

Սոցիալական բարեփոխումները



Գալստյանի Գալստյանի



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

հոկտեմբեր
2011

ISBN 978-99941-2-594-4



Հրատարակիչ՝

Հրայր Մարուխյան հիմնադրամ (www.maroukhianfoundation.org)

Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի հայաստանյան մասնաճյուղի հետ համատեղ
հոկտեմբեր 2011թ.

Տպագրվել է «Տիգրան Մեծ» տպագրատանը

Ձևավորող և էջադրող՝ Գրիգոր Հակոբյան

Առանձին բաժինների հեղինակները պատասխանատու են բովանդակության համար:

Նրանց կարծիքը պարտադիր չէ, որ համընկնի **Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամի** դիրքորոշման հետ:

© Հրայր Մարուխյան հիմնադրամ, 2011

Մոցիալական
բարեփոխումները
Հայաստանում

Հրայր Մարուխյան հիմնադրամ
Երևան
հոկտեմբեր
2011

Բովանդակություն

ՆԱԽԱԲԱՆ	5
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ	
ԲԱՐԵՓՈՒՈՒՄՆԵՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ)	7
I. Ներածություն	7
II. Ռազմավարության նախադրյալները	9
III. Ռազմավարության նպատակը	25
IV. Բարեփոխումների առանցքային խնդիրները և սկզբունքները	25
V. Բարեփոխումների իրագործման հիմնական ուղիները և միջոցառումները	34
VI. Ակնկալվող արդյունքները	50
ԲՆԱԿԱՐԱՆԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ	53
Ներածություն.....	53
Գլուխ 1. Բնակարանաշինությունը և բնակարանային ապահովման հիմնախնդիրը Հայաստանում.....	54
Գլուխ 2. Բնակարանային ապահովման միջազգային փորձը	64
Գլուխ 3. Բնակարանային ապահովման ռազմավարության հիմնադրույթները Հայաստանի Հանրապետությունում.....	82
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԶԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ	
ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ	97
Ներածություն	97
Գլուխ 1. ՀՀ աշխատաշուկայի իրավիճակը և զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորումը, անկախացումից հետո զարգացման հիմնական միտումները.....	105
Գլուխ 2. ՀՀ զբաղվածության ոլորտում առաջարկվող քաղաքականության հայեցակարգային մոտեցումները	119
Հավելված.....	138
Հրայր Մարուկյանի հիմնադրամ	144
Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամ.....	144



Նախարան

Այսօր, առավել քան երբևէ, Հայաստանում հրատապ է առկա հիմնահարցերի բացահայտումն ու քննարկումը: Եվ այդ պետք է անեն բարձրակարգ մասնագետները: Սոցիալական անտեսվածությունը, հասարակության ծայրահեղ բևեռացումը, բաց-հանրային բանավեճերի բացակայությունը, իշխանության հանդեպ բնակչության վստահության պակասը պարտադրում են ձեռնամուխ լինել տարբեր ոլորտների քաղաքականության մշակմանը և լուծումներ առաջարկելուն:

Այս ուսումնասիրությունը նախաձեռնել է «Հրայր Մարուխյան» հիմնադրամը՝ Գերմանիայի Դաշնության «Ֆրիդրիխ Էբերտ» հիմնադրամի աջակցությամբ: Նպատակն է վերլուծություններ և առաջարկներ ներկայացնել երեք կարևոր՝ առողջապահության, սոցիալական բնակարանների և զբաղվածության ոլորտների վերաբերյալ: Կարծում ենք՝ առկա լավագույն փորձի ուսումնասիրությունը և փաստարկված առաջարկների ներկայացումը կնպաստեն ոլորտների նոր քաղաքականության մշակմանը: Արդյունքում՝ կբարելավվեն հանրային ծառայությունները, կքաջակերվի և կապահովվի քաղաքացիների մասնակցային դերակատարությունը, պետական հաստատությունները և համայնքները փոխադարձ կապի մեջ կլինեն շահառուների հետ, ինչն էլ կմեծացնի հանրային վստահությունը:

«Սոցիալական բարեփոխումներ Հայաստանում» ծրագրի նպատակն է իրականացնել բարձրորակ և անկախ հետազոտություն՝ նպաստելով հասարակության իրազեկվածության աստիճանի բարձրացմանը և քաղաքական քննարկումներին: Հույս ունենք, որ նաև այս հետազոտության հիման վրա կառավարությունը կկարողանա բարելավել և բարեփոխել իր քաղաքականությունը հիշյալ ոլորտներում, ինչն էլ կխորացնի հասարակական վստահությունը, կաջակցի ժողովրդավարական զարգացումներին և քաղաքացիական կարողությունների ուժեղացմանը:

Այս հետազոտության նպատակն է նաև հասարակական քննարկումներ նախաձեռնել այն ոլորտներում, որտեղ արդյունավետ և ճշգրտված քաղաքականություն գոյություն չունի:

Մենք ակնկալում ենք, որ «Սոցիալական բարեփոխումներ Հայաստանում» ծրագիրը, լինելով առաջինը, նոր ուսումնասիրությունների դուռ կբացի՝ օգնելով փակել այն բացը, որ կա կառավարության գործունեության և քաղաքացիների ակնկալությունների միջև: Մատչելի, հասանելի առողջապահություն, բնակարան, աշխատանք ունենալու իրավունքների իրացումը այն հիմնահարցերն են, որոնցով Հայաստանի կառավարությունը պարտավոր է լինելու լրջորեն զբաղվել առաջիկայում, եթե ուզում է մեղմել սոցիալական անտեսվածության, հիպոթափության, արտագաղթի և իշխանության հանդեպ անվստահության վտանգները:

«Հրայր Մարուխյան» և «Ֆրիդրիխ Էբերտ» հիմնադրամները հավատացած են, որ հանրային համաձայնեցված քաղաքականության միջոցով հնարավոր է ախտորոշել ու լուծել առկա խնդիրները՝ նպաստելով քաղաքացիների կյանքի որակի բարելավմանը, արդարացի, սոցիալապես կայուն հասարակության ձևավորմանը:



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԲԱՐԵՓՈՒԽՈՒՄՆԵՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ)

I. Ներածություն

Սոցիալական և ժողովրդավարական յուրաքանչյուր պետության սահմանադրական պարտավորությունն է անհրաժեշտ նվազագույն պայմաններ ապահովել իր երկրի յուրաքանչյուր քաղաքացու արժանավայել կյանքի և ստեղծագործ աշխատանքի համար: Այդ պահանջումների չբավարարումը հանգեցնում է անհատի և, ի վերջո, ողջ հասարակության ու պետության աղքատության՝ իր սոցիալական լուրջ հետևանքներով:

Մարդկային աղքատությունը կրճատելու, մարդկային կայուն հարատև գարգացում ապահովելու և որակյալ կյանքի կարևորագույն ու հիմնարար բաղադրիչներից է մարդու առողջ ապրելու իրավունքի երաշխավորումը: Այդ իրավունքի անհրաժեշտությունը ամրագրված է միջազգային մի շարք փաստաթղթերում, որոնց միացել է Հայաստանի Հանրապետությունը:

Այսպես, «Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի»¹ 25-րդ հոդվածում ամրագրված է, որ՝ «Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի այնպիսի կենսամակարդակի, ներառյալ սնունդը, հագուստը, բնակարանը, բժշկական խնամքը և սոցիալական անհրաժեշտ սպասարկումը, որն անհրաժեշտ է իր և իր ընտանիքի առողջությունն ու բարեկեցությունը պահպանելու համար և գործազրկության, հիվանդության, հաշմանդամության, այրիանալու, ծերության կամ իր կամքից անկախ ապրուստի միջոցներից զրկվելու դեպքում՝ ապահովելու իրավունք»:

1996 թ. մայիսին Ստրասբուրգի համաժողովում ուղղված «Եվրոպական սոցիալական խարտիայում» Եվրոխորհրդի անդամ-երկրներին պարտավորեցվում է պայմաններ ստեղծել, որպեսզի յուրաքանչյուր անձ իրավունք ունենա օգտվելու ցանկացած այն միջոցներից, որոնք նրան հնարավորություն կտան հասնելու առողջական վիճակի լավագույն աստիճանի, իրացնելու բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքը:

Հետևելով վերոհիշյալ հիմնական սկզբունքներին Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունն իր կարևորագույն փաստաթղթերում ամրագրել է, որ՝ «Առողջության պահպանումը մարդու կարևորագույն և հիմնական իրավունքներից մեկն է», որի իրացման հիմնական սկզբունքներն են.

- բուժօգնության ստացման համընդհանրություն, հավասարություն, արդարություն, մատչելիություն,
- բժշկական օգնության որակի ապահովում,
- բնակչության առողջության պահպանման գործում կառավարության և անհատների նոր դերի սահմանում, այդ գործընթացում պատասխանատվության տարանջատում:

Հիմնվելով վերոհիշյալ և այլ միջազգային փաստաթղթերի վրա մարդու առողջ ապրելու իրավունքը ամրագրված է նաև ՀՀ Սահմանադրությամբ². 38-րդ հոդվածում նշված, որ՝ «Յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու իրավունք: Յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով»:

¹ Ընդունվել է 1948 թ. դեկտեմբերի 10-ին, www.undp.am

² Ընդունվել է 1995 թ., www.parliament.am

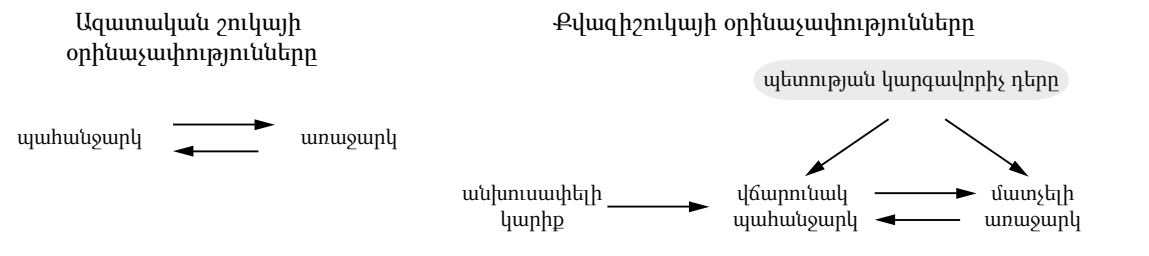
Մարդու առողջության պահպանմանը՝ որպես մարդկային աղքատության կրճատման, մարդկային կայուն հարատև զարգացման և կյանքի որակի ապահովման կարևորագույն և հիմնարար բաղադրիչներից մեկի, կարևորագույն տեղ է հատկացված նաև Հազարամյակի զարգացման հռչակագրում³, որով սահմանված ութ նպատակներից երեքը՝ ամբողջությամբ, և ևս երեքը՝ մասնակիորեն, վերաբերում են մարդու առողջության պահպանման հիմնահարցերին:

Առողջ մարդը և նրա ստեղծագործ ու արտադրողական աշխատանքը իր, հետևաբար՝ իր ընտանիքի, և հասարակության, հետևաբար՝ պետության, հարստության ամենակարևոր աղբյուրն է: Մարդկային այդ կապիտալի մեջ ներդրումները կարող են բազմապատիկ փոխհատուցվել, եթե առողջության պահպանության ոլորտում իրականացվի արդյունավետ նպատակային քաղաքականություն:

Ազատական շուկայական տնտեսական հարաբերությունների պայմաններում, առողջապահության ոլորտում որևէ քաղաքականություն իրականացնելիս խիստ անհրաժեշտ է գիտակցել, որ.

- առողջապահությունը յուրաքանչյուր պետության ազգային անվտանգության ապահովման կարևորագույն բաղադրիչներից է,
- առողջապահությունը սոցիալական (հանրային) բարիք է,
- առողջապահությունը թանկ ապրանք (ծառայություն) է:

Այդ է պատճառը, որ գրեթե բոլոր զարգացած երկրներում առողջապահության բնագավառում տնտեսահարաբերությունները կարգավորվում են «քվազիշուկայի» (կեղծ շուկայի) օրենքներով⁴, որոնք ենթադրում են բնակչությանը մատչելի առողջապահական ծառայություններով ապահովելու սահմանադրական իրավունքի և բուժօգնություն իրականացնողների ազատ ձեռներեցության իրավունքի զուգորդում հետևյալ դաշտում, ինչը էապես տարբերվում է սովորական ազատ շուկայական հարաբերությունների օբյեկտիվ օրենքներից.



Առողջապահությունը մշտապես համարվել է «թանկարժեք ծառայություն/ապրանք», ինչը կարող է լինել անմատչելի ոչ միայն հասարակության աղքատ, սոցիալապես անապահով խավի, այլև բնակչության հիմնական մասի համար: Ինչպես ցույց է տալիս զարգացած առողջապահական համակարգ ունեցող երկրների փորձը, բուժօգնություն իրականացնողները մշտապես պետք է զգան պետության հովանավորությունը՝ առողջության պահպանման ուղղությամբ բնակչության հարաճուն պահանջարկը ամբողջությամբ, պատշաճ որակով և մակարդակով ապահովելու ուղղությամբ:

Ստորև ներկայացվող Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտի բարելավումների սույն ռազմավարության (այսուհետ՝ ռազմավարության) հիմքում դրվել է վերը նշված հիմնարար սկզբունքների իրականացման գերակայությունը երկրի առաջիկա 10-ամյա զարգացման ենթատեքստում:

³ ՄԱԿ-ի Հազարամյակի հռչակագիր, 8 սեպտեմբերի 2000 թ., ՄԱԿ-ի հայաստանյան գրասենյակ, 20 էջ, www.undp.am

⁴ 1. Մ. Արիստակեսյան, «Հայաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման բարելավումների մի քանի խնդիրների մասին», ՀՀ ԱՆ «Դեղագործակալություն» ՓԲԸ, «Դեղեր և բժշկություն» տեղեկագիր, N 1, էջ 21-29, Երևան, 2002:

2. Մ. Արիստակեսյան, «Աղքատամետ քաղաքականության առանձնահատկությունները առողջապահության ոլորտում», «Մարդկային աղքատությունը և աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում», ՄԱԶՕ, Հայաստան, Երևան, 2005, www.undp.am

Ռազմավարությունը ներկայացնում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի կառավարման, ֆինանսավորման, բժշկական ծառայությունների կազմակերպման, արդյունավետության և որակի բարելավման, դեղորայքային արդյունավետ քաղաքականության իրականացման անհրաժեշտությունը՝ միաժամանակ առաջարկելով այդ բարեփոխումների հիմնարար սկզբունքներն ու մոտեցումները:

Ռազմավարությունը հիմք է ծառայելու Հայաստանի առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների նպատակային ծրագրերի մշակման և դրանց իրագործման համակողմանի մեխանիզմների ներդրման համար:

II. Ռազմավարության նախադրյալները

Ելակետային իրավիճակի գնահատական

Անկախության հռչակումից հետո հանրապետությունում կատարվող արմատական վերափոխումները չէին կարող չազդել Հայաստանի առողջապահության համակարգի վրա: Այս կարևոր սոցիալական ոլորտում արմատական բարեփոխումների անցկացումը, մենաշնորհային պետական ֆինանսավորումից նահանջելը, տարբեր ֆինանսական աղբյուրների օգտագործումը, հիմնականում տնտեսավարման մեթոդներին անցնելը առողջապահության ոլորտում բացահայտեցին այն թերությունները, որոնք մնացել էին դեռևս խորհրդային տարիներից:

1990-ականների կեսերին սկսված համակարգային բարեփոխումների հիմքում ընկած էր այն, որ առողջապահության ծառայությունները այլևս չէին կարող ողջ բնակչության առողջապահական կարիքներն ապահովել անվճար: Բնակչության մեծամասնությունը, փաստորեն, պետք է ամբողջությամբ վճարեր բուժօգնության ծախսերի համար: Չնայած կառավարությունը փորձում էր պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերի շրջանակներում բնակչության խոցելի խմբերին ապահովել անվճար բուժօգնությամբ, թերֆինանսավորումը ենթադրում էր, որ նույնիսկ այս խմբերում ընդգրկված անձինք երբեմն պետք է մասնավոր վճարումներ կատարեին: Այդ փոփոխությունները խախտել էին հավասարության սկզբունքը և առաջ էին բերել բնակչության առողջության վատթարացման հետ կապված մտահոգություններ:

Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը վերջին տասնամյակում զգալի առաջընթաց է արձանագրել առողջապահական ծառայությունների մատուցման գործում եղած խոչընդոտների և սահմանափակումների շտկման ուղղությամբ:

Մասնավորապես իրականացվեցին առողջապահության համակարգի օպտիմալացման ծրագրեր, որոնց արդյունքում կրճատվեցին գոյություն ունեցող, ակնհայտորեն չօգտագործվող կարողությունները, միաձուլվեցին միևնույն գործառնություններն իրականացնող կազմակերպությունները կամ դրանց ստորաբաժանումները: Մի շարք հիվանդանոցներ փակվել կամ միավորվել են՝ օպտիմալացնելով սուղ ռեսուրսների օգտագործումը: Սկսեց իրականացվել առողջապահական հաստատությունների ապապետականացումն ու մասնավորեցումը:

Էականորեն ավելացան պետական բյուջեից առողջապահությանը հատկացվող միջոցները. 2011թ. համար առողջապահությանը հատկացված բյուջետային միջոցները ավելի քան 6,3 անգամ գերազանցում են 2000թ. մակարդակը: Ընդ որում, այդ ընթացքում շարունակաբար մեծացել է ուշադրությունը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱԳ) համակարգի վրա. վերջին տասնամյակում ԱԱԳ ոլորտի պետական ծախսերը առողջապահության պետական բյուջեի 15%-ից հասել են 38%-ի:

Բարելավվել է նախածննդյան և հետծննդյան ծառայությունների մատչելիությունը: Մշակվել են առողջության առաջնային պահպանման, մայրության և մանկության առողջության պահպանման և վերարտադրողական առողջության զարգացման ռազմավարություններ, վերանայվել է առողջապահական հիմնական ծառայությունների փաթեթը՝ ապահովելով անվճար առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱԳ), մայրության և մանկության առողջապահական ծառայություններ ողջ բնակչության համար:

Վերոհիշյալի հետ մեկտեղ ոլորտում շարունակում են լուրջ հիմնախնդիրներ մնալ առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական ու ֆինանսական մատչելիությունը, մատուցվող ծա-

ուայությունների որակը, դեղերի մատչելիությունը, համակարգի կառավարման արդյունավետությունը, ոլորտին հատկացվող բյուջետային միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործումը, ոլորտի ֆինանսական հոսքերի կառավարումը և այլն:

Կառավարում և կարգավորում

90-ականներից սկիզբ առած բարեփոխումները հիմնականում ձևավորել են առողջապահության համակարգի ներկայիս կառուցվածքն ու ֆունկցիոնալ նկարագիրը: Սկզբունքորեն, հանրապետությունում, առողջապահությունը իր կառուցվածքով և ծառայությունների մատուցման նպատակաուղղվածությամբ հանդիսանում է համապարփակ համակարգ: Բժշկական օգնության առումով, այն ներառում է բուժօգնության առաջնային (ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, ընտանեկան բժշկության), երկրորդային (բազմապրոֆիլային հիվանդանոցային) և երրորդային (նեղ մասնագիտացված հիվանդանոցային) օղակները:

Առողջապահության համակարգի բարեփոխումները բաղկացուցիչ մասն էին կազմում Հայաստանում իրականացված տնտեսության ազատականացման ու շուկայական հարաբերությունների ձևավորմանը նպատակաուղղված համակարգային բարեփոխումների:

Պետական գույքի մասնավորեցման և մասնավոր ներդրումների արդյունքում առողջապահության համակարգում ձևավորվել է մասնավոր հատվածը: Այն ներառում է հիվանդանոցներ (երկրորդային ու երրորդային մակարդակի), պոլիկլինիկաներ, ստոմատոլոգիական կենտրոններ, ընտանեկան բժշկության գրասենյակներ, ախտորոշիչ կենտրոններ, դեղատներ: Բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատությունները (պետական և մասնավոր սեփականությամբ) ճնշող մեծամասնությամբ առևտրային կազմակերպություններ են և իրենց գործունեությունը, իրավական և կազմակերպական տեսանկյունից, իրականացնում են համապատասխան օրենսդրության (մասնավորապես «Բաժնետիրական ընկերությունների մասին» ՀՀ օրենք) հիման վրա:

Ոլորտային առումով, առողջապահության համակարգի կանոնակարգման հիմնական օրենսդրական ակտն է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը (ընդունվել է 1996 թվականին հետագա լրացումներով ու փոփոխություններով): Ոլորտային առանձին ուղղություններով կանոնակարգման օրենսդրական ակտերից են «Դեղերի մասին», «ՀՀ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» և այլ ՀՀ օրենքներ: Բժշկական օգնությունը լիցենզավորման ենթակա գործունեություն է և կարգավորվում է «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքով:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը ոլորտում քաղաքականության մշակման և իրականացման պետական մարմինն է: Նախարարությունը համակարգի ֆունկցիոնալ կառավարումը իրականացնում է իր աշխատակազմի և մարզպետարանների առողջապահության ստորաբաժանումների (վարչությունների) միջոցով:

Բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում ընդգրկված կազմակերպությունները, օրենսդրությամբ սահմանված կարգով, իրենց տնտեսական գործունեությունը (ծառայությունների մատուցման շրջանակ, գնագոյացում և այլն) իրականացնում են ինքնակառավարման սկզբունքով:

Ելնելով առողջապահության ոլորտի առանձնահատկություններից ու սոցիալական նշանակությունից, որոշակի քայլեր են ձեռնարկվում համակարգի բնականոն զարգացումը պայմանավորող իրավական դաշտի կանոնակարգման, ֆինանսավորման մեխանիզմների կատարելագործման, կառավարման արդյունավետության բարձրացման ուղղությամբ:

Համակարգի զարգացման ու դրան նպատակաուղղված քաղաքականության ու բարեփոխումների իրականացումը առնչվում է ձևավորված հիմնախնդիրների հետ, որոնք կարելի է բնորոշել հետևյալ կերպ.

Ոլորտում իրականացված կառավարման ազատականացումը և ապակենտրոնացումը, առողջապահական հաստատությունների իրավունքների ընդլայնումը նպաստեցին բազմաթիվ բուժ-հաստատությունների ստեղծմանը, ինչը հանգեցրեց հաստիքների ուռճացմանը (առանձնապես վարչա-տնտեսական աշխատողների), առողջապահական ծառայությունների առաջարկի և իրական կարիքներով պայմանավորված պահանջարկի ու տարածքային տեղաբաշխվածության անհամաչափությանը, փուլային բուժօգնության խախտմանը, դրա մակարդակի, ինչպես նաև բնակչության լայն խավերի համար մատչելիության կրճատմանը, պետության կողմից առողջա-

պահության համակարգին հատկացվող սահմանափակ ֆինանսական միջոցների օգտագործման արդյունավետության նվազմանը:

Կառավարման ապակենտրոնացումը հանգեցրեց նաև բազմաֆունկցիոնալ կապերի խախտմանը՝ ինչպես բուժհաստատությունների, այնպես էլ կառավարման հանրապետական, մարզային և տեղական կառույցների միջև: Հասարակության և անհատների դերն ու մասնակցությունն առողջության պահպանման խնդիրների մեջ բավականին թույլ է, ինչը նպաստում է համակարգի ու բնակչության օտարացմանը:

Կառավարման և կազմակերպա-իրավական նոր միջավայրում, համակարգում առանձնահատուկ դրսևորում ունեցավ սովետային ֆինանսական միջոցների շրջանառությունը (ոչ պաշտոնական վճարներ-կոռուպցիա):

Կոռուպցիան զրկում է մարդկանց առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունից և հանգեցնում է առողջության ընդհանուր մակարդակի նվազմանը: Կոռուպցիան առողջապահության ոլորտում մարդու իրավունքների ոտնահարման հիմնական պատճառներից է:

Կոռուպցիան կարող է ունենալ ամենատարբեր դրսևորումներ՝ շորթում, պաշտոնապես անվճար սահմանված ծառայությունների դիմաց վճարումների պահանջում և ստացում, ոչ պաշտոնական վճարների գանձում հատուկ պայմանների ու ծառայությունների համար, ոչ անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունների նշանակում, և այլն: Կոռուպցիոն ռիսկերը առավելապես բարձր են բնակչության տեղեկացվածության ցածր մակարդակի պայմաններում:

Նախորդող ժամանակաշրջանում որոշակի աշխատանքներ են կատարվել համակարգի առջև ծառայած հիմնախնդիրների լուծման ուղղությամբ, մասնավորապես՝ պետական բյուջեից առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման մեխանիզմների բարելավման, բնակչության իրազեկման, համակարգի օպտիմալացման և հզորացման, ծառայությունների որակի ու մատչելիության բարելավման (այստեղ հարկ է նշել ծննդօգնության հավաստագրման օրինակը), օրենսդրական դաշտի կատարելագործման նպատակով:

Համակարգում իրականացվող քաղաքականությանը ծրագրային օժանդակություն են ցուցաբերում միջազգային և կառավարական կառույցները (Համաշխարհային բանկ, ԱՄՆ-ի Միջազգային զարգացման գործակալություն և այլն): Միջազգային կառույցների օժանդակությունը հիմնականում նպատակաուղղված է առաջնային բուժօգնության օղակի բարեփոխումներին, վերարտադրողական առողջության բարելավմանը, համակարգի օպտիմալացմանն ու կարողությունների զարգացմանը, կառավարման հմտությունների կատարելագործմանը և այլն:

Ֆինանսավորում

Բժշկական օգնությունը հատուկ ծառայություն է, որի նկատմամբ պահանջարկն ու գները անընդհատ աճում են, իսկ ռեսուրսները մշտապես անբավարար են: Դրա հետ մեկտեղ պետք է նկատի ունենալ, որ բժշկական օգնությունը սոցիալական ապրանք է, և դրա պահանջարկի բավարար ապահովումը իրեն սոցիալական և ժողովրդարական հոշակած յուրաքանչյուր պետության սահմանադրական պարտականությունն է: Վերոհիշյալի լույսի ներքո **յուրաքանչյուր պետության առողջապահական համակարգի զարգացման ռազմավարության կարևորագույն խնդիրներից են առողջապահության արդյունավետ ֆինանսավորումը և ֆինանսական ռեսուրսների բաշխումը:**

Ներկայում ոչ մի երկիր չի տիրապետում բժշկական օգնության պահանջարկը ամբողջապես ծածկելու համար բավարար ֆինանսական ռեսուրսների: Հետևաբար, բոլոր քաղաքացիների համար հավասար հիմունքներով առողջություն ապահովելու կոչված ընտրության բարդ գործընթացի առկայությամբ Եվրոմիության (ԵՄ) անդամ-երկրներում 21-րդ դարում առողջապահության զարգացման գերակայություն է համարվել բոլոր քաղաքացիներին ավելի մեծ ծավալի բժշկական օգնության և ծառայությունների մատուցման ապահովումը՝ ի հակադրություն ներկայում անապահովներին տրամադրվող առավել համեստ ծավալների և ապահովվածներին տրամադրվող ծառայությունների նշանակալիորեն առավել լայն ծառայությունների⁵:

⁵ „Health for all in the 21st century”, <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf>

Առողջապահության ֆինանսավորման կատարելագործմանն ուղղված միջազգային քաղաքականության միտումները կողմնորոշիչ են եղել Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացված քաղաքականության համար: Սակայն առողջապահության ոլորտի, այդ թվում ֆինանսավորման բարեփոխումներն իրականացվել են բարդագույն համակարգային փոփոխությունների ու ֆինանսական ռեսուրսների մշտապես անբավարարության պայմաններում:

Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի բարեփոխումներն հանրապետությունում իրականացվել են մի քանի փուլերով և վերաբերել են ինչպես բուժօգնություն իրականացնողների ազատ ձեռներեցությանը նպաստող կազմակերպա-իրավական կարգավիճակի փոփոխություններին, այնպես էլ ֆինանսական հոսքերի կառավարման բարելավմանը, ֆինանսավորման աղբյուրների բազմաձևության ապահովմանը, մատուցած ծառայությունների ֆինանսավորման ու փոխհատուցման մեխանիզմների կատարելագործմանն ու ֆինանսական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանը⁶:

Առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի բարեփոխումների արմատավորմանն ուղղությամբ շրջադարձային եղավ 1996 թվականի մարտին «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի ընդունումը: Դա հիմք հանդիսացավ առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումների հաջորդ փուլի համար, որը նշանավորվեց 1997 թ. մայիսի 15-ին ընդունված ՀՀ կառավարության «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 1997 թվականի պետական պատվերի և առողջապահական նպատակային ծրագրերի մասին» N 135 որոշմամբ: Այն ազդարարում էր 1997 թ. հուլիսի 1-ից պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող միջոցները Հիմնական ծառայությունների փաթեթի (ՀՕՓ) հիման վրա որոշված առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում առավել կարիքավոր անձանց և սոցիալական առումով կարևոր հիվանդությունների բուժմանը նպատակաուղղելու քաղաքականություն իրականացնելու սկիզբը:

Առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումների նպատակով իրականացվող կարևորագույն քայլերից է նաև հանրային միջոցներով իրականացված բժշկական օգնության և ծառայությունների դիմաց **փոխհատուցման մեխանիզմների կատարելագործումը:** Անկախության առաջին տարիներին գործող ողջ համակարգի պահպանմանն ուղղված նորմատիվային՝ ըստ ծախսային հողվածների, անարդյունավետ ու ծախսատար ֆինանսավորման մեխանիզմը սկսած 1990-ականների վերջերից փոխարինվեց առաջնային բուժօգնության օղակում ըստ շնչի, իսկ հիվանդանոցային օղակում՝ ըստ բուժված դեպքերի թվի ֆինանսավորման մեխանիզմներով: Հետագայում հանրային միջոցները ֆինանսավորման այդ մեխանիզմների միջոցով սկսեցին բաշխվել առողջապահական կազմակերպությունների միջև՝ ֆինանսավորման գլոբալ բյուջեի ձևով:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման բարեփոխումների կարևորագույն հանգրվան էր 2006 թ.: Սկսած 2006թ.-ից երկրի ողջ բնակչության համար ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակում իրականացվում է անվճար բուժօգնություն, ինչը ներառում է տեղամասային թերապևտների, տեղամասային մանկաբույժների, ընտանեկան բժիշկների և նեղ մասնագետների կողմից մասնագիտական ծառայությունների մատուցում ողջ հավաքագրված (կցագրված) բնակչությանը՝ անկախ տարիքից, սոցիալական կարգավիճակից ու առանց այցելությունների սահմանափակման, ինչպես նաև, ըստ բժշկական ցուցումների, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ:

Առողջապահության ծախսաձածկման պետական բյուջետային միջոցների անբավարարությունը նպաստեց առողջապահության ֆինանսավորման համակարգում մասնավոր անմիջական վճարումների լայն տարածմանը: Առողջապահական ծառայությունների մեծ մասի դիմաց մասնավոր անմիջական վճարումներին զուգահեռ երկրում փորձեր էին կատարվում ներդնել առողջապահական ծառայությունների վճարման դիմաց համավճարի սկզբունքը, ինչը միանշանակ չընկալվեց ոչ պացիենտների և ոչ էլ բժշկական անձնակազմի կողմից:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման բարեփոխումների կարևորագույն հանգրվան էր 1997 թվականի դեկտեմբերին ՀՀ կառավարությանն առընթեր Պետական առողջապահական

⁶ А.Е.Мкртчян, „Новые тенденции в здравоохранении Армении”, Ереван, 2001,

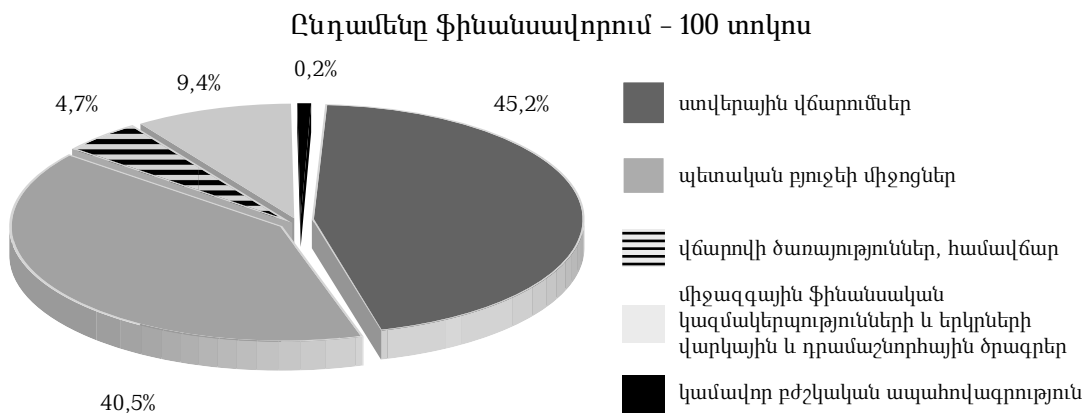
գործակալության ստեղծումը: Այն իր լիարժեք գործունեությունն սկսեց 1999 թվականից: Թեև 2002 թ. գործակալությունն անցավ ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության տակ, այդուհանդերձ գործում է առանձնացված ստորաբաժանման կարգավիճակով և իրականացնում է առողջապահական ծառայությունների գնորդին հատուկ նպատակներ:

Չնայած առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման վերոհիշյալ բարեփոխումներին՝ հանրապետությունում լուրջ մտահոգության առարկա են մնում երկրի բնակչությանը սահմանադրությամբ երաշխավորված բժշկական օգնությունն անհրաժեշտ ծավալով ու որակով ապահովելու և այդ ծառայությունների մատչելիությունը բնակչության բոլոր խավերին երաշխավորելու հիմնախնդիրները:

Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջապահական կարիքը գործնականում շատ ավելի մեծ է, քան այսօր նրան երաշխավորում է պետությունը և առաջարկվում բուժօգնություն իրականացնողների կողմից: Սակայն գործնականում անկախությունից ի վեր՝ վերջին 20 տարիների ընթացքում, բավարարվել է այդ կարիքի սոսկ մի մասը, ինչը համարժեք է եղել պետության և բնակչության վճարունակ պահանջարկին: Ավանդաբար այդ ծախսերի մեծ մասը տարիներ շարունակ կազմել են բնակչության կողմից կատարվող առձեռն ոչ պաշտոնական (ստվերային) (shadow) վճարումները, որոնք տատանվել են 30-70 տոկոսի սահմաններում՝ 1990-ի 30 տոկոսից աստիճանաբար աճելով և իր բարձրակետին հասնելով 2000 թ.՝ կազմելով ընդհանուր ծախսերի 70 տոկոսը⁷: Հետագայում, պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին հատկացվող միջոցների ավելացմանն ու ուղղակի պաշտոնական վճարումների լեգալացմանը զուգահեռ, այդ ծախսերի մասնաբաժինը ընդհանուր ծախսերի մեջ նվազեց և արդեն 2010 թ. գնահատվում էր 45-50 տոկոսի չափով:

Ընդհանուր առմամբ Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջապահական կարիքը, ըստ տարբեր փորձագիտական գնահատականների, այսօր տատանվում է շուրջ 150 մլրդ. դրամի կամ 400 մլն. ԱՄՆ դոլարի սահմաններում: Ընդ որում, հանրապետության առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ամենախոշոր աղբյուրը մնում են առձեռն պաշտոնական և ոչ պաշտոնական ուղղակի վճարումները (out of pocket payment) (տես Գծապատկեր 1), որոնք ըստ փորձագիտական գնահատականների կազմում են առողջապահության ֆինանսավորման ավելի քան 50 տոկոսը: Առձեռն վճարումների գերակշիռ մասը (շուրջ 91 տոկոսը) կազմում են ոչ պաշտոնական (ստվերային) վճարումները:

Գծապատկեր 1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրների կառուցվածքը 2003 թ. վերջի դրությամբ, տոկոսներով



Այսպիսի իրավիճակը պայմանավորված է պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում պետական բյուջեից հատկացվող միջոցների անբավարությանը, դրանց բաշխման մեխանիզմների անկատարությանը, դրանց օգտագործման անարդյունավետությանը ու դրանց ծախսման նկատմամբ անբավարար վերահսկողությանը: ՀՕՓ ֆինանսավորման մեխանիզմներ-

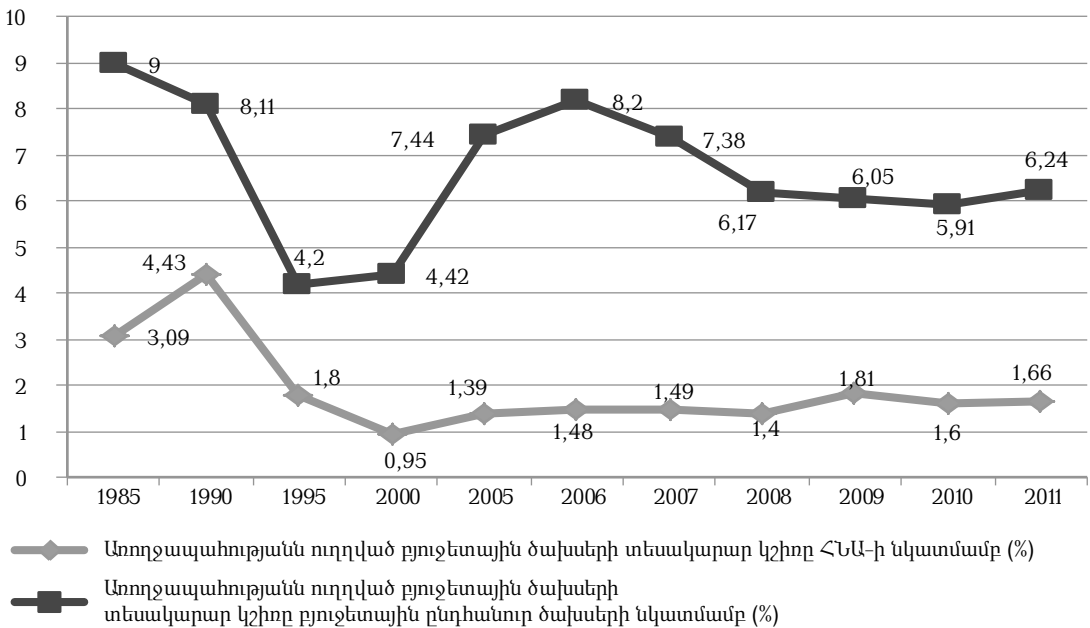
⁷ "Health Care Systems in Transition, Armenia", vol.8 No. 6, 2006, European Observatory on Health Care Systems, 2006 <http://www.who.int>



րի ներդրման և իրականացման փորձը ցույց է տվել, որ այն կատարյալ չէ, իրականում չի երաշխավորում անվճար բուժօգնությունը, չի նպաստում առողջապահության զարգացմանը, բնակչության և բուժաշխատողների շրջանում վատահույություն չի ներշնչում: Չնայած այն բանին, որ բնակչությանն անվճար բուժօգնությամբ ապահովմանն ուղղված բյուջետային միջոցների ծավալն ամեն տարի ընդլայնվում է, սակայն անվճար բուժօգնության կառավարական խոստումները դեռ հռչակագրային բնույթի են, և բյուջետային հատկացումները այդպես էլ չնպաստեցին շահառուների համար առողջապահության մատչելիության բարձրացմանը: Այս իրավիճակը հղի է բազմաթիվ, այդ թվում՝ կոռուպցիոն վտանգներով, քանի որ նման պայմաններում բժիշկն ու հիվանդը դառնում են հակառակորդներ, ինչը բացասաբար է անդրադառնում բուժման որակի վրա: Այսպես, շահառուների շրջանում կատարված հարցման⁸ տվյալներով մարզերում նրանց շուրջ 68%-ը և Երևանում 80%-ը չգիտեն իրենց անվճար բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքը, ինչի պատճառով նրանց շուրջ 2/3-ը ստիպված է լինում կատարել ուղղակի սովերային վճարումներ: Ավելին, հիվանդացածների 48%-ը չի դիմել բժշկի՝ բժշկական օգնության անմատչելիության պատճառով: Ընդ որում, անմատչելիության հիմնական պատճառը, ըստ հարցվածների 92%-ի, պայմանավորված է փողի պակասությամբ:

Լուրջ հիմնախնդիր է մնում բնակչության առողջապահական կարիքի բավարարման բյուջետային ֆինանսավորման ծավալների անբավարարությունը: Չնայած այն հանգամանքին, որ վերջին 10 տարիների ընթացքում առողջապահությանն ուղղված բյուջետային ծախսերն ավելացել են գրեթե 6 անգամ, այդուհանդերձ ՀՆԱ-ի և հանրային ծախսերի մեջ առողջապահությանն ուղղված բյուջետային ծախսերի տեսակարար կշիռը բավականին ետ է մնում միջազգային չափանիշներից և չեն դիտարկվում դրանց բարելավման միտումներ (տես Գծապատկեր N 2): Այսպես, ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների ԵՄ երկրներում պետական բյուջեից և սոցիալական ապահովագրության ֆոնդերից առողջապահության ֆինանսավորման ծախսերը վերջին տարիներին միջինը կազմել են ՀՆԱ-ի 8-9 տոկոսը, մինչդեռ Հայաստանի Հանրապետությունում այդ ցուցանիշը 2010 թ. եղել է 1,6 տոկոս, իսկ 2011 թ. բյուջեով նախատեսված է 1,66 տոկոսի չափով:

Գծապատկեր 2. ՀՀ առողջապահության բյուջետային ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս



Հատկանշական է, որ այդ ցուցանիշը իր բարձրակետին է եղել դեռևս խորհրդային ժամանակաշրջանի վերջերին և տատանվել է ազգային եկամտի 3-4,4 տոկոսի սահմաններում: Հետա-

⁸ «Մարդկային աղքատությունը և աղքատամեծ քաղաքականությունը Հայաստանում», ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագիր, Երևան, 2005, էջ 23-41, <http://gov.am>, <http://undp.am>

գայում այդ ցուցանիշը տնտեսական անկմանը զուգընթաց անկում է ապրել և իր ամենացածր մակարդակին է հասել 2000 թ.՝ կազմելով ՀՆԱ-ի 0,95 տոկոսը: Չնայած այն հանգամանքին, որ հետագա տարիներին դիտարկվել է այդ ցուցանիշի բարելավում, այդուհանդերձ վերջին 3 տարիների ընթացքում կրկին դիտարկվում է դրա վատթարացում: Եթե ֆինանսա-տնտեսական ճգնաժամի ամենածանր տարում՝ 2009 թ. այդ ցուցանիշը կազմում էր 1,81 տոկոս, ապա հաջորդ տարի նվազեց շուրջ 0,2 տոկոսային կետով:

Վերոհիշյալ միտումներին համապատասխան բացասական հարաշարժ է դիտարկվել ՀՀ պետական բյուջեի ծախսերի մեջ առողջապահությանն ուղղված ծախսերի տեսակարար կշռի ցուցանիշում: Ընդ որում, այդ ցուցանիշը նույնպես գտնվում է միջազգային հանձնարարելի ցուցանիշներից (10-13 տոկոս) ցածր մակարդակի վրա: Այսպես, եթե 1985 թ. պետական բյուջեի ծախսերի 9 տոկոսն էր ուղղվում առողջապահության ոլորտին, ապա արդեն 1995 թ. այդ ցուցանիշը կտրուկ անկում ապրեց և կազմեց 4,2 տոկոս: Չնայած հետագայում այդ ցուցանիշը բարելավվեց, այդուհանդերձ գտնվում է ցածր մակարդակում՝ շուրջ 6 տոկոս, ինչը բոլորովին էլ յուրահատուկ չէ սոցիալական կոչվող պետության զարգացող առողջապահական համակարգին:

Համակարգի լրջագույն հիմնախնդիրներից են պետական բյուջեի միջոցների բաշխման գործում առկա թերությունները: Չնայած այդ ոլորտում իրականացված դրական բարեփոխումներին, այդուհանդերձ բյուջետային միջոցները ծախսվում են անարդյունավետ: Դրանք բաժանվում են գրեթե բոլոր գործող առողջապահական կազմակերպությունների միջև՝ «յուրաքանչյուր քրոջը մեկ զույգ ականջօղ» սկզբունքով: Հայտնի է, որ դեռևս համակարգում գործող բուժօգնականներն իրենց թվաքանակով, հզորություններով, կադրային ներուժով էականորեն գերազանցում են բուժօգնության, այդ թվում պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերով ձևավորված պահանջարկը: Արդյունքում, այդ ծրագրերով պետական բյուջեից հատկացվող միջոցներն ուղղվում են ոչ թե որակյալ բժշկական օգնության ապահովմանը, այլ ողջ համակարգի պահպանմանը, այդ թվում համապատասխան ծանրաբեռնվածությամբ չապահովված կադրերի աշխատավարձերի վճարմանը: Այդ հիմնախնդրի լուծման հիմնական ուղին անցումն է պետական բյուջետային միջոցների ըստ ընտրանքային պայմանագրերի բաշխմանը⁹:

Լուրջ հիմնախնդիր է մնում բնակչության առողջապահական կարիքի բավարարմանը տեղական ինքնակառավարման մարմինների մասնակցությունը: Հատկանշական է, որ տեղական ինքնակառավարման մարմինները (ՏԻՄ), ըստ էության, շատ աննշան մասնակցություն ունեն առողջապահության ֆինանսավորման հարցերում:

Պետական և համայնքային բյուջեներից առողջապահությանը հատկացվող ֆինանսական միջոցների անբավարար լինելու արդյունքում պետության կողմից բնակչությանը երաշխավորվող առողջապահական հիմնական ծառայությունների փաթեթում ընդգրկված բժշկական օգնության և ծառայությունների գները սահմանվում են իրական արժեքից 2-3 անգամ ցածր: Ընդ որում, պետության կողմից առաջարկվող ծառայությունների գների ցածր մակարդակը սահմանվում է ի հաշիվ հատկապես բժշկական ու սպասարկող անձնակազմի աշխատանքի ցածր վարձատրության: Այսպես, 2010 թ. առողջապահության և սոցիալական ոլորտի աշխատողների միջին ամսական աշխատավարձը կազմել է 68 270 դրամ կամ շուրջ 190 ԱՄՆ դոլար՝ ողջ տնտեսության մեջ զբաղվածների 108 840 դրամ կամ ավելի քան 302 ԱՄՆ դոլարի դիմաց¹⁰: Եվ դա այն դեպքում, երբ ըստ ՀՀ ազգային վիճակագրության պաշտոնական տվյալների 2010 թ. 3-րդ եռամսյակում ՀՀ քաղաքացու ֆիզիոլոգիական վերականգնման համար անհրաժեշտ օրական 2 412 կկալ էներգետիկայով պարենային զամբյուղի արժեքը ամսական կտրվածքով կազմել էր 28 064,4 դրամ, իսկ դրա հիման վրա հաշվարկված նվազագույն սպառողական զամբյուղի արժեքը՝ 43 499,8 դրամ¹¹: Փաստորեն ՀՀ առողջապահության ոլորտում զբաղվածի միջին անվանական աշխա-

⁹ Ա. Տեր-Գրիգորյան, Մ.Արիստակեսյան, «Ընտրանքային պայմանագրեր. հնարավորությունները և խոչընդոտները Հայաստանում», «Դեղորոշակություն ՓԲԸ», «Դեղեր և բժշկություն» տեղեկատու, 2005 թ. 4-րդ համար, Երևան, էջ 15-20:

¹⁰ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2010, www.armstat.am

¹¹ Հայաստանի Հանրապետության ազգային վիճակագրական ծառայության համացանցի հրապարակումների բաժին, www.armstat.am

տավարձը կազմել է ողջ տնտեսության մեջ զբաղվածների աշխատավարձի սոսկ 62,8 տոկոսը և գերազանցել է սահմանված նվազագույն աշխատավարձն ընդամենը 2,3 անգամ, իսկ նվազագույն սպառողական գանձրուղի արժեքը՝ ընդամենը 1,3 անգամ: Ավելին, իրավիճակի բարելավում չի նախատեսվում նաև 2011 թ.: Այսպես, 2011թ. առողջապահության գծով պետական պատվերի շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման օդակի բժշկական անձնակազմի աշխատողների հաշվարկային միջին ամսական աշխատավարձը նախատեսվում է 84700 դրամ՝ 2010 թվականի 77000 դրամի դիմաց, իսկ միջին բուժանձնակազմի աշխատողների հաշվարկային միջին ամսական աշխատավարձը՝ 54250 դրամ, 2010 թվականի 49300 դրամի դիմաց: Ավելի վատթար է վիճակը հիվանդանոցային օդակում: Այստեղ բժշկի հաշվարկային միջին ամսական աշխատավարձը նախատեսվում է 71300 դրամ (2010 թվականի 62000 դրամի դիմաց), իսկ բուժքույրինը՝ 56400 դրամ (2010 թվականի 49000 դրամի դիմաց)¹²:

Վերոհիշյալի համատեքստում ոլորտի հիմնախնդիրներից է մնում պետության կողմից երաշխավորվող նպատակային ծրագրերի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների իրատեսական գների սահմանում: Ինչպես ներկայացվեց վերևում, առողջապահության մատչելիության հիմնախնդրի լուծման գլխավոր խոչընդոտը ոլորտում համատարած սովերային վճարումների առկայությունն է: ՀՀ Մարդկային զարգացման ազգային հետազոտության (ՄԶԱՀ) առողջապահությանը վերաբերող տվյալների¹³ բազմագործոնային վերլուծությունից հանգում ենք այն եզրակացության, որ ոլորտում սովերայնության հիմնական պատճառը առողջապահական ծառայությունների գների անիրատեսականությունն է, որն, ի դեպ, հետևանք է պետական բյուջեի միջոցների հաշվին իրականացվող բուժօգնության ծախսերի գնահատման ընթացքում իրականից մի քանի անգամ ցածր գների կիրառման:

Ոլորտի հիմնախնդիրներից է մնում վճարովի ծառայությունների իրականացման, գնագոյացման կանոնակարգումը: Վճարովի ծառայությունների գները սահմանվում են բուժօգնություն իրականացնողների կողմից: Շատ դեպքերում վճարովի բուժօգնության գները հաստատվում են պետական բյուջեից ֆինանսավորվող համանման անվճար բուժօգնության համար սահմանված գների շրջանակներում կամ ավելի պակաս: Նշանակում է՝ ինչպես «պետական պատվերի» ներքո իրականացվող բժշկական օգնության, այնպես էլ բուժօգնության վճարովի ծառայությունների գներն իրականից մի քանի անգամ ցածր են: Արդյունքում՝ բուժիմասրկներն ու բուժաշխատողները նորից «աչք են գցում» պացիենտների գրպաններին, սոցիալապես անապահովներից ակնկալելով, իսկ մնացածից՝ պահանջելով լրացուցիչ (գնացուցակից դուրս) սովերային վճարումներ: Այս պարագայում, անգամ պետության կողմից երաշխավորված սոցիալական խմբերի ներկայացուցիչներից շատերը բժշկական ծառայությունների դիմաց անխուսափելի վճարումներ կատարելու ճնշման տակ հաճախ հրաժարվում են պետության կողմից իրենց երաշխավորված անվճար բժշկական օգնությունից:

Վերոհիշյալի հետ մեկտեղ լուրջ հիմնախնդիր է մնում բյուջետային ու վարկային միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործումը, կոռուպցիոն երևույթների տարածվածությունը: Այս առումով հարկ է նշել, որ կառավարությանը դեռևս չի հաջողվել անհրաժեշտ վերահսկողություն սահմանել բյուջետային սուղ միջոցների ու վարկային ռեսուրսների օգտագործման նկատմամբ, կոռուպցիոն դրսևորումների կանխարգելման, օրենսդրական դաշտի անկատարության ու կոռուպցիոն սողանքների վերացման ուղղությամբ: Դրա արդյունքում հանրային միջոցները դարձել են անօրինական եկամուտների կայուն աղբյուր՝ վերածվելով սովերային շրջանառությանը նպաստող կարևոր գործոնի: Ընդ որում, առողջապահության ոլորտում կոռուպցիոն դրսևորումներն ու իրավիճակները հանդես են գալիս հետևյալ 4 շրջանակներում. որակ և մատչելիություն, ֆինանսներ և սովերային դրամաշրջանառություն, իրավունք և օրինականություն,

¹² «Հայաստանի Հանրապետության 2011 թ. պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենքի բացատրագիր, www.parliament.am

¹³ «Մարդկային աղքատությունը և աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում», ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագիր, Երևան, 2005, էջ 23-41, <http://gov.am>, <http://undp.am>

վարչարարություն և գործառնություններ¹⁴: Հանրապետությունում կոռուպցիոն երևույթները առկա են վերոնշյալ բոլոր շրջանակներում, սակայն առավել վտանգավոր են ֆինանսների և սովետային դրամաշրջանառության և կառավարման ոլորտի կոռուպցիոն երևույթները, որոնք ունեն ամենաբազմազան դրսևորումներ: Այդ մասին են վկայում ՀՀ վերահսկիչ պալատի կողմից 2008-2009թթ. ընթացքում անցկացված ստուգումները, որոնցով հայտնաբերվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից բյուջետային միջոցների շոայման, փոշիացման ու յուրացման բազմաթիվ փաստեր¹⁵: Լուրջ կոռուպցիոն փաստեր են արձանագրվել նաև Համաշխարհային բանկի աջակցությամբ իրականացվող «Առողջապահության համակարգի արդիականացման երկրորդ ծրագրի» իրականացման ընթացքում¹⁶:

Բուժօգնության որակ

Հայաստանի Հանրապետությունում բուժօգնության որակի վերաբերյալ համակարգված քաղաքականության հայեցակարգային հիմքերն առաջին անգամ դրվել են Հայաստանի կառավարության 2002 թվականի հոկտեմբերի 31-ի N46 արձանագրային որոշմամբ հաստատված «Հայաստանի Հանրապետության բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգում», որով բուժօժանայությունների որակի բարելավումը և որակի ապահովման մեխանիզմների ստեղծումը սահմանվել է որպես առողջապահական ոլորտի բարեփոխումների կարևորագույն բաղկացուցիչ մաս:

Նշված հայեցակարգի դրույթները գործնական կիրառության դաշտ տեղափոխելու առաջին փորձը կատարվել է 2005 թվականի նոյեմբերին, երբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի No1116-Ա հրամանով հիվանդանոցներում ստեղծվել են որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովներ: Մակայն, հիվանդանոցային բուժօգնության որակի հստակ չափորոշիչների և ցուցանիշների, գնահատման ընթացակարգերի և գործիքակազմի բացակայության պատճառով այդ հանձնաժողովների գործունեության արդյունավետությունը եղել է մնում է անբավարար՝ հիմնականում սահմանափակվելով միայն պահանջվող հաշվետվությունների ներկայացմամբ:

Բուժօգնության որակի գործնական բարելավման առումով կարևոր քայլ էր 2008 թվականին Հայաստանի կառավարության կողմից հաստատված «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թվականների ռազմավարության» ընդունումը (19.06.2008թ., արձանագրային որոշում N 24), որում պատշաճ տեղ է հատկացվել առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱԳ) ոլորտում բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրներին և դրանց իրականացման միջոցառումների ծրագրին:

Ի կատարումն վերոհիշյալ ռազմավարության, ԱՄՆ ՄԶԳ Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագրի (PHCR Project) աջակցությամբ մշակվել և ՀՀ առողջապահու-

¹⁴ 1. «Հակակոռուպցիոն մասնակցային մոնիտորինգի մեթոդաբանություն կրթության և առողջապահության ոլորտներում», մշակված է ՄԱԶԾ-ի «Աջակցություն տեղեկատվական հասարակությանը և ժողովրդավարական կառավարմանը» ծրագրի շրջանակներում և արժանացել է ՀՀ կառավարության Կոռուպցիայի դեմ պայքարի խորհրդի հավանությանը 2005 թ. հունիսի 24-ին՝ N 59-79 արձանագրությամբ: www.undp.am, www.gov.am

2. «Քաղաքացիական հասարակության համայնքային խմբերի կողմից ՀՀ առողջապահության և կրթության ոլորտներում հակակոռուպցիոն մասնակցային մոնիտորինգի արդյունքները», մշակված է ՄԱԶԾ-ի «Իրազեկման և հակադեգրության բարելավում Հայաստանում կոռուպցիայի բացահայտման գործընթացում» ծրագրի շրջանակներում, 2007 թ., www.undp.am

¹⁵ «ՀՀ առողջապահության նախարարությանը պետական պատվերի և ծրագրերի կատարման նպատակով պետական բյուջեից հատկացված միջոցների օգտագործման և բյուջետային մուտքերի ապահովման, ինչպես նաև պետական սեփականության կառավարման և օգտագործման նկատմամբ իրականացված վերահսկողության արդյունքների վերաբերյալ ընթացիկ հաշվետվություն», հաստատված ՀՀ վերահսկիչ պալատի խորհրդի 2009թ. մարտի 9-ի թիվ 7/6 որոշմամբ, www.coc.am

¹⁶ «Համաշխարհային բանկի աջակցությամբ իրականացվող «Առողջապահության համակարգի արդիականացման երկրորդ ծրագրի» ընթացքի նկատմամբ իրականացված վերահսկողության արդյունքների վերաբերյալ ընթացիկ հաշվետվություն», հաստատված ՀՀ վերահսկիչ պալատի խորհրդի 2009 թ. մարտի 9-ի թիվ 7/5 որոշմամբ, www.coc.am

թյան նախարարի հրամանով (N1661-Ա, 18.11.2008) հաստատվել է ԱԱԳ ոլորտում բուժօգնության որակի գործնական ապահովման համալիր փաթեթը, ներառյալ կիրարկման մեթոդների, ընթացակարգերի և հաշվառման-հաշվետվական ձևաթղթերի գործիքակազմը: Որպես սկիզբ, այդ գործիքակազմը կիրարկման մեջ է դրվել հանրապետության բոլոր մարզերի և Երևան քաղաքի 139 առավել խոշոր (երեք և ավելի բժիշկներ ունեցող) ԱԱԳ հաստատություններում:

Այդ նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված ուսուցման ծրագրով հանրապետության բոլոր մարզերում և Երևան քաղաքում պատրաստվել են 50 որակի համակարգողներ (ՌՀ), որոնք մասնագիտական և կազմակերպչական աջակցություն են ցուցաբերել ներգրավված բոլոր ԱԱԳ հաստատություններին՝ ուսուցանելով, իսկ այնուհետև՝ նաև շարունակական գործնական աջակցություն ցուցաբերելով վերջիններիս աշխատակիցներին:

Հայաստանի ԱԱԳ համակարգի բոլոր երեք մակարդակներում՝ 139 բուժհաստատություններում, մարզային առողջապահական վարչություններում և Առողջապահության նախարարությունում ստեղծվել և գործում են որակի բարելավման խորհուրդներ (ՌԲԻ):

Կիրարկման մեջ են դրվել բուժօգնության որակի գնահատման մանրակրկիտ մշակված գործիքներ, ներառյալ որակի ցուցանիշների շարունակական վիճակագրական մոնիտորինգը, ծառայություն մատուցողների ներքին ինքնագնահատումը, բժշկական քարտերի/դեպքերի վերանայումը, ինչպես նաև պացիենտների գոհունակության գնահատման մեթոդները:

Ապացուցողական բժշկության միջազգային փորձի հիման վրա մշակվել, հաստատվել և կիրառման մեջ են դրվել ԱԱԳ պրակտիկայում առավել տարածված 10 (3՝ մեծահասակների և 7՝ մանկական հասակի) հիվանդությունների և վիճակների վարման կլինիկական չափորոշիչներ՝ համառոտ կլինիկական գործելակարգեր:

Որակի ապահովման վերոհիշյալ գործիքակազմի ներդրման արդյունքում Հայաստանի ԱԱԳ համակարգում որոշակիորեն արմատավորվել է բուժօգնության որակի կանոնավոր մշտադիտարկման մշակույթը, այն է՝ ավելի կանոնակարգված մասնագիտական աշխատանք՝ ըստ կլինիկական չափորոշիչների, որակի խնդիրների բացահայտմանը և լուծմանն ուղղված առավել նախաձեռնող և ակտիվ գործելակերպ: Տեղերում լուծվել են բացահայտված մի շարք խնդիրներ, այդ թվում՝ աշխատանքային պայմանների և տեխնիկական հագեցվածության բարելավման, բնակչության տեղեկատվության և առողջապահական կրթության առումներով:

Այդուհանդերձ, վերոհիշյալ դրական ձեռքբերումներն իրենց կայունության և շարունակականության առումով դեռևս խոցելի են: Հայաստանի բուժհաստատություններում դեռևս ոչ հազվադեպ կարելի է դիտարկել այնպիսի իրավիճակ, երբ բուժօգնության որակը, մշտապես հայտարարվող գերակայություն լինելով հանդերձ, գործնականում մտահոգության առարկա է դառնում հիմնականում այն ժամանակ, երբ առաջացած լուրջ հիմնախնդիրներն այլևս անհնար է չնկատել: Իսկ դրանց լուծման նպատակով ձեռնարկվող միջամտություններն էլ սովորաբար կրում են իրավիճակային և դրվագային բնույթ: Ավանդաբար, նմանատիպ դրվագային մոտեցում է ցուցաբերվում նաև բժշկական սխալների ուսումնասիրության և վերլուծության առումով:

Այսպիսով, հանրապետության առողջապահական համակարգում առկա են բուժօգնության որակի մշտադիտարկմանն ու բարելավմանն ուղղված որոշակի կարգավորիչներ, չափորոշիչներ և ընթացակարգեր: Միջազգային դոնոր կազմակերպությունների աջակցության շնորհիվ որակի հսկման նախկին խիստ ուղղահայաց և պատժիչ մոտեցումներն աստիճանաբար փոխարինվում են առավել հորիզոնական, աջակցող վերահսկման սկզբունքներով դեկավարվող մեխանիզմներով և գործիքներով:



Բուժօգնության որակի գործնական բարելավման առումով կարևոր քայլ էր 2008 թվականին:

Դրանք, սակայն, հիմնականում գործում են ԱԱԳ ոլորտում՝ սահմանափակվելով երեխաների, կանանց և մեծահասակների առողջության պահպանմանն ուղղված որոշ բուժճառայություններով:

Ընդհանուր առմամբ, երկրի առողջապահության ողջ համակարգի ծավալներով,

բուժօգնության որակի բարելավմանն ուղղված համակարգային մոտեցումները, համապատասխան գործիքակազմերի առկայությունը և դրանց ինստիտուցիոնալացման մակարդակը դեռևս չեն կարող գնահատվել բավարար:

Որակյալ բուժօգնությանը նպաստող մեխանիզմները դեռևս հատվածական բնույթ են կրում: Բուժօգնության որակի ապահովման միջոցների ակտիվ ներդրման և շարունակական կիրառման առումով բուժաշխատողների մոտիվացիան բավականին սահմանափակ է: Վիճակի բարելավմանը խոչընդոտում են, մասնավորապես, լիցենզավորման և շարունակական մասնագիտական կրթության գործող պահանջների ոչ լիարժեք լինելը, բուժօգնությունների հավատարմագրման համակարգի բացակայությունը, բուժհաստատությունների միջև մրցակցության և մոտիվացիայի ցածր մակարդակը:

Բուժօգնության որակի բարելավման առումով Հայաստանի առողջապահության առաջնակարգ հիմնախնդիրներից է մնում նաև գիտական ապացույցների վրա հիմնված կամ «ապացուցողական» անվանվող բժշկության (Evidence-based medicine-EBM) արմատավորումը բուժաշխատողների պրակտիկայում: Ապացուցողական բժշկությունն իրենից ներկայացնում է այնպիսի բժշկական պրակտիկա, որի դեպքում ախտորոշիչ, կանխարգելիչ և բուժական միջամտությունների մասին որոշումներն ընդունվում են՝ ելնելով նրանց արդյունավետության և անվտանգության մասին եղած ապացույցներից, այսինքն՝ գիտական ակնհայտությունից: Իսկ այդ ակնհայտությունը հիմնավորվում՝ ապացուցվում է բազմաձևագրանոց տվյալներ ընդգրկող կլինիկական հետազոտությունների արդյունքում:

Ցավոք, ապացուցողական բժշկության ժամանակակից մոտեցումներն այսօր հասու չեն Հայաստանի բուժաշխատողներից շատերին, և նրանք շարունակում են պրակտիկայում կիրառել իրենց անձնական փորձով ձևավորված կամ նույնիսկ վաղուց գոյություն ունեցած շատ բժշկական ավանդույթներ և մոտեցումներ, որոնք չեն համապատասխանում ապացուցողական բժշկության գիտական արդյունքներին:

Իսկ այն բուժաշխատողները, ովքեր ձգտում են կիրառել ապացուցողական բժշկության սկզբունքները, օգտվում են Հայաստանում սահմանափակ շրջանառության մեջ գտնվող տարբեր ձևաչափերի կլինիկական ուղեցույցներից, որոնք սակայն գերակշռաբար վերաբերում են առողջության առաջնային պահպանման ոլորտին: Եղած կլինիկական ուղեցույցները մշակվել են հիմնականում միջազգային դոկտոր կազմակերպությունների (Առողջապահության միջազգային կազմակերպություն, Համաշխարհային բանկ, ԱՄՆ-ի Միջազգային զարգացման գործակալություն...) հովանավորությամբ ձևավորվող տարբեր մասնագիտական խմբերի կողմից: Դրանք մշակվել են՝ կիրառելով տարաբնույթ սկզբնաղբյուրներ, մոտեցումներ և մեթոդաբանություն, ինչի արդյունքում երբեմն կարող են հակասել միմյանց և նույնիսկ ոչ լիովին համապատասխանել ապացուցողական բժշկության արդիական պահանջներին:

Հայաստանում ստեղծված չէ ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված կլինիկական պրակտիկայի չափորոշիչների մշակման, վերանայման և թարմացման ազգային՝ միօրինականացված գործընթաց:

Բժշկական կրթության ուսումնական ծրագրերը երկրի տարբեր բժշկական ուսումնական հաստատություններում նույնպես տարբեր են և երբեմն չեն համապատասխանում բազմազան կլինիկական ուղեցույցներին: Նույնանման խոչընդոտների են առնչվում նաև շարունակական բժշկական կրթության ծրագրերը:

Հայաստանում գոյություն չունի բժշկական հաստատությունների և/կամ ծառայությունների հավատարմագրման համակարգ: Չկա նաև անհատ բուժաշխատողների մասնագիտական լիցենզավորման կամ համարժեք այլ համակարգ:

Բուժհաստատությունների հետ կնքվող ծառայությունների գնման պայմանագրերի այսօր գործող պահանջները չեն խթանում բժիշկների և բուժքույրերի մոտիվացիան՝ բուժօգնության որակի և պացիենտների անվտանգության կայուն և շարունակական բարելավում ապահովելու առումով:

Մարդկային ռեսուրսներ և շարունակական մասնագիտական զարգացում

Հայաստանում որակյալ և լիարժեք առողջապահական ծառայությունների մատուցմանը խոչընդոտող կարևոր գործոններից մեկը առողջապահական համակարգի՝ մարդկային ռեսուրսներ-

րով ոչ պատշաճ ապահովվածության հիմնախնդիրն է: Խոսքը վերաբերում է ն՝ բուժաշխատողների թվաքանակին, ն՝ մասնագիտական կազմին, ն՝ նրանց որակավորմանն առնչվող չլուծված խնդիրների առկայությանը:

Հայաստանում առողջապահության համակարգի՝ մարդկային ռեսուրսներով ապահովվածության իրավիճակը ընդհանուր առմամբ կարելի է բնութագրել որպես գերհագեցած, սակայն աշխարհագրորեն և մասնագիտական տարբեր դասերի (կատեգորիաների) առումով՝ անհամաչափ բաշխված:

2008 թվականի վերջի դրությամբ բժիշկների ընդհանուր թիվը Հայաստանում եղել է 12558, ինչը 10 000 բնակչի հաշվով կազմում է 38,8: Իսկ միջին բուժաշխատողների թիվը, համապատասխանաբար, կազմել է 18 328 կամ 56,6/10 000 բնակչին¹⁷: Համեմատության համար՝ Եվրոմիության անդամ երկրների միջին ցուցանիշը կազմել է շուրջ 35 բժիշկ 10 000 բնակչին և 72 բուժքույր 10 000 բնակչին¹⁸:

Համակարգում առկա են անհրաժեշտից ավելի մեծ թվով նեղ մասնագետներ և, ընդհակառակը, անհրաժեշտից քիչ քանակով ընդհանուր պրակտիկայի կամ ընտանեկան բժիշկներ:

Պահպանվում է նաև խախտված հաշվեկշիռը Հայաստանի տարբեր մարզերի, ինչպես նաև ընդհանուր առմամբ քաղաքային և գյուղական առողջապահության միջև: 10 000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը Երևանում կազմում է 32,1, իսկ մարզերում՝ սկսած 13,9-ից (Արմավիրի մարզ) մինչև առավելագույնը՝ 19,8 (Շիրակի մարզ): Գյուղական առողջապահությունն ունի ն՝ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների, ն՝ նեղ մասնագետների չլրացված կարիք, մինչդեռ քաղաքային բնակավայրերում այդ երկու կատեգորիաների թվաքանակը գերազանցում է կարիքները:

Նկարագրված իրավիճակը հետևանք է առողջապահության մարդկային ռեսուրսների կարճաժամկետ և երկարաժամկետ պլանավորման ակնհայտորեն թերի լինելու:

Այդ առումով բնութագրական է բժշկական ուսումնական հաստատություններում ամենամյա ընդունելության ավանդաբար մեծ ծավալները: Պետական բժշկական ուսումնական հաստատություններում ընդունելության ծավալները պետության կողմից թեպետև կանոնակարգվում են, այնուամենայնիվ այդ կարգավորման արդյունավետությունը պլանավորման ռազմավարական հիմնավորվածության տեսանկյունից դեռևս հեռու է բավարար լինելուց: Իսկ հանրապետությունում գործող մի շարք մասնավոր բժշկական ուսումնական հաստատություններ շարունակաբար ընդլայնում են ընդունելությունը՝ ընդհանրապես դուրս մնալով երկրի մասշտաբով առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման շրջանակներից: Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում վերջին տասնամյակում (1998–2008 թթ.) շրջանավարտների թիվը նվազել է՝ 622-ից հասնելով 428-ի¹⁹: Սակայն այս վիճակագրությունից ամբողջովին դուրս են մնացել ոչ պետական բժշկական բուհերը, որոնց վերաբերյալ առողջապահության վիճակագրական ծառայությունը տվյալներ չունի:

Արմատական բարեփոխման կարիք կա նաև առողջապահության մարդկային ռեսուրսների զարգացման ոլորտում: Ընդ որում, խնդիրներն այդ ոլորտում առկա են ինչպես կառավարման վերին (ներառյալ օրենսդրական) մակարդակում, այնպես էլ ներկազմակերպական ղեկավարման գործընթացներում:

Այն բանից հետո, երբ 2001 թվականից Հայաստանում օրենսդրորեն դադարեցվեց անհատ բուժաշխատողների մասնագիտական լիցենզավորման գործընթացը, ըստ էության վերացավ բուժաշխատողների կանոնավոր մասնագիտական զարգացման պահանջ առաջադրող միակ գործուն օրենսդրական լծակը: Եվ չնայած որ «Լիցենզավորման մասին» Հայաստանի օրենքով սահմանված է դրույթ բուժաշխատողների որակավորման ստուգման մասին, բուժաշխատողների մասնագիտական որակավորման պարբերական հավաստման կանոնավոր մեխանիզմները դեռևս բացակայում են: Բուժհաստատությունների լիցենզավորման նորմատիվային պահանջներում

¹⁷ «Առողջություն և առողջապահություն, Հայաստան, 2008» տեղեկատու, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական հանրապետական կենտրոն:

¹⁸ WHO Regional office for Europe, 2006,

¹⁹ «Առողջություն և առողջապահություն, Հայաստան, 2008» տեղեկատու, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական հանրապետական կենտրոն:



Առողջապահության նախարարությունը հաստատում կամ մերժում է տարբեր կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող ուսումնական ծրագրերը:

նրանց աշխատակիցների 5-ամյա պարբերականությանը վերապատրաստվելու պայմանը գործնականում չի ապահովվում՝ կանոնավոր հաշվառման և վերահսկման համակարգի բացակայության

պատճառով: Ըստ էության, այդ խնդիրը թողնված է բուժհաստատությունների ղեկավարների կամքին և հայեցողությանը:

Ներկազմակերպական մակարդակում մարդկային ռեսուրսների զարգացմանն առնչվող առանցքային խնդիրը բուժաշխատողների աշխատանքի գնահատման և նրանց մասնագիտական զարգացման (այդ թվում՝ ուսուցման) կարիքների որոշման կանոնավոր մեխանիզմների բացակայությունն է: Աշխատանքի գնահատման և զարգացման կարիքների որոշման համար հիմք պետք է ծառայեն աշխատանքի (պաշտոնի) նկարագրերը, որոնք բուժհաստատությունների գերակշռող մեծամասնությունում պարզապես բացակայում են: Լավագույն դեպքում աշխատանքի պայմանների վերաբերյալ որոշակի դրույթներ ներառվում են բուժաշխատողների հետ կնքվող աշխատանքային պայմանագրերում, ինչը, սակայն, լիարժեք չափանիշային հիմք չի ստեղծում աշխատողի կատարողականի գնահատման և դրանից բխող՝ զարգացման կարիքների որոշման համար:

Բուժաշխատողների կայուն մասնագիտական զարգացման անկյունաքարերից մեկը որակյալ և արդյունավետ շարունակական բժշկական կրթության (ՇԲԿ) (Continuous Medical Education – CME) համակարգ ունենալն է:

Շարունակական բժշկական կրթությունը Հայաստանում իրականացվում է գերակշռաբար Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԿԻ) կողմից: Ավելի սահմանափակ չափով որոշ ՇԲԿ իրականացնում է նաև Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ): Որոշակի իմաստով ԱԿԻ-ի «մենաշնորհային» կարգավիճակը նպաստում է այդ ոլորտում ուսուցման բարձր գներին և շարունակական բժշկական կրթության ծրագրերի մտահոգիչ որակին: Վերջին ժամանակաշրջանում Երևանի պետական բժշկական համալսարանն առավել նախաձեռնողական պահվածք է հանդես բերում և ձգտում է որոշ մասնագիտությունների գծով ավելի մեծ դերակատարում ստանձնել շարունակական բժշկական կրթության տրամադրման առումով: Այդ հանգամանքը կարող է ավելի շահավետ իրավիճակ ստեղծել ՇԲԿ ոլորտում առավել մրցակցային, ճկուն և արդյունավետ միջավայր ձևավորելու առումով:

Առողջապահության նախարարության 2004 թվականի հրամանով սահմանված հետդիպլոմային շարունակական կրթության կրեդիտների տրամադրման կարգն ըստ էության չի գործում, քանի որ դրա գործարկման և վերահսկման ընթացակարգերը հստակեցված չեն: Չնայած որ այդ հրամանով սահմանվել են կրեդիտների ձեռք բերման մի քանի այլընտրանքներ, իրականում միայն Առողջապահության ազգային ինստիտուտի վերապատրաստման դասընթացներն են ինքնաբերաբար ընդունվում որպես շարունակական բժշկական կրթության կրեդիտներ: Հաշվի առնելով, որ Առողջապահության ազգային ինստիտուտը ՇԲԿ կրեդիտներ շնորհող միակ կազմակերպությունը լինելով հանդերձ, նաև շարունակական բժշկական կրթություն իրականացնող ամենախոշոր հաստատությունն է, ապա դժվար է խոսել այդ ոլորտում լուրջ մրցակցության և որակի հսկողության մասին:

Շարունակական բժշկական կրթության ֆինանսավորումն իրականացվում է ինչպես պետական պատվերի շրջանակներում, այնպես էլ՝ բուժհաստատությունների բյուջեներից կամ վերապատրաստվողների անձնական միջոցներից կատարվող վճարումների հաշվին: Առողջապահության պետական բյուջեից շարունակական բժշկական կրթությանը մնացորդային սկզբունքով հատկացվող ոչ բավարար ֆինանսավորման հետևանքով վերջինիս ծանրությունը գերակշռա-

բար ընկնում է բուժաշխատողների անձնական միջոցների վրա, ինչն էլ, սակայն, հաճախ դժվար հաղթահարելի խնդիր է դառնում նրանց համար:

Հայաստանի անկախության տարիներին շարունակական բժշկական կրթության ֆինանսավորման և իրականացման գործում զգալի դերակատարում են ստանձնել նաև միջազգային դոնոր կազմակերպությունները, որոնք հիմնականում ներդրում են կատարել առողջության առաջնային պահպանման, իսկ առավել ստույգ՝ ընտանեկան բժշկության ոլորտում բուժաշխատողների հետդիպլոմային մասնագիտացման և շարունակական կրթության իրականացման համար: Դրա շնորհիվ զգալիորեն ավելացել է համապատասխան ուսուցում անցած ԱՄՆ/ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի քանակը, որը, սակայն, դեռևս ետ է մնում չափորոշիչային կարիքները բավարարելուց:

Շարունակական բժշկական կրթության ուսումնական ծրագրերը հաճախ չեն բխում գործնական առողջապահության իրական կարիքներից: Այսօր չկան սահմանված հետևողական մեխանիզմներ, որոնք կդրդեին շարունակական բժշկական կրթություն իրականացնող հաստատություններին իրենց ծրագրերի ձևը, բովանդակությունը և որակը համապատասխանեցնելու վերապատրաստվողների իրական կարիքներին:

Չկան շարունակական բժշկական կրթության ուսումնական ծրագրերի որակն ապահովող արդյունավետ մեխանիզմներ: Առողջապահության նախարարությունը հաստատում կամ մերժում է տարբեր կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող ուսումնական ծրագրերը՝ չունենալով դրանց որակի գնահատման հստակ և պաշտոնապես սահմանված ուղենիշներ: Մյուս կողմից, բժշկական ուսումնական հաստատությունները չունեն ապացուցողական բժշկության սկզբնաղբյուրները հասանելի դարձնելու համար անհրաժեշտ ֆինանսա-տեխնիկական ռեսուրսներ, ինչպես նաև ապացուցողական բժշկության միջազգային ռեսուրսներից օգտվելու առումով բավականաչափ կարողունակ մասնագետներ: Այդ հանգամանքները նույնպես խոչընդոտում են ապացուցողական բժշկության պահանջներին համապատասխանող որակյալ ուսումնական ծրագրեր մշակելուն:

Դասավանդողների ցածր վարձատրությունն իր հերթին չի խթանում շարունակական բժշկական կրթության ոլորտում լավագույն մասնագետների ներգրավմանը, ինչը նույնպես չի նպաստում ՇԲԿ որակի բարելավմանը: Հազվադեպ չեն դեպքերը, երբ նվազ որակավորում ունեցող մասնագետների կողմից դասընթացների անցկացումը հարցականի տակ է դնում դրանց օգտավետությունը:

Երբեմն էլ ՇԲԿ-ն չի կապակցվում աշխատանքային միջավայրին և պայմաններին, ինչը հնարավորություն չի տալիս վերապատրաստվողներին լիարժեքորեն կիրառել ձեռք բերված գիտելիքներն ու հմտություններն իրենց պրակտիկայում: Այդպիսի իրավիճակներ հաճախ արձանագրվում են, օրինակ, որպես ընտանեկան բժշիկներ պատրաստված մասնագետների մոտ, որոնք այնուհետև չեն կարողանում լիովին իրականացնել իրենց մասնագիտական գործառնությունները՝ աշխատանքային տեղերում ստեղծվող խոչընդոտների կամ համապատասխան պայմանների բացակայության պատճառով:

Շարունակական բժշկական կրթության որակին և մատչելիությանն առնչվող այս հիմնախնդիրները բացասական մոտիվացիոն ազդեցություն են թողնում բուժաշխատողների վրա, որոնք հիմնականում բուժհաստատության ղեկավարության պարտադրանքով են անցնում այդ դասընթացները:

Դեղաբաղաբանություն

Հայաստանի Հանրապետության դեղագործության ոլորտի զարգացումը կարևոր ռազմավարական, սոցիալական և տնտեսական նշանակություն ունի: Այս ոլորտում վերջին 20 տարիների ընթացքում տեղի են ունեցել դրական տեղաշարժեր: Հիմնադրվել է դեղերի շրջանառությունը կարգավորող մարմին (1992թ.), ընդունվել են «Դեղերի մասին» (1998 թ.) և «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի մասին» (2002թ.) ՀՀ օրենքները և մի շարք ենթաօրենսդրական ակտեր, ներդրվել է դեղերի փորձաքննության, արժևորման և գրանցման համակարգը, կանոնակարգվել է դեղերի ներկրումը և արտահանումը, մշակվել է կեղծված դեղերի դեմ պայքարի միջոցառումների համալիր ծրագիր և այլն:

Սակայն հանրապետությունում դեռևս առկա են այնպիսի լուրջ հիմնախնդիրներ, ինչպիսիք են դեղերի մատչելիությունը, դեղերի որակի ապահովումը և դեղերի արդյունավետ կիրառումը:



Դեղերի ոչ ճիշտ օգտագործմանը նպաստում է նաև բնակչության անբավարար իրազեկվածությունը:

համար դեղերի ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ տնտեսական մատչելիությունը: Չնայած դեղերի ֆիզիկական մատչելիությունը վերջին տարիների ընթացքում զգալիորեն բարելավվել է, այդուհանդերձ այդ խնդիրը չլուծված է մնում գյուղական վայրերում: Այսպես, ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագրի կողմից անցկացված «Մարդկային զարգացման ազգային հետազոտության» (ՄՁԱՀ) շրջանակում հետազոտված 170 գյուղական համայնքների մոտ 90%-ում դեղատուրն չկար կամ չէր գործում²⁰: Ընդ որում, այդ համայնքների բնակչության շուրջ 77%-ը ստիպված է ձեռք բերել դեղեր համայնքի տարածքից 6 կմ և ավելի հեռավորության վրա գտնվող դեղատնից: Ինչպես վկայում են «Օքսֆամի» կողմից 2003-2004 թթ. ընթացքում հանրապետության չորս մարզերում իրականացված հետազոտության արդյունքները²¹, գյուղական համայնքներում դեղատների բացակայությունը ստիպում է գյուղաբնակների շուրջ երկու երրորդին օգտվել մարզային քաղաքների, իսկ 10-25%-ին՝ նաև մայրաքաղաքի դեղատներից:

Դեղերի ֆինանսական անմատչելիությունը, առավել քան ֆիզիկական անհասանելիությունը, դարձել է բնակչության բուժօգնությունից օգտվելու լուրջ խոչընդոտ: Առողջապահական ծառայությունների մատչելիության ընդհանուր ենթատեքստում դեղերի ֆինանսական անմատչելիության հիմնախնդրի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ նույնիսկ պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական ծրագրերի շրջանակներում՝

- հիվանդանոցային բուժօգնության համար պահանջվող դեղերի հիմնական մասը ձեռք է բերվում հիվանդի կողմից,
- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության ընթացքում անհրաժեշտ դեղերը ձեռք են բերվում հիմնականում այցելուների կողմից,
- գրեթե չի գործում ՀՀ կառավարության 2006 թ. նոյեմբերի 23-ի N 1717-Ն որոշումը «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ձեռք բերելու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալական խմբերի և հիվանդությունների ցանկերը հաստատելու մասին»:

Դեղերի ֆիզիկական և ֆինանսական անմատչելիությունը էլ ավելի է խորացնում բուժօգնության դիմելու հոգեբանական արգելքը, քանզի հիվանդության դեպքում բժշկին չդիմելու հիմնական պատճառաբանություններից մեկն էլ այն է, որ բժշկին դիմելուց հետո բուժման գործընթացն անհրաժեշտաբար պահանջելու է համապատասխան դեղերի ձեռք բերում, որն իրենք ի վիճակի չեն կատարել: Այս պարագայում շատերը գերադասում են «ջայլամի դիրքորոշումը»՝ ավելի լավ է չիմանանք մեր հիվանդության մասին, քան իմանալով՝ չկարողանանք այն բուժել դեղերի անմատչելիության պատճառով²²:

Հայաստանում բարձր է դեղերի սովերային ու կեղծ դեղերի շրջանառության մակարդակը, ինչը մեծ վտանգ է ներկայացնում բնակչության առողջության պահպանման ու դեղահաբեկչության առումով: Այսպես, ըստ ՀՀ ԱԿԾ անցկացրած հետազոտության տվյալների, տնային տնտեսությունների կողմից դեղագործական արտադրանքի ձեռք բերման ծավալը 5,65 անգամ գերազանցում է դեղագործական արտադրանքի մանրածախ առևտրով զբաղվող կազմակերպությունների

20 «Մարդկային աղքատությունն ու աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում», Երևան, 2005, <http://www.undp.am>, <http://www.gov.am>

21 «Շիրակի, Վայոց ձորի և Սյունիքի մարզերում առաջնային բուժօգնության և ոռոգման ջրի իրավիճակի մոնիտորինգ և գնահատում», Պրակ 6, «Զանգվածային հետազոտություն», OXFAM, Երևան, 2004:

22 Մ. Արիստակեսյան, «Դեղերն ու աղքատությունը», ՀՀ կառավարության տնտեսական բարեփոխումների «IACER» վերլուծական տեղեկատվական կենտրոն, «Հայացք տնտեսությանը» տեղեկագիր, Երևան, 2002 թ., սեպտեմբեր, թիվ 11 (23), էջ 23-28, <http://www.gov.am>

և անհատ ձեռնարկատերերի կողմից հայտարարված վաճառքի ծավալները: Սովերային շրջանառությունը գնահատվել է 65-70 տոկոս²³:

Երկրում չի գործում դեղերի գների պետական կարգավորման համակարգ, որը շատ դեպքերում բերում է գների անհիմն աճի, բնակչության համար և առողջապահության համակարգում դեղերի մատչելիության զգալի կրճատման: Դեղերի շրջանառության վրա 2001թ.-ից ԱՄՀ-ի կիրառումը ավելի է վատթարացրել հիմնական դեղերի տնտեսական մատչելիությունը²⁴:

Լուրջ հիմնախնդիր է մնում հանրապետության դեղաշրջանառության բոլոր փուլերում կոռուպցիոն երևույթների լայն տարածվածությունը²⁵:

Լուրջ հիմնախնդիրներ կան դեղերի որակի ապահովման համակարգում: Հանրապետությունում գործող լիցենզավորման համակարգի անհիմն պարզեցման արդյունքում դեղագործական կազմակերպությունների որոշ մասը դուրս է մնացել հսկողությունից, մասնագետները չեն լիցենզավորվում, չկա պարտադիր վերապատրաստման պահանջ: Արդեն շուրջ 10 տարի է չկա տեսչական հսկողություն իրականացնող մարմին, դեղերի ոլորտի տնտեսավարող սուբյեկտները մասնագիտական հսկողության չեն ենթարկվում: Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում, նկատվում են կեղծված դեղերի դեղագործական շուկա ներթափանցման և շրջանառության դեպքեր՝ համապատասխան մարմինների թերի համագործակցության և սահմանների «թափանցիկության» պատճառով: Խնդիրն էլ ավելի բարդացավ ՀՀ կառավարության կողմից 2011 թ. ընդունված մի շարք որոշումներով՝ կապված դեղերի պետական գրանցման ու դեղերի փաթեթավորման կարգերի պարզեցման հետ:

Հրատապ խնդիր է մնում դեղերի արդյունավետ կիրառումը: Լայնորեն տարածված է ոչ արդյունավետ դեղաբուժությունը, մեծ թվով դեղերի, հատկապես հակամանրէային, անհիմն նշանակումը, բժշկի նշանակում պահանջող դեղերի առանց դեղատոմսի հիվանդներին բաց թողման լայնորեն տարածված պրակտիկան, անվերահսկելի ինքնաբուժումը, որոշ դեղագործական կազմակերպությունների կողմից շուկայում դեղերի անբարեխիղճ, անօրինական առաջնորդումը: Նկատվում է նաև դեղերի մասին սպառիչ, օբյեկտիվ, հավաստի տեղեկատվության պակաս՝ ինչպես մասնագետների, այնպես էլ բնակչության շրջանում: Դեղերի ոչ ճիշտ օգտագործմանը նպաստում է նաև բնակչության անբավարար իրազեկվածությունը:

Այս հիմնախնդիրներին զուգահեռ անբավարար է ուսումնական ծրագրերի բարեփոխումների գործընթացը: Դեռևս կա դեղագիտական ու դեղատնտեսագիտական համակողմանի հետազոտությունների պակաս: Բացակայում է դեղաշրջանառության մասին օբյեկտիվ ու ամբողջական տեղեկատվությունը, ինչը խոչընդոտում է ոլորտի կառավարման մասին օբյեկտիվ որոշումներ կայացնելուն:

²³ «Առողջապահական կազմակերպությունների ու դեղատների և տնային տնտեսությունների կողմից առողջապահական ծառայությունների վրա կատարված ծախսերի ընտրանքային հետազոտության զեկույց», ՀՀ ԱԿԾ, Երևան, 2002:

²⁴ “Medicine Prices: a New Approach to Measurement”, 2003 edition (working draft for field testing and revision), WHO / EDM / PAR /, 2003,2, 2003, medicineprices@who.int, <http://www.who.int>, <http://www.haiweb.org/medicineprices>

Մ. Արիստակեսյան, «Դեղերի գների և վաճառքի ծավալների դիտարկումը Հայաստանում»,

«Դեղագործակալություն» ՓԲԸ, «Դեղեր և բժշկություն» տեղեկատու, Երևան, 2001թ., 3-րդ համար, էջ 61-63,

Մ. Արիստակեսյան, «Նորից ենք տուժելու, ժողովուրդ» (հարցազրույց), «Հայոց աշխարհ» օրաթերթ, 2002 թ.

հունվարի 23, N 12/1107, Երևան,

Մ. Արիստակեսյան, «Դեղերի շուկայում գործարարության կարգավորման մի քանի հարցերի մասին»,

«Դեղագործակալություն» ՓԲԸ, «Դեղեր և բժշկություն» տեղեկատու, Երևան, 2002 թ., 4-րդ համար, էջ 15-20:

²⁵ 1. ՄԱԿ ՄԱԶԾ-ի «Քաղաքացիական հասարակության համայնքային խմբերի կողմից ՀՀ առողջապահության և կրթության ոլորտներում հակակոռուպցիոն մասնակցային մոնիտորինգի արդյունքները», մշակված է ՄԱԶԾ-ի «Իրազեկման և հակազեղեցության բարելավում Հայաստանում կոռուպցիայի բացահայտման գործընթացում» ծրագրի շրջանակներում, 2007 թ., www.undp.am

2. «ՀՀ առողջապահության նախարարությանը պետական պատվերի և ծրագրերի կատարման նպատակով պետական բյուջեից հատկացված միջոցների օգտագործման և բյուջետային մուտքերի ապահովման, ինչպես նաև պետական սեփականության կառավարման և օգտագործման նկատմամբ իրականացված վերահսկողության արդյունքների վերաբերյալ ընթացիկ հաշվետվություն», հաստատված ՀՀ վերահսկիչ պալատի խորհրդի 2009թ. մարտի 9-ի թիվ 7/6 որոշմամբ, www.coc.am

III. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

Մույն ռազմավարության նպատակը բխել է այն ելակետային հիմնադրույթից, որ բնակչությանը մատուցվող բժշկական ծառայությունների ցանկալի և կայուն արդյունքներ ստանալու համար առանցքային նշանակություն ունի ամուր և արդյունավետ առողջապահական համակարգ ունենալը: Ուստի և, Հայաստանի առողջապահության կառավարման, ֆինանսավորման, բժշկական ծառայությունների կազմակերպման և կարողությունների զարգացման ոլորտում առկա խնդիրների կարգավորումը հնարավորություն կտա բարելավելու բնակչության համար որակյալ առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը և դրանց երկարաժամկետ ու կայուն առողջական արդյունքները:

Կառավարում և կարգավորում

Ռազմավարության նպատակն է կատարելագործել համակարգի կառավարման մեխանիզմները և կարգավորիչ ֆունկցիոնալ դերակատարումը, այն հաշվով, որ ազատական տնտեսության պայմաններում համակարգի գործունեությունը առավելապես բխի հանրային կարիքների բավարարման պահանջից, ապահովելով ծառայությունների մատուցման որակը, հասանելիությունը և մատչելիությունը, ապահովվի թափանցիկություն, բարձրացվի հասարակության մասնակցությունը առողջապահական հիմնախնդիրների լուծման ու բարեփոխումների գործընթացում:

Ֆինանսավորում

Ռազմավարության այս բաղադրիչի հիմնական նպատակն է Հայաստանի բնակչության հարաճուն առողջապահական կարիքի բավարարմանն ուղղված առողջապահական որակյալ ծառայությունների մատուցման ֆինանսական կայունության ապահովմանը, հանրային միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործմանը և դրանց միջոցով ողջ բնակչության (առաջին հերթին՝ բնակչության աղքատ խմբերի) համար պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության ապահովմանն ուղղված գործընթացների զարգացումն ու շարունակական բարելավումը:

Բուժօգնության որակ

Ռազմավարության այս բաղադրիչի հիմնական նպատակն է Հայաստանի առողջապահական համակարգում զարգացնել բուժօգնության որակի պատշաճ մակարդակ և շարունակական բարելավում ապահովող գործընթացներն ու կարողությունները:

Մարդկային ռեսուրսներ և շարունակական մասնագիտական զարգացում

Հայաստանի առողջապահության մարդկային ռեսուրսների կառավարման ոլորտում ներդնել և զարգացնել մարդկային ռեսուրսների պլանավորման, պատրաստման և զարգացման արդյունավետ մեխանիզմներ:

Դեղաբաղաբանություն

Ռազմավարության այս բաղադրիչի հիմնական նպատակն է Հայաստանի բնակչությանը արդյունավետ, անվտանգ և որակյալ, ֆիզիկապես ու տնտեսապես մատչելի դեղերի ապահովմանն ուղղված գործընթացների զարգացումն ու շարունակական բարելավումը:

IV. ԲԱՐԵՓՈՒԽՈՒՄՆԵՐԻ ԱՌԱՆՑՔԱՅԻՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ԵՎ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Կառավարում և կարգավորում

Առողջապահության բնագավառի զարգացման, արդյունավետության ամրապնդման և սոցիալական ուղղվածության ապահովման խնդիրները առանցքային են կառավարման համակարգի օպտիմալ կառուցվածքի ու մեխանիզմների ներդրման համատեքստում:

Կառավարման համակարգի բարելավման քաղաքականությունը պետք է հիմնված լինի երկրի զարգացման, ազատական շուկայական տնտեսության և առողջապահության ոլորտում պետության կարգավորիչ դերի բարձրացման հիմնարար սկզբունքների համադրման վրա:

Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ առողջապահությունը կազմակերպական, սոցիալ-տնտեսական և բժշկական միջոցառումների համակարգ է, նպատակաուղղված բնակչության առողջության մակարդակի պահպանմանն ու բարելավմանը:

Առողջապահության համակարգը կարևորագույն դերակատարում ունի բնակչության առողջության բարելավման գործում, ընդհանուր առմամբ, իրականացնելով իր չորս ֆունկցիաները (Առողջապահության վիճակը Եվրոպայում 2009թ. Զեկույց, ԱՀԿ-2010), դրանք են.

Ծառայությունների մատուցում՝ անհատական բժշկական ծառայությունների ապահովում և, որ ոչ պակաս կարևոր է, հիվանդությունների կանխարգելման միջոցառումների իրականացում և առողջ ապրելակերպի քարոզչություն:

Ֆինանսավորում՝ ֆինանսական միջոցների հավաքագրում, կենտրոնացում և բաշխում ծառայություններ մատուցողների միջև, ապահովելով արդարություն, թափանցիկություն, ծախսերից բնակչության պաշտպանություն, կապված բժշկական ծառայությունների համար անձնական վճարների հետ, և արդյունավետ ու բարձրորակ ծառայությունների տրամադրում:

Կադրային և այլ ռեսուրսների ձևավորում՝ ներդրումներ համապատասխան համամասնությամբ անհրաժեշտ մարդկային և նյութական ռեսուրսներում, այդ թվում՝ հաստատությունների հագեցվածության, տեխնոլոգիաների և դեղագործական միջոցների մեջ, օպտիմալ արդյունքների ապահովման համար:

Ռազմավարական կառավարում՝ քաղաքականություն (այդ թվում ազդեցություն առողջության դետերմինանտների վրա), կարգավորիչ մեխանիզմներ, իրականացման միջոցներ և գործիքներ, այդ թվում՝ թափանցիկ մոնիտորինգի, ղեկավարման համար գնահատման և հաշվետվողականության համակարգեր:

Ժամանակակից մոտեցումն այնպիսին է, որ պետությունը չի իրականացնում համակարգի անմիջական ղեկավարում կամ կառավարում, այլ ուղղորդում է նրա գործունեությունը: Պետությունը սահմանում է նպատակներ և խնդիրներ, ինչպես նաև կանոններ, որոնց համապատասխան դրանք պետք է ձեռք բերվեն: Այն ներառում է քաղաքականության ռազմավարական ուղղությունների ձևավորումը, պատշաճ կանոնների առկայության և դրա իրագործման համապատասխան գործիքների ապահովումը, ինչպես նաև առողջապահության գործունեության վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվական-վերլուծական տվյալների ստացումը, ապահովելու համար հաշվետվողականությունը և թափանցիկությունը:

Այդպիսով, ռազմավարական կառավարումը կարող է միաժամանակ միավորել առողջապահության համակարգի նյութ երեք ֆունկցիաները առողջապահության համակարգի ցանկալի կառուցվածքի և նրա գործունեության ընդհանուր ցուցանիշների ձեռք բերման համար:

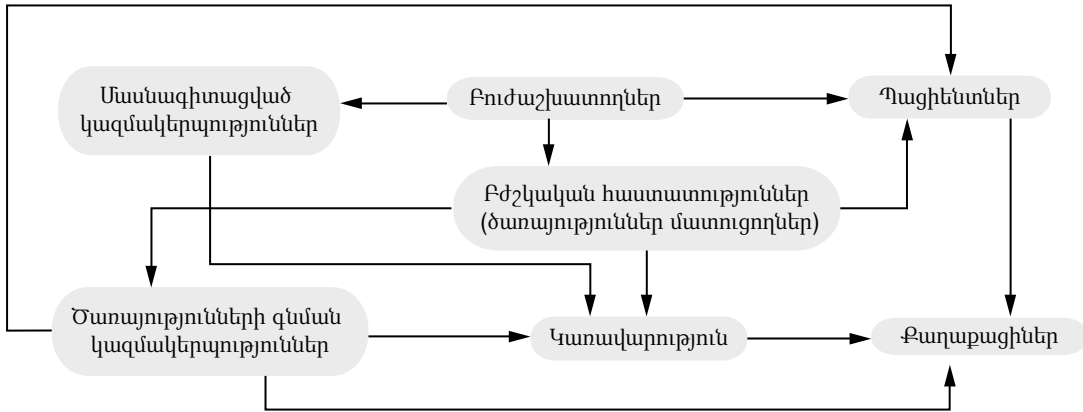
Առողջապահության կառավարման համակարգը կարող է ունենալ տարբեր կառուցվածք՝ կապված տնտեսական, քաղաքական և սոցիալական իրավիճակից: Օրինակ, ազգային, մշակութային և պատմական համատեքստը կարող է ներազդել առողջապահական ծառայություններ մատուցող մասնավոր հատվածի դերակատարման և ազգային մակարդակում որոշումների կայացման գործընթացի ապակենտրոնացման մակարդակի վրա:

Այդուհանդերձ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանի երկրները սահմանել են առողջապահության կառավարման կառուցվածքի որոշակի դերակատարումը հետևյալ կերպ.

- Սահմանել հեռանկարային նպատակներ և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղիներ:
- Այդ նպատակների և ձեռք բերված արդյունքների գնահատման համար վերլուծական տեղեկատվության կիրառում:
- Առողջապահության համակարգի կառավարում այնպես, որ դրա գործունեությունը հենվի հիմնական արժեքների, էթիկական սկզբունքների վրա և նպաստի առողջապահության համակարգի նպատակների ձեռք բերմանը:

- Օրենքով և նորմատիվային ակտերով նախատեսված իշխանության իրավասության մոբիլիզացիա առողջապահության նպատակների ձեռք բերման համար:
- Առողջապահության այնպիսի համակարգի ձևավորում, որ այն կարողանա ադապտացվել փոփոխվող կարիքներին:
- Ազդեցություն այլ ոլորտների վրա, առողջապահության ոլորտից դուրս, առողջության ամրապնդման միջոցառումների ամրապնդման նպատակով:

Գծապատկեր 3. Առողջապահության համակարգում հաշվետվողականության հիմնական փոխհարաբերությունների սխեմատիկ պատկերը



Առողջապահության համակարգի կառավարման արդյունավետության առանցքային խնդիրներից է համակարգի բոլոր օղակների հաշվետվողականությունը: Այն պետք է կրի պարբերական բնույթ և լինի գնահատելի համակարգի առջև դրված խնդիրների լուծման համար:

Հաշվետվողականությունը պետք է լինի համակարգի ամբողջական ներառման մեխանիզմով, ինչպես պատկերված է վերը բերված գծապատկերում:

Հարկ է նշել, որ առողջապահության համակարգում հաշվետվողականության համակարգ այսօր իսկ գործում է և կապված է մասնավորապես պետական բյուջեից ֆինանսավորման կատարողական և ընդհանուր առմամբ մասնագիտական ցուցանիշների ներկայացման հետ, ինչպես նաև ըստ կառավարության սահմանած կարգի Առողջապահության նախարարությունը ներկայացնում է տարեկան գործունեության հաշվետվություն՝ ՀՀ կառավարությանը, և բյուջետային կատարողական հաշվետվություն՝ ՀՀ Ազգային ժողովին: Միաժամանակ հասարակական կազմակերպությունները որոշակի ընդգրկվածություն ունեն առողջապահության ոլորտի ծրագրային բարեփոխումներում (օրինակ՝ ծննդօգնության սերտիֆիկացման բարեփոխումները) մոնիտորինգի իրականացմամբ: Այդ ամենով հանդերձ պարբերական կերպով կանոնակարգման և զարգացման անհրաժեշտություն կա համակարգի ընդհանուր գործունեության թափանցիկության աստիճանի բարձրացման և հաշվետվողականության առավել համապարփակ համակարգի ներդրման առումով:

Ֆինանսավորում

Առաջիկա տասնամյա ժամանակաշրջանում առողջապահության ֆինանսավորման վերոհիշյալ ռազմավարական նպատակի իրականացման ուղղությամբ, հաշվի առնելով սույն ռազմավարության 2-րդ բաժնում նշված ոլորտում առկա հիմնախնդիրները, խիստ կարևորվում են հետևյալ խնդիրների լուծմանն ուղղված ռազմավարությունները.

1. առողջապահության ֆինանսավորման գերակայության ամրապնդման, ֆինանսական կայունության ապահովման ու հանրային միջոցների արդյունավետ օգտագործման իրավական-օրենսդրական ամրագրումը և նորմատիվային կանոնակարգումը,
2. պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և ծառայությունների ծրագրերի ու ֆինանսավորման մեխանիզմների բարելավման ռազմավարության իրականացումը,
3. ուղղակի անօրինական վճարումների և չհաշվառվող ստվերային շրջանառության կրճատումը, առողջապահության ֆինանսավորման բազմաձևության ընդլայնումը:



Վերոհիշյալ ռազմավարությունների իրականացման հիմնական ու կարևորագույն սկզբունք է դիտարկվում բնակչության բոլոր խավերին բուժօգնության տրամադրման հավասարության, արդարության և ֆինանսական մատչելիության ապահովումը:

1. Առողջապահության ֆինանսավորման գերակայության ամրապնդման, ֆինանսական կայունության ապահովման ու հանրային միջոցների արդյունավետ օգտագործման իրավական-օրենսդրական ամրագրում և նորմատիվային կանոնակարգում

Կայունության և շարունակականության տեսանկյունից ռազմավարական կարևորության խնդիր է առողջապահության ֆինանսավորման բարելավման գործընթացների պատշաճ իրավական-օրենսդրական ամրագրումը և նորմատիվային կանոնակարգումը: Այս առումով խիստ անհրաժեշտ է, որպեսզի առողջապահության ոլորտի կառավարման բարեփոխումների համատեքստում իրականացվող օրենսդրական բարեփոխումների շրջանակներում ամրագրվի առողջապահության ֆինանսավորման գերակա դիրքը: Պետական բյուջեի մեջ պետք է արտացոլվի առողջապահության բնագավառում պետության ռազմավարությունը: Պետք է վերանայման ենթարկվեն առողջապահական նպատակային ծրագրերն այն առումով, որպեսզի դրանք ունենան անհրաժեշտ ֆինանսական ապահովում:

2. Պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և ծառայությունների ծրագրերի ու ֆինանսավորման մեխանիզմների բարելավման ռազմավարության իրականացում

Ռազմավարական մյուս մոտեցումը առողջապահության ոլորտի ներսում ֆինանսավորման առաջնահերթությունների ճիշտ որոշումն է: Ռեսուրսների խիստ սահմանափակության պայմաններում մեծապես կարևորվում է եղած միջոցների օգտագործման ուղղությունների հիմնավորվածությունը: Ընտրության չափանիշը առավել հրատապ առողջապահական պահանջ-մուկների առանձնացումն է, այսինքն՝ առողջապահության գերակայությունների ծրագրային սահմանումը: Առողջապահության ֆինանսավորման մեխանիզմի կարևոր խնդիրներից է ծախսերի չափի և կառուցվածքի որոշումը, հատկացումների ուղղության և ծավալի սահմանումը, ինչպես նաև դրանց օպտիմալացումը՝ հատկապես առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բուժօգնության կտրվածքով:

Միջին ու երկարաժամկետ հատվածներում պետք է էլ ավելի կարևորվի առողջության առաջնային պահպանման գերակա դերը առողջապահության ֆինանսավորման բնագավառում՝ որպես ծախսարդյունավետության տեսակետից առավել մատչելի ու քիչ ծախսատար, իսկ առողջապահության կազմակերպման տեսակետից՝ որպես հիվանդությունների կանխարգելման բնույթ ունեցող առողջապահության կազմակերպման ձև:

Խնդիր է դրվում, պահպանելով 2006 թ. ներդրված առաջնային բուժօգնության անվճար տրամադրման համակարգը, անցում կատարել դրա ֆինանսական ապահովվածության մակարդակի ու արդյունավետության բարձրացմանը: Այդ առումով առաջնահերթություններ պետք է համարվեն վարկային և ուղղակի բյուջետային միջոցների օգտագործմամբ՝

- ընտանեկան բժշկության համակարգի զարգացումը,
- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության բավարար ծավալի ու որակի ապահովումը,
- բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների մասնագիտական մոտիվացիան խթանող ֆինանսական և ոչ ֆինանսական խրախուսման մեթոդների ներդրումն ու կատարելագործումը (դրանք հետագայում կարևոր չափանիշներ կլինեն բժշկական ապահովագրության համակարգի ներդրման շրջանակներում):

Հայաստանի առողջապահական համակարգի տնտեսական արդյունավետության կարևորագույն խնդիրներից մեկը պետք է հանդիսանա հիվանդանոցային բժշկական օգնության արդյունավետ ֆինանսավորումը, ֆինանսական միջոցների ռացիոնալ բաշխումը: Հիվանդանոցային բուժօգնության համակարգի զարգացումը պետք է ընթանա հիմնական ծառայությունների փաթեթի (ՀՕՓ-ի) ռացիոնալացման ու կատարելագործման, ֆինանսավորման գործող մեխանիզմների կատարելագործման, միջոցների ծախսման արդյունավետության բարձրացման, ավելորդ հզորությունների կրճատման և բժշկական օգնության որակի ապահովման, բուժաշխատողների մասնագիտական մոտիվացիան խթանող ֆինանսական և

ոչ ֆինանսական խրախուսման մեթոդների ներդրմանն ու կատարելագործմանն ուղղված ծրագրային մոտեցումներով:

Բնակչությանը որակյալ, մատչելի և նպատակաուղղված հիվանդանոցային բժշկական օգնություն տրամադրելու, ինչպես նաև ծախսերի արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով նախատեսվում է պետական պատվերի տեղադրումն իրականացնել ընտրանքային եղանակով: Այդ միջոցառումը հետագայում կարևոր չափանիշ կլինի նաև սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության համակարգի շրջանակներում:

Հանրային ֆինանսական միջոցների արդյունավետության բարձրացման, դրանց նկատմամբ պատշաճ հսկողություն իրականացնելու նպատակով խնդիր է դրվում վերախմաստավորել ՀՀ ԱՆ Պետական առողջապահական գործակալության դերը և կատարելագործել նրա գործառնությունները այն հաշվով, որպեսզի հետագայում այն դառնա սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության շրջանակներում ապահովագրական միջոցների տիրապետմանն ու տնօրինման կարևորագույն մարմին:

Հանրային ու ապահովագրական ֆինանսական միջոցների արդյունավետության բարձրացման, բնակչության առողջապահական ծախսերի կանխատեսելիության, հիմնավորվածության ու պաշտպանվածության, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմների հետագա բարեփոխումների առումով խիստ կարևորվում են առողջապահական ծառայությունների իրատեսական գների սահմանումն ու բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտների ներդրումը: Այս խնդրի իրացումը բխում է հանրապետության բնակչության պատշաճ որակով ու ծավալով բժշկական օգնություն ստանալու մարդու իրավունքի իրացման, բժշկական օգնության որակի երաշխավորմանն ու դրա ֆինանսական մատչելիության ապահովման, սովերային վճարումների իսպառ բացառմանն ու առողջապահության համակարգում կոռուպցիայի վերացման գերակայություններից:

3. Ուղղակի անօրինական վճարումների և չհաշվառվող սովերային շրջանառության կրճատում, առողջապահության ֆինանսավորման բազմաձևության ընդլայնում

Առողջապահության ֆինանսական կայունության ապահովման և դրա միջոցով բնակչության պահանջարկի երաշխավորված ու մատչելի կերպով բավարարման տեսանկյունից ռազմավարական մյուս մոտեցումը առողջապահության ոլորտում սովերային վճարումների կրճատումն է ու առողջապահության ֆինանսավորման բազմաձևության ընդլայնումը:

Ռազմավարական այս տեսանկյունից խնդիր է դրվում՝

- առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում աստիճանաբար էապես նվազեցնել ուղղակի վճարումների տեսակարար կշիռը,
- առողջապահության ֆինանսավորմանը մասնակից դարձնել տեղական ինքնակառավարման մարմիններին,
- ներդնել սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրությունն ու խթանել կամավոր բժշկական ապահովագրության գործունեությունը,
- իրականացնել շուկայական տնտեսության պայմաններում օպտիմալ (նաև համակարգի զարգացմանը խթանող) սակագնային քաղաքականություն, այդ թվում գնագոյացման կանոնակարգում:

Առողջապահության ընդհանուր ծախսերում ցածր է վճարովի ծառայություններից առաջացող պաշտոնական եկամուտների դերը, իսկ ոչ պաշտոնական վճարումները դեռևս համատարած բնույթ են կրում: Բնակչության կողմից կատարվող ուղղակի վճարումները, ըստ էության, աստիճանաբար պետք է նվազեն առողջապահության ֆինանսավորման ընդհանուր տեսակարար կշռում, հիմնականում իրենց տեղը զիջելով սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության (ՄՊԲԱ) համակարգին:

Ռազմավարական առումով առողջապահության ոլորտում համավճարների կիրառումը պետք է ունենա անցողիկ բնույթ: Ընդ որում, դրա կիրառման ներկա փուլի փորձը հետագայում պետք է վերախմաստավորվի: Հարկ է նշել, որ համավճարների կիրառման ներկայիս փորձը

բոլորովին էլ համահունչ չէ միջազգային փորձին²⁶ և համավճարների կիսառումը դարձել է լրացուցիչ բեռ «պացիենտների» ուսերին: Խնդիր է դրվում հետագայում համավճարները՝ որպես առողջապահության ֆինանսավորման եղանակ, կիրառել ոչ թե իբրև ոլորտի ֆինանսական հոսքերը ավելացնելու, այլ ոչ անհրաժեշտ բժշկական միջամտությունների զսպման ու ոչ բուժական ծառայությունների դիմաց վճարման միջոց:

Ռազմավարական հաջորդ մոտեցումը առողջապահական ծառայությունների մատչելիության ապահովման գործում **տեղական ինքնակառավարման մարմինների (ՏԻՄ) դերի ու պատասխանատվության** ամրագրումն ու դրա հիման վրա առողջապահության ծրագրերի ֆինանսավորման մեջ ներգրավումն է:

Հաշվի առնելով գյուղական համայնքներում ընտանեկան բժիշկների ցանցի ընդլայնման



Սոցիալական բժշկական
ապահովագրության
ներդրմանը զուգահեռ խնդիր է
դրվում խթանել կամավոր
բժշկական ապահովագրության
համակարգի զարգացումը:

ու հզորացման, այդ թվում տեխնիկայով ու սարքավորումներով հագեցման ուղղությամբ վերը ներկայացված առաջարկությունը, հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել համայնքի բնակչության առողջության պահպանման հարցում ՏԻՄ-երի պատասխանատվության բարձրացմանը: Վերջինի իրագործումը տեսնում ենք հատկապես ՏԻՄ-երի մասին օրենսդրության մեջ առողջապահության բնագավառում դրանց պարտադիր լիազորության ամրագրման և համա-

պատասխան ֆինանսական աղբյուրների նախատեսման միջոցով: Այդ պարագայում ՏԻՄ-ը պարտավոր կլինի հատուկ ուշադրություն դարձնել իր տարածքում տեղակայված առողջապահական կազմակերպություններին ու իր ենթակայության տակ գտնվող ընտանեկան բժիշկների գրասենյակներին աջակցության հարցին: Առավել կարևոր է ՏԻՄ-ի ֆինանսահոգեբանական աջակցությունը այն գյուղական համայնքներում, որտեղ ընտանեկան բժիշկը տեղացի չէ:

Սույն ռազմավարության առումով խիստ կարևորվում է բժշկական ապահովագրության հիմնահարցը: Ընդ որում, դրա զարգացումը անհրաժեշտ է դիտարկել ոչ միայն որպես առողջապահության ֆինանսավորման լրացուցիչ աղբյուրներ ներգրավելու միջոց, այլ նաև բնակչության համար բժշկական օգնությունն առավել մատչելի դարձնելու, սոցիալական արդարության սկզբունքներ սերմանելու, ռեսուրսների նպատակային օգտագործումն ու բժշկական օգնության արդյունավետությունը բարձրացնելու երաշխիք և համապետական նշանակության կարևորագույն նպատակ: Բժշկական ապահովագրությունը Հայաստանում պետք է լինի սոցիալական (պարտադիր)՝ ընդգրկվող բնակչության համար, քանի որ, ի տարբերություն կամավոր ապահովագրությանը, այն առավելագույնս կնպաստի առողջապահության բնագավառում կառավարության քաղաքականության իրականացմանը:

Սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրումը թույլ կտա՝

- հաղթահարել բուժօգնության դիմելու հետ կապված բնակչության հոգեբանական արգելքը,
- բարձրացնել քաղաքացիների պաշտպանվածության աստիճանը հիվանդության անկանխատեսելի դեպքերից,
- բուժօգնության դիմաց վճարները դարձնել առավել թափանցիկ, կանխատեսելի և հասցեագրված,

²⁶ 1. „Основы политики, Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы”, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, European Observatory on Health Care Syses, N 4, 2002,

2. WHO, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/74785/E80225r.pdf

- քաղաքակիրթ մեխանիզմներով աստիճանաբար կառավարելի դարձնել բնակչության կողմից այսօր կատարվող անմիջական բժշկական ծախսերը՝ բարձրացնելով դրանց օգտագործման արդյունավետությունը:

Զուգահեռաբար անհրաժեշտ է օրենսդրորեն ամրագրել կորպորատիվ ապահովագրության հիմքերը, որպես սոցիալական երաշխիք զբաղվածներին: Այս միջոցով էապես կթեթևանա և պետության, և բնակչության առողջապահական հոգսը:

Սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրմանը զուգահեռ խնդիր է դրվում խթանել կամավոր բժշկական ապահովագրության համակարգի զարգացումը:

Սույն ռազմավարության առումով խիստ կարևորվում է նաև առողջապահության ոլորտում գործող շուկայական մեխանիզմների կարգավորումը, այդ թվում առաջին հերթին՝ բժշկական վճարովի ծառայությունների կանոնակարգումը:

Բուժօգնության որակ

Խնդիր է դրվում հանրապետությունում ձևավորել և կիրարկման մեջ դնել բուժօգնության որակի մշտադիտարկման, շարունակական գնահատման, որակի խնդիրների կանխատեսման և ակտիվ բացահայտման, դրանց լուծումների առաջադրման և իրականացման միջոցով որակի բարելավման կայուն գործընթաց՝ հիմքում ունենալով համակարգված մոտեցում, կանոնակարգված մեթոդաբանություն, ընթացակարգեր և գործիքակազմ:

Բուժօգնության որակի բարելավման այդ գործընթացները պետք է ուղղված լինեն բուժօգնության որակի՝ միջազգայնորեն ճանաչված բնութագրիչների և բաղադրիչների բարելավմանը:

Որակի բարելավման ջանքերը պետք է ներառեն որակի հիմնական բաղադրիչները, որոնք, ըստ բուժօգնության որակի եռաչափ մոդելի («տրիադայի») հեղինակ Ավետիս Տոնապետյանի, երեքն են՝ կառուցվածք - գործընթաց - արդյունք: Հայաստանի առողջապահության կառավարման ներկայիս պրակտիկայում հիմնական շեշտը դրվում է բուժօգնության որակի կառուցվածքային բաղադրիչի (ներդրումների, ռեսուրսների) և, մասամբ, նաև գործընթացների բարելավման վրա:

Որակի բարելավման գործընթացների արդյունավետությունը պետք է գնահատվի նաև բուժօգնության որակի ժամանակակից բնութագրիչների բարելավման մակարդակով: Որակի կառավարման միջազգային պրակտիկայում բուժօգնության որակի բնութագրիչների թվում առավել հաճախ դիտարկվում են որակի մասնագիտական կամ կլինիկական կողմը (համապատասխանությունը ապացուցողական բժշկության չափորոշիչներին), ֆիզիկական պայմանները (շենքային, տեխնոլոգիական և դեղորայքային ապահովումը), մատչելիությունը (աշխարհագրական, սոցիալ-տնտեսական, ֆինանսական և տեղեկատվական առումներով), պատշաճ հաղորդակցությունն ու հետադարձ կապի ապահովումը, ինչպես նաև արդյունավետ կառավարումը: Այսօր Հայաստանի բուժառայությունների որակի բարելավման ջանքերը հիմնականում ուղղվում են բուժօգնության մատչելիության և ֆիզիկական պայմանների բարելավմանը: Մինչդեռ բուժօգնության որակի բարելավման միջազգային պրակտիկայում նոր զարգացումներ են տեղի ունենում: Այսպես, ամերիկյան Բժշկության ինստիտուտի (IOM) կողմից առաջարկվում է դիտարկել բուժօգնության որակի հետևյալ բնութագրիչները. անվտանգություն (Safety), արդյունավետություն (Effectiveness), օգտավետություն (Efficiency), անկողմնակալություն (Equity), բուժօգնության ժամանակին և անձնակենտրոն լինելը (Timeliness, Personalized Care)²⁷:

Հետխորհրդային առողջապահական համակարգերում բուժօգնության որակի հիմնական խնդիրներից մեկը կլինիկական պրակտիկական ուղղորդող չափորոշիչների բովանդակության՝ ապացուցողական բժշկության հետ շաղկապվածության տեսանկյունից խոցելի և ոչ ճկուն լինելն ու դրանք հիմնականում պատժիչ սկզբունքով կիրառելն է:

Այդ նկատառումից ելնելով, անհրաժեշտ է, որ բուժօգնության որակի գնահատումը, ապահովումը և բարելավումը հիմնված լինի և առաջնորդվի նախապես հայտարարված և ուսուցանված ուղենիշներով, այն է՝ ապացուցողական բժշկության հիման վրա հստակորեն սահմանված և կա-

²⁷ Institute of Medicine Report: “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century,” Washington, D.C (2001).

նունավորապես վերանայվող/թարմացվող ազգային չափորոշիչներով (կլինիկական, կազմակերպա-կառավարչական, բժշկա-տնտեսագիտական):

Բուժօգնության որակի բարելավման ներդրվելիք գործընթացները պետք է իրականացվեն աջակցող վերահսկողության սկզբունքով և լինեն կայուն ու շարունակական:

Կայունության և շարունակականության տեսանկյունից ռազմավարական կարևորության խնդիր է որակի բարելավման գործընթացների պատշաճ իրավական-օրենսդրական ամրագրումը և նորմատիվային կանոնակարգումը: Առողջապահության համակարգի բոլոր հիմնական՝ ինստիտուցիոնալ, մարզային և ազգային մակարդակներում անհրաժեշտ է հստակորեն սահմանել բուժօգնության որակի առումով դերերն ու պատասխանատվությունները, ինչպես նաև ապահովել դրանց իրականացման համար անհրաժեշտ աղելկատ ռեսուրսներով (մարդկային, նյութական, ֆինանսական, տեղեկատվական):

Որակի բարելավման գործընթացների շարունակականությանը և հետևողականությանը նպաստող կարևոր սկզբունքներից է նաև այն, որ բուժօգնության որակյալ լինելը պետք է պատշաճ կերպով ճանաչվի և խրախուսվի: Որակի ապահովման հսկողական-պատժիչ մտածելակերպն ու մոտեցումները պետք է աստիճանաբար փոխարինվեն լավագույն որակ և արդյունքներ ապահովելու առումով բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների մասնագիտական մոտիվացիան խթանող ֆինանսական և ոչ ֆինանսական խրախուսման մեթոդներով: Մասնավորապես, ցուցաբերվող բուժօգնության որակը կարող է ընտրության չափանիշ ծառայել բուժհաստատություններում պետական պատվերի տեղադրման համար: Այն կարևոր չափանիշ կլինի նաև բժշկական ապահովագրության համակարգի շրջանակներում:

Որակի բարելավման գործընթացների արդյունավետության նկատառումով անհրաժեշտ է ամրապնդել և զարգացնել բուժօգնության որակի մշտադիտարկման (մոնիտորինգի) և գնահատման համակարգերը: Այդ տեսանկյունից խիստ կարևոր է հուսալի տեղեկատվական հիմքերի ապահովումը, միասնական տեղեկատվական համակարգի մատչելիությունը որակի բարելավման գործընթացներում ներգրավված բոլոր շահագրգիռ օղակների համար: Ընդ որում, անհրաժեշտ է ապահովել ոչ միայն համակարգի տարբեր մակարդակների, այլև միևնույն մակարդակում գործող տարբեր կառույցների միջև պատշաճ հաղորդակցության և տեղեկատվության փոխանակման հնարավորություն:

Որակյալ բուժօգնության հիմնական շահառուն բուժծառայություններից օգտվող բնակչությունն է. այն նպատակ ունի որակյալ և անվտանգ ձևով բավարարել մարդկանց իրական առողջապահական կարիքները: Հետևաբար, կարևոր է ապահովել բնակչության շահագրգիռ ներգրավվածությունը որակի բարելավման գործընթացներում:

Որպես առավել ընդհանրական ռազմավարական խնդիր, հարկ է ամրագրել Հայաստանի առողջապահության համակարգում բուժծառայությունների որակի ապահովման/վերահսկման (Quality Assurance/Control) և որակի բարելավման (Quality Improvement) ռազմավարությունները տարբերակելու, դրանց տարբերությունները հստակ գիտակցելու և համապատասխան մոտեցումներ որդեգրելու անհրաժեշտությունը: Հայաստանի առողջապահության կառավարման ներկայիս պրակտիկայում հիմնական շեշտը դրվում է որակի վերահսկման մոտեցումների վրա՝ դրանք սխալմամբ նույնացնելով և դիտարկելով նաև որպես որակի բարելավման միջոցներ: Ռազմավարական հեռանկարի տեսանկյունից անհրաժեշտ է զարգացնել և բարելավել այսօր գործող լիցենզավորման (որակի ապահովման/վերահսկման) համակարգը և պայմաններ ստեղծել Հայաստանում բժշկական ծառայությունների հավատարմագրման՝ որպես որակի բարելավումը խթանող համակարգի ներդրման համար: Այդ գործընթացը պետք է ենթադրի նաև քաղաքական երկխոսություն և որոշումներ՝ որակի ապահովման և բարելավման գործառայությունների՝ ընդունելի չափով և ձևերով ապակենտրոնացման, այդ գործընթացներում մարզային առողջապահական կառույցների, ինչպես նաև մասնագիտական կազմակերպությունների ավելի լայն ընդգրկման վերաբերյալ:

Մարդկային ռեսուրսներ և շարունակական մասնագիտական զարգացում

Խնդիր է դրվում զարգացնել հանրապետության առողջապահության համակարգի մարդկային ռեսուրսների կառավարման վերաբերյալ որոշումներ կայացնող իրավասու օղակների կա-



Շարունակական բժշկական կրթության համակարգը պետք է կապող օղակ դառնա լիցենզավորման, հավատարմագրման, մասնագետների որակավորման հավաստման և բուժօգնության որակի բարելավման ներկազմակերպական գործընթացների միջև:

բողոքությունները՝ առողջապահության աշխատուժի ներկա վիճակի հստակ վերլուծության և գնահատման, մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ պլանավորման և զարգացման մեխանիզմների ներդրման համար:

Առողջապահության՝ մարդկային ռեսուրսներով ապահովման մասին որոշումներ կայացնելիս անհրա-

ժեշտ է հաշվի առնել, որ առողջապահական շուկան կատարյալ շուկա չէ, այն իր մեջ սոցիալական մեծ ծանրաբեռնվածություն է կրում: Հետևաբար, ինչպես առողջապահությունն ընդհանրապես, այնպես էլ նրա մարդկային ռեսուրսները չեն կարող լիովին կարգավորվել ազատ շուկայական մեխանիզմներով, և արդյունավետ պլանավորումն այդ ոլորտում հրամայական անհրաժեշտություն է:

Հարկ է վերանայել և բարեփոխել/ուժեղացնել Հայաստանի առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման գործընթացներն այնպես, որ դրանք շտկեն և պատշաճ կերպով կարգավորեն իրական կարիքների գնահատումը, ներդաշնակեցնեն մարդկային ռեսուրսների պահանջարկն ու առաջարկը և, ըստ այդմ, լուծում տան համակարգի՝ աշխատուժով ադեկվատ ապահովման խնդրին: Մարդկային ռեսուրսների պլանավորումը պետք է հիմնված լինի կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կտրվածքով աշխատուժի պահանջարկի և առաջարկի՝ տեղեկատվորեն հիմնավորված կանխատեսումների վրա, և ձեռնարկի դրանք միմյանց համապատասխանեցնելու ուղղված միջոցներ:

Մարդկային ռեսուրսների զարգացման ծրագրերը պետք է ընդգրկեն ամբողջ աշխատանքային կյանքի ընթացքում բուժաշխատողների գործունեության բարելավմանն ուղղված համալիր գործընթացներ, որոնք պետք է կրեն կանոնավոր, շարունակական, այլ ոչ թե դրվագային բնույթ: Դրանց իրականացման ձևերը, տեղը և ծավալները պետք է բխեն բուժաշխատողների զարգացման իրական կարիքներից: Արմատական փոփոխման կարիք ունի այսօր առկա այն կարծրատիպային մոտեցումը, որի համաձայն աշխատուժի զարգացման գլխավոր (եթե ոչ՝ միակ) միջոց են դիտարկվում գործող ձևաչափով անցկացվող վերապատրաստման դասընթացները: Անհրաժեշտ է լայն կիրառման մեջ դնել մարդկային ռեսուրսների զարգացման տարաբնույթ՝ համալիր մոտեցումներ, ներառյալ ներկազմակերպական գնահատման, հետազոտական-ուսուցողական մեթոդները և միջոցները:

Շարունակական բժշկական կրթության առավել արդյունավետ համակարգ ունենալու համար նախ և առաջ անհրաժեշտ է համաձայնեցնել, պաշտոնապես սահմանել/հստակեցնել և միավորել այդ ոլորտում գործող բոլոր շահագրգիռ կողմերի հնարավորություններն ու ներդրումը, ներառյալ դրանց համակարգային-կանոնակարգող, մասնագիտական, ֆինանսական և այլ օգտավետ ռեսուրսները: Շարունակական բժշկական կրթության համակարգը պետք է կապող օղակ դառնա լիցենզավորման, հավատարմագրման, մասնագետների որակավորման հավաստման և բուժօգնության որակի բարելավման ներկազմակերպական գործընթացների միջև:

Դեղաքաղաքականություն

Առաջիկա տասնամյա ժամանակաշրջանում դեղաքաղաքականության վերհիշյալ ռազմավարական նպատակի իրականացման ուղղությամբ խիստ կարևորվում են հետևյալ հիմնախնդիրների լուծմանն ուղղված ռազմավարությունները:

1. դեղերի շրջանառության ոլորտի օրենսդրական դաշտի կատարելագործումն ու դրա ներդաշնակեցումը միջազգային օրենսդրությանը,
2. հիմնական դեղերի հայեցակարգի հետագա արմատավորումը,
3. հիմնական դեղերի ֆիզիկական և տնտեսական մատչելիության բարձրացումը,
4. գերակայող հիվանդությունների բուժման և կանխարգելման համար հաստատված ցանկին համապատասխան դեղերի համապատասխան ֆինանսական ապահովվածության մակարդակի բարձրացումը,
5. դեղերի շրջանառության ոլորտը կարգավորող մարմնի դերի ու նշանակության բարձրացումը, նրա անկախ ու արդյունավետ գործունեության պայմանների ապահովումը,
6. դեղերի տեսչական և որակի վերահսկման համակարգի ստեղծումը և դրա արդյունավետ գործունեության պայմանների ապահովումը,
7. դեղերի արդյունավետ կիրառման համակարգի զարգացումը,
8. ինքնաբուժության կառավարելիության ապահովումը,
9. ավանդական/այլընտրանքային բուժամիջոցների ապացույցների վրա հիմնված կիրառման ապահովումը,
10. հանրապետության հիմնական դեղերի պահանջարկը առավելագույնս ապահովելու նպատակով դեղերի տեղական արտադրության խթանումը,
11. պետական ծրագրերի ներքո դեղերի պահանջարկի որոշման համակարգի ներդրումը,
12. դեղագործական գործունեության լիցենզավորման համակարգի շարունակական կատարելագործումը և այդ ոլորտում դեղագետ մասնագետների հիմնական դերի ամրապնդումը,
13. դեղերի ոլորտում գիտական հետազոտությունները, այդ թվում դեղատնտեսագիտության զարգացումը,
14. դեղերի շրջանառության ոլորտի մոնիտորինգի, դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման, տվյալների հավաքագրման և վերլուծության գործընթացի տեղեկատվական համակարգերի կատարելագործումը:

V. ԲԱՐԵՓՈՒՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ ԵՎ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

Կառավարում և կարգավորում

Կառավարման համակարգի բարեփոխումների ռազմավարությունը պետք է անդրադառնա առողջապահության բոլոր օղակներին: Մասնավորապես անհրաժեշտ է.

- **Օրենսդրորեն կատարելագործել բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների ղեկավարման ու կառավարման սկզբունքները ու մեխանիզմները:**

Ինչպես վերևում արդեն նշվեց, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները հիմնականում, անկախ սեփականության ձևից, հանդիսանում են առևտրային կազմակերպություններ և իրենց գործունեությունը ծավալում են համաձայն գործող օրենսդրության:

Սակայն, հաշվի առնելով առողջապահության բնագավառի առանձնահատկությունները և հիմնականում նկատի ունենալով վերջինիս սոցիալական ընդգծված ուղղվածությունը, մինչև նույն ժամանակ նկատի ունենալով այս ոլորտում միջազգային փորձը, առաջարկվում է ներդնել առավել թափանցիկ ու արդյունավետ կառավարման համակարգ բժշկական ծառայությունների իրականացման մակարդակում:

Մասնավորապես, բարեփոխումների նպատակ է դրվում բժշկական ծառայություններ իրականացնող կազմակերպություններում ստեղծել կառավարման հանրային խորհուրդներ՝ խորհրդատվական ձայնի իրավունքով: Խորհրդի կազմում առաջարկվում է ներգրավել մասնագիտացված հասարակական կազմակերպությունների, սպառողների շահերի պաշտպանության կազմակերպությունների, այլ շահագրգիռ կառույցների (հասարակական, դոնոր կազմակերպություններ, հիմնադրամներ) անդամների, հանրային ճանաչում ունեցող անհատների, սեփականատիրոջ ներկայացուցիչների:

Խորհրդի գործառնությունները կարող են ներառել՝ բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպության ծառայությունների որակի ու մատչելիության, մասնագիտական գործունեության, զարգացման հեռանկարների հետ կապված խնդիրների քննարկում և խորհրդատվական որոշումների կայացում: Կառավարման նշված բաղադրիչի ներդրումը կարող է իրականացվել փուլային կարգով և առաջին փուլում կիրառվել փորձարարական կարգով ընտրված բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում: Փորձարարական կարգով ներդրվող կառավարման (հանրային) կիրառական մեխանիզմների արդյունքների ամփոփման ու քննարկման արդյունքում այն կարող է ստանալ համընդհանուր կիրառում և տարածում:

● **Ծառայություններ իրականացնող կազմակերպությունների հաշվետվողականության և թափանցիկության բարձրացման մեխանիզմների, այդ թվում՝ օրենսդրական, ներդրում:**

Այսօր առողջապահական կազմակերպությունները հաշվետու են պետական բյուջեով ֆինանսավորվող ծրագրերի առումով, սակայն անհրաժեշտություն կա հաշվետվողականությունը բարձրացնել հանրային մակարդակ՝ այն դարձնելով առավել թափանցիկ ու տեսանելի: Այդ նպատակով առաջարկվում է ներդնել բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների գործունեության տարեկան ամփոփ հաշվետվությունների մշակման և հանրությանը հասանելի ձևով տեղակայման գործընթաց: Ժամանակակից տեղեկատվական տեխնոլոգիաները պարզապես տալիս են տեղեկատվության օպերատիվ հրապարակման և շահագրգիռ սպառողների կողմից դրանց դիտարկման հնարավորություն: Տեղեկատվության տարածման լավագույն միջոցը էլեկտրոնային կայքերն են, որոնք առավել հասանելի են սպառողների լայն շերտերի համար:

Բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների տարեկան ամփոփ հաշվետվությունները կարող են ներառել տեղեկատվություն՝ մատուցված ծառայությունների ծավալի (ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների), շահառուների խմբերի, որակական ցուցանիշների, նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառման, իրականացված զարգացման ծրագրերի վերաբերյալ:

● **Ներդնել Առողջապահության նախարարության կողմից բնակչության առողջության վիճակի մասին ամենամյա զեկույցի ներկայացման պրակտիկա:**

Նկատի ունենալով առողջապահության ոլորտի սոցիալական ուղղվածությունը և ռազմավարական նշանակությունը երկրի համար, նպատակահարմար է ներդնել բնակչության առողջության վիճակի մասին ամենամյա զեկույցի ներկայացման ինստիտուցիոնալ գործառնություն: Տարեկան զեկույցը պետք է ընդգրկի առողջապահության համակարգի հզորությունների (պլուսական և կադրային), ծառայությունների և դրանց տեղաբաշխման ընթացիկ բնութագրերը և փոփոխությունների միտումները, առողջապահական ծրագրերի արդյունքները, բնակչության առողջության վիճակը նկարագրող ցուցանիշները և փոփոխությունների միտումները: Ամենամյա զեկույցը պետք է կրի վերլուծական-տեղեկատվական բնույթ: Միջազգային պրակտիկայում նմանատիպ փորձառություն գոյություն ունի: ՀՀ-ում այն կարող է ներկայացվել առողջապահության նախարարի կողմից ՀՀ Ազգային ժողովին՝ բաց ունկնդրման հնարավորությամբ:

Այսպիսի զեկույցի ներկայացման միջոցով կապահովվի առողջապահության առանցքային հիմնախնդիրների վերհանումը, հանրային և, որ ամենակարևորներից է, բազմաուղրտային ուշադրության սևեռումը բնակչության առողջությանը՝ ահագնացող վտանգների և դրանց հաղթահարման ուղիների նախագծման համար: Միևնույն ժամանակ ոլորտում իրականացվող գործընթացները կարող են դառնալ առավել թափանցիկ և պարբերականության իմաստով արդյունավետ դիտարկելի:

● **Լիցենզավորման և պետական պատվերի մրցութային տեղադրման միջոցով օպտիմալացնել բուժօգնության ծառայությունների ծավալներն ու տեղաբաշխվածությունը:**

Ըստ գործող օրենսդրության ծառայությունների լիցենզավորմամբ երկրում կարող են հիմնադրվել բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններ: Լիցենզավորման գործընթացը հաշվի չի առնում երկրի առանձին տարածքներում դրանց փաստացի կարիքները:

րը, նկատի չունենալով, որ Հայաստանում բժշկական օգնության ծառայությունների և մասնագիտական ռեսուրսների անհամաչափ տեղաբաշխվածություն կա: Միջազգային փորձի առումով տարբեր երկրներ (Հոլանդիա, Իրան և այլն) բժշկական օգնության գործունեության իրականացման թույլտվության հիմքում դնում են տվյալ ռեգիոնի կարիքների բավարարման հիմնախնդիրը:

Հայաստանում բժշկական օգնության ծառայությունների առաջարկի ու պահանջարկի հավասարակշռման նպատակով իրականացվել է համակարգի օպտիմալացման ծրագիր, սակայն ոլորտում հարաճուն փոփոխությունների պարագայում կարևոր դերակատարում կարող է ունենալ լիցենզավորման գործընթացը, ըստ որի Առողջապահության նախարարությանը պետք է լիազորված լինի սահմանելու կարիքները և, այլ պահանջների շարքում, ըստ դրանց իրականացնելու դիմորդ կառույցների լիցենզավորումը: Նպատակահարմար է նաև քննարկման առարկա դիտարկել բժշկական մասնագետների լիցենզավորման (կամ մասնագիտական որակավորման վերահաստատման այլ համարժեք համակարգի) վերագործարկման անհրաժեշտությունը: Ընդ որում, (երիտասարդ) մասնագետների լիցենզավորումը (կամ համարժեք այլընտրանքը) կարող է անմիջականորեն կապ ունենալ մասնագիտական գործունեության ծավալման տարածքային և ժամանակային ամրագրման հետ:

Այս քաղաքականությամբ հնարավորություն կստեղծվի ապահովելու համակարգի զարգացման համաչափությունը և խուսափելու լրացուցիչ վարչական ծախսերից, ինչը առողջապահության տնտեսական «բեռի» ծանրացման աղբյուրներից է, միևնույն ժամանակ նպաստելու բժշկական ծառայությունների հասանելիությանն ու մատչելիությանը տարածաշրջանային իմաստով:

Պետական բյուջետային միջոցների կառավարման արդյունավետության բարձրացման միջոցներից է մրցութային կարգով պետական պատվերի տեղադրումը: Այն հնարավորություն կտա սահմանափակ բյուջետային ռեսուրսները առավել արդյունավետ, նպատակային ու հասցեագրված ուղղորդելու: Առողջապահության նախարարությանը պետք է օժտել կարիքների սահմանման և ծառայությունների ֆինանսավորման մրցութային մեխանիզմների ներդրման իրավասությամբ:

- **Առողջապահության օմբուդսմենի ինստիտուտի ստեղծում՝ բնակչության սոցիալական և բուժաշխատողների իրավունքների պաշտպանվածության ապահովման նպատակով:**

Առողջապահության ոլորտում առանձնակի հիմնախնդիր է բնակչության իրավունքների պաշտպանության ապահովումը: Այդ նպատակով առաջարկվում է ներդնել առողջապահության ոլորտում մարդու իրավունքների պաշտպանի (օմբուդսմենի) ինստիտուտ: Այն կարող է գործել Առողջապահության նախարարության կամ Հայաստանի մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի կազմում, նաև լինել ինքնուրույն կառույց: Անհրաժեշտ է ավելացնել, որ առողջապահության օմբուդսմենը կարող է իրականացնել ոչ միայն բնակչության, այլ նաև բուժաշխատողների իրավունքների պաշտպանության գործառույթ: Այս ինստիտուտը իր փորձառությունն ունի նաև այլ երկրներում (օրինակ՝ Իսրայելում, ուր գործում է արդեն երկար ժամանակ):

- **Արմատապես բարելավել քաղաքացիական հասարակության ներգրավվածությունը առողջապահության ոլորտի կառավարման, քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացում:**

Չսայած նրան, որ հասարակական կազմակերպությունները որոշ չափով ներգրավված են առողջապահության ոլորտի գործառույթներում (ծրագրերի մոնիտորինգ, հանրային առողջության քարոզչություն և այլն), սակայն վերջիններս իրենց գործունեությունը հիմնականում ծավալում են դրամաշնորհային միջոցներով: Անհրաժեշտ է ստեղծել կայուն մեխանիզմներ առողջապահության ոլորտում քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացներում: Մասնավորապես, նպատակահարմար է Առողջապահության նախարարությանը կից ձևավորել հասարակական կազմակերպությունների հանձնախմբեր, որոնք պարբերաբար անմիջականորեն կմասնակցեն բարեփոխումների մշակման ու իրականացման գործընթացներին: Միաժամանակ նպատակահարմար է քաղաքականու-

թյան մշակման աշխատանքները նախարարության կողմից հասարակական կազմակերպություններին պատվիրելու մեխանիզմի ներդրումը: Վերջինս կարող է նաև մեծ զարկ հաղորդել ինստիտուցիոնալ իմաստով քաղաքացիական հասարակության կայացմանն ու զարգացմանը:

Ֆինանսավորում

Ռազմավարության իրագործման նպատակով, հիմք ընդունելով սույն փաստաթղթի IV բաժնում արձանագրված առանցքային սկզբունքները և խնդիրները, անհրաժեշտ է մշակել և իրականացնել առաջադրված խնդիրների լուծման ծրագրերն ու միջոցառումները: Ընդ որում, անհրաժեշտ է ներդնել տրամաբանորեն շաղկապված, հաջորդական ու փոխկապակցված գործընթացների հաջորդական շղթա: Վերոհիշյալ համակողմանի մոտեցման շրջանակներում առաջարկվում է հետևյալ ծրագրերի և միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը.

i. Առողջապահության ֆինանսավորման գերակայության ամրապնդման, ֆինանսական կայունության ապահովման ու հանրային միջոցների արդյունավետ օգտագործման իրավական-օրենսդրական ամրագրում և նորմատիվային կանոնակարգում

Այս ռազմավարության իրականացման առումով կարևորվում է հետևյալ ծրագրերի և միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը.

1. Կարճաժամկետ հեռանկարում պետք է ընդունվի «Առողջապահության մասին» նոր օրենք, որում հատուկ կերպով պետք է կարգավորվի նաև առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտը: Դրանում պետք է ամրագրվեն դրույթներ առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների բազմաձևության ապահովման, պետական ֆինանսավորման պաշտպանվածության ու շարունակական աճի մասին: Դրան համահունչ՝ միջնաժամկետ ժամանակահատվածում պետք է.
 - 1.1. ընդունվի «Բժշկական ապահովագրության մասին» օրենքը, որով անհրաժեշտաբար պետք է կանոնակարգվեն ինչպես սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության, այնպես էլ կամավոր բժշկական ապահովագրության իրականացման իրավական ու տնտեսական հարաբերությունները,
 - 1.2. փոփոխություններ ու լրացումներ կատարվեն «Տեղական ինքնակառավարման մասին» ՀՀ օրենքում այն հաշվով, որպեսզի նախատեսվեն ՏԻՄ-երի պարտադիր պարտավորություններ առողջապահության ոլորտում՝ համապատասխան ֆինանսավորման աղբյուրներով:
2. Անհրաժեշտ քայլեր պետք է ձեռնարկվեն առողջապահության ոլորտում բյուջետային քաղաքականության կատարելագործման ուղղությամբ: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է միջին ժամկետում իրականացնել հետևյալ քայլերը.
 - 2.1. արմատապես վերանայել առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերն այն հաշվով, որպեսզի դրանք լինեն ֆինանսապես ապահովված ու ապահովեն ՀԶՀ-ով և սույն ռազմավարությամբ նախատեսված նպատակների իրականացումը,
 - 2.2. բյուջետային օրենսդրության մեջ կատարել այնպիսի փոփոխություններ ու լրացումներ, որոնք կերաշխավորեն առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ֆինանսավորման կայունությունը: Այդ առումով ՀՀ պետական բյուջեի մասին ամենամյա օրենքների մեջ՝
 - 2.2.1. պետք է ամրագրել առողջապահության ֆինանսավորման հարաբերական (տոկոսային) չափաքանակ՝ համապատասխան ծախսերի բաժինը պետական բյուջեի կամ ՀՆԱ-ի նկատմամբ, ինչպես նաև բնակչության մեկ շնչի հաշվով ֆինանսավորման չափը,
 - 2.2.2. պետք է սահմանել, որ պետական բյուջեի ընթացիկ ծախսերի մեջ առողջապահության բյուջետային ֆինանսավորման տոկոսային հարաբերությունը չպետք է ցածր լինի նախորդ բյուջետային տարվա համապատասխան ցուցանիշից,
 - 2.2.3. բյուջեի ձևավորման և կառավարման առումով անհրաժեշտ է նաև ամրագրել, որ առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը հանդիսանում են պետական բյուջեի պաշտպանված ծախսատեսակ, և որ արտաբյուջետային միջոցների

ավելացումը չի կարող հանգեցնել պետական բյուջեի հաշվին առողջապահության ֆինանսավորման չափի նվազեցմանը:

- 2.3. բյուջետային գործընթացը իրականացնել արդյունքների վրա հիմնված ծրագրային բյուջետավորման կանոններով, ինչը կապահովի բյուջետային միջոցների արդյունավետ, նպատակային ու հասցեական օգտագործումը:

ii. Պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և ծառայությունների ծրագրերի և ֆինանսավորման մեխանիզմների բարելավման ռազմավարության իրականացում

Տարիներ շարունակ, ելնելով բյուջեի սղությունից, կարծես թե փորձ է արվել կրճատել առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը, և ավելի իրատեսական խնդիրներ են առաջադրվել: Սակայն, ըստ էության, պարզապես ծրագրերի մեջ մասնակի վերադասավորում է տեղի ունեցել, և անապահով խավերի մեջ հստակ չեն գերակայություններն իրական կարիքավորների ընտրության առումով:

Այս ռազմավարության իրականացման համար կարևորվում է հետևյալ ծրագրերի և միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը.

1. Առաջիկա տասնամյակում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի հետագա զարգացումը պետք է շարունակվի համարվել գերակայություն:

- 1.1. Այն նպատակաուղղված է լինելու բուժօգնության առաջնային օղակը բնակչությանը մոտեցնելուն և մատչելի դարձնելուն, հիմնական միջոցառումները հիվանդությունների կանխարգելմանն ու վաղ ախտորոշմանը բևեռելուն, հիվանդանոցային համակարգի բեռը թեթևացնելուն: Առաջիկա տասը տարիների ընթացքում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական համակարգի ֆինանսավորման տեսակարար կշիռը պետբյուջեից բուժօգնության ընդհանուր ֆինանսավորման ծավալում պետք է աստիճանաբար աճի և 2015 թ. կազմի ոչ պակաս, քան 55 տոկոս, իսկ տասնամյակի վերջում՝ ոչ պակաս, քան 60 տոկոս:

- 1.2. Խնդիր է դրվում բյուջետային ու վարկային միջոցներն առաջնահերթ ուղղել ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի զարգացման հիմնական ուղղության՝ ընտանեկան բժշկության համակարգի զարգացմանը: Գյուղական վայրերում ընտանեկան բժիշկների ինստիտուտն անհրաժեշտ է համալրել առողջապահական կազմակերպությունների օպտիմալացման արդյունքում ազատված բժշկական կադրերը վերապրոֆիլավորելու, վերապատրաստելու և սոցիալական համապատասխան երաշխիքների պայմանով նրանց գյուղական համայնքներ գործուղելու միջոցով: Այս ռազմավարության տեսակետից առաջիկա տասնամյակում, այդ թվում հատկապես միջնաժամկետ ժամանակահատվածում, հաջորդ կարևորագույն ծրագիրը պետք է լինի պոլիկլինիկաների, ընտանեկան բժիշկների գրասենյակների տեխնիկական վերազինմանն ու նորացման, ժամանակակից տեխնիկայով հագեցման լուրջ ներդրումային քաղաքականության իրականացումը:

2. Առաջիկա միջնաժամկետ հատվածի առաջնահերթ հաջորդ ծրագիրը պետք է լինի առողջության առաջնային օղակի բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների մասնագիտական մոտիվացիան խթանող ֆինանսական և ոչ ֆինանսական խրախուսման մեթոդների փորձարկումը, աստիճանական ներդրումն ու կատարելագործումը:

Այս առումով նախատեսվում է միջնաժամկետ հատվածում փորձարկել և ներդնել արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների փոխկապակցված ֆինանսական կառավարման համակարգի հետևյալ մոդելները.

- առաջնային օղակի համար՝ լիազորված մարմինների վերահսկմամբ լրացուցիչ ֆինանսական միջոցների հատկացումը («մասնակի ֆոնդապահի» սխեմա),
- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժհաստատության կողմից հիվանդանոցային բուժօգնության նորմավորված ուղեգրում (հիվանդանոցային բուժօգնության գծով սահմանված նորմատիվի մասով՝ ֆոնդապահի սխեմա):

Այս սխեմաների կիրառումը թույլ կտա լուծել հետևյալ հիմնախնդիրները.

- բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման գործում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժհաստատությունների բուժանձնակազմերի տնտեսական շահագրգռվածության մեծացում,
 - հիվանդանոցների և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժհաստատությունների միջև կազմակերպական և տնտեսական կապերի վերականգնում ու զարգացում,
 - հիվանդությունների կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և հիվանդների խնամքի գործընթացների անընդհատության ապահովում,
 - առողջապահական բուժհաստատությունների գործունեության հաջորդավիճակային հաստատում և ապահովում,
 - հիվանդանոցային ծախսատար բուժօգնության անհիմն ուղեգրումների մակարդակի իջեցում:
3. Նախատեսվում է շարունակել հիվանդանոցային օղակի ֆինանսավորման մեխանիզմների կատարելագործումը:
- 3.1. Այդ տեսակետից նախատեսվում է ծրագրավորվող շրջանի առաջին իսկ տարում՝ նպատակային ծրագրերին համահունչ վերանայել հիվանդանոցային բժշկական օգնության համար հիմք հանդիսացող հիմնական ծառայությունների փաթեթը՝ այն կրճատելու, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունք ունեցող անձանց շրջանակը հստակեցնելու, միևնույն անձանց տարբեր խմբերում ընդգրկվելու դեպքերը բացառելու ուղղությամբ: Այդ աշխատանքները կնպաստեն այն նպատակի իրացմանը, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնությունը կլինի առավել հասցեական ու թափանցիկ:
- 3.2. Այս ռազմավարության տեսակետից ծրագրավորվող միջնաժամկետ հատվածի կարևորագույն ծրագրերից պետք է լինի բյուջետային միջոցների հատկացումը մրցութային եղանակով: Այդ մասին է վկայում Եվրոպայում բարեփոխումների փորձը: Տարբեր առողջապահական համակարգեր ունեցող եվրոպական երկրների (հատկապես կենտրոնական և արևելյան Եվրոպայի ու ԱՊՀ երկրների) պայմանագրային հարաբերությունների պրակտիկայում կարելի է առանձնացնել 4 հիմնական միտում, որոնց թվում՝ բոլոր բուժօգնություն իրականացնողների հետ պայմանագրեր կնքելու փորձից անցումը մրցակցային ընտրողական պայմանագրերի²⁸: Մրցութային եղանակով պետական պատվերի տեղադրումն ուժեղ լծակ է հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացման ու եկամուտների լեզալացման համար, որով կապահովվի նաև քաղաքացուն և ոչ թե բուժհիմնարկը ֆինանսավորելու սկզբունքը: Այս ծրագրի շրջանակում նախատեսվում է միջնաժամկետ հատվածի առաջին տարում մշակել «ընտրողական պայմանագրերի» մեխանիզմի ներդրման նորմատիվային փաստաթղթերը, չափորոշիչները, իսկ հաջորդ տարում իրականացնել դրա ներդրման փորձարարական ծրագիրը Երևան, Գյումրի և Վանաձոր քաղաքներում նախապես ընտրված բազմապրոֆիլ հիվանդանոցների (մեծահասակների և մանկական), ծննդատների և միապրոֆիլ, նեղ մասնագիտացած հիվանդանոցների և հիվանդանոցային բաժանմունքների միջև: Փորձարարական ծրագրի արդյունքների ամփոփումից հետո նախատեսվում է այն ամբողջությամբ կիրառել հանրապետությունում մինչև միջնաժամկետ հատվածի վերջը:
4. Հանրային ֆինանսական միջոցների արդյունավետության բարձրացման, դրանց նկատմամբ պատշաճ հսկողություն իրականացնելու նպատակով նախատեսվում է իրականացնել Պետական առողջապահական գործակալության կարգավիճակի փոփոխություն:
- Ծառայությունների առաջարկի և գնման համակարգը ներդնելու նպատակով կվերանայվի պետական ֆինանսավորման շրջանակներում բժշկական օգնության գնորդ հանդիսացող և որակի վերահսկում իրականացնող պետական առողջապահական գործակալության ենթակայությունը: Այն կվերաձվի արտագերատեսչական կարգավիճակ ունեցող կառույցի: Սոցիա-

²⁸ „Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий”, Р.Б.Салтман и Дж.Фейтрас, Москва, 2000,

լական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրմանը զուգընթաց այն կճնափոխվի բժշկական ապահովագրության պետական հիմնադրամի:

5. Ծրագրավորվող միջնաժամկետ հատվածի կարևորագույն ծրագրերից պետք է լինի բժշկական ծառայությունների իրատեսական գների սահմանումը և բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտների ու բուժման օպտիմալ սխեմաների մշակումը:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և ծառայությունների ֆինանսավորման մեխանիզմի մշակման բազա կարող է լինել փաստացի կատարված բժշկական ծառայությունների իրական ծախսերի լիարժեք փոխհատուցումը՝ հիմնավորված նորմատիվների շրջանակներում: Առաջնահերթ կարգով դա վերաբերում է բժշկական անձնակազմի վարձատրության հիմնախնդրին: Այս գործընթացում պետք է հաշվի առնել ըստ ախտորոշմամբ ընտրված խմբերի (DRG) և ըստ առողջապահական ռեսուրսների հաշվառմամբ խմբերի (HRG) բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտների և բուժման օպտիմալ սխեմաների մշակման միջազգային փորձն ու ԱՀԿ երաշխավորությունները²⁹:

Վերոհիշյալ միջոցառումների հիման վրա միջնաժամկետ հատվածի 3-րդ տարում նախատեսվում է ավարտել բժշկա-տնտեսագիտական բոլոր ստանդարտների մշակումն ու դրանց հիման վրա պետության կողմից երաշխավորվող նպատակային ծրագրերի շրջանակներում իրականացվող առողջապահական ծառայությունների իրատեսական գների հաստատումը: Հետագա տարիներին պետք է իրականացնել ստանդարտների ու գների շարունակական նորացումը, արդիականացումն ու կատարելագործումը:

- iii. **Ուղղակի անօրինական վճարումների և չհաշվառվող ստվերային շրջանառության կրճատում, առողջապահության ֆինանսավորման բազմաձևության ընդլայնում**

Այս ռազմավարության իրականացման առումով կարևորվում է հետևյալ ծրագրերի և միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը.

1. Առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում ուղղակի օրինական ու անօրինական վճարումների տեսակարար կշռի աստիճանաբար էական նվազեցում:

Այս առումով հարկ է հաշվի առնել այն փաստը, որ զարգացած երկրներում ուղղակի օրինական վճարումներն առողջապահական ծախսերի կառուցվածքի մեջ չեն գերազանցում 5-7 տոկոսը, իսկ ապօրինի ուղղակի վճարումներն այնքան աննշան են, որ ելթակա չեն հաշվառման³⁰: Հետևաբար նախատեսվում է.

- 1.1. մշակել ռազմավարության հայեցակարգ առողջապահության ոլորտում ուղղակի օրինական վճարումների ծավալի կրճատման մասին,
- 1.2. մշակել ռազմավարության հայեցակարգ առողջապահության ոլորտում ուղղակի անօրինական վճարումների վերացման մասին,
- 1.3. մշակել ռազմավարության հայեցակարգ առողջապահության ոլորտում համավճարների սահմանափակ կիրառման մասին:
2. Առողջապահության ոլորտում տեղական ինքնակառավարման մարմինների (ՏԻՄ) դերի ու պատասխանատվության ամրագրում և նրանց մասնակցություն առողջապահության ֆինանսավորմանը:

Ինչպես ցույց է տալիս միջազգային փորձը, տեղական ինքնակառավարման մարմինները լուրջ մասնակցություն են ունենում առողջապահության ֆինանսավորմանը: Նրանք շահագրգռված պետք է լինեն մասնակցելու իրենց համայնքների բնակչության առողջության պահպանմանը:

Այս առումով նախատեսվում է.

²⁹ 1. “Экономика здравоохранения, учебное пособие”, под редакцией И.М.Шеймана, Москва, 2004, 324 стр.
2. „Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий”, Р.Б.Салтман и Дж.Фиттейрас, Москва, 2000,

³⁰ 1. The World Health Reports, WHO, <http://www.euro.who.int/data/>
2. „Основы политики, Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы”, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, European Observatory on Health Care Systes, N 4, 2002,

- 2.1. անհրաժեշտ փոփոխություններ ու լրացումներ կատարել «Տեղական ինքնակառավարման մասին», «Բյուջետային համակարգի մասին» ՀՀ օրենքներում,
 - 2.2. ամենամյա բյուջեներում նախատեսել համապատասխան հոդվածներ ու ծրագրեր,
 - 2.3. համապատասխան փոփոխություններ կատարել ՀՀ ԱՆ հրամաններում ու այլ իրավական ակտերում,
 - 2.4. ՏԻՄ-երի բյուջեներում նախատեսել և իրականացնել հետևյալ ծախսերը. տվյալ համայնքում գործող ընտանեկան բժիշկների գրասենյակների պահպանում, սանիտարա-հիգիենիկ վերահսկման ու ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի որոշակի ծառայություններ:
3. Սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրում:

Հաշվի առնելով Հայաստանի սոցիալ-տնտեսական իրավիճակը և նկատի ունենալով պետբյուջեի սահմանափակ հնարավորությունները, առաջարկվում է ՊԲԱ համակարգի փուլային ներդրում՝ սկսելով հիվանդանոցային օղակում առանձին հիվանդությունների ապահովագրումից, համարելով այն անկանխատեսելի առողջապահական ղեկքերի ֆինանսական ռիսկերից ապահովագրման որոշակի տարատեսակ:

Այս առումով նախատեսվում է.

- 3.1. վերանայել «Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական ապահովագրությունը ներդնելու հայեցակարգը»³¹,
- 3.2. անհրաժեշտ փոփոխություններ ու լրացումներ կատարել «Ապահովագրության մասին», «Պարտադիր սոցիալական ապահովության մասին», «Եկամտահարկի մասին», «Շահութահարկի մասին» ՀՀ օրենքներում,
- 3.3. իրականացնել լայն քարոզչական աշխատանք,
- 3.4. իրականացնել փորձարարական ծրագիր,
- 3.5. զուգահեռաբար անհրաժեշտ է օրենսդրորեն ամրագրել կորպորատիվ ապահովագրության հիմքերը՝ որպես սոցիալական երաշխիք զբաղվածներին:

Հաշվի առնելով պարտադիր բժշկական ապահովագրության ընդգծված սոցիալական ուղղվածությունը, առաջարկվում է այն իրականացնել պետության կողմից ստեղծվող հիմնադրամի միջոցով: Առաջարկվում է սահմանել, որ սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ապահովագրավճարները ձևավորվում են պետության, գործատուների ու վարձու աշխատողների մասնակցությամբ: Ընդ որում, ապահովագրավճարների դրույքաչափերը և դրա մասնակիցների չափաբաժինները կարող են լինել տարբերակված, ըստ տնտեսության առանձին ոլորտների և բնակչության սոցիալական խավերի առանձնահատկությունների: Հիմնական շեշտը դրվում է այն հանգամանքի վրա, որ սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ծրագիրը պետք է ապահովի ծառայությունների (հասանելիության, մատչելիության, ծավալի և որակի տեսակետից) ու ապահովագրված բնակչության համահավասար ծածկույթ: Պետությունը սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրմամբ ապահովելու է բժշկական օգնություն ստանալու քաղաքացու սահմանադրական իրավունքը ծառայությունների տրամադրման բոլոր փուլերում և հանդիսանալու է ոլորտում քաղաքացու իրավունքների իրագործման գործնական երաշխավորը:

4. Շուկայական տնտեսության պայմաններում օպտիմալ (նաև համակարգի զարգացումը խթանող) սակագնային քաղաքականության իրականացում:

Հաշվի առնելով երկրի առողջապահության ոլորտում շուկայական հարաբերությունների, կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացման միտումները, ինչպես նաև կարճաժամկետ ապագայում սոցիալական (պարտադիր) բժշկական ապահովագրության ներդրման հրամայականը, նախատեսվում է բարձրացնել պետության դերը շուկայական հարաբերությունների կարգավորման գործում:

Այս առումով նախատեսվում է.

³¹ «Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական ապահովագրությունը ներդնելու հայեցակարգի մասին», ՀՀ կառավարության թիվ 33 արձանագրային որոշում, 10 օգոստոսի 2000 թ.:

- 4.1. սույն ռազմավարությամբ սահմանված ժամկետներում մշակել և ներդնել բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտների համակարգ,
- 4.2. անհրաժեշտ փոփոխություններ ու լրացումներ կատարել ՀՀ հարկային և տնտեսական օրենսդրությունում այն առումով, որպեսզի սահմանվեն առողջապահության ոլորտում ուղղակի վճարումների գնագոյացման մեխանիզմներն ու հարկային արտոնությունները,
- 4.3. մշակված բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտներին համապատասխան սահմանել առողջապահության ոլորտում իրականացվող ծառայությունների գների հաշվարկման ու գնագոյացման մեխանիզմները և անհրաժեշտության դեպքում՝ առանձին ծառայությունների սակագները:

Բուժօգնության որակ

Ռազմավարության իրագործման նպատակով, հիմք ընդունելով սույն փաստաթղթի IV բաժնում արձանագրված առանցքային սկզբունքները և խնդիրները, անհրաժեշտ է մշակել և իրականացնել առաջադրված խնդիրների լուծման նպատակային ծրագրեր:

Մասնավորապես, անհրաժեշտ է ներդնել տրամաբանորեն շաղկապված գործընթացների հաջորդական շղթա՝ սկսելով բժշկական հանրության շրջանում ապացուցողական բժշկության հաստատումից և առաջխաղացումից, այնուհետև հիմնել կլինիկական ուղեցույցների մշակման հստակ համակարգ, որտեղ կսահմանվեն կլինիկական պրակտիկայի բովանդակային չափորոշիչները, և եզրափակել բուժհաստատությունների մակարդակում այդ կլինիկական չափորոշիչների գործնական ներդրումով:

Վերոհիշյալ համակողմանի մոտեցման շրջանակներում առաջարկվում է հետևյալ նպատակային ծրագրերի մշակումը և իրականացումը.

1. Ամենօրյա բժշկական պրակտիկայում ապացուցողական բժշկության (ԱԲ) (EBM) ինստիտուցիոնալացում, ինչը ներկայիս Հայաստանի առողջապահության գերակա հիմնախնդիրներից է: Այն առաջին հերթին պահանջում է ապացուցողական բժշկության վերաբերյալ բուժաշխատողների տեղեկացվածության և կարողությունների զարգացման լայնածավալ աշխատանքներ, ինչպես նաև ԱԲ ներդրմանը խոչընդոտող սահմանափակումների հաղթահարում:

Այդ ուղղությամբ իրականացվող ուսուցողական միջամտությունները պետք է զուգորդվեն Հայաստանի բուժաշխատողների համար ԱԲ ռեսուրսների (գրականություն, համացանցային ռեսուրսներ) մատչելիությունը բարձրացնող միջոցառումներով: Հակառակ պարագայում, նույնիսկ համապատասխան ուսուցումից հետո, դժվար կլինի խուսափել ավանդաբար ձևավորված նախկին գործելակերպին վերադառնալու վտանգից:

Մյուս կողմից, լրջագույն խնդիր է մնում Հայաստանի բուժաշխատողներին մատչելի լեզվով ԱԲ ռեսուրսների բացակայությունը. այսօր առկա ռեսուրսները հիմնականում մատչելի են անգլերեն լեզվին տիրապետող մասնագետներին, որոնց տեսակարար կշիռը մեր բուժաշխատողների շրջանում, ցավոք, մեծ չէ:

2. Մշակել և կիրարկել ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված «զավագույն պրակտիկա-յին կլինիկական չափորոշիչներ (ներառյալ դեղերի արդյունավետ կիրառումը): Այդ նպատակով առաջին հերթին անհրաժեշտ է առողջապահության կառավարման բարձրագույն մակարդակով՝

2.1. ընտրել բուժօգնության որակի առաջնահերթ բնութագրիչներ և, ըստ այդմ, սահմանել/վերանայել բուժօգնության որակի ազգային ցուցանիշները և դրանց սահմանային չափորոշիչները՝ ըստ բժշկա-

Բուժհաստատություններում որակի բարելավման ջանքերի անբաժանելի մաս պետք է լինի ծառայություններից օգտվողների կարծիքի ներգրավումը:

- կան ծառայությունների տեսակների (հիվանդանոցային և ամբուլատոր), մակարդակների (առաջնային, երկրորդային, երրորդային) և մասնագիտական ոլորտների,
- 2.2. սահմանել և հաստատել կլինիկական պրակտիկայի չափորոշիչների տեսակները (կլինիկական ուղեցույցներ, արձանագրություններ, համառոտ գործելակարգեր և այլն) և դրանց միօրինականացված ձևաչափերը,
 - 2.3. սահմանել մշակման և/կամ թարմացման ենթակա չափորոշիչների թեմատիկ գերակայությունների որոշման կարգը,
 - 2.4. սահմանել կլինիկական չափորոշիչների մշակման (այդ թվում՝ ԱԲ որակի պահանջներին դրանց համապատասխանությունն ապահովելու) միասնական՝ օրինակելի մեթոդաբանությունը և ընթացակարգ(եր)ը,
 - 2.5. որոշել և հաստատել չափորոշիչները մշակող կառույցները և կազմակերպությունները (ներառյալ մասնագիտական միավորումներն ու ինստիտուտները), հստակ սահմանել այդ գործընթացում նրանց դերը և պատասխանատվությունն ըստ բժշկական ծառայությունների տեսակների, մակարդակների և մասնագիտական ոլորտների,
 - 2.6. սահմանել չափորոշիչների հաստատման, ինչպես նաև պարբերական վերանայման/թարմացման կարգերը,
 - 2.7. սահմանել կլինիկական չափորոշիչների մշակման ֆինանսավորման կարգը և աղբյուրները:
- 3. Սահմանել կարգ, ըստ որի հաստատված նոր և/կամ վերանայված ապացուցողական բժշկության կլինիկական չափորոշիչները պետք է օպերատիվ կերպով ներառվեն բժշկական մասնագիտական կրթության, այդ թվում՝ նաև շարունակական կրթության ուսումնական ծրագրերում:** Շարունակական բժշկական կրթության շրջանակներում կլինիկական նոր չափորոշիչների բովանդակության, որակի ցուցանիշների և որակի բարելավման ժամանակակից մեթոդների ուսուցումը պետք է դառնա բուժհաստատություններում բուժօգնության որակի բարելավման գործընթացների հետ կապող անբաժանելի օղակ:
- 4. Ձևավորել և ամրապնդել բուժօգնության որակի բարելավման կազմակերպակառուցվածքային հենքը, զարգացնել աջակցող վերահսկման և արդյունավետ հետադարձ կապի գործընթացները** առողջապահության համակարգի տարբեր մակարդակներում՝ կենտրոնական, մարզային և բուժհաստատությունների: Այդ նպատակով առողջության առաջնային պահպանման ոլորտում նպատակահարմար է օգտագործել խոշոր (երեք և ավելի բժիշկներ ունեցող) ԱԱԳ հաստատություններում արդեն ստեղծված որակի բարելավման խորհուրդները (ՈԲԽ) և բոլոր մարզերում պատրաստված ԱԱԳ որակի համակարգողների ինստիտուտը: Իսկ ավելի փոքր (երեքից պակաս ԱԱԳ բժիշկներ ունեցող) ԱԱԳ հաստատություններում և հիվանդանոցային սեկտորում աջակցող վերահսկման այդպիսի կառույցներն ու մարդկային ռեսուրսը (անհրաժեշտ թվով որակի համակարգողներ) դեռ նոր պետք է ձևավորել:
- 5. Զարգացնել և առավել ճկուն դարձնել բուժծառայությունների գործունեության մշտադիտարկման և վերլուծության համակարգը**, որը թույլ կտա գնահատել և հետադարձ տեղեկատվություն տրամադրել սահմանված որակի ցուցանիշների և չափորոշիչների համեմատ բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների կատարողականի վերաբերյալ: Բուժօգնության որակի վերաբերյալ տվյալները պետք է «առցանց» ռեժիմով ինտեգրվեն և վերլուծության ենթարկվեն Հայաստանի առողջապահական տեղեկատվական ավտոմատացված համակարգում (ներկայում՝ MIDAS3), որի կողմից գեներացված հաշվետվությունները պետք է հասու լինեն որակի բարելավման գործընթացներում ներգրավված բոլոր շահագրգիռ օղակներին:
- Մյուս կողմից, անհրաժեշտ է զարգացնել Առողջապահության նախարարության, պետական առողջապահական գործակալության և մարզային առողջապահական վարչությունների կարողությունները՝ որակի կատարողականի վերաբերյալ ստացվող տեղեկությունների վերլուծության և արդյունավետ կիրառման նպատակով:
- 6. Ներդնել և զարգացնել որակի կայուն և շարունակական բարելավումը խթանող մոտիվացիոն մեխանիզմներ բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների համար:**

- 6.1. Բարելավվող որակի կատարողականի վերաբերյալ առողջապահական տեղեկատվական համակարգի միջոցով ստացվող տեղեկությունները պետք է կապակցվեն բուժհաստատությունների ֆինանսավորման և բուժաշխատողների վարձատրության հետ: Որակյալ բուժօգնության դիմաց խրախուսական ֆինանսավորումը և վարձատրությունն իրենց կիրառման ձևով և չափերով պետք է լինեն շահառուների համար ընդունելի և դրականորեն մոտիվացնող:
- 6.2. Ֆինանսական խթաններից բացի, անհրաժեշտ է մշակել և կիրառել նաև որակի խրախուսման ոչ ֆինանսական մեթոդներ:
- 6.3. Որակի կայուն բարելավման առումով բուժհաստատությունների մոտիվացիան կարելի է խթանել նաև որակի ապահովման այնպիսի մեխանիզմներով, ինչպիսին է լիցենզավորման և պետության կողմից երաշխավորված ծառայությունների գնման պայմանագրերում համապատասխան պահանջների ներառումը, ինչպես նաև հավատարմագրման և երախտիքի ճանաչման այլ նմանատիպ մեթոդներով:
- 7. Բուժհաստատությունների մակարդակում ներդնել և ամրապնդել բուժօգնության որակի շարունակական բարելավման մեխանիզմներ,** ներառյալ՝ որակի հիմնախնդիրների ակտիվ բացահայտումը և դրանց օպերատիվ լուծումների կիրառումը, որակի ցուցանիշների մոնիտորինգը, բուժծառայություն մատուցողների ներքին ինքնագնահատումը, կլինիկական առդիտները, աջակցող վերահսկողական այցերը և հետադարձ կապի մեխանիզմները:
- Բուժհաստատություններում որակի բարելավման ջանքերի անբաժանելի մաս պետք է լինի ծառայություններից օգտվողների՝ պացիենտների կարծիքի ներգրավումը, ինչը կարող է կատարվել տարբեր ձևաչափի հարցումների, ՈԲԽ-ներում հանրության ներկայացուցիչների ընդգրկման միջոցով: Պացիենտների գոհ լինելու վերաբերյալ հետադարձ արձագանքի ստացման մեթոդների կիրառումը, մի կողմից, թույլ կտա գնահատել պացիենտների առողջապահական կարիքները, իսկ մյուս կողմից՝ հնարավորություն կընձեռի բուժաշխատողներին հաշվետու լինել բնակչությանը:
- Բուժհաստատությունների մակարդակում անհրաժեշտ է ուսուցանել, ակտիվորեն ներդնել և արմատավորել բուժօգնության որակի բարելավման այնպիսի մեթոդներ, ինչպիսիք են արմատապատճառային վերլուծությունը (Root Cause Analysis, RCA), «Բացահայտել-կազմակերպել-պարզաբանել-հասկանալ-ընտրել» մեթոդը (“Find-Organize-Clarify-Understand-Select”, FOCUS), «Պլանավորել-կատարել-ուսումնասիրել-գործել» մեթոդը (“Plan-Do-Study/Check-Act”, PDS/CA), «Հնարավոր խափանումների և հետևանքների վերլուծություն» մեթոդը (Failure Mode and Effect Analysis, FMEA):
- 8. Տարբերակել, վերանայել և զուգահեռ զարգացնել բուժօգնության որակի ապահովման/վերահսկման և որակի բարելավման համակարգերը:** Անհրաժեշտ է բանակցել և ընդունելի չափով ապակենտրոնացնել որակի ապահովման/վերահսկման առումով Առողջապահության նախարարության պատասխանատվությունները՝ այդ գործընթացներում ներգրավելով մարզային առողջապահական կառույցներն ու բժշկական մասնագիտական միավորումները: Մասնավորապես, վերջիններս կարող են որոշակի դերակատարություն ստանձնել լիցենզավորման և պետական պատվերի տեղադրման պահանջների, ցուցանիշների և չափորոշիչների սահմանման և դրանց կատարողականի ընթացիկ վերահսկման հարցերում:
- Որակի բարելավման գործառնություններում բուժհաստատությունները պետք է օժտվեն որակի խնդիրների բացահայտման և լուծումների մեթոդաբանության ընտրության առավել ինքնուրույնությամբ: Իսկ մարզային առողջապահական ղեկավար կառույցները և բժշկական մասնագիտական միավորումները պետք է ստանձնեն որակի բարելավման խնդիրներում աջակցելու առաջնահերթ պատասխանատվությունը:
9. Որպես որակի բարելավման գործընթացների զարգացման ռազմավարական հիմնախնդիր, անհրաժեշտ է մշակել և Հայաստանի առողջապահության համակարգում **ներդնել բժշկական ծառայությունների/բուժհաստատությունների հավատարմագրման համակարգ:**
10. Որակի բարելավման բոլոր ձեռնարկումների հիմքում պետք է ապահովվի այն գերակա մոտեցումը, որ **որակի չափորոշիչները և կատարողականի ցուցանիշները պետք է նույնը լինեն:**

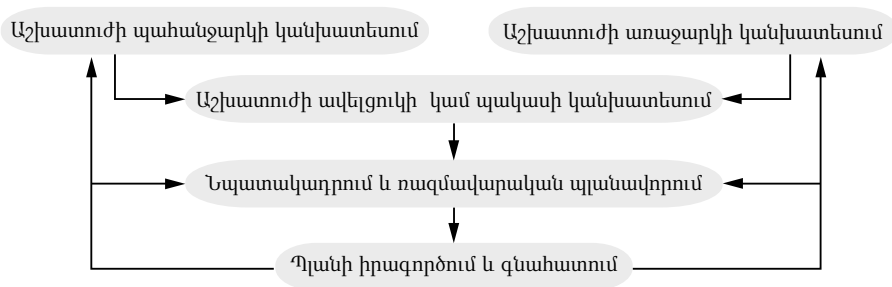
նեն կլինիկական ուղեցույցների/գործելակարգերի, մասնագիտական կրթության (այդ թվում՝ շարունակական կրթության), լիցենզավորման և հավատարմագրման, պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների գնման պայմանագրերի, առողջապահական տեղեկատվական համակարգի և վիճակագրության, ինչպես նաև ներկազմակերպական որակի բարելավման գործընթացներում:

Մարդկային ռեսուրսներ և շարունակական մասնագիտական զարգացում

Համակարգի մարդկային ռեսուրսների կառավարման բարեփոխումներն անհրաժեշտ է սկսել առաջին հերթին այդ ռեսուրսների արդյունավետ պլանավորման մեխանիզմների ներդրումից, որոնք թույլ կտան շտկել վերևում նկարագրված ներկա իրավիճակի և իրական ռազմավարական կարիքների միջև առկա ճեղքվածքը:

1. Մշակել և ներդնել մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ պլանավորման գործընթաց, որը պետք է ներառի կանխատեսման, նպատակադրման ու ռազմավարական պլանավորման համալիր գործառնություններ, ինչպես ներկայացված է Գծապատկեր 4-ում: Պլանավորումը պետք է կատարել ըստ աշխատանքային դասերի (բժիշկներ, բուժքույրեր, կրտսեր բուժաշխատողներ) և մասնագիտական կամ ֆունկցիոնալ խմբերի՝ ելնելով համակարգի կամ կազմակերպության ընթացիկ վիճակի և ապագա հեռանկարների վերլուծությունից:

Գծապատկեր 4. Մարդկային ռեսուրսների պլանավորում



Աշխատուժի պահանջարկի կանխատեսման նպատակով կարող են օգտագործվել կանխատեսումների ուղղակի կամ անուղղակի մեթոդներ, օրինակ՝ վիճակագրական («պատմական»), նորմատիվային և/կամ տրամաբանական մեթոդները: Իսկ աշխատուժի առաջարկի կանխատեսումները պետք է հաշվի առնեն ընթացիկ առաջարկը, առաջարկի հնարավոր կորուստները և ակնկալվող լրացուցիչ ներհոսքը:

Ընդ որում, աշխատուժի առաջարկի պլանավորման մեջ պետք է ներգրավվեն նաև այլ շահագրգիռ/պատկան մարմիններ և գերատեսչություններ, ինչպես օրինակ, Կրթության և գիտության նախարարությունը, Քաղաքացիական ծառայության խորհուրդը:

Առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման մանրակրկիտ ծրագիրը, ներառյալ մեթոդաբանությունը և իրականացման պլանը, պետք է մշակվի և հաստատվի որպես նորմատիվային փաստաթուղթ՝ ի ղեկավարում համակարգի բոլոր բուժհաստատությունների և պատկան կառույցների:

Առողջապահության մարդկային ռեսուրսների պլանավորման ծրագիրը, ռազմավարական հիմնախնդիրների թվում, մասնավորապես, պետք է լուծումներ տա նաև հետևյալ գերակա խնդիրներին.

- Առողջապահության մարդկային ռեսուրսների համակողմանի համակարգչային տեղեկատվական բազայի ստեղծում, որը պետք է պարունակի տվյալներ և ապահովի տեղեկատվություն Հայաստանի բոլոր բուժաշխատողների վերաբերյալ՝ սկսած նրանց բազային մասնագիտական կրթությունից՝ ներառելով աշխատանքային գործունեության (կարիերայի), որակավորման և զարգացման, այդ թվում՝ շարունակական բժշկական կրթության, բոլոր փուլերը:
- Հեռավոր և գյուղական վայրերում բժշկական կադրերի ներգրավումը պետականորեն խրախուսող խթանների համակարգի սահմանում և դրանց կիրարկում:



- Առողջապահության ոլորտում մասնագիտական կրթություն իրականացնող բոլոր ուսումնական հաստատությունների, անկախ սեփականության ձևից, ընդունելության պլանավորում՝ որպես առողջապահության մարդկային ռեսուրսների ընդհանուր պլանի մաս:

2. Մշակել և բուժհաստատություններում ներդնել մարդկային ռեսուրսների զարգացման ծրագրեր, որոնք պետք է ներառեն ուսուցման և փորձառության արդյունավետ համակցություն: Իրականում գոյություն չունի աշխատակազմի զարգացման մեկ՝ լավագույն և ունիվերսալ ծրագիր: Որոշելու համար, թե զարգացման ինչպիսի ծրագիր է առավել նպատակահարմար տվյալ կազմակերպության կամ ֆունկցիոնալ ստորաբաժանման համար, պետք է հաշվի առնել նրա յուրահատկությունները:

Գործնականում աշխատակազմի զարգացման ծրագրերը կազմելիս հարկ է նկատի ունենալ հետևյալ եղանակները (ցանկը չի հավակնում համարվելու ամենալիարժեքն ու ամենաընդգրկունը)։

- Նորանշանակ աշխատողների ներկայացում, կողմնորոշում և առաջնային գործնական ուսուցում կազմակերպությունում.
- Կրթություն աշխատանքային տեղում (այդ թվում՝ հրավիրվող դասավանդողներ և խորհրդատուներ).
- Մեմինարներ և գործնական պարապմունքներ.
- Ֆորմալ կրթություն (կատարելագործման դասընթացներ) մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում (համալսարաններ, ինստիտուտներ, ուսումնարաններ).
- «Հորիզոնական» տեղաշարժեր, փոխադարձ աշխատանքային տեղափոխություններ և խաչաձև հանձնարարություններ.
- Ինքնակրթություն (գրականություն, համակարգչային, աուդիո- և վիդեոկրթություն).
- Հատուկ առաջադրանքներ, որոնք պահանջում են նոր գիտելիքներ և ունակություններ.
- Ընդգրկում հանձնաժողովներում և նպատակային աշխատանքային խմբերում.
- Այլոց ուսուցանելու և դասավանդելու հանձնարարություններ.
- Տարբեր ծրագրերում կոորդինացնելու և աջակցելու հանձնարարություններ.
- Ժամանակավոր հանձնարարություններ կազմակերպության մասնաճյուղերում կամ այլ կազմակերպություններում.
- Բացակայող աշխատողների փոխարինում...

3. Մշակել և բուժհաստատություններում ներդնել անձնակազմի կատարողականի (աշխատանքային գործունեության) գնահատման կայուն գործընթացներ: Աշխատանքի կանոնավոր գնահատումները անբաժանելի մաս և հիմք պետք է լինեն մարդկային ռեսուրսների զարգացման ծրագրերի համար:

Աշխատողների կատարողականը կանոնավորապես պետք է ուսումնասիրվի և պարբերաբար գնահատվի՝ որոշելու համար, թե կարիք կա արդյոք իրերի վիճակի շտկմանը կամ զարգացմանն ուղղված որևէ միջոցառում ձեռնարկելու:

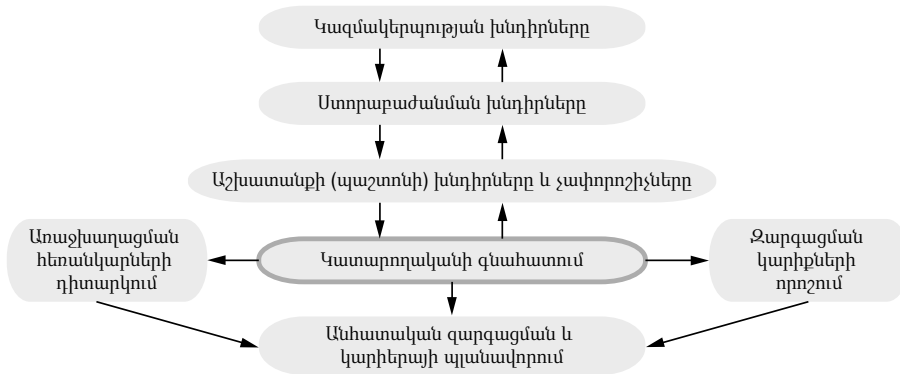
Ըստ որում կազմակերպական յուրաքանչյուր ստորաբաժանում/ծառայություն և յուրաքանչյուր աշխատող պետք է ունենա իր գործունեության նախապես սահմանված նպատակներն ու խնդիրները, ինչպես նաև հստակ չափորոշիչներ, որոնց հիման վրա կարելի կլինի որոշել այդ նպատակներին հասնելու փաստը և աստիճանը:

Այդ առումով անհրաժեշտ է մշակել և բոլոր բուժհաստատություններում կիրառման մեջ դնել աշխատանքի (պաշտոնի) նկարագրերը: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է մշակել և հաստատել աշխատանքի (պաշտոնի) նկարագրերի օրինակելի նմուշաձևեր աշխատակազմի բոլոր հիմնական կատեգորիաների համար, որոնց հիման վրա բուժհաստատությունները կատեգորիաների իրենց աշխատակիցների աշխատանքի (պաշտոնի) նկարագրերը: Վերջիններս էլ հիմք կծառայեն նրանց կատարողականի գնահատման համար:

Կատարողականի գնահատման ծրագրերը պետք է սահմանեն նաև գնահատում իրականացնողներին և նրանց իրավասությունները (օրինակ՝ ղեկավարը, գործընկերները, սպառողները, ինքը՝ աշխատողը), գնահատման մեթոդները (օրինակ՝ աշխատողի անձնային հատկանիշների գնահատում, աշխատանքային վարքագծի գնահատում, աշխատանքի արդյունքների գնահատում) և ձևերը (օրինակ՝ ստուգացանկեր, հարցազրույց):

Ընդհանուր առմամբ, կատարողականի գնահատումն իր ամբողջ համատեքստով կարելի է ներկայացնել հետևյալ սխեմայի տեսքով (Գծապատկեր 5)։

Գծապատկեր 5. Կատարողականի գնահատման համադրեստը



4. Մշակել և ներդնել շարունակական բժշկական կրթության բարելավման ծրագիր՝ ներառելով, մասնավորապես, հետևյալ հիմնական միջոցառումները.

- Վերանայել հետդիպլոմային բժշկական կրթության կրեդիտների վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարության 23.04.2004թ. 417-Ա հրամանը, և սահմանել շարունակական բժշկական կրթության միասնական կրեդիտների համակարգ՝ դրանց հստակ չափորոշիչներով և նորմատիվային պահանջներով, կրեդիտների շնորհման կանոնակարգված ընթացակարգերով, այդ ոլորտում իրավասությունների, պատասխանատվության և վերահսկման մեխանիզմների հստակ սահմանումով։

ՇԲԿ կրեդիտներ շնորհող կառույցը կամ կազմակերպությունը պետք է լինի անկողմնակալ, չունենա շահերի բախում շարունակական բժշկական կրթության տրամադրման ոլորտում և տիրապետի պատշաճ պրոֆեսիոնալ ռեսուրսների՝ իրազեկված որոշումներ կայացնելու համար։ Այդ առումով անհրաժեշտ է դիտարկել բժշկական մասնագիտական միավորումների ներգրավումը։

- Ներդնել բժշկական կրթության ծրագրերի և համապատասխան ուսումնական փաթեթների, ինչպես և կլինիկական պրակտիկայի չափորոշիչների մշակման, գնահատման և հաստատման, ապացուցողական բժշկության պահանջներին դրանց որակի համապատասխանությունն ապահովելու միասնական օրինակելի մեթոդաբանություն և ընթացակարգեր (տես նաև սույն ռազմավարության V գլխի «Բժշկական ծառայությունների որակ» բաժնի 2.2-2.4 կետերը)։
- Նախատեսել և հայթայթել ռեսուրսներ՝ շարունակական բժշկական կրթության պետական ֆինանսավորման ծավալներն ավելացնելու համար։
- Մշակել և ներդնել ծրագրեր՝ շարունակական բժշկական կրթություն իրականացնող հաստատությունների դասավանդող կազմի, մասնագիտական միավորումների, ինչպես նաև Առողջապահության նախարարության Կրթության և գիտության բաժնի կարողությունների զարգացման, այդ ոլորտում ժամանակակից բժշկագիտական մոտեցումների մատչելիության բարձրացման և դրանց գործնական կիրառման նպատակով։

5. Վերանայել Հայաստանում բժշկական գործունեության լիցենզավորման իրավական-կանոնակարգող հիմքերը՝ նպատակ ունենալով մշակել և ներդնել բուժաշխատողների մասնագիտական որակավորման ստուգման և (վերա)հաստատման համակարգ՝ համապատասխան մասնագիտական միավորումների ներգրավմամբ և գործուն մասնակցությամբ։

Գեղաքաղաքականություն

Ռազմավարության իրագործման նպատակով, հիմք ընդունելով սույն փաստաթղթի IV բաժնում արձանագրված առանցքային սկզբունքները և խնդիրները, առաջարկվում է հետևյալ ծրագր-



րերի և միջացառումների մշակումն ու իրականացումը³².

1. Կարգավորում և որակի ապահովում

- 1.1. Առաջնորդվելով ԱՀԿ-ի և Եվրամիության (ԵՄ) երաշխավորություններով և հիմք ընդունելով գործող օրենսդրության ընթացիկ դիտարկման արդյունքները, վերանայել և կատարելագործել դեղերի շրջանառության ոլորտին վերաբերող ՀՀ օրենսդրությունը: Ընդունել «Ազգային դեղային քաղաքականություն» փաստաթուղթը: Ընդունել «Դեղերի մասին» ՀՀ նոր օրենք: Դրանց համապատասխանեցնել իրավական նորմատիվ ակտերը: ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանել քրեական պատասխանատվություն՝ որակի ստանդարտներին չհամապատասխանող և կեղծված դեղերի արտադրության ու տարածման համար, վարչական տույժեր և տուգանքներ՝ դեղերի որակին և հիվանդի առողջությանը սպառնացող մասնագիտական խախտումների համար:
- 1.2. Վերանայել ՀՀ ԱՆ կազմում գործող դեղերի շրջանառության ոլորտը կարգավորող կազմակերպության՝ «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՓԲԸ ենթակայության խնդիրը, որպեսզի նա գործի անկախ կազմակերպության կարգավիճակով և հաշվետու լինի ՀՀ կառավարությանը: Օրենսդրորեն ամրապնդել նրա անկախությունն ու ֆինանսական ինքնուրույնությունը: Հետագայում այն կվերակազմակերպվի «Դեղերի, բժշկական տեխնոլոգիաների և սննդի գործակալության»:
- 1.3. Ստեղծել դեղագործական գործունեություն իրականացնող տնտեսավարող սուբյեկտների գործունեության տեսչական հսկողության համակարգ: Կատարելագործել դեղագործական կազմակերպությունների մասնագիտական գործունեության գնահատման համակարգը, որի արդյունքները կօգտագործվեն այդ կազմակերպությունների հետագա գործունեության կարգավորման՝ խրախուսման և պատժամիջոցների կիրառման նպատակով:
- 1.4. Կատարելագործել Հայաստանում շրջանավոր դեղերի գրանցման համակարգը՝ արդյունավետության, անվտանգության և որակի չափանիշների հիման վրա:
- 1.5. Հաստատել և ներդնել դեղագործական ոլորտի պատշաճ գործունեությունների (պատշաճ լաբորատոր գործունեություն, պատշաճ կլինիկական գործունեություն, պատշաճ մատակարարման գործունեություն, պատշաճ դեղատնային գործունեություն և այլն) պահանջները, որոնց կատարումը կլինի մշտական պետական հսկողության ներքո:
- 1.6. Կատարելագործել դեղագործության համակարգի աշխատանքները՝ ակտիվացնելով դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկումը և ներառելով առողջապահության ոլորտի մասնագետներին ու սպառողներին:
- 1.7. Ապահովել երկրում կիրառվող դեղերի մասին պաշտոնական, օբյեկտիվ, հավաստի և ժամանակակից տեղեկատվություն: Ստեղծել դեղերի մասին տեղեկատվական կենտրոն:
- 1.8. Կատարելագործել դեղերի գովազդի վերահսկողության համակարգը:

2. Դեղերի մատչելիություն

- 2.1. Դեղերի մատչելիությանը մեծապես կնպաստի հիմնական դեղերի հայեցակարգի ներդրման ոլորտի ընդլայնումը:
- 2.2. Դեղերի ֆիզիկական մատչելիությունն ապահովելու, մասնավորապես գյուղական, հատկապես հեռավոր և սահմանամերձ շրջանների բնակչությանը անհրաժեշտ դեղերով ապահովելու նպատակով մշակել և ներդնել դեղատների տեղակայման չափորոշիչներ:
- 2.3. Դեղերի ֆինանսական մատչելիությունն ապահովելու նպատակով ներդնել դեղերի գների կարգավորման միջազգային պրակտիկայում ընդունված ու կիրառվող արդյունավետ մեխանիզմներ: Դրանց թվում կարևորվում է առաջին հերթին դեղերի իրացման շրջանառության վրա ավելացված արժեքի հարկի արտոնության վերականգնումը, դեղերի մեծածախ և մանրածախ առևտրային վերադիրների չափերի սահմանումը: Դրանց զուգահեռ կարող են կիրառվել այլ մեխանիզմներ:

³² Օգտագործված են ՀՀ ԱՆ «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՓԲԸ մշակած նյութերը:

- 2.4. Ամեն տարի վերանայել և բարձրացնել երկրի համար գերակայություն հանդիսացող հիվանդությունների, բնակչության անապահով և խոցելի խավի դեղերով ապահովման պետական ֆինանսավորումը:
- 2.5. Վերանայել «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղերի տրամադրման կարգը»՝ այն դարձնելով առավելագույնս արդար, կոռուպցիոն ռիսկերից զերծ և ճկուն, այն հաշվով, որպեսզի անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ստացողները բժշկի նշանակած դեղերը ստանան ողջ ծավալով և տեսականիով ու ստիպված չլինեն հավելյալ՝ չնախատեսված ֆինանսական միջոցներ ծախսել իրենց բուժման համար անհրաժեշտ դեղերը ձեռք բերելու համար: Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ստանալու իրավունք ունեցող անձանց դեղերի հատկացումը իրականացնել գերազանցապես դեղատոմսերով՝ նրանց սպասարկումն իրականացնող պոլիկլինիկաների հետ պայմանագրային սկզբունքով աշխատող դեղերի կենտրոնացված գնումներում հաղթող ճանաչված կամ դրանց գործընկեր մանրածախ դեղատնային ցանցերի լիցենզավորված դեղատների միջոցով:
- 2.6. Իրականացնել դեղերի, առաջին հերթին՝ «Հիմնական դեղերի ցանկում» ընդգրկված դեղերի, գների դիտարկում:
- 2.7. Ներդնել դեղերի շրջանառության մասին տվյալների հավաքագրման, մշակման, ամփոփման, վերլուծության ու հրապարակման ազգային տեղեկատվական համակարգ:

3. Գեղապահովման համակարգեր

Հանրապետությունում դեղապահովումը և դեղամատակարարումը իրականացնել դեղերի տեղական արտադրության, պետական գնումների, ներկրման, մեծածախ ու մանրածախ իրացման համակարգերով և նվիրատվությունների ճանապարհով: Այդ շրջանակներում.

- 3.1. «Հիմնական դեղերի ցանկին» համապատասխան կորոշվի հանրապետության բնակչության հիմնական դեղերի պահանջարկը:
- 3.2. Մեծածախ մատակարարները դեղեր ձեռք կբերեն, կպահպանեն և կբաշխեն դեղերի պատշաճ ձեռք բերման, պատշաճ պահպանման, պատշաճ բաշխման գործունեության Հայաստանում ընդունված պահանջներին համապատասխան:
- 3.3. Կիրախուսվի հիմնական դեղերի տեղական արտադրությունը՝ տեղական ռեսուրսների օգտագործման հիման վրա:
- 3.4. Բնակչության դեղապահովումը կկատարվի միայն լիցենզավորված հանրային դեղատներից, իսկ հիվանդանոցներում բուժվող հիվանդների դեղապահովումը՝ հիվանդանոցային դեղատներից:
- 3.5. Գեղատները կիրացնեն լիցենզավորված մեծածախ մատակարարներից ձեռք բերված, գրանցված և իրենց կողմից պատրաստված դեղեր՝ համաձայն հանրապետությունում ընդունված պատշաճ դեղատնային գործունեության պահանջների:
- 3.6. Բնակչության արդյունավետ դեղապահովման համար դեղատները կբաշխվեն դրանց տեղակայման հաստատված սկզբունքների և չափորոշիչների համաձայն:
- 3.7. Կիրականացվի ժամկետանց և օգտագործման համար ոչ պիտանի դեղերի ոչնչացում՝ սահմանված կարգով, անվնաս եղանակներով:

4. Գեղերի արդյունավետ կիրառում

- 4.1. Առողջապահության համակարգի բոլոր մակարդակներում քարոզչություն իրականացնել և ներդնել դեղերի արդյունավետ կիրառման հայեցակարգը:
- 4.2. Շարունակել հանրապետությունում առավել տարածված հիվանդությունների, առողջապահության տարբեր մակարդակների համար տարբերակված և ապացույցների վրա հիմնված դեղաբուժական օպտիմալ սխեմաների, ձեռնարկների ստեղծումն ու լրամշակումը:
- 4.3. Ներդնել պատշաճ նշանակման գործունեության պահանջներ:
- 4.4. Մշակել դեղերի արդյունավետ նշանակման ու օգտագործման գնահատման չափանիշներ և պարբերաբար անցկացնել դեղերի կիրառման ուսումնասիրություններ:
- 4.5. Խրախուսել հիվանդանոցային դեղաբուժական կոմիտեների ստեղծումը: Սահմանել դրանց գործունեության վերահսկողություն:

- 4.6. Մշակել և իրականացնել «Ավանդական/այլընտրանքային բժշկության ներդրման ու զարգացման ազգային ծրագիր»:
- 4.7. Մշակել և իրականացնել «Ինքնաբուժման կառավարման ազգային ծրագիր»: Դրա շրջանակներում հանրապետության բնակչության ինքնաբուժման գործընթացն առավել կառավարելի դարձնելու նպատակով սահմանել առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի ընտրման չափանիշներ, շարունակել առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի ցանկի պարբերական վերանայումը, հրատարակումը և այդ դեղերի մասին բնակչությանը տրվող համապատասխան տեղեկատվության մատչելիության ապահովումը, մշակել ու պարբերաբար վերահրատարակել հիվանդների համար առանց դեղատոմսի տրվող դեղերի տեղեկատվական դեղամատյան, հստակեցնել դեղագետի պարտականությունները ինքնաբուժման կառավարման գործում: Բարձրացնել բնակչության դեղակրթության մակարդակը:
- 4.8. Ընդլայնել դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման, տվյալների հավաքագրման ու վերլուծության գործընթացը:

5. Կադրերի պատրաստում և հետազոտություններ

- 5.1. Պետությունը պետք է ապահովի դեղագիտական և դեղագործական մասնագետների թվի պլանավորումը և կրթությունը: Անհրաժեշտ է սահմանել յուրաքանչյուր կարգի մասնագետների կրթական նվազագույն պահանջները:
- 5.2. Հաստատել մասնագիտությունների անվանացանկը, դեղագետների և դեղագործների որակավորման բնութագրերը, լիցենզավորել ուսումնական ծրագրերը՝ ժամանակակից պահանջներին համապատասխան:
- 5.3. Պետական աջակցության արժանացնել ազգային դեղային քաղաքականության զարգացմանը նպաստող գիտահետազոտական աշխատանքները, դեղատնտեսագիտական և դեղահամաճարակաբանական հետազոտությունները:
- 5.4. Խրախուսել Հայաստանում կիրառվող ավանդական բուժամիջոցների որակի, արդյունավետության և անվտանգության հետազոտությունները՝ դրանց հիմնավորված կիրառման նպատակով:

VI. ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Սույն ռազմավարության լիարժեք իրականացումը թույլ կտա բարելավել առողջապահության կառավարման և ֆինանսավորման արդյունավետությունը, բարձրացնել մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը, խրախուսել բնակչության և բուժաշխատողների իրավունքների իրագործումը, ինչը, վերջին հաշվով, կբարելավի բուժօգնության արդյունքները և բնակչության առողջական վիճակը:

Կառավարում և կարգավորում

Կառավարման համակարգի թափանցիկության ու հաշվետվողականության բարելավմամբ հնարավորություն կընձեռվի բարձրացնելու կառավարման արդյունավետությունը համակարգի բոլոր օղակներում: Կառավարման համակարգի արդյունավետությունն անմիջական ազդեցություն կունենա առողջապահական ծառայությունների օպտիմալ կազմակերպման, հասանելիության ու մատչելիության մակարդակի բարձրացման վրա, ապահովելով համակարգի սոցիալական ուղղվածության կիրառական երաշխիքային միջավայր:

Ֆինանսավորում

Սույն ռազմավարության լիարժեք իրականացումը թույլ կտա բարելավել առողջապահության կառավարման և ֆինանսավորման արդյունավետությունը, բարձրացնել մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը, խրախուսել բնակչության և բուժաշխատողների իրավունքների իրագործումը, ինչը, վերջին հաշվով, կբարելավի մատուցվող բուժօգնության արդյունքներն ու որակը և կնպաստի առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության միջոցով բնակչության առողջական վիճակի բարելավմանը:

Այս ռազմավարության իրականացման նպատակով նախատեսվում է հասնել հետևյալ վերջնական արդյունքներին.

- մինչև միջնաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2015 թ., պետության ֆինանսավորման մակարդակը հասցնել մինչև ՀՆԱ-ի 2,5 տոկոս՝ ներկայիս 1,66 տոկոսի, և/կամ բյուջետային միջոցների 10 տոկոսը՝ ներկայիս 6,4 տոկոսի դիմաց,
- մինչև երկարաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2021 թ., պետության ֆինանսավորման մակարդակը հասցնել մինչև ՀՆԱ-ի 5 տոկոս և/կամ բյուջետային միջոցների 13-14 տոկոսը,
- մինչև միջնաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2015 թ., առողջության առաջնային պահպանման օղակում իրականացվող կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումների բյուջետային ֆինանսավորման մակարդակը բարձրացնել մինչև ընդհանուր ֆինանսավորման 50 տոկոս՝ ներկայիս 38 տոկոսի դիմաց,
- մինչև երկարաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2021 թ., առողջության առաջնային պահպանման օղակում իրականացվող կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումների բյուջետային ֆինանսավորման մակարդակը հասցնել մինչև ընդհանուր ֆինանսավորման 60 տոկոսը,
- առողջապահության համակարգի աշխատողների միջին աշխատավարձը բարձրացնել ու հասցնել մինչև միջնաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2015 թ., հրապարակվող ՀՀ պաշտոնական նվազագույն սպառողական բյուջեի եռապատիկը, իսկ մինչև երկարաժամկետ ժամանակահատվածի վերջը՝ 2021 թ., հրապարակվող ՀՀ պաշտոնական նվազագույն սպառողական բյուջեի հնգապատիկը:

Բուժօգնության որակ

Բժշկական ծառայությունների որակի բարելավման ոլորտում առաջարկվող բարեփոխումների իրագործման արդյունքում հնարավոր կլինի հասնել ապացուցողական բժշկության չափորոշիչներին բուժաշխատողների գործունեության համապատասխանության բարձրացման, բժշկական սխալների նվազեցման, պացիենտների գոհունակության բարձրացման, առողջապահության ռեսուրսների առավել արդյունավետ օգտագործման և, վերջին հաշվով, բնակչության առողջական վիճակի բարելավման:

Մարդկային ռեսուրսներ և շարունակական մասնագիտական զարգացում

Մարդկային ռեսուրսների կառավարման ոլորտում առաջարկվող բարեփոխումների իրականացման արդյունքում կբարելավվի առողջապահության կադրային ապահովման և ռացիոնալ տեղաբաշխման, նրանց կայուն մասնագիտական զարգացման և որակավորման ժամանակակից պահանջներին համապատասխանության վիճակը:

Դեղաքաղաքականություն

Մույն ռազմավարության լիարժեք իրականացումը թույլ կտա երկրում իրականացնել միջազգային չափանիշներին համապատասխան ազգային դեղաքաղաքականություն, որի արդյունքում հնարավոր կլինի բարձրացնել դեղերի ֆիզիկական ու տնտեսական մատչելիությունը, կազմակերպել արդյունավետ, անվտանգ ու որակյալ դեղերի շրջանառություն, բարձրացնել դեղերի արդյունավետ կիրառումը՝ դրանով իսկ նպաստելով բնակչության հիվանդությունների կանխարգելմանն ու բուժմանը, առողջության ամրապնդմանն ու կյանքի որակի բարելավմանը:

Այս ռազմավարության իրականացման նպատակով նախատեսվում է հասնել հետևյալ վերջնական արդյունքին՝ Հիմնական ու մատչելի դեղերով կայուն կերպով ապահովված բնակչության մասնաբաժնի անընդհատ ավելացում³³:

³³ ՄԱԳ-ի «Հազարամյակի զարգացման հռչակագրի» 8-րդ՝ «Առաջընթացի համար գլոբալ համագործակցության զարգացում» նպատակի 17-րդ թիրախով նախատեսված 46-րդ ցուցանիշ:

առողջապահության



ԲՆԱԿԱՐԱՆԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

«Յուրաքանչյուր ոք ունի իր և իր ընտանիքի համար բավարար կենսամակարդակի, այդ թվում՝ բնակարանի, ինչպես նաև կենսապայմանների բարելավման իրավունք:

Պետությունն անհրաժեշտ միջոցներ է ձեռնարկում քաղաքացիների այս իրավունքի իրականացման համար»:

ՀՀ Սահմանադրության 34-րդ հոդված

Նախարան

ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների հռչակագրի հոդված 25-ի համաձայն՝ բնակարանային ապահովումը յուրաքանչյուրի իրավունքն է, որը այլ սոցիալական իրավունքների հետ միասին մարդու կյանքի բարեկեցության և կյանքի համապատասխան որակի ապահովման գրավականներից է¹:

Սոցիալական բնակարանային ապահովման քաղաքականության հիմքում բարեկեցիկ հասարակարգի կառուցումն է, որը հաշվի է առնում համընդհանուր բարեկեցությանն ուղղված սոցիալական ապահովման քաղաքականության նպատակներն ու գործիքները, ինչպես նաև շուկայի և պետության դերը:

Մակայն բնակարանային ապահովումը ոչ միայն սոցիալական, այլ նաև տնտեսական խնդիր է: Սա գործոն է, որի օգտագործումը կարող է լուրջ խթան հանդիսանալ երկրի տնտեսական զարգացման և բնակչության կենսամակարդակի բարձրացման համար, միաժամանակ թույլ տալով լուծել բազմաթիվ խնդիրներ՝ ժողովրդագրական, քաղաքաշինական, բնապահպանական, տարածքների համաչափ զարգացման և այլն:

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակարանային ապահովման համալիր ծրագրի անհրաժեշտությունը կասկածից վեր է: Այստեղ կարևորում ենք հետևյալ սկզբունքների համադրումը. նման ծրագիրը պետք է հաշվի առնի տարբեր երկրների տասնամյակների փորձը, լինի իրատեսական և բխի երկրի առջև կանգնած մարտահրավերները դիմագրավելու խնդրից և, իհարկե, համապատասխանի Հայաստանի հասարակության մեջ ձևավորված ավանդույթներին, ինչպես նաև կենցաղային և սոցիալական կյանքի կազմակերպման առանձնահատկություններին:

Մույն աշխատությունը մշակելիս ուսումնասիրվել է Հայաստանում առկա վիճակը, ինչպես նաև բնակարանային ապահովման միջազգային փորձը, այդ թվում՝ Գերմանիայի, Նիդերլանդների, Ֆրանսիայի, Իսրայելի, Հորդանանի, ԱՄՆ-ի, Կանադայի, Ավստրալիայի, և տասնյակ այլ երկրների ու միջազգային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող համապատասխան ծրագրերը:

Որքան էլ տարօրինակ կարող է թվալ, սահմանադրական պահանջի առկայության և խնդրի նման սրության պայմաններում, անկախության 20 տարիների ընթացքում, Հայաստանի Հանրապետությունը դեռևս չի մշակել և չի սկսել իրագործել իր բնակչության բնակարանային ապահովման համալիր ծրագիր:

Այս ուսումնասիրությունը նպատակ է հետապնդում որոշ չափով լրացնել այդ բացը և համապատասխան մթնոլորտ ու նախապայմաններ ձևավորել Հայաստանում բնակարանային ապահովման ռազմավարական համալիր ծրագրի մշակման, ընդունման և իրագործման համար:

¹ Աղբյուրը՝ The Universal Declaration of Human Rights, adopted on December 10, 1948 by General Assembly of the United Nations, article 25, www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

Գլուխ 1. Բնակարանաշինությունը և բնակարանային ապահովման հիմնախնդիրը Հայաստանում

1.1. Բնակարանային խնդիրների առանձնահատկությունը և առկա բնակարանային ֆոնդի ուսումնասիրությունը (ըստ մարզերի, մաշվածության, այլ դասակարգումների)

Մինչև Հայաստանի անկախության հռչակումը բնակարանային ապահովման պետական քաղաքականությունը հիմնականում ուղղված էր պետական միջոցների հաշվին քաղաքային բնակավայրերում մեկ շնչի հաշվով 5 և 5-ից պակաս քառ. մ բնակելի մակերեսով ապահովված քաղաքացիների բնակարանային պայմանների բարելավմանը՝ բնակարանների կառուցման և վարձակալության իրավունքով դրանց տրամադրման միջոցով:

Կառուցված պետական բնակարանային ֆոնդն իր բնույթով ամբողջովին սոցիալական չէր, քանի որ բնակարանների հատկացման ժամանակ հաշվի չէին առնվում բնակչության եկամտները՝ բնակարանները հատկացվում էին որպես սոցիալական բարիք: Ընդ որում, հատկացման ժամանակ առաջնահերթությունը որոշվում էր հաշվի առնելով որոշակի գործոններ՝ կախված քաղաքացիների կողմից պետությանը մատուցված ծառայություններից (օրինակ՝ Հայրենական մեծ պատերազմի հաշմանդամներ, Խորհրդային Միության և Սոցիալիստական աշխատանքի հերոսներ և այլն):

Բնակարանները որպես անվճար սոցիալական բարիք տրամադրելու մոտեցումը հանգեցրել էր այն բանին, որ բնակարան ստանալու պահանջարկը չէր նվազում և 01.01.1987 թ. դրությամբ բնակարանային պայմանների բարելավման համար հաշվառված ընտանիքների թիվը կազմում էր 85 398: Հետագա տարիներին այդ թվի արձանագրված աճը պայմանավորված էր նաև երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքների հաշվառմամբ:

Աղյուսակ 1. Բնակարան ստանալու համար հերթագրված, բնակարան ստացած և բնակարանային պայմանները բարելավված ընտանիքների թիվը հանրապետության քաղաքներում և քաղաքարիսկ սականներում 1986-1990 թթ.

Տարեթիվը	Բնակարան ստացած կամ բնակարանային պայմանները բարելավված ընտանիքների թիվը	Բնակարան ստանալու համար հերթագրված ընտանիքների թիվը
1986	12 336	85 398
1987	11 973	88 271
1988	10 076	75 019
1989	10 020	113 204
1990	11 938	141 623

Աղբյուրը. «ՀՀ բնակելի ֆոնդը», վիճակագրական ժողովածու, Երևան, 1991 թ., ՀՀ վիճակետկում:

1991 թվականից սկսած, մի շարք այլ խնդիրների հետ մեկտեղ, հանրապետությունում ծանրացան նաև անօթևան մնացած ընտանիքների բնակարանային ապահովման խնդիրները:

Համաձայն ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալների՝ երկրի բնակարանային ֆոնդի ընդհանուր մակերեսը 2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ կազմել է 86,5 միլիոն քառ. մ, այդ թվում քաղաքային համայնքներում՝ 45,7 միլիոն քառ. մ (52,8 տոկոս), գյուղական համայնքներում՝ 40,8 մլն. քառ. մ (47,2 տոկոս): Մեկ բնակչի ապահովվածությունը բնակարանային ֆոնդի ընդհանուր մակերեսով հանրապետությունում 26,7 քառ. մ է, որը քաղաքային և գյուղական համայնքներում կազմում է համապատասխանաբար 22,0 (Երևանում՝ 19,8) և 35,0 քառ. մ:

Բազմաբնակարան բնակելի շենքերի, որոնցում բնակվում է հանրապետության բնակչության կեսից ավելին, 89,4 տոկոսը կառուցվել է մինչև 1990 թվականը և հանրապետությունում սեյսմիկ պայմանների վերանայումից հետո դրանք արդեն իսկ չեն բավարարում ներկայիս սեյսմիկ նորմերի պահանջներին: Դրանց թվում քիչ չեն նաև այնպիսիները, որոնցում առկա ընթացիկ վերանորոգում պահանջող թերությունների ոչ ժամանակին վերացումը կարող է հանգեցնել շենքի անբավարար տեխնիկական վիճակի, իսկ հետագայում նաև վթարայնության առաջացման

և, դրա հետ կապված, ազգային հարստություն հանդիսացող բնակֆոնդի անվերադարձ կորստի²: Վթարային և անբավարար տեխնիկական վիճակում գտնվող ֆոնդը կազմում է բազմաբնակարան բնակելի ֆոնդի շուրջ 4 տոկոսը³: Քաղաքաշինության բնագավառի մասնագետների հավաստմամբ՝ բազմաբնակարան շենքերի ծառայության համար նախատեսված ժամկետների վերաբերյալ սահմանված պաշտոնական ստանդարտներ կամ այլ չափորոշիչներ գոյություն չունեն, այնուամենայնիվ, նորմալ պայմաններում բազմաբնակարան շենքերի օգտակար ծառայության ժամկետ կարող է համարվել ոչ պակաս քան հիսուն տարին:

Խորհրդային ժամանակաշրջանում Հայաստանում բնակարանային ֆոնդը ձևավորվում էր ի հաշիվ պետական, բնակարանային-շինարարական կոոպերատիվների, պետական ձեռնարկությունների և բնակչության միջոցների: 1986-1990 թվականներին պետական միջոցների հաշվին իրականացվող բնակարանային շինարարության ծավալները կազմում էին շուրջ 530,0 միլիոն ռուբլի կամ բնակարանային շինարարության ուղղվող ընդհանուր միջոցների 85,5 տոկոսը: Տարեկան շահագործման էր հանձնվում շուրջ 840 000 քառ. մետր բնակելի տարածություն կամ շուրջ 12,0 հազ. բնակարան:

Աղյուսակ 2. Բնակարանային շինարարությանն ուղղված կապիտալ ներդրումները և գործարկված բնակելի շենքերը 1986-1990 թվականներին

Ֆինանսավորման աղբյուրները	Կապիտալ ներդրումներ, մլն. ռուբլի	Գործարկված բնակելի շենքերի ընդհանուր մակերեսը, հազ. քառ. մ	Գործարկված բնակելի շենքերի բնակարանների քանակը, հազ. միավոր	Բնակարանների միջին չափը, քառ. մ
Ընդամենը	3100	6 490	83,6	
<i>Այդ թվում ի հաշիվ՝</i>				
Պետական միջոցների	2 641	4 182		
Բնակարանաշինական կոոպերատիվների	92	413	66,7	69
Բնակչության միջոցների	367	1 895	16,9	112

Աղբյուրը. Ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալներ:

Հարկ է նշել, որ բնակարանային շինարարության տեմպերի կտրուկ աճ է արձանագրվել 1988 թ. դեկտեմբերի 7-ին տեղի ունեցած երկրաշարժից անմիջապես հետո: Սակայն հաջորդող տարիներին շինարարության տեմպերը կտրուկ անկում ապրեցին և պետական միջոցների հաշվին 1991 թվականի 849 000 քառ. մ մակերեսի դիմաց 1999 թ. գործարկվեց ընդամենը 9 000 քառ. մ:

Շինարարության տեմպերի նվազումը հանգեցրեց անավարտ բնակարանային շինարարության մեջ ներդրված միջոցների սառեցմանը: Արդյունքում՝ 4 646 շենքեր մնացին անավարտ, որոնցից 4 565-ը սկսված էին պետական միջոցների հաշվին, իսկ մնացածը՝ կոոպերատիվ հիմունքներով: Ընդ որում անավարտ շինարարության բնակելի տների ընդհանուր քանակից 1867-ը բազմաբնակարան շենքեր են, որոնց 3 622 բնակարաններից 2 122-ը նախկին շրջադարձի օբյեկտների գործադիր կոմիտեների կողմից ընդունված որոշումների համաձայն ամրակցված են բնակարանային պայմանների բարելավման համար հերթագրված ընտանիքներին:

Միասնական համալիր ծրագրի բացակայության պայմաններում կառավարությունը բնակարանային խնդիրներին անդրադառնում էր առանձնացված մոտեցումներով և հիմնավորումներով, ինչը թույլ չէր տալիս հիմքեր ստեղծել ոչ միայն հիմնախնդրի ամբողջական, այլ նույնիսկ առաջադրված մասնակի խնդիրների լուծման համար:

Բնակարանային խնդիրներ ունեցող ընտանիքների բնակարանային ապահովմանն ուղղված հիմնական միջոցառումներն են՝

1. Քանդման ենթակա վթարային բնակելի տների բնակիչների բնակարանային խնդիրների լուծումը (բացառությամբ աղետի գոտու բնակավայրերի): ՀՀ կառավարության 25.10.2000 թ. թիվ 682 որոշում:

² ՀՀ Կայուն զարգացման ծրագիր:

³ ՀՀ կառավարության 2008 թվականի հուլիսի 24-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008-2012 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» N 878-Ն որոշում:

2. Պետական կամ հասարակական կարիքների համար հողամասը վերցնելու կապակցությամբ բնակտարածություններից գրկված քաղաքացիների բնակարանային խնդիրների լուծումը: ՀՀ կառավարության 25.10.2000 թ. թիվ 683 որոշում:
3. ՀՀ սահմանամերձ բնակավայրերում ոմբակոծությունների հետևանքով վնասված բնակելի տների բնակիչների բնակարանային պայմանների բարելավման առաջին փուլի ծրագիրը: ՀՀ կառավարության 25.04.2001 թ. N 343 որոշում:
4. Կոտայքի մարզի Ողջաբերդ գյուղի սողանքային գոտում գտնվող բնակելի տների բնակիչների բնակարանային խնդիրների լուծումը: ՀՀ կառավարության 25.07.02թ. N 1088-Ն որոշում:
5. Գեղարքունիքի մարզի Արծվաշեն գյուղից բռնի տեղահանված քաղաքացիների բնակարանային խնդիրների լուծումը: ՀՀ կառավարության 05.09.02թ. N 1408-Ա որոշում:
6. Նոյեմբերյանի երկրաշարժի հետևանքով անօթևան բնակիչների բնակարանային խնդիրների լուծումը: ՀՀ կառավարության 08.10.03 թ. N 1274-Ն որոշում:
7. 1988-1992 թթ. Ադրբեջանից բռնագաղթած անձանց բնակարանային խնդիրները: ՀՀ կառավարության 20.05.04 թ. N 747-Ն որոշումը:
8. ՀՀ Սյունիքի մարզի Կապանի տարածաշրջանում 1968 թ. հունիսի 7-ին տեղի ունեցած երկրաշարժի հետևանքով վնասված 66 բնակելի տների բնակիչների բնակարանային խնդիրը: ՀՀ կառավարության 11.11.04 թ. N 1607-Ն որոշում:
9. Վայոց ձորի մարզի Շատին գյուղում քարավեժի հույժ վտանգավոր գոտիներում բնակվողների անվտանգության ապահովումը: ՀՀ կառավարության 09.09.04 թ. N 1260-Ն որոշում:
10. «Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաների սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքի դրույթների համաձայն ընդունված ՀՀ կառավարության 30.10.03 թ. N 1419-Ն որոշմամբ հաստատված համապատասխան անձանց բնակարանային խնդիր լուծման ծրագիրը:
11. «Բռնադատվածների մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն բռնադատվածներին, բնակարանային կարիք ունենալու դեպքում, բնակարանային շինարարություն իրականացնելու համար սեփականության իրավունքով սահմանված չափով հողատարածքի տրամադրումը՝ այդ նպատակով տրամադրվող երկարաժամկետ արտոնյալ վարկերի հաշվին (արտոնյալ պայմաններով վարկերի համար միջոցները նախատեսվում են յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեի մասին օրենքով):
12. «Զինձառայողների սոցիալական ապահովության մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ 2002-2005թթ. գոհված և հաշմանդամ դարձած ազատամարտիկների ընտանիքների բնակարանային պայմանների բարելավման հարցը՝ առաջնահերթությունը տալով անօթևան ընտանիքներին:
13. ՀՀ սահմանամերձ տարածաշրջանների զարգացման համալիր ծրագրով սահմանամերձ բնակավայրերում գտնվող շուրջ 2260 բնակելի տների բնակիչների բնակարանային պայմանների բարելավումը:
14. Սպիտակի երկրաշարժի հետևանքների վերացման, հատկապես՝ անօթևան մնացած ընտանիքների բնակարանով ապահովման խնդիրները՝ 1988 թվականից մինչև հիմա:
Թվարկված ծրագրերի իրացման արդյունքներով 2009 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ քաղաքաշինության նախարարության տվյալներով ավելի քան 14 000 ընտանիքների նկատմամբ ձևավորված պարտավորությունները կատարված չեն, որից ավելի քան 11 000-ը անօթևան ընտանիքներ են:
ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության տվյալների համաձայն աղքատության ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված ավելի քան 100 000 ընտանիքներից շուրջ 20 000-ը կազմում են բնակարանային կարիք ունեցող ընտանիքները: Եթե համարենք, որ նշված ընտանիքներից մի մասի խնդիրներն իրենց լուծումը կստանան ընդունված ծրագրերի շրջանակներում, ապա առնվազն 15 000 ընտանիքի (որից 5 000-ը գյուղական բնակավայրերում) բնակարանային ապահովման խնդիրը լրացուցիչ կարգավորման տարբերակների է սպասում:
Միաժամանակ եթե հաշվի առնենք, որ 2001 թ. մարդահամարի տվյալներով հանրապետությունում գերբնակեցված (մեկ սենյակում 4 և ավելի անձ) բնակարաններում բնակվում են շուրջ 33 000 (որից 8 717-ը գյուղական բնակավայրերում) և կոմունալ բնակեցված բնակարաններում՝ շուրջ 2 000 (որից 734-ը գյուղական բնակավայրերում) ընտանիքներ, ապա կստացվի, որ ամենահամեստ հաշվարկներով բնակարանային կարիք ունեցող ընտանիքների թիվը կազմում է շուրջ 65 000 (տե՛ս աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3. Հայաստանում բնակարանային պահանջարկի մուրավոր կառուցվածքը

	Ընդամենը	Քաղաքային բնակավայրերում	Գյուղական բնակավայրերում
Ընդամենը, որից՝	64 494	47 600	16 894
անօթևան ընտանիքներ	26 199	19 100	7 099
բնակարանային պայմանների բարելավման կարիք ունեցող ընտանիքներ	38 925	28 400	10 525
Ընթացիկ պետական ծրագրերում ընդգրկված ընտանիքները, այդ թվում՝	14 471	10 900	3 571
անօթևան ընտանիքներ	11 199	8 000	3 199
բնակարանային պայմանների բարելավման կարիք ունեցող ընտանիքներ	3 272	2 800	472
Պետական ծրագրերի շրջանակներից դուրս, աղքատության ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված անօթևան ընտանիքներ	15 000	10 500	4 500
Գերբնակեցված բնակարաններում բնակվող ընտանիքներ	33 110	24 393	8 717
Կոմունալ բնակեցված ընտանիքներ	1 913	1 179	734

Եթե հիմք ընդունենք բնակարանով ապահովման կամ համապատասխան պայմանների բարելավման համար պետության կողմից 2001-2008 թթ. մեկ ընտանիքի հաշվով ծախսված 3,2 միլիոն դրամը⁴, ապա գույքագրված խնդիրների լուծման համար պահանջվում է ավելի քան 200 միլիարդ դրամ:

Աղյուսակ 4. Բնակարանային ֆոնդի հիմնական ցուցանիշները, 2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ
 Բազմաբնակարան շենքերի Բնակելի տների (առանձնատների)

քանակը	բնակարանների քանակը	ընդհանուր մակերեսը, հազ. քառ. մ	քանակը	ընդհանուր մակերեսը, հազ. քառ. մ	Մեկ բնակչի ապահովվածությունն ընդհանուր մակերեսով, քառ. մ
21 750	430 693	27 107,7	401 982	59 063,6	26,7

Աղյուսակ 5. Բնակարանային ֆոնդի բաշխվածությունն ըստ ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի, ըստ քաղաքային ու գյուղական համայնքների, 2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ

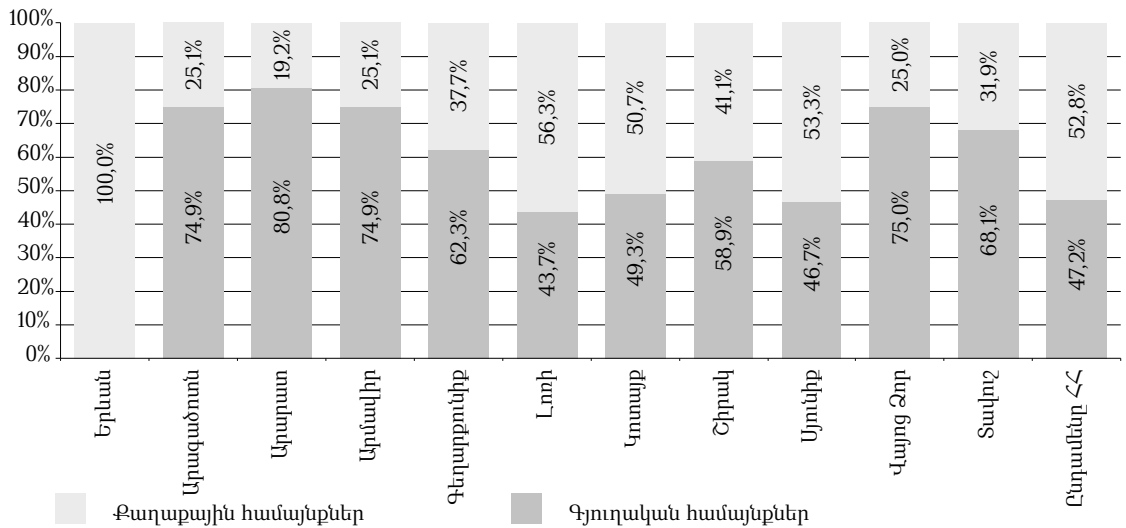
	Ընդհանուր մակերեսը ⁵		այդ թվում՝			
	ընդամենը, հազ. քառ. մ	%-ով՝ ընդհանուրից	քաղաքային համայնքներում	%-ով՝ քաղաքայինի ընդհանուրից	գյուղական համայնքներում	%-ով՝ գյուղականի ընդհանուրից
ք.Երևան	22 063,3	25,5	22 063,3	48,3	-	-
Արագածոտն	4 605,0	5,3	1 155,9	2,5	3 449,1	8,5
Արարատ	8 430,0	9,7	1 615,6	3,5	6 814,4	16,7
Արմավիր	10 738,9	12,4	2 695,7	5,9	8 043,2	19,7
Գեղարքունիք	7 090,7	8,2	2 674,6	5,9	4 416,1	10,8
Լոռի	8 936,5	10,3	5 029,6	11,0	3 906,9	9,6
Կոտայք	6 633,6	7,7	3 364,3	7,4	3 269,3	8,0
Շիրակ	7 831,9	9,1	3 218,0	7,0	4 613,9	11,3
Սյունիք	3 593,5	4,2	1 913,7	4,2	1 679,8	4,1
Վայոց Ձոր	2 176,7	2,5	543,5	1,2	1 633,2	4,0
Տավուշ	4 392,9	5,1	1 399,3	3,1	2 993,6	7,3
Ընդամենը ՀՀ	86 493,0	100,0	45 673,5	100,0	40 819,5	100,0

⁴ Հաշվարկված է բնակարանային խնդիրների լուծմանն ուղղված պետական աջակցության ծրագրերի իրականացման ցուցանիշների հիման վրա:

⁵ Ներառյալ 49,0 հազ. քառ. մ ժամանակավոր բնակելի տարածքը (վարչական շենքերում, դպրոցներում, մանկապարտեզներում և այլն) և 272,7 հազ. քառ. մ հանրակացարանային ֆոնդը: Դրանք համայնքային ենթակայության բնակարանային ֆոնդում չեն հաշվառված:



Նկար 1. Քաղաքային և գյուղական համայնքների բնակարանային ֆոնդի ընդհանուր մակերեսի մասնաբաժինը բնակարանային ֆոնդի ընդհանուր մակերեսում ըստ ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի, 2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ (%)



Բնակարանային կարիք ունեցող անձանց և ընտանիքների միասնական և համընդհանուր դասակարգման, հետևաբար նաև համապարփակ հաշվառման համակարգ չկա: Այս ուղղությամբ առանձին աշխատանքներ կատարվում են թերևս միայն աղետի գոտում անօթևան ընտանիքների մասով:

Ներկայումս Հայաստանի բնակարանային ֆոնդի շուրջ 96%-ը սեփականաշնորհված է: Մասնավոր սեկտորի կողմից առաջարկվող բնակարանների գները ներկայումս մատչելի չեն ցածր և միջին եկամուտներ ունեցող ընտանիքների համար: Համաձայն հաշվարկների՝ Հայաստանում բնակարանային կարիք ունեցող ընտանիքների թիվը հասնում է 70 000-ի: Որոշ մասնագիտացված կառույցների գնահատականով այս թիվը տարեցտարի աճում է, բնակարանային ֆոնդի մաշվածության, ժողովրդագրական զարգացումների և աշխատանքային միգրացիայի պատճառով⁶:

1.2. Տարբեր ծրագրերում ընդգրկված բնակարանային խնդիրներ ունեցող խմբերի հետազոտություն

Բնակարանային խնդիրների լուծմանն ուղղված պետական աջակցության ծրագրերի շրջանակներում (շուրջ 15 ծրագիր) 2001-2008 թվականներին ծախսվել է 65 670 միլիոն դրամ: Նույն ժամանակահատվածում նշված ծրագրերով բնակտարածությամբ ապահովվել կամ բնակարանային պայմանները բարելավվել են 20 332 ընտանիք: Սա նշանակում է, որ նշված ութամյա ժամանակահատվածում յուրաքանչյուր ընտանիքի բնակարանով ապահովման կամ համապատասխան պայմանների բարելավման համար ծախսվել է միջինը 3,2 միլիոն դրամ: Նույն ծրագրերին համապատասխան 01.01.2009 թ. դրությամբ առկա է 14 471 ընտանիքի մասով չբավարարված պահանջարկ:

Ելնելով ՀՀ օրենսդրությամբ և առանձին նպատակային ծրագրերով ցուցաբերված մոտեցումներից և սահմանումներից՝ ստորև առանձնացվել են բնակարանային խնդիրներ ունեցող հիմնական թիրախ խմբերը (փակագծերի հղումները վերաբերում են համապատասխան թիրախ խմբի կարգավիճակին և բնակարանային խնդիրներին առնչվող իրավական ակտերին):

ՀՀ պաշտպանության նախարարության զինծառայողների ընտանիքներ («Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության նախարարության համակարգի զինծառայողների բնակարանային ապահովության մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 7 մարտի 2007 թվականի, N 384-Ն):

ՀՀ ոստիկանության և ազգային անվտանգության ծառայության զինծառայողների ընտանիքներ («Հայաստանի Հանրապետության կառավարությանն առընթեր Հայաստանի Հանրապետության ոստիկանության համակարգի և Հայաստանի Հանրապետության կառավարությանն առ-

⁶ http://www.shf-armenia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=13 (20.05.2011)

ընթեր ազգային անվտանգության ծառայության համակարգի գինձառայողների բնակարանային ապահովության մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 24 հուլիսի 2008 թվականի, N 805-Ն)

Երիտասարդ (նոր ստեղծված) ընտանիքներ (Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդագրական քաղաքականության ռազմավարություն, «Երիտասարդ ընտանիքին՝ մատչելի բնակարան» պետական նպատակային ծրագիրը հաստատելու մասին», ՀՀ կառավարության որոշում, 29 հունվարի 2010 թվականի, N 98-Ն)

Երիտասարդ գիտնականներ և դասախոսներ («Մատչելի բնակարաններ՝ երիտասարդ գիտնականներին և ստեղծագործական միությունների անդամներին» ծրագիր, «Երևանի պետական համալսարանի շրջանավարտների միավորում» հասարակական կազմակերպությանը գույք նվիրաբերելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 8 հուլիսի 2010 թվականի, N 856-Ա)

Երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած և աղետի գոտում բնակվող ընտանիքներ («Աղետի գոտու բնակավայրերում քաղաքացիներին բնակարանների արտահերթ հատկացման կարգը հաստատելու մասին», 10 հունիսի 1999 թվականի, N 432, «Երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած անձանց բնակարանային խնդիրները լուծելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2005 թվականի փետրվարի 24-ի N 309-Ն որոշման մեջ լրացում կատարելու մասին», 22 փետրվարի 2008 թվականի, N 200-Ն, «Աղետի գոտու գյուղական բնակավայրերում երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքների հաշվառման, բնակարանային ապահովության առաջնահերթության կարգը հաստատելու մասին», 13 նոյեմբերի 2008 թվականի, N 1337-Ն ՀՀ կառավարության որոշումներ):

Աղետի գոտու բնակավայրերում արտահերթ բնակելի տարածությունները հատկացվում են ՀՀ կառավարության 1999 թվականի հունիսի 10-ի N 432 որոշմամբ հաստատված կարգի 18-րդ կետում թվարկված սոցիալական խմբերի հերթականությամբ: Ընդհանուր առմամբ այստեղ թվարկված են 29 թիրախային խմբեր, սկսած երկրաշարժի հետևանքով 1-ին խմբի հաշմանդամ դարձած անձանցից մինչև արտադրության ոլորտում 15 և ավելի տարի աշխատած բանվորներ ու ծառայողներ:

Միաժամանակ, ՀՀ կառավարության 2008 թվականի նոյեմբերի 13-ի N 1337-Ն որոշմամբ հաստատված «Աղետի գոտու գյուղական բնակավայրերում երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքների հաշվառման, բնակարանային ապահովության առաջնահերթության կարգ»-ի 19-րդ կետի համաձայն բնակարանային ապահովման ծրագրերի շրջանակներում բնակարանային պայմանների բարելավման իրավունք ունեցող քաղաքացիների ցուցակը կազմվում է բնակարանային ապահովության հետևյալ առաջնահերթությամբ՝

1. 3 և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող ընտանիքներ.
2. երկրաշարժի հետևանքով գոհ ունեցող ընտանիքներ.
3. երկրաշարժի հետևանքով 1-ին խմբի հաշմանդամ ունեցող ընտանիքներ.
4. երկկողմանի ծնողագուրկ երեխա որդեգրած անձինք.
5. կերակրողներից մեկին կորցրած՝ անչափահաս երեխա ունեցող ընտանիքներ.
6. միայնակ ծերեր.
7. երկրաշարժի հետևանքով 2-րդ խմբի հաշմանդամ ունեցող ընտանիքներ:

Ընդ որում, համաձայն նշված որոշման, 2008 թվականի դեկտեմբերի 15-ից հետո դիմումներ չեն ընդունվում, և մինչ այդ բնակարանային պայմանների բարելավման համար հաշվառվելու նպատակով՝ սահմանված կարգով դիմում չներկայացրած անձանց նկատմամբ աղետի գոտու գյուղական բնակավայրերում բնակելի տների հատկացման մասով պետական աջակցության ցուցաբերման պարտավորությունների կատարումը համարվում է դադարեցված: Այս դրույթը պահանջում է համապատասխան իրավական փորձաքննություն, քանի որ կարող է պարունակել քաղաքացու սահմանադրական իրավունքների խախտման տարր:

Փախստականների ընտանիքներ⁷ (քաղաքապետարանի կողմից հաշվառված՝ 1300 երևանաբնակ փախստական): Այս թիրախային խումբն իր հերթին համապատասխան նորմատիվ

⁷ Այսօրվա դրությամբ շուրջ 12,5 հազար ընտանիք (ավելի քան 37 հազար մարդ) դեռևս չունեն հիմնական բնակարան: Ցավոք, բնակարանային շինարարության համար պետական կապիտալ ներդրումները դեռևս աննշան են և հարցի լուծումն առայժմ իրականացվում է ՄԱԿ-ի Փախստականների հանձնաժողովի և առանձին դոնոր պետությունների միջոցների հաշվին: ՀՀ կառավարությանն առընթեր միգրացիայի և փախստականների վարչության կողմից մշակվել է 1988-1992 թթ. Աղբյուրներից բռնագաղթած անձանց բնակարանային ապահովության ծրագիր, որն արժանացել է ՀՀ կառավարության հավանությանը: (<http://www.dmr.am/HIMNAX1/Paxhimn.htm> (20.05.2011))

իրավական ակտի դրույթներով ենթադասակարգված է արտահերթության և առաջնահերթության ցուցակներում ընդգրկվող առանձին թիրախային խմբերի փախստականների ընտանիքներից («Հայաստանի Հանրապետությունում բնակարանի կարիք ունեցող փախստականների հաշվառման և բնակելի տարածությունների հատկացման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 9 օգոստոսի 1997 թ., N 330):

Անօթևան միայնակ տարեցներ («Մարալիկում սոցիալական բնակարանների համալիրի կազմակերպման և կառավարման գործընթացը համակարգող միջգերատեսչական հանձնաժողով ստեղծելու, դրա գործունեության կարգն ու Հայաստանի Հանրապետությունում անօթևան միայնակ տարեցների և բնակարանի կարիք ունեցող այլ սոցիալական խմբերի պատկանող անձանց համար սոցիալական բնակարանների համալիրի ստեղծման հայեցակարգի կիրարկումն ապահովող՝ 2010-2013 թվականներին իրականացվելիք միջոցառումների ծրագիր-ժամանակացույցը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 24 օգոստոսի 2010 թվականի, N 670-Ն):

Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ («Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներին բնակարան տրամադրելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշում, 23 հուլիսի 2003 թվականի, N 983-Ն):

Բնակարանային օրենսգրքի, բնագավառը կարգավորող իրավական ակտերի համակարգվածության բացակայությունը, ժամանակագրական և կարգավորող օղակների ցրվածությունը, բնակարանային ապահովման և բարելավման կարիքավոր թիրախ խմբերի (ընտանիքների, անհատների) կարգավիճակների տարատեսակ սահմանումները էական գործոններ են քաղաքացիների սահմանադրական իրավունքների իրականացմանը խոչընդոտող պատճառների առաջացման հարցում:

1.3. Բնակարանային հիմնախնդիրն իրավական դաշտում և ռազմավարական ծրագրերում

Այսօր Հայաստանում բնակարանային խնդիրները կարգավորող կամ դրանց առնչվող ավելի քան հարյուր (երբեմն իրար հակասող) օրենքներ և ենթաօրենսդրական ակտեր կան:

Բնակարանի իրավունքը ամրագրված է ՀՀ Սահմանադրության 34-րդ հոդվածում՝ «Յուրաքանչյուր ոք ունի իր և իր ընտանիքի համար բավարար կենսամակարդակի, այդ թվում՝ բնակարանի, ինչպես նաև կենսապայմանների բարելավման իրավունք: Պետությունն անհրաժեշտ միջոցներ է ձեռնարկում քաղաքացիների այս իրավունքի իրականացման համար»: Իսկ Սահմանադրության 48-րդ հոդվածի համաձայն՝ տնտեսական, սոցիալական և մշակութային ոլորտներում պետության հիմնական խնդիրներն են, մասնավորապես՝ պաշտպանել և հովանավորել ընտանիքը, մայրությունը և մանկությունը, խթանել բնակարանային շինարարությունը, նպաստել յուրաքանչյուր քաղաքացու բնակարանային պայմանների բարելավմանը, իրականացնել ներկա ու ապագա սերունդների բնապահպանական անվտանգությունն ապահովող քաղաքականություն, ապահովել տարեց մարդկանց արժանապատիվ կենսամակարդակը:

Ինչ վերաբերում է օրենքներին, ապա «Քաղաքաշինության մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն կառավարությունը քաղաքաշինության բնագավառում ապահովում է պետական քաղաքականության իրականացումը, հաստատում է բնագավառի քաղաքաշինական և տարածքային զարգացման հանրապետական և մարզային ծրագրերը, մշակում է քաղաքաշինական գործունեության տնտեսական խրախուսման քաղաքականությունը և իրականացնում իր լիազորությունների շրջանակներում, ապահովում է հաշմանդամների համար բնակելի, հասարակական, արտադրական շենքերի և կառույցների մատչելիություն:

Կոմունալ և քաղաքաշինական խնդիրների մասով տեղական ինքնակառավարման լիազորություններն ու իրավասությունները ամրագրված են «Տեղական ինքնակառավարման մասին» ՀՀ օրենքով: Օրենքի 37-րդ հոդվածի համաձայն՝ համայնքի ղեկավարը քաղաքաշինության և կոմունալ տնտեսության բնագավառում ունի բավական լայն լիազորություններ՝ քաղաքային և գյուղական համայնքների գլխավոր հատակագծերի կազմումից մինչև համայնքի սեփականություն համարվող բնակելի տների և ոչ բնակելի տարածքների, հանրակացարանների, վարչական շենքերի և այլ շինությունների պահպանման ու շահագործման կազմակերպումը:

Բացի պարտադիր լիազորություններից համայնքի ղեկավարը իրականացնում է նաև մի շարք կամավոր լիազորություններ, այդ թվում՝ բնակարանային և սոցիալական նշանակության այլ օբյեկտների շինարարությունը և կապիտալ վերանորոգումը, կառուցապատման աշխատանքները, կազմակերպում է հանգստի վայրերի խնամքը, պահպանությունը և այլն:

Ինդիքին առնչվում են տարբեր պետական մարմիններ, օրինակ՝ ՀՀ քաղաքաշինության նախարարությունը, ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը և այլն՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում:

Պետության քաղաքականության, վերջինիս ստանձնած պարտավորությունների, պետական համապատասխան կառույցների իրավասությունները սահմանող իրավական ակտերից բացի, Հայաստանում բնակարանաշինության և բնակարանային ապահովման ոլորտի օրենսդրական դաշտը բաղկացած է նաև աղետի գոտում բնակարանային ապահովմանը վերաբերող, տարբեր տարիներին ընդունված կառավարության մի շարք որոշումներից, ինչպես նաև պաշտպանության, ոստիկանության և ազգային անվտանգության գերատեսչությունների զինծառայողների բնակարանային ապահովության վերաբերյալ իրավական ակտերից:

Բնակարանաշինության և բնակարանային ապահովության ոլորտի նորմատիվ իրավական ակտերի մեջ, այսպես ասած, կողիֆիկացիոն (համակարգող) նշանակություն թերևս պետք է ունենար 2006 թվականի հունիսի 7-ին ընդունված «Բնակարանային ծրագրերի իրականացման աշխատանքների համակարգման խորհուրդ ստեղծելու, դրա անհատական կազմն ու կանոնակարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության N 401-Ն որոշումը: Այս որոշման առանձնահատուկ նշանակությունը կայանում է նրանում, որ այն ընդունվել է 2003 թվականի ՀՀ կառավարության գործունեության ծրագրի պահանջների համաձայն՝ բնակարանային ոլորտում պետական պարտավորությունների կատարումն ապահովելու նպատակով: Համաձայն որոշման՝ ՀՀ քաղաքաշինության նախարարը կառավարության քննարկմանը պետք է ներկայացնեի առաջարկություններ՝ բնակարանային ռեստորի ստեղծման և վարման հետ կապված՝ կարգավորման ենթակա հարցերի վերաբերյալ:

Բնակարանային ապահովման խնդիրներին վերաբերող դրույթներ պարունակող պետական համապարփակ և այսպես կոչված «բարձր կարգավիճակով» ծրագրերից կարելի է առանձնացնել Կայուն զարգացման ծրագիրը, կառավարության գործունեության տարբեր տարիների ծրագրերը և այլն:

Կայուն զարգացման ծրագիրը⁸ արձանագրում է, որ սոցիալական պաշտպանությունը, ըստ միջազգայնորեն ընդունված սահմանման, պետական և ոչ պետական մարմինների այն գործողությունների ամբողջությունն է, որն ուղղված է տնային տնտեսությունների ու անհատների՝ որոշակի ռիսկեր դիմագրավելու կամ կարիքներ հոգալու հնարավորությունների ընդլայնմանը⁹: Սոցիալական պաշտպանության պետական քաղաքականության նպատակը պետության կողմից այդ ռիսկերի կառավարումն է՝ դրանց կարգավորման և նվազեցման նպատակով: Ըստ որում, այն բոլոր ռիսկերը կամ կարիքները, որոնք սոցիալական պաշտպանության առարկան են, ըստ միջազգայնորեն ընդունված մեթոդաբանության, դասակարգվում են հետևյալ խմբերի մեջ՝

1. վատառողջություն.
2. հաշմանդամություն.
3. ծերություն.
4. վերապրում/հարազատին կորցրածներ.
5. ընտանիք/երեխաներ.
6. գործազրկություն.
7. բնակարանային ապահովություն, որն ընդգրկում է պետական հոգածության տարբեր մեխանիզմներ՝ տնային տնտեսությունների կամ անհատների կողմից բնակարանային խնդիրների լուծմանն օժանդակելու համար:

Ծրագիրը փաստում է՝ աղքատության մակարդակը Հայաստանի քաղաքներում (բացառությամբ՝ Երևանի) ամենաբարձրն է: Հանրապետության շուրջ 29 հազար անօթևան ընտանիքներից 19 հազարից ավելին բնակարանային ապահովման տարրական պայմաններից զուրկ,

⁸ Հաստատվել է ՀՀ կառավարության կողմից 2008 թվականի հոկտեմբերի 30-ի N 1207-Ն որոշմամբ:

⁹ The European System of Integrated Social Protection Statistics Manual, EU, Eurostat, 1996.

ժամանակավոր տնակներում, հանրակացարաններում, հասարակական նշանակության օբյեկտներում ապրող քաղաքաբնակներն են:

Բնակարանային ապահովման խնդիրներին այս կամ այն չափով անդրադարձել են նաև ՀՀ կառավարության գործունեության ծրագրերը: Այսպես, 2008-ին առկա էր դրույթ երկրաշարժի հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքներին բնակարանների գնման վկայագրերի տրամադրման միջոցով խնդրի լուծման վերաբերյալ:

2009-ին նույն ճանապարհով բնակարանային խնդրի լուծում նախատեսվեց նաև 1988-1992 թթ. Ադրբեջանից բռնագաղթած անձանց համար, իսկ ՀՀ սպորտի և երիտասարդության հարցերի նախարարության միջոցով՝ 2009-2010 թթ. «Երիտասարդներին՝ մատչելի բնակարան» պետական նպատակային ծրագրի իրականացումը, ընդ որում 2010-ի ծրագիրը ցանկություն ուներ ինքնարժեքին մոտ գնով բնակարաններ ապահովել վճարունակ երիտասարդներին: Ծրագրի իրականացման փուլում այն վերածվեց վարկավորման տոկոսադրույքի ֆինանսավորման քաղաքականության՝ միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երիտասարդ ընտանիքների համար: Այսինքն՝ սոցիալական ծրագրից այն վերածվեց ֆինանսական շուկայի և նյութապես ապահով երիտասարդներին աջակցության ծրագրի:

Իրականացվող միջոցառումների անարդյունավետության մասին է վկայում այն փաստը, որ ի տարբերություն միջազգային փորձի՝ բնակարանային ապահովման թիրախ խմբերը երբեմն առանձնացվում են ոչ թե եկամուտների նվազագույն, այլ առավելագույն շեմով, ինչպես նաև մինչ օրս ծրագրվող տասնյակ տարիներ առաջ ի հայտ եկած խնդիրների լուծումը, որն իր հերթին տարեցտարի հետաձգվում է: 2010-2011 թթ. ծրագրային միջոցառումները նախատեսում են նախորդ տարիներից ժառանգած բնակարանային ապահովման ծրագրերի իրականացում, օրինակ՝ դեռևս 1992 թվականի ռազմական գործողությունների արդյունքում բռնի տեղահանված Արծվաշենի բնակիչների բնակարաններով ապահովումը:

ՀՀ կառավարության գործունեության 2008-2012 թթ. ծրագրի մեջ թեև ամեն տարվա համար առանձին նշումով նախատեսված է միջոցառում, այնուամենայնիվ յուրաքանչյուր տարվա, ինչպես նաև համապատասխան ժամանակաշրջանի համար ամրագրված չեն բնակարանային պայմանների բարելավման կամ բնակարանային ապահովման կարիքավոր ընտանիքների, բնակարանների կամ պետական օժանդակության ծավալներ կամ որևէ այլ ցուցանիշներ, որոնք հնարավորություն կտային գնահատելու այս ուղղությամբ կառավարության գործունեության առաջընթացը կամ համապատասխան կատարողականները: Բացառություն է կազմում Պաշտպանության նախարարությունը, որը ծրագրում է

ա) 2008-2011 թթ. ընթացքում յուրաքանչյուր տարի 3 միլիարդ դրամի չափով փոխհատուցում հատկացնել զոհված (մահացած), 1-ին, 2-րդ և 3-րդ կարգի հաշմանդամ զինծառայողների 2320 ընտանիքներին՝ բնակարանով ապահովելու և բնակարանային պայմանները բարելավելու համար, իսկ 2012 թ. համար նշված ծրագրում փոխհատուցման գումար նախատեսել (հաշվի առնելով աճի միտումը),

բ) բարելավել տարեցտարի զինծառայողների բնակարանային ապահովումը՝ ծառայողական և անհատույց օգտագործման իրավունքով բնակարանաշինության միջոցով (2008 թ. 5 միլիարդ դրամ նախատեսված գումարին յուրաքանչյուր տարի ավելացնելով 10%-ի չափով):

Հայաստանի Հանրապետության քաղաքաշինության նախարարության գործունեության ծրագիրը¹⁰ ընդունվել է Հայաստանի Հանրապետության Նախագահի 2007 թվականի փետրվարի 7-ի ՆՀ-37-Ն հրամանագրի հիման վրա, Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ռազմավարության դրույթների համաձայն: Ծրագիրը, մասնավորապես, անդրադառնում է տարածական զարգացմանը և պլանավորմանը, կառավարման համակարգի զարգացման միջոցով բազմաբնակարան շենքերի պահպանման հետ կապված խնդիրների լուծման համար անհրաժեշտ պայմանների ստեղծմանը, կառույցների սեյսմակայունության ապահովման և սեյսմիկ ռիսկի նվազեցման խնդիրներին: Ծրագիրը նշում է անկախության առաջին տարին՝ 1991 թվականին առկա անօթևան ընտանիքների բնակարանային ապահովման խնդիրը, որի պատճառներն են՝

- 1988 թվականին տեղի ունեցած Մալիտակի երկրաշարժը,
- ռազմական գործողությունների հետևանքով Ադրբեջանից փախստականների ներհոսքը,

¹⁰ ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 8-ի N 384-Ն որոշում:

- խորհրդային ժամանակաշրջանից ժառանգություն ստացած պրոբլեմները (բնակֆոնդի իրացման հետ կապված անօթևանի կարգավիճակում հայտնված, վտանգավոր երկրաբանական երևույթների հետևանքով վերաբնակեցվող, քանդման ենթակա վթարային բազմաբնակարան շենքերում բնակվող ընտանիքներ և այլն),
- 1997 թվականի Նոյեմբերյանի երկրաշարժը:

Իրականացված ծրագրերի շրջանակներում ներառվել են բնական և տեխնածին աղետների հետևանքով անօթևան շուրջ 28 000 ընտանիքներ, որոնցից 2000-2006 թվականներին պետական աջակցությամբ իրականացված միջոցառումների շնորհիվ շուրջ 15 000 ընտանիքների հնարավորություն է ընձեռվել բարելավելու իրենց բնակարանային պայմանները:

Մակայն, համաձայն այդ ծրագրի, դեռևս լուծված չեն նշված ծրագրերում չընդգրկված սոցիալապես անապահով՝ ոչ աղետների հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքների բնակարանային խնդիրները, որոնք իրենց միջոցներով հնարավորություն չունեն ապահովել բնակության համար տարրական պայմաններ:

Ընդ որում, ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում հաշվառված և ընտանեկան նպաստի իրավունք ունեցող ընտանիքներից շուրջ 16 000 ընտանիքներ անօթևան են, որոնց շուրջ 30 տոկոսը՝ գյուղական բնակավայրերում: Այսպիսով, հանրապետությունում անօթևան ընտանիքների թիվը կազմում է շուրջ 29 000 ընտանիք, որոնք բնակվում են տնակներում, հասարակական նշանակության օբյեկտներում և այլն: Ընդհանուր թվից գյուղական բնակավայրերում անօթևան են 10 000-ը:

Ծրագիրը կարևորում է սոցիալական բնակֆոնդի ինստիտուտի հիմնադրումը, որը հատկապես հանրակացարաններում ապրող անձանց համար կհանդիսանա հասարակությանը լիարժեք ինտեգրացման կարևոր միջոց:

Ըստ ծրագրի՝ իրավիճակը սրված է վերջին տարիներին հանրապետության Տավուշի, Վայոց ձորի, Մյուսիքի, Գեղարքունիքի, Կոտայքի և Լոռու մարզերում սողանքային երևույթների ակտիվացմամբ: Ծրագրի եզրափակիչ բաժնում ուղղակի ամրագրված է, որ.

«Հայաստանի հետագա ուրբանիզացումն սպառնալիք է ներկայացնում ազգային անվտանգության համար: Դա կապված է սեյսմիկ գոտիներում բնակչության խիտ բնակեցման, գյուղական շրջաններում ժողովրդագրական իրավիճակի վատթարացման, սահմանամերձ գյուղերի ամայացման վտանգների հետ»:

Ինչպես տեսնում ենք, տարբեր ծրագրային փաստաթղթերում առկա են մտահոգություններ քաղաքացու՝ բնակարան ունենալու սահմանադրական իրավունքի ապահովման վերաբերյալ: Առկա ծրագրերի հիմնական բնորոշ գծերից է թերևս այն, որ դրանք գործնականում չեն պարունակում երկարաժամկետ ռազմավարական լուծումներ և զարգացման համար պոտենցիալ չեն ստեղծում, լավագույն դեպքում հանդիսանում են տեղային և ժամանակավոր սոցիալական խնդիրների լուծումներ (ինչպես, օրինակ, նվազագույն չափի և առանձնապես չհիմնավորված դրամական նպաստը, որը մարդկային կապիտալի ոչ միայն զարգացման, այլ անգամ պարզ վերարտադրության հնարավորություններ չի ընձեռում), միաժամանակ առկա են բնակարանային խնդիրներին անհատական մոտեցում ցուցաբերելու մի շարք դեպքեր:

Այս ծրագրերը որպես կանոն փոխկապակցված չեն, որոշ դեպքերում պարունակում են ժամանակագրական և այլ հակասություններ, զուրկ են հետևողականությունից, չեն պարունակում կատարողականների գնահատման որևէ մեխանիզմ, չեն բխում առավել համապարփակ և համակարգված փաստաթղթի դրույթներից (ինչպիսին, օրինակ, կարող էր լինել Բնակարանային ապահովման հայեցակարգը, որը մինչ օրս չի հաստատվել կառավարության կողմից):

Գլուխ 2. Բնակարանային ապահովման միջազգային փորձը

2.1. Սոցիալական բնակարանային ապահովման մոդելները

Եվրոպական երկրների օրինակներ

Եվրոպական երկրներում բնակարանային շինարարության ուսումնասիրությունը բախվում է մեկ գլխավոր սկզբունքի՝ «L'Unite' Dans La diversite» («Տարբերությունների միասնություն») հետ: Համեմատել եվրոպական երկրները միմյանց հետ խնդրահարույց է՝ համեմատվող ցուցանիշներն ու հաշվարկման մեթոդոլոգիաները տարբեր են:

Հետխորհրդային երկրներում բնակարանի գնահատման ցուցանիշը բնակվելու տարածքն է, որը շատ քիչ է օգտագործվում եվրոպական երկրներում: Դրա փոխարեն, հատկապես Եվրոպական Միության (ԵՄ) երկրներում, հաճախ օգտագործվում են սենյակների քանակը, բնակարանի բնակիչների թիվը:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է սոցիալական բնակարանային ապահովման ոլորտում ԵՄ Եվրոպական հանձնաժողովի 2009 թվականի համապատասխան տեղեկատվությունը՝ ըստ եվրոպական երեսույն երկրների սոցիալական բնակարանային ապահովմանն առնչվող վիճակագրական տեղեկատվության՝ ներկայացնելով եվրոպական բնակչության բաշխումն ըստ բնակարանների տեսակների¹¹, տիրապետման կարգավիճակի¹², ծանրաբեռնվածության աստիճանի¹³, տնազրկության աստիճանի¹⁴, ըստ տիրապետման կարգավիճակի բնակարանային ծախսերի ծանրաբեռնվածության աստիճանը¹⁵:

Այն, որ եվրոպական երկրները դժվար է համեմատել միմյանց և յուրաքանչյուր դեպքում առկա է թե միանգամայն այլ իրավիճակ, թե դրանից բխող բոլորովին տարբեր բնակարանային հիմնախնդրի լուծման մոդել, փաստում են վիճակագրական տվյալները:

Այսպես, բնակարաններում է ապրում Լատվիայի բնակչության 66,2 տոկոսը, այնինչ Իռլանդիայում՝ ընդամենը 3,1 տոկոսը, առանձնատներում՝ Հունգարիայի բնակչության 67,6 տոկոսը, Մալթայում՝ 6,4 տոկոսը, երկսենյականոց առանձնատներում՝ Նիդերլանդների բնակչության 61,4 տոկոսը, իսկ Սլովակիայում՝ 1,4 տոկոսը: Անհատ սեփականատերերի կողմից զբաղեցված բնակարանների թվով ամենամեծ տեսակարար կշիռն ունի Ռումինիան՝ բնակչության 95,3 տոկոսը, ամենափոքրը՝ Նիդերլանդները՝ 9,2 տոկոս, սոցիալական նշանակության սեփական բնակարանների թվով, որոնք ձեռք են բերվել փոխառությամբ կամ ցածր տոկոսով, մեծ տեսակարար կշիռ ունի Իսլանդիան՝ բնակչության 70,6 տոկոսը, ամենափոքրը՝ Ռումինիան՝ 1,2 տոկոս, սոցիալական նշանակության վարձակալության բարձր տեսակարար կշիռն ունի Լեհաստանը՝ բնակչության 29,1 տոկոսը, իսկ նվազագույնը՝ Շվեդիան ու Նիդերլանդները՝ 0,5 տոկոս, վարձակալական բնակարանների մասով՝ ամենաբարձր ցուցանիշը Դանիայում է՝ բնակչության 33,7 տոկոսը, ամենացածրը՝ Ռումինիայում՝ 0,8 տոկոս: Տնազրկության բարձր ցուցանիշներ ունեն Ռումինիան, Բուլղարիան, իսկ ցածր՝ Նիդերլանդները, Ֆինլանդիան:

Մեկ այլ հետազոտությամբ՝ 2008 թ. բնակարանում բնակիչների թվի նվազագույն ցուցանիշներն արձանագրվել են Շվեդիայում՝ 2,1, Լատվիայում՝ 2,4, մինչդեռ Իսպանիայում և Իռլանդիայում այդ ցուցանիշը կազմել է 3,3: Բնակչության մեկ շնչին ընկնող սենյակների միջին թվով առաջատարը եղել է Դանիան՝ 2,1, իսկ վերջին տեղում հայտնվել է Լատվիան՝ 1, բնակարանի սենյակների միջին թիվը Բելգիայում կազմել է 4,1, իսկ Ավստրիայում՝ 3,2¹⁶: Իսպանիայում, Իռլանդիայում

¹¹ Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Distribution of population by degree of urbanization, dwelling type and income group.

¹² Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Distribution of population by tenure status, type of household and income group.

¹³ Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Overcrowding rate by age, gender and poverty status - Total population.

¹⁴ Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Severe housing deprivation rate by age, gender and poverty status.

¹⁵ Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>, Housing cost overburden rate by age, gender and poverty status.

¹⁶ Աղբյուրը՝ Table “Жилищные условия в странах ЕС в 2008 году”, Housing model in the post socialistic countries on the example of Latvia, Riga Technical University, 2010, page 2.

միավոր բնակարանում բնակչության թիվն ամենամեծն է՝ պայմանավորված այդ երկրներում մեծ ընտանիքով ապրելու կաթոլիկ սովորույթներով, օրինակ՝ Ֆինլանդիայում կամ Շվեդիայում, ընդհակառակը, այդ ցուցանիշը փոքր է:

Աղյուսակ 7. Սոցիալական բնակարանային ապահովման մասնաբաժինը Եվրոպայի մի շարք երկրներում

Երկրներ	Անհատ սեփականատեր (%)	Մասնավոր վարձակալության համար (%)	Սոցիալական նշանակության վարձակալության համար (%)	Սոցիալական նշանակության միավորների քանակը
Նիդերլանդներ	54	11	35	2 400 000
Ավստրիա	55	20	25	800 000
Դանիա	52	17	21	530 000
Շվեդիա	59	21	20	780 000
Մեծ Բրիտանիա	70	11	18	3 983 000
Ֆրանսիա	56	20	17	4 230 000
Իռլանդիա	80	11	8	124 000
Գերմանիա	46	49	6	1 800 000
Հունգարիա	92	4	4	167 000

Ընդհանուր առմամբ 2009 թ. տեղեկատվությամբ ԵՄ 27 անդամ պետությունների բնակչության մեկ քառորդից ավելին ապրում է սոցիալական նշանակության սեփական բնակարաններում, որոնք ձեռք են բերվել փոխառությամբ կամ ցածր տոկոսով, սակայն գրեթե կեսը ապրում էր սեփականատերերի կողմից զբաղեցված առանց արտոնությունների բնակարաններում: Բնակչության գրեթե երկու երրորդը կամ 73,6 տոկոսը ապրում է սեփական բնակարաններում, մինչդեռ 13,0 տոկոսը՝ շուկայական գներով վարձակալված բնակարաններում, 13,5 տոկոսը՝ ցածր վարձավճարով կամ անվճար բնակարաններում:

ԵՄ 12 երկրներում բնակչության մոտավորապես 10%-ն է ապրում շուկայական գներով գործող վարձակալական բնակարաններում: Իսկ ցածր գներով վարձակալված կամ անվճար բնակարաններում ապրում է անդամ երկրների բնակչության 20 տոկոսից պակաս մասը: Եվրոպայի անվտանգության և համագործակցության կազմակերպության (ԵԱՀԿ) անդամ երկրների օրինակով, հիմնվելով ԵԱՀԿ 2007 թվականի հաշվարկների վրա, քննության են առնվել բնակչության տեղաշարժի¹⁷, տեղաշարժման պատճառների¹⁸, վարձակալական շուկայում վարձավճարների կառավարման¹⁹, վարձատու-սեփականատերերի կարգավորման²⁰, բնակարանների առաջարկի զգայունության ցուցանիշները²¹, որոնց հիման վրա գնահատվել է բնակչության տեղաշարժման քաղաքականության միջին արդյունավետությունը²² գործոնների արդյունավետության գնահատման ցուցանիշներով²³:

Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումն առաջին անգամ ձևավորվել է Ֆինլանդիայում: 1909 թ. Կիրնստինկուշա քաղաքում կառուցվել են փայտե տներ քաղաքի չորս բանվորական ընտանիքների համար: Հետագայում դա մեծ տարածում գտավ այլ եվրոպական երկրներում: Ներկայումս Արևմտյան Եվրոպայի երկրներից սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը առավել բարձր մակարդակի վրա է գտնվում Նիդերլանդներում, Իսլանդիայում և սկանդինավյան երկրներում: Մի շարք երկրներում գոյություն չունի սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման միասնական պաշտոնական սահմանում: Սահմանումները վերաբերում են սեփականատերերին՝ հիմնականում շահույթ չհետապնդող կազմակերպություններ

¹⁷ OECD calculations based on 2007 EU-SILC Database, on HILDA for Australia, AHS for the United States, SHP for Switzerland.

¹⁸ Նույն տեղը:

¹⁹ ԵԱՀԿ բնակարանային շուկայի հարցումների հիման վրա կատարված հաշվարկներ:

²⁰ Նույն տեղը:

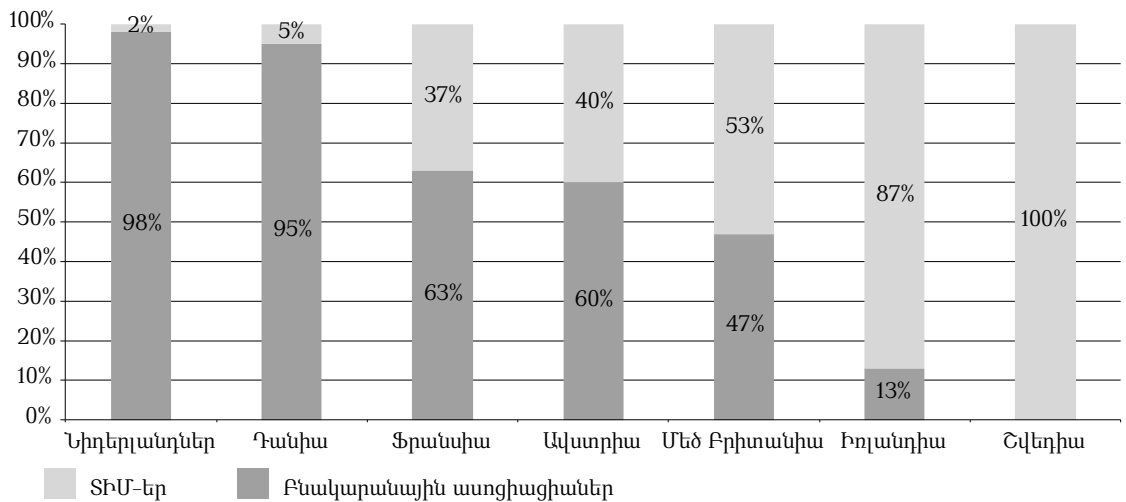
²¹ ԵԱՀԿ գնահատումներ:

²² ԵԱՀԿ 2007 թ. հաշվարկված ցուցանիշներ. EU-SILC Database, on HILDA for Australia, SHP for Switzerland and AHS for the United States.

²³ ԵԱՀԿ հաշվարկները՝ հիմնված 2007 EU-SILC Եվրոպական երկրների համար, 2007 HILDA Ավստրալիայի համար, 2007 SHP Շվեյցարիայի համար, 2007 AHS ԱՄՆ-ի համար:

և տեղական ինքնակառավարման մարմիններ (ՏԻՄ), ինչպիսիք են Նիդերլանդները և Շվեդիան, կառուցապատում իրականացնողներին՝ Ավստրիա և Ֆրանսիա, վարձակալության շուկայական մակարդակից ցածր վճարներին՝ Իռլանդիա և Մեծ Բրիտանիա, ֆինանսավորման կամ լրավճարների հոսքերին՝ Ֆրանսիա և Գերմանիա, սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման թիրախ խմբին: Վերջինիս հետ կապված, եթե այն մատչելի է բոլորի համար Ավստրիայում և Շվեդիայում, ապա մնացած երկրներում կա հստակ սահմանափակում՝ առաջնայնորեն հաշվի առնելով ընտանիքների եկամուտները: Նկար 2-ում ներկայացված է Արևմտյան Եվրոպայի որոշ երկրներում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովում տրամադրող սուբյեկտների համեմատությունը: Նիդերլանդներում ոլորտի 98 տոկոսը ապահովվում է բնակարանային ասոցիացիաների կողմից, մինչդեռ Շվեդիայում՝ ամբողջությամբ ՏԻՄ-երի կողմից:

Նկար 2. Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման սուբյեկտները Արևմտյան Եվրոպայի երկրներում



Աղբյուրը՝ “Social housing in Europe: now and tomorrow” Kath Scanlon, LSE/SBI, Paris, 22 November 2007

Ներկայացնենք Արևմտյան Եվրոպայի, իսկ այնուհետև՝ այլ տարածաշրջանների երկրների մի մասի սոցիալական բնակարանային ապահովման փորձը:

Գերմանիա

Գերմանիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը առաջնահերթ ուղղված է ցածր եկամուտ ունեցող անձանց: Դրանց թիվը գնալով նվազում է՝ պայմանավորված բնակարանների մասնավորեցմամբ: Եթե 1987 թ. կային մոտ 3 900 000 սոցիալական նշանակության բնակարաններ, ապա 2001 թվականին դրանց թիվը հասնում էր 1 800 000-ի:

Բնակարանային ապահովման համակարգի կառուցվածքում անհատ սեփականատերերին բաժին է ընկնում 45 տոկոսը, մասնավոր վարձակալությանը՝ 49 տոկոս, սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովմանը՝ 6 տոկոս:

Գերմանիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման երեք մակարդակներն են՝ դաշնային, նահանգային՝ վարձակալության վճարների սուբսիդավորում (որոշ նահանգներում չի գործում), ՏԻՄ-երի՝ սուբսիդիաների տրամադրում բնակարանների գնման համար: Դաշնային կառավարությունը որոշում է սոցիալական բնակարանային ապահովման լրիվ ծախսերի մակարդակը, մինչդեռ դրանց իրականացման պատասխանատվությունը ստանձնում են նահանգները և ՏԻՄ-երը: Բնակարանային ապահովման կառուցվածքը ազգային է, որը պետության լիազորությամբ կառավարվում է ՏԻՄ-երի կողմից:

Ազգային մակարդակով, այն է՝ Արևմտյան և Արևելյան Գերմանիայի սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման գործունեության կառուցվածքը ներկայացված է աղյուսակ 8-ում: Սուբսիդավորված վարձակալված բնակարանների սեփականատերերը ապահովում են

բնակարաններ խոցելի խմբի բնակիչների համար: Հիմնական թիրախը՝ ցածր եկամուտ ունեցող մարդիկ, որոնք պետք է դիմեն WBS՝ սոցիալական բնականարային ապահովման իրավունքի վկայական ձեռք բերելու՝ սուբսիդավորվող բնակարանային շինությունը վարձակալելու կամ գնելու համար: 2005-2007 թթ. ցուցանիշների հիման վրա Գերմանիայում հաշվարկվել են սոցիալական բնակարանային ապահովման հիմնական տնտեսական վերլուծության ցուցանիշները:

Աղյուսակ 8. Բնակարանային ֆոնդի ցուցանիշները Արևելյան (E) և Արևմտյան (W) Գերմանիայում²⁴

Բնակիչների թիվը	82,4	Մլն. բնակիչ (2007)
Յուրաքանչյուր տնային տնտեսության անձանց միջին թվաքանակը	39,9 (E: 8.9; W:31.1) 2,1 (E: 2.0; W:2.1)	Մլն. տնտեսություն Բնակիչ/տնտեսություն
Կառույցների տարիքը	14 (E: 24; W:11) 14 (E: 20; W:12) 46 (E: 30; W:51) 13 (E: 12; W: 13) 13 (E: 12; W: 13)	Կառուցապատման % 2006 Միջև 1918 1919-1948 1949-1978 1991թ-ից հետո
Վարձակալված բնակարանների մասը	58,4	% (2006)
Բնակարանների միջին չափը	90,2 (E:76.5; W:94,9)	քառ. մ
Միջին բնակարանի տարածք/անձ	42,9 (E:38.6; W:44)	քառ. մ (2006)
Սոցիալական բնակարանային ապահովման մասը բնակֆոնդում	6	%
Վարձակալության ծախսերը սոցիալական բնակարանային ապահովման մեջ՝ համեմատած ոչ սոցիալական բնակարանային ապահովման հետ	Վարձակալման ինդեքս** Գլխավոր վարձավճարը՝ 4,84 Զջեռուցվող մասի արժեքը՝ 1,41 Ձեռուցվող մասի արժեքը՝ 1,04 Սոցիալական բնակարանային ապահովում՝ 9-15 տոկոս պակաս գլխավոր վարձավճարից	Եվրո/քառ.մ/ամիս Եվրո/քառ.մ/ամիս Եվրո/քառ.մ/ամիս(2006) (2005)

** ըստ տարածքների տարբերվում է

2001 թ. օրենքով սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման օրենսդրությունը և ծրագրերը փոխվեցին սկզբունքորեն նոր աջակցության գործողություններով: Ներկայումս աջակցության իրականացման երեք սկզբունքներն են.

- ստորադասության սկզբունք. խնդիրները կարգավորվում են ամենացածր մակարդակով՝ ՏԻՄ-երը սոցիալական ծրագրերը պատրաստում են ինքնուրույն,
- համատեղ վճարումների սկզբունք. վերջնական օգտագործողները պետք է վճարեն իրենց մասնաբաժինը՝ ի լրումն տեղական, նահանգային կամ դաշնային վճարումների,
- տեղական առաջնայնության սկզբունք, համաձայն որի ոչ մի բնակարանային միավոր չպետք է ստեղծվի որպես նահանգային կամ դաշնային սեփականություն:

Ավանդական սոցիալական բնակարանային ապահովման փոխարեն Գերմանիայում ուժի մեջ մտավ «Բնակարանային ապահովման աջակցության օրենքը», որով քաղաքական բարեփոխումները կենտրոնացված էին վեց հիմնական դրույթներում՝

1. Սոցիալական բնակարանային ապահովումը բնակչության լայն շերտերի համար արմատապես փոխվեց: Այն արդեն կենտրոնացած է, որպես թիրախ խմբեր, ցածր եկամուտ ունեցող քաղաքացիների, երեխաներ ունեցող ընտանիքների և միայնակ տարեցների վրա:
2. Լրավճարները իրականացվելու են գոյություն ունեցող բնակարանային ֆոնդում, քանի որ նորակառույց բնակարանները շատ ավելի թանկ են:
3. Բնակարանային սեփականության մասնավոր ձեռք բերումը խրախուսվում է: Նախկինում վարձակալված բնակարանները վաճառվում են վարձակալներին: Կառավարությունն ակնկա-

²⁴ Աղբյուրը՝ “Key Figures on Social Housing and energy overty-Germany”, Project no EIE/07/146/SI2.466277, FiniSH (Financial and Support Instruments for Fuel Poverty in Social housing), December 2007-May 2010.



լում է ավելի միատարր վարձակալական կառուցվածք սոցիալական բնակարանային ապահովման համալիրներում:

4. Սոցիալական բնակարանային ապահովման քաղաքականության բարեփոխումը փոխկապվում է քաղաքային զարգացման ծրագրերին: Խիտ հարևանությամբ բնակարաններին տրամադրվում են ավելի շատ լրավճարներ:
5. Լրավճարների օգտագործման պատասխանատվությունը վերահասցեագրվում է ֆեդերալ նահանգներին ու քաղաքներին: Այս քաղաքականությունը կերաշխավորի ավելի ճկուն կենտրոնացում տեղական կարիքների վրա:
6. Բնակարանային ապահովման կազմակերպությունների և բարեկեցության կազմակերպությունների միջև համագործակցության մի նոր ձևի թիրախավորում: Հատկապես, տարեց մարդկանց տների կառուցման ու սպասարկման ծրագրերը նոր կարգավորման նպատակներին է:

2006 թ. սոցիալական բնակարանային ապահովման սուբսիդավորված բնակարանների թիվը կազմում էր 35 307: Եկամտի սահմանափակումը՝ սոցիալական բնակարանային ապահովման վկայական կարող էին ձեռք բերել՝ մեկ անձ ունեցող տնային տնտեսությունները, երբ ամսական եկամուտը չէր անցնում 1200 եվրոյից, երկու անձից բաղկացած ընտանիքները, երբ ամսական եկամուտը չէր անցնում 1800 եվրոյից:

Նիդերլանդներ

Սոցիալական բնակարանային ապահովման թիրախ խմբեր են՝ ցածր եկամուտ ունեցողները, գործազուրկ ընտանիքները, մտավոր կամ ֆիզիկական արատ ունեցողները, տնազուրկ բնակիչները: Չնայած ցածր եկամուտը գնահատման չափանիշ է, սակայն սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը ավանդաբար այս երկրում հասանելի է Նիդերլանդների նաև միջին եկամուտ ունեցող անձանց համար: Սոցիալական նշանակության բնակարանների ապահովման սուբսիդներ են ասոցիացիաները կամ միությունները:

Բնակարանային ապահովումը բաղկացած է երեք սեկտորներից՝ սոցիալական նշանակության վարձակալության, մասնավոր վարձակալության, անհատական սեփականության:

Սոցիալական վարձակալության սեկտորը ներառում է սոցիալական ասոցիացիաներին պատկանող բնակարանները: Մասնավոր վարձակալման սեկտորը կազմում են այն բնակարանները, որ պատկանում են մասնավորին և ինստիտուցիոնալ ներդրողներին, ինչպիսիք են սոցիալական հիմնադրամները, ապահովագրական կազմակերպությունները: Իսկ անհատական սեփականությունը սեփականատերերի կողմից զբաղեցված տարածքներն են, որոնք պատկանում են բնակիչներին:

Սոցիալական բնակարանային վարձակալության համակարգը ունի երկու առանձնահատկություն՝ սեփականատերը շահույթ չի հետապնդում և վարչականորեն այն բաշխվում է համաձայն կարիքների: Կառավարությունը բնակարանները տրամադրում է ցածր եկամուտ ունեցող անձանց: Վերջին տարիներին Արևմտյան Եվրոպայի երկրներում աստիճանաբար ավելանում է անհատական սեփականության բնակարանային ապահովման մասնաբաժինը: Սակայն, համեմատած շատ այլ եվրոպական պետությունների հետ, Հոլանդիայում դեռևս սահմանափակ է անհատական սեփականությունը: Դրա փոխարեն Նիդերլանդները ամենամեծ սոցիալական վարձակալության համակարգն ունի, որն ակնհայտ երևում է աղյուսակ 7-ում՝ ներկայացված համեմատական տեղեկատվությունից:

Չնայած Նիդերլանդներում մեծ թիվ են կազմում կառուցվող բնակարանները, դեռևս մեծ է պահանջարկը բնակարանների նկատմամբ, ինչը պայմանավորված է բնակչության աճով, մեծածավալ ներգաղթով: 2030 թ. բնակչությունը կանխատեսվում է 17,9 միլիոն մարդ: Բնակարանների նկատմամբ պահանջարկը պայմանավորված է նաև բնակչության երկարակեցությամբ և շատ ընտանիքների ամուսնալուծությամբ: Սակայն սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը Նիդերլանդներում խստորեն պահպանվում է պահանջված համապատասխան որակով՝ հիմնվելով պետության համապատասխան օրակների և բնակարանային միությունների համար սահմանված կանոնների՝ BBSH (Besluit Beheer Sociale Huursector) վրա.

1. Ապահովել բարձր որակի տներ,
2. Երաշխավորել ձեռնարկության ֆինանսական շարունակականությունը,

3. Վարձակալել առաջնահերթաբար հատուկ ուշադրության խմբերին,
4. Վարձատուներին ներգրավել կազմակերպության կառավարման ու քաղաքականության մեջ,
5. Ներդրումներ իրականացնել հարևանության և համայնքների կյանքի որակի ձևավորման մեջ,
6. Ներդրումներ իրականացնել անձանց բնակարանային ապահովման գործում:

Ամեն տարի ասոցիացիաները հաշվետվություն են ներկայացնում Նիդերլանդների բնակարանային հարցերի նախարարությանը:

Տան կառուցապատման ծախսերի մեջ պահպանման և կառավարման համար կատարված ծախսերից բացի ներառվում են նաև տոկոսադրույքը և վարկերի համար վճարումները:

Տուն վարձակալելու համար ասոցիացիան ունի ծախսեր, որոնք կատարվում են հետևյալ ուղղություններով.

- Տոկոսադրույքների վճարումներ: Ասոցիացիան շուկայից գումար է վերցնում կառուցման նպատակով: Այսպիսով, ասոցիացիան պարտավոր է վճարել տոկոսադրույքը և կատարել փոխառության վճարում ամեն տարի:
- Պահպանում/կառավարում: Տունը պետք է պահպանվի: Այս առումով պահպանման ծախսերը փոփոխական են՝ ներառելով հարկերը, կառավարումը և ապահովագրությունը:

Նիդերլանդներում 2006 թվականի ընթացքում գրեթե մեկ միլիոն վարձակալների տրվել է 2 միլիարդ եվրո լրավճար: Միջին անհատական ամսական գումարը յուրաքանչյուր տնային տնտեսության համար ամսական կազմել է 150 եվրո: Այսօր արդեն Նիդերլանդներում գործում են 500 բնակարանային ասոցիացիաներ, որոնք ներառում են նաև ՏԻՄ-երին պատկանող ասոցիացիաները: Միջին ասոցիացիան ունի 4 500 բնակարանային միավոր, իսկ ամենախոշորները՝ 50 000-80 000 միավոր:

Իռլանդիա

Իռլանդիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումն ուղղված է ցածր եկամուտ ունեցող տնտեսապես և սոցիալապես անապահով բնակչությանն աջակցմանը: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման հիմնական իրականացնողները ՏԻՄ-երն են, սակայն շահույթ չհետապնդող կամավոր բնակարանային ասոցիացիաների և կոոպերատիվ բնակարանային միությունների դերը գնալով ընդլայնվում է: Ներկայումս սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման ֆոնդի կառուցվածքի 87 տոկոսը կամ 105 000-ը պատկանում է ՏԻՄ-երին, իսկ 13 տոկոսը կամ 23 000-ը՝ կամավոր կամ կոոպերատիվ բնակարանային միություններին:

Իռլանդիայի տնային տնտեսությունների մեծ մասը ունեն սեփական բնակարաններ, վարձակալության համար նախատեսված սոցիալական նշանակության բնակարանային ֆոնդն ավելի փոքր է՝ համեմատած Արևմտյան Եվրոպայի այլ երկրների հետ: 1961-2006 թթ. ժամանակահատվածում Իռլանդիայում սեփական բնակարանների թիվն ունեցել է աճի միտում՝ 50 տոկոսից հասնելով գրեթե 70 տոկոսի: Իսկ տեղական իշխանությունների վարձակալության կամ մասնավոր սեկտորի վարձակալության բնակարանները նույն ժամանակահատվածում նվազել են՝ 20 տոկոսից իջնելով 9 տոկոսի²⁵:

Իռլանդիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման օրենսդրական հիմքը շատ ամուր է: Այն կարգավորվում է բազմաթիվ ընդունված և մինչև այսօր գործող օրենքներով, որոնք ունեն ավելի քան հիսուն տարվա պատմություն:

Իռլանդիայի սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման համակարգում գործում են հետևյալ տասը ծրագրերը՝

1. ՏԻՄ-երի կողմից տրամադրվող հիպոթեկային վարկեր՝ ցածր եկամուտ ունեցողներին:
2. Վարձակալողների կողմից բնակարանի գնում՝ ՏԻՄ-երին պատկանող բնակարանների գնում զեղչված գներով:
3. Ցածրարժեք հողատարածքներ. հնարավորություն տալ ցածր եկամուտ ունեցողներին, կամավոր և կոոպերատիվ ասոցիացիաներին՝ զեղչված գներով կառուցել բնակարանային շենքեր ՏԻՄ-երին պատկանող հողատարածքներում:

²⁵ Աղբյուրը՝ Housing Tenure in Ireland 1961-2006 (Source: ICSH publications), Housing in Ireland, www.icshe.ie/eng/housing in Ireland.

4. Հիպոթեկային վճարումներ. հեշտացնել ՏԻՄ-երին պատկանող բնակարանների վարձակալների համար մասնավոր բնակարանների գնումը:
5. Բաժնեմասային սեփականություն. աջակցել ցածր եկամուտ ունեցողներին իրենց ՏԻՄ-երի հետ համատեղ գնել բնակարաններ՝ 25-30 տարվա ընթացքում վճարելով հիպոթեկային վարկերն ու ՏԻՄ-երի վճարման մասը:
6. Վարձակալության լրավճար. աջակցել բնակարանի վարձակալվող բաժնեմասի վարձակալական վճարի վճարմանը:
7. Մատչելի բնակարանային ապահովում. առավել բարձր գին ունեցող տարածքներում ՏԻՄ-երի կողմից շուկայականից ցածր գնով բնակարանների վաճառք:
8. Հիպոթեկային լրավճար. հիպոթեկային վարկի ամսական վճարումների որոշակի մասի վճարման համար լրավճարների տրամադրում:
9. Ցածր եկամուտ ունեցողներին ու բնակարանային կարիքավորներին (որոնց հիպոթեկային վարկի մարումները գերազանցում են տարեկան տնօրինվող եկամտի 35 տոկոսը) մատչելի գներով բնակարանների և հողատարածքների վաճառք:
10. Պայմաններ ստեղծել պետական սեփականություն հանդիսացող հողատարածքների վրա 10 000 մատչելի բնակարանային միավորներ կառուցելու համար:
Վերոնշյալ ծրագրերից առավել տարածված են առաջինը, երկրորդը, հինգերորդը, ութերորդը:

Շվեդիա

Շվեդիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը հասանելի է բոլորին, բացառությամբ 29-65 տարեկան երեխա չունեցող ընտանիքների: Բնակարանային ապահովման համակարգում այս ոլորտի մասնաբաժինը կազմում է 22 տոկոս: Չկա հատուկ կամ ցածր եկամուտ ունեցողների համար նախատեսված բնակարանային ֆոնդ: Թոշակառուները, երեխաներ ունեցող կամ չունեցող ընտանիքները, որոնց եկամուտները բավականին ցածր են, իրավունք ունեն ստանալ բնակարանային ապահովում: Շվեդիայում սոցիալական բնակարանային ապահովումը տրամադրվում է տեղական բնակարանային կազմակերպությունների միջոցով, սակայն կենտրոնական կառավարության ֆինանսավորմամբ:

1965-1974թթ. Շվեդիայում կիրառվել է «Միլիոնանոց ծրագիրը»՝ նպատակ ունենալով մատչելի գնով յուրաքանչյուր բնակչի ապահովել բնակարանով: Ծրագրի նպատակն էր տասը տարում բազմաթիվ բնակիչների ապահովել բնակարանով (1 600 000 նոր բնակարաններ): Ծրագրի հեղինակների գլխավոր խնդիրն է եղել հասարակության տարբեր սոցիալական խմբերի ինտեգրումը: Հիմնականում կառուցվող բնակարանները միաշափ են եղել՝ երեք սենյականոց՝ 75 քառ. մ, նախատեսված երկու անչափահաս երեխա ունեցող ընտանիքի համար: Այս բազմաբնակարան շենքերի հիմնական թերություն է համարվել միատեսակ, անշուք արտաքին տեսքը, դրանք նպաստեցին մեծ քանակությամբ գյուղական շրջաններից բնակիչների կենտրոնացմանը քաղաքային բնակավայրերում:

Վարձակալական կառավարման շվեդական համակարգը ընդգրկում է ամենամյա բանակցություններ վարձակալների ու սեփականատերերի միջև:

Ֆրանսիա

Ֆրանսիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման հիմնական չափանիշը ցածր եկամուտն է: Բնակարանային ապահովման համակարգում մասնաբաժինը կազմում է 18 տոկոս: Ներկայումս երեխա չունեցող ընտանիքների համար սահմանափակման առավելագույն չափը կազմում է սահմանված նվազագույն աշխատավարձի գրեթե կրկնապատիկը, մինչդեռ երկու երեխա ունեցող ընտանիքների համար՝ նվազագույն աշխատավարձի եռապատիկը: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման համար կարևոր գործոններ են նաև տնագրկությունը և աղքատությունը: Գործում են սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման հետևյալ սխեմաները.

1. հանրային փոխառություններ սոցիալական բնակարանների համար,
2. աջակցություն այն տնային տնտեսություններին, որոնք ստանում են բնակարանային թույլտվություն՝ երիտասարդ, երեխա չունեցող, ամուսնացած զույգերը և արատ ունեցող անձինք,

3. աջակցություն տարեց, հաշմանդամ և երկար ժամանակ գործազուրկ անձանց:

Բոլոր սխեմաների հիմքում ընկած են եկամուտների չափանիշները՝ արդյոք դրանք բավարար են ծածկելու սեփականատերերի, ինչպես նաև վարձակալների ծախսերը:

Ֆրանսիայում սոցիալական բնակարանային ապահովումն իրականացվում է տարբեր տեսակի կամավոր բնակարանային գործակալությունների կողմից ազգային կառավարության ֆինանսավորման միջոցով: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման թույլտվությունները ղեկավարվում են կենտրոնական կառավարության կողմից:

Մեծ Բրիտանիա

Մեծ Բրիտանիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման մեծ մասը իրականացվում է ՏԻՄ-երի և գրանցված սոցիալական սեփականատերերի կողմից: Ֆինանսավորումն իրականացվում է կենտրոնական կառավարության կողմից, որն այդ նպատակով հատկացնում է լրավճարներ: Ընդհանուր բնակարանային ապահովման համակարգում այս սեկտորը կազմում է 18 տոկոս: Տեղական իշխանությունների համար բնակարանային ապահովումը սովորաբար գնահատվում է սոցիալական կարիքավորության շրջանակում: Կենտրոնական իշխանության կողմից սահմանված պահանջները առաջնայնությունը տալիս են երեխաներ ունեցող ընտանիքներին և այն ընտանիքներին, որոնք ապրում են վատ կենցաղային պայմաններում: Ցածր եկամուտները չեն հանդիսանում բնակարանային ապահովման համար հիմնական որոշիչ, սակայն սովորաբար միջոցներն ուղղվում են բնակարանային կարիքավորության մեջ գտնվող ընտանիքներին՝ նպատակ ունենալով աջակցել մասնավոր վարձակալմանը կամ տնային սեփականությանը: Այլ կերպ ասած, Մեծ Բրիտանիայում ազգային մակարդակով չկա սահմանափակում ցածր եկամուտների մասով, սակայն սեփականատերերը կարող են դա ներառել իրենց չափանիշների մեջ, և կարելի է ենթադրել, որ սոցիալական բնակարանային ապահովումը կարող է հասանելի լինել նրանց, ովքեր ի վիճակի չեն գնել կամ մասնավոր հիմունքներով վարձակալել բնակարան:

Դանիա

Դանիայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը տրամադրվում է բոլորին՝ անկախ եկամտի մակարդակից: Վարձակալության վճարները, կախված ծախսերից, ցածր են շուկայում գործող վարձավճարների մակարդակից: Իսկ բնակարանները տրամադրվում են հիմնվելով հերթագրման ցուցակների վրա: ՏԻՄ-երի միջոցով սոցիալական նպատակներով բաշխվում է չբնակեցված բնակարանների մեկ չորրորդը: Դրանք ներկայումս տրամադրվում են միայն տարեց բնակչությանը: Սոցիալական նշանակության բնակարաններն ապահովում են շահույթ չհետապնդող ասոցիացիաները՝ 760 կազմակերպություն, ինչպես նաև կոոպերատիվները, որոնք կառուցում են նոր բնակարանային շինություններ: Դանիայի սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման մոդելը հիմնվում է 1984 թ. ընդունված «Բնակիչների ժողովրդավարության մասին» օրենքի վրա, որի համաձայն բնակիչներն ունեն կառավարման մասնակցություն: 2004 թվականին սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման և քաղաքային վերականգնման բոլոր խնդիրները ընդգրկվեցին Սոցիալական հարցերի նախարարության լիազորությունների շրջանակում: Նախարարությունը առանձնացրել է մի շարք առաջնայնություններ, որոնց շարքում է խոշոր քաղաքներում երիտասարդ ընտանիքների բնակարանային ապահովումը, ինչպես նաև սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը ցածր և միջին եկամուտ ունեցող տնային տնտեսությունների համար:

Բելգիա

Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը Բելգիայում կոչված է առաջարկելու բարձրորակ և բարձր չափանիշներով բնակարաններ, որոնք մատչելի են ցածր եկամուտ ունեցող բնակիչների համար: Այս ոլորտում գործում են ՏԻՄ-եր, պետական կազմակերպություններ, հիմնադրամներ, կոոպերատիվներ, շահույթ չհետապնդող կազմակերպություններ: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը տրամադրվում է՝ հիմնվելով եկամտային մակարդակների ու նպատակային խմբերի համակցության վրա: Սոցիալական նշանակության

բնակարանային ապահովումը դեռևս 1980 թվականից ապակենտրոնացվել է ըստ երեք տարածաշրջանների՝ Ֆլանդրիայի, Վալունի և Բրյուսելի: Ֆլանդրիայի տարածաշրջանի դիմորդները պետք է գրանցվեն սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովում տրամադրող տեղական կազմակերպություններում՝ հիմնվելով իրենց եկամտի մակարդակի վրա: Այս տարածաշրջանն ունի վաճառքի համար նախատեսված սոցիալական նշանակության բնակարանների ամենամեծ մասնաբաժինը: Վալունի տարածաշրջանի դիմորդները պետք է գրանցվեն ՏԻՄ-երում՝ հիմնվելով եկամտի մակարդակի, ընտանիքի անդամների քանակի ու բնակարանի բացակայության վրա: Բրյուսելի տարածաշրջանում այն հիմնված է համակարգչայնացված հերթացուցակի վրա, որը, սակայն, չի բացառում նաև հնարավոր հատուկ արտակարգ իրավիճակները: Սոցիալական նշանակության բնակարանների վաճառքը Բրյուսելի տարածաշրջանում արգելված է: Ներկայումս Բելգիայում բնակարանային ապահովման հիմնական գերակայություններն են՝ տարածաշրջանների կողմից հատկորոշված սահմանների շրջանակում պետական հատվածի կողմից սոցիալական նշանակության բնակարանաշինությունը, գոյություն ունեցող բնակարանային ֆոնդի բարելավումը, «սոցիալական» գներով կամ վարձավճարներով բնակարանների առաջարկի ավելացումը, ՏԻՄ-երի դերի մեծացումը, դիտանցումն ու գնահատումը: Բելգիայում կիրառվում են նաև հարկային արտոնություններ նշված ոլորտի համար:

Արևելյան Եվրոպայի երկրներ

Արևելյան Եվրոպայում սոցիալական բնակարանային ապահովումը ձևավորվել է 1945 թվականից, սակայն լայն տարածում չի ունեցել, քանի որ այն հակասել է խորհրդային գաղափարախոսությանը՝ որպես «տնագրկություն» և «աղքատություն» հասկացություններ: Բնակարանների երկու տեսակ էր գերիշխող՝ հանրային (պետությանը պատկանող) և մասնավոր (անձնական): Բարեփոխումների հետ միասին աստիճանաբար ներմուծվեց սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովում հասկացությունը: Որոշ երկրներում, Արևմտյան Եվրոպայի փորձի հիման վրա, մշակեցին սոցիալական բնակարանային ապահովման քաղաքականություն: Այդ երկրները ձևավորեցին ֆինանսական, օրենսդրական, ինստիտուցիոնալ համապատասխան գործիքներ և՛ մատչելի բնակարանային ապահովման համար, և՛ պահպանելու, կառավարելու գոյություն ունեցող բնակարանային ֆոնդը:

ԱՄՆ

ԱՄՆ-ում «սոցիալական նշանակություն ունեցող բնակարանային ապահովում» հասկացությունը արտահայտվում է «հանրային նշանակության բնակարանային ապահովում» ձևակերպմամբ: Հանրային բնակարանային ապահովման առաջին ծրագրերով շինարարությունն ԱՄՆ-ում սկսվել է 1936 թվականին, որոնց ընթացքում վերացվեցին հին բնակարանային շենքերն ու ետնախորշերը, փոխարենը կառուցվեցին նորերը: Հանրային նշանակության բնակարանային ապահովումը ԱՄՆ-ում այնպես առաջնային ու կարևոր չէ երկրի սոցիալական քաղաքականությունում, ինչպես Արևմտյան Եվրոպայի երկրներում: Վերջին երկու տասնամյակի տեղեկատվությունը ցույց է տալիս, որ տնային տնտեսությունների 67 տոկոսը ԱՄՆ-ում սեփականատերեր են, 31 տոկոսը մասնավոր հատվածի վարձակալությամբ բնակարաններ, 2 տոկոս՝ հանրային բնակարանային ֆոնդը: ԱՄՆ-ում հանրային նշանակության բնակարանային ապահովումը տրամադրվում է այն տնային տնտեսություններին, որոնց եկամուտները ցածր են: Որպես կանոն, դրանց թիվը սահմանափակ է: Ցածր եկամուտ համարվելու սահման է համարվում երկրում սահմանված միջին եկամտային մակարդակին չհասնող եկամուտը:

Հանրային նշանակության բնակարանային ապահովման ամերիկյան ծրագրերից հայտնի է Նյու Յորքի նահանգում գործող Mitchell-Lama Housing Program ծրագիրը, որը կյանքի է կոչվել 1955 թվականից ուժի մեջ մտած օրենքով (The Limited Profit Housing Companies Act): Ծրագրի նպատակն էր զարգացնել և կառուցել մատչելի բնակարաններ միջին եկամուտ ունեցող բնակիչների համար: ԱՄՆ-ում բնակարանային ապահովումը համարվում է մատչելի, երբ չի գերազանցում տնային տնտեսության եկամտի 30 տոկոսը: Նշված բնակարաններն ապահովող կառավարական գործակալություններից են՝ Բնակարանային ապահովման ու քաղաքային

գարգացման դեպարտամենտը (HUD), Գյուղատնտեսական գարգացման դեպարտամենտը (USDA), Դաշնային տնային փոխառության բանկը (Federal Home Loan Bank): Հանրային նշանակության բնակարանային ապահովումը և վարձակալական համակարգը տրամադրվում է տեղական մակարդակով՝ համայնքային գարգացման շահույթ չհետապնդող կոոպերացիաների կողմից, սակայն կառավարվում է դաշնային կառավարության կողմից: Վարձավճարները տարբերակված են, իսկ լրավճարները տրամադրվում են սովորաբար կառավարության կողմից, որոնք նույնպես տարբերակված են: Վերջիններիս հիմքում ընկած է տնային տնտեսությունների աստիճանակարգումը ըստ եկամուտների մակարդակի՝ չափավոր եկամուտ ունեցողներ (ստանում են միջինացված եկամուտների 80-120 տոկոսի չափով), ցածր եկամուտ ունեցողներ (ստանում են միջինացված եկամուտների 50-80 տոկոսի չափով), շատ ցածր եկամուտ ունեցողներ (ստանում են միջինացված եկամուտների մինչև 50 տոկոսի չափով):

Դաշնային կառավարությունը գլխավոր դերն է կատարում ցածր եկամտային բնակարանային քաղաքականության ոլորտում, չնայած վերջին տարիներին մեծացել է նաև ՏԻՄ-երի դերը: Կան 3 տեսակի ֆեդերալ վարձակալման բնակարանային աջակցության ծրագրեր, որոնցից ոչ մեկը սոցիալական պաշտպանության ծրագիր չի հանդիսանում: Առաջինը հանրային բնակարանային ապահովումն է, որ տնօրինում են ՏԻՄ-երը՝ ֆինանսավորվելով ֆեդերալ կառավարության կողմից: Երկրորդը այն ծրագրերն են, որոնք մասնավոր են կամ շահույթ չհետապնդող և ստանում են սուբսիդիաներ կառավարության կողմից: Երրորդը վարձակալական հիմունքներով աջակցությունն է մասնավոր բնակարանաշինությանը՝ բնակարանային թույլտվության և բնակարանային վկայականներով ծրագրերը:

Կանադա

Տնագրկության ծավալը Կանադայում վերջին տարիներին աճել է: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը գտնվում է ցածր մակարդակի վրա՝ ամբողջ բնակարանային ֆոնդի 6 տոկոսը, մինչդեռ մասնավոր վարձակալական համակարգը կազմում է ամբողջ բնակարանային ֆոնդի 32 տոկոսը: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումն իրականացվում է դաշնային և նահանգային մարմինների կողմից, որոնք սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովում տրամադրում են տեղական գործակալությունների հետ միասին: Վերջիններս կառավարում են բնակարանային շինարարության ծրագրերը ՏԻՄ-երում: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման ֆոնդը Կանադայում ձևավորվեց 1974-1986 թթ., շահառուներ սահմանվեցին ցածր եկամուտ ունեցող բնակիչները: 1986 թ.-ից սկսած փոխվեցին չափանիշները, համաձայն որոնց ընդհանուր չափանիշ էր համարվում բնակարանային կարիքների հիմնական նկարագիրը: Բնակարանային կարիքավորությունը գնահատվում է ներկայացված բնակարանային պայմաններով, ինչպես նաև բնակարանային ծախսերի մակարդակով, որոնք գերազանցում են եկամտի 30 տոկոսը: Վարձակալական վճարների ոլորտում գործում են տարբերակված վարձավճարներ: Դրանք հասնում են եկամուտների 20-25 տոկոսին: 1990-ական թվականների կանադական բնակարանային քաղաքականությունը կենտրոնացած էր պակասուրդի կրճատման և դաշնային ներգրավվածության նվազեցման վրա: Ներկայումս Կանադայում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման հիմնական կատարողը սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման ծառայությունների կորպորացիան է (Social Housing Services Corporation - SHSC), որը ձևավորվել է 2002 թ. Օնտարիոյում՝ ապահովելու համար ծառայություններ սոցիալական բնակարանային ապահովման մատակարարներին (հասարակական, շահույթ չհետապնդող և կոոպերատիվ բնակարանային ապահովման կազմակերպություններ): Կոոպերատիվ բնակարանային ապահովման մոդելը Կանադայում գործում է շուրջ 27 տարի՝ առաջարկելով ցածր ու միջին եկամուտ ունեցող բնակչությանը պարզ բնակարանային մոդել:

Ավստրալիա

Ավստրալիայում ցածր եկամուտները սոցիալական բնակարանային ապահովման կարևորագույն չափանիշն են: Բնակարանային սեփականության առումով Ավստրալիան գտնվում է բարձր մակարդակի վրա, որտեղ այն կազմում է ամբողջ բնակարանային ֆոնդի 71 տոկոսը, դրա փոխարեն սո-

ցիալական վարձակալման սեկտորը բավականին փոքր է՝ կազմելով ամբողջ բնակարանային ֆոնդի 6 տոկոսը: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման պատասխանատվությունը բաժանվում է դաշնապետական և նահանգային կառավարման մարմինների միջև: Ավստրալիայի սոցիալական բնակարանային ապահովումը կառավարվում է նահանգների կողմից, սակայն ֆինանսավորման 2/3-ը իրականացնում է ֆեդերալ կառավարությունը, որն ամբողջությամբ պատասխանատու է վարձակալության համար: Պետության և տարածքային մակարդակով առանձնացվում են որոշակի մանրամասներ, սակայն բոլոր սխեմաներում տնային տնտեսությունները իրավունք ունեն ստանալու սոցիալական բնակարանային ապահովում, եթե նրանց եկամուտների մակարդակը ցածր է անհրաժեշտ սահմաններից: Բոլոր գնահատականները տրվում են համախառն եկամտով: Որոշ նահանգներում հաշվի է առնվում տնային տնտեսության համախառն եկամուտը, մինչդեռ այլ նահանգներում՝ ընտանիքի տարբեր անդամների եկամուտները՝ միաժամանակ հաշվի առնելով ընտանիքի երիտասարդ անդամների եկամուտները: Եկամուտների մակարդակը, ինչպես նաև կապիտալ ներդրումները տարբերվում են նահանգից նահանգ:

Ավստրալիայում գործում է սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման տարբերակված վարձակալման սխեմա:

Սոցիալական բնակարանային ապահովման լրավճարները նոր շինարարության կրճատման հետ միասին կրճատվում են: 1989-1990 թթ. համեմատ 1995-1996 թթ. դրանք կրճատվել են 71,4 տոկոսով: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման վարձակալական վճարները կազմում են եկամուտների 20-25 տոկոսը: Միջին վարձավճարները ավելի փոքր են, քան սեփականության արժեքի 1/3-ը:

Նոր Զեյլանդիա

Նոր Զեյլանդիան բնակարանային ապահովման բաշխումը սկսում է առավել ցածր եկամուտ ունեցող տնային տնտեսություններից: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման սեկտորը կազմում է ամբողջ բնակարանային ֆոնդի 5 տոկոսը: Սեփական բնակարանների տեսակարար կշիռը կազմում է 71 տոկոս: Վարձավճարների մասով գործում է տարբերակված սխեմա: Նոր Զեյլանդիայում բնակարանային ապահովման մեծ մասը կառավարվում է կենտրոնական կառավարության գործակալության կողմից:

Ստորև ներկայացվում է վերոնշյալ որոշ երկրների սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման վարչական հսկողության և թույլտվությունների կառուցվածքը:

Աղյուսակ 9. Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման վարչական հսկողությունը և բնակարանային թույլտվությունները

Երկիր	Սոցիալական բնակարանային ապահովում	Բնակարանային թույլտվություններ
Ավստրալիա	Ֆեդերալ և նահանգային կառավարություններ	Ֆեդերալ կառավարություն
Կանադա	Նահանգային կառավարություններ, որոշ վայրերում ՏԻՄ-երի հետ	Նահանգային կառավարություններ, որոշակի ֆեդերալ աջակցությամբ
Ֆրանսիա	Բնակարանային ասոցիացիաներ	Կենտրոնական կառավարություն
Գերմանիա	Համընդհանուր ֆեդերալ հսկողություն, տեղերում՝ նահանգների և ՏԻՄ-երի միջոցով ապահովման պատասխանատվությամբ	Ֆեդերալ սխեմա, նահանգների անունից ՏԻՄ-երի կողմից կառավարվող
Մեծ Բրիտանիա	Հիմնականում ՏԻՄ-եր, նաև գրանցված տնային սեփականատերերի աջակցությամբ	ՏԻՄ-եր, կենտրոնական կառավարության ֆինանսավորմամբ
Իռլանդիա	ՏԻՄ-եր, կենտրոնական իշխանության որոշ աջակցությամբ	Տարածքային առողջապահական վարչություններ
Նիդերլանդներ	Բնակարանային ասոցիացիաներ	Կենտրոնական կառավարություն
Նոր Զեյլանդիա	Կենտրոնական կառավարական գործակալություն	Կենտրոնական կառավարություն
ԱՄՆ	Տեղական կառավարվող, սակայն ֆեդերալ կարգավորմամբ	Տեղական կառավարմամբ, սակայն ֆեդերալ կարգավորմամբ

Իսրայել

Ձևավորման ժամանակահատվածից սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը այս երկրում առաջնային հիմնախնդիր է: 1948–1952 թթ. Իսրայելը սեփականության պայմաններով բնակարաններով ապահովեց հիմնականում Եվրոպայից ու Արևելքից (Իրաք, Եմեն, Եգիպտոս) շուրջ 600 000 ներգաղթյալների: Երկրորդ խոշոր ներգաղթի ժամանակ՝ 1953–1970 թթ., հիմնականում Հյուսիսային Աֆրիկայից, մասնավորապես՝ Մարոկկոյից, Իսրայելի իշխանությունները ներգաղթածներին մատչելի բնակարաններով ապահովեցին հիմնականում վարձակալության պայմաններով:

Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման ծրագրերի իրավական կարգավորումը մեկնարկեց 1998 թ., երբ Իսրայելի խորհրդարանը ընդունեց համապատասխան օրենք: Օրենքը թույլատրում էր հանրային բնակարաններում ապրող երկարաժամկետ վարձակալներին գնել իրենց զբաղեցրած բնակարաններն իջեցված գներով՝ հաշվարկելով վարձակալության ժամկետի հիման վրա: Վարձակալական պայմանագրերը, ըստ այդ օրենքի, փոխվում են սեփականության պայմանագրերի: Հանրային բնակարանային շինարարության այս օրենքով Իսրայելում սոցիալական բնակարանային ապահովումն ուղղվեց թույլ և կարիքավոր սոցիալական խմբերի իրական զարգացմանը:

Վերջին տարիներին Իսրայելի սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման քաղաքականությունը պայմանավորված է մասնավորապես Թեյ Ավիվի ընդունած պլանով՝ ՏԻՄ-ի մակարդակով ստեղծելու քաղաքի համար մատչելի բնակարաններ, որի թիրախ խումբը հիմնականում պետք է լինեն աշխատանք և երեխա ունեցող երիտասարդ ընտանիքները: Այն կառավարվում է հատուկ ստեղծված հանձնաժողովի կողմից: Այս ծրագրով մատչելի բնակարանների 70%-ը տրվում է երիտասարդ ընտանիքներին, որոնց բյուջեն ամսական կազմում է 12 000 շեկել (NIS: Իսրայելի արժույթ) կամ 3 200 ԱՄՆ դոլար: Վարձավճարներն այս բնակարանների համար չպետք է գերազանցեն ամսական 2 800 շեկելը կամ 784 ԱՄՆ դոլարը (հաշվարկները կատարվել են այսօր գործող միջին փոխարժեքով. 1 ԱՄՆ դոլար = 0,28 Իսրայելի շեկել (NIS)):

Իսրայելում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը սոցիալական խմբերին մատչելի բնակարաններով ապահովումն է: Երկու այլ ծրագրերի կարևոր պահանջներից են Իսրայելի առնվազն երեք տարվա քաղաքացիությունը և Իսրայելի բանակում ծառայած լինելը: Այսօր Իսրայելում որոշ վարչական տարածքներում սոցիալական բնակարանաշինությունն իրականացվում է արեզակնային վահանակներով սարքավորված բնակելի շենքերով, որը նորարարական վերջին մոդելներից է այս փոքր պետության համար: Սոցիալական բնակարանային ապահովման ազգային կազմակերպության կողմից (National Housing Company Amidar) մեկնարկվել է սոցիալական բնակարանային ապահովման AMIDAR (Housing Authority) ծրագիրը, որը հեղափոխական նշանակություն ունեցավ՝ օգտագործելով կազմակերպություններին պատկանող շենքերի տանիքները որպես ֆոտոգրավանական մոդուլների տեղադրման մաս: Այս կազմակերպությունն ունի 72 000 բնակարանային միավորներ Իսրայելում: Դրանց մեջ մեծ տոկոս են կազմում հարավային Իսրայելի շենքերը, որտեղ արեզակնային էներգիա ստանալու պայմանները հիանալի են:

Հորդանան

Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովումը գրեթե քառասուն տարվա պատմություն ունի: Կառավարությունն այս ոլորտում առաջին ներդրումներն իրականացրել է դեռևս 1965 թվականին՝ ստեղծելով Բնակարանային ապահովման բանկ, նպատակ ունենալով սոցիալապես խոցելի խմբերին ապահովել փոխառություններով: Կառավարությունը 1980 թվականին հիմնադրեց Քաղաքային զարգացման դեպարտամենտը՝ զարգացնելու և ցածր եկամուտ ունեցող բնակիչներին մատուցելու ծառայություններ Հորդանանի լքված տարածքներում՝ Ամմանում, Ջարբայում և Աքբայում:

1989 թ. Հորդանանի կառավարությունը պատրաստեց և ընդունեց ազգային բնակարանային ապահովման ռազմավարություն, որը ընդգրկում է վերջին քսան տարիներին իրականացված բոլոր գործողությունները: Նշված ռազմավարությամբ կարևորվում է բոլոր եկամտային խմբերի համար մատչելի բնակարաններով ապահովումը: Ռազմավարության առաջնային խնդիրներից էր ձևավորել հիպոթեկային վարկավորման հնարավորություններ: Կարևոր էր բնակարանային

վարկերի մարման երկարաձգումը մինչև երեսուն տարի վճարման ժամանակահատվածով: 1992 թ. ընդունվեց օրենք «Բնակարանային ապահովման և քաղաքային զարգացման վերաբերյալ», որի հոդված 13-ով սահմանվում է, որ սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման շահառուներ կարող են լինել Հորդանանի 18 տարին լրացած քաղաքացիները, ովքեր նման այլ ծրագրերից չեն օգտվում, չունեն համապատասխան ֆինանսական միջոցներ իրենց համար կառուցելու բնակարաններ²⁶:

Քաղաքային զարգացման կորպորացիան համարվում է բնակարանային սոցիալական ոլորտում բնակարանաշինության հիմնական ապահովողը: Վերջինիս կարևոր գործառույթն է ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքներին ապահովել բնակարանաշինությամբ, ընդունել հատուկ չափանիշներ ցածր եկամտով բնակարանաշինության համար: Կազմակերպության իրականացվող 170 ծրագրերում ընդգրկվել են 42 000 կացարաններ, որոնք ուղղորդված են 400 000 տնային տնտեսությունների: 1996 թ. մեկնարկեց Հորդանանի աղքատ և լքված տարածքների ենթակառուցվածքների զարգացման ծրագիրը, որն առ այսօր շարունակվում է: 2007 թ. Հորդանանի իշխանությունների կողմից 7 միլիարդ ԱՄՆ դոլար ներդրվեց ցածր եկամուտ ունեցող բնակչության սոցիալական բնակարանային ապահովման նպատակով: Ներկայումս Հորդանանում կան բնակարանային ապահովման տարբեր ոլորտային գործակալություններ, ինչպիսիք են՝ Պաշտպանության բնակարանային կորպորացիան, Ոստիցիսների բնակարանային հիմնադրամը, համալսարանների բնակարանային հիմնադրամները, բնակարանային կոոպերատիվները, մասնավոր սեկտորը և այլն:

Բահրեյն

Բահրեյնը սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման ոլորտում ներդրումներ և ծրագրեր է իրականացնում բավականին երկար ժամանակ: Սակայն երկրի համար նշված սոցիալական հիմնախնդիրը շարունակում է մնալ առաջնային: Բավական է նշել, որ Բահրեյնում շատ մեծ թիվ են կազմում բնակարանային ապահովման կարիքավորները՝ մոտ 53 000 հերթագրված: Երբեմն հերթագրման ցուցակով Բահրեյնում սպասում են 17 տարի: Ներկայումս իրականացվող ծրագրերից է Բնակարանային նախարարության կողմից իրականացվող սոցիալական բնակարանային ապահովման ծրագիրը: Այդ ծրագրով պետք է կառուցվի 20 000 տուն ցածր եկամուտ ունեցողների համար:

Բահրեյնում սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովման համար առաջնային է համարվում եկամուտների մակարդակը: Սոցիալական նշանակության բնակարանային ապահովում առաջարկվում է այն ընտանիքներին, ում եկամուտը ամսական չի գերազանցում 1060 ԱՄՆ դոլարին համարժեք գումարը: Ստացվում է, որ 53 000 բնակիչ գտնվում է այդ նիշից ներքև, այն դեպքում, երբ Բահրեյնի ամբողջ զբաղվածությունը կազմում է 138 000: Բահրեյնում բարձր են հողատարածքի գները. 225 քառ. մ հողատարածքն արժի մոտավորապես 132 610 ԱՄՆ դոլար, իսկ լրավճարման գրավադրման համար տրված միջին եկամուտ ունեցող անձանց առաջարկվում է 106 088 ԱՄՆ դոլարով: Հողատարածքների գների բարձր լինելը պայմանավորված է բարձրակարգ բնակարանային ոլորտում դրանց կենտրոնացվածությամբ: Ներկայումս Բահրեյնի կառավարությունը մեծ ներդրումներ է իրականացնում՝ հինգ տարում սոցիալական նշանակության ապահովման բնակարաններ կառուցելու համար: Տարեկան 3 000–4 000 բնակարանների կառուցումը հինգ տարվա ընթացքում պետք է հասցվի 15 000–20 000 նորակառույց բնակարանների: Առաջարկ–պահանջարկ անհավասարակշռությունը Բահրեյնի անշարժ գույքի շուկայում զգալիորեն մեծ պահանջարկ է առաջացնում մատչելի բնակարանաշինության նկատմամբ: Սոցիալական ապահովագրության գլխավոր կազմակերպության (Gosi) վերջին տեղեկատվության համաձայն, Բահրեյնի քաղաքացիների 60 տոկոսը և քաղաքացիություն չունեցող բնակչության 90 տոկոսն ամսական ունեն 1061 ԱՄՆ դոլարին համարժեք գումարից պակաս եկամուտ, որը կազմում է ամբողջ ապահովագրված բնակչության 86 տոկոսը: 2003–2009 թթ. Բահրեյնում կառուցվել են 12 200 նոր բնակարաններ:

²⁶ Աղբյուրը՝ Law of the Housing and Urban Development, Article (13), This law is called (the law of Housing and Urban Development for the year 1992) and is considered official from the date of publication in the official Gazette, www.hudc.gov.jo/en/node/1

Հոնգ Կոնգ

Հոնգ Կոնգում կառավարությունը հանրային բնակարանային ապահովումն իրականացնում է «Բնակարանների սեփականության ծրագրի» (Home ownership scheme) միջոցով շուկայակա-նից ցածր վարձակալական և իբրև սեփականություն (վաճառվող) տրվող բնակարաններով: Այս բնակարանները կառուցվում և կառավարվում են Հոնգ Կոնգի բնակարանային ապահով-ման իշխանության (Hong Kong Housing Authority) և Հոնգ Կոնգի բնակարանային ապահովման կազմակերպության (Hong Kong Housing Society) միջոցով: Հոնգ Կոնգի բնակչության գրեթե կեսը ապրում է հանրային բնակարաններում և օգտվում է տարբեր լրավճարներից: Վարձա-վճարն էժան է, քան մասնավոր հատվածում: Այն սուբսիդավորվում է այն եկամուտներից, որոնք ձևավորվում են ավտոկանգառի կամ խանութների համար տրվող հողերի վարձակալությունից: Կան հատուկ կազմակերպություններ (Hong Kong Housing Authority), որոնք իրականացնում են հատուկ բնակարանային շինարարություն:

Մինգապուր

Մինգապուրում սոցիալական նշանակության վարձակալական բնակարանների մեծ մասը պետական են, որտեղ ապրում են ամբողջ վարձակալների գրեթե 85 տոկոսը: Մեծամասամբ դրանք 99 տարով կնքված համաձայնագրեր են: Պետության հատուկ ֆինանսական աջակցությամբ «HDB բնակարանները» (որոնք կառավարվում են HDB-the Housing and Development Board) մեծ տարածում ունեն Մինգապուրում, որպես սեփականությամբ կառուցվող բնակարաններ: Այս բնակարանները կառուցվում են թաղամասով, որտեղ կան դպրոցներ, սուպերմարկետներ, բուժկետեր, շուկաներ, հանգստի և սպորտային ենթակառուցվածքներ: Սոցիալական բնակարանային ապահովման կարիք ունեցող քաղաքացիների նկատմամբ պահանջներն են՝

- Մինգապուրի քաղաքացիություն: Ընտանիքի հիմնական անդամներից գոնե մեկը պետք է լինի Մինգապուրի բնակիչ կամ քաղաքացի:
- Բնակարանի ձեռք բերման ժամանակ լրացած լինի 21 տարին:
- Երկու սենյականոց, երեք սենյականոց, չորս և ավելի սենյականոց բնակարանի գնման ժամանակ գնորդի (ընտանիքի կամ տնային տնտեսության) ընդհանուր ամսական եկա-մուտը համապատասխանաբար չպետք է գերազանցի 2000, 3000, 8000 սինգապուրյան դոլ-արը կամ համապատասխանաբար՝ 1600, 2400, 6400 ԱՄՆ դոլարը (1 սինգապուրյան դոլա-րը համարժեք է 0,8 ԱՄՆ դոլարին), իսկ եթե գնորդը ցանկանում է գնել իր հարազատների (օրինակ, ծնողների) հետ, ապա ընտանիքի եկամտի վերին շեմը սահմանվում է ամսական 12000 սինգապուրյան դոլար: Մինգապուրը չունի հողատարածք, հետևաբար հանրային բնա-կարանային ապահովումը Մինգապուրում չի համարվում աղքատության կամ ցածր եկա-մուտ ունենալու նշան, ինչպես այլ երկրներում: Ամենավորքը հանրային բնակարանային շի-նարարության սեփականության գները հաճախ շատ ավելի թանկ են, քան այլ երկրներում քաղաքային բնակարանների մասնավոր սեփականության գները:

2.2. Միջազգային կառույցների փորձը սոցիալական բնակարանային ապահովման ոլորտում

Աշխարհում հայտնի են այնպիսի խոշոր միջազգային կառույցներ, ինչպիսիք են «Հարիթաթ ֆոր Հյուսիսային Ինթերնեյշլ»-ը, Եվրոպայի Խորհրդի Զարգացման բանկը (CEB-Council of Europe Development Bank), Սոցիալական և կոոպերատիվների բնակարանային ապահովման եվրոպական կոմիտեն (CECODHAS HOUSING EUROPE (CHE)), ինչպես նաև «Բնակարանների երաշխավորման հոլանդական միջազգային կազմակերպություն» (DIGH), «Կառուցապատման և սոցիալական բնակարանային ապահովման հիմնադրամ» (The Building and Social Housing Foundation (BSHF)), «Վոոնբրոն» (Woonbron) հոլանդական կազմակերպությունները, որոնք բազմաթիվ երկրներում սոցիալական մարդասիրական ծրագրերի շրջանակում բնակարա-ններ են ապահովում ամենախոցելի, ամենակարիքավոր մարդկանց համար, սոցիալական վարձակալության բնակարաններ ցածր և միջին եկամուտ ունեցող ընտանիքների և սոցիա-



Դաշնային կառավարությունը գլխավոր դերն է կատարում ցածր եկամտային բնակարանային քաղաքականության ոլորտում, չնայած վերջին տարիներին մեծացել է նաև ՏԻՄ-երի դերը:

լական մատչելի բնակարաններ կայուն միջին եկամուտ ունեցող ընտանիքների համար՝ արտոնյալ պայմաններով:

«Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշլ» միջազգային կազմակերպությունը գործում է աշխարհի 5 տարածաշրջանների 91 երկրներում՝ ԱՄՆ և Կանադա, Լատինական Ամերիկա և Կարիբյան երկրներ (17 երկիր), Եվրոպա և Կենտրոնական Ասիա (20 երկիր), Ասիա-Խաղաղօվկիանոսյան (25 երկիր), Աֆրիկա և Մերձավոր Արևելք (27 երկիր), ուր կազմակերպությունը ամենակարիքավոր ընտանիքների համար կառուցում, վերականգնում և վերանորոգում է բնակարաններ տան սեփականատեր հանդիսացող (որպես «գործընկեր») ընտանիքների, կամավոր աշխատուժի և դրամական ու նյութական նվիրատվությունների օգնությամբ:

Կազմակերպության կողմից բնակարանաշինության ինչպես ծախսերը, այնպես էլ կառուցվող տների ոճը տարբերվում են՝ կախված տարբեր երկրներում բնակլիմայական առանձնահատկություններից, տարածքից, աշխատուժից, հողերից, նյութական և զարգացման օժանդակ ծախսերից, շինարարական չափորոշիչներից, իսկ կառուցված տները վաճառվում են առանց շահույթի, և դրանց վաճառքը ֆինանսավորվում է մատչելի երկարաժամկետ վարկերով: Դրանք ցածր տոկոսադրույքներով կարող են տրամադրվել 4-ից 30 տարվա ժամկետով, չնայած դրանց մեծ մասը տրվում է 6-8 տարով: Բացի այդ, շահառուները իրենց աշխատուժը ամբողջությամբ ներդնում են իրենց իսկ տների կառուցման մեջ: Իսկ լրացուցիչ աշխատուժի անհրաժեշտության դեպքում կամավորներ են գալիս տարբեր երկրների ընկերություններից, դպրոցներից, եկեղեցիներից և այլն: Կազմակերպությունն իր գործունեությունն իրականացնում է տարբեր տարածաշրջաններում տեղակայված ռեսուրսային կենտրոնների միջոցով, որոնք մատուցում են շինարարական ծառայություններ, ուսուցման ծրագրեր, արձագանքում աղետներին, իրականացնում բնակարանային միկրոֆինանսավորում: Դրանք անկախ, տեղական մակարդակով կառավարելի, շահույթ չհետապնդող կամավորական խմբեր են, որոնք ապահովում են շինարարական տարածքները, կազմակերպում շինարարության փոխառության հետ կախված բազմաթիվ հարցեր, օգնում վերականգնման աշխատանքներին:

Իր գործունեությունն իրականացնելիս «Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշլ» կազմակերպությունը սերտորեն համագործակցում է նաև տեղական հասարակական և պետական կազմակերպությունների հետ, որոնց միջոցով իրագործում է կառուցվող տների ջրամատակարարման ու սանիտարական պայմանների ձևավորման հիմնահարցերը: Կազմակերպության սկզբունքները տների նկատմամբ հետևյալ երեքն են՝

- պարզություն՝ կառուցվող տները համեստ չափերի են, բավականին ընդարձակ՝ սեփականատերերի պահանջների բավարարման առումով, սակայն բավականին փոքր՝ հնարավորին չափով մատչելի դարձնելու համար շինարարության ու այլ ծախսերը,
- հարմարավետություն՝ կազմակերպությունն օգտագործում է որակյալ, մատչելի տեղական շինարարական նյութեր: Ուսուցանող խումբը ղեկավարում է բնակարանային շինարարությունը և սովորեցնում կամավորներին ու համագործակցող ընտանիքներին:
- մատչելիություն՝ կազմակերպության կամավորներից և համագործակցող ընտանիքներից բաղկացած աշխատուժը, արդյունավետ շինարարության մեթոդները, տան համեստ չափերը, շահույթի նպատակ չունեցող, արժեզրկումը ճշտող, անտոկոս փոխառությունները դարձնում են այն մատչելի՝ ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների համար:

2010 թ. տարեկան հաշվետվության մեջ «Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ» միջազգային կազմակերպությունը ներկայացրել է իրականացրած աշխատանքների վերաբերյալ տեղեկատվություն:

Աղյուսակ 10. «Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ» կազարած աշխատանքները 2006-2010 թթ.²⁷

Տարեթիվ	Միավորը	Միավորների քանակը
2006	Կառուցված տներ	30 621
2007	Սպասարկված ընտանիքներ	49 039
2008	Սպասարկված ընտանիքներ	55 278
2009	Սպասարկված ընտանիքներ	61 170
2010	Սպասարկված ընտանիքներ	74 960

Յուրաքանչյուր ընտանիք, միջին հաշվով, բաղկացած է հինգ անդամից: «Հաբիթաթը» օգնել է նաև 6335 ընտանիքների օրինական հիմունքներով ձեռք բերելու տուն կամ հողատարածք, իսկ 46964 մարդկանց ցուցաբերել է տեխնիկական աջակցություն՝ իրավական օժանդակությունից մինչև շինարարական խորհրդատվություն կամ ուսուցում: Տարեկան կառուցվող տների թվաքանակը՝ սպասարկվող ընտանիքների թվով կազմակերպությունը նպատակադրվել է 2013 թվականին հասցնել 100 000 ընտանիքի:

«Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ»-ը Հայաստանում սկսել է գործել 2000 թ.-ից: 2008 թ.-ից Հայաստանում «Հաբիթաթի» հիմքի վրա առանձնացավ մեկ այլ կազմակերպություն՝ «Ֆուլեր Սենթր» (Fuller Center), որը շատ ակտիվ գործունեություն է ծավալում Հայաստանում՝ հավատարիմ մնալով «Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ» միջազգային կազմակերպության որդեգրած քաղաքականությանն ու սկզբունքներին: «Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ»-ի հայաստանյան գրասենյակն ապահովում է բնակարաններով ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքներին, իրականացնում բնակարանների նորոգման ծրագրեր՝ առանց շահույթի հետապնդման, կամ տրամադրում բնակարանային վերանորոգման փոխառություններ: Կազմակերպությունը Հայաստանում զբաղվում է աղքատության վերացմանն ուղղված տարբեր ջանքերի գործադրմամբ, ներառյալ մատչելի բնակարանաշինությունը, կիսակառույց բնակարանների ամբողջական ավարտումը, կամավորների ընդգրկումը բնակարանաշինության մեջ:

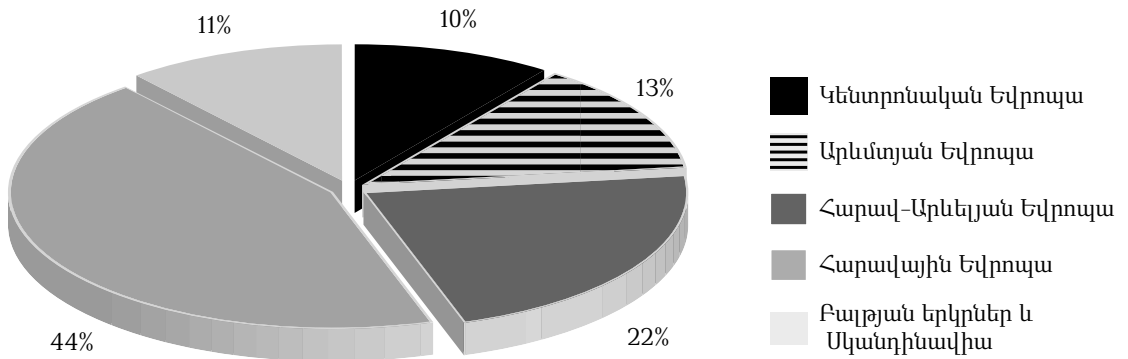
«Հաբիթաթ ֆոր Հյումենիթի Ինթերնեյշնլ»-ի հայաստանյան գրասենյակն համագործակցում է կամավորների, Սփյուռքի, սոցիալական ուղղվածության կազմակերպությունների, Հայ առաքելական եկեղեցու, կառավարական մարմինների և ցածր եկամուտ ունեցող հարյուրավոր ընտանիքների հետ:

Եվրոպայի Խորհրդի Զարգացման բանկը (CEB-Council of Europe Development Bank) ֆինանսավորման եվրոպական խոշորագույն կառույցներից է, որը հիմնադրվելով 1956 թվականին ու տեղակայված լինելով Փարիզում՝ ապահովում է ցածր եկամուտ ունեցող ընտանիքների, խոցելի բնակչության սոցիալական բնակարանային ապահովումը Արևմտյան, Հարավային և Հարավ-Արևելյան, Կենտրոնական Եվրոպայում, ինչպես նաև սկանդինավյան երկրներում: Եվրոպայի Խորհրդի Զարգացման բանկի կողմից 1957-2009 թթ. ընթացքում սոցիալական բնակարանային ապահովման ու քաղաքային զարգացման ծրագրերին ուղղվել է շուրջ 16 միլիարդ եվրո՝ հետևյալ ուղղություններով.

- ցածր եկամտով ընտանիքների բնակարանային ապահովման խնդիրների լուծում Ֆրանսիայում, Պորտուգալիայում, Ռումինիայում, Սերբիայում,
- խոցելի բնակչության բնակարանային ապահովման ծրագրերի իրականացում Ալբանիայում, Մոլդովայում, Սլովակիայում և Թուրքիայում:

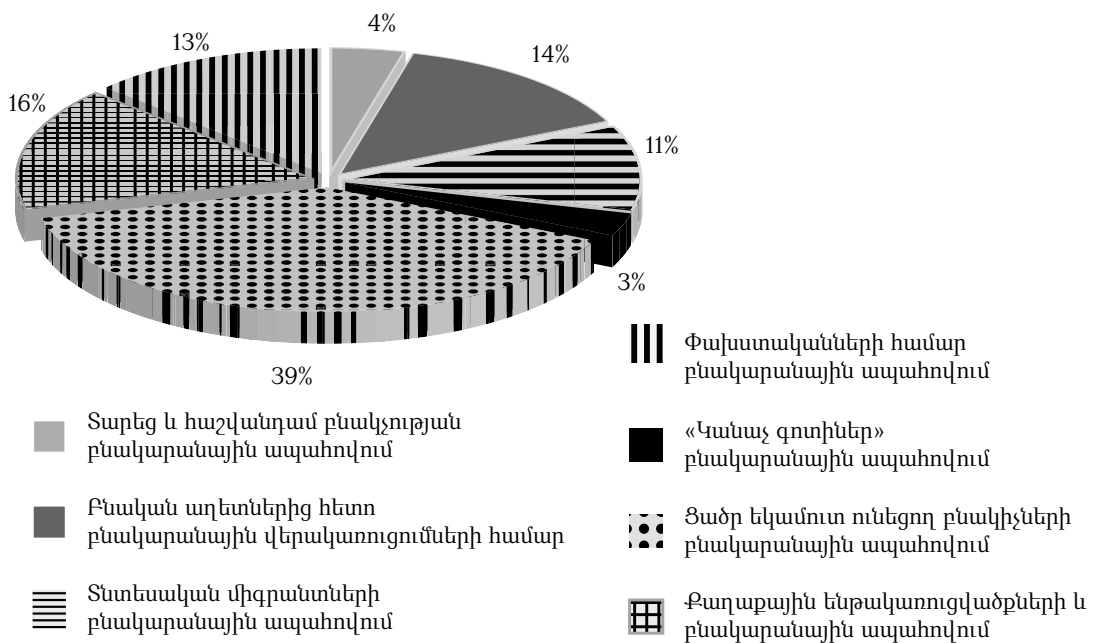
²⁷ Աղբյուրը “What we build” Habitat for Humanity International Annual Report FY2010, July 1, 2009 – June 30, 2010, էջ 7:

Նկար 3. Եվրոպայի Խորհրդի Զարգացման բանկի 1957-2009 թթ. 16 միլիարդ եվրո ֆինանսավորման բաշխումը ըստ տարածաշրջանների



Ինչպես երևում է նկարից, հիմնական ծախսերն ուղղվել են Հարավային Եվրոպայի երկրներ, որտեղ սոցիալական բնակարանային ապահովման խնդիրները առավել սուր բնույթ են կրում:

Ստորև նկարում ներկայացվում է կազմակերպության ֆինանսավորման ոլորտի բաշխումը: Նկար 4. 1957-2009թթ. Եվրոպայի Խորհրդի Զարգացման բանկի ֆինանսավորման աշակցության ոլորտային բաշխումը



Ինչպես երևում է նկար 4-ում, ցածր եկամուտ ունեցող բնակչության բնակարանային ապահովման համար ֆինանսավորվել է ամբողջ բյուջեի 39 տոկոսը՝ ունենալով հստակ սոցիալական ուղղվածություն, իսկ նվազագույնը՝ 4 տոկոս, ուղղվել է տարեց և հաշվանդամ բնակչության բնակարանային ապահովմանը, ինչը բացատրվում է նրանով, որ այս ոլորտում եվրոպական քաղաքականությունն արդեն իսկ հստակ է և առաջնային մշակված:

Սոցիալական և կոոպերատիվների բնակարանային ապահովման եվրոպական կոմիտեն (GHE) ազգային ու տարածքային բնակարանային ապահովման ֆեդերացիաների ցանց է՝ ընդգրկելով 4 500 հասարակական, բնակարանային ապահովման կամավոր կազմակերպություններ և 28 000 կոոպերատիվներ:

Այս կազմակերպության միջոցով ԵՄ երկրներում կառավարվում են 25 000 000 բնակարաններ: Այն շահույթ չհետապնդող կազմակերպություն է, ստեղծվել է 2000 թ. Բրյուսելում, որի առաքելությունն է Եվրոպայի սոցիալապես, տնտեսապես և կայուն տնտեսական միջավայր ունեցող համայնքներին ապահովել մատչելի բնակարաններով: Կազմակերպությունն ունի երեք բաժիններ՝ հասարակական, կոոպերատիվ, շահույթ չհետապնդող, երեք աշխատան-

քային խումբ՝ կայուն քաղաքային, ներքին շուկայի, սոցիալական աշխատանքների զարգացման, երեք կառուցվածքային դեպարտամենտ՝ քաղաքականության ճնաժողովում և լոբբինգ, հաղորդակցում, հետազոտում:

ԵՄ 19 անդամ պետություններ (Ավստրիա, Բելգիա, Չեխիա, Դանիա, Էստոնիա, Ֆինլանդիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա, Հունաստան, Հունգարիա, Իռլանդիա, Իտալիա, Լյուքսեմբուրգ, Նիդերլանդներ, Լեհաստան, Պորտուգալիա, Իսպանիա, Շվեդիա) անդամակցում են այս միջազգային սոցիալական բնակարանային ապահովման կազմակերպությանը: Իսկ համագործակցում են երկու սկանդինավյան պետություններ՝ Նորվեգիան, որտեղ գործում է Կոոպերատիվ բնակարանային ապահովման ասոցիացիայի Նորվեգիայի ֆեդերացիան՝ բաղկացած 74 կոոպերատիվ բնակարանային ասոցիացիաներից, 790 000 անհատ անդամներից, 257 000 բնակարանային միավորներից, և Շվեդիան, որտեղ գործում է Շվեդիայի բնակարանային ֆեդերացիան՝ բաղկացած 1000 անդամից՝ կոոպերատիվներ, շահույթ չհետապնդող հիմնադրամներ, և 140 000 բնակարաններից:

Կառուցապատման և սոցիալական բնակարանային ապահովման հիմնադրամը (BSHF) անկախ հետազոտական կազմակերպություն է, հիմնադրվել է Մեծ Բրիտանիայում 1976 թվականին: Հետազոտական համագործակցության և գիտելիքի փոխանցման միջոցով այն խթանում է բնակարանային ապահովման ոլորտում հիմնարար զարգացումն ու նորարարությունը: Հիմնադրվելով 1976 թ.-ին՝ BSHF գործում է Միացյալ Թագավորությունում և միջազգային ասպարեզում, մատնանշում նորարարական բնակարանային ապահովման լուծումներ, իրականացնում տեղեկատվության փոխանակում, հրապարակում ստացված հետազոտությունների արդյունքները, աշխատում տեղական մակարդակներում:

«Վոոնբրոն» հոլանդական կազմակերպությունը (Woonbron) առաջարկում է բնակարանների գնում, վարձակալություն: Կազմակերպությունն առաջարկում է տարատեսակ ձևեր: Վարձակալությամբ բնակարաններ է տրամադրում Նիդերլանդների Ռոտտերդամ, Սպիդկենիս, Դոդ-ռելխտ և Դիկս քաղաքներում (ավելի քան 50 000 բնակարան): Այս կազմակերպությունը համագործակցում է տարածաշրջանային բնակարանային ապահովման այլ կոոպերատիվների հետ: Այն տրամադրում է գործող բնակարանների համար շուկայական գնից 25 տոկոս, իսկ նորակառույց բնակարանների համար՝ 33,3 տոկոս զեղչ:

Բնակարանների երաշխավորման հոլանդական միջազգային կազմակերպության (DIGH) կողմից վարկային երաշխիքները տրամադրվում են հետևյալ ձևով: Օրինակ, Հարավային Աֆրիկայում բնակարանային շինարարություն իրականացնող բնակարանային ասոցիացիայի հաշվապահական հաշվեկշիռը կազմում է 1 միլիարդ եվրո: Համաձայն 0,03%-ի համաձայնության, ասոցիացիան կարող է ամեն տարի բաշխել մինչև 300 000 եվրո վարկ, որպեսզի երաշխավորի տոկոսադրույքն ու հիմնական վճարումները: 5 տոկոս դրույքաչափով և 10 տարի ժամկետով վարկ վերցնելու համար ծրագիր իրականացնողը կարող է DIGH-ից ձեռք բերել 2 400 000 եվրո վարկ, որը բավարար է 120 տան կառուցման համար: Նիդերլանդներում ընդունված չափորոշիչներին համապատասխան, նախարարությունը կարող է երաշխավորել 30-40 միլիոն եվրո տարեկան՝ հիմնված արտասահմանում հանրային բնակարանաշինության իրականացման վրա, որի պայմաններն են՝ 0,03 տոկոս հաշվեկշռի առավելագույն սահման, ֆինանսական աջակցություն կարող է ցուցաբերվել միայն «A կատեգորիայի» կազմակերպությունների կողմից: Կազմակերպության իրականացրած ծրագրերն են.

1. 2006 թ. առաջին տեղական միկրոֆինանսավորման ծրագիրը Նիկարագուայում՝ 36 տների կառուցման համար:
2. 2009 թ. Հարավային Աֆրիկայի Կապե քաղաքում բնակարանաշինության ծրագիրը կազմակերպության տրամադրած փոխառությունների միջոցով:
3. Բնակարանների վերականգնման ծրագիրը Լատվիայում:

Ներկայումս DIGH կազմակերպությունը երաշխիքներ է փնտրում Հայաստանում նորակառույց շինարարական ծրագրեր իրականացնելու համար, Սուրինամում, Պարամարիբոյում ցածր եկամուտ ունեցող խմբերի համար մատչելի բնակարանաշինության, Հարավային Աֆրիկայում, Յոհանեսբուրգում 1 215 բնակարանների կառուցման, ինչպես և Նիկարագուայի մի քանի խոշոր քաղ-

աքներում բնակարանային շինարարության ծրագրեր իրականացնելու համար²⁸: Կազմակերպության իրականացրած ծրագրերից են «Եվրոպայի երկայնքով կենսունակ համայնքներ», «Կենսունակ բնակարանային ապահովման լուծումներն աշխարհում» ծրագրերը: Ներկայումս կազմակերպությունն իրականացնում է «Կենսունակ քաղաքային միջավայր. Մոդելներ, գործիքակազմ», «Միացյալ Թագավորությունում կենսունակ համայնքների ստեղծում. Որոշ քննադատական մարտահրավերներ» ծրագրերը²⁹:

Գլուխ 3. Բնակարանային ապահովման ռազմավարության հիմնադրույթները Հայաստանի Հանրապետությունում

3.1. Բնակարանաշինությունը և սոցիալական բնակարանային ապահովման բովանդակությունը

Ինչպես աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում բնակարանաշինությունը շուկայական տնտեսության կարևոր բաղադրիչներից է, քանի որ այն մարդու կենսունակության ապահովման կարևոր պայմանն է: Բնակարանաշինությունը բնակելի տարածքների կառուցումն է, ընդլայնումը, կապիտալ բարելավումը, որը Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացվում է ի հաշիվ բնակչության (66,2 տոկոս³⁰), կազմակերպությունների (22,8 տոկոս), պետական բյուջեի (10,9 տոկոս) միջոցների և մարդասիրական օգնության (0,1 տոկոս): Սոցիալական բնակարանաշինության հասկացություն ՀՀ օրենսդրությունը չի պարունակում: Այդուհանդերձ, հաշվի առնելով միջազգային փորձը, երկրում բնակարանային հիմնախնդրի առանձնահատկությունը և լուծմանն ուղղված ծրագրերում ընդգրկված շահառուներին և հարցի էությունը, կարելի է սահմանել, որ սոցիալական բնակարանաշինությունը ցածր և միջին եկամուտ ունեցող ընտանիքների, ինչպես նաև սոցիալապես խոցելի խմբերի բնակարանային կարիքների բավարարմանը (բարելավմանը) ուղղված միջոցառում է, որը, մասնավորապես Հայաստանում, հանդիսանում է նաև պետության սահմանադրական պարտավորություն:

Արտասահմանում սոցիալական բնակարանային ֆոնդը ստեղծվում է պետական ու համայնքային աջակցության ծրագրերի շրջանակներում բնակարանների կամ բնակելի տների կառուցման (անավարտ շինարարություն, վերակառուցում, նոր շինարարություն), շուկայից ձեռք բերման (գնում, վարձակալում) միջոցով: Եթե եվրոպական երկրներում բնակարանաշինության մեջ սոցիալական բնակարանաշինության բաժինը, օրինակ, Նիդերլանդներում կազմում է 35 տոկոս, Շվեդիայում՝ 20 տոկոս, Մեծ Բրիտանիայում՝ 18 տոկոս, ապա Հայաստանում 2,5 տոկոս³¹ է, իսկ արտերկրի սոցիալական բնակարանային ապահովման կարևոր տարր հանդիսացող սոցիալական վարձակալական ինստիտուտը, կարելի է ասել, բացակայում է Հայաստանում: Արտասահմանյան երկրներում բնակարանային ապահովման թիրախի ընտրության հիմնական չափանիշ է հանդիսանում եկամուտների մակարդակը, և սոցիալական բնակարանային ապահովման համապատասխան համակարգերը, որպես կանոն, ամրագրում են տնային տնտեսության (ընտանիքի) եկամտի առավելագույն շեմը:

Ինչպես տեսանք, վերջին տարիներին մեր երկրում իրականացված բնակարանաշինությունը շատ փոքր մասով է լուծել բնակարանային կարիք ունեցող ընտանիքների բնակարանային ապահովության խնդիրը: Բնակարանի կարիք ունեցող ավելի քան 60 հազար ընտանիքների առկայության հետ մեկտեղ այսօր առկա է նաև չբնակեցված բնակֆոնդ (հատկապես Երևանում), որի

²⁸ Աղբյուրը՝ www.digh.nl/project

²⁹ Աղբյուրը՝ Research Programmes, www.bshf.org/research/sustainable-future.cfm?lang=00

³⁰ ՀՀ ԱՎԾ տվյալներով հաշվարկված վերջին երեք տարիների միջին ցուցանիշներ, որոնք ըստ տարիների, համապատասխանաբար, կազմել են հետևյալ տեսակարար կշիռը տոկոսներով՝ 2008 – բնակչ. 72.2, կազմ. 23.4, պետ. բյուջ. 4.4, մարդասիրական օգնութ. 0
2009 – բնակչ. 80.4, կազմ. 17.1, պետ. բյուջ. 2.5, մարդասիրական օգնութ. 0
2010 – բնակչ. 46.1, կազմ. 27.7, պետ. բյուջ. 25.9, մարդասիրական օգնութ. 0,3

³¹ Աղբյուրը՝ Սոցիալական բնակարանաշինություն, 21 ապրիլի 2011, www.shirakcentre.org/index.php

ճշգրիտ ծավալները գնահատելը դժվար է: Կարելի է միայն համառոտ թվարկել բնակֆոնդի այդ մասի փաստացի չչահագործման պատճառները: Դրանք են.

- անշարժ գույքի գները, որոնք մատչելի չեն բնակարանի կարիք ունեցողներին,
- որոշ բնակտարածքների էլիտարությունը, որին համապատասխան քանակի պահանջարկ ներկայացնողներ չկան,
- համապատասխան բնակտարածության վթարային լինելը,
- ներդրումային նպատակներով կառուցված բնակտարածություններ,
- կոմունալ-կենցաղային խնդիրներով հին և նոր բնակտարածքներ (այսպիսիք առկա են ինչպես մարզերում, այնպես էլ Երևանում, ընդ որում՝ նաև նորակառուցներում, հիմնականում կառուցապատողների և իրացնողների անբարեխղճության արդյունքում):

Ելնելով վերը նշվածից՝ բնակարանային ապահովման համար նախանշվում են երկու հիմնական ուղղություններ.

1. առկա բնակարանային ֆոնդի կառավարում, և
2. նոր (սոցիալական) բնակարանային ֆոնդի ձևավորում:

Այս խնդիրների լուծումը նպատակահարմար է կյանքի կոչել Հայաստանի Հանրապետությունում բնակարանային ապահովման ռազմավարության միջոցով:

Հաշվի առնելով երկրի ռազմաքաղաքական, սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական վիճակը՝ բնակարանային ապահովումը՝ որպես ավելի լայն հասկացություն, և առաջարկվող ռազմավարության գործարկումը, չենք դիտարկում զուտ որպես սոցիալական խնդիր՝ այն ենթարկելով բազում հիմնախնդիրների և մարտահրավերների լուծման հրամայականին:

Սոցիալական բնակարանային ապահովության ռազմավարության (այսուհետև՝ նաև ռազմավարություն) սկզբունքներն են.

Սահմանադրականությունը: Ռազմավարության իրացումը պետք է հնարավորություն ընձեռի կյանքի կոչելու Սահմանադրության 34-րդ և 48-րդ հոդվածներում ամրագրված համապատասխան դրույթները:

Սոցիալական արդարության սկզբունքը: Բնակարանային ապահովման ռազմավարությունը կիրառելիս առավելագույնս պետք է հաշվի առնել հասարակության աղքատ և սոցիալապես խոցելի խմբերի բնակարանային ապահովման պահանջները: Խոսքը հատկապես վերաբերում է բնակարանային ապահովումից առաջին անգամ օգտվող մարդկանց, ինչպես նաև նրանց, ովքեր իրենց եկամտի զգալի մասը ծախսում են բնակարանային ապահովման խնդիրների լուծման համար:

Նպատակայնությունը: Սոցիալական բնակարանային ապահովության ռազմավարության նպատակները պետք է բխեն ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված հիմնական նպատակադրումներից, իսկ գործողություններն օժանդակեն երկրի զարգացման հայեցակարգային խնդիրների (ժողովրդագրական, քաղաքաշինական, բնապահպանական, տարածքային համաչափ զարգացման, տնտեսական աճի) լուծմանը:

Ամբողջականությունը: Ռազմավարության տեսադաշտում պետք է լինեն ցածր և միջին եկամուտ ունեցող բոլոր ընտանիքները, դրանց հաշվառումը և բնակարանային ապահովման տարբերակված մոտեցումները: Ռազմավարությամբ պետք է գույքագրվեն և դասակարգվեն բնակարանային խնդիրներին առնչվող առկա և առաջիկա բոլոր ծրագրերն ու ենթածրագրերը՝ անկախ դրանց գերատեսչական ենթակայությունից (զինված ուժերի կամ իրավապահ մարմինների աշխատակիցներ) կամ թիրախ խմբերի կարգավիճակից (տարեցներ, փախստականներ կամ երիտասարդ ընտանիքներ): Հաշվառման համակարգը պետք է հիմնվի նախապես թիրախավորված խմբերի առանձնահատկությունների վրա: Այս համակարգում իրենց համապատասխան դերակատարությունը պետք է ունենան ՏԻՄ-երը, ՀՀ տարածքային կառավարման, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, սպորտի և երիտասարդության, քաղաքաշինության, Սփյուռքի նախարարությունները: Հաշվառման համակարգը պետք է բավարարի հստակության և թափանցիկության չափանիշներին:

Շարունակականությունը: Ռազմավարությամբ նախանշված ծրագրերի ու կառուցակարգերի գործողությունը պետք է կրի մշտական բնույթ, անկախ ներքաղաքական իրավիճակից կամ նա-

խընտրական ժամանակաշրջանների³², համապատասխան թիրախ խմբերին պատկանող ընտանիքների (անձանց) հաշվառումը պետք է ընթանա անընդհատ, իսկ հաշվառման բազաները պետք պարբերաբար թարմացվեն:

Պետություն-մասնավոր-հասարակական հատված համագործակցությունը: Ռազմավարության իրագործումը պետք է ընթանա ինչպես պետական (ներառյալ տարածքային և համայնքային), այնպես էլ մասնավոր (ներառյալ կորպորատիվ, ֆինանսական) և հասարակական (ներառյալ օտարերկրյա) կառույցների միջոցների և ջանքերի ներդրման միջոցով:

Տնտեսվարությունը: Ռազմավարության ընդունումից հետո մեկնարկող ծրագրերի նախագծման և հաշվարկման հիմքում պետք է ընկած լինեն առավելագույն ռացիոնալ և տնտեսվարական լուծումները: Սա նշանակում է, որ, օրինակ, սոցիալական բնակարանաշինական ծրագրերը պետք է շաղկապված լինեն քաղաքաշինական և բնապահպանական³³ ծրագրերի հետ, դրանց տեղայնացումը պետք է հնարավորին չափ կողմնորոշված լինի դեպի էժան հողերին և շինարարական նյութերին մոտ համայնքները, ճարտարապետա-ինժեներական նախագծերը պետք է լինեն խնայողական-տնտեսող բնույթի:

3.2. Սոցիալական բնակարանային ապահովման քաղաքականության թիրախավորում

ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Սոցիալական բնակարանային ապահովության խոշորացված թիրախ խմբեր կարող են հանդիսանալ.

- գնողունակ կարիքավոր ընտանիքներ,
- ոչ գնողունակ կարիքավոր ընտանիքներ,
- առանձնահատուկ խոցելի սոցիալական խմբեր՝ բազմազավակ ընտանիք, հաշմանդամների ընտանիք և այլն,
- «ժողովրդագրական արժեք» ներկայացնող ընտանիք,
- «տարածքների համաչափ զարգացման պոտենցիալով» ընտանիք:

Միաժամանակ, ռազմավարության հիման վրա ծրագրեր նախագծելիս հարկ է մանրակրկիտ ուսումնասիրել և վերլուծել դրական և բացասական մի շարք գործոններ, ծրագրերի նախագծման ժամանակ պետք է գնահատել դրանց թույլ և ուժեղ կողմերը՝ բացատրելու համար անցանկալի ռիսկերի առկայությունը, օրինակ՝ գյուղական համայնքներից դեպի քաղաքներ բնակչության միգրացիոն միտումների աշխուժացում, կամ առանձին տարածքներում աղքատ բնակչության կուտակումներ, ինչպիսիք նկատվել են արտերկրում որոշ նմանատիպ ծրագրերի իրականացման արդյունքում:

Հանրապետությունում, հատկապես քաղաքային համայնքներում առկա չշահագործվող բնակֆոնդի կամ այլ համապատասխան տարածքների առկայություն (գույքագրում), որոնք հնարավոր է բազա ծառայեն նոր բնակտարածքների ձևավորման համար:

Գյուղական վայրերում համայնքների կամ առանձին տնային տնտեսությունների տրամադրության տակ հողակտորների առկայություն, որոնց սեփականատերերը կցանկանային դրանք օգտագործել բնակարանաշինության նպատակներով (օրինակ՝ ընտանիքի նոր ամուսնացող զավակին բնակտարածքով ապահովելու համար):

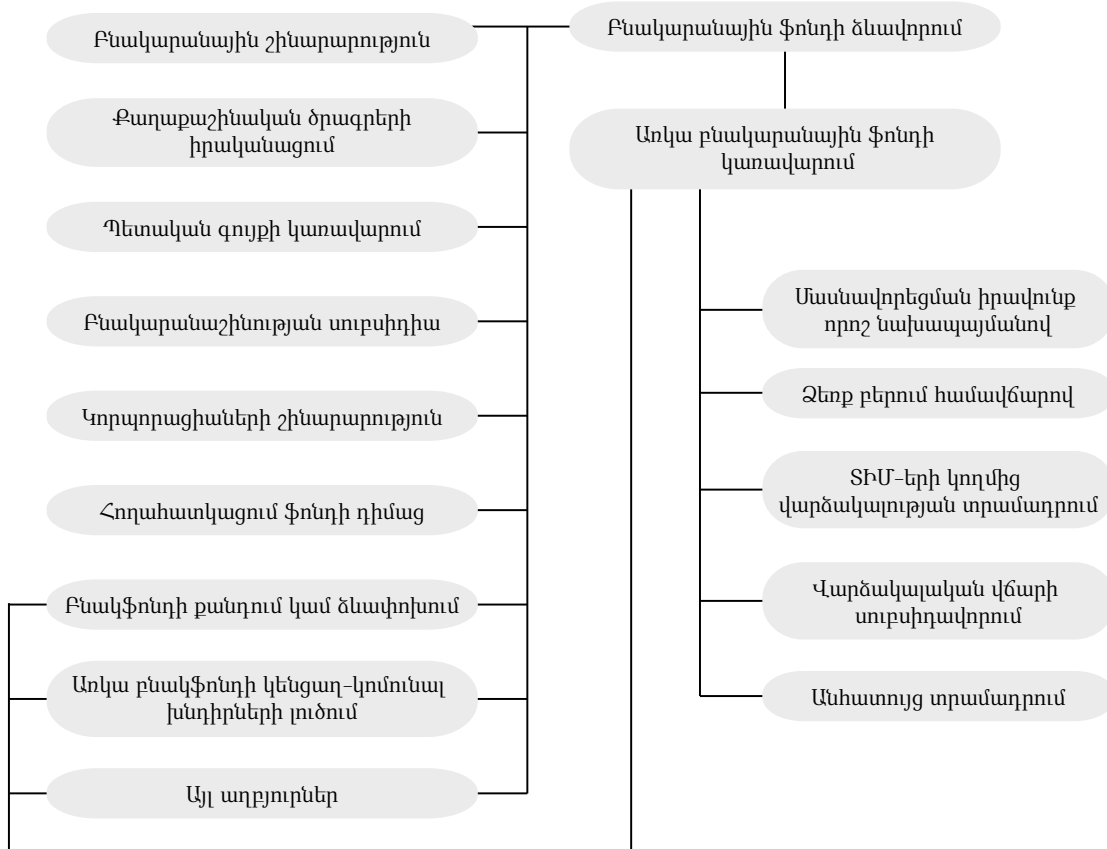
Այսպիսով, ստորև ներկայացվում է բնակարանային ապահովման այն մոդելը, որը կարող է հանդիսանալ բնակարանային ապահովման ռազմավարության հիմքը: Այն հաշվի է առնում ինչպես արդեն ներկայացված միջազգային փորձը՝ Հայաստանի պարագայում կիրառելիության սահմաններում, այնպես էլ երկրի ներկա իրավիճակից, ինչպես նաև ավանդույթներից ձևավորված մոտեցումները:

³² Տե՛ս ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների գործարկված բնակելի տարածության համամասնությունների փոփոխությունների միտումները (armstat.am):

³³ Տե՛ս մասնավորապես սույն աշխատանքի 2- ըրդ գլխում ներկայացված Իսրայելի օրինակը:

Բնակարանային ապահովման առաջարկվող մոդելը ենթադրում է հետևյալ մակարդակներով խնդիրների լուծումը՝

1. Բնակարանային ֆոնդի ձևավորմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում,
2. Առկա բնակարանային ֆոնդի կառավարում,
3. Բնակարանային ապահովման սխեմաների կիրառում:



1. Բնակարանային շինարարությունը պետք է իրականացվի համակարգված՝ կառավարություն-ՏԻՄ-գերատեսչություններ-մասնավոր հատված միասնական քաղաքականության շրջանակում: Սոցիալական բնակարանային շինարարությունը պետք է ապահովի քաղաքաշինական և կենցաղային համապատասխան խնդիրների լուծում և ենթակառուցվածքների ապահովում: Տիպային շինարարությունը, տնտեսական արդյունավետության սկզբունքի գործադրումը, ոչ գրավիչ նոր տարածքների յուրացումը, տնտեսական աճի պոտենցիալ ունեցող գոտիների հետ համակցումը և իրականացվող բոլոր ծրագրերի համակարգումը կարող է թույլ տալ ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման պայմաններում ստանալ անհամեմատ ավելի մեծ արդյունք, քան այսօր, երբ առկա է գերատեսչական առանձնացվածություն, բացակայում է համակարգվածությունը, հաշվի չեն առնվում սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության առաջնահերթությունների ու տարածքների համաչափ զարգացման ապահովման հիմնախնդիրները:
2. Համապատասխան քաղաքաշինական ծրագրերի իրականացումը, հատկապես ՏԻՄ-երի կողմից, բացահայտելու է տարածքների գրավչության բարձրացման նոր հնարավորություններ, իսկ կառավարության մակարդակով աջակցությունը՝ հատկապես վերաբնակեցման ու ներգաղթի ծրագրերի համար, հնարավորություն կտա ներգրավել ներդրումներ ոչ միայն ներքին, այլ նաև արտաքին աղբյուրներից:
3. Պետական գույքի արդյունավետ կառավարումը՝ գույքի նպատակայնության փոփոխությունը և ընդհանուր սոցիալական բնակարանային ապահովման տեսանկյունից դիտարկումը կբացահայտի այն արդյունավետ կառավարելու նոր հնարավորություններ, այդ թվում՝ օգտագործում որպես հնարավոր բնակարանային ֆոնդ կամ հողատարածք՝ բնակարանաշինության համար:



4. Տներ կառուցելու սուբսիդիաների համակարգի գործադրումը կբարձրացնի անհատ քաղաքացիների վստահությունը ոլորտի նկատմամբ, կխթանի տնային տնտեսությունների խնայողությունների ներգրավումը մասնավոր շինարարության մեջ:
5. Հայաստանում գործում են մի շարք խոշոր ընկերություններ, որոնք իրականացնում են կամ ի վիճակի են իրականացնել խոշոր սոցիալական ծրագրեր: Նման ծրագրերից կարող է լինել կազմակերպության աշխատակիցների բնակարանային խնդիրների լուծման նպատակով շինարարությունը: Այդ ռեսուրսի հաշվարկումն ու գործադրումը՝ կառավարության խթանիչ քայլերի հետ զուգահեռ, կարող է լուրջ շարժիչ ուժ դառնալ ինչպես ընկերությունների կողմից կորպորատիվ սոցիալական պատասխանատվության շրջանակներում իրենց շահույթները դեպի աշխատավորական կոլեկտիվի բնակարանային ապահովում և բնակարանաշինություն ուղղորդելու, այլև կմոբիլիզացնի այդպիսի աշխատավորական կոլեկտիվի անդամներին՝ մասնակցելու նման ծրագրերին անձնական խնայողություններով:
6. Պետական և ՏԻՄ-երի սեփականություն հանդիսացող հողերի մասնավորեցումից և այդ տարածքներում շինարարության թույլտվությունից թեև գոյանում են բյուջետային միջոցներ, սակայն դրանք նպատակային չեն: Հողահատկացման միջոցների ուղղորդումը նպատակային հիմնադրամին, ինչպես նաև հողահատկացումը բնակարանների դիմաց և դրանք առավել խոցելի խմբերին տրամադրումը կարող է թույլ տալ խուսափել այն բացասական երևույթից, որին կարելի է հանդիպել այլ երկրներում՝ աղքատների թաղերի առաջացում և սոցիալական տարբեր խավերի քաղաքացիների առանձնացված ապրելակերպի ձևավորում: Այս երևույթին արդեն կարելի է հանդիպել նաև Հայաստանում: Արդյունքում ոչ միայն ավելի է խորանում աղքատությունը, այլ նաև բարձրանում փոխադարձ անհանդուրժողականության աստիճանը, իսկ քաղաքաշինական տեսակետից տարիներ անց առաջանում են բարեկեցիկ թաղամասեր և ոչ գրավիչ ու աղքատներով բնակեցված տարածքներ: Այս հիմնախնդրի կանխարգելումը և դրանից խուսափելը կարող է զերծ պահել մեզ հետագայում նոր այլ բարդություններից:
7. Բնակարանային ֆոնդի ձևավորմանը նպաստելու է նաև առկա բնակֆոնդի ձևավորումը և նույնիսկ քանդումը: Ակնհայտ է, որ ֆիզիկապես և բարոյապես մաշված բնակֆոնդի պայմաններում արդեն առաջացել է որոշ բնակֆոնդի քանդման և տարածքում նոր քաղաքաշինական լուծումների անհրաժեշտություն: Նոր տարածքների յուրացումը քանդման ենթակա բնակֆոնդի պայմաններում կարելի է դասել արդյունավետության տեսանկյունից խիստ վիճահարույց լուծումների շարքին:
8. Հայաստանում առկա է բնակֆոնդ, ինչպես նաև տարածքներ, որոնց գրավչության պակասը պայմանավորված է կենցաղային և կոմունալ խնդիրներով: Այդպիսի շենքերի կամ տարածքների ենթակառուցվածքների վերականգնումը, զարգացումը, վերակառուցումը, նոր ենթակառուցվածքների ապահովումը ամբողջությամբ կփոխի նման բնակարանային ֆոնդի նկատմամբ հանրային ընկալումն ու հետաքրքրությունը:
9. Այլ աղբյուրներ կարող են լինել տարբեր պայմաններում ՏԻՄ-երի սեփականություն դարձող բնակարանային ֆոնդը, ինչպես նաև այլ դեպքեր, ինչպիսիք են նվիրատվությունները, բարեգործական կամ աջակցության ծրագրերը և այլն:



Կառավարությունը
ռազմավարության
իրականացման գլխավոր
պատասխանատուն է:

10. Նոր ստեղծվելիք սոցիալական բնակարանային ֆոնդի կառավարման ընդհանուր սկզբունքներից պետք է լինեն դրանց՝ համայնքներին ամրագրումը նախքան դրանք սեփականության իրավունքով կփոխանցվեն (կիրացվեն) համապատասխան թիրախ խմբերի ընտանիքներին: Համապատասխան համայնքների կողմից իրենց եկամուտների որոշակի մասը կանոնավոր

- կերպով պետք է ուղղվի սոցիալական բնակարանային ապահովմանը (օժանդակում, կառուցում, սպասարկում, համաֆինանսավորում):
11. Ռազմավարության իրականացման և սոցիալական բնակարանային ֆոնդի կառավարման հատկապես սկզբնական փուլերում կարևոր է հասարակության իրազեկումը, վերջինիս առջև հաշվետվականությունը, ՋԼՄ-ներով ընթացքի լուսաբանումը:
 12. Սոցիալական բնակարանների ձեռք բերման պարտադիր պայմաններից պետք է լինի այդ բնակարանում ապրելը և որոշակի երկար ժամանակահատվածում (օրինակ՝ 10 տարի) վաճառելու արգելքը: Քաղաքացին նախանշված ժամկետից շուտ կարող է միայն վերադարձնել բնակարանը համապատասխան հատուցման դիմաց:
 13. Բնակարանային կարիք ունեցող այն ընտանիքները, որոնք դեռևս կարիք չունեն բնակարանի ձեռք բերման կամ ի վիճակի չեն այդ խնդիրը լուծելու, պետք է ստանան սոցիալական բնակարանային ֆոնդից բնակարաններ վարձակալությամբ:
 14. Վարձակալական վճարի սուբսիդավորումը առավել կարևորություն կունենա ոչ միայն անապահով, աղքատ կամ հատուկ թիրախ-խմբերի մաս կազմող ընտանիքների դեպքում, այլ նաև տարածքային համաչափ զարգացման շրջանակներում վերաբնակեցման խրախուսման ժամանակ:
 15. Վարձակալության կամ վարձակալության սուբսիդավորման ծրագրից կարող են օգտվել նաև իրենց բնակարանային պայմանների բարելավման հերթին սպասող ընտանիքները:
 16. Վարձակալող ընտանիքների եկամուտների ավելացման դեպքում վերջիններս պետք է առաջնահերթության իրավունք ունենան իրենց կողմից վարձակալվող բնակարանների գնման (մասնավորեցման) համար:
 17. Ձևավորվող բնակարանային ֆոնդը կարող է նպաստել բնակարանային ապահովման խնդրին մի քանի ուղղություններով: Այսպես, մի շարք, հատկապես՝ եվրոպական երկրներում բնակարանային ապահովումը դիտարկվում է բնակարանները վարձակալության տրամադրելու ձևով: Սակայն Հայաստանում բնակարանային ապահովման կարիք ունեն նաև սոցիալական այն շերտերը, որոնց թեև ընդունված չէ աղքատ համարել, սակայն նրանց եկամուտները չեն կարող բավարարել բնակարանային խնդիրները ինքնուրույն լուծելու համար՝ շուկայական պայմաններում: Միաժամանակ հարկ է նկատի ունենալ, որ որպես սեփականություն բնակարան ունենալը՝ բնակֆոնդի համատարած սեփականաշնորհված լինելու դեպքում, ավելի գրավիչ է, քան վարձակալումը:
 18. Ռազմավարության իրականացման ելակետ և համապատասխան ճշգրտումների նախապայման է հանդիսանալու համայնքներում բնակարանի (տների, լրացուցիչ բնակտարածքների) կարիք ունեցող ընտանիքների հաշվառումը ստորև ներկայացվող կարիքավորության թիրախ խմբերի կտրվածքով: Այս աշխատանքներն անմիջականորեն իրականացվելու են համայնքների, Երևանում՝ վարչական շրջանների կողմից, համակարգվելու և արդյունքներն ամփոփվելու են մարզերում՝ մարզպետարանների, Երևանում՝ քաղաքապետարանի կողմից:

ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԳՈՐԾՄԱՆ ԱՐԺԵՔԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ

Ինչպես նշվեց վերևում, ներկայումս հանրապետությունում իրականացվող բնակարանային շինարարությունը ըստ ֆինանսավորման առավել խոշոր աղբյուրների հետևյալ հերթականությունն ունի.

- Բնակչության միջոցների հաշվին,
- Կազմակերպությունների միջոցների հաշվին,
- Պետական միջոցների հաշվին,
- Մարդասիրական օգնության հաշվին:

Պետական բյուջեի ծախսերի վերաբերյալ ամփոփ տվյալների համաձայն 2004-2011 թթ. ժամանակաշրջանում բնակարանային ապահովմանը հատկացված գումարները կազմում են շուրջ 100 միլիարդ դրամ կամ միջին տարեկան 12,5 մլրդ., իսկ վերջին երեք տարիներին՝ միջին տարեկան

ավելի քան 20 միլիարդ դրամ³⁴: Մրանք շատ լուրջ գումարներ են և եթե հաշվի առնենք ֆինանսավորման այլ աղբյուրների (մասնավոր, բանկային, օտարերկրյա) ներուժը, ապա ռազմավարության ընդունումից հետո առկա և նախատեսվելիք ծրագրերի արդյունավետության բարձրացման հետ մեկտեղ կարելի է ձգտել սոցիալական բնակարանային շինարարության հավակնոտ ծավալների, օրինակ՝ տարեկան ոչ պակաս, քան 4 հազար բնակարան: Ռազմավարության շրջանակներում աշխատելու պարագայում սա իրատեսական թիվ է, որի հաշվարկման հիմքում ընկած են պետական բյուջեի և ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության ցուցանիշները, ինչպես նաև սոցիալական բնակարանաշինությամբ զբաղվող տեղական երկու կազմակերպությունների ցուցանիշները:

Սույն նյութում առաջարկվող կարիքավորության ընդհանուր չափորոշիչների հիման վրա թիրախ խմբերի հաշվառման արդյունքներն ամենայն հավանականությամբ կհանգեցնեն շահառու ընտանիքների առավել քիչ քանակի, քան այսօրվա փորձագիտական գնահատականներն են և մեր ներկայացրած՝ Հայաստանում բնակարանային պահանջարկի մոտավոր կառուցվածքի աղյուսակում ներառվածը՝ 64 500, սակայն հաշվի առնելով, որ ռազմավարության իրականացումը դիտվում է միջինը 20 տարվա հեռանկարով, իսկ համապատասխան ոլորտի և թիրախ խմբերի առանձնահատկություններից ելնելով համապատասխան կարիքավոր խմբերի առաջացումն ու իրենց խմբերը փոխելը դինամիկ պրոցես է ենթադրում, ուստի նշված քսանամյա ժամանակահատվածի համար դիտարկվում է 64 500 ընտանիքի բնակարանային խնդիրների լուծման անհրաժեշտություն:

Այսօրվա շուկայական գներով հաշվարկված, բնակվելու համար պատրաստ շահագործման հանձնված բնակարանի մեկ քառակուսի մետրի միջին ինքնարժեքը Երևանում ընդունվել է մոտ 320 000 դրամ³⁵: Առաջարկվող ռազմավարության իրականացման լավատեսական մոտավոր ֆինանսական արժեքի հաշվարկման համար ելակետ է վերցվում վերևում հիշատակված՝ բնակարանով ապահովման համար պետության կողմից բոլոր ծրագրերի մասով 2001-2008 թթ. ծախսված մեկ ընտանիքի հաշվով միջինը 3,2 միլիոն դրամի³⁶ և այսօրվա շուկայական գներով հաշվարկված հիսունհինգ քառ. մ տարածքով բնակարանի գնի միջին թվաբանականը, որը կազմում է 10 400 000 դրամ $/(55 \cdot 320 000 + 3 200 000) : 2 /$:

- Այսպիսով ունենում ենք ռազմավարության իրականացման՝
- Մոտավոր արժեքը՝ 670 800 000 000 դրամ
- Շահառուների թիվը՝ 64 500 ընտանիք
- Մեկ բնակարանի (55 քառ. մ) արժեքը՝ 10 400 000:
- Մեկ քառ. մ սոցիալական բնակարանային ֆոնդի արժեքը՝ 189 000

20 տարվա միջև համաչափ բաշխելու դեպքում տարեկան 33 540 000 000 դրամ է անհրաժեշտ, որից պետության ներդրումը այսօրվա ֆինանսավորման տեմպի պահպանման պայմաններում կարող է կազմել կեսից ավելին (տարեկան 20 մլրդ. դրամ) կամ շուրջ 60 տոկոսը:

Ռազմավարության իրականացման չափավոր լավատեսական ֆինանսական արժեքի հաշվարկման համար ելակետ է ընդունվել պետական բյուջեի մասին օրենքներով 2008-2010 թվականների համար «բնակարանային շինարարություն» և «բնակարանային ապահովում» հոդվածներով նախատեսված ընդհանուր ծախսերի հանրագումարը՝ 42,9 մլրդ. դրամ³⁷, ինչպես նաև ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալները՝ նույն ժամանակահատվածում պետական բյուջեի միջոցների հաշվին շահագործման հանձնված բնակելի մակերեսը՝ 161 869 քառ. մ: Արդյունքում ստանում ենք ռազմավարության իրականացման՝

- Մոտավոր արժեքը՝ 940 087 500 000 դրամ

³⁴ Տե՛ս 2004-2011 թթ. ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքներով բնակարանային շինարարության և բնակարանային ապահովման ոլորտում նախատեսված ծախսերը:

³⁵ 800 ԱՄՆ դոլար՝ բազմապատկած 400-ով:

³⁶ Ըստ ամենայնի այս թվի մեջ որոշ դեպքերում պետք է ներառված լինի նաև առանձին բնակելիների բնակարաններում տեղադրված սանհանգույցների և խոհանոցային սարքավորումների արժեքը:

³⁷ 2004-2011 թթ. ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքներով բնակարանային շինարարության և բնակարանային ապահովման ոլորտում նախատեսված ծախսերը:

- Շահառուների թիվը՝ 64500 ընտանիք
- Մեկ բնակարանի (55 քառ. մ) արժեքը՝ 14 575 000
- Մեկ քառ. մ սոցիալական բնակարանային ֆոնդի արժեքը՝ 265 000
- 20 տարվա միջև համաչափ բաշխելու դեպքում տարեկան 47 004 375 000 դրամ է անհրաժեշտ, որից պետության ներդրումը այսօրվա ֆինանսավորման պայմաններում (տարեկան 20 մլրդ. դրամ) կգերազանցի 40 տոկոսը:
- Միաժամանակ, համայնքային բյուջեները նույնպես, որոնց ծախսերի՝ միջինը 10 տոկոսը (մինչև 2009 թ.՝ միջինը 23 տոկոսը) կազմում է ֆոնդային մասը³⁸, պետք է կայուն ներդրումներ նախատեսեն ռազմավարության ծրագրերի շրջանակներում, որը, սակայն, վերոնշյալ պետական համաֆինանսավորման 12,5 մլրդ. դրամի մեջ ներառված չէ, այդ առումով թերևս ռազմավարության իրագործման ֆինանսական արժեքների հաշվարկները կարելի է «իրատեսա-լավատեսական» որակել:
- Վերը նշված թվերը, անշուշտ, հաշվի չեն առնում ամբողջական ռազմավարության իրագործման դեպքում արդյունավետության բարձրացման այնպիսի հնարավորություններ, ինչպիսիք են տիպային նախագծերը, մասշտաբի էֆեկտը, միևնույն աշխատանքների կենտրոնացումը միևնույն վայրում և այլն, ինչը թույլ է տալիս կտրուկ նվազեցնել կատարվող ծախսերը: Այս ամենը թույլ կտա մեկ քառակուսի մետրի ինքնարժեքը պահպանել մինչև 190 հազար դրամի սահմաններում³⁹, ինչը փաստում են նաև իրականացվող սոցիալական նախագծերը (օրինակ՝ երիտասարդ գիտնականների և դասախոսների բնակարանային ապահովման ծրագիրը):
- Տարեկան (հատկապես՝ սկզբնական տարիներին) 4 հազար բնակարանների կառուցումը պահանջելու է մինչև 42 մլրդ. դրամ, որից՝
- պետական միջոցների հաշվին՝ 30-40 տոկոս,
- կորպորացիաների հաշվին՝ 10-20 տոկոս,
- քաղաքացիների միջոցների հաշվին՝ 20-40 տոկոս,
- համայնքի հաշվին՝ մինչև 20 տոկոս,
- բարեգործական միջոցների հաշվին՝ մինչև 5 տոկոս:

Քաղաքացիների, շինարարական կազմակերպությունների միջոցները, որոնք վերջին տարիներին իրականացված բնակարանային շինարարության մեջ հիմնական դերակատարումն են ունեցել, նույնպես կարևոր ռեսուրս են ռազմավարության իրականացման ժամանակ: Համաձայն առաջարկվող մոդելի՝ սոցիալական բնակարանաշինության ծրագրերի մեջ նախատեսվում է ներառել նաև կորպորատիվ կազմակերպություններին, որոնք ունեն մեծաքանակ աշխատողների բազա (պոտենցիալ շահառու խմբեր) և ֆինանսական միջոցներ:

Ռազմավարության շրջանակներում առաջարկվում է պետության կողմից (պետական բյուջեից մինչև 20 մլրդ. և համայնքային բյուջեներից՝ շուրջ 5 մլրդ. դրամի չափով) (համաֆինանսավորմամբ մի շարք ուղղություններով աշխատանքների իրականացում՝

1. Հողահատկացում շինարարական և կառուցապատող կազմակերպություններին:

Խոսքը վերաբերում է ինչպես համայնքային հողերին, այնպես էլ համայնքների վարչական սահմաններից դուրս գտնվող այն հողերին, որոնք նպատակահարմար կլինի տրամադրել ռազմավարության ծրագրերին:

2. Ներդրումներ (համաֆինանսավորում) կորպորատիվ նախագծերում:

Առաջարկվում է ֆինանսավորման հետևյալ կառուցվածքը.

- շահառու աշխատողի ներդրում՝ 50%,
- գործատու ընկերության ներդրում՝ 30%,
- պետական կամ համայնքային ֆինանսավորում կամ աջակցություն՝ 20%:

³⁸ Տե՛ս <http://www.mta.gov.am>

³⁹ Համակարգված քաղաքականության և միասնական ռազմավարության իրականացումը իրատեսական է դարձնում ներկա ցուցանիշների պահպանմամբ լավատեսական կամ չափավոր լավատեսական սցենարի իրականացումը: Բնակարանային ապահովման որոշ միջոցառումներ պահանջելու են ավելի փոքր գումար, քան նախատեսված է նոր սոցիալական մեկ բնակարանի շինարարության համար (օրինակ՝ գույքի վերափոխումը, վերաորակավորումը և այլն):

3. Բնակարանի ձեռք բերման համավճար:
4. Վարձավճարի համավճար:
5. Որոշ թիրախային խմբերի բնակարանային ապահովման ֆինանսավորում:
6. Պետական և համայնքային սեփականություն հանդիսացող տարբեր նշանակության տարածքների վերափոխում և վերաորակավորում որպես բնակարանային ֆոնդ (քաղաքային և գյուղական համայնքներում գտնվող կիսակառույցներ, չշահագործվող կամ ոչ նշանակությանը շահագործվող տարածքներ, բարոյական կամ ֆիզիկական մաշվածքի ենթարկված նախկին արտադրական, առևտրային կամ այլ նշանակության տարածքներ, որոնք սոցիալ-տնտեսական տեսանկյունից նպատակահարմար է վերափոխել բնակարանային ֆոնդի):
7. Առևտրային նպատակներով կառուցապատվող տարածքներում սոցիալական բնակարանային ֆոնդի ձևավորում: Որոշ հողահատկացման կամ կառուցապատման թույլտվությունների դիմաց, նորակառույց տարածքներում որոշակի մասնաբաժնով սոցիալական բնակֆոնդի տնօրինում համայնքների կողմից:
8. Պետության և համայնքների ֆինանսավորմամբ ձևավորված բնակելի տարածքներում առևտրային նպատակներով տարածքների տրամադրում՝ համապատասխան վճարների դիմաց: Օրինակ, 5-րդ և 6-րդ կետերում նշված ծրագրերի իրականացման արդյունքում ձևավորված ենթակառուցվածքները շահագործող տնտեսավարող սուբյեկտներից մշտական մուտքերի ստացում՝ սոցիալական բնակարանային ծրագրերի ֆինանսավորման (տարածքների շահագործման, սպասարկման) համար:

Հաշվառումից հետո կիստակեցվեն և կճշգրտվեն, ինչպես նաև պետք է նախանշվեն ռազմավարության իրականացման հիմնական տարածաշրջաններն ու գոտիները: Բացի այդ, առկա են որոշ ռիսկեր և հավանական առավելություններ, որոնք ևս պետք է նկատի ունենալ ռազմավարության և առանձին ծրագրերի մեկնարկին: Դրանք են՝

- ՀՀ դրամի գնողունակությունը հիմնական տարադրամների նկատմամբ, ինչպես նաև գնաճի մակարդակը,
- Տնտեսության աճի տեմպերը,
- Բնակչության եկամուտների աճը,
- Մասնավոր դրամական փոխանցումների ծավալները և այլն:

Առաջիկա տարիներին շատ բան կախված է լինելու սոցիալ-հոգեբանական մթնոլորտից՝ թե լավատեսական և թե չափավոր լավատեսական հաշվարկներով ստացված անհրաժեշտ ֆինանսական ռեսուրսների մյուս ֆինանսավորողների (բնակիչներ, կազմակերպություններ) կողմից համապատասխան ներդրումների կատարման հնարավորությունից ու պատրաստակամությունից:

ԿԱՐԻՔԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳՐԻՉ

Ում է հասնում սոցիալական բնակարան կամ բնակարանային ապահովում

Առաջարկվող մոդելի շրջանակներում սոցիալական բնակարանային համակարգից օգտվելու իրավունք ունեցող ընտանիքը⁴⁰ պետք է միաժամանակ բավարարի առնվազն հետևյալ չափանիշներին.

1. ընտանիքի անդամներից առնվազն մեկը պետք է լինի ՀՀ քաղաքացի,
2. ընտանիքի անդամներից ոչ մեկը չպետք է նախորդ երեք տարիներին հանդիսանա ՀՀ օրենքի համաձայն գույքի և եկամուտների հայտարարագիր ներկայացնող անձ,
3. տվյալ ընտանիքը պետք է բնակվելիս լինի՝
 - մեկ բնակչի հաշվով 15 քառ. մ մակերեսից պակաս տարածքում, կամ
 - վթարային, քանդման ենթակա, ինչպես նաև տեխնիկական ու տնտեսական նպատակահարմարության տեսանկյունից վերականգնման ոչ ենթակա տանը (բնակարանում, կիսակառույց կացարանում), կամ
 - ծանր քրոնիկ հիվանդությամբ տառապող անձի հետ,

⁴⁰ Ռազմավարության նպատակների համար ընտանիք են համարվում երկու և ավելի անձից բաղկացած համատեղ ապրող հարազատները կամ ամուսինները կամ միայնակ տարեց անձը:

4. վերջին առնվազն հինգ տարում տվյալ ընտանիքի որևէ անդամ չպետք է օտարած լինի բնակարան կամ բնակարանի արժեքին համապատասխան գույք,
5. անհրաժեշտության դեպքում պետք է համապատասխանի եկամտի վերաբերյալ սահմանված պահանջներին:

Սույն պահանջները եկամտի համապատասխան չափանիշին բավարարելու դեպքում հնարավորություն կտան ձեռք բերել սոցիալական բնակարան: Սոցիալական բնակարանային ապահովման այլ տեսակներից օգտվելը ենթադրում է այս հինգ պարտադիր պայմաններին զուգահեռ լրացուցիչ պայմանների բավարարում ևս (եկամտի առավելագույն շեմ և կարիքավորության թիրախ խմբի առաջնահերթություն):

ԱՌԱՋՆԱՀԵՐԹՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարիքավորության թիրախ խմբեր⁴¹

Խումբ 1. Անօթևան ընտանիք⁴² (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին, այնուհետև՝ թոշակառուներով ընտանիքին):

Խումբ 2. Մեկ անձի հաշվով 5,5 քառ. մետրից պակաս մակերեսով բնակելի տարածքում բնակվող ընտանիք:

Խումբ 3. Երեք և ավելի անչափահաս երեխաներով ընտանիք (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ երեխաներով ընտանիքին, միակողմանի ծնողագուրկ ընտանիքին):

Խումբ 4. Մարզերում աշխատող ուսուցիչների և բժիշկների ընտանիքներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին):

Խումբ 5. Սահմանամերձ բնակավայրերում բնակվող երիտասարդ ընտանիք (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին):

Խումբ 6. Բնական աղետների (երևույթների) հետևանքով անօթևան մնացած ընտանիքներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին, այնուհետև՝ վերարտադրողական պոստենցիալով օժտված ընտանիքին):

Խումբ 7. Մանկատների շրջանավարտներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն ամուսնու և կնոջ կողմից մանկատան շրջանավարտների ընտանիքին, այնուհետև՝ առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին):

Խումբ 8. Մարտական գործողությունների հետևանքով հաշմանդամ դարձած անդամ ունեցող ընտանիքներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին, այնուհետև՝ վերարտադրողական պոստենցիալով օժտված ընտանիքին):

Խումբ 9. Հաշմանդամ ունեցող ընտանիքներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն առավել շատ անչափահաս երեխաներով ընտանիքին, այնուհետև՝ վերարտադրողական պոստենցիալով օժտված ընտանիքին):

Խումբ 10. Հայրենական մեծ պատերազմի և Արցախյան ազատամարտի մասնակիցների ընտանիքներ (խմբի ներսում առաջնահերթություն զոհված ազատամարտիկների ընտանիքներին):

Նշված առաջնահերթությունները կիրառվում են (ուժի մեջ են մտնում) ընտանիքի համապատասխան կարգավիճակը համայնքի կողմից վերոնշյալ հաշվառման համակարգի միջոցով ամրագրվելու պահից:

Առաջնահերթությունը որպես կանոն կիրառվում է պետական և համայնքային միջոցների հաշվին սոցիալական բնակարանային ապահովման գործընթացում, իսկ, օրինակ, կորպորացիաների կամ անհատների միջոցների ներդրմամբ (ներառյալ աշխատուժը) իրագործվող ծրագրերի իրացման ժամանակ հաշվի են առնվում համապատասխան թիրախ խմբերի մեծությունը (կորպորացիաների աշխատակիցներ, ներդրում կատարած ընտանիքներ), անհրաժեշտ բնակֆոն-

⁴¹ Հաշվառման արդյունքում այս պատկերը պետք է ունենանք ըստ մարզերի և Երևանի:

⁴² Անօթևան չի համարվում այն ընտանիքը, ում օրենսդրությամբ տրամադրվել է բնակարան կամ բնակարանաշինության միջոց կամ բնակարանային սերտիֆիկատ, ստացել է կամ հրաժարվել է:

դի ծավալը և տարածքային զարգացման առաջնահերթությունները: Օրինակ, ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերում կարող է առանձին դիտարկվել այնպիսի ընտանիքների համար բնակարանային շինարարության ապահովումը, հատկապես մարզերում և գյուղական համայնքներում, որոնք բավարարելով կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչներին, միաժամանակ բնակարանային շինարարության համար կարող են տրամադրել հասապատասխան որակավորումով (հմտությունով) աշխատուժ (կարիքավոր ընտանիքի և/կամ վերջինիս բարեկամների կողմից):

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԲՆԱԿԱՐԱՆԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ **Ուղղություններն ըստ թիրախ խմբի ընտանիքի եկամտի⁴³ և առաջնահերթության**

Հաշվի առնելով սոցիալական բնակարանային ապահովության արտերկրի և տեղական փորձը, ներկայումս ՀՀ-ում անվանական միջին աշխատավարձը՝ 108 000 դրամ, 2011 թվականի առաջին եռամսյակում նվազագույն սպառողական զամբյուղը՝ 62 640 դրամ⁴⁴, ինչպես նաև սոցիալական բնակարանային ապահովման առանձին ծրագրեր իրականացրած հասարակական կազմակերպությունների կողմից օժանդակություն ստացած յուրաքանչյուր ընտանիքի միջին ամսական 137 000 դրամ եկամուտը, առաջարկում ենք բնակարանային ապահովման հետևյալ հիմնական տեսակները.

Ապահովման տեսակ 1. Ընտանիքի մեկ շնչի հաշվով ամսական եկամուտները՝ սոցիալական բնակարանի գնման համար՝ կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչին (բնակարանային ապահովման համակարգում ներառվելու նվազագույն հինգ պահանջները) բավարարելու դեպքում.

- Երևանում՝ 80-100 հազար դրամ,
- Երևանից բացի այլ համայնքներում՝ 60-80 հազար դրամ,
- սահմանամերձ բնակավայրերում՝ առանց եկամտային սահմանափակման:

Ապահովման տեսակ 2. Ընտանիքի մեկ շնչի հաշվով ամսական եկամուտները՝ սոցիալական բնակարանի համավճարով գնման համար՝ կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչին բավարարելու և առաջնահերթությունների թիրախ խմբերից որևէ մեկում⁴⁵ ընդգրկվելու դեպքում.

- Երևանում՝ 60-80 հազար դրամ,
- Երևանից բացի այլ համայնքներում՝ 40-60 հազար դրամ,
- սահմանամերձ բնակավայրերում՝ մինչև 40 հազար դրամ:

Ապահովման տեսակ 3. Ընտանիքի մեկ շնչի հաշվով ամսական եկամուտները՝ համապատասխան տարածքներում սոցիալական բնակարանի վարձակալության համար՝ կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչին բավարարելու դեպքում.

- Երևանում՝ 60-80 հազար դրամ,
- Երևանից բացի այլ համայնքներում՝ 40-60 հազար դրամ,
- սահմանամերձ բնակավայրերում՝ առանց եկամտային սահմանափակման:

Ապահովման տեսակ 4. Ընտանիքի մեկ շնչի հաշվով ամսական եկամուտները՝ համապատասխան տարածքներում սոցիալական բնակարանի համավճարով վարձակալության համար՝ կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչին բավարարելու և առաջնահերթությունների թիրախ խմբերից որևէ մեկում ընդգրկվելու դեպքում.

- Երևանում՝ 40-60 հազար դրամ,
- Երևանից բացի այլ համայնքներում՝ 20-40 հազար դրամ,
- սահմանամերձ բնակավայրերում՝ մինչև 20 հազար դրամ:

⁴³ Առնվազն վերջին երեք տարիներին ունեցել են կայուն եկամտի աղբյուր՝ ապահովման համապատասխան տեսակի համար առաջարկված եկամուտների մակարդակի չափով:

⁴⁴ http://armsstat.am/file/article/sv_03_11r_6300.pdf

⁴⁵ Ռազմավարությունը կարող է առաջնահերթությունների թիրախ խմբերը խմբավորել ըստ բնակարանային ապահովման տեսակից օգտվելու իրավունքի:

Ապահովման տեսակ 5. Անկախ եկամտի չափից կարիքավորության բնութագրիչներին բավարարող ընտանիքի (ընտանիքների) կողմից ռազմավարության շրջանակներում ընդունված ծրագրին համապատասխան տարածքներում հողակտորի, ինչպես նաև շինարարության, կառուցապատման, կապիտալ վերանորոգման կամ նորոգման (կոմունալ-կենցաղային կամ ենթակառուցվածքային) նախահաշվային աշխատանքների ողջ աշխատուժի առկայության դեպքում՝ ապահովվում են շինանյութեր կամ արտոնյալ ֆինանսավորում համապատասխան տարածքներում սոցիալական բնակարանի շինարարության համար:

Ապահովման տեսակ 6. Անկախ եկամտի չափից կարիքավորության բնութագրիչներին բավարարող ընտանիքի (ընտանիքների) կողմից շինարարության, կառուցապատման, կապիտալ վերանորոգման կամ նորոգման (կոմունալ-կենցաղային կամ ենթակառուցվածքային) նախահաշվային աշխատանքների ողջ աշխատուժի և շինանյութի առկայության դեպքում՝ ռազմավարության շրջանակներում ընդունված ծրագրին համապատասխան տարածքներում համայնքի կողմից հողակտորի տրամադրում սոցիալական բնակարանի շինարարության համար:

Ապահովման որոշ տեսակների համար եկամտի նվազագույն շեմի բացակայությունը չի նշանակում, որ ապահովումից կարող են օգտվել ընդհանրապես եկամուտ չունեցող անձինք:

Առաջնահերթությունները պետք է կիրառվեն ըստ հաշվառման վայրի կամ սոցիալական բնակարանային ապահովման ծրագրերի թիրախ կենտրոնների (տարածաշրջանների): Այսինքն՝ հաշվառված կարիքավոր ընտանիքների բնակարանային ապահովման լուծումներ տրվում են հաշվառման համայնքի տարածքում կամ իրականացվում է նպատակային ծրագրավորում, տրամադրելով ռազմավարության դրույթներից բխող այլ նպատակահարմար, նախապես պլանավորված տարածք:

Բնակարանային ապահովման վերը նշված որոշ տեսակներով նախատեսվող խրախուսման միջոցների գործադրումը կարճ ժամանակահատվածում կավելացնի ռազմավարության ընդհանուր քաղաքականության իրագործման մեջ մասնավոր հատվածի մասնակցությունը (հատկապես՝ ֆիզիկական անձանց մասնավոր խնայողությունների ներգրավումը)՝ ֆինանսավորման տեսակարար կշիռը սկզբնական շրջանում նախատեսվող 20-40 տոկոս մասնաբաժնից հասցնելով 60 տոկոսի:

Վերը նշված պայմաններով բնակարանների աշխարհագրական առաջարկը՝ ըստ տարածաշրջանների և համայնքների, պետք է ձևավորի կառավարությունը՝ հաշվի առնելով ազգային անվտանգության ապահովման նպատակադրումները, մասնավորապես՝ հանրապետության տարածքների համաչափ զարգացման նախանշված խնդիրները, ինչպես նաև սույն բաժնում նշված կարիքավորության թիրախ խմբերի հաշվառման արդյունքները:

Անշուշտ, վերը նշված ծրագրերի հաշվին պետք է ձևավորվի նաև համապատասխան ֆոնդ, որը պետք է օգտագործվի համապատասխան խոցելի, հատուկ ուշադրության կարիք ունեցող կամ բազմազավակ՝ հինգ և ավելի երեխաներ ունեցող ընտանիքներին բնակարաններ տրամադրելու համար (բնակարանային անհատույց ապահովում):

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակարանային ապահովման ռազմավարության և կոնկրետ ծրագրերի իրականացման **ՊԱՏԱՄԻԱՆԱՏՈՒՆԵՐԸ՝**

Կառավարությունը ռազմավարության իրականացման գլխավոր պատասխանատուն է: Վերջինս անձամբ կամ լիազոր մարմնի միջոցով, մասնավորապես, սահմանում է թիրախ խմբերի հաշվառման կարգը և մեթոդաբանությունը, որոշում է ռազմավարության շրջանակներում ծրագրերի իրականացման աշխարհագրական տարածքները, կատարում է կոնկրետ համայնքների և գոտիների ընտրությունը, ընդունում է յուրաքանչյուր տարվա ծրագրերը, հաստատում է օրինակելի նախագծեր և նախահաշիվներ, վերահսկում է ծրագրերի իրականացման ընթացքը և շինարարության որակը:

Տեղական ինքավարման մարմինները սոցիալական բնակարանային ապահովման ծրագրերի անմիջական իրականացողներն են: Վերջիններս, մասնավորապես, իրականացնում են թիրախ խմբերի հաշվառումը, կազմակերպում են շինարարական կազմակերպությունների ընտ-

րության մրցույթները, համապատասխան դեպքերում կատարում են հողահատկացում, հսկում են շինարարությունը:

Մարզպետները համակարգում են իրենց տարածքում համայնքների կողմից իրականացվող համապատասխան աշխատանքները և հանդիսանում են թիրախ խմբերի հաշվառման որակի (ընդհանուր ցուցանիշների) և ներկայացվող տեղեկատվության պատասխանատուն, ամփոփում են ընթացիկ խնդիրները, համայնքներից ստացված առաջարկները և ներկայացնում են կոլեգիալ մարմնին:

Կոլեգիալ մարմինը ձևավորվում է Ազգային ժողովի, կառավարության (Տարածքային կառավարման, Քաղաքաշինության, Սոցիալական ապահովության, Սպորտի և երիտասարդության, Սփյուռքի նախարարություններ), միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչներից: Կոլեգիալ մարմինը քննում է բողոքները, պարզաբանումներ է տալիս հաշվառման կարգի վերաբերյալ, նախագծում և կառավարությանն է առաջարկում սոցիալական բնակարանային ապահովման տարեկան ծրագրերը ըստ ֆինանսավորման ծավալի, աղբյուրների, տարածքային ընդգրկվածության և կոնկրետ համայնքների: Հետևում է ռազմավարության ընթացքի լուսաբանմանը ՋԼՄ-ներում, ներկայացնում է համապատասխան առաջարկություններ: Համակարգում է կարիքավորության ընդհանուր բնութագրիչի որոշման համար իրականացվող աշխատանքները՝ տեղեկատվության շրջանառությունը գործադիր մարմնի, հանրապետական գերատեսչությունների, տարածքային և տեղական ինքակառավարման մարմինների միջև:

3.3. Սոցիալական բնակարանային ապահովման քաղաքականության որակն ազդեցությունները

Սոցիալական ազդեցության գնահատումը

Սոցիալական ազդեցությունը նախ և առաջ պայմանավորված է ընտրվելիք թիրախային խմբերի սոցիալական վիճակի բարելավմամբ, առողջության պահպանմամբ, մշակութային առումով՝ սոցիալական փոխազդեցության ակտիվացմամբ ու արդյունավետության բարձրացմամբ: Միաժամանակ կարևորվում է երկրում նման լայնամասշտաբ և ըստ էության աննախադեպ ռազմավարության իրականացման սոցիալ-հոգեբանական ազդեցությունը, որը պայմանավորված է համապատասխան թիրախային խմբերում ընդգրկված ընտանիքների հաշվառմամբ (հերթագրմամբ), սոցիալական բնակարանաշինության մեջ համապատասխան համայնքներում տեղի բնակչության և համայնքային միավորների ընդգրկմամբ, գործընթացի լուսաբանմամբ և տարեցտարի արձանագրվող արդյունքների առկայությամբ: Նման ռազմավարական ծրագրի իրագործումը՝ հազարավոր քաղաքացիների ու ընտանիքների ներառմամբ, պարբերաբար հաշվետվողականությամբ ու արդյունքների լուսաբանմամբ, կհանգեցնի նաև բարոյահոգեբանական մթնոլորտի բարելավմանը ամբողջ հասարակությունում:

Տնտեսական ազդեցության գնահատումը

Ռազմավարության շրջանակներում հատկացված միջոցների նպատակային օգտագործումը, որն այսօրվա գնահատականներով կազմում է տարեկան շուրջ 15 միլիարդ դրամ, ենթադրում է հիմնականում տեղական շինարարական հումքի օգտագործում, կարիքավոր համայնքների և ընտանիքների ընդգրկում իրականացվող ծրագրերում, դրանով զբաղվածության ապահովում հենց համապատասխան թիրախ խմբերում, ինչպես նաև բնակարանային շուկայի ակտիվացում և որոշ դեպքերում չհիմնավորված բարձր գների կայունացում: Կկարգավորվի բնակարանային շուկան, կխթանվի այս ոլորտում առավել մեծ հնարավորությունների օգտագործումը, կդառնա մրցակցային՝ նվազեցնելով գները: Մի շարք սխեմաների գործադրումը և միջոցառումների իրականացումը թե կազմակերպությունների, թե անհատ քաղաքացիների միջոցներն ու խնայողությունները կբերի շուկա՝ նպաստելով շինարարության, շինանյութերի արտադրության, ինչպես նաև ֆինանսական շուկայի զարգացմանը: Իսկ ՏԻՄ-երի մասնակ-

ցույթամբ տարածքների ներգրավումը այս ծրագրում իր նպաստը կբերի մարզերի համաչափ զարգացման գործին:

Բնապահպանական և քաղաքաշինական ազդեցության գնահատումը

Երկարաժամկետ ծրագրավորված աշխատանքների իրականացումը ենթադրվում է, որ առավել հիմնավոր կլուծի ընթացիկ և ապագա բնապահպանական և քաղաքաշինական խնդիրները: Նման մասշտաբային և երկարաժամկետ ռազմավարությունը պետք է հանդիսանա այն կենտրոնական քաղաքաշինական և բնակեցման (կենսագործունեության) պլանը, որի շուրջ և որը հաշվի առնելով պետք է ծրագրվեն հանրապետության քաղաքային և գյուղական բոլոր համայնքների զարգացման ծրագրերը: Միաժամանակ, այս ծրագիրը լավ առիթ է վերականգնվող էներգետիկայի և Հայաստանում ու աշխարհում առկա այլընտրանքային տեխնոլոգիաների՝ բնակարանային տնտեսություններում ներդրման համար: Պահպանելով բնական ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործումը՝ նվազագույնի հասցնելով վնասակար նյութերի արտանետումը, հնարավորինս նվազեցնելով չվերականգնվող ռեսուրսների օգտագործումը բնակարանաշինության մեջ: Համակարգված և մեկ միասնական նպատակային քաղաքականությունը դիտարկելու է բնակարանաշինությունը և բնակարանային ապահովումը որպես ոչ միայն բնակտարածքի ապահովում, այլ նաև ենթակառուցվածքների ձևավորում և մարդու կենսագործունեության համար պայմանների ապահովում: Առաջնայինը ոչ թե գերշահույթն է, այլ ռազմավարության հիմնական նպատակի ապահովումը, ինչը թույլ կտա խուսափել այն բոլոր չարաշահումներից և խեղաթյուրումներից, որոնք տեղի ունեցան վերջին տարիներին շինարարության կտրուկ աճի պայմաններում:

Ժողովրդագրական ազդեցության գնահատումը

Ռազմավարության մեկնարկով պայմանավորված ժողովրդագրական ազդեցությունը կապված է ընտանիքի պլանավորման, բնակավայրի ընտրության և բնակարանով ապահովման առավել իրատեսական հնարավորությունների առկայության և առանձին ընտանիքի համար դրանք հաշվի առնելու հանգամանքի հետ: Միաժամանակ ռազմավարությունը ենթադրում է թիրախային խմբերի ձևավորման ժամանակ հատուկ հասցեականություն ուղղված վերարտադրողական պոտենցիալով օժտված երիտասարդ ընտանիքներին:

Տարածքային համաչափ զարգացման ազդեցության գնահատումը

Ռազմավարության մշակման երկվեցերից պետք է հանդիսանա տարածքային զարգացման համաչափությանն օժանդակելը, սահմանամերձ բնակավայրերն ամրապնդելը: Տարածքային զարգացման ծրագրերի հետ փոխկապվածությունը, ինչպես նաև համայնքների միջոցների ընդգրկումը սոցիալական բնակարանաշինության ծրագրերում, բնակարանների տրամադրման տարբերակված մոտեցումները երաշխիք են ռազմավարության՝ տարածքային համաչափ զարգացման վրա ունենալիք ազդեցության: Այս առումով կարևոր է գնահատել բնակարանային ապահովման գործընթացների մշակման և իրականացման բոլոր մասնակիցների հաշվետվողականությունը:

Քաղաքական ազդեցության գնահատումը

Ռազմավարության իրագործումը հավակնում է դառնալ երկարաժամկետ կայուն պետական ծրագիր՝ անկախ քաղաքական ուժերի դասավորությունից, միևնույն ժամանակ ռազմավարության հաջող ընթացքը անխուսափելիորեն դրականորեն կանդրադառնա կառավարության, քաղաքական վերնախավի և համապատասխան կառույցների վարկի վրա, կնպաստի սոցիալական և քաղաքական համերաշխությանն ու կայունությանը: Ծրագիրը Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիներին հույս և հավատ կներշնչի իրենց և իրենց երկրի ապագայի նկատմամբ:



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԶԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն

Զբաղվածության պետական քաղաքականության հիմնական նպատակը բնակչության տնտեսական ակտիվության բարձրացման ճանապարհով լրիվ և արդյունավետ զբաղվածության ապահովման համար պայմանների ստեղծումն է: Հենց այդ նպատակին է միտված սույն փաստաթուղթը:

Զբաղվածության ոլորտի համակարգված ու նպատակային բարեփոխումների արդյունավետ իրականացման նպատակով մշակված Հայաստանի Հանրապետության զբաղվածության ռազմավարությունը (այսուհետ՝ Զբաղվածության ռազմավարություն) բաղկացած է ներածությունից և երկու գլուխներից: Զբաղվածության ռազմավարության բովանդակային կառուցվածքի որոշարկման համար որպես ուղենիշ ծառայել է Աշխատանքի միջազգային կազմակերպության մեթոդաբանությունը:

Ներածությունում ներկայացված է զբաղվածության ոլորտի տեղն ու դերը բնակչության սոցիալական պաշտպանության ընդհանուր բնագավառում, այդ թվում՝ զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման ենթահամակարգի տեղն ու դերը Հայաստանի Հանրապետության բնակչության աշխատանքի և սոցիալական պաշտպանության ոլորտը կարգավորող առկա համակարգում, ներառյալ՝ շահառուների շրջանակի սոցիալ-ժողովրդագրական կառուցվածքը, պետական կառավարման գործող համակարգի ինստիտուցիոնալ ենթահամակարգը, քաղաքականության հիմնական նպատակը, խնդիրներն ու որդեգրված սկզբունքները, զբաղվածության քաղաքականության ընդհանրական գնահատականը սոցիալական պետության՝ Հայաստանի համար նախընտրելի մոդելի տեսանկյունից, Զբաղվածության ռազմավարության մշակման անհրաժեշտությունն ու կառուցվածքը:

Առաջին գլուխը ներառում է անկախացումից ի վեր զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման քաղաքականության էվոլյուցիան, ներքին աշխատաշուկայի իրավիճակային վերլուծությունը, փոփոխությունների առանձնահատկությունները:

Երկրորդ գլխում փորձ է արվում բացահայտել զբաղվածության ոլորտի առջև ծառայած մարտահրավերները, ռազմավարական զարգացման հիմնախնդիրները, ինչպես նաև ներկայացված է առաջարկվող քաղաքականության մոդելը՝ նպատակներ, խնդիրներ, գերակա ուղղություններ, սկզբունքներ, գնահատման մեխանիզմներ:

Զբաղվածության ռազմավարությունը մշակվել է՝ նկատի ունենալով Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրության, Աշխատանքի միջազգային կազմակերպության (ԱՄԿ) զբաղվածության ոլորտին վերաբերող կոնվենցիաների ու հանձնարարականների, Եվրոպական սոցիալական խարտիայի (ԵՄԽ) պահանջները, ինչպես նաև ներկա սոցիալ-տնտեսական իրավիճակն ու զարգացման մարտահրավերները, պետական կարգավորման հիմնախնդիրներն ու դրանց փուլային լուծման օբյեկտիվ հնարավորությունները: Այն ներառում է զբաղվածության ոլորտի առաջիկա բարեփոխումների մշակման և իրականացման նոր ռազմավարական և մարտավարական մոտեցումները՝ ինստիտուցիոնալ և կառուցվածքային փոփոխությունների իրականացման, ներքին աշխատաշուկայի պետական ընթացիկ (կարճաժամկետ և միջնաժամկետ) և հեռանկարային (երկարաժամկետ) կարգավորման, զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման

արդյունավետության բարձրացմանը միտված նոր մեթոդների ու մեխանիզմների ներդրման ուղղություններով:

Ներկայումս զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման և կառավարման ինստիտուցիոնալ կառուցվածքը՝ կառավարման տարբեր մակարդակներում, իրենից ներկայացնում է ներքոհիշյալ ընդհանրական պատկերը:

ՀՀ կառավարությունը բնակչության զբաղվածության պետական ընդհանուր կարգավորման շրջանակներում համապատասխան լիազոր մարմինների միջոցով իրականացնում է աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի հաշվեկշռվածության և կառուցվածքային համապատասխանության կարգավորում: Այս նպատակին են միտված Հայաստանի Հանրապետության կողմից վարվող զբաղվածության, աշխատանքի և աշխատավարձի, ձեռնարկատիրական, ֆինանսավարկային, տարածքային զարգացման, ներդրումային, հարկային, կրթական, ժողովրդագրական քաղաքականությունները: Նշված բնագավառներում լիազոր պետական մարմիններն են ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, ՀՀ էկոնոմիկայի, ՀՀ կրթության և գիտության, ՀՀ տարածքային կառավարման և այլ նախարարություններ:

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը (ՀՀ ԱՄՀՆ) ներքին աշխատաշուկայի համակողմանի ուսումնասիրությունների, վերլուծությունների հիման վրա մշակում և իրականացնում է զբաղվածության ոլորտում վարվող պետական քաղաքականությունը, համագործակցելով շահագրգիռ նախարարությունների, գերատեսչությունների, քաղաքացիական հասարակության սուբյեկտների և այլ կազմակերպությունների հետ, վերահսկում և գնահատում է այդ քաղաքականության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի կատարման ընթացքը, մշակում է զբաղմունքների ազգային դասակարգիչ, որը հանդիսանում է աշխատողների և գործատուների միջև հարաբերությունների արդյունավետ կարգավորման անհրաժեշտ գործիքներից մեկը, ներկայացնում է ֆինանսական հիմնավորումներ և կատարում համապատասխան բյուջետային ծախսերի կանխատեսումներ, անհրաժեշտության դեպքում ներգրավում է լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ՝ զբաղվածության ոլորտի զարգացմանն ուղղված նոր ծրագրերի իրականացման համար, ապահովում է երկրում իրականացվող զբաղվածության քաղաքականության վերաբերյալ լայն հասարակության իրազեկումը, ինչպես նաև ակտիվ մասնակցությունն այդ քաղաքականությանը: ԱՄՀՆ նախարարությունը հանդիսանում է զբաղվածության ոլորտում միջազգային կազմակերպությունների՝ պետության անունից հանդես եկող հիմնական գործընկերը:

Հայաստանում զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորումն իրականացվում է զբաղվածության կարգավորման ամենամյա ծրագրերով, որոնք յուրաքանչյուր տարի մշակում է ՀՀ ԱՄՀՆ-ն և իրականացնում իր կառուցվածքում գործող Զբաղվածության պետական ծառայության (ԶՊԾ) միջոցով: ՀՀ ԱՄՀՆ-ն բնակչության զբաղվածության կարգավորման ամենամյա պետական ծրագրերը և դրանց վերաբերյալ հանրապետական համաձայնեցման կոմիտեի եզրակացությունը սահմանված կարգով ներկայացնում է ՀՀ կառավարություն՝ ՀՀ համախմբված բյուջեում ներառելու և ՀՀ Ազգային ժողով ներկայացնելու համար: ԶՊԾ-ն իր 10 մարզային և 41



Հայաստանում զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորում իրականացվում է զբաղվածության կարգավորման ամենամյա ծրագրերով:

տարածքային կենտրոններով ընդգրկում է ՀՀ ողջ տարածքը: ԶՊԾ նախաձեռնությամբ ստեղծվում են տարածքային և հանրապետական համաձայնեցման կոմիտեներ: Վերջինիս կազմում հավասար թվաքանակով ներառված են սոցիալական գործընկերության երեք կողմերի՝ պետության, գործատուների և արհմիությունների ներկայացուցիչներ:

Վերը նշված մարզային և տարածքային կենտրոններից բացի, ՀՀ կառավարության 2006 թ. դեկտեմբերի 14-ի թիվ 1915-Ն որոշմամբ Երևանում ստեղծվել է «Երիտասարդների մասնագիտական կողմ-

նորոշման կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, որի հիմնական նպատակներն են երիտասարդների մրցունակության բարձրացման և աշխատաշուկայի պահանջարկին համապատասխան մասնագիտության ընտրության նպատակով մասնագիտական կողմնորոշման իրականացումը, անհրաժեշտ խորհրդատվության տրամադրումը, երիտասարդների կարողությունների, մասնագիտական ունակությունների ու աշխատանքային հակումների բացահայտումը և գնահատումը, աշխատանքային կյանք մուտք գործելու համար նրանց անհրաժեշտ կարողությունների ձևավորմանն աջակցելը: ՀՀ կառավարության 2010 թ. ապրիլի 15-ի թիվ 408-Ն որոշմամբ Գյումրի քաղաքում ստեղծվել է նաև «Հաշմանդամների մասնագիտական կողմնորոշման և աշխատանքային վերականգնողական կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, որի հիմնական նպատակներն են հաշմանդամ անձանց (այդ թվում՝ երիտասարդ) աշխատաշուկայում մրցունակության բարձրացման և աշխատանքի շուկայի պահանջարկին համապատասխան մասնագիտության ընտրության նպատակով մասնագիտական կողմնորոշումը, աշխատաշուկայում այդ անձանց ընդգրկվածության մակարդակի հետազոտությունների և վերլուծությունների իրականացումը, հաշմանդամների սոցիալական հարմարմանը և մասնագիտական ու աշխատանքային վերականգնմանն ուղղված միջոցառումների իրականացումը:

ՀՀ էկոնոմիկայի նախարարությունը (ՀՀ ԷՆ) մշակում և իրականացնում է տնտեսական քաղաքականության հիմնական ուղղությունները, այդ թվում տնտեսության կայուն զարգացման, փոքր և միջին բիզնեսի զարգացման ուղղություններով ծրագրեր, որոնք անմիջականորեն կարող են նպաստել նոր աշխատատեղերի ստեղծման և գործող աշխատատեղերի պահպանման միջոցով գործազրկության մակարդակի կրճատմանը:

ՀՀ կրթության և գիտության նախարարությունը (ՀՀ ԿԳՆ) մշակում և իրականացնում է բնակչության մասնագիտական կրթության և որակավորման բարձրացման ծրագրեր՝ ելնելով աշխատաշուկայի ընթացիկ և հեռանկարային պահանջներից, որոնք կոչված են նպաստելու ներքին աշխատաշուկայի առաջարկի և պահանջարկի արդյունավետ հավասարակշռության ապահովմանը:

ՀՀ տարածքային կառավարման նախարարությունը (ՀՀ ՏԿՆ) մշակում և իրականացնում է Հայաստանի Հանրապետության տարբեր տարածաշրջանների սոցիալ-տնտեսական զարգացման և դրանց մակարդակների համահարթեցմանն ուղղված ծրագրեր, որոնք կոչված են երկրի տնտեսության համաչափ և կայուն զարգացումը խթանելու միջոցով նպաստել զբաղվածության ոլորտի՝ տարածքային անհամաչափ զարգացմամբ պայմանավորված հիմնախնդիրների լուծմանը: Աշխատաշուկայի զարգացման համար կարևորագույն նշանակություն ունեցող աշխատանքային միգրացիայի հետ կապված խնդիրների լուծմանն անմիջականորեն առնչվում է ՀՀ ՏԿՆ-ի կառավարման ոլորտում գործող Միգրացիոն պետական ծառայությունը (ՄՊԾ), որի նպատակներն ու խնդիրներն են միգրացիոն գործընթացների պետական կարգավորման քաղաքականության մշակումը և իր իրավասությունների սահմաններում դրա իրականացումը, միգրացիայի ոլորտում իրավասություններ ունեցող այլ մարմինների կողմից միգրացիոն գործառնությունների համակարգումը, այդ թվում՝ միգրացիոն քաղաքականության և դրա կիրարկումն ապահովող իրավական ակտերի մշակումը, օտարերկրյա քաղաքացիներին և քաղաքացիություն չունեցող անձանց ապաստանի տրամադրման հարցերով ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված իրավասությունների իրականացումը, Ադրբեջանի Հանրապետությունից 1988-1992 թթ. բռնազաղթած փախստականների և տեղահանված այլ անձանց՝ հասարակության մեջ ինտեգրման քաղաքականության մշակումն ու իրականացումը, անլեզավ միգրացիայի կանխարգելման նպատակով ՀՀ համապատասխան նախարարությունների, դիվանագիտական ներկայացուցչությունների, ինչպես նաև միջազգային կազմակերպությունների հետ համատեղ համապատասխան ծրագրերի մշակումն ու իրականացումը, ՀՀ քաղաքացիների ներգաղթը խրախուսող պետական քաղաքականության մշակումն ու իրականացումը:

Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարությունը Հայաստանի Հանրապետության բյուջետային գործընթացի կազմակերպման շրջանակներում հաշվառում և գնահատում է զբաղվածության կարգավորմանն ուղղված պետական ծրագրերը Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից ֆինանսավորելու հնարավորությունները, իրականացնում է այդ ծրագրերի բյուջետային ֆինանսավորումը:

Հայաստանի Հանրապետության այլ նախարարություններ և գերատեսչություններ իրենց իրավասությունների շրջանակներում մշակում և իրականացնում են զբաղվածության ոլորտի խնդիրների լուծման հետ սերտորեն առնչվող այլ խնդիրների՝ երիտասարդության, սպորտի, մշակույթի, առողջապահության և այլ ոլորտների խնդիրների լուծմանն ուղղված ծրագրեր:

Հայաստանի Հանրապետության տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինները օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում և կարգով համակարգում և Հայաստանի Հանրապետության պետական և համայնքային բյուջեների, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չարգելված այլ միջոցների հաշվին իրականացնում են տվյալ տարածաշրջանի սոցիալ-տնտեսական զարգացման, այդ թվում՝ զբաղվածության խթանման ծրագրերը:

Հայաստանի արհմիությունների կոնֆեդերացիան (ՀԱՄԿ) և Հայաստանի գործատուների հանրապետական միությունը (ԳՀՄ) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության հետ միասին (այսուհետ՝ Գործընկերության հիմնական կողմեր) սոցիալական գործընկերության շրջանակներում 2009 թ. ապրիլի 27-ին կնքված հանրապետական կոլեկտիվ պայմանագրում (այսուհետ՝ Կոլեկտիվ պայմանագիր) սահմանում են սոցիալ-աշխատանքային հարաբերությունների կարգավորման լրացուցիչ երաշխիքներ և պարտավորվում են այդ ուղղությամբ իրականացնել համատեղ գործողություններ՝ ապահովելու համար Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-աշխատանքային հարաբերությունների կայուն զարգացումը, որը պետք է ուղեկցվի զբաղվածության մակարդակի բարձրացմամբ և սոցիալական համերաշխության ամրապնդմամբ: Կոլեկտիվ պայմանագրով Գործընկերության հիմնական կողմերը պարտավորվում են նաև համատեղ ուժերով օժանդակել աշխատանքի և սոցիալական պաշտպանության ոլորտի կայուն զարգացմանը, այդ թվում՝ զբաղվածության ռազմավարության և դրա միջոցառումների ծրագրի մշակմանն ու իրականացմանը: «Բնակչության զբաղվածության և գործազրկության դեպքում սոցիալական պաշտպանության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 16-րդ հոդվածի համաձայն, սոցիալական հիմնական գործընկերների ներկայացուցիչները, որպես հանրապետական համաձայնեցման կոմիտեի անդամներ, քննարկում են բնակչության զբաղվածության ամենամյա պետական ծրագրի նախագիծը և ներկայացնում եզրակացություն ՀՀ ԱՍՀՆ:

ՀՀ օրենսդրությամբ զբաղվածության պետական քաղաքականության հիմնական սկզբունքներից է դիտվում սոցիալական գործընկերությունը, որի ձևավորման և զարգացման իրավական հիմքերը սահմանված են ՀՀ Աշխատանքային օրենսգրքի 9-րդ գլխում: Այս սկզբունքի իրացման նպատակով ձևավորվել են հանրապետական և տարածքային համաձայնեցման կոմիտեիներ: Կոլեկտիվ պայմանագրի համաձայն ձևավորվել է նաև հանրապետական եռակողմ հանձնաժողով, սահմանվել է հանձնաժողովի աշխատակարգը, հաստատվել է հանրապետական կոլեկտիվ պայմանագրից բխող միջոցառումների ծրագիրը: Վերջինս ներառում է նաև զբաղվածության խթանմանն ուղղված առանձին բաժին:

ՀՀ-ում գործում են նաև աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպություններ, որոնց գործունեության արդյունավետությունը, սակայն, խիստ ցածր է, ինչը պայմանավորված է նաև այն հանգամանքով, որ դրանք գրեթե ամբողջությամբ դուրս են մնացել բնակչության զբաղվածության պետական կարգավորման շրջանակներից:

Զբաղվածության ռազմավարության առարկան զբաղվածությունն է՝ որպես անհատի (քաղաքացու) սոցիալական կարգավիճակ, որը կախված է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման պայմաններից և հենց անհատի համապատասխան վարքագծից: Զբաղվածության ռազմավարության առարկան ներառում է՝

- ներքին աշխատաշուկայում աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի համադրման ապահովումը՝ որպես շուկայական գործընթացների բաղկացուցիչ,
- արժանապատիվ աշխատանքի միջազգայնորեն ընդունված չափանիշների երաշխավորումը,
- ներքին աշխատաշուկայում պահանջարկ չունեցող աշխատուժի արտահանման գործընթացների արդյունավետ ուղղորդմանն ու դրանց նկատմամբ պատշաճ վերահսկողության ապահովումը՝ այդ գործընթացների օրինականությունը, աշխատանքային միգրանտների իրավունքների և օրինական շահերի արդյունավետ պաշտպանությունը, ինչպես նաև աշխատանքային

էմիգրացիոն հոսքերի՝ երկրի սոցիալ-տնտեսական և մարդկային զարգացման վրա դրական ազդեցությունն ապահովելու նպատակով:

Զբաղվածության ռազմավարության կենսագործումը պետք է դիտվի շարունակական, սակայն փուլային գործընթաց, որի իրականացումը պետք է նաև զուգահեռաբար ենթարկվի մոնիտորինգի և գնահատման՝ սահմանված նպատակների իրականացման և դրանք արտացոլող ցուցանիշների գնահատման համակողմանի համակարգի միջոցով:

Սույն ռազմավարությունը կարող է ծառայել որպես հիմք ոլորտի համալիր պետական կարգավորման համար, հատկապես՝ զբաղվածության կարգավորման տարեկան ծրագրերի, ինչպես նաև միջազգային կազմակերպությունների և այլ դոնորների կողմից ֆինանսավորվող զբաղվածության ծրագրերի համակարգված մշակման և իրականացման համար:

Աշխատաշուկան և բնակչության զբաղվածությունը հենց այն ոլորտներն են, որտեղ ստեղծվում են սոցիալական պետությանն ու քաղաքացիական հասարակությանը բնորոշ սոցիալ-տնտեսական հարաբերությունների ճնավորման գլխավոր նախադրյալները, քանի որ միայն արդյունավետ աշխատանքային զբաղվածության միջոցով իր կյանքի համար անհրաժեշտ բարիքներ ունենալու հնարավորություն ունեցող քաղաքացիները կարող են իրապես ազատ լինել և պայքարել այդ ազատությունն ապահովող պետության ու հասարակության վերընթաց զարգացման համար: Այս առումով կարևոր է ներկայացնել զբաղվածության քաղաքականության ընդհանրական պատկերը սոցիալական պետության՝ Հայաստանի համար նախընտրելի մոդելի տեսանկյունից: «Սոցիալական պետություն» հասկացության հիմքը կազմող հիմնական սկզբունքներն արտացոլված են միջազգային իրավունքի մի շարք կարևորագույն փաստաթղթերում, մասնավորապես՝ ՄԱԿ-ի 1948 թ. ընդունած Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրում, ԱՄԿ կոնվենցիաներում և երաշխավորություններում, Կոպենհագենի սոցիալական գագաթնաժողովում 1995 թ. ընդունված հռչակագրում ու գործողությունների ծրագրում և այլն: Նշված փաստաթղթերի դրույթների համադրման արդյունքում կարելի է առանձնացնել սոցիալական պետության (ՄՊ) ընդհանրական բնութագրիչները: ՄՊ գաղափարը, ընդհանուր առմամբ, ենթադրում է՝

1. հասարակության կյանքի քաղաքական և իրավական կարգավորում՝ մարդասիրության սկզբունքների հիման վրա,
2. բնակչության սոցիալական պաշտպանության գործառույթների համալիր կատարում,
3. քաղաքացիական հասարակության (ՔՀ) զարգացման համար պայմանների ստեղծում,
4. սոցիալական քաղաքականության (ՍՔ) իրականացում բազմասուբյեկտության հիմքի վրա, ինչը նշանակում է, որ պետությունը ՍՔ կենտրոնական, բայց ոչ միակ սուբյեկտն է:

ՄՊ գոյության բարձրագույն նպատակն ու իմաստը հասարակությունում խաղաղության և համերաշխության հաստատումն է, սոցիալական համագործակցության ինստիտուտների զարգացումը, հասարակության բոլոր խմբերի համար երկրի ողջ տարածքում սոցիալական և մասնագիտական ռիսկերից պաշտպանվածության կարգավորման երաշխավորումը:

Տարբերություններով հանդերձ, ՄՊ առանձին մոդելներն ունեն որոշակի ընդհանրական և պարտադիր հայտանիշներ, մասնավորապես՝ սոցիալական հռչակված պետությունը՝

1. չի կարող լինել հասարակական կյանքի որևէ ոլորտում (հատկապես տնտեսության և բնակչության

սոցիալական պաշտպանության) ինքնակարգավորվող հարաբերությունների հետևանքների պասիվ դիտորդ՝ ամեն ինչ թողնելով ամենագոր շուկայի հայեցողությանը.

2. չի կարող գոյություն ունենալ առանց ժողովրդավարական հասարակական քաղաքական հարաբերությունների և օրենքի գերակայության, որովհետև հենց ժողովրդավարական, իրավական, սոցիալական պետության եռամիասնության մեջ են գուցակցվում մարդկանց ներդաշնակ համա-



ՀՀ Սահմանադրությամբ
Հայաստանը հռչակված է
ժողովրդավարական,
սոցիալական, իրավական
պետություն:

կեցության հիմնական սկզբունքները՝ ազատությունը, արդարությունը, հավասարությունն ու բարեկեցությունը.

3. ստանձնելով անձի սոցիալական պաշտպանության պարտավորություն, իրականացնում է առաջին հայացքից հակադիր երկու հիմնական գործառույթ՝ մի կողմից ապահովում է բնակչության սոցիալական պաշտպանությունն ու արդարությունը, մյուս կողմից՝ չի խոչընդոտում շուկայական հարաբերությունների բնականոն զարգացմանը:

ՀՀ Սահմանադրությամբ Հայաստանը հռչակված է ժողովրդավարական, սոցիալական, իրավական պետություն (հոդված 1), որտեղ պետության կողմից երաշխավորված են մարդու հիմնական իրավունքների ու ազատությունների, այդ թվում՝ սոցիալական իրավունքների պաշտպանությունը՝ միջազգային իրավունքի սկզբունքներին ու նորմերին համապատասխան (հոդված 3): Սահմանադրությամբ հռչակված է նաև բոլոր մարդկանց՝ իրենց և իրենց ընտանիքի համար բավարար կենսամակարդակ ու բնակարանային պայմաններ ունենալու և դրանք բարելավելու իրավունքը (հոդված 34), որի իրացման հետ կապված էլ աշխատաշուկայի և զբաղվածության բնագավառում սահմանում է աշխատանքի ազատ ընտրության, արդարացի և օրենքով սահմանված նվազագույնից ոչ ցածր աշխատավարձի, ինչպես նաև անվտանգ պայմաններով աշխատանքի իրավունքը (հոդված 32):

ՀՀ Ազգային անվտանգության ռազմավարությունը (ԱԱՌ) հանրապետության բնակչության համար կյանքի բարձր որակ ապահովելու նպատակին հասնելու կարևորագույն ուղի է հռչակում ՄԳ կերտումն ու սոցիալական արդարության արմատավորումը:

Հայաստանի կողմից վավերացված Եվրոպայի վերանայված սոցիալական խարտիայով բոլոր մարդկանց համար սահմանվում են ազատորեն ընտրված աշխատանքի միջոցով վաստակելու, աշխատանքի արդար, առողջության համար անվտանգ և անվտանգ պայմանների, պատշաճ կենսամակարդակի համար բավարար վարձատրության իրավունքներ և այլն:

ՄԳ տարբեր մոդելների համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ այս կամ այն երկրի որդեգրած սոցիալ-տնտեսական զարգացման մոդելը պետք է ներդաշնակ լինի տվյալ ազգի ավանդական փիլիսոփայական աշխարհայացքին, այլապես օտար համակարգերի ներդրմանն ուղղված ջանքերը չեն կարող տալ ցանկալի արդյունքներ: Աշխարհում տարածում գտած սոցիալական պաշտպանության համակարգերը, որպես կանոն, իրենց վրա կրում են որևէ կրոնա-աշխարհայացքային համակարգի կնիքը, մասնավորապես՝ ասիական մոդելը՝ կոնֆուցիականության, անգլո-սաքսոնականը՝ բողոքականության, բուն Եվրոպականը՝ կաթոլիկության, իսկ իսլամական մոդելը՝ շարիաթի: Իհարկե, կան նաև վերը նշված մոդելների համադրման հիման վրա կառուցված մոդելներ:

Հայերը դարեր շարունակ լինելով օտարների տիրապետության տակ՝ չունենալով պետականություն, ինքնըստինքյան հասարակական մտքի զարգացման ուշադրությունից դուրս են թողել ազգային սոցիալ-տնտեսական մոդելի ստեղծման խնդիրը: Անկախության ձեռք բերումից հետո՝ 1990-ականների սկզբներին Հայաստանը ևս որդեգրեց այսպես կոչված «շոկային թերապիան»՝ իբրև պլանային տնտեսությունից շուկայականին անցնելու միջոց, որի արդյունքում պետությունը գրեթե լիովին հրաժարվեց տնտեսության կարգավորման գործառույթից՝ ամբողջովին այն թողնելով շուկայական կույր ուժերին: Ըստ էության, այդ տարիներին առկա վիճակը հիշեցնում էր անգլո-սաքսոնական մոդելը, մի տարբերությամբ, որ մեզանում բացակայում էր օրենսդրական հստակ կարգավորվածությունը, որի պատճառով անհատներն ու տարբեր սոցիալական խմբերը, կամա թե ակամա, իրենց շահերն էին հետապնդում օրենսդրական դաշտից դուրս: Մակայն, հայ ժողովրդի XX դարի սոցիալ-տնտեսական փորձը գլխավորապես կապված է սոցիալիստական պետության հետ, ուր բնակչության սոցիալական պաշտպանության բնագավառում առկա էր գերպատերնալիստական մոտեցում: ԽՍՀՄ-ի օրոք ապրած հայերի մի քանի սերունդ սովորել է իրեն զգալ սոցիալապես պաշտպանված գերիզոր պետության կողմից: Ուստի այսօր էլ «սոցիալիստական պետության» գաղափարը՝ որպես սոցիալական իդեալ, բավականաչափ ամուր նստած է մեր հասարակության զգալի մասի գիտակցության մեջ:

ՄԳ հիմնահարցերի ուսումնասիրությամբ զբաղվող փորձագետների մեծ մասի կարծիքով ՄԳ կառուցման ուղղությամբ Հայաստանը, որպես անցումային երկիր, ունի լուրջ դժվարություններ,

այն առումով, որ ներկայումս դեռևս գոյություն չունեն ՄՊ ձևավորման մշակութային, հոգեբանական, իրավական, քաղաքական և տնտեսական նախադրյալները: ՀՀ ներկայիս ֆինանսական և աշխարհաքաղաքական վիճակը չի համապատասխանում ՄՊ ստեղծելու նախապայմաններին, ինչը պայմանավորված է՝

1. Պատմական զարգացման հակասականությամբ, մասնավորապես՝
 - ա) պետականաստեղծ, համախմբող միասնական արժեհամակարգի բացակայությամբ,
 - բ) ձևավորված եսակենտրոն ազգային հոգեբանությամբ,
 - գ) ժողովրդավարական ավանդույթների և ժողովրդավարության՝ որպես հոգևոր-մշակութային արժեհամակարգի բացակայությամբ,
 - դ) քաղաքական կուսակցությունների ձևավորման ու գործունեության ոչ թե գաղափարախոսական, այլ իրադրային նպատակահարմարության ուղղվածությամբ,
 - ե) ինստիտուցիոնալ համակարգի ձևախեղմամբ.
2. Իշխանության տարբեր թևերի միջև իրական հակակշիռների բացակայությամբ, մասնավորապես՝
 - ա) իշխանության տարբեր թևերի տարանջատման ձևական բնույթով,
 - բ) տնտեսական և քաղաքական համակարգերի միջև հակակշիռների բացակայությամբ,
 - գ) տնտեսական ազատության գաղափարի խեղաթյուրմամբ,
 - դ) «Իշխանություն՝ հանուն իշխանության» սկզբունքի տիրապետմամբ.
3. Տնտեսական զարգացման նախադրյալների անկայունությամբ՝
 - ա) ՀՀ տնտեսության շարունակական և խորացող կախվածությամբ այլ երկրների (հատկապես՝ ՌԴ-ի) տնտեսական համակարգերից,
 - բ) մեր երկրի պատմական զարգացման առանձնահատկություններին առավելապես համապատասխանող շուկայական մոդել(ներ)ի չընտրվածությամբ,
 - գ) գիտակրթական համակարգի՝ ժամանակակից զարգացումների պահանջների անհամապատասխանությամբ,
 - դ) աշխատավարձի՝ որպես արտադրողական ուժերի համարժեք վերարտադրության և վերընթաց զարգացման համար անհրաժեշտ հիմնական միջոցի անբավարարությամբ,
 - ե) տնտեսության ստվերայնության բարձր մակարդակով, ֆինանսական-օլիգարխիկ համակարգի առկայությամբ, ՔՀ և ՄՊ կայացման վտանգվածությամբ.
4. Աշխարհաքաղաքական գործոնով, մասնավորապես՝
 - ա) ՀՀ սոցիալ-տնտեսական, քաղաքական, մշակութային կյանքի վրա տարբեր տեսակի ազդեցությունների հաղթահարման բարդագույն խնդիրների առկայությամբ,
 - բ) պատերազմական իրադրության պատրվակով ուժային կառույցների գերուժեղացված դերի վրա հիմնված կենտրոնաձիգ իշխանական համակարգի պարտադրված մոդելի ընտրության հետ կապված պետական ծախսերի մեծացմամբ,
 - գ) միջազգային քաղաքական և տնտեսական համակարգերի հետ ինտեգրվելու բարդություններով և այլն:

Հայաստանում ՄՊ կայացման անհրաժեշտ նախադրյալների ստեղծման և ՀՀ սոցիալ-տնտեսական զարգացման նպատակահարմար մոդելի ընտրության առումով հետաքրքրական է հատկապես այն երկրների փորձը, որոնք իրենց բնական ռեսուրսների սղությամբ, կենսամակարդակի բարելավման ճգնման ազգային մոտեցմամբ և ժամանակի ընթացքում ձևավորված համեմատական առավելություններով ստեղծել են ՄՊ յուրովի մոդելներ և այսօր համաշխարհային տնտեսության մեջ հասել են բարձր դիրքերի, օրինակ՝ Իսրայելի, Բելգիայի, Իռլանդիայի և Մինգապուրի տնտեսությունների զարգացման քաղաքականությունները և համապատասխան ՄՔ-ների ձևավորման գործընթացները:

Տարբեր հասարակագետների կարծիքով, Հայաստանում ՄՊ-ի՝ որպես ինստիտուցիոնալացված փոխօգնության համակարգի ձևավորման համար պետք է վերացվեն ՄՊ կայացմանը խանգարող վերը նշված պատճառները կամ, որ նույնն է, պետք է ստեղծվեն ՄՊ կայացման համար հետևյալ անհրաժեշտ նախադրյալները: Մասնավորապես, անհրաժեշտ է՝

1. բարձրացնել երկրի քաղաքակրթական զարգացման մակարդակը, ինչը նշանակում է հավատքի, ավանդույթի, բարոյական նորմերի և դրանց համապատասխան ինստիտուտների ոչ միայն առկայություն, այլև արդյունավետ գործառնություն,
2. ճնավորել ՄՊ կայացման հիմքը՝ քաղաքացիական հասարակարգ, որը հենվում է ազատության, արդարության, հավասարության և բարեկեցության տարաբնույթ ընկալումների վրա,
3. կայացնել ու լեգիտիմացնել պետաիրավական համակարգի ստեղծման հիմքում ընկած ինստիտուցիոնալ ենթահամակարգերը,
4. ճնավորել տնտեսական և քաղաքական համակարգերի միջև իրական հակակշիռներ: Հասարակական ընտրության գործընթացում տնտեսական կամ քաղաքական կողմերից մեկի գերակշռությունը անխուսափելիորեն տանում է դեպի ամբողջատիրական սկզբունքների արմատավորում կենսագործունեության բոլոր ոլորտներում,
5. Հաստատել սոցիալական արդարության սկզբունքների կիրառությունն ապահովող պետական, քաղաքական և տնտեսական մոդել, որն էլ իր հերթին ենթադրում է հետևյալ պայմանների առկայությունը՝
 - ա) օրենքի գերակայության ապահովում,
 - բ) սեփականության կամ ունեցվածքի ոչ միայն պաշտպանվածություն, այլև ռացիոնալ բաշխվածություն,
 - գ) աշխատանքային իրավունքի իրականացման անհրաժեշտ պայմանների ստեղծում, որովհետև զբաղվածության մակարդակը ոչ միայն երկրի մակրոտնտեսական կայունության, այլև սոցիալական արդարության գնահատման ցուցանիշներից է,
 - դ) աշխատավարձի՝ որպես եկամտի հիմնական աղբյուրի, անհրաժեշտ մակարդակի ապահովում,
 - ե) սոցիալական բնեռացման ընդունելի մակարդակի ձևավորում, որը ենթադրում է սոցիալապես անապահով խավերին ուղղված արդյունավետ տրանսֆերային քաղաքականության իրականացում,
 - զ) երկրի համար ռազմավարական, առանցքային նշանակություն ունեցող գիտակրթական և առողջապահական ոլորտների գերակա զարգացման ապահովում, որը հնարավոր չէ իրականացնել միայն լիբերալ-շուկայական սկզբունքների իրագործման միջոցով:

Երկրի տնտեսական զարգացման, մասնավորապես աշխատաշուկայի ու զբաղվածության քաղաքականության վարման առումով, ՄՊ տնտեսությունը պետք է ուղղված լինի բոլոր քաղաքացիների համար բարեկեցության գեթ նվազագույն կենսապայմանների ապահովմանը, այսինքն՝ ունենա սոցիալական ուղղվածություն: Խնդրի իրագործումը ենթադրում է աշխատանքի առկայություն, և այդ առումով կարևորվում է պետության կողմից յուրաքանչյուր չափահաս քաղաքացու աշխատանքի իրավունքի փաստացի երաշխավորումը, ապահովագրումը աշխատանքի կորստից, ինչպես նաև անաշխատունակության ծանր սոցիալական հետևանքները մեղմացնող երաշխիքների համակարգի ստեղծումը: Միայն համարժեք չափով վարձատրվող աշխատանքի միջոցով է հնարավոր մեր սակավաթիվ ռեսուրսներ ունեցող երկրում ապահովել մարդկանց արժանավայել կյանքը:

Որոշ հասարակագետների կարծիքով՝

- իրական կյանքում ՄՊ կառուցման մասին սահմանադրական նորմի չիրականացումը քաղաքացիների ճնշող մեծամասնությանն ուղղորդում է դեպի անցյալ՝ վերակենդանացնելով հասարակական գիտակցության մեջ ՄՊ նախկին վարչահրամայական մոդելի ուրվականը,
- ՄՊ-ի վարած սոցիալ-տնտեսական մակրոքաղաքականության մակարդակում կայուն զարգացման տեսությունը և հավասարակշռված տարածքային զարգացման մոտեցումը պետք է նախապատվելի լինեն շուկայի անվերապահ առաջնայնության հայեցակարգի նկատմամբ,
- ՄՊ-ի կարևորագույն գործառնություններից մեկի՝ մարդու հիմնական սոցիալական իրավունքների իրացման համար անհրաժեշտ է հստակ սոցիալական ուղղվածություն ունեցող պետական ծախսային քաղաքականություն,
- ՄՊ-ի վարած ՄԲ-ն կոչված է մարդու իրավունքների և ազատությունների տնտեսական, սոցիալական, իրավական երաշխիքների պաշտպանությանն ու իրացմանը, այսինքն այդպի-

սի քաղաքականության էությունը սոցիալական ռիսկերի կառավարումն է, իսկ նպատակը՝ դրանց նվազեցումը:

Զբաղվածության և աշխատավարձի կարգավորման քաղաքականությունը սոցիալական աջակցության և սոցիալական ապահովագրության հետ մեկտեղ հանդիսանում է ՄՊ-ի կողմից սոցիալական ռիսկերի կառավարմանն ուղղված պետական քաղաքականության երեք հիմնական ուղղություններից մեկը, որը կառավարում է զբաղվածության և աշխատանքային եկամուտների հետ կապված սոցիալական ռիսկերը:

Գլուխ 1. ՀՀ ԱՇԽԱՏԱՇՈՒԿԱՅԻ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԶԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄԸ, ԱՆԿԱԽԱՅՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ

1. Անկախությունից ի վեր ՀՀ զբաղվածության պետական քաղաքականության զարգացման փուլերը

Խորհրդային հասարակական-տնտեսական համակարգում տնտեսության կառավարումը հիմնված էր վարչաիրամայական մեթոդների վրա: Պետությունն ամեն գնով իրականացնում էր երաշխավորված զբաղվածության քաղաքականություն: Աշխատանքը պարտադիր էր աշխատանքային տարիքի աշխատունակ բոլոր քաղաքացիների համար: Բարձրագույն, միջնակարգ մասնագիտական ուսումնական հաստատությունների, ինչպես նաև բանվորական մասնագիտությունների ուսուցմանն ուղղված պրոֆտեխուսումնարանների գրեթե բոլոր շրջանավարտներն աշխատանքի էին տեղավորվում պետական ձեռնարկություններում, կազմակերպություններում և հաստատություններում: Աշխատանքի տեղավորման աջակցության նպատակով 1980-ականներին Խորհրդային Միության Աշխատանքի պետական կոմիտեի (ԱՊԿ) մաս կազմող Հայաստանի համանուն գերատեսչության համակարգում ստեղծվեցին աշխատանքի տեղավորման բյուրոներ, որոնք հիմնականում զբաղված էին դպրոցների շրջանավարտների հաշվառմամբ, մասնագիտական կողմնորոշման ուղղությամբ խորհրդատվության տրամադրմամբ, պրոֆտեխուսումնարանների համար սովորող անձնակազմի ապահովմամբ, ԽՍՀՄ կազմում գտնվող այլ հանրապետությունների համար աշխատուժի հավաքագրմամբ և մինչև աշխատանքի տեղավորման վայր այդ աշխատուժի փոխադրմամբ: Հետագայում ԱՊԿ-ն միավորվեց ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական ապահովության նախարարության հետ:

Զբաղվածության պետական քաղաքականության, այդ թվում՝ աշխատաշուկայի պետական կարգավորման գործընթացի պատմությունը, որն ածանցյալ է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման գործընթացներից, ընդհանուր առմամբ կարելի է բաժանել չորս հիմնական փուլերի՝ ելնելով ներքին աշխատաշուկայի ձևավորման և զարգացման դինամիկայից:

ՀՀ-ում աշխատաշուկայի ձևավորման կամ զբաղվածության պետական կարգավորման գործընթացների առաջին փուլ կարելի է համարել 1992-1996 թվականները: Այս փուլն սկզբնավորվեց 1992 թվականին «Բնակչության զբաղվածության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի ընդունմամբ, որն ուղղված էր ԽՍՀՄ արտադրատնտեսական համալիրից այլևս անջատ գործելու հրամայականի առջև կանգնած մեր հանրապետության զբաղվածության ոլորտի իրավահարաբերությունների կանոնակարգմանը: Սույն օրենքով սահմանվեցին բնակչության զբաղ-

« Աշխատանքը պարտադիր էր աշխատանքային տարիքի աշխատունակ բոլոր քաղաքացիների համար:

վածության կարգավորման իրավական հիմքերը, այդ թվում՝ աշխատանքի ազատ ընտրության իրավունքի իրացման, իսկ գործազրկության դեպքում՝ պետության կողմից տրվող սոցիալական

աշխատանքային տարիքի աշխատունակ բոլոր քաղաքացիների համար

պաշտպանության երաշխիքները, ինչպես նաև զբաղվածության պետական կարգավորման ինստիտուցիոնալ համակարգը՝ զբաղվածության պետական ծառայության մարմինների և նրանց լիազորությունների ամրագրմամբ: Բնութագրվեցին աշխատանքից զանգվածային ազատման դեպքերը և դրանց զսպման մեխանիզմները, օրենսդրորեն կարգավորվեց զբաղվածության պետական քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացներում գործատուների մասնակցության հարցը՝ կարևորելով սոցիալական գործընկերության դերը: Կանոնակարգվեց (լիցենզավորման միջոցով) նաև ոչ պետական կազմակերպությունների կողմից բնակչությանը զբաղվածության ծառայությունների մատուցման գործընթացը: Նշված օրենքի կիրարկումն ապահովելու նպատակով՝ ՀՀ կառավարությունը բնակչության զբաղվածության պետական կարգավորման լիազորությունները վերապահեց ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական ապահովության նախարարությանը: Վերջինիս կառուցվածքում գործող աշխատանքի տեղավորման բյուրոները վերակազմակերպվեցին որպես զբաղվածության տարածքային կենտրոններ՝ ձևավորելով զբաղվածության պետական ծառայության համակարգը: Նորաստեղծ զբաղվածության պետական ծառայության հիմնական կանոնադրական խնդիրներն էին բնակչության զբաղվածության հարցերի համակարգում ու կազմակերպումը, աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի կարգավորումը, չբաղված քաղաքացիների աշխատանքով ապահովմանն ու մասնագիտական ուսուցմանն աջակցելը, գործազուրկների սոցիալական պաշտպանվածության ապահովումը: Երևան քաղաքում, հանրապետության 41 վարչատարածքային շրջաններում և քաղաքներում ստեղծվեցին զբաղվածության պետական ծառայության տարածքային մարմիններ: Այստեղ իրականացվում էր աշխատանք փնտրող քաղաքացիների հաշվառում և գործատուների կողմից ներկայացված թափուր աշխատատեղերի հայտերի գրանցում: Այլ կերպ ասած, Հայաստանի Հանրապետությունում սկիզբ դրվեց աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի պետական կարգավորման գործընթացներին:

1992–1996 թթ. աշխատաշուկայում իրականացված ծրագրերը հիմնականում ունեցել են գործազուրկների սոցիալական հիմնախնդիրների լուծման կողմնորոշում, ինչն էլ վկայում է այն մասին, որ աշխատաշուկայի պետական կարգավորման առաջին փուլում իրականացվել է զբաղվածության պասիվ քաղաքականություն: Այսպես, 1992 թ. և 1993 թ. զբաղվածության պետական ծրագրերին հատկացված միջոցներն ամբողջովին ծախսվել են գործազրկության նպաստ և դրամական օգնություն վճարելու համար, իսկ 1994 թ. զբաղվածության ակտիվ ծրագրերին ուղղված միջոցները ընդհանուրի մեջ կազմել են 0,1%, 1995–ին՝ 0,01%, 1996 թ.՝ 0%: Սոցիալական այդպիսի քաղաքականությունն այլևս չէր կարող համահունչ լինել տնտեսական զարգացումների տրամաբանությանը: Այն պահանջում էր բնակչության զբաղվածության ոլորտում ակտիվ ծրագրերի իրականացում և սոցիալական պասիվ քաղաքականությունից անցում ակտիվ քաղաքականության: Հասունացել էր օրենսդրական բարեփոխումների, համակարգի կազմակերպական կառուցվածքի կատարելագործման և ֆինանսական հոսքերի կառավարման նոր սխեմաների ներդրման անհրաժեշտությունը:

Երկրորդ փուլը (1997–2005 թթ.) բնութագրվում է որպես սոցիալ-աշխատանքային հարաբերությունների ձևավորման, զբաղվածության պետական կարգավորման հստակեցման և այն իրականացնող մարմինների կայացման, զբաղվածության պետական ծրագրերի կազմման, միջազգային համագործակցության ձևավորման, զբաղվածության օրենսդրության կատարելագործման, կամ այլ կերպ ասած՝ զբաղվածության պետական կարգավորման համակարգի հստակեցման շրջան: Այս փուլի մեկնարկ կարելի է համարել «Բնակչության զբաղվածության մասին» ՀՀ նոր օրենքի և դրա կիրարկումն ապահովող իրավական մի շարք ակտերի ընդունումը: ՀՀ կառավարության 1997 թ. սեպտեմբերի 15–ի թիվ 379 որոշմամբ ստեղծվեց Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական ապահովության նախարարության (անկախացումից ի վեր նախարարությունը մի քանի անգամ վերանվանվել է) ենթակայությամբ գործող Աշխատանքի և զբաղվածության հանրապետական ծառայությունը (2001 թվականին վերանվանվեց Զբաղվածության հանրապետական ծառայության), որը պետք է իրականացներ կառավարման մարտավարական մակարդակի գործառնություններ և խնդիրներ: Իսկ կառավարման ռազմավարական մակարդակի խնդիրները՝ քաղաքականության մշակում և իրականացում, օրենսդրության կատարելագործում,

Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության կատարման նկատմամբ վերահսկողության իրականացում, զբաղվածության ոլորտում այլ գերատեսչությունների գործողությունների համակարգում և այլն, վերապահված էին Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական ապահովության նախարարությանը: Բնակչության սպասարկումը բարելավելու նպատակով Երևանի զբաղվածության կենտրոնն իր հերթին բաժանվեց աշխատանքի և զբաղվածության 12, ապա՝ 10 տարածքային կենտրոնների, որի արդյունքում Աշխատանքի և զբաղվածության հանրապետական ծառայությունն ունեցավ աշխատանքի և զբաղվածության 51 տարածքային կենտրոններ: Մինչև 1997 թվականը զբաղվածության քաղաքականությունն առավելագույնս ուղղված էր գործազրկության իրական մակարդակի բացահայտմանը, զբաղվածության համակարգի վերջնական ձևավորմանը, ինչպես նաև իրավական դաշտի կատարելագործմանը: 1997-ից հետո զբաղվածության ոլորտի բարեփոխումներն ուղղված էին նաև զբաղվածության ակտիվ քաղաքականության իրականացմանը, որի նպատակն էր տնտեսապես ակտիվ բնակչությանն արդյունավետ և կայուն զբաղվածության ապահովումը, մասնավորապես՝ թափուր աշխատատեղերի համալրումը, աջակցությունը նոր աշխատատեղերի ստեղծմանը, գործող աշխատատեղերի պաշտպանությանը: Այդ նպատակին էին ծառայում 1998 թվականից մշակվող և իրականացվող զբաղվածության հանրապետական ծրագրերը:

Երրորդ կամ աշխատաշուկայի զարգացման փուլն սկզբնավորվում է «Բնակչության զբաղվածության և գործազրկության դեպքում սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքի 2006 թ. հունվարի 1-ից ուժի մեջ մտնելով: Այդ օրենքի նպատակը աշխատանքի խրախուսման, զբաղվածության ապահովման և գործազրկության դեպքում սոցիալական գործընկերության սկզբունքներով արդարացի սոցիալական քաղաքականության իրականացումն է: Օրենքի ընդունումը բխում էր բնակչության զբաղվածության մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության կատարելագործման և գործազրկության դեպքերից պարտադիր սոցիալական ապահովագրության համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունից, մասնավորապես՝ գործազուրկի կարգավիճակ տալն այլևս չէր կապվում քաղաքացու ապահովագրական ստաժ ունենալու հետ, դրա հետ կապվում էր միայն գործազրկության նպաստ ստանալու իրավունքը: Զբաղվածության ոլորտում սոցիալական գործընկերության կայացման նպատակով, վերոհիշյալ օրենքում որոշակիորեն հաշվի են առնվել ԵԽ-ի կողմից ներկայացվող, սոցիալական ոլորտի օրենսդրությունը եվրոպական չափանիշներին համապատասխանեցնելուն ուղղված պահանջները, ինչպես նաև ԱՄԿ ընդունած և Հայաստանի Հանրապետության կողմից վավերացված մի շարք կոնվենցիաների դրույթները: Այդ սկզբունքներից ելնելով՝ օրենքում նախատեսվել էր բնակչության զբաղվածության հանրապետական և տարածքային ծրագրերի մշակման և իրականացման հարցերում համաձայնեցված որոշումներ կայացնելու նպատակով, Զբաղվածության պետական ծառայության նախաձեռնությամբ, ձևավորել հանրապետական և տարածքային համաձայնեցման կոմիտեներ՝ սոցիալական գործընկերների մասնակցությամբ:

Չորրորդ փուլն սկսվում է 2008 թ. վերջին քառորդից, երբ արդեն իսկ Հայաստանում նկատվում էր համաշխարհային ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի բացասական ազդեցությունը սոցիալտնտեսական համալիր զարգացումների տեսանկյունից: 2010 թ. դեկտեմբերի 22-ին ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից ընդունվեց «Բնակչության զբաղվածության և գործազրկության դեպքում սոցիալական պաշտպանության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքը, որի ընդունումը պայմանավորված էր աշխատաշուկայում ակտիվ որոշ նոր ծրագրերի ներդրման և գործող ծրագրերի կատարելագործման անհրաժեշտությամբ: Նկատի ունենալով ներքին աշխատաշուկայի խրոնիկական բնույթ ստացած և շարունակվող հիմնախնդիրները՝ ներկայումս հրատապ հրամայական է դարձել զբաղվածության պետական կարգավորման ոլորտում արմատական և նպատակային համալիր բարեփոխումների իրականացումը: Հենց վերջինիս արդյունավետ ապահովմանն էլ ուղղված է սույն ռազմավարական փաստաթուղթը:

Թեև վերջին մինչճգնաժամային տարիներին Հայաստանում որոշակիորեն մեղմվել էր աշխատաշուկային բնորոշ լարվածությունը, այնուհանդերձ, այն դեռևս բնորոշվում էր քանակական

և որակական խորը անհավասարակշռությամբ, արդյունքում՝ նաև գործազրկության իրական բարձր մակարդակով:

Անցումային տարիներին ոչ միայն զգալի կրճատվեց աշխատուժի պահանջարկը և էապես փոխվեց տնտեսության ճյուղային կառուցվածքը, այլև առանցքային փոփոխությունների ենթարկվեցին աշխատուժին ներկայացվող մասնագիտական պահանջները, որի արդյունքում աշխատուժի պահանջարկի և առաջարկի ձևավորված անհամապատասխանությունները հանգեցրին կառուցվածքային գործազրկության առաջացման և խորացման:

Գործազրկության մակարդակը ներկայումս գնահատվում է երկու տարբեր եղանակներով, որի արդյունքում ստացվում են գործազրկության մակարդակն արտացոլող երկու տարբեր ցուցանիշներ: Առաջինը զբաղվածության ծառայություններում գրանցված և վարչական հաշվառման համակարգի միջոցով ստացվող պաշտոնական գործազրկության մակարդակն է, երկրորդը՝ Ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից տնային տնտեսություններում իրականացվող աշխատուժի ընտրանքային հետազոտության արդյունքների հիման վրա ԱՄԿ մեթոդաբանությամբ ստացվողն է:

Մինչև 1999 թ. պաշտոնապես գրանցված գործազրկության մակարդակը ունեցել է աճի միտում՝ բացի 1998 թ.-ից, ինչը պայմանավորված էր «Բնակչության զբաղվածության մասին» ՀՀ օրենքում կատարված փոփոխությունների արդյունքում գործազրկության սահմանման ներդրմամբ (գործազուրկի կարգավիճակ ստանալու համար անհրաժեշտ էր առնվազն մեկ տարվա ապահովագրական ստաժի առկայություն): Պաշտոնապես գրանցված գործազրկության մակարդակը 1992-2000 թթ. 1,8 տոկոսից աճել է մինչև 11,7 տոկոս, ինչը եղել է նախընթաց տարիներին այդ երկույթի պաշտոնապես արձանագրված ամենաբարձր մակարդակը: Սկսած 2000 թ. գործազուրկների թվաքանակը տարեկան միջին հաշվով նվազել է 10 տոկոսով: 2001 թ. ՀՀ մարդահամարի արդյունքներով վերահաշվարկված տնտեսապես ակտիվ բնակչության թվաքանակի նկատմամբ հաշվարկված գործազրկության մակարդակը 2002 թ. 10,8 տոկոսից 2008 թ. հասել է 6,3 տոկոսի:

2. ՀՀ աշխատաշուկայի ներկա իրավիճակը և զարգացման միտումները

ՀՀ աշխատաշուկայի ներկա իրավիճակի վերլուծությունների համար հիմք են հանդիսացել ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության (ՀՀ ԱՎԾ), ՀՀ ԱՍՀՆ ԶՊԾ կողմից ներկայացվող պաշտոնական վիճակագրությունները, ինչպես նաև այլընտրանքային այնպիսի տեղեկություններ, ինչպիսիք են նշված ժամանակահատվածում տարբեր կազմակերպությունների կողմից իրականացված աշխատաշուկայի հետազոտությունների արդյունքները: Վերլուծության ժամանակահատվածն ընդհանրական առումով ընդգրկում է վերջին քսան տարիները, որտեղ առանձնակի ընդգծված է 2008 թվականից հետո ընկած ժամանակաշրջանը՝ պայմանավորված համաշխարհային ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի ազդեցություններով:

Մակրոտնտեսական վիճակը և միտումները

Խորհրդային Միության փլուզումից հետո Հայաստանը բախվեց սոցիալ-տնտեսական, աշխարհաքաղաքական և ժողովրդագրական բնույթի մի շարք հիմնախնդիրների հետ: Քաղաքական, սոցիալական և տնտեսական համակարգերի վերափոխումների արդյունքում ի հայտ եկան մինչ այդ անհայտ այնպիսի սոցիալ-տնտեսական երևույթներ, ինչպիսիք են գործազրկությունն ու աղքատությունը: Գործազրկության բարձր մակարդակը՝ որպես Հայաստանի համար նախկինում գրեթե անհայտ սոցիալ-տնտեսական հիմնախնդիր, որը միևնույն ժամանակ աղքատության առաջացման ու խորացման լրջագույն գործոն է, դարձավ իրականություն Հայաստանի բնակչության մեծ մասի համար:



Հայաստանի աշխատաշուկային հատուկ են անցումային երկրների առանձնահատկությունները:

Հայաստանի աշխատաշուկային հատուկ են անցումային երկրների առանձնահատկությունները:

Հայաստանի աշխատաշուկային հատուկ են անցումային երկրների առանձնահատկությունները:

յունները, որոնցից ընդհանրականն ու հիմնականը առաջարկի և պահանջարկի քանակական, որակական խզումներն են, ինչն էլ իր հերթին ունի խրոնիկական բնույթ և առաջացնում է գործազրկության բարձր իրական մակարդակ: Ինչպես անցումային այլ երկրներում, այնպես էլ Հայաստանում, գործազրկության իրական մակարդակն առանձնակի բարձր է երիտասարդների, հաշմանդամների և կանանց շրջանում, հեռավոր և գյուղական բնակավայրերում:

Տնտեսական վերափոխումների սկզբնական փուլում՝ 1990-1993 թթ., անկման երևույթներ արձանագրվեցին տնտեսության գրեթե բոլոր ոլորտներում: Տնտեսական փլուզմամբ և զերտաճով բնութագրվող այդ ժամանակահատվածի ընթացքում ՀՆԱ-ն տարեկան միջինը նվազեց 22,3 տոկոսով՝ 1993 թ. կազմելով 1990 թ. մակարդակի 46,9 տոկոսը, ինչը հանդիսանում էր ամենաբարձր տնտեսական անկման ցուցանիշներից մեկը ԱՊՀ երկրներում:

Վերը նշված հիմնասխեմային հաղթահարման նպատակով տնտեսական բարեփոխումներ և կառուցվածքային փոփոխություններ սկսվեցին տնտեսության գրեթե բոլոր ոլորտներում: Թերևս այս փուլի սկիզբ կարելի է համարել 1991 թվականի մարտից մեկնարկած հողի սեփականաշնորհման գործընթացը, որի արդյունքում նախկին մոտ 1000 կոլտնտեսությունների, խորհունտեսությունների և այլ գյուղատնտեսական ձեռնարկությունների բազայի վրա սկսեցին կազմավորվել գյուղացիական և գյուղացիական կոլեկտիվ տնտեսություններ:

Սեփականաշնորհման առաջին երկու տարիների ընթացքում հանրապետությունում կազմավորվեցին ավելի քան 11,5 հազար գյուղացիական կոլեկտիվ տնտեսություններ, որոնք այնուհետ վերաձևավորվեցին գյուղացիական տնտեսությունների: Հողի սեփականաշնորհումը շարունակվեց նաև 1992-1996 թվականներին:

1995 թ. մարտից հանրապետությունում սկսվեց նաև փոքր և միջին ձեռնարկությունների սեփականաշնորհման լայնածավալ գործընթացը: Հաջորդ 4-5 տարիների ընթացքում մասնավորեցվեց փոքր և միջին ձեռնարկությունների մեծ մասը, ինչի արդյունքում ՀՆԱ-ում մասնավոր հատվածի տեսակարար կշիռը սկսեց դրսևորել կայուն մշտական աճի միտում՝ 1998-ին 1990 թ. համեմատ աճելով ավելի քան 6,4 անգամ և կազմելով ՀՆԱ-ի մոտ 75 տոկոսը: Ձեռնարկատիրական իրավունքի գրանցման սկզբնական փուլում, 1994 թ. ձեռնարկությունների պետական ռեգիստրում գրանցված տնտեսավարող սուբյեկտների թիվը անցավ 12 հազարից, այդ թվում՝ իրավաբանական անձինք՝ ավելի քան 5 հազար, անհատ ձեռներեցներ (ձեռնարկատերեր)՝ ավելի քան 7 հազար, որոնց թիվն արդեն իսկ 1998 թ. ավելացավ, համապատասխանաբար, 8,1 և 6,7 անգամ: 1990-ական թվականների երկրորդ կեսից հանրապետությունում սկսեց արձանագրվել տնտեսության որոշակի աշխուժացում:

Ընդհանուր առմամբ, 1994-2001 թթ. ՀՆԱ-ի միջին տարեկան աճի տեմպը կազմեց 5,9 տոկոս: Հայաստանում տնտեսական աճի տեմպն ինտենսիվացավ 2001 թվականից հետո (տես Նկար 1), որին հաջորդող 2002-2007 թթ. տնտեսական աճի միջին տարեկան տեմպը կազմեց 13,1 տոկոս:

1990-2007 թթ. ժամանակահատվածում տնտեսության լուրջ կառուցվածքային տեղաշարժերի արդյունքում էական փոփոխություններ կրեց նաև ՀՆԱ-ի ոլորտային կառուցվածքը: Եթե 1990-1993 թթ. ժամանակահատվածում հիմնական գներով հաշվարկված ՀՆԱ-ի ձևավորման մոտ մեկ երրորդը բաժին էր ընկնում արդյունաբերությանը, ապա 1994 թ. ընթացքում ՀՆԱ-ի կազմում կտրուկ աճեց գյուղատնտեսության մասնաբաժինը, կազմելով ամբողջի 50,6 տոկոսը (1990 թ. 17,2 տոկոսի դիմաց): Գյուղատնտեսության ոլորտի բարձր տեսակարար կշիռը պահպանվեց մինչև 2004 թ., երբ շինարարության և առևտրի ու հանրային սննդի ոլորտներում գրանցվեցին աստիճանական ու կայուն աճի միտումներ: 2005 թ. սկսած շինարարության ոլորտի մասնաբաժինը ՀՆԱ-ում զերազանցեց գյուղատնտեսության ոլորտի տեսակարար կշիռը 3,3 տոկոսային կետով՝ կազմելով 23,7 տոկոս: 2004 թ. հաջորդող ժամանակահատվածում տնտեսության առաջնային սեկտորի կայուն աճի միտումների արդյունքում 2007 թ. արդյունաբերության և շինարարության ոլորտների տեսակարար կշիռը համատեղ կազմեց 45,5 տոկոս, 1990 թ.՝ 51,8 և 1991 թ.՝ 48,7 տոկոս տեսակարար կշիռների դիմաց:

Նշված ժամանակահատվածում էական փոփոխությունների ենթարկվեց նաև տնային տնտեսությունների եկամտի կառուցվածքը՝ առանձին բաղադրիչների կառուցվածքների առումով: Տնային տնտեսություններում իրականացվող կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությո-

յան համաձայն, 2005 թ. վարձու աշխատանքից ստացված եկամուտների տեսակարար կշիռը համախառն դրամական եկամուտներում արդեն իսկ գերազանցել էր 50 տոկոսի սահմանը, այն պարագայում, երբ 1996 թ. աշխատավարձի տեսքով ստացված եկամտի տեսակարար կշիռը կազմում էր ամբողջի 13,1 տոկոսը: 2005 թ. 1996 թ. համեմատ էական նվազում արձանագրվեց նաև գյուղատնտեսական ապրանքների արտադրությունից ու իրացումից և արտասահմանից դրամական փոխանցումների տեսքով ստացվող եկամուտների տեսակարար կշիռների առումով, չնայած դրամական արտահայտությամբ դրանց ծավալների աճին: Վերոնշյալ միտումները վկայում են մասնավոր փոխանցումների տեսքով ստացվող եկամուտներից դեպի աշխատավարձի տեսքով ստացվող եկամուտներ և պետական բյուջեից հատկացվող սոցիալական փոխանցումներ շեշտադրումների փոփոխության մասին:

Այդ ժամանակահատվածում աճի միտումներ դրսևորվեցին նաև սոցիալական ապահովությանն ու սոցիալական ապահովագրությանը հատկացվող միջոցների տեսակարար կշռում, որը 2006 թ. կազմեց բյուջետային ամբողջ ծախսերի 10,8 և ՀՆԱ-ի 2,0 տոկոսը:

Ըստ ՀՀ ԱՎԾ «Ոչ ֆորմալ հատվածը և ոչ ֆորմալ զբաղվածությունը Հայաստանում» 2010 թ. ազգային զեկույցի, 2008 թ. շինարարությունը Հայաստանի տնտեսության հիմնական շարժիչ ուժն էր, որն ապահովում էր ՀՆԱ-ի 25,3 տոկոսը: Դրան հաջորդում էին գյուղատնտեսությունը, մանրամեծածախ առևտուրը և վերամշակող արդյունաբերությունը՝ համապատասխանաբար 16,3, 11,6, և 8,8 տոկոսով: 2009 թ.-ի ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի պայմաններում Հայաստանի տնտեսության ծավալները նվազեցին 14,2 տոկոսով, ոչ ֆորմալ հատվածի բաժինը համախառն ավելացված արժեքի (ՀԱԱ) մեջ կազմեց 11,2 տոկոս: Ըստ տնտեսության առանձին ոլորտների, ՀՆԱ-ի ընդհանուր ծավալում ոչ ֆորմալ հատվածի բաժինը ամենաբարձրն էր գյուղատնտեսության մեջ՝ 22,35, այլ ծառայություններում՝ 16,62, շինարարության մեջ՝ 15,43 և մանրամեծածախ առևտրում՝ 14,82 տոկոս:

Իր հերթին, ոչ ֆորմալ տնտեսության ամբողջ ծավալում գերակշռում էին գյուղատնտեսության, շինարարության և առևտրի տեսակարար կշիռները. համապատասխանաբար՝ 36,21, 26,6 և 18,56 տոկոս: Ըստ վարչատարածքային միավորների, Երևանն ամենամեծ բաժինն ունի ոչ ֆորմալ հատվածում՝ 38,82 տոկոս, որին հետևում են Արարատը, Շիրակը, Արմավիրը, Սյունիքը, Կոտայքը. համապատասխանաբար՝ 12,08, 9,13, 9,13, 8,81 և 4,86 տոկոս: Ըստ բնակավայրերի տեսակների, ոչ ֆորմալ հատվածի ընդհանուր ՀՆԱ-ն ավելի շատ կենտրոնացած է քաղաքային բնակավայրերում (60,11 տոկոս): Հայաստանի գյուղական բնակավայրերում ոչ ֆորմալ հատվածի ավելի փոքր ծավալների փաստը, ըստ ամենայնի, պայմանավորված է բնատնտեսության գերակայությամբ:

Աշխատանքի ընդհանուր արտադրողականությունը, որը չափվում է ՀՆԱ-ի նկատմամբ ընդհանուր զբաղվածության հարաբերակցությամբ, կազմում է 2376 հազար դրամ մեկ աշխատողի հաշվով: Աշխատանքի արտադրողականությունը ֆորմալ հատվածում 4,83 անգամ գերազանցում է ոչ ֆորմալ հատվածի համապատասխան ցուցանիշը:

Ժողովրդագրական իրավիճակը և միտումները

Անկախացումից հետո ՀՀ ժողովրդագրական իրավիճակի վրա բացասական ազդեցություն թողնող լրջագույն գործոններից մեկը մնում է բնակչության մեծ ծավալների էմիգրացիան: Ըստ հետազոտությունների մի մասի արդյունքների, որոնց վրա հիմնականում հենվում են նաև իշխանությունների կողմից արվող պաշտոնական մեկնաբանությունները, էմիգրացիայի հիմնական դրդապատճառներ են հանդիսանում աշխատատեղերի բացակայությունը և գոյատևման համար անհրաժեշտ միջոցներ վաստակելու անհնարինությունը: Սակայն կան նաև այլ հետազոտություններ, որոնց հեղինակներն այն կարծիքին են, որ սոցիալական անարդարության բոլոր կարգի դրսևորումները երկրում նախադրյալներ են ստեղծում սոցիալական ու բարոյահոգեբանական խորը ճգնաժամի համար, որն էլ առաջին հերթին արտահայտվում է ժողովրդագրական իրավիճակում, ներառյալ արտագաղթը, մարդկային կապիտալի վերարտադրության ու հասարակության արժեքային համակարգում խիստ անցանկալի տեղաշարժերով (ՄԱԶԾ-ի «Մարդկային աղքատությունն ու աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում» զեկույց, Երևան, 2005 թ., էջ 9):

ՄԱԶԾ-ի վերոնշյալ զեկույցը վկայում է նաև, որ, անկախ արտագաղթի պատճառներից, երկրի բնակչության ընդհանուր զանգվածի համեմատ նման մեծ ծավալի էմիգրացիոն հոսքերը շարունակում են սոցիալ-ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական և այլ բնույթի տագնապահարույց ազդեցություններ թողնել մեր հասարակական զարգացման վրա, որոնք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն ազդում են ինչպես աշխատաշուկայի իրավիճակի, այնպես էլ բնակչության զբաղվածության խնդիրների վրա:

1. Սոցիալ-ժողովրդագրական ազդեցություններ. Էմիգրացիոն հոսքերում աշխատանքային ու վերարտադրողական տարիքի տղամարդկանց թվի ակնհայտ գերակշռությունը հանգեցրել է ժողովրդագրական մի շարք համամասնությունների խախտման, մասնավորապես՝ կտրուկ նվազել է ծնելիության ցուցանիշը (1990 թ. հանրապետությունում ծնվել է մոտ 80 հազար երեխա, իսկ 2001-2002 թթ. այդ ցուցանիշը նվազել է 2,5 անգամ և միայն 2003 թվականից է սկսել ծնելիության աճի դանդաղ միտում): Նվազել է նաև ամուսնությունների թիվը և հակառակ դրան՝ ավելացել ամուսնալուծությունների ցուցանիշը (ամուսնությունների ցուցանիշի համեմատ ամուսնալուծությունների ցուցանիշը 2003 թ. 11,8 տոկոսից 2007 թ. հասել էր 16,1 տոկոսի): Բնակչության ընդհանուր թվում կտրուկ մեծացել է տարեց և ծեր բնակչության տեսակարար կշիռը (աշխատանքային տարիքից բարձր տարիքի անձանց մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր թվում հասել է 12 տոկոսի), այդ թվում՝ հատկապես միայնակ ու լքված ծերերի ու հաշմանդամ անձանց թիվը: Հանրապետության բնակչության բնական հավելաճի ցուցանիշը 1990 թ. համեմատ 2004 թ. կրճատվել է մոտ 5 անգամ:
2. Սոցիալ-տնտեսական ազդեցություններ. Երկրում լայն տարածում է ստանում աղքատությունը, քանի որ բնակչության առավել ակտիվ և բարձր որակավորում ունեցող անձանց զանգվածային արտագաղթը դանդաղեցնում է հասարակության զարգացման ընթացքը: Բնակչության դանդաղ վերարտադրությունը չի ապահովում բանակի համար անհրաժեշտ անձնակազմի, կրթահամակարգի համար անհրաժեշտ սովորողների թվաքանակ, հանգեցնելով կրթական համակարգում ինչպես հաստատությունների, այնպես էլ աշխատողների թվի կրճատման՝ նպաստելով գործազրկության աճին: Չի ապահովվում նաև ապրանքների ու ծառայությունների սպառողների որոշակի զանգված, որի առկայությամբ է միայն հնարավոր ունենալ արտադրական և ծառայությունների տրամադրման ենթակառուցվածքների որոշակի արդյունավետ ծավալ, որը թույլ կտա երկրում ապահովել սոցիալ-տնտեսական վերընթաց զարգացման համար անհրաժեշտ ծավալի միջոցների շրջանառություն և այլն:

2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ հանրապետության մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 3 262,2 հազար մարդ: Բնակչության թվաքանակի քաղաքային և գյուղական բաշխվածությունը կազմել է, համապատասխանաբար, 64 և 36 տոկոս, իսկ սեռային բաշխվածության առումով առկա է հետևյալ պատկերը՝ 48,5 տոկոսը արական սեռի են, 51,5 տոկոսը՝ իգական:

ՀՀ սահմանային անցակետերում ուղևորների հաշվառման համակարգի տվյալների համաձայն՝ ՀՀ-ից մեկնողների և ՀՀ ժամանողների թվաքանակների տարբերությունը՝ միգրացիոն հաշվեկշիռը, 1992-2003 թթ. եղել է բացասական՝ կազմելով մոտ 750 հազար: 2004 թ. սկսած

ժամանողների թվաքանակը աննշան չափով սկսել է գերազանցել մեկնողների թվաքանակը՝ 2004-2006 թթ. հասնելով 36,3 հազարի: Սակայն 2007-ից սկսած ՀՀ արտաքին միգրացիոն հոսքերի հաշվեկշիռը կրկին դառնում է բացասական՝ տարեց-տարի ցուցաբերելով աճի միտում: 2007-2010 թթ. ընթացքում վերը նշված համակարգի տվյալների համաձայն՝



2010 թ. հունվարի 1ի դրությամբ
հանրապետության մշտական
բնակչության թվաքանակի
ցուցանիշը կազմել է
3 262,2 հազար մարդ:

ՀՀ միգրացիոն բացասական հաշվեկշիռը անցել է 81 հազարից: Միայն 2011 թ. առաջին չորս ամիսների արդյունքում այդ ցուցանիշը կազմել է ավելի քան 47 600 մարդ՝ նախորդ տարվա նույն ժամանակամիջոցի համապատասխան ցուցանիշը գերազանցելով 12 տոկոսով:

ՀՀ ԱՎԾ կողմից 2006 թ. իրականացված «Հայաստանում աշխատանքային միգրացիայի փորձ-նական ընտրանքային հետազոտության» համաձայն, հարցման պահին տնային տնտեսությունների 24,8 տոկոսն ունեցել են արտերկրում ապրող որևէ անդամ: Տնային տնտեսությունների արտերկրում ապրող անդամների միջին տարիքը կազմել է 38,2, այդ թվում՝ տղամարդկանցը՝ 38,6, կանանցը՝ 36,1: ՀՀ-ից հեռացող էմիգրանտների թվաքանակում գերակշռել են ընդհանուր միջնակարգ (53,9 տոկոս), բարձրագույն (18,2 տոկոս) և միջին մասնագիտական (16,6 տոկոս) կրթական մակարդակ ունեցողները:

Չնայած նրան, որ ծնելիության մակարդակը սկսած 2002 թ.-ից դրսևորում է աճի միտում և 2010 թ. արդյունքներով 1 000 բնակչի հաշվով կազմել է 13,8, այնուհանդերձ 1990 թ. 22,5-ի և 1991 թ. 21,6-ի համեմատ դեռևս գտնվում է ցածր մակարդակի վրա: Այս հանգամանքը երկարաժամկետ հեռանկարում բացասաբար կանդրադառնա աշխատուժի առաջարկի որակական և քանակական ցուցանիշների, ինչպես նաև առողջապահական, կրթական, սոցիալական ծառայությունների պահանջարկի վրա:

Վերոհիշյալ բացասական ազդեցություններով հանդերձ, աշխատանքային էմիգրանտների կատարած դրամական փոխանցումները կարևոր դեր են խաղում գործազրկության և դրա բացասական հետևանքների մեղմման, տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի բարելավման և եկամտային անհավասարության նվազեցման գործում:

Աշխատուժի կրթամակարդակը և կառուցվածքը

Անցումային շրջանին բնորոշ երևույթները իրենց ազդեցությունը թողեցին նաև կրթական համակարգի վրա՝ հանգեցնելով աշխատաշուկայի և կրթական համակարգի միջև անհաշվեկշռվածության, ինչն էլ հանդիսանում է աշխատանքի շուկայում առաջարկի և պահանջարկի ներկայիս խզվածության հիմնական պատճառներից մեկը: Կրթական համակարգը դեռևս գտնվում է կառուցվածքային, բովանդակային և կառավարչական բարեփոխումների փուլում, միտված՝ տնտեսության և աշխատաշուկայի կարիքներին համահունչ մասնագիտական կրթության և ուսուցման համակարգի կայացմանը:

Հայաստանում բավական բարձր է գրագիտության մակարդակը, չնայած վերջին տարիներին նկատելի է այդ ցուցանիշի աստիճանական նվազման միտում: Հիմնական կրթության համակարգում դեռևս պահպանվել է բարձր ընդգրկվածությունը, որը տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի 2006 թ. ամբողջացված հետազոտության համաձայն կազմել է՝ տարրական կրթության համակարգում (7-9 տարեկաններ)՝ 98,6 տոկոս, հիմնական ընդհանուր կրթության համակարգում (10-14 տարեկաններ)՝ 99,8 տոկոս: Համեմատաբար ցածր ընդգրկվածության ցուցանիշ է արձանագրվել ավագ դպրոցի (15-17 տարեկաններ) համակարգում՝ 89,6 տոկոս:

Ինչ վերաբերում է մասնագիտական կրթահամակարգին, ապա 2011 թ. դրությամբ հանրապետությունում նախնական և միջնակարգ մասնագիտական կրթությունն իրականացվում է 94 միջնակարգ մասնագիտական և 33 նախնական մասնագիտական (արհեստագործական) ուսումնական հաստատություններում՝ քոլեջներում և ուսումնարաններում: Չնայած այն հանգամանքին, որ 1991 թ. համեմատությամբ (69 հաստատություն) միջնակարգ մասնագիտական ուսումնական հաստատությունների քանակն աճել է շուրջ 40 տոկոսով, դրանցում սովորողների թվաքանակը նույն ժամանակահատվածի համեմատ նվազել է մոտ 23 տոկոսով, կազմելով 31,1 հազար մարդ:

Ի տարբերություն միջնակարգ մասնագիտական կրթության համակարգի, հանրապետությունում էականորեն ավելացել է բուհերի և դրանցում սովորողների թվաքանակը: 1990 թ. հանրապետությունում գործել է 14 պետական բուհ: 2011 թ. բուհերի քանակը հասել է 65-ի: Բուհերի քանակի աճը որոշակիորեն նպաստել է կրթահամակարգի՝ գործատուների պահանջներին և պայմաններին ավելի ճկունորեն արձագանքելու կարողության մեծացմանը: Այնուհանդերձ, այս ոլորտում ևս շարունակում են արդիական մնալ աշխատաշուկայի պահանջներին համապատասխան բարձրորակ կադրերի պատրաստման, մասնագիտությունների վերանայման, ինչպես նաև կրթական ծառայությունների որակից բավարարվածության խնդիրները:

Ակնառու է, որ կրթական մակարդակի և տնտեսական ակտիվության միջև առկա է դրական կորելյացիոն կապ: 2001 թ. մարդահամարի արդյունքներով՝ ՀՀ-ում բարձրագույն կրթություն ունեցողների զբաղվածության մակարդակն զգալիորեն ավելի բարձր էր՝ 73 տոկոս, քան միջին և նախնական մասնագիտական կրթություն ունեցողներինը՝ միասին 59 տոկոս, և ընդհանուր միջնակարգ կրթություն ունեցող բնակչությանը՝ 63 տոկոս (հաշվարկներն արված են 15 տարեկանից բարձր տարիքային խմբում): Սովորաբար, ավելի բարձր կրթություն ունեցողներն ավելի բարձր են վարձատրվում և համեմատաբար ավելի կարճ ժամանակով են գործազուրկ մնում:

Կրթական համակարգի վերը նկարագրված միտումներն ապագայում հանգեցնելու են մի կողմից ներքին աշխատաշուկայից միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունեցող, հիմնականում արհեստագործական աշխատանքներով զբաղվող ու առավել տարեց աշխատուժի աստիճանական դուրս մղմանն ու նոր երիտասարդ աշխատուժով ոչ համարժեք համալրմանը, իսկ մյուս կողմից՝ բարձրագույն կրթություն ունեցող մասնագետների ավելցուկին կամ այդ մասնագետների խմբում՝ իրենց որակավորմանը չհամապատասխանող աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվողների տեսակարար կշռի մեծացմանը:

Զբաղվածության դինամիկան, կառուցվածքը և միտումները

Ազատական աշխատաշուկայի ձևավորման տնտեսական հիմքերն, ըստ էության, դրվեցին 1990-ականների սկզբին իրականացված տնտեսական հարաբերությունների փոփոխությունների արդյունքում: 1990 թ. դրությամբ զբաղված բնակչության թվաքանակը կազմում էր 1630,1 հազար մարդ, որի շուրջ 60 տոկոսը կենտրոնացած էր տնտեսության հետևյալ երեք խոշոր ճյուղերում. արդյունաբերություն՝ 30,4 տոկոս, գյուղատնտեսություն՝ 17,4 տոկոս և շինարարություն՝ 11,4 տոկոս: Հետագա անցումային տարիներին զբաղվածության դինամիկան և կառուցվածքի փոփոխությունները բավականին անհավասարաչափ են եղել: 1990 թվականից սկսած Հայաստանում արձանագրվում է ընդհանուր զբաղվածության շարունակական նվազում: Բացառություն են կազմում 2003 և 2005 թվականները, երբ այդ առումով արձանագրվեց աննշան աճ: Պաշտոնական վիճակագրության կողմից որպես զբաղվածության կառուցվածքի մեկ այլ նշանակալի փոփոխություն է գնահատվել արդյունաբերության տեսակարար կշռի անկումն ու ծառայությունների մասնաբաժնի ավելացումը:

1990-ականների կեսերին իրականացված հողի և փոքր ու միջին ձեռնարկությունների սեփականաշնորհման ու ձեռնարկություններում աշխատատեղերի համատարած կրճատման արդյունքում ձևավորված «ավելցուկային» աշխատուժի զգալի մասը անցավ գյուղատնտեսական ոլորտ, որի արդյունքում էականորեն փոխվեց նաև զբաղվածների թվաքանակի գյուղատնտեսական - ոչ գյուղատնտեսական համամասնությունը: 1990-2002 թթ. տնտեսության ոչ գյուղատնտեսական հատվածում կրճատվեց մոտ 645 հազար աշխատատեղ, որի գերակշիռ մասը «կլանվեց» գյուղատնտեսության ոլորտի կողմից: Արդյունքում, 1990 թ. համեմատ, 2001 թ. գյուղատնտեսությունում զբաղվածների թիվն ավելացավ մոտ 2 անգամ՝ կազմելով 570 հազար մարդ: Հետագա տարիներին (հիմք ընդունելով ՀՀ 2001 թ. մարդահամարի արդյունքներով իրականացված զբաղվածների թվաքանակի ցուցանիշի ճշգրտման արդյունքները) գյուղատնտեսությունում զբաղվածների թվաքանակը կայունացավ՝ 2002-2009 թթ. տատանվելով 500-491 հազարի սահմաններում:

1990-2009 թվականների ցուցանիշների վերլուծությունը վկայում է, որ զբաղվածության կրճատում է արձանագրվել տնտեսության գրեթե բոլոր ոլորտներում, որոնցից ամենամեծ կրճատումը՝ շինարարության, գիտության և գիտական գործունեության ու արդյունաբերության ոլորտներում, իսկ զբաղվածության աճ արձանագրվել է գյուղատնտեսության և առևտրի ու հասարակական սննդի ոլորտներում:

ՀՀ 2001 թ. մարդահամարի արդյունքներով վերահաշվարկված ցուցանիշների համաձայն՝ 2002-2006 թթ. ժամանակահատվածում զբաղվածների թվաքանակը կրճատվել է տարեկան միջինը 0,1 տոկոսով: Որպես այդ տարիներին իրականացված օպտիմալացման գործընթացների արդյունք, 2007 թ., 2002 թ. համեմատ, էականորեն կրճատվեց կրթության և առողջապահության ոլորտներում զբաղվածների թվաքանակը: Ըստ այդմ, առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների մատուցման գործունեությամբ զբաղվածների թվաքանակը 2009 թ. կազմեց 45,7 հազար՝



2002 թ. 66,9 հազարի համեմատ, իսկ կրթության ոլորտում զբաղվածներինը՝ 2007 թ. 100,6 հազար մարդ՝ 2002 թ. 117,7 հազարի համեմատ: Զբաղվածների թվաքանակի նշանակալի անկում է արձանագրվել նաև շինարարության ոլորտում, որտեղ զբաղվածների թվաքանակը 2007 թ. կազմել է 31,1 հազար՝ 2002 թ. 36,1 հազարի դիմաց, սակայն կտրուկ աճ տեղի ունեցավ 2008 թ.՝ 60,4 հազար մարդ: Վերջին միտումը, սակայն, չպահպանվեց 2009 թվականին՝ համաշխարհային ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի հետևանքով նվազելով մինչև 49,5 հազարի: 2009 թ. դրությամբ 2002 թ. համեմատ զբաղվածների թվաքանակի ավելացում է արձանագրվել առևտրի, հյուրանոցների և ռեստորանների, տրանսպորտի և կապի, ֆինանսական գործունեության, անշարժ գույքի հետ կապված գործառնությունների, ինչպես նաև պետական կառավարման ոլորտներում: Ընդ որում՝ հյուրանոցների ու ռեստորանների ոլորտում զբաղվածների թվաքանակն աճել է մոտ 5 անգամ:

2009 թ. դրությամբ հանրապետությունում զբաղվածների թվաքանակը կազմել է 1089,4 հազար, որի շուրջ 45,5 տոկոսը զբաղված է եղել գյուղատնտեսության, դրսորդության և անտառային տնտեսության ոլորտներում, իսկ մշակող արդյունաբերությունում զբաղվածների տեսակարար կշիռը կազմել է 7,7 տոկոս:

2009 թ. տնտեսական ակտիվության մակարդակն առավել բարձր է եղել 30-54 տարիքային խմբերում, իսկ ըստ կրթական մակարդակի բնութագրվում է հիմնականում ընդհանուր միջնակարգ (41,2), միջնակարգ մասնագիտական (24,4) և բարձրագույն (ներառյալ՝ հետբուհական) կրթություն (22,4) ունեցողների գերակայությամբ, որոնք համատեղ կազմել են ամբողջի 88 տոկոսը: Աճման կայուն միտումներ են արձանագրվում միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունեցողների տեսակարար կշռի առումով, ինչը թերևս պայմանավորված է այդ տեսակի կրթության բարեփոխումների նշմարվող արդյունքներով: Պատկերն այլ է տնտեսապես ոչ ակտիվ բնակչության պարագայում, որտեղ ընդհանուր միջնակարգ կրթություն ունեն 45,7 տոկոսը, միջնակարգ մասնագիտական՝ 21,1 տոկոսը, իսկ հիմնական ընդհանուր՝ 14,7 տոկոսը: Տնտեսապես ոչ ակտիվ բնակչության շրջանում բարձրագույն և հետբուհական կրթություն ունեցողները կազմել են 12,1 տոկոս:

Աշխատաշուկայի բնութագրական առանձնահատկություններից է այն, որ զբաղվածության կրճատումը և գործազրկության աճը համարժեք չեն եղել մակրոտնտեսական ցուցանիշների միտումներին: Պաշտոնական վիճակագրական ցուցանիշների վերլուծությունից պարզ է դառնում, որ Հայաստանում գրանցվող կայուն տնտեսական աճն ապահովվել է ոչ այնքան զբաղվածության մակարդակի աճով, որքան աշխատանքի արտադրողականության աճի հաշվին: Մյուս կողմից, սակայն, տնտեսական աճի արդյունքներն արտացոլվել են ոչ այնքան զբաղվածության մակարդակի բարձրացման, որքան աշխատավարձի բարձրացման ցուցանիշներում:

Անցած ժամանակահատվածում նկատվել է նաև զբաղվածության տեղաշարժ պետականից դեպի մասնավոր ոլորտ: Մասնավոր (առանց հասարակական և կրոնական կազմակերպություններում զբաղվածների տեսակարար կշռի) հատվածում զբաղվածների տեսակարար կշիռը 2009 թ. կազմել է շուրջ 80,9 տոկոս՝ 1990 թ. 20 և 1991 թ.՝ 30,1 տոկոսի համեմատ:

Արդի աշխատաշուկայի մեկ այլ բնութագրիչ է շարունակում մնալ ոչ ֆորմալ զբաղվածության բարձր մակարդակը: Այդ ցուցանիշը 2006 թ. գյուղատնտեսության ոլորտում կազմել է չզբաղվածների 24,8 տոկոսը (այդ թվում՝ բանավոր համաձայնությամբ վարձու աշխատողները՝ 15,0 տոկոս,



Անցած ժամանակահատվածում նկատվել է նաև զբաղվածության տեղաշարժ պետականից դեպի մասնավոր ոլորտ:

գործատուներն ու ինքնազբաղվածները՝ 9,8 տոկոս), իսկ 2001-2006 թթ. ժամանակահատվածում տատանվել է 22,6-ից 26,9 տոկոսի սահմաններում: Ոչ ֆորմալ զբաղվածության նվազման միտումները գերազանցապես պայմանավորված են չգրանցված ինքնազբաղ-

վածների տեսակարար կշռի աստիճանական նվազումով: Եթե նկատի ունենանք նաև այն, որ գյուղատնտեսական ոլորտում զբաղվածների զգալի մասը նույնպես հանդիսանում են ոչ ֆորմալ զբաղվածներ, ապա նշված ցուցանիշը կարող է կազմել մինչև 45-50 տոկոս: Այդուհանդերձ, ակնկալվում է, որ գրանցված զբաղվածության աստիճանը դրսևորելու է աճման միտում, որին նպաստելու են զբաղվածության ճյուղային կառուցվածքի փոփոխությունները՝ հոգուտ ոչ գյուղատնտեսական ճյուղերի, աշխատուժի հարկման ներկայիս ցածր մակարդակի պահպանումը, աշխատանքային օրենսդրության կատարելագործումները և հարկային վարչարարության բարելավմանն ուղղված միջոցառումները:

ՀՀ ԱՎԾ «Ոչ ֆորմալ հատվածը և ոչ ֆորմալ զբաղվածությունը Հայաստանում» 2010 թ. ազգային զեկույցի համաձայն, 2009 թ. երկրում զբաղված է եղել 1,15 միլիոն մարդ, որը համարժեք է տնտեսապես ակտիվ բնակչության 81,3 տոկոսին: Զբաղվածների 96,6 տոկոսն ունեցել է մեկ աշխատանք, մնացածը՝ մեկից ավելի:

Հայաստանի օրենսդրությամբ՝ անձը տնային տնտեսության եկամուտը մեծացնելու նպատակով կարող է մի քանի աշխատանք ունենալ: Աշխատատեղերի քանակը կամ ընդհանուր զբաղվածությունը գնահատվել է մոտ 1,19 միլիոն: 2009 թ. մասնավոր կազմակերպություններն ապահովել են զբաղվածության 70,7%-ը: Նրանց հաջորդել են պետական կազմակերպությունները՝ 25,7%: Մնացածը բաշխվել է ՏԻՄ-երի, հասարակական կազմակերպությունների և միջազգային կազմակերպությունները ներկայացնող գործատուների միջև:

Գերփոքր կազմակերպությունների կողմից ստեղծված աշխատատեղերի քանակը կազմել է բոլոր զբաղվածների 72,0 տոկոսը: Վարձու աշխատողների աշխատատեղերը կազմել են ընդհանուր զբաղվածության ավելի քան կեսը՝ 55,3 տոկոս, ինքնազբաղվածները՝ 26,3 տոկոս, ընտանիքի չվարձատրվող զբաղված անդամները՝ 17,8 տոկոս, և գործատուները՝ 0,4 տոկոս:

Աշխատատեղերի մեծամասնությունը ստեղծվել է ֆորմալ հատվածի կազմակերպություններում՝ 52,4 տոկոս, որին հաջորդել են ոչ ֆորմալ հատվածի կազմակերպություններում ստեղծվածները և տնային տնտեսությունները, համապատասխանաբար՝ 37,8 և 9,8 տոկոս: Բոլոր զբաղվածների 52,1 տոկոսը գնահատվել է որպես ոչ ֆորմալ, ինչը նշանակում է, որ հանրապետությունում առկա է ոչ ֆորմալ (չգրանցված) 621 700 աշխատատեղ:

Ոչ ֆորմալ զբաղվածությունն ավելի շատ տարածված է կանանց շրջանում, քան տղամարդկանց՝ կազմելով, համապատասխանաբար, 53,4 և 51,0 տոկոս: Բնակավայրերի առումով՝ այն ավելի շատ տարածված է գյուղական բնակավայրերում՝ կազմելով գյուղական զբաղվածների 82,1 տոկոսը: Քաղաքներում աշխատատեղերի միայն քառորդ մասն է ոչ ֆորմալ (24,5 տոկոս):

Ըստ տնտեսության ոլորտների, ոչ ֆորմալ զբաղվածության ամենաբարձր մակարդակը գրանցվել է գյուղատնտեսական հատվածում՝ 98,6 տոկոս, որը պայմանավորված է գյուղատնտեսության ոլորտում աշխատանքային հարաբերությունների իրավահիստիտուցիոնալ թույլ կարգավորվածությամբ: Ոչ գյուղատնտեսական ոլորտի 704 400 աշխատատեղերում ոչ ֆորմալ զբաղվածությունը գնահատվել է 20,0 տոկոս: Այստեղ ոչ ֆորմալ զբաղվածությունն առավել տարածված է շինարարությունում (34,2 տոկոս), մեծածախ ու մանրածախ առևտրում (26,9 տոկոս) և վերամշակող արդյունաբերությունում (11,8 տոկոս):

Զբաղվածության որոշ ոլորտներ ապահովել են բացառապես (100 տոկոս) ֆորմալ աշխատատեղեր: Այդպիսիք են ֆինանսական միջնորդությունը, պետական կառավարումը, պաշտպանությունը, սոցիալական ապահովությունը և օտարերկրյա կազմակերպությունները:

Թեև ոչ ֆորմալ զբաղվածությունը հիմնականում կապվում է ոչ ֆորմալ կազմակերպությունների (ոչ ֆորմալ բոլոր աշխատատեղերի 72,6 տոկոսը) հետ, սակայն նման հարաբերություններից զերծ չեն նաև ֆորմալ կազմակերպությունները և տնային տնտեսությունները:

Զբաղվածության քաղաքականության կարևորագույն խնդիրներից մեկն էլ այնպիսի զբաղվածության պայմանների ստեղծումն է, որը կարող է դառնալ աշխատողի (այդ թվում՝ նրա ընտանիքի անդամների) համար բավարար եկամտի ապահովման հիմնական աղբյուրը: Այս առումով հանրապետությունում առկա է հետևյալ վիճակը. միջին ամսական եկամուտը Հայաստանում 2009 թ.-ին կազմել է 66 511 դրամ: Ընդհանուր առմամբ, տղամարդիկ միջին հաշվով ավելի բարձր են վարձատրվել, քան կանայք (տղամարդ վարձու աշխատողները ամսական ստացել են 86 450,

իսկ կանայք՝ 56 572 դրամ): Տղամարդ գործատուները 22,9 տոկոսով ավելի են վաստակել, քան կին գործատուները, մինչև սոցիալական տղամարդ ինքնազբաղվածներն իրենց կին գործընկերների միջին վաստակից երկու անգամ ավելի են վաստակել: Ֆորմալ պայմանագիր ունեցող աշխատողներն, ընդհանուր առմամբ, ավելի լավ են վարձատրվել, քան նրանք, ովքեր ունեցել են ոչ ֆորմալ զբաղվածություն: Ֆորմալ ինքնազբաղվածները մոտ 2,6 անգամ ավելի շատ են վաստակել, քան ոչ ֆորմալ ինքնազբաղվածները: Գյուղատնտեսական հատվածում ֆորմալ վարձու աշխատողների միջին աշխատավարձը 30,0 տոկոսով բարձր է եղել ոչ ֆորմալ վարձու աշխատողների ստացածից: Ոչ գյուղատնտեսական ոլորտում ֆորմալ վարձու աշխատողներն իրենց ոչ ֆորմալ գործընկերներից 20,0 տոկոսով ավելի են ստացել:

2008 թվականի զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրով պետական բյուջեից հատկացվել է 3,7 մլրդ. դրամ, իսկ ԶՊԾ պահպանման համար՝ 649,5 մլն. դրամ, այսպիսով զբաղվածության պետական քաղաքականության իրականացման համար հատկացվել է գրեթե 4 350 մլն. դրամ: ԶՊԾ անձնակազմը բաղկացած է 405 աշխատողներից, որը մինչև 2011 թ. կրճատվել է շուրջ 5 տոկոսով: 2008 թ. ընթացքում ԶՊԾ մարզային և տարածքային կենտրոններ դիմել է 145 900 անձ, նրանցից որպես աշխատանք փնտրող հաշվառվել են 90 244 անձ, որոնց շուրջ 40 տոկոսը չի ցանկացել հաշվառվել ԶՊԾ-ում: Զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկված և արդյունքում մշտական աշխատանքի տեղավորվածների թիվը կազմել է 956 անձ, որից երիտասարդներ՝ 459: Իսկ «Վարձատրվող հասարակական աշխատանքներ» ծրագրով ժամանակավորապես (միջինը շուրջ 2 ամիս) ապահովվել է 7 000 անձի զբաղվածություն, որից երիտասարդ՝ 1 890:

2009 թ. զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերի իրականացման համար ՀՀ պետբյուջեից տրամադրվել է 4 221,2 մլն. դրամ, իսկ ԶՊԾ պահպանման ծախսերի համար՝ 714,19 մլն. դրամ: 2009 թ. ընթացքում ԶՊԾ տարածքային կենտրոններ դիմել և խորհրդատվություն է ստացել 178 000 անձ, որոնց ընդամենը 56 տոկոսն է հաշվառվել որպես աշխատանք փնտրող (99 993 անձ): Գործազուրկի կարգավիճակ է ստացել 82 901 անձ: Տարվա ընթացքում մշտական աշխատանքի է տեղավորվել 9 057 անձ: Ժամանակավոր աշխատանքով ապահովվել է 4 690 անձ:

2010 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ գործազրկության պաշտոնական մակարդակը կազմել է 7,1 տոկոս՝ նախորդ տարվա 6,3 տոկոսի փոխարեն: Գործազրկության իրական մակարդակը կազմել է շուրջ 28 տոկոս: Թափուր աշխատատեղերի մասին գործատուներից ստացված հայտերի ամսական միջին թիվը կազմել է 1 210, որի շուրջ 45 տոկոսը՝ չլրացվող: Մեկ թափուր աշխատատեղին բաժին է ընկել շուրջ 70 աշխատանք փնտրող: ԶՊԾ-ի հետ համագործակցող գործատուների թիվը նախորդ տարվա համեմատ աճել է 20 տոկոսով: Զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկվածների ցուցանիշը կազմել է աշխատանք փնտրողների 37,7 տոկոսը: Աշխատանքի տեղավորվածների թիվը աշխատանք փնտրողների թվաքանակի մեջ կազմել է 9,1%, որը նախորդ տարվա համապատասխան ցուցանիշից ցածր է 0,5 տոկոսով:

2011 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ԶՊԾ տարածքային կենտրոններ դիմել և խորհրդատվություն է ստացել 206 348 անձ: Նրանց ընդամենը 45 տոկոսն է հաշվառվել որպես աշխատանք փնտրող (93 200 անձ): Աշխատանք փնտրողների թիվը նախորդ տարվա նկատմամբ նվազել է շուրջ 7 տոկոսով: Գործազրկության պաշտոնական մակարդակը կազմել է 6,9, իսկ գործազրկության իրական մակարդակը՝ 27,5 տոկոս: Գործազուրկների թվաքանակը կազմել է 78,8 հազ., որը նախորդ տարվա համեմատ նվազել է շուրջ 1,9 տոկոսով: Գործազուրկների 19,1 տոկոսը երիտասարդներ են, որոնցից շուրջ 16,6 հազարը առաջին անգամ աշխատանք փնտրողներն են: Գործատուների կողմից ամսական միջին հաշվով ներկացվել է 1 153 թափուր աշխատատեղերի հայտ, որոնցից չլրացվող՝ 45 տոկոսը: Մասնավորապես, շարունակում են թափուր մնալ բժշկների, ուսուցիչների, հաշվապահների, վաճառողների, ատաղձագործների, հացթուխների, վարորդների աշխատատեղեր: Մեկ թափուր աշխատատեղին բաժին է ընկել շուրջ 68 աշխատանք փնտրող: ԶՊԾ-ի հետ համագործակցող գործատուների թիվը նախորդ տարվա համեմատ աճել է 2,2 տոկոսով: Զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկվածների թիվը կազմել է աշխատանք փնտրողների 37,9 տոկոսը: 2010 թ. ընթացքում աշխատանքի է տեղավորվել 11 315 անձ,

որը նախորդ տարվա նույն ցուցանիշի համեմատ աճել է 1/4-ով: Աշխատանքի տեղավորվածների 26,1 տոկոսը երիտասարդներ են:

2011 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՁԳԾ-ում հաշվառված աշխատանք փնտրողները կազմել են 92580 անձ: Գործազուրկների թիվը կազմել է 77202, որոնց 19,3 տոկոսը՝ երիտասարդներ: Աշխատանքի է տեղավորվել 1466 անձ: Գործատուները ներկայացրել են թափուր աշխատատեղի 1151 հայտ, որից 460-ը՝ բանվորական մասնագիտությունների: Նպաստառու գործազուրկների թիվը կազմել է 18459: Զբաղվածության ամենամյա պետական ծրագրերում ընդգրկված անձանց թիվը կազմել է 18956 անձ, որի 15,2 տոկոսը՝ երիտասարդներ:

2011 թ. զբաղվածության ոլորտի համար ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված է 6046985,7 հազ. դրամ, որից ՁԳԾ-ի կողմից իրականացվող ծրագրերի համար՝ 6010536,5 հազ. դրամ, «Երիտասարդների մասնագիտական կողմնորոշման կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի կողմից իրականացվող ծրագրերի համար՝ 20685,6 հազ. դրամ, «Հաշմանդամների մասնագիտական կողմնորոշման և աշխատանքային վերականգնողական կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի կողմից իրականացվող ծրագրերի համար՝ 15763,6 հազ. դրամ:

Իրավիճակի գնահատումներ

2010 թ. դեկտեմբերի 22-ին ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից ընդունվեց «Բնակչության զբաղվածության և գործազրկության դեպքում սոցիալական պաշտպանության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքը, որը պայմանավորված էր օրենքի կիրարկումից հետո ծագած մի շարք խնդիրների կարգավորման, ինչպես նաև հաշմանդամների և երիտասարդների արդյունավետ զբաղվածության ապահովմանն ուղղված նոր ծրագրերի ներդրման անհրաժեշտությամբ: Այս փոփոխությամբ աշխատանք փնտրող չզբաղված հաշմանդամներին իրավունք է վերապահվել մասնակցելու այլ վայր աշխատանքի գործուղման ծրագրերին: Իսկ գյուղատնտեսական նշանակության հողի սեփականատերերին հնարավորություն է ընձեռված ընդգրկվելու զբաղվածության պետական ծառայության կողմից իրականացվող մասնագիտական ուսուցման ծրագրերում: Բայց, միևնույն ժամանակ, նշված փոփոխությամբ հողի սեփականատերերն այլևս համարվում են զբաղված անձինք, հետևաբար կորցրել են գործազուրկի կարգավիճակ ստանալու իրավունքը՝ անկախ սեփականության իրավունքով իրենց պատկանող հողի չափից, կադաստրային արժեքից, պիտանելիությունից և նմանատիպ այլ բնութագրիչներից: Օրենքի փոփոխությամբ գործազրկության նպաստի չափի սահմանումը վերապահվել է ՀՀ կառավարությանը, որը նախկինում սահմանված էր օրենքով և յուրաքանչյուր տարի փոփոխվում էր՝ նվազագույն ամսական աշխատավարձի փոփոխմանը զուգընթաց (գործազրկության նպաստի չափը հավասար էր նվազագույն ամսական աշխատավարձի 60 տոկոսին): Այս դրույթը, կարծում ենք, առավել արդարացի և առաջադիմական մոտեցումներ էր պարունակում, քան փոփոխություններով առաջարկվողը: Հետևաբար, օրենքի վերջին փոփոխությամբ գործազրկության նպաստի չափի որոշարկման գործընթացների իրավական կարգավորման բնագավառում էական հետընթաց է արձանագրվել՝ նկատի ունենալով այն ակնհայտ հանգամանքը, որ այդ նպաստի չափը այլևս չի կապվում նվազագույն ամսական աշխատավար-

«Օրենքի վերջին փոփոխությամբ գործազրկության նպաստի չափի որոշարկման գործընթացների իրավական կարգավորման բնագավառում էական հետընթաց է արձանագրվել:

ձին, այլ օրենքով այդ չափի որոշումը վերապահվել է ՀՀ կառավարությանը, որին տրվել է լայն հնարավորություն՝ առանց օբյեկտիվ հանգամանքները հաշվի առնելու, սուբյեկտիվորեն սահմանել նպաստի չափը: Նշվածն արդեն իսկ իրողություն դարձավ 2011 թ., երբ նվազագույն ամսական աշխատավարձն աճեց շուրջ 8 տո-

կոտով, սակայն ՀՀ կառավարությունը նպաստի չափը թողեց անփոփոխ՝ 18 000 դրամ: Նոր տիպի կարգավորում է ստացել նաև մեկից ավելի անգամ գործազուրկի կարգավիճակում գտնվող անձանց գործազրկության նպաստ ստանալու հարցը, ըստ որի՝ եթե անձը գործազրկության նպաստ է ստանում մեկից ավելի անգամ, ապա յուրաքանչյուր հաջորդ անգամ նրան գործազրկության նպաստ է նշանակվում Զբաղվածության պետական ծառայության կողմից հաշվառումից հանվելուց հետո նրա անվամբ առնվազն մեկ տարվա սոցիալական վճարներ կատարելու դեպքում: Ընդ որում, գործազրկության նպաստի վճարման տևողությունը հաշվարկվում է Զբաղվածության պետական ծառայության կողմից վերջին անգամ անձի հաշվառումից հանվելուց հետո ձեռք բերված ապահովագրական ստաժի չափին համապատասխան՝ անտեսելով անձի ունեցած ապահովագրական ընդհանուր ստաժը և հաշվի չառնելով այն հանգամանքը, որ անձը այդ տարիների համար յուրաքանչյուր ամիս կատարել է ապահովագրական վճար: Կարծում ենք, սա նույնպես հետընթաց է սոցիալական ապահովության քաղաքականության բնագավառում:

2006–2008 թթ. գործազրկության պաշտոնական մակարդակը նվազել է (2006–2007 թթ. նվազման տեմպը կազմել է 0,107, իսկ 2007–2008 թթ.՝ 0,04): Ճգնաժամով պայմանավորված, 2008–2009 թթ. նկատվել է գործազրկության պաշտոնական մակարդակի 0,4 տոկոսով աճ (աճի տեմպը կազմել է 0,13): 2011 թ. հունվարի 1-ի դրությամբ պաշտոնապես գրանցված գործազրկության մակարդակը կազմել է 6,9 տոկոս՝ նախորդ տարվա նույն ժամանակամիջոցի 7,1 տոկոսի փոխարեն:

2007–2010 թթ. ՀՀ պետական բյուջեից զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացմանն ուղղված ծախսերում նկատվել է կայուն աճի միտում, ըստ տարիների՝ համապատասխանաբար 5,1, 30,4, 52,6 և 8,7 տոկոսով: Սակայն ՀՀ կառավարության կողմից ընդունված 2011–2014 թթ. ՄԺԾ-ում այս ուղղությամբ գրեթե աճ չի նախատեսվում:

Քննարկվող ժամանակաշրջանում ԶՊԾ մարզային և տարածքային կենտրոններ դիմած անձանց շուրջ 40 տոկոսը տարբեր պատճառներով չի ցանկացել հաշվառվել ԶՊԾ-ում: Այս ցուցանիշը հետագա տարիներին ունեցել է աճի միտում:

ԶՊԾ-ի մեկ աշխատակցի տարեկան կտրվածքով բաժին է ընկել զբաղվածության պետական ծրագրերի արդյունքում մշտական աշխատանքի տեղավորված շուրջ 2,3 անձ, այդ թվում՝ 1,1 մշտական աշխատանքի տեղավորված երիտասարդ: Ծրագրերում ընդգրկված մեկ շահառուի հաշվով միջինը պետական բյուջեից ծախսվել է շուրջ 112 000 դրամ:

Զբաղվածության պետական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման և մոնիտորինգի ամբողջական համակարգ դեռևս ներդրված չէ, ինչն այդ ծրագրերը վերլուծելու առումով օբյեկտիվ դժվարություններ է հարուցում: Այս իրավիճակում, կարծում ենք, ծրագրերի վերջնական պատակի առումով արդյունավետության գնահատման ընդհանրական կողմնորոշիչ ցուցանիշ կարող են դիտվել ծրագրերում ընդգրկման արդյունքում մշտական աշխատանքի տեղավորված մեկ անձի հաշվով ՀՀ պետական բյուջեից զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերին հատկացված համախառն միջոցները (չհաշված ժամանակավոր աշխատանքի ապահովման նպատակով իրականացվող վարձատրվող հասարակական աշխատանքների ծրագրին հատկացված միջոցները): Նշված ցուցանիշը 2008 թ. կազմել է շուրջ 3,14 միլիոն դրամ, 2009 թ.՝ 3,9 միլիոն դրամ, 2010 թ.՝ 4,24 միլիոն դրամ: Սա Զբաղվածության պետական ծառայության գործունեության արդյունավետության շուրջ խորհելու լուրջ առիթ է:



Հիմք ընդունելով նաև գործազրկության նպաստի խիստ ցածր չափը օբյեկտիվորեն կարելի է պնդել, որ գործազուրկները հիմնականում իրացնում են իրենց գործազրկության նպաստի իրավունքը՝ ողջ տևողությամբ:

Հիմք ընդունելով նաև գործազրկության նպաստի խիստ ցածր չափը օբյեկտիվորեն կարելի է պնդել, որ գործազուրկները հիմնականում իրացնում են իրենց գործազրկության նպաստի իրավունքը՝ ողջ տևողությամբ:

Հատկանշական է, որ ցուցանիշի հաշվարկներում չեն մտցվել ՋՊԾ պահպանման, այդ թվում՝ գործառնական ծախսերը: Այս ծախսերով ՋՊԾ-ն իրականացնում է օրենքով սահմանված լիազորություններ, այդ թվում՝ գործատուներից թափուր աշխատատեղերի, աշխատանքից ազատման վերաբերյալ տեղեկությունների ստացում և ՋԼՄ-ների միջոցով պարբերաբար հրապարակում, համապատասխան թափուր աշխատատեղերի առկայության դեպքում աշխատանք փնտրող անձանց ուղեգրում գործատուների մոտ, աշխատանք փնտրող անձանց հաշվառում, մասնագիտական կողմնորոշման խորհրդատվության տրամադրում: ՋՊԾ ուղեգրերն աշխատանք փնտրող անձի և գործատուի միջև կրում են միջնորդային բնույթ: Այսինքն, կարելի է եզրակացնել, որ ՋՊԾ-ի կողմից մշտական աշխատանքի տեղավորումը, բացի զբաղվածության պետական կարգավորման պետական ծրագրերում ընդգրկման արդյունքում տեղավորումից, հիմնականում տեղի է ունենում ՋՊԾ-ի վերը թվարկված լիազորությունների շրջանակներում, հետևաբար՝ ՋՊԾ պահպանման ծախսերով: Բացառություն կարող է կազմել միայն այն վիճելի ենթադրությունը, ըստ որի մասնագիտական ուսուցման ու վերամասնագիտացման ծրագրերում ընդգրկված և արդյունքում աշխատանքի չտեղավորված, ինչպես նաև գործազրկության նպաստ ստացող անձինք որոշակիորեն կարող են ակտիվանալ աշխատաշուկայում և հետագայում աշխատանք գտնել: Սակայն այս ենթադրությունը էապես թուլանում է, եթե նկատի ենք ունենում օբյեկտիվ այն հանգամանքը, որ աշխատաշուկայի իրատեսական գնահատման պարագայում ուսուցման և վերապատրաստման ծրագրի մասնակիցները պետք է առավելագույնս տեղավորվեն աշխատանքի, ինչը նաև այդ ծրագրերի արդյունավետության հիմնական բնութագրիչներից մեկը պետք է լինի:

Մյուս կողմից՝ 2008-2010 թթ. գործազրկության նպաստի ստացման միջին տևողությունը կազմել է շուրջ 10 ամիս: Այն դեպքում, երբ դրա նվազագույն տևողությունը 6 ամիս է, իսկ առավելագույնը՝ 12 ամիս: Հիմք ընդունելով նաև գործազրկության նպաստի խիստ ցածր չափը (ամսական 18 000 դրամ) օբյեկտիվորեն կարելի է պնդել, որ գործազուրկները հիմնականում իրացնում են իրենց գործազրկության նպաստի իրավունքը՝ ողջ տևողությամբ: Մասնավաճ, եթե նկատի ունենանք նաև, որ օրենքով սահմանված մի շարք դեպքերում գործազուրկների նպաստի իրավունքը կասեցվում և դադարեցվում է, ինչը որոշակիորեն նվազեցնում է գործազրկության նպաստի միջին տևողության ցուցանիշը: Ավելին, նկատի ունենալով նաև աշխատաշուկայի անհավասարակշռության բարձր մակարդակն ու վերջինիս խրոնիկական բնույթը, աննշան բացառություններով ակնհայտ է դառնում, որ գործազրկության նպաստի ստացման օրենքով սահմանված ժամանակահատվածում նպաստառու գործազուրկներն իրականում մնում են հաշվառման մեջ և շարունակում են ստանալ իրենց նպաստը:

Աշխատանք փնտրողների ժամանակավոր զբաղվածության ապահովման առումով կարևոր է նաև այն հանգամանքը, որ ՋՊԾ-ն վարձատրվող հասարակական աշխատանքների կազմակերպման ծրագրի իրականացման գործընթացներում ներգրավված է այնքանով, որ ընդամենը ապահովում է անհրաժեշտ աշխատուժով և ունի ընդգրկված շահառուների աշխատանքներին մասնակցության մոնիտորինգի գործառնություն: Իսկ ծրագրի իրականացման մասացած գործառնություններն իրականացվում են տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից:

Գլուխ 2. ՀՀ ԶԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՅԵՑԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

Զբաղվածության ոլորտի՝ վերոշարադրյալ վերլուծությունները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ տնտեսության զարգացումը ինքնաբերաբար չի հանգեցնում զբաղվածության համամասնական աճի: Գործազրկության իրական մակարդակը բացասաբար է անդրադառնում ներքին աշխատաշուկայի վրա՝ աշխատանքի վարձատրության սահմանափակման, աշխատուժի թերի օգտագործման, աշխատանքային պայմանների վատթարացման առումներով, ինչպես նաև բնակչության սոցիալական վիճակի վրա՝ աղքատության հաղթահարման, կենսամակարդակի բարձրացման հնարավորությունների սղության առումներով:

Հայաստանի Հանրապետությունում աղքատության հաղթահարման, տնտեսության կայուն զարգացման ապահովման համար սոցիալապես առավել ընդունելի և տնտեսապես արդյունավետ մեխանիզմ պետք է դառնա զբաղվածության այնպիսի քաղաքականությունը, որն առաջին հերթին կնպաստի հայրենական տնտեսության զարգացմանը՝ մի կողմից ապահովելով գործազուրկների զբաղվածությունը՝ նրանց հմտությունների զարգացման ու տնտեսական ակտիվության բարձրացման միջոցով, որի արդյունքում կհաղթահարվի նաև նրանց աղքատությունը, իսկ մյուս կողմից՝ խթանելով գործատուների՝ եղած աշխատատեղերը պահպանելու, նոր աշխատատեղեր ստեղծելու և թափուր աշխատատեղերը ժամանակակից մասնագիտություններին, այդ թվում՝ նորագույն տեխնոլոգիաներին տիրապետող, բանիմաց, հմուտ մասնագետներով համալրելու շահագրգռվածությունը:

Երկրում իրականացվող զբաղվածության քաղաքականության իրականացման գործում համապատասխան պետական մարմինների հետ իրենց անմիջական և գործուն մասնակցությունը պետք է ունենան նաև աշխատաշուկայում ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունները, հասարակական կազմակերպությունները և սոցիալական այլ գործընկերներ:

1. ՀՀ զբաղվածության ոլորտում առաջարկվող քաղաքականության միջոցով լուծման ենթակա հիմնախնդիրները և դրանց լուծման հնարավորությունները

Աշխատաշուկայի ներկա իրավիճակի և զարգացման միտումների վերլուծությունների արդյունքում բացահայտված զբաղվածության ոլորտի արդի հիմնախնդիրների լուծումները դիտվում են որպես զբաղվածության ռազմավարության գերակայություններ (ենթանպատակներ):

ՀՀ զբաղվածության ոլորտում առկա հիմնախնդիրները և դրանց դրսևորման առանձնահատկությունները

ՀՀ զբաղվածության քաղաքականության և աշխատաշուկայի համալիր վերլուծությունը թույլ է տալիս կատարել մի շարք կարևոր եզրահանգումներ և հաստատումներ ոլորտում առկա հիմնախնդիրների և դրանց դրսևորման առանձնահատկությունների վերաբերյալ:

1. Պետական կարգավորման շրջանակներում ընթացիկ և միջնաժամկետ հատվածում պլանավորվում և իրականացվում են մի շարք միջոցառումներ և կոնկրետ ծրագրեր, սակայն ներքին աշխատաշուկայում դեռևս առկա է առաջարկի և պահանջարկի քանակական և որակական լուրջ անհամապատասխանություն:
2. Երիտասարդների և աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց շրջանում, այլ խմբերի համեմատությամբ, միջինից էապես բարձր են գործազրկության իրական և պաշտոնական մակարդակները, ինչպես նաև տարբեր տարածաշրջանների, բնակավայրերի տարբեր տիպերի և տնտեսության տարբեր ոլորտների միջև առկա են գործազրկության մակարդակների խրոնիկական բնույթ կրող էական տարբերություններ, մասնավորապես սահմանամերձ, լեռնային և բարձրլեռնային գյուղական բնակավայրերում առկա է բնակչության թերզբաղվածություն, ոչ գյուղատնտեսական զբաղվածության անբավարար մակարդակ:
3. Ժողովրդագրական և աշխատուժի արտաքին տեղաշարժերի իրավիճակը շարունակում է պահպանել անբարենպաստ միտումները՝ շարունակում են գերակշռող մնալ աշխատանքային էմիգրացիոն հոսքերը, իսկ վերադարձող աշխատանքային միգրանտների համար աշխատաշուկայում ինտեգրման հնարավորությունները խիստ սահմանափակ են, ոչ նպատակային և անարդյունավետ:

Այդ առումով, մասնավորապես՝

- ա) չկա ՀՀ տնտեսության զարգացման վրա Սփյուռքի և ՀՀ-ից հեռացած անձանց ազդեցությունը կարգավորող համալիր քաղաքականություն, այդ թվում՝ ներդրումների ներգրավման քաղաքականություն, որը թույլ կտար ապահովել՝
 - դեպի Հայաստան ուղղված ռեէմիգրացիոն հոսքերի ծավալների մեծացում,
 - Սփյուռքի ռեսուրսների ուղղորդում դեպի ՀՀ տնտեսություն,

- ՀՀ-ից ծագած աշխատանքային միգրացիոն հոսքերում ներգրավված անձանց ռեսուրսների (դրամական փոխանցումներ, տեխնոլոգիաներ, ձեռնարկատիրական գիտելիքներ ու հմտություններ) ուղղորդում դեպի ՀՀ տնտեսություն և մարդկային զարգացման ոլորտներ, նկատի ունենալով այն իրողությունը, որ ՀՀ-ից մեկնած աշխատանքային միգրանտների խնայողությունների մեծ մասը պահվում է արտերկրում և առկա է դրանք արտերկրի ոչ արտադրական ակտիվներում (գլխավորապես՝ անշարժ գույքի շուկայում) ներդնելու մեծ հակում,
- բ) զարգացած չեն կամ գրեթե բացակայում են ՀՀ պոտենցիալ վերադարձողներին տեղեկատվական աջակցության ցուցաբերման համակարգերը, այդ թվում՝ ինտերնետի, կապի և հեռահաղորդակցության այլ միջոցներով ՀՀ աշխատաշուկայում ինտեգրվելու համար անհրաժեշտ տեղեկություններ ստանալու մեխանիզմները,
- գ) չկա ՀՀ վերադարձող միգրանտների սոցիալական վերաինտեգրմանն աջակցելու համալիր քաղաքականություն:
4. Աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեությունը ընդհանրապես դուրս է պետական կարգավորումից, իսկ այդ կազմակերպությունների ինստիտուցիոնալ և գործառնական հնարավորություններն օգտագործվում են տարերայնորեն և անարդյունավետ: Այլ կերպ ասած՝ բացակայում են այդ կազմակերպությունների հետ զբաղվածության պետական ծառայության գործընկերային, նպատակային և արդյունավետ համագործակցությունը, պետական ծրագրերի իրականացմանն այդ կազմակերպությունների հնարավոր և արդյունավետ մասնակցության մեխանիզմները, պետական կարգավորման շրջանակներում այդ կազմակերպությունների նպատակային և արդյունավետ գործունեության ուղղորդման, ինչպես նաև այդ ծառայություններից օգտվող քաղաքացիների իրավունքների արդյունավետ պաշտպանության, դրանց հնարավոր խախտումների բացառման և կանխարգելման հնարավորությունները:
5. Պահպանվում և դրսևորման նոր ձևեր են ստանում ստվերային զբաղվածությունն ու քողարկված գործազրկությունը:
6. Անորոշ են զբաղվածության քաղաքականության հիմնական նպատակներն ու սկզբունքները, առկա կարգավորումը հնարավորություն չի տալիս պլանավորել և իրականացնել աշխատաշուկայի իրավիճակից և միտումներից բխող ճկուն պետական կարգավորում, գնահատել իրականացվող ծրագրերի և պետական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը:
7. Իրականացվող պետական ծրագրերի և միջոցառումների տեղեկատվական, ինստիտուցիոնալ և գործառնական հնարավորությունները խիստ սահմանափակ են, իրավիճակին ու առկա օբյեկտիվ պահանջներին ոչ համարժեք:

Ըստ այդմ՝ համալիր և արմատական բարեփոխումները զբաղվածության պետական կարգավորման ոլորտում օբյեկտիվ անհրաժեշտություն են:

ՀՀ զբաղվածության ոլորտում առկա հիմնախնդիրների լուծմանն ուղղված քաղաքականության գերակա ուղղությունները

Անհրաժեշտ է զբաղվածության պետական կարգավորման ոլորտում ապահովել այնպիսի իրավական հիմքեր ու մեխանիզմներ, որոնք գործնականում ամբողջական հնարավորություն կընձեռեն արդյունքների գնահատման տեսանկյունից ակտիվ նախաձեռնողական և նպատակային-կանխատեսողական, թափանցիկ, ինչպես նաև ճկուն քաղաքականության համար: Բնակչության զբաղվածության քաղաքականության առաջիկա բարեփոխումները, որպես սոցիալական քաղաքականության բարեփոխումների կարևորագույն բաղադրիչ, պետք է ուղղվեն զբաղվածության ռազմավարությունում նշված հիմնախնդիրների լուծմանը՝ հետևյալ գերակա ուղղություններով՝

1. աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի հստակ գնահատման և կանխատեսման, գործազրկության իրական մակարդակի բացահայտման, ամբողջականության և շարունակականության ապահովման նպատակով աշխատաշուկայի խորքային և իրատեսական շարունակական վերլուծությունների իրականացում,
2. զբաղվածության ակտիվ և իրավիճակից բխող ճկուն քաղաքականության և այդ ոլորտում սոցիալական երաշխիքների միջև արդյունավետ հավասարակշռության ապահովում, գործազր-

- կության դեպքում սոցիալական պաշտպանության հասցեական, նպատակային և արդյունավետ երաշխիքների համալիր տրամադրում,
3. երկրի տնտեսական զարգացումներով պայմանավորված աշխատաշուկայի պահանջներին համապատասխան մարդկային ռեսուրսների զարգացման, աշխատուժի մրցունակության բարձրացման ապահովում,
 4. երիտասարդների մասնագիտական կողմնորոշման և զբաղվածության խթանման միջոցով ներքին աշխատաշուկայում անհրաժեշտ սերնդավորության ապահովում,
 5. զբաղվածության ծրագրերի նպատակաուղղում տարածքային սոցիալ-տնտեսական զարգացման անհամամասնությունների մեղմմանը,
 6. գյուղական շրջաններում, առավելապես՝ սահմանամերձ, լեռնային և բարձրլեռնային բնակավայրերում, բնակչության զբաղվածության, ներառյալ՝ ինքնազբաղվածության հետևողական և երկարաժամկետ խթանում,
 7. աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբերի, հատկապես՝ սահմանափակ կարողություններով անձանց, զբաղվածության խթանում,
 8. վերադարձող աշխատանքային միգրանտների համար աշխատաշուկայում արդյունավետ ինտեգրման ամբողջական հնարավորությունների ապահովում, ՀՀ տնտեսությունում Սկյուռքի և ՀՀ վերադարձող անձանց տնտեսական ներդրումների խթանում,
 9. աշխատանք փնտրողներին մատուցվող ծառայությունների տարբերակման, շրջանակի ընդլայնման, նպատակայնության և որակի բարձրացման, գրավչության, մատչելիության, վերջնարդյունքի գնահատմանն ուղղված ամբողջական համակարգի ներդրում,
 10. զբաղվածության պետական ծրագրերին հատկացված ֆինանսական միջոցների արդյունավետ և թափանցիկ օգտագործման ապահովում,
 11. փոքր և միջին ձեռնարկատիրության խրախուսման իրական և արդյունավետ մեխանիզմների ներդրման ապահովում,
 12. գործող աշխատատեղերի աշխատանքային պայմանների բարելավման և աշխատանքային բարենպաստ պայմաններով նոր աշխատատեղերի ստեղծման համար անհրաժեշտ պայմանների ապահովում,
 13. սովորային զբաղվածության բացահայտման և կանխարգելման իրավական կարգավորման կատարելագործում և գործող ինստիտուցիոնալ ներուժի համապատասխանեցում վերջինիս պահանջներին,
 14. աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեության անհրաժեշտ և արդյունավետ կարգավորման և խրախուսման ապահովում,
 15. զբաղվածության պետական ծրագրերի նպատակաուղղում ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավմանը, ինչպես նաև հանրապետության տարածքային համաչափ զարգացման ապահովմանը,
 16. զբաղվածության ոլորտում սոցիալական գործընկերության համակարգի զարգացում, աշխատողների և գործատուների իրավունքների արդյունավետ պաշտպանության, գործատուների միության և արհեստակցական միությունների հզորացման, հանրապետական կոլեկտիվ պայմանագրի արդյունավետ շարունակական իրականացման ապահովում,
 17. զբաղվածության պետական կարգավորման արմատական բարեփոխումների համակարգված, շարունակական և հրատապ իրականացման հետևողական ապահովում:

2. Զբաղվածության ոլորտում առաջարկվող քաղաքականության գերակա ուղղությունների իրականացման ապահովումը

Ներքին աշխատաշուկայի խրոնիկական անհավասարակշռության խնդիրների, որոնք արտահայտվում են գործազրկության բարձր իրական մակարդակի պայմաններում աշխատուժի սահմանափակ պահանջարկով, համակողմանի լուծումը պահանջում է մի կողմից կենտրոնացնել պետական և մասնավոր հատվածների ջանքերն ու ռեսուրսները՝ տնտեսության հնարավոր բոլոր ոլորտներում աշխատատեղեր ստեղծելու, առկա աշխատատեղերը պահպանելու, ինչպես նաև



Պետք է նկատի ունենալ, որ աշխատուժի սահմանափակ պահանջարկի պայմաններում, աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց համար աշխատանք գտնելու հնարավորությունները էապես դրսևորում են նվազման միտում:

աշխատանքային պայմանները հետևողականորեն բարելավելու ուղղություններով, մյուս կողմից՝ բնակչության զբաղվածության պետական քաղաքականությունը մշակող և իրականացնող մարմինների ինստիտուցիոնալ, գործառնական և տեղեկատվական կարողությունների հզորացման ճանապարհով բարձրացնել աշխատանք փնտրողներին մատուցվող ծառայությունների որակն ու արդյունավետությունը: Մինևայն ժամանակ պետք է նկատի ունենալ, որ աշխատուժի սահմանափակ պահանջարկի պայմաններում, աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց համար

աշխատանք գտնելու հնարավորությունները էապես դրսևորում են նվազման միտում: Իսկ ժողովրդագրական և միգրացիոն անբարենպաստ միտումները, ուղղակի հարկերի բեռի և սոցիալական, այդ թվում՝ կենսաթոշակային ապահովության ծախսերի ավելացումը գործնականում խոչընդոտում են աշխատաշուկային բնակչության մասնակցության ընդլայնմանը՝ ընթացիկ և հեռանկարային առումներով:

Առաջարկվող զբաղվածության քաղաքականության մշակման սկզբունքները

Սույն ռազմավարությունում ներկայացվող բարեփոխումների շրջանակներում առաջարկվող զբաղվածության քաղաքականությունը խարսխված է հետևյալ սկզբունքների վրա՝

1. զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման գերակայությունների սահմանման հիմնական չափանիշ են դիտվել զբաղվածության ոլորտի հիմնախնդիրները, այլ ոչ թե պետության ֆինանսական հնարավորություններն ու ինստիտուցիոնալ նպատակահարմարությունները,
2. զբաղվածության քաղաքականությունը դիտարկվել է Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական կայուն զարգացման ապահովման ռազմավարական և երկարաժամկետ բարեփոխումների համատեքստում,
3. զբաղվածության ոլորտում առաջարկվող բարեփոխումների հիմքում դրվել է Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ, ինչպես նաև սոցիալական պաշտպանության ոլորտի վերաբերյալ միջազգային առանցքային փաստաթղթերով (Եվրոպական վերանայված սոցիալական խարտիա, Եվրոպական սոցիալական օրենսգիրք, ԱՄԿ-ի կոնվենցիաներ և հանձնարարականներ և այլն) ամրագրված բնակչության սոցիալական պաշտպանության նվազագույն երաշխիքների առաջնահերթ ապահովման նպատակը,
4. զբաղվածության ոլորտում առաջարկվող բարեփոխումները հեռանկարի առումով միտված են սոցիալական պետության (Հայաստանի համար նախընտրելի մոդելի տեսանկյունից) համալիր հիմքերի, ինչպես նաև տարածքային համաչափ զարգացման, աշխատանքային միգրացիայի համալիր և արդյունավետ կարգավորման ապահովմանը,
5. զբաղվածության քաղաքականության հիմնական նպատակի, այդ թվում՝ տարբերակված ենթանպատակների իրականացման արդյունքների համար որպես չափանիշ է ընտրվել դրանց հստակ չափելիությունն ու հասցեականությունը, իսկ արդյունքների ապահովման մեխանիզմներն ու սկզբունքները ուղղակիորեն բխեցվել են այնպիսի նպատակներից, որոնք համալիր առումով պետք է հանգեցնեն՝
 - գործազրկության իրական մակարդակի կրճատմանը,
 - արժանապատիվ աշխատանքի հնարավորություն տվող աշխատատեղերի թվի ավելացման խթանմանը և բնակչության կենսամակարդակի բարձրացմանը,

- աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբերի արդյունավետ ինտեգրմանը,
 - մարդկային կապիտալի հետևողական զարգացման և աշխատաշուկայի պահանջների նիւսամիկ համապատասխանեցման ճանապարհով տնտեսական արդյունավետության և մրցունակության բարձրացմանը,
 - տարածքային զարգացման անհամամասնությունների մեղմմանը,
 - ժողովրդագրական իրավիճակի և ՀՀ աշխատուժի արտաքին միգրացիոն իրավիճակի բարելավմանը,
 - թափանցիկ, ճկուն, արդյունավետ և համակարգված քաղաքականության մշակման և իրականացման ապահովման համար համապատասխան կազմակերպական և ինստիտուցիոնալ կառուցվածքի ստեղծմանը և հետագա զարգացմանը:
6. Զբաղվածության բարեփոխումների շրջանակում առաջարկվող միջոցառումներն ու կարգավորման գործիքները ընտրվել են այն նկատառումով, որ դրանք լինեն իրատեսական և ճկուն, արդյունքների գնահատման տեսանկյունից նախաձեռնողական և ակտիվ, նպատակային և թափանցիկ:
 7. Զբաղվածության քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացներում կարևորվել է զբաղվածության ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների, ինչպես նաև լայն հասարակության շահագրգիռ կողմերի իրական և հետևողական մասնակցությունը հնարավորինս բոլոր մակարդակներում:
 8. Զբաղվածության առաջարկվող քաղաքականության պլանավորման հիմքում դրվել են ներքին աշխատաշուկայի իրատեսական, խորքային և շարունակական վերլուծությունների, իրավիճակային գնահատումների և հիմնավոր կանխատեսումների համակողմանի արդյունքները:
 9. Կարևորվել է զբաղվածության քաղաքականության առաջարկվող գործառնական նոր մոտեցումների՝ պետական կարգավորման համապատասխան իրավական և ինստիտուցիոնալ համալիր հիմքերով ապահովված լինելը:
 10. Նկատի է առնվել, որ գերակա ուղղությունները կամ ենթանպատակները պետք է սերտ փոխառնչվեն սոցիալ-ժողովրդագրական պետական քաղաքականության, աշխատուժի արտաքին և ներքին միգրացիայի պետական կարգավորման հիմնարար նպատակների հետ:

Առաջարկվող քաղաքականության մշակման և իրականացման հիմնական մեխանիզմները

Զբաղվածության քաղաքականության մշակման և իրականացման մեխանիզմները ընդհանրական մոտեցումներով պետք է ներառեն հետևյալ տրամաբանական հաջորդականությունը:

1. Զբաղվածության ամբողջական ու հետևողական քաղաքականության իրականացման համար ռազմավարության ընդունմանը տրամաբանորեն պետք է հաջորդի սույն ռազմավարությանը սահմանված գերակա ուղղություններով նախատեսված հիմնական արդյունքներին հասնելու գործողությունների ազգային հնգամյա (2012-2016 թթ.) ծրագրի մշակումը, որտեղ պետք է ամրագրվեն քաղաքականության գերակա յուրաքանչյուր ուղղությամբ ակնկալվող հիմնական արդյունքները, այդ արդյունքների ստացման ուղղությամբ իրականացվելիք կոնկրետ միջոցառումները (գործողությունները), դրանց իրականացման ժամանակահատվածը, իրականացման հա-



Ենթանպատակները պետք է սերտ փոխառնչվեն սոցիալ-ժողովրդագրական պետական քաղաքականության, աշխատուժի արտաքին և ներքին միգրացիայի պետական կարգավորման հիմնարար նպատակների հետ:

րությամբ սահմանված գերակա ուղղություններով նախատեսված հիմնական արդյունքներին հասնելու գործողությունների ազգային հնգամյա (2012-2016 թթ.) ծրագրի մշակումը, որտեղ պետք է ամրագրվեն քաղաքականության գերակա յուրաքանչյուր ուղղությամբ ակնկալվող հիմնական արդյունքները, այդ արդյունքների ստացման ուղղությամբ իրականացվելիք կոնկրետ միջոցառումները (գործողությունները), դրանց իրականացման ժամանակահատվածը, իրականացման հա-

մար պատասխանատու հաստատությունները, յուրաքանչյուր գործողության արդյունավետության գնահատման ու մոնիտորինգի քանակական ու որակական ցուցիչները:

2. Գործողությունների ազգային հնգամյա ծրագրի մշակումից հետո զբաղվածության պետական քաղաքականության իրականացման առանցքային և հիմնական գործիք պետք է դիտվի զբաղվածության պետական կարգավորման ամենամյա ծրագիրը (այսուհետ՝ ամենամյա ծրագիր) հետևյալ հիմնական ընթացակարգերով և կանոնակարգերով:

2.1. Ամենամյա ծրագիրը յուրաքանչյուր տարի պետք է մշակվի լիազորված պետական մարմնի կողմից՝ յուրաքանչյուր տարվա համախմբված պետական բյուջեի նախագծի մշակման շրջանակներում: Այն հանրապետական եռակողմ հանձնաժողովում քննարկելուց զատ պետք է քննարկվի նաև հանրապետության քաղաքական դաշտի առանցքային կազմակերպությունների, զբաղվածության ոլորտի ոչ կառավարական կազմակերպությունների, ոլորտում ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների ներկայացուցիչների հետ, որից հետո այդ սուբյեկտների և հանձնաժողովի կողմից տրված եզրակացության հետ միասին ներկայացվի ՀՀ կառավարության քննարկմանը և հաստատմանը: ՀՀ կառավարության հաստատումից հետո այն ներառվում է համախմբված պետական բյուջեում և ներկայացվում է ՀՀ ԱԺ:

Մշակման հիմքում պետք է ընկած լինեն լիազորված մարմնի կողմից կազմակերպվող և իրականացվող աշխատաշուկայի ընթացիկ և խորքային վերլուծություններն ու կանխատեսումները, զբաղվածության քաղաքականության օրենքով սահմանված նպատակների և թիրախների հետ դրանց դինամիկ համադրման արդյունքներն ու խզումները, ինչպես նաև զբաղվածության ոլորտում իրականացվող ծրագրերի ընթացիկ և հեռանկարային արդյունավետության, մատուցվող պետական և ոչ պետական ծառայությունների որակի և մատչելիության գնահատումները: Գնահատումները պետք է կատարվեն հստակ սահմանված մեթոդաբանությամբ և անհրաժեշտ տեղեկությունների հիման վրա:

Ամենամյա ծրագիրը պետք է լինի ճկուն, ունենա ընթացիկ վերաբաշխումների լայն հնարավորություն: Ամենամյա ծրագրում լիազոր մարմնի կողմից կարող են ներառվել զբաղվածության պետական կարգավորման գործող այն ծրագրերը, որոնց ընթացիկ և հեռանկարային արդյունավետությունը գնահատվել է դրական, հետագա շարունակության տեսանկյունից նպատակահարմար, ինչպես նաև նոր ծրագրեր, որոնք նախապես փորձարկվել են և համապետական ներդրման տեսանկյունից գնահատվել են նպատակահարմար:

Շահառուների առանձին խմբերի (այդ թվում՝ օտարերկրացիներ, վերադարձող աշխատանքային միգրանտներ, աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբեր) ամենամյա ծրագրով նախատեսվող զբաղվածության կարգավորման ծրագրերից օգտվելու իրավունքն անհրաժեշտ է սահմանել օրենքով:

Առանձին մարզերի, համայնքների՝ զբաղվածության կարգավորման ծրագրերի բաշխման իրավական հիմքը ևս պետք է նախատեսվի օրենքով: Բաշխման կարգն ու չափանիշները սահմանում է լիազորված մարմինը: Բաշխման մեխանիզմների հիմքում պետք է ընկած լինի առանձին տարածաշրջանների անհամաչափ զարգացման, այդ տարածաշրջանների աշխատաշուկաների հիմնական բնութագրիչների անհամապատասխանությունների մեղմումը, ինչպես նաև սոցիալ-ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավումը՝ հաշվի առնելով տարածաշրջանային կարգավիճակը (սահմանամերձ, լեռնային, բարձրլեռնային), զարգացման օրինաչափություններն ու առանձնահատկությունները:

Զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերի իրականացման կարգը, ըստ մարզերի բաշխման, մոնիտորինգի և գնահատման կարգը, չափանիշներն ու չափորոշիչները սահմանում է լիազորված մարմինը:

Զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերը, ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ու ժամկետներում, իրականացվում են լիազորված մարմնի կողմից՝ զբաղվածության պետական և ոչ պետական լիցենզավորված կազմակերպությունների միջոցով: Ոչ պետական լիցենզավորված կազմակերպություններին զբաղվածության կարգա-

վորման պետական ծրագրերի պատվիրակման կարգը և պայմանները սահմանվում են օրենքով:

Ամենամյա ծրագիրը պետք է ներառի՝

- վերլուծությունների, կանխատեսումների, համադրումների, գնահատումների արդյունքները,
- զբաղվածության պետական կարգավորման հիմնական ծրագրերը՝ ըստ ցանկի, շահառուների առանձին խմբերի, իրականացման ժամանակացույցի, ֆինանսական միջոցների (տարածքային բաշխվածությամբ), ոչ պետական լիցենզավորված կազմակերպություններին պատվիրակման համամասնությունների, հստակ չափելի (քաղաքականության թիրախներից բխող) ակնկալվող արդյունքների,
- զբաղվածության պետական կարգավորման փորձարկվող նոր ծրագրերը, որոնց ֆինանսավորումը նախատեսվում է ՀՀ պետական բյուջեից:

3. Զբաղվածության քաղաքականության նպատակների և թիրախների արդյունավետ ապահովման համար օրենսդրությամբ պետք է հստակ սահմանվեն նաև զբաղվածության պետական կարգավորման համակարգի ինստիտուցիոնալ-կազմակերպական կառուցվածքը, այս շրջանակներում ՀՀ կառավարության, լիազորված մարմնի, այդ թվում՝ Զբաղվածության պետական ծառայության, ինչպես նաև զբաղվածության ծառայություններ մատուցող ոչ պետական լիցենզավորված կազմակերպությունների լիազորությունները: Այս շրջանակներում անհրաժեշտ է՝

1. նախատեսել գործատու-լիազորված մարմին-կրթական համակարգ փոխադարձ և մշտական կապն ապահովող մեխանիզմներ: Ներքին աշխատաշուկայի խորքային վերլուծությունների, հետազոտությունների արդյունքում բացահայտված նոր զբաղմունքների, մասնագիտությունների, մասնագիտացումների հիման վրա «Զբաղմունքների դասակարգչի», աշխատանքների և աշխատողների մասնագիտական որակավորման բնութագրերի մշակման և լրամշակման արդյունքում ուսուցման և կրթական նոր ծրագրերի մշակում, գործող ծրագրերի բարելավում, որոնք, ներմուծվելով կրթական համակարգ, հնարավորություն կստեղծեն ներքին աշխատաշուկայում աշխատուժի առաջարկը համապատասխանեցնել աշխատուժի պահանջարկին և Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական զարգացման միտումներին:
2. Աշխատաշուկայի փոփոխվող պահանջներին համապատասխան մեծահասակների մասնագիտական որակավորման մակարդակը պարբերաբար բարձրացնելու, ինչպես նաև վերամասնագիտացնելու նպատակով շարունակական ուսուցման համակարգի ներդրում՝ սոցիալական գործընկերների գործուն մասնակցությամբ:
3. Լրացուցիչ կրթական ծրագրերը անհրաժեշտ է առավելապես կիրառելի և արդյունավետ դարձնել վերադարձող աշխատանքային միգրանտներին ներգրավելու առումով: Արտամրցութային կարգով նպաստի ձևով ուսման վճարի փոխհատուցումը, ինչպես նաև պետական կրթաթոշակ ստանալու իրավունքը, որպես կրթական համակարգում առանձին խումբ շահառուների համար ներդրված արտոնություններ, կարելի է տրամադրել նաև Հայաստան վերադարձող երիտասարդներին: Վերջինս ուղղակիորեն կնպաստի երիտասարդ աշխատուժի հայրենադարձությանը և կխթանի աշխատաշուկայում նրանց արդյունավետ ինտեգրումը:

Բնակչության զբաղվածության պետական քաղաքականությունը մշակող և իրականացնող մարմինների ինստիտուցիոնալ, կազմակերպական և տեղեկատվական ապահովման ներուժի հզորացման նպատակով ապահովել հետևյալ համալիր գործընթացների և մեխանիզմների իրավական և գործառնական հիմքերը՝

- Լիազոր մարմինը պետք է ապահովի զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերի իրականացման ընթացքի վերաբերյալ ընթացիկ տեղեկատվություն ստանալու հնարավորությունը՝ առցանց ռեժիմով վարվող տեղեկատվական համապատասխան բազայից: Արդյունքում՝ պետք է ստեղծվի նաև այդ ծրագրերի ընթացիկ

գնահատման՝ թիրախային ցուցանիշներից շեղումները բացահայտելու օբյեկտիվ հնարավորություն:

- Լիազոր մարմինը պետք է ապահովի նաև թափուր աշխատատեղերի և աշխատանք փնտրողների տեղեկատվական ընդհանուր բազայի ներդրումն ու արդյունավետ շահագործումը: Այդ բազայում առկա տեղեկատվությունն ամբողջությամբ պետք է հասանելի լինի Զբաղվածության պետական ծառայության տարածքային կենտրոններ անհատական այցելությունների կամ էլեկտրոնային եղանակով՝ լիազոր մարմնի ստեղծած համապատասխան ինտերնետային կայքի միջոցով:
- Անհրաժեշտ է օրենսդրությամբ հստակ սահմանել այդ բազաների վարման, տեղեկատվության տրամադրման, աշխատանք փնտրողների, այդ թվում ՀՀ պոտենցիալ վերադարձողների՝ առցանց ռեժիմով գրանցման, գործատուների կողմից առկա թափուր աշխատատեղերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը առցանց ռեժիմով բազա մուտքագրելու կանոնակարգերն ու կառուցակարգերը:

Բնակչության զբաղվածության պետական քաղաքականությունը մշակող և իրականացնող մարմինների ինստիտուցիոնալ, կազմակերպական և տեղեկատվական ապահովման ներուժի հզորացման նպատակով տարեկան ծրագրի մշակման փուլում պետք է կարևորվեն հետևյալ հիմնական ուղղությունները՝

- 1) համապատասխան տեղեկատվական և նպատակային կառավարման համակարգերի ներդրում և արդյունավետ շահագործում,
 - 2) համակարգի աշխատակիցների շարունակական վերապատրաստում, աշխատանքային պայմանների բարելավում,
 - 3) Զբաղվածության պետական ծառայության կողմից իրականացվող ծառայությունների և շահառուների գրանցման ընթացակարգերի ամբողջականացում, իրատեսականության և թափանցիկության ապահովում,
 - 4) մասնագիտական կողմնորոշման արդյունավետ համակարգի ինստիտուցիոնալ հիմքերի ներդրում,
 - 5) զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացման արդյունքների մոնիտորինգի և գնահատման ամբողջական համակարգի ապահովում,
 - 6) զբաղվածության ծառայություններ մատուցող պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների միջև կայուն և գործընկերային արդյունավետ համագործակցության, ինչպես նաև ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեության անհրաժեշտ կարգավորման ապահովում:
4. Անհրաժեշտ է օրենսդրությամբ ամրագրել և հետևողականորեն ապահովել մասնագիտական կողմնորոշման համակարգի արդյունավետ ներդրման համալիր հիմքերը: Մասնագիտական կողմնորոշումը պետք է իրականացվի բնակչությանը մատուցվող զբաղվածության ծառայությունների շրջանակներում և սկզբունքներով և որպես առանձին ուղղություն՝ ներառվի տարեկան ծրագրում: Այս շրջանակներում, որպես առաջնայնություն, պետք է կարևորվեն մասնագիտական կողմնորոշման մատչելիությունը, որակը, յուրաքանչյուր շահառուի նկատմամբ անհատական մոտեցումների հնարավորությունը:

Մասնագիտական կողմնորոշման, այդ թվում՝ երիտասարդների, համակարգի ընթացիկ բարելավումները պետք է իրականացվեն հետևյալ հիմնական ուղղություններով՝

- 1) մասնագիտական կողմնորոշման մատչելիության ապահովում,
- 2) մասնագիտական կողմնորոշման որակի, այդ կողմնորոշումն իրականացնողների համար անհրաժեշտ մասնագիտական պատշաճ մակարդակի ապահովում,
- 3) յուրաքանչյուր շահառուի անհատականության, ֆիզիկական ու մտավոր ունակությունների, նրա պահանջմունքների առաջնահերթության բացահայտում և դրանց արդյունքում մասնագիտական կողմնորոշման իրականացում,
- 4) մասնագիտական կողմնորոշման գործընթացներում հնարավոր շահագրգիռ բոլոր կողմերի գործուն մասնակցության ապահովում,

5) մասնագիտական կողմնորոշման գործընթացների օրենսդրական արդյունավետ կարգավորման ապահովում:

5. Ելնելով զբաղվածության քաղաքականության նպատակներից՝ անհրաժեշտ է օրենսդրական մակարդակում նախատեսել նաև զբաղվածության ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեության ամբողջական և միջազգային իրավունքի նորմերին համապատասխան կարգավորումը (ԱՄԿ-ի՝ Հայաստանի կողմից դեռևս չվավերացված «Աշխատանքի տեղավորման մասնավոր գործակալությունների վերաբերյալ» 1997 թ. թիվ 181 կոնվենցիայի պահանջներին համապատասխան):

Այս շրջանակներում պետք է կարևորվի պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների միջև փոխադարձ, կայուն և գործընկերային հարաբերությունների հաստատման իրավական հենքի ապահովումը (1997 թ. ԱՄԿ թիվ 188 երաշխավորության կատարման ապահովում): Այս փուլում ոչ պետական կազմակերպությունները կամավորության սկզբունքով կարող են լիցենզավորվել լիազորված մարմնի կողմից, որի արդյունքում օրենքով այդ կազմակերպություններին կերաշխավորվի զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացման որոշակի հնարավորություն: Հաջորդիվ պետք է նախատեսվի նաև արտագնա աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների պարտադիր լիցենզավորումը լիազորված մարմնի կողմից:

6. Զբաղվածության ոլորտում նպատակային կառավարման համակարգն ամբողջացնելու, ինչպես նաև արդյունավետ պետական վերահսկողության ապահովման նպատակով՝ օրենսդրությամբ անհրաժեշտ է նախատեսել ամենամյա ծրագրի իրականացման արդյունքների մոնիտորինգի և գնահատման համակարգի իրավական և գործառնական հիմքերը:
7. Զբաղվածության պետական կարգավորումը ուղղակիորեն պետք է միտված լինի նաև օրինական զբաղվածության խթանմանը: Մասնավորապես, այս շրջանակներում նախատեսվում է աշխատողներին իրավական և սոցիալական իրական ու ամբողջական երաշխիքների տրամադրում, արժանապատիվ աշխատանքի պայմանների ապահովում, աշխատանքային օրենսդրության պահանջների համալիր և արդյունավետ ապահովմանն ուղղված աշխատանքային հարաբերությունների վերահսկողական գործառնայթների կատարելագործում, որոնք օրինական զբաղվածությունը կդարձնեն տնտեսապես առավել շահեկան թե՛ գործատուների և թե՛ աշխատողների համար: Այս առումով հատկանշական և օբյեկտիվ անհրաժեշտություն է այն, որ Հայաստանի Հանրապետության տնտեսությունում աշխատանքային պայմանները պետք է հետևողականորեն համապատասխանեցվեն ԱՄԿ կոնվենցիաներում ամրագրված արժանապատիվ աշխատանքի չափանիշներին, որոնք իրացնելու նպատակով անհրաժեշտ է մշակել աշխատանքի առողջապահական և անվտանգ պայմանները սահմանող նորմեր, նորմատիվներ ու կանոններ և ապահովել դրանց մոնիտորինգի ժամանակակից համակարգերի ներդրումը:

8. Օբյեկտիվ անհրաժեշտություն է աշխատուժի արտաքին տեղաշարժի կարգավորման հստակեցումն ու ամբողջացումը՝ հաշվի առնելով միջազգային փորձը, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական զարգացման իրավիճակն ու միտումները, այդ թվում՝ ներքին աշխատաշուկայի պահանջարկի բավարարումը երկարաժամկետ հատվածում: Այս շրջանակներում պետք է նախատեսվի Հայաստանի կողմից կնքված՝ աշխատուժի միջազգային շարժը կարգավորող երկկողմ և բազմակողմ համաձայնագրեր-



Անհրաժեշտ է օրենսդրությամբ ամրագրել և հետևողականորեն ապահովել մասնագիտական կողմնորոշման համակարգի արդյունավետ ներդրման համալիր հիմքերը:

կեցումն ու ամբողջացումը՝ հաշվի առնելով միջազգային փորձը, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական զարգացման իրավիճակն ու միտումները, այդ թվում՝ ներքին աշխատաշուկայի պահանջարկի բավարարումը երկարաժամկետ հատվածում: Այս շրջանակներում պետք է նախատեսվի Հայաստանի կողմից կնքված՝ աշխատուժի միջազգային շարժը կարգավորող երկկողմ և բազմակողմ համաձայնագրեր-

րի գործնական կիրառման, ինչպես նաև Հայաստանից աշխատուժ ընդունող հիմնական ռե-
ցիպիենտ երկրների հետ նմանատիպ նոր համաձայնագրերի կնքման ապահովում, ինչպես
նաև կնքված համաձայնագրերի գործնական կիրառության արդյունավետության հետևողա-
կան բարձրացմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում:

9. ՁԼՄ-ների, տեղեկատվության փոխանցման այլ միջոցներով զբաղվածության պետական
ծրագրերի իրագրելման և թափանցիկության ապահովման ամբողջական համակարգի ներդ-
րում՝ հիմք ընդունելով առկա միջազգային լավագույն փորձը, ներքին առանձնահատկություն-
ներն ու կարիքները: Այս գործընթացներում անհրաժեշտ է առանձնակի կարևորել վերադար-
ձող աշխատանքային միգրանտների իրագրելվածության ապահովումը: Մասնավորապես,
արտասահմանում գտնվող հայազգի միգրանտների համար Հայաստանի աշխատաշուկա-
յի օրենսդրական դաշտի հակիրճ ամփոփումների տեսքով տեղեկատվության տարածման և
նմանատիպ այլ եղանակներով:
10. Սոցիալական գործընկերության շրջանակներում պետք է սահմանվեն սոցիալ-աշխատան-
քային հարաբերությունների կարգավորման լրացուցիչ իրատեսական երաշխիքներ և դրանց
իրականացման համար սոցիալական գործընկերների համատեղ գործողություններ: Հայաս-
տանի Հանրապետության սոցիալ-աշխատանքային հարաբերությունների կայուն զարգաց-
ման ապահովումը պետք է ուղեկցվի զբաղվածության մակարդակի բարձրացմամբ, սոցիա-
լական գործընկերության համակողմանի զարգացման նպատակով՝ գործատուների ճյուղա-
յին և տարածքային միավորումների և արհմիութենական կազմակերպությունների ստեղծման
խթանմամբ և սոցիալական համերաշխության ամրապնդմամբ, ինչպես նաև աշխատանքա-
յին իրավունքների պաշտպանության նկատմամբ ոչ պետական հսկողական գործառնություն-
ներով օժտել արհեստակցական կազմակերպություններին և գործատուների միություններին:
Սոցիալական գործընկերության ինստիտուտը և դրա հնարավորությունները պետք է ամբող-
ջապես և նպատակային օգտագործվեն զբաղվածության պետական համալիր կարգավորման
գործընթացներում:
11. Անհրաժեշտ է օրենքով սահմանել կենսապահովման նվազագույն բյուջեի չափը և կենսա-
պահովման նվազագույն զամբյուղի կազմն ու կառուցվածքը, ինչպես նաև նվազագույն աշ-
խատավարձի չափը համապատասխանեցնել կենսապահովման նվազագույն բյուջեի չափին,
գնաճի հաշվառմամբ ինդեքսավորել նվազագույն աշխատավարձի ամենամյա չափը:
12. Նոր աշխատատեղերի ձևավորման, առկա թափուր աշխատատեղերի արդյունավետ համալր-
ման, տարածքային համաչափ զարգացման, ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման,
աշխատանքային միգրացիայի գործընթացների արդյունավետ կարգավորման նպատակով
անհրաժեշտ է իրականացնել մի շարք միջոցառումներ և գործողություններ, մասնավորապես՝
 - Պրոգրեսիվ եկամտահարկի սահմանում՝ կրճատելով ցածր եկամուտների (այդ թվում՝ ցածր
աշխատավարձի) համար դրույքաչափը, որը, մի կողմից, կբարձրացնի ցածր աշխատավար-
ձերի իրական գնողունակությունը, մյուս կողմից՝ կնպաստի ստվերային զբաղվածության
կրճատմանը: Եկամտահարկի սանդղակի փոփոխությունը պետք է համաձայնեցված լինի
նաև հարկային եկամուտների դինամիկայով պայմանավորված Հայաստանի Հանրապե-
տության պետական բյուջեի կատարման հետ:
 - Հայաստանի Հանրապետության սահմանամերձ, լեռնային և բարձրլեռնային բնակավայ-
րերի զարգացման ռազմավարական գերակայությունների իրականացման նպատակով պե-
տական կարգավորման քաղաքականության շրջանակներում համալիր արտոնությունների
տրամադրում հետևյալ հիմնական ուղղություններով՝ կազմակերպությունների ազատում
շահութահարկից մինչև հինգ տարի ժամանակով, աշխատողների եկամտահարկի և սոցիա-
լական ապահովության վճարների դրույքաչափերի նվազեցում, հարկվող շեմի բարձրացում,
աշխատավարձի նկատմամբ հավելումների սահմանում՝ տարբերակված մոտեցմամբ, և նմա-
նատիպ այլ արտոնություններ, որոնք տվյալ տարածաշրջաններում արդյունավետ զբաղվա-
ծության և ինքնազբաղվածության խթանման ճանապարհով, գործնականում, կհանգեցնեն
նաև տնտեսական աշխուժացման, սոցիալ-ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման,
աշխատանքային միգրացիայի կանխարգելման:

- Գյուղատնտեսական նշանակության հողի սեփականատերերի և վարձակալների, երիտասարդների, ներքին աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբերի, հատկապես՝ սահմանափակ աշխատանքային կարողություններ ունեցող անձանց, վերադարձող աշխատանքային միգրանտների զբաղվածության հարաբերությունների իրավական կարգավորման հստակեցում, ամբողջացում և զբաղվածության ոլորտում կորպորատիվ սոցիալական պատասխանատվության գործուն համակարգի ներդրում, ինչպես նաև այդ անձանց ներքին աշխատաշուկայում արդյունավետ ինտեգրման և հավասար հնարավորությունների ապահովման ուղղությամբ զբաղվածության գործող ծրագրերի կատարելագործում, հասցեական և նպատակային նոր ծրագրերի փորձարկում և ներդրում, որոնք կխթանեն գյուղական շրջաններում բնակչության և աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց արդյունավետ զբաղվածության կազմակերպումը, մասնավորապես՝ տնայնագործության և արհեստագործության ծավալումը:
- Փոքր և միջին ձեռնարկատիրության զարգացումը պետք է նպատակաուղղվի նաև նոր աշխատատեղերի ստեղծմանը: Այս շրջանակներում պետք է էապես կարևորվեն գյուղական շրջաններում բնակչության ինքնազբաղվածության խթանմանն ուղղված միկրովարկային ծրագրերի խրախուսումը, այս ոլորտում գործող տարբեր կառույցների միջև համակարգված և նպատակային արդյունավետ համագործակցության հաստատումը և հետագա ամրապնդումը:
- Աշխատանքի և ընտանեկան պարտականությունների համատեղելիության ապահովմանն ուղղված ծրագրերի փորձարկում և ներդրում, որը կխթանի կանանց, հատկապես՝ միայնակ մայրերի, զբաղվածությունը:
- Հայաստանի Հանրապետության պետական, համայնքային բյուջեների միջոցների սահմանափակության պայմաններում անհրաժեշտ է համակարգված մոտեցում ցուցաբերել միջազգային դոնոր կազմակերպություններից և այլ աղբյուրներից զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացմանն ուղղվող ֆինանսական միջոցների ներգրավմանը և այդ միջոցների նպատակային և արդյունավետ օգտագործմանը:

Զբաղվածության ռազմավարությունից ակնկալվող հիմնական արդյունքները

2010 թ. վերջի դրությամբ ՀՀ աշխատանքային տարիքի բնակչությունը կազմում է 2 327 հազար մարդ, որի 50,3 տոկոսը կազմում է տնտեսապես ակտիվ բնակչությունը, իսկ 46,8 տոկոսը՝ զբաղված բնակչությունը: Սույն ռազմավարության իրականացման արդյունքում ակնկալվում է 2012-2016 թթ. ընթացքում տնտեսության տարբեր ճյուղերում ստեղծել շուրջ 200-225 հազար նոր աշխատատեղեր՝ առաջիկա հինգ տարիներին որպես թիրախային ցուցանիշ ունենալով աշխատանքային տարիքի բնակչության 60 տոկոսի զբաղվածության ապահովումը: Տարեկան միջին հաշվով շուրջ 40-45 հազար նոր աշխատատեղերի ստեղծումը կհանգեցնի տնտեսապես ակտիվ բնակչության թվաքանակի մեջ իրական գործազուրկների թվաքանակի տեսակարար կշռի նվազման՝ տարեկան 3,4-3,8 տոկոսով: Նկատի ունենալով Հայաստանի Հանրապետության՝ Եվրամիությանն ինտեգրվելու արտաքին-քաղաքական ռազմավարական կողմնորոշումը՝ առաջիկա հինգ տարիներին զբաղվածության նման մակարդակ ապահովելու դեպքում պայմաններ կստեղծվեն մինչև 2020 թ. ԵՄ սահմանած ցուցանիշին հասնելու համար (Եվրամիության կողմից ընդունված «Եվրոպական զբաղվածության ռազմավարության» (Europe 2020 strategy)՝ համաձայն, Եվրամիության երկրները նախատեսում են մինչև 2020 թ. 20-64 տարեկան բնակչության 75 տոկոսի համար ապահովել զբաղվածություն):

Ակնկալվում է նաև, որ զբաղվածության առաջարկվող ռազմավարության իրականացումը կհանգեցնի ներքին աշխատաշուկայի իրավիճակի բարելավման և գործազրկության մակարդակի կրճատման ճանապարհով զբաղվածության ոլորտում առկա հիմնախնդիրների հետևողական և փուլային լուծմանը: Զբաղվածության ռազմավարությամբ նախատեսվող կարգավորման փիլիսոփայությունը արմատական տարբերություններ ունի գործող կարգավորումից: Վերջինս ներկայացվում է հետևյալ ընդհանրական գծապատկերով՝

¹ <http://ec.europa.eu/social/mini.jsp?catId=101&langId=101en>

Զբաղվածության ոլորտի գործող կարգավորման բնութագրականը		
Աշխատանք փնտրողի, գործազուրկի, զբաղվածություն համարվող գործունեության տեսակների, հարմար աշխատանքի սահմանումները, ԶՊՄ կողմից շահառուների հաշվառման իրավական հիմքերը:	Զբաղվածության քաղաքականության նպատակը և սկզբունքները:	Զբաղվածության կարգավորման ինստիտուցիոնալ հիմքերը (պետական մարմինների լիազորությունները), կազմակերպական կառուցվածքը (թվարկված են պետական ծրագրերը, համաձայնեցման կոմիտեների գործունեության կանոնակարգումը, պետական կարգավորման գործընթացներում գործատուների իրավունքները, հասարակական աշխատանքների կազմակերպումը):
Շահառուների իրավունքների կասեցման, դադարեցման, ինչպես նաև ոչ նպատակային օգտագործված ֆինանսական միջոցների վերադարձման իրավական հիմքերը:		
Շահառուներին, այդ թվում՝ աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբերին տրվող իրավական երաշխիքները, այդ թվում՝ լրացուցիչ երաշխիքները (օրենքում նշված կոնկրետ ծրագրերից օգտվելու կոնկրետ խմբերի իրավունքները):		
Զբաղվածության ոլորտի տեղեկատվական բազայի սահմանում:		
Զբաղվածության ռազմավարությամբ առաջարկվող կարգավորման բնութագրականը		
Օրենքում օգտագործվող <i>հիմնական հասկացությունների</i> սահմանում:	Զբաղվածության քաղաքականության հիմնական նպատակը՝ առարկայացված <i>ենթանպատակների</i> համակարգով, որոնք առանձին վերցրած պետք է լինեն հստակ տարանջատված, իսկ դրանց իրականացման արդյունքները՝ <i>չսփեշի</i> : Սկզբունքները պետք <i>սողակի բխեն</i> նպատակներից:	Զբաղվածության կարգավորման ինստիտուցիոնալ հիմքերը (պետական մարմինների, ինչպես նաև <i>ոչ պետական լիցենզավորված</i> կազմակերպությունների լիազորությունները), կազմակերպական կառուցվածքը, հիմնական գործիք է դիտվում <i>տարեկան ծրագիրը</i> , որի մշակման և իրականացման համար հայեցակարգով նախատեսվում են ճկուն, իսկ արդյունքների գնահատման և հաշվետվողականության համար՝ ամբողջական մեխանիզմներ: Հանրապետական համաձայնեցման կոմիտեի դերը փոխանցվում է հանձնաժողովին:
Զբաղվածության քաղաքականության առավել կարևոր, բնորոշ և կայուն հասարակական հարաբերությունների իրավական կարգավորումը, որի շրջանակներում նախատեսվում է ներառել այդ քաղաքականության բարեփոխված կամ նոր առաջարկվող հիմնական մոտեցումները:		
Շահառուների կոնկրետ խմբերի համար ծրագրերը՝ ըստ մարզային բաշխվածության և ոչ պետականներին պատվիրակման մասնաբաժինների, ներառվում են տարեկան ծրագրում: Ծրագրերի իրականացման շրջանակներում նոր մոտեցումներ՝ ճկունության հնարավորության ընձեռում, ոչ պետականին ծրագրերի իրականացման պատվիրակում, մասնագիտական կողմնորոշման գործընթացների ամբողջականացում և հստակեցում՝ որպես առանձին ծրագիր, նոր ծրագրերի փորձարկման ինստիտուտի ներդրում, ծրագրերի իրականացման գնահատման, մոնիտորինգի և վերահսկողության ամբողջական համակարգի ապահովում, ծրագրերի արդյունքների հետագա մոնիտորինգի հնարավորություն՝ հետադարձ կապի ապահովման համակարգ, գործատու-լիազորված մարմին-կրթական համակարգ փոխադարձ և մշտական կապի ապահովում, գործատուների և աշխատանք փնտրողների հետ աշխատանքի կազմակերպման նոր մեթոդների նախատեսում (գործատուներին պլանավորված այցելություններ, անհատական պլանների ներդրում, տրամադրվող խորհրդատվության կանոնակարգում և հստակ հաշվառում, իրազեկման ինստիտուտի հզորացում), գործատուների, աշխատանք փնտրողների և այլ շահառուների համար ինստիտուցիոնալ հնարավորությունների ստեղծում՝ առանց միջնորդավորվածության, ինտերնետային կայքի միջոցով աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի վերաբերյալ ամբողջական տեղեկատվությանը հասու լինելու նպատակով:		
Զբաղվածության ոլորտի տեղեկատվական բազայի ձևավորման, վարման և նպատակային օգտագործման անհրաժեշտ իրավական հենքի համալիր ապահովում:		
Շահառուների իրավունքների կասեցման, դադարեցման, ինչպես նաև ոչ նպատակային օգտագործված ֆինանսական միջոցների վերադարձման նոր իրավական հիմքերի ապահովում, որը հիմնված է լինելու ծրագրերի գնահատման և վերահսկողության նոր համակարգի և նոր սկզբունքներով ձևավորվող տեղեկատվական համակարգի վրա:		



Մասնավորապես.

1. Գործող կարգավորմամբ զբաղվածության քաղաքականության հիմնական նպատակը և սկզբունքները խիստ ընդհանրական և անորոշ են սահմանված, ինչը հնարավորություն չի տալիս՝
 - որոշելու այդ քաղաքականության տեղն ու դերը ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության համակարգում,
 - հստակեցնելու ենթանպատակների համակարգը և դրանց փոխառնչություններն ու կապերը սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության մյուս բնագավառների հետ,
 - չափելի, գնահատելի և կանխատեսվող դարձնել այդ քաղաքականության արդյունքները՝ ընթացիկ և հեռանկարային առումներով:

Կարգավորմամբ առաջարկվող մոդելով նախատեսվում է օրենսդրությամբ սահմանել քաղաքականության հիմնական նպատակը՝ առարկայացված ենթանպատակների համակարգով, որոնք առանձին վերցրած պետք է լինեն հստակ տարանջատված, իսկ դրանց իրականացման արդյունքները՝ չափելի:

2. Գործող համակարգով օրենսդրությամբ ամբողջապես ամրագրված են զբաղվածության պետական կարգավորման առանձին ծրագրերը, իսկ տարեկան ծրագիրը կրավորական, ածանցյալ դեր ունի: Ավելին, Ջբաղվածության պետական ծառայության լիազորությունները ուղղակի հանգեցված են այդ ծրագրերի իրականացմանը: Այսպիսի կարգավորումը հնարավորություն չի տալիս՝

- պլանավորել և իրականացնել աշխատաշուկայի իրավիճակից և միտումներից բխող ճկուն պետական կարգավորում,
- ծրագրերի գնահատման, ինչպես նաև աշխատաշուկայի ընթացիկ և խորքային վերլուծությունների, կանխատեսումների արդյունքների համադրման հենքի վրա՝ արագ և օպերատիվ կերպով փորձարկել և ներդնել կարգավորման նոր գործիքակազմ՝ նպատակ ունենալով պետական կարգավորումը համապատասխանեցնել աշխատաշուկայի իրավիճակին և կանխատեսվող փոփոխություններին,
- հետևողականորեն բարձրացնել ոլորտին ուղղվող պետական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը:

Առաջարկվող կարգավորմամբ նախատեսվում տարեկան ծրագիրը դարձնել զբաղվածության պետական կարգավորման քաղաքականության հիմնական գործիքը, որում պետք է ներառվեն արդյունավետ գնահատված ծրագրերը, ինչպես նաև նոր փորձարկվող ծրագրերը՝ ըստ շահառուների խմբերի, տարածքային բաշխվածության, ակնկալվող արդյունքների: Առաջարկվող սկզբունքներով և մեխանիզմներով՝ տարեկան ծրագիրը ճկուն և արդյունավետ պետական կարգավորման կազմակերպման հնարավորություն կտա:

3. Գործող կարգավորմամբ առկա է շահառուների գրանցման, հաշվառման ոչ ամբողջական համակարգ, ինչպես և սահմանափակ հնարավորություններ, որի արդյունքում՝

- բացակայում է շահառուների՝ էլեկտրոնային եղանակով գրանցման և ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը,



Փորձարկել և ներդնել կարգավորման նոր գործիքակազմ՝ նպատակ ունենալով պետական կարգավորումը համապատասխանեցնել աշխատաշուկայի իրավիճակին:

- բացակայում են այս կամ այն հիմքով հաշվառումից դուրս եկած շահառուների վերաբերյալ հետագա տեղեկատվության ստացման հնարավոր մեխանիզմները:

Առաջարկվող կարգավորմամբ նախատեսվում է օրենսդրությամբ սահմանել և գործնականում արդյունավետորեն ներդնել շահառուների էլեկտրոնային գրանցման և էլեկտրոնային եղանակով ծառայություններից

օգտվելու, ինչպես նաև շահառուների հետ հետադարձ կապի ապահովման համակողմանի հիմքերը:

4. Կարգավորման գործող համակարգով նախատեսված չեն աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեության կարգավորման մեխանիզմներ, որի արդյունքում՝
 - այդ կազմակերպությունների հետ պետական համակարգի գործընկերային, նպատակային և արդյունավետ համագործակցությունը բացակայում է,
 - ոչ պետական համակարգին՝ պետական մարմինների կողմից ծառայությունների պատվիրակման և արդյունքում առողջ մրցակցության շնորհիվ պետական ծրագրերի նպատակայնության և արդյունավետության հետևողական բարձրացման հնարավորությունները բացակայում են,
 - լիազոր մարմնի կողմից պետական կարգավորման շրջանակներում այդ կազմակերպությունների նպատակային և արդյունավետ գործունեության ուղղորդման, ինչպես նաև այդ ծառայություններից օգտվող քաղաքացիների իրավունքների արդյունավետ պաշտպանության, հնարավոր խախտումների բացառման և կանխարգելման հնարավորությունները գրոյական են:
5. Գործող կարգավորումը ամբողջապես չի ներառում զբաղվածության ոլորտի տեղեկատվական բազաների ձևավորման, վարման, նպատակային օգտագործման իրավական, գործառնական և ինստիտուցիոնալ հիմքերը, որի պայմաններում՝
 - ներկայումս չկա զբաղվածության քաղաքականության մշակման և իրականացման առաջարկվող նոր մոտեցումներն ու գործընթացներն ապահովող տեղեկատվական ամբողջական բազա,
 - տարեկան ծրագրի մշակման, պլանավորման և գնահատման գործընթացների կազմակերպման և իրականացման անհրաժեշտ և բավարար պայմանները բացակայում են,
 - ծրագրերի ընթացքի վերաբերյալ ընթացիկ՝ ըստ անհրաժեշտության տեղեկատվություն ստանալու և ծրագրի ընթացիկ գնահատման՝ թիրախային ցուցանիշներից շեղումները վեր հանելու օբյեկտիվ հնարավորությունը բացակայում է,
 - զբաղվածության պետական ծառայությունում առկա թափուր աշխատատեղերի և աշխատանքային ռեսուրսների վերաբերյալ ամբողջական տեղեկատվությունը էլեկտրոնային եղանակով շահառուներին արդյունավետ տրամադրման գործընթացները հնարավոր չէ ամբողջական կազմակերպել,
 - գործատուներից թափուր աշխատատեղերի և աշխատանք փնտրողների վերաբերյալ էլեկտրոնային եղանակով տեղեկատվության ստացման հնարավորությունը Զբաղվածության պետական ծառայության կողմից ամբողջական և արդյունավետ չի իրացվում:

Առաջարկվող կարգավորումը նախատեսվում է ապահովել նաև այս կետերում նշված հիմնախնդիրների արդյունավետ և ամբողջական լուծումները:

6. Կարգավորման գործող համակարգը չի ներառում զբաղվածության պետական կարգավորման ծրագրերի գնահատման, մոնիտորինգի և պետական վերահսկողության գործընթացների կազմակերպման և իրականացման ենթահամակարգեր, որի արդյունքում հնարավոր չէ լիարժեքորեն ապահովել զբաղվածության պետական քաղաքականության իրականացման գործընթացների անհրաժեշտ արդյունավետությունը, հասցեականությունը, նպատակայնությունը, իրատեսականությունը, մատուցվող ծառայությունների որակն ու մատչելիությունը, ուստի կարգավորման առաջարկվող համակարգով նախատեսվում է նաև հետևողականորեն ներդնել այդպիսի համակարգ:

Զբաղվածության առաջարկվող ռազմավարության իրականացման ակնկալվող հիմնական արդյունքները ներկայացվում են ստորև՝

1. բնակչության տնտեսական գործունեության ակտիվացմամբ զբաղվածության և ինքնազբաղվածության խթանում,

2. աշխատաշուկայի ճկունության բարձրացմամբ աշխատանք փնտրողների կողմից իրենց մասնագիտական ունակություններին համապատասխան արժանապատիվ աշխատանքի իրավունքի իրացման իրատեսական հնարավորությունների ընդլայնում,
3. աշխատաշուկայում անմրցունակ խմբերի, երիտասարդների, վերադարձող աշխատանքային միգրանտների, ինչպես նաև գյուղատնտեսական նշանակության հողի սեփականատերերի համար հավասար հնարավորությունների և ներքին աշխատաշուկայում արդյունավետ ինտեգրման ապահովում,
4. աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի քանակական և որակական ցուցանիշների բարելավում և արդյունավետ հավասարակշռության խթանում,
5. անօրինական զբաղվածության և թերզբաղվածության կրճատում,
6. աշխատանքի տեղավորման ծառայություններ մատուցող պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների գործունեության համալիր և իրատեսական կարգավորման ապահովում և արդյունավետության բարձրացում,
7. ներքին աշխատաշուկայի տարածքային անհամամասնությունների կրճատում,
8. ժողովրդագրական և աշխատուժի արտաքին տեղաշարժի ցուցանիշների բարելավում,
9. զբաղվածության ոլորտը կարգավորող իրավական դաշտի կատարելագործում, այդ թվում՝ համապատասխանեցում առաջարկվող կարգավորման նոր մոտեցումներին,
10. սոցիալական գործընկերության զարգացում՝ նոր աշխատատեղերի ստեղծման, թափուր աշխատատեղերի արդյունավետ համալրման, աշխատանքային պայմանների բարելավման և աշխատանքի վարձատրության համակարգի կատարելագործման հիմնական ուղղություններով,
11. զբաղվածության քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացների թափանցիկության, շահագրգիռ կողմերի լայն մասնակցության, շահառուների տեղեկացվածության մակարդակի բարձրացման շարունակական ապահովում:

Զբաղվածության ոլորտի պետական կարգավորման քաղաքականության արդյունավետության գնահատման և մոնիտորինգի համակարգի հիմնական բնութագրերը

Զբաղվածության առաջարկվող ռազմավարության իրականացման արդյունավետության գնահատումը, որի նպատակն է զբաղվածության ոլորտի արդյունավետ կարգավորման և կառավարման, ինչպես նաև հետագա բարեփոխումների շարունակականության ապահովումը, պետք է բխի զբաղվածության պետական ծրագրերի գնահատման և մոնիտորինգի համալիր արդյունքներից:

Այս շրջանակներում անհրաժեշտ է նախատեսել ծրագրերի իրականացման ընթացիկ և տարեկան արդյունքների մոնիտորինգ և գնահատում: Անհրաժեշտ է, մի կողմից, վեր հանել ծրագրերի ընթացիկ ցուցանիշների շեղումները թիրախային ցուցանիշներից, վերլուծել շեղումների պատճառները և անհրաժեշտության դեպքում նախաձեռնել ընթացիկ իրավիճակը շտկելուն ուղղված համապատասխան գործողություններ, իսկ մյուս կողմից՝ վերջնական (տարեկան) գնահատման արդյունքներով որոշել այդ ծրագրերի հետագա շարունակության նպատակահարմարությունը:

Այս առումով պետք է կարևորվեն համապատասխան ցուցանիշների ինչպես բացարձակ, այնպես էլ հարաբերական (համեմատական) արժեքները, փոփոխման միտումներն ու կանխատեսումները: Ցուցանիշների հաշվարկման համար տեղեկատվական հիմնական աղբյուրներ են հանդիսանում Հայաստանի



Այս շրջանակներում պետք է առանձնակի կարևորվի շահառուներին մատուցված ծառայությունների արդյունքների մասին հետադարձ տեղեկատվության ստացման իրավական հիմքերի ապահովումը:

Հանրապետության ազգային վիճակագրական ծառայության, լիազորված մարմնի և համապատասխան նախարարությունների տեղեկատվական բազաները, ինչպես նաև պետական համապատասխան մարմինների, միջազգային և այլ կազմակերպությունների կողմից զբաղվածության ոլորտում իրականացված ուսումնասիրությունների, հետազոտությունների, վերլուծությունների արդյունքները:

Այս շրջանակներում պետք է առանձնակի կարևորվի շահառուներին մատուցված ծառայությունների արդյունքների մասին հետադարձ տեղեկատվության ստացման իրավական հիմքերի ապահովումը: Մասնավորապես՝ խոսքը վերաբերում է զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացման արդյունքում այդ ծրագրերում ներգրավված անձանց աշխատանքի տեղավորման, ինչպես նաև հետագայում այդ անձանց՝ տվյալ աշխատատեղում աշխատանքային հարաբերությունների հետագա շարունակության վերաբերյալ տեղեկատվության ստացմանը գործատուներից և այդ անձանցից: Նշված տեղեկատվությունը ևս պետք է պարբերաբար ներառվի զբաղվածության ոլորտի տեղեկատվական բազաներում և օգտագործվի ըստ անհրաժեշտության՝ մոնիտորինգի, համադրումների, ծրագրերի արդյունավետության գնահատման և ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված այլ նպատակներով:

Արդյունավետության գնահատման և մոնիտորինգի համակարգի կառուցվածքագործառնության մոդելում անհրաժեշտ է ամրագրել նաև զբաղվածության կարգավորման ծրագրերին ուղղված և ոչ նպատակային օգտագործված ֆինանսական միջոցների վերադարձման գործընթացների ապահովման, ինչպես նաև օրենսդրության խախտման դեպքում պատասխանատվության համալիր և արդյունավետ հիմքերը:

Այս շրջանակներում առաջարկվում են հետևյալ հիմնական ցուցանիշները, որոնք պետք է ընկած լինեն վերը նկարագրված՝ արդյունավետության գնահատման և մոնիտորինգի համակարգի ձևավորման հիմքում: Մասնավորապես՝

1. զբաղվածների ընդհանուր թվաքանակը (տարեկան կտրվածքով), այդ թվում՝
 - ա. ըստ տնտեսության ճյուղերի,
 - բ. ըստ տնտեսության հատվածների,
 - գ. ըստ սեռատարիքային կազմի,
 - դ. ըստ կրթական մակարդակի,
 - ե. ըստ տարածաշրջանների,
 - զ. ըստ բնակավայրի տիպի.
2. աշխատանք փնտրող անձանց թվաքանակը (ամսական կտրվածքով).
 - 1) աշխատանք փնտրող զբաղված անձանց թվաքանակը, այդ թվում՝
 - 1.1 զբաղված կենսաթոշակառուների թվաքանակը,
 - 2) աշխատանք փնտրող չզբաղված անձանց թվաքանակը, այդ թվում՝
 - 2.1 գործազուրկների ընդհանուր թվաքանակը, որից՝
 - ա. ըստ սեռատարիքային կազմի,
 - բ. ըստ կրթական մակարդակի,
 - գ. ըստ գործազրկության տևողության (մինչև 1 տարի և 1 տարուց ավելի),
 - դ. ըստ տարածաշրջանների,
 - ե. ըստ բնակավայրի տիպի,
 - զ. գործազրկության նպաստ ստացողների թվաքանակը,
 - է. մեկից ավելի անգամ գործազրկության նպաստ ստացողների թվաքանակը,
 - 2.2 հաշմանդամների ընդհանուր թվաքանակը.
 - ա. ըստ հաշմանդամության խմբերի,
 - բ. ըստ սեռատարիքային կազմի,
 - գ. ըստ կրթական մակարդակի,

- դ. ըստ տարածաշրջանների,
- ե. ըստ բնակավայրի տիպի.

2.3 կենսաթոշակատուների ընդհանուր թվաքանակը,
որից՝

- ա. ըստ կենսաթոշակի տեսակների,
- բ. ըստ կրթական մակարդակի,
- գ. ըստ տարածաշրջանների,
- դ. ըստ բնակավայրի տիպի.

3. թաքնված զբաղվածների թվաքանակը (տարեկան կտրվածքով),
4. աշխատանքային տարիքից ցածր և բարձր տարիքի աշխատողների թվաքանակը ըստ սեռատարիքային կազմի (տարեկան կտրվածքով),
5. զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկված անձանց թվաքանակն ըստ ծրագրերի (տարեկան կտրվածքով),
այդ թվում՝
 - ա. ըստ սեռատարիքային կազմի,
 - բ. ըստ կրթական մակարդակի,
 - գ. ըստ տարածաշրջանների,
 - դ. ըստ բնակավայրի տիպի.
6. Զբաղվածության պետական ծառայության միջնորդությամբ աշխատանքի տեղավորվածների թվաքանակը (ամսական կտրվածքով),
այդ թվում՝
 - ա. ըստ սեռատարիքային կազմի,
 - բ. ըստ կրթական մակարդակի,
 - գ. ըստ գործազրկության տևողության (մինչև 1 տարի և 1 տարուց ավելի),
 - դ. ըստ տարածաշրջանների,
 - ե. ըստ զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկվածների,
 - զ. աշխատանքի տեղավորվելուց հետո մեկ տարուց պակաս աշխատածների,
 - է. ՀՀ տարածքից դուրս աշխատանքի տեղավորվածների.
7. հաշվառված թափուր աշխատատեղերի թիվը (ամսական կտրվածքով),
այդ թվում՝
 - ա. ըստ մասնագիտությունների,
 - բ. ըստ տարածաշրջանների,
 - գ. կրկնվող թափուր աշխատատեղերի թիվը.
8. զբաղվածության պետական ծրագրերի կատարողականի ցուցանիշները (տարեկան կտրվածքով), մասնավորապես՝
 - 1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից զբաղվածության պետական ծրագրերին հատկացված ֆինանսական միջոցներն ըստ ծրագրերի,
 - 2) զբաղվածության պետական ծրագրերի իրականացման համար փաստացի ծախսված ֆինանսական միջոցներն ըստ ծրագրերի,
 - 3) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեով նախատեսված Զբաղվածության պետական ծառայության պահպանման ծախսերը,
 - 4) Զբաղվածության պետական ծառայության պահպանման փաստացի կատարված ծախսերը.
9. զբաղվածության պետական ծրագրերում ընդգրկման արդյունքում մշտական աշխատանքի տեղավորված մեկ անձի հաշվով՝ ՀՀ պետական բյուջեից զբաղվածության կարգավորման պետական ծրագրերին հատկացված համախառն ֆինանսական միջոցների արժեքը (բացի ժամանակավոր աշխատանքի ապահովման նպատակով իրականացվող վարձատրվող հասարակական աշխատանքների ծրագրին հատկացված միջոցներից).
10. աշխատավարձը բնութագրող ցուցանիշները (տարեկան կտրվածքով).
 - 1) երկրում ձևավորված կենսապահովման նվազագույն զամբյուղի չափը,

- 2) ՀՀ-ում նվազագույն աշխատավարձի մեծությունը,
- 3) միջին աշխատավարձի մեծությունը,
այդ թվում՝
 - ա. ըստ տնտեսության ճյուղերի,
 - բ. ըստ տնտեսության հատվածների,
 - գ. ըստ մասնագիտությունների,
- 4) գնաճը:

Զբաղվածության առաջարկվող ռազմավարության իրականացման գնահատման համար պետք է հաշվարկվեն ինչպես վերոհիշյալ ցուցանիշների բացարձակ, այնպես էլ հարաբերական (համեմատական) արժեքները: Այս ցուցանիշների համակարգում 2008 թվականը կարող է սահմանվել որպես համեմատման բազային տարի, որի նկատմամբ կհաշվարկվեն ցուցանիշների միտումները: Ցուցանիշների հաշվարկման համար տեղեկատվական հիմնական աղբյուրներ կարող են հանդիսանալ Հայաստանի Հանրապետության ազգային վիճակագրական ծառայության, Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի և այլ համապատասխան նախարարությունների տեղեկատվական բազաները, ինչպես նաև պետական համապատասխան մարմինների, միջազգային և այլ կազմակերպությունների կողմից զբաղվածության ոլորտում իրականացված ուսումնասիրությունների, հետազոտությունների, վերլուծությունների արդյունքները:

Հավելված

Աղյուսակ 1. Հայաստանի Հանրապետության ուղևորաշրջանառությունը 2 000-2 010 թթ.

	Ավիացիա			Երկաթուղի			Ավտոտրանսպորտ			Ընդամենը		
	եկող	մեկնող	հաշվեկշիռ	եկող	մեկնող	հաշվեկշիռ	եկող	մեկնող	հաշվեկշիռ	եկող	մեկնող	հաշվեկշիռ
2000	292 800	318 400	-25 600	7 472	16 114	-7 115	100 805	119 331	-18 526	399 663	457 162	-57 499
2001	375 900	399 000	-23 100	11 561	30 709	-19 148	120 750	138 891	-18 141	508 211	568 600	-60 389
2002	434 000	438 000	-4 000	12 657	18 915	-6 258	143 997	136 458	7 539	590 654	593 373	-2 719
2003	458 500	482 000	-23 500	12 604	14 021	-1 417	147 244	132 488	14 756	618 348	628 509	-10 161
2004	559 100	569 800	-10 700	11 354	12 461	-1 107	169 432	155 565	13 867	739 886	737 826	2 060
2005	574 700	582 600	-7 900	13 492	14 463	-971	257 652	236 261	21 391	845 844	833 324	12 520
2006	586 800	585 300	1 500	21 817	22 280	-463	375 124	354 405	20 719	983 741	961 985	21 756
2007	695 907	710 020	-14 113	22 186	22 703	-517	575 466	564 059	11 407	1 293 559	1 296 782	-3 223
2008	739 325	767 654	-28 329	15 815	17 490	-1 675	642 029	635 084	6 945	1 397 169	1 420 228	-23 059
2009	722 301	746 941	-24 640	21 353	23 263	-1 910	688 335	686 763	1 572	1 431 989	1 456 967	-24 978
2010	788 574	810 632	-22 058	30 083	32 090	-2 007	926 402	932 197	-5 795	1 745 059	1 774 919	-29 860
2000-2010	6 227 907	6 410 347	-182 440	180 394	224 509	-42 588	4 147 236	4 091 502	55 734	10 554 123	10 729 675	-175 552

Աղյուսակ 2. Միգրացիան և սոցիալ փոփոխական ցուցանիշները

Տարեթիվ	Վերադարձող միգրանտներ	Միգրանտների հաշվեկշիռ	ՀՆԱ	Միջին աշխատավարձ	Զբաղվածների թիվ
2000	399 663	-57 499	1 031 338	22 706	1 277,7
2001	508 211	-60 389	1 175 877	24 483	1 264,9
2002	590 654	-2 719	1 362 472	27 324	1 106,4
2003	618 348	-10 161	1 624 643	34 783	1 107,6
2004	739 886	2 060	1 907 945	43 445	1 081,7
2005	845 844	12 520	2 242 881	52 060	1 097,8
2006	983 741	21 756	2 656 190	62 293	1 092,4
2007	1 293 559	-3 223	3 149 283	74 227	1 101,5
2008	1 397 169	-23 059	3 568 228	87 406	1 117,6
2009	1 431 989	-24 978	3 141 651	96 019	1 089,4
2010	1 745 059	-29 860	3 501 638	108 840	1 103,5

Աղյուսակ 3. Ժողովրդագրական ռազմավարությունում ներկայացված բնակչության թվի կանխատեսման 4 հնարավոր սցենարները՝ մինչև 2035թ.

1. ՀՀ կանխատեսվող մշտական բնակչության թվաքանակը հաստատուն սցենար /մարդ/								
թվական	2005թ.	2010թ.	2012թ.	2015թ.	2020թ.	2025թ.	2030թ.	2035թ.
բնակչություն	3 218 783	3 237 610	3 241 449	3 238 737	3 204 649	3 129 941	3 026 931	2 900 402
2. ՀՀ կանխատեսվող մշտական բնակչության թվաքանակը միջին սցենար /մարդ/								
թվական	2005թ.	2010թ.	2012թ.	2015թ.	2020թ.	2025թ.	2030թ.	2035թ.
բնակչություն	3 219 672	3 250 728	3 265 073	3 282 189	3 286 073	—	3 215 411	3 171 146
3. ՀՀ կանխատեսվող մշտական բնակչության թվաքանակը ցածր սցենար /մարդ/								
թվական	2005թ.	2010թ.	2012թ.	2015թ.	2020թ.	2025թ.	2030թ.	2035թ.
բնակչություն	3 218 783	3 212 709	3 197 894	3 172 090	3 110 579	—	2 907 883	2 768 223
4. ՀՀ կանխատեսվող մշտական բնակչության թվաքանակը բարձր սցենար /մարդ/								
թվական	2005թ.	2010թ.	2012թ.	2015թ.	2020թ.	2025թ.	2030թ.	2035թ.
բնակչություն	3 219 484	3 288 623	3 333 554	3 396 104	3 469 701	—	3 543 942	3 605 398

Աղյուսակ 4. Զբաղվածության կարգավորման պերական ծրագրերի բյուջենները՝ 2008-2010թթ.
2008թ.

h/h	Ծրագրերի անվանումը	Գումարը (հազ.դրամ) պլանավորված/ ծախսված	Շահառուների թիվը (մարդ) պլանավորված/ փաստացի
1.	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքներ	694 750,0 / 683 200,0	/7 028
2.	Զեռնարկատիրական գործունեությամբ զբաղվելու նպատակով պետական գրանցման համար գործազուրկներին և հաշմանդամներին տրամադրվող ֆինանսական աջակցություն	2 200,0 /	80 / 64
3.	Աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց աշխատանքի ընդունելու դեպքում աշխատավարձի մասնակի փոխհատուցում գործատուին	48 900,0 / 42 300,0	116 / 167
4.	Հաշմանդամների մասնագիտական ուսուցում, աշխատանքային ունակությունների վերականգնում	14 800,0/	90
5.	Գործազրկության նպաստի վճարում	2 752 500,0 / 2 752 500,0	2 1043
6.	Գործազուրկների մասնագիտական ուսուցում	143 100,0/	1 316
7.	Այլ վայր աշխատանքի գործուղվող գործազուրկների նյութական ծախսերի հատուցում	1 220,0/1 140,0	/ 7
8.	Երկարամյա ծառայության և արտոնյալ պայմաններով կենսաթոշակ ստացող աշխատանք փնտրող չգբաղված անձանց վերամասնագիտացում	1 700,0/	9
9.	Աշխատաշուկայի հետազոտման և կանխատեսման աշխատանքների կազմակերպում	5 000,0/	1 հետազոտություն
10.	Թափուր աշխատատեղերի տոնավաճառի կազմակերպման ծառայություններ	---	
11.	Թաղման նպաստի վճարում	5 400,0	
	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքների կատարման հետ կապված վարչարարական ծառ.-ներ	10 500,0	
	Գործազրկության նպաստի վճարման ծառ.-ներ	35 800,0	
	Ընդամենը	3 715 870,0 /	

2008թ. «Զբաղվածության պերական ծառայություն» գործակալության (ԶՊԾԳ) պահպանման համար հատկացվել է **649 500,0** հազար դրամ:

2009թ.

h/h	Ծրագրերի անվանումը	Գումարը (հազ.դրամ) պլանավորված/ ծախսված	Շահառուների թիվը (մարդ) պլանավորված/ փաստացի
1.	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքներ	689 500,0 / 495 020,0	4 908 / 4 690
2.	Զեռնարկատիրական գործունեությամբ զբաղվելու նպատակով պետական գրանցման համար գործազուրկներին և հաշմանդամներին տրամադրվող ֆինանսական աջակցություն	2 750,0/ 660,0	100/104
3.	Աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց աշխատանքի ընդունելու դեպքում աշխատավարձի մասնակի փոխհատուցում գործատուին	64 800,0/58 400,0	200/229
4.	Հաշմանդամների մասնագիտական ուսուցում, աշխատանքային ունակությունների վերականգնում	13 090,0/9 890,0	77/79
5.	Գործազրկության նպաստի վճարում	3 132 000,0/4 587 800,0*	2 2900 / 3 1000
6.	Գործազուրկների մասնագիտական ուսուցում	232 900,0/171 350,0	1 370/1 436
7.	Այլ վայր աշխատանքի գործուղվող գործազուրկների նյութական ծախսերի հատուցում	15 899,9/3 900,0	30 / 10
8.	Երկարամյա ծառայության և արտոնյալ պայմաններով կենսաթոշակ ստացող աշխատանք փնտրող չգբաղված անձանց վերամասնագիտացում	3 400,0/ 350,0	20 / 3
9.	Աշխատաշուկայի հետազոտման և կանխատեսման աշխատանքների կազմակերպում	5 000,0 / 4 860,0	1 հետազոտություն
10.	Թափուր աշխատատեղերի տոնավաճառի կազմակերպման ծառայություններ	4 200,0 / 4 200,0	6 տոնավաճառ
11.	Թաղման նպաստի վճարում	6 480,0 / 6 210,0	120 / 115
	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքների կատարման հետ կապված վարչարարական ծառ.-ներ	10 500,0 / 10 500,0	
	Գործազրկության նպաստի վճարման ծառ.-ներ	40 700,0/59 000,0*	
	Ընդամենը	4 221 220/5 412 140,0	

*նպաստառու գործազուրկների թվաքանակը ամսական հաստատված 14 500-ի փոխարեն հասավ շուրջ 22 900 և ծրագրի կատարողականը ապահովվեց միայն 1 455 775,7 հազ. դրամ լրացուցիչ ֆինանսական միջոցների շնորհիվ:

2009թ. ԶՊԾԳ-ի պահպանման համար հատկացվել է **714 188,0** հազար դրամ:



2010թ.

h/h	Ծրագրերի անվանումը	Գումարը (հազ. դրամ) պլանավորված/ ծախսված	Շահառուների թիվը (մարդ) պլանավորված/ փաստացի
1.	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքներ	689 500,0	4 959 / 5 131
2.	Զեռնարկատիրական գործունեությանը զբաղվելու նպատակով պետական գրանցման համար գործազուրկներին և հաշմանդամներին տրամադրվող ֆինանսական աջակցություն	2 750,0	88
3.	Աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց աշխատանքի ընդունելու դեպքում աշխատավարձի մասնակի փոխհատուցում գործատուին	64 800,0	128
4.	Հաշմանդամների մասնագիտական ուսուցում, աշխատանքային ունակությունների վերականգնում	13 090,0	51
5.	Գործազրկության նպաստի վճարում	4 536 000,0	2 2975
6.	Գործազուրկների մասնագիտական ուսուցում	232 900,0	1 014
7.	Այլ վայր աշխատանքի գործուղվող գործազուրկների նյութական ծախսերի հատուցում	15 899,9	7
8.	Երկարամյա ծառայության և արտոնյալ պայմաններով կենսաթոշակ ստացող աշխատանք փնտրող չզբաղված անձանց վերամասնագիտացում	3 400,0	3
9.	Աշխատաշուկայի հետազոտման և կանխատեսման աշխատանքների կազմակերպում	5 000,0	1 հետազոտություն
10.	Թափուր աշխատատեղերի տոնավաճառի կազմակերպման ծառայություններ	4 200,0	3 տոնավաճառ
11.	Թաղման նպաստի վճարում	6 480,0	
	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքների կատարման հետ կապված վարչարարական ծառ.-ներ	10 500,0	
	Գործազրկության նպաստի վճարման ծառ.-ներ	58 968,0	
	Ընդամենը	5 643 487,9	

ԶՊԾԳ-ի պահպանման համար 2 010թ. հարկիցվել է 714 813,0 հազար դրամ:

Աղյուսակ 5. Միջին ամսական անվանական աշխատավարձն ըստ տնտեսության հարվածների (դրամ)

	Ընդամենը			Պետական			Ոչ պետական		
	2009թ.	2010թ.	2011թ.	2009թ.	2010թ.	2011թ.	2009թ.	2010թ.	2011թ.
Հունվար	93 516	99 553	104 051	77 012	81 114	81 185	117 854	126 829	131 400
Հունվար-փետրվար	95 726	100 965		80 031	83 414		119 076	126 837	
Հունվար-մարտ	95 928	102 712		80312	83 701		118 793	130 418	
Հունվար-ապրիլ	96 790	103 299		80 541	83 970		120 506	131 203	
Հունվար-մայիս	97 202	103 544		80 741	84 108		121 132	130 987	
Հունվար-հունիս	96 337	104 462		80 615	84 420		119 120	132 049	
Հունվար-հուլիս	97 853	105 766		81 717	85 565		121 163	133 018	
Հունվար-օգոստոս	97 965	105 790		81 535	85 270		121 620	133 016	
Հունվար-սեպտեմբեր	98 287	105 910		81 746	85 229		122 066	132 994	
Հունվար-հոկտեմբեր	98 714	106 041		81 909	85 339		122 853	132 855	
Հունվար-նոյեմբեր	99 145	106 225		82 226	85 487		123 459	132 856	
Հունվար-դեկտեմբեր	102 054	108 840		84 933	87 630		127 134	135 913	

գրառվածություն

Աղյուսակ 6. Զբաղվածության պերական ծրագրերում ընգրկվածները 2 008-2 011թթ.

Ծրագրերի անվանումը	01.01.2009թ. արդյունքում աշխատանքի տեղավորվածները	01.01.2010թ. Ծրագրում ընդգրկված անձանց թիվ	01.01.2011թ. արդյունքում աշխատանքի տեղավորվածները	01.04.2011թ. Ծրագրում ընդգրկված անձանց թիվ	մարտ	Գործազրկության նպաստի վճարում, այդ թվում	
						նրիտասարքներ	նրիտասարքներ
1		20 700	27 800	6 900	4 036	5 628	1 055
2		1 330	1 513	104	---	---	---
3		998	1 059	63	90	82	7
4		12	18	3	9	3	0
5		9	8	1	9	3	0
6		64	117	25	64	104	25
7		11	21	2	11	19	2
8		167	194	37	167	229	37
9		19	34	5	19	35	5
		8	19	2	4	10	2
		4	4	1	4	3	1
		4/9 700	6/10 750	458	---	---	---
		7 000	6 300	20	---	---	---
		1 890	1 732	11	1 890	1 316	1 173



Աղյուսակ 7. ՀՀ աշխարհաշուկայի հիմնական ցուցանիշները* 2008-2011թթ.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ԶՏԿ-ներում գրանցված աշխատանքի փնտրող քաղաքացիների թիվը /մարդ/	այդ թվում՝			Գործազուրկների թիվը /մարդ/	կանայք	այդ թվում՝		Աշխատանքի տեղավորվածների թիվը /մարդ/	այդ թվում՝		Աշխատուժի պահանջարկը	Աշխատաշուկայի լարվածության գործակիցը 4 / 12	Կրկնվող թափուր աշխատատեղեր	Գործազրկության մակարդակ ** / % /	Գործազրկության մակարդակ / հետագ./ / % /
	զբաղվածներ	զբաղվածներ	զբաղվածներ			հաշմանդամներ	գործազուրկներ		երիտասարդներ	նպաստառուներ					
01.01.2008	89 367	11 787	77 580	75 050	55 239	15 076	14 047	8 322	7 656	62	1 090	71,2	676	6,7	28,1
01.01.2009	90 244	13 224	77 020	74 698	56 417	16 556	14 251	8 657	7 656	62	1 078	69,3	580	6,3	28,1
01.02.09	92 428	14 478	77 950	75 716	54 894	16 670	14 251	476			809	96,3	483	6,5	
01.03.09	94 861	16 801	78 060	75 738	54 689	16 836	13 929	1 170			936	83,4	447	6,6	
01.04.09	99 041	18 128	80 913	78 720	56 708	17 944	14 882	2 065	1 789	11	894	90,5	409	6,7	
01.05.09	100 696	16 335	84 361	81 307	58 216	19 342	15 542	2 600			894	88,4	400	6,8	
01.06.09	101 200	15 347	85 853	83 940	59 883	22 286	16 092	3 481			783	109,6	428	6,7	
01.07.09	101 041	14 989	86 052	84 130	59 895	23 707	16 592	4 208	3 608	47	1 148	75	477	6,9	
01.08.09	101 012	14 525	86 487	84 659	60 228	25 046	16 637	5 049			1 149	75,3	642	7,0	
01.09.09	99 923	14 279	85 644	83 783	59 378	25 993	16 449	5 853			1 119	76,5	648	7,0	
01.10.09	99 500	14 551	84 949	83 140	58 970	26 469	16 197	6 768	5 900	68	2 167	39,2	619	7,0	
01.11.09	99 495	14 618	84 877	83 025	58 906	26 557	16 119	7 634			1 624	51,1	1 025	7,0	
01.12.09	99 993	15 554	84 439	82 901	58 638	26 046	15 655	8 557			1 680	50,3	1 034	7,0	
01.01.2010	99 308	13 041	86 267	84 493	59 762	25 737	15 948	9 394	8 293	131	965	89,4	658	7,1	27,5
01.02.10	100 164	13 524	86 640	84 873	59 823	26 286	15 959	564			906	95,6	508	7,1	
01.03.10	99 675	14 407	85 268	83 582	58 810	26 131	15 903	1 557			887	96,1	381	7,3	
01.04.10	101 330	15 146	86 184	84 448	59 038	26 282	15 633	2 677	2 354	42	1 236	69,7	455	7,3	
01.05.10	101 693	14 872	86 821	85 152	59 520	26 105	15 906	3 662			1 396	62,2	1 009	7,3	
01.06.10	101 800	15 167	86 633	84 947	59 446	25 373	15 868	4 665			1 440	60,2	785	7,1	
01.07.10	101 262	14 679	86 583	84 849	59 364	24 748	15 576	5 744	5 031	84	1 579	54,8	812	7,1	28
01.08.10	100 353	14 666	85 687	83 964	58 795	24 071	15 482	6 759			1 779	48,2	848	7,0	
01.09.10	98 934	14 649	84 285	82 565	57 808	22 975	15 343	7 713			1 846	45,7	1 297	7,0	
01.10.10	98 040	14 251	83 789	82 125	57 481	22 063	15 343	8 729	7 673	110	1 614	51,9	1 214	7,1	
01.11.10	96 558	13 891	82 667	81 032	56 822	21 125	15 293	9 609			1 432	57,7	1 067	7,0	
01.12.10	95 267	13 686	81 581	79 899	56 032	20 467	15 349	10 515			1 335	61,1	685	6,9	
01.01.2011	93 230	12 807	80 423	78 804	55 139	19 030	15 083	11 341	10 021	142	1 153	69,8	728	6,9	28
01.02.11	92 670	13 042	79 628	77 979	54 588	18 899	14 956	631			966	82,4	742	6,9	
01.03.11	92 580	13 865	78 715	77 202	53 907	18 459	14 890	1 466			1 151	68,4	646		

* ԶԳԾԳ-ի «Ձև 1-գրադրվածություն» վիճակագրական հաշվարկարկարությունների ցուցանիշներ:

** վիճին ամսական ցուցանիշ:

Աղյուսակ 8. Պերական բյուջեի կարարողական ըստ զբաղվածության պերական ծրագրերի (մլն. դրամ) 2008-2011թթ.

Հ/Հ	Ծրագրի անվանումը	2008թ.		2009թ.		2010թ.		2011թ.	
		հաստ.	վիստ.	հաստ.	վիստ.	հաստ.	վիստ.	հաստ.	վիստ.
1.	Գործազրկության նպաստ	2 643,93	2 752,5	3 132,0	4 587,8	4 536,0	2 973,7	4 878,8	4 878,8
2.	Գործազրկվելների մասնագիտական ուսուցում	143,0	134,5	232,9	171,35	232,9	70,04	228,9	228,9
3.	Հաշմանդամների մասնագիտական ուսուցման և աշխատանքային ունակությունների վերականգնման կազմակերպում	14,8	9,2	13,09	9,89	13,09	3,73	13,09	13,09
4.	Երկարամյա ծառայության, արտոնյալ պայմաններով և մասնակի կենսաթոշակ ստացող աշխատանք փնտրող չգրադված անձանց վերամասնագիտացում	1,7	0,67	3,4	0,35	3,4	0,22	2,55	2,55
5.	Զեռնարկատիրական գործունեության գրադվելու նպատակով պետական գրանցման համար գործազուրկներին և աշխատանք փնտրող չգրադված հաշմանդամներին տրամադրվող ֆինանսական աջակցություն	2,2	0,51	2,75	0,66	2,75	0,63	1,86	1,86
6.	Աշխատաշուկայում անմրցունակ անձանց աշխատանքի ընդունելիս աշխատավարձի մասնակի փոխհատուցում գործատուին	48,9	42,3	64,8	58,4	64,8	41,2	89,8	89,8
7.	Այլ վայր աշխատանքի գործազուրկող գործազուրկների նյութական ծախսերի հատուցում	1,2	1,14	15,9	3,9	15,9	15,9	15,9	15,9
8.	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքներ	689,5	683,2	689,5	495,02	689,5	567,9	689,5	689,5
9.	Թ-ափուր աշխատատեղերի տոնավաճառի կազմակերպման ծառայություններ	---	---	4,2	4,2	4,2	---	4,2	4,2
10.	Մասնագիտություն ունեցող, սակայն աշխատանքային փորձ չունեցող գործազուրկների և հաշմանդամների աշխատանքային պրակտիկայի կազմակերպումը գործատուի մոտ	---	---	---	---	---	---	35,6	35,6
11.	Հաշմանդամների համար աշխատատեղերի հարմարեցումը գործատուի մոտ	---	---	---	---	---	---	4,0	4,0
12.	Թ-աղման նպաստի վճարում	5,4	4,37	6,48	6,21	6,48	4,86	7,02	7,02
13.	Աշխատաշուկայի հետազոտման և կանխատեսման աշխատանքների կազմակերպում	5,0	4,96	5,0	4,86	5,0	5,0	5,0	5,0
	Վարձատրվող հասարակական աշխատանքների հետ կապված վարչարարական ծառայություններ	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
	Գործազրկության նպաստի վճարման ծառ.	34,4	35,8	40,7	59,6	59,0	33,2	63,4	63,4
	Ընդամենը	3 600,5	3 545,2	4 221,2	5 412,7	5 643,5	3 695,5	6 050,1	6 050,1





Հրայր Մարուխյան հիմնադրամ

Հրայր Մարուխյան Հիմնադրամը ստեղծվել է 2009 թվականին, Հայաստանում: Հիմնադրամի նպատակն է՝ նպաստել հանրային քաղաքականության զարգացմանը և առաջընթացին, պաշտպանել սոցիալ-ժողովրդավարության հիմնական արժեքները՝ կրթության, ուսուցման, հետազոտության հնարավորությունները՝ տարածաշրջանային և միջազգային համագործակցության միջոցով:

Հիմնադրամի նպատակներն են՝ աջակցել և գործնականորեն նպաստել ազգային, տարածաշրջանային և միջազգային երկխոսությանը՝ ուշադրության կենտրոնում պահելով ընթացիկ քաղաքական, տնտեսական և սոցիալական զարգացումները և մարտահրավերները՝ հատկապես կենտրոնանալով Հայաստանի և Հարավային Կովկասի վրա:

Հիմնադրամը իրականացնում է հետազոտություններ և մշակում քաղաքականություն, որպեսզի տարածաշրջանային և գլոբալ կերպով աջակցի Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիներին՝ դիմագրավելու քաղաքական և սոցիալական հարատև փոփոխվող իրավիճակներին: Հիմնադրամը ծառայում է նաև որպես կենտրոն, որտեղ ուսումնասիրվում են նորանկախ պետությունների համար այնպիսի հատկանշական հարցեր, ինչպիսիք են ժողովրդավարությունը, աշխատանքային իրավունքները, սոցիալական արդարությունը, խոսքի ազատությունը, արտաքին և անվտանգության քաղաքականությունը, քաղաքական և միջազգային ընթացիկ իրադարձություններն ու զարգացումները, որոնք հիմնականում վերաբերում են Հարավային Կովկասին:



Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամ

Ֆրիդրիխ Էբերտ հիմնադրամը (ՖԷՀ) շահույթ չհետապնդող գերմանական քաղաքական հիմնադրամ է, որի նպատակն է սոցիալ-ժողովրդավարության արժեքների տարածումը: Հիմնադրամը, որի կենտրոնական գրասենյակները գտնվում են Բեռլինում և Բոնում, հիմնադրվել է 1925 թվականին և այդպես անվանվել ի պատիվ ժողովրդավարական ճանապարհով ընտրված Գերմանիայի առաջին նախագահի՝ Ֆրիդրիխ Էբերտի:

Այսօր ՖԷՀ-ը ունի մասնաճյուղեր ավելի քան 90 երկրում և գործունեություն է իրականացնում ավելի քան 100 երկրում:

Թբիլիսիում գտնվող Հարավային Կովկասի համագործակցության գրասենյակը կոորդինացնում է ՖԷՀ-ի գործունեությունը Վրաստանում, Հայաստանում և Ադրբեջանում: Բոլոր երեք երկրներում ՖԷՀ-ը նպատակ ունի խթանելու ժողովրդավարությունը, խաղաղությունը, սոցիալական արդարությունը, քաղաքական երկխոսությունը՝ կրթության և հետազոտությունների միջոցով:

ՖԷՀ-ի գործընկերներն են տարբեր ՀԿ-եր, գիտնականներ և փորձագետներ, լրագրողներ, որոշ երկրների խորհրդարաններ, նախարարություններ և քաղաքական որոշում կայացնող պաշտոնյաներ:

