

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ, ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐ

ժ ինչպե՞ս եք գնահատում այս ոլորտների բարեփոխումների արդյունավետությունը

Վերջին տարիներին ՀՀ կառավարությունն իրականացնում է մի շարք ծրագրեր, որոնք ուղղված են սոցիալական պաշտպանության և առողջապահության ոլորտների բարեփոխմանը, սակայն հասարակության լայն շրջանակները չեն զգում բարեփոխումների դրական արդյունքները: Մասնավորապես, չնայած տարեցտարի աճում են առողջապահության ոլորտին ուղղվող պետական ծախսերը, ցածր է մնում առողջապահական ծառայություններից բնակչության օգտվելու աստիճանը, այն հատկապես ցածր է գյուղական բնակավայրերում և աղքատ բնակչության մոտ¹: Առողջության առաջնային պահպանման ոլորտում բարեփոխումների առանցքը ընտանեկան բժշկի ինստիտուտի ներդրումն է: Առայժմ վաղ է գնահատել այդ բարեփոխման արդյունավետությունը ամբողջությամբ, սակայն արդեն այսօր արդեն ակնհայտ է, որ ընտանեկան բժշկները չեն ստացել կամ ստանում այն կարգավիճակը, որը կհամապատասխաներ ֆինանսավորման մեխանիզմների, ռեսուրսների կառավարման և որոշումների կայացման ոլորտներում կատարված փոփոխություններին, ինչպես նախատեսվում էր: Առողջապահության ոլորտում սեփականաշնորհման գործընթացների արդյունքում ստեղծվել է այնպիսի համակարգ, ուր հարուստները կարող են գնել ու մատչելի դարձնել որակյալ ծառայություններ մասնավոր հատվածում, իսկ այլոք դժվարություններ ունեն ստանալու ամենատարրական ծառայությունները և դեղամիջոցները:

Սոցիալական աջակցության ոլորտի վերջին տարիների քաղաքականությունն ուղղված է եղել ոլորտի ամենամեծ ծրագրի՝ ընտանեկան նպաստների համակարգի հասցեականության բարձրացմանը՝ այն օգտագործելով որպես բնակչության ամենաանապահով շերտի աղքատության կրճատման կարևոր գործիք: Վերանայվել է ընտանիքների անապահովության գնահատման կարգը և էլ ավելի է խորացվել նպաստների չափի տարբերակված հատկացման կիրառումը: Սակայն սահմանափակ է մնում ընտանեկան նպաստների համակարգում ընդգրկվածությունը՝ աղքատ բնակչության միայն մեկ քառորդն է ընդգրկված այս ծրագրում²: Սա խոսում է համակարգի խիստ անարդյունավետության և ցածր հասցեականության մասին:

Ոլորտի մյուս կարևորագույն մասի՝ կենսաթոշակային ապահովության բարեփոխումների փուլը նոր է սկսել և վաղ է խոսել արդյունքների մասին:

ժ Ի՞նչ վերանայումների կարիք ունեն հիմնական մոտեցումները

Այսօր Հայաստանում ծնված երեխան 5 անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունի մահանալու մինչև մեկ տարեկանը և 4,7 անգամ՝ ավելի հավանականություն՝ մահանալու մինչև 5 տարեկանը, քան երեխան, որը ծնվել է Մեծ Բրիտանիայում: Երբ երեխան դառնա հինգ տարեկան, նա իր կյանքում 2,6 անգամ ավելի հավանականություն ունի տուբերկուլյոզով հիվանդանալու, քան իր բրիտանացի տարեկիցը: Կանայք մեր երկրում 4,4 անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեն հղիության կամ ծննդաբերության

¹ ՀՀ ԱՎԾ, ՏՃԱԿԻՆ տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, Երևան 2006թ.

² ՀՀ ԱՎԾ, ՏՃԱԿԻՆ տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, Երևան 2006թ.

ժամանակ մահանալու, քան բրիտանացիները: Մեզանում կենսաթոշակը ցածր է նույնիսկ նվազագույն սպառողական զամբյուղի պաշտոնական արժեքից /2006թ. վերջին եռամսյակի ընթացիկ միջին գներով հաշվարկված նվազագույն սպառողական զամբյուղը կազմում է 31677.1 դրամ/: Կոռուպցիան համատարած բնութ է կրում: Բուժսպասարկում ստացողների 76,2%-ը վճարել են բուժօժանայությունից օգտվելիս: Դեղերի հիմնական մասը ձեռք է բերվում հիվանդի կողմից³: Առողջապահական ծառայությունների սպառման ծավալները 4.48 անգամ գերազանցում են առողջապահական ծառայություն մատուցողների ցույց տրված ծավալին⁴: Բժշկական օգնության և ծառայությունների ներկայիս ստվերային շրջանառությունը գնահատվում է 65-70%-ի սահմաններում, իսկ դեղագործական ապրանքների շրջանառությունը 73-75%-ի սահմաններում⁵: Ըստ տնային տնտեսությունների հետազոտության դեղագործական ապրանքների գնման ծավալը 10 անգամ գերազանցում է դրանց վաճառքը, իսկ այս ոլորտում աշխատողների թիվը՝ հետազոտության 1,77 անգամ ավելի է, քան բուժօգնականների և մասնավոր հատվածի հարցման թիվը: Ոչ պաշտոնական, “ստվերային” վճարումները առողջապահության համակարգում դեռևս 2003 թվականին հասել էին 100 միլիոն ԱՄՆ դոլարի: Այսինքն, յուրաքանչյուր ժամ Հայաստանի առողջապահական համակարգում շուրջ 11,4 հազար ԱՄՆ դոլար ստվերային շրջանառություն կա⁶: Նույնիսկ պաշտոնական աղբյուրները վկայում են, որ սոցիալական ծառայություններում սխալ են կատարվում նպաստի վճարումները^{7,8}: Գործնականում պարզ չէ երկրում գործազրկության մակարդակը: Դեռևս 1996թ. տնային տնտեսությունների հետազոտության գործազուրկների միայն 25 տոկոսն էին գրանցված զբաղվածության ծառայություններում: Վերջին 10 տարում ոչինչ չի փոխվել և իրական գործազրկության մակարդակը գերազանցում է պաշտոնապես գրանցված գործազրկության մակարդակը շուրջ 4 անգամ⁹: Միաժամանակ, դեռևս 2004թվականին զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացման համար նախատեսված 725.5 մլն. դրամից ծախսվել էր 56.5%: Չծախսված միջոցների մեծ մասը դրամական օգնության ծրագրի համար էր, որը անարդյունավետության պատճառով ծրագիրը դադարեցվել է: Անարդյունավետ են գործում Զբաղվածության տարածքային կենտրոնները՝ աշխատանքի տեղավորվածները գործազուրկների թվի նկատմամբ կազմել են 0.06%, իսկ մասնագիտական ուսուցում ստացածները՝ 0.01%-ից էլ պակաս: Գործազրկության բազային նպաստը կազմում է նվազագույն ամսական աշխատավարձի ընդամենը 60%:

Այս և առողջապահության և սոցիալական պաշտպանության ոլորտների մի շարք այլ մարտահրավերներ պահանջում են ՀՀ կառավարության ավելի արդյունավետ արձագանք:

Այդ առումով, կարևոր է երկրում կատարվող բոլոր սոցիալական վճարումները ուղղակիորեն կապել նվազագույն սպառողական զամբյուղի և սպառողական բյուջեի հետ: Առանց նվազագույն զամբյուղի վրա հիմնված նվազագույն բյուջեի հաշվարկման և այդ բյուջեի հիման վրա կենսաթոշակի, նպաստի, այլ սոցիալական վճարումների համամասնությունների հաշվարկման գործնականում անհնար է ռեալ փոփոխության

³ Մարդկային աղբյուրները ու աղբատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում, էջ 28 , UNDP ՀՀ կառավարություն,, Երևան 2005

⁴ «Հայացք տնտեսությանը», թիվ 14(26) Տնտեսական բարեփոխումների վերլուծական-տեղեկատվական կենտրոնի տեղեկագիր, 25. նոյեմբերի 2004թ.ի

⁵ Մարդկային աղբյուրները ու աղբատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում, էջ 33 , UNDP ՀՀ կառավարություն,, Երևան 2005

⁶ «ԱՀՌԾ իրականացումը առողջապահության ոլորտում», Սոցիալական քաղաքականության և զարգացման կենտրոն, Երևան, 2006թ

⁷ «ԱՀՌԾ իրականացման առաջընթացի հաշվետվություն (2004թ. – 2005թ. I կիսամյակ)» ՀՀ կառավարություն, 2006թ., մայիս, կետ 94

⁸ ԱՀՌԾ սոցիալական մոնիտորինգի որակական գնահատման հաշվետվություն, «Հազարաշեն» ազգաբնակչության հետազոտությունների հայկական կենտրոն, 2005թ, Երևան

⁹ «ԱՀՌԾ իրականացման առաջընթացի հաշվետվություն (2004թ. – 2005թ. I կիսամյակ)» ՀՀ կառավարություն, 2006թ., մայիս, կետ 110

հասնել ոլորտում: Անհրաժեշտ է վերանայել ընտանեկան նպաստների համակարգն ամբողջությամբ, լուրջ քայլեր ձեռնարկել համակարգում կոռուպցիայի կրճատման և հասցեականության բարձրացման ուղղությամբ:

Առողջապահության ոլորտի բարեփոխման քաղաքականությունը պետք է հիմնվի է առողջապահական ծառայությունների հավասարության, համախմբման, մատչելիության, թափանցելիության, օրինականության և որակի վերահսկման հիմնարար սկզբունքների վրա: Կարևոր գերակայություն պետք է համարել հիմնական առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարձրացումը՝ քաջալերելով ծառայությունների նոր, նորարարական մոտեցումները և ձևերը: Հիվանդանոցային բուժօգնության համակարգը ոլորտի ամենաանկատար մասն է, որն ունի ինչպես կազմակերպման, այնպես էլ ֆինանսավորման սկզբունքային վերանայումների կարիք: Կարևոր խնդիր է առողջապահական հիմնարկների վերակազմակերպումն և հաշվետվողականության բարձրացումը: Համակարգի ֆինանսավորման մեթոդաբանությունը մշակվել է դեռևս 1997թ.-ին և մինչ այժմ սկզբունքային վերանայման չի ենթարկվել: Արմատական վերանայման կարիք ունի հիվանդանոցային բուժօգնության 1 դեպքի գնի հաշվարկման հիմքում դրված 1 հիվանդի 1 օրվա բուժման գինը, առավել ևս այն պայմաններում, եթե չի օգտագործվում բժշկատնտեսագիտական որևէ չափորոշիչ, ինչպես նաև դեպքերի միջին տևողությունն ընդհանուր առմամբ չի համապատասխանում պետական վիճակագրական համակարգում արձանագրված միջին տևողությանը, իսկ ինչ վերաբերում է հիվանդության բարդության գործակցին, ապա այն ընդամենը փորձագիտական գնահատական է: Ուստի անհրաժեշտ է վերջինիս համար ստեղծել համապատասխան իրավական հիմք՝ օգտագործելով համակարգում առկա գիտական-բժշկական պոտենցիալը: Ավելի արդյունավետ կլինի կիրառել պետական պատվերի տեղադրման տարբերակված մոտեցում, ներկայիս համատարածի փոխարեն: