

«ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՆԵՐԱՌՈՒՄԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ»

ԶԵԿՈՒՅՑ

Եվրոպական Հանձնաժողով

Զբաղվածության, սոցիալական ոլորտի և ներառվածության Գլխավոր
տնօրինություն

Նյութը կազմվել է 2011թ.



Եվրոպական Հանձնաժողով

Եվրոպական Հանձնաժողովը կամ դրա անունից հանդես եկող որևէ անձ պատասխանատվություն չի կրում այս հրապարակման մեջ զետեղված տեսակետների և տեղեկությունների համար:

Կատարող՝

ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ԿՈՎԿԱՍՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐ-ՀԱՅԱՍՏԱՆ
ԵՎՐԱՍԻԱ ՀԱՄԱԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ՀԻՄՆԱԴՐԱՄ
www.crrc.am / www.epfound.am

Համառոտագիր

«Սոցիալական պաշտպանությունը և սոցիալական ներառումը Հայաստանում» զեկույցը պատրաստվել է «Սոցիալական պաշտպանությունը և սոցիալական ներառումը Հարավային Կովկասում» ծրագրի շրջանակներում: Այդ ծրագիրը նախաձեռնել է Եվրոպական Հանձնաժողովի Զբաղվածության, սոցիալական ոլորտի և հավասար հնարավորությունների Գլխավոր տնօրինության Սոցիալական պաշտպանության և ինտեգրման տնօրինությունը: Ձեկույցը կազմվել է հաշվի առնելով Եվրամիության կողմից առաջարկված Բաց համագործակցության մեթոդի նպատակները: Ձեկույցում փորձ է արվել. (i) տրամադրել թարմ և համապատասխան տեղեկատվություն սոցիալական ապահովության և առողջապահության գործող համակարգերի վերաբերյալ, համակողմանիորեն վերլուծելով այդ համակարգերը, (ii) մատնանշել հիմնական մարտահրավերներն ու քաղաքականության հետ կապված խնդիրները, (iii) վերհանել երկրին բնորոշ խնդիրները և (iv) կապել կայուն տնտեսական զարգացման ռազմավարությունը սոցիալական համախմբվածության, հավասարության, հասարակության բոլոր անդամներին հավասար հնարավորություններ ընձեռելու հետ՝ համարժեք, հասանելի և ֆինանսապես կայուն սոցիալական ապահովության համակարգի երաշխավորման և ներառական սոցիալական քաղաքականության իրականացման միջոցով:

Փորձագետներ.

Կարապետյան Սուսաննա (հետազոտական խմբի ղեկավար)

Հարությունյան Նունե

Մանասյան Հեղինե (ծրագրի համակարգող)

Միրզախանյան Աստղիկ

Նորեկյան Միսակ

© Եվրամիություն, 2011

Նյութերն օգտագործելիս սկզբնաղբյուրի մատնանշումը պարտադիր է:

Համառոտ ամփոփում

Ներածություն

«Սոցիալական պաշտպանությունը և սոցիալական ներառումը Հայաստանում» զեկույցը կազմվել է հաշվի առնելով Եվրամիության կողմից բաց համագործակցության շրջանակներում առաջադրվող նպատակները: Ջեկույցը նպատակ ունի. (i) տրամադրել թարմ և հավաստի տեղեկատվություն սոցիալական ապահովության և առողջապահության գործող համակարգերի վերաբերյալ, համակողմանիորեն վերլուծել այդ համակարգերը, (ii) մատնանշել հիմնական մարտահրավերներն ու քաղաքականության հետ կապված խնդիրները, (iii) վերհանել երկրին բնորոշ խնդիրները և (iv) կապել կայուն տնտեսական զարգացման ռազմավարությունը սոցիալական համախմբվածության, հավասարության, հասարակության բոլոր անդամներին հավասար հնարավորություններ ընձեռելու հետ՝ համարժեք, հասանելի և ֆինանսապես կայուն սոցիալական ապահովության համակարգի երաշխավորման և ներառական սոցիալական քաղաքականության իրականացման միջոցով:

Հայաստանի անցումը կենտրոնացված պլանային տնտեսությունից դեպի շուկայական տնտեսության (սկսած 1991թ.) հարթ չի ընթացել, և երկիրն այդ ընթացքում ապրել է տնտեսական զարգացման վրա էական ազդեցություն թողած մի շարք վայրիվերումներ: Այդուհանդերձ, սկսած 1990-ական թվականների կեսերից Հայաստանը եղել է արագ զարգացող անցումային երկրներից մեկը: Շուկայական ուղղվածություն ունեցող բարեփոխումների հետևողական իրականացման արդյունքում 1994–2001թթ. ընթացքում գրանցվել է համեստ, բայց կայուն տնտեսական աճ (միջինում՝ տարեկան 5%), 2002-2007թթ. ընթացքում տնտեսական աճը եղել է երկնիշ, որը, սակայն, ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի արդյունքում նվազեց, 2008թ. հասնելով 6.9%-ի, իսկ 2009թ.-ին գրանցվեց կտրուկ անկում (-14.4%): Թեև բարձր տնտեսական աճը բնակչության համար ընդհանրապես նշանակում է եկամտի, զբաղվածության մակարդակի բարձրացում և մակրոտնտեսական այլ ցուցանիշների բարելավում, և անշուշտ աղքատության նվազում, տնտեսական զգալի աճը նշված տարիներին չի ուղեկցվել աղքատության համարժեք կրճատմամբ. այն 1999թ. 56.1%-ից նվազել է միջև 34.6% 2004թ.-ին և 28.7% 2009թ.-ին¹), թույլ է եղել կապը տնտեսական աճի և զբաղվածության միջև: Գործազրկության կայուն բարձր մակարդակին զուգընթաց, ինչը աշխատուժի ընտրանքային հետազոտության տվյալների համաձայն կազմում է աշխատուժի մեկ հինգերորդ մասը, երկրի համար բնորոշ է եղել երկակի աշխատանքի շուկայի առակայությունը՝ ուղեկցված ոչ ֆորմալ զբաղվածության բարձր մակարդակով, թերզբաղվածությամբ կամ գոյությունն հազիվ ապահովող զբաղվածությամբ:

Հայաստանի սոցիալական ապահովության համակարգը էականորեն բարելավվել է և կարևոր դեր է խաղում բնակչությանը սոցիալական աջակցության տրամադրման, ծայրահեղ աղքատության մեղմման գործում: Սոցիալական աջակցության տրամադրումն այն սակավաթիվ գործիքներից մեկն է, որ կիրառվում է կարճատև և միջին ժամկետներում պաշտպանելու համար հասարակության այն անդամներին, ովքեր չեն շահում տնտեսական զարգացման ընձեռած հնարավորություններից: Դրա հետ մեկտեղ, բարեփոխումները սոցիալական աջակցության քաղաքականության ոլորտում հրամայական են՝ հասնելու համար կայուն արդյունքների ոչ միայն կանխիկ դրամական աջակցություն տրամադրող համակարգի ստեղծման գործում, այլ նաև ներառական սոցիալական աջակցության լայն ծրագրերի կիրառման ասպարեզում: Օրինակ, աշխատաշուկայում մասնակցության խթանումը, հասարակության խոցելի խմբերի հիմնական

¹ 2009թ. աղքատության գնահատման մեթոդաբանությունը վերանայվել է՝ արտացոլելու համար 2004թ.-ից ի վեր սպառողական զանբյուրի կառուցվածքում տեղ գտած փոփոխությունները (տես Հավելված 3.1): Այդուհանդերձ, ապահովելու համար համեմատելիությունը տարիների միջև, ՀՀ ԱՎԾ-ն տրամադրում է 2009 աղքատության որոշ ցուցանիշների վերահաշվարկ նախկին մեթոդաբանությամբ ևս: Համաձայն նոր մեթոդաբանության աղքատության ցուցանիշը կազմել է. ծայրահեղ աղքատներ՝ 3.6%, շատ աղքատներ՝ 20.1% և աղքատներ՝ 34.1%:

կարիքները բավարարելուն և աղքատության նվազմանը նպաստելուն զուգընթաց, կնպաստի նաև հասարակության այդ անդամների սոցիալական ինտեգրման գործընթացին:

Մակրոտնտեսական ակնարկ

1990-ականների սկզբներին գործազրկության կտրուկ աճի, իրական աշխատավարձերի անկման, հարկային բազայի կրճատման արդյունքում կառավարությունը կանխիկ մուտքերի լուրջ հիմնախնդիրներ ուներ, ներքին և արտաքին չվճարումների կուտակումը հանգեցրել էր, կենսամակարդակի կտրուկ անկմանը և աղքատության մակարդակի աճին, հարուցելով հսկայական արտագաղթ:

1990-ականների կեսերին սկսված ռեֆորմների նպատակը տնտեսության վերականգնումն էր, ինչը թեև հաջողվեց դարավերջին, այնուամենայնիվ պարզ դարձավ, որ մի շարք անհավասարակշռվածություններ դեռևս կասեցնում են տնտեսական աճը:

Նոր դարաշրջանի սկիզբը Հայաստանի համար նշանավորվեց նոր կայունացմամբ և ռեֆորմներով: Համընդհանուր վերափոխումներ արվեցին ֆինանսական, բանկային և էներգետիկ ոլորտներում, ապա նաև՝ 2003թ-ի օգոստոսին Կառավարության կողմից ընդունված Աղքատության հաղթահարման ռազմավարական ծրագրի (ԱՆՌԾ) շրջանակներում: Արդյունքում երկիրը առաջ անցավ ցածր եկամուտ ունեցող մյուս երկրներից և 2004թ-ից <<ցածր եկամուտներով>> երկրից անցավ <<միջին եկամուտներով>> երկրների դասին:

Այս զեկույցը պատրաստված է համաշխարհային խոշոր ֆինանսական ձգնաժամի ֆոնի վրա, ինչը հատկապես ծանր է հարվածել Հայաստանին: ձգնաժամի հետ կապված՝ երկրի տնտեսությունը կրճատվել է, աճել են գործազրկությունն ու աղքատությունը և ծագել են անորոշություններ այն հարցում, թե ինչ ակնկալել և ինչպես առաջ ընթանալ: Անորոշությունները հատկապես պայմանավորված են ձգնաժամի հարուցած այն մտայնությամբ, որ ձգնաժամը ծագել է ու տարածվել առավել զարգացած, շուկայական հարաբերությունների երկար պատմություն, սահմանափակ հանրային ու արդյունավետ մասնավոր տնտեսություն, սոցիալական պաշտպանվածության ամուր համակարգեր ամուր ունեցող երկրներում:

Հայաստանի տնտեսական աճն ունի առանձնահատկություններ, որոնք ցնցումների ժամանակ կարող են դիտարկվել որպես տնտեսական ցուցանիշների խոցելիության աղբյուրներ: Հայաստանի տնտեսությունը բնութագրվում է որպես. (I) սահմանափակ հիմք ունեցող, (II) ըստ ոլորտների սակավ դիվերսիֆիկացված, (III) միկրոտնտեսական խեղումներով՝ փոքր և միջին ձեռնարկությունների քիչ բաժնով, ինչը կասեցնում է նոր ֆիրմաների և փոքր ձեռնարկատիրության զարգացումը, և, հետևաբար, նոր աշխատատեղերի ստեղծումը, զբաղվածության աճն ու գործազրկության կրճատումը, (IV) տնտեսության մեջ դրամական փոխանցումների կարևոր դերով, ինչը մեղմացնում է անցման շրջանի ազդեցությունը տնային տնտեսությունների բարեկեցության վրա, (v) մի տնտեսություն, որում մեծ է ոչ ֆորմալ հատվածը. ըստ տարբեր վերլուծաբանների գնահատականների ստվերային տնտեսությունը 2010թ.-ին կազմել է ՀՆԱ-ի ընդհանուր ծավալի մոտ 35-40%-ը:

Հասարակության աղքատ խավերի վրա տնտեսական աճի անկումն անդրադառնում է ինֆլյացիայի տեմպերի աճման միջոցով, ինչը պահանջում է սոցիալական պաշտպանության ծրագրերի շարունակական վերանայում, ինչպես նաև հետագա ռեֆորմների արագ իրականացում սևեղծելով տնտեսական ղեկավարման այնպիսի կարևոր ոլորտների վրա, ինչպիսիք են ներքին մրցակցության ապահովումը, հարկային վարչարարության բարելավումը և առևտրային ծառայությունների հետագա ազատականացումը:

Ներկայումս ՀՀ Կառավարությունն իրականացնում է սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումներ: Սակայն ֆիսկալ իրավիճակի վատթարացումը փոխհատուցելու

կառավարության փորձերը հանգեցրել են պետական պարտքի աճին: Դրանք իրենց հերթին պետք է որ հիմք ծառայեն ֆինանսական ինստիտուտների գործունեության ու քաղաքականության վերանայման:

Չնայած պետական ֆինանսների կառավարման ոլորտում առկա ձեռքբերումներին, երկիրը դեռևս բախվում է թերությունների հետ, որոնք թույլ չեն տալիս ռեսուրսներն ավելի արդյունավետ և թափանցիկ օգտագործել, ինչը նվազեցնում է պետական քաղաքականության իրականացումից ակնկալվող արդյունքները: Հետևաբար, ֆինանսական ոլորտում անհրաժեշտ են հետագա ավելի խորը վերափոխումներ:

Աշխատանքի շուկա

Անկախացումից ի վեր Հայաստանում աշխատանքի շուկան խոր փոփոխություններ է կրել՝ կապված 1990-ական թվականների սկզբին տնտեսության համակարգային ճգնաժամի, տնտեսական և սոցիալական բարեփոխումների և ավելի քան մեկ տասնամյակ տևած տնտեսական աճի հետ. 1990-ականների կեսերից մինչև 2008թ. (երբ համաշխարհային ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի ազդեցության տակ սկզբում նվազեցին, ապա՝ բացասական դարձան տնտեսական աճի տեմպերը), իրական գործազրկության մակարդակը կայուն կերպով պահպանվել է երկնիշ մակարդակի վրա. միջին հաշվով տնտեսապես ակտիվ չորս բնակիչներից մեկը ներկայումս գործազուրկ է: Ավելին, զբաղվածների մոտ երկու երրորդը կախվածության մեջ է ցածր արտադրողական՝ գյուղատնտեսության և առևտրի ոլորտներում ստացած եկամուտներից:

Աշխատաշուկայում տիրող իրավիճակի հետ մեկտեղ բնակչության տնտեսական ակտիվության մակարդակի վրա էական ազդեցություն են թողել նաև ժողովրդագրական այնպիսի միտումներ, ինչպիսիք են վերարտադրողական վարքագիծը և միգրացիան. 1991-2009թթ. ընթացքում տնտեսական ակտիվությունը 81.4%-ից իջել է 52.3%-ի²: Ջբաղվածության կառուցվածքն ըստ տնտեսական գործունեության ոլորտների ևս նկատելիորեն փոխվել է՝ այն դարձել է պակաս դիվերսիֆիկացված և խոցելի ներքին ու արտաքին ազդակների հանդեպ:

Գոյատևման նվազագույն միջոցներ ապահովող գյուղատնտեսության զարգացումը պայմանավորվեց երկու հիմնական հանգամանքով՝ ոչ-գյուղատնտեսական աշխատատեղերի ստեղծմանը նպաստող քաղաքականության սակավությամբ, և նրանով, որ այդ ոլորտում զբաղվածությունը ծառայեց որպես անցման շրջանի ցնցումները դիմակայելու հիմնական գործոն: Գյուղատնտեսության մեջ զբաղվածների բաժինը զբաղվածների ընդհանուր թվաքանակում 2009թ.-ին շարունակում էր մնալ բարձր (45.1% կամ 491.6 հազար մարդ, 2004թ.-ի 501.6 հազարի համեմատ)՝ պայմանավորելով քաղաքային բնակչության համեմատ գյուղական բնակչության զբաղվածության առավել բարձր մակարդակ: Սակայն պետք է նկատի ունենալ, որ գյուղատնտեսության մեջ զբաղվածները հիմնականում գյուղացիական տնտեսություններում չգրանցված, աշխատանքի ցածր արտադրողականությամբ և ցածր վարձատրությամբ աշխատող ինքնազբաղվածներ են: Այդուհանդերձ, թեև աշխատանքը ոլորտում այնքան էլ խոստումնալից չէ աղքատության կրճատման տեսանկյունից, այն դեռևս մնում է որպես գյուղական բնակչության եկամտի հիմնական աղբյուր, քանի որ ոչ-գյուղատնտեսական աշխատանքի հնարավորությունները Երևանից դուրս խիստ սահմանափակ են:

Թեև 1990թ.-ից ի վեր տնտեսության մասնավոր հատվածը Հայաստանում զգալիորեն ընդլայնվել է, այդուհանդերձ աշխատատեղերի ստեղծումը տնտեսության մասնավոր հատվածում բավարար չի եղել: 1990-ական թվականների կեսերից մինչև 1990-ական թվականների վերջը

² Ցուցանիշը հաշվարկված է որպես տնտեսապես ակտիվ բնակչության տեսակարար կշիռ աշխատանքային ռեսուրսների ընդհանուր թվաքանակի մեջ (հաշվարկված ձեռնարկությունների հետազոտության և վարչական տվյալների հիման վրա): Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱԿԾ, «Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2010», էջ 53, (<http://www.armstat.am/file/doc/99461553.pdf>).

մասնավոր հատվածի ընդլայնումը պայմանավորող հիմնական գործոնը եղել է սեփականաշնորհումը: Թեև վերջին մի քանի տարիների ընթացքում տնտեսության մասնավոր հատվածը աշխատատեղերի ստեղծման միակ շարժիչն է եղել Հայաստանում, այնուամենայնիվ այն բավարար չի եղել՝ պայմանավորված գործարարության հետագա զարգացումը և աճը, ինչպես նաև ֆորմալ զբաղվածությունը կանխարգելող մի շարք խոչնդոտներով:

Անցման ժամանակաշրջանի մեծագույն փոփոխությունը, թեև ոչ կամավոր, բայց անցումն է կայուն վարձատրություն ապահովող աշխատանքներից դեպի պատահական և պակաս ֆորմալ աշխատանքների և ինքնազբաղվածության: Նման իրավիճակի հիմնական պատճառը հատկապես գյուղական բնակավայրերում այլընտրանքային աշխատանքների սակավությունն է:

Հայաստանյան աշխատաշուկայի համար լուրջ մարտահրավեր է նաև ոչ ֆորմալ զբաղվածությունը, որը հիմնականում կրում է պատահական բնույթ, հիմնված է ավելի շուտ անձնական և սոցիալական կապերի, քան պայմանագրային հարաբերությունների վրա: Այն սովորաբար ցածր վարձատրվող է, անկայուն և լուրջ խնդիրներ է առաջ բերում նաև սոցիալական ապահովության իրավունքի իրացման՝ մասնավորապես գործազրկության կամ հիվանդության դեպքում, կամ կենսաթոշակային իրավունքի իրացման տեսանկյունից:

Իրական գործազրկության մակարդակը Հայաստանում զգալիորեն ավելի բարձր է, քան զբաղվածության պետական ծառայությունների կողմից գրանցված գործազրկության մակարդակը: Չնայած աշխատանքի շուկայում դրական տեղաշարժերին, դեռևս պահպանվում է էական խզումը աշխատուժի առաջարկի և պահանջարկի միջև: Ըստ աշխատուժի ընտրանքային հետազոտության (Աշխատանքի միջազգային կազմակերպության մեթոդաբանությամբ) արդյունքների գործազրկության մակարդակը Հայաստանում 2009թ. կազմել է 18.7% (պաշտոնապես գրանցված գործազրկության 7.0%-ի համեմատ):

Տնտեսական անցման վաղ շրջանում Հայաստանում գրացվել էր աշխատավարձերի շեշտակի անկում: Չնայած 1990-ական թվականների կեսերից սկսած արձանագրվել է աշխատավարձի մակարդակի վերականգնում, այնուամենայնիվ աշխատավարձի անհամաչափությունն ըստ տնտեսական գործունեության ոլորտների, ըստ սեռի դեռևս զգալի է:

Զբաղվածության ոլորտում ակտիվ միջամտության քաղաքականությունը կրում է աշխատանքի շուկայի գործունեության էական բարելավման ներուժ: 1990-ականների սկզբներին զբաղվածության ոլորտի քաղաքականությունը հիմնականում կրում էր պասիվ բնույթ՝ հանգելով գործազրկության նպաստների տրամադրմանը: Սկսած 2000-ական թվականներից, երբ սոցիալ-տնտեսական զարգացման և աղքատության կրճատման հիմնական գերակայությունները կապվեցին աշխատանքի շուկայում առկա խնդիրների հետ, կարևորվեց նաև զբաղվածության ոլորտի ակտիվ քաղաքականությունը՝ ուղղված զբաղվածության մակարդակի ավելացմանն ու գործազրկության, հատկապես կառուցվածքային, կրճատմանը: Թեև զբաղվածության ծառայությունների՝ որպես զբաղվածության ոլորտում պետական քաղաքականություն իրականացնող մարմնի գործունեությունը կարևոր է (առկա աշխատատեղերի և աշխատանք փնտրողների միացում), այնուամենայնիվ Զբաղվածության պետական գործակալությունը ուղղակի ազդեցություն չունի ոչ աշխատուժի առաջարկի, ոչ էլ պահանջարկի վրա: Չնայած դրան, աշխատանքի շուկայի միջամտության, հատկապես ակտիվ միջամտության քաղաքականությունը կրում է հսկայական ներուժ աշխատաշուկայի բարելավման տեսանկյունից՝ աշխատուժի առաջակի ավելացում (օրինակ ուսուցման, վերապատրաստման տրամադրման միջոցով), աշխատուժի պահանջարկի աճ (օրինակ, աշխատավարձի փոխհատուցման քաղաքականության կիրառման կամ հասարակական աշխատանքների տրամադրման միջոցով), ինչպես նաև աշխատաշուկայի մեխանիզմների կատարելագործում:

Կրթական համակարգ

Կրթական համակարգի բարեփոխումները և համակարգում իրականացվող քաղաքականության հետ կապված խնդիրները կարևոր են Հայաստանի համար, քանի որ մարդկային կապիտալի ձևավորումն ու պահպանումը կենսամակարդակի բարձրացումն ու աղքատության կրճատումն ապահովող կարևոր գործոն է: Անցումային շրջանի փոփոխությունները մի շարք մարտահրավերներ առաջադրեցին նաև կրթական համակարգին:

Կրթությանն ուղղված հանրային միջոցների կրճատումը³, տնային տնտեսությունների ոչ համաչափ ծախսերը կրթության վրա վտանգում են կրթության համատարած հասանելիությունը: Ի լրումն հավասարության խախտմանը կրթության հասանելիության ոլորտում, ի հայտ է գալիս նաև անհավասարություն կրթության որակի առումով: Տարբերությունները որակյալ կրթության հասանելիության առումով հարուստ և աղքատ տնային տնտեսությունների, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի միջև գնալով դառնում են ավելի նշանակալի:

Միգրացիա և դրամական փոխանցումներ

Հայաստանը միգրացիայի երկար պատմություն ունեցող երկիր է: Եվ կանոնավոր, և անկանոն միգրացիան եղել և մնում է կարևոր սոցիալ-տնտեսական ազդեցություն ունեցող երևույթ: Անցումային տարիներից ի վեր Հայաստանն ապրել է միգրացիոն մի քանի ալիքներ՝ պայմանավորված բազմաթիվ գործոններով: Սակայն միգրացիոն այդ գործընթացների տատանումը դժվար է եղել գնահատել արժանահավատ վիճակագրության բացակայության պատճառով: Միգրացիայի իրական չափերի գնահատման հարցը եղել է ակտիվ բանավեճերի առարկա, քանի որ միգրացիայի վարչական գրանցման գործընթացը թույլ չի տալիս գնահատել էմիգրացիայի իրական չափը: Արտագաղթի իրական չափերի գնահատականները տատանվում են 800 հազարից մեկ միլիոն մարդու սահմաններում:

Սեզոնային աշխատանքային միգրացիան որպես երևույթ հայկական իրականության մեջ ի հայտ է եկել 1960-ականներին՝ պայմանավորված երկրի տարբեր վարչական-տարածաշրջանային միավորների միջև գոյություն ունեցող սոցիալ-տնտեսական տարբերություններով և ներառել է հիմնականում բաժր լեռնային դիրք ունեցող տարածքների բնակիչներին, որտեղ պահանջարկը գույղատնտեսական աշխատանքների նկատմամբ սահմանափակ էր (անբարենպաստ բնակլիմայական պայմանների պատճառով), իսկ արդյունաբերական ենթակառուցվածքները թերզարգացած էին: 1990-ականների ընթացքում միգրացիան, լինի դա էմիգրացիա, թե երկարատև ժամանակավոր աշխատանքային միգրացիա, հսկայական նշանակություն են ունեցել աշխատուժի առաջարկի վրա Հայաստանում: Լավ կրթված, բարձր որակավորում ունեցող աշխատողների արտահոսքը դեպի այլ երկրներ իր ազդեցությունն է թողել աշխատուժի մասնագիտական և որակական կառուցվածքի վրա:

Աշխատանքային միգրացիայի ուղղակի հետևանք հանդիսացող դրամական հոսքերը այլ երկրներից դեպի Հայաստանն էականորեն նպաստում են աղքատության կրճատմանը, նույնիսկ այն դեպքում, երբ դրանք կրճատվել են բնակչության դրամական եկամուտների կառուցվածքում:

Ժողովրդագրական միտումներ

Սոցիալ տնտեսական անցմանը զուգընթաց Հայաստանում գրանցվել է բնակչության թվաքանակի շարունակական կրճատում: 1990-ականներին գրանցված բացասական ժողովրդագրական միտումները բացատրվում են բնական աճի կրճատմամբ, մահացության

³ Պետական բյուջեից կրթությանն ուղղված հատկացումները, որ 1980-ական և վաղ 1990-ական թվականներին կազմում էին ՀՆԱ-ի 7-9%-ը, 1990-ական թվականների վերջին կրճատվեցին մինչև ՀՆԱ-ի ընդամենը 2%-ի մակարդակը. 2009թ. այդ ցուցանիշը կազմել է 3.5%:

մակարդակի բարձրացմամբ և միգրացիոն գործընթացներով՝ հանդիսանալով բնակչության թվաքանակի նվազման և նրա տարիքային կազմի փոփոխության պատճառ:

Վերջին տասնամյակների ընթացքում ժողովրդագրական միտումները Հայաստանում փոխել են ժողովրդագրական բուրգի տեսքը: Բնակչության սեռատարիքային կազմի փոփոխության արդյունքում, ինչպես շատ երկրներ, Հայաստանը ևս կանգնած է բնակչության ծերացման մարտահրավերի առջև:

Բնակչության էթնիկ կառուցվածքի տեսանկյունից Հայաստանը կարելի է համարել միատարր երկիր. ըստ 2001թ. մարդահամարի տվյալների (միայն դրանց միջոցով է ստացվում տեղեկատվությունը էթնիկ խմբերի բնակչության թվաքանակի վերաբերյալ) երկրի բնակչության 97.9%-ը հայեր են: Չնայած ազգային տարբեր փոքրամասնությունների համայնքների մեծ թվին, այդ համայնքները սակավամարդ են, ինչը թույլ չի տալիս այդ համայնքներին, նույնիսկ նրանց առվել կոմպակտ բնակության վայրերում, ունենալ ներկայացուցիչներ խորհրդարանում:

Տարածքային անհամաչափություններ

Տարածքային անհամաչափությունները վերածվել են Հայաստանի սոցիալ-տնտեսական զարգացման լուրջ խոչնդոտի: 2000-ական թվականների սկզբից ի վեր, տնտեսական աճին զուգահեռ, տարածքային զարգացման անհամաչափությունները խորանում են և արտացոլվում են նրանում, որ գնալով աճում է մայրաքաղաք Երևանի տնտեսական դերը: Հայաստանի համաչափ տարածքային զարգացումը դարձել է Կառավարության հիմնական առաջնահերթություններից մեկը, ինչի մասին հայտարարվել է երկրի 2008-2012թթ. «Կայուն զարգացման ծրագրում»: «Կայուն զարգացման ծրագրում» առաջադրված տարածքային զարգացման սցենարը նախատեսում է թիրախավորված տարածքային զարգացման քաղաքականության ներդրում և ուղղված է Երևանից դուրս տնտեսական աճի ապահովման խթանմանը:

Սոցիալական պաշտպանության համակարգը

Սոցիալական պաշտպանության համակարգը Հայաստանում կարևոր դեր է խաղում բնակչությանը սոցիալական աջակցություն տրամադրելու և ծայրահեղ աղքատությունը մեղմելու հարցում: Ավելին, սոցիալական պաշտպանության քաղաքականության հիմնական նպատակը պետության կողմից սոցիալական ռիսկերի կառավարումը, նվազեցումը և կանխարգելումն են: Պետության կողմից հստակ սահմանված են սոցիալական պաշտպանության համակարգի գործառույթները, որոնց հիման վրա բնակչության խոցելի խմբերին առաջարկվում են համապատասխան ծրագրեր, ներառյալ.

- պետական սոցիալական աջակցության ծրագրերը,
- սոցիալական ապահովության ծրագրերը,
- սոցիալական պաշտպանության ծրագրերը,
- պետական սոցիալական ապահովագրության ծրագրերը,
- զբաղվածության ծրագրերը:

Ընդհանուր առմամբ սոցիալական պաշտպանության համակարգը Հայաստանում բաժանվում է երկու մասի՝ սոցիալական ապահովագրության եւ սոցիալական օգնության: Սոցիալական պաշտպանությունը Հայաստանում իրականացվում է ՀՀ աշխատանքի եւ սոցիալական հարցերի նախարարության կողմից, որը պատասխանատվություն է կրում աշխատանքի և սոցիալական պաշտպանության համակարգի բոլոր ձյուղերի (բացի առողջապահության) քաղաքականության մշակման և իրականացման համար: Սոցիալական պաշտպանության համակարգը մինչեւ 2008թ. ֆինանսավորվում էր ՀՀ պետական բյուջեի (սոցիալական օգնություն, սոցիալական խնամքի ծառայություններ եւ ռազմական

կենսաթոշակային նպաստներ) և ՀՀ Սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամի (աշխատանքի կամ ապահովագրված կենսաթոշակներ, գործազրկության կամ հիվանդության նպաստներ) կողմից:

2008թ. հունվարից սկսած Սոցիալական ապահովագրության հիմնադրամը վերակազմավորվել է սոցիալական ապահովության պետական ծառայության (SSSS), իսկ սոցիալական պաշտպանության բոլոր ծրագրերը ֆինանսավորվում են անմիջականորեն պետական բյուջեից: Սոցիալական պաշտպանության ընդհանուր պետական ծախսերը 2008թ. կազմել են ՀՆԱ 6.0%-ը, իսկ 2009թ.՝ 7.9%-ը: Միջազգային դոնոր կազմակերպությունները և ֆինանսավորում են սոցիալական աջակցության տարբեր ծրագրեր, սակայն դրանք արտաբյուջետային միջոցներ են, որոնց մասին տվյալները ներառված չեն այս զեկույցում բերված տվյալներում: Թեև պետական բյուջեից սոցիալական պաշտպանության ընդհանուր ծախսերը 2009 թվականին 2001թ. համեմատ ավելացել են 4.1 անգամ, սոցիալական պաշտպանության ծախսերի հսկայական մասնաբաժինը (86-87%-ը) հատկացվել է սոցիալական եւ ապահովագրական (աշխատանքային), կենսաթոշակային և աղքատության ընտանեկան նպաստների ֆինանսավորմանը: Սոցիալական պաշտպանության պետական ֆինանսների մնացած փոքր մասը ակնհայտորեն հազիվ կարող էր բավարարել այլ արդյունավետ և որակյալ սոցիալական պաշտպանության ծրագրերի իրականացման համար: Ավելին, նկատելիորեն աճել է կենսաթոշակային ծախսերի մասնաբաժինը. 1999 թվականին այն կազմել է բոլոր ծախսերի 54,1%, իսկ 2009թ.՝ հասել 72,9%-ի: Այսպիսով, սոցիալական պաշտպանության համակարգի ֆինանսավորման կայունության խնդիրը՝ մասնավորապես, ներկայիս կենսաթոշակային համակարգում, շատ մտահոգիչ է:

Ամենակարևոր և ծախսատար սոցիալական ապահովագրության նպաստներն են՝ կենսաթոշակների, գործազրկության ապահովագրության, մայրության և մինչեւ 2 տարեկան երեխաների խնամքի նպաստները: Թեև այդ նպաստների գումարները աճի միտում են ունեցել, դրանք դեռեւս ցածր են ԵՄ անդամ պետությունների եւ նախկին Խորհրդային Միության որոշ երկրների հետ համեմատ:

Պետական նպաստների համակարգը Հայաստանում ստեղծվել է խորհրդային տարիներին ընդունված “Անապահով ընտանիքների երեխաների համար նպաստների” մասին օրենքով և Հայաստանի անկախացումից հետո կրել է բազմաթիվ փոփոխություններ: 1997 թվականին ստեղծվեցին նոր ընթացակարգեր, որոնք օրենսդրությամբ սահմանված դրամական փոխհատուցումներ էին տրամադրում բնակչության որոշակի խմբերի, և ոչ թե հիմնվում էին արտոնությունների վրա՝ ինչպես խորհրդային տարիներին: 1999թ. հունվարին ներդրված Ընտանեկան նպաստի համակարգն ուղղված էր աղքատների պաշտպանությանը: Այն փոխարինեց նախկինում գոյություն ունեցող 26 անուն փոքր, չհամակարգված, անհատական մակարդակով հատկացվող նպաստների համակարգը: Ընտանեկան նպաստների համակարգի ազդեցությունը գնահատելիս վճռորոշ դեր են խաղում համակարգի կառավարումը և արդյունավետության թիրախավորումը:

Սոցիալական ծառայությունները մատուցվում են պետական և ոչ-պետական կառույցների կողմից, և քայլեր են ձեռնարկվում դրանք որպես փաթեթ առաջարկելու ուղղությամբ: Այդ ծառայությունները նպատակ ունեն բավարարելու և հոգալու ֆիզիկական անձանց և բնակչության անապահով խմբերի սոցիալական կարիքները: Սոցիալական ծառայությունները պետք է բխեն բնակչության պահանջներից և պետք է հիմնված լինեն կարիքների գնահատման վրա (օրինակ՝ հաշմանդամների տվյալների հիման վրա մշակված անհատական վերականգնողական ծրագրեր): Սոցիալական ծառայությունների հավասար հասանելիությունը և միատեսակ որակի ապահովումը մնում են կարևոր և բարձր առաջնահերթ խնդիր Հայաստանի Հանրապետության համար:

Աղքատություն և սոցիալական ներառում

Կայուն տնտեսական զարգացման և սոցիալական քաղաքականության ուղղվող հանրային միջոցների աճին ուղղված միջոցառումների շնորհիվ Հայաստանում տեղի է ունեցել աղքատության նկատելի նվազում: 2004-2008թթ. ընթացքում ավելի քան 350 հազար մարդ դուրս է բերվել աղքատությունից: Աղքատների տեսակարար կշիռը 2004թ. 34.6%-ից նվազելով 2008թ. կազմել է 23.5%: Ծայրահեղ աղքատությունն էլ ավելի արագ է նվազել՝ 2004թ. 6.4%-ից 2008թ. այն հասել է 3.1%-ի: Ինչ վերաբերում է եկամուտների անհավասարությանը (որ չափվում է Ջինի գործակցով), այն կրճատվել է աննշան՝ 2004թ. 0.395-ից 2008 թվականին հասնելով 0.389-ի (ըստ 2009թ. կիրառված նոր մեթոդաբանության Ջինի գործակիցը 2008թ. համար կազմել է 0.339, իսկ 2009թ. համար՝ 0.355): 1990-ականների և վաղ 2000-ական թվականներին բնակչության մեկ շնչի հաշվով համանման ՀՆԱ-ի ունեցող անցումային երկրների շարքում եկամուտների անհավասարությամբ Հայաստանն ունեցել է առավել բարձր մակարդակ:

Ինչևէ, տնտեսական ճգնաժամը լուրջ ազդեցություն ունեցավ Հայաստանի տնտեսական աճի և աղքատության նվազման ուղղությամբ ունեցած ձեռքբերումների վրա. 2009թ. նոր մեթոդաբանությամբ հաշվարկված աղքատության մակարդակը 2008թ 27.6%-ից աճել և 2009թ. կազմել է 34.1%:

Եկամուտների միջև եղած անհավասարությունը 1990-ական թվականներին ավելի բարձր էր, քան սպառման միջև եղած անհավասարությունը, ինչը վկայում է, որ բնակչության բևեռացումն ըստ եկամուտների ավելի խորն է, քան ըստ սպառման: Տնային տնտեսությունների 2004-2009թթ. հետազոտությունների շարքը վկայում է, որ միտումը պահպանվել է. 2009թ. եկամուտների անհավասարությունը կազմել է 0.355, մինչդեռ ըստ սպառման անհավասարության Ջինի գործակիցը կազմել է 0.257:

Աղքատության մակարդակը զգալիորեն տատանվում է ըստ մարզերի (Հայաստանը բաժանված է 10 վարչական տարածքների և ք. Երևանի). Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության (SSԿԱՀ) արդյունքները վկայում են, որ տնտեսական աճի ազդեցությունը մարզերում աղքատության կրճատման տեսանկյունից հավասարաչափ չի եղել: Աղքատության մակարդակն առավել բարձր է սահմանամերձ, գյուղատնտեսության համար ոչ նպաստավոր պայմաններ ունեցող, ինչպես նաև քաղաքային բնակչության գերակշռություն ունեցող մարզերում: Չնայած դրան, 2004-2008թթ. հանրապետության բոլոր մարզերում և Երևանում նկատվել է աղքատության և ծայրահեղ աղքատության նվազման միտում, իսկ 2009թ.՝ աճ, սակայն տարբեր արագությամբ:

Խոցելիության տեսանկյունից աղքատության առավել բարձր ռիսկի են առաջ կանգնած այն տնային տնտեսությունները, որոնք գլխավորում են կանայք, որոնք մեծ են և ունեն 2 և ավելի երեխաներ, ինչպես նաև տնային տնտեսությունները, որոնք գլխավորում են գործազուրկները, ծերերը, հաշմանդամները և կրթություն չունեցող կամ ցածր մասնագիտական հմտություններ ունեցող անձիք: Կրթամակարդակը, առողջական վիճակի հետ միասին կարելի է համարել այն կարևոր գործոններից, որոնք պայմանավորում են տնային տնտեսության խոցելիության աստիճանը: Աղքատության կրճատման դինամիկան վկայում է, որ այդ կրճատումն առավել նկատելի է եղել բարձրագույն կամ միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունեցող 16 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում. 1999թ. և 2008թ. միջև աղքատությունը բարձրագույն կրթություն ունեցողների շրջանում կրճատվել է 4 անգամ, իսկ միջնակարգ մասնագիտական կրթություն ունեցողների շրջանում՝ 3 անգամ:

Հիվանդ անդամներ ունեցող տնային տնտեսություններն առավել հաճախ են հայտնվում աղքատների թվում, քան այն տնային տնտեսությունները, որտեղ այդպիսիք չկան: Այս ընկալումն օբյեկտիվորեն արտացոլում է փաստացի ստացվող ծառայությունների հասանելիությունն ու որակը: Առողջապահական ծառայությունները Հայաստանում թանկ արժեն և այդ ծախսերի բեռը հիմնականում կրում է տնային տնտեսությունը:

Քանի որ աղքատության պատճառները հիմնականում կապված են տնտեսական, քաղաքական եւ սոցիալական գործոնների հետ, աղքատության նվազեցմանն ուղղված ազգային քաղաքականությունները կենտրոնացած են տնտեսական զարգացման վրա՝ նպատակաուղղված լինելով բարձրացնելու բնակչության աղքատ խմբերի կրթության, առողջապահության, սոցիալական պաշտպանության մակարդակը, ինչպես նաև բարելավելու իրավիճակն աշխատաշուկայում, որոնց միջոցով հնարավոր կլինի պայքարել սոցիալական անապահովության և անհավասարության դեմ:

Կենսաթոշակային համակարգ

Հայաստանի ներկայիս կենսաթոշակային համակարգը բաշխողական է, գործում է համերաշխության սկզբունքով և ներառում է տարիքային, հաշմանդամության, կերակրողին կորցնելու դեպքում վճարվող, ինչպես նաև արտոնյալ և սոցիալական կենսաթոշակները:

Կենսաթոշակի չափը, որը հաշվարկվում է աշխատանքային ստաժի վրա հիմնված բանաձևով, կախված չէ աշխատավարձի մեծությունից: Աշխատողների համար սահմանված պարտադիր սոցիալական ապահովության վճարը կազմում է աշխատավարձի 3%-ը: Գործատուների համար սահմանված է կենսաթոշակային վճարումների ռեգրեսիվ սանդղակ՝ աշխատավարձի ֆոնդի 21-ից 28%-ի (կամ միջինում՝ 23%-ի) չափով: Գյուղատնտեսությունում զբաղվածները, որոնք կազմում են տնտեսապես ակտիվ բնակչության գրեթե կեսը, օրենքով ազատված են պարտադիր սոցիալական վճարումների կատարելուց:

Կենսաթոշակային համակարգում ընդգրկված է հանրապետության բնակչության ավելի քան 20%-ը: 2009թ. պետական բյուջեից կենսաթոշակային համակարգին ուղղված միջոցները կազմել են բյուջետային ծախսերի ամբողջ ծավալի 5.6%-ը, սոցիալական ոլորտին (ներառյալ՝ կրթությանը, առողջապահությանը, մշակույթին և սոցիալական այլ բնագավառներին) ուղղված ծախսերի 12.9%-ը և սոցիալական ապահովության բոլոր ծախսերի 72.9%-ը: Չնայած 2008թ. տեղի ունեցած կենսաթոշակների կտրուկ բարձրացմանը, այնուամենայնիվ կենսաթոշակի միջին մակարդակը դեռևս մնում է ցածր՝ 2009թ. կազմելով ապահովագրական կենսաթոշակառուների համար մոտ 26 հազար դրամ (52 եվրո), իսկ սոցիալական կենսաթոշակառուների համար 10 հազար դրամ (20 եվրո): Փոխհատուցման գործակիցը, հաշվարկված երկրի մակարդակով որպես միջին կենսաթոշակի և անվանական միջին աշխատավարձի հարաբերություն, 2009թ. ապահովագրական կենսաթոշակառուների համար կազմել է 27.3%, իսկ սոցիալական կենսաթոշակառուների համար՝ 10.5%: Միջին ապահովագրական կենսաթոշակը 2009թ. կազմում էր նվազագույն սպառողական զամբյուղի 2/3-ը:

2008թ. կենսաթոշակառուների թիվը գերազանցում էր կենսաթոշակային համակարգին վճարումներ կատարողների ընդհանուր թիվը, այսինքն՝ համակարգի աջակցության էֆֆեկտիվ գործակիցը (որն արտահայտում է վճարողների և կենսաթոշակառուների թվաքանակների հարաբերությունը) արդեն 1,0-ից պակաս էր: Կենսաթոշակառուների թվի հարատև աճը, համակարգին վճարումներ կատարողների հարաբերականորեն փոքր թիվը, աշխատավարձերի ցածր մակարդակը, հարկերից խուսափումը և այս ամենի զուգորդումը երկրի ժողովրդագրական իրավիճակի վատթարացմամբ՝ պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշի կտրուկ նվազման, կյանքի սպասվելիք տևողության ավելացման, աշխատանքային տարիքի բնակչության արտագաղթի երևույթներով, լուրջ ֆինանսական ճնշում էր առաջացրել գործող բաշխողական

կենսաթոշակային համակարգի վրա: Արդյունքում՝ համակարգի ֆինանսական կայունության և կենսաթոշակների համարժեքության հետագա ապահովման հիմնահարցը դարձավ օրախնդրային և հայտնվեց Հայաստանի քաղաքական օրակարգում:

Ստահագվելով կենսաթոշակային համակարգի ֆիսկալ հիմքերի և ֆինանսական կայունության խաթարման հիմնախնդրով, Հայաստանի կառավարությունը՝ սկսած 2006թ.-ից նախաձեռնեց կենսաթոշակային բարեփոխումներ՝ ուսումնասիրելով այլ երկրների կենսաթոշակային բարեփոխումների ծրագրերը: Քաղաքական քննարկումների և մասնագիտական խորհրդակցությունների արդյունքում 2008թ. նոյեմբերին ՀՀ կառավարությունը վերջապես հաստատեց կենսաթոշակային բարեփոխումների ծրագիրը և ստեղծեց կենսաթոշակային բարեփոխումների իրականացման կառավարման խորհուրդ (ԿԲԻԿԽ), որը պատասխանատու էր ծրագրից բխող օրենսդրության մշակման համար: 2009-ի հոկտեմբերին ԿԲԻԿԻ-ի կողմից մշակված հինգ օրինագծերից բաղկացած օրենսդրական փաթեթը ներկայացվեց ՀՀ Ազգային ժողովի ընդունմանը: 2010-ի դեկտեմբերին՝ ավելի քան մեկ տարի տևած քննարկումների և համապատասխան շտկումների կատարման արդյունքում, օրենսդրական փաթեթն ընդունվեց Ազգային ժողովի և ստորագրվեց Հայաստանի Հանրապետության Նախագահի կողմից: Ընդունված օրենսդրության համաձայն ՀՀ կառավարությունը 2011-2014թթ. ընթացքում պետք է ներդնի բազմաստիճան կենսաթոշակային համակարգ ըստ հետևյալ հաստատված սխեմայի.

- «0» աստիճան, կամ սոցիալական կենսաթոշակ - նախատեսված է այն անձանց համար, որոնք իրենց կյանքի ընթացքում չեն աշխատել, կամ աշխատել են 10 տարուց պակաս, կամ աշխատել են, բայց ոչ ֆորմալ տնտեսությունում:
- «1» աստիճան, կամ աշխատանքային կենսաթոշակ - նախատեսված է 40-ից բարձր տարիքի աշխատողների ապագա կենսաթոշակները վճարելու համար:
- «2» աստիճան, կամ պարտադիր կուտակային կենսաթոշակ - նախատեսված է մինչև 40 (ներառյալ) տարեկան երիտասարդների ապագա կենսաթոշակները վճարելու համար: Պարտադիր կուտակային կենսաթոշակի ֆինանսավորման աղբյուրը՝ անհատական եկամուտն է (աշխատավարձը), որի 5%-ը փոխանցվելու է անձնական կուտակային կենսաթոշակային հաշվին և, միաժամանակ, պետությունը պետական բյուջեից այդ հաշվին համարժեք փոխանցում կատարելով կրկնապատկելու է այդ գումարը (ավելացնելու է ևս 5%):
- «3» աստիճան, կամ կամավոր կուտակային կենսաթոշակ - նախատեսված է բոլոր այն անձանց համար, ովքեր ցանկանում են լրացուցիչ կենսաթոշակներ ստանալու նպատակով մասնակցել մասնավոր ֆինանսական կառույցների (ապահովագրական ընկերությունների, կենսաթոշակային ֆոնդերի և առևտրային բանկերի) կողմից առաջարկվող զանազան կենսաթոշակային կուտակային սխեմաներին:

Զուգահեռաբար, Կառավարությունը պետք է շարունակաբար իրականացնի կենսաթոշակային բարեփոխումների հանրային իրազեկման և հանրային կրթության գործընթացը, որի սկզբունքները, մեթոդներն ու ուղղությունները հաստատված են 2009թ. սեպտեմբերին Կառավարության կողմից ընդունված ծրագրում:

Առողջապահություն և տևական խնամք

Խորհրդային Միության անկումից հետո նախկին Խորհրդային երկրները, այդ թվում՝ Հայաստանը, ժառանգեցին “Սեմաշկո” մոդելը և կենտրոնացված առողջապահության համակարգը: Բոլոր Նոր Անկախ Պետությունները (ՆԱՊ) պետք է որոշեին, թե ինչպես պայքարել

իրենց ժառանգության հետ: Եվ քաղաքական, և՛ տնտեսական զարգացման անցումային բարդ պրոցեսում Հայաստանում 1996թ-ին ընդունվեց առողջապահության համակարգի վերաբերյալ օրենք: Համակարգն ուղղված էր պետության կողմից ֆինանսական աջակցության նվազմանը: 1996թ-ի մարտին “Բուժօգնության և բնակչության համար բուժսպասարկման” մասին օրենքն ընդունվեց Ազգային ժողովում, որով չեղյալ համարվեց համոզմունքը, թե յուրաքանչյուրն ունի անվճար բուժօգնության իրավունք, և որը թույլ տվեց անհատներին սեփական գրպանից վճարումներ կատարել:

Անցումային շրջանում տնտեսական և կենսական պայմանների վատացումն զգալի ազդեցություն թողեց Հայաստանի բնակչության առողջական վիճակի վրա: Հայաստանի բնակչության ընդհանուր առողջական վիճակն անհանգստանալու հիմքեր էր տալիս: Թոքախտը մնում էր տարածված հիվանդություն և մանկական մահացության ցուցանիշը՝ բարձր: Մահվան առավել տարածված պատճառներն էին սրտանոթային հիվանդությունները, քաղցկեղը, ուռուցքները, դժբախտ պատահարները և աղետամոքսային հիվանդությունները: Հայաստանն այն երկրների շարքում է, որոնցում առավել հաճախ է հանդիպում (2006թ.՝ 55 նոր դեպք 100.000-բնակչի հաշվով) դեղակայուն-թոքախտը (MDR-TB): Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները Հայաստանում հանդիսանում են մահացության հիմնական պատճառ. դրանց բաժին է ընկնում տղամարդկանց և կանանց մահվան 47% և 53%-ը, համապատասխանաբար: Ինչ վերաբերում է Հայաստանում ՄԻԱԿ-ի հարուցիչի փոխանցմանը, ապա վարակի տարածման պահից մահվան 205 դեպք է գրանցվել ՁԻԱՀ/ՄԻԱԿ ախտանիշով (այդ թվում 35 կին և 4 երեխա):

Չնայած վերջին տարիներին մոր և մանկան առողջության վիճակը Հայաստանում բարելավվել է, այնուամենայնիվ ազգային վիճակագրական տվյալները, Միջազգային առողջապահական կազմակերպության գնահատականները և տարբեր հետազոտությունների արդյունքները միմյանցից տարբերվում են:

Թեև առողջապահության պետական կարգավորումը հիմնականում իրականացնում է համապատասխան նախարարությունը, աստիճանաբար ավելի են կարևորվում նաև տեղական/մունիցիպալ (ռեգիոնալ) կառավարման օղակները: 1990-ականների կեսերից մինչև 1998թ. տեղի ունեցավ պետական առողջապահական ծառայությունների տրամադրման ֆինանսական պատասխանատվության տեղափոխում կենտրոնական կառավարությունից տեղական կառավարություն: Ռեգիոնալ/տեղական իշխանությունները ձեռք բերեցին որոշակի աստիճանի անկախություն կենտրոնական իշխանությունից (օրինակ՝ ռեգիոնալ/տեղական բժշկասանիտարական օգնություն մատուցողների հետ պայմանագրեր կնքելու, որակի վերահսկման և ռեգիոնալ ու տեղական բյուջեի փոփոխման հարցերում): 1996թ-ից առաջնային և երկրորդային բուժօգնության տրամադրման պատասխանատվությունը փոխանցվեց ռեգիոնալ և տեղական իշխանության մարմիններին: Առողջապահության նախարարությունը մնում էր բարձրակարգ պատասխանատվության մարմին, մինչդեռ հիվանդանոցների և պոլիկլինիկաների մեծամասնությունը գտնվում էին տարածքային կառավարության հսկողության տակ: 1998թ-ին մի շարք գյուղական ամբուլատորիաներ դարձան գյուղական համայնքների պարտականությունների առարկան:

Հայաստանի առողջապահությունը դեռևս մեծապես ֆինանսավորվում է համապետական հարկային մուտքերից: Հայաստանի կառավարությունը փորձում է բավարարել բժշկական ծառայությունների պահանջարկն ու ավելացնել առողջապահության բյուջեն. 2000թ. այն կազմել է ՀՆԱ 1%-ը, 2009թ. դեկտեմբերին՝ 1.3%, իսկ 2012թ. համար նախատեսվում է էական աճ մինչև ՀՆԱ 2.2%-ը: Սակայն, այլ պետական ծախսերի համեմատ, առողջապահության ծախսերի մակարդակը մնում էր ցածր:

Հայաստանում տակավին լավ զարգացած չէ ահովագրական բիզնեսը, ուստի բժշկական ապահովագրության մասնավոր ծառայությունների տրամադրման շուկան տեղապտույտի մեջ է:

Կամավոր մասնավոր ապահովագրությունը, սահմանափակ դեր և լրացուցիչ բնույթ ունենալով, որոշակի տարածում ունի:

Հայաստանում դեղամիջոցների շուկայում պաշտոնապես գրանցված է 5000 աշխատատեղ: Դեղագործական շուկայի ամենամեծ հիմնախնդիրներից մեկը դեղամիջոցների ապօրինի ներկրումն է արտասահմանից:

Ցավոք, առողջապահության ոլորտում միջազգային օգնության մասին տեղեկատվությունը մյուս ոլորտների համեմատած ավելի սակավ է: Հարկ է նշել, որ բուժօգնություններին և մասնավոր տնային տնտեսություններին տրամադրվող միջազգային օգնությունը հսկայական նշանակություն ունի ոչ միայն այն պատճառով, որ դա ֆինանսական ներդրում է, այլ նաև իր հարուցած կառուցվածքային հետևանքների համար: Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը դոնորների տրամադրած միջոցների հաշվին ավելի ու ավելի լայն տարածում է գտնում: Ըստ Առողջապահության Համաշխարհային Վիճակագրության՝ արտաքին ռեսուրսները դառնում են ցածր եկամտով երկրների առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական աղբյուր. այդպիսի երկրներում առողջապահության ընդհանուր ծախսերի 2/3-ը ֆինանսավորվում է արտաքին աղբյուրներից: Ուստի, այդ օգնության կանխատեսելիությունը դառնում է կարևոր հիմնախնդիր:

Առողջությանն առնչվող կարևոր խնդիրներից մեկն էլ բնապահպանության հիմնախնդիրների ծանր բեռն է: Հայաստանում չկան բավարար տեխնիկական միջոցներ չօգտագործված դեղամիջոցների վերամշակման համար, ուստի որոշում է ընդունվել մի այդպիսի ընկերություն ստեղծելու մասին:

Առողջապահության համակարգի արդյունքն ու որակը կախված են առողջապահության ոլորտում աշխատող մարդկային ռեսուրսներից և անձնակազմի հմտություններից: Առաջին հայացքից կարծես թե Հայաստանում քույրական և մանկաբարձական անձնակազմի հետ կապված խնդիրներ չկան, սակայն, համեմատած անցումային տնտեսությամբ այլ երկրների հետ, Հայաստանը հետ է մնում միջին Եվրոպական և մի շարք նախկին կոմունիստական երկրներից: Այդուհանդերձ, մեկ շնչին բաժին ընկնող բժիշկների թվով Հայաստանը, ԱՊՀ երկրների հետ համեմատ, զբաղեցնում է միջինից բարձր տեղ: Ավելին, Հայաստանի այդ ցուցիչը 15%-ով ավելի է, քան ԱՀԿ Եվրոպական ռեգիոնի միջինը: Դրա հետ մեկտեղ պետք է ընդգծել, որ բուժաշխատողների ճնշող մեծամասնությունը կենտրոնացված է մայրաքաղաք Երևանում:

Առողջապահական ծառայությունների մատուցումը նախագծված է այնպես, որ այն հասանելի լինի Հայաստանի բոլոր քաղաքացիների համար, առանց ֆինանսական, աշխարհագրական կամ հասանելիության այլ խոչընդոտի: Այնուամենայնիվ ակնհայտ է, որ Երևանում և մնացած մարզերում բուժօգնության հասանելիության տարբերությունը շարունակում է մնալ համակարգի հիմնախնդիրներից մեկը: Երևանում ապրող հիվանդներին առողջապահական ծառայությունները շատ ավելի հասանելի են, քանի որ բժիշկների 68%-ն աշխատում է Երևանում: Առողջապահական ծառայությունների պահանջարկվածությունը ցածր է հատկապես աղքատների և գյուղական բնակավայրերում ապրողների շրջանում: Այդ պատճառով է, որ ազգային քաղաքականության գերակա ուղղություն է համարվում բուժօգնության հասանելիության և որակի բարելավումը՝ շեշտը դնելով երկրի տարբեր տարածաշրջաններում բնակչության տարբեր եկամտային խմբերի համար հիմնական առողջապահական ծառայությունների անհավասար հասանելիության վերացման վրա: