

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԴԱՎԻԹ ԳՆԵԼԻ ՄԵԼԻՔ-ՆՈՒԲԱՐՅԱՆ

ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ
ԱՂԵՏԱԼԻ ԾԱԽՍԵՐԻ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ
ՆՎԱՋԵՑՄԱՆ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման

Գիտական ղեկավար՝
բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա.Կ. Հայրապետյան

ԵՐԵՎԱՆ – 2016

Հապավումների ցանկ	3
Ներածություն	4
Գլուխ 1. Առողջության համար աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրը և դրանց ազդեցությունը տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի վրա (գրականության տեսություն)	10
Գլուխ 2. Հետազոտության նյութը և մեթոդները	37
Սեփական հետազոտությունների արդյունքների քննարկում.....	44
Գլուխ 3. Հետազոտության մասնակից տնային տնտեսությունների ընդհանուր Բնութագիրը.....	44
3.1. Տնային տնտեսությունների կառուցվածքային և սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշների վերլուծության արդյունքները.....	44
3.2. Տնային տնտեսությունների բժշկական ծառայությունների սպառման վերլուծության արդյունքները	57
Գլուխ 4. Հետազոտված տնային տնտեսությունների անդամների բուժօգնության չդիմելու պատճառների և առողջության համար ծախսերի վերլուծության Արդյունքները.....	66
Գլուխ 5. Հետազոտված տնային տնտեսությունների շրջանում առողջության պահպանման աղետալի ծախսերի վերլուծության արդյունքները.....	86
5.1. Տնային տնտեսությունների շրջանում աղետալի ծախսերի հանդիպման հաճախականության և առանձնահատկությունների վերլուծություն	86
5.2. Տնային տնտեսությունների շրջանում աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գործոնների վերլուծություն	98
5.3. Առողջության համար ծախսերը հոգալու վերաբերյալ հետազոտության մասնակից տնային տնտեսությունների գնահատականների ամփոփում. 102	
Եզրահանգում	106
Եզրակացություններ	116
Գործնական առաջարկություններ	117
Գրականության ցանկ	118
Հավելվածներ	135

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ԱԱՊՀ՝	Առողջության առաջնային պահպանման հաստատություն
ԱԲՍՕ՝	Առաջնային բժշկասանիտարական օգնություն
ԱՀԿ՝	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ՝	Առողջապահության նախարարություն
ԿԱ ԱՎԾ՝	Կառավարությանն առընթեր ազգային վիճակագրական ծառայություն
ՀԲ՝	Համաշխարհային բանկ
ՀՆԱ՝	Համախառն ներքին արդյունք
ՇԲՕ՝	Շտապ բժշկական օգնություն
ՊԲԱ՝	Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն
ՏՏ՝	Տնային տնտեսություն

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Աշխատանքի արդիականությունը: Խորհրդային Միության փլուզման հետ մեկտեղ դադարեց գործել նաև առողջապահության պետական համակարգը, որն ապահովում էր ԽՍՀՄ ամբողջ բնակչությանն անվճար բուժօգնություն ու զերծ պահում նրան մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից իրականացվող վճարումներից և դրանց հետևանքով առաջացող բացասական երևույթներից:

Նորանկախ Հայաստանի Հանրապետությունը, լինելով չհայտարարված պատերազմական իրավիճակում և գտնվելով շրջափակման մեջ, բախվեց նաև առողջապահության ոլորտում մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության դրամատիկ անկման հիմնախնդրին, երբ երկրում ձևավորվող շուկայական հարաբերությունները՝ պետության կողմից առողջապահության թերֆինանսավորման պայմաններում, անխուսափելիորեն ազդեցին բուժօգնություններ մատուցող կազմակերպությունների վրա, առաջացնելով հիվանդների կողմից բժշկական օգնություն ստանալու դիմաց սեփական գրպանից ֆորմալ և ոչ ֆորմալ վճարումների իրականացման անհրաժեշտության փաստի առջև:

Այսպիսով, ստեղծվեց մի նոր իրավիճակ, երբ Հայաստանի առողջապահության համակարգն այլևս չկարողացավ կատարել իր առջև դրված հիմնական խնդիրներից մեկն՝ ապահովել բնակչությանն առողջապահական ծառայությունների համընդհանուր ծածկույթով և երաշխավորել, որ բժշկական ծառայությունների մատուցման դիմաց իրականացվող վճարումները բացասաբար չեն ազդելու ՏՏ-ների կենսամակարդակի վրա: Սակայն, դա չէր կարող բացասական ազդեցություն չունենալ նորանկախ պետության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշների վրա: Արդյունքում, վերջին տասնամյակներին արձանագրվել է մատուցվող բժշկական ծառայությունների սպառման կտրուկ նվազում: Այսպես, 1990թ.-ի համեմատությամբ, 2014թ.-ին ԱԱՊՀ հաճախումների միջին թիվը մեկ բնակչի հաշվարկով կրճատվել է 2,25 անգամ, հիվանդանոցային դիմելիության ցուցանիշի մակարդակը նույն ժամանակահատվածում նվազել է 2,01 անգամ, իսկ հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը 2014թ.-ին կազմել է 1,5%՝ 1990թ.-ին արձանագրված 1,1%-ի փոխարեն: Նվազել է նաև ՇԲՕ ծառայության ծանրաբեռնվածությունը: Այսպես, մեկնումների ընթացքում

բուժօգնության ցուցաբերման ցուցանիշը 2014թ.-ին կազմել է 161,3%, մինչդեռ 1990թ.-ին այն եղել է 226,8% մակարդակում (<< ԱՆ, 2015):

Ցավոք, վերոնշյալ միտումները չեն կարող բացատրվել բնակչության առողջության բարելավմամբ, քանզի պաշտոնական վիճակագրությունը փաստում է նաև, որ աճել են բուն հիվանդացության ցուցանիշները (<< ԱՆ, 2015), ուստի դիտարկվող երևույթներն առավել տրամաբանորեն կարող են բացատրվել վճարովի բժշկական ծառայությունների ներդրումով, բնակչության վճարունակության շեշտակի նվազումով և, որպես հետևանք, ցուցաբերվող բժշկական օգնության հասանելիության կտրուկ անկումով:

Երբ առողջապահության համակարգը չի կատարում իր առջև դրված հիմնական խնդիրը՝ պահպանել, ամրապնդել, իսկ անհրաժեշտության դեպքում վերականգնել բնակչության առողջությունը, և երբ սեփական գրպանից կատարվող վճարումների չափերը գերազանցում են տնային տնտեսությունների (SS) առկա նյութական ռեսուրսները, ապա դրանք կարող են մեծ բեռ լինել SS-ների համար (հատկապես ցածր եկամուտով)՝ դառնալով «աղետալի», և հանդիսանալ SS-ների աղքատացման հիմնական պատճառը (Feenberg D., Skinner J., 1992; Kawabata K., Xu K., Carrin G., 2002; Leivea A., Xu. K., 2008; Brinda et al., 2014; Löfgren C., 2014; Adisa O., 2015):

ԱՀԿ կողմից գնահատված է, որ աշխարհի 89 պետությունների բնակչության շուրջ 10%-ը բախվում է նման ծախսերին և մինչև 4%-ն աղքատանում է դրանց պատճառով: Ավելին, գնահատված է նաև, որ տարեկան մոտ 100 մլն մարդ հատում է աղքատության շեմը՝ բժշկական ծառայություններ ստանալու դիմաց սեփական գրպանից վճարումների իրականացման պատճառով, մինչդեռ արդյունավետ առողջապահության համակարգի առկայության դեպքում ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների թվաքանակը նվազում է մինչև չնչինին հասնող մակարդակը (Xu K., 2007; WHO, 2008, 2012):

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրը Հայաստանում իր գիտականորեն հիմնավորված լուծումն դեռևս չի ստացել: Մինչդեռ, երկրում տիրող բարդ սոցիալ-տնտեսական պայմաններից ելնելով դառնում է ակներև, որ այն հանդիսանում է հանրային առողջության, բժշկական ծառայությունների մատչելիության բարձրացման և սոցիալական հավասարության ապահովման կարևորագույն, առաջնահերթ և արդիական հիմնախնդիրներից մեկը, որի լուծման հապաղումը կարող

է էականորեն և անդառնալի վատթարացնել հազարավոր SS-ների կենսամակարդակն՝ ընդհուպ մինչև աղքատություն, իսկ աղքատներինը՝ մինչև չքավորություն:

Այսպիսով, հաշվի առնելով միջազգային տվյալները, ինչպես նաև Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության առանձնահատկություններն, ակնհայտ է աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի ուսումնասիրության ուղղությամբ հատուկ թիրախային հետազոտությունների իրականացման կարևոր նշանակությունն ու անհրաժեշտությունը:

Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները: Աշխատանքի նպատակն է՝ Երևան քաղաքի բնակչության առողջության վրա աղետալի ծախսերի տարածվածության և կառուցվածքի ուսումնասիրության հիման վրա մշակել գիտականորեն հիմնավորված առաջարկություններ՝ ուղղված աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկերի նվազեցմանն ու ցուցաբերվող բժշկական օգնության մատչելիության բարձրացմանը՝ առաջին հերթին բնակչության առավել խոցելի խավերի համար:

Նպատակին հասնելու համար առաջ են քաշվել հետևյալ խնդիրները՝

1. մշակել «Բնակչության առողջության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության» հատուկ տեղեկատվական հարցաթերթիկ,
2. ուսումնասիրել և գնահատել մայրաքաղաքի SS-ների եկամուտների մակարդակն ու առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը,
3. ուսումնասիրել և գնահատել աղետալի ծախսերի շեմքային մակարդակը Երևանի պայմաններում,
4. բացահայտել և գնահատել աղետալի ծախսերի տարածվածությունն ու կառուցվածքը և դրանց վրա ազդող գործոնները,
5. բացահայտել և գնահատել Երևանի SS-ների կողմից բժշկական օգնության սպառման կառուցվածքն ու մակարդակը,
6. բացահայտել և գնահատել աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գործոնները,
7. մշակել և ներդնել աղետալի ծախսերի ռիսկերի նվազեցման միջոցառումների ծրագիր:

Աշխատանքի գիտական նորույթը: Գիտակցելով և կարևորելով բնակչության մատչելի բժշկական օգնություն ստանալու հիմնարար իրավունքը և դրա թերի լինելու պայմաններում SS-ների բարեկեցության վատթարացման հնարավորությունը, առաջին

անգամ Հայաստանում մեր կողմից իրականացվել է բժշկական ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից վճարումների հետևանք հանդիսացող աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի խորը և համալիր ուսումնասիրություն, որի ընթացքում բացահայտվել և գնահատվել են Երևան քաղաքի SS-ներին բնորոշ ֆինանսական աղետի կառուցվածքային առանձնահատկությունները, ռիսկի գործոնները, ինչպես նաև մշակվել են դրանց նվազեցմանն ուղղված թիրախային միջոցառումներ, որոնք հնարավորություն կընձեռեն զգալի նվազեցնել ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականությունը՝ ռիսկի խմբերում ընդգրկված SS-ների շրջանում:

Ընդ որում, հիմնախնդրի խորը և բազմակողմանի ուսումնասիրությունն ու վերլուծությունն ապահովելու նպատակով՝ առաջին անգամ մշակվել և կիրառվել է «Առողջության վրա բնակչության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության հարցաթերթիկ», որը բացի քանակական տվյալներից պարունակում է նաև ֆինանսական աղետի առաջացմանը նպաստող ու դրանց հետևանքները բնութագրող որակական գործոններ: Աղետալի ծախսերի տեսանկյունից մանրամասն հետազոտվել են տարբեր SS-ների ենթախմբերում բժշկական ծառայությունների սպառման առանձնահատկությունները, կառուցվածքը, սուբյեկտիվ գնահատականը դրանց մատչելիության վերաբերյալ, ինչպես նաև կարևորագույն հիմնահարցը՝ անհրաժեշտության դեպքում բժշկական ծառայություններ ստանալուց հրաժարվելու կամ բուժումը որևէ փուլում դադարեցնելու պատճառները:

Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությունը և արդյունքների ներդրումը: Երևան քաղաքում աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի համալիր ուսումնասիրությունը վկայում է ազգաբնակչությանը մատչելի բժշկական օգնությամբ ապահովման ոլորտում առկա մի շարք խիստ բացասական երևույթների և միտումների մասին: Մասնավորապես՝ աղետալի ծախսերի թվացյալ ցածր մակարդակի հետ մեկտեղ առկա է մեր կողմից «ընդհատակյա ֆինանսական աղետ» անվանված երևույթը, առողջության պահպանման նպատակով կատարված սեփական գրպանից վճարումների զգալի բացասական ազդեցությունը SS-ների (հատկապես առավել խոցելի ենթախմբերի) կենսամակարդակի վրա և ցածր պաշտպանվածության աստիճանը, ազգաբնակչության անբավարար վստահությունն ԱԱՊ օղակի հանդեպ, որի արդյունքում տնտեսությունները գերադասում են դիմել առավել թանկարժեք հիվանդանոցային բուժհաստատություններ, որտեղ մարդկանց մատուցված

ծառայություններն աչքի չեն ընկնում ֆինանսական արդյունավետությամբ, թողնելով էական բացասական աղդեցություն SS-ների կենսամակարդակի վրա և այլն: Վերոնշյալի արդյունքում, գիտականորեն հիմնավորված միջոցառումների ներդրումը՝ ազգաբնակչությանը մատչելի բժշկական օգնություն ապահովելու նպատակով, հանդիսանում է կենսական գերակայություն, ինչու չէ՝ նաև ազգային անվտանգության ապահովման գերխնդիր:

Մայրաքաղաքի SS-ների շրջանում աղետալի ծախսերի ռիսկի նվազեցման նպատակով՝ մեր կողմից մշակվել է «Ֆինանսական աղետի նվազեցմանն ուղղված տնային տնտեսությունների ռիսկի գնահատման և պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ուղեգրերի տրամադրման կողմնորոշիչ սանդղակ», որի կիրառումը հնարավորություն կընձեռի ֆինանսական աղետի առաջացման տեսանկյունից առավել խոցելի տնտեսություններին տրամադրել բժշկական օգնության ուղեգրեր առաջնահերթ կարգով, այսպիսով պաշտպանելով SS-ներին հնարավոր անբարենպաստ զարգացումներից:

Հետազոտության արդյունքների հիման վրա մշակված գործնական առաջարկությունները, այդ թվում մայրաքաղաքում աղետալի ծախսերի առաջացման նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների ծրագիրն ընդունվել են ծառայողական օգտագործման Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչության (02.02.2016թ., թիվ 10/1423 տեղեկանք) և ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալության (02.03.2016թ., թիվ 107/001ՊԱԳ տեղեկանք) կողմից:

Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները:

1. Հետազոտության արդյունքներն ակներև վկայում են Երևան քաղաքի բնակչության շրջանում ինչպես փաստագրված առողջության աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի, այնպես էլ չարձանագրված «ընդհատակյա ֆինանսական աղետի» առկայության մասին: Մի շարք բացահայտված ռիսկի գործոններ կարող են էապես ավելացնել ֆինանսական աղետին բախվելու հավանականությունը:
2. Երևան քաղաքի SS-ների աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության արդյունքում ստացված տվյալները վկայում են բժշկական օգնության ցածր մատչելիության մասին և պահանջում են առողջապահական համակարգի կազմակերպման բարեփոխումներ՝ ուղղված ծառայությունների մատչելիության բարձրացմանը:

3. Ներկայում դիտվում է Երևան քաղաքում մատուցվող բժշկական ծառայությունների արժեքի և ազգաբնակչության եկամուտների միջև խիստ անհամապատասխանություն, որի հետևանքով անգամ հարաբերորեն բարձր եկամուտներով SS-ները ևս կարող են բախվել աղետալի ծախսերի հիմնախնդրին:
4. Ազգաբնակչությանը տրամադրվող բժշկական ծառայությունների ծածկույթը, ինչպես նաև ֆինանսավորման մեխանիզմները կարիք ունեն վերանայման՝ սեփական գրպանից կատարված ծախսերի կրճատման, ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականության նվազեցման, ինչպես նաև «ընդհատակյա ֆինանսական աղետի» երևույթի դեմ արդյունավետ պայքարի իրականացման նպատակով:

Հրապարակումներ: Ատենախոսության հիմնական դրույթներն արտացոլված են 11 տպագրված աշխատանքներում:

Աշխատանքի նախնական փորձաքննություն: Աշխատանքի հիմնական դրույթները զեկուցվել և քննարկվել են ԵՊԲՀ գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում (08.06.2016թ. արձանագրություն թիվ 4), «Միասին՝ հանուն առողջության» Հայաստանի 3-րդ միջազգային բժշկական համագումարում (հուլիսի 7-9, 2011թ.), «Ապացուցողական բժշկությունը Հայաստանում, հորինվածք թե՛ իրականություն» (հոկտեմբեր 18-20, 2012թ.), ինչպես նաև ԵՊԲՀ 2012թ. տարեկան հաշվետու (նոյեմբերի 15-16, 2012թ.) գիտաժողովներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը: Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային 134 էջերում և կազմված է ներածությունից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութը և մեթոդները գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքների քննարկման երեք գլուխներից, եզրահանգումից, եզրակացություններից գործնական առաջարկություններից և հավելվածներից: Աշխատանքը պարունակում է 21 աղյուսակ և 26 նկար, օգտագործված գրականության ցանկը ներառում է 146 աղբյուր:

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՂԵՏԱԼԻ ԾԱԽՍԵՐԻ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ
ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ՎՐԱ
(ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ)

Անկախության տարիներին Հայաստանում ընթացող վիթխարի սոցիալ-քաղաքական փոփոխությունների պայմաններում բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական և առողջության ցուցանիշների զգալի մասը ձեռք է բերել բացասական միտումներ: Վերջին տասնամյակներին նշանակալիորեն աճել է ՀՀ, այդ թվում Երևան քաղաքի բնակչության մահացության ընդհանուր մակարդակը՝ արձանագրված ի հաշիվ մեծ սոցիալական նշանակություն ունեցող մահվան պատճառների, մասնավորապես՝ սրտանոթային հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների, շաքարային դիաբետի, շնչառական, մարսողական օրգանների հիվանդությունների և այլ (Айрапетян А.К., 2001): Վիճակագրական տվյալները փաստում են, որ աճել են նաև առաջնային հիվանդացության ցուցանիշները: Այսպես, 2014թ.-ին ՀՀ բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված չարորակ նորագոյացությունների դեպքերի թիվը (100,000 բնակչի հաշվով) կրկնապատկվել է՝ կազմելով 277.6, 1995թ.-ի տվյալների նկատմամբ՝ 125.2, նույն ժամանակահատվածում առաջնային հիվանդացությունը շաքարային դիաբետով 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում գրեթե հնգապատկվել է՝ 68.0-ից հասնելով մինչև 327.9, իսկ արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդությունների ցուցանիշն աճել է շուրջ 9 անգամ՝ 120.3-ից հասնելով 1024.2-ի («Առողջություն և առողջապահություն» Վիճակագրական տարեգիրք, 2015):

Արձանագրված բացասական երևույթների հիմքում ընկած են բազմաթիվ պատճառներ, այդ թվում առողջապահական համակարգի մատչելիության ցածր մակարդակը, ինչպես նաև ազգաբնակչության սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների անկատարությունը: Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վատթարացման լույսի ներքո, հատուկ կարևորություն է ստանում քաղաքացիների կողմից հիվանդանալու դեպքում հիվանդության և բուժման հետ պայմանավորված ֆինանսական ծախսերը հոգալու հնարավորությունը և դրանց բացասական ազդեցության նվազեցումը ՏՏ-ների կենսամակարդակի վրա:

Խորհրդային Միությունում գործող Սեմաշկոյի առողջապահության համակարգը ապահովում էր ազգաբնակչությանը մատչելի և անվճար բժշկական օգնությամբ, սակայն երկրի փլուզմանը զուգընթաց քայքայվեց նաև նախկին համակարգը՝ հանկարծակիի բերելով ինչպես նորանկախ Հայաստանի կառավարությանը, այնպես էլ քաղաքացիներին: Անկախ Հայաստանը՝ 1988թ.-ի աղետալի եկրաշարժի հետևանքների վերացման անհրաժեշտության, տնտեսական խորը ճգնաժամի (ՀՆԱ-ը 1992թ.-ին նվազել էր 50%-ով), ինչպես նաև պարտադրված Ղարաբաղյան պատերազմի պայմաններում, իվիճակի չէր պահպանել իրեն ժառանգություն հասած հսկա և ոչ այդքան արդյունավետ համակարգը, որտեղ հիմնական շեշտը դրված էր հիվանդանոցային բուժօգնության ծավալների շարունակական ավելացման վրա (Hovhannisyan S., Tragakes E. at all., 2001): Միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ իրականացված բարեփոխումների արդյունքում ձևավորված շուկայական հարաբերությունների պայմաններում, ՀՀ առողջապահության համակարգը սկսեց սրընթացորեն առևտրականանալ:

Այսպես, մասնավոր հատվածի կողմից, որպես առողջապահության բնագավառի ֆինանսական գործակալի, 2013թ.-ին ֆինանսավորվել է առողջապահությանն ուղղված միջոցների ընդհանուր ծավալի 55.6%-ը: Նույն ժամանակահատվածում, մասնավոր հատվածի ֆինանսավորման ընդհանուր կառուցվածքի առյուծի բաժինը՝ 94.9%-ը կամ 89791.3 մլն դրամը, կազմել են ՏՏ-ների կողմից կատարված ուղղակի վճարումները, որոնց ծավալը նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատ նվազել է 8.2%-ով («Առողջապահության ազգային հաշիվներ», 2014): Համակարգի շուկայականացման մեկ այլ օրինակ է, վճարովի բժշկական ծառայություններ մատուցող մասնավոր բուժօգնականների թվի տարեց տարի ավելացումը, որն իր հերթին նպաստում է համակարգում մասնավոր ֆինանսավորման չափաբաժնի մեծացմանը (Айрапетян А.К., Мелик-Нубарян Д. Г., 2009): Այսպես, եթե 2004թ.-ին մասնավոր ԱԱԴ բուժօգնականների թիվը 36 էր, ապա 2014թ.-ին դրանց թիվն աճել է բազմապատիկ անգամ՝ հասնելով 126-ի: Նմանատիպ իրավիճակ է դիտարկվում հիվանդանոցային հաստատությունների ուսումնասիրության դեպքում: Եթե 2004թ.-ին գործում էր 21 մասնավոր հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող հիմնարկ, ապա 2014թ.-ին դրանց թիվն աճել է 1.7 անգամ՝ հասնելով 36-ի («Առողջություն և առողջապահություն» Վիճակագրական տարեգիրք, 2015): Հասկանալի է, որ

շուկայական հարաբերությունների պայմաններում առողջապահական համակարգի առևտրականացումը գրեթե անխուսափելի է, սակայն այն հաճախ խախտում է մասնավոր և պետական ոլորտները բաժանող սահմանները, իսկ մատչելի և արդյունավետ ծրագրերը փոխարինվում են անարդյունավետ և թանկարժեք միջոցառումներով (Giusti D, Criel B, de Béthune X., 1997): Արդյունքում SS-ները՝ հիմնականում ֆինանսական խնդիրների պատճառով, դժվարանում են հոգալ սեփական անդամների առողջության պահպանման ծախսերը, հետաձգելով բուժման մեկնարկը կամ դադարեցնելով բուժումը՝ խախտելով բժշկական արդյունավետության սկզբունքները:

Դեռ ավելին՝ կարգավորումից դուրս գտնվող առևտրականացված առողջապահական համակարգերը չափազանց անարդյունավետ են և թանկարժեք, նրանք միայն խորացնում են հասարակության տարբեր խավերի միջև արդեն իսկ առկա անհավասարությունը, իսկ այն տարածված կարծիքը, որ մասնավոր հատվածն ավելի արդյունավետ է, հաճախ չի հաստատվում գիտական հետազոտությունների ընթացքում (Filippini M., Farsi M., 2004): Ներկայում, Հայաստանի բոլոր պետական և անգամ ավանդաբար ոչ առևտրային կազմակերպություններում բժշկական ծառայություններն անվճար օգտվելու արտոնություն չունեցող քաղաքացիներին մատուցվում են վճարովի հիմունքներով:

Արդար լինելու համար անհրաժեշտ է փաստել, որ առողջապահության համակարգի առևտրականացման գործընթացը տեղի է ունենում ոչ միայն Հայաստանում, այլ ամբողջ աշխարհում: Վերոնշյալ գործընթացի վառ օրինակ է հանդիսանում Լիբանանը, որտեղ ավելի շատ սրտային վիրաբուժության բաժանմունքներ կան քան Գերմանիայում, և միևնույն ժամանակ չեն բավականացնում սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների ռիսկի գործոնների նվազեցմանն ուղղված ծրագրերը (Ammar W., 2005): Ցավոք, նմանատիպ երևույթներ բնորոշ են նաև մեր երկրի առողջապահության համակարգին: Մասնավորապես, ՀՀ մարզերում բացվում են սրտային ինվազիվ վիրաբուժության ծառայություններ, իսկ 2015թ.-ի հունվարի 1-ից գործում է «Կյանք փրկող» նոր պետական ծրագիրը, որը չնայած իր բացառիկ սոցիալական և առողջապահական նշանակությանը, այնուամենայնիվ չի կարող փոխարինել պարզ և արդյունավետ կանխարգելիչ միջոցառումներին,

ինչպիսին են օրինակ, արյան գերճնշումով տառապող բոլոր հիվանդներին անվճար ասպիրինի և բետա-բլոկատորի տրամադրումը:

Ի վերջո, վերը նշված երևույթների համալիրը հանգեցնում է նրան, որ խնդրի լուծման ավելի անարդյունավետ մեթոդները դուրս են մղում բժշկասանիտարական օգնության կազմակերպման և առողջության մակարդակի բարձրացման արդյունավետ, ռացիոնալ և արդարացի մեթոդներին: Դա խարխլում է հասարակության վստահությունն առողջապահության համակարգի նկատմամբ և խորացնում է սոցիալական անհավասարությունն ազգաբնակչության շրջանում, մասնավորապես՝ նվազեցնելով որակյալ բուժօգնություն ստանալու SS-ների հնարավորությունը (Macintosh M., 2007): Անհավասարության խնդիրը բնորոշ է ոչ միայն զարգացող երկրներին, թեև ավելի արդիական է նրանց համար, այլ նաև զարգացած երկրներին: Այսպես, Շվեդիայում 1997թ.-ին սպասվող կյանքի միջին տևողությունը վերին և ստորին սոցիալ-տնտեսական խավերի 20 տարեկան տղամարդկանց շրջանում, կազմել է 3,97 տարի: 1980թ.-ի նկատմամբ տարբերությունն աճել է 88%-ով (Burström K., Johannesson M., Didericksen E., 2005): Անհավասարության խնդրի առջև կանգնած է նաև Մեծ Բրիտանիայի առողջապահության համակարգը, և սա այն պարագայում, երբ այնտեղ գործում է պետական առողջապահության համակարգ և, հետևաբար, ամբողջ ազգաբնակչությունն ունի հավասար հնարավորություններ ծառայություններից օգտվելու համար: Պարզվել է, որ Անգլիայում և Հին մայրցամաքի երկրներում առկա է առողջության սոցիալական գրադիենտ, այն է՝ ինչքան ցածր է անձի սոցիալական կարգավիճակը, այնքան վատ են նրա առողջության ցուցանիշները (Whitehead M., Dahlgren G., 2006; Currie C., 2012): Աշխատանքի հեղինակներն եզրակացնում են՝ «...երկրի տնտեսական զարգացվածությունը հաջողության գնահատման լավագույն ցուցանիշը չէ: Առողջության և բարեկեցության հավասարաչափ բաշխումը կարևոր սոցիալական նպատակներ են:» (Marmot M., 2010):

Գլոբալ ֆինանսատնտեսական ճգնաժամին հաջորդող տարիներին Հայաստանում արձանագրվում է բնակչության սոցիալական շերտավորման սրընթաց աճ, ծայրաստիճան խորանում է բևեռացումը հարուստների և աղքատների միջև՝ բերելով բժշկական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունների խիստ անհավասարությանը: Փոխվել է հասարակության բուն ստրատիֆիկացիան, որի հիմքում այսօր ընկած է ոչ թե մարդու սոցիալական ծագումը, այլ եկամուտների

մակարդակը: Արդյունքում, ըստ եկամուտների բաշխման բնակչության վերին դեցիլները սպառում են ավելի շատ բժշկական ծառայություններ, քան ստորինները, չնայած որ վերջինների առողջության ցուցանիշները զգալիորեն ավելի վատ են (Gwatkin DR., Bhuiya A., Victora CG., 2004): Ինչպես բարձր, այնպես էլ ցածր եկամուտներ ունեցող երկրներում պետության կողմից առողջապահության համակարգին ուղղված միջոցներից ավելի հաճախ օգտվում են ապահովված քաղաքացիները, քան անապահովները: Հատկապես մեծ է տարբերությունը ստացիոնար բուժօգնության մեջ (UNFPA, 2002; Filmer D., 2003; IMF, 2003; Cetinoglu D., Delchevalerie P., Parqué V., etc, 2004; Hanratty B, Zhang T, Whitehead M., 2007; Xu K., Saksena P., Carrin G., etc., 2009; Chisholm D., Evans D., 2010): Եկամուտների բաշխման անհավասարությունն էապես ազդում է ոչ միայն հիվանդացության ցուցանիշների, ծառայությունների սպառման այլ նաև մահացության մակարդակի վրա: Մասնավորապես, Հայաստանում բացահայտված է վիճակագրական նշանակալի կապ Ջինիի գործակցի և ընդհանուր մահացության ցուցանիշների միջև (Хачатрян С.А., 2010):

Առողջապահության համակարգերի խնդիրներից է նաև ազգաբնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության միասնականության բացակայությունը՝ հատվածավորվածությունը, որը նաև չի ապահովում ամբողջ բնակչության ծածկույթը, հատկապես ԱԱՊ ծառայություններով (Starfield B., 2002): Բժշկական ծառայություններ մատուցողների նեղ մասնագիտացումը, հիվանդությունների դեմ պայքարի գործող ծրագրերի անբավականաչափությունը խոչընդոտում է այդ ծրագրերի շրջանակներում ընդգրկված անձանց և իրենց ընտանիքներին համալիր ծառայությունների փաթեթներում ներգրավվելուն, ինչպես նաև հաշվի չի առնում բժշկական օգնության անընդհատության անհրաժեշտությունը: Ապացուցված է, որ սոցիալապես անապահովներին և մարզինալ խմբերին տրամադրվող բժշկական ծառայությունները հաճախ խիստ հատվածավորված են և լիարժեք ապահովված չեն անհրաժեշտ ռեսուրսներով (Moore G, Showstack J., 2003):

Վերոնշյալ խնդիրներից շատերը բնորոշ են նաև Հայաստանի առողջապահության համակարգին: Այսպես, մեր երկրում մինչև 2011թ.-ի փետրվարի 1-ը մոր և մանկան առողջության պահպանությունը, մինչև 7 տարեկան երեխաների բուժումը և պրոֆիլակտիկան, որոշ հիվանդությունների բուժումը (ինֆեկցիոն,

օնկոլոգիական և այլն), ամբուլատոր պոլիկլինիկական օգնությունը և մի շարք անհետաձգելի հիվանդությունների և վիճակների բուժումը ֆինանսավորվում էին այսպես կոչված պետպատվերի շրջանակներում: Պետական հոգածության ներքո են գտնվում նաև բնակչության որոշ սոցիալական խմբեր (հաշմանդամներ, աղքատության նպաստի համակարգում ընդգրկված 36.00 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ, զինծառայողներ, նրանց ընտանիքի անդամներ և այլն): Սակայն, 2011թ. փետրվարի 1-ից կատարվել են մի շարք էական փոփոխություններ: Մասնավորապես՝ բնակչության վերոնշյալ սոցիալ խմբերում չընդգրկված անձանց համար ներդրվել է համավճարի սկզբունքը, ինչը նշանակում է, որ բուժման ծախսերի մի մասը պետք է վճարվի հիվանդի կողմից, համավճար է ներդրվել նաև չարորակ նորագոյացությունների, ինֆեկցիոն հիվանդությունների, ինչպես նաև անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության համար (<< ԱՆ հրաման, 2011; << կառավարության որոշում, 2010): Վերոնշյալ փոփոխությունների հայտարարագրված նպատակներն են համակարգի աշխատանքի արդյունավետության բարձրացումը, ստվերում շրջանառվող գումարների կրճատումը և ի վերջո բժշկական օգնության մատչելիության բարձրացումը: Բարեփոխումների ազդեցության գիտական գնահատական տալը դեռ վաղ է, սակայն այնուհանդերձ այն չի նպաստում բնակչության սեփական գրպանից կատարված ծախսերի կրճատմանը, հետևաբար՝ բնակչության հիվանդության դեպքում ֆինանսական պաշտպանվածության մակարդակի բարձրացմանը:

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ սեփական գրպանից կատարված ծախսերի մասնաբաժնով Հայաստանը Եվրոպական տարածաշրջանի տասը երկրներից մեկն է որտեղ այս ցուցանիշն ամենաբարձրն է, հետևաբար սոցիալական պաշտպանության արդյունավետության դասակարգման սանդղակում զբաղեցնում է ցածրագույն տեղերից մեկը (WHO, 2015): Միևնույն ժամանակ, առանց վերոնշյալ վճարների մասնաբաժնի կրճատման, անհնարին է հասնել էական առաջընթացի, թե բուժօգնության մատչելիության բարձրացման, թե աղետալի ծախսերի ռիսկի նվազեցման գործում: Հարկ է նշել, որ բնակչության սեփական գրպանից կատարված վճարների նվազեցման, աղետալի ծախսերի դեմ պայքարելու, կանխավճարային համակարգերի ներդրման և զարգացման, ինչպես նաև բնակչությանը մատչելի ու որակյալ բուժօգնություն ապահովելու հաստատակամությունն ամրագրվել է նաև ԱՀԿ

անդամ պետությունների, այդ թվում նաև Հայաստանի կողմից դեռևս 2005թ.-ին ընդունված WHA58.33 որոշմամբ (WHO, 2005): Միևնույն ժամանակ, դեռևս ամբողջովին ուսումնասիրված չէ Հայաստանում բժշկական ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից վճարումների պատճառով բժշկական ծառայություններից օգտվել հրաժարվելու կամ բուժումը որևէ փուլում դադարեցնելու երևույթը, ինչը՝ հաշվի առնելով սոցիալական լարված իրավիճակը, ևս կարող է բացասական ազդել, ինչպես բժշկական օգնության մատչելիության, այնպես էլ հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վրա:

Ամբողջ բնակչությանը մատչելի բուժօգնությամբ ապահովելու գործընթացը չպետք է սահմանափակվի անվճար ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության տրամադրմամբ, կամ սահմանափակ քանակությամբ պետական ծառայողներին ապահովագրական ծածկույթի տրամադրմամբ, այլ պետք է ներառի նաև թանկարժեք ախտորոշիչ միջամտություններ, ստացիոնար բժշկական օգնություն, դեղորայքի արժեքի ամբողջական կամ մասնակի փոխհատուցում, արդարացի սոցիալական պաշտպանություն հիվանդության դեպքում՝ ընդհուպ մինչև ճանապարհաձախսի արժեքի փոխհատուցում: Այսպես, օրինակ ԱՄՆ-ում իրականացված հետազոտությունները վկայում են, որ երկրի 20-25 մլն քաղաքացիների ապահովագրական փաթեթների ծածկույթն այնքան ոչ ադեկվատ է, որ որևէ էական բժշկական միջամտության անհրաժեշտությունը կարող է հանգեցնել վերոնշյալ ընտանիքների սնանկացմանը: Իսկ քրոնիկական հիվանդությունների բուժման դադարեցման պատճառներից կարող է լինել այն, որ եկամուտի կորուստը և ճանապարհաձախսն ավելի հաճախ քան բուն հիվանդության բուժման արժեքն են հանդիսանում բուժման դադարեցման պատճառ (Garrett L., Mushtaque A., etc., 2009):

Բացի վերոնշյալից, հիվանդության հետևանքով առաջացող ֆինանսական բեռը կարող է կախված լինել նաև բժշկական ծառայություններ մատուցողների ֆիզիկական մատչելիությունից: Մասնավորապես՝ եթե բժշկական ծառայությունները հասանելի չեն անհրաժեշտ բուժօգնությունների բացակայության պատճառով, ապա մարդիկ չեն կարող օգտվել բժշկական ծառայություններից անգամ դրանց անվճար լինելու պարագայում (BO3, 2010):

Ապացուցված է, որ չնայած առաջնային բժշկական օգնությունը Հայաստանում անվճար է, մարդիկ հաճախ չեն օգտվում դրանից: Նկարագրված երևույթի

պատճառները բազմազան են՝ բանալ անտեղյակությունից մինչև բժշկական ծառայություններ մատուցողների հանդեպ ունեցած անվստահությունը: Երևան քաղաքում հարցված 60 և բարձր տարիքի 872 անձանցից 12%-ը չեն դիմել բժշկի կամ դիմել են միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում անվճարունակության պատճառով, և սա այն պարագայում, որ 2006թ. հունվարի 1-ից առաջնային բժշկական օգնությունը Հայաստանում անվճար է: Բժշկական օգնության չդիմելու կամ ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում դիմելու մեկ այլ պատճառ է հանդիսացել անվստահությունը բժշկական ծառայություններ մատուցողների հանդեպ՝ 14,4% (Зейналян Н.А., 2007): ԱԲՍՕ համակարգից օգտվելու խթանման և բնակչության իրազեկման բարձրացման լույսի ներքո հետաքրքիր է Պորտուգալիայի օրինակը, որտեղ ազգային առողջապահության համակարգի շրջանակներում արտոնություններ ստանալու համար անհրաժեշտ է գրանցվել համապատասխան ընտանեկան բժշկի մոտ, որը հանդիսանում է համակարգի հետ շփման ելակետը, արդյունքում՝ առողջության ցուցանիշներով ետնապահ երկիրը դարձել է առաջատարներից մեկը (Biscaia A et al., 2006):

Ծառայությունների ֆիզիկական դժվար մատչելիության մեկ այլ օրինակ է ճառագայթային բուժման սահմանափակ ենթակառուցվածքների առկայությունը: Ծառագայթային բուժումը համարվում է չարորակ նորագոյացությունների բուժման առավել ծախսարդյունավետ մեթոդներից մեկը, որը ցուցված է հիվանդների շուրջ 50%-ին և վերջինի լայն կիրառումը կարող է էապես նվազեցնել ՏՏ-ների ֆինանսական բեռը և, հետևաբար, աղետալի ծախսերի հիմնախնդրին բախվելու հավանականությունը: Սեփական ուսումնասիրությունների արդյունքները վկայում են, որ Հայաստանում ճառագայթային բուժում է ստանում տարեկան ընդամենը շուրջ 1600-1700 հիվանդ՝ կազմելով իրական պահանջարկի շուրջ 50%-ը, ընդ որում՝ սարքավորումների բարձր մաշվածության հետևանքով, բուժման արդյունավետությունը ցածր է: Այսպես, ապացուցված է, որ մաշված սարքավորումների դոզավորման սխալը կարող է հասնել 30%-ի, թույլատրելի 5%-ի փոխարեն (երկրում կիրառվող ճառագայթային բուժման սարքավորումների զգալի մասն ունի ավելի քան 10 տարվա մաշվածություն) (МАГАТЭ, 2015): Այսպիսով, ենթակառուցվածքների բարելավմանն ուղղված ներդրումների բացակայության պայմաններում, հիվանդներն առավել ծախս-արդյունավետ բուժման

մեթոդները ստիպված են լինում փոխարինել ավելի թանկարժեքներով՝ վտանգելով իրենց SS-ների բարեկեցությունը (Boyle P., Levin B., 2008):

Աղետալի ծախսերի կրճատման գործում մեծ ներդրում ունի ԱԲՍՕ արդյունավետ համակարգը, սակայն առանց հստակ հայեցակարգի և կառավարման՝ առողջապահության համակարգերն իրենք իրենցով չեն ձգտում ԱԲՍՕ նպատակներին հասնելու և չեն կարող դիմակայել համակարգում առաջացող մարտահրավերներին (WHO, 2008): Անհրաժեշտ է նշել, որ մեր երկիրն նույնպես մտահոգված է տվյալ հիմնախնդրի լուծման ուղիներով, ինչի ապացույցներից մեկն է 2008թ.-ի հունիսին ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 երկրների ներկայացուցիչների, այդ թվում Հայաստանի, կողմից ընդունված Տալլինի խարտիան, որի նպատակն է առողջապահության համակարգի հզորացման միջոցով բարելավել մարդկանց առողջությունը (WHO, 2008): Այս նպատակին հասնելու համար Հայաստանը հետևողականորեն ավելացնում է մեկ շնչի հաշվով կատարված բյուջետային առողջապահական ծախսերը, այսպես, եթե 2000 թ.-ին այն եղել է 5,820 դրամ, ապա 2007 թ.-ին՝ կազմել է 21,800 դրամ, որոշ անկում ապրելով ճգնաժամային 2008 թ.-ին՝ 16,512: Հարկ է նշել, որ հետագայում ՀՀ ԱՆ-ն կողմից փոփոխության են ենթարկվել հաշվետվողական ձևերը, և հետագա գեկույցներում մեկ շնչի հաշվով կատարված բյուջետային առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ տվյալները բացակայում են: Մինևույն ժամանակ, ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում շարունակում են գերիշխել SS-ների կողմից սեփական գրպանից կատարվող վճարումները (59,4%՝ 2010թ.-ին և 52,7%՝ 2012թ.-ին)՝ որոնք հանդիսանում են ֆինանսական աղետի առաջացման հիմնական պատճառ: Ցավոք, Հայաստանում պետության կողմից ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը չի հանգեցրել քաղաքացիների կողմից սեփական գրպանից կատարվող վճարումների նշանակալի կրճատմանը (ՀՀ ԱՆ, 2009; ՀՀ ԱՆ, 2012; ՀՀ ԱՆ, 2014, 2014): Կարելի է եզրակացնել, որ առողջապահության ոլորտում գոյություն ունեն լուրջ կառուցվածքային, կազմակերպչական և կառավարչական խնդիրներ, որոնք կարող են նպաստել աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականության ավելացմանը, քանի որ նման ծախսերը բնորոշ են այն երկրներին, որտեղ բարձր է մասնավոր վճարումների տեսակարար կշիռն առողջապահության ֆինանսավորման ընդհանուր կառուցվածքում (Atun R., Chaumont C., Fitchett J., 2016; Jan S., Lee S., Sawhney J., 2016):

Միևնույն ժամանակ, անհրաժեշտ է փաստել, որ իրականացվել է զգալի աշխատանք բժշկական օգնության մատչելիությունն ավելացնելու նպատակով, մասնավորապես՝ ներդրվել են մի շարք համապետական նշանակություն ունեցող ծրագրեր, օրինակ մոր և մանկան առողջության պահպանման, մինչև 7 տարեկան երեխաների առողջության պահպանման և այլն, արդյունքում՝ տարեց տարի արձանագրվում է սպասվող կյանքի միջին տևողության ցուցանիշի հաստատուն աճ և այլն (ՀՀ ԱՆ հրաման 2008; ՀՀ ԱՆ հրաման, 2010; ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2011): Որպես սեփական գրպանից կատարված վճարումների մասնաբաժնի կրճատման, կանխավճարային համակարգի ներդրմանն ուղղված միջոցառում, ինչպես նաև ֆինանսական աղետից ազգաբնակչության պատշաճ պաշտպանությունն ապահովելու առաջին քայլ, ՀՀ կառավարությունը 2011թ.-ի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 1917-Ն որոշմամբ շուրջ 120 հազար պետական աշխատողներին (ուսուցիչներ, զինծառայողներ, քաղաքացիական ծառայողներ և այլն) տրամադրել է սոցիալական փաթեթ՝ ներառյալ բժշկական ապահովագրություն (ՀՀ կառավարության որոշում, 2011, 2011, 2012):

Որպես առկա խնդիրների օբյեկտիվ պատճառ հաճախ նշվում է ֆինանսական միջոցների սակավությունը: Ապացուցված է, որ չնայած այն հանգամանքին, որ լիարժեք ֆինանսավորման դերակատարությունը մեծ է, բնակչության համընդհանուր ծածկույթն ապահովելու խնդրի լուծմանն անհնարին կլինի հասնել, եթե մարդիկ ֆինանսական դժվարություններ ունեն կամ չեն կարող ստանալ անհրաժեշտ բուժօգնությունը՝ դրա դիմաց միանգամից (սեփական գրպանից) վճարելու պատճառով (Musgrove P, Zeramardini R, Carrin G., 2002; Cohen J., Dupas P., 2007; Kruk M., Goldmann E. and Galea S., 2009; Xu K., Saksena P., Jowett M., etc. 2010): Երբ ստեղծվում է նման իրավիճակ հիվանդն ստիպված է լինում ինքը որոշել, իվիճակի է արդյո՞ք ստանալ անհրաժեշտ օգնությունը, թե՞ ոչ, և հաճախ սա նշանակում է ընտրություն՝ վճարել բժշկական օգնության, թե այլ անհրաժեշտ ծախսերի դիմաց, ինչպիսին են, օրինակ՝ սննդամթերքը, երեխաների կրթության կամ կոմունալ վճարները: Եթե ծառայությունների դիմաց սահմանված են վճարներ, ապա յուրաքանչյուրը վճարում է միևնույն գինը՝ անկախ իր սոցիալական կարգավիճակից, և այդ պարագայում բացակայում է ֆորմալ համերաշխության դրսևորումը հիվանդի և առողջի, կամ էլ հարուստի և աղքատի միջև: Նման համակարգերն անհնարին են դարձնում ծախսերի հավասարաչափ բաշխումն ամբողջ կյանքի ընթացքում, երբ անձը կատարում է

վճարումներ երիտասարդ տարիքում, իսկ օգտագործում է դրանք ավելի ուշ՝ հիվանդանալու դեպքում: Համապատասխանաբար բարձր է մնում ֆինանսական աղետի ենթարկվելու և աղքատանալու հավանականությունը: Կարևոր է, որ վճարները լինեն պարտադիր, այլապես հարուստ և առողջ մարդիկ կփորձեն խուսափել այդ վճարումներից և ֆինանսավորումը չի բավականացնի հիվանդ և կարիքավոր անձանց բուժման համար (BO3, 2010; Kutzin J., Cashin C., Jakab M., 2010):

«Եթե դու հիվանդացել ես, ապա ստիպված ես ընտրել՝ մնալ առանց ֆերմայի, թե բուժվել», այս խոսքերը, որոնք ասել է Կանադայի ներկայի առողջապահության համակարգի հիմնադիր Մ. Անդերսը գրեթե մեկ դար առաջ, ավելի քան արդիական են այսօր (Houston S., 2005): Ըստ համաշխարհային վիճակագրական տվյալների միջին և ցածր եկամուտներ ունեցող երկրներում ավելի քան 5,6 միլիարդ մարդ առողջության կարիքները հոգում է սեփական գրպանից, ինչը բերում է բնակչության շարունակական աղքատացմանը և աղետալի ծախսերի երևույթի առաջացմանը (WHO, 2008): Դեռ ավելին, յուրաքանչյուր տարի շուրջ 150 մլն մարդ 44 մլն SS-ներում բախվում է ֆինանսական աղետի երևույթին՝ առողջության պահպանմանն ուղղված ծախսերը սեփական գրպանից հոգալու պատճառով, և շուրջ 25 մլն SS-ներ կամ շուրջ 100 մլն մարդ աղքատանում է բժշկական ծառայությունների համար սեփական միջոցներից վճարելու պատճառով (WHO, 2005; Xu K., 2007):

Անհրաժեշտ է շեշտել, որ բժշկական ծառայությունների դիմաց ներկայացված մեծ հաշիվներն աղետալի ծախսերի հոմանիշ չեն հանդիսանում: Արդի գրականության տվյալները վկայում են, որ համեմատաբար փոքր հաշիվները ևս կարող են հանգեցնել անվճարունակության՝ եթե SS-ն անդամներն ընդգրկված չեն սոցիալական պաշտպանության որևէ մեխանիզմների շրջանակներում (Merils M., 2002; Merlis M., Gould D., Mahato B., 2006): Մասնավորապես՝ մեր կողմից կատարված ուսումնասիրությունը վկայում է, որ անգամ թանկարժեք միջամտությունները գրեթե ոչ մի բացասական ազդեցություն չեն թողնում SS-ների կենսամակարդակի վրա, այն դեպքում երբ տնտեսության անդամները վճարում են արժեքի մի մասը կամ վճարված գումարն ամբողջովին փոխհատուցվում է բժշկական ապահովագրության համակարգի կողմից (Айрапетян А.К., Мелик-Нубарян Д.Г., Тадевосян А.Э., 2011):

Ինչպես արդեն նշվել է, աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրը Հայաստանում դեռևս քիչ է ուսումնասիրված, այնուամենայնիվ, նախկինում կատարված հատուկետ

հետազոտությունները բացահայտել են խնդրի արդիականությունը: Այսպես, միջազգային կառույցներն անցկացրել են ուսումնասիրություն, որի նպատակն է եղել պարզել. «Որքա՞ն է կազմում SS-ների կողմից առողջապահական ծառայությունների վրա կատարված ծախսերի բեռը Հայաստանում»: Հետազոտողները համեմատել են 2006թ.-ին և 2008թ.-ին կատարված հարցումների արդյունքները: Ընդհանուր առմամբ 1600 SS-ների հարցման արդյունքներով պարզվել է, որ Հայաստանի SS-ների մեծ մասը՝ 51%-ը, առողջապահական ծախսերը հոգում է սեփական գրպանից: Հայտնաբերվել է նաև, որ բնակչության 16%-ից մինչև 17%-ը երկու ժամանակահատվածներում բախվել է առողջապահական աղետալի ծախսերին, իսկ աղքատության ընդհանուր շեմի սահմանման դեպքում տասը SS-ներից մոտավորապես երեքը բախվել են աղետալի առողջապահական ծախսերին: Բացի դրանից, այս հետազոտությունը հայտնաբերել է մի շարք բացասական միտումներ: Այսպես, հարցված տնտեսությունների անդամների 34%-ը պատասխանել է, որ չի ստացել նշանակված բուժօգնությունը, ինչի հիմնական խոչընդոտ է եղել բժշկական ծառայությունների բարձր սակագինը: Հարցված SS-ների 56%-ը չի ստացել նշանակված ատամնաբուժական ծառայությունները՝ ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով: Դրական միտում է արձանագրվել ծննդօգնության ծառայությունների կազմակերպման գործընթացում: Այսպես, հարցվածների միայն 10%-ն է նշել, որ սակագները հանդիսանում են խոչընդոտ նշանակված ծառայությունները ստանալու գործում: Իսկ ԱԱՊ և ստացիոնար բժշկական ծառայություններն ուսումնասիրելիս հայտնաբերվել է, որ SS-ների 35%-ը հրաժարվել է ստանալ նշանակված ծառայությունները՝ «ֆինանսական դժվարությունների պատճառով»: Նույնքան տեսակարար կշռով տնտեսություններ հրաժարվել են ձեռք բերել նշանակված դեղորայքը՝ նույն պատճառով (Այդինյան Լ., Ֆիլի Ֆ., 2010):

Այլ կերպ ասած, համաձայն հետազոտողների՝ հարցվածների 30%-ը բախվել է ֆինանսական աղետին, ինչն անթույլատրելի ցուցանիշ է անգամ զարգացող երկրների համար: Եթե համեմատենք Բուրկինա Ֆասոյի տվյալների հետ, որի ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական հիմնական ցուցանիշները համադրելի են ՀՀ համապատասխան ցուցանիշների հետ (բնակչության 45,3%-ի եկամուտները ցածր են աղքատության շեմից, գործող սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմներն արդյունավետ չեն, ընդհանուր առողջապահության կարիքներին ուղղված գումարների 50%-ից ավելին

կազմում են մարդկանց սեփական միջոցները), չնայած առողջապահության ռեսուրսների ցածր սպառման մակարդակի՝ աղետալի ծախսերին բախվել է SS-ի միայն 6-15%-ը (Tin Tin S., Kouyate B., Flessa S., 2006): Հետազոտության նման արդյունքները, հավանաբար, պայմանավորված են մեթոդաբանական առանձնահատկություններով, որոնք լիարժեք բացահայտված չեն հրապարակված նյութում: Միևնույն ժամանակ, հետազոտողները սահմանափակվել են երկույթի նկարագրությամբ և չեն բացահայտել աղետալի ծախսերի առաջացմանը նպաստող գործոնները և ռիսկի տակ գտնվող բնակչության խմբերը, ինչպես նաև դրանց կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումները:

Աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի նախնական գնահատման նպատակով, մեր կողմից՝ ՀՀ կենտրոնական բանկի աջակցությամբ, 2010թ.-ի հունիս-դեկտեմբեր ամիսներին անցկացվել է պիլոտային հետազոտություն՝ բանկային ոլորտի 384 աշխատակցի մասնակցությամբ, որոնք բաժանվել են երկու խմբի. կորպորատիվ բժշկական ապահովագրություն ունեցող անձիք՝ 239 մարդ (առաջին խումբ) և անձիք, որոնք ընդգրկված չեն որևէ սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների շրջանակներում՝ 145 մարդ (երկրորդ խումբ): Պարզվել է, որ ֆինանսական աղետի բախվել է հարցվածների 7,1% և 9,6%-ը համապատասխանաբար, սակայն ապահովագրվածների շրջանում աղետի բախվածների թիվը, ի հաշիվ կատարված ծախսերի փոխհատուցման, նվազել է մինչև 2,1%, ինչը կարելի է գնահատել որպես ընդունելի ցուցանիշ: Այն հարցին, թե կատարված վճարումներն ինչպես են անդրադարձել ձեր SS-ների կենսամակարդակի վրա, հարցվածների 29,4%-ը պատասխանել է բացասական, իսկ երկրորդ խմբում՝ բացասական պատասխան չի նշվել: Միևնույն ժամանակ երկրորդ խմբի հարցվածների 57,1%-ը նշել է, որ կատարված վճարումներն էական բացասական ազդեցություն են թողել իրենց տնտեսությունների կենսամակարդակի վրա:

Անհրաժեշտ է նշել, որ մեր խմբերում ընդգրկված անձիք ունեին կայուն եկամուտ, որն առաջին խմբում բարձր էր հանրապետական միջինից, իսկ երկրորդ խմբում համապատասխանում էր միջին հանրապետական ցուցանիշներին:

Այսպիսով, հայտնաբերված տարբերությունը կարող է բացատրվել ինչպես եկամուտների տարբերությամբ, այնպես էլ կատարված ծախսերի փոխհատուցումով, քանզի երկրորդ խմբի հարցվածների 70,6%-ի աղետալի ճանաչված ծախսերը

փոխհատուցվել են: Հայտնաբերվել է նաև, որ ապահովագրություն չունեցողների խմբում հարցվածների 28%-ը բժշկական ծառայությունների հետ կապված ծախսերը հոգալու պատճառով ստիպված է եղել պարտքով գումար վերցնել կամ վաճառել SS-ը պատկանող գույքը:

Ի լրումն վերոնշյալ տվյալների պարզվել է նաև, որ եթե առաջին խմբում բժշկական օգնության չեն դիմել կամ դիմելուց հետո ի վիճակի չեն եղել շարունակել բուժումը ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով հարցվածների 1,8%-ը, ապա երկրորդ խմբում՝ 26,2%-ը (տարբերությունը վիճակագրորեն նշանակալի է):

Բժշկական ծառայություններ մատուցողների նկատմամբ անվստահության պատճառով բուժօգնության չեն դիմել ապահովագրվածների 22,2%-ը և ապահովագրություն չունեցողների 6,2%-ը:

Ընդհանուր առմամբ, դիմելիությունն առաջին խմբում ավելի բարձր էր քան երկրորդ խմբում, բացառությամբ շտապ օգնության ծառայությունը: Հավանաբար այս արդյունքների պատճառ է հանդիսանում բժշկական օգնության ավելի բարձր մատչելիությունն ապահովագրվածների շրջանում՝ համեմատած ապահովագրություն չունեցողների հետ: Սակայն այս արդյունքները, ինչպես նաև ֆինանսական անբարենպաստ պայմաններում հայտնվելու ռիսկի գործոնների առկայությունը, նրանց կառուցվածքը և հնարավոր լուծման ուղիները, պահանջում են հետազա, ավելի խորացված ուսումնասիրություններ (Айрапетян А.К., Мелик-Нубарян Д.Г., Тадевосян А.Э., 2011):

Մասնագիտական գրականության տվյալները վկայում են, որ մեր հարևան Վրաստանում ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների տեսակարար կշիռը կազմել է 11,7%, այդ թվում ամենաաղքատ քվարտիլում՝ 17,7%: Հայտնաբերվել է, որ մայրաքաղաքի բնակչությունն ավելի հաճախ է բախվում ֆինանսական աղետի (14,8%), քան Արևելյան և Արևմտյան Վրաստանի բնակչությունը (11,2% և 10,1% համապատասխանաբար): Հետազոտողները հակված են բացատրել ստեղծված իրավիճակը հետևյալ հանգամանքներով. մայրաքաղաքում բժշկական ծառայությունների ավելի բարձր արժեքով, ինչպես նաև նրանով, որ քաղաքային բնակչությունն ավելի հաճախ է դիմում բժշկական հաստատություններ: Լոգիստիկ ռեգրեսիայի մեթոդով գնահատվել է, որ քրոնիկական հիվանդ ունեցող SS-ների շրջանում ֆինանսական աղետի բախվելու հավանականությունը 4,4 անգամ ավելին է,

քան չունեցողների մոտ, իսկ հոսպիտալացված անդամ ունենալու պարագայում աղետի բախվելու հավանականությունն ավելանում է 27 անգամ (Gotsadze G., Zoidze A., Rukhadze N., 2009): Մյուս հարևան՝ Իրանում, համաձայն որոշ հետազոտությունների, աղետալի ծախսերի հանդիպման հաճախականությունը կարող է տատանվել 2,1%-ից մինչև 22,2% (Karami M., Najafi F., Karami Matin B., 2009; Fazaeli A., Ghaderi H., Fazaeli. A., 2015):

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ աղետալի ծախսերի հիմնախնդրից ապահովագրված չէ ոչ մի պետություն: Ֆինանսական աղետի երևույթը հանդիպում է գրեթե բոլոր երկրներում, առողջապահական բոլոր համակարգերում, սակայն բնակչության սոցիալական պաշտպանության արդյունավետ մեխանիզմների առկայությունը թույլ է տալիս էապես նվազեցնել աղետի բախված SS-ների մասնաբաժինը բնակչության շրջանում (Paola M., Zúñiga-Brenes, Vargas J, Vindas A., 2005; Sun X., Jackson S., Caramichael G., etc., 2008; Saksena P., Reyburn H., Njau B., etc, 2010; James C., Bayarsaikhan D., Bekedam H., 2010; Gala'rraga O., Sosa-Rubi S., etc., 2010; Onwujekwe O., Hanson K., Uzochukwu B., 2012; Li Y., Wu Q., Xu L., etc., 2012): Սեփական գրպանից առողջության կարիքները հոգալու պատճառով ֆինանսական աղետի բախված SS-ների տեսակարար կշիռը տատանվում է 0,01%-ից քիչ Չեխիայի Հանրապետությունում, մինչև 10,5%՝ Վիետնամում, անգամ մինչև 25%՝ Լատինական Ամերիկայի որոշ երկրներում: Զարգացած երկրների գերակշիռ մասն ունի սոցիալական պաշտպանության համապատասխան կառույցներ, որոնց հիմնական նպատակն է՝ հիվանդանալու դեպքում ազգաբնակչության պաշտպանությունն անվճարունակությունից, քանի որ վաղուց հայտնի է, որ հիվանդությունն ունի համակցված բացասական ազդեցություն մարդկանց սոցիալ-տնտեսական բնութագրերի վրա: Վերոնշյալ կառույցներն են սոցիալական ապահովագրությունը և հարկման վրա հիմնված առողջապահության համակարգերի առկայությունը (Xu K., Evans D., Kawabata K., etc., 2003; Bonu S., Bhushan I., Rani M. etc., 2009; Vörk A., Saluse J., Habicht J., 2009; Lwin T., Sillabutra J., Kongsin S., 2011; Knaul F., Wong R., Arreola-Ornelas H., Mendez O., et al., 2011; Saksena P., Xu K. and Evans D., 2011; Moghadam N., Banshi M., Akbari Javar M., etc., 2012): Մի շարք դիսկի գործոններ նպաստում և ավելացնում են աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը (Sinha R., Chatterjee K., Nirmala Nair N., 2016):

Ցավոք, Հայաստանում դեռևս լիարժեք ներկայացված չէ բժշկական ծառայությունների կանխավճարային համակարգը և սոցիալական կամ հատուկ խմբերում չընդգրկված մարդկանց բուժօգնության համար վճարելու հիմնական եղանակն է՝ կանխիկ՝ սեփական գրպանից, վճարումները բժշկական օգնություն ստանալու վայրում: Կանխավճարային համակարգը Հայաստանում ներկայացված է հիմնականում շուրջ 120 հազար պետական ծառայողներին տրամադրվող սոցիալական փաթեթով (ՀՀ կառավարության որոշում, 2011, 2011, 2012) և կորպորատիվ բժշկական ապահովագրությամբ, որի շրջանակներում մեր գնահատմամբ ներգրավված է ոչ ավել քան 30 հազար մարդ՝ ընդամենը Հայաստանի բնակչության շուրջ 5%-ը: Խնդիրը բնորոշ է ոչ միայն Հայաստանին, մասնավորապես՝ համաձայն համաշխարհային վիճակագրական տվյալների շատ երկրներում՝ հատկապես ցածր եկամուտներով, սոցիալական պաշտպանության փաթեթներում ընդգրկված է բնակչության ընդամենը 5-10%-ը, չնայած որ ապացուցված է, որ կանխավճարային համակարգերը պաշտպանում են SS-ները ֆինանսական աղետից (Wagstaff A., 2008; 6th International Policy and Research Conference on Social Security, 2010): Պարտադիր բժշկական ապահովագրության և այլ արդյունավետ ծրագրերի բացակայության պայմաններում կորպորատիվ բժշկական ապահովագրության զարգացումը կարող է որոշակի ձևով թեթևացնել ընդհանուր բեռն առողջապահության համակարգի վրա ի շնորհիվ նրա, որ վճարունակ՝ կայուն աշխատանք ունեցող անձիք, կընդգրկվեին կանխավճարային համակարգում, և հիվանդության դեպքում վստահ կլինեին, որ կստանան համապատասխան բժշկական օգնություն՝ վտանգի չենթարկելով իրենց ընտանիքների բարեկեցությունը և նվազեցնելով աղետալի ծախսերի ենթարկվելու հավանականությունը (դա ակնհայտ ապացուցվել է նաև մեր կողմից իրականացված պիլոտային հետազոտությամբ): Միևնույն ժամանակ, երկարատև կտրվածքում դա դրական ազդեցություն կունենա նաև այդ մարդկանց խմբի հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վրա: Հարկ է ընդգծել, որ գործատուների կողմից իրենց աշխատակիցներին ապահովագրելը խրախուսվում է ՀՀ օրենսդրությամբ (ՀՀ ԱԺ, 2009), սակայն գործնական քայլեր գործարարների իրազեկվածության բարձրացման և քարոզարշավի իրականացման ուղղությամբ դեռևս չեն իրականացվում:

Ինչպես արդեն նշել ենք տարբեր հետազոտությունները վկայում են, որ ՀՀ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման 50%-ը՝ մասնավոր միջոցներն են,

որից 84%-ը կազմում են սպառողների սեփական գրպանից կատարված վճարները (Мхитарян М., Крикорян О., 2009): Դեռ ավելին, ըստ որոշ հետազոտությունների կանխիկ վճարված գումարների ընդամենը 10%-ն է վճարված պաշտոնապես, իսկ 90%-ը կազմում են ոչ պաշտոնական վճարումները (Jowett M., Danielyan E., 2010): Առողջապահության համակարգը, որը պահանջում է սեփական գրպանից կատարված վճարումներ, ոչ միայն ավելացնում է ֆինանսական անբարեկեցության մեջ հայտնվելու հավանականությունը, այլ խոչընդոտում է ԱԲՍՕ հիմնական սկզբունքների զարգացմանը, այն է՝ հիվանդությունների կանխարգելմանը և վաղ հայտնաբերմանը, և արդյունքում՝ առավել մատչելի ու որակյալ ծառայությունների մատուցմանը: Քանի որ, երբ մարդիկ ստիպված են վճարել բժշկական ծառայությունների դիմաց դրանց մատուցման պահին, դա կարող է առաջացնել մտքափոխություն ծառայություններից օգտվելու վերաբերյալ և խթանել բուժման հետաձգումը և որպես հետևանք այն պահը երբ նրանք կբուժվեն առավել արդյունավետ՝ հաճախ բաց է թողնվում՝ նպաստելով բարդացած դեպքերի թվի ավելացմանը, որոնց բուժման համար անհրաժեշտ են ավելի մեծ միջոցներ, ինչն էլ իր հերթին կարող է ավելացնել աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը:

Վերջին տարիներին Սենեգալում և Քենիայում անցկացված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ առողջության պահպանման վրա կատարված ծախսերի հետևանքով ընդամենը մեկ տարում աղքատության շեմը հատել է 100.000 ընտանիքներ, իսկ Հարավաֆրիկյան Հանրապետությունում նման իրավիճակում են հայտնվել շուրջ 290.000 ընտանիքներ (ILO, 2008; Jan S., Mwai D., Muriithi M., 2016):

Անհրաժեշտ է փաստել, որ առողջության պահպանման նպատակով կատարված ծախսերը ծանր ու քայքայիչ բեռ են ոչ միայն աղքատ երկրներում: Ապացուցված է, որ ԱՄՆ-ում տարեկան հայտարարվող անհատական սնանկությունների 60%-ի պատճառը բուժման ծախսերն են (Himmelstein D., Thorne D., Warren E., etc. 2009): Հայտնի է նաև, որ ԱՄՆ կառավարություններն տևական ժամանակ հրաժարվում էին փոփոխել երկրի առողջապահության համակարգը, այնինչ, համաձայն սոցիոլոգիական հարցումների տվյալների, բնակչության 50%-ից ավելին սատարում է պետական ապահովագրական համակարգի ներդրումն ԱՄՆ-ում (American Environics, 2006): Ի վերջո նախագահ Օբամայի կառավարությանը, մեծ ջանքերի շնորհիվ հաջողվեց իկատար ածել վաղուց հասունացած փոփոխությունները, որոնց շնորհիվ մինչև 2019թ.-

ը հնարավոր կլինի բժշկական ապահովագրության շրջանակներում ընդգրկել ավելի քան 32 մլն. ԱՄՆ քաղաքացիներ, որոնք նախկինում զուրկ էին ապահովագրությունից և մատչելի բժշկական ծառայություններ ստանալուց: Այս փոփոխությունների արդյունքում մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները զրկվեցին փոխհատուցումն անհիմն մերժելուց, պատճառաբանելով, օրինակ քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը, իսկ սոցիալապես անապահով ընտանիքները պետության կողմից կստանան սուբսիդավորում՝ ապահովագրավճարները վճարելու նպատակով (Elmendorf D., 2010; The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010):

Անհրաժեշտ է նշել, որ հասարակական կարծիքն առողջապահական ոլորտում բարեփոխումների, այդ թվում նաև այս կամ այն առողջապահության համակարգին անցում կատարելու հարցում, մեր երկրում դեռևս բավարար ուսումնասիրված չէ, սակայն հաշվի առնելով, որ համակարգի բարեփոխումներն առնչվում են երկրի յուրաքանչյուր քաղաքացուն, անկախ տարիքից, սեռից, սոցիալական կարգավիճակից և այլն, թվում է, թե անհրաժեշտ է հասարակությանն ավելի ակտիվ ընդգրկել որոշումների ընդունման գործընթացում: Առհասարակ, պարտադիր կուտակային կենսաթոշակային համակարգի ներդրման ընթացքը ևս մեկ անգամ մատնանշեց որոշում կայացնողների կողմից շահառուներին տեղեկատվության մատուցման պակասը, շփման, ինչպես նաև բարեփոխումների դրական և բացասական կողմերի արդար քննարկման անհրաժեշտությունը: Ելնելով վերոնշյալից, սույն հետազոտության շրջանակներում մեր կողմից հատուկ մշակված հարցաթերթիկի հարցերից մեկն առնչվում է հենց հասարակության կարծիքին՝ առողջապահական ծախսերը հոգալու վերաբերյալ:

Թե ինչպես է համայնքային մակարդակում բժշկական հաստատության կողմից սպասարկվող մարդկանց կարծիքը հաշվի առնելը դրական անդրադառնում մատուցվող բժշկական ծառայությունների արդյունավետության բարձրացման, ազգաբնակչության բավարարվածության ավելացման, ինչպես նաև հավելյալ ծախսերի նվազեցման և հետևաբար ֆինանսական աղետին բախվելու հավանականության փոքրացման վրա, կարելի է դիտել ԱՄՆ հեռավոր և քիչ բնակեցված Ալյասկա նահանգում գործող բժշկական կենտրոնի օրինակով: Տվյալ կենտրոնի գործունեությունը, որին տարեկան բաժին է ընկնում հիվանդների շուրջ 45,000 այցելություն, երկար տարիներ բավարարվածություն չէր բերում թե՛

բուժաշխատողներին, թե՛ բնակչությանը: Հաշվի առնելով այս հանգամանքը, որոշվում է վերակազմակերպել կենտրոնի աշխատանքը՝ ուղիղ կապեր հաստատելով տեղի համայնքի յուրաքանչյուր հիվանդի և ընտանիքի միջև, որի համար պատասխանատու է նշանակվում հիվանդանոցի կոնկրետ աշխատակից: Դա թույլ է տվել բուժաշխատողներին ուսումնասիրել «իրենց» հիվանդների հիվանդության պատմությունները, հասկանալ ընտանիքներում տիրող իրավիճակը և, ի վերջո՝ մարդկանց կարիքներն ու ցանկությունները: Հիվանդներն էլ, իրենց հերթին, հնարավորություն ստացան ավելի լավ ծանոթանալ և ավելի շատ վստահել իրենց սպասարկող բժիշկներին՝ այսպիսով մարդիկ գործ ունեին ոչ թե սպասարկող բժշկական հաստատության հետ, այլ կոնկրետ մասնագետի: Որպես արդյունք, կրճատվեց բողոքների քանակը՝ պայմանավորված մատուցվող ծառայությունների լիարժեքության ավելացման հետ: Անհետաձգելի բուժօգնության կետերի դիմելիությունը նվազեց 50%-ով, իսկ մասնագետներին այցելությունները՝ 30%-ով, էապես նվազել էր նաև հերթերում սպասելու ժամանակը: Այս արդյունքները ստացվել էին ի հաշիվ նրա, որ նվազել էր կրկնակի այցելությունների թիվը, հետևաբար՝ նվազել էր անձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը և բարձրացել սեփական աշխատանքով բավարարվածության աստիճանը, ինչպես նաև նվազել էին ազգաբնակչության կողմից բուժման նպատակով կատարված վճարները: Դեռ ավելին, հիվանդների մոտ առաջացել էր վստահություն, որ իրենց կարիքները չեն անտեսվում, իրենց վերաբերվում են պատշաճ հարգանքով, իսկ դա այն է, ինչ մարդիկ գնահատում են առողջապահության բնագավառում (Kerssens J., et al., 2004; Eby D., 2007):

Ընդհանրացնելով, կարելի է արձանագրել, որ նկարագրված օրինակում բյուրոկրատացված և անճկուն համակարգի աշխատանքն այնպես էր վերակազմակերպվել, որ մարդու կարիքները համարվել են գործունեության գերակայություն, արդյունքում՝ ավելացել էր բժշկական օգնության մատչելիությունը, նվազել էին տնտեսությունների կողմից բուժման վրա ծախսվող միջոցները: Նման մոտեցումը կարող է հնարավոր լինել կիրառել նաև ՀՀ տարածքում՝ հատկապես մարզերում, որտեղ առկա է հիմնականում մեկ կամ երկու սպասարկող բուժհաստատություն, ինչը կհանգեցնի չհիմնավորված այցելությունների և շտապ օգնության կանչերի կրճատմանը՝ ուստի կնվազեն ինչպես բնակիչների սեփական գրպանից կատարված (հատկապես սոցիալապես անապահով խավի) վճարումները,

այնպես էլ առողջապահության համակարգի անարդյունավետ ծախսերը: Այսինքն, խոսքը գնում է ոչ թե այցելությունների թվի նվազեցման, այլ յուրաքանչյուր այցելության արդյունավետության բարձրացման մասին:

Բացահայտված է, որ սոցիալապես խոցելի խմբերը ստիպված են լինում վճարել բժշկական ծառայությունների դիմաց SS-ների սեփական միջոցներից ավելի հաճախ, քան հարուստները, ինչը նրանց համեմատաբար ցածր եկամուտների հետ մեկտեղ, բարձրացնում է աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը (Pannarunothai S., Mills A., 1997; Frenk J., Knaul F., 2002): Հարկ է նշել, որ այլ բնագավառներում վերոնշյալ օրինաչափությունը չի հաստատվում (Attanasio O., Frayne C., 2006): Բացի վերոնշյալը, արդյունավետ սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների բացակայության և զուգահեռաբար սեփական գրպանից առողջության պահպանմանն ուղղված վճարումներ կատարելու պայմաններում, կարող է ստեղծվել մի իրավիճակ երբ SS-ները ստիպված կրճատեն ծախսերը սննդի, երեխաների կրթության, հագուստի և այլ կարևոր կարիքների վրա: Այսպես, համաձայն 2010թ.-ին արտերկրյա հետազոտողների կողմից իրականացված ուսումնասիրության տվյալների, 2008թ.-ի համաշխարհային ճգնաժամի հետևանքով՝ Հայաստանում հարցված SS-ների շուրջ 43%-ը նվազեցրել է սննդամթերքի սպառումը, նվազեցրել է կամ դադարեցրել դեղորայքի գնումը, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների սպառումը (Koller T., 2010):

Ամփոփելով վերոնշյալը, փաստում ենք, որ առողջապահական համակարգի հիմնականում մասնավոր ֆինանսավորման, ինչպես նաև սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների անկատարության, պայմաններում հիվանդությունը հաճախ առաջացնում է մեծ սոցիալական նշանակություն ունեցող «առողջության պահպանման նպատակով կատարված աղետալի ծախսեր»-ի հիմնախնդիրը, որը խիստ կարևոր լինելով հանրային առողջության և առողջապահության կազմակերպման համար, կարող է հանգեցնել նաև մեծ սոցիալ-տնտեսական և քաղաքական հետևանքների՝ ավելացնելով երկրում աղքատությունը և անբարեկեցությունը:

Գրականության ուսումնասիրությունը վկայում է, որ առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրն առաջինը սկսել են ուսումնասիրել ԱՄՆ-ում՝ դեռևս անցյալ դարի յոթանասունական թվականներին, երբ

պարզ է դարձել, որ ԱՄՆ-ում գործող առողջապահական համակարգը լիարժեք չի պաշտպանում ՏՏ-ները ֆինանսական դժվարություններից, որոնք առաջանում են տնտեսության որևէ անդամի հիվանդության ժամանակ: Սկզբնական շրջանում, որպես ֆինանսական աղետի շեմ առաջարկվում էր ընդունել ՏՏ-թյան կողմից բուժման վրա ծախսված գումարի չափը: Համարվում էր, որ ֆինանսական անբարեկեցության կարող են հանգեցնել «մեծ» հաշիվները (Feldstein M., 1971):

Սակայն նման մոտեցումն ուներ ակնհայտ բացասական կողմեր, օրինակ՝ ոչ բոլոր «մեծ» հաշիվներն են հանգեցնում ֆինանսական աղետի կամ, որ անգամ փոքր, բայց երկարատև հաշիվները նույնպես կարող են առաջացնել բարեկեցության նվազում:

Ներկայում, առկա է աղետալի ծախսերի սահմանման առավել տարածված երկու մոտեցում (Wagstaffa A., Doorslaerc E., 2002; O'Donnell O., et al., 2008): Համաձայն մեկի՝ որպես ֆինանսական աղետի շեմ առաջարկվում է ընդունել ՏՏ-ների տարեկան եկամուտի 10%-ի չափը, որը սեփական միջոցներից ուղղվել է առողջության պահպանմանը և չի փոխհատուցվել: (Koretz D., Gordon N., Ginsburg P., 1982; Wyszewianski L., 1986; Berki S., 1986; Russell S., 2004): Համաձայն մեկ այլ տարածված մոտեցման՝ առողջության պահպանման համար կատարված ծախսերը համարվում են աղետալի, եթե ՏՏ-ը նորմալ կենսագործունեության համար անհրաժեշտ ծախսերը հոգալուց հետո իր եկամուտի մնացած գումարի 40 և ավելի տոկոսը ծախսում է առողջության պահպանման վրա: Վերը նշված կրիտիկական շեմը ֆիքսված չէ և կարող է հստակեցվել՝ ելնելով տվյալ երկրի սոցիալ-տնտեսական առանձնահատկություններից որպես ֆինանսական աղետի ելակետ ընդունելով ավելի ցածր մակարդակ (Xu K., 2005): Հարկ է նշել, որ ԱՀԿ-ն որպես անհրաժեշտ ծախս չի ընդունում ալկոհոլի և ծխախոտի գնման նպատակով կատարված վճարումները, որոնք ցավոք, Հայաստանում հաշվարկվում են որպես պարենային ապրանքների մի մաս՝ 2012թ.-ին կազմելով տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում մեկ շնչի հաշվով ամսական՝ համապատասխանաբար 0,7% և 3.4% (ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2014):

Մեկ այլ, սահմանափակ տարածում ունեցող մոտեցման համաձայն աղետալի են համարվում ծախսերը, որոնց հետևանքով էապես վատթարանում է ընտանիքի վիճակը, որը ստիպված է լինում վերանայել իր օրեկան ծախսերի կառուցվածքը՝

կրճատելով սննդամթերքի և այլ առաջին անհրաժեշտության ապրանքների սպառումը (Pradhan M., Prescott N., 2002):

Հարկ է նշել, որ վերոնշյալ բոլոր մոտեցումները մեծամասամբ հիմնված են քանակական տվյալների վրա՝ հաշվի չառնելով այն խորը որակական սոցիալ-տնտեսական փոփոխությունները, որոնք առաջանում են առողջության պահպանման նպատակով սեփական գրպանից վճարումներ կատարած SS-ներում: Այդ հետազոտությունները հաշվի չեն առնում նաև թե ինչ միջոցներից է վճարել բուժման ծախսերը SS-ը, չէ որ եթե օրինակ՝ տնտեսությունը հոգացել է ծախսերը խնայված միջոցներից, ապա բացասական ազդեցությունը կլինի ավելի փոքր, քան, օրինակ՝ եթե SS-ը գումարը վերցրել է պարտքով կամ վաճառել տնտեսության գույքը: Մանրամասն չի բացահայտվում նաև, թե հատկապես որ ծառայություններն են ավելի դժվար մատչելի հասարակության տարբեր սոցիալական խավերի համար և այլն: Տվյալ հետազոտության ընթացքում մենք փորձել ենք տալ գիտականորեն հիմնավորված պատասխաններ վերոնշյալ և մի շարք այլ բացթողումներին՝ Երևան քաղաքի ազգաբնակչության կտրվածքով:

Աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի ուսումնասիրության հիմնական նպատակն է մշակել և գործնականում կիրառել բնակչության սոցիալական պաշտպանվածության ավելացմանն ուղղված գիտականորեն հիմնավորված միջոցառումներ: Ֆինանսական աղետի նվազեցման ռազմավարության մեջ մեծ տեղ ունի առաջնային բժշկասանիտարական օգնությունը: Միևնույն ժամանակ, կարևոր է գիտակցել, որ աղետալի ծախսերի բացակայությունը կամ վերջինի ցածր մակարդակը կարող են պայմանավորված լինել նրանով, որ SS-ների անդամներն ուղղակի չեն դիմում բժշկական օգնության, քանի որ չեն կարող հայթհայթել անհրաժեշտ գումարը կամ չունեն համապատասխան միջոցներ բուժօգնության հասնելու համար (Suhrcke M., Rocco L., McKee M., 2008): Այսպես, համաձայն տարիներ առաջ միջազգային կառույցների կողմից կատարված սակավ հետազոտությունների տվյալների՝ Հայաստանում մինչև ֆինանսական աղետի ենթարկվելն աղքատների տոկոսը կազմել է 41.2%, իսկ առողջության վրա կատարված ծախսերի հետևանքով ֆինանսական աղետի ենթարկվելուց հետո՝ 44.6% (Alam A et al., 2005): Անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև, որ SS-ների անդամների ծերացման հետ զուգընթաց ավելանալու են նաև առողջության պահպանման ծախսերը, քրոնիկական հիվանդությունների հաշվին և կարող են

նվազել SS-ների խնայողությունները՝ այդպիսով վատթարացնելով վերջինների սոցիալական վիճակը, ստիպելով կրճատել ծախսերն այլ կարևոր ուղղություններով (Hwang W., Weller W., Ireys H., at all., 2001; Choua S., Liub J., Hammittc J., 2003; Thomson S., Mossialos E., 2010): Ուստի, արդյունավետ, մատչելի, հազեցած և որակյալ ԱԲՍՕ կարող է էապես նվազեցնել SS-ների ֆինանսական բեռը՝ հետևաբար նվազեցնելով անբարեկեցության առաջացման հավանականությունը:

Հանրապետությունում արդեն իսկ արձանագրված են փաստեր, երբ բնակչությունը խուսափում է դիմել համապատասխան բժշկական օգնություն ստանալու՝ ֆինանսական պատճառներից ելնելով: Փոխարենը՝ մեծանում է շտապ օգնության ծառայության ծանրաբեռնվածությունը, որն անվճար է և տվյալ պարագայում մատուցում է իրեն ոչ բնորոշ առաջնային օղակի ծառայություններ (Պողոսյան Վ.Ռ., 2005):

Չնայած հետճգնաժամյա վերջին տարիներին արձանագրված բնակչության վճարունակության որոշակի բարձրացմանը, այնուհանդերձ առողջության կարիքները հոգալու ծախսերը դեռևս բնակչության լայն զանգվածների համար մնում են անհաղթահարելի: Բժշկական ծառայությունների գները գերազանցում են այլ ապրանքների և ծառայությունների գների միջին մակարդակը՝ ի հաշիվ գրեթե բացարձակապես արտասահմանյան տեխնոլոգիաների, ապրանքների, դեղամիջոցների օգտագործման: Դիցուկ, քրոնիկական սրտային անբավարարության բուժման և վերահսկման համար օգտագործվող ժամանակակից համալիր բուժումը պահանջում է միաժամանակ օգտագործել 3-5 դեղամիջոց, որոնցից միայն մեկ դեղամիջոցի (էնալապրիլի)՝ ամենաէժանի, իսկ ավելի արդյունավետ, բայց թանկի (պերինդոպրիլի) մեկ տարվա բուժման կուրսի արժեքը կազմում է համապատասխանաբար 936 հազ. և 1 մլն. 404 հազ. դրամ: Մինչդեռ պաշտոնական տվյալներով մեկ շնչին ընկնող տարեկան եկամուտը շուրջ 280 հազ. դրամ է, այսինքն միայն մեկ դեղի արժեքը գերազանցում է միջին եկամուտի չափը 3.3-5.0 անգամ (Геворкян М.Р., Саакян А.Е., 2010):

Ինչպես երևում է վերը նշված տվյալներից՝ թե՛ աշխարհի և թե՛ Հայաստանի բնակչության զգալի մասը պաշտպանված չէ հիվանդության պատճառով իրենց SS-ների կենսամակարդակի վատթարացումից, իսկ ֆինանսական աղետին նպաստող հիմնական գործոններից են մարդկանց սեփական գրպանից կատարված վճարները,

ինչը դեռևս Հայաստանում քիչ է ուսումնասիրված: Այս պարագայում կարևոր է դառնում մարդկանց կողմից բժշկասանիտարական օգնության դիմաց վճարումների արդարության հարցը: Այն կարող է լինել անարդարացի՝ ելնելով երկու հիմնական պատճառներից: Առաջինը՝ հանգեցնել ընտանիքի (SS-ն) համար խոշոր անսպասելի գումարների վճարմանը կանխիկ՝ ծառայությունների ստացման վայրում, այլ ոչ թե փոխհատուցել պետական նպատակային ծրագրերի կողմից կամ որևէ կանխավճարային համակարգի միջոցով, և երկրորդը՝ այն կարող է լինել ռեգրեսիվ, քանզի սոցիալապես անապահովները համեմատաբար ավելի մեծ գումարներ են վճարում ապահովվածներից (WHO, 2000; Lustig N., Gonzalez E., Beristain J., 2004): Անգամ մակերեսային ուսումնասիրությունը վկայում է, որ վերոնշյալ երկու խնդիրներն էլ արդիական են մեր առողջապահության համակարգի համար:

Միևնույն ժամանակ պետք է փաստել, որ կանխիկ վճարների սկզբունքը, ընդհանուր առմամբ, համարվում է ռեգրեսիվ, սակայն, անգամ այն կարող է դառնալ նեյտրալ կամ պրոգրեսիվ այն դեպքերում, երբ կանխիկ վճարումների չափն այնքան էլ մեծ չէ, որ հանգեցնի ծառայություններ ստանալուց հրաժարվելուն կամ ֆինանսական աղետի ենթարկվելուն: Այնուհանդերձ ծառայությունների դիմաց նմանատիպ վճարումների մեխանիզմները բավականին դժվար են վերահսկվում ու ենթարկվում բարելավման և կառավարման (Nolan B., Turbat V., 1995):

Ըստ վերլուծված գիտական գրականության տվյալների, աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի լուծման և ամբողջ բնակչությանը ծածկույթն ապահովելու հիմնական ուղիներից մեկն է համարվում պետական ֆինանսավորման ավելացումը, որը կընդգրկի ավելի մեծ թվով մարդկանց անվճար բժշկական օգնության ծրագրերում, հաշվի կառնվեն ֆինանսական աղետին ենթարկվելու SS-ների առավել խոցելի խմբերը, նպաստող ռիսկի գործոնները և այլն: Նշված արդյունքին հասնելու գործում չափազանց կարևոր է նաև բնակչության բժշկական սպասարկման ճիշտ պլանավորումը, սահմանափակ ռեսուրսների ծախսման արդյունավետության բարձրացումը, ինչպես նաև գերակա խնդիրների ճիշտ ընտրությունը (Hart J., 1971; Mackintosh M., 2007): Սակայն վերջինը պահանջում է պետական ծախսերի հսկայական ավելացում, ինչպես նաև առկա ռեսուրսների ավելի արդյունավետ օգտագործում, գնումների գործընթացի արդիականացում, ֆինանսական և ադմինիստրատիվ գործընթացների հեշտացում և այլն:

Այսպես, ըստ որոշ գնահատականների առողջապահության կարիքներին ուղղված ռեսուրսների 20-40%-ը ծախսվում է անարդյունավետ, որի օպտիմալացումը կհանգեցնեք մարդկանց առողջության ցուցանիշների ավելի զգալի բարելավմանը: Մասնավորապես՝ միայն ԱՄՆ-ում առողջապահության ոլորտում տարեկան շուրջ 700 մլն դոլար ծախսվում է անարդյունավետ, համաձայն մեկ այլ հետազոտության տվյալների՝ տարեկան մինչև 415 մլրդ ԱՄՆ դոլար վատնվում է բժշկական սխալների և զանազան չարաշահումների հետևանքով (Kelley R., 2009; Gee J., Button M., Brooks G., 2011):

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ առողջ կյանքի սպասվող միջին տևողությունը Մոլդովայի Հանրապետությունում 24 տարով գերազանցում է Հաիթիի նույն ցուցանիշը, չնայած նրան, որ երկու պետությունները գտնվում են այն երկրների շարքում, որոնք առողջապահական կարիքների համար ծախսում են 250-500 միջազգային դոլար մեկ շնչի հաշվով: Կամ մեկ այլ օրինակ՝ Թաջիկստանի Հանրապետության բնակիչների առողջ կյանքի սպասվող միջին տևողությունն ընդամենը 4,3 տարով է ցածր Շվեդիայի նույն ցուցանիշից, ի դեպ այս տարբերությունը ավելի քիչ է, քան Շվեդիայի և ԱՄՆ-ի միջև (WHO, 2008): Այս տվյալները վկայում են, որ ֆինանսական միջոցներ ծախսելու մեթոդները, օբյեկտների և հասցեատերերի ճիշտ ընտրությունն ավելի կարևոր են, քան ծախսված գումարների անվանական չափերը: Այն երկրներում, որտեղ առողջապահության կարիքների վրա ծախսվող գումարները մեծ չեն, յուրաքանչյուր անարդյունավետ ծախսած դրամը հնարավոր է հանգեցնի էական անհամաչափությունների: Ուստի, Հայաստանի ներկայի վիճակում առողջապահության համակարգի ռեսուրսների ծախսման արդյունավետության բարձրացման հարցը ստանում է հրատապ նշանակություն:

Վերոնշյալի լույսի ներքո, առավել արդյունավետ է ՊԲԱ ներդրումը, որը կապահովի ամբողջ բնակչությանը հավասար պայմաններում բժշկական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը և էապես կարող է նվազեցնել աղետալի ծախսերի ռիսկը և բնակչության սեփական գրպանից կատարված ծախսերի մակարդակը (Mylena A., Rivera A., Xu K., Carrin G., 2006; Saksena P., Xu K., Carrin G., 2006; WHO, 2012): Սակայն ՊԲԱ հապճեպ ներդրումը կարող է հանգեցնել մի շարք բարդությունների և չեզոքացնի վերջին տարիների նվաճումները: Վերոնշյալի լույսի ներքո, հատկանշական է Ղազախստանի փորձը: ՊԲԱ համակարգի ներդրման

առաջին փորձը 1996-1998 թթ. ավարտվեց անհաջողությամբ, պատճառներն էին՝ ՊԲԱ հիմնադրամի անբարեխղճությունը, համապատասխան նորմատիվային բազայի, բժշկական ապահովագրության ծրագրերի և բժշկական օգնության ստանդարտների բացակայությունը: Ի վերջո, սա հանգեցրեց ազգաբնակչության անվտանգությանը համակարգի նկատմամբ, և կառավարությունը ստիպված եղավ դադարեցնել ծրագիրը: Վերոնշյալ պատճառները խոչնդոտում էին ՊԲԱ համակարգի վերականգնմանը 2000-2003 թ.-ին (Агентство Республики Казахстан по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций, 2008):

Աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի ուսումնասիրության և արդյունավետ պայքարի տեսանկյունից պետք է նշել, որ տվյալ բացասական երևույթներից զերծ մնալու հնարավոր տարբերակն է ՊԲԱ աստիճանաբար ներդրումը: Նման մոտեցում ցուցաբերվել է Կորեայի Հանրապետությունում, որը սկսել է բժշկական օգնությամբ բնակչության համընդհանուր ծածկույթին անցնելու, ինչպես նաև սեփական գրպանից կատարված վճարումների դեմ պայքարի գործընթացը դեռևս 1960-ական թվականներին: Սկզբնական ներդրումներն ուղղված էին ենթակառուցվածքների զարգացմանը, սակայն արդեն 1977թ.-ին, ի շնորհիվ հզոր քաղաքական աջակցության, ծրագիրը զգալիորեն ընդլայնվեց, որին հետևեց աշխատող բնակչության բժշկական ապահովագրության ծրագրերի կայուն զարգացումը՝ ի հաշիվ նորանոր մարդկանց ծրագրում ներգրավվելու: Ի սկզբանե նմանատիպ ծրագրերի մասնակից էին այն ձեռնարկությունները, որտեղ աշխատում էր 500 և ավելի աշխատակից, հետզհետե ներգրավվեցին ավելի փոքր ձեռնարկություններ՝ ընդհուպ մինչև այն կազմակերպությունները, որտեղ կար ընդամենը մեկ աշխատող: 1981 թ.-ից սկսած ծրագրի մասնակից դարձան պետական ծառայողները և դասատուները, ինչն առանցքային նշանակություն ունեցավ ծրագրի մասին ազգաբնակչության շրջանում տեղեկատվության տարածման գործում: Սա իր հերթին թույլ տվեց բարձրացնել ծրագրում ամբողջ ազգաբնակչությանն ընդգրկելու հարցը, և 1989 թ.-ին ապահովագրության ծածկույթը տարածվեց ամբողջ բնակչության վրա՝ սոցիալապես անապահովների, գյուղացիների և այլն (Jeong H-S., 2010; Mathauer I., Xu K., 2009):

Աղետալի ծախսերի նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների աստիճանաբար ներդրումը, ներառյալ համայնքային բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրումը և զարգացումը, թույլ կտա զերծ պահել թե՛ առողջապահության

համակարգը, թե՛ ազգաբնակչությանը զանազան խնդիրներից, որոնք կարող են վաղ հայտնաբերվել և շտկվել ծրագրերի աստիճանաբար ներդրման դեպքում (Schmidt J., Mayindo J., 2006): Կարևոր է նաև սահմանել ապահովագրավճարի արդար չափաբաժին՝ ելնելով համակարգի բնակչության կարիքները հոգալու հնարավորությունից և վերջինի սահմանափակ վճարունակությունից (Carrin G., Mathauer I., Xua K., et all, 2006; Cavagnero E., Carrin G., Xu K., 2006;):

Բացի վերը նշված խնդիրներից, անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ Հայաստանում բավականին բարձր է գործազրկության մակարդակը, սոցիալապես անապահովների, ինչպես նաև ստվերում աշխատողների թվաքանակը, ուստի նրանց փոխարեն ստիպված կլինի վճարել կամ աշխատող բնակչությունը կամ պետությունը, իսկ դա ներկայի պայմաններում բավականին դժվար խնդիր է երկու կողմերի համար:

Ընդհանրացնելով ժամանակակից գրականության վերլուծությունը, կարելի է եզրակացնել, որ աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրն ավելի քան արդիական է, թե՛ զարգացած երկրներում, թե՛ զարգացող երկրներում, այդ թվում նաև Հայաստանում, և գտնվում է այնպիսի միջազգային կազմակերպությունների ուշադրության կենտրոնում, ինչպիսիքն են ԱՀԿ-ն, ՀԲ-ն և այլն:

Ընդհանուր առմամբ, խնդրի առաջացմանը նպաստող գործոններից են՝ ամբողջ բնակչությանը բժշկական օգնության ծածկույթով ապահովելու հարցի չլուծված լինելը, առողջապահական ծրագրերի մասնատվածությունը, բժշկական օգնության շարունակական նեղ մասնագիտացումը, ԱԲՍՕ գաղափարների անհետևողական իրականացումը, առողջապահության համակարգի անկառավարելի շուկայականացումը, սեփական գրպանից վճարումների առկայությունը և բարձր տեսակարար կշիռը, ծառայությունների դիմաց տեղում վճարումները, կանխավճարային համակարգի անկատարությունը, պետական ծախսերի անլիարժեքությունն ու անարդյունավետությունը, բժշկական ծառայությունների որակի վերահսկողության մեխանիզմների կատարելագործման անհրաժեշտությունը, բնակչության սոցիալական բևեռացումը և այլն: Թվարկված գործոններից մի մասն արդիական են մեր հանրապետության համար, մյուսը՝ ոչ, ուստի կա անհրաժեշտություն բժշկական օգնությունը մատչելի դարձնելու խնդրի հետագա հանգամանակից ուսումնասիրությունների:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հետազոտության առաջնային նյութ են հանդիսացել Երևան քաղաքի ՏՏ-ների շրջանում 2011-2012 թվականների ընթացքում իրականացված հատուկ ուսումնասիրության արդյունքում ստացված տվյալները:

Համաձայն ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ՝ ա. անհատական ՏՏ-ների թվին են դասվել առանձին բնակելի միավորում կամ դրա մի մասում բնակվող մեկ անձից բաղկացած ՏՏ-ները, երբ անձն ինքնուրույն ապահովում է իրեն կենսականորեն անհրաժեշտ ամեն ինչով և ընդհանուր տնտեսություն վարելու համար տվյալ բնակելի միավորում բնակվող այլ անձանց հետ չի միավորում իր միջոցները, և բ. առանձին բնակելի միավորում կամ դրա մի մասում, կամ մի քանի շինություններում համատեղ բնակվող երկու և ավելի անձանցից բաղկացած ՏՏ-ը, որի անդամներն իրենց կենսաապահովումն իրականացնում են ընդհանուր տնտեսություն վարելով՝ ամբողջությամբ կամ մասամբ միավորելով իրենց միջոցները: Այդ անձիք կարող են կապված լինել ազգակցական կամ ամուսնական կապերով, կամ չլինել ազգական, կամ և՛ մեկը, և՛ մյուսը (ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2003):

Երևան քաղաքի բնակչության առողջության վրա աղետալի ծախսերի ռիսկերի գնահատումը և դրանց նվազեցման միջոցառումների հիմնավորման հետազոտության առաջնային նյութն ընդգրկում է մեր կողմից հատուկ մշակված տեղեկատվական «Առողջության վրա բնակչության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի» միջոցով իրականացված սոցիոլոգիական հարցման տվյալները:

ՏՏ-ների շրջանում առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերի տարածվածության հայտնաբերման, աղետի ենթարկված տնտեսությունների սոցիալ-տնտեսական առանձնահատկությունների, ֆինանսական աղետի առաջացման ռիսկի գործոնների, ինչպես նաև դրանց նվազեցման միջոցառումների մշակման համար մեր կողմից հատուկ ստեղծված «Առողջության վրա բնակչության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության հարցաթերթիկը» բաղկացած է ընդամենը 39 հարցից՝ 17 հիմնական և 22 ենթահարցերից (հավելված 4), որոնք խմբավորված են ըստ ընդհանուր տվյալների՝ տարիք, սեռ, ՏՏ-ն անդամների թիվ և այլն, բժշկասանիտարական բնութագրերի՝ քրոնիկական հիվանդությունների առկայություն, հաճախումներ բժշկական հաստատություններ, դրանց կառուցվածքը,

քանակը և այլն, սոցիալ-կենցաղային պայմանների բնութագրեր, կենսամակարդակի գնահատական, ջեռուցման առկայություն և այլն, ինչպես նաև տնտեսական տվյալների՝ SS-ն եկամուտի չափը, առողջապահական ծախսերի չափաբաժինն ընդհանուր ծախսերից, դրանց կառուցվածքը, բժշկական ծառայությունների սպառման տվյալներ և այլն: Հարցաթերթիկում տեղ են գտել նաև մի շարք որակական տվյալներ՝ հիմնված SS-ների սուբյեկտիվ ինքնագնահատականի վրա:

Հարցաթերթիկը մշակելիս հաշվի են առնվել սոցիոլոգի և տնտեսագետի խորհրդատվությունը, ինչպես նաև ԱՀԿ կողմից աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության համար առաջարկվող մեթոդաբանության պահանջների այն դրույթները, որոնք եղել են կիրառելի Երևան քաղաքի պայմանների և տվյալ հետազոտության նպատակների համար (Xu Ke, 2005): Հարկ է նշել, որ 2010 թվականին ՀՀ կենտրոնական բանկի աջակցությամբ Երևանի բանկային ոլորտի 384 աշխատակիցների շրջանում իրականացված պիլոտային հետազոտության ընթացքում կատարվել է հարցաթերթիկի փորձարկում: Հարցաթերթիկը քննարկվել և հավանության է արժանացել Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ Էթիկայի կոմիտեի կողմից: Հարցման ընթացքում հատուկ մշակված հարցաթերթիկի հետ մեկտեղ մասնակիցներին տրամադրվել է տեղեկատվական թերթիկ, որտեղ հակիրճ ներկայացվել են հետազոտության նպատակները, մասնակիցների իրավունքները, անանունությունը, տեղեկատվության գաղտնիությունը, հետազոտության ֆինանսավորման աղբյուրները, հարցաշարի լրացման կարգը, ինչպես նաև պատասխանների ազատ ընտրության սկզբունքը: Հետազոտության բոլոր մասնակիցների ներգրավումն իրականացվել է կամավորության սկզբունքի հիման վրա:

Աշխատանքը հանդիսանում է դիտական, լայնակի կտրվածքով՝ միանվագ հետազոտություն: Երևան քաղաքում առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերի հետազոտությանը մասնակցել են 2392 SS-ներ, որոնց ներկայացուցիչների կողմից լրացվել են հատուկ տեղեկատվական հարցաթերթիկները, որոնք ենթարկվել են ստուգման և վիճակագրական մշակման: Հարցաթերթիկների մշակման և վերլուծության ընթացքում պարզվել է, որ հարցաթերթիկի «5.1», «8», «8.1», «8.2», «10.4» և «18» հարցերին տրված պատասխաններն առանձնանում են բարձր ցրվածությամբ և հետազոտության համար ցածր տեղեկատվության աստիճանով,

ուստի որոշում է կայացվել դրանք խոտանել և չընդգրկել հետազոտության ամփոփիչ մասում:

Առաջնային նյութի տվյալների պահպանումն ու մշակումն իրականացվել են՝ ստանդարտ և հատուկ համակարգչային վիճակագրական ծրագրերի փաթեթների կիրառմամբ (MC Access, MC Excel, SPSS):

Որպես ֆինանսական աղետի ենթարկվելու շեմ ընդունվել է SS-ների տարեկան եկամուտի 10%-ի չափը, որն ուղղվել է առողջության պահպանմանը և որևէ կերպ չի փոխհատուցվել (Koretz D., Gordon N., Ginsburg P., 1982; Wyszewianski L., 1986; Berki S., 1986; Russell S., 2004):

Հետազոտության տվյալների ամփոփման ընթացքում կիրառվել են հետևյալ վիճակագրական մեթոդները (Гланц., 1998; Миняева В.Л., Вишнякова Н.И., 2003; Герасимов А.Н., 2007).

➤ Առողջության պահպանման աղետալի ծախսերի հետազոտության տվյալների պատշաճ հավաստիությունն ապահովելու նպատակով՝ որոշվել է դիտողության ընտրանքի ներկայացուցչական թվաքանակը, որը կազմել է 2380,62, կլորացնելով՝ 2381 SS-ն:

Հաշվարկները կատարվել են ստորև ներկայացված բանաձևով (Lemeshow S., 1990; Миняева В.Л., Вишнякова Н.И., 2003).

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta^2 + t^2Pq}, \text{ որտեղ}$$

n-ը՝ հետազոտության մասնակից SS-ների թիվն է,
t-ն՝ առաջին տիպի սխալի 1% հավաստիության գործակիցն է (2,58),
P-ն՝ երևույթի հանդիպման հավանականությունն է (0,5),
q-ն՝ հակառակ երևույթի հանդիպման հավանականությունն է (0,5),
N-ը՝ համընդհանուր ամբողջության թվաքանակն է (276,740) (ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2003),

Δ-ն՝ առավելագույն թույլատրելի սխալը (0,026325):

➤ Որոշվել են ուսումնասիրվող որակական հատկանիշների հարաբերական ցուցանիշները.

Էքստենսիվ կամ կառուցվածքային ցուցանիշները, որոնք բնութագրում են հետազոտվող հատկանիշի տեսակարար կշիռը ամբողջի մեջ՝

$$X = \frac{n}{N} \times 100\%, \text{ որտեղ}$$

X-ը՝ հետազոտվող հատկանիշի տեսակարար կշիռն է (%),

n-ը՝ երևույթի մասն է, արտահայտված բացարձակ թվերով,

N-ը՝ ամբողջ երևույթն է, արտահայտված բացարձակ թվերով:

Ինտենսիվ ցուցանիշներ՝ բնութագրում են երևույթի հանդիպման հաճախականությունը միջավայրում և հաշվարկվել են ստորև բանաձևով՝

$$P = \frac{n}{N} \times k, \text{ որտեղ}$$

n-ը՝ ուսումնասիրվող երևույթի արձանագրված դեպքերի թիվն է,

N-ը՝ երևույթը բնութագրող բնակչության թիվն է,

k-ն՝ գործակիցն է

Որոշվել են ինտենսիվ ցուցանիշի ստանդարտ սխալները (m), որոնց հաշվարկները կատարվել են ստորև բանաձևով՝

$$m = \frac{\sqrt{P(1-P)}}{n}, \text{ որտեղ}$$

P-ն ցուցանիշի արժեքն է,

n-ը՝ դիտարկումների ընդհանուր թիվն է:

➤ Որոշվել են նաև ուսումնասիրվող քանակական հատկանիշները բնութագրող միջին մեծությունները.

Առողջության վրա բնակչության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության հարցաթերթիկում տեղ գտած քանակական հատկանիշների համար հաշվարկվել է միջին թվաբանականը և ստանդարտ սխալը (UU) հետևյալ բանաձևերով՝

$$M = \frac{\sum X_n}{n}, \text{ իսկ } UU - \text{ի համար՝ } m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}, \text{ որտեղ}$$

X-ն՝ փոփոխականների արժեքների հանրագումարն է,

n-ն՝ դիտարկումների ընդհանուր թիվն է,

σ-ն՝ ստանդարտ շեղումն է ($\sigma = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n}}$):

Ընտրովի հետազոտության արդյունքները համընդհանուր ամբողջության (Երևան քաղաքի) վրա տարածելու նպատակով՝ որոշվել են միջին մեծությունների, ինչպես նաև ցուցանիշների վստահելիության սահմանները (ՎՍ), հետևյալ բանաձևերի կիրառմամբ՝

$$M_{\text{համ}} = M_{\text{ընտ}} \pm t \cdot m, \text{ որտեղ}$$

$M_{\text{համ}}$ -ը՝ համընդհանուր ամբողջության միջինն է,

$M_{\text{ընտ}}$ -ը՝ ընտրանքի միջինն է,

t -ն՝ հավաստիության գործակիցն է, որն ընդունվել է 2,58՝ 99% հավաստիության համար,

m -ը՝ ՍՍ-ն է, և

$$P_{\text{համ}} = P_{\text{ընտ}} \pm t \cdot m, \text{ որտեղ}$$

$P_{\text{համ}}$ -ը՝ համընդհանուր ամբողջության ցուցանիշն է,

$P_{\text{ընտ}}$ -ը՝ ընտրանքի ցուցանիշն է,

t -ն՝ հավաստիության գործակիցն է, որն ընդունվել է 2,58՝ 99% հավաստիության համար,

m -ը՝ ցուցանիշի ՍՍ-ն է:

Հետազոտվող երկու խմբերում տարբերության նշանակալիության ստուգման նպատակով՝ կիրառվել է Ստյուդենտի չափանիշը, իսկ երկուսից ավել խմբերի համեմատության դեպքում կիրառվել է մեկ գործոնանի ԱՆՈՎԱ թեստը: Տվյալ դեպքում ԱՆՈՎԱ թեստի համար F -ի կրիտիկական արժեք, որի դեպքում ժխտվում է զրոյական հիպոթեզը (H_0) ընդունվել է 3,35-ը, իսկ ստացված t -ի արժեքի դեպքում H_0 ժխտվել է և դիտարկված տարբերությունը համարվել է վիճակագրորեն նշանակալի, եթե չափանիշը գտնվել է -2,10 մինչև +2,10 միջակայքից դուրս:

Հաշվարկներն կատարվել են հետևյալ բանաձևերով՝

$$t = \frac{M_{\text{համ}} - M_{\text{ընտ}}}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \text{ միջին մեծությունների համար, որտեղ}$$

t -ն՝ Ստյուդենտի գործակիցն է,

$M_{\text{համ}}$ -ը՝ համընդհանուր ամբողջության միջինն է,

$M_{\text{ընտ}}$ -ը՝ ընտրանքի միջինն է,

m_1 -ը՝ համընդհանուր ամբողջության ՍՍ-ն է,

m_2 -ը՝ ընտրանքի ՍՍ-ն է:

$$t = \frac{P_{\text{համ}} - P_{\text{ընտ}}}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \text{ ցուցանիշների համար, որտեղ,}$$

t -ն՝ Ստյուդենտի գործակիցն է,

$P_{\text{համ}}$ -ը՝ համընդհանուր ամբողջության ցուցանիշն է,

$P_{\text{ընտ}}$ -ը՝ ընտրանքի ցուցանիշն է,

m_1^2 -ը՝ համընդհանուր ամբողջության ցուցանիշի ՍՍ-ն է,

m_2^2 -ը՝ ընտրանքի ցուցանիշի ՍՍ-ն է:

$$F = \frac{s_{\text{միջ}}^2}{s_{\text{ներ}}^2}, \text{ որտեղ}$$

F -ը՝ չափանիշն է,

$s_{\text{միջ}}^2$ -ը՝ միջխմբային դիսպերսիան է,

$s_{\text{ներ}}^2$ -ը՝ ներխմբային դիսպերսիան է:

➤ Հետազոտության ընթացքում կիրառվել են նաև կորելացիոն, ռեգրեսիոն, պարզ լոգիստիկ ռեգրեսիան, ինչպես նաև χ^2 վերլուծությունները:

Կորելացիոն վերլուծության ընթացքում հաշվարկվել է Պիրսոնի կորելացիայի գործակիցը: Ստացված արդյունքների գնահատումն իրականացվել է հետևյալ սանդղակով՝ 0/-0,30/ կապ չկա կամ թույլ կապ, /0,31/-0,70/ միջին ուժգնության կապ և /0,71/-1/ ուժեղ կապ:

Հաշվարկը կատարվել է ստորև բանաձևով.

$$r = \frac{\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X - \bar{X})^2 \sum(Y - \bar{Y})^2}}, \text{ որտեղ}$$

r -ը՝ Պիրսոնի կորելացիոն գործակիցն է,

$\bar{X}$ – համեմատվող երևույթներից մեկի միջին մեծությունն է,

X – համեմատվող փոփոխականներից մեկն է,

$\bar{Y}$ – համեմատվող երևույթներից մյուսի միջին մեծությունն է,

Y – համեմատվող մյուս փոփոխականն է:

Կորելացիայի գործակցի վիճակագրական նշանակալիությունը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով,

$$t = \frac{r}{\sqrt{\frac{1-r^2}{n-2}}}, \text{ որտեղ}$$

r -ը՝ Պիրսոնի կորելացիոն գործակիցն է,

n -ն՝ դիտարկումների ընդհանուր թիվն է:

Ռեգրեսիոն վերլուծությունն իրականացվել է ստորև ներկայացված բանաձևով.

$$y = \alpha + \beta x, \text{ որտեղ}$$

y -ը՝ կախյալ փոփոխականի կանխատեսվող արժեքն է,

α -ն՝ գործակից է, որը ցույց է տալիս y -ի արժեքն երբ $x=0$,

β -ն՝ ցույց է տալիս, թե ինչքանով է փոխվում կախյալ փոփոխականն անկախ փոփոխականի մեկ միավորով փոխվելու դեպքում,

x -ը՝ անկախ փոփոխականն է:

Երևան քաղաքում առողջության պահպանման աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գործոնների հայտնաբերման, ինչպես նաև տարբեր խմբերում ֆինանսական աղետի բախվելու հավանականության գնահատման նպատակով կիրառվել է պարզ լոգիստիկ ռեգրեսիան (Christensen R., 1997), որն ԱՀԿ վերոնշյալ մեթոդաբանությամբ համարվում է առավել նպատակահարմար վիճակագրական գործիքն աղետալի ծախսերի ռիսկի գործոնների ուսումնասիրության ժամանակ:

Հետազոտության ընթացքում, երկու և ավելի հատկանիշների միջև կապի առկայության հայտնաբերման նպատակով կիրառվել է χ^2 վերլուծությունը, որի հաշվարկը կատարվել է հետևյալ բանաձևով.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}, \text{ որտեղ}$$

χ^2 -ն՝ չափանիշն է,

O -ն՝ համակցությունների աղյուսակի յուրաքանչյուր վանդակում փաստացի մուտքագրված տվյալներն են,

E -ն՝ սպասվող թիվն է նույն վանդակում:

Հաշվարկի ընթացքում իրականացվել են հիմնական փուլերը՝ սահմանվել են H_0 և ակտերնատիվ վարկածները, կատարվել է χ^2 -ու հաշվարկը վերոնշյալ բանաձևով, ստացված արդյունքները համեմատվել են կրիտիկական արժեքների հետ՝ աղյուսակի համապատասխան տվյալների հետ: Այն բոլոր դեպքերում երբ H_0 ճիշտ լինելու հավանականությունն (p) եղել է 0.0001-ից փոքր, այն ընդունվել է հավասար 0.0000-ի:

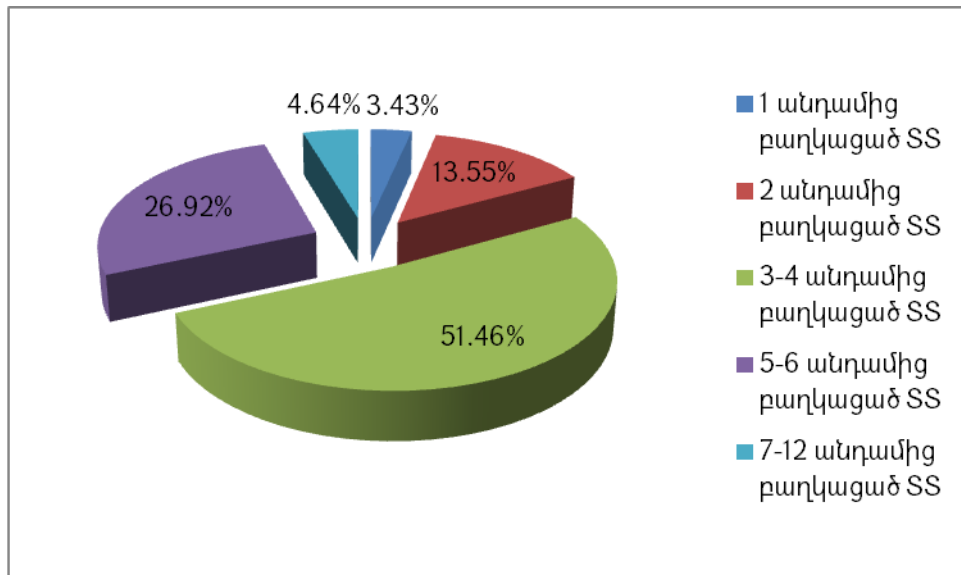
ԳԼՈՒԽ 3

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍՆԱԿԻՑ ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

3.1 Հետազոտված SS-ների կառուցվածքային և սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշների վերլուծություն:

Հետազոտությանը մասնակցել են Երևան քաղաքում բնակվող թվով 2392 SS-ներ: SS-թյան կառուցվածքի ցուցանիշ է հանդիսանում անդամների թվային կազմը, որը հետազոտված SS-ների (ընտրանքի) համար ըստ միջինացված արժեքի ($3,89 \pm 0,03$) հավասարվելով 4-ի, առանձին դեպքերում տատանվել է 1÷12 սահմաններում:

Այսպես, վերլուծության արդյունքներից (նկ. 1) երևում է, որ հետազոտված ընտրանքում մեկ անդամից բաղկացած SS-ների (82) մասնաբաժինը կազմել է 3,43%, երկու անդամից (324)՝ 13,55%, 3-4 անդամներից (1231)՝ 51,46%, 5-6 անդամներից (644)՝ 26,92%, իսկ 7-12 անդամներից բաղկացած SS-ներինը (111)՝ 4,64%:



Նկար 1: Հետազոտված SS-ների կառուցվածքն ըստ տնտեսության անդամների թվակազմի վերլուծության արդյունքների

Տնտեսության անդամակազմի վերլուծության արդյունքներին համաձայն (աղ. 1)՝ հետազոտված ընտրանքում 31,10%-ը բաժին է ընկել թոշակառու անդամներ ունեցող (744), իսկ մնացած 68,90%-ը՝ թոշակառու տարիքի անդամներ չունեցող SS-ներին

(1648): Ստացված արդյունքները վկայում են, որ թոշակառու անդամների առկայությամբ SS-ներից քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) թոշակառուներ ունեցող SS-ների (382) մասնաբաժինը կազմել է 51,34%: Թոշակառու տարիքի անդամ չունեցող SS-ներից քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անձանց առկայությամբ SS-ների (164) մասնաբաժինը կազմել է 9,95%:

Աղյուսակ 1

Հետազոտված SS-ների կառուցվածքն ըստ տնտեսության անդամակազմի վերլուծության արդյունքների

SS-ների անդամների կազմը	քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անդամների				Ընդամենը	
	առկայությամբ		բացակայությամբ			
	n	%	n	%	n	%
թոշակառուներ ունեցող	382	51,34	362	48,66	744	31,10
թոշակառուներ չունեցող	164	9,95	1484	90,05	1648	68,90
Ընդամենը	546	22,83	1846	77,17	2392	100,00

Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից հետազոտված ընտրանքում (2932) տնտեսության անդամների կազմում քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) թոշակառու և ոչ թոշակառու տարիքի անձանց առկայությամբ SS-ների (546) մասնաբաժինը կազմել է 22,83%:

Ստացված արդյունքների արտարկումը թույլ է տալիս 99% վստահելիությամբ պնդել, որ Երևան քաղաքի SS-ների շրջանում տնտեսության անդամների կազմում թոշակառու և քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անձանց առկայությամբ SS-ների մասնաբաժինը տատանվում է 14,00-17,90% միջակայքում, իսկ ոչ թոշակառու տարիքի, սակայն մշտապես դեղորայք օգտագործողներինը՝ 5,50-8,20% միջակայքում: SS-ների նման կառուցվածքային բաշխումը կարևոր է աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության տեսանկյունից, քանի որ օրինակ, դեղորայքի մշտական օգտագործումը կամ քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը բնականաբար պահանջում է դեղորայքի պարբերաբար ձեռքբերում, որը հիմնականում իրականացվում է տնտեսությունների սեփական միջոցների հաշվին, ինչն երկարաժամկետ հեռանկարում կարող է նպաստել SS-ների բարեկեցության վատթարացմանը, ընդհուպ մինչև ֆինանսական աղետի բախմանը:

Որպես կառուցվածքային հատկանիշներ, որոնք ևս հնարավոր է դեր ունենան աղետալի ծախսերի առաջացման գործում, մեր կողմից ուսումնասիրվել են նաև SS-ների գլխավորների կրթությունը և մշտական աշխատանքով ապահովվածությունը:

Այսպես, մշտական աշխատանքով ապահովվածության վերաբերյալ ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (աղ. 2), որ հետազոտված ընտրանքում 68,86% դեպքերում (1647) SS-ների գլխավորներն ունեցել են մշտական աշխատանք, 28,76% դեպքերում (688)՝ մշտական աշխատանքով ապահովված չեն եղել: Մնացած 2,38% դեպքերում (57) SS-ների ներկայացուցիչների կողմից տվյալ հարցին պատասխաններ չեն տրվել:

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ հետազոտված SS-ների գլխավորների կրթության և աշխատանքով ապահովվածության միջև առկա է վիճակագրորեն նշանակալի կապ (χ^2 թեստ, $p < 0.0000$):

Աղյուսակ 2

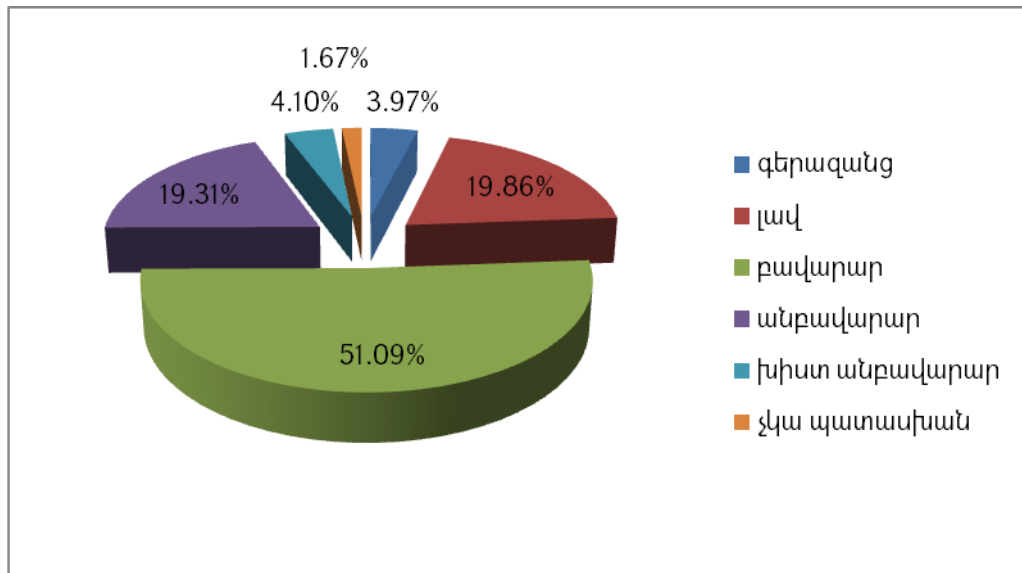
Հետազոտված SS-ների կառուցվածքն ըստ տնտեսության գլխավորի կրթության և մշտական աշխատանքով ապահովվածության վերլուծության արդյունքների

Ապահովվածությո- ուն մշտական աշխատանքով	SS գլխավորի կրթություն								ընդամենը	
	բարձրագույն		միջին մասնագիտակ		միջնակարգ		այլ չճշտված			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Այո	901	83.74	532	72.09	208	37.75	6	22.22	1647	68.85
Ոչ	151	14.03	191	25.88	325	58.98	21	77.78	688	28.76
Չկա պատասխան	24	2.23	15	2.03	18	3.27	-	-	57	2.38
Ընդամենը	1076	100.00	738	100.00	551	100.00	27	100	2392	100.00

Այլ կերպ ասած, SS-ների գլխավորների կրթությունը կարող է հանդիսանալ դետերմինանտ, որը պայմանավորում է աշխատանք ունենալու հավանականությունը:

Այսինքն, եթե մշտական աշխատանք չունեցող բարձրագույն կրթությամբ գլխավորներով SS-ների (151) մասնաբաժինն եղել է 14,03%, միջին մասնագիտական կրթությամբ (191)՝ 25,88%, իսկ միջնակարգ կրթությամբ (325)՝ ավելին, 58,98%, ապա մշտական աշխատանքով ապահովված բարձրագույն կրթությամբ գլխավորներով SS-ների (901) դեպքում կազմել է 83,74%, միջին մասնագիտական կրթությամբ (532)՝ 72,09%, իսկ միջնակարգ կրթությամբ (208)՝ ընդամենը 37,75%:

Կարևոր նշանակություն է տրվել նաև SS-ների կենսամակարդակի ուսումնասիրությանը, որի հիմքում ընկած են հարցման մասնակիցների ինքնագնահատականի տվյալները: Հարկ է նշել, որ համաձայն ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ մեթոդաբանության (ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2015), աղքատության սուբյեկտիվ գնահատականն ըստ կենսամակարդակի ներկայացված է հետևյալ (6) տարբերակներով՝ «ծայրահեղ աղքատ», «աղքատ», «միջինից ցածր», «միջին», «միջինից բարձր» և «հարուստ»:



Նկար 2: Հետազոտված SS-ների բաշխումն ըստ կենսամակարդակի ինքնագնահատման վերլուծության արդյունքների

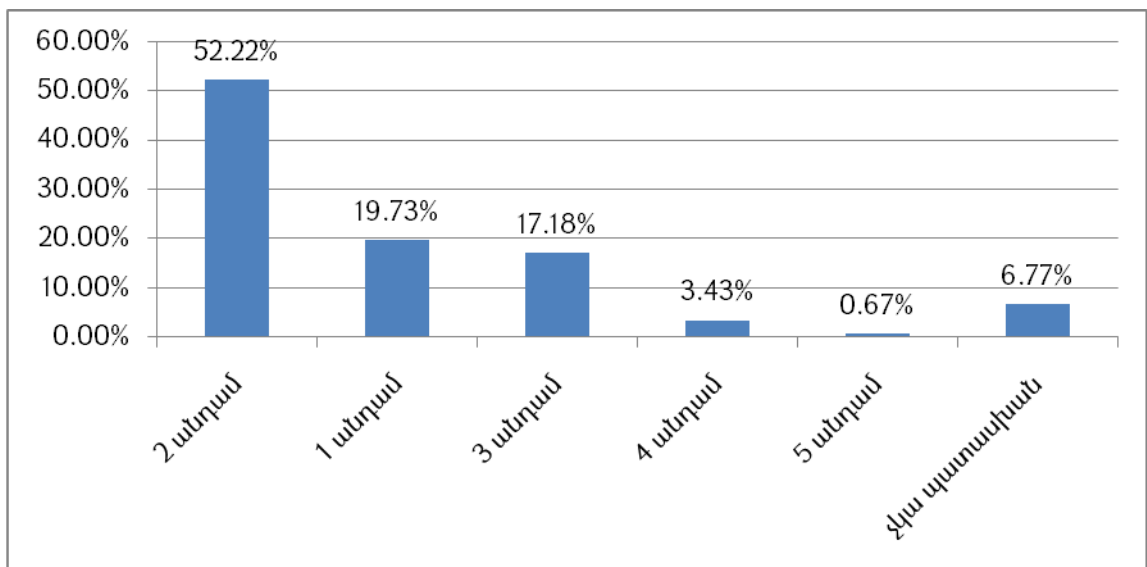
Մեր կողմից մշակված հարցաթերթիկում SS-ների կենսամակարդակի ինքնագնահատման համար առաջարկված կողմնորոշիչ պատասխաններն (5) իրենց բովանդակությամբ հիմնականում նմանակվում են նշված տարբերակներին, մասնավորապես, «խիստ անբավարար» պատասխանը՝ «ծայրահեղ աղքատ» տարբերակին, «անբավարար»-ը՝ «աղքատ»-ին, «բավարար» պատասխանը՝ «միջինից ցածր և միջին» տարբերակներին միասին վերցված, «լավ»-ը՝ «միջինից բարձր»-ին, իսկ «գերազանց»-ը՝ «հարուստ»-ին:

Հետազոտված SS-ների կենսամակարդակի ինքնագնահատման վերաբերյալ ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքներից երևում է (նկ. 2), որ 3,97% (95) դեպքերում SS-ների սուբյեկտիվ գնահատման տվյալներն եղել են գերազանց, 19,86% դեպքերում (475)՝ լավ, իսկ 51,09% դեպքերում (1222)՝ բավարար, մինչդեռ 19,31% դեպքերում (462) SS-ների կողմից տրված գնահատականներն եղել են անբավարար,

իսկ 4,10% դեպքերում (98)՝ խիստ անբավարար: Մնացած 1,67% դեպքերում (40) SS-ների կողմից պատասխաններ չեն նշվել:

Անհրաժեշտ է նշել, որ հետազոտված SS-ների կենսամակարդակի վերաբերյալ մեր կողմից ստացված արդյունքները հիմնականում համադրելի են «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը» վիճակագրական-վերլուծական զեկույցի (ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ, 2015) տվյալներին, համաձայն որի 2012 թվականին ՀՀ SS-ների 14,50% և 3,10%-ն իրեց կենսամակարդակը գնահատել են համապատասխանաբար աղքատ և ծայրահեղ աղքատ: Հարկ է ընդգծել, որ աղքատության սուբյեկտիվ գնահատականը և ընկալումը SS-ների կողմից, մեր խորհին համոզմունքով, կարող է իր ազդեցությունն ունենալ անհրաժեշտության դեպքում բժշկական ծառայություններին դիմելու կամ չդիմելու որոշում ընդունելիս:

Ուսումնասիրվել է նաև SS-ների ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվային կազմը:



Նկար 3: Հետազոտված SS-ների բաշխման արդյունքներն ըստ ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվաքանակի

Ի դեպ, SS-ների բյուջեի ձևավորման մասնակցությունն ենթադրել է տնտեսության այս կամ այն անդամի կողմից ցանկացած եկամուտի ներդրումը՝ աշխատավարձի, թոշակի, նպաստի և այլն: Վերլուծության արդյունքներին համաձայն ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թիվը դիտարկված SS-ներում ըստ ցուցանիշի միջինացված արժեքի ($2,07 \pm 0,02$) հավասար է եղել է 2-ի, իսկ առանձին դեպքերում տատանվել է 1÷5 սահմաններում:

Այսպես, ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքներից երևում է (նկ. 3), որ 52,22% դեպքերում (1249) SS-ների ընտանեկան բյուջեի ձևավորմանը մասնակցել է երկու անդամ, 19,73% դեպքերում (472)՝ մեկ անդամ, 17,18% դեպքերում (411)՝ երեք անդամ, 3,43% դեպքերում (82)՝ չորս անդամ, իսկ 0,67% դեպքերում (16)՝ հինգ անդամ: Մնացած 6,77% դեպքերում (162) SS-ների կողմից հարցին պատասխաններ չեն տրվել:

Այնուհետև ուսումնասիրվել են SS-ների եկամուտները: SS-թյան ամսական եկամուտի վերաբերյալ հարցին պատասխանել են 1696 մասնակից՝ որոնք կազմել են հետազոտված (2392) SS-ների 70,90%-ը, իսկ մնացած 29,10% դեպքերում (696) SS-ների ներկայացուցիչները կրել են դժվարություն և հարցին չեն պատասխանել:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ հետազոտված SS-ների շրջանում միջին ամսական և միջին տարեկան եկամուտները համապատասխանաբար կազմել են $157119,28 \pm 2779,40$ և $1885431,37 \pm 33352,75$ ՀՀ դրամ:

Հարկ է նշել, որ մեր կողմից ստացված արդյունքները, ըստ որի հետազոտված SS-ների եկամուտները մեկ շնչի հաշվով ամսական եղել են $42076,03 \pm 663,80$ ՀՀ դրամ, համադրելի են Հայաստանի վիճակագրական տարեգրքի (2013) տվյալներին, ըստ որի 2012 թվ.-ին ՀՀ SS-ների դրամական եկամուտները մեկ շնչի հաշվով ամսական կազմել են 39056 ՀՀ դրամ:

SS-ների միջին ամսական և միջին տարեկան եկամուտները վերլուծվել են նաև՝ ըստ ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվակազմի: Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից (աղ. 3) SS-ների ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվի ավելացմանը զուգահեռաբար աճում է նաև եկամուտը:

Աղյուսակ 3

Հետազոտված SS-ների բաշխման արդյունքներն ըստ ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվակազմի և եկամուտների վերլուծության

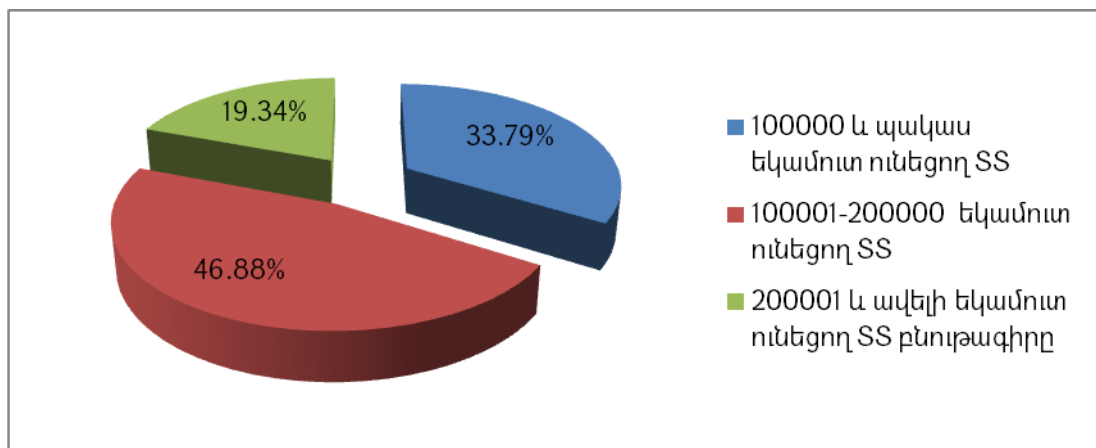
SS-ների ընտանեկան բյուջեի ձևավորման մասնակիցների թիվ	միջին ամսական եկամուտ, ՀՀ դրամ ($M \pm m$)	միջին տարեկան եկամուտ, ՀՀ դրամ ($M \pm m$)
մեկ անդամ	$96635,44 \pm 5449,96$	$1159625,27 \pm 65399,58$
երկու անդամ	$147851,32 \pm 2799,00$	$1774215,86 \pm 33588,02$
երեք անդամ	$227361,84 \pm 6520,68$	$2728342,11 \pm 78248,17$
չորս անդամ	$305476,19 \pm 19539,87$	$3665714,29 \pm 234478,40$
հինգ անդամ	$421111,11 \pm 53734,03$	$5053333,33 \pm 644808,33$

Պիրսոնի մեթոդով իրականացված կորելյացիոն վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ SS-ների բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվակազմի և

եկամուտի միջև գոյություն ունի դրական միջին ուժգնության վիճակագրորեն նշանակալի կապ ($r=0,48$, $t=22,20$): Գծային ռեգրեսիոն վերլուծությամբ պարզվել է, նաև որ SS-ների բյուջեն՝ վերջինիս ձևավորման հավելյալ մեկ մասնակցի առկայության դեպքում կարող է ունենալ ամսական լրացուցիչ 69335,91 ՀՀ դրամ եկամուտ:

Եկամուտների վերաբերյալ առավել ամբողջական պատկերացում ստանալու, ինչպես նաև աղետալի ծախսերի առաջացման տեսանկյունից հետազոտելու նպատակով, դիտարկված SS-ներն՝ ըստ միջին ամսական եկամուտների, մեր կողմից պայմանականորեն բաժանվել են երեք ենթախմբերի, մասնավորապես ընդգրկելով.

- ամսական $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների ենթախումբ,
- ամսական 100,001-200,000 ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների ենթախումբ,
- ամսական $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների ենթախումբ:



Նկար 4: Հետազոտված SS-ների կառուցվածքն ըստ ամսական եկամուտների վերլուծության արդյունքների

Միջին ամսական եկամուտների վերաբերյալ 1696 SS-ների ներկայացուցիչների տրված պատասխանների վերլուծության արդյունքներից երևում է (նկ. 4), որ ըստ թվաքանակի առաջնահերթ աչքի են ընկնում ամսական 100,001-200,000 ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների (795) և հետո՝ ամսական $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներ ունեցող SS-ների (573) ենթախմբերը, որոնց մասնաբաժինը համապատասխանաբար կազմել է 46,88% և 33,79%, իսկ ամսական $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների (328) ենթախմբի մասնաբաժինը կազմել է ընդամենը 19,34%:

Հետազոտության արդյունքները վկայում են (աղ. 4), որ ամսական $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների ենթախմբում իրենց կենսամակարդակն անբավարար և խիստ անբավարար, այսինքն՝ «աղքատ» և «ծայրահեղ աղքատ» գնահատած SS-ների

տեսակարար կշիռը կազմել է 36,65% և 12,22% (համապատասխանաբար 210 և 70 դեպքերում), ամսական 100,001-200,000 ՀՀ դրամ եկամուտներով ենթախմբում՝ եղել է 8,18% և 1,76% (65 և 14 դեպքերում), իսկ ամսական $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ եկամուտներով SS-ների ենթախմբում՝ 1,83% (6-ական դեպքում):

Աղյուսակ 4

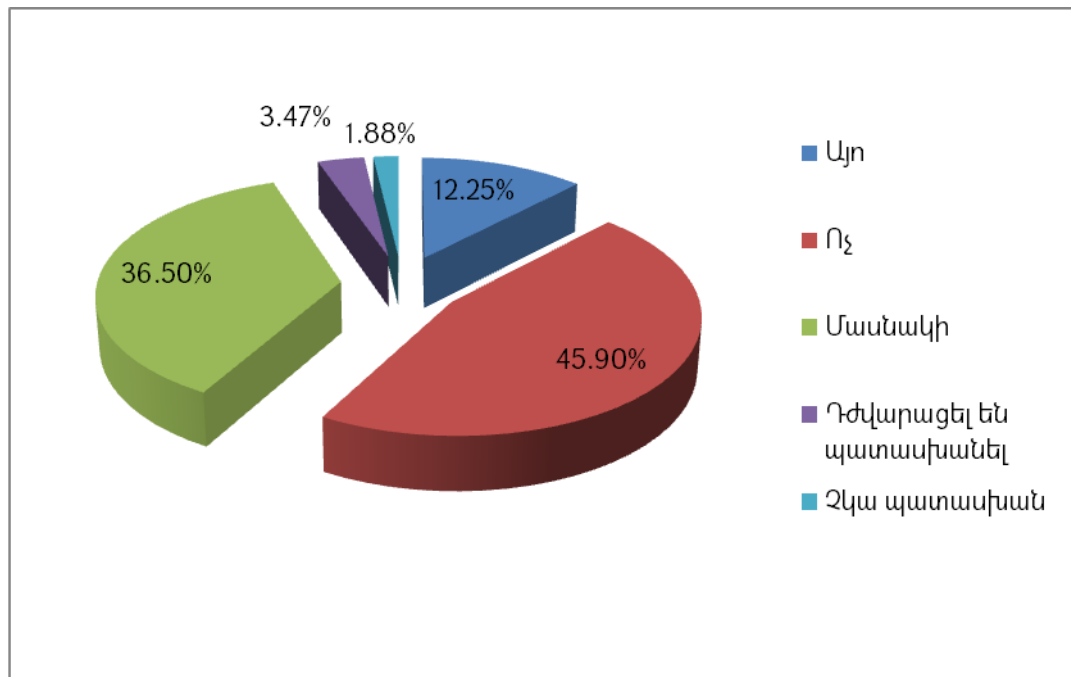
Հետազոտված SS-ների բաշխումն ըստ եկամուտների ենթախմբերով աղքատության վերլուծության արդյունքների

SS-ները՝ ըստ եկամուտների և կենսամակարդակի սուբյեկտիվ գնահատման տվյալների													
գերազանց		լավ		բավարար		անբավարար		խիստ անբավ.		նշում չկա		ընդամենը	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
$\leq 100,000$ ՀՀ դրամ ամսական եկամուտներով SS-ներ													
2	0,35	25	4,36	264	46,07	210	36,65	70	12,22	2	0,35	573	33,79
100,001-200,000 ՀՀ դրամ ամսական եկամուտներով SS-ներ													
8	1,01	144	18,11	563	70,82	65	8,18	14	1,76	1	0,13	795	46,88
$\geq 200,001$ ՀՀ դրամ ամսական եկամուտներով SS-ներ													
46	14,02	151	46,04	116	35,37	6	1,83	6	1,83	3	0,91	328	19,34
Ընդամենը SS-ներ													
56	3,30	320	18,87	943	55,60	281	16,57	90	5,31	6	0,35	1696	100,00

Աղքատությունը և բժշկական օգնության մատչելիությունը փոխկապակցված երևույթներ են: Հետազոտության արդյունքները փաստացիորեն պահանջ են դնում պատասխանատու մարմինների առջև՝ բնակչության անապահով խավին բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն երաշխավորող համապատասխան արդյունավետ ծրագրեր մշակելու համար: Հարկ է ընդգծել, որ նման ծրագրերի բացակայության պարագայում աղքատ SS-ները՝ հիվանդություններին բախվելիս, բժշկական ծառայությունների մատուցման դիմաց վճարումները հարկադրաբար կատարում են իրենց առանց այդմ էլ խիստ սահմանափակ միջոցներից, դա էլ ավելի է խորացնում աղքատությունը և նպաստում արատավոր օղակի առաջացմանը:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է նաև SS-ների եկամուտների բավարարումը՝ ըստ բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության: Հետազոտված SS-ների (2392) կողմից վերոնշյալ հարցին տրված պատասխանների վերլուծության արդյունքները՝ խիստ մտահոգիչ լինելով, վկայում են (նկ. 5), որ ընդամենը 12,25% դեպքերում են (293) SS-ների եկամուտները բավարարել հոգալու բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը, մինչդեռ 36,50% դեպքերում (873)՝ բավարարել են մասնակի, իսկ

45,90% դեպքերում (1098)՝ չեն բավարարել: Մնացած 3,47% և 1,88% դեպքերում (83 և 45) SS-ների ներկայացուցիչները դժվարացել և հարցին չեն պատասխանել:



Նկար 5: Հետազոտված SS-ների բաշխումն ըստ բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է նաև (աղ. 5), որ ամսական $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներով (573) SS-ների ենթախմբում բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն ունեցել են միայն 1,22%-ը (7), իսկ մասնակի հոգալու հնարավորություն՝ ընդամենը 25,83%-ը (148), մինչդեռ մնացած ծանրակշիռ մասնաբաժին կազմող 71,38% դեպքերում (409) SS-ների եկամուտները բավարար չեն եղել այդ ծախսերը հոգալու համար: Բնականաբար է, որ մյուս երկու՝ ավելի բարձր ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբերում, բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալ չկարողացող SS-ների տեսակարար կշիռը դրսևորվել է ավելի ցածր արժեքներով: Այնուհանդերձ՝ բերված տվյալներից ակներև է, որ ինչպես ամսական 100,001-200,000, այնպես էլ $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ եկամուտներով ենթախմբերում բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն ունեցող SS-ների տեսակարար կշռի արժեքները, համապատասխանաբար հավասար լինելով 37,23%-ի (296) և 42,68%-ի (140), երկու դեպքում էլ նշվել են տեսանելի ցածր մակարդակում՝ չհասնելով այդ ենթախմբերում ընդգրկված SS-ների թվաքանակի անգամ 50,00%-ին: Վերլուծության արդյունքները վկայում են՝ եկամուտների և բոլոր

անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության միջև վիճակագրորեն նշանակալի կապի առկայության մասին (χ^2 թեստ, $p < 0,0000$):

Աղյուսակ 5

Հետազոտված SS-ների բաշխման արդյունքներն ըստ եկամուտների և բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության վերլուծության

Եկամուտների բավարարումն ըստ բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության՝	SS-ների ենթախմբերը՝ ըստ ամսական եկամուտների, ՀՀ դրամ						Ընդամենը	
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001			
	n	%	n	%	n	%	n	%
բավարարում են	7	1,22	296	37,23	140	42,68	443	26,12
չեն բավարարում	409	71,38	58	7,30	39	11,89	506	29,83
բավարարում են մասնակի	148	25,83	423	53,21	135	41,16	706	41,63
դժվարացել և չեն պատասխանել	9	1,57	18	2,26	14	4,27	41	2,42
Ընդամենը	573	33,79	795	46,88	328	19,34	1696	100,00

Այսպիսով, վերոնշյալից երևում է, որ Երևան քաղաքի SS-ների եկամուտներն ընդհանուր առմամբ չեն բավարարում բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու համար: Ավելին, ներկայում գործող թերզարգացած կանխավճարային համակարգի և այլ սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների պայմաններում, դիտվում են անհամապատասխանություններ SS-ների եկամուտների և բժշկական ծառայությունների, դեղորայքի և այլ բժշկական ապրանքների սպառման միջև: Հետևաբար, հնարավոր չէ չանդրադառնալ մտքին, որ Երևան քաղաքային համայնքի կողմից թիրախային ծրագրերի մշակումն ու դրանց ներդրումը գործնականում անհրաժեշտություն է քաղաքի բնակիչներին ցուցաբերվող բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը բարձրացնելու համար:

Վերոնշյալ երևույթներին համահունչ արդյունքներ են ստացվել նաև SS-ների կենսամակարդակը հաշվի առնելով բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորությունն ուսումնասիրելիս:

Այսպես, տվյալներից երևում է (աղ. 6), որ եթե բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալ կարողացող տնտեսությունները կազմել են գերազանց կենսամակարդակով (95) SS-ների 81,05%-ը (77), ապա կազմել են լավ կենսամակարդակով (475) SS-ների ընդամենը 34,11%-ը (162), իսկ բավարար կենսամակարդակով (1222) SS-ների սոսկ 4,17%-ը (51), մինչդեռ անբավարար և խիստ անբավարար կենսամակարդակով SS-ների շրջանում նշված չեն եղել: Դրան ճիշտ

հակառակ պատկեր է արձանագրվել բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն չունեցող SS-ների պարագայում՝ որոնք կազմել են գերազանց կենսամակարդակով SS-ների ընդամենը 11,58%-ը (11) և լավ կենսամակարդակով SS-ների 15,58%-ը (74), և բավարար կենսամակարդակով SS-ների 40,75%-ը (498), անբավարար կենսամակարդակով SS-ների 90,48%-ը (418), և խիստ անբավարար կենսամակարդակով SS-ների 90,82%-ը (89):

Աղյուսակ 6

Հետազոտված SS-ների բաշխումն ըստ կենսամակարդակի և բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության վերլուծության արդյունքների

SS-ների կենսամակարդակ	Բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն ունենալը՝								Ընդամենը	
	այո		ոչ		մասնակի		պատասխան չկա			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Գերազանց	77	81,05	11	11,58	6	6,32	1	1,05	95	3,97
Լավ	162	34,11	74	15,58	206	43,37	33	6,95	475	19,86
Բավարար	51	4,17	498	40,75	627	51,31	46	3,76	1222	51,09
Անբավարար	-	-	418	90,48	26	5,63	18	3,90	462	19,31
Խիստ անբավ.	-	-	89	90,82	5	5,10	4	4,08	98	4,10
Պատասխան չկա	3	7,50	8	20,00	3	7,50	26	65,00	40	1,67
Ընդամենը	293	12,25	1098	45,90	873	36,50	873	36,50	2392	100,00

Հարկ է ընդգծել, որ վերլուծության արդյունքներից ակնհայտորեն երևում է, որ SS-ների կենսամակարդակի և բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության միջև ևս գոյություն ունի վիճակագրորեն նշանակալի կապ (χ^2 թեստ, $p < 0,0000$):

Այսպիսով, նկարագրված տվյալները վկայում են բնակչության առավել խոցելի խմբերի սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների կատարելագործման և բազմատեսականացման (դիվերսիֆիկացիայի) խնդիրների արդիականության և դրանց լուծման անհրաժեշտության մասին:

Հաջորդիվ ուսումնասիրվել են SS-ների բնակարանային պայմանները և ծմռան ամիսներին ջեռուցման առկայությունը: Նշված հարցերին տրված պատասխանների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (աղ. 7), որ հետազոտված (2392) SS-ների շրջանում իրենց բնակարանային պայմաններին գերազանց գնահատական տված և ծմռան ամիսներին ջեռուցում ունեցող SS-ները կազմել են ընդամենը 7,23% (173), որից 95,38%-ը (165) բնակարանը ջեռուցել է ամբողջությամբ, իսկ 4,62%-ը (8)՝ մասնակի:

Իրենց բնակարանային պայմաններին լավ գնահատական տված SS-ները (544) կազմել են ընդամենը 23,16%, որոնց շրջանում ձմռան ամիսներին ամբողջությամբ բնակարանը ջեռուցող SS-ները (344) կազմել են 62,09%, մասնակի ջեռուցող SS-ները (209)՝ 37,73%, իսկ բնակարանի ջեռուցում չունեցող սոսկ մեկ SS՝ 0,18%:

Հետազոտված ընտրանքում ըստ թվաքանակի (1405) գերակշիռ մաս են կազմել իրենց բնակարանային պայմանները բավարար գնահատած SS-ները (58,74%), որոնց ընդամենը 8,83%-ն է (124) ձմռան ամիսներին բնակարանը ջեռուցել ամբողջությամբ, 90,68%-ը (1274)՝ ջեռուցել է մասնակի, իսկ 0,50%-ը (7)՝ ջեռուցում չի ունեցել :

Աղյուսակ 7

Հետազոտված SS-ների բաշխումն ըստ բնակարանային պայմանների և ձմռան ամիսներին ջեռուցման առկայության վերլուծության արդյունքների

SS-ների բնակարանային պայմանները	Ձմռան ամիսներին ջեռուցման առկայությունը						Ընդամենը	
	ամբողջությամբ		մասնակի		չի ջեռուցվում			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Գերազանց	165	95,38	8	4,62	-	-	173	7,23
Լավ	344	62,09	209	37,73	1	0,18	554	23,16
Բավարար	124	8,83	1274	90,68	7	0,50	1405	58,74
Անբավարար	46	17,69	184	70,77	30	11,54	260	10,87
Ընդամենը	679	28,39	1675	70,03	38	1,59	2392	100,00

Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից դիտարկված ընտրանքում իրենց բնակարանային պայմաններին անբավարար գնահատականներ տված SS-ները (260) կազմել են 10,87%, որից ձմռան ամիսներին բնակարանը ջեռուցել է ամբողջությամբ 17,69%-ը (46), ջեռուցել է մասնակի՝ 70,77%-ը (184), իսկ 11,54%-ը (30)՝ չի ջեռուցել:

Անհրաժեշտ է նշել, որ ամփոփ վերլուծության արդյունքները հավաստում են, որ բնակարանային պայմանների և ջեռուցման առկայության ու ամբողջականության միջև գոյություն ունի նկատելի օրինաչափություն, այսինքն առավել լավ պայմաններ ունեցող SS-ներն (որոնք ենթադրաբար գտնվում են ավելի լավ սոցիալ-տնտեսական պայմաններում) իրենց կացարանները ջեռուցում են առավել լիարժեք և հակառակը (χ^2 թեստի արդյունքները վկայում են վիճակագրորեն նշանակալի կապի առկայության մասին՝ $p < 0.0000$):

Հետազոտված SS-ների սոցիալ-տնտեսական պայմանների վերաբերյալ ավելի ամբողջական պատկերացում ստանալու համար՝ մեր կողմից ուսումնասիրության են ենթարկվել նաև ջեռուցման և էլեկտրաէներգիայի վարձերի չափերն ամռան և ձմռան ամիսներին: Ի դեպ տեղին է ընդգծել, որ բնակարանի ջեռուցման միջին ամսական

վարձի չափի մասին հարցին՝ հետազոտված (2392) SS-ներից պատասխանել են 78,76% դեպքերում (1884), իսկ մնացած 21,24% դեպքերում (508)՝ պատասխաններ չեն տրվել: Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (աղ. 8), որ հետազոտված SS-ների ջեոուցման միջին ամսական վարձի չափը կազմել է $21144,48 \pm 376,32$ ՀՀ դրամ: Ընդ որում, գերազանց բնակարանային պայմաններ ունեցող SS-ների ջեոուցման միջին ամսական վարձը կազմել է $43763,57 \pm 2031,34$ ՀՀ դրամ, լավ բնակարանային պայմաններ ունեցող SS-ների՝ $28683,95 \pm 835,34$, իսկ բավարար և անբավարար պայմաններով՝ $16300,94 \pm 321,78$ և $19368,11 \pm 1357,70$ ՀՀ դրամ համապատասխանորեն:

Աղյուսակ 8

Հետազոտված SS-ների բնակարանային պայմանների և ջեոուցման ու
Էլեկտրաէներգիայի միջին ամսական վարձերի վերլուծության արդյունքները

SS-ների բնակարանային պայմանները	Ջեոուցման միջին ամսական վարձ (ՀՀ դրամ)	Էլեկտրաէներգիայի միջին ամսական վարձ (ՀՀ դրամ)	
		ձմռան ամիսներին	ամռան ամիսներին
Գերազանց	$43763,57 \pm 2031,34$	$12714,39 \pm 655,59$	$11040,53 \pm 499,94$
Լավ	$28683,95 \pm 835,34$	$9252,32 \pm 369,08$	$7079,27 \pm 191,37$
Բավարար	$16300,94 \pm 321,78$	$4680,66 \pm 120,30$	$3406,13 \pm 73,26$
Անբավարար	$19368,11 \pm 1357,70$	$4804,63 \pm 308,00$	$3621,40 \pm 121,99$
ընդհանուր ցուցանիշ	$21144,48 \pm 376,32$	$6176,38 \pm 132,65$	$4698,41 \pm 86,15$

Տրամաբանական է այն, որ համեմատաբար ավելի բարեկեցիկ բնակարանային պայմաններ ունեցող SS-ներն առավել լիարժեք են ջեոուցում իրենց կացարանները և հակառակը: SS-ների շրջանում ամռան և ձմռան ամիսներին էլեկտրաէներգիայի միջին ամսական վարձերի վերաբերյալ հարցին պատասխաններ տրվել են 82,65% դեպքերում (1977), իսկ մնացած 17,35% դեպքերում (415)՝ չեն նշվել:

Բերված տվյալներից երևում է (աղ. 8), որ ամռան ամիսներին հետազոտված SS-ների էլեկտրաէներգիայի միջին ամսական վարձը կազմել է $4698,41 \pm 86,15$ ՀՀ դրամ: Ընդ որում, հարկ է ընդգծել, որ եթե գերազանց բնակարանային պայմաններով SS-ների շրջանում միջին ամսական վճարները կազմել են $11040,53 \pm 499,94$ ՀՀ դրամ, իսկ լավ պայմաններով SS-ների՝ $7079,27 \pm 191,37$ ՀՀ դրամ, ապա բավարար և անբավարար պայմաններով SS-ների շրջանում՝ եղել են $3406,13 \pm 73,26$ և $3621,40 \pm 121,99$ ՀՀ դրամ, համապատասխանաբար:

Բնականաբար, ձմռան ամիսներին սպառված էլեկտրաէներգիայի դիմաց SS-ների ամսական վճարները, լինելով ավելի բարձր, ըստ միջինացված արժեքի կազմել են $6176,38 \pm 132,65$ ՀՀ դրամ:

Հարկ է նշել, որ այս դեպքում ևս համեմատաբար ավելի լավ բնակարանային պայմաններ ունեցող SS-ների վճարված գումարներն եղել են ավելի մեծ՝ ի հակառակ վատ պայմաններ ունեցողների: Այսպես, եթե գերազանց բնակարանային պայմաններ ունեցող SS-ների ձմռան ամիսներին էլեկտրաէներգիայի միջին ամսական վարձը կազմել է $12714,39 \pm 655,59$ ՀՀ դրամ, ապա լավ պայմաններով SS-ների շրջանում եղել է $9252,32 \pm 369,08$ ՀՀ դրամ, մինչդեռ բավարար և անբավարար պայմաններ ունեցող SS-ների շրջանում՝ համապատասխանաբար $4680,66 \pm 120,30$ և $4804,63 \pm 308,00$ ՀՀ դրամ:

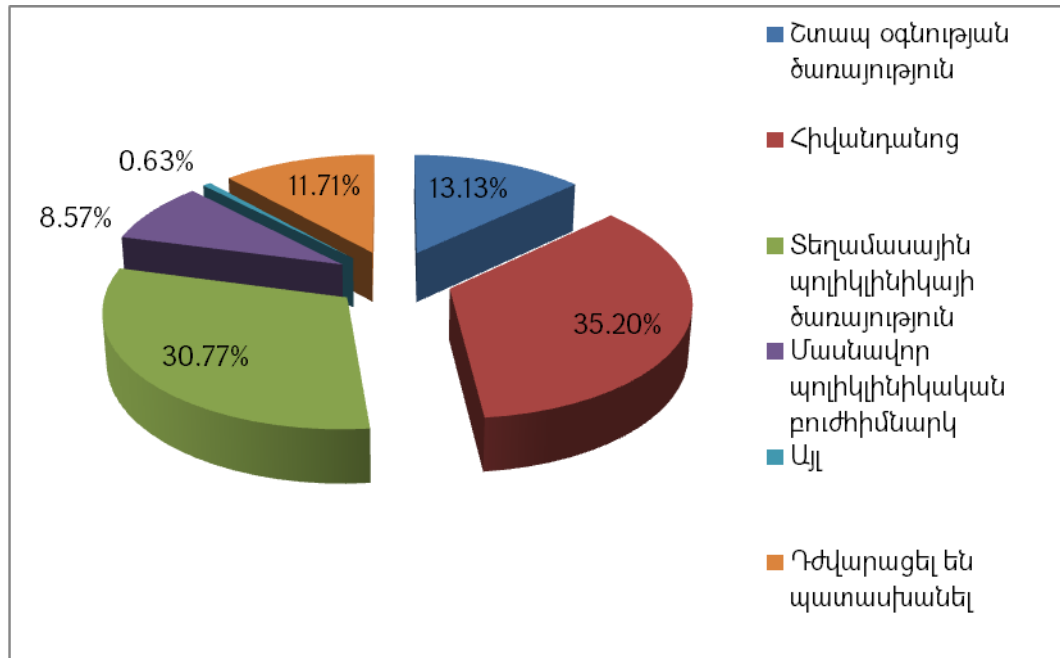
Հետաքրքիր է, որ բավարար պայմաններ ունեցող SS-ների համեմատությամբ՝ ջեռուցման և էլեկտրաէներգիայի ամսական վարձերն անբավարար բնակարանային պայմաններով SS-ների շրջանում եղել են ավելի ծախսատար, ինչը հնարավոր է պայմանավորված լինել վերջինների կողմից օգտագործվող միջոցների ավելի ցածր էներգաարդյունավետությամբ:

3.2 Հետազոտված SS-ների բժշկական ծառայությունների սպառման վերլուծություն:

Հետազոտության ընթացքում մանրամասն ուսումնասիրվել են SS-ների կողմից բժշկական ծառայությունների սպառմանն առնչվող գործոնները, որոնք հնարավոր է պայմանավորեն աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկերը: Ուսումնասիրվել են նաև բժշկական օգնության չդիմելու պատճառները, քանզի մեր համոզմունքով, սոցիալ-տնտեսական պատճառներից ելնելով բուժօգնության չդիմելը հանդիսանում է աղետալի ծախսերի առաջացման երևույթի անբաժանելի մաս և պետք է դիտարկվի մեկ համատեքստում:

Այսպես, SS-թյան անդամները բուժօգնություն ստանալու համար ինչպիսի բուժհիմնարկ են նախընտրում դիմել հարցին տրված պատասխանների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (նկ. 6), որ հետազոտված SS-ների (2392) ընդհանուր թվաքանակից 35,20% դեպքերում (842) SS-ների անդամները նախընտրել են դիմել հիվանդանոցներ, 30,77% դեպքերում (736)՝ իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաներ, 13,13% դեպքերում (314)՝ ՇԲՕ ծառայություն, 8,57% դեպքերում (205)՝ մասնավոր

արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժփիմնարկներ և 0,63% դեպքերում (15)՝ բժշկական ծառայություններ մատուցող այլ բուժփիմնարկներ, մինչդեռ ընդամենը 11,71% դեպքերում (280) ՏՏ-ների ներկայացուցիչները դժվարացել են պատասխանել հարցին:



Նկար 6: Հետազոտված ՏՏ-ների բաշխումն ըստ բուժփաստատվություն դիմելու նախընտրության

Ներկայացված տվյալները վկայում են մի շարք անբարենպաստ միտումների մասին, որոնք կարող են բարձրացնել աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկը, ուստի վատթարացնել ՏՏ-ների սոցիալ-տնտեսական վիճակը: Բուժօգնություն ստանալու համար՝ որպես նախընտրելի բուժփաստատվություն՝ հիվանդանոցներ դիմող ՏՏ-ների բարձր տեսակարար կշիռը կարող է դիտարկվել որպես ԱԱՊ օղակի նկատմամբ որոշակի անվստահություն և դա չնայած այն հանգամանքին՝ որ ԱԱՊ օղակում մատուցվող ծառայություններն անվճար են ՀՀ բոլոր քաղաքացիների համար դեռևս 2006 թ-ից:

Մինչդեռ, հիվանդանոցներում տրամադրվող բուժօգնությունը, որպես կանոն, վճարովի է (անվճար բուժօգնություն տրամադրելու պետական երաշխավորման բացակայության դեպքում), թանկարժեք և ավելին՝ ուղղված չէ հիվանդությունների կանխարգելմանը: Հարկ է նշել, որ նկատելի է նաև ՇԲՕ ծառայությունը նախընտրող ՏՏ-ների չափաբաժինը, ինչը վկայում է, որ այն ավելորդ ծանրաբեռնվում է իրեն ոչ բնորոշ գործառույթների իրականացմամբ: Համեմատաբար ցածր է

արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող մասնավոր բուժփմնարկների դիմելու նախընտրություն ունեցող SS-ների մասնաբաժինը:

Աղյուսակ 9

Հետազոտված SS-ների բաշխման արդյունքներն ըստ եկամուտների և նախընտրելի բուժհաստատությունների

Նախընտրելի բուժհաստատություն	SS-ների ենթախմբերը՝ ըստ ամսական եկամուտների (<< դրամ)						Ընդամենը	
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Տեղամասային պոլիկլինիկա	212	39,41	267	49,63	59	10,97	538	34,36
Մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հիմնարկ	27	17,42	96	61,94	32	20,65	155	9,90
Հիվանդանոց	174	26,24	277	41,78	212	31,98	663	42,34
ՇԲՕ ծառայություն	100	49,26	95	46,80	8	3,94	203	12,96
Այլ (չճշտված)	-	-	3	42,86	4	57,14	7	0,45
Ընդամենը	513	32,76	738	47,13	315	20,11	1566	100,00

Անհրաժեշտ է նշել, որ բավականին ուշագրավ արդյունքներ են արձանագրվել հետազոտված SS-ների ըստ եկամուտների և նախընտրելի բուժհաստատությունների բաշխման վերլուծությունից (աղ. 9), որոնք մասնավորապես վկայում են, որ SS-ների կողմից բուժհաստատության ընտրությունն ասոցիացվում է եկամուտների հետ (χ^2 թեստ, $p < 0.0000$) և, որ համեմատաբար ավելի ցածր եկամուտներով SS-ները նախընտրում են ՇԲՕ ծառայությունն ու իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաները, մինչդեռ ավելի բարձր եկամուտներով SS-ները՝ հիվանդանոցները կամ մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հիմնարկները:

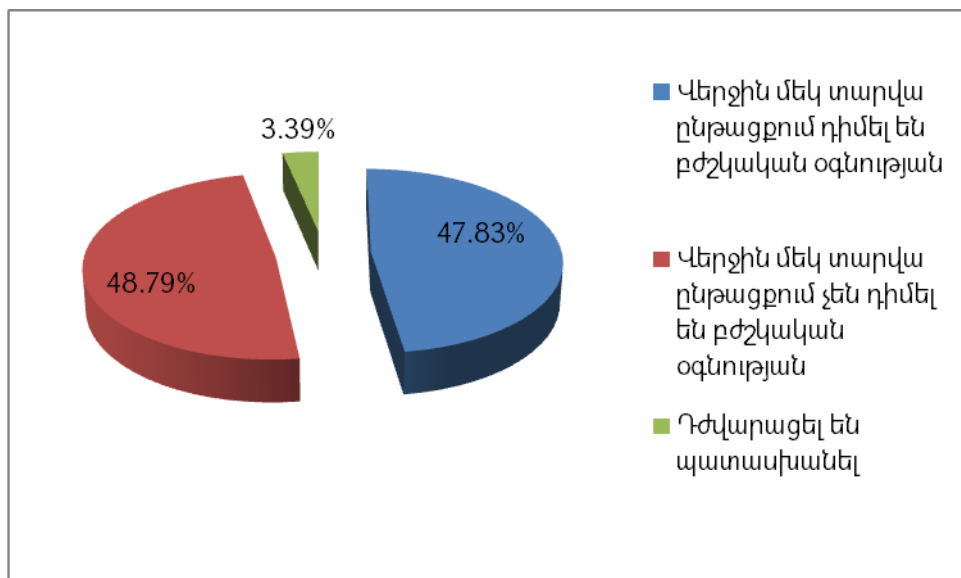
Այսպես, եթե տեղամասային պոլիկլինիկայի ծառայություններից օգտվողների շրջանում (538) առավելագույն եկամուտներով ($\geq 200,001$ << դրամ) ենթախմբի SS-ների (59) տեսակարար կշիռը կազմել է 10,97%, ապա մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հիմնարկների և հիվանդանոցների կողմից մատուցվող ծառայություններից օգտվողների շրջանում այդ SS-ների (32 և 212) չափաբաժինները համապատասխանաբար եղել են 20,65% և 31,98%:

Ի հակառակ դրան, տեղամասային պոլիկլինիկայի ծառայություններից օգտվողների ընդհանուր թվաքանակում նվազագույն եկամուտներով ($\leq 100,000$ << դրամ) ենթախմբում ընդգրկված SS-ների (212) մասնաբաժինը կազմել է 39,41%, այն

ինչ մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայություններից օգտվողների շրջանում դրանց (27) չափաբաժինը եղել է 17,42%:

Հաջորդիվ մանրամասն ուսումնասիրության է ենթարկվել SS-թյան անդամների կողմից բուժօգնություն ստանալու նպատակով բուժհաստատություններ դիմելիությունը:

Այսպես, հարցման տվյալների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (նկ. 7), որ դիտարկված SS-ներից 47,83% դեպքերում (1144) տնտեսության անդամներից առնվազն մեկը վերջին տարվա ընթացքում դիմել է բուժհաստատություն բժշկական օգնություն ստանալու համար, գրեթե նույնանման մասնաբաժին (48,79%) կազմող դեպքերում (1167)՝ SS-ների անդամներից որևէ մեկը բուժօգնության չի դիմել, իսկ 3,39% դեպքերում (81)՝ վերոնշյալ հարցին դժվարացել են պատասխանել:



Նկար 7: Հետազոտված SS-ների բաշխման արդյունքները՝ ըստ վերջին մեկ տարվա ընթացքում բժշկական օգնության դիմած անդամների առկայության

Մանրամասն վերլուծվել են բժշկական օգնության դիմելիության կառուցվածքը և հաճախականությունը, քանզի դրանք կարող են պայմանավորել SS-ների աղետալի ծախսերի առաջացումն ու ֆինանսական վիճակի նկատելի վատթարացումը:

Հարկ է նշել, որ տվյալ դեպքում հարցման մասնակիցների պատասխաններից հնարավորություն է եղել միաժամանակ պարզելու թե SS-թյան անդամների կողմից ստացած բուժօգնությունների տեսակը և թե համապատասխան բուժփնդարներ դիմելու հաճախականությունը:

Այսպես, ստացված պատասխանների ամփոփման արդյունքները փաստում են (աղ. 10), որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում թվով 1144 SS-ներից 80,77%-ը (924) ստացել է միայն մեկ տեսակի բուժառայություններ, որի կապակցությամբ, մասնավորապես 30,24%-ը (346) դիմել է ԱԱՊ, 19,84%-ը (227)՝ հիվանդանոցային, 17,66%-ը (202)՝ ՇԲՕ, իսկ 13,02%-ը (149)՝ ստոմատոլոգիական ծառայություններին:

Աղյուսակ 10

Հետազոտված SS-ների կողմից ստացած բժշկական ծառայությունների տեսակներն ըստ համապատասխան բուժփիմնարկների

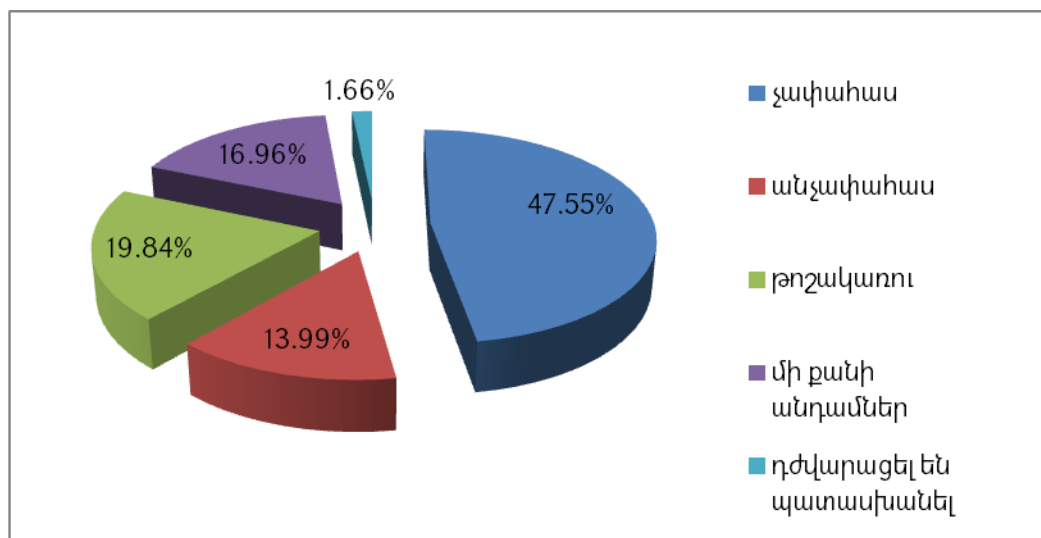
Վերջին մեկ տարվա ընթացքում SS-թյան անդամների կողմից ստացած բժշկական ծառայություններն՝ ըստ բուժփիմնարկների	SS-ները	
	n	%
Մեկ տեսակի բժշկական ծառայություններ		
առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ)	346	30,24
հիվանդանոցային	227	19,84
ՇԲՕ	202	17,66
ստոմատոլոգիական	149	13,02
ընդամենը	924	80,77
Երկու տեսակի բժշկական ծառայություններ		
ԱԱՊ և ստոմատոլոգիական	64	5,59
հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	36	3,15
ԱԱՊ և հիվանդանոցային	27	2,36
ԱԱՊ և ՇԲՕ	22	1,92
ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	12	1,05
հիվանդանոցային և ՇԲՕ	8	0,70
ընդամենը	169	14,77
Երեք և ավելի տեսակի բժշկական ծառայություններ		
ԱԱՊ, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	16	1,40
հիվանդանոցային, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	12	1,05
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	11	0,96
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ՇԲՕ	3	0,26
բոլոր տեսակի բժշկական օգնության	9	0,79
ընդամենը	51	4,46
Ընդամենը	1144	100,00

Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ երկու տեսակի բուժառայություններ ստացած SS-ների թվաքանակի (169) գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է 14,77%: Մասնավորապես, 5,59% դեպքերում (64) SS-ների անդամները դիմել են ամբուլատոր և ստոմատոլոգիական բուժփիմնարկների ծառայություններին, 3,15% դեպքերում (36)՝ հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական, 2,36% դեպքերում (27)՝ ամբուլատոր և հիվանդանոցային ծառայություններին, 1,92% դեպքերում (22)՝ ԱԱՊ և

ՇԲՕ, 1,05% դեպքերում (12)՝ ստոմատոլոգիական և ՇԲՕ ծառայություններին, իսկ 0,70% դեպքերում (8)՝ հիվանդանոցային և ՇԲՕ ծառայություններին: Հարկ է նշել, որ երեք և ավելի տեսակի բժշկական ծառայություններ ստացած ՏՏ-ների գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է ընդամենը 4,46% (51):

Ընդհանուր առմամբ, ԱԱՊ բժշկական ծառայություններին դիմելու վերաբերյալ տրված 498 պատասխանների ամփոփման արդյունքներից պարզվել է, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում ԱԱՊ բուժփիմնարկներ դիմելու միջին հաճախականությունն եղել է $1,34 \pm 0,05$, հիվանդանոցներ դիմելու (333) միջին հաճախականությունը կազմել է $1,41 \pm 0,12$, ՇԲՕ ծառայությանը դիմելու (284) միջին հաճախականությունը՝ $1,50 \pm 0,05$, ստոմատոլոգիական հաստատություններ դիմելու (313) միջին հաճախականությունը կազմել է $1,78 \pm 0,08$:

Հաջորդիվ, հարցման մասնակից ՏՏ-ների ներկայացուցիչներին առաջարկվել է պատասխանել այն հարցին, թե մասնավորապես տնտեսության ո՞ր անդամներն են հիվանդացել, քանի որ դա ևս կարող է հանդիսանալ ՏՏ-թյան ֆինանսական վիճակի վատթարացման դիսկի գործոններից մեկը (նկ. 8):

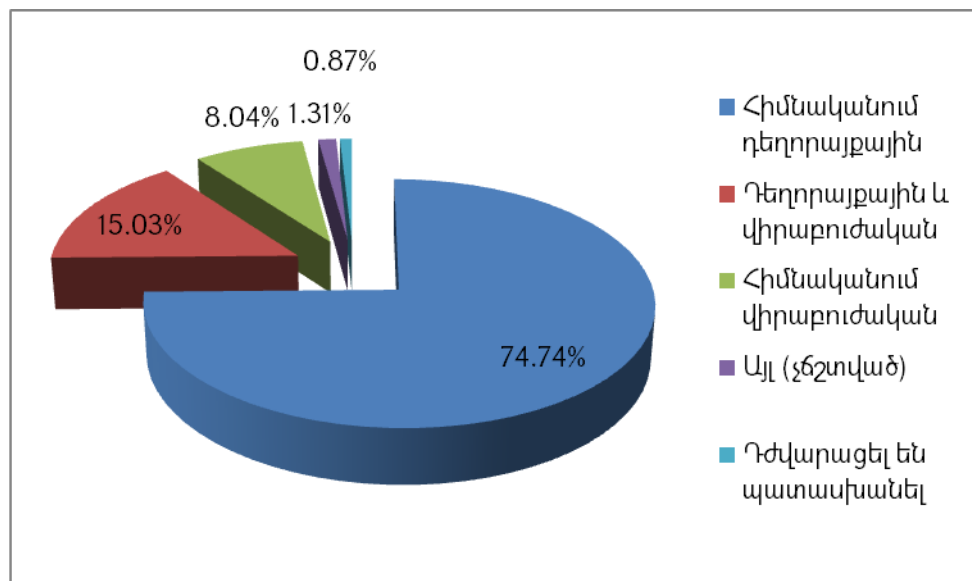


Նկար 8: ՏՏ-ների բաշխումն ըստ հիվանդացած անդամների թվակազմի

Բժշկական ծառայություններ ստացած 1144 ՏՏ-ների գրեթե կեսում՝ 47,55% դեպքերում (544), հիվանդացել են չափահաս՝ ոչ թոշակառու տարիքի անդամները, 19,84% դեպքերում (227) հիվանդացել են թոշակառու անդամները, 16,96% դեպքերում (194)՝ ՏՏ-ների մի քանի անդամները և 13,99% դեպքերում (160) հիվանդացել են անչափահաս անդամները, իսկ 1,66% դեպքերում (19) մասնակիցները դժվարացել են պատասխանել վերոնշյալ հարցին:

Բժշկական ծառայություններից օգտվելու պատկերն ամբողջական դարձնելու նպատակով՝ հետազոտության մասնակից SS-ներին առաջարկվել է պատասխանել, թե մատուցված ծառայությունները հիմնականում ինչպիսին են եղել: Բժշկական ծառայություններ ստացած 1144 SS-ների անդամներին ցուցաբերված բուժօգնության ձևաչափի վերաբերյալ տվյալների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (նկ. 9), որ SS-ների հիվանդ անդամներին ցուցաբերված բժշկական օգնության գերակշիռ մասը՝ 74,74%-ը (855), հիմնականում եղել է դեղորայքային, 15,03%-ը (172)՝ դեղորայքային և վիրաբուժական, իսկ 8,04%-ը (92)՝ հիմնականում վիրաբուժական:

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ նման բաշխումն արժանի է ուշադրության աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի ուսումնասիրության տեսանկյունից, մասնավորապես՝ հիմնականում դեղորայքային բուժումը կարող է լինել կամ թանկարժեք, կամ ոչ թանկարժեք, բայց երկարատև, որն ի վերջո հնարավոր է հանգեցնի տնտեսության ֆինանսական վիճակի վատթարացմանը:

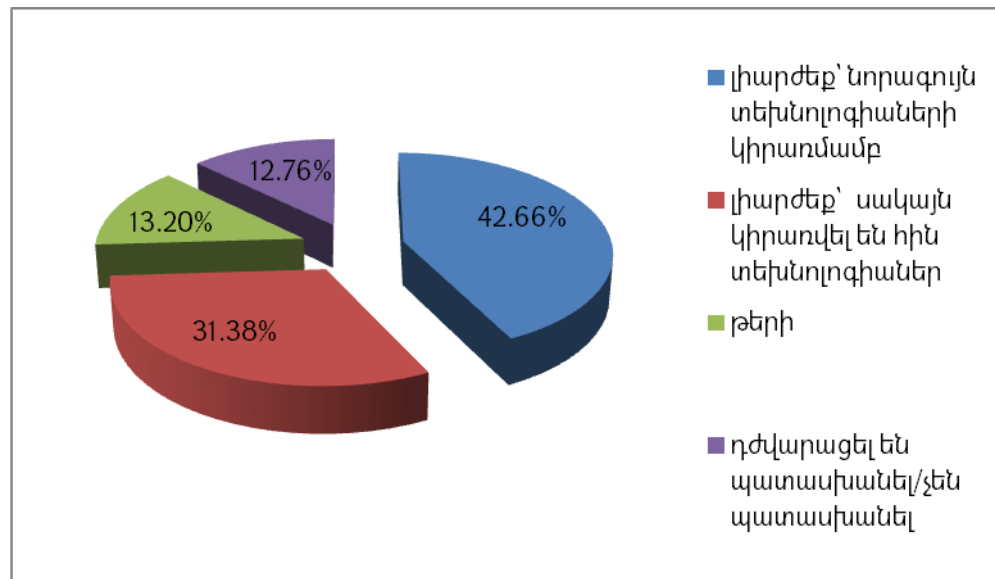


Նկար 9: SS-ների բաշխումն ըստ տրամադրված բժշկական օգնության ձևի

Միևնույն ժամանակ, մեր կողմից պարզաբանվել է բժշկական ծառայություններ ստացած 1144 SS-ների ներկայացուցիչների կարծիքն իրենց տրամադրված բժշկական օգնության վերաբերյալ (նկ. 10):

Ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ բժշկական ծառայություններ ստացած SS-ների ներկայացուցիչները 42,66% դեպքերում (488) համարել են, որ բուժումն եղել է լիարժեք և նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, 31,38% դեպքերում (359)՝ այն եղել է լիարժեք, սակայն օգտագործվել են հին տեխնոլոգիաներ, իսկ 13,20% դեպքերում (151) մասնակիցների կարծիքով մատուցված

բժշկական ծառայություններն եղել են թերի: Բժշկական ծառայություններ ստացած SS-ների անդամները 12,76% դեպքերում (146) դժվարացել են պատասխանել կամ չեն պատասխանել տվյալ հարցին:



Նկար 10: SS-ների բաշխումն ըստ ստացած բուժօգնության գնահատականի

Առավել մանրամասն ուսումնասիրության արդյունքներից պարզվել է, որ ստացած բուժօգնությունները թերի գնահատած (151) SS-ներից առավել հաճախ՝ 40,40% դեպքերում (61), տնտեսության անդամներն օգտվել են ՇԲՕ ծառայությունից, այնուհետև՝ 23,18% դեպքերում (35)՝ ԱԱՊ բուժփիմնարկների ծառայություններից, 6,56% դեպքերում (25)՝ երկու և ավելի տեսակի բժշկական ծառայություններից, 15,89% դեպքերում (24)՝ ստացիոնար բուժփիմնարկների ծառայություններից և ընդամենը 3,97% դեպքերում (6)՝ ստոմատոլոգիական ծառայություններից:

Մանրամասն վերլուծության (χ^2 թեստ) արդյունքները փաստարկում են SS-ների եկամուտների և նրանց կողմից ստացված բուժօգնության վերաբերյալ տրված գնահատականների միջև ($p < 0.0000$) վիճակագրորեն նշանակալի կապի առկայության մասին: Մասնավորապես, օրինակ ստացված բժշկական ծառայությունները լիարժեք՝ նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառմամբ գնահատած SS-ների գերակշիռ մասը ունեցել են եկամուտներ 100,001-200,000 և $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ՝ համապատասխանաբար 48,41% (183) և 34,13% (129) դեպքերում: Իսկ թերի գնահատածների շուրջ կեսը՝ 44,83% (52) ընդհակառակն եղել են նվազագույն՝ $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներ ունեցող ենթախմբից (աղ. 11): Այս ամենը վկայում է SS-ների եկամուտներով պայմանավորված բժշկական օգնության անհավասարության

մասին, ինչի արդյունքում կարող են վատթարանալ, ինչպես նվազագույն եկամուտներով ենթախմբի տնտեսությունների անդամների առողջության ցուցանիշները, այնպես էլ հասարակության սոցիալական բևեռացումը:

Աղյուսակ 11

Հետազոտված SS-ների կողմից ստացած բժշկական ծառայությունների գնահատականն ըստ եկամուտների ենթախմբերի

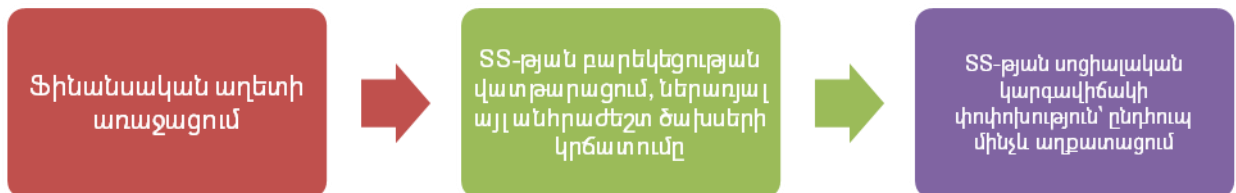
Ստացած բուժօգնության գնահատական	SS-ների ենթախմբերը՝ ըստ ամսական եկամուտների (<< դրամ)							
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001		Ընդամենը	
	n	%	n	%	n	%	n	%
լիարժեք՝ նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառմամբ	66	17.46	183	48.41	129	34.13	378	48.40
լիարժեք՝ սակայն կիրառվել են հին տեխնոլոգիաներ	84	29.27	139	48.43	64	22.30	287	36.75
թերի	52	44.83	43	37.07	21	18.10	116	14.85
Ընդամենը	202	25.86	365	46.73	214	27.40	781	100.00

Պարզվել է նաև որ, եթե «Բուժօգնությունը լիարժեք է և նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառմամբ է» պատասխանած SS-ների միջին ամսական եկամուտը կազմել է 207455,03 << դրամ, ապա «Բուժօգնությունը լիարժեք է, սակայն հին տեխնոլոգիաների կիրառմամբ է» պատասխանած SS-ների՝ 167889,55 << դրամ, իսկ «Բուժօգնությունը թերի է» պատասխանած SS-ների՝ 152629,31 << դրամ:

ԳԼՈՒԽ 4

ՀԵՏԱԶՈՏՎԱԾ ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՉԴԻՄԵԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ ԵՎ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ցանկացած երկրի առողջապահության համակարգի առաջնահերթ խնդիրների շարքում իր ուրույն տեղն է զբաղեցնում ազգաբնակչության մատչելի և որակյալ բժշկական օգնությամբ ապահովումը, ինչպես նաև հիվանդության դեպքում ֆինանսական աղետի առաջացումից արդյունավետ պաշտպանումը: Բացառություն չէ նաև Հայաստանի առողջապահության համակարգը: Ուստի, աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի ուսումնասիրության համար առանցքային նշանակություն ունի SS-ների կողմից բժշկական ծառայությունների սպառման, հարկ եղած դեպքում բժշկական օգնության չդիմելու կամ որոշակի փուլում բուժումը դադարեցնելու պատճառների, ինչպես նաև մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց դրամական վճարումների, դրանց աղբյուրների և ի վերջո, արդյունքում առաջացած հետևանքների համապարփակ վերլուծությունը:



Սխեմա 1: Աղետալի ծախսերի հետևանքով առաջացող շղթայական երևույթներ

Որպես աղետալի ծախսերի հետևանք (սխ. 1) կարող են ի հայտ գալ և զարգանալ խիստ անբարենպաստ շղթայական երևույթներ, որոնց թվում են՝ SS-ների բարեկեցության վատթարացումը՝ ներառյալ այլ անհրաժեշտ ծախսերի կրճատումը, նրանց սոցիալական կարգավիճակի փոփոխությունը՝ ընդհուպ մինչև աղքատացում, նպաստելով աղքատության գծից ցածր գտնվող SS-ների տեսակարար կշռի ավելացմանը:

Մեր կարծիքով, վերոնշյալ խիստ անբարենպաստ երևույթների դեմ պայքարի առավել լավագույն միջոցը՝ աղետալի ծախսերի առաջացման կանխարգելումն է, քանզի աղքատացումն՝ ինքնին բացասական երևույթ լինելուց բացի, ենթադրում է նաև

աղքատացած SS-ների ընդգրկում սոցիալական պաշտպանության ծրագրերում (մասնավորապես, նպաստային համակարգում), անխուսափելիորեն ավելացնելով պետության ֆինանսական բեռը:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել են հետազոտված SS-ների շրջանում (2392) անհրաժեշտության դեպքում բժշկական օգնության չդիմելու պատճառները (աղ. 12):

Պետք է ընդգծել, որ ուսումնասիրվող հարցի վերաբերյալ SS-ների անդամների կողմից ինչ-ինչ հանգամանքներից ելնելով պատասխաններ չեն տրվել 48,04% դեպքերում (1149), որոնք մեծամասամբ կազմում են այն SS-ները, որոնք դիմել են բժշկական օգնության: Մինչդեռ անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմելու այս կամ այն պատճառը մատնանշած SS-ների (1243) գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է 51,96%, որոնց շրջանում ըստ թվաքանակի աչքի է ընկել «առողջացել ենք առանց բժշկի միջամտության» պատասխանը նշած SS-ների (467) մասնաբաժինը՝ կազմելով 19,52%:

Աղյուսակ 12

Հետազոտված SS-ների կողմից անհրաժեշտության դեպքում բժշկական օգնության չդիմելու պատճառների վերլուծություն

Բժշկական օգնության չդիմելու պատճառներ	Հետազոտված SS-ներ	
	n	%
Առողջացել ենք առանց բժշկի միջամտության	467	19,52
Ֆինանսական միջոցների սղություն	308	12,88
Չենք հիվանդացել	182	7,61
Ի վիճակի չենք եղել շարունակել բուժումը	131	5,48
Բուժումը նշանակվել է դեղատանը	63	2,63
Չենք վստահում բժիշկներին	41	1,71
Դիմել ենք ժողովրդական բժշկությամբ զբաղվողներին	27	1,13
Բուժհիմնարկի հեռու գտնվելը	13	0,54
Այլ չճշտված պատճառ	11	0,46
Ընդամենը պատասխան	1243	51,96
Չկա պատասխան	1149	48,04
Ընդամենը	2392	100,00

Ուշագրավ է, որ «չեն վստահում բժիշկներին» պատճառը նշվել է ընդամենը 1,71% դեպքերում (41), իսկ «ժողովրդական բժշկությամբ զբաղվողներին դիմել են» SS-ների 1,13%-ը (27): Այս երկու ցուցանիշների համեմատաբար նվազաթիվ արժեքները գնահատվում են որպես դրական արդյունք, հաշվի առնելով վերջին տարիներին

իրականացված բարեփոխումների ոչ միանշանակ ընկալումն ազգաբնակչության կողմից:

Դրական է գնահատվում նաև այն փաստը, որ «բուժփմնարկի հեռու գտնվելն»՝ որպես բժշկական օգնության չդիմելու պատճառ, նշվել է ընդամենը 0,54% դեպքերում (13), ինչը վկայում է Երևանում գործող բժշկական հաստատությունների լայն և բավարար ցանցի առկայության, քաղաքի տարածքում դրանց տեղակայման հարմարավետության և հասանելիության մասին:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (աղ. 12), որ «բուժումը նշանակվել է դեղատանը» պատճառը մատնանշվել է 2,63% դեպքերում (63), ինչը մտահոգիչ լինելով, վկայում է դեղատների աշխատակիցների իրենց ոչ բնորոշ գործառույթներով զբաղվելու մասին: Մեր կարծիքով, այս փաստը կարելի է բացատրել նրանով, որ բժշկական օգնության պահանջարկը կրում է մշտական բնույթ և անհրաժեշտության դեպքում չի կարող հետաձգվել, ուստի վերջինի անբավարար մատչելիության պայմաններում, մարդիկ ստիպված են լինում դիմել դեղատան աշխատակիցներին բժշկական խորհրդատվություն ստանալու խնդրանքով, հաշվի չառնելով, որ նրանց մասնագիտական կրթությունը թույլ չի տալիս կատարել նման աշխատանք:

Սույն հետազոտությանն անմիջականորեն առնչվող և անհանգստություն առաջացնող երևույթ է անհրաժեշտության դեպքում բժշկական օգնության չդիմելը «ֆինանսական միջոցների սղության» պատճառով: Ներկայացված արդյունքներից երևում է, որ հետազոտված ՏՏ-ների շրջանում վերոնշյալ պատճառով բուժօգնության չեն դիմել մասնակիցների 12,88%-ը (308), ևս 5,48%-ը (131) «ի վիճակի չեն եղել շարունակել բուժումը» ֆինանսական խնդիրների պատճառով:

Տվյալների արտարկման արդյունքները հավաստիորեն վկայում են, որ Երևան քաղաքում ազգաբնակչության 11,11-14,64%-ը ընդհանրապես չի դիմում բժշկական օգնության, իսկ 4,28-6,67%-ը դիմում են, սակայն ի վիճակի չեն լինում շարունակել բուժումը ֆինանսական միջոցների անբավարար լինելու պատճառով ($p < 0,01$): Հարկ է նշել, որ մայրաքաղաքում արձանագրված տվյալները, լինելով խիստ մտահոգիչ, այնուհանդերձ համեմատաբար ցածր են սեփական գրպանից ծախսերից պաշտպանության անկատար համակարգ ունեցող այլ երկրներից: Օրինակ՝ Լիբանանում, որի բնակչության շուրջ 52%-ն ընդգրկված է սոցիալական բժշկական ապահովագրության ծրագրերում, ազգաբնակչության 29%-ը հրաժարվում է բժշկական

օգնությունից ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով (Elgazzar H., Raad F., Arfa C., 2010):

Այնուհանդերձ, ստացված արդյունքները հանդիսանում են Երևան քաղաքում մատուցվող բժշկական ծառայությունների ցածր մատչելիության ցայտուն ապացույց, համաձայն որի այդ ծառայությունները ընդհանրապես հասանելի չեն մայրաքաղաքի բնակիչների շուրջ 1/5-ին: Ի դեպ, հարկ է նշել, որ հետազոտությանը նթացքում ստացված արդյունքները գրեթե համընկնում են Երևան քաղաքում 2012թ.-ին արձանագրված աղքատության ցուցանիշի հետ, որն եղել է 25,6% (<< ԿԱ ԱՎԾ, 2014):

Վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով բուժօգնության չդիմած SS-ների միջին տարեկան եկամուտը կազմել է $1046092,31 \pm 47763,89$ ՀՀ դրամ՝ նշանակալի տարբերվելով ընտրանքի տարեկան եկամուտից ($t=14,4$, $p<0.0000$), որը կարող է հանդիսանալ շուրջ 4 անդամից բաղկացած SS-ների համար եկամուտի այն սահմանագիծը, երբ դրան հավասար կամ ավելի ցածր տարեկան եկամուտ ունենալու դեպքում, Երևան քաղաքի SS-ները չեն դիմում բժշկական օգնության (հավելված 1):

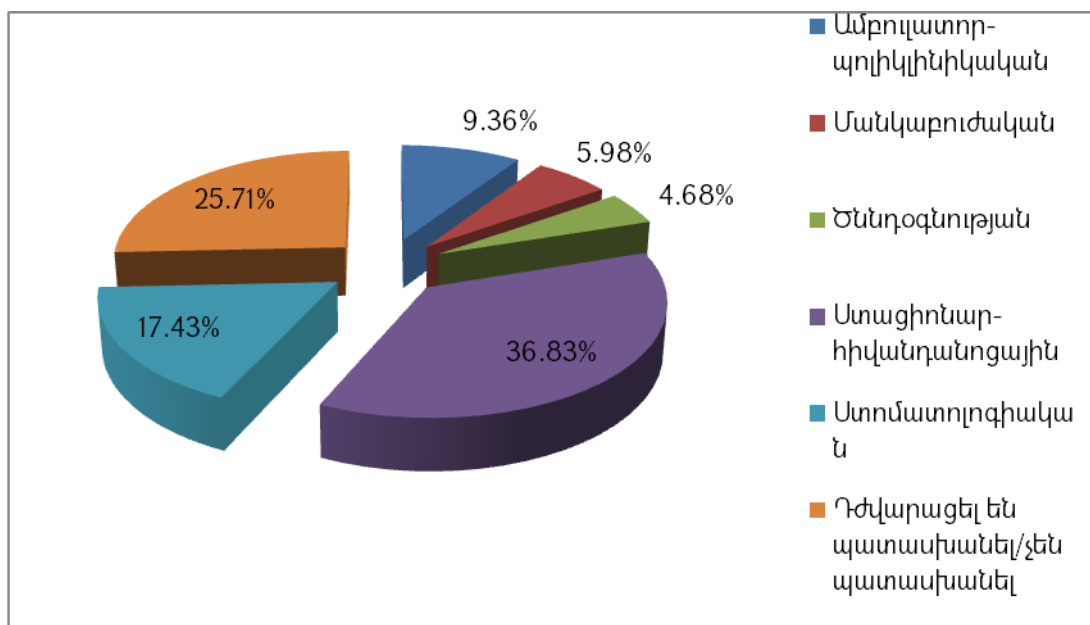
Միևնույն ժամանակ, ֆինանսական խնդիրների պատճառով բուժումն ինչ որ փուլում դադարեցրած SS-ների միջին տարեկան եկամուտն եղել է 1399105.26 ± 102469.43 ՀՀ դրամ՝ նշանակալի տարբերվելով ընդհանրապես բժշկական օգնության չդիմած SS-ների միջին տարեկան եկամուտից ($t=3,12$, $p<0.002$): Այսպիսով, եկամուտների տարբերության հաշվին նշյալ տնտեսությունները դիմել են բժշկական օգնության ստանալու համար, սակայն ընթացքում պարզվել է, որ իրենց եկամուտն այնուհանդերձ չի բավարարում անհրաժեշտ ծավալով օգնություն ստանալու համար:

Հարկ է ընդգծել, որ ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով բժշկական օգնության չդիմած SS-ների գերակշիռ մասը՝ 74,87% դեպքերում (146), պատկանել են ≤ 100.000 ՀՀ դրամ եկամուտներ ունեցող ենթախմբին, 23,59%-ը (46)՝ 100.001-200.000 ՀՀ դրամ ունեցող ենթախմբին և ընդամենը 1,54%-ը (3) ունեցել են եկամուտներ ≥ 200.001 ՀՀ դրամ: Ուշագրավ է, որ նույն ցուցանիշը ֆինանսական խնդիրների պատճառով բուժումն ինչ որ փուլում դադարեցրած SS-ների շրջանում եղել է համապատասխանաբար՝ 46,05% (35), 50,00% (38) և 3,95%-ը (3), որը համահունչ է այն բացահայտմանը, որ այս SS-ների եկամուտներն եղել են ավելի բարձր քան

ընդհանրապես բժշկական օգնության չդիմած տնտեսություններինը, սակայն՝ չբավարարելով բուժումն ավարտին հասցնելու համար (հավելվածներ 2, 3):

Այսպիսով, նման SS-ների համար, որոնք ընդգրկված չեն ընտանեկան նպաստի համակարգում և հետևաբար չունեն բժշկական ծառայություններից անվճար օգտվելու արտոնություն, նպատակահարմար է մշակել բժշկական ծառայությունների մատչելիության հասանելիության, բարձրացման այլ ընտրանքային ծրագրեր:

Ուշադրության է արժանի հետազոտության մասնակից SS-ների կարծիքներն առավել դժվար մատչելի բժշկական ծառայությունների վերաբերյալ, ինչը կարող է կիրառվել արդեն իսկ իրականացված բարեփոխումների արդյունավետության գնահատման, ինչպես նաև նոր թիրախային և համակարգային բարեփոխումների ծրագիր մշակելու ու կյանքի կոչելու նպատակով (նկ. 11):



Նկար 11: Առավել դժվար մատչելի բժշկական ծառայությունները՝ ըստ հետազոտված SS-ների կարծիքների վերլուծության արդյունքների

Ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ 36,83% դեպքերում (881) SS-ների կարծիքով առավել դժվար մատչելի են համարվել ստացիոնար-հիվանդանոցային ծառայությունները, ինչն իր հերթին ևս մեկ անգամ փաստարկ է մայրաքաղաքում հիվանդանոցային բժշկական ծառայությունների հասանելիության խիստ ցածր մակարդակի և գործող սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմների անկատարության մասին:

Ինչպես երևում է ներկայացված տվյալներից, 17,43% դեպքերում (417) SS-ների կարծիքով առավել դժվար մատչելի եղել են ստոմատոլոգիական ծառայությունները:

Տեղին է ընդգծել, որ ներկայիս գործող ծրագրերը, հիմնականում, միտված են հիվանդանոցային և ԱԱՊ ծառայությունների հասանելիության բարձրացմանը, մինչդեռ ստոմատոլոգիական ծառայությունների մատչելիության խնդիրը՝ հաճախ անտեսված լինելով, դեռևս չի ստացել իր լուծումը, և սա այն պարագայում, որ ստոմատոլոգիական ծառայությունը բժշկական օգնության ամենազանգվածային ձևերից մեկն է: Ապացուցված է նաև, որ գրեթե բոլոր ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունները սերտորեն կապված են ատամների և բերանի խոռոհի ախտահարումների հետ (Миняева В.Л., Вишнякова Н.И., 2003): Ուստի, ստոմատոլոգիական խնդիրների երկարատև չլուծված լինելը կարող է հանգեցնել այլ օրգան-համակարգերի խնդիրներին, որոնք կպահանջեն ավելի թանկարժեք կամ երկարատև բուժում անդրադառնալով ՏՏ-ների կենսամակարդակի վատթարացման ու ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականության վրա:

Որոշակի մտահոգություն է առաջացնում նաև այն փաստը, որ 9,58% դեպքերում (224) ՏՏ-ների կարծիքով առավել դժվար մատչելի են համարվել հատկապես ԱԱՊ ծառայությունները: Եվ սա այն դեպքում է, երբ ամբողջ ազգաբնակչության համար դեռևս 2006 թվականից ԱԱՊ ծառայություններն անվճար են, իսկ ԱԱՊ օղակում ցուցաբերված բժշկական օգնությունն ամենատարածված օգնության ձևն է: Վերոնշյալի հետ կապված հարկ է նշել, որ չի բացառվում այս հանգամանքը կարող է պայմանավորված լինի ոչ ֆորմալ բնույթ կրող վճարումների առկայությամբ, ինչպես նաև ԱԱՊ օղակում աշխատող մասնագետների կողմից նշանակված դեղորայքի բարձր գնարժեքներով, ինչը հիվանդների մոտ ստեղծում է ասոցիատիվ պատկերացում ամբողջ ԱԱՊ ծառայության առավել դժվար մատչելի լինելու վերաբերյալ:

Ողջունելի փաստ է, որ հետազոտության արդյունքներով մանկաբուժական և ծննդօգնության ծառայություններն որպես առավել դժվար մատչելի գնահատած ՏՏ-ների տեսակարար կշռի կարծիքները, կազմելով համապատասխանաբար 6,12% (143) և 4,79% (112), հարաբերորեն ցածր են, ինչը հավանաբար կապված է ծննդօգնության և մինչև 7 տարեկան երեխաների բժկական օգնության մատչելիության էական բարելավման և պետական հավաստագրերի ներդրման հետ:

Քննարկվող հարցի մասին առավել ամբողջական պատկերացում ստանալու համար մեր կողմից նպատակահարմար է գտնվել համադրելու ՏՏ-ների սուբյեկտիվ գնահատման տվյալները՝ առավել դժվար մատչելի բժշկական ծառայությունների

վերաբերյալ, իրենց եկամուտների հետ, որի արդյունքները թույլ են տվել ի հայտ բերել հետևյալ առանձնահատկությունը (աղ. 13): Այսպես, ներկայացված տվյալներից երևում է, որ ըստ եկամուտների առանձնացված բոլոր 3 ենթախմբերում ընդգրկված SS-ներն առավել դժվար մատչելի են համարել ստացիոնար-հիվանդանոցային ծառայությունները: Վերոնշյալ հատկանիշների միջև հայտնաբերված վիճակագրորեն նշանակալի կապը (χ^2 թեստ, $p < 0.0000$) վկայում է, որ կանխավճարային համակարգի և համայնքային առողջապահական ծրագրերի թերզարգացած լինելու պայմաններում բժշկական ծառայությունների առավել դժվար մատչելիությունը պայմանավորող հիմնական գործոնը դա SS-ների եկամուտներն են:

Աղյուսակ 13

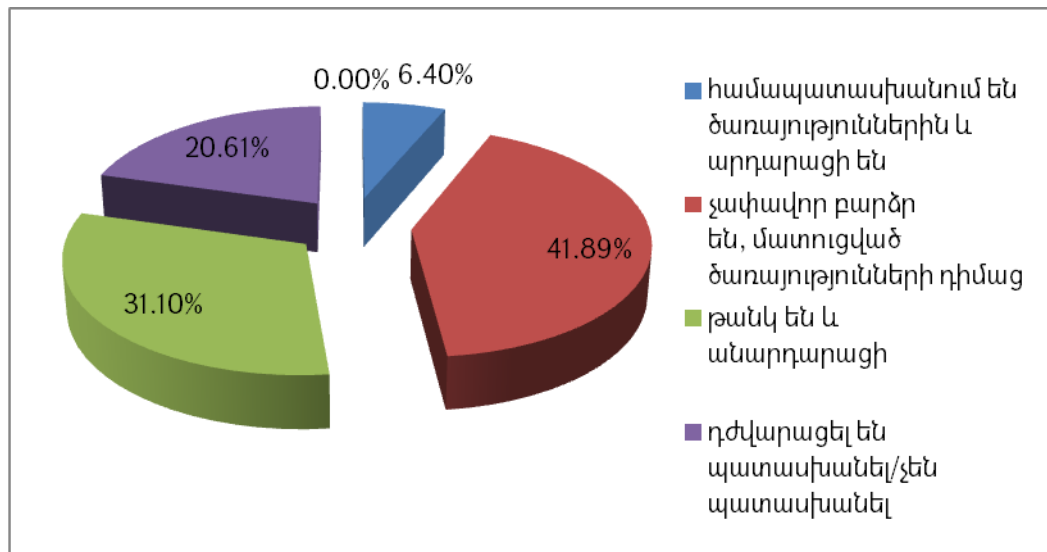
SS-ների բաշխումը բժշկական ծառայությունների դժվար մատչելիության գնահատականի և եկամուտների համադրությամբ

Ծառայություն	SS-ների միջին ամսական եկամուտներ, ՀՀ դրամ						Պատասխան չկա		Ընդամենը	
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ԱԱՊ	48	8,37	90	11,32	12	3,66	74	10,63	224	9,36
Մանկաբուժական	58	10,12	43	5,41	3	0,91	39	5,60	143	5,98
Ստացիոնարային	219	38,22	316	39,75	130	39,63	216	31,03	881	36,83
Ծննդօգնություն	68	11,87	20	2,52	5	1,52	19	2,73	112	4,68
Ստոմատոլոգիական	84	14,66	166	20,88	44	13,41	123	17,67	417	17,43
Պատասխան չկա	96	16,75	160	20,13	134	40,85	225	32,33	615	25,71
Ընդամենը	573	23,95	795	33,24	328	13,71	696	29,10	2392	100,00

Հետազոտության ընթացքում կարևոր է համարվել պարզել հետազոտված ազգաբնակչության կարծիքը մատուցվող բժշկական ծառայությունների գնային արժեքի վերաբերյալ, հաշվի առնելով մեր երկրում և, հատկապես մայրաքաղաքում վճարովի ծառայությունների լայն տարածումը, արտոնյալ պայմաններով բժշկական ծառայություններից օգտվող քաղաքացիների խիստ սահմանափակ թվաքանակը, համավճարի սկզբունքի առկայությունը, ինչպես նաև բժշկական ծառայություններ մատուցող մասնավոր ընկերությունների թվաքանակի շարունակական աճը և, ընդհանուր առմամբ, առողջապահության ոլորտի առևտրականացումը:

Ներկայացված տվյալներից երևում է (նկ. 12), բժշկական ծառայությունների գների անհամապատասխանության մասին կարծիքներ հայտնած SS-ների (1899) գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է 79,33%, ինչը վկայում է, որ անկախ այն հանգամանքից, որ SS-ների անդամները դիմել են բժշկական օգնության թե ոչ,

մարդիկ գիտակցելով հարցի կարևորությունը, պատրաստակամ են բարձրաձայնել սեփական դիրքորոշումը:



Նկար 12: Բժշկական ծառայությունների գների համապատասխանությունը մատուցված ծառայություններին՝ ըստ մասնակիցների գնահատականի

Այսպես, պարզվել է, որ ընդամենը 6,40% դեպքերում (153) հարցված SS-ների գնահատմամբ բժշկական ծառայությունների արժեքն եղել է համապատասխան և արդարացի, 41,89% դեպքերում (1002) այդ գները համարվել են չափավոր թանկ և 31,10% դեպքերում (744)՝ անարդարացի թանկ:

Քանի որ առողջապահական ոլորտում իրականացվող ցանկացած բարեփոխում վերաբերվում է տվյալ երկրի ամբողջ ազգաբնակչությանը, անհատի առողջությունը համարելով գերակա արժեք և կարևորելով հասարակության կարծիքն ու մասնակցությունը բժշկական ծառայությունների արժեքի ձևավորման գործընթացում, մենք իրականացրել ենք տվյալների արտարկում, որի արդյունքները վկայում են, որ մայրաքաղաքի ազգաբնակչության ճնշող մեծամասնությունն այս կամ այն չափ դժգոհ է բժշկական ծառայությունների արժեքից: Մասնավորապես՝ Երևան քաղաքի բնակչության 28,67-33,54%-ը համարում է, որ բժշկական ծառայությունների արժեքը թանկ է և անարդարացի, 39,29-44,49%-ի կարծիքով չափավոր բարձր է և ընդամենը 5,11-7,69%-ն է համարում, որ բժշկական ծառայությունների արժեքն արդարացի է ($p < 0,01$):

Այս դեպքում ևս կատարվել է համեմատական վերլուծություն՝ SS-ների կողմից բժշկական ծառայությունների գների համապատասխանության վերաբերյալ տրված գնահատականները համադրելով նրանց եկամուտների հետ (աղ. 14):

Վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ առկա է խիստ անհամապատասխանություն SS-ների եկամուտների և բժշկական ծառայությունների արժեքի ընկալման միջև:

Աղյուսակ 14

SS-ների եկամուտների և նրանց կողմից բժշկական ծառայությունների գների համապատասխանության վերաբերյալ տրված գնահատականի համեմատական վերլուծության արդյունքները

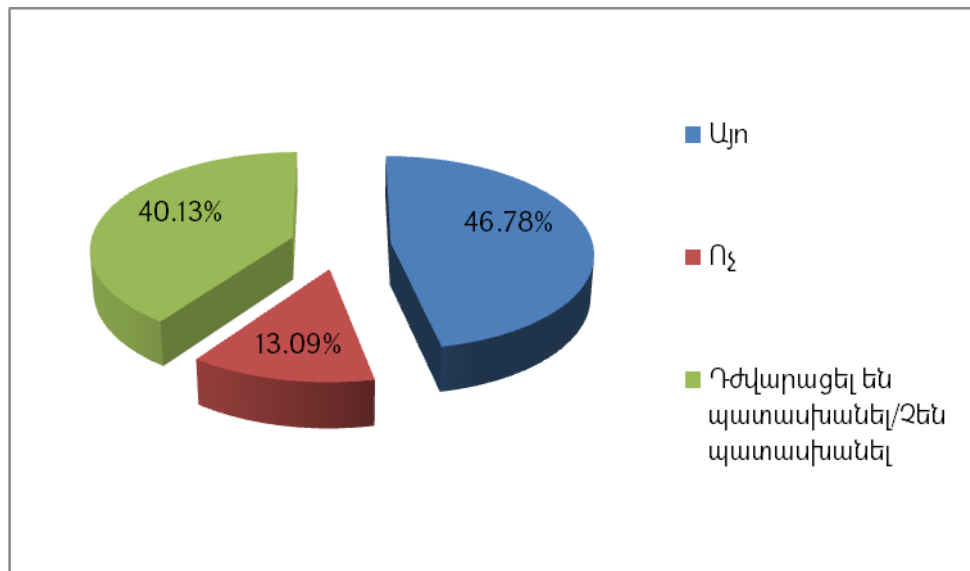
SS-ներին մատուցած ծառայություններին բժշկական ծառայությունների գների համապատասխանությունը	SS-ների միջին ամսական եկամուտներ, ՀՀ դրամ								Ընդամենը	
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001		Պատասխ.չկա			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Լիովին համապատասխան են և արդարացի	11	1,92	50	6,29	72	21,95	20	2,87	153	6,40
Չափավոր ավելի բարձրեն	267	46,60	385	48,43	97	29,57	253	36,35	1002	41,89
Անարդարացի թանկեն	226	39,44	232	29,18	93	28,35	193	27,73	744	31,10
Պատասխան չկա	69	12,04	128	16,1	66	20,12	230	33,05	493	20,61
Ընդամենը	573	23,95	795	33,24	328	13,71	696	29,10	2392	100,00

Մասնավորապես՝ եթե $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներով ենթախմբում ծառայությունների արժեքը համարվել է արդարացի 1,92% դեպքերում (11), ապա առավելագույն՝ $\geq 200,001$ ՀՀ դրամ եկամուտով ենթախմբում բազմապատիկ ավել՝ 21,95% դեպքերում (72) և ընդհակառակը նվազագույն եկամուտներով ենթախմբում ծառայություններն անարդարացի թանկ են համարվել 39,44% դեպքերում (226), իսկ առավելագույն եկամուտներ ունեցողների մոտ՝ 20,12% դեպքերում (226): Վերոնշյալ բնութագրերի միջև առկա է նաև վիճակագրորեն նշանակալի կապ (χ^2 թեստ, $p < 0.000$):

Հետազոտության ընթացքում SS-ների ներկայացուցիչներին առաջարկվել է պատասխանել հետևյալ հարցին՝ արդյոք SS-թյան ցանկացած անդամ կատարել է որևէ վճարում մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց մեկ տարվա ընթացքում:

Ի դեպ, հարկ է նշել, որ մեր կողմից որպես բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումներ համարվել են ինչպես SS-ների անդամների դիմելը բժշկական օգնության, այնպես էլ դեղատներից դեղամիջոցների գնելն առանց բժշկին այցելության:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (նկ. 13), որ հետազոտության (2392) մասնակից SS-ների 46,78%-ը (1119) վճարել են ստացած ծառայությունների դիմաց:



Նկար 13: Բժշկական ծառայությունների դիմաց SS-ների վճարումների վերլուծություն

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ առավել թանկարժեք և դժվար մատչելի բժշկական ծառայությունը բացահայտելու նպատակով մեր կողմից կատարվել է համեմատական վերլուծություն՝ ստացած բուժօժանությունների դիմաց կատարված վճարումների չափերը համադրելով մատուցված բժշկական ծառայությունների տեսակների հետ:

Բժշկական օգնության դիմած ընդամենը 1144 SS-ների անդամների շրջանում 77,45% դեպքերում (886) իրենց մատուցված բժշկական ծառայությունների համար կատարված վճարումների չափն եղել է նշված:

Հետազոտության արդյունքներից երևում է (աղ. 15), որ թվով 886 SS-ների կողմից ստացած բոլոր տեսակների բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների միջին չափը կազմել է $85798,53 \pm 7689,53$ ՀՀ դրամ: Ներկայացված տվյալներից ակներև է, որ SS-ների կողմից ստացած այս կամ այն տեսակի բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների չափը միմյանցից նկատելի տարբերվում է, լինելով նվազագույնն առավել մատչելի ծառայություն հանդիսացող ՇԲՕ դիմածների և առավելագույնը բոլոր տեսակի բժշկական ծառայություններին դիմածների շրջանում:

Խիստ կարևոր և տեղեկատվական է SS-ների կողմից ըստ նպատակների կատարված վճարումների ուսումնասիրությունը: Այսպես, SS-ների կողմից ստացած ԱԱՊ բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների չափը միջինում կազմել է $36374,05 \pm 11529,11$ ՀՀ դրամ:

Դիմելիությունը բժշկական օգնության և վճարումների միջին չափն ըստ բժշկական օգնության տեսակի

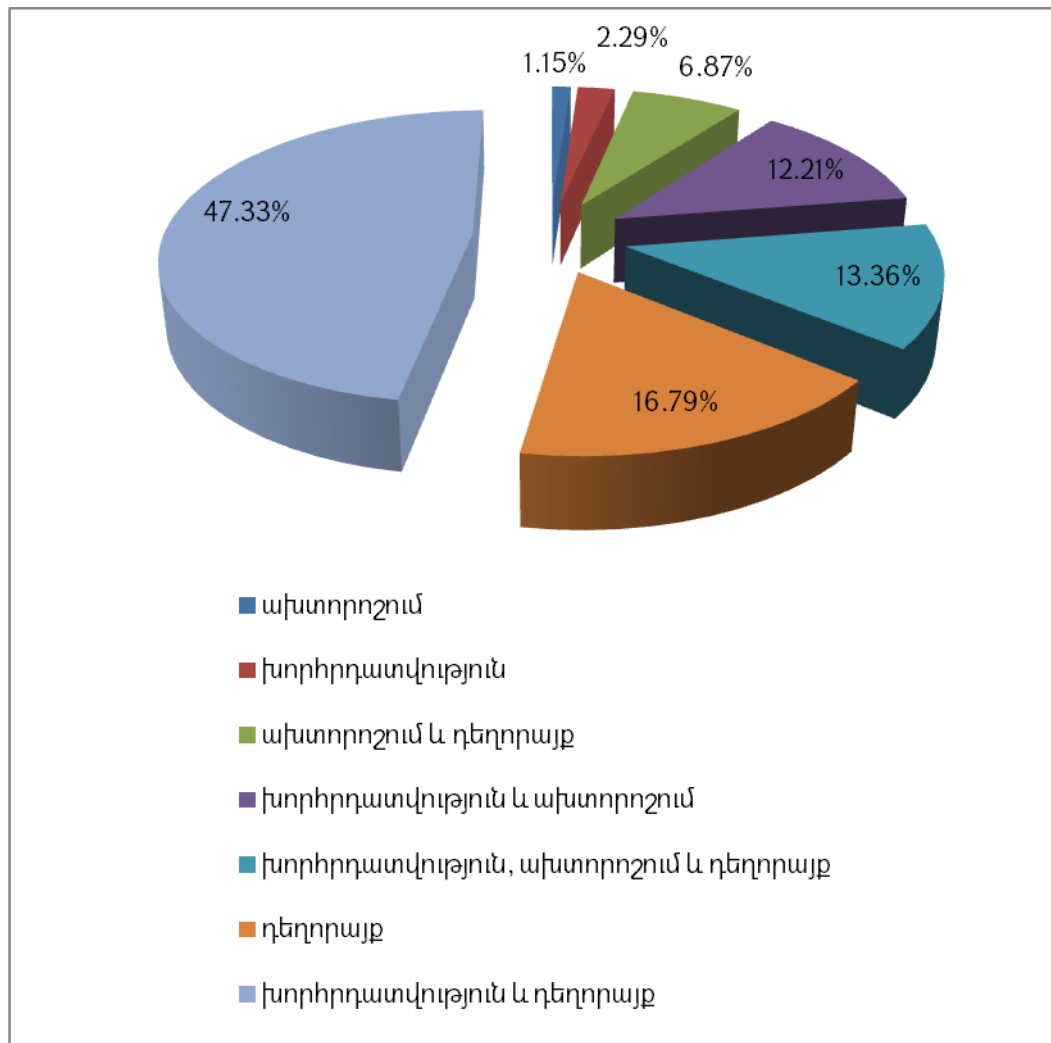
Բժշկական ծառայությունների տեսակներ	Դիմել են բժշկական օգնության		Այդ թվում՝ հայտնի է վճարի չափը		Վճարի միջին չափը՝ M±m
	n	%	n	% ¹	
Մեկ տեսակի					
ԱԱՊ	346	30,24	262	75,72	36374,05±11529,11
Հիվանդանոցային	227	19,84	197	86,78	155467,01±18185,78
ՇԲՕ	202	17,66	147	72,77	8517,01±1569,05
Ստոմատոլոգիական	149	13,02	121	81,21	39355,37±7165,52
Երկու տեսակի					
ԱԱՊ և հիվանդանոցային	27	2,36	26	96,30	145076,92±16069,27
ԱԱՊ և ՇԲՕ	22	1,92	19	86,36	86526,32±16188,47
ԱԱՊ և ստոմատոլոգիական	64	5,59	42	65,63	117250,00±42895,87
Հիվանդանոցային և ՇԲՕ	8	0,70	6	75,00	142500,00±43698,78
Հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	36	3,15	23	63,89	230956,52±23220,93
ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	12	1,05	7	58,33	326142,86±279127,67
Երեք և ավելի տեսակի					
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ՇԲՕ	3	0,26	3	100,00	220000,00±88881,94
ԱԱՊ, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	16	1,40	12	75,00	203750,00±34140,56
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	11	0,96	7	63,64	176428,57±43816,64
Հիվանդանոցային, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	12	1,05	6	50,00	201666,67±61612,59
Բոլոր տեսակի բուժօգնություններ	9	0,79	8	88,89	688250,00±406264,37
Ընդամենը	1144	100,00	886	100,00	85798,53±7689,53

Ներկայացված տվյալները վկայում են (նկ. 14), որ ԱԱՊ օղակի ծառայություններ ստանալիս (262) ՏՏ-ների 47,33%-ը (124) վճարել են խորհրդատվության և դեղորայքի ձեռքբերման դիմաց, 16,79%-ը (44)՝ դեղորայքի, 13,36%-ը (35)՝ խորհրդատվության, ախտորոշման և դեղորայքի, 12,21%-ը (32)՝ խորհրդատվության և ախտորոշման, իսկ 6,87%-ը (18)՝ ախտորոշման և դեղորայքի դիմաց:

Այսինքն, ՏՏ-ների ըստ նպատակների իրականացված ծախսերի վերլուծության արդյունքները՝ որպես իրական փաստարկ, թույլ են տալիս եզրակացնելու, որ չնայած ԱԱՊ օղակի թվացյալ մատչելիությանն, այնուհանդերձ Երևան քաղաքի բնակիչները հաճախ հարկադրված են լինում զգալի ֆինանսական միջոցներ ծախսել բուժում ստանալու դիմաց, անգամ այդ օղակից օգտվելու պարագայում՝ հատկապես

¹ Տեսակարար կշիռը բժշկական օգնության դիմաձեռների նկատմամբ

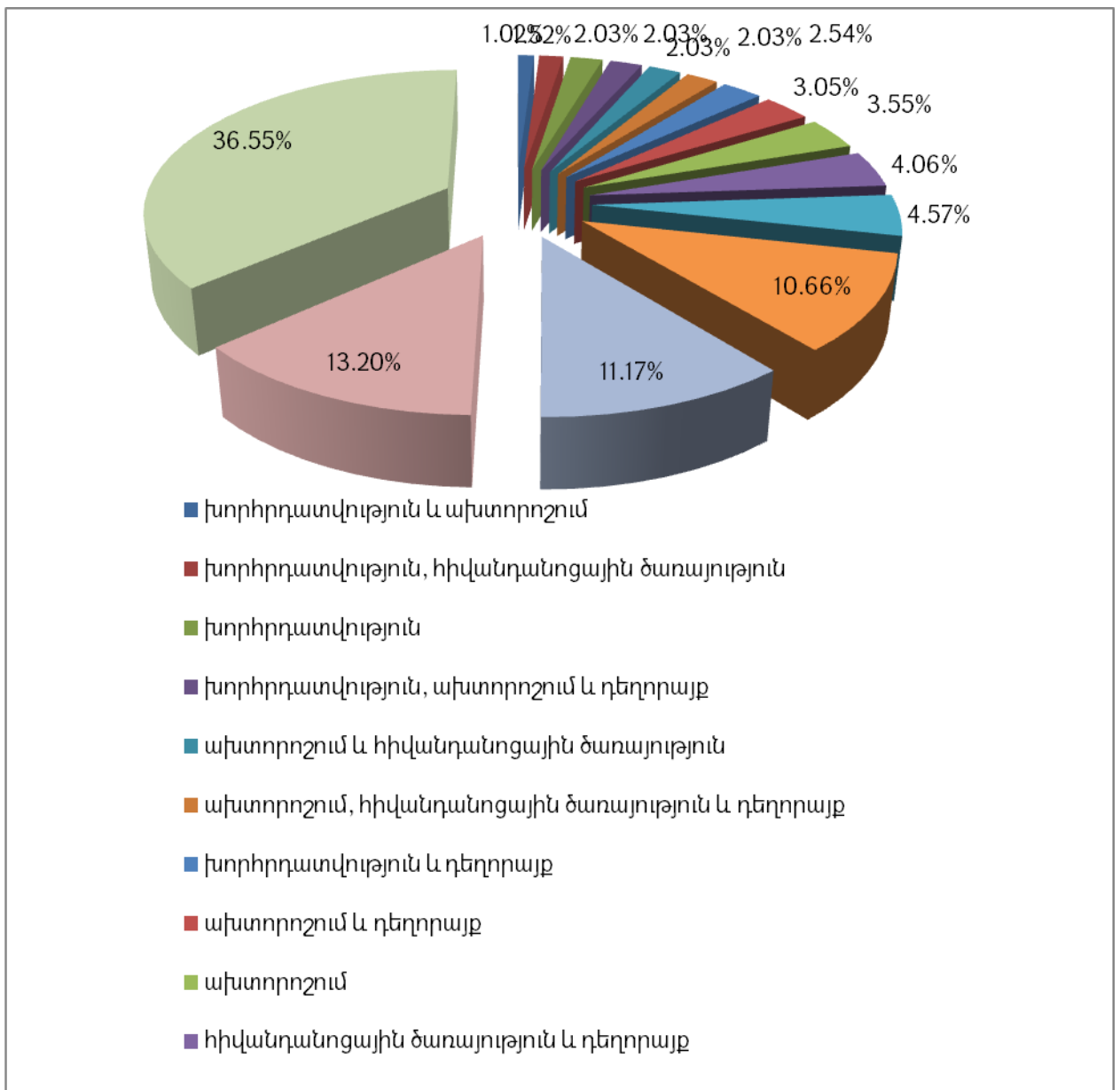
դեղորայքի ձեռք բերման, ինչպես նաև ախտորոշումների և խորհրդատվությունների համար վճարումներ կատարելով:



Նկար 14: Միայն ԱԱՊ օղակի ծառայություններ ստացած SS-ների ըստ նպատակների կատարած վճարումների վերլուծության արդյունքները

Ի դեպ, անհրաժեշտ է նշել, որ դեղորայքի գնումը հանդիսանում է SS-ների բյուջեն ծանրաբեռնող հոդվածներից մեկը, որի գնային արժեքը, որպես կանոն, որևէ կերպով չի փոխհատուցվում (բացառությամբ բնակչության հատուկ խմբերին տրամադրվող որոշ դեղամիջոցների)՝ նպաստելով ֆինանսական աղետի առաջացմանը:

Շարունակելով վերը ներկայացված տվյալների (աղ. 15) վերլուծությունը, պետք է փաստել, որ SS-ների կողմից ստացած հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների միջին չափը կազմել է $155467,01 \pm 18185,78$ ՀՀ դրամ:

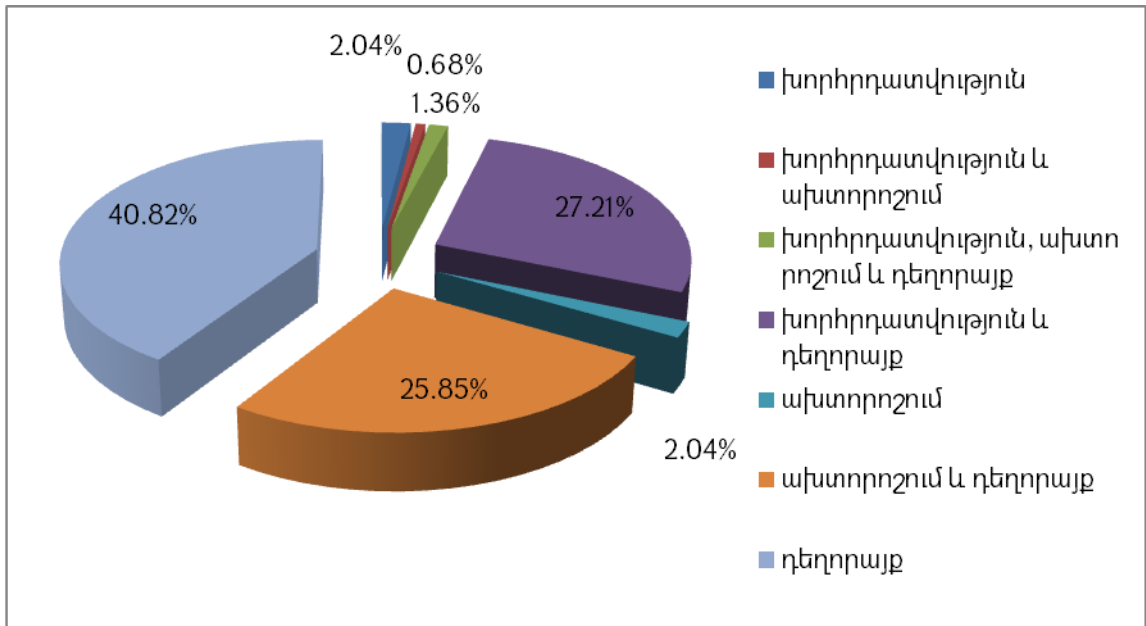


Նկար 15: Միայն հիվանդանոցային ծառայություններ ստացած SS-ների ըստ նպատակների վճարումների վերլուծության արդյունքները

Հիվանդանոցային բժշկական ծառայություններ ստանալու դեպքում SS-ների կողմից ըստ նպատակների կատարված վճարումների վերլուծությունը ցույց է տալիս (նկ. 15), որ (197) SS-ներից բուն հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարել են 36,55%-ը (72): Հարկ է նշել, որ SS-ների կողմից հարցին տրված պատասխանների բարձր ցրվածությունից ելնելով ենթադրելի է, որ հիվանդանոցներում մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց SS-ների անդամներին միասնական հաշիվների փոխարեն, ներկայացվում են բազմաքանակ հաշիվներ՝ զանազան ծառայություններ ստանալու համար, որի հետևանքով, բնականաբար, SS-թյան բյուջեն իր վրա կրում է

ավելի մեծ ծանրաբեռնվածություն: Հետազոտության արդյունքներից ելնելով բացառված չէ նաև, որ SS-ների անդամները հիվանդանոցներում բուժվելիս՝ ստացած ծառայությունների դիմաց կատարվող վճարումներից անկախ ստիպված են լինում դեղորայքը ձեռքբերել սեփական միջոցներով:

SS-ների կողմից ստացած ՇԲՕ ծառայությունների դիմաց վճարումների չափը՝ միջինում կազմելով $8517,01 \pm 1569,05$ ՀՀ դրամ, դրսևորվել է հարաբերորեն ավելի ցածր մակարդակում (աղ. 15):



Նկար 16: ՇԲՕ ծառայություններ ստանալու դիմաց SS-ների ըստ նպատակների կատարված վճարումների վերլուծության արդյունքները

ՇԲՕ ծառայությունների դիմաց ըստ նպատակների կատարված վճարումների վերլուծությունից պարզվել է (նկ. 16), որ 147 SS-ներից 40,82%-ը (60) վճարել են դեղորայքի ձեռքբերման դիմաց, 27,21%-ը (40)՝ խորհրդատվության և դեղորայքի, 25,85% (38)-ը՝ ախտորոշման և դեղորայքի համար, ինչը հաշվի առնելով, կարելի է ասել, որ ՇԲՕ ծառայության գործունեության առանձնահատկությունն ըստ էության նույնն է: Այսինքն, այս դեպքում ևս՝ ստացված պատասխանների վերլուծությունը թույլ է տալիս ենթադրել, որ ոչ ֆորմալ սեփական գրպանից վճարումների խնդիրը դեռևս իր վերջնական լուծումը չի ստացել և ծանրաբեռնում է SS-ների բյուջեն: Չնայած վերոնշյալ բացասական միտումներին, պետք է փաստել, որ ՇԲՕ ծառայությունը շարունակում է մնալ առավել մատչելի և վստահելի օղակը, որտեղ վերջին տարիներին իրականացված

բարեփոխումները և արդիականացման աշխատանքներն ակնհայտորեն տվել են իրենց դրական արդյունքը:

Ուշադրության արժանի օրինաչափություններ են ի հայտ եկել SS-ների կողմից ստացած տարբեր տեսակի բժշկական օգնության դիմաց կատարված վճարումները, նրանց եկամուտների հետ համադրելիս:

Այսպես, ներկայացված տվյալներից երևում է (աղ. 16), որ տնտեսության անդամների կողմից բժշկական օգնության տեսակի նախընտրությունը կախված է SS-ների եկամուտների չափից: Այսինքն, առավել ցածր եկամուտներով SS-ների անդամները նախընտրել են դիմել ԱԱՊ և ՇԲՕ ծառայություններին, ինչը ժամանակի ընթացքում կարող է հանգեցնել դրանց վերածմանն «աղքատների» սպասարկման բուժփիմնարկների՝ խորացնելով սոցիալական բևեռացումը մայրաքաղաքում:

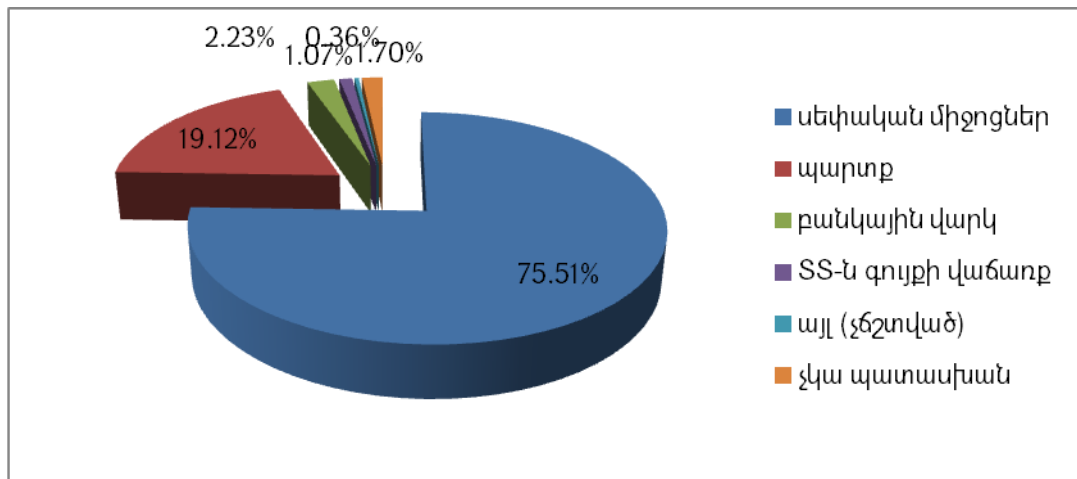
Աղյուսակ 16

Հետազոտված SS-ների տարեկան եկամուտների և բժշկական օգնության տեսակի դիմաց կատարված վճարումների չափը

Բժշկական օգնության տեսակ	SS-թյան տվյալներ, ՀՀ դրամ	
	տարեկան եկամուտ	բուժման դիմաց վճարի չափ
ՇԲՕ ծառայություն	1210716,96	8517,01
ԱԱՊ	1720030,32	36374,05
Ստոմատոլոգիական	1903783,80	39355,37
Ստացիոնար	2693436,48	155467,01

Վերոնշյալի մասին է վկայում նաև մեր կողմից կատարված կորելյացիոն վերլուծությունը, համաձայն որի SS-ների տարեկան եկամուտների և բժշկական օգնության դիմաց կատարված վճարումների չափի միջև գոյություն ունի դրական, ուժեղ և վիճակագրորեն նշանակալի կապ ($r=0,959$, $t=4,79$):

Հաջորթիվ ուսումնասիրվել են SS-ների կողմից ստացած բժշկական օգնության դիմաց կատարված վճարումների աղբյուրները: Տվյալների վերլուծությունը փաստում է (նկ. 17), որ բուժօժանդությունների դիմաց վճարած SS-ների (1119) ենթախմբում 75,51% դեպքերում (845) վճարումներն իրականացվել են սեփական միջոցներից, 19,12% դեպքերում (214) վճարման գումարները վերցվել են պարտքով, մինչդեռ 2,23% դեպքերում (25)՝ ստացվել են բանկային վարկերի միջոցով, իսկ 1,07% դեպքերում (12)՝ անհրաժեշտ գումարների հայթհայթման համար ստիպված են եղել վաճառել SS-թյան գույքը:



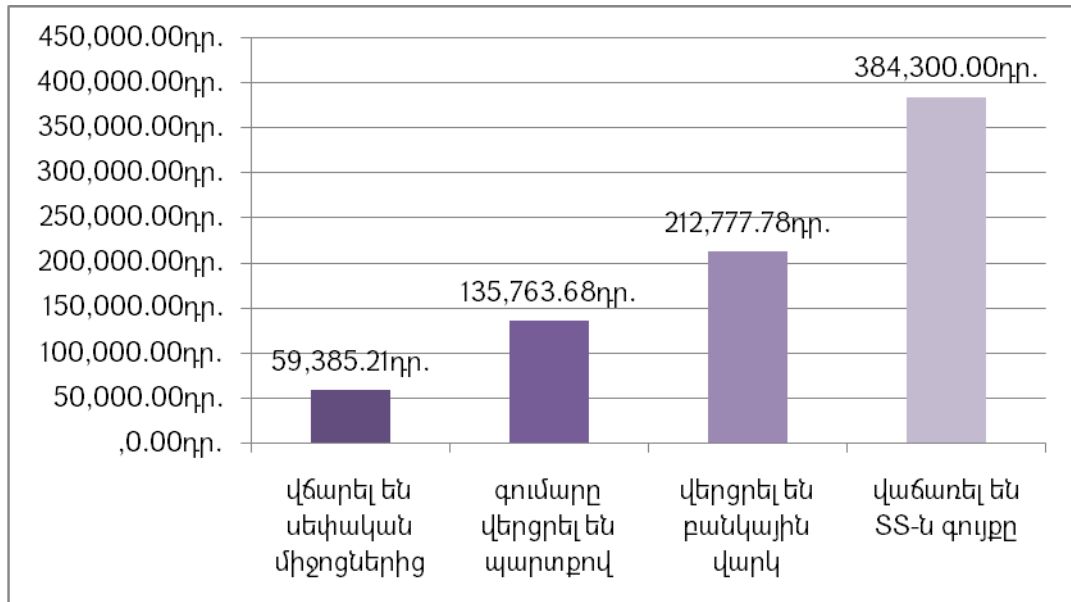
Նկար 17: Բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարում կատարած SS-ների վճարների աղբյուրները

Հարկ է նշել, որ առաջին հայացքից թվացյալ բարենպաստ արդյունքներն իրականում վկայում են բժշկական ծառայությունների ցածր մատչելիության մասին, քանի որ ինքնին հիվանդությունը հանգեցնում է SS-ների սոցիալական խոցելիության մակարդակի բարձրացմանը երբ տնտեսությունը վճարում է բժշկական օգնության դիմաց, ապա դա ավելի բացասական է անդրադառնում նրա բարեկեցության վրա, իսկ պարտքով վերցված միջոցներից բժշկական հաշիվների մարումը հիրավի կարող է ծայրահեղ բացասական ազդեցություն թողնել SS-ների կենսամակարդակի վրա: Մասնավորապես՝ տվյալների արտարկումը թույլ է տալիս եզրակացնել ($p < 0.001$), որ բացի նրանից, որ վճարումներն իրականացվում են սեփական գրպանից, դեռ ավելին, Երևան քաղաքի SS-ների զգալի մասի համար՝ 8,41-11,57%-ի, բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարելու աղբյուր է հանդիսանում պարտքով վերցված գումարները (ներառյալ բանկային վարկը):

Շարունակելով երևույթի բազմակողմանի ուսումնասիրությունը վերլուծվել է նաև SS-ների կողմից ստացած բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարած վճարումների միջին չափը՝ հաշվի առնելով վճարման ենթակա գումարների տարբեր աղբյուրները:

Այսպես, ստացված տվյալների վերլուծության արդյունքները պատկերավոր վկայում են (նկ. 18), որ SS-ները սեփական միջոցներից կարողացել են վճարել համեմատաբար փոքր գումարներ, իսկ բժշկական ծառայությունների դիմաց ներկայացված հաշիվների մեծացման դեպքում կամ ստիպված են եղել այդ գումարները վերցնել պարտքով, կամ դիմել բանկային վարկերին, կամ SS-ների գույքի

վաճառման: Այսպես, եթե սեփական միջոցներից կատարված վճարման գումարի միջին չափը եղել է 59385,21 ՀՀ դրամ, ապա պարտքով վերցված գումարի միջին չափը՝ 135763,68, իսկ SS-ների գույքի վաճառքի դեպքում, ավելին՝ 384300,00 ՀՀ դրամ:



Նկար 18: Բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների միջին չափն ըստ աղբյուրի

Հարկ է նշել, որ ուշագրավ արդյունքներ են ստացվել մեր դիտարկման տակ գտնվող SS-ների կենսամակարդակի վրա բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների աղբյուրների ազդեցության վերլուծությունից (աղ. 17), համաձայն որի բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարում կատարած SS-ների (1119) շրջանում գումարը սեփական միջոցներից վճարած տնտեսությունների ընդամենը 41,66%-ն է նշել (352), որ վճարներն որևէ ազդեցություն չեն թողել իրենց կենսամակարդակի վրա, այն ինչ 53,25%-ը (450) ստիպված է եղել ծախսերը կրճատել կարճատև, իսկ 4,73%-ը (40)՝ երկարատև:

Առավել ցայտուն և ակներև է նկատվում բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարների բացասական ազդեցությունն այն SS-ների շրջանում, որոնք գումարը վերցրել են պարտքով: Այսպես, այդ տնտեսությունների կեսից ավելին՝ 52,80%-ը (113) ծախսերը կրճատել են կարճատև, այն դեպքում երբ 42,29%-ը (99) ստիպված են եղել ծախսերը կրճատել երկարատև:

Աղյուսակ 17

Բուժօգնության դիմաց կատարված վճարումների աղբյուրներն ու հետազոտված

SS-ների կենսամակարդակի վրա դրանց ազդեցության վերլուծության արդյունքները

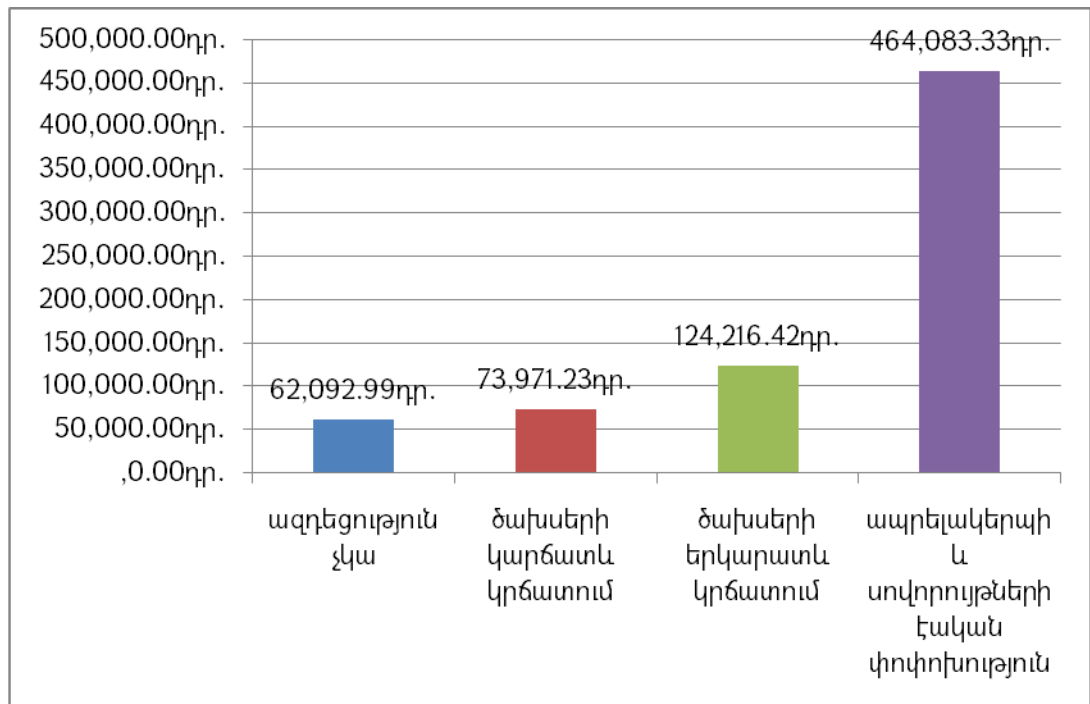
Վճարման աղբյուրները և վճարումների ազդեցությունը SS-ների կենսամակարդակի վրա										Ընդամենը	
Ազդեցություն չկա		Ծախսերի կարճատև կրճատում		Ծախսերի երկարատև կրճատում		Ապրելակերպի և սովորույթների կտրուկ փոփոխություններ		Պատասխան չկա			
n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
Սեփական միջոցներ											
352	41,66	450	53,25	40	4,73	3	0,36	-	-	845	75,51
Պարտքով վերցված գումարներ											
2	0,93	113	52,80	92	42,99	7	3,27	-	-	214	19,12
Բանկային վարկեր											
1	4,00	6	24,00	16	64,00	2	8,00	-	-	25	2,23
SS-թյան սեփական գույքի վաճառք											
3	25,00	2	16,67	4	33,33	3	25,00	-	-	12	1,07
Այլ չճշտված աղբյուրներ											
1	25,00	3	75,00	-	-	-	-	-	-	4	0,36
Պատասխան չկա											
-	-	-	-	-	-	-	-	19	100,00	19	1,70
Ընդամենը											
359	32,08	574	51,30	152	13,58	15	1,34	19	1,70	1119	100,00

Համադրելով առողջության պահպանման նպատակով կատարված ծախսերի չափը SS-ների կենսամակարդակի վրա թողած ազդեցության հետ, ի հայտ են եկել կանխատեսելի երևույթներ (նկ. 19): Մասնավորապես՝ վճարների գումարի ավելացմանը զուգահեռ խորացել է նաև SS-ների կենսամակարդակի վրա թողած ազդեցությունը:

Միևնույն ժամանակ, տվյալների արտարկումը ($p < 0.01$) ցույց է տալիս, որ բժշկական ծառայությունների դիմաց 46736,95-77449,03 ՀՀ դրամ միջակայքում կատարված վճարումները նշանակալի ազդեցություն չեն ունեցել SS-ների կենսամակարդակի վրա, 56082,53-91859,93 ՀՀ դրամ վճարման դեպքում SS-ների ծախսերը կրճատվել են կարճատև, մինչդեռ 70965,43-177467,40 ՀՀ դրամ վճարման դեպքում՝ SS-ների ծախսերը կրճատվել են երկարատև, իսկ բժշկական ծառայությունների դիմաց 95147,38-833019,28 ՀՀ դրամ վճարումները բերել են SS-ների սովորույթների և ապրելակերպի խիստ փոփոխությունների:

Աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի բազմակողմանի ուսումնասիրության, կանխարգելիչ, ինչպես նաև բացասական ազդեցությունը նվազեցնող միջոցառումների մշակման նպատակով՝ մեր կողմից պարզաբանվել է, թե բժշկական ծառայությունների

դիմաց վճարում կատարած SS-ների (1119) շրջանում հատկապես, որ վճարումներն են առավել բացասաբար անդրադառնել SS-թյան կենսամակարդակի վրա:

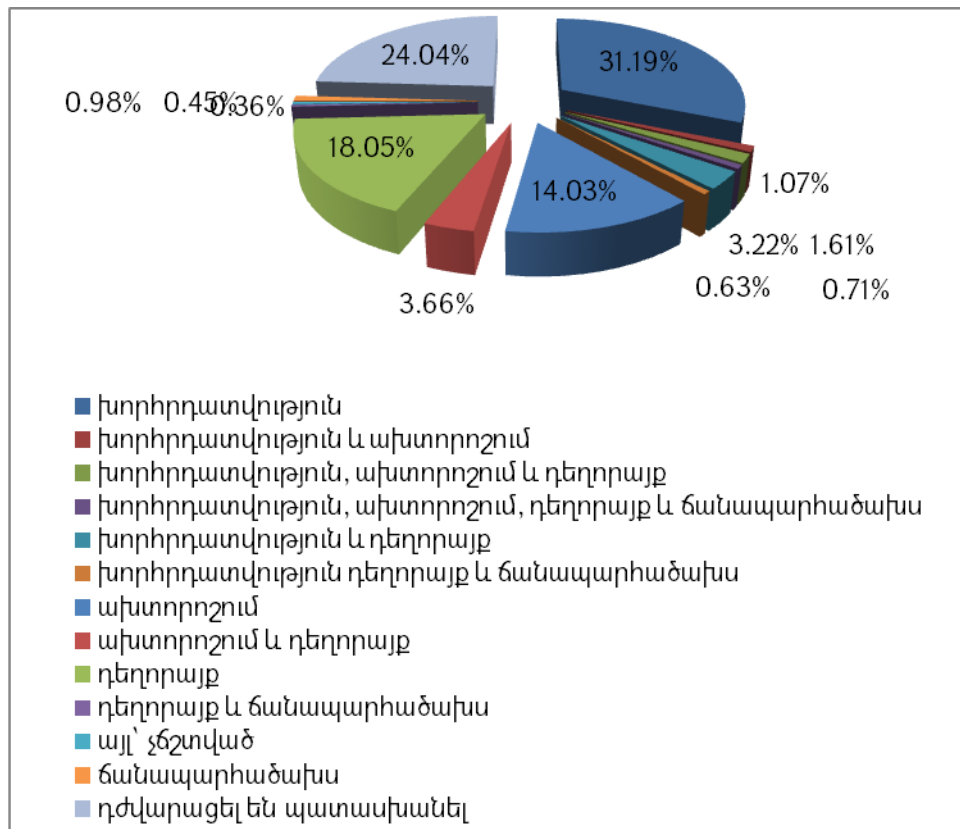


Նկար 19: Բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների միջին չափը և ազդեցությունը SS-ների կենսամակարդակի վրա

Տվյալների վերլուծության արդյունքներով բացահայտվել է (նկ. 20), որ SS-ների կենսամակարդակի վրա առավել բացասաբար են ազդել խորհրդատվությունների համար կատարած վճարումները, որոնք հանդիպել են 31,19% դեպքերում (349), դրանց հաջորդել են անհրաժեշտ դեղորայքի ձեռքբերման համար վճարները, որոնք հանդիպել են 18,05% դեպքերում (202), ըստ թվաքանակի աչքի են ընկել նաև ախտորոշման դիմաց վճարումները, որոնք՝ որպես բացասական ազդեցության հիմնական պատճառ՝ նշվել են 14,03% դեպքերում (157):

Ստացված դիտարկումների ամբողջությունը վկայում է Երևան քաղաքում մեր կողմից «ընդհատակյա ֆինանսական աղետ» անվանված երևույթի առկայության մասին: Այն է, որ SS-ները չստանալով անհրաժեշտ ծավալով բուժօգնություն, փոխարինում են այն ավելի մատչելի և սահմանափակ ծավալով օգնությամբ կամ ընդհանրապես չեն դիմում բժշկի: Ավելին, Երևան քաղաքում բնակվող SS-ների շրջանում իրականացված վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ առողջապահության համակարգի կազմակերպման ներկայի մոդելը բավարար ծավալով չի պաշտպանում SS-ներին հիվանդության հետևանքով առաջացած խիստ

անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական երևույթներից՝ ստիպելով մարդկանց փնտրել բուժօգնության այլընտրանքային ուղիներ և չպաշտպանելով ֆինանսական աղետի առաջացման ռիսկից:



Նկար 20: Բժշկական ծառայությունների դիմաց ըստ նպատակի վճարումների առավել բացասական ազդեցությունը SS-ների կենսամակարդակի վրա

Միևնույն ժամանակ բացահայտված երևույթները՝ որպես գիտականորեն հիմնավորված փաստարկներ, կարող են ելակետ հանդիսանալ հանրապետական գերատեսչությունների համար առողջապահական ծրագրերը պլանավորելու, ինչպես նաև գործող սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմները վերանայելու, իսկ մայրաքաղաք Երևանի իշխանությունների համար գործոն հիմք՝ համայնքային առողջապահական ծրագրեր ներդնելու համար:

**ՀԵՏԱԶՈՏՎԱԾ ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ
ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԱՂԵՏԱԼԻ ԾԱԽՍԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Սույն գլխում ներկայացված վերլուծության արդյունքները թույլ են տվել բացահայտել մեր կողմից հետազոտված Երևանի ՏՏ-ների շրջանում առողջության պահպանման աղետալի ծախսերի հանդիպման հաճախականությունը, ֆինանսական աղետին բախված տնտեսությունների սոցիալ-տնտեսական առանձնահատկություններն ու դիսկի գործոններ հանդիսացող երևույթները:

5.1. ՏՏ-ների շրջանում աղետալի ծախսերի հանդիպման հաճախականության և առանձնահատկությունների վերլուծություն:

Ինչպես արդեն նշվել է (տես՝ Գլուխ 2, էջ 40) ֆինանսական աղետի ենթարկված է համարվել այն ՏՏ-ը, որի կողմից իր որևէ անդամի(ների) առողջության պահպանման նպատակով տվյալ օրացուցային տարում կատարված վճարումների միջին տարեկան չափն եղել է հավասար կամ գերազանցել է այդ ՏՏ-թյան տարեկան եկամուտի 10%-ը:

Հարկ է նշել նաև, որ աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրն ուսումնասիրելիս հաշվի են առնվել ոչ միայն ՏՏ-ների անդամների կողմից բուժօգնություն ստանալու դիմաց կատարված վճարումներն, այլ և առողջության պահպանման ուղղությամբ ցանկացած տեսակի վճարումներն՝ այդ թվում դեղորայքի ձեռքբերման, ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացման դիմաց, ինչպես նաև ոչ ֆորմալ վճարումները բժշկական օգնություն մատուցողներին և այլն, որոնք կարող են բերել ֆինանսական աղետի և որպես հետևանք, շղթայական երևույթների առաջացմանը:

Այսպես, ստացված տվյալների ամփոփման արդյունքներից պարզվել է, որ մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումներ կատարած (1119) ՏՏ-ների շրջանում 86,60% դեպքերում (969) ՏՏ-ների կողմից տրամադրվել են տեղեկություններ վճարած գումարների չափերի մասին, որոնցից 78,12% դեպքերում (757) նշվել են նաև տեղեկություններ ՏՏ-ների եկամուտների վերաբերյալ:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ մասնակից ՏՏ-ների կողմից առողջության պահպանման ուղղությամբ կատարված վճարումների միջին տարեկան չափի տեսակարար կշիռը կազմել է այդ ՏՏ-ների միջին տարեկան եկամուտների չափի

4,49%-ը: Ի դեպ, նվազագույն չափով ($\leq 100,000$ ՀՀ դրամ) ամսական եկամուտներ ունեցող SS-ների ենթախմբում, համարժեք ցուցանիշը՝ կազմելով այդ SS-ների միջին տարեկան եկամուտների չափի 14,38%, եղել է սպասելի բարձր, մինչդեռ միջին չափով (100,001-200,000 ՀՀ դրամ) ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբում՝ կազմել է 2,63%, իսկ առավելագույն չափով ($\geq 200,001$ ՀՀ դրամ) ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբում՝ 3,60%:

Հարկ է նշել, որ միջին չափի եկամուտներ ունեցող SS-ների ենթախմբի համեմատությամբ առավելագույն չափի եկամուտներով SS-ների շրջանում տարվա կտրվածքով կատարված վճարումների միջին չափը հարաբերորեն ավելի բարձր տոկոսային արժեքը, թվում է, պայմանավորված է նրանով, որ վերջիններս առանց SS-ների կենսամակարդակի վրա որևիցե բացասական ազդեցության կարող են ավելի շատ միջոցներ տրամադրել իրենց տնտեսությունների անդամների առողջության պահպանման ուղղությամբ:

Վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ մեր կողմից հետազոտված (2392) SS-ներից մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում առողջության պահպանման հետ կապված աղետալի ծախսերի երևույթին բախվել են 1,92% SS-ներ (46):

Հետազոտության տվյալների արտարկման արդյունքները վկայում են ($p < 0.01$), որ Երևան քաղաքում SS-ների 1,20-2,60%-ը մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում բախվում են առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերին, արդյունքում վտանգելով իրենց SS-ների բարեկեցությունը և բնականոն զարգացումը: Ստացված ցուցանիշները բացառձակ թվերի վերածելու արդյունքները վկայում են, որ ֆինանսական աղետի ենթարկված տնտեսությունների թիվը մայրաքաղաքում կազմում է տարեկան շուրջ 3317-7186:

Պետք է նշել, որ ստացված արդյունքները համադրելի են օրինակ՝ Բուլղարիայի (ազգաբնակչության 2,00%), Հունաստանի (ազգաբնակչության 2,17%), Լատվիայի (ազգաբնակչության 2,75%) և մի շարք այլ պետությունների ցուցանիշներին (Xu K., Evans D., Kawabata K., etc., 2003):

Չնայած, որ ստացված տվյալներով աղետալի ծախսերի երևույթին բախված ազգաբնակչության ընդհանուր թվաքանակի տեսակարար կշիռը համեմատաբար ցածր է, այնուհանդերձ ուսումնասիրվող ցուցանիշի նշված մակարդակը, ցավոք, մեր դեպքում չի կարելի համարել բարենպաստ, քանզի հետազոտության արդյունքներով

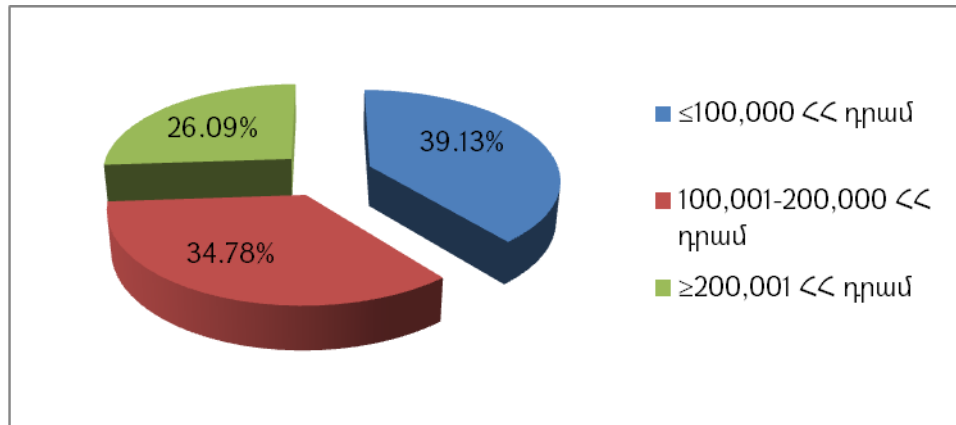
ապացուցվել է, որ նշանակալի տարածվածություն ունի մեր կողմից այսպես կոչված «ընդհատակյա ֆինանսական աղետի» երևույթը՝ երբ ազգաբնակչության շրջանում մեծ չափաբաժին կազմող զանգվածը ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով կամ չի դիմում բուժօգնության, կամ էլ դիմելիս նույն պատճառով դադարեցնում է բուժումը, չհասցնելով այն ավարտին (երևույթը մանրամասն վերլուծվել է 4-րդ գլխում): Ուստի, բացառված չէ այն հանգամանքը, որ եթե առողջության պահպանման համար վերոնշյալ SS-ներն էլ կարողանային դիմել և լիարժեքորեն օգտվել բժշկական ծառայություններից, ապա ֆինանսական աղետին բախված SS-ների տեսակարար կշիռն իրականում կլիներ այլ: Հետևաբար, բնակչության շրջանում առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերի հիմնախնդիրն անհրաժեշտ է դիտարկել հենց «ընդհատակյա ֆինանսական աղետի» համատեքստում, քանզի միայն այդ դեպքում է հնարավոր մշակել և ներդնել թիրախային ծրագրեր, որոնք պետք է նպատակադրված լինեն բուժօգնության մատչելիության բարձրացմանն ու SS-ների պատշաճ կերպով պաշտպանությանը բժշկական ծառայությունների և ապրանքների դիմաց կատարվող վճարումների հետևանքով ի հայտ եկող խիստ անբարենպաստ երևույթներից:

Մեր համոզմունքով առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած ֆինանսական աղետի հիմնախնդիրն ուսումնասիրելիս անպայման պետք է հաշվի առնել վերոնշյալ երևույթի առկայությունը, քանզի ըստ մասնագիտական գրականության (Գլուխ 1) ուսումնասիրության արդյունքների հետազոտությունները հիմնականում հիմնվում են միայն քանակական տվյալների վրա, անտեսելով SS-ների սուբյեկտիվ կարծիքը բժշկական ծառայությունների, ապրանքների և պարագաների գնային արժեքների բարձր կամ ցածր լինելու վերաբերյալ, SS-ների կենսամակարդակի վրա առողջության պահպանման նպատակով կատարած վճարումների ազդեցությունը և ընդհանրապես չդիտարկելով թաքնված աղետի երևույթի առկայությունն ու նրա տարածվածությունն այս կամ այն տարածաշրջանում:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբի միջին տարեկան եկամուտի չափը կազմել է $2031130,43 \pm 270639,16$ ՀՀ դրամ, որը հետազոտված ընտրանքի համարժեք ցուցանիշի ($1885431,37 \pm 33352,75$ ՀՀ դրամ) համեմատությամբ, չնայած և եղել է որոշ չափով

բարձր, այնուհանդերձ չի պաշտպանել այդ տնտեսություններն իրենց համար աղետալի համարվող ծախսերից:

Ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբի ամսական եկամուտների բաշխվածության տվյալների վերլուծության արդյունքները՝ ընտրանքի համարժեք ցուցանիշների համեմատությամբ, թույլ են տվել բացահայտել որոշ առանձնահատկություններ (նկ. 21):



Նկար 21: Ֆինանսական աղետի բախված SS-ների կառուցվածքն ըստ ամսական եկամուտների վերլուծության արդյունքների

Այսպես, ֆինանսական աղետին բախված SS-ների շրջանում նվազագույն չափերի միջին ամսական ($\leq 100,000$ ՀՀ դրամ) եկամուտներով տնտեսությունների չափաբաժինը, կազմել է 39,13% (18), միջին չափերի միջին ամսական ($100,001-200,000$ ՀՀ դրամ) եկամուտներով SS-ներինը՝ 34,78% (16) և առավելագույն չափերի միջին ամսական ($\geq 200,001$ ՀՀ դրամ) եկամուտներով SS-ներինը՝ 26,09% (12), տարբերվել է առանց հավաստի տարբերությունների՝ հետազոտված ընտրանքի համարժեք ցուցանիշների համեմատությամբ, որոնք համապատասխանաբար կազմել են՝ 33,79% (573), 46,88% (795) և 19,34% (328): Այսինքն, վերոնշյալից ակներև է, որ աղետալի ծախսերը բնորոշ են ինչպես ցածր, այնպես էլ հարաբերորեն բարձր չափերի եկամուտներով SS-ներին:

Միևնույն ժամանակ, համեմատվող խմբերում միմյանցից էապես տարբերվել են բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների չափերը:

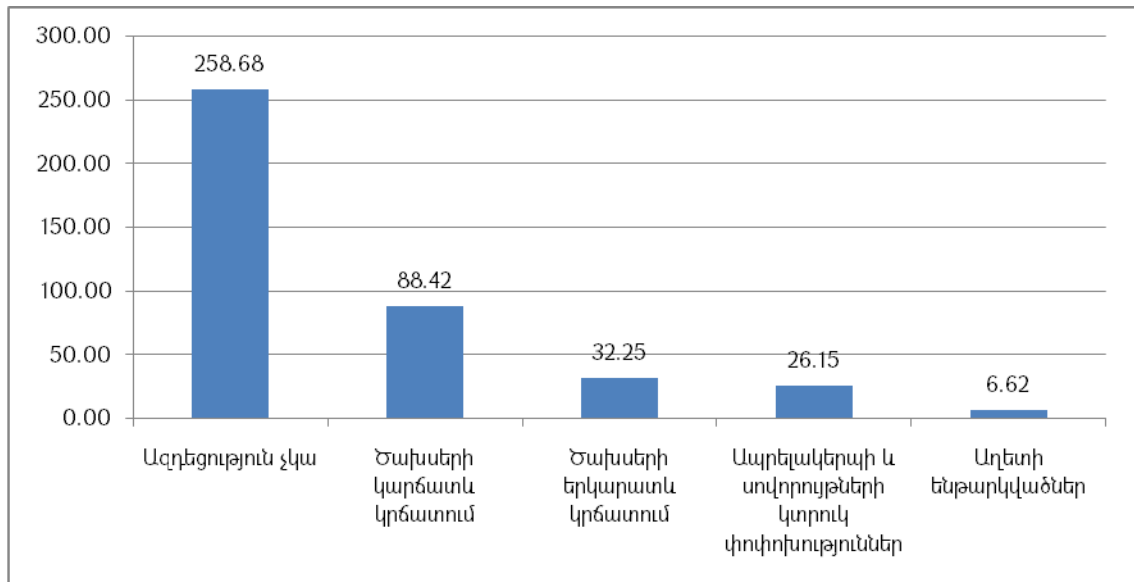
Այսպես, ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում բոլոր տեսակի բժշկական ծառայություններ ստանալու դիմաց վճարված գումարների չափի միջին տարեկան ցուցանիշի արժեքը՝ կազմելով $418760,87 \pm 82925,26$ ՀՀ դրամ, բազմապատիկ գերազանցել է (4,88 անգամ) ընտրանքի համարժեք ցուցանիշը

($p < 0,01, t = 4$), որն արձանագրվել է $85798,53 \pm 7689,53 \ll$ դրամ մակարդակում (տես՝ Գլուխ 4, աղ. 15): Այն տեսանելի բարձր է եղել նաև ըստ նպատակի կատարված վճարումների, այսինքն, եթե ընտրանքում միայն հիվանդանոցային ծառայություններ ստանալու դիմաց վճարված գումարների չափի միջին տարեկան ցուցանիշը կազմել է $155467,01 \pm 18185,78 \ll$ դրամ, իսկ ԱԱՊ օղակի բուժօժանություններ ստանալու դիմաց՝ $36374,05 \pm 11529,11 \ll$ դրամ, ապա ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների ենթախմբում վերոնշյալ ցուցանիշները՝ համապատասխանաբար կազմելով $378000,00 \pm 56512,54$ և $93250,00 \pm 22484,72 \ll$ դրամ, եղել են 2,43 և 2,56 անգամ ավելի բարձր մակարդակներում:

Այսպիսով, ստացված տվյալների ընդհանրական վերլուծությունը վկայում է, որ SS-ների եկամուտների չափն առաջ քաշված հիմնախնդրի ուսումնասիրության խիստ կարևոր գործոն լինելով հանդերձ, ինքնին զորեղ չէ աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատման տեսակետից:

Մեր կարծիքով, աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատումը պետք է բխի SS-ների միջին տարեկան եկամուտների և առողջության պահպանման դիմաց վճարած գումարների միասնական դիտարկման արդյունքներից, որոնք ինքնին որպես գնահատման գործակիցներ, մասնավորապես, կարող են արտահայտվել SS-ների միջին տարեկան եկամուտների չափերի և նույն տարվա ընթացքում նրանց կողմից առողջության պահպանման համար կատարված միջին տարեկան վճարների չափերի հարաբերության քանորոշների արժեքներով:

Այսպես, վերլուծության արդյունքներից պարզվել է (նկ. 22), որ աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատման գործակիցը հակադարձ համեմատական է բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարների թողած բացասական ազդեցությանը: Այսինքն, եթե բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների արդյունքում որևիցե բացասական ազդեցություն չնշած SS-ների միջին տարեկան եկամուտը գերազանցել է նույն տարվա մեջ առողջության պահպանման նպատակով ծախսված միջին տարեկան գումարն ավելի քան 258,68 անգամ, ապա ծախսերը կարճատև կրճատած SS-ների ենթախմբում այն գերազանցել է 88,42 անգամ, երկարատև կրճատած SS-ների ենթախմբում՝ 32,25 անգամ, իսկ աղետին բախված տնտեսությունների ենթախմբում՝ ընդամենը 6,62 անգամ:



Նկար 22: Հետազոտված SS-ների շրջանում աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատման գործակիցներն ըստ ենթախմբերի

Վերոնշյալից ակներև է աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատման գործակցի կարևորությունն ու գործնական նշանակությունը հանրային առողջության ծրագրերի և, հատկապես, բժշկական ծառայությունների գների պլանավորման գործընթացում: Մեր կողմից մշակվել և առաջարկվում է հատուկ կողմնորոշիչ սանդղակ, որի կիրառումը գործնականում հնարավորություն կընձեռի մոտավոր պատկերացում ստանալ ինչպես Երևան քաղաքի ընդհանուր առմամբ միասին վերցված բոլոր SS-ների, այնպես էլ SS-ների առանձին ենթախմբերի, կամ ցանկացած SS-թյան կենսամակարդակի վրա բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների արդյունքում առաջացած ազդեցության մասին:

- ազդեցություն չկա՝ ≥ 150 ,
- ընդունելի ազդեցություն՝ 149-70,
- էական ազդեցություն՝ 69-25,
- խորը բացասական ազդեցություն՝ 24-20,
- ֆինանսական աղետ՝ ≤ 19 :

Այսպիսով, ևս մեկ անգամ ապացուցվում է դիտարկված SS-ների եկամուտների և բժշկական ծառայությունների ու ապրանքների դիմաց նրանց կողմից կատարված վճարումների չափերի միջև առկա անհամապատասխանությունը:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ առողջության պահպանման հետևանքով ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում տնտեսության

անդամների թիվը՝ միջինում կազմելով $4,17 \pm 0,25$ անդամ, նշանակալի չի տարբերվել հետազոտված ընտրանքի համարժեք ցուցանիշից՝ $3,89 \pm 0,03$ անդամ:

Չի տարբերվել նաև համեմատվող SS-ների բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվային կազմը, որն ինչպես ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների ենթախմբում, այնպես էլ ընդհանուր խմբում ըստ ցուցանիշի միջինացված արժեքի կազմել է 2,07 մասնակից (տես՝ Գլուխ 3, էջ 51): Ընդհանուր առմամբ նկատելի տարբերություններ չեն բացահայտվել նաև համեմատվող SS-ների կառուցվածքային ցուցանիշների մակարդակներում՝ որոնք մեր կողմից վերլուծության են ենթարկվել ըստ կենսամակարդակի, կացարանային պայմանների, անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության վերաբերյալ տրված սուբյեկտիվ գնահատման տվյալների: Դա նշանակում է, որ աղետալի ծախսերի երևույթը կարող է հանդիպել ցանկացած կենսամակարդակ ունեցող SS-ների, այլ ո՛չ միայն աղքատների շրջանում:

Ներկայացված տվյալներից (աղ. 18) երևում է, որ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում ինչպես թոշակառու տարիքի անդամներ, այնպես էլ քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անդամներ ունեցող SS-ների տեսակարար կշռի արժեքները՝ համապատասխանաբար կազմել են 38,46% (26) և 43,48% (20), որոնք ընտրանքի համարժեք ցուցանիշների (տես՝ Գլուխ 3, աղ. 1) համեմատությամբ՝ 48,66% (744) և 22,83% (546), եղել են ակնհայտորեն ավելի բարձր մակարդակներում:

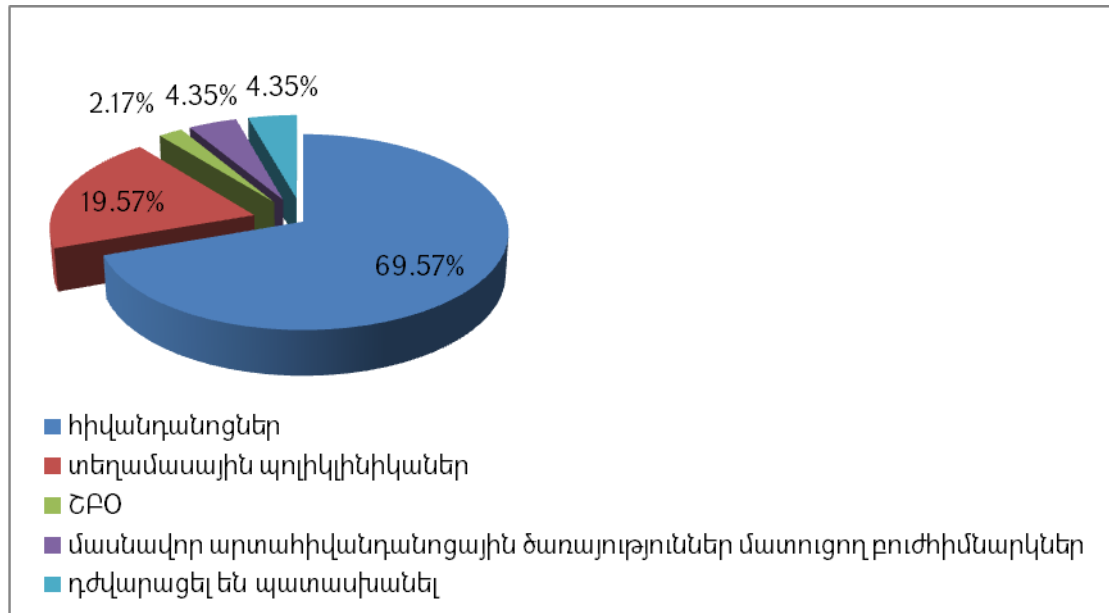
Վերոնշյալից ակներև է, որ նման SS-ները, հարկադրաբարորեն կրելով իրենց տնտեսության խոցելի անդամների առողջության պահպանման բեռը, վտանգված են ֆինանսական աղետի ենթարկման:

Աղյուսակ 18

Ֆինանսական աղետին բախված SS-ների կառուցվածքն ըստ տնտեսության անդամակազմի վերլուծության արդյունքների

SS-ների անդամների կազմը	քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անդամների				Ընդամենը	
	առկայությամբ		բացակայությամբ			
	n	%	n	%	n	%
թոշակառուներ ունեցող	16	61,54	10	38,46	26	56,52
թոշակառուներ չունեցող	4	20,00	16	80,00	20	43,48
Ընդամենը	20	43,48	26	56,52	46	100.00

Առողջության պահպանման հետևանքով ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում մշտական աշխատանքով չապահովված SS-ների գլխավորների տեսակարար կշռի արժեքը, կազմելով 50,00% (23), հավաստիորեն ($t=3,00$, $p<0,01$) ավելի բարձր է եղել ընտրանքի համարժեք ցուցանիշի (տես՝ Գլուխ 3, աղ. 2) մակարդակի (28,76% (688)) համեմատությամբ: Պարզ է, որ SS-ների գլխավորների մշտական աշխատանքով ապահովված չլինելը (կամ գործազրկությունը)՝ որպես խիստ անբարենպաստ գործոն, ևս կարող է նպաստել աղետալի ծախսերի առաջացմանը:



Նկար 23: Ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների բաշխումն ըստ առանձին բուժհաստատություններ դիմելու նախընտրության

Հատկանշական է, որ եթե ընտրանքում որպես նախընտրելի բժշկական հաստատություն (տես՝ Գլուխ 3, նկ. 6) հիվանդանոցը նշած SS-ների տեսակարար կշիռը կազմել է ընդամենը 35,20%-ը (842), ապա աղետալի ծախսերին բախված SS-ների ենթախմբում (նկ. 23) համեմատվող ցուցանիշն արձանագրվել է ավելի բարձր մակարդակում՝ 69,57% (32), ի հակառակ որի վերջիններիս շրջանում որպես նախընտրելի բժշկական հաստատություն տեղամասային պոլիկլինիկան նշած SS-ների տեսակարար կշիռը՝ կազմելով 19,57% (9), եղել է նկատելի ավելի ցածր մակարդակում՝ ընտրանքի համարժեք ցուցանիշի (30,77% (736)) համեմատությամբ:

Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է նաև (աղ. 19), որ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբից (46) վերջին մեկ տարվա ընթացքում մեկ տեսակի բժշկական ծառայություններ ստանալու համար բուժհաստատություններ դիմած (31) SS-ների գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է 67,39%, որից միայն

հիվանդանոցային բուժօգնության դիմած (25) SS-ների տեսակարար կշիռը՝ կազմելով 54,35%, էապես գերազանցել է ընտրանքի (տես՝ Գլուխ 3, աղ. 10) համարժեք ցուցանիշի (19,84% (227)) մակարդակը, մինչդեռ միայն ԱԱՊ օղակի բուժհիմնարկներ դիմած SS-ների, ինչպես նաև միայն ստոմատոլոգիական հաստատություններ դիմած SS-ների տեսակարար կշռի արժեքները՝ համապատասխանաբար կազմելով 8,70% (4) և 4,35% (2), ընտրանքի համարժեք ցուցանիշների (30,24% (346) և 13,02% (149)) համեմատությամբ դրսևորվել են զգալիորեն ավելի ցածր մակարդակներում: Բերված տվյալներից երևում է նաև, որ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում 2 և ≥3 տեսակների բժշկական օգնության դիմած SS-ների (համապատասխանաբար 9 և 6) գումարային տեսակարար կշիռը՝ կազմելով 31,61%, էապես գերազանցել է ընդհանուր խմբի համարժեք ցուցանիշի (19,23% (169 և 51)) մակարդակը:

Աղյուսակ 19

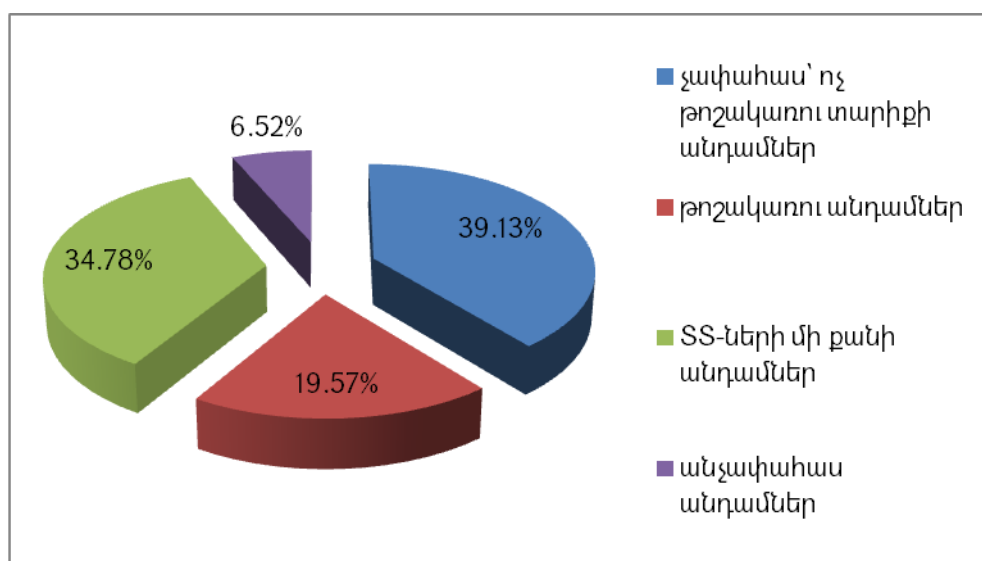
Ֆինանսական աղետին բախված SS-ների կողմից ստացած բժշկական ծառայությունների տեսակներն ըստ համապատասխան բուժհիմնարկների

Վերջին մեկ տարվա ընթացքում SS-թյան անդամների կողմից ստացած բժշկական ծառայություններն՝ ըստ բուժհիմնարկների	SS-ները	
	n	%
1 տեսակի բժշկական ծառայություններ		
առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ)	4	8,70
հիվանդանոցային	25	54,35
ստոմատոլոգիական	2	4,35
ընդամենը	31	67,39
2 տեսակի բժշկական ծառայություններ		
ԱԱՊ և ստոմատոլոգիական	3	6,52
հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	3	6,52
ԱԱՊ և հիվանդանոցային	2	4,35
հիվանդանոցային և ՇԲՕ	1	2,17
ընդամենը	9	19,57
≥3 տեսակի բժշկական ծառայություններ		
ԱԱՊ, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	2	4,35
հիվանդանոցային, ՇԲՕ և ստոմատոլոգիական	1	2,17
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ստոմատոլոգիական	1	2,17
ԱԱՊ, հիվանդանոցային և ՇԲՕ	1	2,17
բոլոր տեսակի բժշկական օգնության	1	2,17
ընդամենը	6	13,04
Ընդամենը	46	100,00

Վերոնշյալ տվյալների ամփոփման արդյունքներն ինքնին փաստարկ են, որ աղետալի ծախսերի առաջացմանը հիմնականում, նպաստել է հիվանդանոցային բուժօգնությունը, սակայն պարզվել է նաև, որ անգամ ԱԱՊ օղակի, ինչպես նաև

ստոմատոլոգիական օգնությունը ևս կարող են վտանգել SS-ների բարեկեցությունը: Հատկանշական է, որ Երևան քաղաքում ՇԲՕ ծառայությունը հանդես է եկել որպես առավել մատչելի բժշկական ծառայություն, որն որևիցե կերպով չի առնչվել աղետալի ծախսերի երևույթին:

Նշանակալի տարբեր է եղել ընտրանքում և համեմատվող ենթախմբում SS-ների կառուցվածքն ըստ հիվանդացած անդամների թվային կազմի (նկ. 24): Այսպես, եթե ընտրանքում (տես՝ Գլուխ 3, նկ.8.) չափահաս՝ ոչ թոշակառու տարիքի հիվանդացած անդամներ ունեցող SS-ները հանդիպել են 47,55% դեպքերում (544), ապա ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում՝ 39,13% (18): Մի քանի հիվանդացած անդամներ ունեցող SS-ներն ընտրանքում հանդիպել են 16,96% (194) դեպքերում, մինչդեռ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում՝ 34,78% (16): Ընտրանքում և համեմատվող ենթախմբում հիվանդացած թոշակառու տարիքի անդամներ ունեցող SS-ների տեսակարար կշռի արժեքները՝ համապատասխանաբար կազմելով 19,84% (227) և 19,57% (9), նշվել են գրեթե նույն մակարդակում:

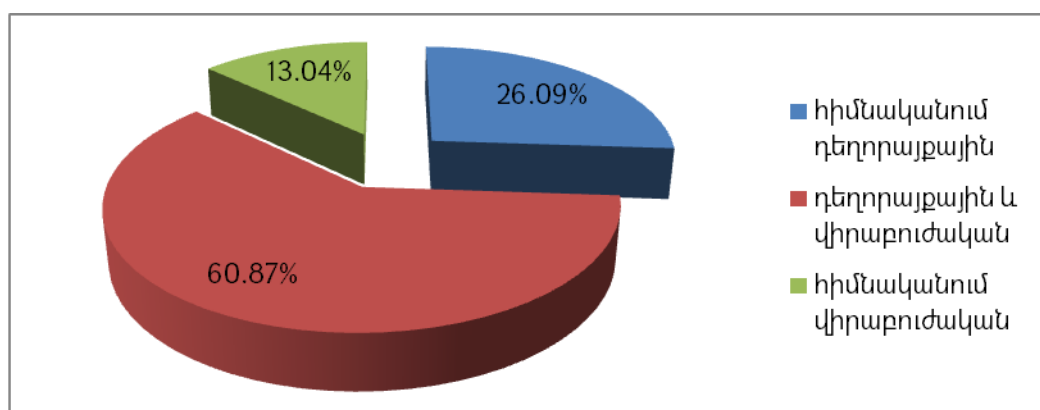


Նկար 24: SS-ների բաշխումն ըստ հիվանդացած անդամների թվակազմի ֆինանսական աղետի բախվածների ենթախմբում

Հատկապես ուշագրավ են անչափահաս տարիքի հիվանդացած անդամներ ունեցող SS-ների հանդիպման հաճախականության ցուցանիշների համեմատական վերլուծության արդյունքները: Համեմատվող ցուցանիշներն, ընդհանուր առմամբ դրսևորվելով հարաբերորեն ցածր մակարդակներում՝ ընտրանքում 13,99% (160) արժեքով, իսկ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում՝ 6,52% (3), էլ ավելի նվազ արժեքով, փաստացիորեն վկայում են վերջին տարիներին երեխաների

առողջության պահպանման ուղղությամբ իրականացված բարեփոխումների դրական արդյունքների մասին:

Հետաքրքրաշարժ տվյալներ են արձանագրվել ֆինանսական աղետին բախված (46) SS-ների անդամների կողմից ստացած բժշկական ծառայությունների տեսակների ուսումնասիրության արդյունքում: Այսպես, պարզվել է (նկ. 25), որ 60,87% դեպքերում (28) SS-ների անդամները ստացել են դեղորայքային բուժում և վիրաբուժական օգնություն, 26,09% դեպքերում (12)՝ հիմնականում դեղորայքային բուժում, իսկ 13,04% դեպքերում (6)՝ հիմնականում վիրաբուժական օգնություն: Ինչպես երևում է՝ առավել հաճախ ֆինանսական աղետի է հանգեցրել դեղորայքային բուժման և վիրաբուժական օգնության զուգորդումը: Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ հիմնականում դեղորայքային բուժումը, որը կարող է նշանակվել ինչպես ԱԱՊ, այնպես էլ հիվանդանոցային բուժհաստատություններում, ինքնին ևս լիովին ունակ է հանգեցնել աղետալի ծախսերի առաջացմանը, ինչը նշանակում է, որ ֆինանսական աղետի կարող են հանգեցնել ոչ միայն թանկարժեք վիրաբուժական միջամտությունները:



Նկար 25: SS-ների բաշխումն ըստ ստացած բժշկական օգնության ձևի

Մեր կարծիքով, աղետալի ծախսերի ուսումնասիրությունն ամբողջական չէր լինի առանց ֆինանսական աղետին բախված SS-ների կենսամակարդակի վրա նրանց անդամների առողջության պահպանման նպատակով իրականացված վճարումների աղդեցության և վճարման աղբյուրների վերլուծության արդյունքների (աղ. 20):

Այսպես, ներկայացված տվյալներից երևում է, որ Ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների ենթախմբում առողջության պահպանման համար կատարված վճարումների արդյունքում ծախսերն երկարատև կրճատած SS-ների տեսակարար կշիռը՝ կազմելով 43,48% (20), եղել է էապես ավելի բարձր մակարդակում՝ ընտրանքի համարժեք ցուցանիշի (13,58% (152)) համեմատությամբ (տես՝ Գլուխ 4, աղ. 17):

Ապրելակերպը և սովորույթները կտրուկ փոփոխությունների ենթարկած SS-ների տեսակարար կշիռը աղետալի ծախսերի երևույթին բախված SS-ների շրջանում եղել է 4,35% (20), իսկ ընտրանքում՝ ընդամենը 1,34% (15): Ընդ որում, եթե անհրաժեշտ վճարումների կատարման նպատակով պարտքով գումար վերցրած SS-ների տեսակարար կշիռն ընտրանքում կազմել է 19,12% (214), ապա ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում համեմատվող ցուցանիշը եղել է (54,35% (25)) էապես ավելի բարձր մակարդակում: Հարկ է նշել, որ ընտրանքում սեփական միջոցներից են իրականացրել անհրաժեշտ վճարումները SS-ների 75,51% (845), իսկ ֆինանսական աղետի բախվածների շրջանում ընդամենը 23,91% (11):

Աղյուսակ 20

Ֆինանսական աղետին բախված SS-ների կենսամակարդակի վրա բուժօգնության դիմաց վճարումների ազդեցության և վճարման աղբյուրների ամփոփման տվյալները

Վճարումների ազդեցությունը/վճարման աղբյուրները								Ընդամենը	
Ազդեցություն չկա		Ծախսերի կրճատում				Ապրելակերպի և սովորույթ- ների կտրուկ փոփոխու- թյուններ			
		կարճատև		երկարատև					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Սեփական միջոցներ									
1	9,09	7	63,64	3	27,27	-	-	11	23,91
Պարտքով վերցված գումարներ									
-	0	14	56,00	9	36,00	2	8,00	25	54,35
Բանկային վարկեր									
-	-	-	-	5	100,00	-	-	5	10,87
SS-թյան սեփական գույքի վաճառք									
1	20,00	1	20,00	3	60,00	-	-	5	10,87
Ընդամենը									
2	4,35	22	47,83	20	43,48	2	4,35	46	100,00

Ընդ որում, եթե անհրաժեշտ վճարումների կատարման նպատակով պարտքով գումար վերցրած SS-ների տեսակարար կշիռն ընտրանքում կազմել է 19,12% (214), ապա ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում համեմատվող ցուցանիշը եղել է (54,35% (25)) էապես ավելի բարձր մակարդակում: Պետք է ընդգծել, որ ընտրանքում սեփական միջոցներից են իրականացրել անհրաժեշտ վճարումները SS-ների 75,51% (845), իսկ ֆինանսական աղետի բախվածների շրջանում ընդամենը 23,91% (11):

Այսպիսով, վերոնշյալ տվյալների ամփոփումն ակնհայտորեն վկայում է, որ առողջության պահպանման նպատակով սեփական գրպանից կատարված և չփոխհատուցված վճարումները հանգեցնում են SS-ների բարեկեցության մակարդակի

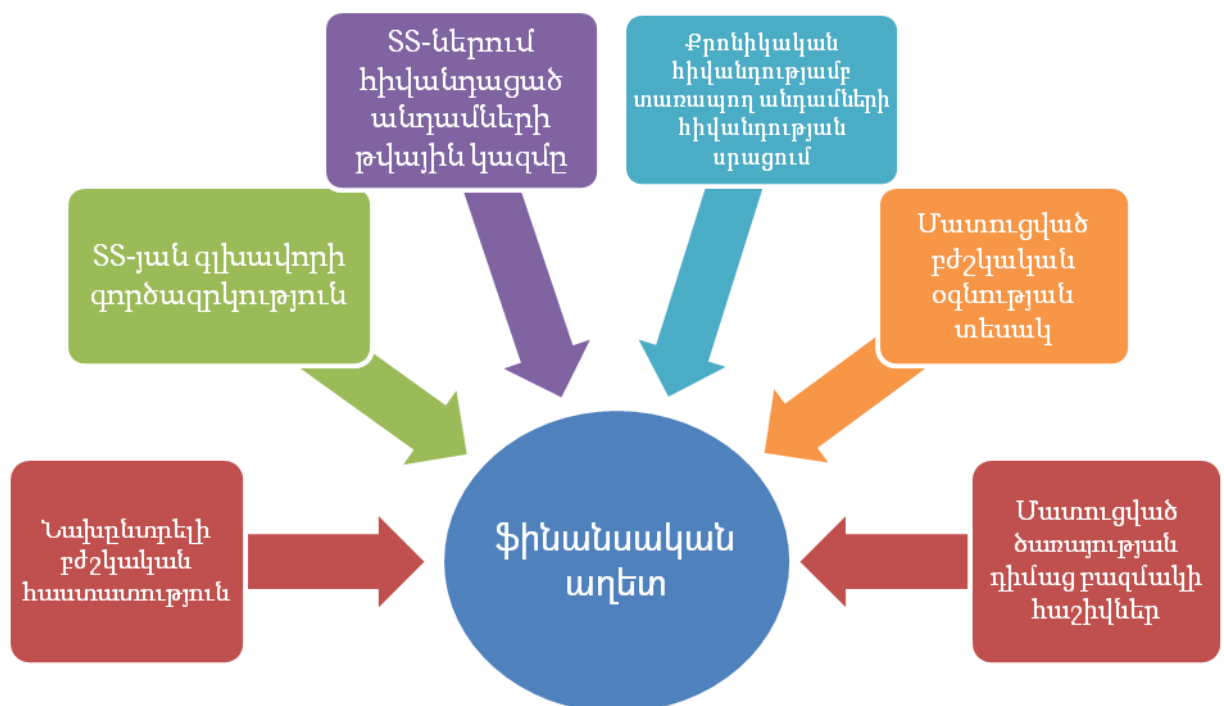
իջեցմանը, իսկ այդ վճարումների հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերը հանդիսանում են առողջապահական համակարգի հրատապ լուծում պահանջող հիմնախնդիրներից մեկը:

5.2. Երևան քաղաքում հետազոտված SS-ների շրջանում աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գործոնների վերլուծություն

Մեր կողմից վիճակագրական վերլուծություն է իրականացվել նաև Երևան քաղաքի հետազոտված SS-ների շրջանում, առողջության պահպանման նպատակով կատարված վճարումների արդյունքում ֆինանսական աղետի ենթարկման ռիսկերի բացահայտման ուղղությամբ:

Ի հիշեցում, հարկ ենք համարում նշել, որ ռիսկի գործոնների կանխատեսական մոդելի կառուցման նպատակով կիրառվել է լոգիստիկ ռեգրեսիոն վերլուծության մեթոդը, և մեր կողմից հատուկ մշակված աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության հարցաթերթիկի գրեթե բոլոր հարցադրումները պայմանականորեն դիտվել են որպես աղետալի ծախսերի առաջացման պոտենցիալ ռիսկի գործոններ:

Վիճակագրական վերլուծության արդյունքներով հավաստիորեն հաստատված ռիսկի գործոնները պատկերված են ստորև ներկայացված սխեմայում (սխեմա 2):



Սխեմա 2: Հետազոտված SS-ներում ֆինանսական աղետի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնները

Այսպես, մեր կողմից բացահայտվել է, որ SS-ների գլխավորների մշտական աշխատանքով ապահովված չլինելը, այսինքն (գործազրկությունը) հանդիսանում է ֆինանսական աղետի ենթարկման հավաստի ռիսկի գործոն ($t_{\text{Ուայլդ}}=8,273$, $p<0,05$): Մասնավորապես, ըստ կանխատեսական մոդելի գործազուրկ գլխավորներ ունեցող SS-ներում աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը բազմապատիկ (2,34 անգամ) բարձր է՝ մշտական աշխատանքով ապահովված գլխավորներ ունեցող SS-ների համեմատությամբ: Ըստ մեզ, վերոնշյալ երևույթը բացատրվում է նրանով, որ մշտական աշխատանքով չապահովված գլխավորներով SS-ների միջին ամսական եկամուտը ($118467,65 \pm 4485,95$ ՀՀ դրամ) եղել է հավաստիորեն ($t=8,80$, $p<0,01$) ավելի նվազ մակարդակում՝ մշտական աշխատանքով ապահովված գլխավորներով SS-ների համարժեք ցուցանիշի ($167093,30 \pm 3222,32$ ՀՀ դրամ) համեմատությամբ, արդյունքում այդ SS-ները կրել են առողջության պահպանման համար իրականացված ծախսերի ազդեցությանը դիմակայելու դժվարարություններ:

Հատկանշական է, որ հիվանդանոցը նախընտրած SS-ները նույնպես ներառվել են ֆինանսական աղետի ենթարկման ռիսկի խմբում ($t_{\text{Ուայլդ}}=8,29$, $p<0,05$): Այսպես, տվյալների վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ հիվանդանոցը նախընտրող SS-ներում աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը 2,87 անգամ ավելի բարձր է՝ քան պոլիկլինիկան նախընտրող SS-ներում: Սա ևս լուրջ մտահոգության տեղիք է տալիս, քանզի հայտնի է, որ առավել մատչելի և հանրային առողջության պահպանման տեսանկյունից առավել արդյունավետ օղակն է համարվում ԱԱՊ-ն, որի հանդեպ համեմատաբար ցածր վստահության արդյունքում SS-ների անդամները նախընտրում են օգտվել հիվանդանոցներից, ամենևին չգիտակցելով, որ վտանգում են իրենց սեփական SS-ների ֆինանսական կայունությունն ու բարեկեցությունը: Նման իրավիճակի շտկման նպատակահարմարությունից ելնելով անհրաժեշտ է անհապաղորեն ձեռնարկել համապատասխան միջոցներ՝ ԱԱՊ օղակի հանդեպ բնակչության վստահության վերականգնման և պահպանման ուղղությամբ:

Ստացված արդյունքներով ապացուցվել է նաև, որ գրականության տվյալներից (Merils M., 2002; Merlis M., Gould D., Mahato B., 2006) հայտնի պնդումները, որ աղետալի ծախսերի առաջացման համար բժշկի դիմելը պարտադիր չէ և անգամ դեղորայքի ձեռքբերման համար ծախսվող համեմատաբար փոքր, բայց մշտական ծախսերը ևս կարող են հանգեցնել SS-ների բարեկեցության վատթարացմանը, մեր

ուսումնասիրության դեպքում արդարացված չեն: Այսինքն, մեր կողմից իրականացված հետազոտության տվյալներով Երևան քաղաքի SS-ներում իրենց անդամների առողջության պահպանման հետ կապված ֆինանսական աղետի ենթարկման պայման է հանդիսացել բժշկական օգնության դիմելը ($t_{\text{Ուայլդ}}=14,775$, $p<0,05$): Այն SS-ներում, որոնց անդամները դիմել են բժշկական օգնության, աղետալի ծախսերի հանդիպման հավանականությունը բազմապատիկ (5,00 անգամ) բարձր է՝ չդիմաձենքի նկատմամբ: Վերոնշյալի հետ հանդերձ չպետք է մոռանալ նաև մեր կողմից «ընդհատակյա ֆինանսական աղետ» կոչված երևույթի առկայության և տարածվածության մասին, երբ բնակչության զգալի մասն ընդհանրապես չի դիմում բժշկական օգնության՝ ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով:

Այնուհետև, տվյալների վերլուծությամբ բացահայտվել է, որ SS-ներում հիվանդացած անդամների թվային կազմը նույն պես անդրադառնում է աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի վրա: Պարզվել է, որ մի քանի հիվանդ անդամներ ունեցող SS-ներում ֆինանսական աղետի ենթարկման հավանականությունը 2,54 անգամ ($t_{\text{Ուայլդ}}=6,94$, $p<0,05$) ավելի բարձր է՝ մեկ հիվանդացած չափահաս կամ մեկ հիվանդացած անչափահաս տարիքի անդամ ունեցող SS-ներում: Վերոնշյալ երևույթը լիովին տրամաբանական է, քանզի մի քանի հիվանդ անդամների բուժման համար տնտեսությունը պետք է ծախսի ավելի շատ միջոցներ, արդյունքում բնականաբար ավելացնելով անբարենպաստ զարգացումներին բախվելու հավանականությունը: Վերոնշյալ պնդումը վիճակագրորեն հաստատվել է մեր կողմից կիրառված մեկ գործոնանի ԱՆՈՎԱ թեստի արդյունքներով: Մասնավորապես, ապացուցվել է, որ միմյանցից էապես տարբերվել են ($F=6,97$, $p<0,01$) SS-ների կողմից մի քանի հիվանդ անդամների ($182625,00 \pm 29340,13$ ՀՀ դրամ), մեկ չափահաս հիվանդ անդամի ($91299,13 \pm 10781,89$ ՀՀ դրամ) և մեկ անչափահաս հիվանդ անդամի ($23788,29 \pm 3788,87$ ՀՀ դրամ) բուժման նպատակով ծախսված գումարները:

Պարզվել է, նաև որ SS-ների քրոնիկական հիվանդ անդամների հիվանդությունների սրացման դեպքերում աղետալի ծախսերի ենթարկման հավանականությունը կարող է ավելանալ 30,12 անգամ ($t_{\text{Ուայլդ}}=5,64$, $p<0,05$), ինչը ևս ունի իր տրամաբանական բացատրությունը, քանի որ երկարատև քրոնիկական հիվանդությունների սրացումները հաճախ պահանջում են բարդ վիրաբուժական միջամտություններ կամ ավելի թանկարժեք կոնսերվատիվ բուժում:

Հարկ է նշել, որ ֆինանսական աղետի ենթարկման հավանականությունը կախված է նաև SS-ների անդամներին մատուցված բժշկական ծառայությունների տեսակից: Այսպես, վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ վիրաբուժական միջամտության ենթարկված անդամ ունեցող SS-ներում ֆինանսական աղետին բախման հավանականությունը ($t_{\text{Ուայլդ}}=9,80, p<0,05$) 4,97 անգամ ավելի բարձր է, քան միայն դեղորայքային բուժում ստացած անդամ ունեցող SS-ներում, իսկ եթե վիրաբուժական միջամտությունը զուգորդվում է դեղորայքային բուժման հետ, ապա հավանականությունը էլ ավելի է բարձրանում՝ հասնելով 14,55 անգամի ($t_{\text{Ուայլդ}}=57,01, p<0,05$): Կանխատեսական մոդելը վկայում է նաև, որ վիրաբուժական ծառայությունների դիմելու քանակության ավելացումը մեկ միավորով կարող է 1,11 անգամ կամ 11,00%-ով բարձրացնել SS-ների ֆինանսական աղետի ենթարկման հավանականությունը ($t_{\text{Ուայլդ}}=3,96, p<0,05$): Սա նշանակում է, որ SS-ների սոցիալական պաշտպանության բարձրացման նպատակահարմարությունից ելնելով անհրաժեշտ է ռազմավարական ծրագրերի մշակման ժամանակ առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել վիրաբուժական միջամտությունների գնային արժեքների փոխհատուցմանը:

Ուշագրավ տվյալներ են ստացվել SS-ների ներկայացուցիչների կողմից՝ իրենց մատուցված բժշկական ծառայությունների վերաբերյալ տրված սուբյեկտիվ գնահատականների ամփոփման արդյունքում: Մասնավորապես, վերլուծության արդյունքները փաստում են ($t_{\text{Ուայլդ}}=7,64, p<0,05$), որ այն SS-ները, որոնց անդամներին մատուցված բժշկական օգնությունն իրականացվել է հին տեխնոլոգիաների կիրառմամբ, 2,57 անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեն բախվելու ֆինանսական աղետին, քան այն SS-ները, որոնց անդամներին մատուցվել է նոր տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բուժօգնություն: Բացահայտված երևույթի առավել տրամաբանական բացատրությունը կայանում է նրանում, որ նոր տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնությունը՝ չնայած համեմատաբար թանկարժեք լինելուն, այնուհանդերձ էապես կրճատում է ինչպես ախտորոշումը ճշտելու համար պահանջվող հետազոտությունների քանակությունը, այնպես էլ բուժման տևողությունը, իսկ բուժման արդյունքը լինում է ավելի կայուն և տևական, ինչը բերում է երկարատև ժամանակահատվածում SS-ների կողմից իրենց անդամների առողջության պահպանման համար ծախսվող միջոցների կրճատման և արդյունքում՝ աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականության նվազեցման:

Հարկ է նշել, որ իր վիճակագրական հաստատումն է ստացել այն փաստը, որ հիվանդանոցային հաստատություններում մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց SS-ների անդամներին միասնական հաշիվների փոխարեն, ներկայացվում են բազմաքանակ հաշիվներ՝ զանազան բժշկական ծառայություններ ստանալու համար: Որպես հետևանք, բնականաբար է, որ SS-թյան բյուջեն իր վրա կրում է ավելի մեծ ծանրաբեռնվածություն: Այսպես, կանխատեսական մոդելն ապացուցում է, որ այն SS-ները, որոնք վճարել են խորհրդատվական, ախտորոշիչ, հիվանդանոցային ծառայություններ ստանալու, ինչպես նաև դեղորայքի ձեռքբերման դիմաց, ունեն աղետալի ծախսերին բախվելու ($t_{\text{նայլդ}}=13,29$, $p<0,05$) շեշտակի ավելի բարձր (43,86 անգամ) հավանականություն: Նույնանման արդյունքներ են արձանագրվել նաև այն SS-ներում, որոնք վճարել են ախտորոշիչ և հիվանդանոցային ծառայություններ ստանալու դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=10,77$, $p<0,05$)՝ 69,67 անգամ, ախտորոշիչ, հիվանդանոցային ծառայությունների և դեղորայքի դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=13,02$, $p<0,05$)՝ 64,31 անգամ, ինչպես նաև հիվանդանոցային ծառայությունների և դեղորայքի դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=8,94$, $p<0,05$)՝ 29,86 անգամ:

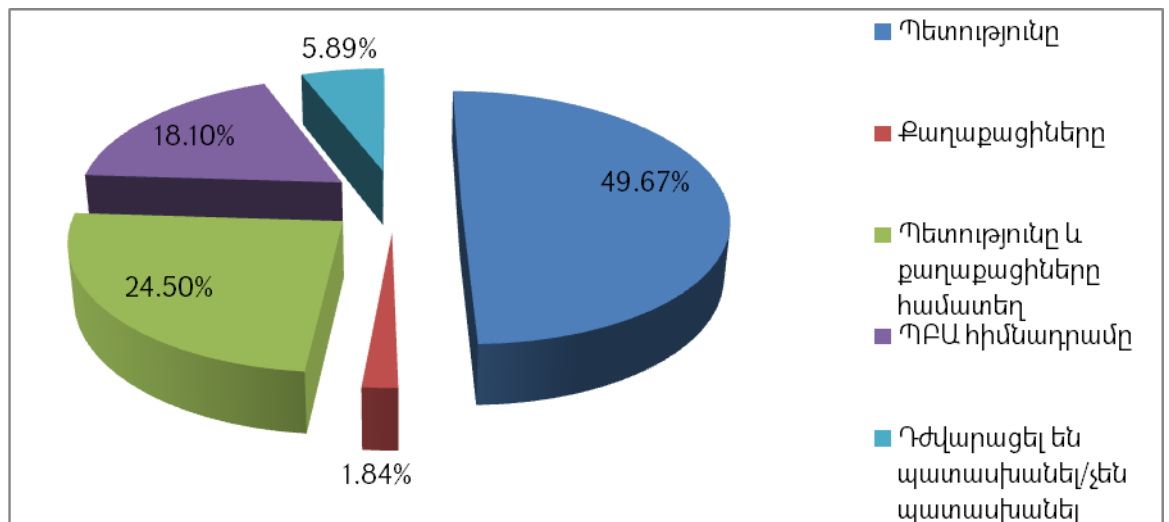
Տվյալների վերլուծության արդյունքներով ապացուցվել է, որ մեր կողմից ուսումնասիրված մի շարք երևույթներ Երևան քաղաքի SS-ների շրջանում աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գործոններ չեն հանդիսանում՝ SS-թյան անդամների թվակազմը, գլխավորի կրթությունը, SS-թյան եկամուտը, SS-թյան բյուջեի ձևավորման մասնակից անդամների թվաքանակը և այլն:

5.3 Առողջության համար ծախսերը հոգալու վերաբերյալ հետազոտության մասնակից SS-ների գնահատականների ամփոփումը:

Ազգաբնակչությանը մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության բարձրացումը, զարգացած երկրներում որպես կանոն կապված է առողջապահության համակարգի արմատական վերակազմակերպման հետ, որն իր հերթին պահանջում է քաղաքական կամքի առկայություն և դրսևորում՝ որոշումներ կայացնողների կողմից: Հարկ է նշել, որ հասարակական կարծիքն այս գործընթացում, հաճախ, ամենա մեծ խոչընդոտներից մեկն է հանդիսանում, ուստի առողջապահության համակարգի բարեփոխումներ իրականացնելիս պետք է հաշվի առնել շահառուների կարծիքն այս կամ այն փոփոխությունների վերաբերյալ:

Վերը նշվածի լույսի ներքո, մենք կարևոր ենք համարել ուսումնասիրել առողջության պահպանման ծախսերը հոգալու վերաբերյալ Երևան քաղաքի ՏՏ-ների կարծիքը, որը կարող է հետագայում հիմք ծառայել բժշկական ծառայությունների մատչելիության բարձրացման նպատակով՝ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմների փոփոխության համար (նկ. 26):

Տվյալների վերլուծության արդյունքները ցույց են տալիս, որ Երևան քաղաքի բնակիչները բավականին մտահոգված են վերոնշյալ հարցով, ինչի մասին են վկայում առողջության պահպանման ծախսերը հոգալու մասին կարծիքները, որոնք տրվել են հետազոտված 2392 ՏՏ-ների ճնշող մեծամասնության կողմից (94,11% (2251)):



Նկար 26: ՏՏ-ների կարծիքն առողջության պահպանման ծախսերը հոգալու վերաբերյալ:

Այսպես, 49,67% դեպքերում (1188), այսինքն ՏՏ-ների շուրջ կեսը հակված է եղել այն կարծիքին, որ առողջության պահպանման ծախսերը պետք է հոգա պետությունը, 24,50% դեպքերում (586)՝ նշվել է, որ առողջության պահպանման ծախսերը պետք է հոգա պետությունը քաղաքացիների հետ համատեղ, 18,10% դեպքերում (433) ՏՏ-ները եղել են համակարծիքի, որ վերոնշյալ ծախսերը պետք է հոգա պարտադիր բժշկական ապահովագրության (ՊԲԱ) հիմնադրամը և ընդամենը 1,84% դեպքերում (44) ՏՏ-ների կողմից նշվել է կարծիք, որ առողջության պահպանման ծախսերը պետք է հոգան քաղաքացիները:

Այսպիսով, հարցվածների 74,16%-ի կարծիքով (1774) պետությունը պետք է ակտիվ դերակատարում ունենա սեփական քաղաքացիների բուժման ծախսերը

հոգալու գործում, ինչը պետք է հաշվի առնվի համակարգի բարեփոխումները նախատեսելիս:

Ուշագրավ տվյալներ են ստացվել առողջության պահպանման ծախսերը հոգալու վերաբերյալ կարծիքների համեմատական վերլուծության արդյունքում՝ ըստ տարբեր եկամուտներ ունեցող SS-ների ենթախմբերի (աղ. 21):

Աղյուսակ 21

Առողջության պահպանման ծախսերի հոգալու վերաբերյալ կարծիքների ամփոփման արդյունքները՝ ըստ տարբեր եկամուտներ ունեցող SS-ների ենթախմբերի

Առողջության պահպանման ծախսերի հոգալու վերաբերյալ կարծիքների տարբերակները	SS-ների միջին ամսական եկամուտներ, ՀՀ դրամ								Ընդամենը	
	≤100,000		100,001-200,000		≥200,001		Պատ.չկա			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Պետությունը	404	34,01	363	30,56	52	4,38	369	31,06	1188	49,67
Քաղաքացիները	-	-	9	20,45	29	65,91	6	13,64	44	1,84
Պետությունը և քաղաքացիները	104	17,75	215	36,69	141	24,06	126	21,50	586	24,50
ՊԲԱ հիմնադրամը	41	9,47	178	41,11	88	20,32	126	29,10	433	18,10
Պատասխան չկա	24	17,02	30	21,28	18	12,77	69	48,94	141	5,89
Ընդամենը	573	23,95	795	33,24	328	13,71	696	29,10	2392	100,00

Բերված տվյալներից երևում է, որ պետությունը որպես իր քաղաքացիների առողջապահական ծախսերը հոգալու միանձնյա պատասխանատու ընտրած SS-ների մեծ մասը՝ 34,01%-ը (404), եղել են նվազագույն ≤100,000 ՀՀ դրամ, 30,56%-ը (363)՝ 100,001-200,000 ՀՀ դրամ և 4,38%-ը՝ ≥200,001 ՀՀ դրամ միջին ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբերի ներկայացուցիչներ, որոնց գումարային տեսակարար կշիռը կազմել է 68,95%: Իսկ քաղաքացիները որպես առողջապահական ծախսերը հոգալու միանձնյա պատասխանատու ընտրած SS-ների մեծ մասը՝ 65,91%-ը (29)՝ եղել են առավելագույն՝ ≥200,001 ՀՀ դրամ, 20,45%-ը (9)՝ 100,001-200,000 ՀՀ դրամ միջին ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբերի ներկայացուցիչներ, նվազագույն ≤100,000 ՀՀ դրամ եկամուտներով քաղաքացիներն ընդհանրապես պատասխանի այս տարբերակը չեն ընտրել:

Ուշագրավ է, որ պետությունը և քաղաքացիները, ինչպես նաև ՊԲԱ հիմնադրամը որպես իր ազգաբնակչության առողջապահական ծախսերը հոգալու պատասխանատու ընտրած SS-ների մեծ մասը՝ համապատասխանաբար 36,96%-ը (215) և 41,11%-ը (178) եղել են 100,001-200,000 ՀՀ դրամ միջին ամսական եկամուտներով SS-ների ենթախմբերի ներկայացուցիչները:

Այսպիսով, կարելի է եզրահանգել, որ միջին խավը պատրաստ է արդարացի և գործուն մասնակցություն ունենալ սեփական SS-ների անդամների առողջության պահպանման և ամրապնդմանն ուղղված ծրագրերում, և հետևաբար՝ բժշկական օգնության մատչելիության բարձրացման արմատական բարեփոխումները, արդյունավետ հասարակական քննարկման պայմաններում կարող են հավակնել սոցիալական տարբեր շերտերի հավանությանն ու աջակցությանը:

ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

Ազգաբնակչության ապահովվածությունը մատչելի բժշկական ծառայություններով, դրանց արդարացի բաշխումը, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ընդհանուր կառուցվածքում սեփական միջոցներից կատարված վճարումների ցածր տեսակարար կշիռը, աղետալի ծախսերի առաջացումից SS-ներին արդյունավետ պաշտպանություն ապահովելու հնարավորության հետ մեկտեղ, հանդիսանում են տվյալ պետության առողջապահության համակարգի զարգացվածության, իր առջև դրված խնդիրները լուծելու ունակության, հեռանկարային զարգացում ապահովելու, ինչպես նաև սոցիալ-տնտեսական բարեկեցության կարևորագույն և հավաստի ցուցանիշներից:

Հայաստանի առողջապահական համակարգի կայացումն ընթանում է մի շարք անբարենպաստ աշխարհաքաղաքական և տնտեսական զարգացումների ազդեցության ներքո, որոնցից են Սպիտակի երկրաշարժը, Խորհրդային Միության կազմալուծումը, դրան հետևած Ղարաբաղյան պատերազմը, խորը սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամը, որի ազդեցությունը տարածվել էր հանրապետության կյանքի բոլոր բնագավառների և հատկապես առողջապահության ոլորտի վրա: Այդ ամենը, բժշկական ծառայությունների մատչելիության անկման հետ միասին անխուսափելիորեն պայմանավորեցին ազգաբնակչության բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշների զարգացման վեկտորի ուղղությունը:

Շուրջ 15 տարի առաջ մեկնարկած բարեփոխումներն, որոնք նպատակ ունեին լուծել բնակչության առողջության պահպանման ամենահրատապ խնդիրներն, թեև որոշակի կայունացրեցին ու կասեցրեցին առավել անբարենպաստ երևույթների զարգացումը, այնուհանդերձ այդպես էլ չապահովեցին համալիր և բեկումնային փոփոխություններ ամբողջ ազգաբնակչությանն ԱԱՊ և հիվանդանոցային մատչելի, արդարացի ու որակյալ ծառայություններով ապահովելու հիմնախնդիրը, ինչպես Երևանում, որտեղ կոմպակտ բնակվում են Հայաստանի բնակչության շուրջ 1/3-ը, այնպես էլ ՀՀ մարզերում: Վերոնշյալի լույսի ներքո ակնհայտ է, որ Երևան քաղաքի տվյալները հնարավորություն են ընձեռում նաև կողմնորոշիչ պատկերացում ստանալ ամբողջ հանրապետությունում տիրող իրավիճակի մասին:

Ստեղծված սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական իրավիճակում, ինչպես նաև դեռևս կայացման փուլում գտնվող առողջապահության համակարգի պայմաններում, առանձնահատուկ կարևորություն են ստանում նպատակային հետազոտությունները՝ ուղղված սեփական գրպանից վճարումների արդյունքում առաջացող մի շարք անբարենպաստ երևույթների, մասնավորապես՝ աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի, բացահայտմանն ու բազմակողմանի ուսումնասիրությանը, կանխարգելիչ և նվազեցմանն ուղղված գիտականորեն հիմնավորված միջոցառումների մշակմանը և գործնական ներդրմանը:

Երևան քաղաքի բնակչության շրջանում աղետալի ծախսերի համապարփակ ուսումնասիրություն՝ հատուկ հայաստանյան պայմանների համար մշակված մեթոդաբանությամբ և դրանց դիսկերի նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների ծրագրի մշակում, հանրապետությունում իրականացվել է առաջին անգամ: Հարկ է ընդգծել, որ հետազոտությամբ բացահայտված բացասական միտումները մտահոգիչ են, քանի որ կարող են նպաստել երկրում աղքատության մակարդակի բարձրացմանը, ուստի կարիք ունեն անհապաղ լուծման:

Աղքատությունը և բժշկական օգնության մատչելիությունը փոխկապակցված երևույթներ են և վերջինի դժվարմատչելիության պարագայում կարող է խորանալ SS-ների աղքատությունը, էլ ավելի դժվարմատչելի դարձնելով բժշկական ծառայությունները՝ ստեղծելով արատավոր օղակ, իսկ աղքատացած SS-ների ընդգրկումը սոցիալական պաշտպանության ծրագրերում (մասնավորապես, նպաստային համակարգում), անխուսափելիորեն ավելացնում է պետության ֆինանսական բեռը:

Վերոնշյալի լույսի ներքո, պարզվել է, որ բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն չունեցող SS-ներն եղել են անբավարար կենսամակարդակով (462) SS-ների 90,48%-ը (418) և խիստ անբավարար կենսամակարդակով (98) SS-ների 90,82%-ը (89): Ապացուցվել է նաև, որ նվազագույն՝ ամսական $\leq 100,000$ ՀՀ դրամ եկամուտներով (573) SS-ների ենթախմբում բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորություն ունեցել են միայն 1,22%-ը (7), իսկ մասնակի հոգալու հնարավորություն՝ ընդամենը 25,83%-ը (148), մինչդեռ մնացած ծանրակշիռ մասնաբաժին կազմող 71,38% դեպքերում (409) SS-ների եկամուտները բավարար չեն եղել այդ ծախսերը հոգալու համար: Եկամուտների,

ինչպես նաև SS-ների կենսամակարդակի ու բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծախսերը հոգալու հնարավորության միջև առկա է վիճակագրորեն նշանակալի կապ (համապատասխանաբար՝ χ^2 թեստ, $p < 0.0000$ և χ^2 թեստ, $p < 0.0000$):

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները փաստարկում են աղքատ SS-ների համար առողջապահական ծառայությունների և ապրանքների ցածր մատչելիության և առողջապահության համայնքային ծրագրերի մշակման ու ներդրման անհրաժեշտության, ինչպես նաև առկա ծրագրերի կանոնակարգման և էլ ավելի թիրախային դարձնելու մասին:

Այդ նպատակով, մենք մշակել և ներկայացրել ենք համապատասխան մարմիններին Երևան քաղաքում աղետալի ծախսերի ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված կողմնորոշիչ սանդղակը, որի կիրառման արդյունքում կգնահատվի այս կամ այն կոնկրետ SS-ն ֆինանսական աղետի ենթարկվելու հավանականությունը և արտոնյալ բուժման իրավունք կտրվի առավել բարձր ռիսկ ունեցող SS-ներին, ինչը կանոնակարգելով ուղեգրերի տրամադրումը նկատելի կբարձրացնի բժշկական օգնության մատչելիությունը՝ հատկապես ռիսկի խմբերում գտնվող SS-ների շրջանում (հավելված 5):

Կարևոր տվյալներ են հայտնաբերվել նաև աղետալի ծախսերի առաջացման կանխարգելման, ինչպես նաև սոցիալական և տնտեսական արդյունավետության ապահովման ու ՀՀ ԱՆ կողմից հռչակված հիվանդությունների բուժումից դեպի կանխարգելմանն անցելու ռազմավարության տեսանկյուններից:

Այսպես, պարզվել է, որ հետազոտված SS-ների (2392) ընդհանուր թվաքանակից 35,20% դեպքերում (842) SS-ների անդամները նախընտրել են դիմել հիվանդանոցներ, իսկ իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաներ նախընտրել են դիմել ընդամենը 30,77% դեպքերում (736), որը մենք հակված ենք համարել չափազանց մտահոգիչ և անբավարար ցուցանիշ, քանզի հիվանդանոցներ դիմող SS-ների բարձր տեսակարար կշիռը կարող է դիտարկվել որպես ԱԱՊ օղակի նկատմամբ որոշակի անվստահություն, մինչդեռ, հիվանդանոցներում տրամադրվող բուժօգնությունը, որպես կանոն, վճարովի է (անվճար բուժօգնություն տրամադրելու պետական երաշխավորման բացակայության դեպքում), թանկարժեք և ուղղված չէ հիվանդությունների կանխարգելմանը: Դեռ ավելին՝ ապացուցվել է, որ SS-ների կողմից բուժհաստատության ընտրությունն ասոցիացվում է եկամուտների հետ (χ^2 թեստ, $p < 0.0000$), և որ համեմատաբար ավելի

ցածր եկամուտներով SS-ները նախընտրում են ՇԲՕ ծառայությունը և իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաները, մինչդեռ ավելի բարձր եկամուտներով SS-ները՝ հիվանդանոցները կամ մասնավոր արտահիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող հիմնարկները:

Ուստի մենք առաջարկում ենք իրականացնել նպատակաուղղված հանրային իրազեկման քարոզարշավ՝ ԱԱՊ օղակի նկատմամբ ազգաբնակչության վստահության բարձրացման, ինչպես նաև համակարգում այդ ամենա մասսայական օգնություն մատուցող օղակի դերակատարությունն առավել ծանրակշիռ դարձնելու նպատակով: Դրանով հնարավոր կլինի կանխել ԱԱՊ և ՇԲՕ ծառայություններ մատուցող բուժհաստատություններն այսպես կոչված «աղքատների» բժշկական սպասարկման հիմնարկների վերածմանը և առողջապահության ոլորտում սոցիալական բևեռացման խորացմանը:

Տվյալ հետազոտությանն անմիջականորեն առնչվող և մտահոգություն առաջացնող երևույթ է անհրաժեշտության դեպքում բժշկական օգնության չդիմելը «ֆինանսական միջոցների սղության» պատճառով կամ էլ նույն պատճառով բուժման դադարեցնելը: Տվյալների արտարկման արդյունքները հավաստիորեն վկայում են, որ Երևան քաղաքում ազգաբնակչության շուրջ 11,11-14,64%-ը ընդհանրապես չեն դիմում բժշկական օգնության, իսկ շուրջ 4,28-6,67%-ը դիմում են, սակայն ի վիճակի չեն լինում շարունակել բուժումը՝ ֆինանսական միջոցների անբավարար լինելու պատճառով ($p<0,01$):

Ընդգծենք, որ եթե ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով բժշկական օգնությունից հրաժարվելը համեմատաբար լավ է ուսումնասիրված, ապա նույն պատճառով բուժումը որոշակի փոխում դադարեցնել թերևս անտեսված է, այնինչ հետազոտությամբ ապացուցվել է, որ կազմելով զգալի տեսակարար կշիռ այն նույնպես չի նպաստում մայրաքաղաքում բժշկական, սոցիալական և տնտեսական արդյունավետության սկզբունքների իրականացմանը, քանի որ հիվանդության դեմ ժամանակին միջոցներ չձեռնարկելու հետևանքով այն հաճախ դառնում է քրոնիկական՝ բուժման համար պահանջելով ավելի զգալի ռեսուրսներ, ժամանակ՝ անբարենպաստ ելքի ավելի բարձր հավանականությամբ:

Հայտնաբերվել է նաև, որ շուրջ 4 անդամից բաղկացած SS-ների համար եկամուտի այն սահմանագիծը, երբ դրան հավասար կամ ավելի ցածր տարեկան

եկամուտ ունենալու դեպքում, Երևան քաղաքի SS-ները չեն դիմում բժշկական օգնության կազմում է $1046092,31 \pm 47763,89$ ՀՀ դրամ՝ նշանակալի տարբերվելով ընտրանքի տարեկան եկամուտից ($t=14,4$, $p<0.01$), ուստի նման SS-ներին, որոնք ընդգրկված չեն ընտանեկան նպաստի համակարգում և հետևաբար չունեն բժշկական ծառայություններից անվճար օգտվելու արտոնություն, նպատակահարմար է տրամադրել բժշկական օգնության ուղեգրեր առաջնահերթ կարգով:

Անգամ այն դեպքերում երբ SS-ների անդամները դիմում են բժշկական օգնության, առկա է խիստ անհամապատասխանություն վերջինի արժեքի և տնտեսությունների եկամուտների միջև, քանի որ 41,89% դեպքերում (1002) այդ գները համարվել են չափավոր թանկ, իսկ 31,10% դեպքերում (744)՝ անարդարացի թանկ:

Անհանգստություն առաջացնող երևույթներ են ի հայտ եկել հիվանդանոցային բժշկական ծառայություններ ստանալու դեպքում SS-ների կողմից ըստ նպատակների կատարված վճարումների վերլուծության արդյունքում: Մասնավորապես՝ (197) SS-ներից բուն հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարել են ընդամենը 36,55% (72) դեպքերում, իսկ մնացածը նաև այլ ծառայությունների և ապրանքների դիմաց: Կանխատեսական մոդելն ապացուցում է, որ այն SS-ները, որոնք հիվանդանոցային ծառայություններ ստանալիս վճարել են խորհրդատվական, ախտորոշիչ, ինչպես նաև դեղորայքի ձեռքբերման դիմաց, ունեն աղետալի ծախսերին բախվելու ($t_{\text{նայլդ}}=13,29$, $p<0,05$) շեշտակի ավելի բարձր (43,86 անգամ) հավանականություն: Նույնանման արդյունքներ են արձանագրվել նաև այն SS-ներում, որոնք վճարել են ախտորոշիչ և հիվանդանոցային ծառայություններ ստանալու դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=10,77$, $p<0,05$)՝ 69,67 անգամ, ախտորոշիչ, հիվանդանոցային ծառայությունների և դեղորայքի դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=13,02$, $p<0,05$)՝ 64,31 անգամ, ինչպես նաև հիվանդանոցային ծառայությունների և դեղորայքի դիմաց ($t_{\text{նայլդ}}=8,94$, $p<0,05$)՝ 29,86 անգամ: Այսպիսով, ակնհայտ է, որ հիվանդանոցներում մատուցվող բժշկական ծառայությունների դիմաց SS-ների անդամներին միասնական հաշիվների փոխարեն, ներկայացվում են բազմաքանակ հաշիվներ՝ զանազան ծառայություններ և դեղորայք ստանալու համար, որի հետևանքով, բնականաբար, SS-թյան բյուջեն իր վրա կրում է ավելի մեծ ծանրաբեռնվածություն, ուստի նպատակահարմար է, որ համապատասխան գերատեսչության կողմից մշակվեն և ներդրվեն հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց քաղաքացիների կողմից վճարումներ կատարելու չափորոշիչներ:

Ծայրաստիճան մտահոգիչ երևույթներ են հայտնաբերվել բժշկական ծառայությունների դիմաց սեփական միջոցներից վճարումների աղբյուրների ուսումնասիրության արդյունքում: Մասնավորապես՝ պարզվել է, որ ($p < 0,01$) Երևան քաղաքի SS-ների զգալի մասի համար՝ 8,41-11,57%-ի, բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարելու աղբյուր է հանդիսանում պարտքով վերցված գումարները (ներառյալ բանկային վարկը): Արդյունքում, այդ տնտեսությունների կեսից ավելին՝ 52,80%-ը (113) ստիպված են եղել տնտեսության անհրաժեշտ ծախսերը կրճատել կարճատև, իսկ 42,29%-ը (99) ծախսերը կրճատել երկարատև: Բնականաբար, տնտեսության ծախսերը կրճատվել են այլ կարևոր հոդվածների հաշվին, ինչն իր բացասական ազդեցությունն է թողել SS-ների բնականոն զարգացման վրա, ազդելով մայրաքաղաքի և հանրապետության սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշների վրա:

Կարևոր արդյունքներ են հայտնաբերվել SS-ների կողմից բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների արդարացի չափաբաժին սահմանելու, ինչպես նաև դրանց արժեքը տնտեսությունների եկամուտներին հնարավորինս համապատասխանեցնելու տեսանկյունից: Այսպես, տվյալների արտարկմամբ պարզվել է, որ բժշկական ծառայությունների դիմաց 46736,95-77449,03 ՀՀ դրամ միջակայքում կատարված վճարումները նշանակալի ազդեցություն չեն ունեցել SS-ների կենսամակարդակի վրա, 56082,53-91859,93 ՀՀ դրամ վճարման դեպքում SS-ների ծախսերը կրճատվել են կարճատև, մինչդեռ 70965,43-177467,40 ՀՀ դրամ վճարման դեպքում՝ SS-ների ծախսերը կրճատվել են երկարատև, իսկ բժշկական ծառայությունների դիմաց 95147,38-833019,28 ՀՀ դրամ վճարումները բերել են SS-ների սովորույթների և ապրելակերպի խիստ փոփոխությունների:

Ասյախոսվ, վերոնկարագրված անբարենպաստ երևույթների հանրագումարը՝ աղետալի ծախսերի առաջացման հիմնախնդրի տեսանկյունից դիտարկելիս ակնհայտ է, որ Երևանում առկա է մեր կողմից «ընդհատակյա ֆինանսական աղետ» անվանված երևույթը, երբ տնտեսությունները չստանալով անհրաժեշտ ծավալով բուժօգնություն, փոխարինում են այն ավելի մատչելի և սահմանափակ ծավալով օգնությամբ կամ ընդհանրապես չեն դիմում բժշկի:

Միևնույն ժամանակ, վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ մեր կողմից հետազոտված (2392) SS-ներից մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում առողջության պահպանման հետ կապված աղետալի ծախսերի երևույթին բախվել են 1,92% SS-ներ

(46), տվյալների արտարկումը վկայում է, որ ($p < 0,01$) Երևան քաղաքում SS-ների 1,20-2,60%-ը մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում բախվում է առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերին, արդյունքում վտանգելով իրենց SS-ների բարեկեցությունը և բնականոն զարգացումը: Հարկ է նշել, որ անգամ ընտրանքային միջինից ավելի բարձր եկամուտը չի պաշտպանել այդ տնտեսությունները Ֆինանսական աղետից և այն կարող է հանդիպել ինչպես ցածր, այնպես էլ հարաբերորեն բարձր չափերի եկամուտներով SS-ների շրջանում: Սակայն, ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում բազմապատիկ (4,88 անգամ) բարձր է եղել բոլոր տեսակի բժշկական ծառայություններ ստանալու դիմաց վճարված գումարների չափի միջին տարեկան ցուցանիշը:

Աղետալի ծախսերի կանխարգելման նպատակով՝ մեր կողմից մշակվել և առաջարկվում է նորարարական հատուկ կողմնորոշիչ սանդղակ, որն ունենալով մեծ գործնական նշանակություն, հնարավորություն կընձեռի, ինչպես մոտավոր պատկերացում ստանալ SS-ների կենսամակարդակի վրա բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումների արդյունքում առաջացած ազդեցության մասին, այնպես էլ ռիսկի տակ գտնվող SS-ներին տրամադրել բժշկական ծառայություններ արտոնյալ պայմաններով:

Մի շարք կարևոր առանձնահատկություններ և ռիսկի գործոններ են առաջին անգամ Հայաստանում բացահայտվել աղետի բախված SS-ների ենթախմբի մանրամասն ուսումնասիրությունից, որոնք ի թիվս այլ հայտնաբերված երևույթների հիմք են ծառայել մեր կողմից Երևան քաղաքում աղետալի ծախսերի ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված կողմնորոշիչ սանդղակի մշակման համար:

Պարզվել է, որ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում ինչպես թոշակառու տարիքի անդամներ, այնպես էլ քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անդամներ ունեցող SS-ների տեսակարար կշռի արժեքները կազմելով համապատասխանաբար 38,46% (26) և 43,48% (20), եղել են ակնհայտորեն ավելի բարձր ընտրանքի համարժեք ցուցանիշներից: Մի քանի հիվանդացած անդամներ ունեցող SS-ներն ընտրանքում հանդիպել են 16,96% (194) դեպքերում, մինչդեռ ֆինանսական աղետին բախված SS-ների ենթախմբում՝ 34,78% (16): Ուստի, նման SS-ները, հարկադրաբարորեն կրելով

իրենց տնտեսության խոցելի անդամների առողջության պահպանման բեռը, կարիք ունեն թիրախային պաշտպանության պատկամ մարմինների կողմից:

Հայտնաբերվել է նաև, որ առավել հաճախ՝ 60,87% դեպքերում (28) ֆինանսական աղետի է հանգեցրել դեղորայքային բուժման և վիրաբուժական օգնության զուգորդումը: Սակայն, հիմնականում դեղորայքային բուժումը՝ 26,09% դեպքերում (12), որը կարող է նշանակվել ինչպես ԱԱՊ, այնպես էլ հիվանդանոցային բուժհաստատություններում, ինքնին ևս լիովին ունակ է հանգեցնել աղետալի ծախսերի առաջացմանը, ինչը նշանակում է, որ ֆինանսական աղետի կարող են առաջացնել ոչ միայն թանկարժեք վիրաբուժական միջամտությունները:

Ապացուցված է նաև աղետալի ծախսերի խորը և բազմակողմանի բացասական ազդեցությունը և հետևաբար դրանց նվազեցմանն ուղղված միջոցառումներ ձեռնարկելու անհրաժեշտությունը: Այսպես, ֆինանսական աղետի ենթարկված SS-ների ենթախմբում առողջության պահպանման համար կատարված վճարումների արդյունքում ծախսերն երկարատև կրճատած, ինչպես նաև ապրելակերպը և սովորույթները կտրուկ փոփոխությունների ենթարկված SS-ների տեսակարար կշիռները՝ կազմելով համապատասխանաբար 43,48% (20) և 4,35% (20), եղել են էապես ավելի բարձր մակարդակում՝ ընտրանքի համարժեք ցուցանիշների համեմատությամբ (համապատասխանաբար՝ 13,58% (152) և 1,34% (15)): Ընդ որում ֆինանսական աղետի ենթարկված ենթախմբի SS-ներն անհրաժեշտ վճարումների կատարման նպատակով առավել հաճախ են դիմել պարտքով գումար վերցնելուն քան ընտրանքում՝ համապատասխանաբար 54,35% դեպքերում (25) և 19,12% դեպքերում (214):

Վերոնշյալ տվյալների ամփոփման արդյունքներն ինքնին փաստարկ են, որ աղետալի ծախսերի առաջացմանը հիմնականում, նպաստել է հիվանդանոցային բուժօգնությունը, սակայն պարզվել է նաև, որ անգամ ԱԱՊ օղակի, ինչպես նաև ստոմատոլոգիական օգնությունը ևս կարող են վտանգել SS-ների բարեկեցությունը:

Առաջին անգամ Հայաստանում բացահայտվել են ֆինանսական աղետի առաջացմանը նպաստող հավաստի ռիսկի գործոնները: Այսպես, հաստատվել է, որ SS-ների գլխավորների գործազրկությունը հանդիսանում է ֆինանսական աղետի ենթարկման հավաստի ռիսկի գործոն ($t_{\text{Hայր}}=8,273$, $p<0,05$), և նման SS-ների շրջանում ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականությունը 2,34 անգամ ավելի բարձր է՝

մշտական աշխատանքով ապահովված գլխավորներ ունեցող SS-ների համեմատությամբ:

Ռիսկի գործոն է նաև հիվանդանոցը, որպես SS-ների նախընտրելի բուժհիմնարկ, իսկ հիվանդանոցը նախընտրող SS-ների շրջանում աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը 2,87 անգամ ավելի բարձր է՝ քան պոլիկլինիկան նախընտրող SS-ներում:

Հաստատվել է նաև, որ այն SS-ներում, որոնց անդամները դիմել են բժշկական օգնության, աղետալի ծախսերի հանդիպման հավանականությունը բազմապատիկ (5,00 անգամ) բարձր է՝ չդիմաձնների նկատմամբ:

Կարևոր ռիսկի գործոն է հանդիսանում նաև SS-ներում հիվանդացած անդամների թվային կազմը, պարզվել է, որ մի քանի հիվանդ անդամներ ունեցող SS-ներում ֆինանսական աղետի ենթարկման հավանականությունը 2,54 անգամ ($t_{\text{Ուայլդ}}=6,94$, $p<0,05$) ավելի բարձր է՝ մեկ հիվանդացած չափահաս կամ մեկ հիվանդացած անչափահաս տարիքի անդամ ունեցող SS-ներում, քանի որ մի քանի հիվանդ անդամների բուժման համար SS-ները ավելի մեծ գումար են ծախսել ($182625,00 \pm 29340,13$ ՀՀ դրամ), քան մեկ չափահաս հիվանդ անդամի ($91299,13 \pm 10781,89$ ՀՀ դրամ) կամ մեկ անչափահաս հիվանդ անդամի ($23788,29 \pm 3788,87$ ՀՀ դրամ) բուժման նպատակով ($F=6,97$, $p<0,01$):

Որպես հատուկ ուշադրության արժանի ռիսկի գործոն, առանձնանում է SS-ների քրոնիկական հիվանդ անդամների հիվանդությունների սրացումը, որի դեպքերում աղետալի ծախսերի ենթարկման հավանականությունն ավելանում է 30,12 անգամ ($t_{\text{Ուայլդ}}=5,64$, $p<0,05$):

Միևնույն ժամանակ պարզվել է նաև, որ ֆինանսական աղետի ենթարկման հավանականությունը կախված է նաև SS-ների անդամներին մատուցված բժշկական ծառայությունների տեսակից և քանակից: Այսպես, վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ վիրաբուժական միջամտության ենթարկվելը 4,97 անգամ ($t_{\text{Ուայլդ}}=9,80$, $p<0,05$) ավելացնում է աղետի բախվելու հավանականությունը, իսկ վիրաբուժական ծառայությունների դիմելու քանակության ավելացումը մեկ միավորով կարող է իր հերթին 11,00%-ով բարձրացնել SS-ների աղետալի ծախսերի առաջացման հավանականությունը ($t_{\text{Ուայլդ}}=3,96$, $p<0,05$):

Այսպիսով, հետազոտության տվյալների վերլուծության և գնահատման արդյունքները փաստացի ապացույց են Երևան քաղաքում բժշկական ծառայությունների անբավարար մատչելիության՝ հատկապես սոցիալապես առավել խոցելի խավերի համար, մեր կողմից «ընդհատակյա ֆինանսական աղետ» անվանված երևույթի առկայության, ինչպես նաև աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի արդիականության, դրա առաջացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բացահայտման ու արդյունքում դրանց նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների գործնական ներդրման հրատապության վերաբերյալ:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Հետազոտության արդյունքները փաստացի վկայում են Երևան քաղաքում առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի առկայության և արդիականության մասին.
 - Ֆինանսական աղետին կարող են բախվել ինչպես բարձր, միջին ու հարաբերորեն ցածր եկամուտներով, այնպես էլ բավարար և անբավարար կենսամակարդակ ունեցող ՏՏ-ները: Աղետալի ծախսերի առաջացմանը կարող է հանգեցնել ինչպես վիրաբուժական, այնպես էլ դեղորայքային բուժումը, որը կարող է նշանակվել և ԱԱՊ օղակի, և հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բուժհաստատություններում,
 - աղետալի ծախսերը խիստ բացասական ազդեցություն են թողնում ՏՏ-ների կենսամակարդակի վրա՝ ընդհուպ մինչև տնտեսության ապրելակերպի ու սովորույթների կտրուկ փոփոխության,
 - Ֆինանսական աղետի նվազեցմանն ուղղված թիրախային կողմնորոշիչ սանդղակը, որը մշակվել է հետազոտության արդյունքների հիման վրա, կարող է պաշտպանել ռիսկի խմբերում ընդգրկված ՏՏ-ները բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումների հետևանքով առաջացած անբարենպաստ երևույթներից:
2. Աղետալի ծախսերի հավաստի ռիսկի գործոններ են ՏՏ-ների հիվանդացած անդամների թվային կազմը, նրանց քրոնիկական հիվանդությունների սրացումները, գլխավորների գործազրկությունը, մատուցված բուժօգնությունների տեսակը և քանակը, որոնք բազմապատիկ (2-30 անգամ) բարձրացնում են ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականությունը: Ապացուցված է նաև, որ աղետի առաջացման պարտադիր պայման է հանդիսանում բժշկական օգնության դիմելը:
3. Երևան քաղաքի ՏՏ-ների զգալի հատվածի համար ֆինանսական միջոցների բացակայությունը հանդիսանում է բժշկական օգնության չդիմելու կամ բուժումը որևէ փուլում դադարեցնելու անմիջական պատճառ:
4. Ընդհանուր առմամբ Երևան քաղաքի ազգաբնակչության և, հատկապես, առավել խոցելի խավերի համար, բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը ցածր է և

կենսական կարևորություն է հետագա բարեփոխումների իրականացումն ինչպես համայնքային, այնպես էլ հանրապետական մակարդակներում:

5. Երևան քաղաքում առկա է անհամապատասխանություն SS-ների եկամուտների և բժշկական ծառայությունների արժեքների միջև:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Երևանի քաղաքապետարանի մակարդակում՝ քաղաքապետի ուղեգրերով պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն տրամադրելիս անհրաժեշտ է առաջնահերթություն տալ ֆինանսական աղետի առաջացման բարձր ռիսկ ունեցող SS-ներին՝ հատուկ մշակված SS-ների ռիսկի գնահատման սանդղակի հիման վրա:
2. Աղետալի ծախսերի արդյունավետ կանխարգելումն ապահովելու նպատակով՝ անհրաժեշտ է բարձրացնել ազգաբնակչության վստահությունն ԱԱՊ օղակի նկատմամբ, հանրային իրազեկման քարոզարշավի իրականացման միջոցով:
3. Անհրաժեշտ է ներդնել թիրախային համայնքային առողջապահական ծրագրեր, որոնք հնարավորություն կընձեռեն շեմքային եկամուտներ ունեցող մայրաքաղաքի SS-ներին անհրաժեշտության դեպքում չիրաժարվել բժշկական օգնություն ստանալուց:
4. Հանրապետական գերատեսչության մակարդակում՝ անհրաժեշտ է բժշկական ծառայությունների մատչելիությունը բարձրացնելու նպատակով արմատապես բարեփոխել առողջապահության համակարգն, անցում կատարելով կանխավճարային համակարգի աստիճանաբար ներդրմանը: Որպես միջանկյալ միջոցառում, անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել հիվանդանոցային բժշկական ծառայությունների դիմաց վճարումներ կատարելու նոր չափորոշիչներ՝ բազմակի հաշիվների ներկայացումը բացառելու նպատակով:
5. Անհրաժեշտ է ներառել աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի ուսումնասիրությունն Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի «հանրային առողջություն» մասնագիտությամբ մագիստրոսների պատրաստման կրթական ծրագրում:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Այդինյան Լ., Ֆիլի Ֆ. Հայաստանում բուժօնաշրջանային օգտվելու մատչելիությունը և արդարացիությունը. արդյո՞ք կա առաջընթաց // Հայաստանի տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի 2006 և 2008թթ. հետազոտության արդյունքների համեմատությունը (USAID)/Երևան, 2010, 32-(4,10) էջ:
2. ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան ԱԱԻ «Առողջապահության ազգային հաշիվներ 2013» // Երևան, 2014, 112 (11,33,41) էջ:
3. ՀՀ ԱՆ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք // Երևան, 2015, 216 (28,67,151,159,162,140,173) էջ:
4. ՀՀ ԱՆ «Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում» // Երևան, 2009, 149 (125) էջ:
5. ՀՀ ԱՆ «Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում» // Երևան, 2012, 178 (14) էջ:
6. ՀՀ ԱՆ «Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում» // Երևան, 2014, 108 (55) էջ:
7. ՀՀ ԱՆ Հրաման N2078 Ա, առ 21.12.2010թ. // Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման չափորոշիչը հաստատելու մասին:
www.moh.am/OrenqGorcox/chaporoshich/2078Hraman.doc:
8. ՀՀ ԱՆ Հրաման N2093 Ա, առ 21.12.2010թ. // Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրման գործընթացը ապահովելու մասին:
http://moh.am/Cnndognutyun/2093Prikaz_erexa_sertificat_17.12.2010.doc:
9. ՀՀ ԱՆ Հրաման N761 Ա, առ 30.05.2008թ. // Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրման մասին: <http://www.healthrights.am/arm/more/1174/>:
10. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «ՀՀ 2001թ. ՀՀ մարդահամարի արդյունքներ» // Երևան, 2003, բաժին 7, 203 (191) էջ:
11. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «Տնային տնտեսությունների եկամուտները, ծախսերը և հիմնական սննդամթերքի սպառումը» // Հայաստան, Երևան, 2014, էջ 101-124 (113),
http://www.armstat.am/file/article/6.poverty_2014a_3.pdf:

12. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք» // Հայաստան, Երևան, 2011, էջ 25-47, <http://armstat.am/file/doc/99471433.pdf>:
13. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք» // Հայաստան, Երևան, 2013, էջ 86-116 (20), <http://www.armstat.am/file/doc/99478608.pdf>:
14. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը»
Վիճակագրական - վերլուծական զեկույց ըստ 2013 թ.-ի տնային
տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության
արդյունքների // Հայաստան, Երևան, 2014, էջ 38, www.armstat.am:
15. ՀՀ ԿԱ ԱՎԾ «Հայաստանի աղքատության սուբյեկտիվ գնահատականը 2014 թ.-ին»
// Հայաստան, Երևան, 2015, էջ 197-205 (199),
http://www.armstat.am/file/article/8.poverty_2015a_5.pdf:
16.
Հ կառավարության «Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը հաստատելու
մասին» 2011թ. դեկտեմբերի 29-ի N1917-Ն որոշման 1.2 կետ,<http://www.arlis.am/>:
17. ՀՀ կառավարության «Սոցիալական փաթեթի բովանդակությունը,
ծառայությունների ցանկը, ծառայությունները մատուցող կազմակերպությունների
ցանկերը և (կամ) չափորոշիչները հաստատելու մասին» 2011թ.-ի դեկտեմբերի 29-ի
N1923-Ն որոշման 3-րդ կետ,<http://www.arlis.am/>:
18.
Հկառավարության 23.12.2010 թ.-ի N1762-Ն որոշում «ՀՀ կառավարության 2004 թ.
մարտի 4-ի N318-ն որոշման մեջ փոփոխություններ և լրացում կատարելու մասին»:
19. ՀՀկառավարության 27.12.2012թ.-ի N1691-Ն որոշում «Սոցիալական փաթեթի
հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը
հաստատելու մասին»:
20. ՀՀ օրենք «Եկամուտների մասին» օրենքում լրացումներ կատարելու մասին /ՀՀ
Ազգային ժողովի պաշտոնական կայք,
<http://www.parliament.am/drafts.php?sel=showdraft&DraftID=18391>:
21. Պողոսյան Վ.Ռ. Շտապ բժշկական օգնության կազմակերպման գնահատականը և
բարելավման ուղիները Երևան քաղաքում // Սեղմագիր...բ.գ.թ. / Երևան,2005,22
էջ:

22. Айрапетян А.К. Изучение смертности населения Республики Армения и ее социально-гигиеническая оценка//Автореферат ... д.м.н./ Ереван, 2001, с. 28-33.
23. Айрапетян А.К., Мелик-Нубарян Д.Г. Некоторые проблемы, связанные с катастрофическими расходами на здравоохранение //Բժշկություն, Գիտություն և Կրթություն/ Երևան, 2009,թ.3,էջ23-25:
24. Айрапетян А.К., Мелик-Нубарян Д.Г., Тадевосян А.Э. Результаты изучения катастрофических расходов на здоровье среди работников банковской сферы города Еревана // Новый Армянский медицинский журнал /Ереван, 2011, том 5, №4, с. 50-62 (55,56,57,59),
[http://ysmu.am/images/stories/downloads/NAMJ/Int%20v5n4/Inter-%20v5n4%20\(Rus\)/7.pdf](http://ysmu.am/images/stories/downloads/NAMJ/Int%20v5n4/Inter-%20v5n4%20(Rus)/7.pdf).
25. Анализ обязательного страхования в Республике Казахстан за 2008 год // Агентство Республики Казахстан по регулированию и надзору финансового рынка и финансовых организаций, <http://www.agroinsurance.com/ru/analytics?pid=7806>.
26. ВОЗ «Доклад о состоянии здравоохранения в мире» //Женева, 2010, с. XV-XVI, http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf.
27. Геворкян М.Р., Саакян А.Е. Соотношение, стоимость/эффективность для периндоприла,лизиноприла и эналаприла у больных с хронической сердечной недостаточностью //Медицинская наука Армении / Ереван, 2010, том L, №30, с. 108-115.
28. Герасимов А.Н. Медицинская статистика // Учебное пособие/ Москва, 2007, 480 с..
29. ГланцС. Медико-биологическая статистика // Москва, Практика, 1999, 459 с..
30. Зейналян Н.А. Методы улучшения организации медико-социальной помощи и оценка некоторых социально-гигиенических показателей состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста //Автореферат...к.м.н./ Ереван, 2007, с. 8-10.
31. Миняева В.Л., Вишнякова Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение // Учебник для студентов/ Москва, 2003, 596 (333) с..
32. Мхитарян М., Крикорян О. Жители Армении ведут борьбу за медицинскую помощь и лекарства // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения / 2009, Выпуск 87,№7, с. 485-564, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-010709/ru/>.

33. Разработка программы лучевой терапии: аспекты клинической практики, медицинской физики, радиационной защиты и безопасности // МАГАТЭ, Вена, 2015, 265 (5) с., http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1296r_web.pdf.
34. Хачатрян С.А. Оценка зависимости показателей смертности населения города Еревана от уровня и распределения доходов // Автореферат...к.м.н. / Ереван, 2010, 25 с..
35. Adisa O. Investigating determinants of catastrophic health spending among poorly insured elderly households in urban Nigeria // International Journal for Equity in Health, 2015, pp. 14-79 (6), <http://www.equityhealthjcom/content/pdf/s12939-015-0188-5.pdf>.
36. Alam A. et al. Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the former Soviet Union // The World Bank, Washington, DC 2005, 302 (169) pp., <http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>.
37. American Environics. Road map for a health justice majority Oakland, CA 2006, 50 (26,32) pp., www.americanenvironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf.
38. Ammar W. Health system and reform in Lebanon. Beirut // WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005, 171 (12, 56, 67) pp., http://www.who.int/hac/crises/lbn/Lebanon_Health_System_and_reform_September2005.pdf.
39. Attanasio O., Frayne C. Do the Poor Pay More? // Duke University, January 2006, 25 (1) pp., http://ipl.econ.duke.edu/bread/papers/0605conf/bread0605_attanasio_frayne.pdf.
40. Atun R., Chaumont C., Fitchett J. Poverty Alleviation and the Economic Benefits of Investing in Health // Harvard Kennedy School, April 2016, 26 (5,15) pp. https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/61/2015/09/L-MLIH_Health-economic-growth-and-development_Atun-and-Kaberuka_4-11-16.pdf.
41. Berki S. A look at catastrophic medical expenses and the poor // Health Affairs, 1986, 5, №4, 138-145 (138,139) pp., <http://content.healthaffairs.org/content/5/4/138.full.pdf>.
42. Biscaia A et al. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos // Lisbon, Abstract, Padrões Culturais Editora, 2006, <http://www.alert->

online.com/pt/news/health-portal/cuidados-de-saude-primarios-em-portugal-reformar-para-novos-sucessos.

43. Bonu S., Bhushanl., Rani M., Andersonl. Incidence and correlates of 'catastrophic' maternal health care expenditure in India // Health Policy and Planning, 2009, pp.24:445–456 (445), <http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/6/445.short>.
44. Boyle P., Levin B. World cancer report // International Agency for Research on Cancer / Geneva, 2008, 510 (35) pp., <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008>.
45. Brinda et al. Correlates of out-of-pocket and catastrophic health expenditures in Tanzania: results from a national household survey // BMC International Health and Human Rights, 2014, 8 (1,6) pp., <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/5>.
46. Burström K., Johannesson M., Didericksen E. Abstract: Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997 // Health Economics, 2005, 850(14,831)pp., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712264>.
47. Carrin G., Mathauer I., Xua K., Evansa D. Universal coverage of health services: tailoring its implementation // Bulletin of the World Health Organization, 2008, pp.86:857-863 (857), <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v86n11/a15v8611.pdf>.
48. Cavagnero E., Carrin G., Xu K. Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. Innovations in Health Financing: Working Paper Series, Nº8, Mexico, 2006, 32 (29) pp., http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf.
49. Cetinoglu D., Delchevalerie P., V. Parqué, etc. Access to health care in Burundi Results of three epidemiological surveys // Médecins Sans Frontières / 2004, 70 (4,49) pp., <http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>.
50. Chisholm D., Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage // World Health Report Background Paper, Nº28, Geneva, 2010, 33 (16) pp., <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf>.
51. Choua S., Liub J., Hammitc J. National Health Insurance and precautionary saving: evidence from Taiwan // Journal of Public Economics, 2003, vol.87, Issues 9-10

- September, pp.1873-1894 (1873,1878,1885,1890),
<http://www.lehigh.edu/~syc2/pub/jpub2003.pdf>.
52. Christensen R. Log-linear models and logistic regression 2nd ed. / New York, 1997, 484p.
53. Cohen J., Dupas P. Free distribution or cost sharing? Evidence from randomized malaria prevention experiment // Global Economy & Development Working Paper / Washington, DC, 2007, №11, 36 (28) pp., http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2007/12/malaria%20cohen/12_malaria_cohen.pdf.
54. Currie C. и др. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»: международный отчет по результатам обследования 2009-2010 гг. // «Политика охраны здоровья детей и подростков» / Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012, №6, 253 (6,7) с.,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf.
55. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed “new model” of primary care //International Journal of Circumpolar Health, 2007, №66 (Suppl.1), p.4-13 (9), http://ijch.fi/issues/66%20Suppl%201/IJCH%2066%20Suppl%201_Eby.pdf.
56. Elgazzar H., Raad F., Arfa C. Who Pays? Out-of-pocket health spending and equity implications in the Middle East and North Africa //The World Bank, Washington, DC, USA, November, 2010, 37 (5,6) pp.,<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/WhoPays.pdf>.
57. Elmendorf D. Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation) // Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010, 36(9) pp., <http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf>.
58. Fazaeli A., Ghaderi H., Fazaeli A. Main Determinants of Catastrophic Health Expenditures: A Bayesian Logit Approach on Iranian Household Survey Data (2010) // Global Journal of Health Science, 2015, Vol. 7, №4, pp. 335-340(335),
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/download/41817/24291>.

59. FeenbergD., Skinner J. The Risk and Duration of Catastrophic Health Care Expenditures //NBER Working Paper,1992, №4147,43 (1) pp.,
<http://www.nber.org/papers/w4147.pdf>.
60. Feldstein M. A new approach to national health insurance //The Public Interest 23: 93, spring 1971, pp.93-105(93, 94, 95, 99),
http://www.nationalaffairs.com/doclib/20080523_197102308anewapproachtonationalhealthinsuranewapproachtonation.pdf.
61. Filippini M., Farsi M. An analysis of efficiency and productivity of Swiss hospitals. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Officefor Social Security // Lugano, 2004, 93 (92, 93)pp., <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>.
62. Filmer D. The incidence of public expenditures on health and education // Washington DC, The World Bank, 2003,20 (3) pp.,http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/20/000160016_20031020130801/additional/310436360_20050276022932.pdf.
63. Focus on health: summary of new health reform law / Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010, 13 (13)pp.,
<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>.
64. Frenk J, Knaul F. Health and economy: empowerment through evidence // Bulletin of the World Health Organization / 2002, pp.80-88 (88),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567735/pdf/11953785.pdf>.
65. Gala'rraga O., Sosa-Rubi S., etc. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico // Europaen Journal of Health Economics, October 2010, Vol. 11, Issue 5, p. 437-447(437),
<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10198-009-0180-3>.
66. Garrett L., Mushtaque A., etc. All for universal health coverage // The Lancet,2009, 374:129499, pp. 1-2, Published Online, August 20, 2009, http://www.becausehealth.be/media/5567/lancet-2009-all_for_universal_health_coverage_laurie_garrett.pdf.

67. Gee J., Button M., Brooks G. The financial cost of healthcare fraud what data from around the world shows //The European Healthcare Fraud and Corruption Network / Portsmouth, 2011, 20 (12)pp., www.2020health.org.
68. Giusti D., Criel B., de Béthune X. Viewpoint public versus private health care delivery: beyond slogans // Health Policy and Planning / 1997, pp.12:193-197 (193,197), <http://heapol.oxfordjournals.org/content/12/3/193.full.pdf>.
69. Gotsadze G., Zoidze A., Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications //BioMed Central Ltd/ London, 2009, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/69>.
70. Gwatkin DR., Bhuiya A., Victora CG. Making health systems more equitable // The Lancet, 2004, 364:1273-1280 pp. (1279), [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(04\)17145-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(04)17145-6.pdf).
71. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review // International Journal of Health Services / 2007, 109 pp. (89,104), <http://www.km-moh.net.cn/Summrize/2008/FED025421BC30B4DD8F0F89E2AE1AB99.pdf>.
72. Hart J. The inverse care law //The Lancet / Vol. 297, №7696, 405-412 pp. (411-412), <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/inverse-care-law.pdf>.
73. Himmelstein D., Thorne D., Warren E., etc. Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study //The American Journal of Medicine, Volume 122, Issue 8, August 2009, 741-746 pp. (741,742), <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9343/PIIS0002934309004045.pdf>.
74. Houston S. Matt Anderson's 1939 health plan: how effective and how economical? Saskatchewan History 2005, pp.4-14(13):57, <http://www.saskhistory.com/web/pdfs/SaskHistoryFall2006.pdf>.
75. Hovhannisyan S., Tragakes E. et al. Health Care Systems in Transition – Armeina, European Observatory on Health Care Systems, 2001, Vol. 3, №11, pp. 3-4:81, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96431/E73698.pdf.

76. Hwang W., Weller W., Ireys H., Anderson G. Out-Of-Pocket Medical Spending for Care of Chronic Conditions, *Health Affairs*, 20, №6, Bethesda 2001, pp. 267-278 (275), <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/267.full.pdf+html>.
77. ILO. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva 2008, pp. 108(11), <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>.
78. IMF. Republic of Armenia. Poverty Reduction Strategy Paper. Country Report № 03/362, Yerevan, 2003, 138 pp. (34). <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2003/cr03362.pdf>.
79. James C., Bayarsaikhan D., Bekedam H. Health financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region, *The Lancet*, Vol. 375, April 2010, pp. 1417-1418(1418), <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610605521.pdf?id=40bade4753939e7f:2e9d0c3b:13d43f3795f:73fd1362651388330>.
80. Jan S., Lee S., Sawhney J. Catastrophic health expenditure on acute coronary events in Asia: a prospective study // *Bulletin of World Health Organization* N94, 2016, 193–200 (196) pp. <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/3/15-158303/en/>.
81. Jeong H-S. Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea, *World health report 2010 background paper*, №38, pp. 15(4-7), http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en.
82. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia, *Bulletin of the World Health Organization* 2010, Vol. 88, № 6, pp. 472-473, <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-074765/en/>.
83. Karami M., Najafi F., Karami Matin B. Catastrophic Health Expenditures in Kermanshah, West of Iran: Magnitude and Distribution. *Journal of Research in Health Sciences* Vol. 9, No. 2, 2009, pp. 36-40 (36), <http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/249/362>.
84. Kawabata K., Xu K., Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure, *Bulletin of World Health Organization*, 80(8), Geneva, 2002, 612 pp., http://www.who.int/health_financing/documents/bull-protection_against_cata.pdf.

85. Kerssens J. et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries // Bulletin of the WHO, 2004, pp. 82:106-114 (106, 109, 110), http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862004000200007&script=sci_arttext&tlng=pt.
86. Kelley R. Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? Thomson Reuters, Ann Arbor, October 2009, 30 pp. (24), http://www.ncrponline.org/PDFs/2009/Thomson_Reuters_White_Paper_on_Healthcare_Waste.pdf.
87. Knaul F., Wong R., Arreola-Ornelas H., Mendez O. et al. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Salud Publica Mexico, 2011, Vol. 53, suplemento 2, 53 supl 2, 85-95 pp. (85-86), <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/05.pdf>.
88. Koller T. Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, 40 pp. (9), http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/127525/e94499.pdf.
89. Koretz D., Gordon N., Ginsburg P. Catastrophic Medical Expenses: Patterns in the Non-elderly, Non-poor Population // Book, Congressional Budget Office, Washington, DC: CBO, 1982, 108 pp. (xiv).
90. Kruk M., Goldmann E. and Galea S. Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low And Middle-Income Countries. Health Affairs 28, №4, 2009, 1056-1066 pp. (1061, 1064), http://141.213.232.243/bitstream/2027.42/63445/1/Kruk_Borrowing%20health%20care_2009.pdf.
91. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition. Book, WHO Copenhagen, 2010, 411 pp. (7-9), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf.
92. Leivea A., Xu. K. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 2008, 86 (11), pp. 849-856, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049403.pdf>.
93. Lemeshow S. Adequacy of sample size in health studies / WHO, West Sussex 1990, 239 p. (42).

94. Löfgren C. Catastrophic Health Expenditure in Vietnam Studies of Problems and Solutions// Umeå University Medical Dissertations New Series, N°1673,Umeå 2014, 121 p.(3). <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:746852/FULLTEXT01.pdf>.
95. Li Y., Wu Q., Xu L., etc. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance /Bulletin of WHO, 2012, 90(9), pp. 664-671(664), <http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/90/9/12102178.pdf>.
96. Lustig N.,Gonzalez E.,Beristain J. Investing in health for economic development. Report by the Mexican Commission on Macroeconomics and health / Mexico, 2004, 60 pp. (33-34), <http://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf>.
97. Lwin T., Sillabutra J., Kongsin S. Household catastrophic health expenditures in selected townships of lower Myanmar. Social Science Electronic Publishing 2011, Society of Interdisciplinary Business Research (SIBR) 2011 Conference on Interdisciplinary Business Research, 17 pp. (1,2), http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1867889.
98. Mackintosh M. Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care. Geneva, World Health Organization, Health Systems Knowledge Network, Commission on the Social Determinants of Health, 2007, 52 pp.(4), http://oro.open.ac.uk/10083/1/CSDH_paper_Mack_as_posted.pdf.
99. Marmot M.Fair society, healthy lives: astrategic review of health inequalities in England. The Marmot Review 2010,pp. 15-16:238, <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>.
100. Mathauerl., Xu K.An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance.WHO. September 2009, 126 pp.(ix-xi), http://www.who.int/health_financing/documents/hsfr_e_09-korea.pdf.
101. Merils M. Family out-of-pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity / The Commonwealth Fund, June 2002, 36 pp. (ix,xxii), <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund->

report/2002/jun/family-out-of-pocket-spending-for-health-services--a-continuing-source-of-financial-insecurity/ merlis_oopspending_509-pdf.pdf.

102. Merlis M., Gould D., Mahato B. Rising Out-Of Pocket Spending for Medical Care: A Growing Strain on Family Budgets, Fund Report, The Commonwealth Fund, February 2006, 23 pp. (xii), http://longtermscorecard.org/~media/files/publications/fund-report/2006/feb/rising-out-of-pocket-spending-for-medical-care--a-growing-strain-on-family-budgets/merlis_risingoopspending_887-pdf.pdf.
103. Moghadam N., Banshi M., Akbari Javar M., etc. Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures / Iranian Journal of Public Health, September 2012, Vol. 41, №9, pp. 62-70 (62,69),http://journals.tums.ac.ir/upload_files/pdf/_/22067.pdf.
104. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal // Annals of Internal Medicine / February 2003, Vol. 138, №3 pp. 138:244–247, <http://www.annals.org/content/138/3/244.full>.
105. Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. Basic patterns in national health expenditure. Bulletin of the WHO, 2002, pp. 80:134-142(137), http://www.who.int/nha/docs/en/Basic_patterns_in_national_health_expenditure.pdf.
106. Mylena A., Rivera A., Xu K., Carrin G. The Bolivian Health system and its impact on health care use and financial risk protection. Discussion paper, №7, Geneva 2006, 29 pp. (5,11).http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_06_7-bolivian_health_system.pdf.
107. Mwai D., Muriithi M. Catastrophic Health Expenditure and household Impoverishment: a Case of Prevalence of Non-Communicable Diseases in Kenya // Epidemiology Biostatistics and Public Health, Volume 13, N 1, 2016, 7 (3) pp. <http://ebph.it/article/download/11519/10809>.
108. Nolan B., Turbat V. Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa. Washington DC, Economic Development Institute of the World Bank, 1995, 108 pp. (46), http://books.google.com/books?hl=ru&lr=&id=NeH__9wKDbwC&oi=fnd&pg=PR5&dq

=Nolan+B+Turbat+V&ots=JE2uUtHvt3&sig=mzDBIRHEnTENSJsLQxX2OZNjOkA#v=one
page&q&f=false.

109. O'Donnell O., et al. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation //The World Bank, 2008, 220 pp. (22,203), <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityFINAL.pdf>.
110. Onwujekwe O., Hanson K., Uzochukwu B. Examining Inequities in Incidence of Catastrophic Health Expenditures on Different Healthcare Services and Health Facilities in Nigeria.PLoS ONE, 6 July 2012, Vol.7, Issue 7, 7 pp. (4-5), <http://researchonline.lshtm.ac.uk/251264/1/pone.0040811.pdf>.
111. Pannarunothai S., Mills A. The poor pay more: health-related inequality in Thailand // Abstract, Social Science and Medicine, 1997, pp.44:1781-90.19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9194240>.
112. Paola M., Zúñiga-Brenes, Vargas J, Vindas A. Out-of-pocket and Catastrophic Health Expenditures Puzzle: The Costa Rican experience /Ottawa,2005, 20 pp. (1), <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%20uno/Costa%20Rica%20WP1.pdf>.
113. Pradhan M., Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia // Health Economics, published on line, 2002, №11, pp. 431-446(431,433), http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Insurance_Resource_Files_Social_risk_managem_Indonesia__60.pdf.
114. Russell S. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome //American Journal of Tropical Medecine Hygiene, 2004, 71 (Suppl 2), pp. 147–155(147,146), http://www.ajtmh.org/content/71/2_suppl/147.full.pdf+html.
115. Saksena P., Reyburn H., Njau B., etc, Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden?Health Policy and Planning, 2010, pp. 328–333(328), <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/4/328.full.pdf+html?sid=7dcf2249-e8e6-4b73-929f-9d1f38d04131>.

116. Saksena P., Xu K., Carrin G. The Impact of Universal Insurance Program on Catastrophic Health Expenditure: Simulation Analysis for Kenya. Discussion paper / Geneva, 2006, №8, 21 pp. (13-14), www.who.int/health_financing/documents/dp_e_06_7-bolivian_health_system.pdf.
117. Saksena P., Xu K. and Evans D. Impact of out-of pocket payments for treatment of non communicable diseases in developing countries: A review of literature: Discussion Paper №2, WHO, Geneva, 2011, 9 pp. (4-5). http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf.
118. Schmidt J., Mayindo J. Thresholds for health insurance in Rwanda: who should pay how much? *Medicine and International Health*, August 2006, volume 11 №8, pp. 1327–1333(1327), <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2006.01661.x/pdf>.
119. Sinha R., Chatterjee K., Nirmala Nair N. Determinants of Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditure: A Cross-sectional Study // *British Journal of Medicine & Medical Research*, N11, 2016, 12 (10) pp. <https://www.researchgate.net/publication/282857510>.
120. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective // *Health Policy*, 2002, pp. 60:201-218(212-213), [http://www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60\(3\)-201-18.pdf](http://www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60(3)-201-18.pdf).
121. Suhrcke M., Rocco L., McKee M., Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии. ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008, 278 с. (78,79), www.euro.who.int__dataassetspdf_file000474740E90569R.pdf.
122. Sun X., Jackson S., Caramichael G., etc. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: Evidence from the new cooperative medical scheme in Shandong province // *Health Economics*, 2008, 17 pp. (1, 12-15), Published online in Wiley Inter Science, <http://www.uq.edu.au/economics/PDF/staff/sukhan-Published%20paper-fulltext.pdf>.
123. Tin Tin S., Kouyate B., Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso // *Bulletin of the World*

Health Organization, Geneva, 2006, 84, pp. 21-27(21),
<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/1/21.pdf>.

124. Thomson S., Mossialos E. Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing and Financial Protection in Six European Countries. The Commonwealth Foundation, Issues in International Health Policy, Washington, DC, March 2010, Publication 1384, Vol. 82, 14 pp. (7), http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf.
125. UNFPA. Official. Health and Poverty. Measuring health differentials between rich and poore. 2002, pp. 4-9, <http://www.unfpa.org/swp/2002/english/ch5/page3.htm>.
126. Võrk A., Saluse J., Habicht J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007 // Health Financing Technical Report, WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2009, 56 pp. (1,37).
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78903/e92952.pdf.
127. Wagstaff A. Measuring Financial Protection in Health. World Bank Policy Research, Working Paper Series, Washington DC, March 2008, 31 pp. (27-28),
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1106043##.
128. Wagstaff A., Doorslaer E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98 // The World Bank, 2002, 32 pp. (1),
http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Recent-Papers/9510_catastrophe.pdf.
129. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006, Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, №2., pp. 11:34,
<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>.
130. WHO. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government // Regional Office for Europe, Copenhagen 2012, 49 pp. (8-9).
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf.

131. WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2015,
http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/.
132. WHO. Technical Briefs for Policy-Makers Designing Health Financing Systems to reduce catastrophic health expenditures. WHO/EIP/HSF/PB/05.02. GENEVA, 2005, 5 pp. (1,2). http://www.who.int/health_financing/pb_2.pdf.
133. WHO. The Tallinn Charter: health systems, health and wealth / Copenhagen, Regional Office for Europe, 2008, 6 pp. (1-4),
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf.
134. WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance / Geneva, 2000, 206 pp. (XViii), <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
135. WHO. The World Health Report 2008. Annual report on global public health and key statistics, 125 pp. (2, 6, 12, 28), http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf.
136. WHO. The European health report 2012. Charting the way to well-being / Denmark, 2012, 162 pp. (83), <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>.
137. WHO. World Health Assembly Resolution 58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance / Geneva, 2005, 2 pp., http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf.
138. WHO. World health statistics 2008 / Geneva, 2008, pp. 32, 110.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf.
139. WHO. World health statistics 2012 / Geneva, 2012, pp. 40, 176.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf.
140. Wyszewianski L. Families with Catastrophic Health Care Expenditures. National Center for Health Services Research, December 1986, pp. 617-634 (618-620).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068978/pdf/hsresearch00505-0038.pdf>.
141. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology / WHODiscussion Paper / Geneva, 2005, №2, 8 pp. (5),
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2-distribution_of_health_payments.pdf.

142. Xu K. et al. Protecting households from catastrophic health spending, *Health Affairs* 2007, №4-26, pp. 972-983 (972). http://www.dssp.uniroma1.it/convegni/Documentazione_Corso_ADE_Salute_Globale_ed_Equit%C3%A0_in_Salute/19_gennaio_2008/Global_HA_6.pdf.
143. Xu K., Evans D., Kawabata K., etc. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis / *The Lancet* 2003, Vol. 362, №9378, pp. 111-117 (113,114). [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(03\)13861-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(03)13861-5.pdf).
144. Xu K., Saksena P., Carrin G., etc. Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia / WHO, 2009, Technical Briefs for Policy Makers, №1, pp. 5:9, http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_09_1-ooopslat.pdf.
145. Xu K., Saksena P., Jowett M., etc. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk / *World Health Report Background Paper WHO/ Geneva*, 2010, №19, 22 pp. (15-16), <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/19THE-thresv2.pdf>.
146. 6th International Policy and Research Conference on Social Security. "Emerging trends in times of instability: New challenges and opportunities for social security" / Luxembourg, 2010, 9 pp. (5), www.issa.int/content/download/135459/2755393/file/2Sheen-paper.pdf.

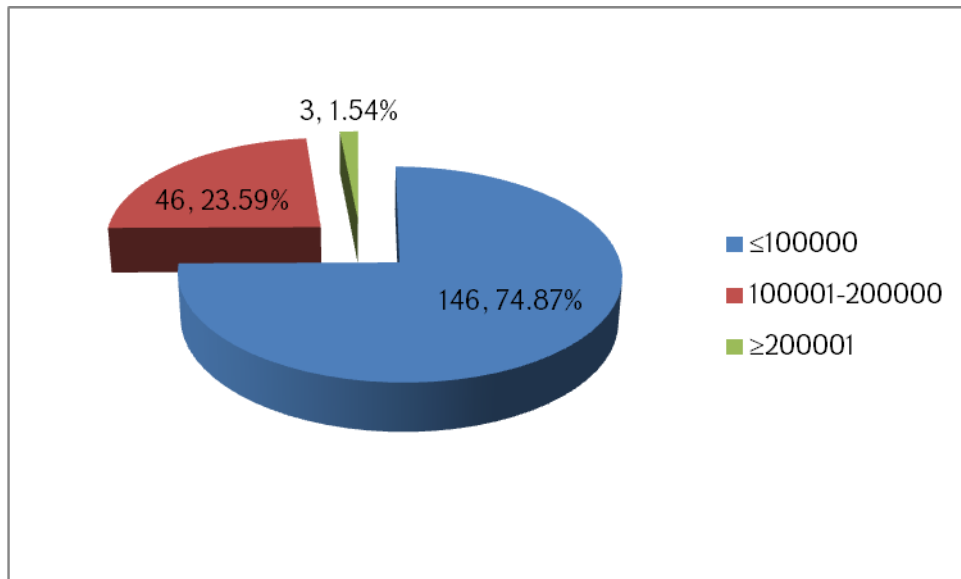
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1

Ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով բժշկական օգնության չդիմաձ
SS-ների ենթախմբի և ընտրանքի որոշ ցուցանիշների համեմատությունը

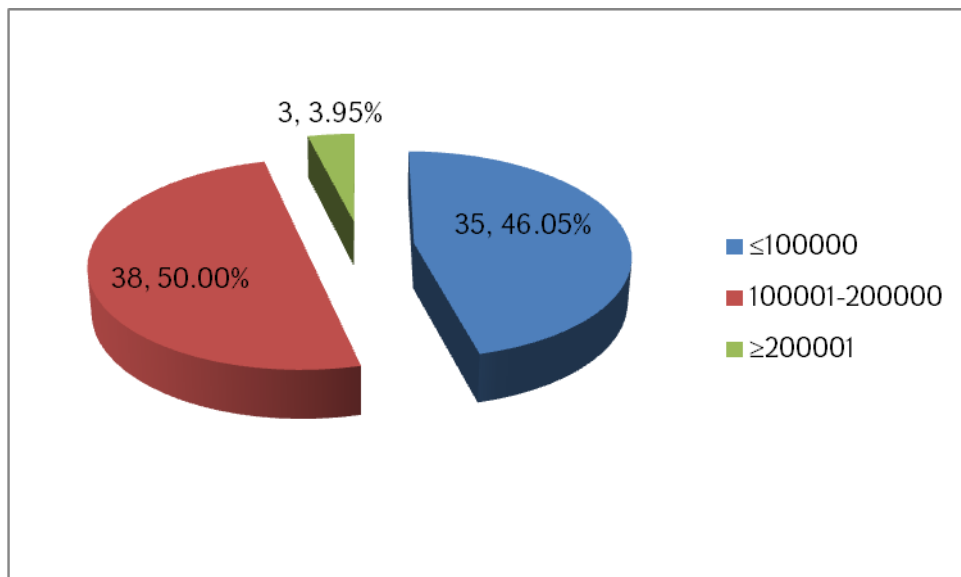
SS-ների բնութագրեր	Ֆինանսական խնդիրների պատճառով բժշկական օգնության չդիմաձ ենթախմբի ցուցանիշ	Ընտրանքի ցուցանիշ
Անդամների միջին թիվ	3,44±0,07	3,89±0,03
Թոշակառու տարիքի՝ քրոնիկական հիվանդություններով տառապող (մշտապես դեղորայք օգտագործող) անդամներ ունեցողների տեսակարար կշիռը	7.47	15.97
Ոչ թոշակառու տարիքի՝ քրոնիկական հիվանդություններով տառապող/մշտապես դեղորայք օգտագործող անդամներ ունեցող SS տեսակարար կշիռը (%)	1.62	6.86
Մշտական աշխատանքով ապահովված գլխավոր ունեցող SS տեսակարար կշիռը (%)	53.90	68.86
Ինքնագնահատականի համաձայնյան բավարար կենսամակարդակ ունեցողների տեսակարար կշիռը (%)	51.95	19.31
Բյուջեի ձևավորման մասնակիցների քանակ	1,73±0,03	2,07±0,02
Միջին տարեկան եկամուտ	1046092,31±47763,89	1885431,39±33352,75

Հավելված 2



Ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով բժշկական օգնության չդիմաձ ՏՏ-ների բաշխումն ըստ եկամուտների ենթախմբերի (ՀՀ դրամ)

Հավելված 3



Ֆինանսական խնդիրների պատճառով բուժումն ինչ-որ փուլում դադարեցրաց ՏՏ-ների բաշխումն ըստ եկամուտների ենթախմբերի

«Առողջության վրա բնակչության աղետալի ծախսերի ուսումնասիրության»
հարցաթերթիկ

**«Առողջության վրա Երևան քաղաքի բնակչության աղետալի ծախսերի
ուսումնասիրության»**

Հ Ա Ր Ց Ա Թ Ե Ր Թ Ի Կ №

1. Ծննդյան տարեթիվը _____ թ.
2. Սեռը՝ Արական ☐ Իգական ☐
3. Ձեր տնային տնտեսության անդամների թիվը _____ մարդ.
- 3.1 այդ թվում, տնային տնտեսության թոշակառու անդամներ _____ մարդ.
- 3.2 այդ թվում, տնային տնտեսության քրոնիկական հիվանդություններով տառապող անդամներ (մշտապես դեղորայք օգտագործող) _____ մարդ.
4. Տնային տնտեսության գլխավորի կրթությունը՝

Բարձրագույն ☐	Միջին մասնագիտական ☐
Միջնակարգ ☐	Այլ ☐
5. Տնային տնտեսության գլխավորը ապահովվա՞ծ է մշտական աշխատանքով՝ Այո ☐ Ոչ ☐

Չկա պատասխան ☐
- 5.1 Եթե «Այո», ապա նա աշխատում է որպես _____
- 5.2 Տնային տնտեսության քանի անդամ է մասնակցում ընտանեկան բյուջեի ձևավորմանը
_____ անդամ Չկա պատասխան ☐
6. Տնային տնտեսության ամսական եկամուտը կազմում է _____ հազար դրամ

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐ Չկա պատասխան ☐
- 6.1 Ձեր տնային տնտեսության կենսամակարդակը գնահատում եք՝

Գերազանց ☐	Լավ ☐	Բավարար ☐	Անբավարար ☐	Խիստ անբավարար ☐
-----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---

Չկա պատասխան ☐
- 6.2 Ձեր տնային տնտեսության եկամուտը բավարարու՞մ է հոգալ անհրաժեշտ բոլոր բժշկական ծախսերը՝ Այո ☐ Ոչ ☐ Մասնակի ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐
- 6.3 Ձեր տնային տնտեսության եկամուտի որ՞ մասն եք ծախսում սննդի վրա _____%

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐ Չկա պատասխան ☐

7. Ձեր բնակարանային պայմանները գնահատում եք՝

Գերազանց ☐ Լավ ☐ Բավարար ☐ Անբավարար ☐

7.1 Ձեր բնակարանը ծնունդի ջեռուցվում է՝

Լիարժեք ☐ Մասնակի ☐ Չի ջեռուցվում ☐

7.2 Ո՞րքան է կազմում Ձեր բնակարանի ամսական ջեռուցման վարձը շուրջ _____ դրամ

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

7.3 Ո՞րքան է կազմում Ձեր բնակարանի էլեկտրաէներգիայի ամսական վարձը

Ամռանը շուրջ _____ դրամ Ձմռանը շուրջ _____ դրամ

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

8. Ձեր տնային տնտեսության անդամներից որևէ մեկը հանդիսանում է սոցիալական պաշտպանության որևէ ծրագրի անդամ

Այո ☐ Ոչ ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

8.1 Եթե «Այո» խնդրում ենք նշել թե որ ծրագրի (օրինակ, Փարոս),

8.2 Բժշկական ծառայություններին դիմելիս, օգտվել էք արդյոք վերը նշված սոցիալական պաշտպանության ծրագրերից

Այո ☐ Ոչ ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐ Չկա պատասխան ☐

9. Ձեր տնային տնտեսության անդամները նախընտրում են օգտվել՝

Տեղամասային պոլիկլինիկայի ծառայություններից ☐

Մասնավոր պոլիկլինիկական բուժօգնությունների ծառայություններից ☐

Հիվանդանոցից ☐

Շտապ օգնության ծառայությունից ☐

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Այլ _____

10. Վերջին 1 տարվա ընթացքում Դուք և/կամ ձեր տնային տնտեսության անդամներից որևէ մեկը դիմել է բուժօգնություն ստանալու համար

Այո ☐ Ոչ ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

10.1 Եթե «Այո», ապա դիմել է՝

Ամբուլատոր օգնության ☐ _____ անգամ

Ստացիոնար (հիվանդանոցային) օգնության ☐ _____ անգամ

Շտապ օգնության ☐ _____ անգամ

Ատամնաբուժական օգնության ☐ _____ անգամ

10.2 Հիվանդացել են տնային տնտեսության՝

Չափահաս անդամները ☐ Անչափահաս անդամները ☐

Թոշակառու անդամները ☐ Սրացումներ քրոնիկական հիվանդություն ☐
ունեցող անդամների մոտ

Բոլորը/մի քանիսը ☐ Դժվարանում են պատասխանել ☐

10.3 Եթե, ստացել եք անհրաժեշտ բժշկական օգնությունը, ապա այն եղել է

Հիմնականում դեղորայքային ☐ Դեղորայքային և վիրաբուժական ☐

Հիմնականում վիրաբուժական ☐ Այլ _____

10.4 Եթե, ստացել եք անհրաժեշտ բժշկական օգնություն, ապա Ձեր կարծիքով, այն եղել է

Լիարժեք, նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառմամբ ☐

Լիարժեք, սակայն կիրառվել են հին տեխնոլոգիաներ ☐

Թերի ☐

Դժվարանում են պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

10.5 Խնդրում ենք նշել ինչ բժիշկ-մասնագետի եք դիմել,

_____ Դժվարանում են պատասխանել ☐

11. Եթե չեք դիմել բժշկի օգնության, խնդրում ենք նշել պատճառը, կարող եք ընտրել մի քանի տարբերակ՝

Մենք չենք հիվանդացել ☐

Առողջացել ենք առանց բժշկի միջամտության ☐

Մենք չենք վստահում բժիշկներին ☐

Մեր ֆինանսական միջոցները թույլ չեն տալիս դիմել բժշկի ☐

Դիմել ենք, սակայն ի վիճակի չենք եղել շարունակել բուժումը ☐

Դիմել ենք ժողովրդական բժշկությամբ զբաղվող մասնագետի ☐

Դիմել ենք դեղատոմս, որտեղ մեզ նշանակվել է բուժում ☐

Բուժհիմնարկները հեռու են մեր կացարանից ☐

Այլ _____

Չկա պատասխան ☐

11.1 Ձեր կարծիքով դժվար մատչելի են հատկապես, ո՞ր ծառայությունները

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ☐ Ստացիոնար-հիվանդանոցային ☐

☐ ☐

Ատամնաբուժական

Մանկաբուժական

Ծննդօգնության ☐

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

11.2 Ձեր կարծիքով բժշկական ծառայությունների արժեքները՝

Համապատասխանում են ծառայություններին և արդարացի են ☐

Չափավոր բարձր են, մատուցված ծառայությունների հետ համեմատած ☐

Թանկ են և անարդարացի ☐

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

12. Դուք և/կամ Ձեր ընտանիքի անդամները կատարել ե՞ք արդյոք որևէ վճարում մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց՝

Այո ☐ Ոչ ☐ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

12.1 Եթե այո, ապա վճարվել է _____ դրամ,

կամ _____% տնային տնտեսության ամսական եկամուտից:

12.2 Եթե «Այո», ապա վճարվել է (կարող եք ընտրել մի քանի պատասխան)

Բժշկի խորհրդատվության դիմաց ☐ Ախտորոշիչ միջամտությունների դիմաց ☐

Դեղորայքի դիմաց ☐ Հիվանդանոցային բուժման դիմաց ☐

12.3 Գումարը վճարվել է՝

Տնային տնտեսության միջոցներից ☐ Գումարը վերցվել է պարտքով ☐

Բանկային վարկի միջոցներով ☐ Վաճառվել է տնային տնտեսության գույքը ☐

Այլ _____

13. Ինչպե՞ս են անդրադարձել կատարված վճարումները տնային տնտեսության կենսամակարդակի վրա

Որևէ կերպ չեն անդրադարձել ☐

Ստիպված ենք եղել կարճատև կրճատել ծախսերը ☐

Ստիպված ենք եղել երկարատև կրճատել ծախսերը ☐

Ստիպված ենք եղել էապես փոխել ապրելակերպը և սովորույթները ☐

14. Հատկապես որ վճարումներն են բացասաբար անդրադարձել տնային տնտեսության կենսամակարդակի վրա՝

Բժիշկների ծառայությունների դիմաց ☐

Ախտորոշիչ ծառայությունների դիմաց ☐

Դեղորայքի արժեքը ☐

Տրանսպորտային ծախսերը ☐

Այլ _____

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

15. Կարո՞ղ եք նշել բժշկական ծառայությունների գումարի այն չափը, որի վճարումը էապես չի անդրադառնա Ձեր տնային տնտեսության կենսամակարդակի վրա:

Այո _____ դրամ Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

16. Դուք համարում եք, որ մարդու առողջության պահպանման հետ կապված ծախսերը պետք է հոգա՝

Պետությունը ☐

Քաղաքացիները ☐

Պետությունը և քաղաքացիները համատեղ ☐

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության հիմնադրամը ☐

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐

Չկա պատասխան ☐

17. Ձեր կարծիքով որոնք են այսօրվա առողջապահության խնդիրները

Դժվարանում եմ պատասխանել ☐ Չկա պատասխան ☐

Ֆինանսական աղետի նվազեցմանն ուղղված SS-ների դիսկի գնահատման
կողմնորոշիչ սանդղակ

«ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՂԵՏԻ ՆՎԱԶԵՑՄԱՆՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ՏՆԱՅԻՆ
ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՌԻՍԿԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՈՒ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ
ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒՂԵԳՐԵՐԻ
ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԿՈՂՄՆՈՐՈՇԻՉ ՍԱՆԴՂԱԿ»

1. Ընդհանուր դրույթներ

1.1 Նախաբան

1) Ըստ համաշխարհային վիճակագրական տվյալների միջին և ցածր եկամուտներ ունեցող երկրներում ավելի քան 5,6 մլրդ մարդ առողջության կարիքները հոգում է սեփական միջոցներից, ինչը հանգեցնում է բնակչության շարունակական աղքատացմանը և *աղետալի ծախսերի հիմնախնդրի* առաջացմանը: Դեռ ավելին, յուրաքանչյուր տարի շուրջ 150 մլն մարդ 44 մլն SS-երում բախվում են ֆինանսական աղետի երևույթին՝ առողջության պահպանմանն ուղղված ծախսերը սեփական գրպանից հոգալու պատճառով և շուրջ 25 մլն SS-ներ կամ շուրջ 100 մլն մարդ աղքատանում են բժշկական ծառայությունների համար սեփական միջոցներից վճարելու պատճառով:

2) Ֆինանսական աղետի ենթարկման շեմ է ընդունվում SS-ների տարեկան եկամուտի 10%-ի չափը, որը տնտեսությունը սեփական միջոցներից ուղղում է իր որևէ անդամի առողջության պահպանմանը և չի փոխհատուցվում:

3) Երևան քաղաքում իրականացված նպատակային հետազոտությունը վկայում է, որ տնային տնտեսությունների 1,20-2,60%-ը (շուրջ 3317-7186 SS-ներ) մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում բախվում է առողջության պահպանման հետևանքով առաջացած աղետալի ծախսերին, արդյունքում վտանգելով իրենց SS-ների բարեկեցությունը և բնականոն զարգացումը:

4) Ուստի, քանի դեռ Հայաստանում լուծված չէ առողջության պահպանման նպատակով սեփական միջոցներից կատարված վճարումների հիմնախնդիրը, ապա ինչպես մայրաքաղաքի, այնպես էլ ամբողջ հանրապետության SS-ների արդյունավետ

պաշտպանությունն աղետալի ծախսերի առաջացումից հանդիսանում է արդիական և առաջնահերթ լուծում պահանջող հանրային առողջության խնդիրներից մեկը:

1.2 Կիրառման ոլորտը

5) Սույն սանդղակը կարգավորում է տնային տնտեսությունների ֆինանսական աղետի առաջացման ռիսկի գնահատումը և արդյունքում՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ուղեգրերի տրամադրման նպատակահարմարությունն ու առաջնահերթությունը:

6) Տնային տնտեսության անդամին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ուղեգրերի տրամադրման նպատակահարմարությունն ու առաջնահերթությունը որոշվում է ռիսկի գործոնների սանդղակի գնահատման հիման վրա:

7) Ֆինանսական աղետի ռիսկի գնահատման համար անհրաժեշտ են նվազագույնը հետևյալ փաստաթղթերը.

ա) ՀՀ քաղաքացու դիմումը՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ուղեգրերի տրամադրման վերաբերյալ,

բ) տեղեկանք տնային տնտեսության թվակազմի մասին՝ տրված լիազոր մարմնի կողմից,

գ) տեղեկանք տնային տնտեսության չափահաս անդամների մշտական աշխատանքով ապահովված լինելու կամ չլինելու վերաբերյալ՝ տրված լիազոր մարմնի կողմից,

դ) տեղեկանք տնային տնտեսության եկամուտների կամ դրանց բացակայության վերաբերյալ՝ տրված լիազոր մարմնի կողմից,

ե) տեղեկանք ցուցված բժշկական միջամտության արժեքի վերաբերյալ՝ տրված համապատասխան բժշկական հաստատության կողմից,

զ) տեղեկանք ցուցված բժշկական միջամտության վերաբերյալ՝ տրված համապատասխան բժշկական հաստատության կողմից,

է) տեղեկանք տնային տնտեսությունում այլ հիվանդ անդամների առկայության վերաբերյալ՝ տրված լիազոր մարմնի կողմից:

8) քաղաքացիներից դիմումների ընդունման և պատասխանների տրամադրման կարգը որոշվում է ՀՀ օրենսդրության, գերատեսչության և Երևանի քաղաքապետարանի ներքին կանոնակարգերով:

2. Երևան քաղաքի բնակչության ֆինանսական աղետի բախման գնահատման կողմնորոշիչ սանդղակ

9) Սանդղակի գործնական կիրառումն իրականացվում է Երևան քաղաքում նպատակային հետազոտության ընթացքում ֆինանսական աղետի առաջացմանը նպաստող հավաստի ռիսկի գործոնների գնահատման հիման վրա:

10) Ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականության գնահատումն իրականացվում է սույն սանդղակի Հավելված 1-ում ներկայացված մեթոդով:

11) Գնահատման արդյունքում բարձր միավորներ հավաքած դիմումատուներին, որոնք ունեն ֆինանսական աղետի առաջացման բարձր ռիսկ՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ուղեգրերը տրամադրվում են առաջնահերթ կարգով:

12) Սույն մեթոդաբանությունը չի տարածվում սոցիալական փաթեթի շահառուներ հանդիսացող և սոցիալական փաթեթի առողջապահական փաթեթից օգտվելու իրավունք ունեցող անձանց վրա, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության համապատասխան որոշումներով պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնություն ստանալու, այդ թվում սրտի վիրահատությունների իրավունք ունեցող քաղաքացիների վրա:

«Ֆինանսական աղետի նվազեցմանն ուղղված տնային տնտեսությունների ռիսկի գնահատման ու պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ուղեգրերի տրամադրման սանդղակ»

Հավելված 1

Ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականության գնահատման
սանդղակ

1. Հիվանդի տնային տնտեսության թվային կազմը.

- ☐ 1 անդամ
- ☐ 2 անդամ
- ☐ 3-4 անդամ
- ☐ 5-6 անդամ
- ☐ 7-12 անդամ

2. Տնային տնտեսության չափահաս անդամների՝ ներառյալ գլխավորի ապահովվածությունը մշտական աշխատանքով.

☐ Այո

☐ Ոչ

3. Աղետալի ծախսերի առաջացման ռիսկի գնահատման գործակց՝ ՏՏ-ների միջին տարեկան եկամուտի և բժշկական միջամտության փոխհարաբերություն.

☐ ≥ 150

☐ 149-70

☐ 69-25

☐ 24-20

☐ ≤ 19

4. Բժշկական օգնության տեսակ.

☐ Կոնսերվատիվ՝ դեղորայքային բուժում

☐ Վիրաբուժական միջամտություն

5. Տնային տնտեսությունում հիվանդ անդամների թվային կազմը

☐ Հիվանդ է մեկ անդամ

☐ Հիվանդ են մի քանի անդամներ

«Ֆինանսական աղետի նվազեցմանն ուղղված տնային տնտեսությունների ռիսկի գնահատման ու պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ուղեգրերի տրամադրման սանդղակ»

Հավելված 2

Ֆինանսական աղետի առաջացման հավանականության գնահատման կարգ

Հավելված 1-ում ներկայացված սանդղակի յուրաքանչյուր հարցն անհրաժեշտ է գնահատել 1-5 բալանի համակարգով: Յուրաքանչյուր պատասխանի առաջին տարբերակը գնահատվում է 1 բալ, երկրորդը՝ համապատասխանաբար՝ 2, երրորդը՝ 3, չորրորդը՝ 4 և հինգերորդը՝ 5 բալ:

SS-ների ֆինանսական աղետի ենթարկվելու ռիսկը գնահատվում է բալերի պարզ հանրագումարի միջոցով, արդյունքներով՝ 5-10 բալ հավաքած դիմումատուների ֆինանսական աղետի ենթարկվելու հավանականությունը գնահատվում է ցածր, 11-14 բալ հավաքած դիմումատուներին՝ միջին և 15-16 բալ հավաքած դիմումատուներին՝ բարձր:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ստանալու առաջնահերթությունը նպատակահարմար է տալ 15-16 բալ հավաքած դիմումատուների դիմումներին:»