

ԳՐԻԳՈՐ ՂԱՐԻՔՅԱՆ

*ՀՀ ԳԱԱ թղթակից անդամ, ՀՀ գիտության
վաստակավոր գործիչ,
տնտեսագիտության դոկտոր,
ԵՊՀ տնտեսագիտության տեսության ամբիոնի պրոֆեսոր*

ՄԱՐԳԱՐԻՏԱ ԵՂԻՎՋԱՐՅԱՆ

*տնտեսագիտության թեկնածու,
ԵՊՀ տնտեսագիտության տեսության ամբիոնի դոցենտ,
էլ. փոստ՝ a.martirosyan@bku.ru*

ՌԱԶՄԻԿ ԻՍԱԿՅԱՆ

*ԵՊՀ տնտեսագիտության տեսության ամբիոնի ասպիրանտ,
էլ. փոստ՝ isahakyanrazmik@mail.ru*

**ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ ՄԱՐԴԿԱՅԻՆ ԿԱՊԻՏԱԼԻ ԲԱՂԱԴՐԱՄԱՍ.
ԿՈՐՈՒՄՏՆԵՐԸ ԵՎ ԿԱՆԽՄԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

Առողջությունը մարդկային կապիտալի գոյության հիմքն է, հասարակության սոցիալ-տնտեսական զարգացման շատ կարևոր պայմանը: Դեռևս Մարշալը գրել է. «Բնակչության ուժն ու առողջությունը արտադրողականության հիմքն են, որից կախված է նյութական հարստության ստեղծումը, երբ իր հերթին նյութական հարստությունն է օգտագործվում խելամիտ, ապա նրա գլխավոր նշանակությունն այն է, որ վերջինս ավելացնում է մարդկային ցեղի ուժն ու առողջությունը՝ ֆիզիկական, մտավոր և բարոյական»¹: Առողջությունը մարդկային կապիտալի առաջին և գլխավոր պայմանն է: Առանց առողջության պաշարի մարդկային կապիտալը արդյունավետ գործել և իր ֆունկցիոնալ դերը իրագործել չի կարող:

Բնակչության առողջությունը ձևավորվում, կայանում և պահպանվում է հասարակության սոցիալական բազմաբովանդակ կյանքի բազմաստիճան համակարգում: Այն սկսվում է մարդու ծնունդից և մինչև վերջ ընթանում է ընտանիքում, նախադպրոցական հաստատություններում (մսուր-մանկապարտեզ), հանրակրթական դպրոցներում, միջին և բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում, աշխատանքային կոլեկտիվում և վերջապես, որը և ամենակարևորն է, առողջապահության համակարգի արդյունավետ գործունեությունում:

Մարդկային զարգացման համաթվում գլխավոր ցուցանիշը կյանքի տևողությունն է, սակայն միաժամանակ նկատի է առնվում, որ մարդու հնարավորությունների ու ազատությունների ընդլայնման տեսանկյունից կարևոր է ոչ միայն կյանքի տևողությունը, այլև նրա առողջ ընթացքը, քանի որ հիվանդությունները խոչընդոտում ու սահմանափակում են մարդու ինքնահաստատման ու ինքնաիրացման հնարավորությունները: Այս առումով առողջական կարիքների բավարարումը հիմնարար նշանակություն ունի մարդկային զարգացման համար և ա-

¹ Маршалл А., Принципы экономической науки / М., 1993, с. 268.

առողջապահական համակարգի խնդիրը ոչ միայն հիվանդությունների բուժումը պետք է լինի, այլև առաջին հերթին դրանց կանխարգելումը, քանի որ հիվանդությունն ինքն արդեն իսկ հնարավորության սահմանափակում է: Ընդ որում հիվանդությունների կանխարգելման արդյունավետության հասարակական, այդ թվում՝ և տնտեսական արժեքը մեծ է հատկապես ծանր և վտանգավոր հիվանդությունների կանխարգելման պարագաներում: Պատահական չէ, որ Եվրամիությունում և ԱՄՆ-ում առողջապահության համակարգում շեշտը դրվում է հիվանդությունների, մասնավորապես՝ դարի վտանգավոր հիվանդությունների շուտ բացահայտման և կանխարգելման վրա:

Առողջապահական ժամանակակից համակարգերը զարգացած բարդ համակարգեր են: Դրանք բարձրարժեք և ծախսատար համակարգեր են: Դրանով է բացատրվում բուժման մեծ արժեքը: Սակայն, որքան էլ թանկ լինի բուժումը, սոցիալական, ինչպես նաև տնտեսական տեսակետից, հասարակությունը շահում է, քանի որ ոչ միայն փրկվում է մարդը, այլև մեծ արտադրողականությամբ օժտված մարդկային կապիտալը:

Առողջապահության համակարգն իր մեջ ընդգրկում է մարդու գոյատևման և վերարտադրության համար անհրաժեշտ կացարանային, գոյատևման բոլոր կենսապայմանները, մարդու ծննդից սկսած նրա պահպանման, կայացման մինչ դպրոցական և ընդհանուր կրթական ու դաստիարակչական, մասնագիտական կրթության աշխատանքային գործունեության և կենսաթոշակային տարիքի ծառայությունները: Ընդ որում՝ այդ բարդ համակարգում, բոլոր ժամանակների համար ելակետային են մարդու ապրելու կացարանային (բնակարանային) բնութագրիչները: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ այլ հավասար պայմաններում կորելացիոն ուղղակի կախվածություն գոյություն ունի տնային տնտեսության կացարանային պայմանների ու նրա անդամների առողջական վիճակի միջև: Պատահական չէ, որ ժամանակակից սոցիոլոգիական վիճակագրությունը բնակչության առողջապահական վիճակի և խնդիրների ուսումնասիրությունը սկսում է տնային տնտեսությունների կացարանային բնութագրիչների հետազոտությունից: Այն հանգամանորեն իրականացվել է Հայաստանի ազգային վիճակագրության բոլոր տարեգրքերում՝ «Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի» հետազոտությունում (2012 թ.):

Տնային տնտեսությունների կացարանային բնութագրիչների կազմում շատ կարևոր տեղ ունի երկրի բնակարանային ֆոնդը: Ըստ վիճակագրական ծառայության մեթոդաբանության՝ «բնակարանային ֆոնդը բոլոր բնակարանների ամբողջությունն է, անկախ սեփականության ձևերից, ներառյալ բնակելի տները, մասնագիտացված տները (հանրակացարանները), ապաստարանները, միայնակների և ծերերի համար հատուկ տները, մանկատները, հաշմանդամների, վետերանների համար գիշերօթիկ տները, գիշերօթիկ դպրոցները, բնակարանները, ծառայողական բնակելի շենքերը և այլ շինություններ բնակվելու համար»:

Բնակելի ֆոնդի մեջ հաշվի չեն առնվում ամառանոցները, սպորտային և տուրիստական բազաները, հանգստյան տները, պանսիոնատները, հյուրանոցները և այլն¹:

¹ Տե՛ս Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք. 2012, Երևան, 2013, էջ 187:

Աղյուսակ 1

Բնակարանային ֆոնդը Հայաստանի Հանրապետությունում
(տարեվերջին)

	2007	2008	2009	2010	2011
Ամբողջ բնակարանային ֆոնդի ընդհանուր մակերեսը	84463	84985	86493	88634	92528
այդ թվում՝					
քաղաքային	44396	44709	45673	47206	49627
գյուղական	40067	40276	40820	41428	42971
Բնակչության միջին ապահովվածությունը մեկ բնակչի հաշվով, մ ² ընդհանուր մակերես, ընդամենը	26.2	26.3	26.7	27.2	28.3
այդ թվում՝					
քաղաքներում	21.5	21.6	22.0	22.6	23.7
գյուղերում	34.6	34.6	35.0	35.4	36.5

Աղբյուրը՝ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք. 2012, Երևան, 2013, էջ 189:

Անդրադառնանք կացարանային բնութագրիչներին: Դրանցից առաջինը խմելու ջրով ապահովվածությունն է: Հետազոտությունից պարզվում է, որ Հայաստանում տասը տնային տնտեսություններից իննունը առկա է ջրի կենտրոնացված մատակարարում դեպի կացարան: Քաղաքային բնակավայրերում 2010 թվականին տնային տնտեսությունների 97.1%-ը, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 79.8 %-ը կացարանում ունեն ջրի ծորակ: Ընդհանուր առմամբ Հայաստանի տնային տնտեսությունների 95%-ը օգտվում է խմելու ջրի ապահով աղբյուրից¹:

Տնային տնտեսությունների մեծամասնությունն ունի բավարար հիգիենիկ-սանիտարական պայմաններ: Տասը տնային տնտեսություններից յոթն օգտվում են դեպի կոյուղի տանող զուգարաններից, և 8%-ը օգտվում է փոսի ձևով սալիկապատ զուգարանից²:

Տնային տնտեսության անդամների մեծ մասը ձեռքերը լվանում է օճառով և ջրով:

Բոլոր տնային տնտեսություններն ունեն էլեկտրականություն և բնական գազ՝ կերակուր պատրաստելու և ընտանիքի այլ կարիքները բավարարելու համար:

Հայաստանի տնային տնտեսությունների 98%-ն ունի գունավոր հեռուստացույց, 92%-ը՝ սառնարան, 81%-ը՝ վազքի մեքենա, 87%-ը՝ բջջային հեռախոս, իսկ 78%-ը՝ ոչ բջջային հեռախոս³:

Հայաստանի տնային տնտեսությունների 42%-ն ունի գյուղատնտեսական նշանակության սեփական հողատարածք, իսկ 22%-ը՝ գյուղատնտեսական նշանակության սեփական անասուններ: Ինչպես քաղաքում, այնպես էլ գյուղերում

¹ Տե՛ս Հայաստան. Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2010, «Տնային տնտեսությունների կազմը և կացարանային բնութագրիչները», էջ 50-57:

² Տե՛ս նույն տեղում, էջ 53:

³ Տե՛ս նույն տեղում, էջ 57:

տնային տնտեսություններն ունեն բավականին շատ երկարատև օգտագործման ունեցվածք (պարագաներ):

Ի տարբերություն քաղաքային բնակավայրերի տնային տնտեսությունների՝ գյուղական բնակավայրերի տնային տնտեսություններն ավելի հակված են սեփական ավտոմեքենա կամ տրակտոր ունենալուն (համապատասխանաբար 27% և 33%):

Բնակչության առողջական մակարդակի վրա ազդող շատ կարևոր ցուցանիշ է տնային տնտեսությունների բարեկեցության մակարդակը: Բնակչության բարեկեցության մակարդակների չափումը կապված է տնային տնտեսության եկամուտների, առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մատչելիության հետ, և տարբերակվում են բարեկեցության հինգ մակարդակներ: Այսպես՝ ըստ այդ հաշվարկների՝ գյուղական բնակչության 81%-ը գտնվում է ամենացածր բարեկեցության մակարդակներում: Ի տարբերություն այդ ցուցանիշի՝ քաղաքային բնակավայրերի տասը բնակիչներից վեցը գտնվում են բարեկեցության բարձր կամ ամենաբարձր մակարդակներում (60%)¹: Նաև դրանով է բացատրվում գյուղական բնակչության առողջության համեմատաբար ցածր մակարդակը:

Տնային տնտեսությունների կացարանային բնութագրիչները և բարեկեցության մակարդակները ոչ միայն զգալի չափերով պայմանավորում են մարդկանց առողջության մակարդակը, այլև ազդում են բնակչության վերարտադրության վրա: Քանի որ տղամարդիկ հակված են ուշ ամուսնության, ուստի, ի տարբերություն 15-49 տարեկան երբևէ չամուսնացած կանանց 32%-ի, հարցման մասնակից տղամարդկանց 45%-ն ամուսնացած չի եղել: Ավելին՝ երբևէ չամուսնացած տղամարդկանց մասնաբաժինը վերջին տարիների ընթացքում կտրուկ աճել է՝ կազմելով 2000 թ. 31% ցուցանիշի փոխարեն 45%՝ 2010 թ., որը չէր կարող բացասաբար չանդրադառնալ ծնելիության գործակցի վրա և չկասեցնել բնակչության՝ մարդկային կապիտալի աճի տեմպերը:

Բնակչության և դրանով պայմանավորված մարդկային կապիտալի վերարտադրության տեմպերի վրա ազդող հիմնական գործոնը ծնելիության միտումներն են, որի բացահայտման մեթոդներից է ԾՏԳ-ների (ծնելիության տարիքային գործակից) ուսումնասիրությունը:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ՀՀ-ում վերջին 20 տարիներին պտղաբերությունը նվազել է: 20-24 տարիքային խմբի ԾՏԳ-ն կազմում է 209 ծնունդ 1000 կնոջ հաշվով (հարցմանը նախորդած 15-19 տարիների ժամանակահատվածում), իսկ վերջին 4 տարիների ընթացքում այդ գործակիցը նվազել է 34%-ով՝ կազմելով 138 ծնունդ 1000 կնոջ հաշվով: Նույն ժամանակահատվածի կտրվածքով 15-19 տարիքային խմբի կանանց ԾՏԳ-ը կազմել է 83 ծնունդ 1000 կնոջ հաշվով՝ հարցմանը նախորդած 15-19 տարիներ առաջ, իսկ վերջին 4 տարիների ընթացքում այդ գործակիցը նվազել է 66%-ով՝ կազմելով 28 ծնունդ 1000 կնոջ հաշվով²:

Ծնելիության տարիքային գործակցի այդ վտանգավոր միտումն առաջ է բերել մարդկային կապիտալի կորստի նոր ալիք: Առաջանում է միտում, ըստ որի՝ ծնվողների թիվն ավելի արագ է փոքրանում մեռնողների թվից: Դա հանգեցնում է

¹ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2010, էջ 59:

² Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2010, էջ 123:

բնակչության թվաքանակի բացարձակ կրճատման, մարդկային կապիտալի բացարձակ կորստի:

Ծնելիության տարիքային գործակցի նման անկման միտումը շատ անհանգստացնող է, և պահանջվում է իշխանություններից հակազդող լուրջ միջոցառումներ, հակառակ դեպքում, բացի արտագաղթից, մարդկային կապիտալի կորուստները կմեծանան նաև ծննդաբերության կրճատման կորուստներով, և հեռանկարը կլինի աղետալի:

Պետք է նշել, որ վերջին տարիներին իշխանությունները մի շարք միջոցառումներ են իրականացնել ծննդաբերության անկման միտումներին հակազդելու համար: Այսպես՝ Հայաստանում մայրերի 99%-ը ստացել է նախածննդային խնամք: Հարցման արդյունքում չորս կանանցից երեքը (74%) նշել են, որ նրանք ունեցել են անվճար նախածննդային խնամք ստանալու իրավունք, իսկ կեսից ավելին (53%) նշել են նաև անվճար դեղորայք ստանալու իրավասության մասին: Այդ բոլորով հանդերձ՝ անվճար ծննդաբերությունը դեռևս ցանկալի՝ 100%-ի մակարդակին չի հասել: Հարցումները ցույց են տալիս, որ հինգ կանանցից մեկը (21%) վճարել է իր նախածննդյան այցելության ժամանակ: Այս կանանց 84%-ը տրված գումարը նշել է ՀՀ դրամով: Տասը կանանցից երեքը (29%) վճարել է 1000-5000 ՀՀ դրամ, իսկ 20%-ը՝ շուրջ 6000-10000 ՀՀ դրամ: Կանանց մեծամասնությունը (60%) վճարել է լաբորատոր-գործիքային հետազոտության համար և այլն:

Արտագաղթի, ծնունդների թվի անկման միտումի պայմաններում ծնունդների ժամանակ վերը նշված կոռուպցիոն ռիսկերը, հատկապես շատ ծննդաբերող ոչ ապահով խավի համար ծանր հաղթահարելի խոչընդոտներ են, որոնք բոլոր միջոցներով՝ թե՛ բժիշկների վարձատրությունն ավելացնելու և թե՛ օրենքի գերակայության ուժով արգելելու ճանապարհներով պետք է խսպառ վերացվեն: Անվճարունակ խավն է շատ ծննդաբերում, և նրան օգնելու, սատարելու փոխարեն նրանք նորից հայտնվում են կոռուպցիոն ճիրաններում:

Մարդկային կապիտալի բնական վերարտադրության համակարգում հատկապես կարևորվում է մանկական (0-1 տարեկան) և մինչև 6 տարեկան երեխաների մահացությունը: 1988 թ. երկրաշարժի, տնտեսական շրջափակման և Ղարաբաղյան հակամարտության սրման, մասնավորապես Արցախյան ազատագրական պատերազմի և հատկապես ԽՍՀՄ փլուզման ու անցումային տնտեսության սոցիալական կաթվածահար պայմաններում մանկական մահացությունը հասել էր բարձր մակարդակի:

Հայաստանում 1996 թ-ից ի վեր առկա է մանկական մահացության ցուցանիշների կայուն և շարունակական նվազման միտում: Այսպես՝ ՀԺՄՀ 2000 թ. արդյունքներով՝ 1996-2000 թթ. մանկական մահացության ցուցանիշը կազմել է 36՝ 1000 կենդանածին երեխայի հաշվով: ՀԺՄՀ 2005 թ-ի արդյունքներով՝ տվյալ ցուցանիշը նվազել և կազմել է 26՝ 1000 կենդանածին երեխայի հաշվով: ՀԺՄՀ 2010 թ-ի տվյալներով՝ այն ավելի է նվազել և կազմել է 13 մահ՝ 1000 կենդանածին երեխայի հաշվով 2006-2010 թթ. կտրվածքով¹:

¹ Տես ինտերնետ-տեղեկատվություն, Մանկական (0-1 տարեկան) և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն, էջ 191:

Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության նվազման միտումը, անշուշտ, պայմանավորված է 1994 թ. ի վեր ՀՀ ԱՆ-ի (Առողջապահության նախարարություն) կողմից իրականացվող այդ տարիքի երեխաների առողջության պահպանման և բարելավման արդյունավետ միջոցառումներով և վերջին տարիներին ներդրված ծննդաբերության պետական հավաստագրի ծրագրի իրականացումով: Ընդգծելով այդ ոլորտի առաջընթացը և իշխանությունների արդյունավետ, նպատակասլաց ու հետևողական աշխատանքը՝ պետք է հասնել նրան, որ ավելի իջնի մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը: Սակայն ամբողջությամբ վերցրած՝ առողջապահության ոլորտն ունի լուրջ խնդիրներ, որոնք բարեփոխումների կարիք ունեն:

Անշուշտ ոլորտի բարեփոխումների ցածր արդյունավետությունը ամենից առաջ պայմանավորված է համակարգված քաղաքականության, ինչպես նաև ֆինանսական հոսքերի արդյունավետ կառավարման բացակայությամբ: Ներդրված է պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը: Առողջապահության ոլորտում ոչ բավարար ներդրումների պատճառով աճել են կոռուպցիան և ստվերային շրջանառությունը: Հասարակության մեծամասնության համար բժշկական վճարովի ծառայությունները դժվար հասանելի են: Այս ամենը նպաստեց բնակչության առողջության վատթարացմանը, ինչն էլ հանգեցրեց մարդկային կապիտալի լուրջ կորուստների: Դա իր արտացոլումն է գտել ստորև բերվող աղյուսակում:

Աղյուսակ 2

ՀՀ առողջապահության հիմնական ցուցանիշները

	1997	2001	2005	2009	2011
Բոլոր մասնագիտությունների բժիշկների թիվը	13023	11498	12307	13177	13490
Հիվանդանոցների թիվը	178	142	145	127	130
Հիվանդանոցներում մահճակալների թիվը	25560	16157	14353	12068	12236
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների թիվը	497	460	458	487	506
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկաներ հաճախողների թվաքանակը	45561	39347	39236	38783	38734
Շտապ բուժօգնության կայանների թիվը	45	46	58	100	104
Անձանց թվաքանակը, որոնց ցույց է տրվել բուժօգնություն, հազ. մարդ	361.5	281.4	351.3	401.2	
Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը 10.000 բնակչի հաշվով	64.4	53.9	44.6	37.1	37.4
Բժիշկների թվաքանակը 10.000 բնակչի հաշվով	33.3	32.3	28.9	40.6	41.2
Մաճկալների տարեկան միջին զբաղվածությունը (օր)	141	136	171	185	190

Աղբյուրը՝ Հայաստանի վիճակագրական տարեգրքերի 1999, 2005, 2009 և 2011 թվականների նյութերը, ՀՀ ԱԿԾ, ՀՀ առողջապահության նախարարության նյութեր:

Աղյուսակի տվյալները վկայում են, որ վերջին 10-12 տարիներին ՀՀ առողջապահական համակարգը բնութագրող հիմնական ցուցանիշներն ունեցել են նվազման միտում: Այսպես՝ նվազել է ինչպես հիվանդանոցների, այնպես էլ դրանցում բուժում ստացողների թիվը: Դա չի նշանակում, որ նվազել է հիվանդությունների և հիվանդացողների թիվը: Հակառակը՝ ներկայումս արձանագրվող ինչպես ժողովրդագրական, այնպես էլ ամբողջությամբ վերցրած առողջապահական ոլորտի բնութագրող ցուցանիշները և դրանց միտումները մտահոգիչ են:

Ծնելիության գումարային գործակիցը 2010-2011 թթ. կազմել է 1.6: Այս ցուցանիշը ցածր է բնակչության բնական վերարտադրությունն ապահովող ծնելիության գործակիցից: Եթե մինչև 1990 թ. ծնելիության գումարային գործակիցը, այսինքն՝ մեկ կնոջ կողմից իր կյանքի ընթացքում ծնած երեխաների միջին թիվն, ապահովում էր բնակչության ընդլայնված վերարտադրությունը և տատանվում էր 2.2-2.3 շրջանակներում, ապա 1990 թ. հետո այն կտրուկ նվազեց և 1995-2011 թթ. գտնվում է 1.2-1.6 սահմաններում, որը չի ապահովում ոչ միայն ընդլայնված, այլև պարզ վերարտադրություն: Ծնելիության մակարդակի անկման վրա ազդեցությունն են ունեցել նաև բնակչության ընտանեկան դրությունում տեղի ունեցած փոփոխությունները՝ 1988 թվականից մինչ այժմ հանրապետությունում գրանցվել են 3 անգամ ավելի քիչ ամուսնություններ և 6 անգամ ավելի ամուսնալուծություններ: Եթե ամուսնությունների, ամուսնալուծությունների և ծնելիության վերը նշված միտումները պահպանվեն, ապա արտագաղթի ժամանակակից ահռելի ծավալների պայմաններում, մասնագետների կարծիքով, արդեն 20 տարի հետո ՀՀ բնակչությունը կկազմի ընդամենը մոտ 1 միլիոն 200 հազար մարդ:

Սոցիալական կարևորագույն նշանակություն ունեցող այնպիսի հիվանդություններ, ինչպիսիք են սիրտանոթային համակարգի հիվանդությունները, չարորակ նորագոյացությունները, շարունակում են առաջնային տեղեր զբաղեցնել ընդհանուր մահացության կառուցվածքում, ընդ որում՝ տարեցտարի նկատվում է դրանց շարունակական աճի միտում: Սրանք այն հիվանդություններն են, որոնք վաղ կանխորոշման և զգալի ֆինանսական միջոցների առկայության դեպքում կարող են բուժվել: Իսկ եթե ավելացնենք նաև այն, որ բնակչության շրջանում հիվանդությունների տարիքը երիտասարդացել է, ապա կարելի է նշել, որ վերջինիս բացասական ազդեցությունը կարող է ունենալ բազմարկչի էֆեկտ մարդկային կապիտալի կորուստների վրա: Ըստ հիվանդությունների խմբերի հիվանդացության վիճակը արտացոլող ստորև բերվող աղյուսակը վերը շարադրվածի արտացոլումն է:

Աղյուսակ 3

**Հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի
(100 հազ. բնակչի հաշվով)**

	2005	2008	2009	2011
Առաջին անգամ բացահայտված ախտորոշումով գրանցված հիվանդությունների քանակը	19814.6	24759.3	27682.2	27659.2
այդ թվում՝ տարափոխիկ և մակաբույծ հիվանդություններ	1796.0	2146.8	2241.5	2628.9
նորագոյացություններ	216.7	264.8	279.7	293.1

արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	247.9	307.6	329.0	340.0
հոգեկան խանգարումներ	177.2	232.3	243.6	278.4
նյարդային համակարգի և զգայական օրգանների հիվանդություններ	1819.2	2935.8	2990.1	3383.3
արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1092.9	1309.9	1497.6	1716.2
շնչառական օրգանների հիվանդություններ	8695.1	10090.2	12682.7	11017.5

Աղբյուրը՝ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 2010, 77 ԱԿԾ, 2010, էջ 164:

Առողջապահության ծառայություններից բնակչության օգտվելու աստիճանը բավականին ցածր է, հատկապես գյուղական բնակավայրերում և աղքատ բնակչության շրջանում: Առողջապահական ծառայությունների օգտագործման ցածր աստիճանի մասին են վկայում տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությունների տվյալները: 2010 թ. հետազոտության արդյունքներով՝ հիվանդացության դեպքում բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման է դիմել համապատասխան բնակչության շուրջ 38 տոկոսը: Միևնույն ժամանակ, թեև ըստ բնակչության բարեկեցության խմբերի համապատասխան ցուցանիշների միջև շեղումները հարաբերականորեն կրճատվել են, այդուհանդերձ այդ տարբերությունները շարունակում են նշանակալի մնալ (տես Աղյուսակ 4):

Աղյուսակ 4

Հիվանդացության ժամանակ բժշկական խորհրդատվության կամ բուժման դիմած բնակչության մասնաբաժինը՝ ըստ բնակության վայրի և բարեկեցության աստիճանի (տոկոս)

	2008	2010
Ընդամենը	25.2	37.9
ք. Երևան	31.6	40.7
Այլ քաղաքներ	21.1	37.6
Գյուղական բնակավայրեր	21.4	35.3
Ոչ աղքատներ	28.0	41.6
Աղքատ	17.0	30.0
Ծայրահեղ աղքատ	9.0	24.1

Աղբյուրը՝ 77 ազգային վիճակագրական ծառայություն (SS4Ա7 2008 թ., SS4Ա7 2010 թ.)

Ըստ փորձագետների՝ առողջապահության մատչելիության անկման հետևանքով մարդիկ հաճախ դիմում են բժշկի ծայրահեղ վիճակներում (հարցվածների 70.0%-ը): Ըստ այդմ՝ մարդիկ, հաճախ ունենալով տարբեր կարգի առողջապահական խնդիրներ, խուսափում են բժշկի դիմելուց և դիմում են միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում, երբ արդեն հիվանդի վիճակն էլ ավելի

շատ խորացած է լինում: Նման իրավիճակներում բուժման գործընթացն էլ ավելի երկար ու ծախսատար է լինում և դրա արդյունավետությունը ցածր է: Տարածված է նաև այն կարծիքը (12.5%), որ մարդիկ դիմում են ավստրոշման, սակայն դրանից հետո խուսափում են բժշկի դիմելուց կամ փորձում են տնայնագործական եղանակներով բուժվել: Բնական է, որ լուրջ հիվանդությունների դեպքում նման առողջապահական վարքը հանգեցնում է հիվանդության էլ ավելի խորացման, նոր բարդությունների առաջացման, բուժման ավելի դժվարացման և արդյունքում՝ մարդկային կապիտալի կորուստների: Այն փաստը, որ Հայաստանը ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային ծառայությունների օգտագործման դիտարկվող ցուցանիշներով 2-2.5 անգամ գիջում է ԱՊՀ և ԵՄ նորանդամ երկրներից, դրա հաստատումն է:

Բավականին ցածր են նաև առողջապահական անհրաժեշտ ծառայությունների համար բնակչության վճարունակ կարողությունները: Փորձագիտական տվյալները ցույց են տալիս, որ բնակչության մեջ մեծամասնությունն են կազմում այնպիսի սոցիալական խմբերը, որոնց առողջապահական ծախսերի հնարավորությունները չափազանց փոքր են: Արդյունքում՝ տարեց տարի նվազում են տնային տնտեսությունների կողմից բժշկական ծառայությունների դիմաց տրվող գումարները: Այսպես՝ ըստ 2011 թ. ՏՏԿԱՀ ստացված տվյալների՝ բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարված ծախսերը կազմել են տնային տնտեսությունների ծառայությունների վրա կատարված ծախսերի ընդամենը 7.6 տոկոսը՝ 2009 թ. 11.2%-ի դիմաց: Փաստորեն, առողջապահությանը ուղղված ծախսերը մեկ շնչի հաշվով տարեցտարի կրճատվում են. եթե 2009 թ. կազմում էին միջինում ամսական 888 դրամ, ապա 2011 թ.՝ 686 դրամ: Հասկանալի է, որ դրանով հիվանդը չի փրկվի: Վիճակը ավելի վատ է հանրապետության գյուղերում, որտեղ գյուղի բնակիչը մեկ ամսում առողջապահության վրա ծախսում է միջինում 537 դրամ¹: Առողջապահության համար կատարվող մեծ ծախսերի հետևանքով տնային տնտեսությունները կարող են հայտնվել աղքատության գծից ներքև: Տնային տնտեսությունների հարցման արդյունքում պարզվել է, որ Հայաստանի տնային տնտեսությունների 6 տոկոսն աղքատ է դարձել առողջապահության համար գրգռանքից ծախսեր կատարելու հետևանքով, ինչը նկատելիորեն բարձր է տարածաշրջանի և աշխարհի մյուս երկրների մեծ մասի համեմատ²:

Այդ փաստերն ընդգծում են անվճար բժշկական փաթեթի կարևորությունը, հատկապես աղքատ սպառողների համար: Ուստի, հաշվի առնելով, որ այն կապված է ընտանեկան նպաստ ստանալու հետ, կարևորվում է ոչ միայն նպաստի հասցեականության ապահովումը, այլև աղքատների և ծայրահեղ աղքատների ընդգրկվածության բարձր աստիճանը:

Պատմականորեն և տրամաբանորեն առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման առաջնային աղբյուր է պետական բյուջեն: Ներկայումս համակարգը ֆինանսավորվում է ինչպես տեղական (պետական բյուջեն և բնակչության կողմից կատարվող վճարումները), այնպես էլ միջազգային աղբյուրներից (մարդասիրական օգնությունները, միջազգային ծրագրերը և այլն):

¹ Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2012, էջ 133-134:

² Ը. Ջնդոյան, Ֆինանսական հոսքերի արդյունավետությունը ՀՀ առողջապահության ոլորտում, ԵՊՀ տնտեսագիտության ֆակուլտետ, Տարեգիրք 2012, էջ 187:

ՀՀ-ում մասնավոր ֆինանսական միջոցների սղության (բնակչության 36 տոկոսը աղքատ է), բժշկական ծառայությունների բարձր վճարների պայմաններում էական դեր են կատարում պետական բյուջեով պետության կողմից կատարվող ծախսերը: Սակայն առողջապահական համակարգին հատկացված պետական ծախսերը բավարար չեն համակարգի և բնակչության առողջապահական կարիքները նորմալ հոգալու համար: Այսպես՝ 2005 թ. առողջապահության ոլորտին ուղղված ծախսերը կազմել են համախմբված բյուջեի ծախսերի ընդամենը 6.4 տոկոսը, 2006 թ.՝ 7.0 տոկոսը, 2007 թ. 6.3 տոկոսը, 2008 թ.՝ 6.0 տոկոս 2010-2011 թթ. մնացել է գրեթե անփոփոխ՝ մոտ 6.3 տոկոսի սահմաններում: **Միևնույն ժամանակ այս ծախսերը երբևէ չեն գեևազանցել ՀՆԱ-ի 1.5 տոկոսը:** Ծախսերի նման մակարդակը ամենացածրերից մեկն է աշխարհում և շուրջ չորս անգամ զիջում է ԵՄ անդամ երկրների համապատասխան ցուցանիշին՝ կազմելով ԱՊՀ անդամ երկրների միջինի շուրջ կեսը¹: ՀՀ-ում առողջապահության մեջ կատարվող ընդհանուր ծախսերում պետության ծախսերի տեսակարար կշիռը կազմում է ընդամենը 24.4% (Շվեդիայում՝ 85%, Ավստրիայում՝ 75%, Հունաստանում՝ 53%, Դանիայում՝ 82%, Բելգիայում՝ 71.1%), իսկ մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը 68.7% (Շվեդիայում՝ 15.1%, Դանիայում՝ 17.1%, Ավստրիայում՝ 24.4%, Բելգիայում՝ 28.9%, Հունաստանում՝ 47.2%)²: Ուստի առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մակարդակի ավելացումը պետք է հանդիսանա պետական սոցիալական քաղաքականության առաջնահերթ խնդիրներից մեկը:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գնահատականների՝ Հայաստանում առողջապահության ոլորտում կատարվող **մասնավոր ծախսերի մակարդակը բավականին բարձր է** (ՀՆԱ-ի նկատմամբ շուրջ 4 տոկոս), զարգացած երկրներից զիջում է միայն ԱՄՆ-ին և Շվեյցարիային: 2004 թ. օրենսդրության մեջ կատարված փոփոխությունների արդյունքում ՀՀ-ում գործում է նաև մասնավոր կամավոր բժշկական ապահովագրության ինստիտուտը, սակայն 2009 թ. ապահովագրության միջոցով կատարված առողջապահական ծախսերը կազմել են ընդհանուր մասնավոր ծախսերի ընդամենը 0.4 տոկոսը³: Ընդհանուր առմամբ Հայաստանում առողջապահության ընդհանուր ծախսերն աշխարհի ցածր և միջին եկամտով երկրներում հանդիպող ցուցանիշների շրջակայքում են: Գրեթե բոլոր ցածր և միջին եկամտով երկրները ընդհանուր առմամբ (**պետական և մասնավոր**) իրենց ՀՆԱ-ի մոտ 4-8%-ն են ծախսում առողջապահության ոլորտում: Հայաստանում առողջապահության ծախսերը կազմում են ՀՆԱ-ի շուրջ 4.6%-ը:

Այս բոլորով հանդերձ՝ Հայաստանի Հանրապետությունում այս ոլորտում կան նաև նվաճումներ: Այսպես՝ 2011 թ. կյանքի սպասվող տևողությունը, ծնվելու պահից՝ կազմել է 74.2 տարի, որն ավելի բարձր ցուցանիշ է, քան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ երկրներում, այդ թվում՝ տղամարդկանց մոտ՝ 70.7 իսկ կանանց մոտ՝ 77.5 տարի: Այդ երկու ցուցանիշներն էլ գերազանցել են

¹ Տե՛ս **Գ. Ղարիբյան, Ա. Հակոբջանյան**, Բնակչության եկամուտների բաշխման և վերաբաշխման հարաբերությունները Հայաստանի Հանրապետության անցումային տնտեսությունում, Երևան, 2011 թ., էջ 95:

² ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվների 2006 թ. զեկույց, ՀՀ ԱԾԻԳ, Եր., 2007 (www.who.int):

³ ԱՀԿ, 2011 թ.:

1990թ.-ին գրանցված համապատասխան մակարդակները: Ծնվելուց հետո մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշները, ինչպես նշել ենք, նշանակալիորեն նվազել են: Միևնույն ժամանակ կա կարծիք, որ կյանքի սպասվող տևողությունը ՀՀ-ում բարձր է ի հաշիվ ԽՍՀՄ-ի կազմում մեծացած և բժշկական ծառայություններից օգտված տարեցների հաշվին: Եթե պահպանվեն առողջապահության համակարգի արդի ցուցանիշները, ապա մոտ 20 տարի հետո կյանքի սպասվող տևողությունը կտրուկ կնվազի:

Առողջապահության ոլորտում դրական փոփոխությունների շարքին են դասվում նաև հետևյալ ծրագրերը.

1) 2011 թ. փետրվարի 1-ից հանրապետությունում ներդրված, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների փոխհատուցման համավճարային համակարգը, որը տարածվում է անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծրագրերի վրա,

2) 0-7 տարեկան երեխաներին անվճար բուժօգնության ցուցաբերման ծրագիրը,

3) Անվճար ծննդօգնության ցուցաբերման ծրագիրը,

4) Սոցիալապես անապահով խավերին անվճար բուժօգնության և դեղորայքի հատկացման ծրագիրը:

Եիշտ է, հատկապես սոցիալական նպաստառուներին անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության ու համավճարային բուժօգնության ծրագրերի հետ կապված կան վարչարարական, կոռուպցիոն ու տեղեկատվական բնույթի խոչընդոտներ, որոնք նվազեցնում են այդ ծրագրերի արդյունավետությունը: Լուրջ հիվանդությունների դեպքում մարդիկ հաճախ չեն վստահում անվճար ծառայության որակին և պատշաճ մակարդակի բուժօգնություն ստանալու համար իրականացնում են ստվերային վճարումներ բուժող բժշկին: Այդ վճարումները չնայած լուրջ լարվածություն են առաջացնում անապահով ու աղքատ ընտանիքների համար, սակայն նրանք հաճախ ստիպված են լինում դիմել վճարովի բուժօգնության՝ պարտքերի, բարեկամների օգնության կամ ընտանիքի ունեցվածքից որևէ բան վաճառելու ճանապարհով:

Չնայած այս ամենին, նշված ընդհանուր բնույթի ծրագրերը ամեն դեպքում որոշակի դրական ազդեցություն ունեն առողջապահական ծառայությունների մակարդակը այնպիսին դարձնելու, որ անհրաժեշտության դեպքում գոնե անվճար նվազագույն բուժօգնություն մարդիկ ստանան: Այսինքն՝ եթե մարդը չունի որակյալ բուժօգնության համար ո՛չ անհրաժեշտ միջոցներ և ո՛չ էլ որևէ կերպ դա ձեռք բերելու հնարավորություն, նա կարող է ապավինել անվճար բուժօգնության գործող ծրագրին: Այսպիսով՝ եթե ընդհանրացնենք, ապա կարելի է առանձնացնել աղքատների ու անապահովների կարիքների հետևյալ խմբերը.

- կանխարգելիչ առողջապահական ծառայությունների կարիք,
- ախտորոշիչ առողջապահական ծառայությունների կարիք,
- հիվանդանոցային որակյալ բուժում ստանալու կարիք,
- դեղորայքի ձեռք բերման կարիք:

Ինչ վերաբերում է համակարգային բնույթի խնդիրներին, ապա դրանց թվում կարելի է առանձնացնել.

1) մարզային ու տարածքային առողջապահական ծառայությունների որակական անհամաչափության հաղթահարումը,

2) որակյալ հիվանդանոցային բուժօգնությունը և դեղորայքի մատչելիությունը խոչընդոտող վարչարարության պարզեցում և կոռուպցիոն մեխանիզմների վերացում,

3) սոցիալական նպաստառուների ցուցակներում չմտնող, սակայն իրականում նման ծանր սոցիալական պայմաններ ունեցող խմբերին առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարձրացում:

Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել հիվանդությունների վաղ ախտորոշմանը, կանխարգելմանն ու բուժմանն ուղղված միջոցառումներին և դրանց իրականացման արդյունավետությանը: Միևնույն ժամանակ պետք է մատչելի դարձնել առանցքային ծառայությունները (հատկապես մարզերում)՝ համապատասխան որակ ապահովելով հանդերձ:

Խիստ կարևոր են սոցիալապես անապահով և առանձին այլ խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բուժօգնության ապահովման հարցերը: Սոցիալական անապահով խմբերին առողջապահական ծառայությունների մատուցման երաշխիքների ապահովման և համապատասխան ծրագրերի արդյունավետության բարձրացման նպատակով ՀՀ Կառավարությունը պետք է սոցիալական փաթեթի շրջանակում բժշկական ապահովագրության ծրագրի արդյունքների մանրամասն ուսումնասիրման և վերլուծության արդյունքում ապահովի սոցիալապես անապահով խմբերին պետության կողմից տրամադրվող անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով առողջապահական ծառայություններ:

Առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի շարունակական ավելացումը դիտվում է սահմանված գերակայությունների ուղղությամբ միջոցառումների իրականացման առանցքային ուղղություններից մեկը: Այսպես՝ ՀՀ 2012-2015 թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրով նախատեսվում է առողջապահության ոլորտում **պետական ծախսերի մակարդակը 2017 թ. հասցնել ՀՆԱ-ի նկատմամբ 1.9 տոկոսի, իսկ 2025 թ.՝ շուրջ 3 տոկոսի:** Հաշվի առնելով բյուջետային խիստ սահմանափակումները՝ 2013-2015 թթ. պետական առողջապահական ծախսեր/ՀՆԱ հարաբերակցությունը մնալու է գրեթե անփոփոխ (շուրջ 1.6 տոկոս), չնայած այն հանգամանքին, որ այդ ժամանակահատվածում անվանական արտահայտությամբ առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերը միջին հաշվով աճելու են տարեկան մոտ 11 տոկոսով: Այդուհանդերձ, սկսած 2016 թվականից, նախատեսվում է պետական ծախսեր/ՀՆԱ հարաբերակցության տարեկան 0.1-0.2 տոկոսային կետով ավելացում, որի արդյունքում ակնկալվում է ոլորտում իրական արտահայտությամբ պետական ծախսերի ավելացում 2011 թ. համեմատ՝ 2017 թ.՝ 1.6, իսկ 2025 թ.՝ շուրջ 4.2 անգամ:

Ծրագրվող ժամանակահատվածում առողջապահության ոլորտը լինելու է պետական ծախսային գերակայություններից մեկը, և ոլորտին հատկացումներն աճելու են ավելի արագ, քան համախմբված բյուջեի ընդամենը ծախսերը:

Արդյունքում ակնկալվում է, որ առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մասնաբաժինը համախմբված բյուջեի ընդամենը ծախսերում 2017 թ.

կկազմի 7.1 տոկոս, իսկ 2025 թ.՝ 9.7 տոկոս՝ 2011 թ. արձանագրված փաստացի 6.3 տոկոսի համեմատ¹:

Ընտանիքի սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտը, ծնողների միջև առկա փոխհարաբերությունները շատ կարևոր են երեխայի, հատկապես դեռահասի ֆիզիկական և հոգեկան բարեկեցության համար: Սոցիոլոգիական հետազոտությունների տվյալների համաձայն՝ այն ընտանիքները, որտեղ ծնողներն իրենց փոխհարաբերությունները գնահատում են լավ, երեխաների 74%-ը ունի «գերազանց» առողջություն, իսկ այն ընտանիքներում որտեղ պահպանվում է լարված ու անառողջ հոգեբանական մթնոլորտ, երեխաների 33%-ը ունի «վատ» առողջություն:

Նշված դրական ու թերի կողմերով հանդերձ հանրապետությունում աղքատ ու սոցիալապես անապահով խավերի համար որակյալ առողջապահական այնպիսի ծառայությունների ստանալը, որը կապահովի նրա մարդկային կայուն զարգացմանը, այսօր հասանելի չէ: Այս առումով կարելի է ներկայացնել մի քանի առաջարկներ, որոնք, մեր կարծիքով, կնպաստեն առաջիկա տարիներին վերը նշված հիմնախնդիրները մեղմելու ու լուծելու համար.

Կարճաժամկետ ծրագրեր՝ հրատապ խնդիրները լուծելու համար.

1) բնակչության միջավայրում տարեկան նվազագույնը երկու անգամ լայնածավալ անվճար ախտորոշիչ ու կանխարգելիչ առողջապահական ծրագրերի պարբերական իրականացում,

2) մշակել ու իրականացնել սոցիալապես անապահով, բայց որևէ սոցիալական ծրագրի մեջ չներառվածների համար առողջապահական անվճար ծառայություններ ստանալու համակարգ,

3) համավճարային սկզբունքի տարածում առողջապահության բոլոր ոլորտների վրա (ներկայումս այն վերաբերում է միայն գինեկոլոգիական ու անհետաձգելի բժշկական միջամտության կարիք ունեցող հիվանդություններին),

4) առողջապահական որակյալ ծառայությունների ապահովման նպատակով մարզային բնակավայրերի բնակիչների համար առողջապահական որակյալ ծառայությունների մատուցման պարբերական ակցիաների իրականացում,

5) համապատասխան որոշումներով ապահովել նշված ծրագրերի բյուջետային ֆինանսավորումը,

6) ակտիվացնել տարբեր տեսակի բարեգործական կամ հասարակական կազմակերպությունների հետ համագործակցությունը և առողջապահական ոլորտում նրանց կողմից իրականացվող ծրագրերի հետ պետական ծրագրերի սինխրոնիզացումը: Ձևավորել բնակչության անապահով խավերի առողջապահական կարիքների մասին տեղեկատվական տվյալներ և տարածել դրանք ոլորտում ծրագրեր իրականացնող բոլոր հնարավոր դերակատարներին,

7) աղքատ ու անապահով խավերին տրամադրվող պետպատվերով անվճար կամ արտոնյալ առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացում և կատարելագործում:

Այսպիսով ՀՀ առողջապահական համակարգը դեռևս բավարար չափով չի իրականացնում իր հիմնական առաքելությունը՝ անհրաժեշտ մակարդակով չի նպաստում բնակչության, ինչպես նաև մարդկային կապիտալի ընդլայնված վե-

¹ ՀՀ 2012-2015 թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր, նոյեմբեր, 2012 թ., էջ 104-105:

րարտադրությանը: Այդ առումով բարեփոխումներն այս համակարգում հիմնականում պետք է ուղղվեն համակարգի կառավարման գործընթացի արդյունավետության բարձրացմանը, կոռուպցիայի և ստվերային շրջանառության կրճատմանն ու վերացմանը և դեղորայքային շուկայում գնագոյացման կարգավորմանը: Այստեղ խիստ կարևոր է համակարգում ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների, մասնավորապես բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրումը: Կառավարության խնդիրն է, որպեսզի բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրմանը կրկին չձևավորվի արատավոր ստվերային շրջանառության այնպիսի մեխանիզմ, որն առկա է այսօր: Դրա համար պետք է կիրառվեն ոչ միայն կառավարման վարչական ու տնտեսական լծակները, այլև բարոյահոգեբանական լծակները, բնակչության շրջանում տարվի մեծ ծավալի բացատրական աշխատանք:

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հոդվածում բնակչության առողջությունը դիտարկվում է մարդկային կապիտալի տեսակետից: Վերլուծվում են ծնելիության նվազման և սիրտանոթային հիվանդությունների ու չարորակ նորագոյացությունների արագ աճման միտումները և առաջարկվում դրանք հաղթահարելու ուղիները:

АННОТАЦИЯ

ГАРИБЯН Г., ЕГИАЗАРЯН М., ИСААКЯН Р. – ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА, ЕГО ПОТЕРИ И ПРОБЛЕМЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

В статье здоровье населения Армении рассматривается с точки зрения человеческого капитала. Анализируются проблемы снижения уровня рождаемости, повышения детской смертности, роста сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваний. Обосновываются и предлагаются пути повышения уровня здоровья и рождаемости, снижения заболеваемости в стране.

SUMMARY

GHARIBYAN G., EGHIAZARYAN M., ISAHAKYAN R. – PUBLIC HEALTH AS A COMPONENT OF HUMAN CAPITAL, ITS LOSS AND PROBLEMS OF PREVENTION.

Health is also considered as human capital. The article analyzes the problems of birthrate reduction, increase of child mortality, growth of cardiovascular and malignant diseases and proposes ways to overcome them.