միջգերատեսչական համագործակցության ապահովմանը:

2015 թվականի սեպտեմբերի 25-ին հաստատվել է ՀՀ կառավարության «Մանկական սնունդը և հարակից ապրանքներն անվճար կամ ցածր գներով տրամադրելու կարգը սահմանելու մասին» N 1105-Ն որոշումը:

Վերոհիշյալ փաստաթղթերում ամրագրված գերակայությունները և ռազմավարական դրույթները յուրաքանչյուր տարի իրենց արտացոլումն են գտնում առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերում և ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահությանն ուղղվող ծախսերում: Մասնավորապես այն ներկայացվում է մոր և մանկան առողջության պահպանման ծրագրի ձևով, որը բաղկացած է երկու փոխկապակցված մասերից՝

- երեխաների բժշկական օգնության կազմակերպում,
- մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության ապահովում:

Ֆինանսավորումը բյուջեից երկու ուղղություններով էլ իրականացվում է առողջապահական համակարգի ծառայությունների մատուցման առանձին ծրագրերի միջոցով (հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային և բյուջետային հարակից այլ ծրագրերի միջոցով):

3.2 Մոր և մանկան առողջության ֆինանսավորման ռազմավարական ուղենիշները

Հայաստանի Հանրապետության 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրում արձանագրված են տեսանելի ապագայում առողջապահության ոլորտում պետական քաղաքականության ռազմավարական ուղենիշները, հիմնական խնդիրներն ու

նպատակները:

Բնակչության առողջության պահպանումը հանդիսանում է Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության կարևորագույն բաղադրամասը և հիմնական սոցիալական հիմնախնդիրներից մեկը: Միջնաժամկետ հատվածում առողջապահության ոլորտում իրականացվող քաղաքականությունն ուղղված է լինելու հանրային առողջապահական ծառայությունների հզորացմանը, հիվանդությունների կանխարգելմանը, առողջ կենսակերպի համար պայմանների ստեղծմանը: Հանրային առողջապահությունը հռչակելով որպես գերակայություն՝ ՀՀ կառավարությունը բազմաթիվ ծրագրեր է իրականացնում բնակչության առողջության պահպանման ուղղությամբ: Այդ ծրագրերը համահունչ են Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) հովանու ներքո գործող Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) «Առողջություն 2020» համապարփակ քաղաքականության մոտեցումներին: Բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման նպատակով առողջապահության ոլորտում իրականացվում են՝ բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովման, բնակչության առողջության առաջնային պահպանման, մոր և մանկան առողջության պահպանման, բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության ապահովման, ինչպես նաև սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բժշկական օգնության (այդ թվում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման), դեղորայքային ապահովման նպատակային առողջապահական ծրագրեր:¹⁴

Պետական ֆինանսավորման համատեքստում մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում մատուցվող հիմնական ծառայությունների շրջանակը, որի դիմաց կատարվում է վճարում պետական բյուջեի միջոցներից, ներկայացված է որպես «Վերարտադրողական տարիքի կանանց հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում (ծառայությունների ամբողջ ծավալի տրամադրման մասով), ինչպես նաև մինչև 18 տարեկան երեխաներին ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ու անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժօգնության և մինչև 7 տարեկան երեխաներին հիվանդանոցային բուժօգնության տրամադրում՝ ծառայությունների ողջ ծավալով, իսկ մնացած ծառայությունների մասով՝ մասնակի»:¹⁵

ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրում ամրագրված են այս ոլորտում պետական քաղաքականության հիմնական նպատակներն ու գերակայությունները, մասնավորապես.

- Կանանց և երեխաներին մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության և որակի բարելավումը:
- Մանկական մահացության ու հիվանդացության ցուցանիշների բարելավումը երեխաների բժշկական օգնության կազմակերպման անհրաժեշտ ծավալների, ինչպես նաև հիվանդությունների կանխարգելման միջոցառումների ապահովման միջոցով:
- Մայրական և շուրջծննդյան (պերինատալ) հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության բարելավում:
- Նվազեցնել մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության մակարդակը նվազագույնը 1/4-ով, կրճատել ցածր քաշով և անհաս նորածինների թվաքանակը նվազագույնը 20%-ով, նվազեցնել մայրական մահացության մակարդակը նվազագույնը 1/4-ով, բարելավել

¹⁴ ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 181:

¹⁵ Նույն տեղում, էջ 189:

նախաձեռնողի հսկողության ցուցանիշները 15%-ով, նվազեցնել վերարտադրողական օրգանների (կրծքագեղձ, արգանդի վզիկ) քաղցկեղային հիվանդությունները առնվազը 20%-ով, ապահովել կանանց ընդգրկվածությունը սկրինինգային հետազոտություններում շուրջ 60%-ով, ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների շարունակական տրամադրում և օգտագործման ցուցանիշների բարելավում 20%-ով, կանանց շրջանում սեռավարակների հաճախականությունը կրճատել նվազագույնը 1/4-ով, հղիության արհեստական ընդհատման ցուցանիշը նվազեցնել առնվազը 20%-ով, երկրորդային անպտղության ցուցանիշը կրճատել 20%-ով, երեխաների և հղիների մոտ սակավարյունության տարածվածությունը կրճատել 10%-ով, պտղի զարգացման արատների հաճախականությունը նվազեցնել 1/4-ով:

- Ապահովել հղիների և ռիսկի խմբի կանանց նվազագույնը 95%-ի ընդգրկվածությունը մարդու իմունաանբավարարության վիրուսի նկատմամբ սկրինինգի իրականացման գործընթացում:

Բաժին 4. Մոր և մանկան առողջության վիճակը

4.1 Մոր և մանկան առողջության պատկերը Հայաստանում

Մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջության վիճակը բնութագրող ժողովրդագրական ցուցանիշներից զատ, ուշադրության են արժանի նաև մայրերի, կանանց ու երեխաների հիվանդացության մակարդակն ու դինամիկան արտացոլող ցուցանիշները, որոնք ներառված են ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգչի»¹⁶ հետևյալ ամփոփ խմբերում՝

«Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ» խմբից՝

- կրծքագեղձի ախտահարումներ, ծածկագիր՝ (N60-N64),
- կանանց կոնքային օրգանների բորբոքային հիվանդություններ, ծածկագիր՝ (N70-N77),
- կանանց սեռական օրգանների ոչ բորբոքային հիվանդություններ, ծածկագիր՝ (N80-N98):

«Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան» խմբի բոլոր հիվանդությունները, ծածկագիր՝ (O00 - O99):

«Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ» խմբի բոլոր հիվանդությունները, ծածկագիր՝ (P00 - P96):

«Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ» խմբի բոլոր հիվանդությունները, ծածկագիր՝ (Q00 - Q96):

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 4.1 և 4.2):

Բերված տվյալները, ինչպես նաև հաջորդ բաժնում քննարկվող պետական ֆինանսավորման ու տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումների ծավալները անուղղակիորեն վկայում են, որ առողջապահության այս ոլորտում ևս նկատելի է շուկայական հարաբերությունների արագացված ձևավորումը: Այսպես, բիզնեսի կանոններին համաձայն, ծախսերը նվազագույնի հասցնելու ձգտումը հանգեցրել է բուժհաստատությունների թվի ավելացմանը զուգահեռ կրճատել անձնակազմի թվաքանակը և համապատասխան ծախսերը: Բացի այդ բնակչության վճարունակության մակարդակի նվազմանը զուգահեռ, բնականաբար, կրճատվում է մահճակալների քանակը: Այս միտումները առավել նկատելի են 2015 և 2016 թվականներին, քանզի մոր և մանկան բուժժառայությունների շուկայում նկատելի է բնակչության թվաքանակի

¹⁶ Տես՝ «Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգչի», Տասներորդ վերանայում, ՀՀ ԱՆ, Երևան 2013, էջ 477-613:

կրճատման, բուժհաստատություններ բնակչության դիմելիության, բուժճառայությունների գների աճի և գնողունակ պահանջմունքի կրճատման ազդեցությունը: Հավանաբար այս գործոններով կարելի է բացատրել 2011-2015 թվականներին արձանագրված աճից հետո սկսված կրճատումը:

Աղյուսակ 4.1 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 ՄՎԾ:

Աղյուսակ 4.2 Բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով ըստ առանձին մասնագիտությունների, 2015-2016թթ., *մարդ*

	2015	2016
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ ¹⁷	926	906
Մանկաբուժական պրոֆիլի ¹⁸	1118	1102
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլի ¹²	147	147
Մանկական ստոմատոլոգներ ¹²	129	113
Ընդամենը	13 117	13 148

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ՄՎԾ:

Ներկայացված ենթադրությունները անուղղակիորեն հաստատվում են մոր և մանկան առողջության տվյալների գրեթե կայուն դինամիկ շարքով: Այդ իմաստով կարևոր են հղիության, ծննդաբերության և ետծննդյան շրջանում կանանց հիվանդացության, նորածինների հիվանդացության և ծննդոգնության 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

¹⁷ Ցուցանիշը հաշվարկվում է կանանց հաշվով:

¹⁸ Ցուցանիշը հաշվարկվում է 0-17 տարեկան բնակչության հաշվով:

մակարդակը:

Աղյուսակ 4.3 Ծննդօգնության հիմնարկներում կենդանի ծնվածներն ըստ ծնվելիս մարմնի զանգվածի, 2009-2016թթ., մարդ

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
500 - 999 գրամ	79	97	89	86	91	89	114	98
1 000 – 1 499 գրամ	250	283	323	238	308	369	292	295
1 500 – 1 999 գրամ	653	631	640	580	590	668	693	665
2 000 – 2 499 գրամ	2354	2362	2279	2431	2416	2835	2506	2406
500-2,499 գրամ քաշ ունեցող կենդանա- ծինների ընդհանուր թվաքանակը	3336	3373	3331	3335	3405	3961	3605	3464
2 500 – 2 999 գրամ	10884	10999	10941	10575	10752	10994	10758	10641
3 000 – 3 499 գրամ	18841	18306	17626	17753	16974	17766	17754	16935
3 500 – 3 999 գրամ	9363	9732	9323	8889	8872	8814	8388	8069
4 000 գրամ և ավելի	1882	1920	1661	1794	1665	1526	1336	1504
Բոլոր կենդանածինների ընդհանուր թվաքանակը	44306	44330	42882	42346	41668	43061	41841	40613
500-2,499 գրամ քաշ ունեցող կենդանա- ծինների տեսակարար կշիռը, %	7.5	7.6	7.8	7.9	8.2	9.2	8.6	8.5

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ՄՎԾ:

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 4.4 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

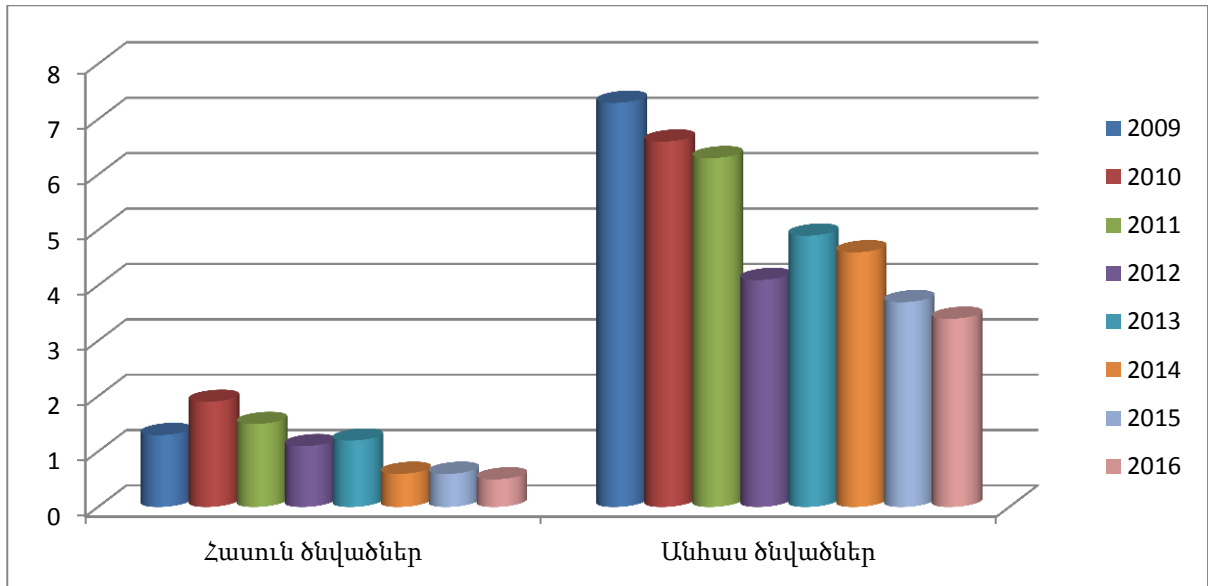
բ) 1 000 անհաս ծնվածների հաշվով

	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 ՄՎԾ:

Մոր և մանկան առողջության ոլորտի կարևորագույն նվաճումներից է բժշկական ծննդոգնության 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:

Գծապատկեր 4.1 Նորածինների մահացությունը (1 000 գրամ և ավելի մարմնի զանգվածով) բժշկական ծննդոգնության հիմնարկներում, 2009-2016թթ., մահացած նորածինների թվաքանակը 100 հիվանդացածների հաշվով



Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ՄՎԾ:

Տնային տնտեսությունների կողմից մոր և մանկան առողջության վրա կատարվող ծախսերի գնահատման համատեքստում ուշադրության են արժանի նաև կյանքի առաջին տարում երեխաների հիվանդացության ցուցանիշները, որոնք, ցավոք, դարձյալ ոչ այնքան բարվոք վիճակի մասին են վկայում: Հուսադրող է այն փաստը, որ 2010 թվականից սկսած այս ոլորտում ևս նկատելի են շոշափելի դրական տեղաշարժեր: Մասնավորապես, 2016 թվականին գրանցված հիվանդությունների քանակը 2009 թվականի ցուցանիշի համեմատ կրճատվել է 10.7%-ով, սակայն մտահոգիչ է մնում այն փաստը, որ շատ դանդաղ են կրճատվում հիվանդացության դեպքերը, իսկ արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդացության մակարդակը տարեցտարի շարունակում է անշեղորեն աճել:

Աղյուսակ 4.4 Երեխաների հիվանդացությունը կյանքի առաջին տարում, 2009-2016թթ., միավոր

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Վարակային և մակարուծական	2142	2948	2838	2802	2516	2717	2633	2588
Ներգատական (էնդոկրին) համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	2120	1912	1750	1543	1469	1368	1284	1265
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների	2459	2646	2577	2603	2722	2775	2986	3021
Նյարդային համակարգի	1572	1937	1358	1284	1070	1185	991	743
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի	3436	3591	3389	3750	3568	3944	4310	3697

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ականջի և պտկաձև ելունի	3863	3743	3856	3617	3656	3811	3755	3588
Շնչառական օրգանների	33104	32658	30817	30166	29791	29679	29537	28848
Մարտոդության օրգանների	5157	5671	5386	5043	4657	4569	4609	4205
Միզասեռական համակարգի	1899	2046	1827	1913	1929	1843	1868	1774
Բնածին արատներ	1024	810	831	832	777	809	732	743
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	4479	4434	3866	3763	3545	3495	3103	3268
Վնասվածքներ և թունավորումներ	302	368	391	348	362	321	463	335
Այլ	2273	2435	2503	2776	2686	2833	2980	2929
Ընդամենը	63830	65199	61389	60440	58748	59349	59251	57004

Աղբյուրը՝ Սոցիալական վիճակագրություն, ՀՀ ԱՎԾ:

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 4.5 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:

Աղյուսակ 4.6. Վիրաբուժական միջամտություններ ծննդոգնության հիմնարկներում, 2011-2016թթ., միավոր

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Մանկաբարձական վիրահատությունների ընդհանուր քանակը (առանց վիժումների՝ վիրահատությունների), որից՝	15981	17354	18014	19289	18310	18596	19871	20050	19376
արտարգանդային հղիություն	474	459	438	454	455	453	414	447	419
աքցանադրում	42	42	38	47	52	50	43	48	42
վակուում-էքստրակցիա	119	122	111	79	149	140	86	95	100
կեսարյան հատում (բացի փոքր հեշտոցային)	6234	7882	8439	9385	9558	9949	11156	11472	11525
Պտղահատում	16	14	11	13	4	4	3	3	-

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը զեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

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 ծննդին բաժին է ընկնում 28-30 հղիության արհեստական ընդհատում:

Աղյուսակ 4.7. 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:

Աղյուսակ 4.7. Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ տարիքային խմբերի (առանց մինի վիժումների) 2012-2016թթ., միավոր

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Մինչև 15 տարեկան	1	-	-	2	-	2	1	-	-
15 - 19 տարեկան	610	767	627	634	541	689	490	538	376
20 - 34 տարեկան	9459	10397	9279	9164	10051	9049	9251	8228	8112
35 - 49 տարեկան	2399	2633	2389	2165	2368	2227	2150	2338	1960
Ընդամենը	12469	13797	12295	11965	12960	11967	11892	11104	10448
	Կառուցվածքը, %								
Մինչև 15 տարեկան	0.0	0	0	0.02	0	0	0.01	0	0
15 - 19 տարեկան	4.9	5.6	5.1	5.3	4.2	5.8	4.1	4.8	3.6
20 - 34 տարեկան	75.9	75.4	75.5	76.6	77.6	75.6	77.8	74.1	77.6
35 - 49 տարեկան	19.2	19.1	19.4	18.1	18.3	18.6	18.1	21.1	18.8
Ընդամենը	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը զեկույցներ, ՀՀ ԱՎԾ:

Վերջին տարիներին պաշտոնական վիճակագրության կողմից հրապարակվում է տեղեկատվություն ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի կտրվածքով հղիության արհեստական ընդհատումների վերաբերյալ: Այդ տվյալներից ուշադրության են արժանի հղիության արհեստական ընդհատումների մեծ թիվը ՀՀ Լոռու մարզում, ՀՀ Տավուշի և Արմավիրի մարզերում 2016 թվականին շեշտակի աճը նախորդ տարվա համեմատ, մյուս մարզերում ընդհատումների թվի կրճատման ֆոնին:

Աղյուսակ 4.8. Հղիության արհեստական ընդհատումների քանակն ըստ ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի, 2015-2016թթ., միավոր

	2015	2016
ք.Երևան	5 946	4 887
Արագածոտն	208	203
Արարատ	790	655
Արմավիր	498	975
Գեղարքունիք	481	419
Լոռի	1368	1131
Կոտայք	707	518
Շիրակ	348	328
Սյունիք	421	496
Վայոց ձոր	59	54
Տավուշ	278	782
Ընդամենը ՀՀ	11104	10448

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը գեկույց - 2017, ՀՀ ԱՎԾ:

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: Ստորև բերված աղյուսակում ներկայացված են ըստ առանձին հիվանդությունների առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով կանանց հիվանդացությունը բնութագրող ցուցանիշները՝ 100 000 կանանց հաշվով:

Աղյուսակ 4.9. 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, դրանցից՝	211.1	222.2	219.9	231.6	248.9	252.1	263.7	259.9	256.1
կրծքագեղձի	59.3	62.3	58.6	67.8	71.2	69.0	76.9	69.6	66.2
արգանդի վզիկի	15.0	16.3	16.6	17.1	16.5	19.0	14.6	16.4	15.5
արգանդի մարմնի	11.5	12.2	11.4	13.7	15.1	13.3	15.1	16.6	16.8
ձվարանների	11.6	11.4	11.0	13.6	12.5	13.4	12.8	12.8	12.6
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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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 ¹⁹	386.1	454.8	530.2	533.9	596.5	605.0	602.9	686.9	652.6
Կանանց ամլություն ¹⁶	99.7	129.9	185.0	191.5	218.1	213.8	185.7	164.4	163.9
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան ¹⁶	1561.3	1563.4	1457.4	1576.7	1705.2	1646.2	1644.0	2125.8	1864.9

Աղբյուրը՝ Հայաստանի սոցիալական վիճակը գեկույցներ, 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 4.10. 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
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:

Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ ըստ ներկայացված հիվանդությունների խմբերի կանանց հիվանդացության մակարդակի դինամիկան գուգորդվում է ծնելիության ցուցանիշների փոփոխություններին:

4.2 Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում իրականացված միջոցառումներ

Մոր և մանկան առողջության պահպանման պետական նպատակային ծրագրին համապատասխան, 2016 թվականին իրականացվել են հետևյալ միջոցառումները.

1. «Մանկաբարձագինեկոլոգիական բուժօգնություն» ծրագրի շրջանակներում ապահովվել է շուրջ 70 000 հղիների նախածննդյան հսկողություն, ծննդալուծում է իրականացվել շուրջ 40

¹⁹ Ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով:

000 դեպքում, 18000 բարձր ռիսկի խմբի հղի ստացել է ստացիոնար հետազոտություն և բուժում:

2. «Երեխաների առողջության պետական հավաստագրի» ծրագրի շրջանակներում պետպատվերով իրականացվել է երեխաների հիվանդանոցային բուժման շուրջ 60000 դեպքի վարում:

3. Արագ արձագանքման արտագնա ծառայությունների միջոցով անհետաձգելի մանկաբարձագինեկոլոգիական, մանկական և նեոնատոլոգիական ծառայություններ են տրամադրվել մարզերի բժշկական կազմակերպություններին, կատարվել է 783 կանչի սպասարկում, շուրջ 700 դեպքում՝ հիվանդների տեղափոխմամբ, ինչը զգալի նպաստել է ծանր դեպքերի բարեհաջող ելքերին:

4. Շարունակվել է սոցիալապես անապահով ընտանիքների անպտղության խնդրի հաղթահարմանն ուղղված ՀՀ կառավարության 27 մայիսի 2015 թվականի N 568 որոշման շարունակական կիրարկումը, շուրջ 120 անպտուղ զույգ հետազոտվել և բուժվել է պետական պատվերի շրջանակներում:

5. Իրականացվել է «2016 թվականի ընթացքում սահմանամերձ առանձին գյուղական համայնքների մի խումբ բնակիչների համար վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետության կողմից երաշխավորված կարգով իրականացնելու մասին» ՀՀ կառավարության 2015 թվականի դեկտեմբերի 24-ի N 1528-Ն որոշումը, որի շրջանակներում կազմակերպվել է 35 անպտուղ ամուսնական զույգի արտամարմնային բեղմնավորման հետազոտություն և բուժօգնություն:

6. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, մասնավորապես արգանդի վզիկի քաղցկեղի կանխարգելման ծրագրի շրջանակներում իրականացվել է շուրջ 74 000 ՊԱՊ թեստի հետազոտություն:

7. «Երեխաների վերականգնողական բուժօգնություն» ծրագրի շրջանակներում իրականացվել է ստացիոնար վերականգնողական բուժման 1014 դեպք, 265 հաշմանդամ և խրոնիկ հիվանդ երեխա, այն թվում աուտիզմով տառապող 12 երեխա ստացել են առողջարանային /վերականգնողական բուժում մասնագիտացված կենտրոններում և առողջարաններում (գերակշիռ մասը՝ խնամողի ուղեկցությամբ):

8. «Մտավոր, հոգեկան, լսողական, ֆիզիկական, շարժողական և այլ զարգացման խանգարումներով երեխաների գնահատման և վերականգնողական բուժման ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում իրականացվել է շուրջ 24 000 ամբուլատոր հաճախում:

9. Շարունակաբար իրականացվել են նորածնային սկրինինգ ծրագրերը:²⁰

Իրականացված ռազմավարությունների և ծրագրային միջոցառումների շնորհիվ վերջին տարիներին մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում արձանագրվել են զգալի դրական զարգացումներ:

²⁰ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թ.-ի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 151:

Բաժին 5. Մոր ու մանկան առողջության ծախսերի վերլուծություն

5.1 Ծախսերի նկարագրություն, դասակարգում և առկա սահմանափակումներ

Մոր և մանկան առողջապահությունը, նախ և առաջ, տնտեսական գործունեության տեսակ է, որը համապատասխան բուժօժանայություններ է մատուցում բնակչության կոնկրետ խմբերին: Այն ունի ընդգծված տնտեսական, սոցիալական և ժողովրդագրական բովանդակություն, միաժամանակ՝ ապահովելով նաև երեխաների ու կանանց վերարտադրողական առողջության իրավունքի իրացումը:

Տնտեսական այս համակարգի գործառնությունը իրականացվում է պետության և մասնավոր հատվածի կողմից կատարվող կապիտալ և ընթացիկ (պահպանման) ծախսերի միջոցով, որոնց համար ֆինանսավորման աղբյուր են հանդիսանում պետության, մասնավոր հատվածի և առանձին դեպքերում նաև արտաքին աշխարհի (դոնոր միջազգային կազմակերպություններ և այլ երկրների կառավարություններ) ֆինանսական միջոցները:

Մոր և մանկան առողջության բուժօժանայությունների դիմաց վճարումները կատարվում են պետության, տնային տնտեսությունների (նաև մասնավոր առևտրային և ոչ առևտրային կազմակերպությունների), ինչպես նաև արտաքին աշխարհի կողմից:

Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական, մասնավոր և արտաքին աշխարհի կապիտալ ծախսերի վերաբերյալ դետալացված պաշտոնական վիճակագրական տվյալները բացակայում են: Պաշտոնական և վարչական վիճակագրական աղբյուրներում շինարարության, ձեռքբերված սարքավորումների և այլ կապիտալ ծախսերի վերաբերյալ տվյալները վերաբերում են ամբողջ առողջապահական համակարգին:

ՀՀ ԱՎԾ կողմից հրապարակվող կազմակերպությունների ֆինանսների վիճակագրությունում առողջապահական կազմակերպությունների ընթացիկ ծախսերի վերաբերյալ տվյալները դարձյալ ներկայացված են ամփոփ տեսքով և ներառում են նյութական ծախսերը, աշխատանքի վարձատրությունն ու դրան հավասարեցված այլ վճարումները և այլ ծախսերը:

Կազմակերպությունների գործունեության ֆինանսական վերլուծությունը, տվյալների բացակայությամբ պայմանավորված, օբյեկտիվորեն դուրս է մնացել այս ուսումնասիրության շրջանակից, ուստի և հետազոտության առարկա են հանդիսացել մոր և մանկան առողջության բուժօժանայությունների դիմաց պետության և մասնավոր հատվածի, մասնավորապես՝ տնային տնտեսությունների, կողմից կատարված ծախսերը:

Երկրում վարչական ռեգիստրների ձևավորումն ու վարչական վիճակագրության կայացումը ապագայում հնարավորություն կտան ունենալ նաև տվյալներ բուժհաստատությունների ֆինանսական և տնտեսական գործունեության վերաբերյալ:

5.2 Ֆինանսական տվյալների աղբյուրներ և պետական ու մասնավոր ծախսերի դասակարգում ըստ ծառայությունների բնույթի

Պետական ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվության աղբյուր են հանդիսացել ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքները և բյուջեի կատարողականի վերաբերյալ հաշվետվությունները, ՀՀ ԱՆ ոլորտին վերաբերող ծրագրային և ռազմավարական փաստաթղթերը, վերլուծական նյութերը և այլն:

Մասնավոր հատվածի կազմակերպությունների կամ գործատուների կողմից կատարված

ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվության աղբյուրը Հայաստանի առողջապահության հաշիվներն են, որտեղ ներկայացված են տվյալներ առևտրային, ոչ առևտրային և ապահովագրական կազմակերպությունների կողմից կատարված ծախսերի վերաբերյալ:

Տնային տնտեսությունների կողմից մոր և մանկան առողջության վրա կատարված ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվության հիմնական աղբյուրը ՀՀ ԱՎԾ կողմից իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության տվյալների բազաներն են, մասնավորապես՝ տնային տնտեսությունների կողմից ոչ պարենային ապրանքների ու ծառայությունների վրա կատարված մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական ծախսերի միկրոտվյալների բազաները:

ՀՀ պետական բյուջեում մոր և մանկան առողջության վրա կատարված ծախսերը ներկայացված են բուժօժանությունների հետևյալ հիմնական խմբերով՝ արտահիվանդանոցային ծառայություններ, հիվանդանոցային ծառայություններ, հանրային առողջապահական ծառայություններ և հիմնական դասերում չներառված այլ ծառայություններ:

Աղյուսակ 5.1 Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված ծախսերի գործառնական դասակարգումն ըստ բաժինների, խմբերի և դասերի

N	Մոր և մանկան առողջության ծառայություններ
07.02.	Արտահիվանդանոցային ծառայություններ, որից՝
07.02.02.01	Մտավոր, հոգեկան (վարքագծային), լսողական, ֆիզիկական (շարժողական) և զարգացման այլ խանգարումներով երեխաների գնահատման և վերականգնողական բուժման ծառայություններ
07.02.02.03	Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններ
07.02.02.08	Անցանկալի հղիությունների կանխարգելման նպատակով հակաբեղմնավորիչ ժամանակակից միջոցների մատչելիության ապահովում
07.02.03.02	Երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ
07.03.	Հիվանդանոցային ծառայություններ, որից՝
07.03.02.03	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ
07.03.03	Մոր և մանկան բժշկական կենտրոնների ծառայություններ, որից՝
07.03.03.01	Մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններ
07.03.03.02	Գինեկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ
07.03.03.03	Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ
07.03.03.04	Անպտուղ զույգերի համար վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ
07.04.	Հանրային առողջապահական ծառայություններ, որից՝
07.04.01.03	Իմունականխարգելման ազգային ծրագիր
07.06.	Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող), որից՝
07.06.01.07	Հաշմանդամ և կարիքավոր երեխաներին օրթեզներով և կորսետներով ապահովման ծառայություններ
07.06.01.18	«Երեխաների առողջ սնուցում» հանրային իրազեկման ծառայություններ

Աղբյուրը՝ ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքներ:

Մասնավոր կազմակերպությունների կողմից բուժօժանությունների դիմաց կատարված

ծախսերը Առողջապահության հաշիվների համակարգում ներկայացված են ըստ բուժճառայությունների մատակարարների, առողջապահական գործառույթների և հիվանդությունների խմբի և համադրելի են մյուս երկու աղբյուրների ծախսերի դասակարգմանը:

Աղյուսակ 5.2 Մասնավոր կազմակերպությունների կողմից կատարված ծախսերի դասակարգումն ըստ Առողջապահության հաշիվների համակարգի

N	Հիվանդությունների խմբեր	
1	DIS.2	Վերարտադրողական առողջություն, որից՝
2	DIS.2.1	Մայրական պայմաններ
3	DIS.2.2	Պերինատալ պայմաններ
4	DIS.2.3	Հակաբեղմնավորիչների կառավարում (ընտանիքի պլանավորում)
5	DIS.2.nec	Չճշտված վերարտադրողական առողջության պայմաններ (այլ դասերում չդասակարգված)
6	DIS.3	Թերսնուցում

Աղբյուրը՝ *Առողջապահության ազգային հաշիվներ:*

Տնային տնտեսությունների կողմից մոր և մանկան առողջության վրա կատարված ծախսերի վերաբերյալ տվյալների աղբյուրը ՀՀ ԱՎԾ ՏՏԿԱՀ արդյունքներով ձևավորված «Գնված ոչ պարենային ապրանքներ և ստացված ծառայություններ» անվանումով միկրոտվյալների շտեմարանն է:²¹ Համաձայն ՏՏԿԱՀ մեթոդաբանության, տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերը ներառում են տնային տնտեսությունների կողմից հաշվետու ժամանակահատվածում ձեռք բերված պարենային և ոչ պարենային ապրանքների ու ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումները, ինչպես նաև բարեկամներից կամ այլ անձանցից անվճար ստացված ոչ պարենային ապրանքները և ծառայությունները՝ դրամով արտահայտված: Տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերը չեն ներառում հարկերը, դրամահավաքները, պարտքերի մարումը, ալիմենտների վճարումը, բարեկամներին օգնությունը, տուգանքները, վարկերի մարումը և այլ սպառման հետ չկապված ծախսերը, կուտակումները, ինչպես նաև՝ տնային տնտեսությունների արտադրողական գործունեության հետ կապված ծախսերը (սերմերի, կենդանիների, հումքի ձեռքբերում): 2012 թվականից տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերը հաշվարկելիս, ՀՀ ԱՎԾ-ն անցում է կատարել «Հայաստանի Հանրապետության տնտեսական գործունեության տեսակները» (NACE) դասակարգչից «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգում» (COICOP) դասակարգչին: Տնային տնտեսությունների կողմից կատարված մոր և մանկան առողջության ծախսերը, համաձայն «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգում» (COICOP) դասակարգչի, ՀՀ ԱՎԾ միկրոտվյալների բազայում ներկայացված հետևյալ խմբավորմամբ՝

²¹ <http://www.armstat.am/am/?nid=207>, վերջին մուտք՝ 14.03.2018 :

Աղյուսակ 5.3 Մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող ծախսերի հոդվածներն ըստ «Ըստ նպատակների անհատական սպառման ապրանքների և ծառայությունների անվանացանկի»

Ծախսի ծածկագիր ըստ COICOP 2012-2013	Ծախսի ծածկագիր ըստ COICOP 2014-2015	Ծառայությունների անվանումը
3252	4331	Գինեկոլոգի ծառայություն (ԱԱՊ)
3253	4332	Մանկաբույժի ծառայություն (ԱԱՊ)
3289	4381	Մանկաբարձների, բուժքույրերի, սանիտարների մասնավոր ծառայություններ
3322	4394	Ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններ (Հիվանդանոց)
3323	4395	Մանկաբուժական ծառայություններ (Հիվանդանոց)

Աղբյուրը՝ Ըստ նպատակների անհատական սպառման ապրանքների և ծառայությունների անվանացանկ 2014-2015, Ըստ նպատակների անհատական սպառման ապրանքների և ծառայությունների անվանացանկ 2012-2013 <http://www.armstat.am/am/?nid=207> (14.03.2018)

5.3 Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի շրջանակը և դինամիկան

2008 թվականից մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական քաղաքականությունը դարձավ առվել ակտիվ, նպատակային և արդյունավետ, որին նպաստեցին ինչպես «Ծննդոգնության պետական հավաստագրի ներդրման ծրագիրն» ու բազմաթիվ այլ ծրագրերն ու ռազմավարությունները, այնպես էլ պետական ֆինանսավորման ծավալների աճը: Հաշվի առնելով այդ իրողությունը, ներկա հետազոտության մեջ մոր և մանկան առողջության ոլորտի պետական ծախսերը վերլուծվել են սկսած 2008 թվականից: Առավել ևս, ինչպես նշված է վերը նշված 2017-2019 միջինժամկետ ծախսերի ծրագրում. «Ծննդոգնության պետական հավաստագրի ներդրման ծրագրի հաջող իրականացմանը նպաստել են տարեցտարի աճող բյուջետային հատկացումները: Հանրապետությունում ծննդոգնության 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 ծննդոգնության իրապես անվճար ու մատչելի ծառայությունների մատուցմանը:»²² Բացի այդ, ծրագրում արձանագրված է, որ ծննդոգնության 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:²³

Ստորև ներկայացված են պետական ծախսերի կառուցվածքն ու դինամիկան 2008-2017թվականներին:

²² ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 201:

²³ Նույն տեղում:

Աղյուսակ 5.4 Մոր և մանկան առողջության մասով ՀՀ 2008-2017 թվականների պետական բյուջեներով նախատեսված գործառնական ծախսերն բաժինների, 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
07.03.03.04	Անպտուղ գույգերի համար վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	78.6	78.6	78.6
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	Բմունականխարգելման 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 չչափանոց), 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	Հաշմանդան 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:

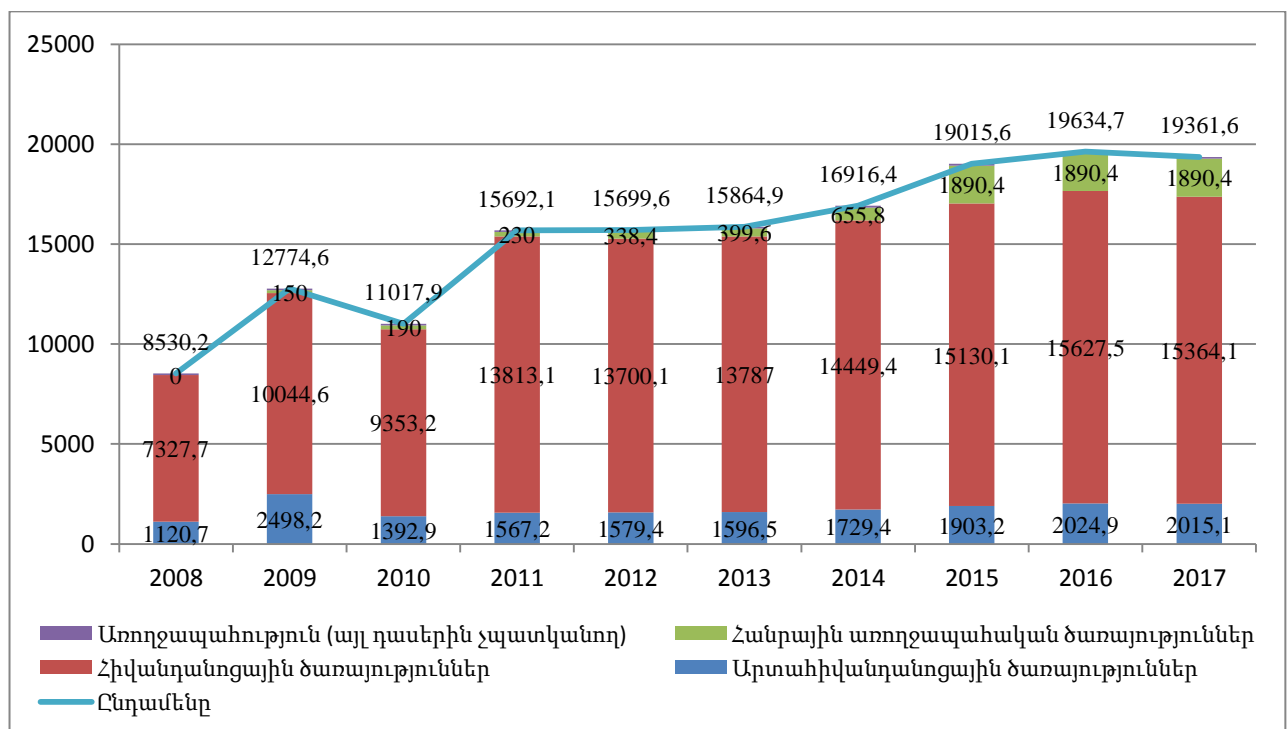
Ինչպես երևում է աղյուսակ 5.4-ից, վերջին տաս տարիների ընթացքում մոր և մանկան առողջությանը վերաբերող պետական բյուջեի ծախսերի գրեթե բոլոր հիմնական դասերով տարեցտարի արձանագրվել է ֆինանսավորման ծավալների զգալի աճ, ինչը 2017 թվականին կազմել է արդեն 19,361.9 միլիոն դրամ: Ընդհանուր միտումներից բացառություն է կազմել 2010 թվականը, երբ ֆինանսավորումը կրճատվել է ֆինանսատնտեսական ճգնաժամով պայմանավորված (գծապատկեր 5.1): 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 5.5 Մոր և մանկան առողջության ծախսերը 2008 և 2017 թվականներին և հավելվածը

		Ընդամենը միլիոն դրամ		2017 թվականի հավելվածը 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 5.1 Մոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի դինամիկան 2008-2017 թվականներին, միլիոն դրամ

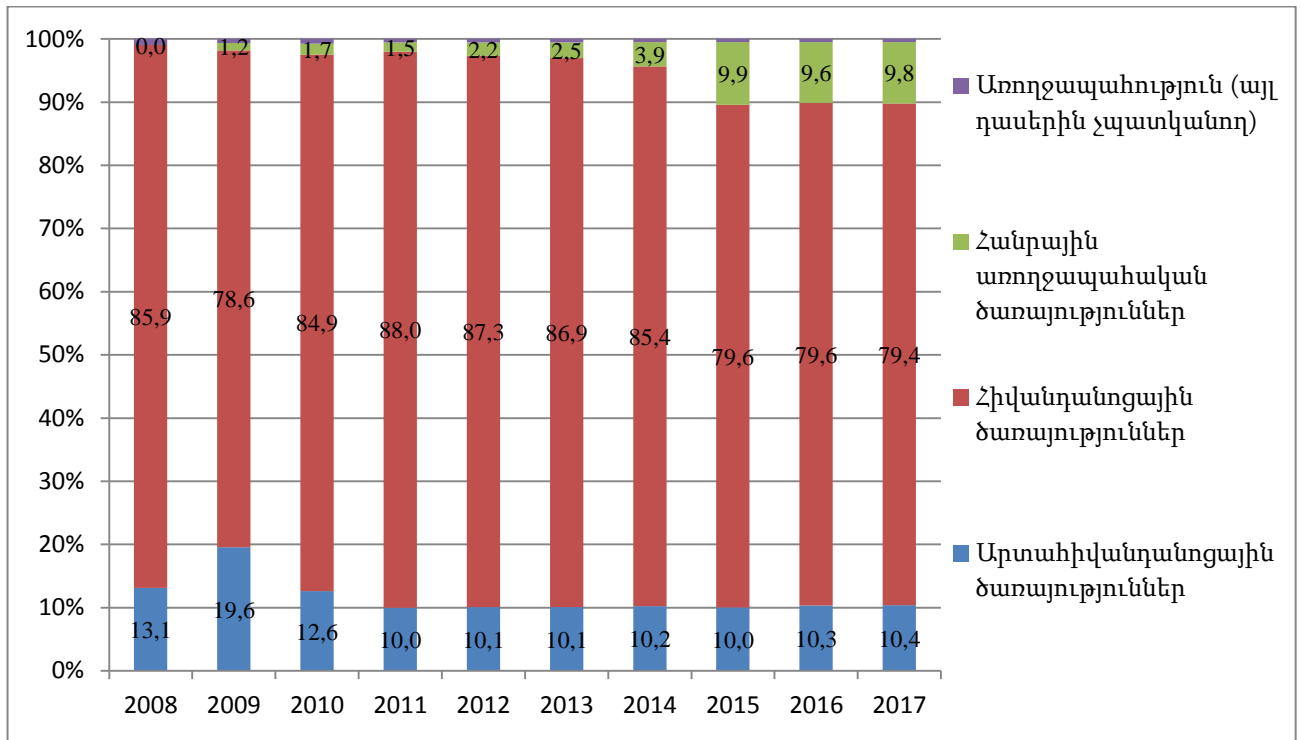


Աղբյուրը՝ ՀՀ 2008-2017թթ. պետական բյուջեներ:

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

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

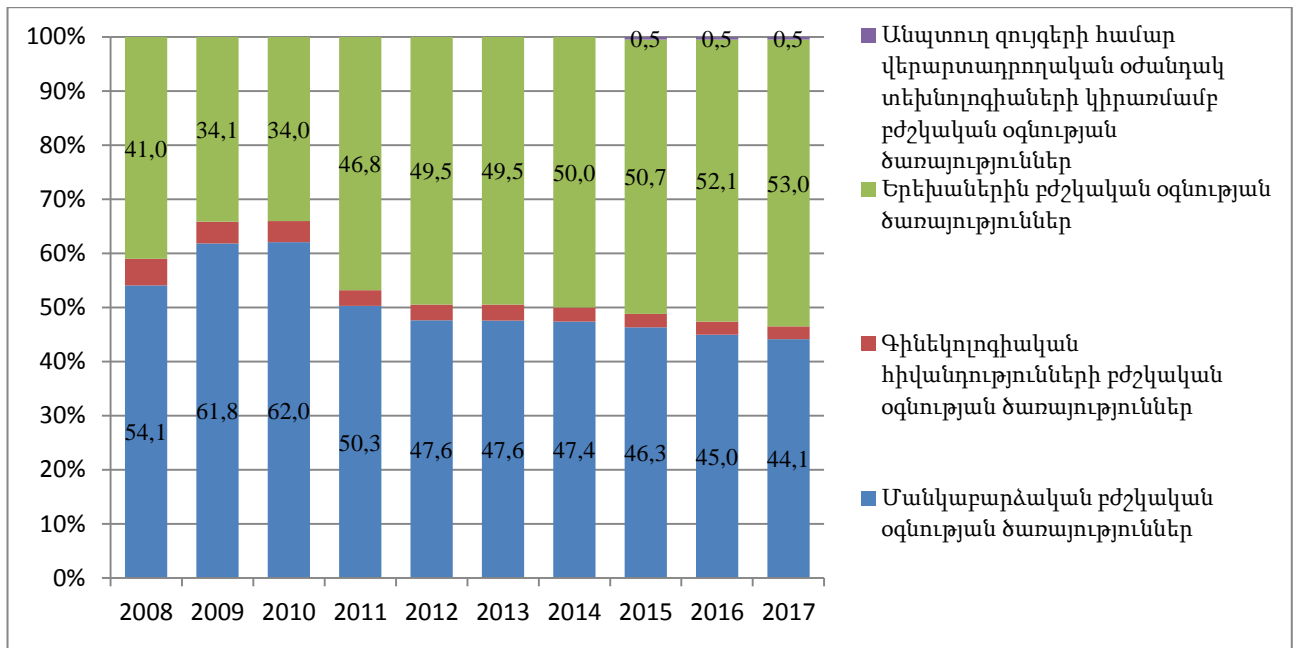
Գծապատկեր 5.2 Սոր և մանկան առողջության պետական ծախսերի կառուցվածքի փոփոխությունը 2008-2017 թվականներին, տոկոս



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 զույգերի համար վերարտադրողական բժշկական օգնության ծառայություններին» համար:

Գծապատկեր 5.3 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:²⁴ 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:

²⁴ ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 191-196:

5.4 Տնային տնտեսությունների ծախսեր

5.4.1 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծախսերը ըստ տարրեր մեթոդաբանությունների

Հայաստանում տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական սպառողական, այդ թվում՝ առողջապահական, ծախսերի վերաբերյալ դետալացված տվյալները ստացվում են ՀՀ ԱՎԾ կողմից յուրաքանչյուր տարի իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության միջոցով, իսկ արդյունքները հասանելի են ՀՀ ԱՎԾ «Գնված ոչ պարենային ապրանքներ և ստացված ծառայություններ» անվանումով տվյալների շտեմարանում:²⁵

ՀՀ ԱՎԾ-ն տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքը ըստ «Ըստ նպատակների անհատական սպառման դասակարգչի» հրապարակում է 2012 թվականից սկսած, հետևաբար, մոր և մանկան առողջության դիմաց տնային տնտեսությունների կատարած ծախսերը հաշվարկվել են 2012-2016 թվականների համար:

Մոր և մանկան առողջության նպատակով կատարված ծախսերի վերլուծության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել առկա այն սահմանափակումները, որոնք պայմանավորված են ՏՏԿԱՀ առանձնահատկություններով: Մասնավորապես, ՀՀ ԱՎԾ կողմից իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությամբ տեղեկատվություն է հավաքագրվում հարցմանը մասնակցած տնային տնտեսությունների կողմից վերջին 30 օրերի ընթացքում կատարված առողջապահական ծախսերի մասին, ինչն էլ ստեղծում է որոշակի դժվարություններ ընտրանքային տվյալների տարածման և հնարավոր անորոշությունների չափի հաշվարկման համար: Մյուս կողմից, այս հետազոտության նպատակը երկրում կենսամակարդակի ուսումնասիրությունն է, և առողջապահության վերաբերյալ հարցերը ներառված են փաստացի սպառողական զամբյուղի հաշվարկման և ոչ նյութական աղքատության գնահատման նպատակով, ինչով պայմանավորված՝ հետազոտության արդյունքները հաճախ տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ ամբողջական և արժանահավատ պատկերացում կազմելու համար բավարար չեն:

Մոր և մանկան առողջության և ընտանիքի պլանավորման նպատակով կատարված ծախսերի հաշվարկման համար օգտագործվել են հետազոտված տնային տնտեսությունների օրագրի հիման վրա «Ըստ նպատակների անհատական սպառման ապրանքների և ծառայությունների անվանացանկ» դասակարգչին համապատասխան ստացված տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով ամսական ծախսերի տվյալները:

Ստորև բերվող աղյուսակներում ներկայացված են մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումների վերաբերյալ տվյալները՝ հաշվարկված երկու մեթոդաբանությամբ Առաջին մեթոդաբանությամբ հաշվարկները կատարվել են ըստ սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (ՏՏԿԱՀ) և տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ), երկրորդ մեթոդաբանությամբ՝ ըստ նույն մասնաբաժինների և բնակչության թվաքանակի ցուցանիշի:

²⁵ <http://www.armstat.am/am/?nid=207> (14.03.2018)

Աղյուսակ 5.6 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	3,700,442.9²⁶	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, որից՝	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
Մանկաբարձ/ գինեկոլոգի ծառայություններ (ԱԱՊ)	5.7	16.4	24.1	12.8	17.3	0.02	0.04	0.06	0.03	0.04	605.6	1,761.5	2,430.3	1,172.7	1,526.5
Մանկաբույժի ծառայություններ (ԱԱՊ)	2.5	2.7	3.7	1.1	2.8	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	265.6	290.0	368.1	98.7	251.6
Մանկաբարձների, բուժքույրերի, սանիտարների մասնավոր ծառայություններ	0.2	5.5	12.5	10.1	9.2	0.00	0.01	0.03	0.02	0.02	19.1	588.9	1,262.4	919.8	816.9
Ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններ (Հիվանդանոց)	6.1	48.9	65.0	61.3	51.8	0.02	0.13	0.16	0.14	0.12	648.0	5,252.2	6,550.8	5,599.9	4,578.8
Մանկաբուժական ծառայություններ (Հիվանդանոց) (Այլ)	0.6	3.9	5.3	5.9	0.5	0.002	0.011	0.013	0.014	0.001	63.7	418.9	534.3	536.8	46.7

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

²⁶ Տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների:

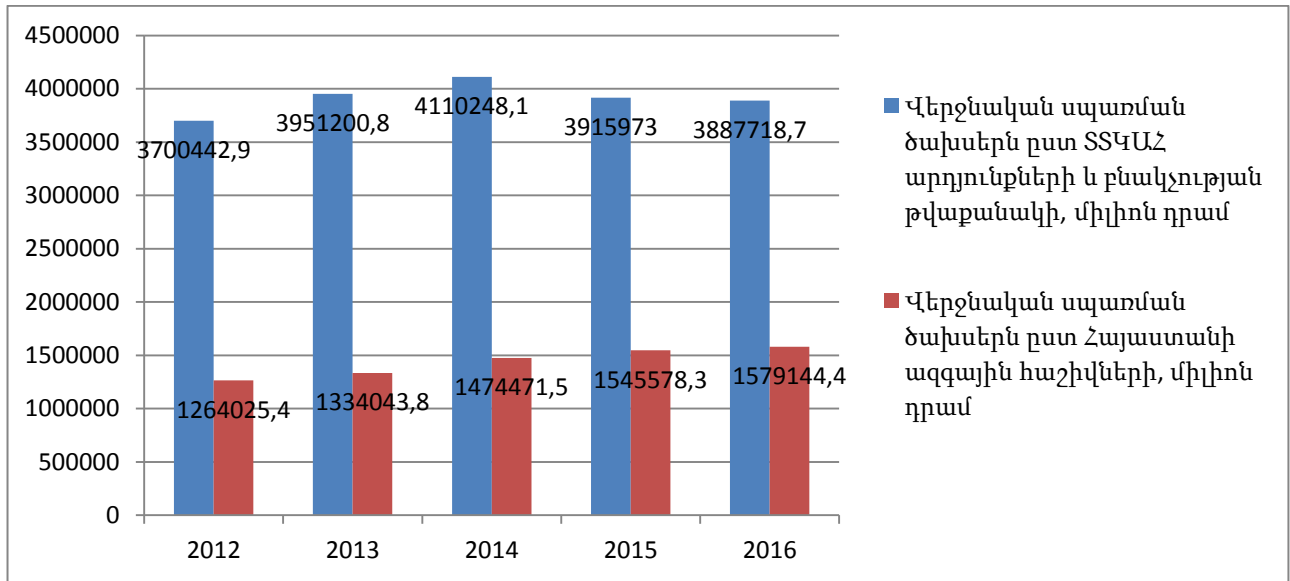
Աղյուսակ 5.7 Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները՝ հաշվարկված սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի (SSԿԱՀ) և բնակչության միջին տարեկան թվաքանակի

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, որից՝	15.1	77.4	110.6	91.1	81.7	547.2	2,806.2	3,998.4	3,286.1	2,932.9
Մանկաբարձ/ գինեկոլոգի ծառայություններ (ԱԱՊ)	5.7	16.4	24.1	12.8	17.3	206.8	594.7	871.8	462.8	620.0
Մանկաբույժի ծառայություններ (ԱԱՊ)	2.5	2.7	3.7	1.1	2.8	90.7	97.9	132.0	38.9	102.2
Մանկաբարձների, բուժքույրերի, սանիտարների մասնավոր ծառայություններ	0.2	5.5	12.5	10.1	9.2	6.5	198.8	452.9	363.0	331.8
Ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններ (Հիվանդանոց)	6.1	48.9	65.0	61.3	51.8	221.4	1,773.3	2,350.0	2,209.4	1,859.8
Մանկաբուժական ծառայություններ (Հիվանդանոց)	0.6	3.9	5.3	5.9	0.5	21.8	141.4	191.7	211.9	19.0
Բնակչության միջին տարեկան թվաքանակը, մարդ	3,024,100	3,022,000	3,013,800	3,004,600	2,992,300					

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

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 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%:

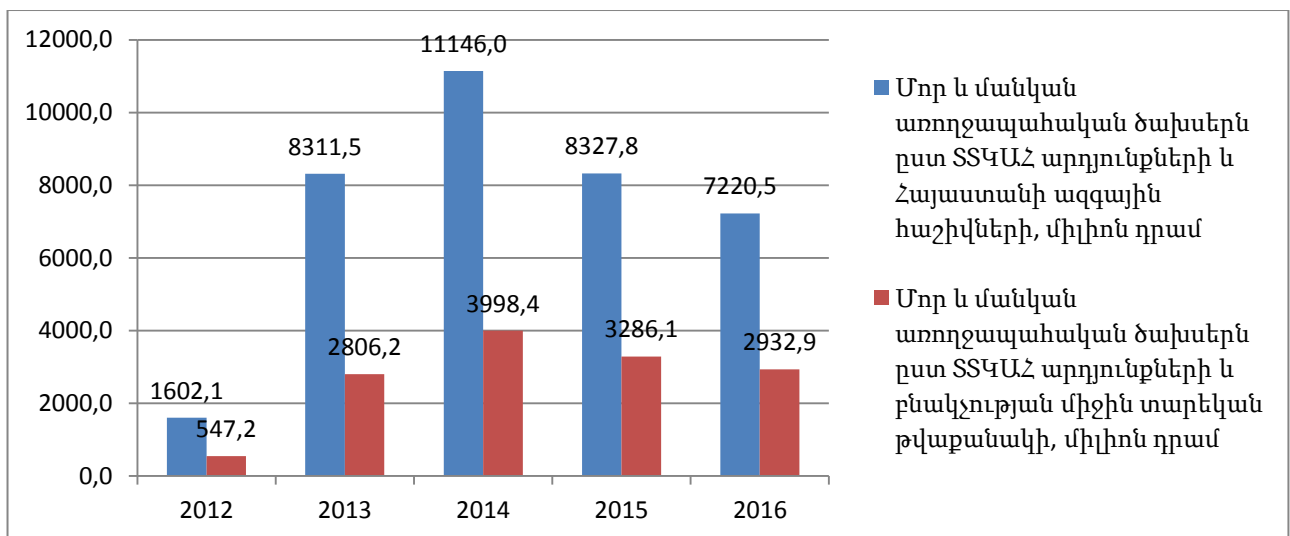
Գծապատկեր 5.4 Տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների և հաշվարկված ըստ ՏՏԿԱՀ արդյունքների



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

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

Գծապատկեր 5.5 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների ծախսերն ըստ Հայաստանի ազգային հաշիվների և հաշվարկված ըստ ՏՏԿԱՀ արդյունքների

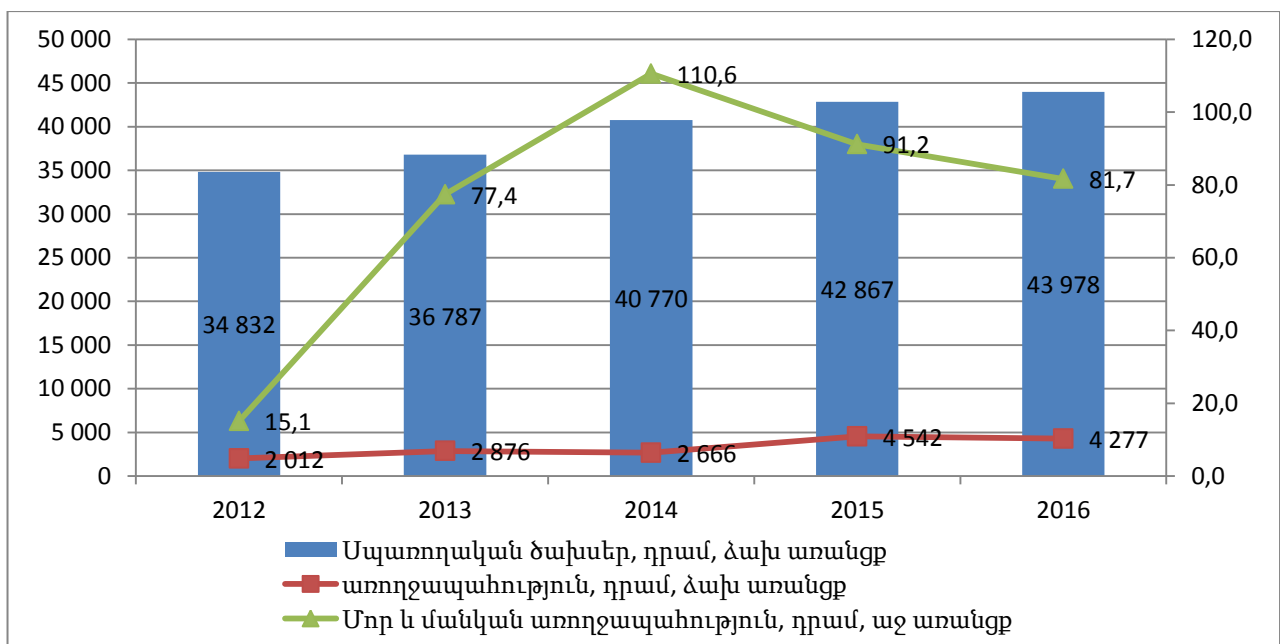


Աղբյուրը՝ Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2012-2016, և ՏՏԿԱՀ 2012-2016: Հեղինակների հաշվարկներ:

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 տարվա ցուցանիշի համեմատ կազմել է 70.4% (2,666 դրամից հասնելով 4,542 դրամ): 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:

Գծապատկեր 5.6 Ծախսերի դինամիկան 2012-2015 թվականներին



Աղբյուրը՝ ՏՏԿԱՀ 2012-2016 հետազոտություններ:

5.4.2 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահական ծախսերի կառուցվածքն ու բովանդակությունը

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

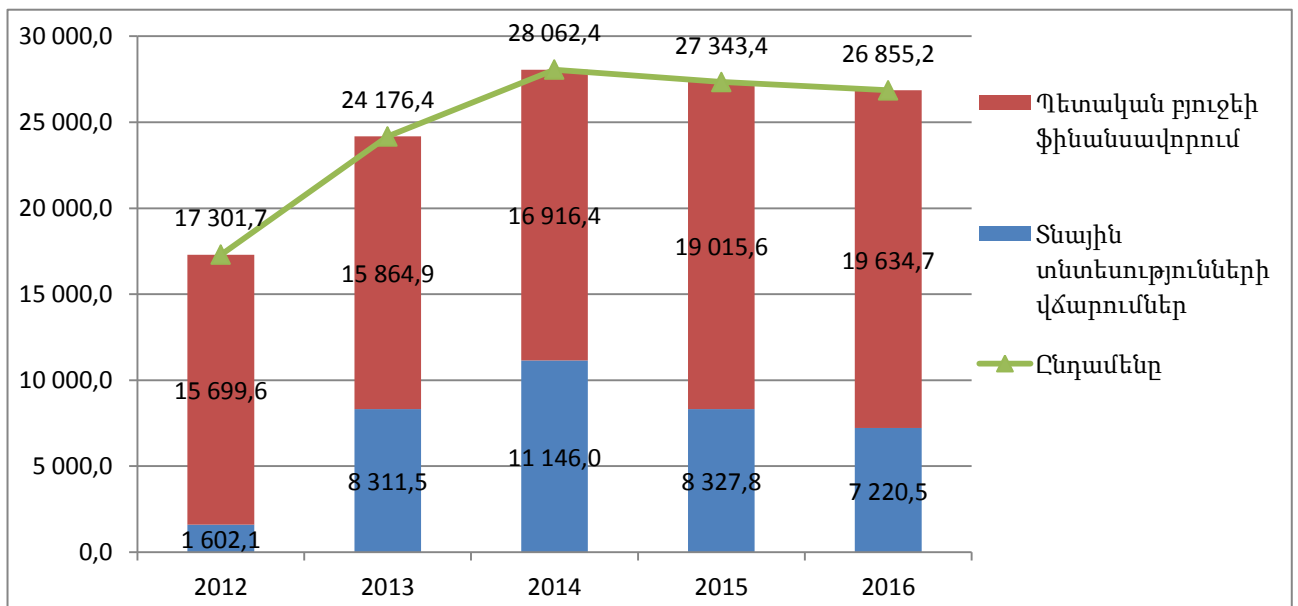
Աղյուսակ 5.8 Մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների դիմաց տնային տնտեսությունների վճարումների ծավալն ըստ վերջնական սպառման ծախսերի (ԱՀՀ արդյունքներով), միլիոն դրամ

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
Մանկաբարձ/ գինեկոլոգի ծառայություններ (ԱԱՊ)	605.6	1,761.5	2,430.3	1,172.7	1,526.5
Մանկաբույժի ծառայություններ (ԱԱՊ)	265.6	290.0	368.1	98.7	251.6
Մանկաբարձների, բուժքույրերի, սանիտարների մասնավոր ծառայություններ	19.1	588.9	1,262.4	919.8	816.9
Ծննդատների և գինեկոլոգիական ծառայություններ (Հիվանդանոց)	648.0	5,252.2	6,550.8	5,599.9	4,578.8
Մանկաբուժական ծառայություններ (Հիվանդանոց)	63.7	418.9	534.3	536.8	46.7

Աղբյուրը՝ ՏՏԿԱՀ 2012-2016 հետազոտություններ:

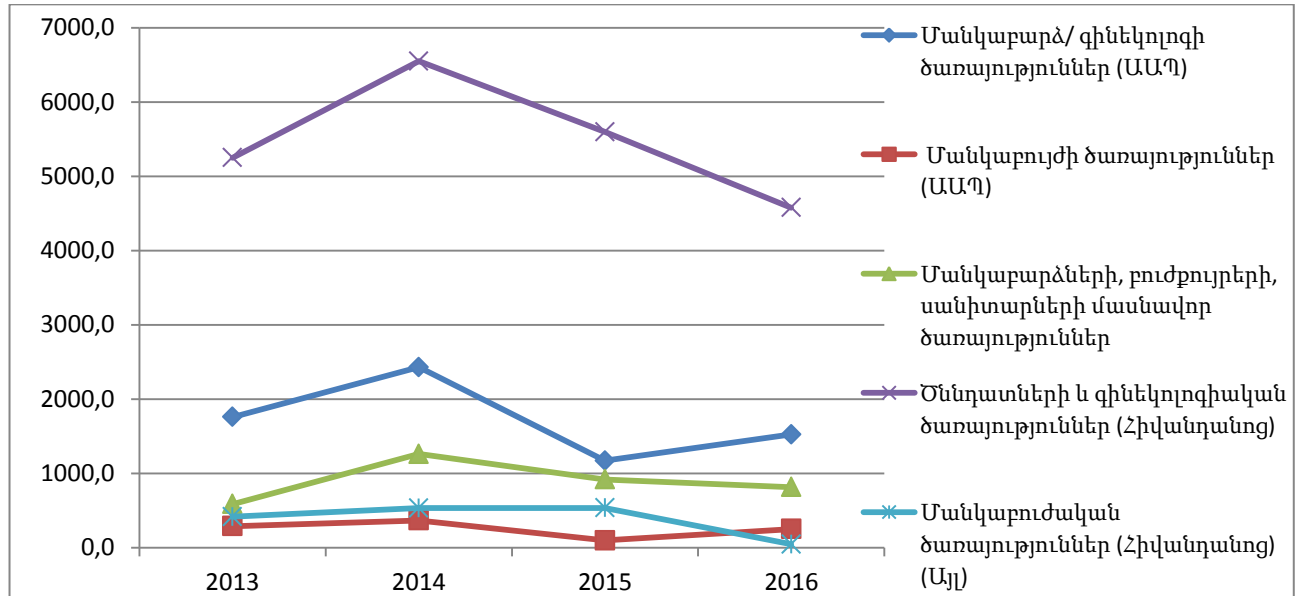
Պետության կողմից մոր և մանկան առողջության ոլորտում իրականացվող ֆինանսավորման ծավալների ավելացումն ուղղակի ազդեցությունն է ունեցել տնային տնտեսությունների ծախսերի դինամիկայի և կառուցվածքի փոփոխության վրա:

Գծապատկեր 5.7 Պետական և մասնավոր ծախսերի դինամիկան 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ



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:

Գծապատկեր 5.8 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջության ծախսերի դինամիկան ըստ բաղադրիչների

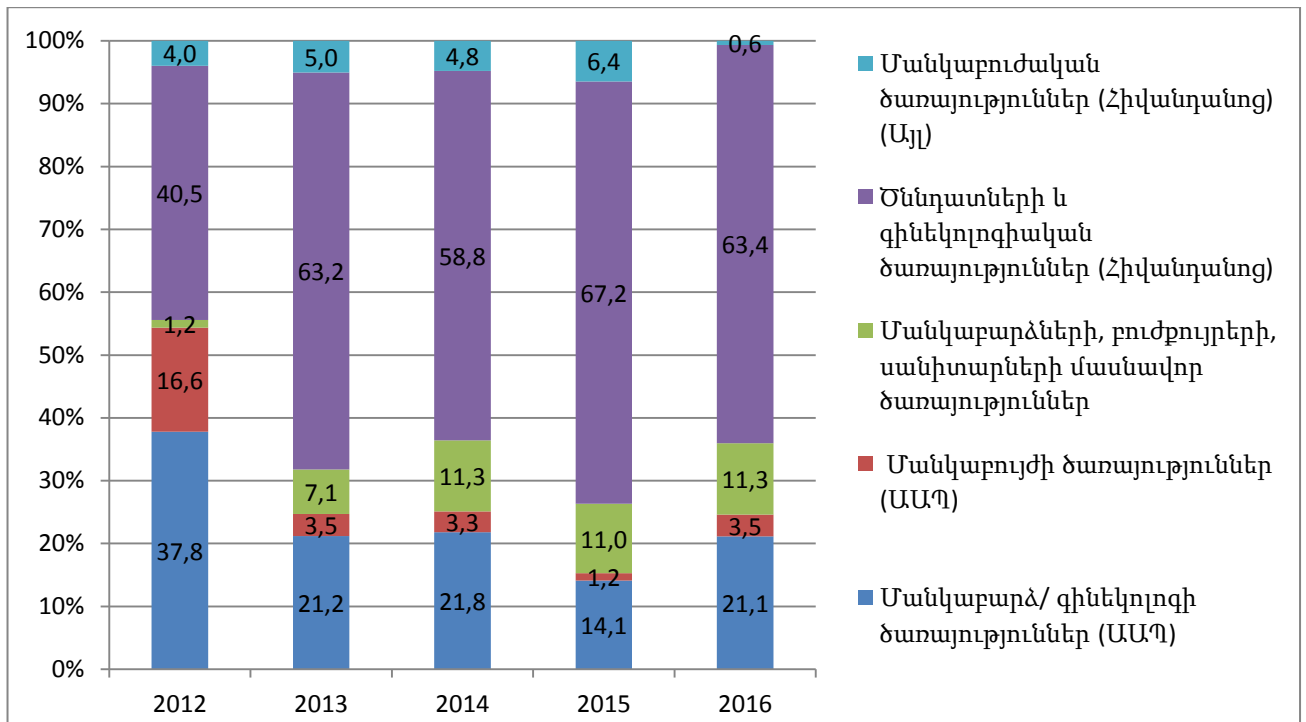


Աղբյուրը՝ ՏՏԿԱՀ 2012-2016 հետազոտություններ:

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 ծառայություններին (*հիվանդանոց*), 20%-ից ավելին կազմել են մանկաբարձ գինեկոլոգների ծառայությունների դիմաց վճարումները (*ԱԱՊ օղակ*) և, վերջին երեք տարիներին ծախսերի ծավալների աճի շնորհիվ 11%-ից ավելին բաժին է ընկել մանկաբարձների և բուժքույրերի մասնավոր ծառայություններին:

Պատկեր 5.9 Սնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջության ծառայությունների ծախսերի կառուցվածքը 2012-2016 թվականներին



Աղբյուրը՝ ՏՏԿԱՀ 2012-2016 հետազոտություններ:

Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց կատարված ծախսերի դինամիկայի և կառուցվածքի փոփոխություններից զատ, բավականին ուշագրավ պատկեր է ներկայացնում ծախսերի դինամիկան և կառուցվածքն ըստ վճարման բնույթի: Համաձայն սնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության մեթոդաբանության, հարցվող սնային 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):

Վճարումների չափը տարբերվում է ըստ աղքատության մակարդակի: Ոչ աղքատների կողմից պոլիկլինիկական բուժօգնություն անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով կատարած վճարման միջին չափը 4.3 անգամ ավելին է, քան աղքատներինը:

Ոչ աղքատների կողմից խորհրդատվության հետ կապված վճարումները (ռենտգեն/ լաբորատոր հետազոտություն) 1.1 անգամ գերազանցել են աղքատների կողմից կատարված վճարումներին:

2014 թվականին ոչ աղքատների կողմից պոլիկլինիկական բուժօգնություն անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով կատարած վճարման միջին չափը 4.0 անգամ ավելին է, քան աղքատներինը: Ոչ աղքատների կողմից խորհրդատվության հետ կապված վճարումները (ռենտգեն/ լաբորատոր հետազոտություն) 1.7 անգամ գերազանցել են աղքատների կողմից կատարված վճարումներին:

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:

Աղյուսակ 5.9 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ օգնության համար առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին դիմած բնակչության վճարումների բաշխումը ըստ վճարման ձևի²⁷, ըստ բուժհիմնարկի մասնագետների, 2012-2016թթ., (տոկոսներով)

Բուժհիմնարկի մասնագետների ցանկ	Ընդամենը վճարվել է	այդ թվում															
		%	անձնակազմից որևէ մեկին գնացուցակով, %					նվերներ կամ ծառայություններ, %					խորհրդատվության հետ կապված վճարումներ (ռենտգեն/ լաբորատոր հետազոտություն), %				
			2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Ընդամենը, որից՝	100	88	69.7	73.3	66	74.8	1	2	1	2.7	1.1	11	28.3	25.7	31.3	24.1	
Մանկաբույժ	100	96	27.8	53.6	30.6	57.8	1	26.7	19.2	16.6	3.4	3	45.5	27.2	52.8	38.8	
Մանկաբարձ/ գինեկուլոգ	100	73.2	38	72.8	34.9	64.8	0.8	1.3	0.4	6.3	2.4	26	60.7	26.8	58.8	32.8	

Աղբյուրը՝ *SSԿԱՀ 2012-2014*

Աղյուսակ 5.10 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ բուժօգնության համար հիվանդանոց դիմած բնակչության բաշխվածությունն ըստ բուժօգնության ծառայությունների տեսակի և վճարման ձևի, մեկ հիվանդի հաշվով, 2012-2014թթ., (տոկոս)

	Ընդամենը	այդ թվում																			
		Հիվանդանոցի գանձապահին, %					Վճարումներ անմիջապես բուժանձնակազմին (բժիշկներ, բուժքույրեր և այլն), %					Նվեր կամ որևէ մատուցած ծառայություն բուժանձնակազմից որևէ մեկին, %					Այլ վճարումներ, այդ թվում՝ լաբորատոր և ռենտգեն հետազոտությունների կամ դեղորայքի համար, %				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Մանկաբարձ-գինեկուլոգ	100	65	61.9	58.8	62.4	56	19	14.1	23.3	22.4	19.9	5	3.7	3.3	5.1	1.2	11	20.3	14.6	10.1	22.9
Ընդամենը	100	80	84.2	81	77.5	85.3	9	5.7	6.4	9.3	4.8	1	0.7	0.7	0.9	0.5	10	9.4	11.9	12.3	9.4

Աղբյուրը. *SSԿԱՀ 2012-2014թթ.*

²⁷ Որևէ վճարում կատարած հիվանդների հաշվով:

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:

5.4.3 Տնային տնտեսությունների մոր և մանկան առողջապահության ծախսերն ըստ կենսամակարդակի և բնակության վայրի

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 և բնակության վայրի: Այդ նպատակով անհրաժեշտ կլինի առավել մանրամասն ուսումնասիրել ՏՏԿԱՀ տվյալների բազան և հաշվարկել ըստ քվինտիլային կամ դեցիլային խմբերի տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսերում վերարտադրողական առողջության վրա կատարված ծախսերը և ամփոփ տվյալները ստանալ՝ ըստ այդ խմբի բնակչության թվաքանակի: Նման վերլուծությամբ հնարավոր կլինի գնահատել նախ, վերարտադրողական առողջության դիմաց վճարումների ֆինանսական բեռը տարբեր խմբերի տնային տնտեսությունների վրա և, երկրորդ, պետության կողմից տրամադրվող օժանդակության ազդեցությունն ու արդյունավետությունը:

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:²⁸ 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:²⁹

²⁸ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2015 և 2017, վիճակագրական ժողովածուներ, ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017, էջ 157:

²⁹ Նույն տեղում, Ե. 2015, էջ 145 և 161:

Աղյուսակ 5.11 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայություններին դիմած բնակչության բաշխումն ըստ բուժհիմնարկի մասնագետների և աղքատության մակարդակի, 2012-2016թթ., (տոկոս)

Բուժհիմնարկների մասնագետների ցանկ	Ոչ աղքատներ					Աղքատներ (առանց ծայրահեղ աղքատների)					Ծայրահեղ աղքատներ					Ընդամենը				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Մանկաբույժ	7.4	5.5	8.1	8.4	8	8.2	11.6	9.6	11.8	9.6	0	0	14.8	0	9.2	7.5	6.7	8.5	9.1	8.3
Մանկաբարձ/գինեկոլոգ	2.1	2.7	4.4	4.5	1.6	4.7	4.6	3.9	3.7	1.2	0	0	0	0	0	2.6	3.1	4.2	4.3	1.5

Աղբյուրը. *SSYUZ 2012-2014թ.*

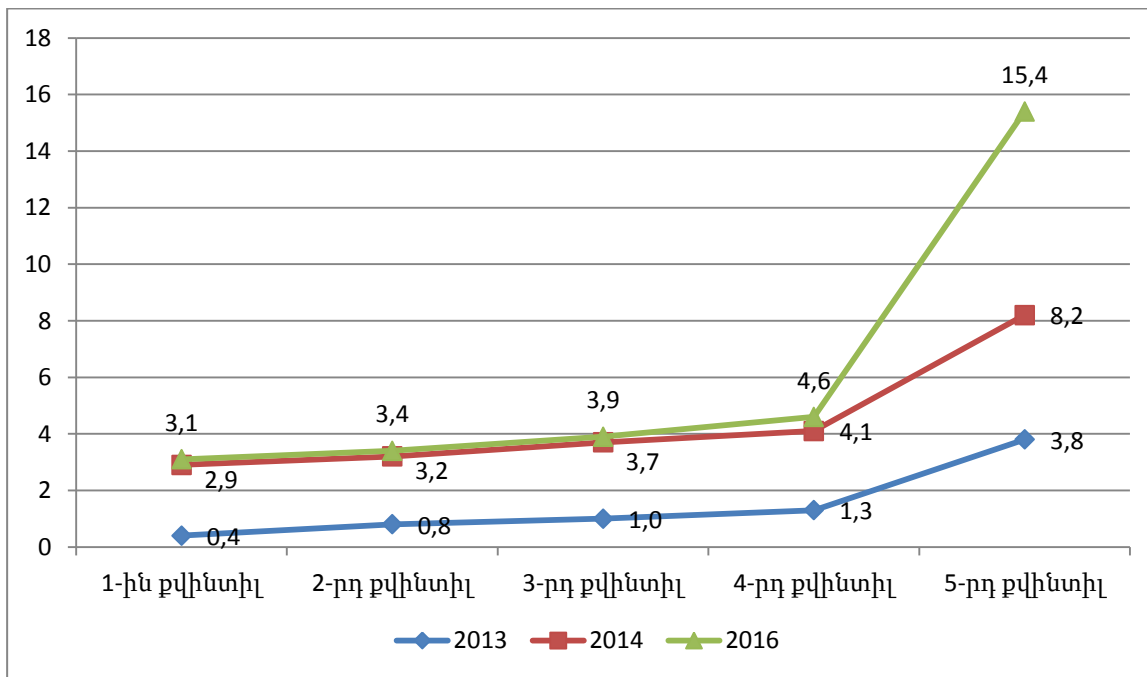
Աղյուսակ 5.12 Սպառման բաղադրիչներն ըստ քվինտիլային խմբերի և տարածաշրջանների, 2008 և 2016թթ. (միջին հանրապետական գներով, դրամ, ամսական, մեկ չափահաս անձի հաշվով)

	Աղքատ		2		3		4		5		Ընդամենը	
	2008	2016	2008	2016	2008	2016	2008	2016	2008	2016	2008	2016
Բոլոր տնային տնտեսությունները												
Առողջապահություն	12	1 022	154	1516	259	2379	687	3543	6133	20030	1449	5698
Միջին	22849	32640	30730	44912	38270	60894	47760	76924	74782	130418	42870	69159
ք. Երևան												
Առողջապահություն	1	1396	173	2262	224	3572	998	4434	4877	27988	1656	10381
Միջին	23284	32478	30844	45857	38359	60934	47721	78231	75591	141315	47311	80561
Այլ քաղաքների տնային տնտեսություններ												
Առողջապահություն	11	768	206	1355	276	1870	323	3494	7041	14012	1182	3256
Միջին	22259	32693	30609	44743	38037	60861	47948	76297	76138	124933	39296	61334
Գյուղաբնակ տնային տնտեսություններ												
Առողջապահություն	21	932	87	1 142	280	1 967	647	2 826	7 463	11 257	1 486	3 440
Միջին	23184	32730	30732	44402	38351	60893	47652	76 290	72451	116883	41691	65227

Աղբյուրը՝ *SSYUZ 2008 և 2016:*

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



Աղբյուրը՝ SS4UՀ 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 ենթատքստով, բնակչության չորս քվինտիլային խմբերի ոչ այնքան բարվոդ 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: Այս և մի քանի այլ ցուցանիշներ անուղղակիորեն վկայում են բուժօժանությունների համահավասարության սկզբունքի խախտման մասին, ինչը գերակա խնդիր պետք է լինի պետական քաղաքական ծրագրերում և ռազմավարություններում:

Մոր և մանկան առողջության և, ընդհանրապես, բնակչության կողմից առողջապահական ծառայությունների դիմաց կատարված ծախսերն ուսումնասիրելիս, հարկ է հաշվի առնել երեք կարևոր հանգամանք.

Նախ, բնակչության հիվանդացության մակարդակն և առողջության վիճակը բնութագրող ցուցանիշները ժամանակային կտրվածքով ցուցաբերում են աճի, նվազման կամ որոշակի կայունության հստակ միտումներ:

Երկրորդ, նույն միտումները հնարավոր է նկատել պաշտոնական վիճակագրության կողմից հրապարակվող առողջապահական ծառայությունների ծավալների փոփոխության մասով, ընդ որում 2014-2015 թվականներին արձանագրված ծառայությունների իրական ծավալների կրճատումը 2016 թվականին փոխարինվել է 1.4 տոկոսանոց աճով՝ բուժծառայությունների գների շարունակվող աճի պայմաններում:

Երրորդ, տնային տնտեսությունների հետազոտության դեպքում, հետազոտության նպատակների ու ընտրանքի ձևավորման մեթոդի առանձնահատկություններով պայմանավորված, յուրաքանչյուր տարի կարող են ստացվել ըստ էության տարբեր ցուցանիշներ, ինչը որոշակիորեն դժվարացնում է տնային տնտեսությունների կողմից առողջապահության և ի մասնավորի՝ մոր և մանկան առողջության վրա կատարվող ծախսերի դիտարկումը ժամանակի երկար միջակայքի ընթացքում:

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:

5.5 Ծախսերի և առողջապահական ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն

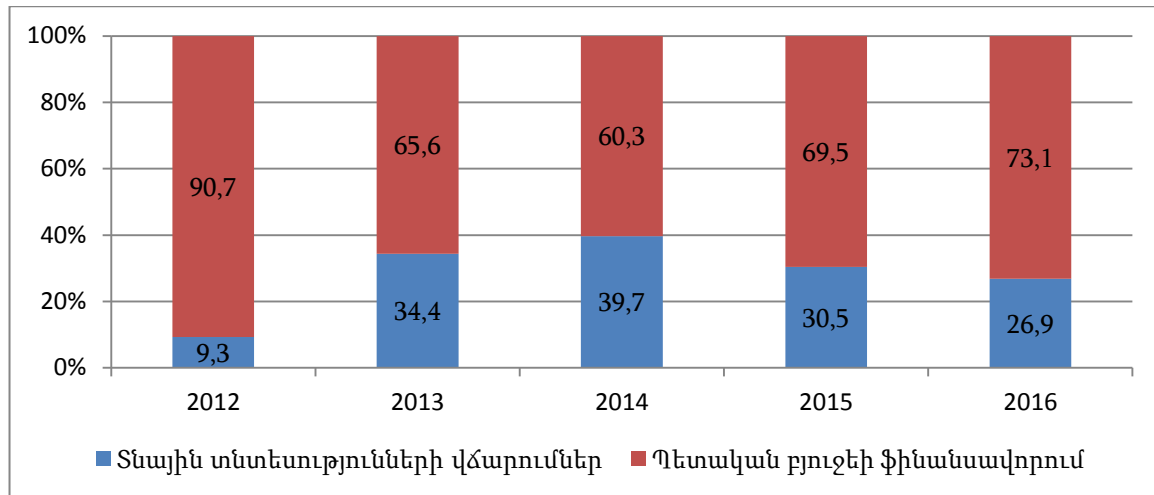
Մոր և մանկան առողջապահության պետական և մասնավոր ծախսերի վերլուծության գլխավոր նպատակը հնարավոր փոխազդեցությունների բացահայտումն է, այնուհետև այդ ծախսերի տնտեսական և նյութական արդյունավետության և իհարկե ծախսերից ակնկալվող նյութական և ոչ նյութական օգուտների գնահատումը:

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 ծառայություններից 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 5.11 Պետության և տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ընդհանուր ծախսերի կառուցվածքում 2012-2016 թվականներին, տոկոս



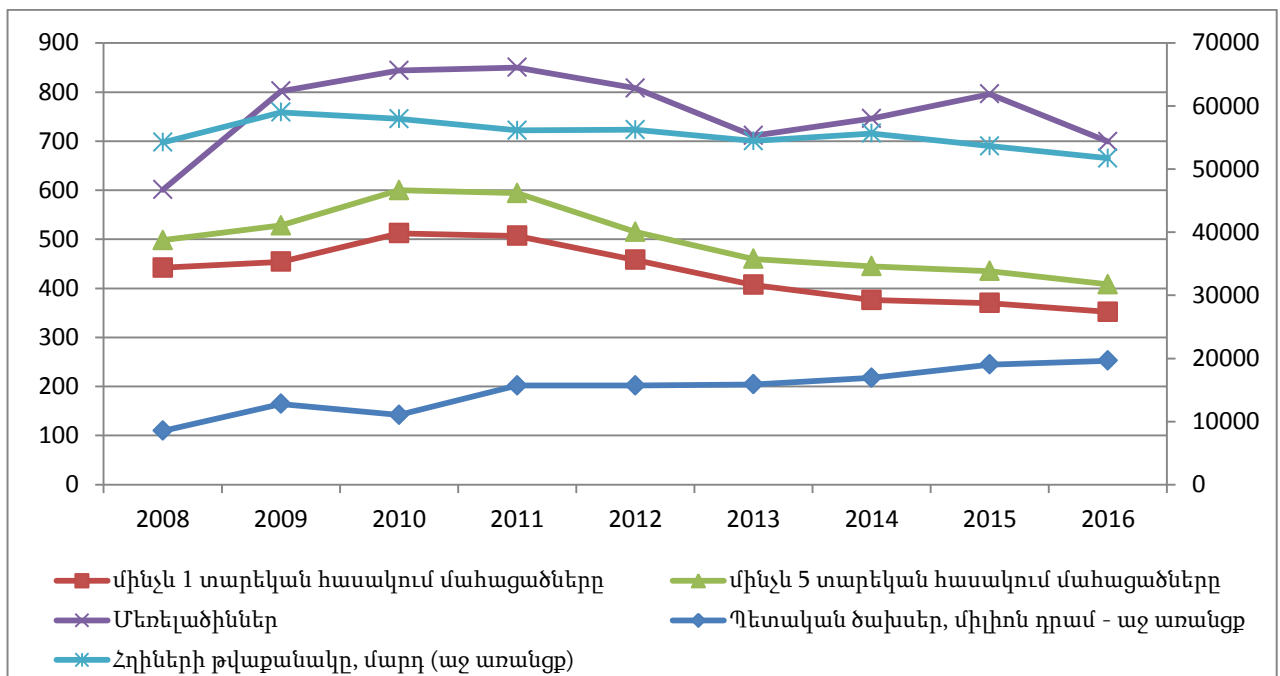
Աղյուսակ 5.13 Մոր և մանկան առողջապահության ծառայությունների դիմաց պետական և տնային տնտեսությունների ծախսերը 2012-2016 թվականներին, միլիոն դրամ

	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:

Գծապատկեր 5.12 Պետական ծախսերի ծավալների և ժողովրդագրական ցուցանիշների դինամիկաները 2008-2016 թվականներին

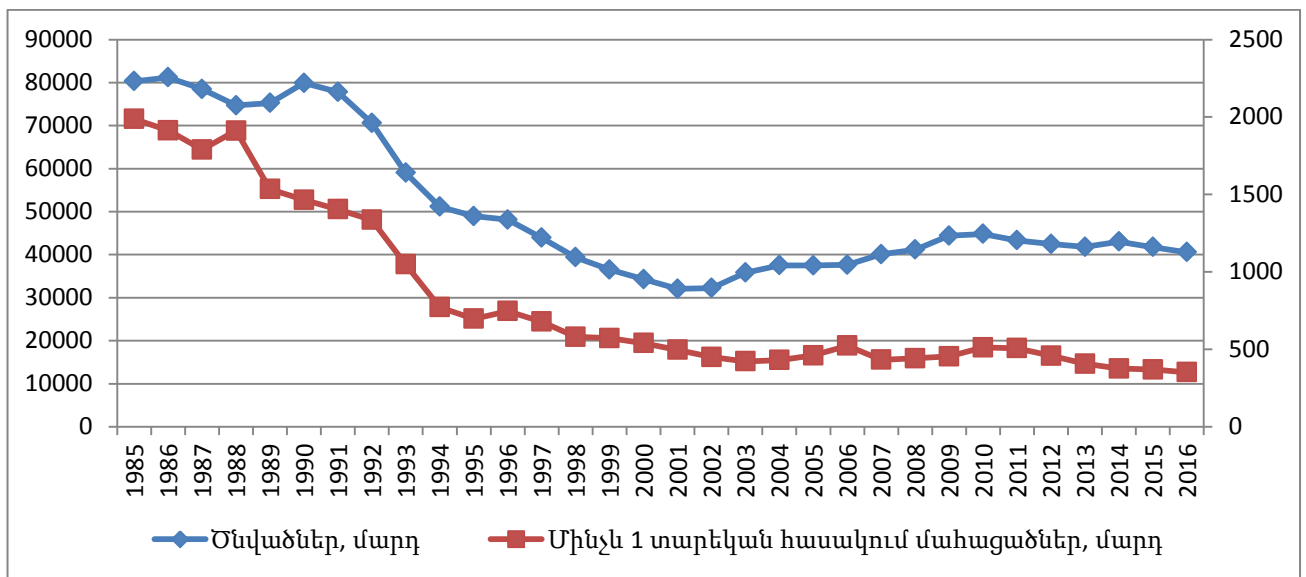


Գծապատկերում արտացոլված կորերի դինամիկաներից նկատելի է հստակ հակադարձ կախվածությունը պետական ֆինանսավորման ծավալների աճի և մանկամահացության ու երեխաների մահացության դեպքերի միջև: Ընդ որում, 2009-2010 թվականների միջակայքում տեղի ունեցած փոփոխությունների հիման վրա վստահաբար կարելի է պնդել, որ 2008 թվականից 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, ինչպես ցույց է տրված վերևում, վերջինիս դինամիկան խիստ իրավիճակային է և ավելի շատ կախված է կոնկրետ տարում հղիների մոտ հանդիպող ռիսկային դեպքերի քանակից:

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 5.12): 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 5.13 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 5.14 Ծնվածների թվաքանակի և մանկամահացության ցուցանիշների պարզ գծային ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները

Simple Linear Regression Analysis

<i>Regression Statistics</i>	
Multiple R	0.95
R Square	0.91
Adjusted R Square	0.91
Standard Error	162.2
Observations	32

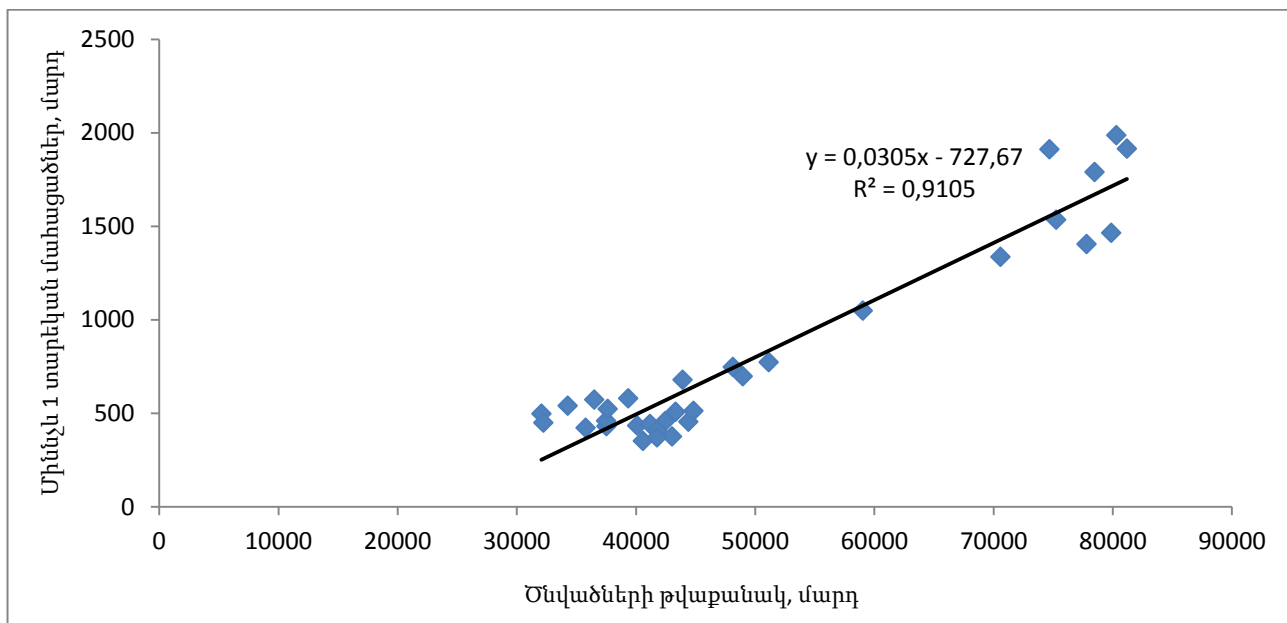
ANOVA

	<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		
Total	31	8823785.5			

	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>	<i>Lower 95%</i>	<i>Upper 95%</i>	<i>Lower 95%</i>	<i>Upper 95%</i>
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 5.14-ում ներկայացված ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքներն ու ռեգրեսիայի գործակիցը, ինչպես նաև Գծապատկեր 5.12-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 5.14 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 աղյուսակի³⁰, հավասար է 4.08: $F_{\text{actual}} = 305.2 > F_{\text{critical}}(0.05, 1, 30) = 4.08$, այսպիսով 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 կախվածության հիման վրա կատարված մանկամահացության դեպքերի կանխատեսման հաշվարկը ներկայացված է աղյուսակ 5.15-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

³⁰ 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.

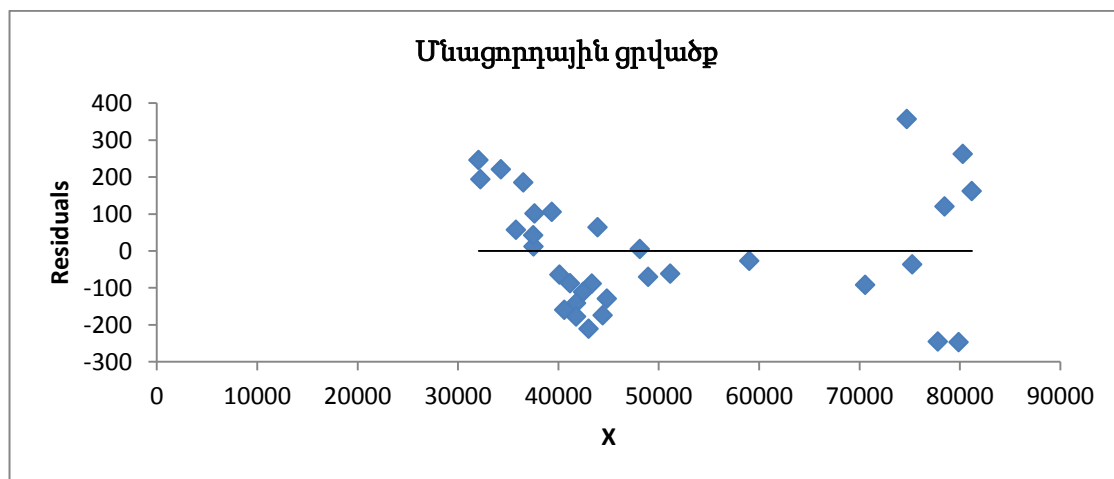
դեպք՝ 766 և 1 443 նվազագույն և առավելագույն արժեքներով:

Աղյուսակ 5.15. 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

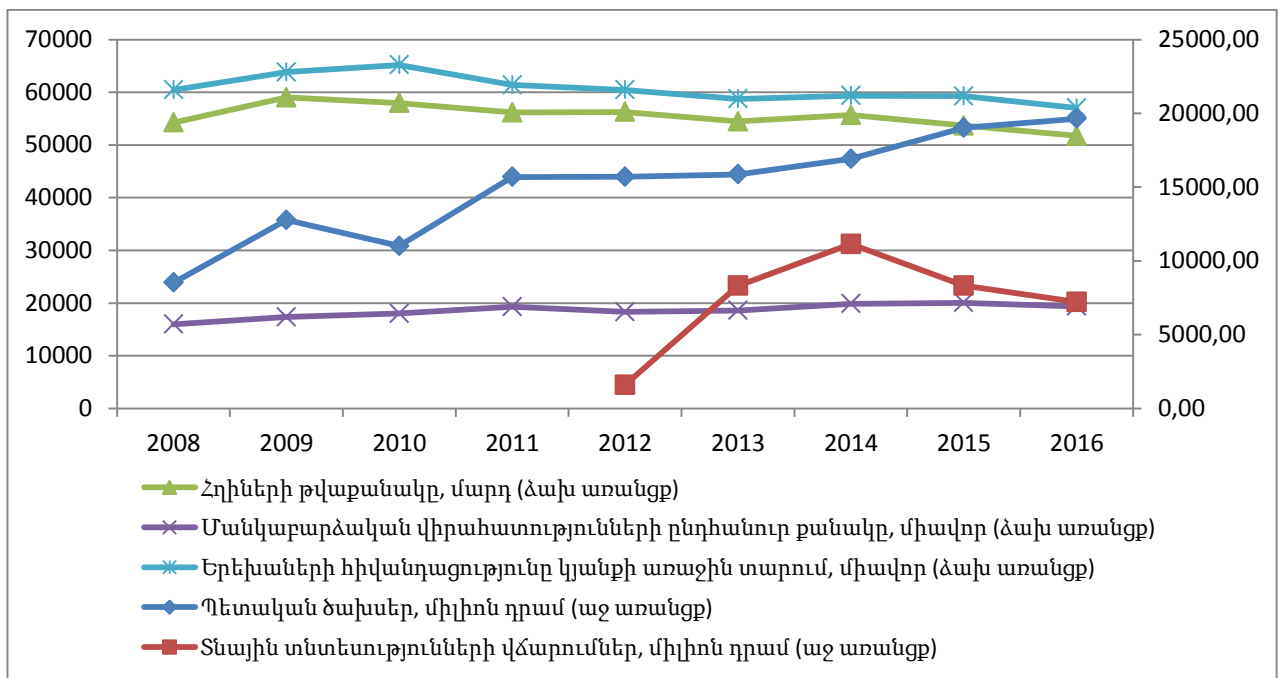
Ռեգրսիոն մոդելը վստահաբար կարելի է օգտագործել կանխատեսումներ կատարելու համար, քանզի գծապատկեր 5.14-ում ներկայացված «մնացորդային վերլուծության» ցրվածքը վկայում է այլ գործոնների նվազագույն կամ ոչ նշանակալի ազդեցության մասին:

Գծապատկեր 5.15 Մնացորդային ցրվածքի գրաֆիկական պատկերը



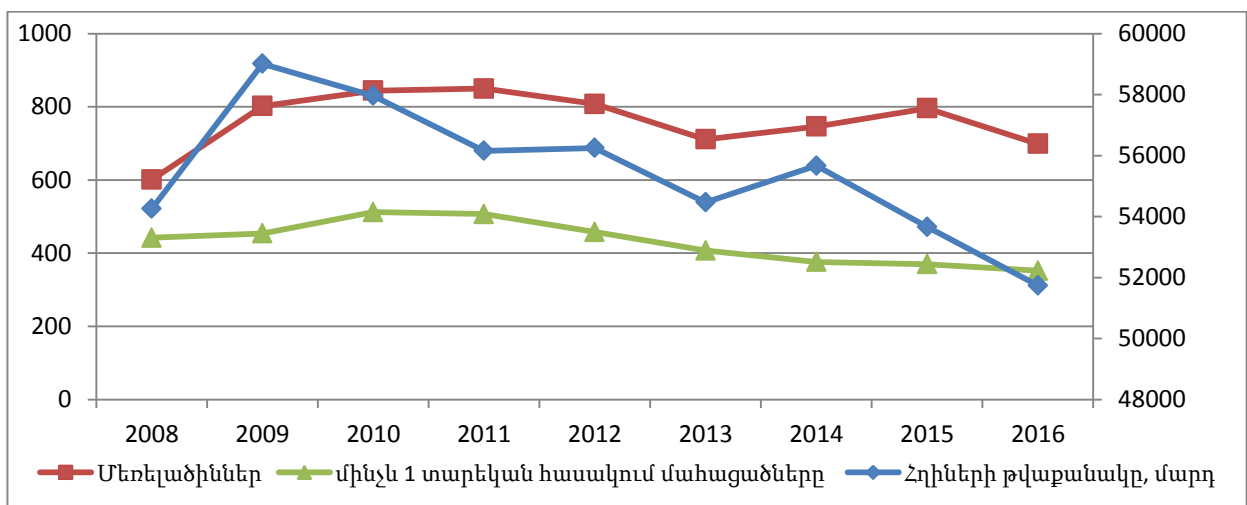
Այնուհանդերձ, հաջորդիվ ներկայացվող գծապատկերից տեսանելի է, որ պետական ծախսերի ավելացմունն ուղեկցվել է, մի կողմից, կյանքի առաջին տարում երեխաների հիվանդացության դեպքերի կրճատումով, մյուս կողմից, ավելացել է մանկաբարձական վիրահատությունների քանակը:

Գծապատկեր 5.16 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:

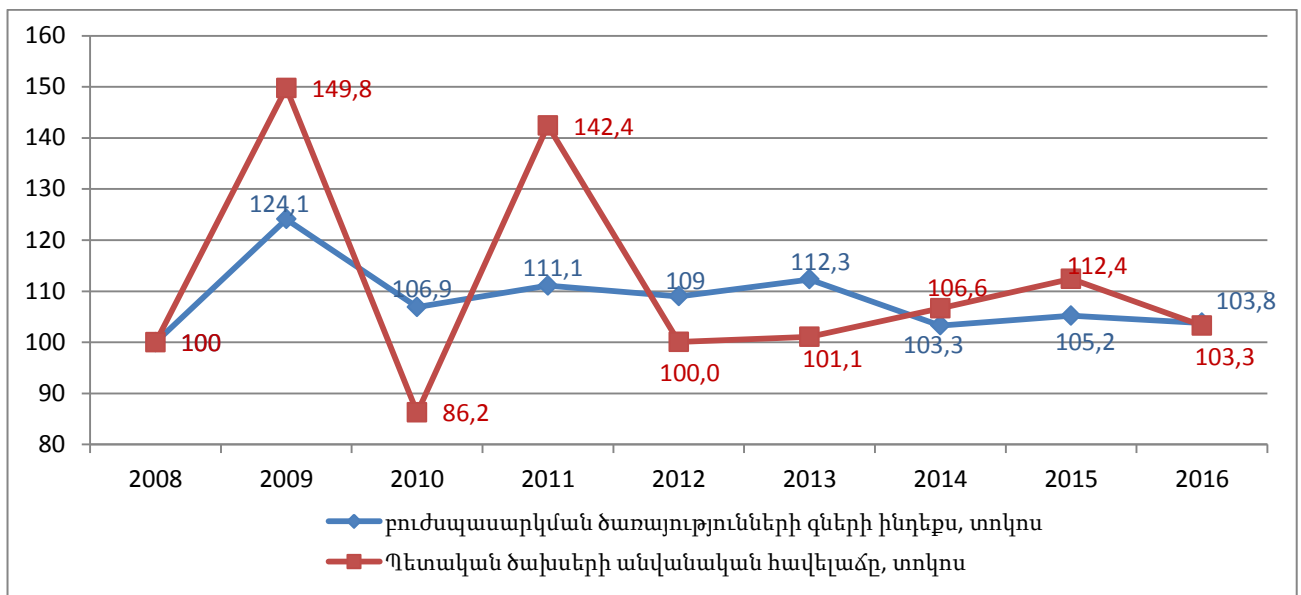
Գծապատկեր 5.17 Հղիների թվաքանակի, մանկամահացության և մեռելաճնության ցուցանիշների դինամիկան 2008 – 2016 թվականներին



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

Գծապատկեր 5.17-ից տեսանելի է, որ 2009 թվականից սկսած յուրաքանչյուր հաջորդ տարի շարունակաբար արձանագրվել է բուժօպասարկման ծառայությունների գների աճ, ինչն, ընդհանրության մեջ, ավելի բարձր է եղել, քան մոր և մանկան առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի անվանական աճը:

Գծապատկեր 5.18 Պետական ծախսերի անվանական աճի և բուժօպասարկման 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 բուժապասարկման ծառայությունների թանկացումը:

Բժշկական հաստատությունների գործունեության վերաբերյալ տնտեսական և ֆինանսական ցուցանիշների բացակայությունը լուրջ խոչընդոտ է մոր և մանկան առողջապահական ծառայությունների ինքնարժեքի և գնագոյացման մեխանիզմները, առաջարկի և պահանջարկի փոփոխություններն ու հարաբերակցությունը գնահատելու տեսանկյունից:

Բաց է մնում այն կարևոր հարցը, թե ծառայությունների ծավալների անվանական աճը որքանով է պայմանավորված գների աճով և որքան պահանջարկի ավելացումով: Այլ հավասար պայմաններում հատկապես հիվանդացությունների մասով նախընտրելի կլինեն պահանջարկի կրճատումը կայուն գների պայմաններում, ինչը, ցավոք նկատելի չէ: դեռևս պարզ չէ, թե այս ոլորտում ևս շուկայական հարաբերությունների արմատավորումը որքանով են ազդում տնային տնտեսությունների համար ծառայությունների մատչելիության վրա, քանզի գնաճի արդյունքում «ոչ կամավոր» պահանջարկի կրճատումը գնաճային նոր ռիսկերի աղբյուր կարող է լինել: Ասվածի կողմնակի ապացույց մենք տեսնում ենք ըստ քվինտիլային խմբերի դասակարգված տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում առողջապահության ծախսերի տեսակարար կշիռների չափազանց մեծ տարբերություններում, երբ ծառայություններից փաստորեն օգտվում և արձանագրված ծավալներն ապահովվում է գլխավորապես միջին և միջինից բարձ եկամուտ ունեցող բնակչությունը:

Բնակչության եկամտի տարբեր մակարդակ և սոցիալական տարբեր կարգավիճակ ունեցող տնային տնտեսությունների համար մոր և մանկան առողջապահության և վերարտադրողական առողջության ծառայությունների հասանելիության, մատչելիության, գրպանից դուրս վճարումների, պետական ֆինանսավորման հասցեականության, ծախսերի արդյունքայնության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալների բացակայությունը հնարավորություն չի տալիս իրականացնել համակարգի ֆինանսավորման ախտաբանություն՝ բացահայտելու նպատակով ֆինանսավորման արդարացիության և սպառողների համար համահավասարության ապահովման աստիճանը:

Տեղեկատվության և վերլուծական բազայի բացակայությունը լուրջ մարտահրավեր է ոլորտային ռազմավարությունների և նպատակային ծրագրերի, ինչպես նաև ընդհանրության մեջ արդյունավետ քաղաքականություն մշակելու առումով, քանզի ընդհանրացված ցուցանիշների հորձանուտում շատ հաճախ անտեսված են մնում բնակչության սոցիալական այն խմբերը, որոնք իրապես ունեն մոր և մանկան և վերարտադրողական առողջապահության հասանելի և մատչելի ծառայությունների կարիքը:

Վերլուծությունների համար անհրաժեշտ տեղեկատվական բացը անհրաժեշտ է լրացնել առողջապահական կազմակերպությունների նաև տնտեսական և ֆինանսական գործունեության մասով տվյալների հավաքագրման գործիքակազմի ներդրման ճանապարհով, որի հնարավորություններն ընձեռում է վարչական վիճակագրության հայեցակարգը:

Բաժին 6. Ծախսեր և օգուտներ վերլուծություն

Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում իրականացվող ներդրումներից և գործառնական ծախսերից ակնկալվող ֆինանսական օգուտների շրջանակը խիստ նեղ է: Որպես տնտեսական գործունեության տեսակ, մոր և մանկան առողջապահությունը պետության կողմից հասարակության պահանջմունքների բավարարմանը միտված գործառույթ է, այն շուկայական չէ և միտված չէ շուկայում շահույթ ստանալու նպատակով ծառայությունների մատուցմանը:

Մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում պետական և մասնավոր կապիտալ ծախսերի մասով տվյալների բացակայության պատճառով հնարավոր չէր իրականացնել «ծախսեր և օգուտներ վերլուծություն»:

Ծախս-օգուտ վերլուծությունը ֆինանսական օգուտների ներքո ենթադրում է կատարվող ներդրումներից փաստացի ստացվող օգուտները ներկայում և ապագայում, այնպես էլ ներկա ավելի փոքր ծախսերի շնորհիվ ապագայում փաստացի ակնկալվող և/կամ հնարավոր ավելի մեծ ծախսերը կրճատելու կամ չեզոքացնելու միջոցով: Ըստ էության, առողջապահությունում ընթացիկ ծախսերից ֆինանսական օգուտները գնահատվում են ապագայում չկատարվող ծախսերի հաշվին խնայողությունների չափի տեսքով, որի լավագույն օրինակը «Իմունականխարգելման ազգային ծրագիրն» է: Այդ ծրագրի շնորհիվ երկրում շեշտակի կրճատվել են կառավարելի վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության և կառավարելի վարակիչ հիվանդություններից մահվան դեպքերը:³¹

Հաջորդ լուրջ ներդրումը, որն ընդարձակվում է բնածին ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված նորածնային սկրինինգ ծրագրերն են, որոնք 2015 թվականից սկսած ընդլայնվում են, այդ թվում՝ նորածինների սրտի կրիտիկական արատների վաղ հայտնաբերման նոր սկրինինգը:

Վերջին տարիների կարևոր ձեռքբերումներից է անպտղության ցուցանիշի կրկնակի կրճատումը և այլն:

³¹ Տես՝ ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, էջ 191-196:

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:

6.1 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: Հետազոտված տնային տնտեսությունները որպես բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման չլիմելու հիմնական պատճառ, նշել են ինքնաբուժումը (երևանաբնակներ՝ 55.5%, այլ քաղաքների բնակչություն՝ 48.6% և գյուղական բնակչություն՝ 48.5%), ֆինանսականը (գյուղական բնակչություն՝ 24.4%, այլ քաղաքների բնակչություն՝ 22.5%, երևանաբնակներ՝ 18.1%), որը երկրորդն է պատճառների շարքում:
- ✓ 2013 թվականի համեմատ 2016 թվականին մոտ կրկնակի կրճատվել է մոր և մանկան առողջության ծախսերի ծանրաբեռնվածությունը տնային տնտեսությունների բյուջեներում՝ 4%-ից 2%:
- ✓ Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության տվյալները փաստում են, որ, տնտեսական և սոցիալական բազմաթիվ գործոններով պայմանավորված, երեխաների և կանանց (մայրերի) աղքատ լինելու ռիսկը բավականին բարձր է բնակչության մյուս խմբերի համեմատ:
- ✓ 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: **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**

զերակա 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, մեռելածնությունը, 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 (*ԱԱՊ 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 անզամ աճի միտում:
- ✓ Կատարված ծախսերից ստացված դրական արդյունքները առավել նկատելի են մի քանի ցուցանիշների մասով՝ մանկական մահացություն, անպտուղության մակարդակի կրճատում, պատվաստումների գործընթացում երեխաների ընդգրկվածության առավելագույն մակարդակ և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների մասով հիվանդացության և մահվան դեպքերի կրճատում:

6.2 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 գործառույթը, 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 համահավասարությունն ապահովող առողջապահության ֆինանսավորման ռազմավարությունների մշակման գործառույթը:

1. ՄԱԿ-ի «Երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիա»
2. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, վիճակագրական - վերլուծական զեկույց (Ըստ 2016թ.-ի տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության արդյունքների), ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017
3. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու 2017. ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2017
4. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական վիճակը, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ԱՎԾ, Ե. 2014
5. ՀՀ վիճակագրական տարեգիրք, 2016թ, Երևան
6. Հայաստանի Հանրապետության 2011-2013թթ. Պետական միջնաժամկետ Ծախսերի ծրագիր, Հավելված ՀՀ կառավարության 2010թվականի հուլիսի 8-ի N859-Ն որոշման
7. Հայաստանի ԿԶՆ ցուցանիշներ - <http://www.armstat.am/am/?nid=655>
8. ՀՀ 2017-2019 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր
9. «Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգիչ», Տասներորդ վերանայում, ՀՀ ԱՆ, Երևան 2013
10. 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.
11. 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*
12. 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.