

Հայաստանի Հանրապետության
առողջապահության նախարարություն

Հայաստանի Հանրապետության հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման գեկույց

Երևան 2018



Զեկույցի հեղինակ՝ Հրայր Ասլանյան

ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի

Հանրային առողջության բաժնի պետ

ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի հրապարակումների համար կարող եք դիմել հետևյալ հասցեով՝

Հրապարակումներ

ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ

ՄԱԿ գրասենյակ, Մարմորվեյ 51

ԴԿ-2100 Կոպենհագեն, Դանիա

Կարող եք նաև լրացնել առցանց հայտի ձև՝ փաստաթղթեր, առողջապահական բնույթի տեղեկություններ ստանալու կամ ԱՀԿ ԵՏԳ հեղինակային նյութերից մեջբերումներ կատարելու կամ դրանք թարգմանելու համար ԵՏԳ կայք-էջում ([http:// www.euro.who.int/pubrequest](http://www.euro.who.int/pubrequest)).

Դիզայն և ձևաչափ՝ 4PLUS4.dk Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

© Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2018

Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակը ողջունում է իր հրապարակումները ամբողջությամբ կամ մասամբ վերարտադրելու կամ թարգմանելու վերաբերյալ հայտերը:

Սույն հրապարակման մեջ որոշակի նշագրությունների գործածումը և նյութերի ներկայացումը բոլորովին չի նշանակում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից որևէ կարծիքի արտահայտում այս կամ այն երկրի, տարածքի, քաղաքի կամ շրջանի կամ վերջիններիս իշխանությունների իրավական կարգավիճակի կամ էլ սահմանների վերաբերյալ: Քարտեզների վրա ներկայացված կետագծերը ներկայացնում են մոտավոր սահմաններ, որոնց վերաբերյալ լիակատար համաձայնություն դեռևս ձեռք չի բերվել:

Կոնկրետ ընկերությունների կամ որոշ արտադրողների ապրանքների հիշատակումը չի նշանակում, որ դրանք հավանության են արժանացել կամ առաջարկվում են ԱՀԿ կողմից, ստանալով նախապատվություն փաստաթղթում չնշված նմանատիպ այլ ապրանքների նկատմամբ:

Բացառությամբ այն դեպքերի, երբ տեղ են գտել սխալներ և բացթողումներ, արտոնագրված ապրանքների անվանումները առանձնացված են դրանց մեծատառ սկզբնատառերով: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ձեռնարկել է բոլոր ողջամիտ նախագուշակական միջոցները սույն հրապարակման մեջ պարունակվող ինֆորմացիան ստուգելու համար: Այնուամենայնիվ, հրապարակված նյութերը բաշխվում են առանց դրանց ճշգրտության որևէ ակնհայտ կամ ենթադրյալ երաշխիքի: Նյութերի մեկնաբանման և օգտագործման պատասխանատվությունը կրում է ընթերցողը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ոչ մի դեպքում որևէ պատասխանատվություն չի կրում այդ նյութերի օգտագործման հետևանքով առաջացած վնասների համար: Հեղինակների, խմբագիրների կամ փորձագետների խմբերի արտահայտած կարծիքները պարտադիր չէ որ արտահայտեն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության որոշումները կամ հայտարարած քաղաքականությունը:

ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

Հայաստանում առողջապահական բարեփոխումների ներկայիս փուլն առաջնորդվում է ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի ծրագրային փաստաթղթի՝ «Առողջություն 2020. Եվրոպական քաղաքականության հիմունքների և ռազմավարության» և դրա գլխավոր հենասյան՝ «Հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների ամրապնդման Եվրոպական գործողությունների պլանի» հիմքում ընկած սկզբունքներով, արժեքներով և հայեցակարգերով. վերջինս ներկայացնում է տարածաշրջանի բոլոր երկրների կողմից հավանության արժանացած «հանրային առողջապահության 10 հիմնական գործառույթները» որպես հիմունքներ՝ հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների գնահատման և ավելի լայն քաղաքականության մշակման համար (Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունների գնահատումն իրականացվել է ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի կողմից տրամադրված ինքնագնահատման գործիքի օգնությամբ):

Սույն տեխնիկական զեկույցն արտացոլում է Հայաստանի հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթների ինքնագնահատման ամփոփ արդյունքները, ուրվագծում է դրանց հիմնական ուժեղ և թույլ կողմերը, ինչպես նաև ներկայացնում է այն բնագավառները, որտեղ հնարավոր է հետագա առաջընթաց ապահովել: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդություններին, որոնք կազմում են երկրի հիվանդությունների բեռի գերակշիռ մասը և որոնց համաճարակի սանձահարման գործում հանրային առողջապահության ծառայություններն ունեն վճռորոշ դերակատարություն:

Զեկույցի վերջում տրվում են առաջարկություններ՝ մշակել գործուն ռազմավարություններ և ձեռնարկել քայլեր, ուղղված մեր երկրում հանրային առողջապահության ծառայությունների ամրապնդմանը, միաժամանակ պահպանելով Հայաստանի բնակչության ընդհանուր սանիտարահամաճարակային անվտանգության բարձր մակարդակը:

Ամփոփելով առաջարկությունների լայն ցանկը, որպես հետագա աշխատանքի առավել կարևոր առաջնահերթություններ են առաջարկվում հետևյալ չորս

ուղղությունները՝

- “Հանրային առողջապահության մասին” ՀՀ օրենքի նախագծի լրամշակում և ընդունում, նպատակ ունենալով հստակեցնել հանրային առողջապահության կառույցների լիազորությունները, կրճատել հատվածականությունը և, այդպիսով, բարձրացնել ծառայությունների տրամադրման արդյունավետությունը:
- Հանրային առողջապահության ծառայությունների պատշաճ ֆինանսավորման ապահովում, մասնավորապես ինտեգրելով առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման ծառայությունները առողջության առաջնային պահպանման օղակի գործունեության հետ:
- Հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների ամրապնդում, համապատասխանեցնելով դրանց տեղաբաշխումը հիվանդությունների բեռով թելադրվող կարիքների հետ:
- Հանրային առողջապահության բնագավառում գիտահետազոտական աշխատանքների խթանում, նպաստելով գիտականորեն հիմնավորված քաղաքականության մշակմանն ու իրականացմանը:

Բանալի բառեր

առողջապահության համակարգ

առողջապահական բարեփոխումներ

հանրային առողջապահության ծառայություններ

հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթներ

հիվանդությունների կանխարգելում

առողջության ամրապնդում

հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսներ

հանրային առողջապահության հետազոտություններ

ինքնագնահատում

Հապավումների ցանկ

ԱԱԳ	Առողջության վրա ազդեցության գնահատում
ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱԲՀ	Առողջությունն բոլորի համար
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱԻՆ	Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն
ԱՄՆ/ՄԶԳ	ԱՄՆ միջազգային զարգացման գործակալություն (USAID)
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՌԿ	Աղետների ռիսկի կրճատում
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎԿ	Առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոն
ԲՏԳ	Բժշկական տեխնոլոգիաների գնահատում
ԳԱԱ	Գիտությունների ազգային ակադեմիա
ԳՀԻ	Գիտահետազոտական ինստիտուտ
ԵԳՊ	Եվրոպական գործողությունների պլան
ԵՊԲՀ	Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ԶԼՄ	Զանգվածային լրատվության միջոց (միջոցներ)
ԺԱՀՀ	Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՀԲԿ	Հակաբիոտիկակայունության
ԸԲ	Ընտանեկան բժշկություն
ԺԱՀՀ	Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ԻԱԾ	Իմունականիսարգելման ազգային ծրագիր
ԻԿՀ	Իրազեկում, կրթում և հաղորդակցում (IEC)
ԾՊՇԿ	Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիան
ԿԳՆ	Կրթության և գիտության նախարարություն
ԿԽՄԿ	Կարմիր խաչի միջազգային կոմիտե
ՀԱ	Հանրային առողջապահություն

ՀԱԱԻ	Հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ՀԱԾ	Հանրային առողջապահության ծառայություն
ՀԱՀ	Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը
ՀԱՀԳ	Հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթներ
ՀԲ	Համաշխարհային բանկ
ՀԿԲ	Հասարակայնության հետ կապերի բաժին
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՄԴ	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում
ՀՎԿԱԿ	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն
ՁԻԱՀ	Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԱԶԾ	ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագիր
ՄՀՀԳ	ՄԱԿ-ի Մարդասիրական հարցերի համակարգման գրասենյակ
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄԲՄԿ	Միջազգային բժշկասանիտարական (առողջապահական) կանոններ
ՄՄԱ	Մոր և մանկան առողջություն
ՄԶԳ	Մարմնի զանգվածի գործակից
ՈԿԿ	Ոչ կառավարական կազմակերպություն
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություններ
ՍԱՊԾ	Սննդի անվտանգության պետական ծառայություն
ՊՀՀԾ	Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային ծառայություն
ՊՀԾ	ՄԱԿ-ի Պարենի համաշխարհային ծրագիր
ՍԹԽ	Սահմանային թույլատրելի խտություն
ՏԲ	Տուբերկուլոզ
ՏՄՌԿԳ	Տեղական մակարդակում ռիսկերի կառավարման գործիք
ՏՏ	Տեղեկատվական տեխնոլոգիա
ՅԱԽ	Յողի անբավարարությամբ պայմանավորված խանգարումներ
ՅՈՒՆԻՍԵՖ	ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ
ՔԿԱԳԳ	Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գործակալություն

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՌԱՋԱԲԱՆ	7
Երախտիքի խոսք.....	9
1. Ընդհանուր տեղեկություններ: գործընթաց և համատեքստ.....	10
2. Արդյունքներ և եզրակացություններ.....	16
2.1. Բնակչության առողջական վիճակի և բարեկեցության Էպիդեմիոլոգիայի և գնահատում (ՀԱՀԳ 1).....	16
2.2. Առողջության համար վտանգավոր գործոնների և առողջապահության բնագավառում արտակարգ իրավիճակների մշտադիտարկում և դրանց հանդեպ արձագանքման ապահովում (ՀԱՀԳ 2).....	23
2.3. Առողջության պաշտպանություն, ներառելով շրջակա և աշխատանքային միջավայրերի, սննդամթերքի և այլ գործոնների անվտանգության ապահովումը (ՀԱՀԳ 3).....	29
2.4. Առողջության ամրապնդում, ներառելով սոցիալական որոշիչների վրա ազդեցության և առողջության պահպանման հարցերում անհավասարության կրճատման գործողությունները (ՀԱՀԳ 4).....	40
2.5. Հիվանդությունների կանխարգելում, ներառելով առողջության խանգարման վաղ հայտնաբերումը (ՀԱՀԳ 5).....	54
2.6. Առողջության և բարեկեցության բարելավմանն ուղղված ռազմավարական ղեկավարման ապահովում (ՀԱՀԳ 6).....	61
2.7. Հանրային առողջապահության բնագավառի ապահովում բավարար քանակի բանիմաց կադրերով (ՀԱՀԳ 7).....	71
2.8. Կայուն կազմակերպական կառույցների և ֆինանսավորման ապահովում (ՀԱՀԳ 8).....	76
2.9. Առողջության բարելավմանն ուղղված քարոզչություն, հաղորդակցություն և սոցիալական մոբիլիզացիա (ՀԱՀԳ 9).....	88
2.10. Աջակցություն հանրային առողջապահության բնագավառում քաղաքականության և պրակտիկայի գիտական հիմնավորմանն ուղղված հետազոտությունների զարգացմանը (ՀԱՀԳ 10).....	91
3. Հիմնական առաջարկություններ	96
Հավելված 1. Ինքնագնահատման կազմակերպչական մեխանիզմները	
Հավելված 2. Քաղվածք ՀՀ առողջապահության նախարարի No 65 հրամանից	
Հավելված 3. ՀՀ առողջապահության նախարարության կառուցվածքը	
Հավելված 4. ՀՀ առողջապահության նախարարության հանրային առողջապահության գիտահետազոտական կենտրոնների համառոտ ուրվագիծը	
Հավելված 5. Բնակչության շրջանում ՌՎՀ կանխարգելման ծախսարդյունավետ միջամտությունների ընդլայնման գործնական քայլերի ԱՀԿ պլանը	

ԱՌԱՋԱԲԱՆ

Հայաստանում, ինչպես և Արևելյան Եվրոպայի այլ երկրներում, 1990-ական թվականների սոցիալ-տնտեսական անկումը զգալիորեն խաթարեց երկրի առողջապահական համակարգի գործունեությունը: Ոլորտին հատկացվող ռեսուրսները նվազեցին, հանգեցնելով բժշկական օգնության հիմնական ծառայությունների վատթարացման: Անկախության առաջին տարիներն ուղեկցվեցին նաև հանրային առողջապահության ծառայությունների վատթարացմամբ՝ երկրում գրանցվեց որոշ վարակիչ հիվանդությունների, այդ թվում, կառավարելի հիվանդությունների, սեռավարակների և տուբերկուլոզի վերադարձի ալիք: Ծագեցին նաև նոր հիմնախնդիրներ, պայմանավորված ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի աճող համաճարակով և դեղակայուն տուբերկուլոզի առաջացմամբ: Նախկինում անուշադրության մատնված ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՌՎՀ) միայն վերջերս սկսեցին ընկալվել որպես լուրջ մարտահրավեր հանրային առողջապահության համար:

Հայաստանի տնտեսությունը 1990-ականների վերջից սկսեց վերականգնվել՝ հնարավորություններ առաջացան առողջապահության համակարգի վեռակառուցման ու բարեփոխումների համար: Միջազգային կազմակերպությունների և երկկողմ դոնորների աջակցության շնորհիվ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը զգալի առաջընթաց արձանագրեց առողջության առաջնային պահպանման ցանցի բարեփոխման և ամրապնդման, երեխաների վակցինացման ծրագրերի ներդրման և վարակիչ հիվանդությունների արդյունավետ կանխարգելման, ինչպես նաև համակարգի օպտիմալացման և հաստատությունների արդիականացման գործում: Սակայն, բարեփոխումները բավարար արդյունավետ չգտնվեցին ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, աշխատանքի և շրջակա միջավայրի հիգիենայի բնագավառներում՝ առողջության ամրապնդման և միջոլորտային գործակցակցության հնարավորությունները պատշաճ ուշադրության չարժանացան, հանրային առողջապահության գիտական հետազոտությունների ոլորտը շարունակեց անկում ապրել: Հանրային առողջապահության ռազմավարությունների իրականացմանը խոչընդոտում էին սահմանափակ ֆինանսավորումը, բանիմաց կադրերի պակասը և հանրային առողջապահության ժամանակակից հայեցակարգերի չիմացությունը:

Դեռևս 1992 թվականին ընդունված «ՀՀ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» օրենքը (Հ.Ն-0732-I) հետագա տարիներին ծառայում էր որպես երկրի հանրային առողջապահության գլխավոր կառույցի՝ ՀՀ պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային ծառայության (ՊՀՀԾ) գործունեության իրավակարգավորման հիմնական օրենսդրական շրջանակ: 2002 թվականին, այս կենտրոնացված և հիերարխիկ կառույցը վերակազմավորվեց, դառնալով Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն (ՊՀՀՏ): Վերջինիս գործառույթները նախորդ ծառայության գործառույթների համեմատ էական փոփոխություններ չկրեցին. տեսչության պարտականությունների շրջանակին ավելացվեց ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման խնդիրը, սակայն դրա աշխատանքում շարունակեց գերակշռել վարակիչ հիվանդությունների վերահսկման գործառույթը: “Մենդի անվտանգության մասին” օրենքի հիման վրա (2006թ.) սննդամթերքի մոնիթորինգի և ստանդարտների սահմանման գործառույթը տրվեց ՀՀ գյուղատնտեսության նախարարության Մենդի անվտանգության պետական ծառայությանը (բերելով սննդային գործոնի հետ կապված առողջության պաշտպանության և առողջության ամրապնդման գործողությունների հետագա մասնատման):

Ոլորտի բարեփոխումների հաջորդ՝ ավելի արմատական քայլը (2013թ.) նպատակ ուներ նախկինից ժառանգած սանիտարա-համաճարակաբանական ծառայությունը դարձնել ավելի ընդգրկուն հանրային առողջապահության ծառայություն, որը կկարողանա հաղթահարել ժամանակի հանրային առողջապահության հիմնախնդիրները: Հանրային առողջապահության առանցքային գործառույթներից մեկը՝ կիրարկումն ու վերահսկումը հանձնարարվեց ՀՀ ԱՆ նորաստեղծ առանձնացված ստորաբաժանմանը՝ Առողջապահության պետական տեսչությանը (ԱՊՏ), որի պարտականությունները, ներառեցին նաև բուժօգնության որակի, դեղերի ոլորտի, աշխատանքի անվտանգության վերահսկումը և այլն: Հանրային առողջապահության գործառույթների մեծամասնությունը դրվեց երկրի հանրային առողջապահության խոշորագույն հաստատության՝ ՀՀ ԱՆ ենթակայության տակ գործող “Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն” (ՀՎԿԱԿ) պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն վրա: ՀՎԿԱԿ-ը պահպանեց հանրային առողջապահության անենակարևոր գործառույթը՝ համաճարակաբանական հսկողությունն ու վարակիչ հիվանդությունների վերահսկումը,

սակայն պատրաստվում է ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել ոչ վաչակիչ հիվանդությունների վերահսկման, առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման հարցերին: Օրենսդրական դաշտը ենթարկվեց խորը վերլուծության, նպատակ ունենալով մշակել մեխանիզմներ հանրային առողջապահության վերոնշյալ երկու մարմինների փոխհարաբերությունները ամրապնդելու և, այդպիսով, դրանց միջև տվյալների հաղորդակցումը բարելավելու, դրանց գործողությունները համահունչ ու ներդաշնակ դարձնելու համար («Հանրային առողջապահության մասին» ՀՀ նոր օրենքի նախագիծը կառավարություն կներկայացվի 2016-ի տարեվերջին): Հանրային առողջապահության գործողությունների բավականին մեծ մասնաբաժին իրականացվում է մեկ այլ խոշոր հաստատության՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) կողմից, որի կազմում է գտնվում Առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական հանրապետական կենտրոնը: Վերջինս պատասխանատու է տվյալների հավաքման և առողջական վիճակի ու առողջապահական ծառայությունների տրամադրման միտումների վերաբերյալ համապատասխան ինֆորմացիայի ձևավորման համար, ապահովելով որոշումների կայացման գործընթացը վիճակագրական հիմնավորումներով:

2012 թվականին, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետություններն ընդունեցին «Առողջություն 2020» նոր ընդհանուր քաղաքականության հիմունքների փաստաթուղթը, որում ձևակերպվում են 21-րդ դարի Եվրոպայում առողջության բարելավմանը նպատակաուղղված քաղաքականության տեսլականն ու առանցքային ուղղությունները: Առողջություն 2020-ի հետ միասին, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային կոմիտեն հաստատեց «Հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների ամրապնդման գործողությունների պլանը» (ԵԳՊ): Վերջինս առաջարկում է «Հանրային առողջապահության 10 հիմնական գործառույթները» և դրանցից յուրաքանչյուրի շրջանակներում տրամադրվող առանցքային ծառայությունները, որպես հիմք և ուղեցույց ցանկացած Եվրոպական առողջապահական մարմնի համար՝ իրականացնելու, մշտադիտարկելու և գնահատելու բարեփոխումների և բնակչության առողջության բարելավման քաղաքականությունը, ռազմավարությունները և գործողությունները:

Վերջին 10 տարիների ընթացքում, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի շուրջ 20 երկրներ կատարել են իրենց հանրային առողջապահության ծառայությունների բազմակողմանի գնահատում: 2015 թվականի փետրվարի վերջից ՀՀ առողջապահության նախարարությունը

սկսեց իրականացնել իր հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման աշխատանքը, օգտագործելով *“ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանում հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթների գնահատման համար մշակված ինքնագնահատման գործիքը”*: Սույն գործիքի կիրառումը հնարավորություն տվեց ստանալ երկրում ՀԱՀԳ-երի իրականացման ելակետային բնութագիրը և գնահատել հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների ընթացիկ վիճակը: Ինքնագնահատման արդյունքները ճանապարհ կհարթեն առողջապահության բարեփոխումների ռազմավարական նպատակների նվաճմանն ուղղված առաջնահերթ գործողությունների պլանավորման և իրականացման համար և, միաժամանակ, հնարավորություն կտան ամրապնդել ՀՀ առողջապահության նախարարության կարողությունները՝ *“Առողջություն 2020”* քաղաքականության հիմնադրույթներին համահունչ առողջապահության ազգային ռազմավարությունների մշակման գործում:

Սերգեյ Խաչատրյան,

Հայաստանի Հանրապետության

առողջապահության նախարարի տեղակալ

Երախտիքի խոսք

Հայաստանի Հանրապետության հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման տեխնիկական զեկույցը կազմել և խմբագրել է ինքնագնահատման գործընթացի համակարգող/ղեկավար, ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի հանրային առողջության բաժնի պետ Հրայր Ասլանյանը: Հեղինակը երախտապարտ է ՀՀ ԱՆ հանրային առողջության բաժնի գլխավոր մասնագետներ Քրիստինե Գյուրջյանին, Կարինե Գաբրիելյանին և Մարիաննա Գաբրիելյանին, ովքեր նշանակալի ավանդ ունեն ինքնագնահատման գործընթացի կազմակերպման, փորձագետների ու դրանց խմբերի /թիմերի/ միջև դյուրին հաղորդակցության հաստատման, ճշգրիտ տեղեկատվության ապահովման, հանդիպումների ու քննարկումների կազմակերպման գործում, նպաստելով հանրային առողջապահության ծառայությունների և դրանց կոնկրետ գործառույթների որակի և ամբողջականության վերաբերյալ փոխհամաձայնեցված գնահատականների ձևավորմանը: Հատուկ

շնորհակալություն մասնագիտական խմբերի (Հավելված 1) համակարգողներին և անդամներին՝ ինքնագնահատումն ինքնին բարեխղճորեն իրականացնելու համար:

Հեղինակը ցանկանում է նաև իր երախտագիտությունը հայտնել ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի ստորաբաժանումների և հաստատությունների ղեկավար/ավագ աշխատակիցներ Կարինե Գաբրիելյանին, Նունե Բակունցին, Սամվել Սողոմոնյանին, Լիլիթ Ավետիսյանին, Գայանե Սահակյանին, Լիանա Թորոսյանին, Աիդա Պետիկյանին, Ռոմելա Աբովյանին, Լուսինե Պարոնյանին, Դիանա Անդրեասյանին և Ալեքսանդր Բազարյանին՝ սույն տեխնիկական զեկույցի նախնական տարբերակների վերաբերյալ օգտակար մեկնաբանություններ կատարելու և լրացուցիչ տվյալներ կամ ձևակերպումներ առաջարկելու համար, նպաստելով զեկույցի լրամշակմանը: Հեղինակը առանձնակի շնորհակալություն է հայտնում առողջապահության փոխնախարար Սերգեյ Խաչատրյանին՝ ԱՀԿ աշխատաժողովի (Երևան, 18-19 փետրվարի, 2015թ) և ՀԱՀԳ-երի գնահատման գործընթացի կազմակերպմանն աջակցելու, բուն աշխատանքի պատասխանատուների և մասնագիտական թիմերի համակարգողների ընտրությունն ու նշանակումն ապահովելու, ինչպես նաև գնահատման արդյունքների, եզրակացությունների և առաջարկությունների քննարկման նպատակով մի շարք եզրափակիչ հանդիպումներ գումարելու համար: Այս հանդիպումները օգնեցին հասնել կոնսենսուսի՝ զեկույցում զանազան լրացուցիչ առաջարկներ ներառելու և փոփոխություններ մտցնելու վերաբերյալ և թույլ տվեցին զեկույցն ավարտին հասցնել:

Լավագույն գնահատականը հեղինակի կողմից վերապահվում է ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային և ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակների ներկայացուցիչներին՝ ԱՀԿ ԵՏԳ Առողջապահական համակարգերի և հանրային առողջապահության բաժնի (ԱՀՀԱԲ) Հանրային առողջապահության ծառայությունների ծրագրի (ՀԱԾ) ղեկավար Էլկե Յակուբովսկուն, ԱՀԿ ԵՏԳ ԱՀՀԱԲ ՀԱԾ աշխատակից/փորձագետ Մարտին Կրայեր վոն Կրաուսին և ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակի ղեկավար (ՀԳՂ) Թաթուլ Հակոբյանին, ովքեր ապահովեցին կազմակերպչական, խորհրդատվական, փորձագիտական և ընթացիկ աջակցություն՝ ՀՀ հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման աշխատանքի իրագործման համար: Մարտին վոն Կրաուսի մեկնաբանությունները և արժեքավոր խորհուրդները օգնեցին ավարտին հասցնել սույն տեխնիկական զեկույցը և առանձնացնել գործողությունների իրականացման առաջնահերթ բնագավառները:

1. Ընդհանուր տեղեկություններ: գործընթաց և համատեքստ

Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնազնահատումն իրականացվել է ՀՀ ԱՆ և ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի միջև “Երկամյա համագործակցության համաձայնագրի” (2014-2015թ.թ.) շրջանակներում՝ համահունչ և ի աջակցություն առողջապահության ազգային ռազմավարական ծրագրի՝ “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգի” մշակման գործընթացին: Աշխատանքում խնդիր է դրվել կուտակել ելակետային ինֆորմացիա՝ ՀՀ հանրային առողջապահության ծառայությունների ամրապնդման ջանքերը խթանելու և երկրի հանրային առողջապահության ոլորտի կարգավորման նպատակով մշակված հիմնական իրավական ակտի՝ ”Հանրային առողջապահության մասին” ՀՀ օրենքի նախագծի վերանայումն ամուր հիմնավորումներով ապահովելու համար:

Ինքնազնահատման գործընթացը սկիզբ է առել ԱՀԿ ՀԱՀԳ գնահատման գործընթացին նվիրված աշխատաժողովի անցկացմամբ՝ 2015թ. փետրվարի 18-19-ին, Երևանում: Միջոցառումը կազմակերպել են ԱՀԿ ԵՏԳ և ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակների աշխատակիցներ Է.Յակուբովսկին, Մ.Կրաուսը (ԱՀԿ ԵՏԳ) և Թ.Հակոբյանը (ԱՀԿ ՀԳԴ): Բացման արարողությունը և *“ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանում հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթների գնահատման համար մշակված ինքնազնահատման գործիքի”* ներկայացման նիստը նախագահել է ՀՀ առողջապահության փոխնախարար Ս.Խաչատրյանը: Աշխատաժողովը կատարել է վարժություններ՝ երկու փուլով. **առաջինը**, հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնազնահատում՝ 6-

րդ ՀԱՀԳ-ի շրջանակում, ԱՀԿ փորձագետների խորհրդատվությամբ; **Երկրորդը**, 2-րդ, 3-րդ և 5-րդ ՀԱՀԳ-երի փորձնական ինքնագնահատում՝ աշխատաժողովին մասնակցող ազգային փորձագետների երեք աշխատանքային խմբերի կողմից: Սրան հաջորդել է յուրաքանչյուր խմբի համակարգողի շնորհանդեսը և անցկացվել են ընդհանուր քննարկումներ: Փակման նիստը վարել են ԱՀԿ աշխատակիցները, կենտրոնանալով ՀԱՀԳ-երի ինքնագնահատման կազմակերպչական կառուցվածքի և գնահատման մեթոդաբանության վրա: Արդյունքում, տրվել են առաջարկություններ վերահսկողական կոմիտեի, գլխավոր քարտուղարության և մասնագիտացված խմբերի ձևավորման համար: Տարբեր ՀԱՀԳ-րի գնահատման պատասխանատուների (համակարգողների) նշանակումը իրականացվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (No 1469-Ա, 11 հունիսի, 2015թ.) (Հավելված 1): Բուն գնահատումն ավարտվել է 2015 թվականի հոկտեմբերի կեսերին:

1990-ականների շեմին, Հայաստանի առջև ծառայած սոցիալ-տնտեսական դժվարությունները հանգեցրել էին երկրի առողջապահական համակարգի հատվածականացման և անկման: Ոլորտին ուղղվող բյուջետային հատկացումները զգալիորեն նվազել էին, հանգեցնելով բուժօգնության հիմնական տեսակների և հանրային առողջապահության ծառայությունների վատթարացման: 1990-ականների վերջին, երկրի տնտեսությունը սկսեց վերականգնվել և պայմաններ ստեղծվեցին առողջապահության համակարգի վեռակառուցման և բարեփոխումների իրականացման համար: Միջազգային դոնոր և տեխնիկական կազմակերպությունների օգնությամբ, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը զգալի առաջընթաց արձանագրեց ԱԱՊ ցանցի ամրապնդման, վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, ինչպես նաև համակարգի օպտիմալացման և հաստատությունների արդիականացման բնագավառներում:

2012 թվականին, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ երկրներն ընդունեցին “Առողջություն 2020-ը”, որը ներկայացնում է 21-րդ դարի Եվրոպայի առողջապահության տեսլականն ու քաղաքականության առանցքային ուղղությունները: Առողջություն 2020-ի հետ միասին, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային կոմիտեն (62-րդ նստաշրջանը) հաստատեց “Հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների ամրապնդման Եվրոպական գործողությունների պլանը” (ԵԳՊ), որն արտացոլում է Առողջություն 2020-ում ամրագրված արժեքներն ու սկզբունքները և հանդիսանում է դրա գլխավոր հենասյուներից մեկը: ԵԳՊ-ն առաջարկում է “Հանրային

առողջապահության 10 հիմնական գործառույթները”, ներառյալ դրանցից յուրաքանչյուրի շրջանակներում տրամադրվող առանցքային ծառայությունները, որպես ցանկացած Եվրոպական առողջապահական մարմնի գործունեության միասնական և ուղենիշային հիմք՝ մշակելու, մշտադիտարկելու և գնահատելու բարեփոխումների և առողջության բարելավման քաղաքականությունը, ռազմավարությունները և գործողությունները: ԵԳՊ-ն առաջ է քաշում 10 հիմնական “մայրուղիներով” նպատակների նվաճման ուղղությամբ առաջ ընթանալու կոնկրետ գործողություններ և միջոցառումներ. այդ “մայրուղիներով” մտադիր են ընթանալ Եվրոպայի պետությունները և Տարածաշրջանային գրասենյակն ու նրա միջազգային գործընկերները, որպեսզի ամրապնդեն հանրային առողջապահության ներուժն ու ծառայությունները:

Առաջնորդվելով “Առողջություն 2020” նոր Եվրոպական քաղաքականության և Հանրային առողջապահության ներուժի և ծառայությունների ամրապնդման ԵԳՊ հիմնադրույթներով, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, սկսած 2014 թվականի կեսերից, նախաձեռնեց քայլեր, նպատակ ունենալով վերլուծել երկրի առջև ծառայած առողջապահական մարտահրավերները և թարմացնել “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգի” փաստաթուղթը: Այն արտացոլում է ՀՀ ԱՆ տեսլականը և ռազմավարությունները՝ բնակչության առողջության բարելավման, առողջության մակարդակի առումով անհավասարությունների կրճատման, հանրային առողջապահության ամրապնդման ուղղությամբ, ստեղծելով մարդակենտրոն համակարգ, որը կլինի ունիվերսալ և անաչառ, կայուն և բարձրորակ: Հայեցակարգը սահմանում է հետագա աշխատանքի մի շարք առաջնահերթ բնագավառներ, առաջարկելով, ի թիվս այլոց, կենտրոնանալ առողջության սոցիալական որոշիչների, բուժօգնության որակի և ՈՎՀ ծանր բեռի վրա. այն անդրադառնում է նաև հանրային առողջապահության ծառայությունների թույլ կողմերին, ներառյալ հիմնական ինֆորմացիայի բացերը և անբավարար միջոցառումային համագործակցությունը, անարդյունավետ գնահատումը և այլն: Այս առումով, ՀՀ առողջապահության նախարարությունն արժևորում է ԱՀԿ աջակցությունը Հայաստանի հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատմանը, ինչպես գործիքի կիրառման գործում գիտելիքների և հմտությունների զարգացման, այնպես էլ ոլորտում հետագա բարեփոխումների հիմնավորման համար անհրաժեշտ ինֆորմացիայի ստացման համար:

2. Արդյունքներ և եզրակացություններ

2.1. Բնակչության առողջական վիճակի և բարեկեցության էպիդեմիոլոգիայի և գնահատում (ՀԱՀԳ 1)

ՀԱՀԳ 1-ը ներառում է էպիդեմիոլոգիայի համակարգերի ստեղծումը և դրանց գործառնության ապահովումը՝ հիվանդությունների հաճախականության (հիվանդացության) և տարածվածության, ինչպես նաև առողջապահության ինֆորմացիոն համակարգերի մշտադիտարկման համար, նպատակ ունենալով քանակապես գնահատել հիվանդացության և բնակչության առողջության ցուցանիշները: Այս գործառնության մյուս բաղադրիչներն են՝ համայնքների առողջության ցուցանիշների գնահատումը, վիճակագրական միտումների վերլուծությունը, բնակչության կոնկրետ խմբերում անբավարար առողջական վիճակի և անհավասարությունների բացահայտումը, կարիքների վերհանումը և փաստացի տվյալների վրա հիմնված միջամտությունների պլանավորումը:

Սույն գործառնության ինքնագնահատումը պարզել է հետևյալ հիմնական հարցերը՝

- Հայաստանում, քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգի գործունեությունը և կենսական վիճագրության ապահովումը կարգավորվում է «Քաղաքացիական կացության ակտերի մասին» ՀՀ օրենքով (ՀՕ 9-Ն, 2004թ.): Քաղաքացիական կացության ակտերը՝ ծնունդը, ամուսնությունը, ամուսնալուծությունը, որդեգրումը, հայրության որոշելը, անվան փոխումը, մահը գրանցվում են ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման մարմիններում (ՔԿԱԳ): Արդարադատության նախարարությունը ներկայացնում է այդ տվյալները ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությանը (ԱՎԾ), որտեղ պահպանվում են դրանց կրկնօրինակները: Այնուհետև, կենսական վիճակագրության (բնակչության բնական շարժի) տվյալները ԱՎԾ-ից տրամադրվում են ՀՀ ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոնին (ԱՏՎԿ):
- Ծննդյան վկայականները կամ մահվան բժշկական վկայականները լրացվում են առողջապահական հաստատությունների կողմից (հիվանդանոցային մակարդակում) և, այնուհետև, ներկայացվում են ՔԿԱԳ բաժանմունքներին (քաղաքներում և մարզերում): Բոլոր բժշկական հաստատությունները (պետական և մասնավոր) ներկայացնում են ծնունդների և մահերի վերաբերյալ տվյալները ԱԱԻ/ԱՏՎԿ-ին:

- Ծնունդների, մահերի և մահվան պատճառների վերաբերյալ տարեկան վիճակագրական տվյալները (տարաբաժանված ըստ սեռի և տարիքի) ձևավորվում են ազգային և ռեգիոնալ մակարդակներում: Վիճակագրական տվյալների գրանցման ամբողջականության ցուցանիշը տատանվում է 90-95%-ի սահմաններում:
- Հայաստանում, Հիվանդությունների միջազգային դասակարգումը (ՀՄԴ 10) կիրառվում է 2004 թվականից: Կենդանածնության, մեռելածնության և պերինատալ շրջանի ԱՀԿ սահմանումները, դեպքերի հաշվառման և գրանցման կարգը հաստատվել են ՀՀ կառավարության որոշմամբ (թիվ 949-Ն, 16.06.2005թ.): ԱՀԿ առաջարկությունների հիման վրա ՀՄԴ 10-ը վերանայվել և ընդունվել է (2013թ.) որպես նորմատիվ փաստաթուղթ:
- **Տվյալների կողավորումն իրականացվում է ՀՄԴ-10-ի միջոցով: Սակայն, բժշկական բուհերի ուսումնական ծրագրերը ՀՄԴ-10-ի և մահվան դեպքերի վերաբերյալ դասընթացներ չեն պարունակում, թեև ուսանողները անցնում են նախա- և հետդիպլոմային պրակտիկա; ԱԱԻ-ն նույնպես իրականացնում է վերապատրաստման դասընթացներ; երկիրը չունի տվյալների որակի ապահովման համապարփակ ռազմավարություն՝ տվյալները ստուգվում են կողավորման ընթացքում (գիտելիքների պակասի հետևանքով մասնավորապես տուժում է մահվան պատճառների վերաբերյալ տվյալների որակը):**
- Հիվանդացության և մահացության տվյալների հիման վրա ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ/ԱՏՎԿ-ը մշակում է տարեկան զեկույցներ ՌՎՀ և դրանց ռիսկի գործոնների վերաբերյալ: Դրանք օգտագործվում են առավել տարածված ՌՎՀ կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգեր, միջոցառումների ցանկեր և ծրագրեր մշակելու և իրականացնելու համար (ՌՎՀ դեմ պայքարի 2016-2020 թվականների ծրագիրը ներկայացվել է ՀՀ կառավարություն):
- Առողջապահության ոլորտը առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ ինֆորմացիոն համակարգ չունի և համապատասխան ցուցանիշներ չի մշտադիտարկում (եկամուտների անհավասար մակարդակներ, կրթության որակ, առողջ միջավայրի հասանելիություն, աշխատանքի տեղավորման հնարավորություն և այլն): Այդպիսի համակարգի առկայությունը շատ կարևոր է միջոլորտային գործընկերության նախաձեռնումը փաստացի տվյալներով հիմնավորելու և առողջությանն առնչվող

անհավասարությունը (անարդարությունը) կրճատելու գործում: Այս բացը լրացնելու համար, ՀՀ ԱՆ-ն համագործակցում է ՄԱԿ-ի կազմակերպությունների և միջազգային ՈԿԿ-ների հետ՝ դրանց կողմից իրականացվող կարճատև հետազոտություններում (որոնք անդրադառնում են առողջության և սնուցման խնդիրներին ու սոցիալ-տնտեսական պայմաններին):

- Տնային տնտեսությունների մակարդակում առողջության հետ կապված հարցերի ուսումնասիրություններն ընդգրկում են ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտությունները (ԺԱՀՀ), որոնք իրականացվել են ԱՄՆ ՄԶԳ, ICF-ի և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի աջակցությամբ՝ 2000, 2005 and 2010 թվականներին (2015 թվականի ԺԱՀՀ-ն ընթացքի մեջ է): **ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ/ԱՏՎԿ-ը կազմում է առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) տարեկան զեկույցները (առկա են 2007, 2009 և 2012 թվականների համար; 2015-ի զեկույցը ընթացքի մեջ է):**
- Տնային տնտեսություններում ուսումնասիրվել են նաև՝ ՈՎՀ հիվանդացությունը և համապատասխան էկոլոգիական ու վարքագծային ռիսկերը (ԱՀԿ STEPS-1 մոտեցման օգնությամբ և դոնարական աջակցությամբ; սակայն, բուն մոտեցումը ՀՀ ԱՆ մակարդակում դեռևս չի ներդրվել); էլիինոկոկոզի և տոկսոկարոզի տարածվածությունը (անասնապահական շրջաններում) և լեյշմանիոզը: Զուգահեռաբար, գնահատվել են հանրային առողջապահության ոլորտի մասնագետների գիտելիքները, կրթության և ապրելակերպի խթանման կարիքները: Հաստատություններում կատարված աշխատանքները ներառում են դպրոցահասակ երեխաների առողջապահական վարքագծի գնահատումը (2010թ.) և տարատեսակ հելմիթոզների լայնամասշտաբ հետազոտությունները (2015թ.): Առողջապահության կադրային ներուժի ուսումնասիրություններն անդրադառնում են որոշ առողջապահական հաստատությունների անձնակազմի էմոցիոնալ սթրեսին, հանրային առողջապահության լաբորատորիաների կադրային ռեսուրսներին և բնակչության շրջանում կրթական աշխատանքների անցկացման համար անհրաժեշտ գիտելիքներին ու կարիքներին: Առողջության հետ կապված հետազոտությունները ներառում են նաև դպրոցահասակ երեխաների համար տարվող առողջապահական քաղաքականության գնահատումը (2015թ.), թմրամոլության պատճառների հարցախույզը (2014թ.) և այլն: ԱԱԻ և ՀՎԿԱԿ-ի հարցախույզերի տվյալները օգտագործվում են առողջության

պաշտպանության, առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման ուղղություններով միջոցառումներ իրականացնելու, ինչպես նաև առողջապահության ազգային քաղաքականություն և ռազմավարություններ մշակելու համար (ներառյալ “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգը”): Համաճարակաբանական հսկողության տվյալները համապատասխանում են ՀՄԴ 10-ին; մահացությունը տարաբաժանվում է ըստ սեռի, տարիքի և տարածաշրջանի, իսկ որոշ (ընտրված) հիվանդությունների վերաբերյալ վերցրած հիվանդացության ցուցանիշները՝ ըստ բնակչության սեռի, տարիքի, գյուղական/քաղաքային շրջանի; հանրային առողջապահության տեսանկյունից վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների համաճարակաբանական հետազոտությունը՝ նաև ըստ կրթության և բարեկեցության մակարդակների:

- Երեխաների առողջության և սնուցման, մայրական և վերարտադրողական առողջության բնագավառներում իրականացվող համաճարակաբանական հսկողության մեթոդաբանությունը համապատասխանում է ժամանակակից պահանջներին: Շրջակա միջավայրի հիգիենայի բնագավառը ապահովված է օդի, ջրի և հողի որակի, աղմուկի, էլեկրամագնիսական դաշտերի և լուսավորության ստանդարտներով, ինչպես նաև աղտոտիչների կադաստրներով: Էկոլոգիական մոնիթորինգն ընդգրկում է վերոնշյալ օղակների աղտոտիչների մակարդակների վերահսկումը, սակայն տվյալների ամբողջականությունը և որակը չի գնահատվում:
- ՀՀ ԱՆ-ն իրականացնում է առողջապահության համակարգի աշխատանքի հանգամանալի հսկողություն, առողջապահության ֆինանսավորման ուղղությամբ՝ առողջապահության ազգային հաշիվերի (ԱԱՀ) վերլուծության միջոցով, առողջապահության աշխատուժի վերաբերյալ՝ կադրերի առկայության և բաշխման գնահատման միջոցով, բուժօգնության ծառայությունների առկայության/օգտագործման և հիմնական դեղերի հասանելիության մշտադիտարկման օգնությամբ: **Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) ներլուծությունը հնարավորություն է տալիս գնահատել տարբեր աղբյուրներից առողջապահության համակարգին հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծավալները, բացահայտել առողջապահական ծախսերի միտումները, կայացնել համապատասխան որոշումներ, հենվելով ամուր վիճակագրական տվյալների վրա:**

- ՀՎԿԱԿ-ը ներկայացնում է սիստեմատիկ և պարբերական հաշվետվություններ ՄԲՄԿ իրականացման վերաբերյալ, եռամսյակային՝ ՀՀ Կառավարությանը, ինչպես նաև հաղորդագրություններ և զեկույցներ՝ ԱՀԿ-ին; սրանք օգտագործվում են պլանների ճշգրտման կամ աշխատանքների իրականացման գործընթացում հետագա քայլերի ձևավորման համար: Մինչև 2015 թվականի վերջը, երկրում, հանրային առողջապահության տեսանկյունից, միջազգային նշանակության մտահոգիչ իրադարձություն չի արձանագրվել:
- Վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողությունը նույնպես համապատասխանում է ՀՄԴ-10-ին (բնակչության ընդգրկվածությունը որոշ հիվանդությունների գծով կազմում է 95-100%): ՌՎՀ համաճարակաբանական հսկողությունը հենվում է ԱՀԿ Համաճարակաբանական հսկողության ռազմավարության վրա և ընդգրկում է ՌՎՀ ռիսկի գործոնները, ինչպես օրինակ, ծխախոտը, ալկոհոլի չարաշահումը, ֆիզիկական թերակտիվությունը, առողջության համար անբարենպաստ սննդակարգերը, արյան բարձր ճնշումը, գլյուկոզայի և խոլեսթերինի բարձր մակարդակները արյան մեջ, ինչպես նաև ՄԶԳ-ն: Մշտադիտարկվում են նաև հողի, ջրի և մթնոլորտային օդի կենսաբանական և քիմիական աղտոտման ցուցանիշները (ավելի կամ պակաս գոհացուցիչ ընդգրկվածությամբ):
- Ինքնագնահատումը ցույց է տալիս, որ Հայաստանում հատկապես արդյունավետ է վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողությունը; չկա շտկման կարիք ունեցող որևէ էական հիմնախնդիր, քանի որ սույն գործառույթի կատարումը բավականին դրական արդյունք է ապահովում: Սակայն, ներհիվանդանոցային վարակների համաճարակաբանական հսկողությունը շատ հետ է մնում, իսկ հակաբիոտիկակայունության (ՀԲԿ) համաճարակաբանական հսկողությունը առաջին քայլերն է անում: Գոյություն ունի պաշտոնական փաստաթուղթ՝ ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատված ՀԲԿ կանխարգելման և վերահսկման ազգային ռազմավարություն և 2015-2020 թվականների միջոցառումների պլան (թիվ 32, 08.07.2015թ.), որն արտացոլում է համակարգի կամքն ու մտադրությունը ապահովել այս գործառույթի հետագա զարգացումը, սակայ գործնական քայլեր դեռևս չեն ձեռնարկվել:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Երկրում ստեղծվել է պատշաճ օրենսդրական դաշտ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման և կենսական վիճագրության, ինչպես նաև համապատասխան համակարգի գործունեության համար; ծննդյան և մահվան վկայականները համապատասխանում են Հիվանդությունների միջազգային դասկարգմանը:
- ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության ամենախոշոր հաստատություններն իրականացնում են առողջության հետ կապված զանազան հետազոտություններ, հենվելով ժամանակակից մեթոդադաբանության վրա (թեև դրանց մի մասը դեռևս իրականացնում է դոնորների աջակցությամբ):
- Հայաստանն ունի վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության բավականին արդյունավետ համակարգ:
- ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ն հավաքում է հիվանդացության և մահացության վերաբերյալ տվյալներ և մշակում է ՌՎՀ-ների և դրանց ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տարեկան զեկույցներ: ՌՎՀ դեմ պայքարի 2016-2020 թվականների ծրագիրը ներկայացվել է ՀՀ կառավարություն:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Բժշկական բուհերի ուսումնական ծրագրերը ՀՄԴ և մահվան դեպքի վերիֆիկացիայի (իսկության հաստատման) ուսուցողական դասընթացներ չեն պարունակում:
- Երկիրը չունի տվյալների որակի ապահովման համապարփակ ռազմավարություն:
- Շրջակա միջավայրի հիգիենայի ցուցանիշների մշտադիտարկումը պատշաճ կերպով չի իրականացվում (սննդամթերքի անվտանգության, աշխատավայրի, հողի և բնակարանի) և առողջության սոցիալական որոշիչների մշտադիտարկման ինֆորմացիոն համակարգ գոյություն չունի (որպեսզի իրականացվի համապատասխան թիրախավորված ցուցանիշների, ներառյալ եկամուտների և կրթական մակարդակների

անհավասարության, առողջ միջավայրի հասանելիության, աշխատանքի տեղավորման հնարավորությունների մշտադիտարկում):

- Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տվյալների հավաքումը և համաճարակաբանական հսկողության իրականացումը կախված է արտաքին ֆինանսավորումից (դեռևս չի ներդրվել առողջապահության համակարգում):
- Տվյալների գնահատման աշխատանքների համար անհրաժեշտ են որակյալ մասնագետներ, իսկ առկա կադրային ռեսուրսները չեն համապատասխանում պահանջարկին՝ ուստի պետք է իրականացվեն հետագա վերապատրաստման կուրսեր:
- Ներհիվանդանոցային վարակների և հակաբիոտիկակայունության համաճարակաբանական հսկողությունը պատշաճ կերպով չի իրականացվում:

2.2. Առողջության համար վտանգավոր գործոնների և առողջապահության բնագավառում արտակարգ իրավիճակների մշտադիտարկում և դրանց հանդեպ արձագանքման ապահովում (ՀԱՀԳ 2)

Սույն գործառույթը ներառում է աշխատանքային և շրջակա միջավայրում մարդկանց առողջությանը սպառնացող առաջնահերթ կենսաբանական, քիմիական և ֆիզիկական ռիսկերի մշտադիտարկում, հայտնաբերում և կանխատեսում; առողջությանը սպառնացող էկոլոգիական ռիսկերի հաշվարկման համար ռիսկերի գնահատման մեթոդների և գործիքների կիրառում; մատչելի ինֆորմացիայի թողարկում և բնակչության նախազգուշացման տեղեկատվության հրատարակում; առողջությանը սպառնացող ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված միջամտությունների պլանավորում և իրականացում: Այն նաև ներառում է պատրասվածության ապահովում արտակարգ իրավիճակների կառավարման համար, այդ թվում, համապատասխան գործողությունների պլանների ձևակերպում; հիվանդացության վերաբերյալ տվյալների հավաքման և հիվանդությունների կանխարգելման ու վերահսկման համակարգերի մշակում; կառավարման հարցերում ներգրավված տարբեր պետական մարմինների հանդեպ համալիր և համագործակցային մոտեցման կիրառում:

Սույն գործառույթի ինքնագնահատման արդյունքում պարզվել է հետևյալը՝

- Հայաստանում, աղետների և արտակարգ իրավիճակների նկատմամբ պատրաստվածության և արձագանքման ապահովման նպատակով ստեղծված է կազմակերպական կառույցների և հաստատությունների ամբողջական (հիերարխիկ) համակարգ, որը ազգային մակարդակում ներառում է Արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը (ԱԻՆ), իր ենթակայության՝ Ճգնաժամային կառավարման ազգային կենտրոնով (և բազմաթիվ այլ կառույցներով), տարածաշրջանային (բոլոր 10 մարզերի) մակարդակում՝ Մարզային փրկարարական վարչություններ և Աղետների ռիսկերի նվազեցման (ԱՌՆ) թիմեր, կազմված հիմնական վարչությունների ղեկավարներից (կրթություն, սոցիալական ապահովություն, առողջապահություն, գյուղատնտեսություն և այլն): ՀՀ ԱՆ կազմում գործում է արտակարգ իրավիճակների և գորահավաքային նախապատրաստության բաժին (արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության և արձագանքման գործառնություն): Ընդհանուր առմամբ, առողջապահության համակարգի պատասխանատվության շրջանակներն ընդգրկում են արտակարգ իրավիճակներում առողջության սպառնալիքների մասին բնակչության իրազեկումը, ինչպես նաև փորձաքննության, սանիտարական և հակահամաճարակային միջոցառումների իրականացումն ու տարհանված բնակչության բուժսպասարկումը:
- Երկրի համապատասխան կառույցներին աջակցում են Ճապոնիա, Գերմանիա, Շվեյցարիայի և այլ երկրների դոնոր կազմակերպությունները, Համաշխարհային բանկը, ԵԱՀԿ-ը, ՄԱԿ-ի գործակալությունները և ոչ կառավարական կազմակերպությունները (ՄԱԿ-ի ՄՀՀԳ-ն և ՄԱԶԾ-ը, ԿԽՄԿ-ն, ԱՀԿ-ն, ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը և այլն, ինչպես նաև “Փրկենք երեխաներին”, Օքսֆամ և Վորդ Վիժըն ՈԿԿ-ները): ՄԱԿ-ի միջգործակալական մշտական կոմիտեն ակտիվորեն համագործակցում է ԱԻՆ-ի հետ: 2010 թվականին ստեղծվել է “Աղետների ռիսկերի նվազեցման ազգային պլատֆորմ” հիմնադրամը, որպես նախաձեռնող և աջակցող օղակ, ինչպես նաև բոլոր շահագրգիռ կողմերի բազմոլորտային ֆորում՝ արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության, պատրաստվածության և արձագանքման մեթոդաբանությունն ու պլանները քննարկելու և համակարգելու համար:

- Ճգնաժամային կառավարման ազգային կենտրոնն ապահովում է արտակարգ իրավիճակներում տեղեկատվության գործընթացների կենտրոնացումը և արտացոլումը:
- Երկիրն ունի աղետների ռիսկերի նվազեցման ազգային համապարփակ ռազմավարություն (ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 281-Ն, 07.03.2012թ.), ինչպես նաև հաստատված պլաններ՝ քիմիական, կենսաբանական, երկրաբանական և օդերևութաբանական աղետներին արդյունավետ արձագանքելու համար: Բացի այդ, ՀՀ կառավարության կողմից ընդունված են մի շարք որոշումներ, որոնք կանոնակարգում են արտակարգ իրավիճակներում տեղակատվության և հանրային իրազեկման աշխատանքները: Այնուամենայնիվ, կանխարգեման և արձագանքման պլանների իրականացման գործում կան որոշ բացեր (մասնավորապես, երկրաբանական և օդերևութաբանական աղետների, ինչպես օրինակ, փլուզումների, կարկուտի, ջրհեղեղի):
- Հանրային առողջապահության բնագավառում արտակարգ իրավիճակների ժամանակ կարևորագույն համակարգերի և ծառայությունների պաշտպանության, տեխնիկական սպասարկման և վերականգնման հարցերը համակարգում են՝ խմելու ջրի անվտանգության ապահովման համար՝ ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ-ը, սննդամթերքի անվտանգության ապահովման համար՝ ՀՀ գյուղատնտեսության նախարարության ՍԱՊԾ-ը: Բուժօգնության ծառայությունների անխափան գործունեությունն ապահովում է ՀՀ առողջապահության նախարարությունը (տուժած և տարահանված բնակչության համար): ՄԲՄԿ շրջանակներում, ՀՎԿԱԿ-ը մշակել է համապատասխան ստանդարտ գործառնական ընթացակարգեր (SOP):
- ՀՀ կառավարության որոշումներով ընդունվել են բազմաթիվ պլաններ՝ արտակարգ իրավիճակների դեպքում բնակչության պաշտպանության համար (օրինակ, թիվ 2328-Ն of 2005թ.՝ ատոմակայանի վթարի դեպքում; թիվ 861-Ն, 2010թ.՝ քիմիական աղետների դեպքում և այլն): . ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ-ի կողմից մշակվել են ավելի քան 200 փաստաթղթեր՝ աղետների առողջապահության համակարգի արդյունավետ արձագանքում ապահովելու համար: Քաղաքացիական պաշտպանության տարեկան պլանների շրջանակներում կանոնավոր կերպով իրականացվում են վարժանքներ՝ ինչպես ազգային, այնպես էլ տեղական մակարդակներում (օրինակ, դպրոցներում):

- 2010-2012 թվականների ընթացքում, Հայաստանում ներդրվել է “Տեղական մակարդակում ռիսկերի կառավարման գործիքը” (ՏՄԵԿԳ, ներառյալ “Ռիսկերի և խոցելիության գնահատման” մեթոդը); մշակվել և 40 պիլոտային համայնքներում ներդրվել են “վտանգի քարտեզներ” և ՄԱԶԾ-ի, ԿԽՄԿ-ի, Օքսֆամի, Վորդ Վիժնի, ՅՈՒՆԻՍԵֆ-ի, այլ գործընկերների ու դոնորների աջակցությամբ իրականացվել են ԱՌՆ նախագծեր և գործողություններ: Այդ ժամանակից ի վեր և մինչև օրս, կատարվել է գնահատում և իրականացվել են (ըստ կոնկրետ դոնորի ներգրավման) որոշ սահմանափակ գործողություններ ևս 220 համայնքներում: Զարգացման գործընկերների նախաձեռնությամբ աշխատանքներ են տարվում ԱՌՆ գործիքների միասնականացման համար; վերջում ողջ փաթեթը պետք է հանձնվի ՀՀ ԱԻՆ-ին: Վերջինս, մշակում է կառավարության որոշման նախագիծ (կղրվի շրջանառության 2016-ի վերջին), համաձայն որի փաթեթը, հավանության արժանանալու դեպքում, կներդրվի ողջ երկրում (մոտավորապես 900 համայնքներում): Ակնկալվում է, որ այս գործընթացը կապահովի քաղաքականության մշակման և իրականացման ամուր հիմքեր, կնպաստի համապատասխան գործողություններում դոնորների լայն ներգրավմանը և համայնքների կայուն զարգացմանը: Սակայն, դեռևս տեղական համայնքներին հատկացվող ֆինանսական ռեսուրսները բավարար չեն՝ համայնքների դիմադրողականությունը բարձրացնելու և արտակարգ իրավիճակներում նրանց կողմից առաջնորդության դերակատարություն ստանձնելու համար (ի թիվս այլոց, անբավարար են նաև հիվանդությունների կանխարգելման, համաճարակաբանական հսկողության, ռիսկերի գնահատման և արձագանքման վերաբերյալ ուսուցողական կուրսեր անցկացնելու համար):
- Նպատակ ունենալով բարելավել բնակչության իրազեկման աշխատանքները, ՀՀ կառավարությունը իր 2012 թվականի թիվ 15 արձանագրային որոշմամբ հաստատել է “Բռնկումների (համաճարակների), քիմիական և ճառագայթային գործոններով պայմանավորված արտակարգ իրավիճակների ժամանակ, ինչպես նաև առօրյա պայմաններում բնակչության (առանձին խմբերի) իրազեկման, բժշկահիգիենիկ գիտելիքների տարածման և առողջ ապրելակերպի քարոզչության կարգն ու միջոցառումների ծրագիրը” (փաստաթուղթը մշակվել է ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ-ի կողմից): Ծրագրի իրականացման գործում ՀՀ ԱՆ-ն համագործակցում է ԱԻՆ-ի (հատկապես,

ազդարարման մասով), ՀՀ գյուղտնտեսության նախարարության, ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության, ԿԳՆ, ՏԻՄ, միջազգային, կրոնական կազմակերպությունների և ՀԿ-ների հետ:

- ՀՀ ԱՆ-ն աջակցություն է տրամադրում առողջությանը սպառնացող վտանգների լաբորատոր հետազոտություններին և պատշաճ ուշադրություն է դարձնում ընդհանուր ռիսկերի և արտակարգ իրավիճակների վերաբերյալ իրազեկման ծրագրերին (ՀՎԿԱԿ-ն իրականացնում է վարակիչ հիվանդությունների օջախների համաճարակաբանական և լաբորատոր հետազոտություններ, կիրառելով միջազգայնորեն ընդունված մոտեցումներ; վերլուծում է ռիսկի գործոնները, բացահայտում է վարակի աղբյուրը, ձեռնարկում է կանխարգելիչ և հակահամաճարակային միջոցառումներ՝ վարակի տարածումը կանխելու համար; կատարում է առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և տարածում է բժշկահիգիենիկ գիտելիքներ: Արտակարգ իրավիճակների հետ կապված, գոյություն ունենլաբորատորիաների, առողջապահական ծառայությունների և որոշումներ կայացնողների միջև հաղորդակցության ապահովման ընթացակարգեր (ի թիվս այլոց, պանդեմիկ գրիպի համար): ՀՎԿԱԿ-ն իրականացնում է իրազեկման ծրագրեր վարակիչ հիվանդությունների և թունավոր նյութերի վերաբերյալ: ԱԻՆ-ը և ԱՌՆ ազգային պլասֆորմը մշակել և դպրոցներում ներդրել են բազմաթիվ կրթական նյութեր ընդհանուր ռիսկերի և վտանգների վերաբերյալ
- 2009 թվականին, ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատվել է ՄԲՄԿ իրականացման ռազմավարություն: Ի կատարումն այս ռազմավարության, մշակվել և ներդրվել են 200 նորմատիվ փաստաթղթեր, ինչպես նաև ստեղծվել են հանձնաժողովներ՝ վարակների տարածման դեմ պայքարելու, այդ թվում ներհիվանդանոցային վարակների տարածումը կանխարգելելու համար:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Երկրում գոյություն ունեն կազմակերպական և միջոլորտային համագործակցության կառույցներ և մեխանիզմներ՝ արտակարգ իրավիճակների նկատմամբ պատրաստվածության արձագանքման ապահովման կազմակերպական շրջանակներ:
- Երկրում ստեղծվել է պատշաճ իրավակարգավորման դաշտ, մշակվել են պլաններ, ձևավորվել են գործընկերային հարաբերություններ (երկրում առկա միջազգային և դոնոր կազմակերպությունների հետ), զարգանում են խոցելիության և ռիսկերի գնահատման կարողությունները, նպատակ ունենալով ապահովել անհապաղ փրկարարական և վերականգնողական աշխատանքներ:
- Արտակարգ իրավիճակների բոլոր փուլերում ապահովվում է բնակչության իրազեկում:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Համայնքների մեծամասնությանը բավարար ռեսուրսներ չեն հատկացվում՝ մեղման միջոցառումներ իրականացնելու և հանրային առողջապահության բնագավառում երկարաժամկետ խոցելիությունը կրճատելու համար:
- Կանխարգեման և արձագանքման պլանների մի մասը թերի է կատարվում:
- Դիմացկունության բարձրացման ծրագրերում համայնքների մասնակցությունը սահմանափակ է; համայնքները բավարար առաջատար դերակատարություն չեն ստանձնում այդպիսի ծրագրերում, իսկ դրանց իրականացումը շարունակում է մեծապես կախված մնալ դոնորական աջակցությունից:

2.3. Առողջության պաշտպանություն, ներառելով շրջակա և աշխատանքային միջավայրերի, սննդամթերքի և այլ գործոնների անվտանգության ապահովումը (ՀԱՀԳ 3)

Սույն գործառույթը ներառում է ռիսկերի գնահատման, շրջակա միջավայրի, աշխատանքային պայմանների, սննդամթերքի և այլ գործոնների անվտանգության ապահովման համար անհրաժեշտ գործողությունները: Հանրային առողջապահության մարմինները հսկողություն են իրականացնում առողջությանն առնչվող գործողությունների կիրարկման և վերահսկման նկատմամբ: Այն ընդգրկում է նաև հանրային առողջության պաշտպանությանն ուղղված նորմատիվային և իրավակիրառական մեխանիզմների մշակման, ընդունված նորմերի, կանոնակարգերի ու ստանդարտների պահպանման մշտադիտարկման ինստիտուցիոնալ հնարավորությունները, ինչպես նաև բնակչության առողջության բարելավմանն ուղղված նոր օրենքների և կանոնակարգերի ստեղծման և առողջության համար բարենպաստ շրջակա միջավայրի ձևավորման կարողությունները:

Սույն գործառույթի ինքնագնահատումը պարզել է հետևյալ հիմնական հարցերը՝

- Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությունը, “Բժշկական օգնության և սպասարկման մասին” (ՀՕ-42, 04.03.1996թ.) և “Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին” (Հ.Ն-0732-Ի, 16.11.1992թ.) ՀՀ օրենքները, ՀՀ կառավարության ծրագիրը (տարեկան) և գործունեության միջոցառումների ծրագիրն ու գերակա խնդիրները (ներառյալ, առողջապահության ոլորտում), ՀՀ կառավարության 2014-2025 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը և ՀՀ կառավարության որոշումներով ընդունված մի շարք նորմատիվային ակտեր ապահովում են կուռ օրենսդրական դաշտ՝ բնակչության առողջության բարելավման և առողջության համար բարենպաստ միջավայրի ձևավորման համար:
- ՀՀ կառավարության որոշմամբ (թիվ 160-Ն 02.02.2006թ.) հաստատվել են բնակավայրերում մթնոլորտային օդն աղտոտող նյութերի սահմանային թույլատրելի խտությունների (ՍԹԽ) նորմատիվները՝ 389 նյութերի համար: Կանոնավոր

համապետական մշտադիտարկումն ընդգրում է հետևյալ 5 հիմնական աղտոտիչները՝ CO, NO, NO₂, SO₂, փոշի: Սակայն, դրանց շարքում չեն ներառվում PM_{2.5}, PM₁₀ մասնիկներն ու ծաղկափոշին (շարժական և անշարժ աղբյուրներից օդի աղտոտման համար կատարվում են գանձումներ): Փակ տարածքների (շինությունների) օդի որակի նորմատիվներ սահմանված են միայն աշխատավայրերի համար՝ իրականացվում է ռիսկերի վրա հիմնված աուդիտ՝ 1, 3 և 5 տարին մեկ անգամ (ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 522-Ն, 19.04.2012թ.): Բնակության տարածքների վերաբերյալ սանիտարական օրենսդրություն չկա՝ գործում են «ՀՀՇՆ 31-01-2014 «Բնակելի շենքեր. Մաս I. Բազմաբնակարան բնակելի շենքեր» շինարարական նորմեր»-ը (ներառյալ, օդափոխության և ջեռուցման համար):

- Քիմիկատների արտադրության, ներկրման, արտահանման և կիրառման կանոնակարգերը համապատասխանում են ՄԱԿ-ի ստանդարտներին (կոնվենցիաներով ընդունված): Կայուն օրգանական աղտոտիչների (ԿՕԱ) ՍԹԽ-ները պեստիցիդների պրեպարատներում, հողում և խմելու ջրում սահմանված են ՀՀ ԱՆ կողմից; ԿՕԱ-ների կանոնավոր մշտադիտարկում չի իրականացվում; վտանգավոր նյութերի և պեստիցիդների միջազգային առևտուրը կանոնակարգվում է կառավարության որոշումներով (թիվ 293-Ն, 17.03.2005թ., ՀՀ-ում արգելված քիմիական նյութերի և թունաքիմիկատների ցանկը հաստատելու մասին): Սահմանված են սնդիկի հիգիենիկ նորմեր խմելու ջրում, հողում, աշխատանքային գոտու օդում, ապրանքներում (կանոնավոր մշտադիտարկում չի իրականացվում): Անշարժ աղբյուրներից մթնոլորտային օդն աղտոտող նյութերի սահմանային թույլատրելի արտանետումների նորմատիվները մշակվում են ըստ ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված կարգի (թիվ 1673-Ն, 27.12.2012թ.): դրանց մշտադիտարկումը պարտավոր են ապահովել համապատասխան ձեռնարկությունները (իրականացվում է միայն խոշոր ձեռնարկությունների կողմից): Սահմանված են ավտոտրանսպորտային միջոցների շարժիչներից արտանետվող՝ բանաձ գազերում պարունակվող աղտոտող նյութերի արտանետումների սահմանային թույլատրելի մակարդակները (ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 965-Ն, 22.06.2006թ.), բայց դրանց մշտադիտարկումը կանոնավոր կերպով չի իրականացնում:

- ՀՀ առողջապահության նախարարությունը հաստատում է խմելու ջրում քիմիական, կենսաբանական և ռադիոլոգիական աղտոտիչների հիգիենիկ նորմատիվները և ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ-ն ապահովում է դրանց կանոնավոր մշտադիտարկումը: Ջրի որակը վերահսկվում է նաև ջրամատակարարման օպերատորի կողմից, սակայն մի շարք նյութերի վերաբերյալ կանոնավոր հետազոտություններ չեն իրականացվում: Երկրում մարդու առողջության պաշտպանության նպատակով ջրի աղտոտիչների պարբերական հետազոտություն իրականացնող որևէ անկախ գործակալություն չկա:
- Մաքրման ենթակա ջրային աղտոտիչների մշտադիտարկումը մասնակիորեն է իրականացվում: Արդյունաբերական կեղտաջրերի մաքրման և ջրահեռացման վերահսկողությունն իրականացվում է ՀՀ բնապահպանության նախարարության կողմից:
- Ատորգետնյա ջրերի պաշտպանության նպատակով սահմանված են խմելու ջրի աղբյուրների և շինությունների սանիտարական պաշտպանության գոտիների ստանդարտներ (Շինարարական նորմեր և ՀՀ ԱՆ հրամաններ):
- 110 արդյունաբերական քիմիական նյութերի և 380 պեստիցիդների համար հաստատվել են հիգիենիկ նորմատիվներ (հողի որակին վերաբերվող հիգիենիկ պահանջները և սանիտարական նորմերը հաստատված են ՀՀ ԱՆ հրամանով՝ թիվ 01, 25.01.2010թ.):
- ՀՀ ԱՆ-ն կողմից սահմանվել են հանրային տարածքների անվտանգության ստանդարտներ՝ այնպիսի ֆիզիկական գործոնների համար, ինչպիսիք են աղմուկը, իոնացնող և ոչ իոնացնող ճառագայթումը, էլեկտրամագնիսական դաշտերը, լուսավորությունը և միկրոկլիմայական պայմանները (դպրոցներ, հոսպիտալներ և այլն):
- Շրջակա միջավայրի հիգիենայի բնագավառում ռիսկերի գնահատման մասնագիտական կարողությունները սահմանափակ են; աուդիտների անցկացման համար կան համապատասխան կադրային ռեսուրսներ, սակայն վերահսկողություն իրականացնող մասնագետները վերապատրաստման կարիք ունեն; տեղեկատվական տեղնուլոգիաները և լաբորատոր հազեցվածությունը չեն համապատասխանում միջազգային ստանդարտներին; ֆինանսական ռեսուրսները բավարար չեն; այլ գործակալությունների հետ համագործակցությունը թույլ է զարգացած; գիտական

հետազոտությունները սահմանափակ կիրառում են գտել ռիսկերի գնահատման գիտելիքների բազան ընդլայնելու և ռազմավարական առաջարկություններ մշակելու գործում:

- ՀՀ ԱՆ-ն ընդգրկված է ՀՀ կառավարության նախարարական սոցիալական կոմիտեի կազմում և մասնակցում է սոցիալական ոլորտին, այդ թվում շրջակա միջավայրի պաշտպանությանն առնչվող փաստաթղթերի նախագծերի քննարկման և ընդունման գործընթացներին: ՀՀ կառավարության աշխատակազմի սոցիալական վարչությունն ապահովում է միջոլորտային աշխատանքի շարունակականությունը, շրջանառելով համապատասխան փաստաթղթերն ու հանձնարարականները նախարարությունների միջև (տես նաև 2.4 և 2.6 գլուխներում): Ստեղծվում են միջգերատեսչական հանձնաժողովներ՝ համապատասխան ակտերի համատեղ մշակման համար; ընդունվում են համակատարող ոլորտների համատեղ հրամաններ՝ աշխատանքային խմբեր ձևավորելու վերաբերյալ; հրավիրում են համատեղ միջոլորտային նիստեր, այդ թվում ՄԱԿ-ի գործակալությունների մասնակցությամբ; գործում է նոր ակտերի, ռազմավարությունների և ծրագրերի (այդ թվում, շրջակա միջավայրի պաշտպանությանն առնչվող փաստաթղթերի) ազդեցության գնահատման ընթացակարգ: Այնուամենայնիվ, համատեղ նիստերն ու քննարկումները բավարար պարբերականությամբ չեն անցկացվում:
- Շրջակա միջավայրի պաշտպանության հարցերում այլ շահագրգիռ կողմերի հետ համագործակցության հստակ մեխանիզմներ չեն ձևավորվել, թեև, տեղական համայնքների, ՀԿ-ների և քաղաքացիների խնդրանքով, ՀՀ ԱՆ-ն և համակարգի խոշոր հաստատությունները երբեմն ձեռնարկում են նամակագրություն և հանդիպումներ հանրային ծառայություններ մատուցող կառույցների հետ, նպատակ ունենալով առաջարկել լուծումներ շրջակա միջավայրի պաշտպանության հիմնախնդիրների համար: Ընդհանուր առմամբ, բնակչության հետ հաղորդակցությունը ապահովվում է ՀՀ ԱՆ և նրա խոշոր կենտրոնների (ԱԱԻ, ՀՎԿԱԿ) տպագիր պարբերականների, ասուլիսների, կլոր սեղանների, հեռուստատեսային և ռադիո հեռարձակումների, մամլո հաղորդագրությունների և հոդվածների, այլ տպագիր ՁԼՄ-ների և սոցիալական ցանցերի միջոցով:

- Էկոլոգիական վնասների կանխարգելման համար գոյություն ունեն համապատասխան տուգանքներ և այլ պատժամիջոցներ, սակայն դրանց արդյունավետությունը հարցական է; վտանգներին արձագանքման կարողությունները թույլ են զարգացած:
- Հայաստանում առկա են ընդհանուր և գերատեսչական կանոնակարգեր՝ աշխատողների առողջության և աշխատանքային պայմանների անվտանգության ապահովման ստանդարտներ սահմանելու համար: ՀՀ ԱՆ հրամաններով հաստատվել են «Կազմակերպությունների աշխատատեղերում աշխատանքային գոտու օդում քիմիական նյութերի ՍԹԽ-ները» (թիվ 27-Ն, 06.12.2010թ.) և «Աշխատանքի հիգիենիկ դասակարգումը ըստ արտադրական միջավայրի վնասակար և վտանգավոր գործոնների, աշխատանքային գործընթացի ծանրության և լարվածության ցուցանիշների» (թիվ 756-Ն, 15.08.2005թ.) սանիտարական կանոնները և նորմերը (համապատասխանաբար N 2.2.5-004-10 N 2.2-002-05), որոնք նախատեսում են աշխատանքային միջավայրում մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական, կեսաբանական, էրգոնոմիկ և հոգեբանասոցիալական ռիսկերի կանխարգելման և վերահսկման միջամտություններ: Այնուամենայնիվ, աշխատավայրում առողջության ամրապնդման և առողջության պաշտպանության, ինչպես նաև մասնագիտական ռիսկերի առաջնային կանխարգելման կարողությունները թույլ են զարգացած: Գոյություն չունեն աշխատանքի հիգիենայի ծառայություններ (ծրագրեր)՝ ոչ պաշտոնական տնտեսության, գյուղատնտեսության և փոքր ձեռնարկությունների աշխատողների համար: Չկան պատշաճ կարողություններ՝ աշխատանքի հիգիենայի բնագավառում ռիսկերի կառավարման և մեղմացման ուղղությամբ հիմնական շահագրգիռ կողմերի հետ համագործակցելու և հաղորդակցվելու համար:
- Հայաստանի Հանրապետությունում, սննդամթերքի անվտանգության վերահսկման միասնական պետական մարմինը ՀՀ գյուղատնտեսության նախարարության Սննդի անվտանգության պետական ծառայությունն է (ՍԱՊԾ): Սննդի անվտանգության կանոնակարգերը ոչ ամբողջությամբ են համապատասխանում Կողեքս Ալիմենտարիուսի ստանդարտներին: ՍԱՊԾ-ն ապահովված է համապատասխան ռեսուրսներով, սակայն չունի մեծ կարողություններ՝ ռիսկերի գնահատման և համապատասխան ռազմավարությունների ձևակերպման համար (մասնավորապես,

կերակրի աղի և տրանս-ճարպերի ստանդարտներ չեն սահմանվում, սննդամթերքի հարստացման ռազմավարություններ չեն մշակվում):

- Հայաստանի Հանրապետությունում պացիենտների անվտանգության համար ստեղծված է օրենսդրական դաշտ (Բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենք, սանիտարական օրենսդրություն և այլն) և գործում են կազմակերպական մեխանիզմներ: Սանիտարական օրենսդրությամբ, ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված են անվտանգության ստանդարտներ բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող հաստատությունների համար (հիգիենիկ պայմաններ, օդափոխության նամակարգ և սարքավորումների վերանորոգում; արյան, հյուսվածքների և օրգանների անվտանգ հավաքում, տեղափոխում և այլն):
- Բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններից օգտվողների (սպառողների) պաշտպանության մեխանիզմները դեռևս լիարժեք չեն գործում: Բժշկական սխալի հստակ սահմանում չկա, թեև բժշիկը, ծանր հետևանքների բերող անփութության դեպքում, ենթակա է պատասխանատվության (ՀՀ Քրեական օրենսգիրք, հոդված 130); բուժհաստատություններում գոյություն ունի բողոքների ներկայացման համակարգ, թեև ոչ հանրնդհանուր; պացիենտների և ծառայություններ մատուցողների անվտանգության հարցերում ռիսկերի գնահատման պատշաճ կարողություններ չկան: ԱԱՊ հաստատություններում և հիվանդանոցներում ստեղծվել են որակի ապահովման կոմիտեներ (ՀՀ ԱՆ հրամաններ, թիվ1661-Ա, 18.11.2008թ.; թիվ 1116-Ա, 29.11.2014թ.); 2009-2010 թվականների ընթացքում, ԱՄՆ ՄԶԳ աջակցության իրականացվող ԱԱՊ բարեփոխումների նախագծի շրջանակներում 139 ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում ներդրվել են որակի վերահսկման մեթոդներ (ինքնագնահատում, մշտադիտարկման ցուցանիշներ, բժշկական քարտերի վերլուծություն, պացիենտների հետ հետադարձ կապ և այլն): Ծառայությունների որակի արտաքին գնահատումն իրականացվում է ՀՀ ԱՆ Պետական առողջապահական գործակալության և Առողջապահության պետական տեսչության կողմից:
- Ջուզահեռաբար, բոլոր բուժհաստատություններում ստեղծվել են Վարակի վերահսկման հանձնաժողովներ (ՀՀ ԱՆ հրաման No 3210-Ա, 10.12.2013թ.), որոնք պարտավոր են իրականացնել համապատասխան ծրագրեր: Բացի այդ, գոյություն

ունի ներհիվանդանոցային վարակների համաճարակաբանական հսկողության համակարգ (ՀՀ ԱՆ հրաման, թիվ 3023-Ա, 20.12.2014թ.), մշակվել են հաշվառման և հաշվետվության ձևեր, սակայն պատշաճ մշտադիտարկման համակարգ դեռևս չի ձևավորվել, մյուս հիմնական շահագրգիռ կողմերի հետ պատշաճ համագործակցություն և հաղորդակցություն չկա:

- Հայաստանում, ճանապարհային անվտանգության ապահովման օրենսդրական կարգավորումները սահմանվում են “Տրանսպորտի մասին” ՀՀ օրենքով (ՀՕ-201, 1998թ.): Ճանապարհային ենթակառուցվածքների (վերանորոգում, ճանապարհային նշաններ և այլն) և ընդհանուր տրանսպորտային (ներառյալ, հանրային) ցանցի անվտանգության հարցերը կարգավորվում են “Ավտոմոբիլային ճանապարհների մասին” (ՀՕ-240-Ն, 2006թ.) և “Ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ապահովման մասին” (ՀՕ-166-Ն, 2005թ.) ՀՀ օրենքներով: Գործում է “Ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության պարտադիր ապահովագրության մասին” ՀՀ օրենք (ՀՕ-63-Ն, 2010թ.): Հիմնական ռիսկի գործոնների՝ արագության սահմանափակումների, անսթափ վիճակում մեքենա վարելու, մոտոցիկլետային սաղավարտների, ամրագոտիների և անվտանգության այլ միջոցների վերաբերյալ պահանջները կարգավորվում են Վարչական իրավախախտումների մասին օրենսգրքի հոդվածներով և ՀՀ կառավարության որոշումներով (թիվ 995-Ն, 2009թ. և թիվ 924-Ն, 23.05.2002թ.):
- Տրավմատիզմի, այդ թվում ճանապարհատրանսպորտային պատահարների հետևանքների կանխարգելման ռազմավարությունն արտացոլված է ՀՀ ԱՆ “Տրավմատիզմի կանխարգելմանն ուղղված ռազմավարության” և “Տրավմատիզմի կանխարգելման 2015-2020 թվականների միջոցառումների ծրագրի” փաստաթղթերում (թիվ 2, 22.01.2015թ. և թիվ 55, 17.12.2015թ.): Ճանապարհային անվտանգության ապահովման բնագավառում կադրային, ֆիզիկական, ֆինանսական և վարչական ռեսուրսները բավարար չեն; ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տվյալները գոյություն ունեցող տեղեկատվական հոսքերից հասանելի չեն:
- Ոչ պարենային սպառողական ապրանքների անվտանգության ապահովման օրենսդրական դաշտը կազմված է “Սպառողների իրավունքների պաշտպանության մասին” (ՀՕ-197, 26.06.2001թ.) և ոչ պարենային ապրանքների անվտանգության

ապահովման ՀՀ օրենքներից: ՀՀ ԱՆ հրամաններով հաստատվել և գործում են սանիտարական կանոններ, նորմեր և տեխնիկական կանոնակարգեր՝ սպառողական ապրանքներին ներկայացվող հիգիենիկ և սանիտարա-համաճարակաբանական պահանջների վերաբերյալ: Դրանք ընդգրկում են հետևյալ 17 խմբի ապրանքները՝ պեստիցիդներ և ագրոքիմիկատներ; ախտահանիչ, միջատասպան և կրծողասպան միջոցներ; երեխաների և դեռահասների համար նախատեսված գրքեր և տպագրական արտադրատեսակներ; սիգարետներ և ծխախոտահումք; անձնական հիգիենայի միջոցներ; մանկական ապրանքներ; հագուստ, կոշիկեղեն; օժանելիք, կոսմետիկա և բերանի խոռոչի հիգիենայի միջոցներ; անհատական պաշտպանական միջոցներ; բժշկական արտադրատեսակներ և տեխնիկա; ջրամաքրման և ջրապատրաստման նյութեր, ռեագենտներ և սարքավորումներ; պոլիմերային և պոլիմեր պարունակող շինարարական նյութեր ու կահույք; օդի մաքրման սարքավորումներ և նյութեր; կենցաղային քիմիա և լաքաներկեր; իոնացնող և ռադիոակտիվ նյութեր պարունակող արտադրատեսակներ; մեքենաշինության, գործիքաշինության և էլեկտրատեխնիկայի արտադրանք; քիմիական և նավթաքիմիական արտադրանք

- Ոչ պարենային արտադրանքի շուկայի վերահսկողությունն իրականացնում է ՀՀ էկոնոմիկայի նախարարության Շուկայի վերահսկողության պետական տեսչությունը: Ոչ անվտանգ ապրանքների վերաբերյալ հաշվետվությունների ներկայացման համակարգ գոյություն չունի: Սպառողների անվտանգության ապահովման բնագավառում ռիսկերի գնահատման պատշաճ կարողություններ չկան: Սպառողների անվտանգության նորմերի կիրարկումն ու ռիսկերի մեղմացումը գտնվում է ՀՀ ԱՆ վերահսկողությունից դուրս, իսկ վտանգներին արձագանքման կարողությունները բավարար չեն:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Հայաստանում, մարդու առողջության պաշտպանությանն ուղղված գործունեությունը հենվում է կուռ և համապարփակ օրենսդրության վրա:

- ՀՀ կառավարության մակարդակում գոյություն ունեն միջոլորտային համագործակցության մեխանիզմներ:
- Շրջակա միջավայրի հիմնական աղտոտիչների համար սահմանված են նորմատիվներ, որոնք համապատասխանում են միջազգային համաձայնագրերի պահանջներին:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Որոշ բնագավառներում իրականացվող աուդիտները հնարավորություն չեն տալիս հստակորեն պարզել շրջակա միջավայրի հիգիենայի իրական վիճակը:
- Կայուն օրգանական աղտոտիչների (ԿՕԱ) կանոնավոր մշտադիտարկում չի իրականացվում:
- Միջոլորտային համագործակցության, ռիսկերի կառավարման և մեղմացման կարողությունները թույլ են զարգացած:
- Գիտական հետազոտությունները լայն կիրառում չեն գտել ռիսկերի գնահատման և ռազմավարական առաջարկությունների մշակման համար:
- Շրջակա միջավայրի պաշտպանության բնագավառում այլ շահագրգիռ կողմերի հետ (պետական կառավարման համակարգից դուրս) համագործակցության և հաղորդակցության մեխանիզմներ չեն ձևավորվել:
- Աշխատավայրում առողջության ամրապնդման և առողջության պաշտպանության գործառույթները և մասնագիտական ռիսկերի առաջնային կանխարգելման կարողությունները թույլ են զարգացած:
- Որոշ աղտոտիչների վերաբերյալ խմելու ջրում հետազոտություններ չեն իրականացվում: Կեղտաջրերի աղտոտիչների մշտադիտարկումը նույնպես անկանոն կերպով է իրականացվում:
- Մանիտարական օրենսդրությունը բնակարանային պայմանների և վնասակար նյութերի վերաբերյալ պահանջներ չի սահմանում՝ դրանց մշտադիտարկում չի նախատեսվում:
- Մնդի անվտանգության կանոնակարգերը մասնակիորեն են համապատասխանում Կողեքս Ալիմենտարիուսի ստանդարտներին: Կերակրի աղի և տրանս-ճարպերի համարն ստանդարտներ չկան:

- Բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններից օգտվողների պաշտպանության մեխանիզմները դեռևս լիարժեք չեն գործում և պացիենտների ու բուժաշխատողների անվտանգության հետ կապված ռիսկերի գնահատման կարողությունները պատշաճ մակարդակի վրա չեն գտնվում:
- Առողջապահության համակարգը լիարժեք տվյալներ չի ստանում ճանապարհատրանսպորտային պատահարների ռիսկի գործոնների վերաբերյալ և չունի ճանապարհային անվտանգության բնագավառում ռիսկերի գնահատման պատշաճ ներուժ:
- Ոչ անվտանգ ապրանքների վերաբերյալ տեղեկատվության համակարգ գոյություն չունի; սպառողական ապրանքների անվտանգության ապահովման բնագավառում ռիսկերի գնահատման պատշաճ կարողություններ չկան; համապատասխան նորմերի կիրարկումն ու ռիսկերի մեղմացումը գտնվում է ՀՀ ԱՆ վերահսկողությունից դուրս (վտանգներին արձագանքման կազմակերպական կարողությունները թույլ են զարգացած):

Բացատրագիր միջոլորտային համագործակցության վերաբերյալ

Բնակչության առողջության բարելավման գործում միջոլորտային համագործակցությունն (որոշումների ընդունումն ու գործողությունների իրականացումը) ունի էական նշանակություն, սակայն դրա ապահովումը հեշտ խնդիր չէ: ՀՀ կառավարության շրջանակներում ձևավորվել են կառույցներ և մեխանիզմներ, որոնք լիազորված են աջակցել միջոլորտային պլանավորմանն ու քաղաքականության մշակմանը (նախարարական կոմիտե սոցիալական հարցերի վերաբերյալ, գործադիր սոցիալական վարչություն, միջգերատեսչական հանձնաժողովներ, աշխատանքային խմբեր և այլն): Միջոլորտային համապարփակ մոտեցման հանձնառությունն արտացոլված է հանրային առողջապահության բազմաթիվ ծրագրերում՝ իրականացվում են համապատասխան գործողությունների պլաններ: Այդուհետ, հանրային առողջապահության մի շարք բնագավառներում, պաշտոնապես սահմանված համագործակցության մեխանիզմներ թեև կան (միջգերատեսչական հանձնաժողովներ և/կամ աշխատանքային խմբեր), սակայն դեռևս հիմնականում անտեսվում են (օրինակ, միկրոսննդատարրերի անբավարարության հաղթահարման, ճանապարհային անվտանգության ապահովման, առողջության սոցիալական որոշիչների գնահատման հարցերում): Ուստի, դժվարությունը կայանում է դրանց արդյունավետ գործադրման մեջ: Միջոլորտային գործողությունների համար խոչընդոտ է հանդիսանում բավականին տարածված մի տեսակետ, համաձայն որի առողջության բարելավումը միայն առողջապահության նախարարության պարտականությունն է: Ոլորտների միջև խիստ սահմանների առկայությունը, լինելով հնացած Խորհրդային պարադիգմայի մնացուկ, թույլ չի տալիս ընկալել առողջությունը որպես կոլեկտիվ

նպատակ (առավել առաջնահերթ): Թույլ միջոլորտային համագործակցությունն ունի մեկ այլ պատճառ՝ միջոլորտային ժամանակավոր կազմավորումների գործունեության իրավական շրջանակներն ապահովող ենթաօրենսդրական ակտերի (կառավարության արձանագրային որոշումների, նախարարական հրամանների) անհետևողական կիրարկումը, ապավինելով հիմնականում օրենքին:

2.4. Առողջության ամրապնդում, ներառելով սոցիալական որոշիչների վրա ազդեցության և առողջության պահպանման հարցերում անհավասարության կրճատման գործողությունները (ՀԱՀԳ 4)

Առողջության ամրապնդումն իրենից ներկայացնում է գործընթաց, որը հնարավորություն է տալիս մարդկանց ընդլայնել առողջության և դրա որոշիչների վերահսկումը և, այդպիսով, բարելավել սեփական առողջությունը: Այն նախատեսում է միջոցների ձեռնարկում ինչպես վարակիչ, այնպես էլ ոչ վարակիչ հիվանդությունների որոշիչների նկատմամբ և ընդգրկում է ապրելակերպի, գործելակերպի, շրջակա միջավայրի և սոցիալական պայմանների փոփոխությունների խրախուսումը՝ ի նպաստ մարդու և համայնքի սոցիալական զարգացման, որն ամրապնդում է հանրային առողջապահությունը և կրճատում է առողջությանն առնչվող սոցիալական անհավասարությունները ողջ սոցիալական գրադիենտով, խրախուսում է «առողջության մշակոյթ» համայնքի և մարդկանց շրջանում:

Սույն գործառույթի ինքնագնահատումը պարզել է հետևյալ հիմնական հարցերը՝

- ՀՀ կառավարության կառուցվածքը ներառում է կառույցներ և մեխանիզմներ, որոնց նպատակն է նպաստել միջոլորտային հարցերի շուրջ որոշումների կայացման գործընթացներին և համատեղ գործողությունների իրականացմանը (տես նաև ՀԱՀԳ 6): ՀՀ առողջապահության նախարարությունը հանդիսանում է ՀՀ կառավարության նախարարական սոցիալական կոմիտեի անդամ: Կոմիտեն, որպես կանոն, անցկացնում է շաբաթական նիստեր՝ սոցիալական ոլորտին վերաբերող կանոնակարգերի, այդ թվում ռազմավարությունների և պլանների քննարկման և

ընդունման համար: Կառավարության սոցիալական վարչությունը, որպես գործադիր ստորաբաժանում, շրջանառում է կառավարության հանձնարարականները նախարարությունների միջև: Կառավարության աջակցությամբ (ՀՀ Վարչապետի որոշմամբ) կարող են ձևավորվել միջգերատեսչական ռազմավարությունների և ծրագրերի համակարգման հանձնաժողովներ: ՀՀ ԱՆ-ն և համակատարող ոլորտները, անհրաժեշտության դեպքում, ընդունում են համատեղ հրամաններ՝ ձևավորում են միջոլորտային աշխատանքային խմբեր, ինչպես նաև հրավիրում են համատեղ նիստեր, այդ թվում ՄԱԿ-ի գործակալությունների աջակցությամբ և մասնակցությամբ: Այնուամենայնիվ, համատեղ նիստերն ու քննարկումները բավարար պարբերականությամբ չեն անցկացվում:

- Մի շարք բնագավառներում, միջոլորտային աշխատանքի զգալի մասը դեռևս գտնվում է պլանավորման և համակարգման սկզբնական փուլերում: Օրինակ, ճանապարհային ոստիկանությունն ավադաբար իրականացնում է առողջության ամրապնդման գործողություններ ԶԼՄ-ների միջոցով դպրոցական ծրագրերի շրջանակներում: ՀՀ ԱՆ-ն իր իսկ հեղինակած վնասվածքների կանխարգելման ռազմավարության միջոցով (2015թ.) և ճանապարհային ոստիկանության ու Արտակարգ իրավիճակների նախարարության հետ համագործակցության շրջանակներում, նախատեսում է մշակել վնասվածքների և դրանց ռիսկի գործոնների համաճարակաբանական հսկողության համակարգ և ճանապարհային ոստիկանության ու ԿԳՆ աջակցությամբ իրականացնել դպրոցական ծրագրեր (օրինակ, ներդնել «Տնից-դպրոց, դպրոցից-տուն՝ անվտանգ ճանապարհ» ծրագիրը): Մյուս օրինակներն ընդգրկում են ՀՀ ԱՆ կողմի պլանավորվող համատեղ աշխատանքները ՀՀ քաղաքաշինության (ֆիզիկական ակտիվության համար բարենպաստ կառուցապատված միջավայր ստեղծելու գործում) և ՀՀ գյուղատնտեսության , նախարարությունների հետ (առողջ սննդամթերքների և կերակրի աղի համընդհանուր յոդացման հարցերում) և այլն:
- ՀՀ կառավարությունը առողջության ամրապնդման համազգային գործողությունների համար խառը ֆինանսավորում պրակտիկորեն չի տրամադրում (տես նաև՝ *“Բացատրագիր միջոլորտային գործակցության վերաբերյալ”*, ՀԱՀԳ 3-ի բաժնում):
- ՀՀ ԱՆ շրջանակներում, առողջության ամրապնդման ծրագրերն առավել հաճախ իրականացվում են մասնագիտական (կառուցվածքային) ստորաբաժանումների՝

բժշկական օգնության քաղաքականության մոր և մանկան առողջության պահպանման վարչությունների, հանրային առողջապահության և հասարակայնության հետ կապերի բաժինների, ինչպես նաև հանրային առողջապահության ամենախոշոր հաստատությունների (ՀՎԿԱԿ, ԱԱԻ) և մի քանի գիտական կենտրոնների կողմից: ԱԱՊ հաստատությունները մասնակցում են առողջության ամրապնդման վերաբերյալ խորհրդատվության և տպագիր նյութերի բաշխման աշխատանքներում (թեև, սահմանափակ ժամանակի և մոտիվացիայի պարագայում): Սակայն, ՀՀ ԱՆ-ն չունի եզակի ստորաբաժանում կամ առողջության ամրապնդման գերակա ծրագիր, որի միջոցով (շնորհիվ) հնարավոր կլիներ ինտեգրել, համախմբել և ընդլայնել ընթացիկ գործողությունները և բնակչության մակարդակում առողջության ամրապնդմանն ուղղված միջամտությունները (համարվում է, որ ապրելակերպին առնչվող առողջության ամրապնդման աշխատանքը տարվում է ժամանակ առ ժամանակ, քիչ-քիչ): Արդյունքում, զանազան գործող սուբյեկտների՝ ՀՀ ԱՆ վարչությունների և բաժինների դերերն և պարտականությունները ՀԿ-ների և այլ շահագրգիռ կողմերի հետ համագործակցելու հարցեր մնում են չպարզաբանված: Ստորաբաժանումների գործողությունները հաճախ կրում են թերի և հատվածական բնույթ, իսկ երբեմն էլ կրկնորդվում են:

- Առողջության վրա ազգային բազմատեսակ ռազմավարությունների ազդեցության գնահատումը հանդիսանում է “Իրավական ակտերի մասին ՀՀ օրենքի պարտադիր պահանջ (տես ՀԱՀԳ 6): ՀՀ ԱՆ-ն այն լիազոր մարմինն է, որը պետք է ստանա առողջապահության համակարգից դուրս ձևավորված օրենքներն ու ռազմավարությունները և ապահովի առողջության վրա դրանց ազդեցության գնահատումը (ԱԱԳ): Այս պարտադիր ընթացակարգի միջոցով ՀՀ ԱՆ-ն ձգտում է ներազդել այլ ոլորտների քաղաքականության և գործողությունների վրա, նպատակ ունենալով ներազդել առողջության սոցիալական, էկոլոգիական և վարքագծային որոշիչների վրա: Սակայն, այս աշխատանքը դեռևս ապահովված չէ բազմակողմանի և ժամանակակից մեթոդաբանությամբ և վերապատրաստված կադրերով (համապատասխան կոնկրետ ուղեցույցներ դեռևս չեն մշակվել):
- Առողջության ամրապնդման գործողություններում տեղական համայնքների և քաղաքացիական հասարակության ներգրավումն ու մասնակցությունը տեղի է

ունենում միջազգային դոնոր կազմակերպությունների՝ մասնավորապես ԵՄ, ԱՄՆ ՄԶԳ, ՄԱԿ-ի ՄԱԶԾ, ՅՈՒԻՍԵՖ-ի և այլ միջազգային դոնորների աջակցությամբ իրականացվող նախագծերի շրջանակներում: Բայց, այս գործընկերային ծրագրերը կայուն չեն: Բնակչության խոցելի խմբերի կամ համայնքների համար իրականացվող տեղեկատվական/քարոզչական ծրագրերը նույնպես կախված են դոնորների աջակցությունից:

- Հանրային խմբերի մասնակցությունը առողջության ամրապնդման առաջնահերթությունների սահմանման և ռեսուրսների հատկացման հարցում սահմանափակ է: Հայտնի են առողջության ամրապնդմանն ուղղված “Պետական-մասնավոր գործընկերության” (թերևս կարճաժամկետ ու սահմանափակ) ընդամենը մի քանի օրինակներ՝ դրանք ընդգրկում են երկրում գործող ինտերնետ պրովայդերներին և խոշոր սուպերմարկետներին, որոնք աջակցում են առողջ ապրելակերպի խրախուսմանը, մասնավորապես տարածելով համապատասխան հաղորդագրություններ և մակագրություններ: Այսպիսի հատուկենտ և կարճաժամկետ միջոցառումներն առաջընթացի առումով վկայություններ չեն տալիս, քանի որ դրանք չեն նախատեսում ցուցանիշների և թիրախների վրա հիմնված գնահատում:
- Երկրում ծխախոտի դեմ պայքարի քաղաքականությունը մշակվել և իրականացվում է ԱՆ/ԱԱԻ ղեկավարությամբ և, ընդհանուր առմամբ, համահունչ է ԱՀԿ Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիային (ԾՊՇԿ): Արդյունքների մասին վկայում են հետևյալ ամփոփ ցուցանիշները՝
 - իրականացվում է ՀՀ կառավարության թիվ 475-Ն որոշմամբ հաստատված (29.04.2010թ.) Հայաստանի Հանրապետությունում ծխելու դեմ պայքարի 2010-2015 թվականների պետական ծրագիրը,
 - ընդունվել է “Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին” ՀՀ օրենքը (ՀՕ-72-Ն, 2004թ.),
 - ներդրվել են ծխախոտի պահանջարկի և օգտագործման կրճատման միջոցառումներ, ներառյալ գնային և հարկային միջոցները, աշխատավայրը, հանրային տրանսպորտը և այլ փակ տարածքները ծխախոտի ծխից լիարժեքորեն զերծ պահելու պահանջները, ծխախոտի գովազդի և անչափահասներին ծխախոտի վաճառքի արգելքները,

- իրականացվում են կրթման, հաղորդակցման, վերապատրաստման և հանրային իրազեկման աշխատանքներ; ԱԱՊ մակարդակում բուժաշխատողները վերապատրաստվել են ՀՀ ԱՆ կողմից ընդունված ուղեցույցներով; իրականացվում են հեռուստատեսային, ռադիո և այլ լրատվական հաղորդումներ և միջոլորտային միջոցառումներ՝ ՀԿ-ների մասնակցությամբ,
- առողջապահության համակարգի շրջանակներում անմիջական աջակցություն ծխելը թողնելու ցանկություն ունեցողներին (ազգային ուղեցույց, հաստատված նախարարի հրամանով, 2013թ.).
- Ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի առանձին (ավտոնոմ) ռազմավարություն չկա, բայց գործում են որոշակի սահմանափակումներ: Ալկոհոլի վաճառքը անչափահասներին արգելվում է; պաշտոնապես 18 տարեկանը սահմանված է ալկոհոլ վաճառելու նվազագույն տարիք: Մարքետինգի, հովանավորության և գովազդի սահմանափակումները և արգելքները ներկայացված են “Գովազդի մասին” ՀՀ օրենքում; ալկոհոլային խմիչքների ուժգնության հետ կապված մինիմալ գնային քաղաքականությունը ներառված է “Ակցիզային հարկի մասին” ՀՀ օրենքում: Գործում են օրենքով սահմանված կարգավորումներ և կիրարկման միջոցներ, որոնց նպատակն է զսպել ալկոհոլի օգտագործումը վարորդների կողմից (մեքենա վարելիս՝ արյան մեջ մաքուր ալկոհոլի խտությունը 0,4 գ/լիտր, արտաշնչած օդի մեջ՝ 0,2 մգ/լիտր): Ալկոհոլի չարաշահման և ալկոհոլի հետ կապված խանգարումների ազգային ռազմավարության մշակումը ներկայացված է որպես “Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրի” բաղադրիչ: Սպասվում է, որ ալկոհոլի վերաբերյալ առանձին/ավտոնոմ ռազմավարությունը կդրվի շրջանառության 2016 թվականի վերջին:
- **ՀՀ Նախագահի կարգադրությամբ (ՆԿ-91-Ն, 18.05.2011թ.) հաստատվել է ՀՀ պարենային անվտանգության ապահովման հայեցակարգը, այնուհետև, ՀՀ կառավարության որոշմամբ (թիվ 1522-Ն, 13.10.2011թ.), հայեցակարգից բխող միջոցառումների ծրագիրը:** Վերջինս, ի թիվս այլ կարևոր միջոցառումների, նախատեսում է “Մպատողների առողջության համար սննդամթերքի անվտանգության համակարգի զարգացում, սանիտարիայի և բուսասանիտարիայի վիճակի բարելավում”, ինչպես նաև “Բնակչության սանիտարահամաճարակային

անվտանգության ապահովում”: ՀՀ կառավարության թիվ 50 արձանագրային որոշմամբ (27.11.2014թ.) հաստատված “Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագիրը” ընդգրկում է սահմանափակումներ անառողջ սնվելու վերաբերյալ (ներառյալ, երեխաների համար անառողջ սննդատեսակների մարքեթինգի սահմանափակումները կամ արգելումը): Մնուցման ռազմավարության իրականացման և սննդամթերքի հիգիենային ներկայացվող պահանջների կատարման օրենսդրական կարգավորումներն արտացոլված են “Սննդամթերքի անվտանգության մասին” (ՀՕ 135-Ն, 21.06.2014թ.) և “Սննդամթերքի անվտանգության պետական վերահսկողության մասին” ՀՀ օրենքներով (ՀՕ 143-Ն, 21.06.2014թ.):

- Մսնդի անվտանգության վերահսկումն իրականացվում է Մսնդի անվտանգության պետական ծառայության (ՄԱՊԾ) կողմից: ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության բաժինը, մոր և մանկան առողջության պահպանման վարչությունը և ՀՎԿԱԿ-ը պատասխանատու են քաղաքականության, ռազմավարությունների և ուղեցույցների մշակման համար:
- Համայնքային/հանրային հաստատություններում (ցերեկային խնամքի կենտրոններ, դպրոցներ և մանկապարտեզներ) սնուցման ստանդարտները սահմանվում են ՀՀ ԱՆ հրամաններով հաստատված սանիտարական հետևյալ կանոններով և նորմերով՝ «Հանրակրթական ուսումնական հաստատություններում սովորողների սննդի կազմակերպմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N 2.3.1-02-2014 (06.06.2014թ., թիվ 32-Ն) և «Նախադպրոցական ուսումնական հաստատություններում երեխաների սննդի կազմակերպմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N 2.3.1-01-2013 (12.08.2013թ., թիվ 42-Ն): Խոցելի խմբերի համար (ՄԱԿ-ի ՊՀԾ աջակցությամբ) ներդրված է “Կայուն սնուցման ծրագիր” (5 մարզերում՝ 60. 000 դպրոցականների համար):
- Երկրում ֆիզիկական ակտիվության խթանման առանձին (ավտոնոմ) ռազմավարություն դեռևս չի մշակվել (դրա մի քանի բաղադրիչները ներառված են առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրում), համապատասխան ուղեցույցներ գոյություն չունեն, առկա են միայն ստանդարտներ սպորտային դպրոցների համար: Երիտասարդ խորհրդականների և երիտասարդական ՀԿ-ների նախաձեռնությամբ իրականացվում են ֆիզիկական ակտիվության խթանման

միջոցառումներ (մարաթոնյան վազք, հեծանվավազք և այլն): Ֆիզիկական ակտիվության խթանմանն ուղղված բազմակողմ միջոցառումային նախաձեռնություններում ՀՀ ԱՆ-ն դեռևս առաջատար դեր չի ստանձնում:

- Հայաստանում հիվանդությունների բեռի գերակշիռ մասի համար պատասխանատու են առողջության հիմնական վարքագծային որոշիչները՝ ծխելը, սննդակարգի հետ կապված ռիսկերը, ֆիզիկական պասիվությունը և ալկոհոլի չարաշահումը: Առկա վիճակագրական տվյալները ցույց են տալիս՝
 - **Ծխելու** վերաբերյալ տվյալները հավաքվում են ՀԲ աջակցությամբ իրականացվող հարցախույզի շրջանակներում, իսկ երիտասարդների շրջանում ծխախոտի օգտագործման միտումները բնութագրող իննֆորմացիան ստացվում է “Դպրոցահասակ երեխաների առողջապահական վարքագիծը” հետազոտության միջոցով: Ծխելու տարածվածությունը 20 տարեկան և դրանից բարձր տարիքի տղամարդկանց շրջանում կազմել է 55.7% , իսկ կանանց շրջանում 2.9% (2007-2012 թվականներին, ամենօրյա ծխող տղամարդկանց թիվն էական փոփոխություն չի կրել); ծխախոտի դեմ պայքարի աշխատանքները համահունչ են ԾՊՇԿ հիմնադրույթներին (տես վերևում), սակայն դրանք, ըստ երևույթին, հետևողական բնույթ չեն կրում և կարիք ունեն հետագա ամրապնդման/ընդլայնման; ընթացիկ միջոցառումների լիարժեք կիրարկումը շարունակում է մարտահրավեր մնալ:
 - **Ալկոհոլի** սպառումը մեծահասակ բնակչության շրջանում (ԱՀԿ Ալկոհոլի և առողջական վիճակի համաշխարհային զեկույց, 2014թ.) կազմել է 5.3 լիտր, ըստ մաքուր ալկոհոլի (2008-2010թ.թ. միջին ցուցանիշ), ցուցաբերելով փոքր աճ (8%)՝ 2003-2005թ.թ. նույնանուն ցուցանիշի համեմատ: 2010 թվականին, Հայաստանում ալկոհոլի մեծածավալ օգտագործման տարածվածության միջին ցուցանիշը կազմել է 37.9% տղամարդկանց և 2.3% կանանց շրջանում: Ալկոհոլը չարաշահելու սովորություն ունեցող անձանց մասնաբաժինը 15 տարեկան ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց շրջանում կազմել է 11.2%; այս ցուցանիշը կանանց համար կազմում է 0,5%:
 - **Մնուցում և ֆիզիկական ակտիվություն:** Մեծահասակ բնակչության շրջանում, 20 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց 55.5%-ը եղել է գերքաշ և 24.0%-ը ճարպակալած (2008թ. հարցախույզ): Գերքաշության տարածվածության

ցուցանիշը տղամարդկանց մոտ եղել է ավելի ցածր (48.6%), քան կանանց մոտ (60.9%): Գեր տղամարդկանց և կանանց համամասնությունը կազմել է համապատասխանաբար 14.3% և 31.7%: Ավելորդ քաշը սկսում է դրսևորվել 15-19 տարեկանների խմբում, որտեղ տասը դեռահասներից մեկը կամ գերքաշ է կամ էլ ճարպակալած: Այնուհետև, 20-29 տարեկանների ավելի քան 25%-ը, 30-39 տարեկանների 50%-ը, 40-49 տարեկանների 70%-ը և 50-59 տարեկանների 75%-ը ունեն ավելորդ քաշ: Դեռևս շատ քիչ բան է արվել սննդամթերքի և ըմպելիքների շուկայում երեխաներին ուղղված մարքեթինգի սահմանափակման համար: Անբավարար ֆիզիկական ակտիվությունը ավելի սովորական երևույթ է կանանց շրջանում (2012թ. հարցախույզ) և ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածության ցուցանիշը ավելի ցածր է գյուղական շրջաններում: Այս ցուցանիշը բարձր է 15-19 տարեկանների խմբում և նվազում է մինչև ամենացածր կետը 30-39 տարեկանների մոտ: Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը սկսում է աճել այդ տարիքից, հասնելով իր գագաթնակետին 70 և ավելի բարձր տարիքում: Անբավարար ֆիզիկական ակտիվությունն ավելի սովորական է բարձր կրթական մակարդակ ունեցող անձանց մոտ: Անհրաժեշտ են շարունակական հետազոտություններ՝ ֆիզիկական ակտիվության, սնուցման և ճարպակալման միտումները ավելի լավ գնահատելու համար; առ այսօր կուտակված տվյալների մեծամասնությունը վերաբերվում է երիտասարդներին; ազգային մակարդակում ՈՎՀ ռիսկի գործոնների վերաբերյալ կանոնավոր հարցախույզեր գոյություն չունեն:

- Երկիրն ունի խտրականության դեմ պայքարի օրենսդրություն՝ հաստատվել են Գենդերային քաղաքականության հայեցակարգը և 2011-2015 թվականների գործողությունների միջգերատեսչական պլանը (ՀՀ կառավարության որոշումներ, թիվ 5, 11.02.2010թ. և թիվ 19, 05.05.2011թ.):
- Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի չարաշահման դեմ պայքարի օրենսդրական դաշտ կազմված է «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին ՀՀ օրենքից (2002թ.) և Թմրամոլության և թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի 2009-2012 թվականների ազգային ռազմավարությունից: Սկսած 2001 թվականից երկրում գործում է Թմրամիջոցների դեմ պայքարի միջգերատեսչական

հանձնաժողով: 2014 թվականին ՀՀ ԱՆ/ԱԱԻ կողմից հրապարակվել է թմրամիջոցների չարաշահման ազգային զեկույցը, որը ներկայացնում է երկրում թմրամուլության վիճակի ամբողջական պատկերը, ինչպես ապօրինի նյութերի այնպես էլ հոգմետ դեղամիջոցների վերաբերյալ: ՀՀ ԱՆ գլխավոր մասնագիտացված հաստատությունն այս բնագավառում հանդիսանում է Հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոնը, որը հիմնականում զբաղվում է թմրամուլության կլինիկական ասպեկտներով (բժշկական օգնություն և սպասարկում), ուստի հանձնարարություններ չի ստանում և չի ներգրավվում հանրային առողջապահության ռազմավարությունների մշակման կամ համապատասխան միջամտությունների իրականացման գործընթացում (կանոնադրությունը չի նախատեսում) և չունի առաջնորդության դերակատարություն բազմոլորտ նախաձեռնություններում:

- Հոգեբուժական ծառայությունների գործունեությունը կարգավորվում է հոգեբուժական օգնության մասին ՀՀ օրենքով (2004թ.); ՀՀ կառավարության 07.04.2014թ թիվ 15 արձանագրային որոշմամբ հաստատվել է հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման ռազմավարությունը 2014-2019 թվականների միջոցառումների ցանկը:
- Հայաստանն ունի տրավմատիզմի կանխարգելմանն ուղղված գործունեության կարգավորման օրենսդրական դաշտ, կազմված ՀՀ աշխատանքային օրենսգրքից (ՀՕ-124-Ն, 2004թ.) և “Ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ապահովման մասին” ՀՀ օրենքից (ՀՕ-166-Ն, 2005թ.); գործում է նաև ճանապարհատրանսպորտային պատահարներից (ՃՏՊ) տուժածներին օգնություն ցույց տալու կարգ (թիվ 1327-Ն, 18.10.2012թ.); ՀՀ Վարչապետի որոշմամբ ստեղծվել է ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ազգային խորհուրդ (թիվ 211-Ա 30.03.2010թ.), որն ունի կարևոր նշանակություն ազգային և միջազգային մակարդակներում ինֆորմացիայի փոխանակման համար: Վերջերս, ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշումներով հաստատվել են տրավմատիզմի կանխարգելման ռազմավարությունը (թիվ 2, 22.01.2015թ.) և 2015-2020թ.թ. միջոցառումների ծրագիրը (թիվ 55, 17.12.2015թ.): Տրավմատիզմի կանխարգելման գործում կարևոր դերակատարություն ունեն ՀՀ ԱՆ-ն և նախարարության արտակարգ իրավիճակների և զորահավաքային նախապատրաստության բաժինը, ՀՀ արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը

(ԱԻՆ), ինչպես նաև ՀՀ ոստիկանությունը: Կանանց նկատմամբ բռնության կանխարգելման ռազմավարությունը ներկայացված է Գենդերային քաղաքականության հայեցակարգում (2010թ.) և Միջուկորտային ռազմավարական պլանում (2011-2015թ.թ.): Երեխաների նկատմամբ բռնության կանխարգելումը՝ Երեխաների առողջության պահպանման 2010-2015 թվականների ռազմավարությունում (ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 37, 10.09. 2009թ.): Բժիշկների, բուժքույրերի և շտապօգնության վարորդների ուսումնական ծրագրերը թարմացվել և հաստատվել են ՀՀ ԱՆ հրամանով (2010թ.): արտակարգ իրավիճակների ծառայությունների բժշկական անձնակազմի համար կազմակերպվել են վերապատրաստման դասընթացներ՝ Երևանում և բոլոր 10 մարզերում: ՀՀ ԱՆ-ն գտնում է, որ անհրաժեշտ է իրականացնել ուսումնական դասընթացներ նաև ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների համար, օգտագործելով Բռնության և վնասվածքների կանխարգելման ԱՀԿ ուսումնական ծրագիրը (TEACH ծրագիր):

- Առողջության սոցիալական որոշիչներին և առողջությանն առնչվող հարցերում սոցիալական արդարությանն անդրադարձ է արվում առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգում և որոշ ընթացիկ ծրագրերում: Հայեցակարգը ներկայացնում է ՀՀ ԱՆ հանձնառությունը ձևավորելու սոցիալական ուղղվածություն ունեցող համակարգ: Սակայն այն չի առաջադրում կոնկրետ ռազմավարություններ կամ ծրագրեր/թիրախներ, ուղղված առողջության մակարդակների միջև գոյություն ունեցող անհավասարությունների կրճատմանը (երկրի “առողջության սոցիալական գրադիենտով”): Փաստաթղթում առաջարկվում է հստակորեն սահմանել պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիմնական ծառայությունների փաթեթից (ՀԾՓ, անգլ.՝ BBP) օգտվող անձանց կատեգորիաները, հաշվի առնելով “առկա պետական բյուջեի հնարավորությունները”: Հայաստանում ՀԾՓ-ն ներդրվել է 1998 թվականին՝ սկսած 2000 թվականից այն ընդգրկում է ԱԱՊ-ը, մանկաբուժական և մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունները, **սոցիալապես անապահով խմբերի բժշկական օգնությունը**, վարակիչ հիվանդությունների և որոշ ՌՎՀ հսկողությունը և անհետաձգելի բուժօգնությունը, ինչպես նաև առանձին մասնագիտացված ծառայություններ (տես նաև 2.8 գլխում):

- Հայաստանում, առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ առանձին գրված (ավտոնոմ) ռազմավարություն գոյություն չունի: Առողջության որոշ սոցիալական որոշիչներ (օրինակ, եկամուտները, կրթության մակարդակը) դիտարկվում են տնային տնտեսությունների հետազոտությունների համատեքստում (ԺԱՀՀ՝ միկրոսնդատարների անբավարարություն և երեխաների աճի ցուցանիշներ, ՕՔՄՖԱՄ՝ սնուցման հարցախույզ, ՊՀԾ՝ աննդի ապահովվածության, խոցելիության և սնուցման վերլուծություն): Այս հետազոտությունների արդյունքում ստացված ներկայացուցչական վիճակագրությունն օգտագործվել է հանրային առողջապահության բնագավառում համապատասխան ռազմավարություններ մշակելու և դրանց իրականացումը խթանելու համար: Թիրախավորված ցուցանիշների, այդ թվում եկամուտների և կրթության մակարդակների անհավասարության, առողջ միջավայրի հասանելիության և աշխատանքի տեղավորման հնարավորությունների մշտադիտարկման համար ինֆորմացիոն համակարգեր չկան (“առողջություն – սոցիալական կարգավիճակ” փոխազդեցության գնահատման համար):
- Որոշումների ընդունման մակարդակում (առողջապահության համակարգի ներսում և հատկապես համակարգից դուրս), ՀՀ ԱՆ-ն առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ սիստեմատիկ քարոզչություն չի իրականացնում՝ այնպիսի քարոզչություն, որը կարող է նպաստել արդյունավետ ծրագրերի մշակմանը, հիմքում ունենալով հստակ և չափելի արդյունքներ, որոնց շնորհիվ հնարավոր է որոշել առողջության սոցիալական որոշիչների ազդեցության և առողջության մակարդակների (խուսափելի) անհավասարության համար այդ որոշիչների պատասխանատուության չափը:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Երկրում ձևավորվել է օրենսդրական դաշտ (առողջության ամրապնդման ծրագրերը հաստատված են ՀՀ կառավարության որոշումներով) և գոյություն ունեն կառույցներ (ԱՆ բաժիններ և գործակալություններ)՝ առողջության ամրապնդմանն ուղղված միջոցառումներ առողջապահության համակարգի ներսում և դրանից դուրս

պլանավորելու և իրականացնելու համար (համագործակցության ժամանակավոր մեխանիզմների հիման վրա):

- Ապահովվում է առաջխաղացում ԱՀԿ ԾՊՇԿ դրույթների իրագործման ուղղությամբ, իրականացնելով ծխախոտի դեմ պայքարի առանձին (ավտոնոմ) ռազմավարություն: Ներդրվել են իրավակարգավորման մեխանիզմներ ծխախոտի օգտագործման կրճատման, ծխախոտի ծխից պաշտպանվելու, ծխախոտի գովազդի և անչափահասներին վաճառքի արգելման համար; իրականացվում են ԻԿՀ և այլմիջոցառումներ:
- ՀՀ ԱՆ-ն հաստատել է իր հանձնառությունը և մշակել է հստակ պլան՝ առանձին (ավտոնոմ) ազգային ռազմավարություն մշակելու (2016-ի վերջին) և ակոհոլի չարաշահման ու ակոհոլի հետ կապված խանգարումների կանխարգելման ընթացիկ միջամտություններն ընդլայնելու վերաբերյալ:
- ՀՀ ԱՆ-ն արտահայտել է իր հանձնառությունը անդրադառնալու առողջության սոցիալական որոշիչներին և առողջությանն առնչվող սոցիալական արդարության հարցերին: Գոյություն ունի առողջապահական ծրագիր (անվճար ծառայությունների տրամադրումով), բնակչության խոցելի և անապահով խմբերի կարիքները բավարարելու համար:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Առողջության ամրապնդման հարցերում միջոլորտային որոշումների կայացումն ու գործողությունների իրականացումը սահմանափակ բնույթ է կրում; համատեղ միջոլորտային նիստերն ու քննարկումները բավարար պարբերականությամբ չեն անցկացվում; առողջության ամրապնդման համազգային գործողությունների միացյալ ֆինանսավորման պրակտիկա գոյություն չունի; ՀՀ ԱՆ-ն չունի բազմակողմանի և ժամանակակից մեթոդներ և վերապատրաստված կադրեր՝ առողջապահության համակարգում, ինչպես նաև համակարգից դուրս մշակված ռազմավարությունների վերաբերյալ “առողջության վրա ազդեցության գնահատում” (ԱԱԳ) իրականացնելու համար:

- ԱՆ կազմում չկա եզակի մարմին և չի մշակվել գերակա պլան՝ առողջության ամրապնդմանն ուղղված ընթացիկ գործողությունների և բնակչության մակարդակում իրականացվող միջամտությունների համախմբման և ընդլայնման համար:
- Առողջության ամրապնդման առաջնահերթությունների սահմանման և ռեսուրսների հատկացման հարցում հանրության մասնակցությունը բավարար չէ: առողջության ամրապնդման ծրագրերում տեղական համայնքների և քաղաքացիական հասարակության մասնակցությունը պայմանավորված է սահմանափակ դոնորական աջակցությամբ: “պետական-մասնավոր գործընկերությունը” բավարար չի զարգացել, որպեսզի կարողանա էականորեն նպաստել առողջության բարելավմանը (ՀՀ ԱՆ-ն առաջատար դեր չի ստանձնում):
- Ծխախոտի դեմ պայքարի միջոցառումները, թեև համահունչ են ԱՀԿ ԾՊՇԿ հիմնադրույթներին, այդուհանդերձ բավարար հետևողականությամբ չեն իրականացվում և կարիք ունեն հետագա ամրապնդման ու ընդլայնման (հաշվի առնելով ծխախոտի օգտագործման բարձր տարածվածությունը տղամարդկանց շրջանում): ընթացիկ միջոցառումների կիրարկումը թերևս շարունակում է մարտահրավեր մնալ:
- Մեծահասակ բնակչության ֆիզիկական ակտիվության, սնուցման և ճարպակալման միտումները բնութագրող տվյալները բավարար չեն առողջության ամրապնդման համապատասխան բնագավառներում քաղաքականության մշակման և գործողությունների իրականացման համար (ընդհանուր առմամբ, ՌՎՀ ռիսկի գործոնների վերաբերյալ ազգային մակարդակում կանոնավոր հարցախույզեր չեն իրականացվում; տես նաև 2.1 գլխում):
- Երեխաների առողջության համար անբարենպաստ սննդամթերքի և ըմպելիքների մարքեթինգի կրճատման ուղղությամբ դեռևս շատ թիչ քայլեր են ձեռնարկվում:
- Առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ առանձին (ավտոնոմ) ռազմավարություն չկա: Այդ որոշիչների դիտարկման և առողջության մակարդակների խուսափելի (սոցիալապես անարդար) անհավասարության կրճատման ուղղությամբ արդյունավետ համագործակցություն չի ձևավորվել (գերատեսչությունների և բազմաթիվ այլ շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ): Որոշումների ընդունման մակարդակում առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ բավարար

քարոզչություն չի իրականացվում; հետազոտական գործունեություն չի ծավալվում; պատշաճ բյուջե չի տրամադրվում; չկա ինֆորմացիոն համակարգ՝ համապատասխան թիրախային, այդ թվում եկամուտների և կրթության, առողջ միջավայրի և զբաղվածության ցուցանիշները դիտարկելու համար:

2.5. Հիվանդությունների կանխարգելում, ներառյալ առողջության խանգարման վաղ հայտնաբերումը (ՀԱՀԳ 5)

Հիվանդությունների կանխարգելման գործառույթը նպատակաուղղված է ինչպես վարակիչ, այնպես էլ ոչ վարակիչ հիվանդություններին (ՈՎՀ):

Առաջնային կանխարգելման ծառայություններն ընդգրկում են երեխաների, մեծահասակների և տարեց մարդկանց վակցինացիան, ինչպես նաև, վարակի հետ շփում ունեցած անձանց վակցինացիան կամ հետկոնտակտային կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացումը: Առաջնային կանխարգելման միջոցառումները նաև ընդգրկում են՝ առողջությանը սպառնացող վարքագծային և բժշկական ռիսկերի վերաբերյալ ինֆորմացիայի տրամադրումը, ինչպես նաև խորհրդատվական աջակցություն և միջոցների ձեռնարկում, ուղղված այդ ռիսկերի կրճատմանը անհատական և համայնքային մակարդակներում; համակարգերի և ընթացակարգերի պահպանումը, նպատակ ունենալով ապահովել առողջության առաջնային պահմանման և մասնագիտացված բուժօգնության ծառայությունների ներգրավումը հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերում; երեխաների և մեծահասակների համար վակցինաների արտադրության և գնումների ապահովումը; վակցինաների պաշարների պահեստավորումը, ըստ անհրաժեշտության; սննդի և սննդային հավելումների արտադրության և գնումների կազմակերպումը:

Երկրորդային կանխարգելումն ընդգրկում է այնպիսի միջոցառումներ, ինչպիսիք են հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման ապացուցահեն սկրինինգային ծրագրերը, մոր և մանկան առողջության պահպանման ծրագրերը, ներառյալ բնածին արատների սկրինինգը և կանխարգելումը, քիմիոպրոֆիլակտիկ միջոցների արտադրության գնումների կազմակերպումը; հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման սկրինինգային թեստերի արտադրության և գնումների կազմակերպումը, ինչպես նաև ընթացիկ և հետագա հնարավոր կարիքների բավարարման ներուժի ամրապնդումը:

Երրորդային կանխարգելումն ընդգրկում է որոշակի հիվանդությամբ տառապող հիվանդների վերականգնողական բուժումը, նպատակ ունենալով նվազագույնի հասցնել մնացորդային հաշմանդամության երևույթներն ու հիվանդության բարդությունները և առավելագույնի հասցնել լիարժեք կյանքի տևողությունը, այդպիսով բարելավելով կյանքի որակը, եթե նույնիսկ բուն հիվանդությունը հնարավոր չէ բուժել: **Չորրորդային կանխարգելումը** պետք է միջոցներ ձեռնարկի պացիենտներին ավելորդ բժշկական միջամտություններից զերծ պահելու համար, առաջարկելով էթիկական այլընտրանք:

Սույն գործառույթի վերաբերյալ իրականացված ինքնագնահատումը հնարավորություն է տվել պարզել հետևյալ առանցքային հարցերը՝

- **Իմունականխարգելման ազգային ծրագիրը (ԻԱԾ)** վայելում է ԱՆ քաղաքական աջակցությունը, որն արտահայտվում է ԻԱԾ նկատմամբ ոլորտի ղեկավարության շարունակական հանձնառությամբ և, ի թիվս այլոց, դրա իրականացման հարաճուն ֆինանսավորմամբ: ԻԱԾ նորմատիվային փաստաթղթերը բխում են ԱՀԿ ուղեցույցներից և հասանելի են բուժաշխատողներին՝ բոլոր մակարդակներում: “Հանրային առողջապահության մասին” ՀՀ օրենքի նախագիծը (կղրվի շրջանառության 2016թ. երկրորդ կեսից) պարունակում է հատուկ գլուխ պատվաստումների (վակցինացիայի) վերաբերյալ, որտեղ սահմանված են մի շարք պարտադիր դրույթներ, ներառյալ պատվաստումներից հրաժարվելու դեպքում քաղաքացիների իրավունքների սահմանափակման դրույթը: Իմունականխարգելման քաղաքականությունը պարբերաբար թարմացվում է (5-ամյա ժամանակահատվածում) և հաստատվում է ՀՀ կառավարության կողմից (վերջին որոշումը՝ թիվ 46-Ն, 14.01.2010թ.): Այն արտացոլում է ծրագրի նպատակները, ռազմավարությունը և գործողությունների պլանը, ընդհանուր ֆինանսական նախահաշիվը: Ի լրումն, ԻԱԾ-ն ունի բազմամյա պլան, որը պարունակում է մանրակրկիտ կերպով մշակված ֆինանսական բաղադրիչ: ԻԱԾ շրջանակներում, բոլոր պատվաստանյութերն ու ծառայություններն անվճար են: Պատվաստումների ազգային օրացույցը հետևում է ԱՀԿ կողմից պլանային իմունիզացիայի վերաբերյալ մշակված առաջարկություններին: Պատվաստումների (վակցինացման) ծառայությունները հեշտ հասանելի և անվճար են նպատակային խմբերի համար՝ դրանց ընդգրկվածության ցուցանիշը հիմնականում հավասար է կամ գերազանցում է 95%-ը: Ընդհանուր առմամբ, վակցինացման ծառայությունները հասանելի են բոլորին՝ ռազմավարությունը տարբերություն չի դնում որևէ հատուկ խմբի համար:
- **Տեղեկատվություն բուժհաստատությունների կողմից՝ վարքագծային և բժշկական ռիսկերի վերաբերյալ:** ՀՀ առողջապահության նախարարության ստորաբաժանումները համակարգում և խրախուսում են հանրային առողջապահության կենտրոնների և բուժհաստատությունների համագործակցությունը բնակչության մակարդակում տեղեկատվական քարոզարշավների կազմակերպման և իրականացման հարցերում:

ՀՎԿԱԿ-ը կանոնավոր կերպով կատարում է իրազեկման, կրթման և հաղորդակցման (ԻԿՀ) աշխատանքներ՝ պլանային կարգով կամ բռնկումների օջախներում համաճարաբանական հսկողության միջոցառումների իրականացման ընթացքում (Կառավարության որոշում, թիվ 15, 19.04.2012թ.): Տպագիր նյութերի զգալի մասը տարածվում է բժշկական հաստատությունների միջոցով: ԱԱԻ-ն բուժհաստատությունների համար մշակում է ԻԿՀ ուղեցույցներ՝ սեփական պլանային աշխատանքների շրջանակներում կամ միջազգային կազմակերպությունների աջակցությամբ (ՀԲ նախագիծ, ԱՀԿ ՀԲԿ դրամաշնորհ և այլն): Առողջ ապրելակերպի խրախուսման նպատակով իրականացվող քարոզարշավների նյութերն ընդգրկում են՝ հուշաթերթիկներ, բուկլետներ և պլակատներ, ռադիո և հեռուստատեսային հեռարձակումներ և այլն: 2015 թվականին բուժաշխատողների համար մշակվել են ուղեցույցներ՝ ՌՎՀ կանխարգելման և պացիենտների հետ ԻԿՀ աշխատանքների իրականացման վերաբերյալ: ԱԱՊ ծառայություններ տրամադրողների համար կազմակերպվել են մեկ շաբաթվա վերապատրաստման կուրսեր:

- **Հիվանդությունների կանխարգելում՝ ԱԱՊ և մասնագիտացված բուժօգնության մակարդակներում:** ԱԱՊ հաստատություններում տրամադրվում է խորհրդատվություն՝ ծխելը թողնելու, սնուցման և սննդակարգի ընտրության, բերանի խոռոչի առողջության, վերատադրողական առողջության և սիրտանոթային հիվանդությունների կանխարգելման, ինչպես նաև հիգիենայի և սանիտարիայի վերաբերյալ: ՀՀ ԱՆ հանրապետական նարկոլոգիական կենտրոնն իրականացնում է խորհրդատվական աշխատանքներ՝ ակոհոլի չարաշահման և ակոհոլային կախվածության կանխարգելման ուղղությամբ (Երևանում՝ ռիսկի խմբերի համար, մարզերում՝ ԱԱՊ անձնակազմի իրազեկման միջոցով): Կանխարգելիչ գնումները հանդիսանում են պետական պատվերի շրջանակներում (2004-ից ի վեր) անվճար հիմունքներով տրամադրվող ԱԱՊ հիմնական միջացառումներից մեկը: Տարբեր տարիքային և գենդերային խմբերում կատարվում են տարբեր կանխարգելիչ գնումներ (օրինակ, ատամնաբուժական օգնություն՝ 6 և 12 տարեկան երեխաներին, ՊԱՊ թեսթ կանանց, շագանակագեղձի քաղցկեղի մարկերների որոշում տղամարդկանց շրջանում և այլն): 35-68 տարեկանների սկրինինգային ծրագրերի շրջանակներում կատարվող գնումները ներառում են զարկերակային ճնշման և արյան շաքարի մակարդակի չափումները և ՄԶԳ

հաշվարկումը: 2015 թվականի հունվարի մեկից, սոցիալական փաթեթի շահառուներին (այդ թվում, քաղաքացիական ծառայողներին) տրամադրվում է անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների փաթեթ՝ իրականացվում է առողջության պարտադիր տարեկան ստուգում (check-ups): Տրամադրվում է անվճար խորհրդատվություն ինֆարկտի և ինսուլտի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող բոլոր անձանց, անվճար դեղամիջոցներ՝ խոցելի սոցիալական խմբերին (ՀՀ կառավարության որոշում, թիվ 1717-Ն):

- **Մոր և նորածնի խնամքի ծրագրեր:** Նախածննդյան և հետծննդյան հսկողությունը /պատրոնաժը/ ներառված է առաջնահերթությունների շարքում և հասանելի է բոլոր հղի կանանց (քայլեր են ձեռնարկվում ծննդօգնության որակի և մասնագետների կարողությունների բարելավման համար): Գործում է զարգացման բնածին արատների սկրինինգի ծրագիր, սակայն դրա իրականացումը մարզային մակարդակում հետագա բարելավման կարիք ունի: Կրտսեր տարիքի երեխաների բուժօգնության և սպասարկման շրջանակներում իրականացվում են կանոնավոր բժշկական զննումներ, տրամադրվում են կանխարգելիչ ծառայություններ: Իրականացվում է առողջ երեխայի հսկողության ծրագիր՝ հետազոտությունների տեսակները և ծավալները սահմանվում են ըստ տարիքային խմբերի: ՀՀ ԱՆ-ն համակարգում է համապատասխան աշխատանքներն այլ հիմնական մասնակիցների հետ (միջազգային տեխնիկական և դոնոր կազմակերպություններ, կրթության համակարգ և այլն): ԱԱՊ մակարդակում, առողջապահական տեղեկատվությունը ներառում է կանանց, հղիների, նորածինների և երեխաների առողջական վիճակի ցուցանիշները: Ներկայում, ընթանում են “Էլ-առողջապահություն” տեղեկատվական համակարգի փորձարկման և աստճանական ներդրման աշխատանքները:

- **Առողջապահական ծառայություններ միգրանտների, անօթևանների, էթնիկ փոքրամասնությունների և այլ հատուկ խմբերի համար:** Հայաստանում, համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի սահմաններում տրամադրվող ծառայությունները հասանելի են նաև միգրանտներին, անօթևաններին, էթնիկ փոքրամասնություններին, փախստականներին և ապաստան հայցողներին: Առողջապահական ծառայություններից նրանց օգտվելու իրավունքները պաշտպանելու համար առկա է ամուր իրավական դաշտ: Վերջինս հենվում է ՀՀ Սահմանադրություն վրա, ներառում է առողջապահության

և փախստականների մասին ՀՀ օրենքների համապատասխան դրույթները, պետական բյուջեով երաշխավորված նպատակային ծրագրերը, ՀՀ կառավարության որոշումները՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման (թիվ 318-Ն, 04.03.2004թ.) և ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկի ընտրության մասին (թիվ 420-Ն, 30.03.2006թ.): Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժկանխարգելիչ ծառայություններն իրականացվում են ՀՀ արդարադատության նախարարության ենթակայության բժշկական հաստատությունների կողմից (ՀՀ կառավարության 26.05.2006թ., թիվ 825-Ն որոշմամբ հաստատվել և գործում է նաև առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու կարգը):

- **Երկրորդային կանխարգելման ծրագրեր (սկրինինգներ), ուղղված հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը:** ԱԱՊ հաստատությունները իրականացնում են (ՀԲ ֆինանսական աջակցությամբ) համազգային եռամյա սկրինինգային ծրագիր՝ արյան բարձր ճնշման, շաքարային դիաբետի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և բուժման համար (նպատակային բնակչության ընդգրկման տարեկան ցուցանիշը՝ 20%): Որոշված են ծրագրի համակարգման և հետազոտությունների իրականացման մեխանիզմներն ու պատասխանատուները, ներառված է ընդարձակ իրազեկման բաղադրիչ: Այնուամենայնիվ, սկրինինգն ավելի շուտ օպորտունիստական բնույթ է կրում, ինտեգրված չէ հիվանդությունների վերահսկման լայնամասշտաբ ծրագրերում: Չի արտահայտվել ՀՀ ԱՆ համապատասխան ծառայությունների հստակ հանձնառությունը շարունակելու սկրինինգները սեփական ուժերով/միջոցներով՝ արտաքին ֆինանսական աջակցության ավարտից հետո:
- **Երրորդային/չորրորդային կանխարգելում:** Վերականգնողական բուժօգնությունը ներառվում է հիվանդ երեխաների և դիսպանսեր հսկողության ներքո գտնվող մեծահասակ հիվանդների բուժման անհատական պլաններում: Պետության կողմից երաշխավորված գոյատևման (երկարատև խնամքի) և քրոնիկ ցավային սինդրոմի վարման ծրագրեր գոյություն չունեն, իսկ պալիատիվ օգնության ազգային ռազմավարության մշակումը դեռևս չի ավարտվել: ՀՀ ԱՆ-ն չի հաստատել հստակ կապեր կամ գործընկերային մեխանիզմներ երկրում գոյություն ունեցող մի քանի

ասոցիացիաների (ՀԿ-ներ) հետ, որոնք զբաղվում են պացիենտների առողջության և իրավունքների խնդիրներով:

- **Բարենպաստ միջավայրի ձևավորում առողջության բարելավմանն ուղղված վարքագծային փոփոխությունների համար:** ՀՀ առողջապահության նախարարությունը համագործակցում է ավելի քան 50 ՀԿ-ների հետ: Դրանց որոշ մասը բավականին կանոնավոր կերպով մասնակցում է հանրային առողջապահության համար կարևոր նշանակություն ունեցող ծրագրերի քննարկման նիստերին: Սակայն, այդ ՀԿ-ները ծրագրերի մշակման բուն գործընթացի մաս չեն կազմում, թեև հնարավորություն ունեն մեկնաբանություններ անել ԱՆ կայքում տեղադրվող փաստաթղթերի նախագծերի վերաբերյալ (այլուրի հարստացման, ծխելը թողնելու, աուտիզմի հետևանքների մեղմացման և այլ ծրագրեր): Առողջ ապրելակերպի խրախուսման ծավալուն գործողություններ են իրականացվում Երևանի քաղաքային իշխանությունների կողմից (բազմաբնակարան շենքերի բակերում կառուցվում են խաղահրապարակներ, հագեցած խաղադաշտով, ձգաձողերով, ճոճարաններով և այլ մարզասարքերով):

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Հայաստանն ունի համապարփակ իմունականիսարգելման ծրագիր, որը վայելում է քաղաքական և ֆինանսական աջակցություն, հետևում է ԱՀԿ ուղեցույցներին և ապահովված է համապատասխան իրավական ակտերով; պատվաստանյութերը և պատվաստումային ծառայությունները անվճար են:
- Հիվանդությունների առաջնային կանխարգելմանը երկրում մեծապես օժանդակում են համապատասխան իրազեկման, կրթման և հաղորդակցման աշխատանքներն ու քարոզարշավները:
- Երկրում առկա են մոր և նորածնի խնամքի, վաղ հասակի երեխաների բուրօգնության և սպասարկման, ներառյալ հիվանդությունների կանխարգելման և երեխաների առողջ զարգացման ծառայություններ:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Սկրինինգային ծրագրերը թերևս օպորտունիստական են՝ հիվանդությունների վերահսկման լայնամասշտաբ ծրագրերում ինտեգրված չեն:
- Մի շարք բնագավառներում հանրային առողջապահության համապարփակ ռազմավարություններ դեռևս չեն ներդրվել (բերանի խոռոչի առողջություն, թմրամոլություն, միկրոսնդատարների անբավարարություն, աշխատանքի հիգիենա և մասնագիտական հիվանդություններ): Գոյատևման (երկարատև խնամքի) և քրոնիկ ցավի վարման ծրագրեր գոյություն չունեն:
- ՀՀ ԱՆ-ն չունի պացիենտների իրավունքների և հնարավորությունների ընդլայնման ռազմավարություն: Պացիենտներին աջակցող խմբերի ստեղծման կամ պացիենտների հետ գործընկերային հարաբերությունների ձևավորման համար բավարար ռեսուրսներ և համապատասխան կարողություններ չկան:
- Հանրային/համայնքային խմբերը ծրագրերի մշակման բուն գործընթացներում չեն ներգրավվում: Ուստի, հանրային առողջապահության ցանկացած նախաձեռնություն ավելի շուտ ծնում է մտահոգություններ՝ առաջարկվող միջամտության հնարավոր անբարենպաստ հետևանքների վերաբերյալ:

2.6. Առողջության և բարեկեցության բարելավմանն ուղղված ռազմավարական դեկլարման ապահովում (ՀԱՀԳ 6)

Քաղաքականության մշակումն իրենից ներկայացնում է գործընթաց, որը նպաստում է հանրային առողջապահության հարցերի վերաբերյալ հիմնավորված (իրազեկված) որոշումների կայացմանը: Այն հանդիսանում է ռազմավարական պլանավորման գործընթաց, որը ներգրավում է բոլոր ներքին և արտաքին շահագրգիռ կողմերին և սահմանում է հանրային առողջապահության տեսլականը, առաքելությունը, նպատակակետերը և միջոցառումները՝ ազգային, մարզային և տեղական մակարդակներում: Բացի այդ, վերջին տասնամյակում ավելի կարևոր նշանակություն է ձեռք բերել երկրների բնակչության առողջական վիճակի վրա միջազգային առողջապահական զարգացումների ազդեցության գնահատման անհրաժեշտությունը:

Որակի երաշխավորումը նախատեսում է հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության ամրապնդման ուղղությամբ իրականացվող անհատական և հանրային առողջապահական ծառայությունների որակի ապահովման ստանդարտների մշակում և այդ ստանդարտների հիման վրա ծառայությունների գնահատում: Գնահատումը պետք է բացահայտի ռազմավարական ղեկավարման և գործառնության, ռեսուրսների և ծառայությունների տրամադրման թույլ կողմերը: Գնահատման աշխատանքների եզրակացությունները պետք է հետադարձ կապով հաշվի առնվեն քաղաքականության մշակման, ղեկավարման, կազմակերպման և ռեսուրսների ապահովման հարցերում, նպատակ ունենալով բարելավել ծառայությունների տրամադրման գործընթացները:

Այս գործառնության ինքնագնահատումը թույլ է տվել վերհանել հետևյալ հիմնական հարցերը՝

- ՀՀ Սահմանադրությունը և ՀՀ Նախագահի նախընտրական ծրագիրն արատացում են հստակ քաղաքական հանձնառություն բնակչության առողջության նկատմամբ, իսկ ՀՀ կառավարության 2015 թվականի ծրագիրը, ինչպես և ՀՀ կառավարության 2014-25 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը սահմանում են առողջապահության ոլորտի զարգացման գերակա ուղղություններն ու առողջության բարելավման առաջնահերթ միջոցառումները: Առաջնահերթ ծրագրերը նպատակաուղղված առողջության համար բարենպաստ միջավայրի և պայմանների ստեղծման միջոցով մարդու առողջության ամրապնդմանը և զանազան վտանգներից առողջության պաշտպանությանը: Ընթացքի մեջ են կառավարության կողմից հաստատված ավելի քան 20 ծրագրեր, ներառյալ ՀՀ ԱՆ 2015 թվականի առողջապահության համակարգի կառավարման, գիտականորեն հիմնավորված տեխնոլոգիաների ներդրման և կադրային ռեսուրսների շարունակման զարգացման ծրագրերը, ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման միջոցառումները (այդ թվում, սկրինինգներն ԱԱՊ մակարդակում) և այլն:
- ՀՀ կառավարության 2014-2025 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը (այլապես, կոչված՝ կայուն զարգացման ծրագիր) սահմանում է մոր և մանկան առողջությունը (ՄՄԱ) որպես առաջնահերթ ծրագրային բնագավառ: Մոր, մանկան, դեռահասների և վերարտադրողական առողջությանը նվիրված ՀՀ ԱՆ ռազմավարական ծրագրերը սահմանում են նպատակներ և ռազմավարություններ, որոնք ուղղված են կանանց և երեխաների առողջության և

սնուցման բարելավմանը, միաժամանակ նպաստելով մանկական և մայրական մահացության կրճատմանը:

- Հայաստանում, արտահիվանդանոցային ծառայությունները անվճար են բոլորի, այդ թվում կանանց և երեխաների, այլ էթնիկ խմբերի և միգրանտների համար: Անվճար հիվանդանոցային բուժօգնություն և սպասարկում տրամադրվում է մինչև 7 տարեկան, ինչպես նաև հաշմանդամ և ծնողագուրկ երեխաներին, բազմազավակ ընտանիքների և զինծառայողների երեխաներին և որոշ այլ խմբերի: Բնակչության անապահով խմբերի առողջական խնդիրների լուծմանը նպաստում է սոցիալական աջակցության համակարգը՝ սոցիալական կարգավիճակը բնութագրող սանդղակով հաշվարկած բալերի որոշակի մակարդակը հնարավորություն է տալիս անապահովներին ստանալ անվճար հիվանդանոցային բուժօգնություն:
- Պետությունը երաշխավորում է անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն՝ որոշակի հիվանդությունների և վիճակների համար: Բնակչությանը (18 տարեկան և բարձր տարիքի, ինչպես նաև մինչև 18 տարեկան անձանց համար) պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը հաստատվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով (Հավելված 2):
- 1997 թվականից ի վեր, Հայաստանում իրականացվում են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բարեփոխումներ, զարգացնելով ընտանեկան բժշկության (ԸԲ) վրա հիմնված ԱԱՊ համակարգ: ՀՀ կառավարության աղքատության կրճատման ռազմավարությունը (2003թ.) առաջադրում է մի շարք առաջնահերթություններ, ներառելով, ի թիվս այլոց, ԱԱՊ ծառայությունների հասանելիության ապահովումը՝ մասնավորապես բնակչության խոցելի խմբերի համար: Համապատասխանաբար, ՀՀ ԱՆ-ն ձեռնամուխ է եղել ԱԱՊ մակարդակում ԸԲ ներդրման ազգային լայնածավալ ծրագրի իրականացմանը: 2006 թվականից ի վեր, կառավարությունն ապահովում է անվճար ԱԱՊ ծառայություններ, ինչպես նաև ԱԱՊ մակարդակում բուժհաստատության և բժշկի ազատ ընտրություն: Իրականացվել է ԸԲ գծով ավելի քան 1700 բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստում, ներդրվել են ԱԱՊ մակարդակում դեպքերի վարման ուղեցույցներ:

- 2010-2012 թվականների ընթացքում ընդունվել են կառավարության որոշումներ, հավանության տալով քաղաքային բնակչությանը տրամադրվող ամբուլատոր ծառայությունների զարգացման և առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգերին, ինչպես նաև առավել բարձր մահաբերությամբ բնութագրվող երեք հիվանդության՝ արյան շրջանառության համակարգի, չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի ազգային ռազմավարական ծրագրերին; մշակվել և ներդրվել են համապատասխան ուղեցույցեր; ծառայության ընթացքում վերապատրաստվել են ընդհանուր առմամբ ԱԱՊ օղակի 2700 բժիշկներ, թերապևտներ և գինեկոլոգներ: 2015 թվականից ընթացքի մեջ է «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների վերահսկում և կառավարում» ՀԲ վարկային ծրագիրը, որի շրջանակներում մշակվում և իրականացվում են բնակչության ռիսկի խմբերում ՌՎՀ-ի վաղ հայտնաբերման, արդյունավետ բուժման և այդ հիվանդություններից մահացության կրճատման սրբինինգային ծրագրեր: ԱԱՊ մակարդակում ծառայությունների համընդհանուր հասանելիության ապահովումը շարունակում է մնալ ՀՀ ԱՆ քաղաքականության կենտրոնական հարցերից մեկը:
- Առողջության բարելավման և բարեկեցության ամրապնդման հեռանկարներն ընդհանուր հայտարարությունների տեսքով սովորաբար տեղ են գտնում առողջապահության ոլորտից դուրս մշակվող բազմոլորտ ռազմավարական փաստաթղթերում (օրինակ, կլիմայի փոփոխության, սննդի անվտանգության, գյուղատնտեսության կայուն զարգացման և այլ ռազմավարություններում): Բնապահպանության, սոցիալական ապահովության, գյուղատնտեսության, տրանսպորտի, կրթության/գիտության և քաղաքաշինության ոլորտներն ու ոստիկանությունը սովորաբար համագործակցում են ՀՀ ԱՆ հետ, նպաստելով հանրային առողջապահության բնագավառում ԱՆ նախաձեռնությունների համապատասխան բաղադրիչների իրականացմանը (օրինակ, վարորդական վկայականի տրամադրման կարգի մշակման, անասնապահության մեջ հակաբիոտիկակայության կանխարգելման և այլ միջոցառումներում): Սակայն, գերատեսչություններն իրենց լայնամասշտաբ պլաններում և ծրագրերում

առողջության պահպանման խնդիրներ չեն դիտարկում (ուստի, իրենց նպատակներում չափելի առողջապահական արդյունքներ չեն ներառում):

- “Առողջության հիմնահարցերը բոլոր ռազմավարություններում” սկզբունքը (ԱՀԿ), ընդհանուր տեսքով (որպես տեսլական) ուրվագծվում է ՀՀ ԱՆ հայեցակարգային փաստաթղթերում, սակայն հստակ ձևակերպում չի ստացել “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգում”: ՀՀ ԱՆ-ն չի քարոզում և չի խթանում այդ սկզբունքի իրագործումն առողջապահական համակարգից դուրս՝ այլ ոլորտներում:
- ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության ծրագրերում նախատեսվում է բնակչության առողջությանը սպառնացող վտանգների հանդեպ կիրառել համակարգային մոտեցում, այսինքն՝ իրագրել/քարոզել հանրությանը և այլ ոլորտներին հետամուտ լինելու առողջության բարելավման նպատակներին: Որպես օրինակ կարող են ծառայել՝ յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային ծրագիրը (2004թ.), առողջ ապրելակերպի խրախուսման և ՌՎՀ կանխարգելման (2014թ.), ՀԲԿ վերահսկման և կանխարգելման ռազմավարությունները (2015թ.): Միջոցառումներ և միջոցառումներ կոմիտեների, համակարգող հանձնաժողովների և աշխատանքային խմբերի ձևավորումը սովորաբար հանդիսանում է այս և շատ ուրիշ ռազմավարությունների բաղկացուցիչ մաս: Սակայն, գերատեսչությունների և այլ գործընկերների հետ հետևողական աշխատանքի խնդիրը շարունակում է մարտահրավեր մնալ (տես նաև 2.3 և 2.4 գլուխներում): Օրինակ, միջոցառումներ համագործակցության հիման վրա (համատեղ) մշակված ցորենի այլուրի հարստացման հայեցակարգի (2011թ.) շրջանակներում նախատեսված գործողությունները բավարար առաջընթաց չեն արձանագրում: Մասնավորապես, բազմաթիվ այլ շահագրգիռ կողմերի՝ գյուղատնտեսության, կրթության և ֆինանսատնտեսական ոլորտների, ինչպես նաև ՀԿ-ների, ՁԼՄ-ների, գիտնականների, արդյունաբերողների, քաղաքացիների և սպառողների միությունների ու այլ կառույցների անբավարար ներգրավվածության և աջակցության պատճառով համապատասխան օրենքի ընդունումը առկախ է մնում:
- ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգում, ըստ էության, ներկայացվում է առողջապահության ազգային

ռազմավարությունը (շնորհանդեսը՝ 26 դեկտեմբերի, 2015թ), սահմանելով հանրային առողջապահության երկարաժամկետ առաջնահերթությունները ներառյալ, սոցիալական արդարության ապահովումը առողջությանն առնչվող հարցերում; առաջնահերթություններն արտացոլված են նաև ՀՀ կառավարության 2014-25 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրում և ՄԱԿ-ի 2016-2020 թվականների զարգացման աջակցության ծրագրում (UNDAF):

- ՀՀ կառավարության աշխատակազմում գործում են միջոլորտային և միջդիսցիպլինար համագործակցության մեխանիզմներ՝ նախարարական սոցիալական կոմիտե և վարչություն (տես նաև 3-րդ և 4-րդ ՀԱՀԳ-երի բաժինները), որոնք ստեղծված են միջոլորտային և միջդիսցիպլինար խնդիրների քննարկման և ծրագրերի խրախուսման համար: Կառավարությունը նաև իրավասու է ձևավորել մեխանիզմներ (ժամանակավոր կոմիտեներ և հանձնաժողովներ՝ նախարարությունների խնդրանքով), նպատակ ունենալով աջակցել իրավական ակտերի, քաղաքականության, ռազմավարությունների և ծրագրերի մշակմանը: ՀՀ ԱՆ-ն սովորաբար նախատեսում է ժամանակավոր կոմիտե, որպես հանրային առողջապահության կոնկրետ գործողությունների պլանի առաջին բաղադրիչ, օրինակ՝ ՈՎՀ կանխարգելման ծրագրի իրականացման կամ միկրոսննդատարրերի անբավարարության հաղթահարմանն ուղղված օրենսդրական ակտերի մշակման համար: Սակայն, այլ ոլորտները և ոչ կառավարական կազմակերպությունները կամ մյուս շահագրգիռ կողմերը չեն ներգրավվել առողջապահության ոլորտի երարաժամկետ և համապարփակ քաղաքականության հայեցակարգի (2015-2020թ.թ.) մշակման գործընթացում: Առողջապահության նախարարության ներսում, քաղաքականության մշակման և իրականացման գործընթացը միայն մասնակիորեն է հենվում այն սկզբունքների և մոտեցումների վրա, որոնք արտացոլված են “Առողջապահության համակարգերում ռազմավարական ընտրության գործընթացի ապահովման վերաբերյալ” ԱՀԿ փաստաթղթում:
- Պլանների և ռազմավարությունների ձևակերպմանը նախորդում է իրավիճակային վերլուծություն, որի համար ՀՀ ԱՆ-ն օգտվում է ԱՀԿ/ԱԲՀ և ԱԱԻ/ԱՏՎԿ տվյալների բազաներից, համապատասխան հրապարակումներից և այլ հուսալի աղբյուրներից:

- Ռազմավարությունների և պլանների իրականացման վերահսկումն ապահովվում է ՀՀ ԱՆ բազմադիսցիպլինար աշխատանքային խմբերի կողմից, ինչպես նաև հանրային առողջապահության յուրաքանչյուր ծրագրի վերաբերյալ ԱՆ-ից կառավարությանը ներկայացվող հաշվետվությունների միջոցով: Միջոլորտային ժամանակավոր կոմիտեները համատեղ վերահսկում չեն իրականացնում (յուրաքանչյուր ոլորտ զբաղվում է իր սեփական բաղադրիչով): Ազգային ռազմավարություններն ու պլանները ներառում են մշտադիտարկման և գնահատման գործողություններ՝ սրանց կատարման համար օգտագործվում են գոյություն ունեցող ինֆորմացիոն համակարգերը: Տվյալները հասանելի են ՀՀ ԱՆ և ԱԱԻ կայքերում՝ հրապարակվում են տարեկան կտրվածքով: Օգտագործվում են նաև ազգային հարցախույզերի տվյալները:
- Հայաստանում բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված օրենսդրության (իրավական ակտերի) մշակումը բխում է ՀՀ կառավարության ծրագրից (տարեկան), որը ներկայացնում է բոլոր ոլորտների, ներառյալ առողջապահության նախարարության գործունեության հիմնական ուղղությունները/նպատակները: Այնուհետև, դրանք արտացոլվում են “ՀՀ կառավարության գործունեության միջոցառումների ծրագիր և գերակա խնդիրներ” փաստաթղթում (նույնպես ամենամյա): Որպես հանրային առողջապահության կարևոր գործիք, ՀՀ ԱՆ նախաձեռնությամբ մշակվող օրենսդրական ակտերը նշվում են “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգում”: Յուրաքանչյուր օրենքի նախագիծ (օրինակ, հանրային առողջապահության կամ ցորենի այլուրի հարստացման մասին ՀՀ օրենքների նախագծերը) ուղեկցվում է հիմնավորման փաստաթղթով, որը պարզաբանում է թե ինչպես է օրենքը նպաստելու ավելի լայն ռազմավարական նպատակի նվաճմանը: Իրավական նորմերի մշակման գործընթացը հետևում է իրավական շրջանակային ակտի՝ “Իրավական ակտերի մասին” ՀՀ օրենքի դրույթներին (2002թ.): Վերջինս հանդիսանում է համընդհանուր/ունիվերսալ օրենք՝ բոլոր ոլորտներում օրենսդրական ակտերի մշակման համար: Օրենքում շարադրվում են ընդհանուր պահանջներ հաշվետվությունների, աուդիտի, հանրային քննարկումների և այլնի վերաբերյալ, սակայն այդ գործընթացները կոնկրետ կարգավորվում են

կառավարության որոշումների կամ այլ ակտերի և լիազոր մարմնի (օրինակ, ՀՀ ԱՆ-ի) հաստատած կանոնակարգերի և այլ նորմատիվային փաստաթղթերի միջոցով: Ընդհանուր, առմամբ, օրենքների կիրարկումն ապահովելու նպատակով, հաշվետվությունների ներկայացման և աուդիտների անցկացման կարգերի, իրավական ակտերով պահանջվող նորմերի և կանոնների մշակումը իրականացվում է լիազոր մարմնի կողմից: ՀՀ ԱՆ-ն ունի համապատասխան ներուժ և կարողություններ:

- ՀՀ ԱՆ-ն ընդգրկվում է միջոլորտային իրավական ակտերի շուրջ համատեղ աշխատանքի համար ստեղծվող մեխանիզմներում/մարմիններում (նախարարական սոցիալական կոմիտե և գործադիր վարչություն, ժամանակավոր հանձնաժողովներ և այլն), ստանում է այլ ոլորտներում մշակված նոր իրավական ակտերը և անցկացնում է առողջության վրա դրանց ազդեցության գնահատում (ԱԱԳ): Ոգեշնչվելով ԱՀԿ “Առողջություն 2020” քաղաքականության հիմնադրույթներով, ՀՀ ԱՆ-ն հարաճուն ուշադրություն է հատկացնում առողջության ռիսկի գործոններին, նպատակ ունենալով ներազդել այլ ոլորտների քաղաքականության և գործողությունների վրա և, այդպիսով, ապահովել առողջության սոցիալական, էկոլոգիական և վարքագծային որոշիչների կարգավորումը: Որպես օրինակ կարող է հանդիսանալ “Ցորենի այլուրի հարստացման մասին” օրենքի նախագիծը: Սակայն, ՀՀ առողջապահության նախարարության ստորաբաժանումների մեծամասնությունը դեռևս չունի այլ գերատեսչությունների հետ աշխատելու բավարար կարողություններ՝ միջոլորտային օրենսդրության ձևավորման, համապատասխան ֆորումներում օրենքների նախագծերի շուրջ քննարկումների, բանավեճերի ակտիվացման և դրանց վավերացման համար: ՀՀ ԱՆ-ն չի օգտագործում ԱԱԳ բազմակողմանի և ժամանակակից մեթոդներ և չունի այդ բնագավառում կատարելագործված մասնագետներ (համապատասխան ուղեցույցեր դեռևս չեն մշակվել): ԲՏԳ-ն միայն մասնակիորեն է կիրառվում՝ ապացուցողական բազայի վրա հիմնված որոշումների կայացման համար (այդ մեթոդաբանությունը մասնավորապես կիրառվում է նոր դեղամիջոցների և վակցինաների վերաբերյալ):
- **ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշմամբ (թիվ 40-Ն, 14.10.2010թ.) հաստատվել է «Բուժօնառայությունների որակի գնահատման հայեցակարգը», որի համաձայն պետք է շարունակվեին ՀՀ ԱՆ հրամանով (թիվ 1116-Ա, 29.11.2005թ.) հիվանդանոցներում**

ստեղծված որակի վերահսկման հանձնաժողովների աշխատանքները, որոնց գործունեության արդյունավետությունը, սակայն, դեռևս անբավարար է՝ որակի գնահատման հստակ չափորոշիչների և ընթացակարգերի բացակայության պատճառով:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության պահպանման և ամրապնդման նկատմամբ երկրի բարձրագույն ղեկավարության քաղաքական հանձնառությունն արատցոված է ՀՀ Սահմանադրության մեջ և տեղ է գտել երկրի զարգացման օրակարգում: Պետությունը երաշխավորում է անվճար բուժօգնություն և սպասարկում՝ ԱԱՊ մակարդակում բոլորին, իսկ հիվանդանոցային մակարդակում՝ բնակչության խոցելի և սոցիալապես անապահով խմբերին:
- Հայաստանն ունի առողջապահության ազգային ռազմավարություն, որը սահմանում է երկարաժամկետ առաջնահերթություններ հանրային առողջապահության համար: Առողջությանն առնչվող հարցերում սոցիալական արդարության ապահովումը դիտարկվում է որպես այդ ռազմավարության առաջնահերթություններից մեկը:
- ՀՀ կառավարության աշխատակազմում կան միջոլորտային կառույցներ՝ միջոլորտային և միջդիսցիպլինար խնդիրներ պարունակող ռազմավարությունների և ծրագրերի վերլուծության և դրանց հետագա առաջխաղացման համար (համապատասխան փաստաթղթերի մշակմանն աջակցելու նպատակով ստեղծվում են ժամանակավոր մեխանիզմներ):
- Բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված իրավական ակտերը մշակվում են կուռ օրենսդրության շրջանակներում, իսկ ՀՀ ԱՆ-ն ինքնին դառնում է համատեղ միջոլորտային օրենսդրական աշխատանքի մասնակից, (թեև ոչ ամբողջական, այնուամենայնիվ կատարում է առողջության վրա իրավական ակտերի ազդեցության որոշակի ամփոփ գնահատում):

Հիմնական թույլ կողմերը

- Չնայած գոյություն ունեցող կառավարական միջոլորտային կառույցներին և ժամանակավոր մեխանիզմներին, հանրային առողջապահությանն ուղղված միջոլորտային ռազմավարությունների հիմնավորումը և գործողությունների իրականացումը շարունակում է մարտահրավեր մնալ (սովորաբար, հետագա պլանավորման և իրականացման գործընթացներում ՀԿ-ները, ՁԼՄ-ները և կառավարությունից դուրս այլ շահագրգիռ կողմերը չեն ներգրավվում):
- Միջոլորտային ժամանակավոր կոմիտեները համատեղ վերահսկում չեն իրականացնում (հանրային առողջապահության համապարփակ ծրագրերի իրականացման գործընթացներում յուրաքանչյուր ոլորտ վերահսկում է իր բաղադրիչի իրականացումը):
- Առողջապահության համակարգերում ռազմավարական ընտրության գործընթացի ԱՀԿ սկզբունքները և մոտեցումները բավարար չեն կիրառվում:
- Միջոլորտային օրենսդրության ձևակերպման և համապատասխան ֆորումներում օրենքների նախագծերի շուրջ քննարկումների, բանավեճերի ակտիվացման և դրանց վավերացման գործընթացի խթանման ներուժն ու կարողությունները բավարար չեն (թույլ են զարգացած):
- ԱԱԳ բազմակողմանի և ժամանակակից մեթոդներ չեն կիրառվում, իսկ ոլորտի մասնագետների համար համապատասխան կատարելագործում չի իրականացվում: ԲՏԳ-ն միայն մասնակիորեն է կիրառվում ապացուցողական բազայի վրա հիմնված որոշումների կայացման համար:

2.7. Հանրային առողջապահության բնագավառի ապահովում բավարար քանակի բանիմաց կադրերով (ՀԱՀԳ 7)

Հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների ձևավորմանն ու զարգացմանն ուղղված ներդրումների ապահովումը շատ կարևոր նախադրյալ է հանրային առողջապահության ծառայությունների պատշաճ տրամադրման և միջոցառումների իրականացման համար: Կադրերը կազմում են ամենակարևոր ռեսուրսը հանրային առողջապահության ծառայությունների տրամադրման գործում: Սույն գործառույթը ներառում է հանրային առողջապահության կադրերի կրթության, հետագա ուսուցման, զարգացման և գնահատման ասպեկտները, նպատակ ունենալով արդյունավետորեն լուծել հանրային առողջապահության առաջնահերթ հիմնախնդիրները և համարժեք կերպով գնահատել հանրային առողջության պահպանմանն ուղղված միջոցառումները:

Ստորև ներկայացվում են այս գործառույթի ինքնագնահատման հիմնական արդյունքները՝

- Հայաստանի Հանրապետությունում, առողջապահության ոլորտի կադրերի (աշխատուժի) կրթումն ու որակավորումը կարգավորվում է “Բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթության մասին” ՀՀ օրենքով (2004թ.): Հանրային առողջապահության ոլորտի կադրային ռեսուրսներն ընդգրկում են երկրի հանրային առողջապահության մասնագետներին, առողջապահության բնագավառի մասնագետներին և բոլոր այն անձանց, որոնց մասնագիտական գործունեությունն ուղղակիորեն կապված է բժշկա-սանիտարական բնագավառի հետ (գործ ունեն մարդու առողջության հետ): Բուժաշխատողների բարձրագույն կրթությունն իրականացվում է Երևանի պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) և վեց մասնավոր բժշկական ինստիտուտների կողմից: Բուժաշխատողների միջին օղակի՝ բուժքույրական անձնակազմի միջին մասնագիտական կրթությունն իրականացվում է 21 միջին մասնագիտական հաստատությունների՝ ուսումնարանների/քոլեջների կողմից (11 պետական և 10 մասնավոր): Թեպետ բժշկական կադրերի թիվը գերազանցում է պահանջարկը, այնուամենայնիվ երկրում հանրային առողջապահության բարձր որակավորում ունեցող մասնագետների և բուժքույրերի պակաս է զգացվում (մարզերում և, հատկապես, հեռավոր շրջաններում):
- Առողջապահության նախարարությունն առաջնորդում և ղեկավարում է կադրային ռեսուրսների պլանավորման գործընթացը, ապահովելով դրանց

համապատասխանությունը երկրի առողջապահական և հեռանկարային զարգացման ռազմավարություններին. խնդիրներն ու նպատակները ձևակերպված են “Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարության” մեջ (հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2014թ. փետրվարի 6-ի թիվ 5 արձանագրային որոշումով): Վերջինս չի հանդիսանում հատկապես հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների զարգացման ռազմավարություն, այլ, ավելի շուտ, իրենից ներկայացնում է առողջապահության կադրային ներուժի զարգացման ազգային ծրագիր, որի նպատակ է լուծել Երևան քաղաքից դուրս կադրերի բավականին լուրջ պակասի հիմնախնդիրը՝ մասնավորապես բուժքույրերի, ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների և մանկաբույժների առումով՝ ԱԱՊ հաստատությունների համար, ինչպես նաև սրտաբանների, ուռուցքաբանների, ներզատաբանների և անեսթեզիոլոգների պակասի հիմնախնդիրը՝ ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ հիվանդանոցային մակարդակներում:

- **ԱՀԿ-ի և ԱՄՆ/ՄԶԳ առողջապահական նախագծերի շրջանակներում առաջարկվել են աշխատուժի կարիքների կանխատեսման և պլանավորման մոդելներ, բայց ՀՀ ԱՆ-ի կողմից դրանք չեն կիրառվել:**
- Առողջապահության կադրային քաղաքականության հիմքում ընկած են որոշակի կանոններ և կանոնակարգեր՝ կադրերի ընտրության, աշխատանքի ընդունման և տեղաբաշխման համար: Գոյություն ունեն նաև աշխատուժի կառավարման հարցերում բազմակողմանի համագործակցության մեխանիզմներ, կառույցներ և գործընթացներ: Սակայն, կոնկրետ հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների ձևավորմանն ու զարգացմանը նվիրված ռազմավարություններ գոյություն չունեն **(ռազմավարական գործընկերության կառույցներ և համաձայնագրեր չկան):**
- Հանրային առողջապահությունը որպես մասնագիտություն ընդգրկված է “ՀՀ առողջապահության բնագավառի բժշկական, ստոմատոլոգիական, դեղագիտական, հանրային առողջապահական մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների ցանկերում” (Կառավարության արձանագրային որոշում, թիվ 952-Ն, 04.11.2014թ.): Հիմնական մասնագիտությունը կոչվում է “Հանրային առողջապահություն և կանխարգելիչ բժշկություն” և ներառում է հետևյալ նեղ մասնագիտությունները՝ առողջապահության կառավարում և կազմակերպում, շրջակա միջավայրի հիգիենա,

համաճարակաբանություն, մանրեաբանություն, վիրուսաբանություն, սնկաբանություն և մակաբուծաբանություն: ՀԱ բարձրագույն կրթության երկամյա կուրսեր են իրականացնում Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) հանրային առողջապահության քոլեջը (շնորհելով ՀԱ մագիստրոսի աստիճան՝ միջին հաշվով տարեկան 30 շրջանավարտի) և ԵՊԲՀ հանրային առողջապահության ֆակուլտետը:

- Վերոնշյալ երկու հավատարմագրված համալսարանների ուսումնական ծրագրերն ընդգրկում են հանրային առողջապահության բոլոր առանցքային բաղադրիչները, հետևյալ առարկաների շրջանակներում՝ առողջապահության քաղաքականություն, առողջապահական տնտեսագիտություն, առողջապահության կազմակերպում և կառավարում, առողջության ամրապնդում: Վերջինս ներառում է առողջապահական կրթության (նախկինում՝ սանիտարական լուսավորություն), առողջության պաշտպանության (համարժեքը՝ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովում) և հիվանդությունների կանխարգելման; էթիկայի, կենսավիճակագրության, համաճարակաբանության, շրջակա միջավայրի հիգիենայի, միջոլորտային և թիմային աշխատանքի, ինչպես նաև հանրային առողջապահության բնագավառում առաջնորդության ապահովման հարցերը):
- Բժիշկների և բուժքույրերի շարունակական հետբուհական կրթությունը և կատարելագործումն իրականացվում է ԱԱԻ և ԵՊԲՀ ուսումնական կենտրոններում: Բժիշկների լիցենզավորումը կասեցվել է 2001 թվականին: Բժշկական օգնության և սպասարկման մասին նոր օրենքը (նոյեմբեր, 2015թ.) սահմանում է նոր պահանջներ բուժօգնություն տրամադրողների շարունակական մասնագիտական զարգացման և վերալիցենզավորման համար:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Գոյություն ունի առողջապահության կադրային ռեսուրսների զարգացման ազգային ռազմավարություն (“Առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի զարգացման ռազմավարություն”, 2014թ.), ուղղված երկրի առողջապահության համակարգի

կադրային հիմնախնդիրների լուծմանը (հատկապես, կենտրոնանալով միջին օղակի և ընտանեկան բժշկության կարիքների վրա):

- Հանրային առողջապահությունը, որպես գիտապրակտիկ առարկա, ընդգրկված է առողջապահության բնագավառի մասնագիտությունների ցանկում (բաժանված է նեղ մասնագիտությունների՝ առողջապահության կառավարում, շրջակա միջավայրի հիգիենա, համաճարակաբանություն, մանրէաբանություն, վիրուսաբանություն, սնկաբանություն և մակաբուծաբանություն):
- Բարձրագույն մասնագիտական կրթությունն իրականացվում է հավատարմագրված բուհերում:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Առողջապահության կադրային ռեսուրսների զարգացման ազգային ռազմավարությունը հանրային առողջապահության առանձին բաղադրիչ չի պարունակում:
- Հանրային առողջապահության աշխատուժի զարգացման համար ռազմավարական գործընկերության կառույցներ և համաձայնագրեր չկան:
- Հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների ռեեստր գոյություն չունի: Առանձին մասնագիտությունների գծով կադրերի պահանջարկի կանխատեսման մոդել ներդրված չէ:
- Հանրային առողջապահության մասնագետների համար խրախուսման մեխանիզմներ/փաթեթներ նախատեսված չեն, մասնագիտության նկատմամբ պատշատ հետաքրքրություն չկա:

2.8. Կայուն կազմակերպական կառույցների և ֆինանսավորման ապահովում (ՀԱՀԳ 8)

Կայուն կազմակերպական կառույցների և ֆինանսավորման ապահովումը նշանակում է արդյունավետ և համալիր ծառայությունների տրամադրման մեխանիզմների ստեղծում, նվազագույնի հասցնելով շրջակա միջավայրի վրա բացասական ազդեցության հնարավորությունը և, միաժամանակ, ստանալով առավելագույն դրական առողջապահական արդյունք, ինչպես նաև հատկացնելով բավարար ֆինանսավորում երկարաժամկետ պլանավորման համար, ուղղված մարդկանց առողջության պահպանմանը և ամրապնդմանը՝ այսօր և ապագայում: Ֆինանսավորման հասկացությունը ընդգրկում է անհատական և կոլեկտիվ մակարդակներում բնակչության առողջապահական կարիքների բավարարման համար անհրաժեշտ դրամական միջոցների հավաքագրման, կուտակման և բաշխման գործընթացները: Լիարժեք պետական ֆինանսավորումը պետք է ընդունված նորմ լինի ողջ բնակչությանը տրամադրվող և շոշափելի տնտեսական արդյունավետությամբ օժտված ծառայությունների համար, ինչպես նաև այնպիսի անհատական ծառայությունների համար, որոնց ազդեցությունը ակնհայտորեն տարածվում է միջամտությունը ստացող անձից դուրս՝ նաև այլ մարդկանց վրա: Հանրային առողջապահության ֆինանսավորման մեխանիզմները պետք է նախատեսեն պատշաճ ֆինանսական խթաններ ծառայություններ տրամադրողների համար, նպատակ ունենալով ապահովել նրանց կողմից տնտեսապես արդյունավետ և բոլորի համար հասանելի ծառայությունների տրամադրում: Միաժամանակ,

համապատասխան խթաններ պետք է ստեղծվեն նաև քաղաքացիների համար, ապահովելով հանրային առողջապահության ծառայությունների օգտագործման պատշաճ մակարդակ:

Այս գործառույթի ինքնագնահատումը բացահայտել է հետևյալ առանցքային հարցերը՝

- ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ունի կանոնադրություն (հաստատված կառավարության 1300-Ն որոշմամբ, 15.08.2002թ.) և կազմակերպական կառուցվածք (Հավելված 3): Վերջինս ընդգրկում է վարչություններ, բաժիններ և քարտուղարություն, ինչպես նաև առանձնացված ստորաբաժանումներ՝ գործակալություններ և տեսչություններ: Ավագ պաշտոնյաների (նախարարի տեղակալների), ստորաբաժանումների ղեկավարների և աշխատակիցների պարտականությունները սահմանվում են ՀՀ ԱՆ հրամաններով: Բոլոր մակարդակների համար սահմանված են հաշվետվողականության ընթացակարգեր: Աշխատակիցների գործունեության (կատարողականի) գնահատումն իրականացվում է համակարգչային ծրագրի միջոցով:
- Կենտրոնական մակարդակում իրականացվում է պլանավորում և մշտադիտարկում, հետևյալ բաղադրիչների համար՝ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորում, ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալության միջոցով; հաստատությունների լիցենզավորում, առողջության և հիվանդությունների էպիդեմիոլոգիան (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ և ՀՎԿԱԿ-ն, իր մասնաճյուղերով) և տեսչական ստուգումներ (ԱՆ առողջապահության պետական տեսչություն): ՀՀ ԱՆ-ն մշակվում է առողջության պահպանման քաղաքականությունը/ռազմավարությունները, ուղեցույցներն ու ընթացակարգերը. դրանց իրականացումը կենտրոնական/հանրապետական ենթակայության հաստատությունների մակարդակում վերահսկվում է ԱՆ կողմից, իսկ մարզային մակարդակում՝ մարզային իշխանությունների և դրանց առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչությունների կողմից (ներառյալ, հաստատությունների ղեկավարների նշանակումը):
- 1999 թվականին ՀՀ ԱՆ կառուցվածքում ստեղծվել է ԱԱՊ բաժին, որը հետագայում ինտեգրվել է բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության կազմում: Ներկայում, վերջինս կազմված է հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բաժիններից, որոնք գործում են համակարգված և համաձայնեցված կերպով: Մոր և

մանկան առողջության պահպանման բնագավառում ԱԱՊ կազմակերպական կառուցվածքը ներկայացնում է ՀՀ ԱՆ մոր և մանկան առողջության (ՄՄԱ) պահպանման վարչությունը (բաղկացած էրեխաների առողջության և մայրական ու վերարտադրողական առողջության պահպանման բաժիններից), որը համակարգում է մանկաբուժական, գինեկոլոգիական և մանկաբարձական հաստատությունների գործունեությունը:

- ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության բաժինը ստեղծվել է 2011 թվականին: Բաժնի հիմնական գործառույթն է՝ մշակել հանրային առողջապահության առաջնահերթ ռազմավարություններ և ծրագրեր, ուղղված առողջության որոշիչների և առողջությանը սպառնացող ռիսկերի կառավարմանը; ապահովել աջակցություն և խորհրդատվություն ԱՆ ստորաբաժանումներին, նպաստելով առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերի և ծախսարդյունավետ միջամտությունների իրականացմանը (գլխավորապես 3-5 և 9-10 ՀԱՀԳ-երի շրջանակներում):
- Ազգային մակարդակում, հանրային առողջապահության ծառայությունների համակարգումն իրականացվում է ԱՆ ստորաբաժանումների միջոցով, տեղական մակարդակում՝ տեղական իշխանությունների և ընտանեկան կամ ԱԱՊ բժիշկների կողմից (ընտրված, ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկի ընտրության ընթացակարգով):
- ՀՀ ԱՆ և հանրային առողջապահության կառույցների/գործակալությունների ընդհանուր համակարգումն ու վերահսկումը վստահված է (նախարարի հրամանով) հինգ ավագ պաշտոնյաների՝ առողջապահության նախարարի չորս տեղակալներին (փոխնախարարներ) և ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի ղեկավարին: Ծառայությունների պարամետրերը, սահմանները և կարգավորումները մասնակիորեն են համընկնում 10 ՀԱՀԳ-երի հետ: Չորս փոխնախարարներից մեկը վերահսկում/համակարգում է Բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության և Արտակարգ իրավիճակների և գորահավաքային նախապատրաստության բաժնի գործունեությունը: Այս ստորաբաժանումները համապատասխանաբար համակարգում են հանրային առողջապահության աշխատանքները՝ ՀԱՀԳ 4-5-ի (առողջության ամրապնդում ԱԱՊ մակարդակում; ՌՎՀ, ՏԲ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ կանխարգելում և

վերահսկում) և ՀԱՀԳ 2-ի շրջանակներում (համագործակցելով ՀՎԿԱԿ-ի, ԱԻՆ-ի և այլ շահագրգիռ կողմերի հետ): Մյուս փոխնախարարը վերահսկում և համակարգում է ՄՄԱ վարչության և հանրային առողջապահության կարևորագույն կառույցների (ՀՀ ԱՆ ՀԱԲ, ՀՎԿԱԿ, ԱԱԻ) գործունեությունը, ուղղված հանրային առողջապահության առանցքային գործառույթների (ՀԱՀԳ 1-5), մասամբ նաև բոլոր այլ ուղղություններին առնչվող գործառույթների (ՀԱՀԳ 9-10) համակարգմանը և իրականացմանը: Երրորդ և չորրորդ փոխնախարարները պատասխանատու են համապատասխանաբար ԱՆ անձնակազմի կառավարման վարչության (ՀԱՀԳ 7) և ԱՆ առողջապահության պետական տեսչության գործունեության համակարգման համար (վերջինս տրված է կիրարկման գործառույթ՝ 3 և 5 ՀԱՀԳ-երի մասով): ԱՆ աշխատակազմի ղեկավարը վերահսկում է ՀԱՀԳ 8-ի գործառույթներն իրականացնող ստորաբաժանումների աշխատանքը (ֆինասատնտեսական և հաշվապահական հաշվառման բաժիններ, Պետական առողջապահական գործակալություն):

- Հայաստանում, մոտակա բուժհաստատության հեռավորության ցուցանիշ չի սահմանվում: ԱԱՊ մակարդակում տրամադրվում են ԸԲ, մանկաբուժական, գինեկոլոգիական, բուժքույրական ծառայություններ, իրականացվում է հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված խորհրդատվություն, ինչպես նաև ախտորոշում և սկրինինգներ (տես նաև 2.5 գլխում):
- Հոսպիտալացման տվյալները (տարեկան կտրվածքով) հիվանդանոցներից ներկայացվում են ՀՀ ԱՆ/ԱԱԻ Առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոն (ԱՏՎԿ): Այնուհետև, մահճակալների զբաղվածության ցուցանիշները ներկայացվում են ՀՀ ԱՎԾ և ՀՀ ֆինանսների նախարարություն (նաև ԱՀԿ ԱԲՀ տվյալների շտեմարան): Սույն ցուցանիշով նորմատիվ չի սահմանվում, այնուամենայնիվ այն օգտագործվում է ներքին և միջազգային համեմատություններ կատարելու և օպտիմալացման ու ռեսուրսների հատկացման խնդիրները լուծելու համար: ԱԱՊ օղակում հերթագրվելու կամ օրերով սպասելու խնդիր չի առաջանում: Հիվանդանոցային մակարդակում հիվանդները անհետաձգելի դեպքերում հոսպիտալացվում են անմիջապես, իսկ պլանային հիվանդների հոսպիտալացումն իրականացվում է ՀՀ կառավարության թիվ 318 որոշմամբ հաստատված կարգով (ուղեգրերի գործողության ժամկետը՝ 1 ամիս): Մասնագիտացված բուժօգնություն

ստանալու “սպասման ժամանակը” չի մշտադիտարկվում, ուստի միջին ցուցանիշ չի հաշվարկվում:

- Բուժկանխարգելիչ ծառայությունների ինտեգրումն ապահովվում է պացիենտների ուղեգրման համակարգի միջոցով: Գործում են նաև ծառայությունների ինտեգրման մեխանիզմներ՝ պատվաստումների, ՄԻԱՎ թեստավորման, արյան և դրա բաղադրիչների տրամադրման, վարակների վերահսկման, ախտահանման համար: Մշակվում է բուժհաստատությունների համագործակցության մեխանիզմ՝ ՀԲԿ վերահսկման նպատակով:
- Հանրային առողջապահության ոլորտում գործում են տարբեր տեսակի և մակարդակի լաբորատորիաներ: Դրանց դերերն ու պարտականությունները տարբեր մակարդակներում սահմանված են միայն հանրային առողջապահության ոլորտում շրջակա միջավայրի հետազոտություններ իրականացնող լաբորատորիաների համար (ՀՎԿԱԿ-ը ստեղծում է այդպիսի լաբորատորիաների համընդհանուր ցանց, որը կգործարկվի սկսած 2016 թվականի երկրորդ կեսից):
- ՀՀ ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտը (ԱԱԻ) և ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնը (ՀՎԿԱԿ) հանդիսանում են երկրի հանրային առողջապահության ոլորտի գլխավոր հաստատությունները՝ երկուսն էլ ունեն հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտների միջազգային ասոցիացիայի (ՀԱԱԻՄԱ, անգլ.՝ IANPHI) անդամի կարգավիճակ և մասնակիորեն կամ ամբողջությամբ իրականացնում են “Հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտի” (ՀԱԱԻ) համարյա բոլոր 11 կարևորագույն գործառույթները (սահմանված ՀԱԱԻՄԱ-ի կողմից): ՀՀ ԱՆ-ն հանդիսանում է հանրային առողջապահության ոլորտի ևս երկու ազգային գիտա-պրակտիկ կենտրոնների հիմնադիրը: Դրանք են՝ Համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակարուծաբանության ԳՀԻ-ն և Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների ԳՀԻ-ն (2.10 գլխում և 4-րդ հավելվածում ներկայացվում է հանրային առողջապահության առանցքային գործառույթներից մեկը՝ գիտահետազոտականը, որի առումով յուրաքայուր ՀԱԱԻ-ից ակնկալվում է առաջատար կառույցի և գլխավոր ազգային փորձագիտական շտեմարանի դերակատարություն): Ի հավելումն, ազգային մակարդակում ՀԱԱԻ-ի որոշակի

գործառույթներ են կատարում հանրային առողջապահության երկու այլ հաստատություններ՝ ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ կանխարգելման ազգային կենտրոնը և ՀՀ ԱՆ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոնը (ինչպես օրինակ, կոնկրետ նշված բնագավառներում իրավական ակտերի մշակում, պլանավորում և կառավարում, ուսուցողական կուրսեր, հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության ամրապնդման ծրագրեր և այլն):

- ՀՀ ԱՆ կառուցվածքում գործում են հանրային առողջապահության ոլորտի նորմատիվային իրավական ակտերի/կանոնակարգերի կիրարկման (ՀԱԱԻ-ի առանցքային գործառույթներից մեկի) համար պատասխանատու գործակալություններ՝ ԱՆ առողջապահության պետական տեսչությունը, ապահովելով նորմատիվների և կանոնակարգերի կիրարկումը ստուգումների և պատժամիջոցների կիրառման օգնությամբ (առնչվում է 3-րդ ՀԱՀԳ-ին) և Պետական առողջապահական գործակալությունը, նպաստելով որակյալ բժշկական ծառայությունների ապահովմանը՝ ֆինանսական մեխանիզմների օգնությամբ (առնչվում է 5-րդ ՀԱՀԳ-ին՝ առաջնային և մասնագիտացված բուժօգնության մակարդակներում հիվանդությունների կանխարգելման մասով, ինչպես նաև 6-րդ և 8-րդ ՀԱՀԳ-երին՝ որակյալ անհատական և համայնքային առողջապահական ծառայությունների ապահովման մասերով): ՀՎԿԱԿ-ը նպաստում է նորմատիվների և կանոնակարգերի իրականացմանը՝ դրանց կիրարկման նպատակով հրահանգների մշակման, ուսուցողական կուրսերի և քարոզչության օգնությամբ: Մենդի անվտանգության նորմերի կիրարկումն ապահովվում է ՀՀ գյուղատնտեսության նախարարության Մենդի անվտանգության պետական ծառայության կողմից (ՍԱՊԾ):
- Այսպիսով, Հայաստանում հանրային առողջապահության առանցքային գործառույթներն իրականացվում են մեկից ավելի գործակալությունների կողմից (առնվազն 8): Հետևաբար, անհրաժեշտություն է առաջանում ջանքեր գործադրել, որպեսզի այս գործակալությունները սերտորեն համագործակցեն, ինչպես նաև բացառվի միջամտությունների հատվածականությունն ու կրկնորոգումը (օրինակ, ՌՎՀ կանխարգելման հարցում): Սակայն, առողջապահության նախարարությունը չունի որևէ ստորաբաժանում կամ գերիշխող մեխանիզմ (կոմիտե կամ խորհուրդ), որը կձեռնարկեր սույն աշխատանքը՝ առողջապահության համակարգի շրջանակներում

կամ դրանից դուրս: ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության բաժինը այդպիսի լիազորություններ չունի: Չկա նաև գործողությունների որևէ ընդհանուր կամ համապարփակ պլան, որի շրջանակներում հնարավոր կլիներ հանրային առողջապահության հիմնական միջամտությունները համախմբել: Ֆինանսական, կադրային և տեխնոլոգիական ռեսուրսները բավարար չեն գիտական աշխատանքների (համենայնդեպս, ԳՀԻ-ների) և մի քանի այլ հիմնական գործառույթների իրականացման համար (օրինակ, ուղղված ավելի լայն հանրային մասնակցության ապահովմանը, առողջապահական ծածկույթի ընդլայնմանը, ծառայությունների հասանելիության բարելավմանը և պատշաճ որակի ապահովմանը):

- Ընդհանուր համակարգի հատվածների (միավորների, կազմավորումների) աստիճանները վկայում են, որ նախատեսվում է գործառույթների տարբերակում, որն ապահովելու համար համակարգի միավորները ստանձնում են մասնագիտացված գործառույթների կատարում (օրինակ, ԱԱՊ-ն ի համեմատություն հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման): Մակայն, դրանք մասնակիորեն կրկնորդվում են, քանի որ համապատասխան կանոնադրություններում այդ գործառույթները բավարար հստակությամբ չեն շարադրվում (օրինակ, ՀՀ ԱՆ հանրային առողջապահության բաժնի, Առողջապահության պետական տեսչության և ՀՎԿԱԿ-ի պարագայում): Արդյունքում, դժվարանում է համակարգի առանձին միավորների ջանքերի գույքամիտումն ընդհանուր նպատակների ձեռքբերման ուղղությամբ: Հրահանգների, ժամանակավոր աշխատանքային խմբերի և էլեկտրոնային կառավարման համակարգի միջոցով ապահովվում է բոլոր համապատասխան բաժինների մասնակցությունն ու ներդրումը, սակայն դրանց գործառույթների սահմանման անբավարար հստակությունը հանգեցնում է թույլ փոխգործակցության:
- Հայաստանում, առողջապահության համակարգի բյուջեն տարաբաժանվում է ըստ կոնկրետ բյուջետային հոդվածների, հետևյալ բնագավառների համար՝ ԱԱՊ, մասնագիտացված/հիվանդանոցային բուժօգնություն, շտապօգնություն, լաբորատոր հետազոտություններ և մի քանի “հարակից” ծրագրեր (դատաբժշկական փորձաքննություն, դիահերձում և այլն): Բյուջետային հոդվածները որոշ չափով ձկուն են:

- Ռեսուրսների հատկացումը հիմնվում է կարիքների գնահատման վրա: Հաշվի են առնում հիվանդությունների բեռը, ծառայությունների մատուցման և կատարողականի ցուցանիշները: Բյուջետային հատկացումների բաշխումն ըստ բժշկական կազմակերպությունների իրականացվում է պայմանագրային հիմունքներով՝ սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով: ԱԱՊ օղակում ֆինանսավորումն իրականացվում ըստ մարդաշնչի, հիվանդանոցային օղակում՝ ըստ փոխհատուցման ներկայացված հիվանդանոցային դեպքի փաստացի արժեքի: “Կենտրոնացված” միջոցներով դեղորայքի, բժշկական սարքավորումների և առողջապահական այլ ծրագրերի ֆինանսավորումը հիմնականում իրականացվում է մրցութային հիմունքներով (ստորև, բացատրագրում ներկայացված են լրացուցիչ տեղեկություններ):
- Գոյություն ունեն հանրային առողջապահության ուղղությամբ առողջապահության համակարգից դուրս իրականացվող գործողությունների ֆինանսավորման մեխանիզմներ: Դրա լավագույն օրինակներն են կրթության, գիտության և գյուղատնտեսության ոլորտների համար պետական բյուջեի ծախսային մասում նախանշված ֆինանսական միջոցները, որոնք ներառում են ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության միջոցով ԵՊԲՀ-ին և ՀՀ ԱՆ ԳՀԻ-ներին հատկացվող գումարները (տես նաև, Հավելված 4), ինչպես նաև ՀՀ գյուղատնտեսության նախարարության միջոցով սննդի անվտանգության ապահովման խոշոր և ազդեցիկ կառույցի՝ ՄԱՊԾ-ի գործունեության ֆինանսավորումը: Սակայն, ոչ դրանց բյուջեի պլանավորումն ու ֆինանսավորումն է ենթակա ՀՀ ԱՆ ազդեցությանը, ոչ էլ իրենք ոլորտներն ու դրանց հաստատությունները (ԱՆ-ից դուրս) հստակորեն պատկերացնում են իրենց գործունեության կարևոր նշանակությունը հանրային առողջապահության համար:

Բացատրագիր առողջապահության ֆինանսավորման վերաբերյալ

“Կենտրոնացված” բյուջետային ռեսուրսների հոսքն ընթանում է հետևյալ հաջորդական քայլերով՝ պետբյուջե > ԱՆ > ՊԱԳ > բուժհաստատություններ: ՊԱԳ-ը հանդիսանում է առողջապահական ծառայությունների հիմնական գնորդը (բուժհաստատություններից՝ պայմանագրերի հիման վրա): 2004 թվականից ի վեր, երկրի հարկաբյուջետային քաղաքականությունն իրականացվում է համաձայն պետական միջնաժամկետ ծախսերի

ծրագրերի (ՄԺԾԾ), որոնք ձևավորվում են կառավարության առանցքային ռազմավարական առաջնահերթությունների հիման վրա: ՄԺԾԾ առողջապահական առաջնահերթություններն ընդգրկում են՝ ԱԱՊ ծառայությունները, բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովումը, ՄՄԱ ծառայությունները, սոցիալապես անապահով խմբերի բժշկական օգնությունը, վարակիչ (այդ թվում, ՏԲ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ) և ոչ վարակիչ հիվանդությունների հսկողությունը, անհետաձգելի բուժօգնությունը, ինչպես նաև առանձին մասնագիտացված ծառայություններ: Հիմնական ծառայությունների փաթեթի շրջանակներում (BBP), ԱԱՊ ծառայությունները ֆինանսավորվում են ՊԱԳ-ի կողմից պարզ բանձնով՝ ըստ մարդաշնչի: ԱԱՊ օդակն ինտեգրում է կանխարգելիչ ծառայությունների մեծամասնությունը (իմունականխարգելում, առողջության պարտադիր տարեկան ստուգումներ՝ check-ups և սկրինինգային ծրագրեր), ինչպես նաև մասնակցում է առողջության ամրապնդման միջոցառումների իրականացմանը: Հանրային առողջապահության գլխավոր հաստատությունների (ՀՎԿԱԿ և ԱԱԻ) և մի քանի այլ կենտրոնների (ՁԻԱՀ, ՏԲ, ախտահանման, արյան փոխներարկման) ֆինանսավորումը գալիս է անմիջականորեն ՀՀ ԱՆ բյուջեից և հենվում է նախորդ տարիների ծախսային մոդելի վրա: ՀՎԿԱԿ-ի ֆինանսավորումն ապահովում է գլխավորապես վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման/վերահսկման և շրջակա միջավայրի մշտադիտարկման բնագավառները, թեև ՈՎՀ մշտադիտարկումն ու վերահսկումը հարաճուն կերպով ինտեգրվում է այս կառույցի ծառայություններում: Ապրելակերպի շուրջ առողջության ամրապնդմանն ուղղված աշխատանքները, ինչպես օրինակ, ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործման, սննդակարգի ռիսկերի և ֆիզիկական թերակտիվության դեմ պայքարի միջամտությունները մասնակի կամ հատվածական բնույթ են կրում, սակայն 2012 թվականից սկսած, ՀՎԿԱԿ-ը ստանձնել է նաև գործառնություններ, ուղղված ՈՎՀ-ների կանխարգելմանն ու վերահսկմանը:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- ՀՀ առողջապահության նախարարությունը և նրա կառուցվածքային ստորաբաժանումները, ինչպես նաև հանրային առողջապահության խոշոր հաստատություններն ունեն կազմակերպական կառուցվածք և կանոնադրություն: Կանոնադրություններն ընդհանուր առմամբ սահմանում են կառույցների պատասխանատվության ոլորտներն ու հաշվետվողականության ընթացակարգերը: Գոյություն ունեն բուժօգնության ծառայությունների ինտեգրման մեխանիզմներ, այդ թվում պացիենտների ուղեգրման համակարգ:
- ՀՀ ԱՆ Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնը (ՀՎԿԱԿ) և ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտը (ԱԱԻ) հանդիսանում են երկրում հանրային առողջապահության ոլորտի ամենախոշոր հաստատությունները՝ երկուսն էլ ՀԱԱԻՄԱ անդամ են և երկուսն էլ ունեն ճանաչում և ազդեցություն ազգային մակարդակում: ՀՎԿԱԿ-ը և ԱԱԻ-ն ծառայում են որպես երկրի հանրային

առողջապահության փորձագիտական կարողությունների աղբյուր և որպես հիմնական հաստատություններ, որոնց ՀՀ ԱՆ-ն ներգրավում է հանրային առողջապահության քաղաքականության, ռազմավարությունների և իրավական ակտերի մշակման աշխատանքներում:

- ՀՎԿԱԿ-ն իրականացնում է հանրային առողջապահության գործառույթների մեծամասնությունը, ներառյալ դրանցից առավել կարևորը՝ համաճարակաբանական հսկողությունը:
- ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտն (ԱԱԻ) իր կառուցվածքում ներառում է առողջապահության տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոն (ԱՏՎԿ) և ապահովում է բնակչության առողջության վիճակը բնութագրելու համար անհրաժեշտ ինֆորմացիայի գնահատում և ինտեգրում: ԱԱԻ-ն առաջնորդում է նաև ծխելու դեմ պայքարի իրավական ակտերի մշակումը և մասնակցում է առավել տարածված ՌՎՀ-ների կանխարգելման, միկրոսնդատարրերի անբավարարության հաղթահարման, ավկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի և ֆիզիկական թերակտիվության կրճատման ռազմավարական փաստաթղթերի մշակմանը (թեև համապատասխան հարցախույզեր անցկացնելու համար ստանում է սահմանափակ ֆինանսավորում; տես նաև ՀԱՀԳ 4-ին նվիրված 2.4 գլխում):
- ՀՀ ԱՆ-ն ունի իրավական ակտերի կիրարկման պատշաճ կառույցներ, որոնց գործունեությունն ուղղված է զանազան վտանգներից բնակչության առողջության պաշտպանությանը:
- Առողջապահության համակարգի բյուջեն տարաբաժանված է ըստ կոնկրետ ծառայությունների, նախատեսելով ինչպես բժշկական օգնության և սպասարկման, այնպես էլ բնակչության մակարդակում մատուցվող ծառայությունների ֆինանսավորում (ԱԱՊ մակարդակում՝ ինտեգրելով կանխարգելիչ ծառայությունների մեծամասնությունը; ՀՎԿԱԿ և հանրային առողջապահության մյուս կառույցների ֆինանսավորման և առանձին ծրագրային տողերի ապահովման համար):

Հիմնական թույլ կողմերը

- Հանրային առողջապահության որոշ ստորաբաժանումների/միավորների կանոնադրությունները բավարար հստակությամբ չեն արտացոլում դրանց

մասնագիտացված գործառույթները (հատկապես, 3 և 4 ՀԱՀԳ-երի հետ կապված): Արդյունքում դժվարանում է կառույցների ջանքերի համատեղումը՝ ընդհանուր նպատակների նվաճման ուղղությամբ:

- Չկա որևէ գերատեսչական միավոր/բաժին (“վերին ատյան”) կամ համապարփակ պլան, որի միջոցով կամ շնորհիվ հնարավոր կլիներ համակարգել հանրային առողջապահության բազմաթիվ կառույցների աշխատանքները՝ ինչպես առողջապահության համակարգում, այնպես էլ դրա սահմաններից դուրս, նպատակ ունենալով ապահովել, որպեսզի համապատասխան գործակալություններն ու հաստատություններն աշխատեն սերտ փոխգործակցության շրջանակներում:
- ԱԱՊ և հիվանդանոցային մակարդակներում որակի ապահովման ժամանակակից մոտեցումներ, ընդհանուր առմամբ, կիրառվում են, սակայն դրանք ինչպես հարկն է չեն կիրարկվում; առողջության ամրապնդման ու հիվանդությունների կանխարգելման ուղղությամբ բնակչության մակարդակում իրականացվող ծրագրերի համար որակի ապահովման ժամանակակից մոտեցումներ ընդհանրապես չեն կիրառվում:
- Կադրային և ֆինանսական ռեսուրսները համարժեք չեն՝ հանրային առողջապահության գիտահետազոտական կենտրոնների անբավարար ֆինանսավորումը խոչընդոտում է զարգացմանն ու երկարաժամկետ պլանավորմանն այս բնագավառում:
- Պետական կառավարման մարմիններից (գերատեսչություններից) դուրս ՀԱՀԳ իրականացնող կազմակերպությունների ընդունված ցանկ գոյություն չունի (ոչ կառավարական կազմակերպություններ, մասնավոր բժշկական հաստատություններ, միջազգային կազմակերպություններ և այլն) և դրանց հետ աշխատելու համար համակարգողներ/պատասխանատուներ չեն նշանակված:
- ՀՀ ԱՆ-ն ունի սահմանափակ ազդեցություն առողջապահության ոլորտից դուրս (այլ ոլորտներում) հանրային առողջապահությանն առնչվող գործունեության պլանավորման և ֆինանսավորման վրա:

2.9. Առողջության բարելավմանն ուղղված քարոզչություն, հաղորդակցություն և սոցիալական մոբիլիզացիա (ՀԱՀԳ 9)

Հաղորդակցության ապահովումը (հաղորդակցումը) հանրային առողջապահության բնագավառում նպատակ է հետապնդում բարելավել յուրաքանչյուր մարդու և ողջ բնակչության առողջապահական գիտելիքներն ու առողջության վիճակը: Այն իրենից ներկայացնում է առողջության կարևոր խնդիրների և դրանց որոշիչների մասին առանձին մարդկանց, կազմակերպություններին և հասարակական լսարաններին իրազեկելու, նրանց վրա ներգործելու և վարքի ու գործելակերպի շարժառիթները ձևավորելու արվեստն ու տեխնիկան: Հաղորդակցությունը պետք է նաև ընդլայնի ինֆորմացիայի հասանելիության, ըմբռնման և կիրառման կարողությունները, նպատակ ունենալով տվյալ հասարակության շրջանակներում կրճատել ռիսկերը, կանխարգելել հիվանդությունները, ամրապնդել առողջությունը, ապահովել առողջապահական ծառայությունների նկատմամբ հստակ կողմնորոշում ու դրանց պատշաճ օգտագործում, ծավալել քարոզչություն առողջապահական ռազմավարությունների օգտին և բարելավել մարդկանց բարեկեցությունը, կյանքի որակը և առողջությունը:

Այս գործառույթի ինքնագնահատումը բացահայտել է հետևյալ առանցքային հարցերը՝

- ՀՀ առողջապահության նախարարությունը դիտարկում է հաղորդակցությունը որպես հանրային առողջապահության կարևոր գործիք. ուստի, ԱՆ կառուցվածքում կա

հասարակայնության հետ կապերի բաժին (ՀԿԲ): Բաժինը կազմված է երեք մասնագետից, ովքեր սերտորեն աշխատում են նախարարի մամլո քարտուղարի և ՁԼՄ-ների հետ կապերի գծով օգնականի հետ: Նշված աշխատակազմի գործունեությունը ընդգրկում է հաղորդակցության մի քանի բնագավառներ, ներառելով առողջապահական լրագրությունը, միջանձնային հաղորդակցումը, ՁԼՄ-ների միջոցով քարոզչությունը, կազմակերպական հաղորդակցությունը, ռիսկերի և ճգնաժամային իրավիճակների վերաբերյալ հաղորդակցությունը և սոցիալական գովազդը:

- Հանրային առողջապահության հաղորդակցության մասնագիտական բովանդակությունը (հիմնական ուղերձը) տրամադրվում է ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի, ՀՀ ԱԱԻ-ի, ՀՎԿԱԿ-ի և այլ խոշոր հաստատությունների ու հայտնի մասնագետների կողմից, մինդեռ ԱՆ ՀԿԲ-ն հիմնականում կենտրոնանում է հաղորդակցության նյութերի դիզայնի, լեզվի և ձևաչափի վրա, իրականացնելով միջնորդական գործառույթ և ապահովելով զանգվածային, մուլտիմեդիոն և ինտերակտիվ (ներառյալ, բջջային հեռախոսակապ ու համացանցի միջոցով) հաղորդակցում հանրության հետ՝ հեռուստատեսության, ռադիոյի, տպագիր մամուլի և դրանց կայքերի միջոցով, ինչպես նաև կազմակերպելով ՁԼՄ-ների ֆորումներ և մասնակցելով ասուլիսներում՝ զանազան մամլո ակումբներում/տներում:
- Հանրային առողջապահության հաղորդակցման միջոցառումներ նախատեսված են հանրային առողջապահության բնագավառում վերջին տարիներին մշակված գրեթե բոլոր ռազմավարական փաստաթղթերում (օրինակ, աղի յոդացման, ցորենի այլուրի հարստացման, առողջ ապրելակերպի խրախուսման, վնասվածքների կանխարգելման, ՌՎՀ կանխարգելման և վերահսկման, իմունականխարգելման, ՏԲ կանխարգելման և վերհասկման, ՀԲԿ կանխարգելման ազգային ծրագրերում); արտակարգ իրավիճակներում հաղորդակցության ապահովման ԱՆ և ՀՎԿԱԿ ռազմավարության մասին հիշատակվում է ՀԱՀԳ 2-ին վերաբերվող բաժնում: Այնուամենայնիվ, ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգը չի ներառում հանրային առողջապահության բնագավառում հաղորդակցության պորտֆոլիոյի ընդլայնման և արդյունավետության բարելավման որևէ ռազմավարություն կամ գործողությունների պլան՝ չի նախատեսում երկարաժամկետ հեռանկարում բարելավել առողջությանը սպառնացող ռիսկերի վերաբերյալ

հաղորդակցության և/կամ առողջության բարելավման ուղղված քարոզարշավների մշտադիտարկման ու գնահատման աշխատանքները:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- ՀՀ ԱՆ գործունեության շրջանակներում հաղորդակցումը դիտարկվում է որպես հանրային առողջապահության կարևոր գործիք՝ համակարգի քաղաքականության հանրայնացման նպատակով հասանելի և դյուրամատչելի ինֆորմացիայի ապահովման, առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման, ինչպես նաև առողջապահական ծառայությունների կողմնորոշման և արդյունավետ օգտագործման համար:
- ԱՆ կառուցվածքում առկա է հաղորդակցության մասնագիտացված բաժին, որը գործում է, ի լրումն, նախարարի մամլո քարտուղարի և ԶԼՄ-ների հետ կապերի գծով օգնականի աջակցությամբ, ընդգրկելով առողջապահական հաղորդակցության հիմնական բնագավառները և օգտագործելով համապատասխան ժամանակակից տեխնոլոգիաներ:
- Առողջության բարելավմանն ուղղված հաղորդակցությունը սկզբունքորեն հանդիսանում է հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարությունների, ծրագրերի և գործողությունների պլանների կարևոր բաղկացուցիչ:

Հիմնական թույլ կողմերը

- ԱՆ աշխատակազմի հասակայնության հետ կապերի բաժինը հիմնականում կենտրոնացած է հաղորդակցության նյութերի/ուղերձների խմբագրման, դիզայնի և միջնորդության ապահովման վրա. ինքնին բաժինը չունի բավարար ներուժ՝ առողջ ապրելակերպի խրախուսման և հանրային առողջապահության նոր ռազմավարությունների ներդրման նպատակով համապատասխան նյութեր/ուղերձներ մշակելու և, դրա շնորհիվ, բնակչության բժշկա-սանիտարական կրթմանն ու վարքագծային փոփոխություններին նպաստելու, սպառողների իրազեկվածությունն ու աջակցությունը ապահովելու համար:

- Երկրի առողջապահական քաղաքականության համապարփակ փաստաթուղթը՝ “ՀՀ առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգը” չի անդրադառնում հանրային առողջապահության հաղորդակցության բնագավառին և, հետևաբար, պատշաճ կարևորություն չի տալիս համապատասխան ներուժի և կարողությունների բարելավման համար անհրաժեշտ ռազմավարությունների մշակմանն ու իրականացմանը:

2.10. Աջակցություն հանրային առողջապահության բնագավառում քաղաքականության և պրակտիկայի գիտական հիմնավորմանն ուղղված հետազոտությունների զարգացմանը (ՀԱՀԳ 10)

Գիտահետազոտական աշխատանքները սկզբունքային նշանակություն ունեն քաղաքականության մշակման և ծառայությունների տրամադրման գործընթացների հիմնավորման համար: Գիտական հետազոտությունները կարող են իրականացվել տարբեր եղանակներով՝ նկարագրական, վերլուծական և փորձարարական: Այս գործառնություններում է՝

- ❖ Հետազոտություններ, ուղղված գիտելիքների հենքի ընդլայնմանը, նպատակ ունենալով նպաստել գիտականորեն հիմնավորված քաղաքականության մշակմանն ու իրականացմանը բոլոր մակարդակներում,
- ❖ Հանրային առողջապահության բնագավառում հետազոտությանների նոր մեթոդների, նորարարական տեխնոլոգիաների և լուծումների մշակում,
- ❖ Գիտահետազոտական կենտրոնների և ակադեմիական հաստատությունների հետ գործընկերային կապերի հաստատում, նպատակ ունենալով ձեռնարկել պատեհիժամ ուսումնասիրություններ, որոնք նպաստում են որոշումների կայացմանը հանրային առողջապահության բոլոր մակարդակներում:

Հավելված 4-ում ներկայացված է Հայաստանի Հանրապետությունում գործող հանրային առողջապահության գիտահետազոտական ինստիտուտների համառոտ ուրվագիծը, որտեղ նկարագրված են այդ կենտրոններից մի քանիսի նախկին և ներկայիս կադրային ապահովվածությունը և կարգավիճակը, գիտական գործունեության հիմնական բնագավառները և ֆինանսավորման աղբյուրները:

Այս գործառնությի ինքնագնահատումը հնարավորություն է տվել պարզել հետևյալ առանցքային հարցերը՝

- Հայաստանի Հանրապետությունում գործում են ութ հաստատություններ (կենտրոններ, ինստիտուտներ), որոնք իրականացնում են գիտական հետազոտություններ հանրային

առողջապահության բնագավառում: Դրանցից չորսը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ն և ՀՎԿԱԿ-ը (վերջինիս ակուստիկայի մասնաճյուղը), ինչպես նաև Համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակաբուծաբանության ԳՀԻ-ն և Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների ԳՀԻ-ն գտնվում են ՀՀ ԱՆ ենթակայության տակ (ՀՀ ԱՆ-ն հանդիսանում է դրանց հիմնադիրը, ինչպես նաև շենքերի, սարքավորումների և այլ գույքի սեփականատերը):

- ՀՀ ԱՆ ընթացիկ ռազմավարություններն ու ծրագրերն ուղղված են հանրային առողջապահության հիմնական մարտահրավերների և խնդիրների լուծմանը, սակայն երկրում գոյություն չունեն դրանց հետ կապված առաջնահերթությունների սահմանման հստակ և պաշտոնականացված մեխանիզմներ՝ բժշկագիտական ուսումնասիրությունների և հանրային առողջապահության հիմնարար վերլուծական կամ փորձարարական հետազոտությունների համար (համաճարակաբանության, թունաբանության, հիգիենայի և այլ բնագավառներում): ՀՀ ԱՆ-ն չի ձևավորում հանրային առողջապահության գիտահետազոտական աշխատանքների օրակարգ, այսինքն չի սահմանում իր կենտրոնների և ինստիտուտների գիտական գործունեության առաջնահերթությունները: Ավելին, ԱՆ-ն չունի բավարար բյուջետային միջոցներ, որպեսզի աջակցի գլխավոր ոչ վարակիչ հիվանդությունների, միկրոսնդատարրերի անբավարարության, վնասվածքների, մասնագիտական և այլ ախտաբանությունների և դրանց ռիսկի գործոնների փաստացի տարածվածության գնահատման ազգային ներկայացուցչական հետազոտություններին (չի վերաբերվում բուժհաստատություններից ստացված տվյալների կամ արտաքին ֆինանսավորման հիման վրա կատարվող աշխատանքներին): ՀՀ ԱՆ-ն չի դիմում ոչ իրեն պատկանող ինստիտուտների, ոչ էլ առողջապահության համակարգից դուրս գտնվող գիտական կենտրոնների (ԵՊԲՀ, Գիտությունների ազգային ակադեմիա, ՀԱՀ, այլ ԳՀԻ-ներ և բժշկակենսաբանական գիտական ասոցիացիա) գիտաշխատողներին, որպեսզի վերջիններս իրենց աջակցությունը բերեն ԱՆ-ին՝ հանրային առողջապահության առաջնահերթությունների սահմանման և համապատասխան հայեցակարգերի, երկարաժամկետ պլանների ու ռազմավարությունների մշակման գործում: Նրանց հազվագյուտ և կարճաժամկետ մասնակցությունը սահմանափակվում է ծրագրերի առանձին բաղադրիչների շուրջ ժամանակավոր աշխատանքային խմբերի

քննարկումներով (օրինակ, ցորենի այլուրի հարստացման մասին ՀՀ օրենքի նախագծի առաջխաղացման և համապատասխան քարոզչության ապահովման նպատակով):

- ՀՀ ԱԱԻ-ի, ՀՎԿԱԿ-ի և ԳՀԻ-ների ներկայացրած գիտական ծրագրերի իրականացման հայտերի համար հատուկ մարմնի՝ ՀՀ ԿԳՆ Գիտության պետական կոմիտեի կողմից տրամադրվում է սահմանափակ ֆինանսավորում, որի գլխավոր նպատակն է “պահպանել” այդ ինստիտուտները (ապահովելով աշխատավարձի վճարման, ծախսանյութերի ձեռքբերման և շենքերի պահպանման ծախսերը): Ինստիտուտները փորձում են հնարավորինս իրազեկված լինել ՀՀ ԱՆ կողմից հանրային առողջապահության բնագավառում իրականացվող ծրագրերի վերաբերյալ և ձգտում են օգտագործել առկա առողջապահական վիճակագրությունը, նպատակ ունենալով նախաձեռնել գիտահետազոտական հայտեր, որոնք քիչ թե շատ համահունչ են առողջապահության համապատասխան առաջնահերթություններին:
- ՀՀ ԱՆ կառուցվածքում գիտական գործունեության համակարգման գործառույթն իրականացնող բաժին կամ պաշտոնյաներ չկան: Չեն ստեղծվել մեխանիզմներ առողջապահության ոլորտում և դրանից դուրս հանրային առողջապահության հետ կապված գիտական աշխատանքի օրակարգի ձևավորման համար: Դրանց բացակայությունը թույլ չի տալիս նաև զարգացնել համագործակցություն և ստեղծել գործընկերություններ և, այդպիսով, առաջնորդել այլ շահագրգիռ կողմերի գիտահետազոտական գործունեությունն առողջությանն առնչվող առաջնահերթ խնդիրների լուծման ուղղությամբ:
- Հանրային առողջապահության գիտահետազոտական հաստատությունները չեն իրականացնում կոնկրետ ծրագրեր առողջության սոցիալական որոշիչների վերաբերյալ, թեև ՀՀ ԱՆ-ն համագործակցում է ՄԱԿ-ի և միջազգային ոչ կառավարական կազմակերպությունների հետ, մասնակցելով դրանց կողմից ժամանակ առ ժամանակ իրականացվող հարցախույզներին, որոնք անդրադառնում են առողջության և սնուցման հարցերին և/կամ սոցիալ-տնտեսական պայմաններին:
- ՀՀ ԱԱԻ-ն, իր տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոնի հետ միասին, ծառայում է որպես հանրային առողջապահության ոլորտի գիտատեխնիկական փորձագիտության օջախ՝ մի հաստատություն, որը ներգրավվում է ՀՀ ԱՆ կողմից ընդհանուր և հանրային առողջապահության քաղաքականության, ռազմավարությունների և օրենսդրության

մշակման աշխատանքներում: Հաստատության հիմնական գործառույթը ներառում է հիվանդությունների և ռիսկերի մշտադիտարկումը, առողջության ամրապնդման և կրթական ծրագրերի իրականացումը (ինստիտուտը ֆինանսավորվում է ՀՀ ԱՆ բյուջեից): ԱԱԻ-ին ունի մի շարք առավելություններ (այլ կենտրոնների համեմատությամբ), դրանք են՝ երկրում առկա բոլոր բժշկա-սանիտարական տվյալների համախմբումը, տվյալների ընդհանրացումն ու վերլուծությունը, զանազան հարցախույզների իրականացումն ու կանոնավոր հաշվետվությունների ապահովումը (ՀՀ ԱՆ-ին և ԱՀԿ ԱԲՀ տվյալների շտեմարանին):

- Զեկույցներն ու հրապարակումները հեշտությամբ հասանելի են քաղաքականություն մշակողներին, առողջապահության բնագավառում աշխատող մասնագետներին, զանգվածային լրատվամիջոցներին և ողջ հանրությանը՝ կայքերի, բժշկական թերթերի, հանրամատչելի և ակադեմիական հանդեսների, ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ, ԱԱԻ, ԵՊԲՀ, ԱՆ ԳՀԻ-ների, ՀՀ ԳԱԱ ինստիտուտների կոնֆերանսների տպագիր նյութերի միջոցով:
- 2014 թվականի երկրորդ կեսից ի վեր, ՀՀ ԱՆ ուշադրությունը, ի թիվս այլ կարևոր հարցերի, կենտրոնացած է գիտականորեն հիմնավորված քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ գիտելիքների բազայի ընդլայնման վրա, ապահովելով հանրային առողջապահության հիմնախնդիրների լուծման գործընթացը՝ ծրագրերի մշակումն ու իրականացումը, դրանց մշտադիտարկումն ու գնահատումը փաստացի տվյալների ամուրի հենքով: Երկրում գոյություն ունեցող գիտական կենտրոնները ներգրավվում են, թեև ոչ կանոնավոր կերպով, ՀՀ ԱՆ աշխատանքներում, տրամադրելով մասնագիտական աջակցություն հանրային առողջապահության բարդ և բազմակողմանի խնդիրների, ինչպես օրինակ, վարակիչ հիվանդությունների վերահսկման, ՌՎՀ կանխարգելման, սննդատարրերի անբավարարության հաղթահարման, ինչպես նաև սննդամթերքում, աշխատանքային և շրջակա միջավայրերում կենսաբանական, ֆիզիկական և քիմիական ռիսկերի կրճատման/վերացման գործում:

Եզրակացություններ

Հիմնական ուժեղ կողմերը

- Հանրային առողջապահության բնագավառում հետազոտություններ իրականացնելու համար երկիրն ունի բավարար թվով գիտահետազոտական հաստատություններ:

Դրանց կազմում ներկայացված է համապատասխան գիտական առարկաների մեծամասնությունը: Հաստատությունները հավաքում են որոշակի տվյալներ՝ առողջությանը սպառնացող ռիսկերի վերաբերյալ:

- Գիտական աշխատանքների արդյունքները և հարցախույզերի զեկույցները հրապարակվում են և տեղադրվում են հանրությանը հասանելի վեբ կայքերում:

Հիմնական թույլ կողմերը

- Գիտահետազոտական հաստատությունների գործունեության բավարար համակարգում չի իրականացվում, որի հետևանքով դժվարանում է հանրային առողջապահության քաղաքականության մշակման և կարևորագույն ծրագրերի իրականացման, մշտադիտարկման և գնահատման համար անհրաժեշտ տեղեկատվության, տվյալների և փաստերի հավաքագրումը:
- Հանրային առողջապահության կադրային ռեսուրսների սակավությունը և, աշխատուժի հմտությունների պակասը, ինչպես նաև երկրի հանրային առողջապահության ինստիտուտների ներուժի անբավարար մակարդակը պատշաճ ուշադրության չեն արժանանում:
- Հանրային առողջապահության ոլորտներից շատերում իրականացվող գիտահետազոտական աշխատանքները բավարար արդյունքներ չեն ապահովում՝ առողջությանը սպառնացող վտանգների չեզոքացման և/կամ վերացման ուղղությամբ լուծումներ առաջարկելու համար:
- Առողջապահության համակարգում և դրա շրջանակներից դուրս գոյություն ունեցող գիտահետազոտական հաստատությունների համագործակցությունն անբավարար է:

3. Հիմնական առաջարկություններ

3.1. Անհրաժեշտ է դիտարկել առողջապահության տեղեկատվական համակարգի հաշվետվական աշխատանքների ամրապնդման հնարավորությունները կենսական վիճակագրության (բնակչության բնական շարժի) և բնակչության առողջության սովորական ցուցանիշների հաշվառման ուղղությամբ՝ բարելավել նախա- և հետդիպլոմային ուսուցումը հիվանդությունների միջազգային դասակարգման վերաբերյալ; մշակել և իրականացնել

տվյալների որակի ապահովման համապարփակ ռազմավարություն, ընդլայնել առողջության հետ կապված հետազոտությունների/հարցախույզերի իրականացման աշխատանքները (ներառյալ, ազգային մակարդակում ՌՎՀ-ների վերաբերյալ կանոնավոր հարցախույզերի իրականացումը): ՀՀ ԱՆ-ն պետք է դիտարկի վարքագծային և էկոլոգիական ռիսկի գործոնների, առողջության սոցիալական որոշիչների և առողջության մակարդակի առումով անհավասարությունների սեփական կանոնավոր մշտադիտարկումներին աջակցելու հնարավորությունը (վարքագծային ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տվյալների հավաքման և համաճարակաբանական հսկողության բարելավումն անհրաժեշտ է ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործման, ֆիզիկական թերակտիվության, սննդակարգային ռիսկերի, ճարպակալման և այլ գործոնների միտումները ավելի լավ գնահատելու համար): ՀՀ ԱՆ-ն պետք է խրախուսի և աջակցի ՀԲԿ արդյունավետ համաճարակաբանական հսկողության համակարգի՝ ՀԲԿ զսպման ազգային գործողությունների առանցքային բաղկացուցիչի ձևավորմանը:

3.2. Անհրաժեշտ է ընդլայնել և ամրապնդել հաղորդակցությունը և համագործակցությունը ԱՌՆ հիմնական դերակատարների և շահագրգիռ կողմերի հետ՝ խոցելիության և աղետների ռիսկերի կրճատման, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակների արձագանքման պատրաստվածության կառավարման ուղղությամբ; կիրառել դոնորական աջակցությամբ ներդրված և փորձարկված՝ արտակարգ իրավիճակների նկատմամբ պատրաստվածության գործիքները (Տեղական մակարդակում ռիսկերի կառավարման գործիքը և Վտանգների քարտեզագրումը); ընդլայնել ռիսկերի և վտանգների վերաբերյալ կրթական և իրազեկման նյութերի հրատարակումը; շարունակել փնտրել դոնորական աջակցություն՝ ԱՌՆ և արտակարգ իրավիճակների արձագանքման կառույցների և այլ շահագրգիռ կողմերի կարողությունները ամրապնդելու համար:

3.3. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է բարձրացնի միջոլորտային և բազմակողմ համագործակցության մակարդակը (կանոնավոր կերպով քարտզելով “Առողջության հիմնահարցերը բոլոր ռազմավարություններում” մոտեցման կիրառման համար, ավելի լավ օգտագործելով համատեղ որոշումների կայացման և գործակցության առկա կառուցվածքային և ժամանակավոր մեխանիզմները, ինչպես նաև ամրապնդելով ՀՀ ԱՆ կարողությունները՝ հիմնական շահագրգիռ կողմերի հետ ավելի լավ հաղորդակցման և նրանց ակտիվ ներգրվման համար) և առաջնորդի էկոլոգիական վտանգավոր գործոնների վերահսկման ռազմավարությունների մշակումն ու իրականացումը՝ մասնավորապես աշխատանքի

հիզիենայի և անվտանգության, կերակրի աղի և տրանս-ճարպերի սահմանափակման, սննդամթերքի հարստացման; սպառողական ապրանքների և բնակարանային պայմանների մշտադիտարկման (այդ թվում ստանդարտների ստեղծման), տրանսպորտային և ճանապարհային անվտանգության ապահովման ուղղություններում, ինչպես նաև ներդնի պացիենտների բուժօգնության որակի և անվտանգության ապահովման ռազմավարություններ:

3.4. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է զարգացնի առողջ ապրելակերպի խրախուսման առողջ վարքագծի և բարենպաստ միջավայրի ուժեղ ու հետևողական կազմակերպական շրջանակներ, ինչպես նաև ստանձնի առաջատար դեր, նպատակ ունենալով ապահովել ավելի ամուր գործընկերային հարաբերություններ՝ առողջության ամրապնդմանն ուղղված ավելի արդյունավետ գործողություններ իրականացնելու համար: ՀՀ ԱՆ-ն պետք է ներդնի առողջության վրա հանրային ռազմավարությունների ազդեցության գնահատման և ռիսկերի հաղորդակցության ժամանակակից մեթոդներ: ՈՎՀ հիմնական ռիսկի գործոնների՝ ծխախոտի, սննդակարգի ռիսկերի, ֆիզիկական պասիվության և ակտիվի օգտագործման հետ կապված միջամտությունները բնակչության մակարդակում պետք է ամրապնդվեն (Հայաստանում ՈՎՀ-ները պատասխանատու են հիվանդությունների բեռի գերակշիռ մասի համար): Հաշվի առնելով, երկրում ծխախոտի օգտագործման բարձր տարածվածությունը, ՀՀ ԱՆ-ն պետք է լրացուցիչ ջանքեր գործադրի ծխախոտի դեմ պայքարի միջոցառումներն ընդլայնելու համար (տես նաև Հավելված 5-ում ԱՀԿ ՈՎՀ գնահատման զեկուցին կատարված հղումը): Ընդհանուր առմամբ, ՀՀ ԱՆ-ին խստորեն խորհուրդ է տրվում քննարկել առողջության ամրապնդման համապարփակ ազգային պլանի մշակման հնարավորությունը, նպատակ ունենալով այդ ճանապարհով համախմբել և ընդլայնել առողջության ամրապնդման և ՈՎՀ կանխարգելման ընթացիկ գործողությունները և բնակչության մակարդակում իրականացվող միջամտությունները: Բացի այդ, ՀՀ ԱՆ-ն պետք է մշակի առողջության սոցիալական որոշիչների դիտարկման և առողջությանն առնչվող անհավասարության խնդիրների լուծման ինքնուրույն (ավտոնոմ) ռազմավարություն՝ ապահովելով արդյունավետ քարոզչություն և միջոցառումային ու բազմակողմ համագործակցություն, ինչպես նաև ձևավորելով համապատասխան նպատակային ցուցանիշների մշտադիտարկում (ներառյալ, եկամուտների և կրթության մակարդակի անհավասարությունները, առողջության համար բարենպաստ միջավայրի

հասանելիությունը, զբաղվածությունը): ՀՀ ԱՆ-ն պետք է զարգացնի անհավասարության արմատական պատճառների վերլուծությանն ուղղված գիտական հետազոտություններ, ինչպես նաև զարգացնի բուժօգնության այնպիսի մոդելներ (մասնավորապես, ԱԱՊ մակարդակում), որոնք խրախուսում են առողջության ամրապնդումն ու ապահովում են բուժօգնության հավասար հասանելիությունը:

3.5. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է մշակի բազմակողմանի ռազմավարություն՝ մի շարք բնագավառներում եղած բացթողումները վերացնելու համար, մասնավորապես այն բնագավառներում, որտեղ բնակչության մակարդակով միջամտությունների ծրագրեր դեռևս չեն իրականացվում (բերանի խոռոչի առողջություն, թմրամոլություն, միկրոսնդատարրերի անբավարարություն, աշխատանքի հիգիենա): Անհրաժեշտ է կայունացնել և խրախուսել ապացուցողական սկրինինգային ծրագրերի իրականացումը՝ հատկապես լավագույն փորձի լույսի ներքո, որը հաշվի է առնում հասանելիությունը, մատչելիությունը և ընդունելիությունը (որպեսզի սկրինինգային ծրագրերն ապահովեն ավելի արդյունավետ ծածկույթ և ընդգրկեն բնակչության առավել խոցելի խմբերին): Անհրաժեշտ է հնարավորություն գտնել բոլոր այդ գործընթացներում հանրային խմբերի ավելի ակտիվ մասնակցության և ներգրավման համար:

3.6. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է՝ ա) քննության առնի “Ռազմավարական ղեկավարում հոգուտ առողջության” մոտեցման կիրառման հանարավորությունը, գործակցելով և մշակելով միջոլորտային ռազմավարություններ և ծրագրեր, որոնք դիտարկում են առողջությունը որպես կոլեկտիվ նպատակ և ձևավորում են համապատասխան առողջապահական նպատակներ և թիրախներ; բ) վերանայի, լավագույն փորձի լույսի ներքո, հանրային առողջապահության ծառայությունների որակի հսկողության նորմատիվային շրջանակները և մշակի ազգային առողջապահական ռազմավարության գործողությունների պլան, որը կընդգրկի կատարողական կարգապահության գնահատման միջոցառումներ՝ հանրային առողջապահության առանցքային ծառայությունների տրամադրման համար; գ) ամրապնդի միջոլորտային օրենսդրության ստեղծման, դրա շուրջ քննարկումների և օրենսդիր ֆորումներում բանավեճի և վավերացման ակտիվացման կարողությունները; դ) ներդնի գիտականորեն հիմնավորված (ԱԱԳ և ԲՏԳ) որոշումների կայացման գործընթացներ:

3.7. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է մշակի կադրային ռեսուրսների զարգացման պլան, ինչպես նաև մշտադիտարկի և գնահատի հանրային առողջապահության մասնագետների արտահոսքը և

նախաձեռնի այդ մասնագետների համար ֆինանսական միջոցների հավաքագրման գործողություններ, ինչպես նաև հատկացնի աշխատավարձի, նպաստների, կրթության, խրախուսման և այլ փոխհատուցման բյուջետային հոդվածներ: Կարևոր է նաև մշակել բժշկական կրթության համակարգից դուրս այլ մասնագիտական կրթություն ստացած անձանց հանրային առողջապահության ոլորտում աշխատանքի ընդունելու ռազմավարություն:

3.8. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է ապահովի, որպեսզի հանրային առողջապահության տարբեր կազմակերպությունների կապերը, փոխազդեցությունը, դերերն ու պարտականությունները լինեն հստակորեն գծագրված: ՀՀ ԱՆ-ն պետք է նաև՝ խստացնի շեշտադրումը այլ ոլորտների հետ համագործակցելու վրա, նպատակ ունենալով ստանալ ավել լավ առողջապահական արդյունքներ; նպաստի բոլոր մակարդակներում տրամադրվող ծառայությունների որակի ապահովմանը, մասնավորապես բնակչության մակարդակում իրականացվող առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման ծառայությունների համար; ապահովի հանրային առողջապահության հաստատությունները պատշաճ կադրային և ֆինանսական ռեսուրսներով և մշտադիտարկի դրանց արդյունավետությունը:

3.9. ՀՀ ԱՆ-ն պետք է մշակի հանրային առողջապահության ոլորտում հաղորդակցության երկարաժամկետ (հեռանկարային) քաղաքականություն, որը կարտացոլի այս բնագավառում տարվող աշխատանքի ռազմավարական նշանակությունն ու սիստեմատիկ բնույթ՝ պլանավորելով ոլորտի արդյունավետության բարձրացման միջոցառումներ, կապելով հանրային առողջապահության ուղերձները հիմնական վարքագծային ռիսկի գործոնների հետ (ծխախոտ, ալկոհոլ, անառողջ սննդակարգ և ֆիզիկական թերակտիվություն): Քանի որ հանրային առողջապահության յուրաքանչյուր միջամտություն կարող է ծնել մտահոգություններ հնարավոր անբարենպաստ հետևանքների վերաբերյալ, ՀՀ ԱՆ ռազմավարությունները պետք է բնեռեն իրենց ուշադրությունը բժշկահիգիենիկ գրագիտության, ներգրավելով տարբեր շահագրգիռ կողմերի (ՀԿ-ներ, գործարարներ, առևտուր, օրենսդիր, գիտնականներ) և ադապտացնելով ուղերձները տարբեր խմբերի և ՁԼՄ-ների համար:

3.10. ՀՀ Առողջապահության նախարարությանն անհրաժեշտ է ուղիներ փնտրել երկրի հանրային առողջապահության գիտական հետազոտությունների բնագավառում թույլ համակարգման, գործընկերության բացակայության, սուղ ֆինանսավորման, կադրերի

հմտությունների պակասի և անբավարար կարողությունների խնդիրները լուծելու համար: Հանրային առողջապահության գիտական հետազոտությունների ոլորտի ամրապնդման և գիտական կենսորոնների զարգացման ռազմավարության մշակումն ու իրականացումը խիստ արդիական կարող է լինել: Նախաձեռնելով այս գործընթացը, ՀՀ ԱՆ-ն կարող է դիմել ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակին, նպատակ ունենալով ստանալ աջակցություն կարողությունների զարգացման համար, ծանոթանալ գիտելիքների տարածման գիտելիքների տարածման և փոխանակման միջազգային փորձին, ներառյալ լավագույն օրինակները, որնք ցուցադրում են, թե ինչպես են հանրային առողջապահության ուղղությամբ իրականացվող գիտական աշխատանքները ազդում քաղաքականության մշակման և պրակտիկ գործունեության վրա:

Հավելված 1. Ինքնագնահատման կազմակերպչական մեխանիզմները

1) ՀԱՀԳ գնահատման գործընթացին նվիրված ԱՀԿ աշխատաժողովի մասնակիցների ցանկը, Երևան, Հայաստան, 18-19 փետրվարի, 2015թ:

ՀՀ կառավարության սոցիալական վարչություն	Յանա Բոյաջյան – Սոցիալական վարչության գլխավոր մասնագետ (yana.boyajyan@gov.am)
Առողջապահության նախարարություն (ԱՆ), աշխատակազմ,	<p>Հրայր Ասլանյան – Հանրային առողջապահության բաժնի պետ (hrayr.aslanyan@moh.am)</p> <p>Քրիստինե Գյուրջյան - Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ (g_krist@mail.ru)</p> <p>Կարինե Գաբրիելյան - Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ (kgabrielyan@moh.am)</p> <p>Մարիաննա Գաբրիելյան – Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ (manan0777@yahoo.com)</p> <p>Մամվել Սողոմոնյան- Կադրերի կառավարման վարչության պետ (s_soghomonyan@moh.am)</p> <p>Ռուզաննա Յուզբաշյան – արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության քաղաքականության բաժնի պետ (ryuzbashyan@moh.am)</p>
ԱՆ Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն (ՀՎԿԱԿ)	<p>Նունե Բակունց – Տնօրենի տեղակալ (n.bakunts@gmail.com)</p> <p>Լիլիթ Ավերիսյան - Տնօրենի տեղակալ (avetisyan_lil@yahoo.com)</p> <p>Տիգրան Մարտիրոսյան - Տնօրենի տեղակալ (martirosyantigran@list.ru)</p> <p>Գայանե Սահակյան – Տնօրենի խորհրդական (gsahakyan63@yahoo.com)</p> <p>Լիանա Թորոսյան – Հատուկ վտանգավոր վարակների և օդակաթիլային վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժնի պետ (liana_torosyan@mail.ru)</p>

	<p>Լուսինե Պարոնյան – Փոխանցողներով պայմանավորված և մակարածային հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժնի պետ (lusineparonyan@yahoo.com)</p> <p>Աիդա Պետիկյան – Շրջակա միջավայրի բաժնի պետ (aidapetikyan@yahoo.com)</p>
Քաղաքաշինության նախարարություն	Սամվել Սրապյան – Բնակարանային ֆոնդի կառավարման և կոմունալ ենթակառուցվածքների բաժնի պետ (ssrapyan@yandex.ru)
Բնապահպանության նախարարություն	Անահիտ Ալեքսանդրյան – Վտանգավոր նյութերի և թափոնների կառավարման քաղաքականության վարչության պետ (haz@mnp.am)
Կրթության և գիտության նախարարություն	Կարինե Բաբայան – Նախադպրոցական և միջնակարգ դպրոցական կրթության բաժնի գլխավոր մասնագետ (karababayan18@mail.ru)
Տարածքային կառավարման և արտակարգ իրավիճակների նախարարություն	Նունե Ադամյան – Աղետների բժշկության բաժնի պետ (adamyann@mail.ru)
Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն	Վանիկ Բաբաջանյան – Ժողովրդագրության բաժնի պետ (vanik.babajanyan@mlsa.am)
Սպորտի և երիտասարդության հարցերի նախարարություն	Նարեկ Վանեսյան – Սպորտային բժշկության և գիտության բաժնի պետ (vannar@rambler.ru)
Տրանսպորտի և կապի նախարարություն	Հարություն Հովսեփյան – Տեխնիկական քաղաքականության վարչության պետ (harutun.hovsepyan@mtc.am)
Գյուղատնտեսության նախարարություն	Տիգրան Վիկրյան – Սննդի անվտանգության բաժնի գլխավոր մասնագետ (tigran-vkhkryan@rambler.ru)

2) Կազմակերպչական կառուցվածքը, դերերը և պարտականությունները

Հանձնակատար	Մեգեյ Խաչատրյան – Առողջապահության նախարարի տեղակալ
Վերահսկողական կոմիտե	<p>Մեգեյ Խաչատրյան – Առողջապահության նախարարի տեղակալ</p> <p>Հրայր Ասլանյան – ԱՆ Հանրային առողջապահության բաժնի պետ</p> <p>Սամվել Սողոմոնյան – ԱՆ Կադրերի կառավարման վարչության պետ</p> <p>Նունե Բակունց – ԱՆ ՀՎԿԱԿ տնօրենի տեղակալ</p>
Գլխավոր քարտուղարություն	<p>Հրայր Ասլանյան – ԱՆ Հանրային առողջապահության բաժնի պետ (ինքնագնահատման գործընթացի գլխավոր համակարգող/ղեկավար)</p> <p>Քրիստինե Գյուրջյան – ԱՆ Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ (նախագծի մենեջեր)</p> <p>Մարիաննա Գաբրիելյան – ԱՆ Հանրային առողջապահության բաժնի</p>

	գլխավոր մասնագետ (նախագծի մենեջերի օգնական)
Մասնագիտացված խմբեր	<p>Կարինե Գարրիեյան – ԱՆ Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ</p> <p>Յանա Բոյաջյան – Կառավարության սոցիալական վարչության գլխավոր մասնագետ</p> <p>Ռուզաննա Յուզբաշյան – ԱՆ արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության քաղաքականության բաժնի պետ</p> <p>Նունե Բակունց – ԱՆ ՀՎԿԱԿ տնօրենի տեղակալ</p> <p>Լիլիթ Ավետիսյան – ԱՆ ՀՎԿԱԿ տնօրենի տեղակալ</p> <p>Տիգրան Մարտիրոսյան – ԱՆ ՀՎԿԱԿ տնօրենի տեղակալ</p> <p>Գայանե Մահակյան – ԱՆ ՀՎԿԱԿ տնօրենի խորհրդական</p> <p>Լիանա Թորոսյան – ԱՆ ՀՎԿԱԿ բաժնի պետ</p> <p>Լուսինե Պարոնյան - ՀՎԿԱԿ բաժնի պետ</p> <p>Աիդա Պետիկյան – ՀՎԿԱԿ բաժնի պետ</p> <p>Սամվել Սրապյան – Քաղաքաշինության նախարարություն, բաժնի պետ</p> <p>Անահիտ Ալեքսանդրյան – Բնապահպանության նախարարություն, վարչության պետ</p> <p>Կարինե Բաբայան – ԿԳՆ, գլխավոր մասնագետ</p> <p>Նունե Աղամյան – ՏԿ/ԱԻՆ, բաժնի պետ</p> <p>Վանիկ Բաբաջանյան – Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն, բաժնի պետ</p> <p>Նարեկ Վանեսյան - Սպորտի և երիտասարդության հարցերի նախարարություն, բաժնի պետ</p> <p>Հարություն Հովսեփյան – Տրանսպորտի և կապի նախարարություն, վարչության պետ</p> <p>Տիգրան Վիկրյան – Գյուղատնտեսության նախարարություն, գլխավոր մասնագետ</p>

3) Քաղվածք ՀՀ առողջապահության նախարարի “Հայաստանի Հանրապետությունում հանրային առողջապահության կարողությունների և ծառայությունների գնահատման իրականացման նպատակով պատասխանատուների ցանկը հաստատելու մասին” թիվ 1469-Ա հրամանից (11–ը հունիսի, 2015թ.):

Հիմք ընդունելով ՀՀ կառավարության 2002թ. օգոստոսի 15-ի 1300-Ն որոշման Հավելված 1-ով հաստատված ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի “դ” ենթակետը՝

ՀՐԱՄԱՅՆՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել Հայաստանի Հանրապետությունում հանրային առողջապահության կարողությունների և ծառայությունների գնահատման իրականացման նպատակով պատասխանատուների ցանկը՝ համաձայն հավելվածի:
2. Պատասխանատուներին հանձնարարել մինչև 2015թ. հունիսի 10-ը,
 - 1) իրականացնել Հայաստանի Հանրապետությունում հանրային առողջապահության կարողությունների և ծառայությունների գնահատում,
 - 2) հանրային առողջապահության հիմնական գործառնությունների յուրաքանչյուր ուղղության գծով ներգրավել համապատասխան մասնագետի/մասնագետների,
 - 3) հանրային առողջապահության կարողությունների և ծառայությունների գնահատման արդյունքները մինչև 2015թ. 13-ը ներկայացնել ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի հանրային առողջության բաժնի:
3. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել ՀՀ առողջապահության նախարարի տեղակալ Սերգեյ Խաչատրյանին:

Ա.Մուրադյան

4) Հանրային առողջապահության կարողությունների և ծառայությունների գնահատման պատասխանատուների ցանկը (ՀՀ առողջապահության նախարարի 2015 թվականի հունիսի 11-ի թիվ 1469-Ա հրամանի հավելված 1):

ՀԱՀԳ-ի հերթական համարը	Ինքնագնահատման պատասխատուներ (համակարգողներ)
1.	Ալեքսանդր Բազարյան, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի տնօրեն bazarchyan@gmail.com և Լիլիթ Ավետիսյան, ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ Տնօրենի տեղակալ avetisyan_lil@yahoo.com
2.	Լիանա Թորոսյան, ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ Հատուկ վտանգավոր վարակների և օդակաթիլային վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժնի պետ liana_torosyan@mail.ru
3.	Աիդա Պետիկյան, ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ Շրջակա միջավայրի բաժնի պետ aidapetikyan@yahoo.com
4.	Կարինե Գաբրիելյան – ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի Հանրային առողջապահության բաժնի գլխավոր մասնագետ, kgabrielyan@moh.am
5.	Գայանե Սահակյան, ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ Տնօրենի խորհրդական gsahakyan63@yahoo.com
6.	Դիանա Անդրեասյան, ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի փոխտնօրեն dianaandreasyan@mail.ru
7.	Մամվել Սողոմոնյան, ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի Կադրերի կառավարման վարչության պետ s_soghomonyan@moh.am
8.	Ռուզաննա Յուզբաշյան, ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության քաղաքականության բաժնի պետ , RA ryuzbashyan@moh.am և Լուիզա Մարգարյան, ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի ֆինանսների և էկոնոմիկայի բաժնի առաջատար մասնագետ

	sargsyan-uiza@mail.ru
9.	Լուսինե Պարոնյան , ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ Փոխանցողներով պայմանավորված և մակարուծային հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժնի պետ lusineparonyan@yahoo.com
10.	Հրայր Ասլանյան , ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի Հանրային առողջապահության բաժնի պետ hrayr aslanyan@moh.am

Հավելված 2. Քաղվածք ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանից (թիվ 65, 18.10. 2013թ.)

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆԸ (18 ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՎ ԲԱՐՃՐ ՏԱՐԻՔԻ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ) ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՑԱՅԻՆ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋՈՂ ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՑՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ, ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆԸ (ՄԻՆՉԵՎ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ) ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՑԱՅԻՆ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՀԱՆՋՈՂ ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՑՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ՑԱՆԿԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման 4-րդ կետի «գ» ենթակետը, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման Հավելված N 1-ով հաստատված ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 8-րդ կետի «ա» ենթակետը, 12-րդ կետի «դ» ենթակետը.

Հրամայում եմ՝

1. Հաստատել՝

1) բնակչությանը (18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց համար) պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը՝ համաձայն **հավելված 1-ի**,

2) բնակչությանը (մինչև 18 տարեկան անձանց համար) պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը՝ համաձայն **հավելված 2-ի**:

2. Սահմանել, որ անհետաձգելի բժշկական օգնություն և սպասարկում նշանակում է անհետաձգելի բժշկական միջամտությունների անցկացում պահանջող հիվանդությունների և վիճակների բժշկական օգնությունը և սպասարկումը:

Դ. Դումանյան

Հրամանի հավելված 1

1. Վերակենդանացման միջոցառումներ և ինտենսիվ թերապիա պահանջող հիվանդություններ և վիճակներ՝ շոկային վիճակներ, 2-րդ և ավելի աստիճանի, կոմատոզ վիճակներ, դիաբետիկ հիպոգլիկեմիկ կոմա, սուր շնչական անբավարարություն 2-րդ աստիճանի և բարձր, սրտի փորոքների ֆիբրիլյացիա և թրթռոց, սրտի կանգ, էկզոգեն թունավորումներ, էպիլեպտիկ ստատուս, ծանր աստիճանի պրեէկլամպսիա և էկլամպսիա, էմբոլիաներ, հեմոլիզ, լյարդի ֆերմենտների բարձրացում,

«Թրամբոցիտների քանակի իջեցում» համախտանիշ, սրտամկանի սուր ինֆարկտ, ինսուլտ, պոլիտրավմա, ցրտահարություն՝ 3-րդ աստիճանի:

2. Այլ հիվանդություններ և վիճակներ՝ հոգեշարժական գրգռված վիճակ, ցնորազառանցանքային և աֆեկտիվ սուր վիճակներ, փսիխոզներ, քրոնիկ հոգեկան հիվանդների խնամք, օնկոհեմատոլոգիական հիվանդություններ, հեմոֆիլիա, ապլաստիկ անեմիա, միելոդիսպլաստիկ համախտանիշ:

3. Վարակիչ հիվանդություններ՝ ժանտախտ, տուլարեմիա, սիբիրախտ, դիֆթերիա, կապույտ և հարկապույտ հազ, փայտացում, սուր պոլիոմիելիտ, սուր թորշոմած կաթվածահարություն, կատաղություն, բծավոր տիֆ, մալարիա, ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ, թռչնագրիպ, վիրուսի նոր լոգոտիպով հարուցված գրիպ, հպավարանցիկ հեմոռագիկ տենդեր, բոտուլիզմ, քուբեշ (բարդացած), մենինգոկոկային վարակ, առաջնային սուր մենինգիտներ, այլ բակտերիային հիվանդություններ, ջրծաղիկ, կարմրուկ, կարմրախտ, սուր վիրուսային հեպատիտներ, համաճարակային պարոտիտ, վարակային մոնոնուկլեոզ, առաջնակի սուր բրուցելոզ, գրիպ (համաճարակի/բոնկումների դեպքում), խոլերա, որովայնային տիֆ և պարատիֆ, այլ սալմոնելոզային վարակներ, շիգելոզ, չճշտված ծագումնաբանությամբ և այլ բակտերիալ ու վիրուսային սուր աղիքային հիվանդություններ, տուբերկուլոզ:

Ջրամանի հավելված 2.

1. Վերակենդանացման միջոցառումներ և ինտենսիվ թերապիա պահանջող հիվանդություններ և վիճակներ՝ շոկային վիճակներ 2-րդ և ավելի աստիճանի, կոմատոզ վիճակներ, սուր շնչական անբավարարություն 2-րդ աստիճանի և բարձր, ասֆիքսիա, սրտի կանգ, ցնցումային համախտանիշ գիտակցության կորստով, անուրիա, շնչառության կանգ, էկզոգեն թունավորումներ, պոլիտրավմա:

2. Անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող վիճակներ և հիվանդություններ՝ սուր սրտային, անոթային, երիկամային, շնչական (1-2 աստիճանի) անբավարարություն; հիպերտոնիկ կրիզ, ցնցումային համախտանիշ, ապթոմատիկ վիճակ, կվինկելի այտուց, սրտի ռիթմի խորը խանգարումներ և սուր բորբոքային հիվանդություններ, սրտի կապույտ բնածին արատ, շարակցական հյուսվածքի դիֆուզ հիվանդություններ, սուր արթրիտներ և խրոնիկական արթրիտների սրացում, սուր հեմոլիտիկ կրիզներ, սակավարյունություն; սուր մենինգիտներ, էնցեֆալիտներ, միելիտներ; Գիլեն-Բարեի սուր պոլինեյրոպաթիա, սուր պարապրոկտիտ, երիկամային խիթ, սուր փոշտ, պրեկոմատոզ և կրիզ; սուր գլոմերուլոնեֆրիտ, պիելոնեֆրիտ; ցանցաթաղանթի անոթների սուր անանցանելիություն, ներակնային արյունազեղումներ; ակնագնդի և հավելվածների վնասվածքներ, գլաուկոմայի սուր նոպա, ներակնակապիճային բարդություններ, սուր մաստոիդիտ, անտրիտ, կոխլեար-վեստիբուլյար ֆունկցիայի սուր խանգարում, սուր մեդիաստենիտ, շնչափողի, կերակրափողի սուր ստենոզներ, թրոմբոզներ, էմբոլիաներ; մեխանիկական դեղնուկ, օտար մարմին՝ տարբեր տեղակայման, ոսկրերի կոտրվածքներ; վերջույթների և դրանց սեզմենտների, առանձին օրգանների ամպուտացիա; արտաքին/ներքին արյունահոսություն, տարածուն հեմատոմաներ, ներանոթային տարածուն մակարդման (ԴՎՍ) համախտանիշ, կրաշ համախտանիշ; վնասվածքներ՝ հրազենային և թափածակող, նյարդերի, ջլերի և հողերի (բաց), գանգուղեղային և ողնաշարի (ողնուղեղի); օրգանի/հյուսվածքի գանգրենա, ներքին օրգանների աբսցեսներ, խոռոչավոր օրգանների թափածակում, էլիինոկոկոզ, սուր որովայն՝ պանկրեատիտ և ապենդիցիտ, պերիտոնիտ, աղիների անանցանելիություն; օղակված ճողվածք, լորձաթաղանթի և արտաքին ծածկույթի այրվածքներ, ցրտահարություն, պարբերական հիվանդության նոպա, սուր սեպտիկ վիճակներ, հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր, թոքաբորբ /գրիպի հետևանքով/, ձվարանի ապոպլեքսիա, բշտիկային զանգված, խորիոնեպիթելիոմա, արգանդային արյունահոսություն, միոմատոզ հանգույցի, ձվարանի ուռուցքների, ուռուցքանման և թարախային գոյացություններ

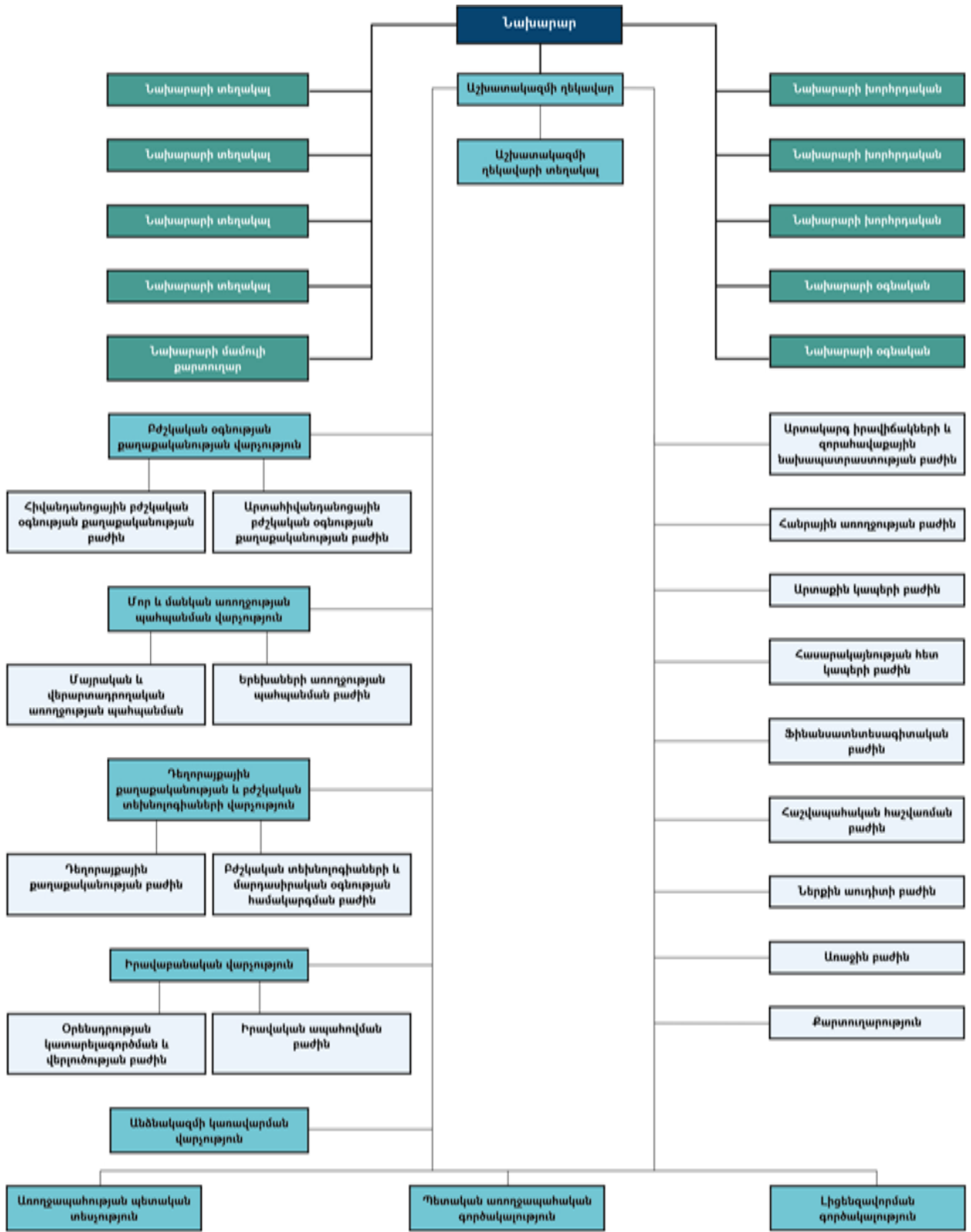
տոտիկի ոլորում, պատյանի պատռում, հանգույցի նեկրոզ, ծնվող ենթալորձային միումատոզ հանգույց; վերջույթների և դրանց սեզմենտների, առանձին օրգանների անդամահատումներ:

3. Այլ հիվանդություններ և վիճակներ` (ներկայացվում է նույն հիվանդությունների ցանկը` տես ըստ Հավելված 1-ի 2-րդ կետի):

4. Վարակիչ հիվանդություններ` (ներկայացվում է նույն հիվանդությունների ցանկը` տես ըստ Հավելված 1-ի 3-րդ կետի):

5. Մեռական ճանապարհով փոխանցվող և մաշկային հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ` սիֆիլիսի բոլոր ձևերը, միկրոսպորիա և տրիխոֆիթիա, պսորիատիկ էրիթրոդերմիա և արթրոպատիա, բշտային մաշկախտեր:

Հավելված 3. ՀՀ առողջապահության նախարարության կառուցվածքը



Հավելված 4. ՀՀ առողջապահության նախարարության հանրային առողջապահության գիտահետազոտական կենտրոնների համառոտ ուրվագիծը

Եվրոպական երկրներից շատերում գիտական հաստատությունները ծառայում են որպես ազգային ռեսուրս՝ հետազոտությունների իրականացման, գործնական առաջարկությունների և ռազմավարությունների մշակման միջոցով հանրային առողջապահության հիմնախնդիրների կանխարգելման և վերահսկման համար: Ոչ շատ հեռու անցյալում, Հայաստանի բժշկագիտությունը կարող էր աշխարհին ներկայանալ իր հայտնի գիտնականներով, ի թիվս այլոց, համաճարակաբանության, շրջակա միջավայրի հիգիենայի, թունաբանության, աշխատանքի հիգիենայի, մասնագիտական հիվանդությունների և այլ հարակից բնագավառներում: Այն ժամանակ երբ հետ-խորհրդային երկրներից շատերը, բախվելով անցումային շրջանի դժվարություններին, կարողացան պահպանել հանրային առողջապահության ոլորտի իրենց գիտական կենտրոնները, Հայաստանում այդպիսիք կտրուկ անկում ապրեցին՝ գրեթե վերացան: Ստորև բերված աղյուսակում ներկայացվում են երկրում գոյություն ունեցող ԳՀԻ-ները, դրանց հետազոտությունների հիմնական բնագավառները, նախկին լավագույն տարիների և ընթացիկ ժամանակահատվածի աշխատակազմերի թվաքանակը:

Գիտահետազոտական ինստիտուտի (ԳՀԻ) անվանումը	Հիմնադրման տարին	Հետազոտությունների բնագավառը (վերջին տարիներին)	Կադրերի առավելագույն թվաքանակը	
			Նախկին	Ներկա
Ա.Բ.Ալեքսանյանի անվ. Համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակարուծաբանության ԳՀԻ	1923	Երկրում գրանցված վիրուսային, միկրոբային և մակարուծային վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական օրինաչափությունները (2002 թվականից)	150-200	42-45
Ն.Բ.Հակոբյանի անվ. Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների ԳՀԻ	1959	Շրջակա և աշխատանքային միջավայրի հիգիենիկ նորմեր և կանոններ՝ քաղաքականության և պրակտիկ աշխատանքի համար (գլխավորապես, հանքարդյունաբերության մեջ)	490	11
Շրջակա միջավայրի հիգիենայի և թունաբանության ԳՀԻ (նախկին ԽՍՀՄ ԳՀԻ-ի ֆիլիալ, ներկայում՝ ԵՊԲՀ լաբորատորիա)	1972	Հիգիենիկ նորմեր և կանոններ պեստիցիդների, պոլիմերների և պլաստմասաների կիրառման համար (նախկինում՝ ԽՍՀՄ ողջ տարածքի համար)	110-130	8-9
ՀՀ ԱՆ Ակուստիկայի գիտահետազոտական կենտրոն (2014 թվականից գործում է որպես ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ-ի մասնաճյուղ)	1980	Ակուստիկ էներգիայի կենսաբանական ազդեցության դոզա-էֆեկտ օրինաչափության ուսումնասիրում և նոր մետրոլոգիական մեթոդների մշակում, այդ թվում ուլտրաձայնային սպեկտրի համար	60	27 (այդ թվում 5 գիտաշխատող)

Այս չորս ինստիտուտները վերաճել էին խոշոր գիտական կենտրոնների, իրենց կազմում ունենալով միասին մոտ 850 գիտական և օժանդակ աշխատակիցներ: Անկախությանը հաջորդած շրջանում, երկրի առողջապահության հատվածը տարեց տարի կրճատեց իր գիտահետազոտական կենտրոնների ֆինանսավորումը: Վերոնշյալ ինստիտուտներից երկուսը՝ Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների և Շրջակա միջավայրի հիգիենայի և պրոֆիլակտիկ թունաբանության ԳՀԻ-ները կորցրեցին իրենց ազգային կարգավիճակը. առաջինը դարձավ Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչության ենթակայության բուժմիավորման բաժանմունք (հետագայում՝ 2014 թվականին վերադարձվեց ՀՀ ԱՆ-ին), երկրորդը վերածվեց լաբորատորիայի՝ Երևանի պետական բժշկական համալսարանի կազմում: Ավելին, ինստիտուտները զրկվեցին նաև իրենց հիմնական՝ վտանգավոր արդյունաբերական և գյուղատնտեսական քիմիկատների հիգիենիկ նորմավորման գործառույթից: Իրենց գոյությունը պահպանելով սուղ պետական դրամաշնորհների հաշվին, այս հաստատությունները ներկայում, միասին վերցրած, ի վիճակի են պահել ընդամենը 20 մասնագետից բաղկացած աշխատակազմ:

Տնտեսության հիմնական հատվածների, այդ թվում հանքարդյունաբերության, էներգետիկայի, գյուղատնտեսության (ագրոքիմիկատների կիրառման), քաղաքաշինության և տրանսպորտի վերականգնման և ընդլայնման արդյունքում վերականգնվեցին նաև շրջակա միջավայրի և աշխատավայրերի վնասակար գործոնների ազդեցության ռիսկերը: ԱՀԿ աջակցությամբ մշակված (2002թ.), Հայաստանի Շրջակա Միջավայրի Հիգիենայի Գործողությունների Ազգային Պլանը, ինչպես և շրջակա միջավայրի հիգիենայի մի շարք այլ ռազմավարական ազգային ծրագրեր պատշաճ ընթացք չստացան: Շրջակա միջավայրի հիգիենայի գիտական կենտրոնները շարունակեցին անկում ապրել:

1992 թվականին ՀՀ առողջապահության նախարարությունը լուծարեց իր Գիտաբժշկական խորհուրդը. սրան հետևեց ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի կրթության, գիտության և անձնակազմի կառավարման վարչության գործառույթների շրջանակից գիտական հետազոտությունների համակարգման գործառույթի չեղարկումը (2000թ.): ՀՀ ԱՆ-ն փաստորեն կանգեցրեց իր առօրյա աշխատանքը գերատեսչության շրջանակներում իրականացվող գիտական ծրագրերի համակարգման ուղղությամբ: Բացի այդ, նախարարությունը չստեղծեց համագործակցության, գործընկերության և առաջնահերթությունների սահմանման մեխանիզմներ, որպեսզի կարողանար դրանց օգնությամբ նպաստել այլ շահագրգիռ կողմերի գիտական գործունեության օրակարգի ձևավորմանը: ՀՀ կառավարության 2007թ. հոկտեմբերի 18-ի թիվ 1269-Ն որոշմամբ սույն գործառույթը վստահվեց ՀՀ կրթության և գիտության նախարարությանը (ՀՀ ԿԳՆ), որն ամեն տարի հրապարակում է գիտական ծրագրերի ֆինանսավորման հայտերի ընդունման հայտարարություն:

Հայաստանի հանրային առողջապահության ամենախոշոր հաստատությունը Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնն է (ՀՎԿԱԿ). Վերջինս, 2014 թվականից ի վեր իր կառուցվածքում ընդգրկում է գիտահետազոտական

միավոր (տես վերևի աղյուսակում): Ընդհանուր հաշվով, ՀՎԿԱԿ-ն ունի մոտավորապես 1810 աշխատակիցներ, որոնցից 27-ն աշխատում են ՀՎԿԱԿ-ի մասնաճյուղ հանդիսացող Ակուստիկային գիտահետազոտական կենտրոնում, սակայն ի պաշտոնե նրանցից միայն 5-ն են ուղղակիորեն ներգրավված ՀՀ ԿԳՆ գիտության պետական կոմիտեի կողմից ֆինանսավորվող գիտական ծրագրում: ՀՎԿԱԿ-ը ծառայում է որպես ողջ երկրի հանրային առողջապահության փորձագիտական կարողությունների աղբյուր և հանդիսանում է այն հիմնական հաստատությունը, որին վստահվում են հանրային առողջապահության քաղաքականության, ռազմավարությունների և իրավական ակտերի մշակման, ինչպես նաև հանրային առողջապահության ծրագրերի իրականացման, հիվանդությունների և ռիսկերի մշտադիտարկման, հետազոտությունների (հարցախույզների) անցկացման, առողջության ամրապնդմանն ուղղված գործողությունների և աշխատավայրում ուսուցման կազմակերպման ու իրականացման աշխատանքները: ՀՎԿԱԿ-ը կատարում է հանրային առողջապահության կարևորագույն գործառույթներից մեկը՝ համաճարակաբանական հսկողությունը: Այն գրեթե ամբողջապես կամ մասնակիորեն իրականացնում է «Հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտի» (ՀԱԱԻ) առանցքային գործառույթները (որպիսիք սահմանված են ՀԱԱԻ միջազգային ասոցիացիայի՝ ՀԱԱԻՄԱ-ի կողմից), բացառությամբ իրավական ակտերի/կանոնակարգերի կիրարկման և շարունակական կրթության միջոցով կադրերի պատրաստման գործառույթներից: ՀՎԿԱԿ-ը հանդիսանում է երկրի գլխավոր գործակալությունը, որի վրա դրված է Միջազգային առողջապահական (բժշկա-սանիտարական) կանոնների իրականացման աշխատանքների համակարգման պատասխանատվությունը: Սակայն, ՀՎԿԱԿ-ը չի ապահովում առաջնորդություն՝ հանրային առողջապահության ոլորտում ավելի լայն գիտական հետազոտություններ ծավալելու խնդրում, քանզի այն չի ձևավորում համապատասխան գիտահետազոտական օրակարգ, որում անդրադարձ կարվեր, ի թիվս այլոց, առողջության էկոլոգիական և սոցիալական որոշիչներին: ՀՎԿԱԿ-ը չունի մշակված և պաշտոնապես ընդունված ռազմավարություն այս գործառույթի զարգացման համար:

Առողջապահության ազգային ինստիտուտը (ԱԱԻ) հանդիսանում է ՀՀ ԱՆ ենթակայության տակ գործող երկրորդ խոշոր կազմակերպչական միավորը, որն իր կառուցվածքում ներառում է առողջապահության համակարգի տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնը (աշխատակիցների ընդհանուր թիվը կազմում է 134): ԱԱԻ-ն իրականացնում է ՀԱԱԻ-ների համար սահմանված առանցքային գործառույթների մեծամասնությունը (բացառությամբ, համաճարակաբանական հսկողության և կանոնակարգերի կիրարկման գործառույթների): ԱԱԻ-ն նույնպես ծառայում է որպես ողջ երկրի հանրային առողջապահության փորձագիտական կարողությունների աղբյուր՝ հաստատություն, որին դիմում են ընդհանուր և հանրային առողջապահության քաղաքականությունների, ռազմավարությունների և նորմատիվային ակտերի մշակման, ինչպես նաև առողջապահական ծրագրերի իրագործման, հիվանդությունների և ռիսկերի մշտադիտարկման, գիտական հետազոտությունների անցկացման, առողջության ամրապնդման և կրթական ծրագրերի իրականացման համար: ՀՀ ԱՆ-ն ապահովում է ԱԱԻ-

ին ամենամյա բյուջետային ֆինանսավորմամբ: ԱԱԻ-ի առավել կարևոր գործառույթների շարքն ընդգրկում է՝ երկրում առկա բոլոր բժշկա-սանիտարական տվյալների համախմբումը (ներկայացվում է բոլոր առողջապահական հաստատությունների կողմից), տվյալների ընդհանրացումն ու վերլուծությունը, կանոնավոր հաշվետվությունների ապահովումը (ՀՀ ԱՆ-ին և ԱԲՀ տվյալների շտեմարանին), հասանելի դարձնելով վիճակագրությունը քաղաքականություն մշակողների, առողջապահության բնագավառում աշխատող մասնագետների, զանգվածային լրատվամիջոցների և հանրության համար: ԱԱԻ-ում, հանրային առողջապահությանն առնչվող գիտահետազոտական աշխատանքները կրում են գլխավորապես նկարագրական և վերլուծական բնույթ, նպատակ ունենալով մշակել գիտական թեզեր (դիսերտացիա)՝ գիտական աստիճան ստանալու համար: Առողջապահության համակարգում, ԱԱԻ-ն հանդիսանում է Հայաստանում ժողովրդագրության և առողջության հարցերի (ԺԱՀ) հետազոտության հիմնական պատասխանատու մարմինը: ԱԱԻ-ն հավաքում և տարածում է ճշգրիտ և ներկայացուցչականությամբ օժտված տվյալներ առողջության վերաբերյալ: Մույն նախագիծը իրականացվում է “ICF International” միջազգային խորհրդատվական կազմակերպության աջակցությամբ և ֆինանսավորվում է ԱՄՆ/ՄԶԳ-ի (USAID) կողմից: Որոշակի ֆինասական աջակցություն տրամադրում է նաև ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը: ԱԱԻ-ն իրականացնում է բժիշկների և բուժքույրերի կատարելագործում և շարունակական կրթում:

Ոչ ՀՎԿԱԿ-ն ու ԱԱԻ-ն, ոչ էլ վերևում թվարկված ԳՀԻ-ները ՀՀ ԿԳՆ գիտության պետական կոմիտեին ներկայացվող հայտերի միջոցով երբևէ նպատակային ֆինանսավորում չեն ստացել: Հանրային առողջապահության բնագավառում գիտական ծրագրերին հատկացվող սուղ միջոցները տրամադրվում են միայն ինստիտուտների պահպանման համար: ԳՀԻ-ներն աշխատում են հետևել ՀՀ ԱՆ կողմից հանրային առողջապահության բնագավառում իրականացվող ծրագրերին, նպատակ ունենալով իրենց “գիտական գործունեության բազային ֆինանսավորման ենթակառուցվածքի պահպանման” հայտերը համապատասխանեցնել առողջապահության համակարգի որոշակի առաջնահերթություններին:

Առողջապահության համակարգից դուրս կան ևս երեք ինստիտուտներ, որոնք իրականացնում են հանրային առողջապահությանն առնչվող գիտահետազոտական նախագծեր: Դրանք են՝

- Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ), որի հիգիենայի և էկոլոգիայի ամբիոնն իրականացնում է ուսանողների առողջության բազմագործոն վերլուծություններ, ինչպես նաև հետազոտություններ առողջության վրա կլիմայի փոփոխության ազդեցության, ուսանողների սնուցման կարգավիճակի, ծանր մետաղներով աշխատավայրերի աղտոտվածության և կայուն օրգանական աղտոտիչների հետ կապված հիվանդացության վերաբերյալ: ԵՊԲՀ հիմնական գործառույթն է՝ ապահովել բժիշկների և բուժքույրի ուսուցում և շարունակական կրթում;
- Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը (ՀԱՀ), որի հանրային առողջապահության դեպարտամենտը (Բլեքսմիթ ինստիտուտը) ուսումնասիրում է շրջակա միջավայրի

աղտոտվածությունը կապարով և այդ մետաղի պարունակությունը լեռնահանքային ու պղնձաձուլական գործարանների շրջակայքում բնակվող երեխաների արյան մեջ: ՀԱՀ-ն իրականացնում է հանրային առողջապահության մագիստրոսական ուսուցողական կուրսեր:

- ՀՀ գիտությունների ազգային ակադեմիայի Էկոլոգա-նոոսֆերային հետազոտությունների ԳՀԻ-ն, որն իրականացնում է գիտահետազոտական աշխատանքներ ծանր մետաղներով շրջակա միջավայրի աղտոտվածության վերաբերյալ:

2014 թվականի կեսից ի վեր, ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ավելի մեծ ուշադրություն է դարձնում գիտականորեն հիմնավորված քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ գիտելիքների բազայի ընդլայնմանը, նպատակ ունենալով հանրային առողջապահության կարևորագույն հիմնախնդիրների լուծման գործընթացը (ծրագրերի մշակումն ու իրականացումը, դրանց մշտադիտարկումն ու գնահատումը) կառուցել փաստացի տվյալների ամուր հենքի վրա: Երկրում գործող գիտական կենտրոնները համագործակցում են ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի հետ, տրամադրելով մասնագիտական աջակցություն հանրային առողջապահության բարդ և բազմակողմանի խնդիրների, ինչպես օրինակ, վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման, սննդատարրերի անբավարարության հաղթահարման, ինչպես նաև սննդամթերքներում, աշխատանքային և շրջակա միջավայրերում կենսաբանական, ֆիզիկական և քիմիական ռիսկերի կրճատման և/կամ վերացման գործում: Այնուամենայնիվ, ՀՀ ԱՆ համագործակցությունը գիտահետազոտական կենտրոնների մեծամասնության հետ (բացառությամբ ԱԱԻ-ի) կանոնավոր բնույթ չի կրում (ապահովված չէ կանոնակարգման մեխանիզմներով): Անհրաժեշտ է, որպեսզի ՀՀ ԱՆ-ն լրացուցիչ ջանքեր գործադրի իր գիտական կենտրոնների ռեսուրսների հետագա համախմբման և դրանց համակարգման բարելավման ուղղությամբ, աշխատի համապատասխան մարմինների հետ և մոբիլիզացնի ավելի մեծ ներդրումներ կադրերի պատրաստման և կատարելագործման համար, ինչպես նաև, զարգացնի գործընկերային հարաբերություններ գիտահետազոտական և ակադեմիական կենտրոնների հետ, նպատակ ունենալով նախաձեռնել պատեհյալի հետազոտություններ, որոնց արդյունքները կօգտագործվեն որոշումների կայացման համար՝ հանրային առողջապահության բոլոր մակարդակներում:

Հավելված 5. Բնակչության շրջանում ՈՎՀ կանխարգելման ծախսարդյունավետ միջամտությունների ընդլայնման գործնական քայլերի ԱՀԿ պլանը (համառոտ նկարագրություն)

Հայաստանում ՈՎՀ կանխարգելման և վերահսկման նոր պետական ծրագրի (2016 – 2020թ.թ.) իրականացմանն աջակցելու նպատակով, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակը կատարել է բազմակողմանի գնահատում և երկրին ներկայացրել է գործնական առաջարկություններ, որոնք ներառում են, ի թիվս այլոց, “Բնակչության շրջանում ՈՎՀ կանխարգելման ծախսարդյունավետ միջամտությունների ընդլայնման գործնական քայլերի պլան”: ԱՀԿ ԵՏԳ առաքելության (*“Ավելի լավ արդյունքներ ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարում՝ առողջապահական համակարգերի մարտահրավերները և հնարավորությունները”, 2016թ.;* *հաշվետվության հեղինակներ՝ Ջ.Ֆարրինգտոն, Ա. Կորոտկովա, Ս.Ստաչենկո, Ա.Հ.Յոհանսեն*) ներկայացրած գործնական քայլերը թվարկվում են ստորև:

1. Վերանայել «Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին» ՀՀ օրենքը (ՀՕ-72-Ն, 2004թ.), նպատակ ունենալով ամրապնդել ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտի ծխի վնասակար ազդեցությունից մարդկանց պաշտպանվելու հնարավորությունները (այդ ազդեցությունը հղի է սոցիալական, էկոլոգիական և այլ հետևանքներով):
2. Ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործման դեմ պայքարելու նպատակով, ՌՎՀ կանխարգելման և վերահսկման նոր պետական ծրագրի (2016 – 2020թ.թ.) շրջանակներում ապահովել կարևորագույն միջցառումների իրականացումը ողջ բնակչության մակարդակում, կիրառելով ԱՀԿ «Համապետական մոտեցման» սկզբունքները:
3. Ընդունել ծխախոտի դեմ պայքարի նոր օրենքը, որն, ի լրումն ՌՎՀ ծրագրի, կհանդիսանա առաջընթացի հսկայական քայլ:
4. Արագացնել և ակտիվացնել ալկոհոլի և ծխախոտի օգտագործման դեմ պայքարի ջանքերն ու սահմանափակումների կիրարկման եղանակները:
5. Ակտիվացնել ճարպակալման, անառողջ սնուցման և ֆիզիկական պասիվության (այն է՝ ՌՎՀ կարևոր ռիսկի գործոնների) դեմ իրականացվող գործողությունները, ինչպես օրինակ կերակրի աղի օգտագործման և, միաժամանակ, երեխաների շրջանում անառողջ սննդի և ըմպելիքների մարքեթինգի կրճատման պլանները:
6. Մտեղծել և ՀՀ ԱՆ մակարդակում ներդնել ՌՎՀ համճարակաբանական հսկողության համապարփակ համակարգ, ընդգրկելով ինչպես կենսաբանական և վարքագծային ռիսկի գործոնները, այնպես էլ առողջապահության համակարգի միջոցառումները, նպատակ ունենալով գնահատել ՌՎՀ դեմ պայքարի ռազմավարությունները՝ համահունչ ՌՎՀ գլոբալ մշտադիտարկման հիմունքներին: