

ԱՂՔԱՏՈՒԹՅԱՆ

ՈՉ ՆՅՈՒԹԱԿԱՆ ՀԱՐԹՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հիմնաբառեր. ոչ նյութական աղքատություն, կրթություն, առողջապահություն, սպառման քվանտիլային խումբ

Աղքատության ոչ նյութական դիտարկման հիմքում առողջապահական, կրթական և այլ բնույթի ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունների գնահատումն է: Հոդվածում ներկայացված են նմանօրինակ վերլուծության արդյունքները, որոնց համար տեղեկատվական աղբյուր են հանդիսացել Հայաստանում ամեն տարի անցկացվող՝ տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության ամփոփ արդյունքները: Վերլուծությունից պարզ է դառնում բնակչության խոցելի խմբերի համար կրթական ու առողջապահական ծառայությունների հասանելիության ցածր մակարդակը: Ընդ որում, դիտարկվող ծառայությունները սահմանափակ չափով են հասանելի բնակչության ոչ միայն ստորին, այլև միջին եկամտային խմբերի համար:

Աղքատության ոչ նյութական դիտարկումը Ապայմանավորված է առողջապահական, կրթական և այլ բնույթի ծառայությունների հասանելիության գնահատմամբ: Ակնհայտ է, որ նմանօրինակ գնահատումն էապես պարզեցնում ու առարկայական է դարձնում «աղքատություն» հասկացության առավել «մուգ» կողմերն ու աղքատ անձանց կենսակերպի «յուրահատկությունները»:

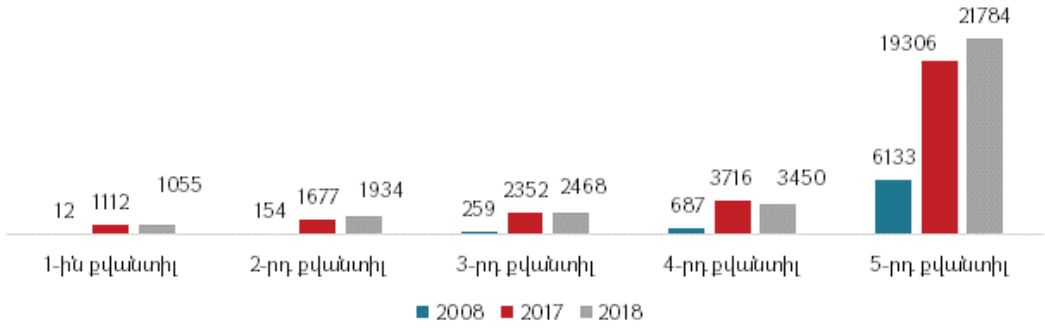
Այսպիսով, ըստ 2018 թ. տվյալների, Հայաստանում միջին վիճակագրական տնային տնտեսությունը, առողջապահական ծառայությունների վրա՝ մեկ չափահաս անդամի հաշվով, ամսական ծախսել է 6137 դրամ, ինչն ընդհանուր ծախսերի 8.9%-ն է: Նշված ցուցանիշը 2008-ից ի



Արմեն ՔՈՒՅԱՆ

Տնտեսագիտության
թեկնածու

2000 թ. ավարտել է ԵՐՊՏԻ-ն (այժմ՝ ՀՊՏՀ)՝ ստանալով տնտեսագետ մաթեմատիկոսի որակավորում, 2003 թ.՝ տնտեսագիտության թեկնածուի գիտական աստիճան: 2007-2016 թթ. դասավանդել է ՀՊՏՀ Գյումրու մասնաճյուղում: 2016-2017 թթ. ՀՊՏՀ «Ամբերդ» հետազոտական կենտրոնում եղել է ծրագրի ղեկավար: 2017 թ. մինչ օրս զբաղեցնում է ՀՊՏՀ վիճակագրության ամբիոնի վարիչի պաշտոնը: Հեղինակ է ավելի քան 30 գիտական և հետազոտական աշխատանքների:



ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 1



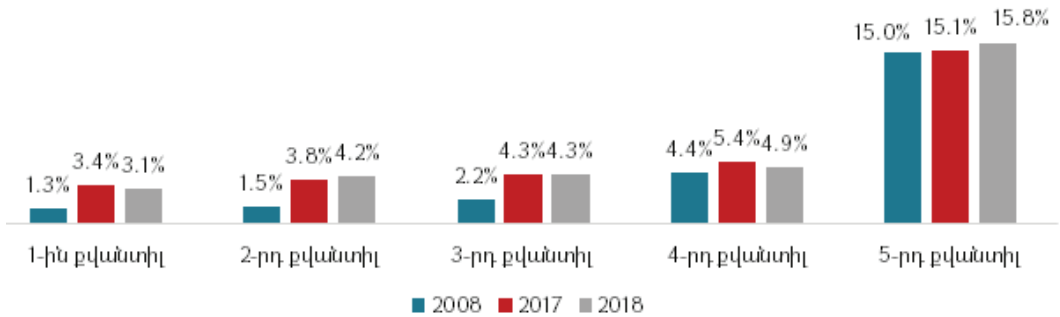
Առողջապահության ծառայությունների վրա կատարվող միջին ամսական ծախսը՝ մեկ չափահաս անձի հաշվով, ըստ քվանտիլների (դրամ)

վեր կայուն կերպով աճում է¹:

Դրանով հանդերձ, առողջապահության ծախսերն ըստ սպառման քվանտիլային խմբերի² խիստ անհավասարաչափ են բաշխված (գծապատկեր 1): Այսպես, 1-4-րդ քվանտիլային խմբերի և 5-րդ խմբի՝ առողջապահության վրա կատարվող ծախսերի միջև առկա է հսկայական տարբերություն: Առաջին խումբը ծախսել է միջինում 1000 դրամից փոքր-ինչ ավելի, 2-րդը՝ մոտ 2 հազար, 3-րդը՝ 2.5 հազար, իսկ 4-րդը՝ մոտ 3.5 հազար դրամ: Մինչդեռ 5-րդ խմբի ծախսը կազմել է 21.8 հազար դրամ: Ավելին, 2008-2018 թթ. առողջապահության ծախսերի ամենամեծ բացարձակ

աճ գրանցվել է հենց ամենաշատ սպառում ունեցող՝ 5-րդ խմբի պարագայում: Ուշագրավ է նաև այն, որ մինչև 4-րդ խումբը՝ յուրաքանչյուր հաջորդ խմբի առողջապահական ծախսը նախորդի համեմատ ավելին է ամենաշատը 1000 դրամով, իսկ 5-րդ խմբի ցուցանիշը 4-րդ խմբի մակարդակը գերազանցում է ավելի քան 18 հազար դրամով կամ 6.3 անգամ:

Այս տեսանկյունից, լիովին տրամաբանական է, որ 1-4-րդ քվանտիլային խմբերում ներառված տնային տնտեսությունները (այլ կերպ ասած, << տնային տնտեսությունների 80%-ը) իրենց ընդհանուր ծախսերից առողջապահական նպատակներով



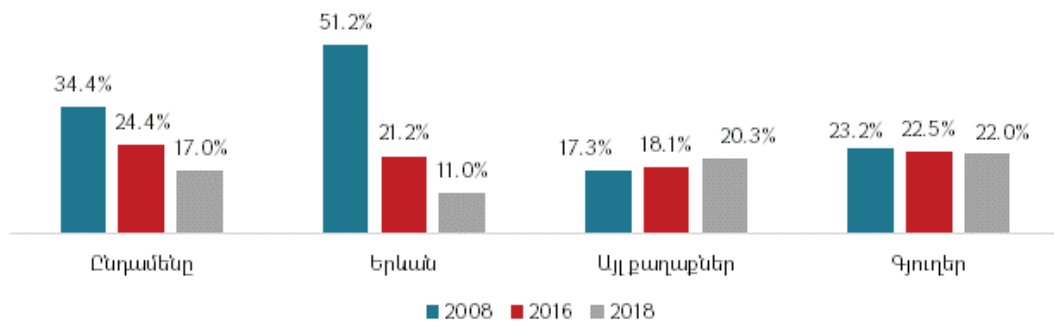
ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 2



Առողջապահության ծառայությունների վրա կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը բնակչության ընդհանուր սպառման ագրեգատի նկատմամբ՝ ըստ քվանտիլային խմբերի

¹ Հայաստանի վիճակագրական կոմիտեի «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը» տարեկան զեկրոյցներ:

² Ըստ տնային տնտեսությունների սպառման մակարդակի ձևավորված քվանտիլային խմբերը 5-ն են. առաջինը ներառում է << տնային տնտեսությունների այն 20%-ը, որն արձանագրել է նվազագույն սպառում, իսկ 5-րդ քվանտիլային խումբը՝ տնային տնտեսությունների այն 20%-ը, որն արձանագրել է սպառման առավելագույն մակարդակ:



ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 3

Ֆինանսապես ի վիճակի չլինելու պատճառով ԱԱՊ ծառայություններին չդիմող բնակչության մասնաբաժինը՝ ըստ բնակության վայրի

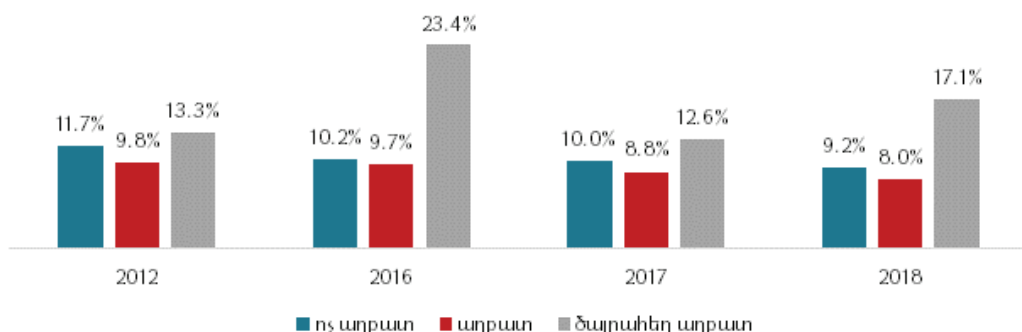
հատկացնում են առավելագույնը 5 տոկոս, մինչդեռ առավել ապահովված տնային տնտեսությունների խումբը (վերին 20%-ը) կարողանում է կատարել ընդհանուր սպառման մոտ 16%-ը կազմող առողջապահական ծախսեր (գծապատկեր 2):

Առողջապահական ծառայությունների վրա կատարվող ծախսերն էականորեն տարբերվում են նաև ըստ բնակավայրի: Երևանաբնակ առավել ապահովված տնային տնտեսությունն առողջապահության վրա միջին ամսական ծախսում է 28.5 հազար դրամ, ինչը 10 հազար դրամով ավելի է, քան հանրապետության այլ քաղաքներում նույն քվանտիլային խմբին պատկանող տնային տնտեսության ծախսը: Առողջապահության վրա ամենաքիչը ծախսում են գյուղաբնակ տնային տնտեսությունները:

Հայաստանի բնակչության 17%-ը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ)

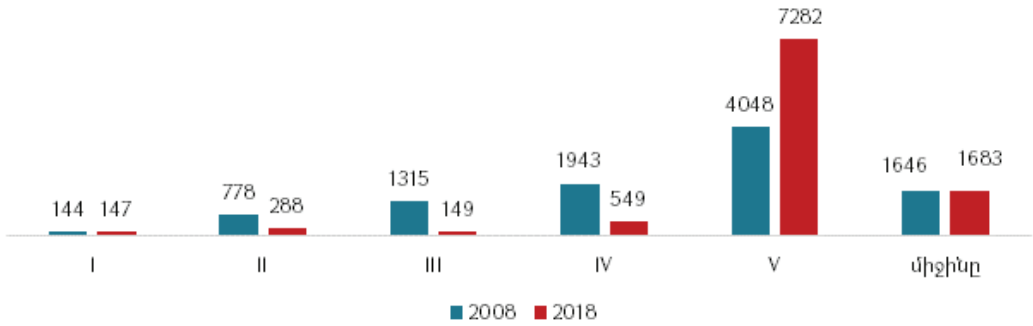
ծառայություններից չի օգտվել ֆինանսապես ի վիճակի չլինելու պատճառով: Այս ցուցանիշը 2008 թվականից ի վեր էապես կրճատվել է (2 անգամ)՝ հիմնականում պայմանավորված լինելով Երևանում ֆինանսական շարժառիթներով ԱԱՊ ծառայությունների չդիմած բնակչության տեսակարար կշռի նվազմամբ: Իսկ հանրապետության այլ քաղաքներում, նաև գյուղերում շարունակում են մեծ թիվ կազմել (20%-ից բարձր) այն անձինք, որոնք դրամական միջոցների անբավարարության պատճառով չեն կարողանում օգտվել ԱԱՊ ծառայություններից (գծապատկեր 3):

Համաձայն 2018 թ. տվյալների՝ հարցված ծայրահեղ աղքատների 17.1%-ն իրեն համարել է վատառողջ: Առողջության այս նույն գնահատականն աղքատների պարագայում տրվել է 8.0%-ի, իսկ ոչ աղքատների դեպքում՝ 9.2%-ի կողմից: Ուշագրավ է նաև, որ 2012-ին արված հարցման ար-



ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 4

Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականը (վատառողջների տոկոսը հարցվածների նկատմամբ)



ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 5

Կրթության ամսական ծախսերը՝ ըստ քվանտիլային խմբերի մեկ չափահաս անձի հաշվով (դրամ)

դյունքների համեմատ, վատառողջ ծայրահեղ աղքատների տեսակարար կշիռն աճել է, իսկ ոչ աղքատներինն ու աղքատներինը՝ նվազել (գծապատկեր 4):

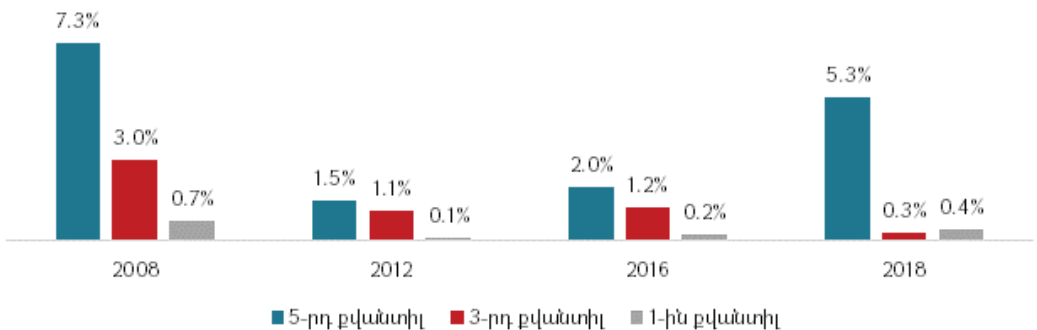
Կրթության ոլորտում նույնպես տնային տնտեսությունների ծախսերն ըստ քվանտիլային խմբերի էականորեն տարբերվում են: Ընդ որում, 2018 թ. ՀՀ տնային տնտեսությունները կրթության վրա ամսական միջինում ծախսել են 1683 դրամ, ինչն էապես չի տարբերվում 2008 թ. մակարդակից: Մյուս կողմից՝ II-IV խմբերի կրթական ծախսերը նույն ժամանակահատվածում էապես նվազել են, մինչդեռ 5-րդ խմբինը՝ զգալիորեն ավելացել (գծապատկեր 5):

Կրթական ծառայությունների համար կատարվող ծախսերը զգալիորեն տարբերվում են ոչ միայն ըստ սպառման քվանտիլային խմբերի, այլև ըստ բնակավայրերի: Օրինակ՝ Երևանում 5-րդ խմբին պատկանող տնային տնտեսությունը կրթության վրա միջինում ծախսում է 11.4 հազար դրամ, այն դեպքում, երբ այլ քաղաքներում՝ 5.8 հազար դրամ, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 4.3 հազար դրամ:

Տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում կրթական ծառայությունների ծախսերը 1-4-րդ քվանտիլներում չափազանց ցածր են և չեն գերազանցում 1.0%-ի շեմը, իսկ 5-րդ քվանտիլում ցուցանիշն էականորեն բարձր է՝ 5.3%: Բացի այդ, վերջին տարիներին այս հարաբերակցությունը աճի միտում է ցուցաբերում միայն 5-րդ քվանտիլի պարագայում (գծապատկեր 6):

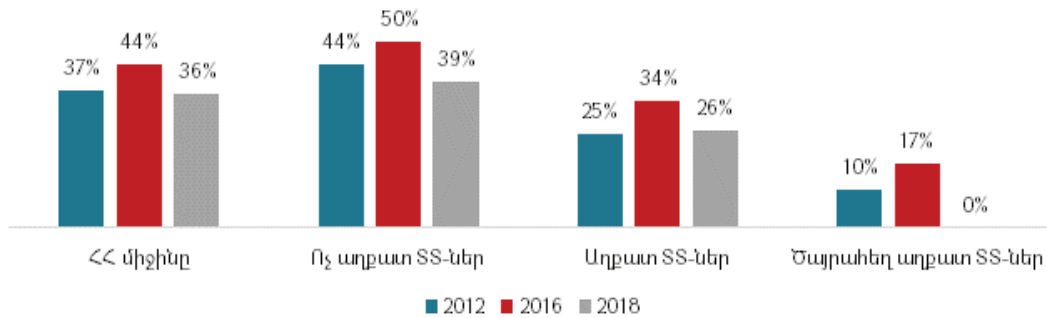
Նկարագրվածն ամփոփելով՝ կարող ենք արձանագրել, որ պայմանականորեն բարեկեցիկ տնային տնտեսությունները կրթության ոլորտում ծառայությունների ձեռքբերման համար որակապես ավելի շատ ծախսեր են կատարում, քան համեմատաբար թույլ ֆինանսական հնարավորության վրա միջինում ծախսում է 11.4 հազար դրամ, այն դեպքում, երբ այլ քաղաքներում՝ 5.8 հազար դրամ, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 4.3 հազար դրամ:

Նկարագրվածն ամփոփելով՝ կարող ենք արձանագրել, որ պայմանականորեն բարեկեցիկ տնային տնտեսությունները կրթության ոլորտում ծառայությունների ձեռքբերման համար որակապես ավելի շատ ծախսեր են կատարում, քան համեմատաբար թույլ ֆինանսական հնարավորության վրա միջինում ծախսում է 11.4 հազար դրամ, այն դեպքում, երբ այլ քաղաքներում՝ 5.8 հազար դրամ, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 4.3 հազար դրամ:



ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 6

Կրթական ծախսերը տնային տնտեսությունների սպառողական ծախսերի կառուցվածքում՝ ըստ քվանտիլների (%)



ԳԾԱՊԱՏԱԿԵՐ 7



Բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում համախառն ընդգրկվածությունը

րություն ունեցողները, ինչը չի կարող իր արտացոլումը չգտնել կրթական համապատասխան մակարդակներում:

Մասնավորապես՝ նախադպրոցական հաստատություններում (ՆԴՀ) ամենաբարձր ընդգրկվածությունը 5-րդ քվանտիլային խմբի պարագայում է (43%), մինչդեռ ստորին խմբում՝ միայն 26%: Ավելին, ծայրահեղ աղքատ ընտանիքների դեպքում ՆԴՀ-ներում ընդգրկվածությունը զրոյական է, այն դեպքում, երբ ոչ աղքատ ընտանիքներում յուրաքանչյուր երրորդ երեխան հաճախում է ՆԴՀ: Նույն կերպ, ավագ դպրոցում ընդգրկվածությունն աղքատ տնային տնտեսությունների դեպքում հանրապետական միջինից ցածր է (67%), ոչ աղքատ տնտեսությունների դեպքում՝ բարձր (74%):

Նույն միտումը նկատելի է նաև բուհական համակարգում. աղքատ տնային տնտեսություններ ներկայացնող երիտասարդների ընդգրկվածությունը բարձրագույն կրթական հաստատություններում 26% է, ինչը շատ ավելի ցածր է, քան ոչ աղքատ տնային տնտեսությունների դեպքում՝ 39%: Ավելին, ծայրահեղ աղքատ տնային տնտեսությունները բուհերում գրեթե չունեն ուսանողներ (ընդգրկվածությունը 0% է, գծապատկեր 7):

Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանում ոչ նյութական աղքատությունը բավական մտահոգիչ երանգներ ունի: Տնային տնտեսությունների գերակշիռ մասը՝ 80%-ը, առողջապահական ծառայությունների հատկացում է իր եկամտի աննշան մա-

սը: Երևանաբնակ առավել ապահովված տնային տնտեսությունն առողջապահական ծառայությունների համար ամսական միջինում ծախսում է 28.5 հազար դրամ, ինչը 10 հազար դրամով ավելի է, քան հանրապետության այլ քաղաքներում նույն քվանտիլային խմբին պատկանող տնային տնտեսության ծախսը: Ամենաքիչն այս նպատակով ծախսում են գյուղաբնակ տնային տնտեսությունները: Երևանից դուրս բնակվող տնային տնտեսությունների 20 տոկոսից ավելին առողջապահության առաջնային ծառայություններից չի օգտվում ֆինանսական միջոցների անբավարարության պատճառով: Առողջության սուբյեկտիվ գնահատականը ծայրահեղ աղքատների պարագայում 2 անգամ ավելի վատ է, քան մյուս՝ ոչ աղքատ կամ նույնիսկ աղքատ բնակչության դեպքում:

2008-ից ի վեր տնային տնտեսությունների միջին ծախսը կրթության ոլորտում էապես չի փոխվել, սակայն նույն ժամանակահատվածում 5-րդ քվանտիլային խմբի կրթական ծառայությունների ծախսերը շոշափելիորեն աճել են՝ մյուս խմբերի ծախսերի էական կրճատման համապատկերում: Կրթական ծառայությունների ծախսերը սպառողական ծախսերի կառուցվածքում 5-րդ քվանտիլի դեպքում գերազանցում են 5%-ի շեմը, այն դեպքում, երբ մյուս խմբերում չեն հասնում նույնիսկ 1%-ի: Որպես հետևանք՝ խոցելի խմբերը ներկայացնող երեխաների ու երիտասարդների ընդգրկվածությունը կրթական համակարգի տարբեր մակարդակներում

շատ ավելի ցածր է, քան համեմատաբար ապահովված տնային տնտեսությունների պարագայում:

Հետաքրքրական է, որ կրթության և առողջապահության ծառայությունների ձեռքբերման ծախսերի՝ տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքում ցածր մասնաբաժինը միջազգային փորձում արտառոց երևույթ չէ: Ավելին, նմանօրինակ պատկերը բնութագրական է ոչ միայն թույլ զարգացած տնտեսությունների, այլև զարգացած երկրների համար: Այսպես՝ Եվրամիության երկրներում առողջապահական ծառայությունների ձեռքբերման ծախսերը տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքում միջինում կազմել են 2.1% (2018 թ.), իսկ կրթական ծառայությունների վրա արված ծախսերը՝ 0.7% (2018 թ.)³: Ավելին, 2008 թ. ի վեր ԵՄ երկրներում դիտարկվող ցուցանիշներն էական փոփոխություններ չեն գրանցել:

Մյուս կողմից, ըստ երկրների դիտարկվող ցուցանիշների պարագայում, նկատելի են որոշ տարբերություններ: Այսպես, Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրներում առողջապահության ծախսերի մասնաբաժինն ավելի մեծ է, քան Արևմտյան Եվրոպայի պետություններում: Եվ ընդհանրապես, նույն՝ ԵՄ անդամ տնտեսապես ավելի զարգացած երկրներում տնային տնտեսությունները առողջապահությանն ուղղում են ընդհանուր ծախսերի ավելի փոքր մասնաբաժին, քան ԵՄ անդամ այն երկրները, որտեղ տնտեսական վերափոխումները մեկնարկել են նախորդ դարի 90-ականներին: Օրինակ՝ Բուլղարիայում առողջապահության ծախսերի մասնաբաժինը տնային տնտեսությունների ծախսերի կառուցվածքում շուրջ 4.0% է, Ռումինիայում՝ 3.6%, Լեհաստանում՝ 3.3%: Միաժամանակ, դիտարկվող ցուցանիշը Դանիայում, Շվեդիայում, Նիդեռլանդներում, Մեծ Բրիտանիայում 1.3-1.4% է, Ֆրանսիայում՝ 2.1%, Իսպանիայում՝ 2.5%:

Կրթական ծառայությունների դեպքում

նույն օրինաչափությունը, կարծես թե, բացակայում է: ԵՄ երկրների շարքում տնային տնտեսությունները կրթության համար ամենաշատը ծախսում են Կիպրոսում (ընդհանուր ծախսերի 2.2%-ը), որոշ երկրներում այս ցուցանիշը 1.0-1.5%-ի միջակայքում է (օրինակ՝ Հունաստանում, Պորտուգալիայում, Ռումինիայում, Մեծ Բրիտանիայում), իսկ ԵՄ մյուս բոլոր երկրներում նշված ցուցանիշը փոքր է 1.0%-ից: Ավելին, զարգացած կամ օրինակելի համարում ունեցող կրթական համակարգով որոշ երկրներում (Շվեդիա, Ֆինլանդիա, Նիդեռլանդներ, Ֆրանսիա և այլն) տնային տնտեսությունները կրթական ծառայությունների ձեռքբերմանն են ուղղում իրենց ընդհանուր ծախսերի 0.2-0.3 տոկոսը:

Այնուհանդերձ, այլ երկրների հետ պարզ համեմատությունն ու առավել ևս՝ այդ համեմատության մեջ ոչ այնքան խոցելի դիրքը դեռևս ոչինչ չեն նշանակում: Ցուցանիշների պարզ համեմատությունը չի արտացոլում կրթական և առողջապահական ինստիտուցիոնալ համակարգերի զարգացման մակարդակների միջև առկա տարբերությունները, նշված ծառայությունների՝ այլընտրանքային եղանակներով ֆինանսավորման հնարավորությունները, հասարակության ընկալումներում կրթությանը վերապահված դերակատարումները, առողջության պահպանման արդյունավետ համակարգերի գործարկման հնարավորությունները և այլն: Ի վերջո, պետք է նկատի ունենալ, որ հանրության յուրաքանչյուր անդամ առողջ և կրթված լինելու իրավունք ունի, ինչը առաջադեմ հասարակության կառուցման առանցքային նախապայման է:

Բացի այդ, աղքատության «պարույրից» դուրս գալու համար նույնպես անհատը պետք է լինի առողջ ու կրթված, մինչդեռ այս ծառայությունները, առաջին հերթին հենց աղքատների համար են սահմանափակ հասանելի: Արդ՝ ձևավորված է աղքատության փակ շրջան, որից անհատին դուրս բերելը ներկա իրողությունների պայ-

³ ԵՄ ցուցանիշների աղբյուրը՝ Եվրոստատ (Statistics Explained, <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>, 28/11/2019)

մաններում, առանց պետության ակտիվ մասնակցության, գործնականում անհնար է: Երկարաժամկետ հատվածում Հայաս-

տանի զարգացման տեսլականում սոցիալական պետության գաղափարաբանության կենսագործումն այլընտրանք չունի:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատություն, 2019: Մաս 3, Հայաստան. ոչ նյութական աղքատությունը, ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, 2019 թ. նոյեմբեր:
2. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատություն, 2008: Մաս 3, Հայաստան. ոչ նյութական աղքատությունը, ՀՀ վիճակագրական կոմիտե, 2008 թ. հոկտեմբեր:
3. Եվրոստատ (Statistics Explained, <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>, 28/11/2019)
4. Alkire S. and A. Sumner, Multidimensional Poverty and the Post-2015 MDGs, OPHI Policy Briefing, Oxford Poverty and Human Development Initiative, Oxford, 2013.
5. Garroay C. and de Laiglesia J., On the Relevance of Relative Poverty for Developing Countries, OECD Development Centre, Working Paper No. 314, OECD, Paris, 2012.

Армен КТОЯН

Кандидат экономических наук, АГЭУ

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

НЕМАТЕРИАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ БЕДНОСТИ

Основой анализа нематериального аспекта бедности является оценка доступности здравоохранения, образования и других услуг. В статье представлены результаты анализа нематериальной бедности в РА. Источником информации послужили результаты ежегодного интегрированного обследования уровня жизни домохозяйств в Армении. Результаты анализа указывают на низкую доступность образовательных и медицинских услуг для уязвимых групп населения. В то же время, анализируемые услуги ограниченно доступны не только для групп с низким, но и для групп со средним уровнем дохода.

Ключевые слова: *нематериальная бедность, образование, здравоохранение, квантильные группы потребления*

Armen KTOYAN

Associate Professor, ASUE

SOCIAL POLITICS

THE NON-MATERIAL DIMENSION OF POVERTY

The basis of the analysis of the non-material dimension of poverty is the assessment of access to health care, education and other services. The paper presents the results of intangible poverty analysis in the Republic of Armenia. The source of information was the results of the annual integrated survey of the living standards of households in Armenia. The results of the analysis indicate the low availability of educational and medical services for vulnerable groups. At the same time, the analyzed services are limitedly available not only for low-income groups, but also for middle-income groups of population.

Key words: *intangible poverty, education, healthcare, quantile consumption groups*