

ՀԱՅԱՍՏԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ 2014

1 357 9 2468 0

Կառավարում

24681 5 379 1

Արդարացի ֆինանսական

ներդրումներ

0257 9 6 7 3 6 3

Արձագանքում

3 5 7 6 9 5 9 5 8 2

Ռեսուրսների կազմավորում

9 5 6 4 8 7 420 8 4

Ծառայությունների տրամադրում

3 5 7 9 2 796 1 7 5

Ֆինանսավորում

1 6 9 5 2 578 4 2 3

Առողջության խթանում

8 3 59 6 7 4 2 3 5

Մատչելիություն

75 5 8 2 9 4 7 1 6 9

Որակ եվ անվտանգություն

5 6 8 3 9 3 7 1 6 4 1

Ֆինանսական պաշտպանություն

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

90 97172564

154813207 3

2367109412

353626459 1

ՀԱՅԱՍՏԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ

ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

2367109412

353626459 1



2014

**ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ
ՀԱՅԱՍՏԱՆ
2014**

ՀՏԴ 614.2 (479.25) (042.3)
ԳՄԴ 51.1 (27)
Ա 720

Ա 720 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2014/
Դ. Անդրեասյան, Ս. Մանուկյան, Ա. Բազարյան, Գ. Մուրադյան, Ա. Պոտոսյան -Եր.:
ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2014.-Էջ 101:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) զեկույցը ներկայացնում է առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի առկայության, բաշխվածության, պահանջարկի, բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակը, մահացության և հիվանդացության առավել տարածված պատճառները, առողջությանը սպառնացող կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և վնասակար ազդեցությունը, բուժժառայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության գնահատականները, ինչպես նաև առողջապահության ֆինանսական պաշտպանվածության հիմնախնդիրները:

ԱՀԳԳ զեկույցը նախատեսված է առողջապահական համակարգի կազմակերպիչների, առողջապահության ոլորտի փորձագետների, բժիշկների և առողջապահական համակարգի հարցերով զբաղվող և հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար: Սույն զեկույցը կարող է նպաստել ՀՀ առողջապահության նախարարության կարողությունների հզորացմանն ուղղված ՀՀ կառավարության կողմից կատարվող աշխատանքների արդյունավետության բարձրացմանը:

ՀՏԴ 614.2 (479.25) (042.3)
ԳՄԴ 51.1 (27)

ISBN 978-9939-1-0118-7

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության
ազգային ինստիտուտ, 2014 թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱԿՈՒՄՆԵՐ	- 4 -
ՆԱԽԱԲԱՆ	- 6 -
1 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ	- 7 -
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ՊԱՏՐԱՍՏՈՒՄ	- 7 -
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ԲԱՇԽՈՒՄ	- 12 -
Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի	- 12 -
Բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի դինամիկան և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցություն	- 14 -
Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն	- 15 -
Կադրերի ներուժի բաշխումն առաջնային և հիվանդանոցային օղակներում	- 16 -
Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների.....	- 17 -
Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ	- 21 -
ԱԱՊ օղակի ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների վերապատրաստման ընթացք	- 22 -
Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր	- 24 -
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՍԱՀՄԱՆԱՓՈՎԿՈՒՄՆԵՐՆ և ԲԱՅԵՐԸ	- 26 -
ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	- 26 -
2 ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ	- 27 -
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԹՎԱՔԱՆԱԿՆ ԵՎ ԿԱԶՄԸ	- 27 -
ԿՅԱՆՔԻ ՄՊԱՍԿՈՂ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅՈՒՆ	- 28 -
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲՆԱԿԱՆ ՎԵՐԱՐՏԱՂՈՒԹՅՈՒՆ	- 29 -
ԲՆԱԿԱՆ ՎԵՐԱՐՏԱՂՈՒԹՅՈՒՆ ԸՍՏ ՄԱՐԶԵՐԻ	- 30 -
ՄԱՀՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐ	- 33 -
ՄԱՀԱՆ ԱՌԱՎԵԼ ՏԱՐԱԾՎԱԾ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԻ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՀԱՄԵՄԱՏՈՒԹՅՈՒՆ	- 37 -
ՄԱՀԱՆ ԱՌԱՎԵԼ ՏԱՐԱԾՎԱԾ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ ՄԱՐԶԵՐՈՒՄ	- 38 -
ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ, ՄԱՆԿԱԿԱՆ, ՆՈՐԱՃԱՅԻՆ ԵՎ ՄԱՅՐԱԿԱՆ ՄԱՀՑՈՒԹՅՈՒՆ	- 39 -
ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆՆ ԵՎ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ	- 42 -
ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԿԱՐԻՔՆԵՐ	- 44 -
ՓԱՍՏԵՐ և ԸՄՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	- 46 -
3 ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՊԱՌՈՒՄ	- 47 -
ՀՈՍՊԻՏԱԼԱՅՈՒՄ ԸՍՏ ՄԱՐԶԵՐԻ	- 49 -
ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ՀԱՃԱՆՈՒՄՆԵՐՆ ԸՍՏ ՄԱՐԶԵՐԻ	- 51 -
4 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆՆ ԸՍՏ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ	- 53 -
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՈՐԱԿԻ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ	- 53 -
ԲՈՒԺՅԻՄԱՐԿՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ	- 55 -
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ԴԱՅՄԱՆԱԿՈՐՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	- 63 -
ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԱՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ	- 65 -
ԲԱԿԱՐԱՐՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲՈՒԺՅԻՄԱՐԿՆԵՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ	- 67 -
5 ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ	- 69 -
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ	- 69 -
ՀԻՎԱՆՂԱԳԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	- 71 -
ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ	- 74 -

6 ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	- 77 -
ԿԵՆՏՐԱԿԱՅԻՆ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	- 77 -
Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն	- 77 -
Կենցաղային ռիսկի գործոնների ինդեքս	- 85 -
ԹԱՓԱՌՈՂ ԿԵՆՏՐԱԿԱՅԻՆ	- 88 -
ՎԱՐՔԱԳԾԱՅԻՆ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	- 92 -
Ծխախոտի օգտագործում	- 92 -
«Պասսիվ ծխողներ»	- 93 -
7 ԲՈՒԺՃԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ	- 96 -
ԲՈՒԺՕՂԱՌԹՅԱՆ ՈՐԱԿ ՈՒ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ	- 96 -
Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում.....	- 96 -
Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում	- 97 -
Հիվանդանոցային մահաբերություն.....	- 100 -
ԿԱՄԱՅ ԵՎ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻՆ ՍԱՏՈՒՑՎՈՂ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ	- 100 -
Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ.....	- 101 -
Կեսարյան հատումներ	- 102 -
Մոր և մանկան առողջության պահպանում	- 103 -
ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	- 105 -

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՅ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱԲ-ԵՏԾ	Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԾԻԳ	Առողջապահության ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱՅԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՅԶ	Առողջապահության համաշխարհային զեկուլց
ԱՅԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱԿՆ	Առողջապահության կադրային ներուժ
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՎԾ	Հայաստանի Հանրապետության Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն
ԱՊՅ	Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԵՄ-26	Արևելյան Եվրոպայի 26 երկրների համախմբություն
ԵՄ-27	Արևմտյան և Կենտրոնական Եվրոպայի 27 երկրների համախմբություն
ԵՊԲՀ	Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԶԾ	Չարկերակային ճնշում
ԶԲԾ	Չարկերակային բարձր ճնշում
ԶԲԾԲՀ	Չարկերակային բարձր ճնշմամբ բնութագրվող հիվանդություններ
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ, 10-րդ վերանայում
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՄԺԾԾ	Միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր
ՄԶԳ	Մարմնի քաշի գործակից
ՇԴ	Շաքարային դիաբետ
ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԱՊ	Արգանդի պարանոցի քսուկի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի (ՊԱՊ թեսթ)
ՍԻՀ	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՍԻ	Սրտամկանի սուր ինֆարկտ
ՈԻԱՀ	Ուղեղի անոթային հիվանդություններ
ՈԻԱԿ	Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը մշակվել է՝ ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի» առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի տնօրեն՝ ք.գ.թ., Դիանա Անդրեասյանի, սոց.գ.թ.՝ Սամվել Մանուկյանի (մոնիթորինգի և գնահատման փորձագետ), Ալեքսանդր Բազարյանի, ք.գ.թ. (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տնօրեն), Արթուր Պոտոսյան (հանրային առողջության փորձագետ), Գայանե Մուրադյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ի ծրագրային ապահովման բաժնի մասնագետ) կողմից:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը պատրաստվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տեխնիկական և ֆինանսական աջակցությամբ:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման ծառայության փորձագիտական աջխատանքային խումբն իր երախտագիտությունն է հայտնում «IPSC» Քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտին, ի դեմս պարոն Յ. Գրիգորյանին, ՀՀ Կառավարության պատվերով իրականացված «ՀՀ-ում Կյանքի որակի ուսումնասիրություն, 2013» հետազոտության տվյալների տրամադրման համար, որով իրականացվել է սույն զեկույցի հասարակական դիրքորոշումների վրա հիմնված տվյալների հաշվարկներն ու վերլուծությունները:

ՆԱԽԱԲԱՆ



Առողջապահական համակարգի զարգացումը ՀՀ կառավարության առաջնահերթ ուղղություններից է, իսկ այդ համակարգի գործունեության գնահատումը նպաստում է ՀՀ կառավարության՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարության կարողությունների հզորացմանն ուղղած ջանքերին:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը առաջնորդվելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության

«Առողջություն 2020» ռազմավարական սկզբունքներով, շարունակում է համակարգի գործունեության գնահատման հետևողական գործընթացը, նպատակային և շարունակական բարեփոխումների իրականացումը:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման հինգերորդ զեկույցն անդրադարձել է առանցքային գերակայություններին՝ կադրային ներուժի պատրաստմանը, զարգացմանը, բաշխվածությանը, բնակչության առողջության վիճակին, մասնավորապես ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությանը և մահացությանը, բնակչության ֆիզիկական և հոգեկան առողջությանը, այդ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոններին:

Բժշկական ծառայությունների որակի գնահատման գործընթացից անմասն չի մնացել նաև կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը, ոչ վարակիչ հիվանդությունների հայտնաբերումն ու բուժումը:

Բնակչության առողջության պահպանումը մեր առաջնահերթ նպատակն է, որը պահանջում է հիվանդությունների տարածվածության նվազեցմանը, առողջապահական ծառայությունների որակի, մատչելիության և հասանելիության բարելավմանն ուղղած շարունակական աշխատանք:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը հիմնավոր գործիք է առողջապահության քաղաքականության մշակման և արդյունավետ կառավարման համար: Վստահ եմ, որ առողջապահական համակարգի կազմակերպիչների, առողջապահության ոլորտի փորձագետների, բժիշկների և ոլորտով հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար նախատեսված այս զեկույցը կծառայի իր նպատակին:

ՀՀ առողջապահության նախարար

Արմեն Մուրադյան

1 ԱՌՈՂՋԱԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ

Առողջապահության կադրային ներուժն (ԱԿՆ) ընկած է առողջապահական ծառայությունների մատուցման, բուժօգնության որակի և կառավարման հիմքում:

Առողջապահության կադրային ներուժի գնահատումն անհրաժեշտ է տարբեր նպատակներով, մասնավորապես՝ պլանավորման, վերահսկման և առողջապահական ոլորտի ռազմավարության, ծրագրերի և միջնորդությունների գնահատման համար: ԱԿՆ զարգացման և կառավարման հարցում հույժ կարևոր է վստահելի տեղեկատվության առկայությունը:

Առողջապահական համակարգի «Ռեսուրսների կազմավորում» գործառույթը ներառում է համակարգի մարդկային ռեսուրսների պատշաճ պատրաստումը, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացումը, մասնագետների առկայությունը, ինչպես նաև առողջապահական հաստատություններում կադրերի համամասնորեն բաշխումը:

Չեկույցի այս հատվածը վերաբերվում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստմանը, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացմանը, մասնագետների առկայությանը, բաշխվածությանը և պահանջարկի առանցքային հիմնախնդիրներին: «Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ» գլուխը ներառում է Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՅԳԳ) 2009 թ. զեկույցի և դրանից հետո տեղ գտած միտումները:

Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում

Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական կադրերի մասնագիտական կրթական պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 6 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում: Միջին բուժանձնակազմի մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է 23 միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում, որոնցից 11-ը պետական են, իսկ 12-ը՝ ոչ պետական:

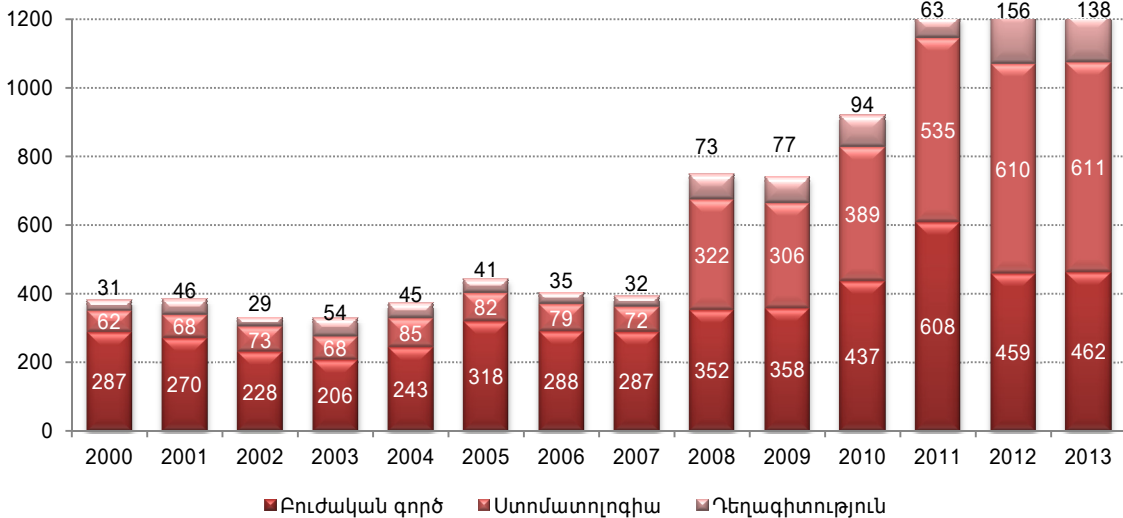
Աղյուսակ 1. ՀՀ բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական հաստատությունների թիվը, 2010-2013 թթ.

		2010	2011	2012	2013
ԲՈՒՀ	Պետական	1	1	1	1
	Ոչ պետական	6	6	6	6
	ԸՆդամենը	7	7	7	7
Միջին մասնագիտական	Պետական	12	11	11	11
	Ոչ պետական	10	10	11	12
	ԸՆդամենը	22	21	22	23

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014 (2014 թ. տվյալները կտրամադրվեն 2015 թ. ապրիլին)

Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների քանակը պետական և ոչ պետական բուհերում ներկայացված են Գծապատկեր 1, Աղյուսակ 2 և Աղյուսակ 3-ում: Ըստ այդ տվյալների, վերջին տարիների ընթացքում աճում է ստոմատոլոգ մասնագիտությամբ շրջանավարտների թիվը: Սակայն, մյուս կողմից, 2010 թ.-ից զուգահեռաբար նվազում է գործող ստոմատոլոգների թիվը, ինչը կարող է պայմանավորված լինել մասնագետների արտագաղթով դեպի Անկախ Պետությունների Համագործակցության (ԱՊՀ) երկրներ, մասնավորապես՝ Ռուսաստանի Դաշնություն, որտեղ առկա է այդ մասնագետների մեծ պահանջարկ, բարձր վարձատրություն և մասնագիտական զարգացման հնարավորություն:

Գծապատկեր 1. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են միայն 2008-2013 թթ.)



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014

Աղյուսակ 2. Բարձրագույն բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2013 թթ.

Մասնագիտություններ	Ընդամենը				Նրանցից՝ կանայք			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Բուժական գործ	284	344	295	294	153	197	124	165
Բուժական գործ զինված ուժերում	33	33	39	31	-	-	-	-
Ստոմատոլոգիա	132	-	250	265	55	-	74	87
Դեղագիտություն	58	-	99	96	39	-	28	37
Ընդամենը	507	377	683	686	247	197	226	289

Աղյուսակ 3 . Բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2013 թթ.

	Ընդամենը				Նրանցից՝ կանայք			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Բուժական գործ	120	231	125	137	53	142	100	35
Ստոմատոլոգիա	257	535	360	346	160	279	185	68
Դեղագիտություն	36	63	57	42	34	34	24	15
Առողջապահություն	90	-	-	-	73	-	-	-
Ընդամենը	503	829	542	525	320	455	309	118

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014

1990-ական թվականների կեսերին առողջապահական համակարգն ուներ մեծ կադրային ներուժ (39 բժիշկ 10 000 բնակչի հաշվով), որոնց պատրաստման գործընթացը մինչև 2002 թ. իրականացվում էր ԵՊԲՀ-ում, որը միակ հավատարմագրված բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն հաստատությունն էր: 1990-1999 թթ. տարբեր մասնագիտություններով բժիշկ շրջանավարտների տարեկան թիվը կազմում էր 600-700 շրջանավարտ, իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 1 200-2 500:

Սկսած 2004 թ.-ից բժշկական կադրերի պատրաստումը կտրուկ անեց բժշկական կրթություն իրականացնող հավատարմագրված պետական, ինչպես նաև ոչ պետական բարձրագույն հաստատությունների շնորհիվ: Եթե 2006-2013 թթ. ժամանակաշրջանում ԵՊԲՀ-ը ունեցել է 3 904

շրջանավարտ, 2013 թ.-ին բոլոր պետական և ոչ պետական, բարձրագույն բժշկական հաստատություններն ավարտել են ընդհանուր թվով 1 211 շրջանավարտ:

2011 թ.-ին շրջանավարտների թիվը կազմել է 377, իսկ 2013 թ.-ին՝ 683, այսինքն վերջին երեք տարիների ընթացքում, բոլոր մասնագիտություններով շրջանավարտների թիվն աճել է շուրջ 2 անգամ: Ոչ պետական բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կրճատվել է 1,6 անգամ:

2013 թ. բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների 56,7%-ն ավարտել է ԵՊԲՀ, որոնցից ըստ մասնագիտությունների՝ 38,6%-ը՝ ստոմատոլոգիա, իսկ 42,8%-ը՝ բուժական գործ մասնագիտությամբ: Ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների գերակշռող մասը՝ 52%-ը մասնագիտությամբ ստոմատոլոգ են:

Հարկ է նշել, որ կտրուկ աճել է նաև բուժօրյրերի պատրաստման ցուցանիշը: 2006-2013 թթ. ժամանակահատվածում պետական միջին մասնագիտական բժշկական հաստատությունները ավարտել են 22 002 շրջանավարտ: 2013 թ.-ին բոլոր պետական և ոչ պետական միջին մասնագիտական բժշկական կրթական հաստատությունները միասին տվել են 2 894 շրջանավարտ, որը 2010 թ.-ի համեմատ կրճատվել է 699-ով, իսկ 2011 թ.-ին՝ 876 շրջանավարտով (Աղյուսակ 4 և Աղյուսակ 5): Ըստ մասնագիտությունների 2013 թ.-ին շրջանավարտների 34%-ը (2011 թ.՝ 42%) եղել են բուժօրյրական ֆակուլտետի շրջանավարտներ, 17,4%-ը (2011 թ.՝ 24%)՝ մանկաբարձական, 22%-ը (2011 թ.-ին՝ 17%)՝ դեղագործական և 19,5%-ը (2011 թ.՝ 11,3%)՝ ատամնատեխնիկական: Ավելին, 2013 թ.-ին 2011 թ.-ի համեմատ համապատասխանաբար 8,2% և 5%-ով աճել են ատամնատեխնիկական և դեղագործական մասնագիտությամբ շրջանավարտների թվերը, ինչը պայմանավորված է այդ մասնագետների պահանջարկով:

Աղյուսակ 4. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2013 թթ.

	Ընդամենը				Նրանցից՝ կանայք			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Բուժօրյրական	1480	1282	890	895	1469	1211	882	888
Մանկաբարձական	831	698	553	433	819	696	553	432
Դեղագործական	579	483	480	478	506	436	434	413
Ատամնատեխնիկական	370	328	309	402	115	3	27	5
Բուժական կոսմետոլոգիա	83	21	42	57	83	21	42	56
Քույրական գործի կազմակերպում	36	150	185	104	34	146	184	91
Բուժական մերսում	34	14	14	16	14	8	5	5
Ընդամենը	3413	2976	2473	2385	3040	2521	2127	1890

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014

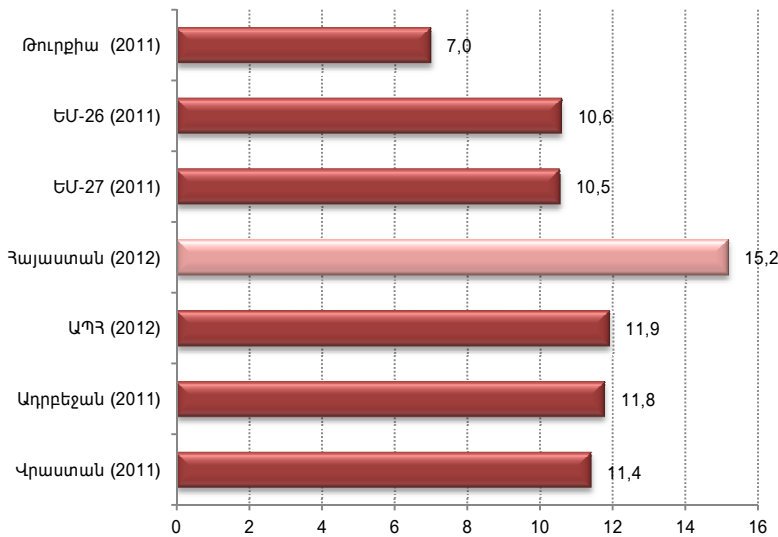
Աղյուսակ 5. Միջին մասնագիտական բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2013 թթ.

	Ընդամենը				Նրանցից՝ կանայք			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Բուժօրյրական	59	86	50	91	58	86	50	88
Մանկաբարձական	74	70	35	70	74	64	35	70
Դեղագործական	25	60	75	152	14	53	64	130
Ատամնատեխնիկական	22	37	57	162	-	1	2	10
Բուժական կոսմետոլոգիա	-	21	27	34	-	21	27	34
Քույրական գործի կազմակերպում	-	-	-	-	-	-	-	-
Բուժական մերսում	-	-	-	-	-	-	-	-
Ընդամենը	180	274	244	509	146	225	178	332

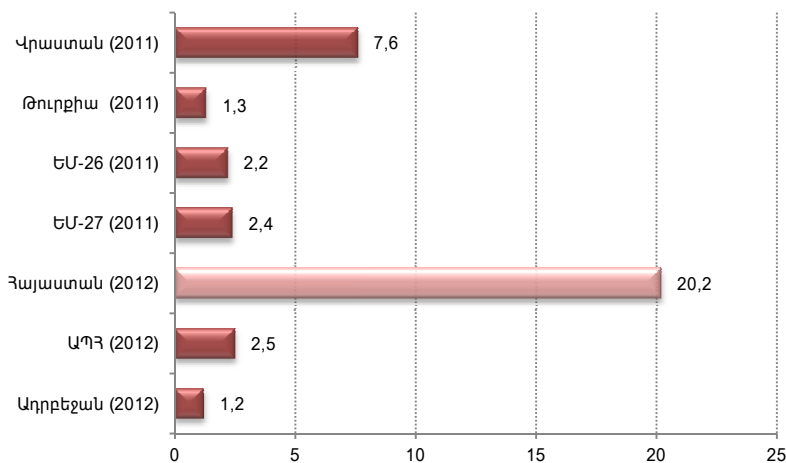
Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014

Համադրելով և վերլուծելով հայաստանյան և միջազգային տվյալները, ակնհայտ է, որ բժիշկների պատրաստման գործընթացում հարևան և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ Հայաստանը վեր է մրցակցությունից (Գծապատկեր 2): Ավելին, Հայաստանում ստոմատոլոգիա մասնագիտությամբ շրջանավարտների թվաքանակը 15-17 անգամ գերազանցում է այդ երկրների ցուցանիշները (Գծապատկեր 3):

Գծապատկեր 2. Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտ բժիշկների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2011-2012 թթ.



Գծապատկեր 3. Շրջանավարտ ստոմատոլոգների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2011-2012 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՀ, ԱՀԿ, 2014

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (ԱՀԿ) փորձագետների առաջարկների համաձայն կադրային ներուժի պլանավորումը և պատրաստումը պետք է իրականացվի ըստ ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական և առողջապահության առանցքային ցուցանիշների ու մասնագետների պահանջարկի: Կադրային ներուժի պլանավորման նախապայմաններից է գործող ներուժի նորմատիվների մշակումն ըստ բուժհաստատությունների տիպերի, որը ներկայումս հստակ ձևավորված չէ:

Անդրադառնալով մասնագետների պատրաստման գործընթացին, պետք է նշել՝ չնայած այն հանգամանքին, որ պետական ու ոչ պետական բարձրագույն և միջին կրթական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը տարեց-տարի աճում է, միևնույն ժամանակ, մարզային բուժհաստատություններում բավականին մեծ է տարբեր պրոֆիլի մասնագետների պահանջարկը:

- **Ի մի բերելով ներկայացված տվյալները՝ կարելի է պնդել, որ վերջին տարիների ընթացքում աճել է մասնագետների արտագաղթը:**
- **Ներկայացված տվյալները փաստում են կրթական և առողջապահության համակարգում մասնագետների պատրաստման ճիշտ քաղաքականության, այսինքն՝ հեռանկարային պլանավորման և գործող մարդկային ներուժի նորմատիվների բացակայության մասին:**

Մինչև 2013 թ. ՀՀ առողջապահական համակարգը գործում էր համաձայն 1996 թ. հաստատված առողջապահության բնագավառի մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների հաստատված ցանկի, որը վերանայման և լրամշակման կարիք ուներ, քանի որ այն ամբողջ աշխարհում կանոնակարգում է տվյալ երկրի տարածքում մասնագիտական գործունեություն ծավալելու իրավունք ունեցող բժիշկ-մասնագետների կազմն ըստ մասնագիտությունների և ուղղելիչ է հանդիսանում բժշկական ուսումնական հաստատությունների համար պահանջվող մասնագիտություններով բժշկական կադրեր պատրաստելու համար:

Իրավական դաշտը կարգավորված չլինելու հետևանքով, բազմաթիվ կեղծ բժշկական մասնագիտություններով անձինք փորձում են գործունեություն ծավալել Հայաստանում, իսկ որոշ բժշկական կրթական ծրագրեր իրականացնող ուսումնական հաստատություններ պատրաստում են մասնագետներ, որոնք մասնագիտական գործունեություն ծավալելու հնարավորություն չեն ունենում:

ՀՀ կառավարության 2007 թ. օգոստոսի 30-ի N 1038-Ն որոշմամբ սահմանված է միայն ընդհանուր բժշկական կրթության մասնագիտությունների ցանկը, որը ներառում է բարձրագույն բժշկական կրթության դիպլոմային (բուհական) փուլը (ԵՊԲՖ ֆակուլտետները):

- **Այնուամենայնիվ առողջապահական համակարգում անհրաժեշտ գործունեություն են իրականացնում նաև այլ՝ ոչ բժշկական կրթությամբ մասնագետներ (հոգեբաններ, սուրբոլոգներ, բուժական մերսման մասնագետներ, բժշկական ֆիզիկոսներ և այլն), ում գործունեությունը համակարգում կարգավորված չէ:**

«Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության բնագավառի բժշկական, ստոմատոլոգիական, դեղագիտական, հանրային առողջապահական մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների ցանկերը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծը պայմանավորված է տվյալ ոլորտում առկա որոշակի իրավական բացեր լրացնելու և ուղղելու, ինչպես նաև առողջապահական համակարգում կարգային խնդիրները լուծելու անհրաժեշտությամբ:

Հիմք ընդունելով ՀՀ կառավարության 2013 թ. մայիսի 16-ի N 515-Ա որոշմամբ հաստատված ՀՀ կառավարության ծրագրի 3.4.2. կետի՝ մարզային բժշկական կազմակերպություններն որակյալ մասնագետներով ապահովելու մասին և ՀՀ կառավարության 2013 թ.-ի հուլիսի 18-ի N 800-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ կառավարության 2013 թ.-ի գործունեության միջոցառումների ծրագրի 50-րդ կետի պահանջները՝ ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության բնագավառի բժշկական, ստոմատոլոգիական,

դեղագիտական, հանրային առողջապահական և միջին մասնագիտական բժշկական և դեղագործական մասնագիտությունների ցանկը:

Ներկայում ՀՀ առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստումը, հետդիպլոմային կրթության փուլում, իրականացվելու է ՀՀ բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական և միջնակարգ բժշկական և դեղագործական մասնագիտությունների անվանացանկի համաձայն:

ՀՀ առողջապահական համակարգի անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող կադրային ներուժի լիցենզավորումը գործել է 1996-2001 թթ.: Համաձայն «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի, ֆիզիկական անձանց լիցենզավորումը դադարեցվել է 2001 թ.-ին:

Ներկայում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների լիցենզավորման գործընթացը հիմնված է «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի և մի շարք նորմատիվային փաստաթղթերի վրա: Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի կրթության և մասնագիտական որակավորման հարցերը կանոնակարգված են.

- «Բարձրագույն և հետբուհական կրթության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետով, 8-րդ հոդվածի 4-րդ կետի 3-րդ ենթակետով,
- «Նախնական մասնագիտական (արհեստագործական) և միջին մասնագիտական կրթության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետով, 7-րդ հոդվածի 4-րդ կետի 3-րդ ենթակետով, 17-րդ հոդվածի 1-ին կետով,
- ՀՀ կառավարության 1994 թ.-ի հուլիսի 17-ի N 330 որոշման «Հայաստանի Հանրապետությունում բժիշկների և պրոֆիզորների հետդիպլոմային մասնագիտական կրթության կարգի» 2-րդ, 3-րդ և 14-րդ կետերի պահանջներով,
- ՀՀ կառավարության 2002 թ.-ի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշմամբ հաստատված «Պոլիկլինիկաներում (խառը, մեծահասակների և երեխաների), մասնագիտացված հիմնարկություններում, ընտանեկան բժշկության հիմնարկություններում, բժշկական ամբուլատորիաներում, ֆելդշեր մանկաբարձական կետերում, կանանց կոնսուլտացիաներում և հիվանդանոցներում (մասնագիտացված) առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջները» կանոնակարգով:

Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի բաշխում

Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի

Հայաստանի առողջապահության համակարգն, ինչպես և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների առողջապահական համակարգերը (որտեղ առողջապահության աշխատուժի 70-76%-ը կազմում են կանայք), իր բնույթով գենդերացված է: Ընդ որում, 2011 թ.-ին ի համեմատ 2013 թ.-ի բժիշկ տղամարդկանց և կանանց թվաքանակը նվազել է հավասարաչափ (տղամարդկանց թիվը՝ 445-ով, և կանանց՝ 465-ով) (Գծապատկեր 4):

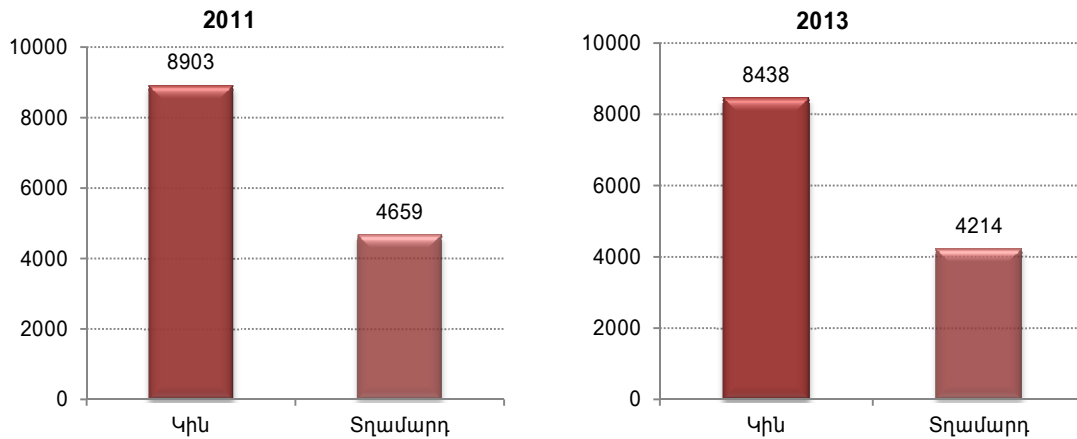
- **ՀՀ առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի 67%-ը կազմում են կանայք:**

Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտական պրոֆիլների (Աղյուսակ 6) ցույց է տալիս, որ կանայք կազմում են թերապևտիկ պրոֆիլի մասնագետների գերակշռող մասը՝ 90-95%-ը, իսկ վիրաբուժական պրոֆիլի 10-38%-ը: Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների կառուցվածքում կին պրոկտոլոգների տեսակարար կշիռը կազմում է 13%, վիրաբույժներինը՝

10,3%, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներինը՝ 38%: Սեռային բաշխվածության տեսակետից հավասարաչափ են բաշխված ստոմատոլոգ (թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի) մասնագետները: Ավելին, 2013 թ.-ին 2011 թ.-ի համեմատ ստոմատոլոգ մասնագետների թիվը նվազել է 469-ով (193 կին, 276 տղամարդ):

- **ՀՀ առողջապահության համակարգի միջին համակարգի բուժանձնակազմի 95-97%-ը կանայք են:**

Գծապատկեր 4. Կադրային ներուժի բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2011, 2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Աղյուսակ 6. Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի մասնագիտությունների, 2011, 2013 թթ.

Մասնագիտություն	2011			2013		
	Ընդ.	Կին	%	Ընդ.	Կին	%
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ), որոնցից	2566	2195	85,5	2414	2216	91,8
- ընտանեկան բժիշկ	761	672	88,3	703	616	87,6
- տեղամասային թերապևտ	1026	941	91,7	959	884	92,2
- մանկաբույժ	779	748	96,0	752	716	95,2
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ	967	763	79,0	947	749	79,1
Վիրաբույժներ	599	56	9,4	590	61	10,3
Անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ	498	191	38,4	496	187	37,7
Պրոկտոլոգներ	28	4	14,3	31	4	13,0
Ստոմատոլոգներ	1788	899	50,3	1319	706	53,5
- դեղագետներ	176	144	81,8	228	80	35,1
Միջին բուժանձնակազմ						
Բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով, որոնցից	13883	13827	99,6	13768	13711	99,6
- մանկաբարձներ	1335	1335	100,0	1300	1300	100,0
- բուժակներ	128	72	56,3	105	52	49,5
- ատամնատեխնիկներ	221	10	4,5	188	8	4,3
Դեղագործներ	137	129	94,2	124	118	95,2
- սանիտարական բժիշկների և համաճարակաբանների օգնականներ	502	479	95,4	476	455	95,6

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի դինամիկան և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցություն

Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, աշխարհագրական և մասնագիտական բաշխվածության վերաբերյալ ճշգրիտ վերլուծություն իրականացնելու համար դիտարկվել են 2001-2013 թթ. Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի (ԱՏՎԿ) տվյալների օրինաչափությունները և միտումները:

Ըստ 2013 թ.-ի տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ քանակը կազմել է 31 078 բուժաշխատող, իսկ բժիշկների բացարձակ թվաքանակը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժները)՝ 12 664 (42/10 000 բնակչի հաշվով), որը 2011 թ.-ի տվյալների համեմատ կրճատվել է 838-ով 13 490, (41/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմինը՝ 18 426-ով (61,1/10 000 բնակչի հաշվով):

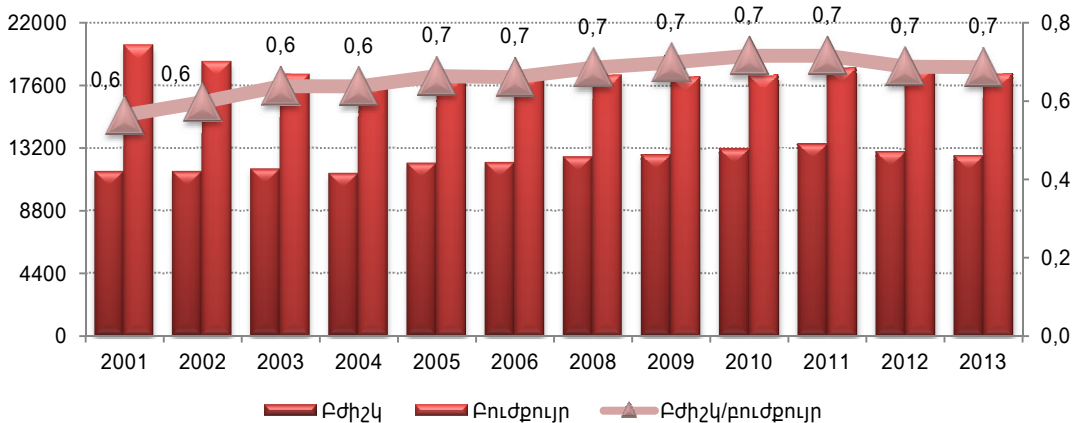
Աղյուսակ 7. Առողջապահության համակարգի կադրեր և ռեսուրսներ, 2000-2013 թթ. (ներառյալ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետները)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժներ)	11 396	12 307	12 388	12 251	129 64	13 177	13 591	13 490	12 922	12 664
Միջին բուժանձնակազմ	17 874	18 364	18 574	18 595	18 594	18 516	18 649	18 484	18 784	18 426
Ընդամենը	29 270	30 671	30 962	30 846	18 594	31 693	32 240	31 974	31 706	31 078
Հիվանդանոցների թիվը	140	145	140	135	130	127	130	130	129	129
Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը (հազար)	14,3	14,4	14,3	13,1	12,4	12,1	12,1	12,2	12,2	12,3
ԱԱԴ բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատություններ	448	458	460	467	474	487	504	506	513	514
Դեղագետներ	133	143	157	163	176	204	214	199	176	228
Դեղագործներ	112	113	118	121	124	125	129	137	130	124

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

2005 թ.-ից բուժքույրերի քանակը տատանվել է 18 181-18 820 սահմաններում: Ընդ որում, 2012 թ.-ից նրանց թվաքանակը դրսևորում է նվազման միտում (Գծապատկեր 5): 2011 թ.-ից ի վեր գրանցվել է բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թվաքանակի նվազում:

Գծապատկեր 5. Հայաստանում առկա բժիշկների, բուժքույրերի քանակը, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցությունը, 2001-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանության, ակնկալվում էր բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ: 2010-2013 թթ. բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակի վրա՝ 0,72:

Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն

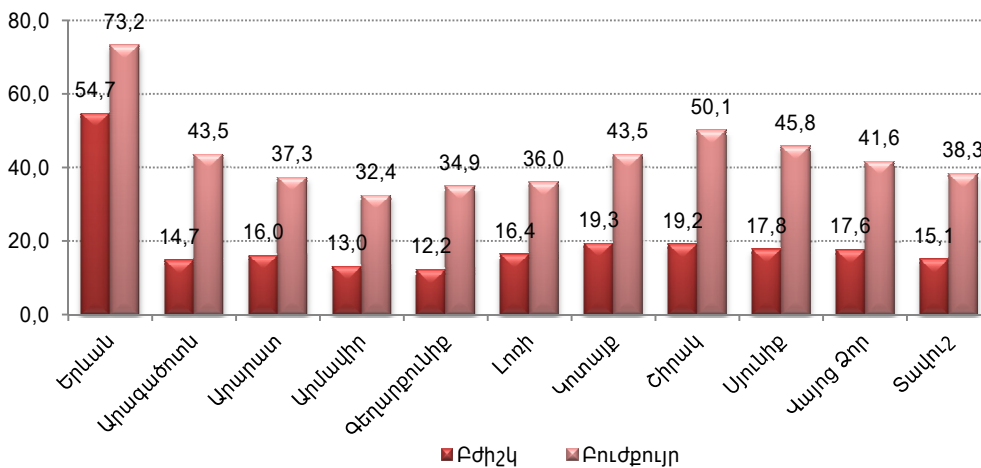
Բնակչության ապահովվածությունը բժշկական կադրերով գնահատվել է ըստ գործող բժիշկների և բուժքույրերի քանակի:

Հայաստանի բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող բժիշկներով շատ անհավասարաչափ է Երևանի և մարզերի համեմատության դեպքում: Երևանում 2013 թ.-ին եղել է 54,7՝ 10 000 բնակչի հաշվով (Գծապատկեր 6), իսկ մարզերում այդ ցուցանիշը չի գերազանցել 19,3-ը (Կոտայքի մարզ):

Մարզերի միջև նույնպես կա բժիշկների բաշխման անհավասարություն: Ամենացածր ցուցանիշը Գեղարքունիքում է (12,2՝ 10 000 բնակչի հաշվով) և Արմավիրում (13,0), իսկ համեմատաբար ավելի բարձր է Կոտայքում (19,3) և Շիրակում (19,2):

Անհավասարաչափ է բաշխվածությունը նաև գործող բուժքույրերի առումով: Դարձյալ, առավել բարվոք է վիճակը Երևանում (73,2՝ 10 000 բնակչի հաշվով), իսկ մարզերում անհամեմատ ավելի ցածր՝ 32,4-ից (Արմավիր), մինչև 50,1 (Շիրակ):

Գծապատկեր 6. Բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող (ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակ) կադրային ներուժով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2013 թ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

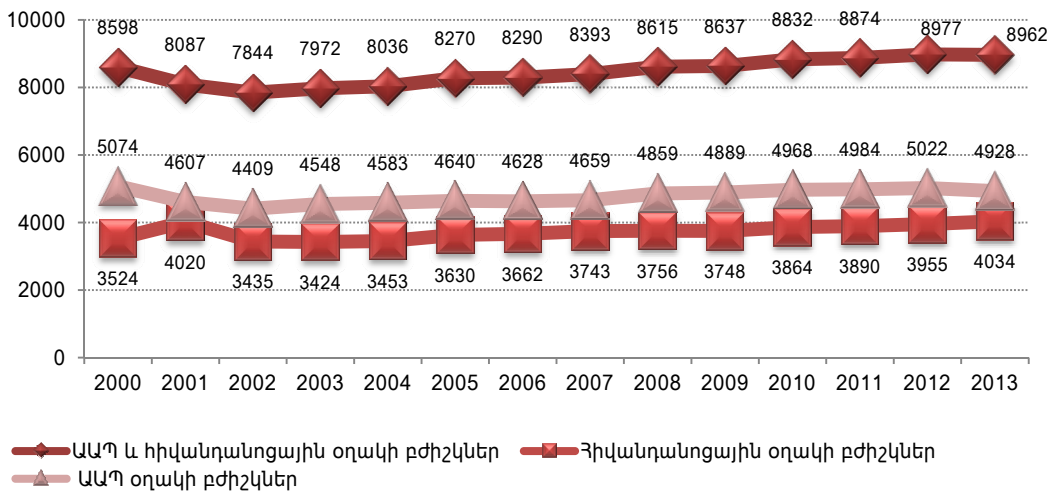
Կադրային ներուժի բաշխումն առաջնային և հիվանդանոցային օղակներում

Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի համաձայն 2000-2001 թթ. ժամանակահատվածում կադրերի բաշխվածությունն ըստ առողջապահության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) և հիվանդանոցային օղակների կրճատվեց և՛ հաստատությունների և՛ կադրային առումով:

Նշված ժամանակահատվածում ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների քանակը կրճատվեց 511 բժշկով և 685 բուժքույրով: Ընդ որում, բժիշկների 90 %-ը կրճատվեց ԱԱՊ օղակից (2001 թ.-ին՝ 5 074-ից մինչև 2002-ին՝ 4 607 բժիշկ, այսինքն՝ 467-ով):

Այնուամենայնիվ սկսած 2002 թ.-ից և՛ ԱԱՊ, և՛ հիվանդանոցային օդակներում բժիշկների թվաքանակն աճել է, բացառությամբ 2013 թ.-ի, երբ գրանցվել է բժիշկների քանակի կրճատում ԱԱՊ օդակում (Գծապատկեր 7):

Գծապատկեր 7. Բժիշկների քանակը ԱԱՊ և հիվանդանոցային օդակներում, 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների

Վերջին հնգամյակում բնակչության ապահովվածությունն ԱԱՊ և հիվանդանոցային օդակներում գործող հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով, ըստ մասնագիտական պրոֆիլների ներկայացված են Աղյուսակ 8-ում:

Համաձայն աղյուսակային տվյալների 2007 թ.-ի համեմատ 2013 թ.-ին բնակչության ապահովվածությունը մանկաբույժներով և ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներով նվազել է, իսկ ընտանեկան բժիշկներով և դեղագետներով՝ աճել շուրջ 2 անգամ: Ինչ վերաբերվում է ստոմատոլոգ մասնագետներին, ապա 2007-2011 թթ. ընթացքում նրանց թիվը նույնպես աճել էր շուրջ 2 անգամ, սակայն, 2013 թ.-ի տվյալներով ընդհակառակը՝ դրսևորել է նվազման միտում:

Աղյուսակ 8. Բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով, 2007, 2011, 2013 թթ.

Մասնագիտություններ /մասնագիտական պրոֆիլներ	2007		2011		2013	
	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ)						
- ընտանեկան բժիշկներ	488	1,5	761	2,34	703	2,33
- տեղամասային թերապևտներ	1216	0,5	1026	0,32	959	4,12
- մանկաբույժներ	979	1,22	779	2,4	752	10,89
Ստոմատոլոգներ	1163	3,6	1788	5,5	1319	4,37
Դեղագետներ	163	0,5	199	0,6	228	0,8
Միջին բուժանձնակազմ						
-բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով	13592	42,1	11388	35,0	13768	45,6
-մանկաբարձներ	1388	1,5	1335		1300	16,2
-բուժակներ	198	0,6	128	0,6	105	0,3

-դեղագործներ	121	0,4	137	0,4	124	0,4
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների թիվը տարեց-տարի աճում է: Վերջին տասնամյակում ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի շրջանավարտների թվաքանակն աճել է 8,7 անգամ, իսկ դեղագիտականինը՝ 2 անգամ:

Աղյուսակ 9. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների քանակը, 2000-2013 թթ.

Տարի	Ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ	Դեղագիտական ֆակուլտետ
2000	62	31
2001	68	46
2002	73	29
2003	68	54
2004	85	45
2005	82	41
2006	79	35
2007	72	32
2008 ¹	322	73
2009	306	77
2010	389	94
2011	535	63
2012	610	156
2013	611	138

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱԿԾ, 2014

2000-2010 թթ. ընթացքում առողջապահության համակարգում գործող ստոմատոլոգների քանակն աճել է 2,6 անգամ՝ 834-ից՝ 2 180 (Աղյուսակ 10), որից հետո՝ մինչև 2013 թ. նվազել է մինչև 1 606, այսինքն 1,4 անգամ: Դեղագետների քանակը աճել է 80-ից մինչև 228 կամ՝ 2,85 անգամ (Աղյուսակ 11):

Աղյուսակ 10. ՀՀ ստոմատոլոգների և դեղագետների թվաքանակն ըստ պրոֆիլների, 2000-2013 թթ.

Տարի	Ստոմատոլոգներ թևրապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի Շնդամենը	Ստոմատոլոգներ թևրապևտիկ պրոֆիլի	Ստոմատոլոգներ վիրաբուժական պրոֆիլի
2000	834	659	175
2001	614	498	116
2002	594	474	120
2003	780	610	170
2004	884	682	202
2005	1171	969	202
2006	1254	1066	188
2007	1177	954	223
2008	1755	1508	247
2009	1987	1711	276
2010	2180	1843	337
2011	2097	1788	309
2012	1782	1460	322

¹ 2000-2007 թվականների ժամանակահատվածում ներկայացված են Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների տվյալները, 2008 թվականից ընդգրկվել են նաև 6 բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների տվյալները:

2013	1606	1319	287
-------------	-------------	-------------	------------

Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Հանրապետությունում ստոմատոլոգների և դեղագետների թվի դինամիկան պայմանավորել է ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների քանակի դինամիկան (Գծապատկեր 8): Այդ քանակն աճել է մինչև 2011 թ.-ը և հասել է 215-ի, որից հետո սկսել է նվազել 2013 թ. հասնելով 193-ի: 2011-2013 թթ. ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների քանակի նվազումը քիչ է կոմպենսացվել ինքնուրույն ստոմատոլոգիական կաբինետների թվաքանակի աճով (Գծապատկեր 9):

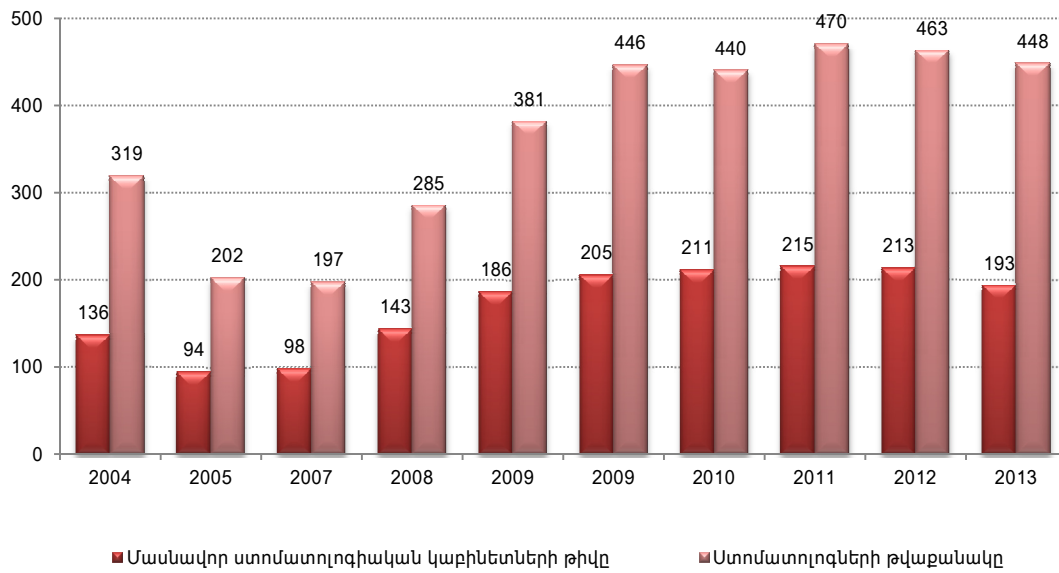
Աղյուսակ 11. ՀՀ ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետների թվաքանակը, 2000-2013 թթ.

Տարի	ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետներ ²
2000	80
2001	121
2002	142
2003	125
2004	133
2005	143
2006	157
2007	163
2008	176
2009	204
2010	214
2011	199
2012	176
2013	228

Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

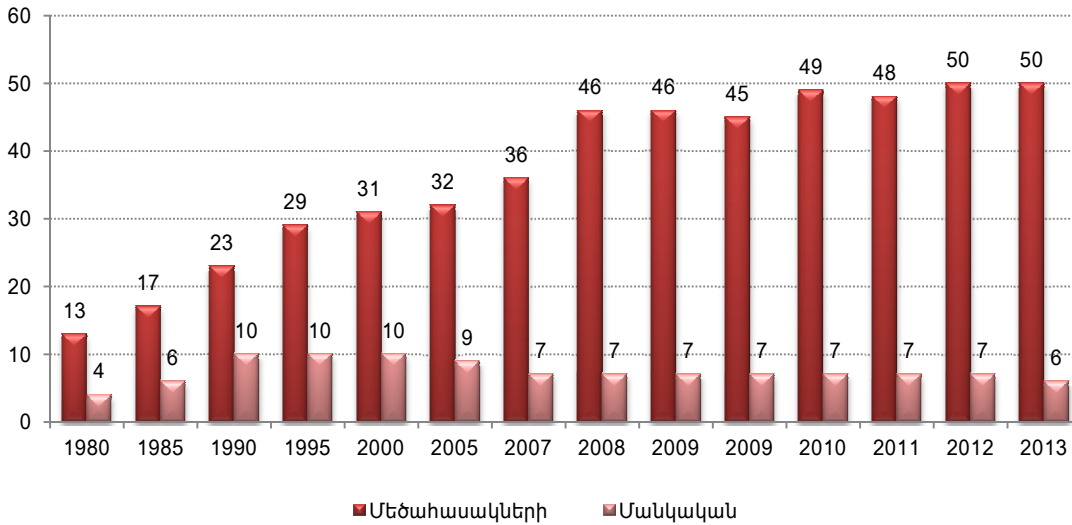
Գծապատկեր 8. Մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների և ստոմատոլոգների թվաքանակը, 2004-2013 թթ.

² Դեղատներում գործող դեղագետների վերաբերյալ տվյալները բացակայում են:



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Գծապատկեր 9. Մեծահասակների և մանկական ինքնուրույն ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թվաքանակը, 1980-2013 թթ.



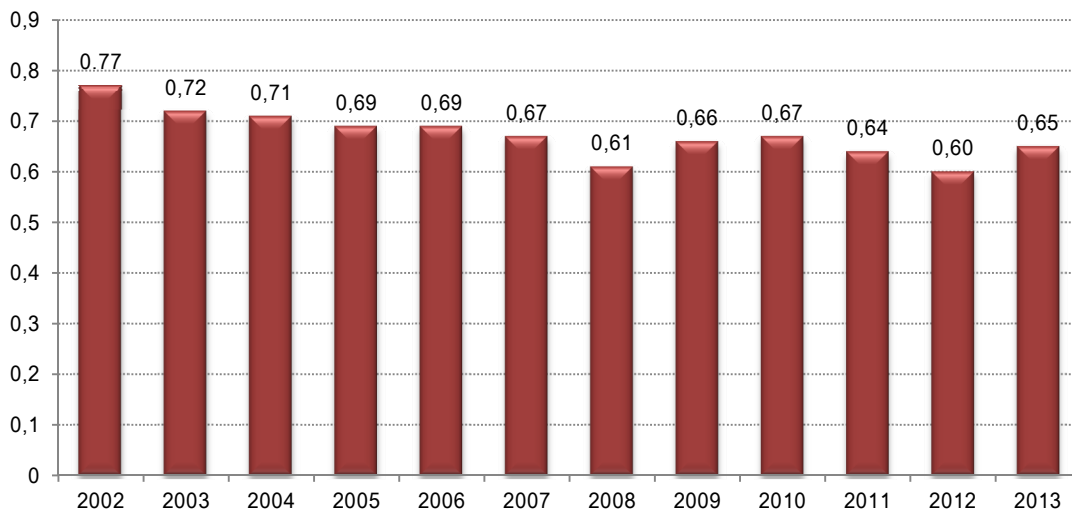
Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ

2002-2013 թթ. ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերական քանակը նեղ մասնագետների համեմատ նվազել է 0,77-ից մինչև 0,65 (Գծապատկեր 10): Սակայն, առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թթ. ռազմավարությունը նախատեսում էր այդ հարաբերակցության աճ:

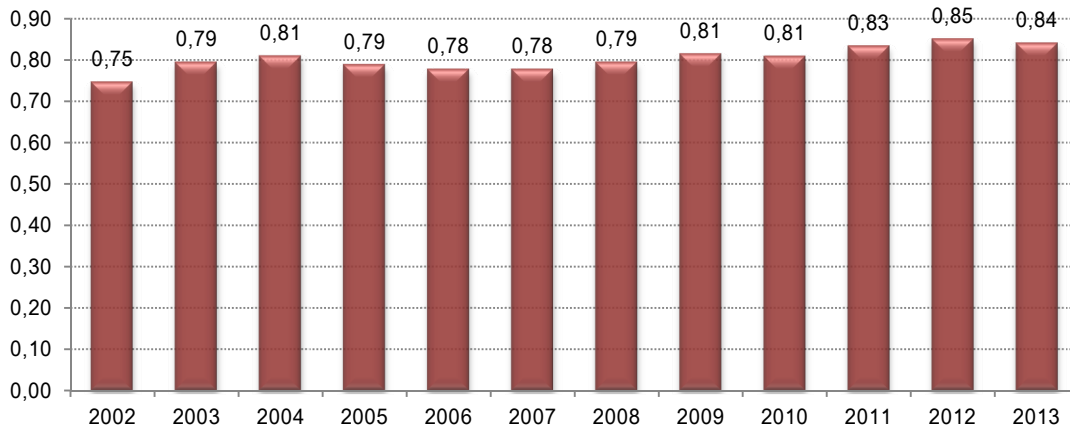
Նշված ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերական քանակը նույն օղակում գործող բոլոր բժիշկների քանակի համեմատ՝ աննշան նվազել է 1,34-ից՝ 1,2-ի (Գծապատկեր 11):

Գծապատկեր 10. ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների (տեղամասային բժիշկներ, մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ) թվի հարաբերակցությունը նեղ մասնագետների թվին, 2002-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Գծապատկեր 11. ԱԱՊ օղակում ընդհանուր բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի հարաբերակցությունը, 2002-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Աղյուսակ 12. ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների թվաքանակն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների և առանձին մասնագիտությունների 2002-2013 թթ, (2013 թվականի փոփոխությունը 2002 թվականի նկատմամբ)

Մասնագիտություններ	2002	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2002
Բժիշկներ	4409	4583	4640	4650	4859	4889	4868	4984	5022	4928	1.1
Նեղ մասնագետներ	2486	2679	2746	2777	3023	2953	2916	3058	3123	3070	1.2
Ընդհ.պրակտիկայի բժիշկներ՝ ՏԹ, ԸԲ	1923	1904	1894	1873	1836	1936	1952	1926	1899	1858	1.0
Տեղ. թերապևտ	973	938	917	872	821	768	754	723	730	700	0.7
Տեղ. մանկաբույժ	872	824	813	700	651	589	550	518	511	505	0.6
Ըստ.բժիշկներ	50	115	127	282	354	573	648	685	658	653	13.1
Բուժքույրեր	5914	5667	5889	5988	6122	6006	6023	5984	5908	5811	1.0
Մանկաբարձուհի	595	531	535	547	552	543	536	525	533	517	0.9

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

2013 թ.-ին՝ 2002 թ.-ի համեմատ, ԱԱՊ օղակում գործող բժիշկների քանակն աճել է 1,1 անգամ: Առավել նշանակալից է ընտանեկան բժիշկների աճը՝ 13 անգամ և տեղամասային թերապևտների, տեղամասային մանկաբույժների թվի կրճատումը, որը փոխկապակցված է ընտանեկան բժիշկների պատրաստման գործընթացի հետ:

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների վերապատրաստման ընթացք

Բնակչության առողջության պահպանումն և բարելավումը կախված առողջապահական համակարգի ծառայությունների մատուցման գործառույթներից, ինչպես նաև մարդկային ներուժի պատշաճ պատրաստման, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացման գործընթացի կազմակերպումից, հանդիսանում է առողջապահական համակարգի առանցքային հիմնախնդիրը և, ակնհայտորեն, նպաստում է բուժօգնության որակի, հիվանդների վարման և բնակչության կյանքի տևողության երկարացմանը:

2008 թ. Երևանի բուժհաստատություններում իրականացված հարցումները ցույց տվեցին, որ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բուժաշխատողների 94,7% կարևորել են ՌՎՀ, մասնավորապես՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի, չարորակ նորագոյացությունների բուժօգնության և այդ հիվանդությունների սթրինինգային հետազոտությունների իրականացման շարունակական մասնագիտական զարգացման դասընթացների կազմակերպումը:

Համաձայն ԱՀԳԳ 2012 թվականի իրականացված հետազոտությունների, մարզային բնակչության հոսքը դեպի մայրաքաղաքի բուժհաստատություններ պայմանավորված է նախ և առաջ մարզային բուժհաստատություններում համապատասխան բարձրակ մասնագետների և ժամանակակից սարքավորումների բացակայությամբ: Ավելին, մարզային բնակչության 70% նշել են, որ դիմել են մայրաքաղաքի բուժհաստատություններ ՌՎՀ-ի, մասնավորապես, սրտանոթային, չարորակ հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի պատճառով:

ՌՎՀ բեռի նվազեցման նպատակով «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» վարկային ծրագրի շրջանակում նախատեսված է ԱԱՊ օղակում ընտրված ՌՎՀ՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը և վերահսկումը սթրինինգային հետազոտությունների իրականացմամբ:

Ծրագրի մեկնարկը սկսվել է 2013 թվականի սեպտեմբերին, որն ավարտվելու է՝ 2019 թվականի դեկտեմբերին:

Ծրագրի շրջանակներում ԱԱՊ բուժհաստատությունները պատասխանատու են թիրախային բնակչության շրջանում՝ 35-68 տարիքային խմբերում ՌՎՀ սթրինինգների հետազոտությունների իրականացման համար՝ արյան բարձր ճնշման հայտնաբերման և արյան մեջ գլյուկոզային մակարդակի որոշման, ինչպես նաև 30-60 տարեկան կանաց շրջանում բջջաբանական հետազոտության միջոցով (ՊԱՊ թեստ) արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման համար:

ՌՎՀ հիվանդությունների, ինչպես նաև արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերման, դրանց զարգացման ռիսկի գործոնների և այդ հիվանդությունների կառավարման միասնականացված գործունեության կազմակերպման գործընթացի ապահովման նպատակով, Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների՝ ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների համար մշակվել են՝ «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կառավարում և բուժում», «Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերում, վարում և քաղցկեղի կանխարգելում» ազգային ուղեցույցները, որոնք հաստատվել են 16.04.2014 թ. Առողջապահության նախարարի N 810-Ա հրամանով:

ՌՎՀ վաղ հայտնաբերման և սթրինինգային հետազոտությունների իրականացման, ինչպես նաև հիվանդների վարման նպատակով հիշատակված ուղեցույցների շրջանակներում, իրականացվել է ՀՀ ԱԱՊ օղակի ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների, և մանկաբարձ-գինեկոլոգների մասնագիտական վերապատրաստման դասընթացներ:

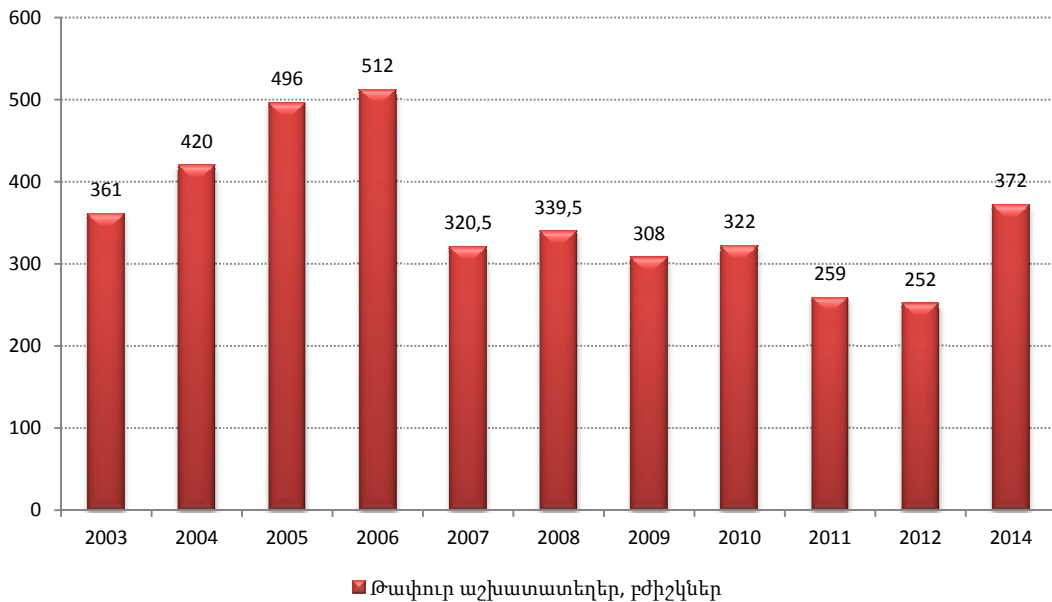
Սույն ծրագրի շրջանակում 2014 թվականի հուլիս-նոյեմբեր ամիսներին իրականացվել են նաև վերապատրաստման դասընթացներ՝ ԱԱՊ օղակի տարբեր մասնագետների համար, որի արդյունքում «ՌՎՀ կանխարգելում և վերահսկում» ծրագրի շրջանակում վերապատրաստվել են 1197 ընտանեկան բժիշկ և թերապևտ, «Արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղային վիճակների վաղ հայտնաբերում, վարում և քաղցկեղի կանխարգելում» ծրագրի շրջանակում՝ 1 247

ընտանեկան բժիշկ և թերապևտ, 208 մանկաբարձ-գինեկոլոգ և այլ մասնագիտություններով 98 բժիշկ: Այսպիսով, սույն ծրագրի շրջանակում վերապատրաստվել են 2 750 ԱԱՊ օղակի մասնագետ:

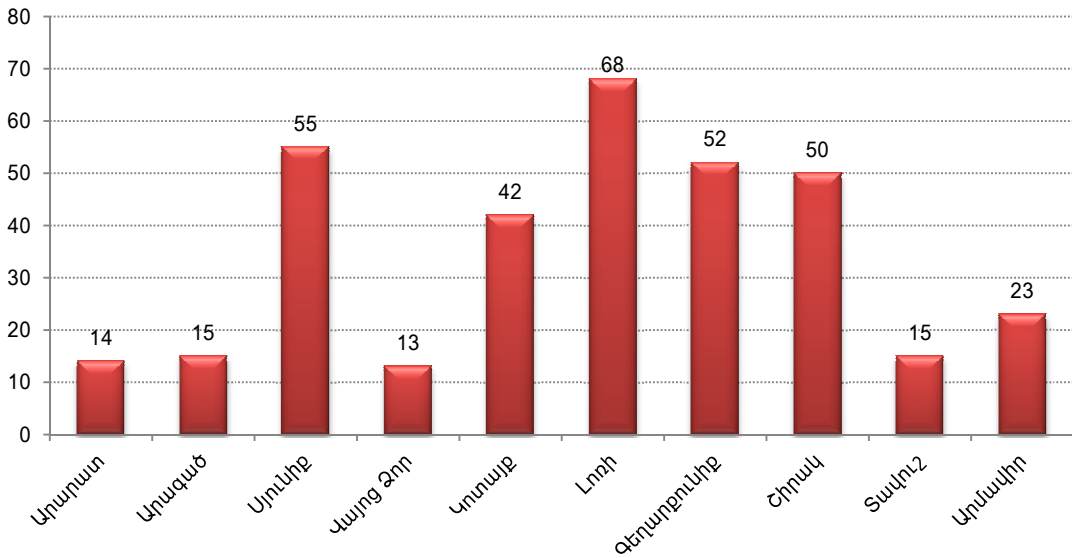
Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր

- Հայաստանում բժիշկների պատրաստման քանակի ավելցուկի պայմաններում և նրանց թվաքանակի շարունակվող աճին զուգահեռ աճում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը:
- 2003-2011 թթ.-ին բժիշկների թափուր աշխատատեղերի շարժընթացը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ 2003-2006 թթ., 2012-2014 թթ.՝ աճման և 2007-2011 թթ.՝ անկման (Գծապատկեր 12):
- 2003-2006 թթ. տարբեր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերի բացարձակ արժեքն աճել է 40 %-ով (361-ից 511-ը):
- 2007-2011 թթ. թափուր աշխատատեղերի արժեքն նվազել է 20%-ով:
- 2012-2014 թթ. թափուր աշխատատեղերի արժեքն, ընդհակառակը, աճել է 40%-ով:

Գծապատկեր 12. Բժիշկների թափուր աշխատատեղեր, 2003-2014 թթ.



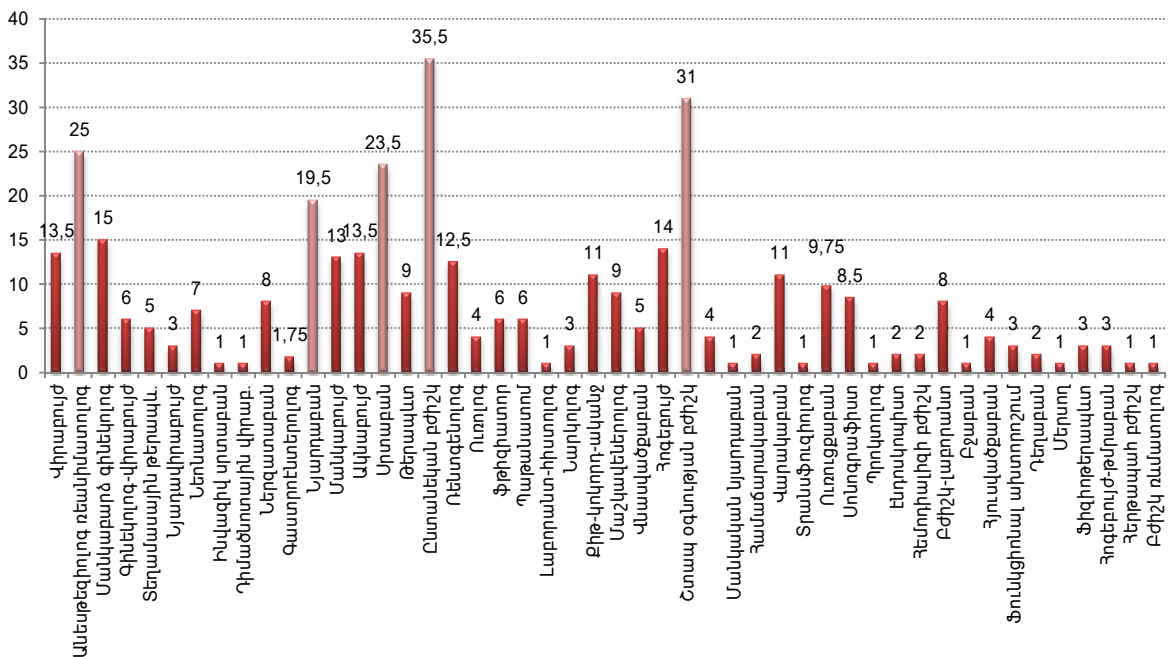
Գծապատկեր 13. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2014 թ. հուլիսի դրությամբ



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ, 2014

Հատկապես մեծաքանակ են բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերը հեռավոր մարզերում (բացառությամբ Կոտայքի մարզի)՝ Լոռիում (68), Սյունիքում (55), Ղեղարքունիքում (52), Շիրակում (50), Կոտայքում (42) (Գծապատկեր 13): Ընդ որում, ըստ մասնագիտությունների առավել մեծաքանակ է ընտանեկան և շտապ օգնության բժիշկների, ինչպես նաև անեսթեզիոլոգների, սրտաբանների և նյարդաբանների պահանջարկը (Գծապատկեր 14):

Գծապատկեր 14. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների, 2014 թ. հուլիսի դրությամբ



Աղբյուր. ՀՀ ԱՆ, 2014

Ներկայում դեռևս չկան լիարժեք մշակված և հաստատված մեխանիզմներ ուղղված բուժաշխատողների՝ հատկապես սահմանամերձ և հեռավոր մարզերում աշխատող բժիշկների խրախուսման, սոցիալական աջակցության և մասնագիտական աճին: Նման խրախուսական փաթեթի մշակումը մեծապես կնպաստի մարզերի բժշկական կադրային պահանջարկի բարելավմանը:

Ներկայում բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներ: Փաստորեն՝ Հայաստանը հանդիսանում է այլ երկրների համար կադրային ներուժի պատրաստող:

Մարզերի կադրային պահանջարկի համալրման հիմնական մեխանիզմներից մեկն է պետական պատվերի շրջանակում կլինիկական օրդինատուրան ավարտած մասնագետներին պարտադիր նշանակման պրակտիկան: Համաշխարհային փորձը ցույց է տալիս, որ աշխարհի ավելի քան 70 երկրներում կիրառվում է պարտադիր աշխատանքի նշանակելու փորձը:

Անհրաժեշտ է քննարկել, պետպատվերի շրջանակում ուսանած, կլինիկական օրդինատուրներին մարզերում, որոշ ժամանակահատվածով, պարտադիր աշխատանքի նշանակելու իրավական կարգավորման հնարավորության հարցը:

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներն և բացերը

Առողջապահական կադրային ներուժի վերաբերյալ հուսալի և հավաստի տեղեկատվության հավաքագրման և կադրային ներուժի քաղաքականության մշակման համար նախատեսված է ստեղծել ՀՀ առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի դիտակայան, որը կընդլայնի կադրային ներուժի պլանավորման հեռանկարը և կօժանդակի առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի ռազմավարության իրականացմանը: Մասնավորապես, այս քայլը թույլ կտա գնահատել՝

- կադրային ներուժի առկայությունը, բաշխվածությունը, համալրվածությունը և պահանջարկն ըստ մարզերի, քաղաքների և գյուղերի,
- կադրային ներուժի ծանրաբեռնվածությունը, համալրվածությունը,
- կադրային ներուժի հոսունությունը՝ ներքին և արտաքին,
- թափուր մասնագետների պահանջարկը:

Առաջարկություններ

Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի քանակական և կառուցվածքային պլանավորումը պետք է իրականացվի՝ բժշկական, սանիտարահիգիենիկ ծառայությունների և դեղորայքով ապահովման ոլորտներում հիմնվելով բնակչության կարիքների կանխատեսման վրա, հիմնվելով ժողովրդագրական ցուցանիշների, բնակչության առողջական վիճակի, կադրային ներուժի արտագաղթի, կրթական և առողջապահական համակարգի բարեփոխումների ցուցանիշների վրա: Ընդ որում, համաձայն միջազգային փորձագետների առաջարկի՝ կադրային ներուժի պլանավորման գործընթացը հիմնվում է կադրերի թվաքանակի նորմատիվների մշակման և հաստատման վրա:

2 ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ

Այս գլխում դիտարկված է առողջապահական համակարգի գործունեության հիմնական նպատակը՝ բնակչության առողջության պահպանումը և բարելավումը: Բնակչության ընդհանուր առողջության գնահատման համար օգտագործվել են ՀՀ ԱՆ ԱՄԻ ԱՏՎԿ և ՀՀ ԱՎԾ ցուցանիշները:

Բնակչության առողջությունը գնահատվել է հետևյալ հինգ ուղղություններով, որոնք բնութագրում են երկրի ժողովրդագրական և սոցիալ-տնտեսական վիճակը, ինչպես նաև բնակչության առողջության հիմնախնդիրները:

- **Բնակչության թվաքանակը և կազմը.** բնակչության ժողովրդագրական հիմնական ցուցանիշն է, որն իր մեջ ընդգրկում է բնակչության թվաքանակը, բաշխվածությունն ըստ սեռի, բնակավայրի, տարիքային խմբերի:
- **Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս.** բնակչության առողջության հիմնական ինտեգրալ ցուցանիշն է, որն իր մեջ ընդգրկում է բնակչության առողջության հետ կապված բոլոր գործոնների ազդեցությունները:
- **Բնակչության բնական վերարտադրությունը**
- **Բնակչության մահվան հիմնական պատճառները**
- **Առավել տարածված հիվանդություններ.** սա բնութագրում է տվյալ հասարակության անդամների առողջությանը սպառնացող և կյանքի որակը վատթարացնող հիմնական հիվանդությունները, որոնց բուժումը և կանխարգելումը պահանջում են առավել բարձր ուշադրություն:
- **Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացությունը.** այս ցուցանիշները բնութագրում են առողջապահական համակարգի ընդհանուր զարգացվածության մակարդակը, քանի որ տասնյակ տարիների ընթացքում, աշխարհի տարբեր երկրներում հավաքագրված, այդ ինդիկատորների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ, **մնացած հավասար պայմանների դեպքում**, որքան ավելի զարգացած է երկիրը, այնքան ավելի զարգացած է նրա առողջապահական համակարգը և տվյալ երկրում երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացությունն ավելի ցածր է: Հարկ է նշել, որ առաջին երեք ցուցանիշները նշանակալի ազդեցություն ունեն կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշի արժեքի վրա:

Բնակչության թվաքանակն և կազմը

2013 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության քանակը կազմել է 3 026,9 հազ. մարդ և 2012 թվականի տարեսկզբի համեմատ աճել է 5,5 հազարով: 2013 թվականին քաղաքային բնակչության մասնաբաժինը կազմել է՝ 63,3%, իսկ գյուղական բնակչությանը՝ 36,7 %: Տղամարդիկ կազմել են բնակչության 48%-ը, իսկ կանայք՝ 52%-ը: Բնակչության միջին տարիքը կազմել է 36,2 տարի, տղամարդկանցը՝ 34,5, իսկ կանանցը՝ 37,8:

- **Բնակչության բնական վերարտադրության ցածր մակարդակը մնում է Հայաստանի ժողովրդագրական կարևորագույն խնդիրների շարքում:**

Այն հանդիսանում է Հայաստանում բնակչության ծերացման կարևորագույն գործոններից մեկը: Բնակչության ծերացումը երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության

վերարտադրության, ծնելիության, մահացության, դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի, և արտրագաղթի հետևանք է:

Ըստ ՄԱԿ-ի ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի, եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչությունը կազմում է 7%-ից ավելին, ապա, տվյալ բնակչությունը համարվում է ծերացած:

- **Հայաստանում 65 և բարձր տարիքի բնակչության քանակը 2013 թ. տարեսկզբին կազմել է 10,6%:**

1990-2013 թթ. ժամանակահատվածում հանրապետության մշտական բնակչության կառուցվածքում կտրուկ նվազել է 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը, որը 1990 թվականին կազմում էր 32,2%:

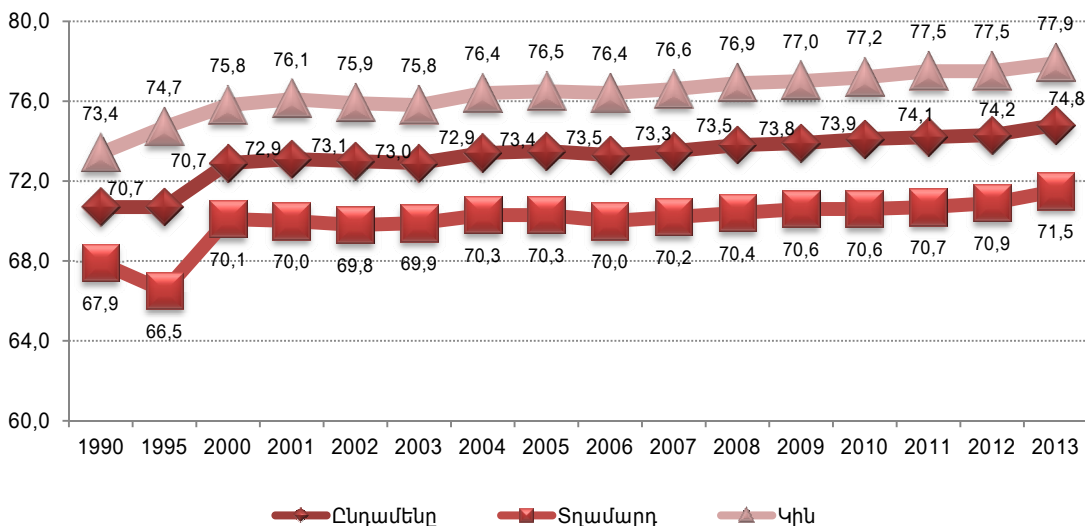
- **2013 թվականի տարեսկզբին մինչև 15 տարեկանների քանակը 20,1% էր:**

Աշխատունակ տարիքի բնակչության տեսակարար կշիռը նույն ժամանակաշրջանի դրությամբ կազմել է 67,8% (1990 թվականին՝ 59,7%), իսկ աշխատունակ տարիքից բարձր բնակչության տեսակարար կշիռը 2013 թվականի տարեսկզբի դրությամբ կազմել է 12,1% (1990 թվականին՝ 8,1%) («Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու», ՀՀ ԱՎԾ, 2013):

Կյանքի սպասվող տևողություն

2013 թ. Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը 74,8 տարի է, կանայք 6,4 տարի ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից (Գծապատկեր 15): Կյանքի սպասվող տևողությունը 2005-2013 թթ. աճել է: 1990 թվականի նկատմամբ ցուցանիշն աճել է 2,8 տարով և պայմանավորված է մանկական (0-1 տարեկան) մահացության նվազմամբ, որը 1990 թ.-ին 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով կազմել է 18,5, իսկ 2013 թ.-ին՝ 9,7:

Գծապատկեր 15. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2014

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով, Հայաստանում կյանքի սպասվելիք տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը նշվածից մոտ 4 տարով ավելի ցածր է, որը պայմանավորված է նրանով, որ Հայաստանի պետական մարմինները

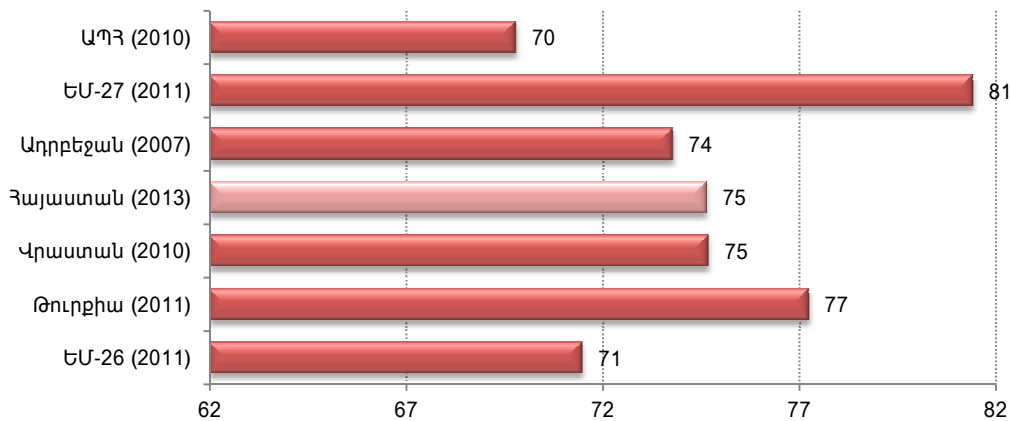
հնարավորություն չունեն ճշգրիտ հաշվառելու, Հայաստանից դուրս բնակվող, Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների մահերը:

Քանի որ Հայաստանից արտագնա աշխատանքների մեկնում են հիմնականում Ռուսաստան, տարեկան մոտ 190 000 մարդ, հետևաբար.

- **Եվրասիական տնտեսական միությանը՝ Հայաստանի անդամակցման պարագայում, պետք է ՌԴ համապատասխան մարմինների հետ համագործակցությամբ, կարգավորել ՌԴ-ում Հայաստանի քաղաքացիների մահվան փաստերի գրանցման հարցը և այդ տեղեկությունների փոխանցումը Հայաստան:**

Հայաստանում կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս ավելի բարձր է, քան ԱՊՀ և ԵՄ-26 երկրներում, մոտավորապես նույնն է, ինչ Վրաստանում և Ադրբեջանում, սակայն զիջում է զարգացած եվրոպական երկրների՝ ԵՄ-27 միջին մակարդակին (Գծապատկեր 16):

Գծապատկեր 16. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություն, 2007, 2010-2011 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2014

Բնակչության բնական վերարտադրություն

Հայաստանում **մահացության ընդհանուր գործակիցը** 1949-1989 թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում, ինչը պայմանավորված է եղել սոցիալ-տնտեսական վիճակի և բարեկեցության ամենամյա բարելավմամբ, առողջապահական համակարգի զարգացմամբ (Գծապատկեր 17): Եթե 1949 թ. մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել էր 10,9 մարդ, ապա 1989 թվականին այն նվազել էր մինչև 6,0: Ընդ որում, 1988 թ. մահացության կտրուկ աճը մինչև 10,3 պայմանավորված է եղել բնական աղետով՝ Սպիտակի երկրաշարժով:

Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է 1991 թ.-ի 6,5-ից 9,0՝ 2013 թ.:

- **Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակիցի աճի հիմնական բաղադրիչներից է բնակչության տարիքային կառուցվածքի փոփոխությունը՝ բնակչության ծերացումը:**

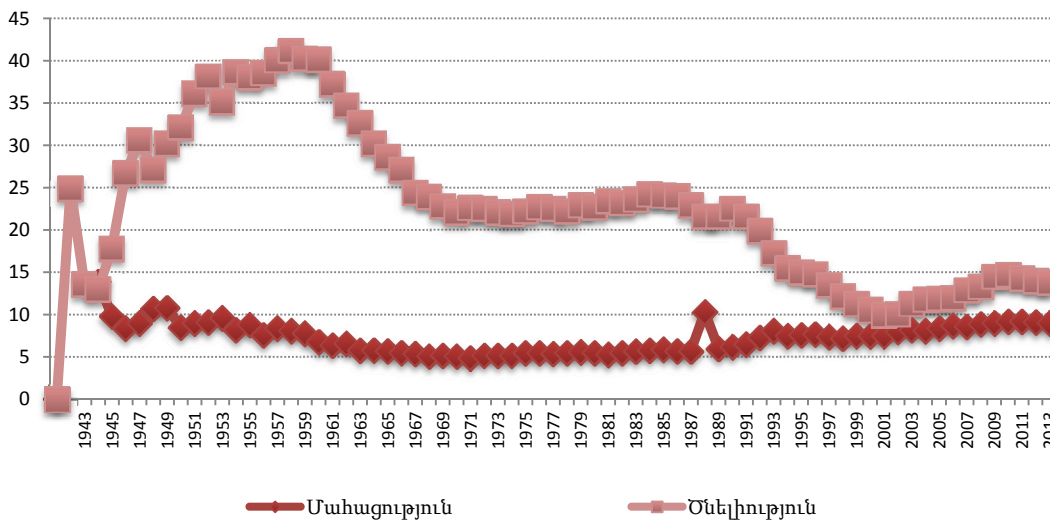
Սկսած 55 տարեկանից, բարձր տարիքի մարդկանց մահացության ընդհանուր գործակիցները նշանակալիորեն գերազանցում են ավելի ցածր տարիքի ցուցանիշներին: Այդ պատճառով բնակչության ծերացումը հանգեցնում է մահացության ընդհանուր գործակիցի աճին:

Հայաստանում ծնելիության ընդհանուր գործակիցն աճել է մինչև 1958 թ. հասնելով 41,1 ծնունդի 1 000 մարդու հաշվով: Այդ աճը պայմանավորված է եղել Հայաստանի ԽՍՀ-ում առողջապահության համակարգի զարգացմամբ: 1958-1973 թթ. ընթացքում ծնելիության գումարային գործակիցը նվազել է մինչև 22,1, ինչն արդյունաբերական հասարակության մեջ մշակութային փոփոխության հետևանք է, որն արձանագրվել է բոլոր արդյունաբերական երկրներում: Այնուհետև, ծնելիության ընդհանուր գործակիցը Հայաստանում ունեցել է մի փոքր աճ՝ 22,1-24,2, ինչը կարելի է բացատրել Հայաստանում ընտանիքին ուղղված սոցիալական պայմանների բարելավմամբ՝ մանկամսուրների և մանկապարտեզների քանակի աճով, բնակարանային պայմանների բարելավմամբ, մանկական ճամբարների և հանգստյան տների քանակի աճով, աշխատող կանանց արտոնությունների ընդլայնմամբ:

1990-ականների բարեփոխումների հետևանքով Հայաստանի տնտեսական կուլապսը հանգեցրեց վերարտադրողական տարիքում գտնվող անձանց լայնածավալ արտագաղթի և բնակչության զանգվածային աղքատացման, որի հետևանքով ծնելիության ընդհանուր գործակիցը սկսեց նվազել՝ նվազագույնին հասնելով 2001 թ.-ին, որից հետո այդ ցուցանիշի շատ դանդաղ և բնական վերարտադրության համար խիստ անբավար աճ է գրանցվել:

- **Հայաստանում ծնելիության ցածր մակարդակի մեկ այլ կարևոր գործոն է այն, որ ինդիվիդուալիստական արժեքների և սպառողական մշակույթի տարածման պատճառով երիտասարդները գերադասում են ունենալ ընդամենը 1-2 երեխա:**

Գծապատկեր 17. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները, 1942-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2014

Բնական վերարտադրությունն ըստ մարզերի

2000-2013 թթ. ընթացքում Հայաստանում մահացության, ծնելիության, բնական աճի և մանկական (մինչև 1 տարեկան) մահացության ընդհանուր գործակիցների շարժն ըստ մարզերի տրված է Աղյուսակ 13-ից Աղյուսակ 16-ում:

Մահացության աղյուսակներում որքան ավելի մեծ է գործակիցը (ուսի բացասական բովանդակություն), այնքան ավելի մուգ կարմիր երանգներ ունի համապատասխան վանդակը:

Բնական աճի և ծնելիության աղյուսակներում ընդհակառակը՝ որքան ավելի բարձր են գործակիցները (ունեն դրական բովանդակություն), այնքան ավելի մուգ կանաչ են համապատասխան վանդակները:

Ընդ որում, յուրաքանչյուր աղյուսակում համադրելի են ցանկացած երկու վանդակների գունավորումները, ինչը թույլ է տալիս միանգամից ընկալել և՛ յուրաքանչյուր մարզի ժամանակային դինամիկ շարքը (գունային երանգներն ըստ յուրաքանչյուր տողի), և՛ յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում մարզային տարբերությունները (գունային երանգներն ըստ յուրաքանչյուր սյան):

Մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցների համադրումը (Աղյուսակ 13) ցույց է տալիս հետևյալ միտումները.

- **Ամենաբարձր մահացությունն առկա է Հայաստանի հյուսիսային մարզերում՝ Լոռիում, Տավուշում և Շիրակում:** Ընդ որում, այդ եռյակում Լոռիում մահացությունն ամենաբարձրն է:
- **Այդ իրավիճակը պայմանավորող գործոններից է այն, որ այդ երեք մարզերում 55-ից բարձր տարիքի բնակչության քանակն ամենաբարձրն է:**
- **Կոտայքում, Արմավիրում և Գեղարքունիքում մահացության ընդհանուր գործակիցներն ամենացածրն են:** Ընդ որում, այստեղ 55-ից բարձր բնակչության քանակը, մնացած մարզերի համեմատ, ավելի քիչ է:
- **Մահացության գործակիցը բոլոր մարզերում ունի աճի միտում, ինչը նշանակում է, որ բոլոր մարզերում տեղի է ունենում բնակչության ծերացում:**

Աղյուսակ 13. Մահացության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի, 1000 բնակչի հաշվով, 2000-2013 թթ.

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Լոռի	9.2	8.9	9.3	9.5	9.3	9.5	9.9	10.2	10.3	10.3	10.4	10.3	12.0	12.1
Տավուշ	8.5	9.0	9.5	9.7	9.4	9.5	10.2	10.1	10.3	10.6	10.0	10.0	10.3	10.3
Շիրակ	8.1	8.5	9.0	8.5	8.9	9.0	9.3	9.4	9.3	9.8	10.0	9.9	10.7	10.1
Արագածոտն	7.3	6.9	7.7	8.1	8.1	7.9	8.3	8.5	8.5	9.0	8.7	8.8	9.6	8.9
ԳԳ	7.5	7.5	8.0	8.1	8.0	8.2	8.5	8.3	8.5	8.5	8.6	8.6	9.1	9.0
Սյունիք	7.1	7.5	7.6	7.7	8.0	8.3	8.9	8.1	8.0	8.7	8.3	8.4	9.1	9.0
Վայոց Ձոր	7.6	7.3	7.9	7.9	7.7	8.8	9.0	8.4	8.4	8.9	8.8	8.3	9.5	9.0
Երևան	7.6	7.7	8.1	8.2	8.1	8.2	8.3	7.9	8.2	8.0	8.2	8.2	8.5	8.6
Արարատ	6.5	6.6	7.2	7.4	7.2	7.5	7.4	7.7	7.9	7.9	8.1	8.1	8.4	8.4
Գեղարքունիք	6.8	6.6	7.5	7.5	7.1	7.6	7.9	7.5	7.9	7.9	8.0	8.0	8.2	7.9
Արմավիր	6.6	6.6	7.0	7.6	7.2	7.4	7.7	7.5	7.9	7.7	8.0	8.0	8.7	8.1
Կոտայք	6.3	6.2	6.7	7.2	7.0	7.3	7.5	7.9	8.0	8.0	7.8	7.9	8.8	8.8

Աղբյուր՝ ԱԿԾ, 2014

- **Ծնելիության գործակիցներն ամենացածրն են Սյունիքում և Տավուշում:**
- **Դրա պատճառների շարքում կարող է լինել այն, որ այդ մարզերում հարաբերականորեն ավելի քիչ են 20-29 տարեկան անձինք, այսինքն վերարտադրողական տարիքում են:**
- **Սակայն չի բացառվում, որ ծնելիության ընդհանուր գործակիցների մարզային տարբերություններն ունեն նաև այլ Էական դետերմինանտներ:**
- **Սյունիքն ու Տավուշը այն մարզերն են, որտեղ 2013 թ.-ին 2000 թ. համեմատ ծնելիության գումարային գործակիցն Էապես նվազել է, այնինչ մնացած մարզերում առկա է նույն ցուցանիշի աճ:**

Աղյուսակ 14. Ծնելիության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի, 1000 բնակչի հաշվով, 2000-2013 թթ.

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Արագածոտն	12.4	10.8	11.1	12.1	12.6	12.7	12.8	13.3	13.5	14.3	15.2	13.9	14.3	14.7
Երևան	9.5	9.3	9.5	10.2	10.9	11.1	11.2	12.1	12.6	13.8	13.9	14.0	14.7	14.4
Կոտայք	10.8	10.1	10.0	11.5	12.2	12.1	12.4	13.6	13.3	14.7	14.0	13.6	14.3	14.2
Արարատ	10.5	9.6	10.0	11.1	11.8	11.7	11.7	12.8	12.9	13.6	14.1	13.2	14.4	14.1
Շիրակ	10.7	10.0	9.9	11.4	12.0	11.8	11.9	12.4	13.6	14.2	13.7	13.2	14.2	14.1
ՀՀ	10.6	10.0	10.1	11.2	11.7	11.7	11.7	12.4	12.7	13.7	13.8	13.3	14.1	13.8
Արմավիր	11.0	10.1	10.0	10.9	12.2	12.2	12.0	12.7	12.6	14.0	14.2	13.8	14.0	13.6
Լոռի	11.7	10.7	10.6	12.2	11.8	11.4	11.2	11.3	12.0	12.3	13.1	12.0	14.2	13.6
Գեղարք.	11.5	10.5	10.5	12.2	12.9	13.2	12.7	13.1	13.5	14.2	14.3	13.4	13.5	13.5
Վայոց Ձոր	12.3	11.8	10.8	12.1	11.9	11.9	11.3	12.3	13.1	12.5	12.4	11.6	12.1	12.6
Տավուշ	12.0	11.0	11.3	12.4	12.5	11.6	12.0	12.4	11.4	13.4	12.6	11.3	12.0	11.7
Սյունիք	11.4	10.1	10.3	11.5	10.9	10.5	10.7	11.4	11.5	11.5	11.3	10.4	11.0	10.5

Աղբյուր՝ ԱԿԾ, 2014

- Բնական աճն ամենացածրն է Տավուշում, Լոռիում և Սյունիքում, ինչը հետևանք է արդեն դիտարկված մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցների մարզային ցուցանիշների արժեքների:
- Բնական աճի ընդհանուր գործակիցը 2000-2013 թթ. ընթացքում ամենից արագ աճել է Երևանում: Եթե 2000 թ.-ին այն ամենացածրն էր մարզային գործակիցներից, ապա 2013 թ.-ին այն դարձել է ամենաբարձրը:
- Չի բացառվում, որ դա հետևանք է մարզերի համեմատ Երևանի առավել արագ զարգացման և բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակի բարելավման:
- Եթե վերոնշյալ ենթադրությունն իրականությանը համապատասխանում է, ապա Հայաստանում հարկ է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել մարզերի հավասարաչափ զարգացմանը:

Աղյուսակ 15. Բնական աճի ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի, ‰, 2000-2013 թթ.

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Երևան	1.9	1.6	1.4	2.0	2.8	2.9	2.9	4.2	4.4	5.8	5.7	5.8	6.2	5.8
Արագածոտն	5.1	3.9	3.4	4.0	4.5	4.8	4.5	4.8	5.0	5.3	6.5	5.1	4.8	5.8
Արարատ	4.0	3.0	2.8	3.7	4.6	4.2	4.3	5.1	5.0	5.7	6.0	5.1	6.0	5.7
Գեղարքունիք	4.7	3.9	3.0	4.7	5.8	5.6	4.8	5.6	5.6	6.3	6.3	5.5	5.4	5.6
Արմավիր	4.4	3.5	3.0	3.3	5.0	4.8	4.3	5.2	4.7	6.3	6.2	5.8	5.3	5.5
Կոտայք	4.5	3.9	3.3	4.3	5.2	4.8	4.9	5.7	5.3	6.7	6.2	5.7	5.5	5.5
ՀՀ	3.1	2.5	2.1	3.1	3.7	3.5	3.2	4.1	4.2	5.2	5.2	4.7	4.9	4.8
Շիրակ	2.6	1.5	0.9	2.9	3.1	2.8	2.6	3.0	4.3	4.4	3.7	3.3	3.5	4.0
Վայոց Ձոր	4.7	4.5	2.9	4.2	4.2	3.1	2.3	3.9	4.8	3.6	3.6	3.3	2.5	3.6
Լոռի	2.5	1.8	1.3	2.7	2.5	1.9	1.3	1.1	1.7	2.0	2.7	1.7	2.2	1.6
Սյունիք	4.3	2.6	2.7	3.8	2.9	2.2	1.8	3.3	3.5	2.8	3.0	2.0	1.9	1.5
Տավուշ	3.5	2.0	1.8	2.7	3.1	2.1	1.8	2.3	1.1	3.1	2.6	1.3	1.8	1.4

- Մանկական մահացությունը համեմատաբար բարձր է Շիրակում, Սյունիքում, Գեղարքունիքում և Վայոց Ձորում:
- Այս ցուցանիշի բարելավման հարցում առաջնահերթ նշանակություն ունի առողջապահական համակարգի գործունեությունը:

Աղյուսակ 16. Մանկական մահացության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերում, 2000-2013 թթ.

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Շիրակ	15.6	22.3	17.4	14.6	15.2	17.4	22.2	21.6	18.8	19.1	19.8	23.3	17.8	18.1
Սյունիք	11.3	14.0	11.6	7.5	14.8	11.2	14.7	14.4	9.1	8.0	15.1	16.2	18.0	15.4
Գեղարքունիք	16.3	17.8	15.6	12.8	6.6	12.1	17.1	10.0	11.8	7.7	16.8	13.1	9.4	15.1
Վայոց Ձոր	24.2	12.1	4.8	12.4	10.6	13.6	14.2	4.4	12.4	15.8	18.7	6.1	9.4	13.7
Լոռի	17.6	14.4	16.2	15.9	14.8	15.0	16.9	15.9	18.8	17.1	16.1	13.3	11.6	10.4
Տավուշ	11.8	16.8	16.0	15.0	11.3	11.9	16.2	12.0	14.3	13.3	9.9	7.8	9.1	10.0

ՀՀ	15.6	15.4	14.0	12.0	11.6	12.3	13.9	10.9	10.8	10.4	11.4	11.6	10.8	9.7
Կոտայք	17.8	15.3	12.4	10.4	9.4	8.1	13.8	13.7	8.3	10.6	9.6	13.2	11.7	9.6
Արմավիր	11.5	12.6	14.5	8.7	9.4	9.2	14.3	11.1	9.3	11.1	10.9	11.3	10.7	8.8
Արարատ	14.8	19.0	9.3	5.9	7.2	7.5	11.2	9.1	12.3	12.4	11.7	11.0	13.9	8.4
Արագածոտն	16.1	9.3	8.5	7.3	6.3	5.7	12.8	8.1	6.9	12.6	10.4	16.9	11.9	6.7
Երևան	16.1	14.0	15.0	13.7	13.6	14.5	10.5	6.9	7.3	5.8	7.2	7.5	7.6	6.7

Աղբյուր՝ ԱԿԾ, 2014

Հայաստանում մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան 1999-2013 թթ. տրված է Աղյուսակ 17-ում: Աղյուսակի տվյալների դիտարկումից պարզ է դառնում, որ՝

- 1999-2013 թթ. ընթացքում նվազել է մինչև մեկ տարեկանների և 1-4 տարեկանների մահացությունը:
- Նվազել է նաև 60 և ավելի տարեքի բնակչության մահացությունը:
- Զեռնաբար, կարելի է եզրակացնել, որ Հայաստանում 2000-2013 թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել բնակչության առողջության ընդհանուր բարելավում:

Աղյուսակ 17. Մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան Հայաստանում, 1999-2013 թթ.

Տարի	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
1999	15.4	3.4	0.2	0.2	0.5	0.5	0.7	1.1	1.5	2.5	4.4	6.6	11.8	19.3	30.9	72.0
2000	15.6	3.4	0.2	0.2	0.4	0.6	0.7	1.1	1.8	2.5	4.0	6.4	9.9	18.7	28.8	69.0
2001	15.4	3.1	0.1	0.2	0.4	0.5	0.9	1.3	1.8	2.6	4.0	6.1	10.7	17.6	27.3	67.3
2002	14.0	2.7	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6	1.2	1.6	2.6	3.8	6.9	10.1	17.0	28.8	75.5
2003	12.0	2.6	0.2	0.2	0.3	0.5	0.7	1.0	1.6	2.5	4.1	6.6	10.5	16.5	28.7	75.9
2004	11.6	2.7	0.2	0.2	0.3	0.5	0.6	1.0	1.6	2.4	4.1	6.4	10.2	17.1	28.0	73.3
2005	12.3	2.9	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6	1.1	1.6	2.5	3.8	6.7	10.4	16.1	27.1	75.4
2006	13.9	3.3	0.2	0.2	0.4	0.6	0.8	1.1	1.6	2.7	4.0	6.6	10.3	16.8	27.0	75.4
2007	10.9	2.7	0.2	0.2	0.4	0.5	0.7	0.9	1.5	2.6	4.0	6.4	10.0	15.7	24.9	74.0
2008	10.7	2.6	0.2	0.2	0.4	0.6	0.6	1.0	1.6	2.8	3.9	6.3	10.3	16.0	25.1	73.4
2009	10.2	2.7	0.2	0.2	0.5	0.5	0.7	1.0	1.5	2.5	3.7	6.2	10.0	16.5	23.5	72.9
2010	11.4	3.0	0.2	0.2	0.5	0.5	0.6	0.9	1.4	2.5	3.8	6.0	9.3	15.3	23.7	73.3
2011	11.7	2.9	0.2	0.2	0.5	0.6	0.6	0.8	1.5	2.3	3.7	5.8	9.1	15.4	22.0	72.6
2012	10.8	2.5	0.2	0.3	0.4	0.6	0.7	1.0	1.4	2.6	3.9	5.9	10.0	15.0	23.6	72.1
2013	9.7	2.2	0.2	0.2	0.4	0.6	0.6	0.8	1.2	2.9	3.8	6.9	9.2	14.8	21.2	74.5

Աղբյուր՝ ԱԿԾ, 2014

Մահացության պատճառներ

2013 թ.-ին Հայաստանում գրանցվել է 27 196 մահ (899,93՝ 1 000 բնակչի հաշվով): Աղյուսակ 18-ում ներկայացված են ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ պատճառների 2009-2013 թթ. ընթացքում: Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ մահվան պատճառների բաշխումն այդ տարիների ընթացքում էական փոփոխություններ չի կրել:

Աղյուսակ 18. Մահվան պատճառները Հայաստանում, 2009-2013 թթ.

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	49.1%	48.9%	47.6%	48.3%	47.7%
Նորագոյացություններ	19.6%	19.8%	19.9%	20.4%	20.6%
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	6.5%	5.9%	6.1%	5.8%	6.0%
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	5.9%	5.8%	6.3%	5.8%	6.0%
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4.4%	4.5%	4.9%	4.9%	4.7%
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	5.2%	5.2%	5.0%	4.8%	4.9%
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	2.6%	2.9%	2.8%	2.9%	3.4%
Ախտահիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝	2.9%	2.9%	3.2%	2.8%	2.6%

այլ դասերում չդասակարգված					
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1.1%	1.5%	1.7%	1.6%	1.7%
Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%	0.9%
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%
12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0,3%
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%
Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	0.1%	0.1%	0.1%	0.08%	0.07%
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Աղբյուր՝ ԱՏԿ, 2014

Մահվան երկու առավել տարածված պատճառներն են՝

- **արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, որոնք կազմում են բոլոր մահերի 47,7%-ը,**
- **նորագոյացությունները, որոնք կազմում են բոլոր մահերի 20,6 %-ը:**

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (ԱՇՀՀ) խմբում առանձին նոզոլոգիաներից առաջացած մահերի մասնաբաժինները բոլոր մահերի քանակում ներկայացված են Աղյուսակ 19-ում: 2009-2013 թթ. ընթացքում մահացության մասնաբաժիններն էականորեն չեն փոխվել: Առավել մեծ տոկոս են կազմում մահերը ՍԻՀ-ից, քրոնիկ և այլ ձևերից, որոնք 2013 թ. կազմել են բոլոր մահերի 31,2 %-ը: Ուղեղի անոթային հիվանդությունները և սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) հանդիսացել են գրեթե հավասար քանակով մահերի պատճառ, համապատասխանաբար՝ 9,4 % և 8,8 %:

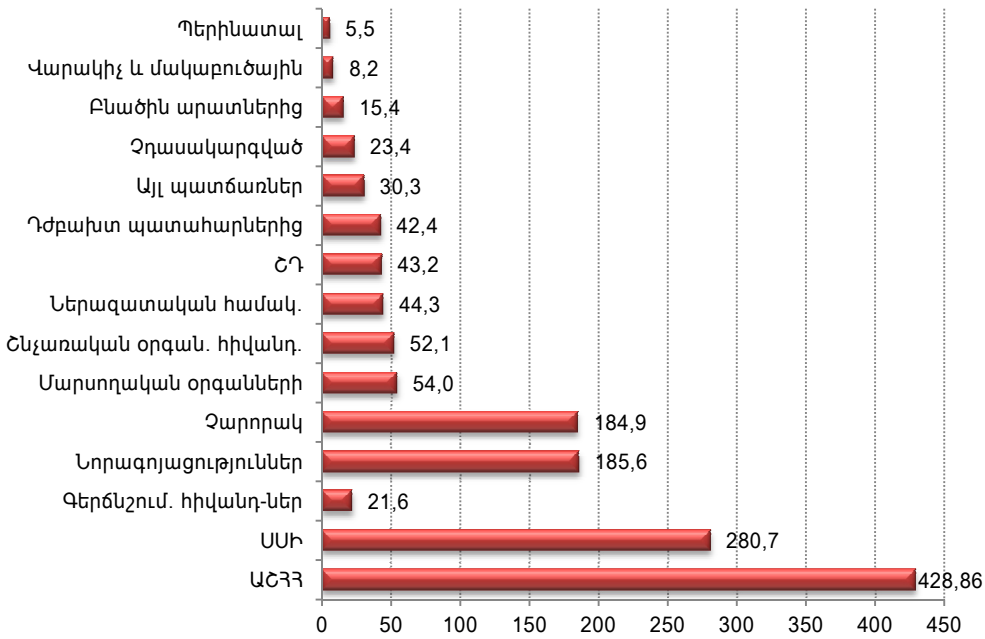
Աղյուսակ 19. Մահացությունն ԱՇՀՀ ըստ նոզոլոգիաների

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ ձևեր	29.1%	29.4%	29.5%	30.5%	31.2%
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	11.5%	10.6%	10.4%	10.2%	9.4%
Սրտամկանի սուր ինֆարկտ	9.7%	10.0%	9.1%	9.4%	8.8%
Գերճշումային հիվանդություններ	3.6%	3.9%	3.2%	2.8%	2.4%

Աղբյուր՝ ԱՏԿ, 2014

Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառներից առաջացած մահերը 100 000 բնակչի հաշվով տրված են Գծապատկեր 18-ում, իսկ մահացության առավել տարածված պատճառների դինամիկան՝ Գծապատկեր 19-ի Ա և Բ-ում:

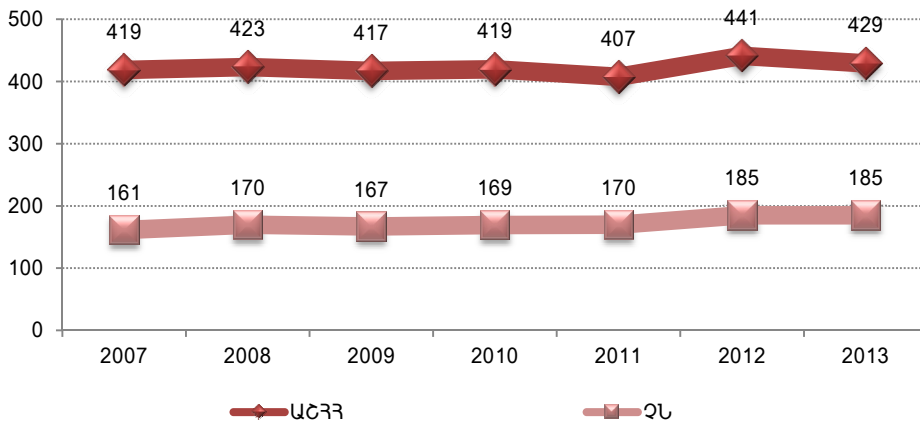
Գծապատկեր 18. Մահացությունն ըստ պատճառների 2013 թ., 100 000 բնակչի հաշվով

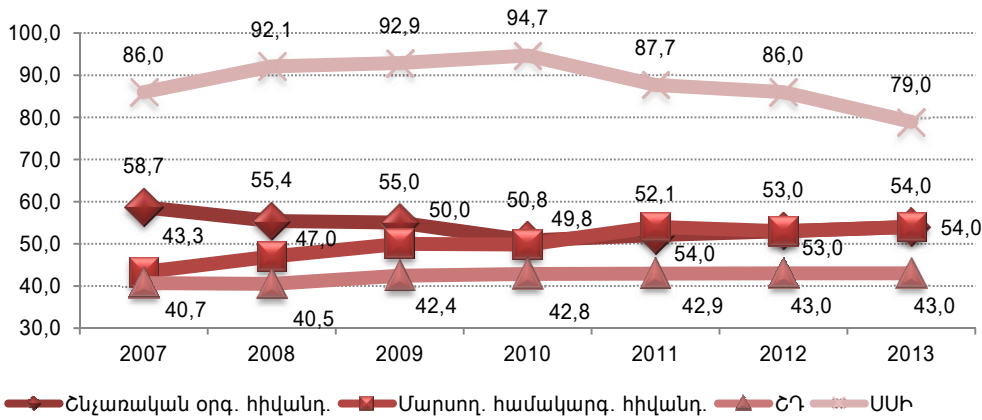


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Համաձայն 2013 թ.-ի վիճակագրական տվյալների Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում գրանցվել է ԱՇՀՀ 55 789 դեպք (2278,2՝ 100 000 բնակչի հաշվով), ընդ որում հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է 218 019 (8903,1՝ 100 000 բնակչի հաշվով), իսկ մահացությունը՝ 12 960 դեպք (428,86՝ 100 000 բնակչի հաշվով):

Գծապատկեր 19-Ա-Բ. Մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից, 100 000 բնակչի հաշվով 2007-2013 թթ.





Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

2012 թ.-ի 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ ԱՇՀՀ-ով կյանքում առաջին անգամ ախտորոշվել է 55 989 դեպք (2280,8՝ 100 000 բնակչի հաշվով), հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է՝ 211 207 (8644,6՝ 100 000 բնակչի հաշվով), մահվան դեպքերը՝ 13 330 (440,79՝ 100 000 բնակչի հաշվով): Դատելով ներկայացված թվերից, կարելի է փաստել, որ անցյալ տարվա համեմատ մահացության շարժընթացում աճի միտում չի նկատվել: Սակայն ի տարբերություն մահացության ցուցանիշի, ԱՇՀՀ տարածվածությունը բնութագրվում է ամենամյա աճով, որն ակնհայտորեն պայմանավորված է բնակչության ԱԱՊ օղակ դիմելության աճով:

Տաս տարվա կտրվածքով վիճակագրական տվյալների դիտարկումը փաստում է գրանցած ԱՇՀՀ-ի աճի և մահացության նվազեցման մասին (2004 թ.-ի մեծահասակ բնակչության մոտ գրանցվել է ԱՇՀՀ 25 339 նոր դեպք (1011,7՝ 100 000 բնակչի հաշվով), հիվանդությունների ընդհանուր թիվը կազմել է 100 690 դեպք (4020,4՝ 100 000 բնակչի հաշվով), իսկ մահացությունը կազմել է 14 075 դեպք (438,0՝ 100 000 բնակչի հաշվով): Այսպիսով, ԱՇՀՀ մահացության կառուցվածքում մահերի 65% պայմանավորված են ՍԻՀ:

Ըստ Հիվանդությունների միջազգային 10 վերանայման դասակարգչի (ՀՄԴ 10) ԱՇՀՀ կառուցվածքում հիվանդացության տեսակետից ամենատարածված նոզոլոգիաներն են՝ զարկերակային բարձր ճնշմամբ բնութագրվող հիվանդությունները (ԶԲՃԲՀ, I10-I13), որոնց տարածվածության կշիռն ԱՇՀՀ կառուցվածքում կազմում է 51%: 2013 թ.-ին կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված այդ նոզոլոգիաներով հիվանդների թիվը կազմել է 24 508 դեպք, իսկ գրանցված հիվանդների ընդհանուր թիվը՝ 110 828, ընդ որում այդ հիվանդություններից գրանցվել է 652 (100 000 բնակչի հաշվով) մահվան դեպք:

Տարածվածությամբ երկրորդ, բայց մահացությամբ առաջին տեղն են զբաղեցնում ՍԻՀ (I20-I25), մասնավորապես, սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) և ստենոկարդիան: 2013 թ.-ի գրանցվել է ՍԻՀ 17 097 հիվանդացության նոր դեպք, ընդ որում 2 083-ը՝ սուր ինֆարկտով, 4 277-ը՝ ստենոկարդիայով: ՍԻՀ 2013 թ.-ի մահացել է 8 483 մարդ, որոնցից 2 386-ը՝ սուր ինֆարկտից: Այսպիսով, մահերի 65% պայմանավորված են ՍԻՀ:

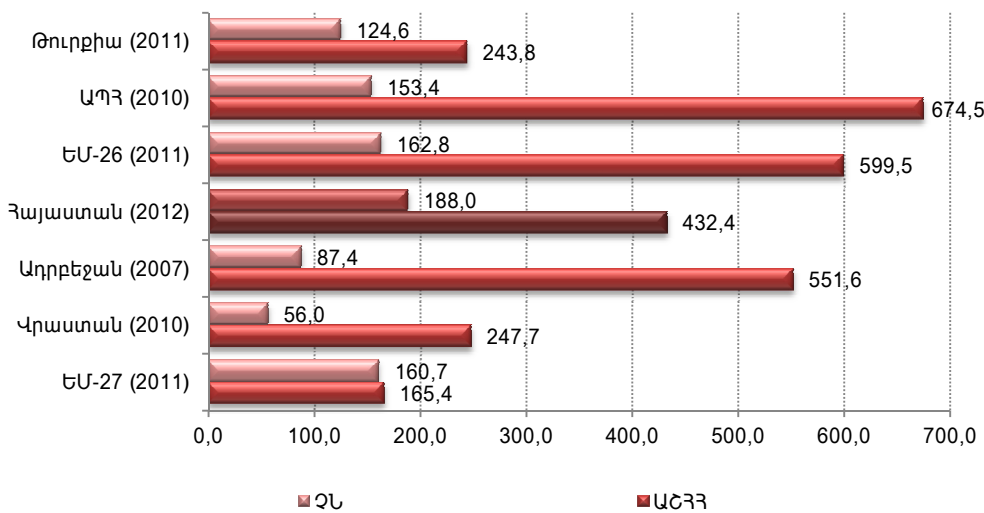
Տարածվածությամբ և մահացությամբ երրորդ տեղում են ուղեղի անոթային հիվանդությունները (ՈԲԱՀ, I60-I69): 2013 թ.-ին ախտորոշվել է ՈԲԱՀ 4 905 դեպք, ընդ որում հիվանդների ընդհանուր թիվը (այսինքն տարածվածությունը) կազմել է 16 047, իսկ մահացությունը՝ 2 554 դեպք:

Մահվան առավել տարածված պատճառների միջազգային համեմատություն

Եվրոպական «Առողջություն բոլորի համար» տվյալների շտեմարանում առկա են մահվան տարբեր պատճառներից ըստ տարիքի ստանդարտացված մահացության ցուցանիշները: Այդ տվյալների հիման վրա Հայաստանում արյան շրջանառության համակարգի և չարորակ նորագոյացությունների պատճառով մահացության համեմատությունն այլ երկրների հետ ներկայացված է Գծապատկեր 20-ում:

Հայաստանում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունն ավելի ցածր է, քան ԱՊՀ-ում և Արևելյան Եվրոպայի երկրներում, մոտավորապես նույնն է, ինչ Ադրբեջանում, սակայն ավելի բարձր է, քան Վրաստանում: Միևնույն ժամանակ, չարորակ նորագոյացությունների պատճառով մահացությունը Հայաստանում նույն այդ երկրների և խմբերի համեմատ ամենաբարձրն է:

Գծապատկեր 20. Մահացության ստանդարտացված ցուցանիշները 100 000 բնակչի հաշվով, ԱՇՀՀ և ՉՆ, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով, 2007, 2010-2012 թթ.



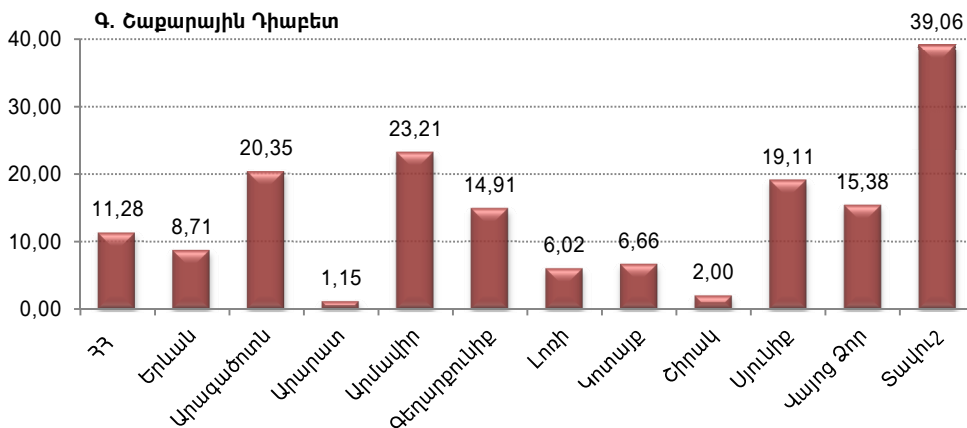
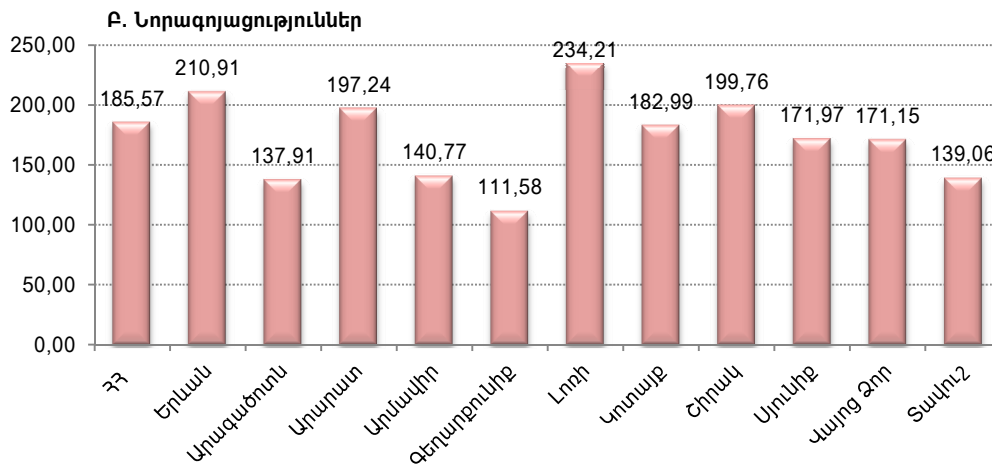
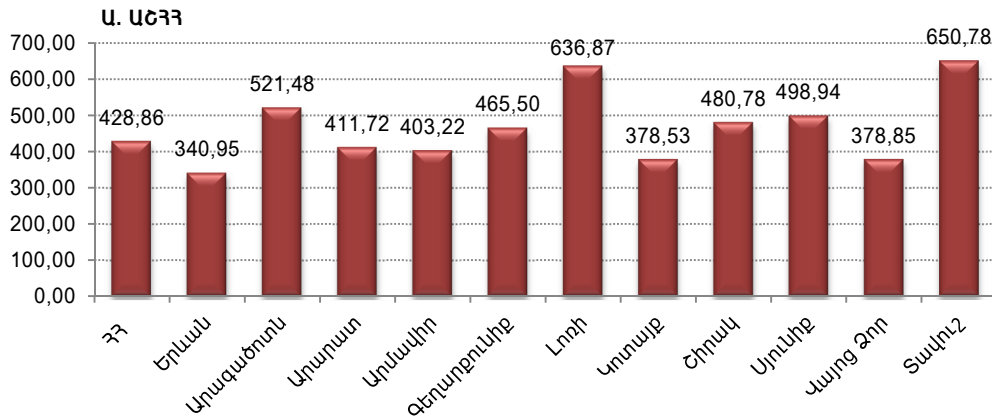
Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2014

Մահվան առավել տարածված պատճառները մարզերում

Գծապատկեր 21-Ա, Բ, Գ-ում ներկայացված են մահվան առավել տարածված պատճառները Հայաստանի մարզերում: Գծապատկերները ցույց են տալիս, որ՝

- ԱՇՀՀ մահացությունն էապես ավելի բարձր է Տավուշում և Լոռիում,
- չարորակ նորագոյացություններից մահացությունը՝ Լոռիում,
- շաքարային դիաբետից՝ Տավուշում:

Գծապատկեր 21. Մահվան առավել տարածված պատճառներ, ՀՀ մարզեր, 100 000 բնակչի հաշվով, 2013 թ.



Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները սերտորեն փոխկապակցված են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ: Այդ ցուցանիշներն ընդգրկված են ՀԶՆ ցանկում:

ՀԶՆ-ում սահմանվել են երեխաների և մայրական մահացության ցուցանիշների արժեքները.

Երեխաների մահացությունը (0-5 տարեկան), մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել 2/3-ով՝ 1990 թ.-ի համեմատ, այսինքն՝ 1 000 կենդանածինների հաշվով 24-ից՝ մինչև 8:

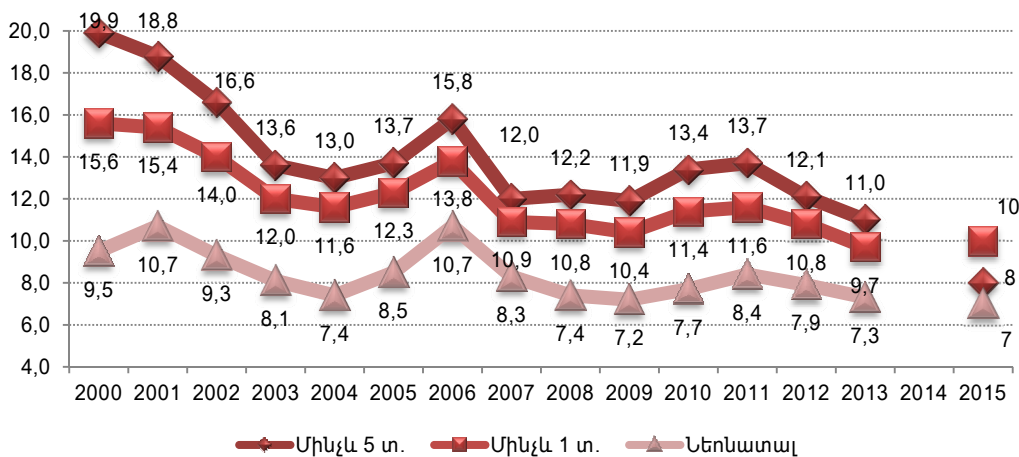
Մայրական մահացությունը (մայրական մահացության եռամյա միջինը) մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել՝ 3/4-ով՝ 1990 թ.-ին համեմատ, այսինքն՝ 38,5-ից մինչև 9,6:

Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ռազմավարական ծրագրերում սահմանվել են հետևյալ նպատակային ցուցանիշները.

- **Մանկական մահացությունը** (0-1 տարեկան) մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել մինչև 10 դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)³:
- **Նորածնային (նեոնատալ) մահացությունը** (0-28 օրական) մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել մինչև 7 կամ ավելի պակաս դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)⁴:
- **Շուրջծննդյան (պերինատալ) մահացությունը** մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել մինչև 10 կամ ավելի պակաս դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)⁵:
- **Մայրական մահացությունը** մինչև 2015 թ.-ը նվազեցնել մինչև 20 դեպք՝ 100 000 կենդանածինների հաշվով⁶:

Հարկ է նշել, որ 2005 թ.-ին Հայաստանն ընդունել է կենդանածնության ԱՐԿ ստանդարտ սահմանումը, ինչն էլ կարող է մասամբ բացատրել 2006 թ.-ին արձանագրված արտասովոր աճը: Հետևաբար, էքստրապոլյացիաներ կատարելիս որպես բազային արժեքներ ընդունվել են 2006 թ. ցուցանիշները: Գծապատկեր 22-ում ներկայացված են մանկական, երեխաների և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների միտումները սկսած 2000 թ.-ից:

Գծապատկեր 22. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն, 1 000 կենդանածինների հաշվով, 2000-2013 թթ.



³ «Մոր և մանկական առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»։ Հարկ է նշել, որ այս ցուցանիշը և ՀԶՆ-ով սահմանված երեխաների մահացության ցուցանիշ՝ 8, չեն համապատասխանում միմյանց, քանի որ երեխաների մահացությունն իր մեջ ներառում է մանկական մահացությունը և հետևաբար, չի կարող լինել ավելի ցածր:

⁴ «Վերարտադրողական առողջության 2007-2015 թթ. ազգային ծրագիր»

⁵ «Վերարտադրողական առողջության 2007-2015թթ. ազգային ծրագիր»

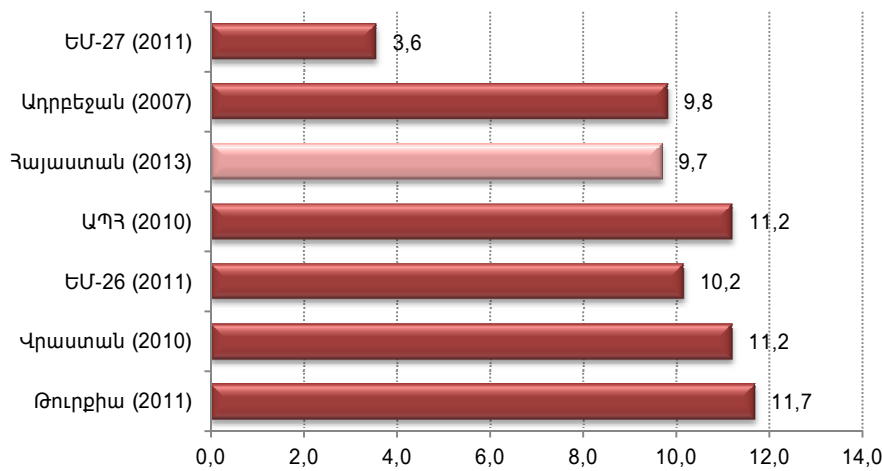
⁶ «Մոր և մանկական առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Տվյալներից երևում է, որ 2011-2014 թթ. ընթացքում նկատվում է մանկական մահացության բոլոր երեք ցուցանիշների նվազում: Ընդ որում, ցուցանիշներն արդեն մոտ են ռազմավարությամբ սահմանված թիրախային արժեքներին:

Հայաստանում մանկական մահացության ցուցանիշն ավելի բարվոք է, քան ԱՊՀ-ում, Արևելյան Եվրոպայի երկրներում (ԵՄ-26), Վրաստանում և Թուրքիայում: Սակայն այն զիջում է ԵՄ-27 (Եվրոպայի զարգացած երկրների) մակարդակին (Գծապատկեր 23):

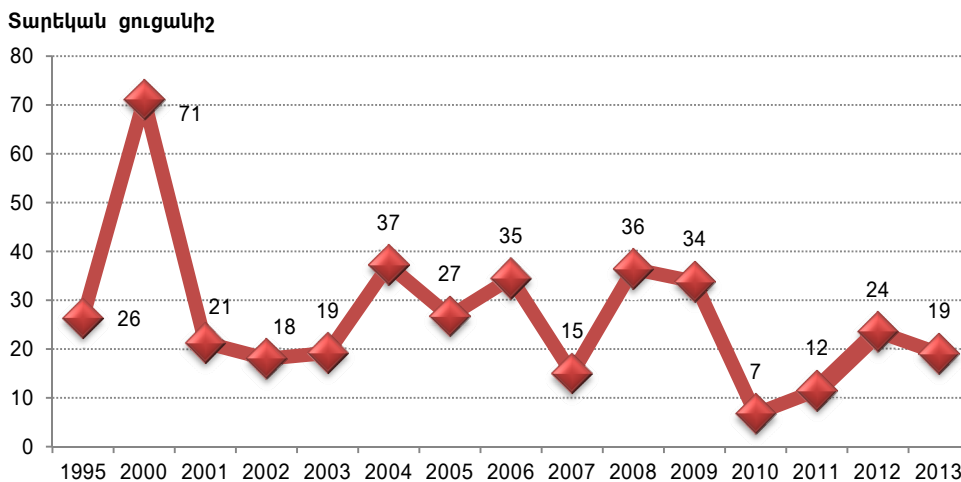
Գծապատկեր 23. Մանկական մահացությունը 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով, 2010, 2011, 2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՅԿ, 2014

Մայրական մահվան դեպքերի թիվը շատ փոքր է՝ մահվան մեկ դեպքը կազմում է մահվան բոլոր դեպքերի մոտ 2,5%-ը: Դրա հետևանքով մայրական մահացությունը հաշված 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով բավական անկայուն ցուցանիշ է: Համեմատաբար ավելի կայուն ցուցանիշ է մայրական մահացության եռամյա միջինը: Մայրական մահացության տարեկան և եռամյա միջինների շարժը Հայաստանում տրված է Գծապատկեր 24 և Գծապատկեր 25-ում:

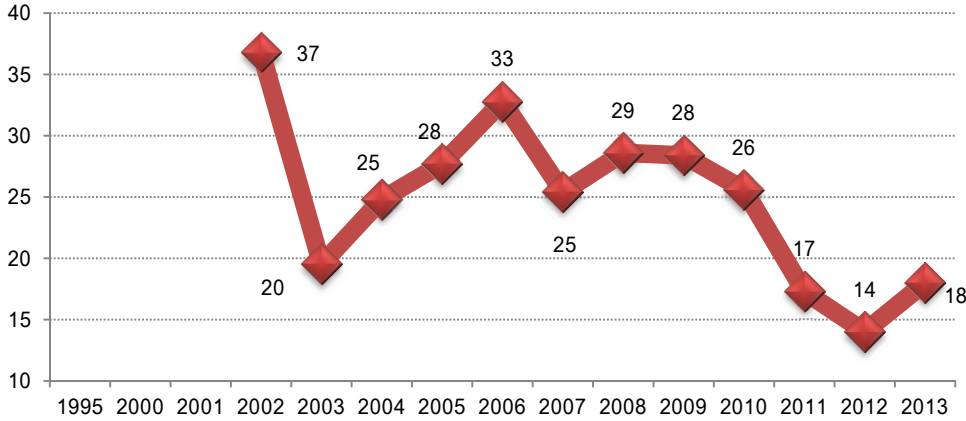
Գծապատկեր 24. Մայրական մահացության գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Գծապատկեր 25 . Մայրական մահացության գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2013 թթ. (եռամյա միջին)

Եռամյա միջին ցուցանիշ



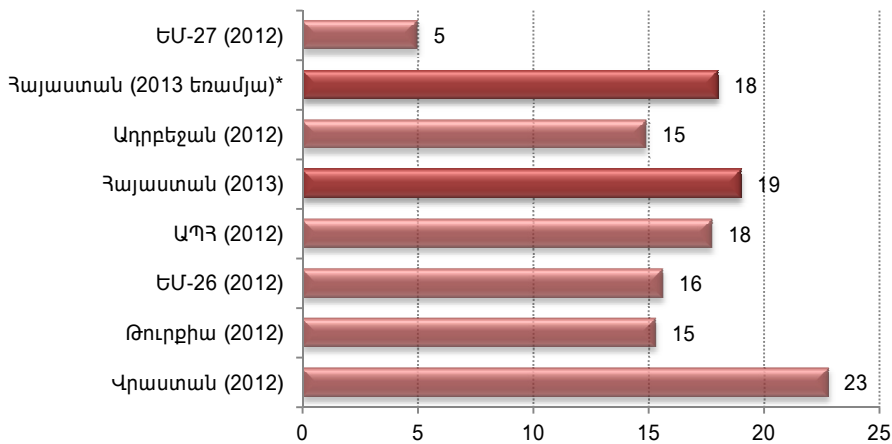
Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Մայրական մահացության ցուցանիշը (եռամյա միջինը) 2011-2013 թթ. ընթացքում եղել է ավելի ցածր, քան սահմանվել է ռազմավարությունում: Հետևաբար՝

- **Նպատակահարմար է որպես մայրական մահացության մակարդակի նոր թիրախ սահմանել ՀԶՆ-ով սահմանված արժեքը՝ 10 մահ՝ 100 000 ծնունդների հաշվով:**

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է, ցուցանիշը բավական անկայուն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր է, քան հարևան երկրների ցուցանիշները, այդ թվում նաև՝ ԵՄ-26 և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Այն գրեթե հավասարվել է եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին (Գծապատկեր 26):

Գծապատկեր 26. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2012 - 2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՅԿ, 2014

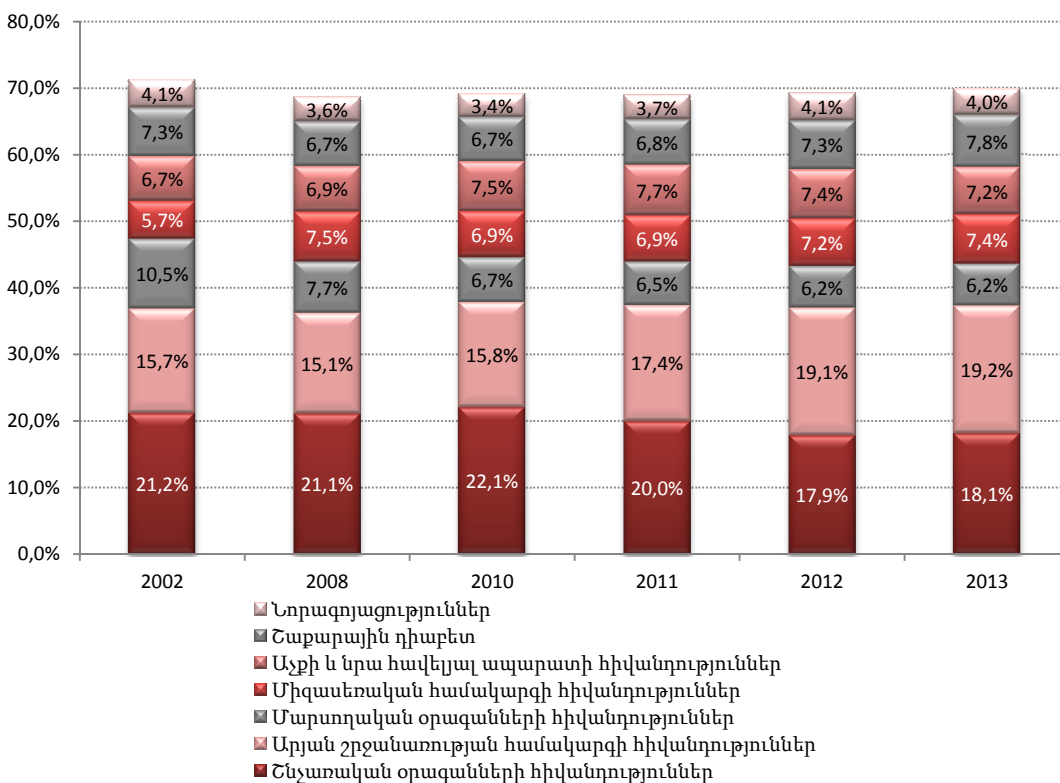
Հիվանդությունների տարածվածությունն և միտումները

Հայաստանում առավել տարածված յոթ հիվանդությունների տեսակարար կշիռը միասին կազմում են ՀՀ բնակչության ընդհանուր հիվանդացության 68,9 %-ը: Դրանք են՝

1. Շնչառական օրգանների հիվանդություններ:
2. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ:
3. Մարսողական օրգանների հիվանդություններ:
4. Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ:
5. Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ:
6. Ներզատական համակարգի հիվանդություններ:
7. Նորագոյացություններ:

Վերը թվարկված հիվանդությունների տարածվածության կառուցվածքը 2002, 2008 և 2010-2013 թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 27-ում: Առավել տարածված հիվանդություններն են՝ շնչառական համակարգի հիվանդությունները և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները:

Գծապատկեր 27. Առավել տարածված հիվանդությունները, 2002, 2008, 2010-2013 թթ.



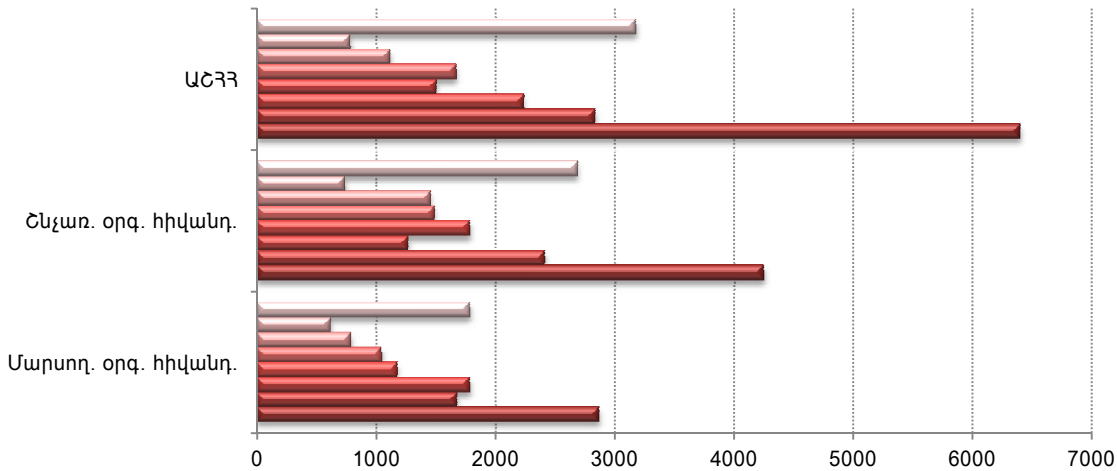
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքի վերաբերյալ ուղղակի միջազգային համեմատություններ կատարելու համար անհրաժեշտ տվյալները բացակայում են, սակայն դրանց մասին մոտավոր պատկերացում կարելի է կազմել ըստ այդ հիվանդությունների գծով հիվանդանոցային դուրս գրումների համեմատությունից, որոնք ներկայացված են Գծապատկեր 28-ում:

Գծապատկերից երևում է, որ Հայաստանում դիտարկվող ցուցանիշները մոտ են Վրաստանի և Ադրբեջանի ցուցանիշներին, սակայն, զգալիորեն ցածր են ԱՊՀ, ԵՄ-26 և ԵՄ-27 երկրների համապատասխան ցուցանիշներից:

- **Յուրաքանչյուր երկրում հոսպիտալացման մակարդակի վրա էապես ազդում է նաև տվյալ երկրում հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը:**

Գծապատկեր 28. Հիվանդանոցից դուրս գրվածները 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, ընտրանքային միջազգային համեմատություններ



	Մարսող. օրգ. հիվանդ.	Շնչառ. օրգ. հիվանդ.	ԱՇՀՀ
ԱՊՀ	1782	2688	3174
Ադրբեջան	621	739	783
Վրաստան	795	1451	1116
Հայաստան	1045	1484	1666
Թուրքիա (2010)	1172	1782	1502
ԵՄ-27 (2009)	1782	1266	2236
ԵՄ-26 (2011)	1675	2410	2835
Բելառուս	2867	4246	6401

Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2014

Առավել տարածված հիվանդությունների տարածվածությունը 1 000 բնակչի հաշվով ներկայացված է Գծապատկեր 22-ում:

Տվյալների մեկնաբանության համար նախ պետք է անդրադառնալ ընդհանուր հիվանդացության տվյալներին 1990 և 1995 թվականներին: 1995 թ.-ին բոլոր հիվանդությունների մակարդակը կտրուկ նվազել էր: Այս փաստի բացատրությունը պարզ է. 1995 թ. Հայաստանի տնտեսությունը կազմալուծված էր, բնակչությունն աղքատացած, ենթակառուցվածքների աշխատանքը կազմալուծված, առաջնային օղակում բուժօգնությունը դարձել էր վճարովի, որը նպաստել էր բուժօգնության անմատչելիությանը: Արդյունքում աղքատացած բնակչությունը հիվանդության դեպքում հաճախ չէր դիմում բուժօգնության:

Հետևաբար, 2005 թ.-ից բնակչության ընդհանուր հիվանդացության աճը, որն արձանագրվել է բոլոր հիվանդությունների գծով առողջության առաջնային պահպանման օղակում, առավելապես բնութագրում է առաջնային բուժօժանայությունների մատչելիության աճը, այլ ոչ թե բնակչության առողջության վիճակը: Դիմելիության աճը պայմանավորված է համակարգում իրականացված բարեփոխումներով: Տվյալները պարզապես հուշում են, որ եթե բնակչության դիմելիությունն առաջնային բուժօգնության օղակ բարձրացել է, ապա առողջության վիճակի բարելավվումն անխուսափելի է: Առավելապես այդ պատճառով անհրաժեշտ է դարձել իրականացնել բնակչության առողջական վիճակի ընտրանքային հետազոտություններ, որոնք կարտացոլեն բնակչության ընդհանուր առողջության մասին իրավիճակը, այդ թվում՝ բուժօժանայություններից

ջօգտվելու պատճառները, ինչպես նաև տարբեր հիվանդությունների առկայությունը բնութագրող հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածության արժանահավատ պատկերը:

Աղյուսակ 20. ԳՅ 15 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի և տարիների, 1990, 1995, 2005, 2010-2013 թթ.

Հիվանդություններ	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	62665	35944	25537	31964	41969	42756	48263	49352
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	16420	8145	5825	7535	9292	8547	9135	9419
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	8709	5588	4047	4430	6599	7414	8645	8903
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	-	-	-	1626	3117	3272	3756	3790
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	2003	1766	1703	2237	2777	2896	3398	3706
Սիզանտեռական համակարգի հիվանդություններ	3450	1948	1383	1948	2870	2960	3372	3536
Սարսուղական օրգանների հիվանդություններ	11813	4992	2751	2751	2824	2762	3059	3084
Շաբարային դիաբետ	1434	1350	1331	1576	2056	2151	2515	2771
Հոգեկան խանգարումներ	2978	2126	1796	1897	2296	2285	2456	2445
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդաբերական շրջան (բարդություններ)	2521	1274	1530	2043	1948	2004	2335	2353
Վարակիչ և մակարուծական հիվանդություններ	1600	1333	1488	1899	2241	2224	2499	2274
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	1965	962	724	941	1462	1588	1915	1961
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	4600	2719	1785	1265	1588	1624	1834	1875
Նորագոյացություններ	1152	1085	931	1219	1433	1598	1849	1855
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4945	3065	1689	1495	1678	1688	1851	1852
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1965	1504	659	1037	1541	1536	1798	1807
Ականջի և պտկածն ելունի հիվանդություններ	-	-	-	584	1020	1091	1233	1318
Կլինիկական և լաբորատոր հետազոտությունների ընթացքում բացահայտված և այլ խորագրերում չդասակարգված ախտանիշեր, նշաններ և շեղումներ նորմայից	41801	79	41779	43	146	121	157	202
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	58	47	43	77	95	95	100	111

Աղբյուր՝ ԳՅ ԱՏ ԱՏ-Կ, 2014

Տեղեկատվական կարիքներ

Տվյալների որակին առնչվող հիմնական խնդիրներն ամփոփված են ստորև:

Բնակչության տվյալներ. առողջապահական այն ցուցանիշները, որոնց հայտարարում բնակչության քանակն է, ստացվում են իրականից ավելի ցածր, քանի որ դրանց համար կիրառվում է բնակչության «դե յուրե» քանակը, որտեղ հաշվառված չեն Հայաստանից երկարաժամկետ կամ ընդմիջտ բացակայող անձինք, ովքեր գրանցված են բնակչության ռեգիստրում: Բնակչության գերազանահատված ցուցանիշներն ազդում են հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վրա, առաջացնում թերազնահատում: Դրա հետևանքով գերազնահատվում է կյանքի սպասվող միջին տևողությունը՝ ծնվելիս:

Մահվան պատճառ. այժմ ՀՀ-ում լրացվող մահվան վկայականներում կոդավորվում է մահվան 229 պատճառներից բաղկացած կարճ ցուցակ (ՀՄԴ-10-ում առկա է մահվան մոտ 8 000 պատճառ), ինչը սահմանափակում է վերլուծական հնարավորությունները և դժվարացնում միջազգային համեմատությունները:

Փաստեր և քաղաքականության վարման առաջարկություններ

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս ցուցանիշը գերազնահատված է: Ինչը թույլ չի տալիս առողջության վիճակի վերլուծություններում վստահորեն հիմնվել այդ կարևորագույն ինտեգրալ ցուցանիշի և դրա փոփոխության միտումների վրա:</p>	<p>Իրականացնել տվյալ ցուցանիշի այլընտրանքային գնահատում և հետհաշվարկ՝ հիմնվելով 2011 թ. մարդահամարի արդյունքների վրա, կիրառելով «դե ֆակտո» բնակչության քանակը:</p> <p>Կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս ներկայացնել ըստ մարզերի:</p>
<p>ԱՇՀՀ տարածվածությունը և դրանից մահացությունը մնում է ամենաբարձրը:</p>	<p>Իրականացնել ԱՇՀՀ դիսպանսերացման և դիսպանսերացված անձանց առողջության վերահսկման գործողությունների որակի գնահատում:</p> <p>Իրականացնել այդ հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղերի մատչելիության գնահատում, այդ թվում՝ ըստ բարեկեցության քվինտիլների, մարզերի և բնակավայրի տիպերի:</p>
<p>Չարորակ նորագոյացություններից մահերի քանակը շարունակում է աճել, իսկ հիվանդացության մակարդակը չի նվազում:</p>	<p>Իրականացնել չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված միջոցառումներ, այդ թվում՝ մարդկանց տեղեկացվածությունը բարձրացնելուն ուղղված քարոզարշավներ, ինչպես նաև սքրինինգներ՝ դրանք վաղ հայտնաբերելու նպատակով:</p>
<p>Լիովին պարզ չէ առաջնային օղակում գրանցված և չբացահայտված հիվանդությունների ճշգրիտ հարաբերակցությունը ըստ Հայաստանի տարբեր մարզերի:</p>	<p>Թափանցիկ հիվանդությունների ճշգրիտ գնահատման նպատակով առաջնային բուժօգնության օղակի բժիշկների միջոցով իրականացնել իրենց կցագրված բնակչության առողջության սքրինինգներ՝ նրանց այցելությունների միջոցով:</p>

3 ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՊԱՌՈՒՄ

Արդյունավետ է առողջապահության այն համակարգն, որը մնացած հավասար պայմաններում, ռեսուրսների համադրելի մակարդակի դիմաց, բնակչությանը մատուցում է առավել արդյունավետ ու պատշաճ բուժօգնություն:

Համաձայն ԱՅԿ-ի սահմանումների, տարբերում են երեք տիպի մատչելիություն՝

- **Ֆինանսական**՝ դժվար է, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը տնային տնտեսությունում ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով,
- **աշխարհագրական**՝ խնդիր է, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը բուժօգնության հեռու գտնվելու կամ բացակայության պատճառով,
- **տեղեկատվական**՝ չկա, երբ սահմանափակվում է բուժօժանայությունից օգտվելու հնարավորությունը տեղեկատվության բացակայության, ինչպես նաև քաղաքացիների՝ իրենց իրավունքների մասին տեղեկացված չլինելու պատճառով:

ՀՀ ԱՎԾ-ի 2013 թ. տվյալների համաձայն Հայաստանում աղքատության ցուցանիշը կազմում է 32%, ինչը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության խնդիրը Հայաստանի համար հույժ կարևոր է:

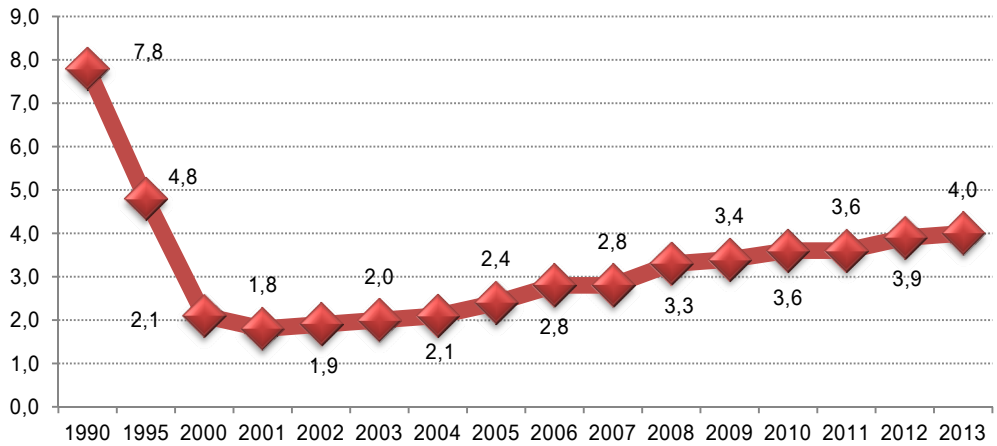
Առողջապահական համակարգի ծառայությունների ֆիզիկական մատչելիության (հասանելիության) խնդրի առաջացումը և ներկա վիճակը սերտորեն կապված է Հայաստանի բնակչության խիստ անհավասարաչափ տեղաբաշխման հետ: Մայրաքաղաք Երևանում բնակվում է ՀՀ բնակչության 34,4 %-ը, մարզային քաղաքներում՝ 29,6 %-ը, գյուղերում՝ 36,0%-ը: Ընդ որում, մարզային քաղաքներից երկուսի՝ Գյումրու և Վանաձորի բնակչությունը նշանակալիորեն գերազանցում է մնացած մարզային քաղաքների բնակչությանը: Այդ պատճառով բուժօգնությունների և, հատկապես, մասնագիտացված բուժօգնությունների հիվանդանոցների գերակշիռ մասը կենտրոնացված են Երևանում: Այդ տեսակետից իրավիճակը համեմատաբար ավելի բարվոք է նաև Գյումրիում և Վանաձորում: Հիվանդանոցային հիմնարկների նման տեղաբաշխման հետևանքով Երևանում են գտնվում բժիշկների գերակշռող մասը: Բուժօգնության ֆիզիկական մատչելիության սրման գործոն է նաև Հայաստանի բնակչության շրջանում տարածված այն մտայնությունը, որ մարզային հիվանդանոցներում բուժօգնության որակն ավելի ցածր է, քան Երևանում, որի հետևանքով հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեցող բնակչության մի մասն այն ստանալու համար դիմում է Երևան, այլ ոչ թե համապատասխան մարզային հիվանդանոց: Բնակչության համար հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության բարձրացման նպատակով առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգով Հայաստանի բոլոր տասը մարզերում առանձնացվել են մեկական բազմաարժիկ հիվանդանոց, որոնցում կատարվել են նշանակալի ներդրումներ՝ սարքավորումներով ապահովվելու և բուժօգնության համար այլ անհրաժեշտ պայմանների ստեղծման ուղղությամբ:

Բուժօգնության **տեղեկատվական** գործոնը կարևոր է այն պատճառով, որ չնայած գոյություն ունեն բուժօգնություն ստանալու հետ կապված տարբեր արտոնություններ և կանոնակարգեր, սակայն բնակչության մի ստվար հատվածը տեղյակ չէ դրա մասին, որի հետևանքով կամովին կամ ստիպված կատարում է գրպանից վիճարումներ այն դեպքերում, երբ դրանք կարող էր չկատարել:

Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում ամբուլատոր հաճախումների քանակը մեկ անձի հաշվով, ինչպես նաև մեկ տարեկան կտրվածքով հոսպիտալացումների քանակը կտրուկ նվազել է համեմատած 1990 թվականի հետ (Գծապատկեր 29 և Գծապատկեր 30): Սակայն, 2000 թ.-ից

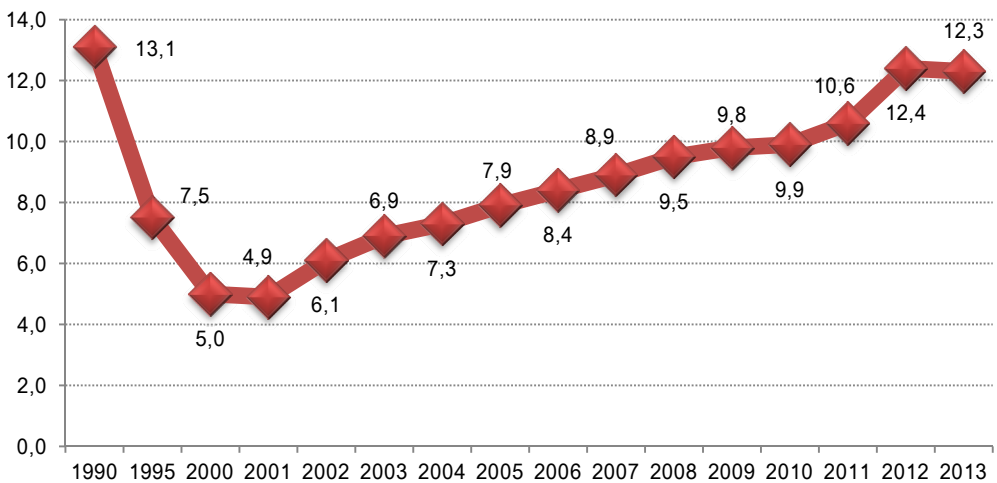
սկսած, երբ Հայաստանում սկսվել է նշանակալի տնտեսական աճ՝ այդ ցուցանիշները սկսել են աճել ի շնորհիվ իրականացող բարեփոխումների, մասնավորապես ԱԱՊ օղակում: Այնուամենայնիվ հիվանդանոցային հաճախումների քանակն աճել է ավելի զգալիորեն, քան ամբուլատոր հաճախումների թիվը, որը կարող նաև պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները, և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում, մասնավորապես դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություն:

Գծապատկեր 29. ԱԱՊ հաճախումներ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Գծապատկեր 30. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.

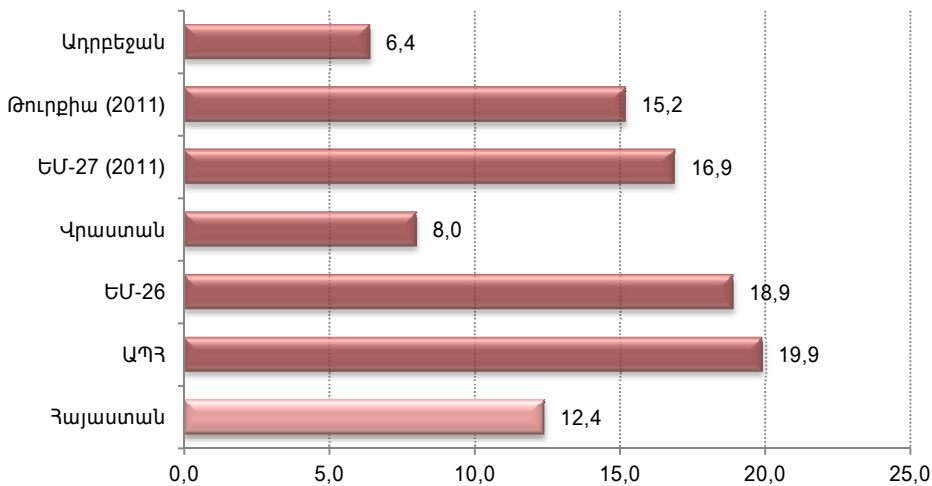


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

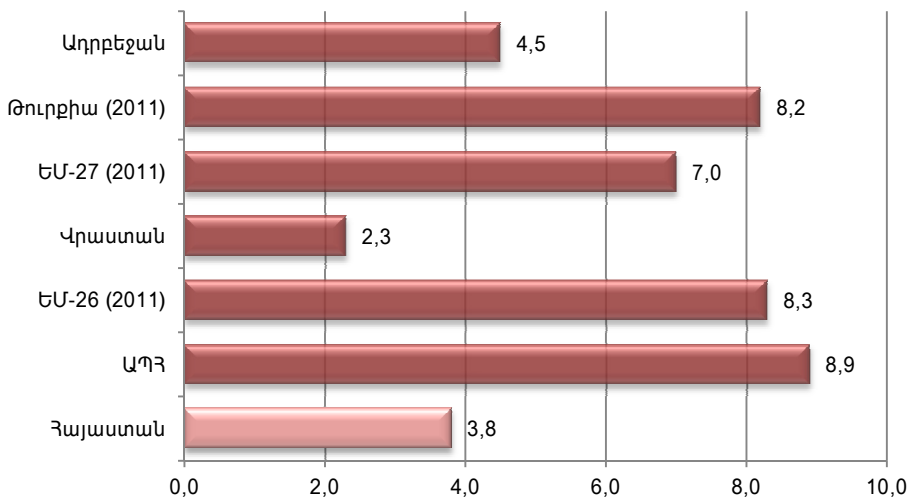
Ներկայացված ցուցանիշները կարելի է մեկնաբանել որպես բնակչության համար առաջնային և հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության աճման ցուցանիշներ:

Հոսպիտալացումների մակարդակի ցուցանիշով Հայաստանը գերազանցում է Ադրբեջանին և Վրաստանին, սակայն հետ է մնում Թուրքիայից, ԱՊՀ, ԵՄ-26 և ԵՄ-27 երկրներից: Նույնպիսի պատկեր է նաև ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշի տեսակետից, այն տարբերությամբ, որ Հայաստանը մի փոքր զիջում է նաև Ադրբեջանին (Գծապատկեր 31 և Գծապատկեր 32):

Գծապատկեր 31. Հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2011-2012 թթ.



Գծապատկեր 32. Ամբուլատոր հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2011-2012 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏԾ, ԱՅԿ, 2014

Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի

Գծապատկեր 33-ում ներկայացված են 2006-2013 թթ. ընթացքում հոսպիտալացման մակարդակը մարզային կտրվածքով, 100 բնակչի հաշվով:

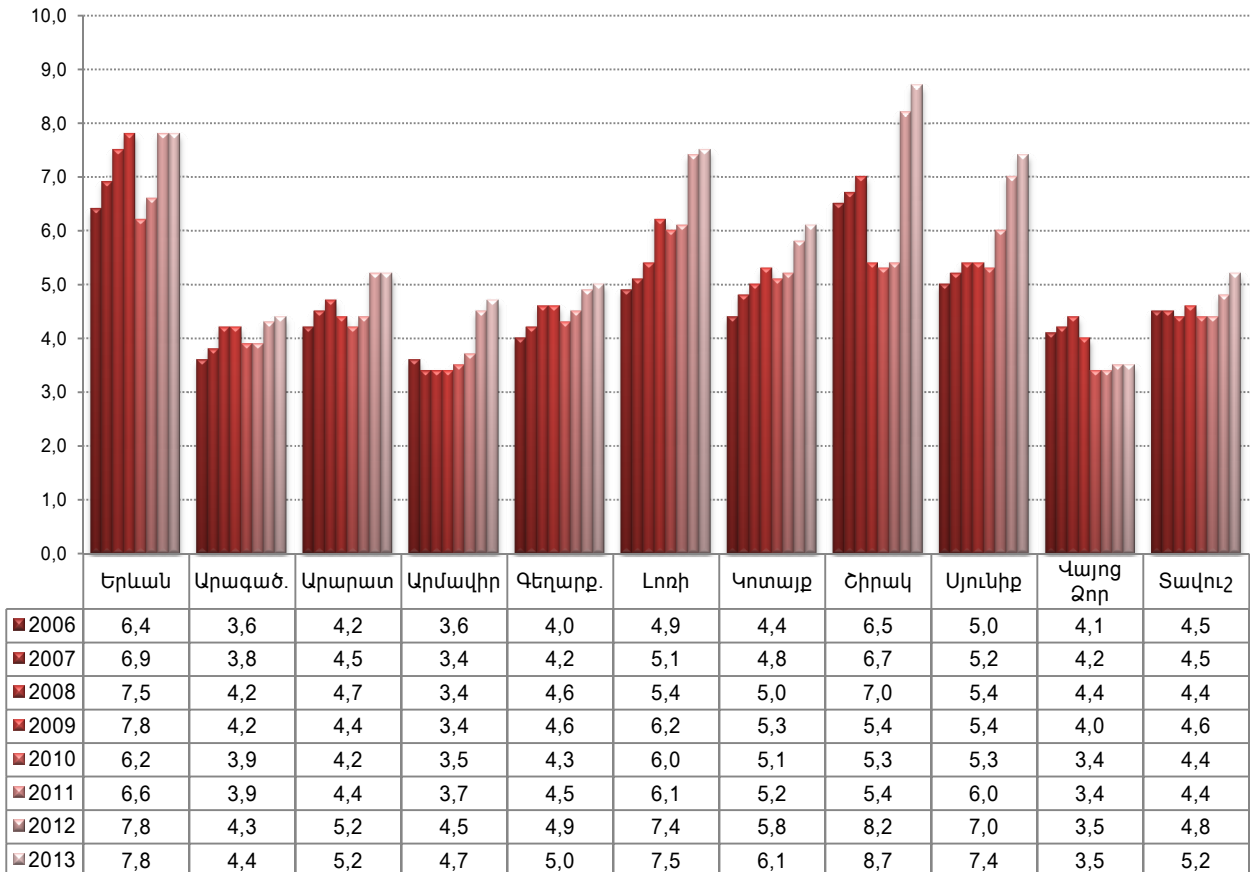
Գծապատկերից երևում է, որ՝

- 2010-2013 թթ. ընթացքում հաջորդաբար աճել են տարբեր մարզերում հոսպիտալացման մակարդակները,
- հատկապես կտրուկ աճ է տեղի ունեցել Շիրակի, Լոռու և Սյունիքի մարզերում,

- ընդ որում, Շիրակի մարզում հոսպիտալացման մակարդակը դարձել է ավելի բարձր քան Երևանում,
- հարկ է նշել, որ 2012-2013 թթ. հոսպիտալացման մակարդակի աճ է գրանցվել նաև Վայոց Ձորում, որտեղ այդ ցուցանիշը 2006-2011 թթ. ընթացքում ունեցել էր նվազման միտում:

Այդ երևույթը հավանաբար պայմանավորված է մարզային հիվանդանոցների շահագործման հանձնման հետ, ինչը բարձրացրել է բնակչության վստահությունն իրենց մարզերում հիվանդանոցային բուժօժանայության որակի նկատմամբ:

Գծապատկեր 33. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2006-2013 թթ.



Նշում՝ Երևանի համար ներկայացված են միայն քաղաքային ենթակայության տակ գտնվող հիվանդանոցների տվյալները: Առողջապահության նախարարության այլ բուժօժանայությունների հոսպիտալացման մակարդակները չեն դիտարկվել, քանի որ դրանք սպասարկում են Հայաստանի ամբողջ տարածքը, այլ ոչ միայն Երևանը:
Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

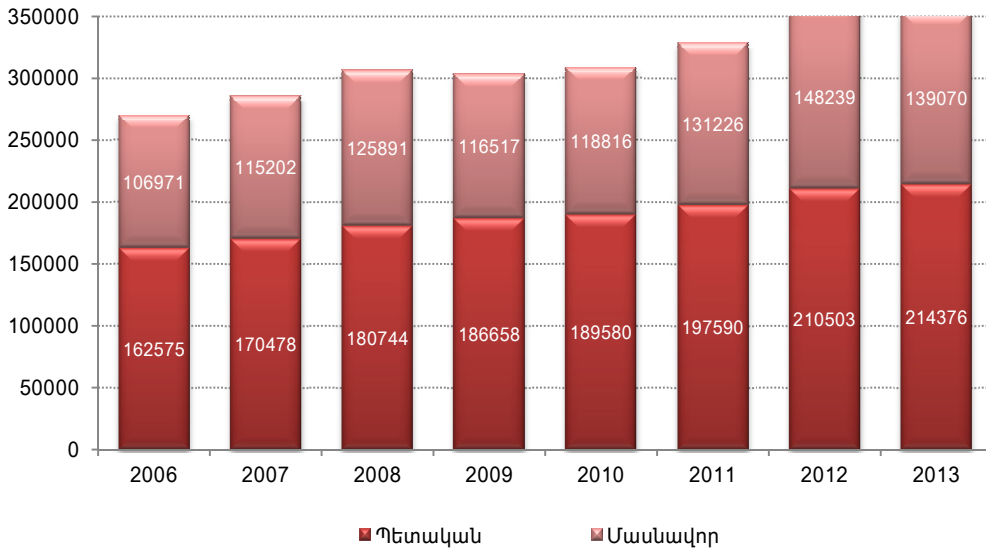
Նշենք, որ.

- 2012-2013 թթ. ընթացքում աճել է պետական հիվանդանոցներ դիմածների քանակը, ավելին 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ նվազել է մասնավոր հիվանդանոցներ դիմածների քանակը (Գծապատկեր 34),
- Գծապատկեր 35-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ՝ 2012-2013 թթ. ընթացքում էապես աճել է մարզային հիվանդանոց դիմածների քանակը,
- 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ նվազել է նաև մարզային բնակչության դիմելիությունը Երևանի հիվանդանոցներ:

Այդ տվյալներից կարելի է եզրակացնել, որ.

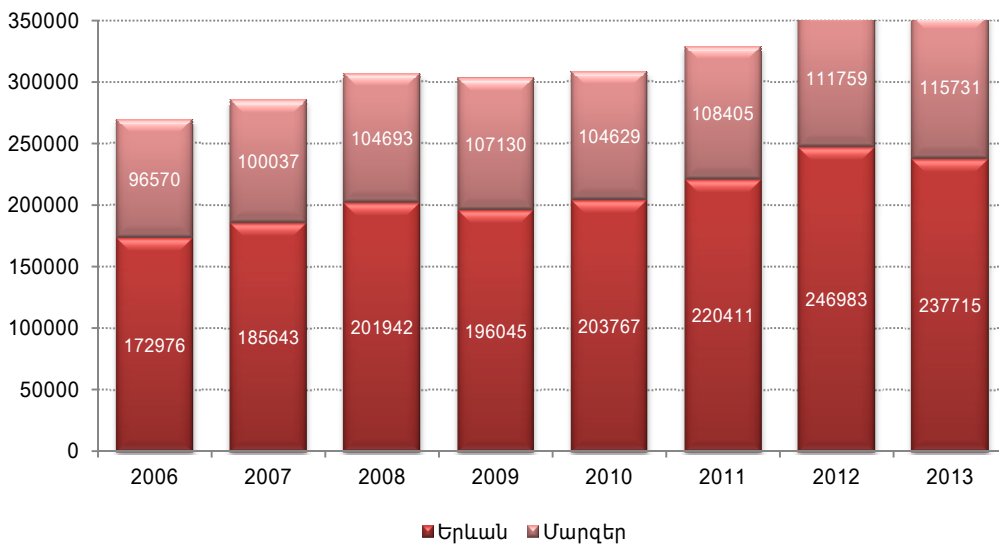
- մարզային հիվանդանոցների գործարկումը 2013 թ.-ին տվել է իր արդյունքն և հաջողվել է որոշ չափով «բեռնաթափել» Երևանի հիվանդանոցային բուժհաստատությունների դիմելիությունը մարզերի բնակչության կողմից:

Գծապատկեր 34. Պետական և մասնավոր հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (դիմած հիվանդների թիվը), 2006-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Գծապատկեր 35. Երևանի և մարզերի հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (դիմած հիվանդների թիվը), 2006-2013 թթ.



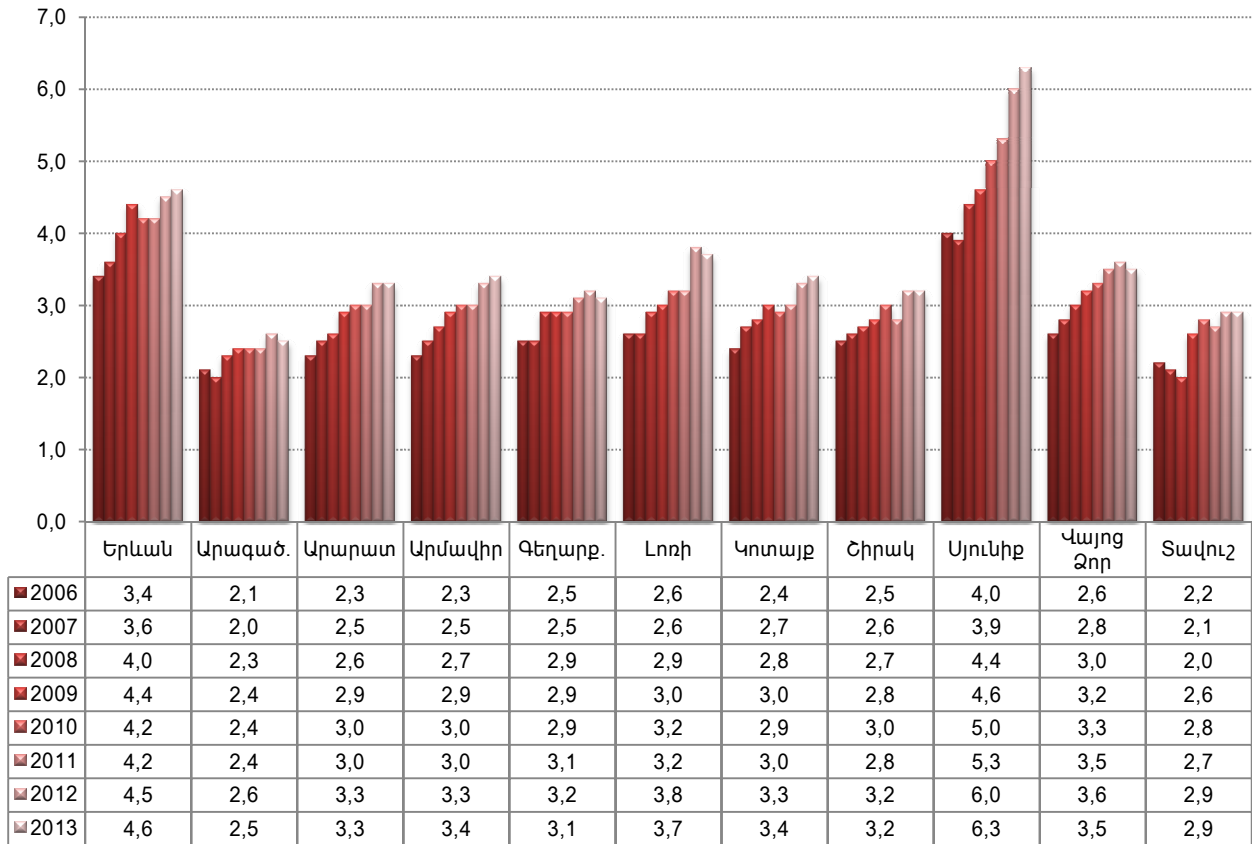
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Ամբուլատոր հաճախումներն ըստ մարզերի

Ի տարբերություն հիվանդանոցային հոսպիտալացմանն ըստ մարզերի՝ ամբուլատոր հաճախումների դինամիկան կրում է այլ պատկեր: Բոլոր մարզերում (բացառությամբ Երևանի 2010-2011 թթ. ընթացքում) գրանցվել է ամբուլատոր հաճախումների թվի աճ մեկ անձի հաշվով, ինչը նշանակում է, որ՝

- 2006-2013 թթ. ընթացքում Հայաստանի բնակչության համար ամբուլատոր բուժօգնության մատչելիությունն աճել է:

Փժապատկեր 36 . Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաճախումների մակարդակը մեկ անձի հաշվով տարեկան կտրվածքով, ըստ մարզերի, 2006-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

4 Առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակն և ֆինանսական մատչելիությունն ըստ բնակչության գնահատման⁷

Առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության ընդհանուր գնահատականներ

Հայաստանի առողջապահական համակարգի ընդհանուր որակի և ֆինանսական մատչելիության գնահատականները բնակչության ընկալումներում, ստացվել են սոցիալական մի շարք այլ ոլորտների գնահատականների հետ համատեղ: Դրա համար կիրառվել է հետևյալ հարցախումբը.

«Ձեր կարծիքով ընդհանուր առմամբ Հայաստանում որքանով է բավարար իրավիճակը» հետևյալ ոլորտներում՝

- առողջապահության որակ,
- առողջապահության մատչելիություն,
- դեղերի գների մատչելիություն,
- կրթության որակ,
- հանգստի/ժամանցի բազմազանություն,
- սննդամթերքի որակ,
- տեղական իշխանությունների գործունեություն,
- երկրում տնտեսական զարգացման տեմպեր,
- ժողովրդի ընդհանուր կենսամակարդակ,
- երկրում կարիերայի հնարավորություններ:

Ելնելով Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման նախորդ տարիների արդյունքներից, առաջ էր քաշվել ենթադրություն, որ Հայաստանում առողջապահության ֆինանսական մատչելիության վրա մեծ ազդեցություն ունեն դեղերի բարձր գները, որոնք տարիների ընթացքում բավականին արագ աճել են: Այդ վարկածի ստուգման համար հարցախումբում առկա է բնակչության բավարարվածության գնահատականը՝ Հայաստանում դեղերի գների մակարդակից:

Ոլորտների գնահատման համար կիրառվել է հետևյալ սանդղակը՝

1. ընդհանրապես բավարար չէ,
2. ավելի շուտ բավարար չէ,
3. ավելի շուտ բավարար է,
4. լիովին բավարար է:

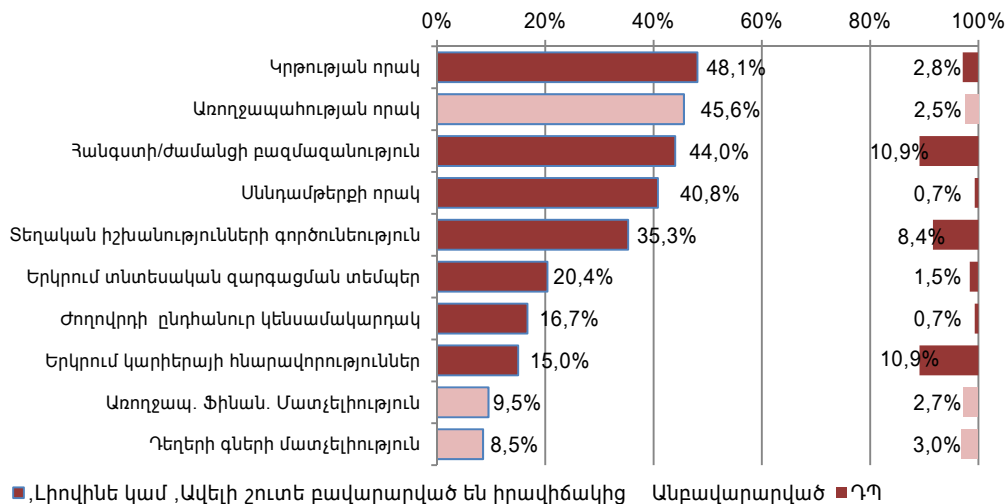
Ստացված գնահատականները ներկայացված են Գծապատկեր 37-ում: Գծապատկերի ձախ հատվածում ներկայացված են տվյալ ոլորտում իրավիճակի «Ավելի շուտ բավարար է» և «Լիովին բավարար է» գնահատականների գումարը, իսկ աջ հատվածում՝ այն անձանց քանակը, ովքեր դժվարացել են գնահատել իրավիճակը տվյալ ոլորտում:

⁷ ԱՀԳԳ 2014-թ.-ի ներկայացվող հատվածում կիրառվել է ՀՀ Կառավարության պատվերով IPSC «Քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտի» կողմից իրականացված «Կյանքի որակը Հայաստանում 2013թ.» հետազոտության տվյալների շտեմարանը:

Գծապատկերի գնահատականների ընդհանուր մեկնաբանության համար կիրառվել է հետևյալ միջակայքային սանդղակը՝

- բավարարվածությունը տվյալ ոլորտի վիճակից համարվել է «Շատ ցածր», եթե այն գտնվում է 0-20% միջակայքում,
- «Ցածր»՝ եթե այն գտնվում է 20-40 % միջակայքում,
- «Միջին»՝ եթե այն գտնվում է 40-60 % միջակայքում,
- «Բարձր»՝ եթե այն գտնվում է 60-80 % միջակայքում,
- «Շատ բարձր»՝ եթե այն գտնվում է 80-100 % միջակայքում:

Գծապատկեր 37. Հայաստանում տարբեր ոլորտներից բավարարվածության գնահատականները, 2013 թ.



Ինչպես երևում է գծապատկերից Հայաստանում առողջապահության իրավիճակը երկիմաստ է: Մի կողմից՝

- **առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակի գնահատականը Հայաստանում այլ ոլորտների գնահատականների համեմատ բարձր է՝ առողջապահության որակից բավարարված է բնակչության 45,6% (բավարարվածությունը գտնվում է «Միջին» գնահատականների տիրույթում):**

Սակայն, մյուս կողմից՝

- **առողջապահության համակարգի ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության գնահատականն ամենացածրն է՝ դրանից բավարարված է բնակչության ընդամենը 9,5%-ը (գնահատականը գտնվում է «Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթում):**

Ընդ որում, պարզվել է, որ՝

- **ղեղերի մատչելիությունից բնակչության բավարարվածությունը դիտարկված ոլորտների շարքում ամենացածրն է՝ 8,5% («Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթում է):**

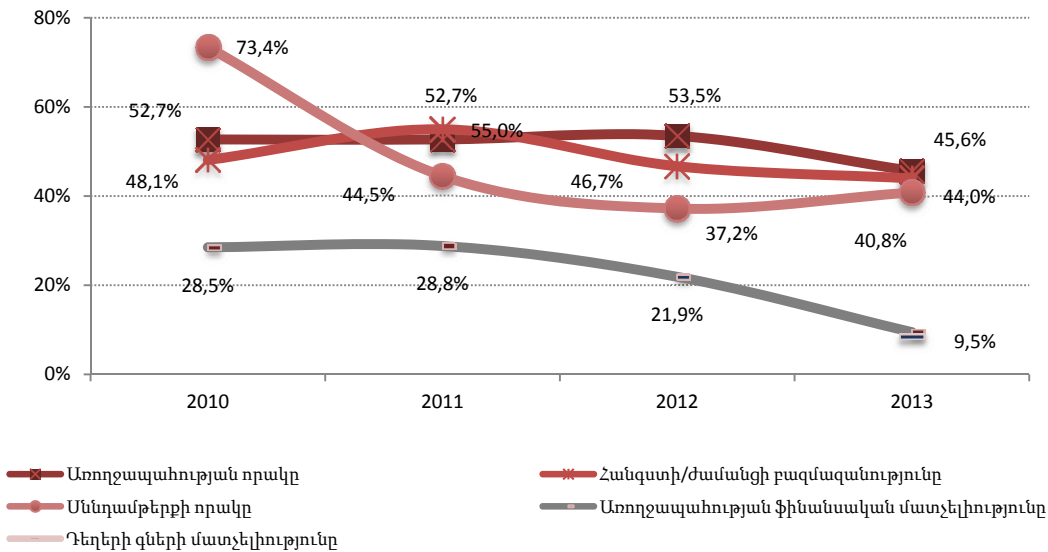
Հետևաբար, իրոք՝

- **ղեղերի գների մատչելիությունը Հայաստանի բնակչության համար լուրջ խնդիր է:**

Առողջապահության ծառայությունների որակից և ֆիզիկական մատչելիությունից բավարարվածության մակարդակների դինամիկան 2010-2013 թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 38-ում: Դինամիկ շարքի տվյալների համադրելիությունն ապահովելու համար, այն կազմավորվել է ոչ թե ՀՀ Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման նախորդ տարիների արդյունքների, այլ «Կյանքի որակի» 2010-2013 թթ. հետազոտական շտեմարանների տվյալների հիման վրա:

Առողջապահության ոլորտից բավարարվածության մակարդակները տրված են սոցիալական մի քանի այլ ոլորտների գնահատականների համատեքստում:

Գծապատկեր 38. Հայաստանում բնակչության բավարարվածության դինամիկան սոցիալական ոլորտի բաղադրիչներից 2010-2013 թթ.: Տրված է իրավիճակից բավարարված անձանց քանակը



Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ, եթե սոցիալական ոլորտի գնահատականները որպես կանոն մնացել են «Միջին» գնահատականների տիրույթում,⁸ ապա նույնը չի կարելի ասել **առողջապահության ֆինանսական մատչելիության** մասին, որը 2010-2013 թթ. ընթացքում մոտոտոն նվազել է: Ավելին, եթե 2010-2012 թթ. ընթացքում այն «Ցածր» գնահատականների տիրույթում էր, ապա 2013 թ. անցել է «Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթ:

Այսպիսով՝

- **Հայաստանի բնակչության համար առողջապահության ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունն առավել լուրջ խնդիրների շարքում է:**

Բուժիմասարկների ֆինանսական մատչելիություն

Առողջապահության ֆինանսական մատչելիության ընդհանուր գնահատականը պայմանավորված է առանձին տիպի բուժիմասարկների ֆինանսական մատչելիությամբ:

⁸ Սննդամթերքի որակի 2011թ. անկումը 2010թ. համեմատ հավանաբար ունի մեթոդաբանական հիմքեր, ինչի մասին է վկայում այն, որ 2011-2013թթ. ընթացքում այդ գնահատականը չի ունեցել մեծ տատանումներ և, հետևաբար, հարկ է այդ տարիների գնահատականներն ընդունել որպես աղեկվատ:

Մյուս կողմից, առանձին բուժփմնարկների մատչելիության գնահատականները կարող են տարբերվել կախված նրանից, թե արդյո՞ք անձը տվյալ (ուսումնասիրվող) տարվա ընթացքում անձամբ դիմել է, թե՞ անձամբ չի դիմել տվյալ բուժփմնարկ:

Եթե անձը տվյալ տարվա ընթացքում անձամբ դիմել է տվյալ բուժփմնարկը, ապա այդ բուժփմնարկի ֆինանսական մատչելիության նրա գնահատականը մեծապես պայմանավորված կլինի հենց այդ ուսումնասիրվող տարվա ընթացքում ձեռք բերված փորձով:

Եթե անձը տվյալ տարվա ընթացքում անձամբ չի դիմել տվյալ բուժփմնարկը, ապա նրա գնահատականի վրա մեծ ազդեցություն կունենա նրա ավելի հեռու ժամանակահատվածի փորձը, իր կյանքի ընթացքում այդ բուժփմնարկի ֆինանսական մատչելիության վերաբերյալ կազմվորված դիրքորոշումը և հասարակությունում (այդ անձի շրջապատում) առկա ընդհանուր դիրքորոշումները:

Աղյուսակ 21-ում ներկայացված է 2013 թ.-ի ընթացքում (հետազոտության դաշտային փուլը իրականացվել է 2014 թ.-ի հունվարին) տարբեր տիպի բուժփմնարկներ դիմած և չդիմած հարցվածների քանակը:

Աղյուսակ 21. Վերջին մեկ տարվա (2013 թ.) ընթացքում տվյալ բուժփմնարկ դիմած և չդիմած անձանց տոկոսը

Բուժփմնարկ	Դիմել է	Չի դիմել	Չկա պատասխան	Ընդամենը
Ատամնաբուժարան	38.1%	61.7%	0.2%	100%
Պոլիկլինիկա	33.2%	66.2%	0.6%	100%
Բուժկետ/ամբուլատորիա (հարցվել են միայն գյուղաբնակները)	26.7%	73.2%	0.1%	100%
Հիվանդանոց	19.3%	80.3%	0.3%	100%
Մասնավոր բժշկական կենտրոն	10.9%	88.6%	0.4%	100%
Ախտորոշիչ կենտրոն	9.4%	90%	0.6%	100%
Ծննդատուն (հարցվել են միայն կանայք)	5.5%	91.1%	3.4%	100%

2013 թ.-ին իրականացված հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ հարցվածների մեծամասնությունը ամենից շատ դիմել են ատամնաբուժարան (հարցվածների 38,1%-ը) և պոլիկլինիկա (33,2%-ը), բուժկետ կամ ամբուլատորիա դիմել են 26.7%-ը (հարցվել են միայն գյուղաբնակները):

Գծապատկեր 38-ում տրված է տարբեր տիպի բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիությունը 2013 թ-ին: Այն ուսումնասիրվել է հետևյալ հարցի կիրառմամբ՝ **«Որքանո՞վ է Ձեզ համար ֆինանսապես մատչելի հետևյալ հաստատություններում բուժումը»**, որից հետո հարցվողին ներկայացվել է բուժհաստատությունների ցանկը: Յուրաքանչյուր բուժհաստատության ֆինանսական մատչելիությունը գնահատվել է առանձին: Աղյուսակում առանձնացված է տվյալ բուժփմնարկի ֆինանսական մատչելիության գնահատականն այն անձանց համար, ովքեր վերջին տարվա ընթացքում դիմել են տվյալ հաստատությունն և նրանց համար՝ ովքեր չեն դիմել:

Գծապատկերի տվյալներից ըստ բուժհաստատությունների պրոֆիլներից անմիջապես բխում է, որ.

- Բոլոր տիպի բուժփմնարկների համար, դրանց ֆինանսական մատչելիության գնահատականներն անհամեմատ ավելի բարձր են այն անձանց համար, ովքեր տվյալ տարվա ընթացքում դիմել են տվյալ բուժփմնարկ:

Յետևաբար.

- **Բուժփիմարկի ֆինանսական մատչելիության ավելի ադեքվատ գնահատական պետք է համարել այն անձանց գնահատականները, ովքեր տվյալ տարվա ընթացքում դիմել են բուժփիմարկ:**

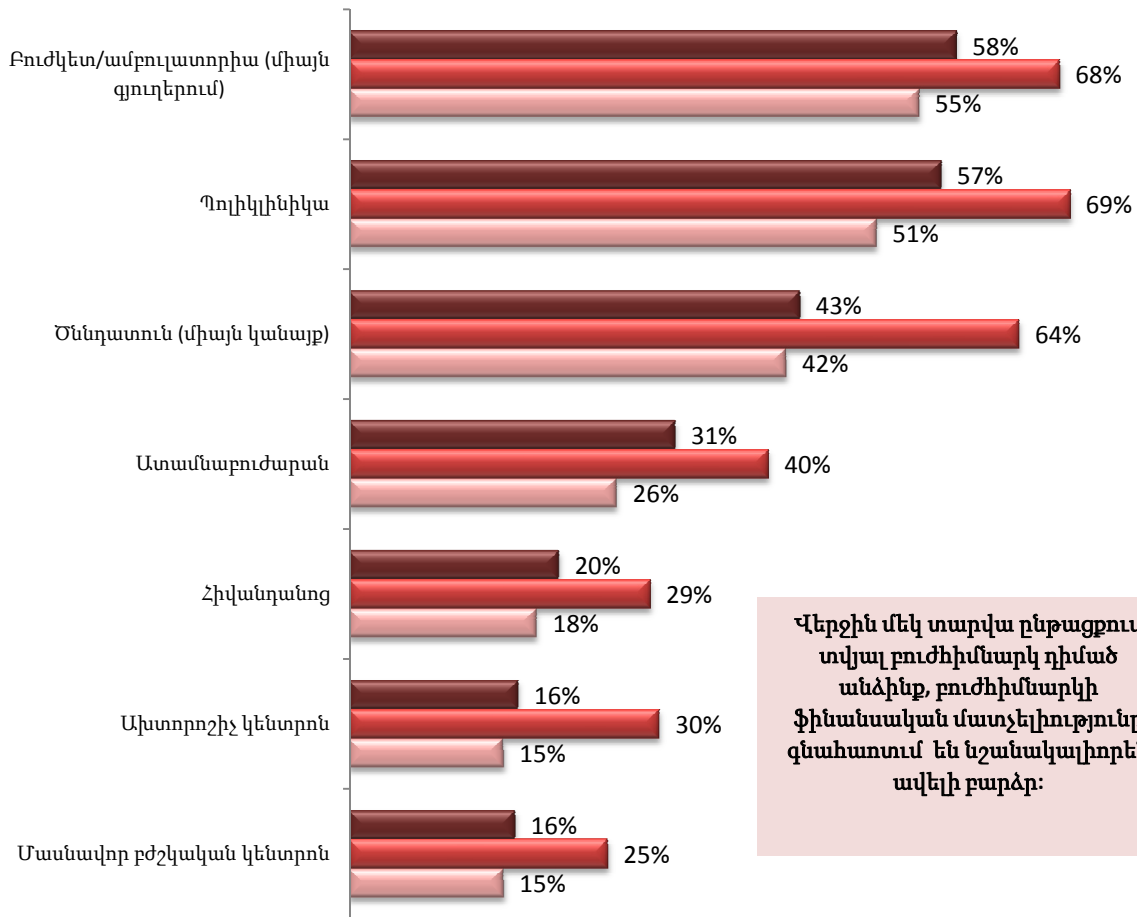
Նշենք , որ .

Բուժփիմարկ դիմած և չդիմած անձանց գնահատականների տարբերությունն ամենամեծն է ծննդատների մատչելիության գնահատականներում: Եթե ծննդատունը ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն չդիմած կանանց 42%-ը, ապա ծննդատունը ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն դիմածների 64%-ը: Գնահատականի աճը կազմում է 22% (Գծապատկեր 40):

- **Բուժփիմարկի ֆինանսական մատչելիության գնահատականների տարբերությունը նույնպես շատ մեծ է պոլիկլինիկաների համար և կազմում է 19%:**

Այսպիսով, ամբողջ հասարակությունում տվյալ տիպի բուժփիմարկի ֆինանսական մատչելիության գնահատականներն ունեն երկու բաղադրիչ՝ մարդկանց կողմից իրենց սեփական փորձի վրա հիմնված բաղադրիչ և հասարակական կարծիքում կամ մարդկանց մեկ տարուց առաջ ձևավորված փորձի վրա հիմնված բաղադրիչ:

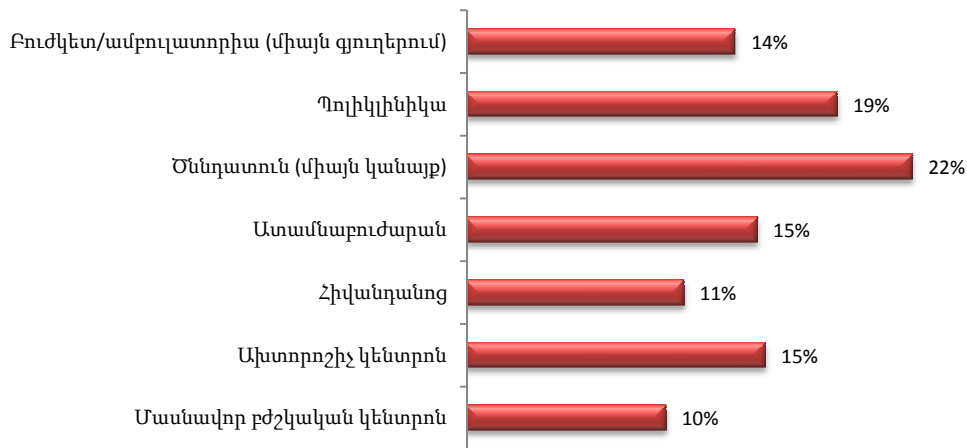
Գծապատկեր 39. Բուժհաստատությունների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ բուժօժանայությունների տիպերի, 2013 թ.



Վերջին մեկ տարվա ընթացքում տվյալ բուժօգնությունը դիմաձևներ, բուժօգնության ֆինանսական մատչելիությունը գնահատում են նշանակալիորեն ավելի բարձր:

- Մատչելի են համարել՝ ընդամենը
- Մատչելի են համարել՝ բուժհաստատություն դիմաձևների թվից
- Մատչելի են համարել՝ բուժհաստատություն չդիմաձևների թվից

Գծապատկեր 40. Բուժհաստատության ֆինանսական մատչելիության գնահատականի աճը բուժփմնարկ դիմաձևերի շրջանում՝ չդիմաձևերի համեմատ, 2013 թ.



Յետևաբար.

- **Առողջապահական համակարգը պետք է հզորացնի բնակչության հետ իր հաղորդակցության արդյունավետությունը բուժօժանայությունների և բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիության վերաբերյալ հասարակական կարծիքի այն բաղադրիչի փոփոխության նպատակով, որը հիմնված է ֆինանսական մատչելիության երկար ժամանակահատվածում ձևավորված ստերեոտիպների վրա:**

Եթե Հայաստանում, առաջնային բուժօգնությունն անվճար է, ապա հարկ է մեկնաբանել, թե ինչու՞ բուժկետերի, ամբուլատորիաների և պոլիկլինիկաների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ գնահատականի կազմել է 70%, նույնիսկ այն անձնաց համար, ովքեր վերջին մեկ տարվա ընթացքում դիմել են այդ բուժհաստատություններ: Այդ փաստը նույնպես հեշտությամբ մեկնաբանելի է, քանի որ անվճար է բուժհաստատությունների ծառայությունների մատուցումը, սակայն բուժման համար անհրաժեշտ դեղամիջոցները (բացի բնակչության մի շարք կատեգորիաներին տրվող անվճար և զեղչ գներով դեղամիջոցներից) գնում է բնակչությունը և այդ ծախսերն ընկալում է «պոլիկլինիկական բուժօգնության ֆինանսական մատչելիության» շրջանակներում: Մյուս կողմից, չի բացառվում նաև, որ դրան են նպաստում որոշ ախտորոշումների վճարի նակությունն և ստվերային վճարները:

Եթե ընդհանրացնեն բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիության գնահատականները **հիմք ընդունելով** հասարակության այն հատվածի գնահատականները, որոնք դիմել են տվյալ բուժփմնարկ վերջին մեկ տարվա ընթացքում, ապա ստացվում է, որ.

- **Առողջապահական համակարգում հարկ է ուշադրություն դարձնել հիվանդանոցների ֆինանսական մատչելիության բարձրացման խնդրին:**

Առանձին բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիության գնահատականների փոփոխության դինամիկան 2011-2013 թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 41 Ա-Դ-ում: Նշենք, որ այդ դինամիկան ներկայացված է **ամբողջ հասարակության** (բացի ծննդատներից և բուժկետ/ամբուլատորիաներից) գնահատականների հիման վրա, այսինքն, դրանց գնահատականները կլինեին ավելի բարձր բնակչության այն հատվածի համար, ովքեր ներկայացված տարվա ընթացքում դիմել են տվյալ տիպի բուժփմնարկ:

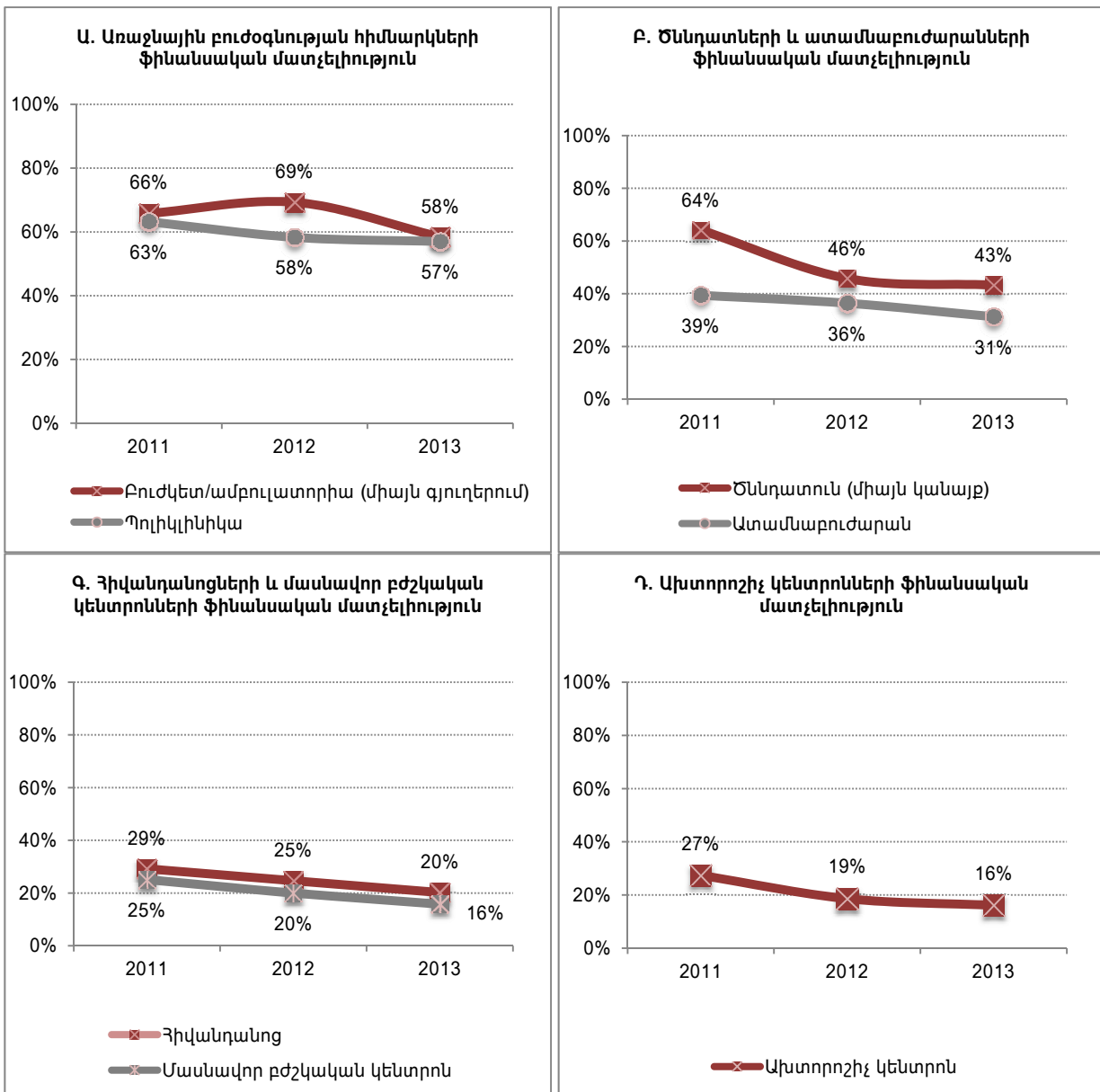
Գծապատկերների տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- Հայաստանում բոլոր տիպի բուժօգնությունների ֆինանսական մատչելիությունը 2011-2013 թթ. ընթացքում նվազել է,
- հատկապես նվազել է հիվանդանոցների, մասնավոր բժշկական կենտրոնների և ախտորոշիչ կենտրոնների ֆինանսական մատչելիությունը, որոնք «Ցածր» գնահատականների տիրույթից, 2013 թ. անցել են «Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթ:

Հարկ է նշել, որ եթե մասնավոր բժշկական կենտրոնների և ախտորոշիչ կենտրոնների ֆունկցիաները ցածր վճարողունակությամբ բնակչության համար կարող են «փոխարինվել» ամբուլատորիաներով և պոլիկլինիկաներով, ապա՝

- հիվանդանոցների ֆինանսական մատչելիության «Շատ ցածր» գնահատականների տիրույթում հայտնվելը լուրջ մարտահրավեր է Հայաստանի առողջապահական համակարգի համար:

Գծապատկեր 41. Բուժօգնությունների ֆինանսական մատչելիության դինամիկան, 2011-2013 թթ.



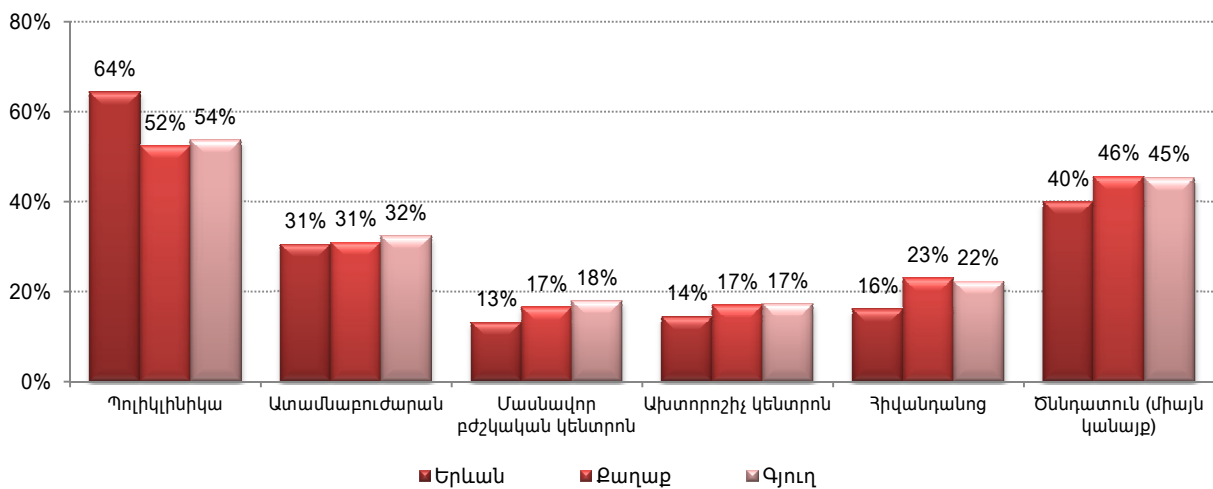
Տարբեր բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիությունը 2013 թ. ըստ բնակավայրի տիպերի տրված է **Գծապատկեր 41**:

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- Երևանի բնակիչները՝ քաղաքների և գյուղերի բնակիչների համեմատ, ֆինանսապես համեմատաբար ավելի մատչելի են համարում պոլիկլինիկաները, և համեմատաբար պակաս մատչելի՝ մասնավոր բժշկական կենտրոնները, հիվանդանոցները և ծննդատները,
- ատամնաբուժարանների և ախտորոշիչ կենտրոնների ֆինանսական մատչելիությունը տարբեր տիպի բնակավայրերի բնակչության գնահատականներում էապես չեն տարբերվում:

Գյուղի բնակիչների համար պոլիկլինիկաների ֆինանսական մատչելիության համեմատաբար ավելի ցածր մակարդակը կարելի է բացատրել նրանով, որ պոլիկլինիկաները գտնվում են քաղաքներում և, մասնավորապես, անհրաժեշտ ախտորոշումների և բուժման համար գյուղաբնակները ստիպված են մեկնել քաղաք: Այդ տրանսպորտային ծախսերը գյուղաբնակները ընկալում են որպես «պոլիկլինիկաների ֆինանսական մատչելիության նվազում»: Ի համեմատ Երևանի բնակիչների, քաղաքային բնակիչների կողմից պոլիկլինիկաների ավելի ցածր ֆինանսական մատչելիության գնահատականները կարող են կապված լինել քաղաքային բնակիչների ավելի ցածր կենսամակարդակի հետ (Աղյուսակ 22), ինչի հետևանքով պոլիկլինիկական բուժման հետ կապված դեղամիջոցների գնումը նրանց համար ավելի դժվար է քան երևանաբնակների համար:

Գծապատկեր 42. Տարբեր բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ բնակավայրերի տիպերի, 2013 թ.

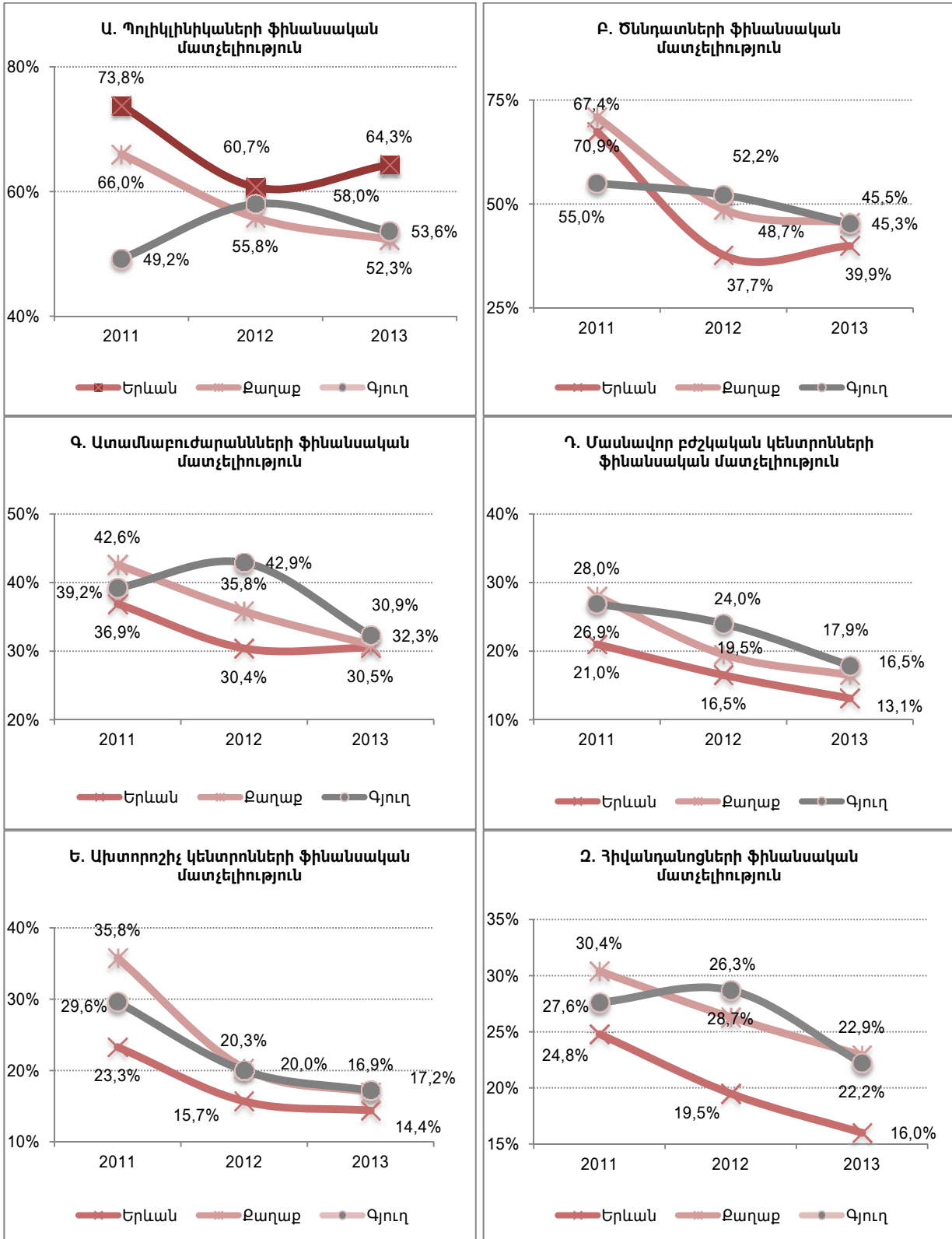


Աղյուսակ 22. Բարեկեցության խմբերն ըստ բնակավայրի տիպերի

Բարեկեցության խմբեր	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
Ցածր	33.5%	47.2%	22%	33.4%
Միջին	35.9%	34.4%	29.9%	33.3%
Բարձր	30.6%	18.4%	48.0%	33.2%
Ընդամենը	100%	100%	100%	100%

Տարբեր պրոֆիլների բուժփմնարկների ֆինանսական մատչելիության փոփոխությունը 2011-2013 թթ. ընթացքում ըստ բնակավայրերի տիպերի տրված է **Գծապատկեր 43 Ա-Դ-ում**:

Գծապատկեր 43. Բուժօգնությունների ֆինանսական մատչելիության դինամիկան ըստ բնակավայրի տիպերի, 2011-2013 թթ.



Գծապատկերներից երևում է, որ՝

- 2011-2013 թթ. ընթացքում մոտոտն նվազել է հիվանդանոցների, մասնավոր բժշկական կենտրոնների և ախտորոշիչ կենտրոնների ֆինանսական մատչելիությունը բոլոր տիպի բնակավայրերում,

- նվազել է ատամնաբուժարանների ֆինանսական մատչելիության գնահատականը գյուղական և քաղաքային բնակչության շրջանում,
- աճել է պոլիկլինիկաների ֆինանսական մատչելիության ընկալումն Երևանի բնակիչների շրջանում:

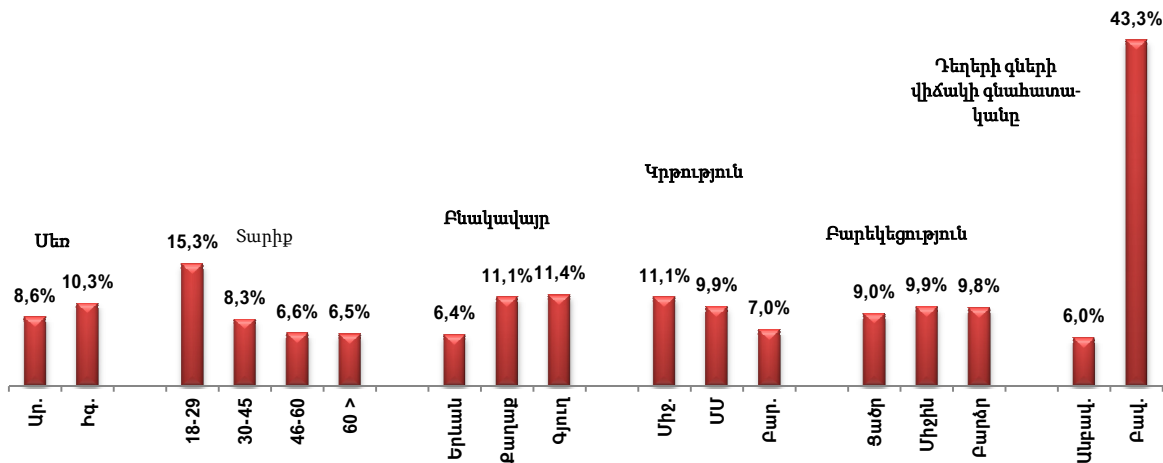
Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը պայմանավորող գործոններ

Հետազոտության ընթացքում գնահատվել է տարբեր գործոնների ազդեցությունը բնակչության կողմից առողջապահության ֆինանսական մատչելիության գնահատականների վրա:

- Խորացված ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ դեղերի ֆինանսական մատչելիության ազդեցությունն առողջապահության ֆինանսական մատչելիության վրա նշանակալիորեն գերազանցում է այլ գործոնների, մասնավորապես՝ բարեկեցության ազդեցությանը:

Դա ակնառու կերպով երևում է Գծապատկեր 44-ի տվյալներում, որտեղ ներկայացված է առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիության գնահատականները տարբեր սոցիալ-ժողովրդագրական, ինչպես նաև դեղերի մատչելիության վիճակը «Բավարար» և «Անբավարար» գնահատող խմբերում:

Գծապատկեր 44. Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը բավարար գնահատածները բնակչության տարբեր խմբերում, 2013 թ.



Գծապատկերից երևում է, որ եթե սոցիալ-ժողովրդագրական յուրաքանչյուր խմբի կատեգորիաներում առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիության ամենաբարձր և ամենացածր գնահատականների տարբերությունը չի գերազանցում 10%-ը (օրինակ, տարիքային խմբերում, ամենաերիտասարդ՝ 18-29 տարեկանների խմբում առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են գնահատել 15,3%-ը, իսկ 60-ից բարձր տարեկանների խմբում ընդամենը 6,5%-ը, գնահատականների տարբերությունը կազմում է 8,8%), ապա՝

- դեղերի գների մակարդակն անբավարար գնահատածների խմբում առողջապահական համակարգի ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են համարել ընդամենը 6,0%-ը,
- դեղերի գների վիճակը բավարար համարող անձանց խմբում առողջապահական համակարգի ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են համարել նրանց 43,3%-ը,

• **այսինքն, դեղերի գների մակարդակը բավարար գնահատող խմբում առողջապահության ֆինանսական մատչելիության գնահատականը աճել է 37,3%-ով:**

Ուսումնասիրվել են նաև առողջապահության ոլորտի մատչելիության վրա հետազոտական շտեմարանում առկա այլ փոփոխականների ազդեցությունները, սակայն դրանցից ոչ մեկը չի ունեցել դեղերի գնի ազդեցության չափով հզոր ազդեցություն:

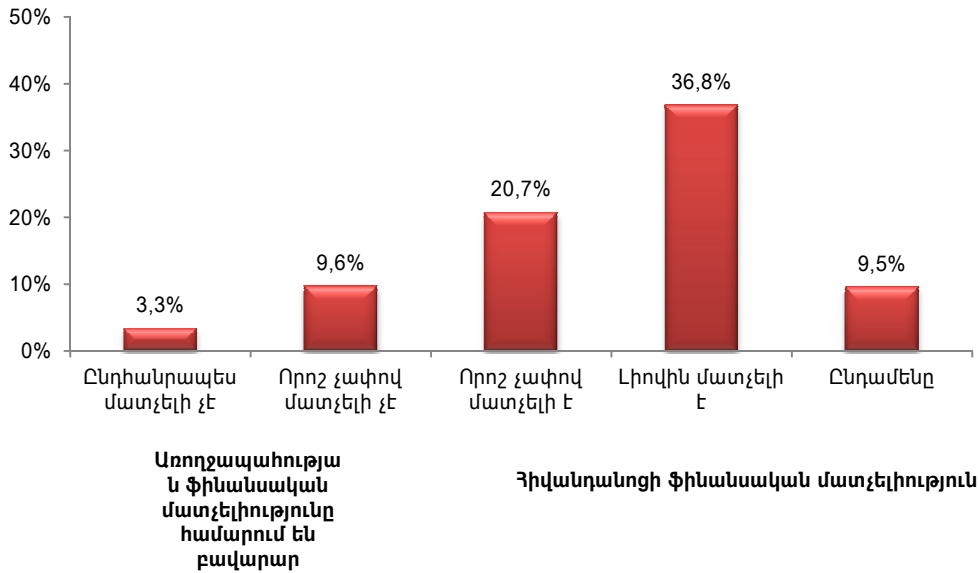
Գծապատկեր 44-ի տվյալները ցույց են տալիս նաև, որ առողջապահության ոլորտը համեմատաբար ավելի մատչելի են համարում ամենաերիտասարդ (18-29) խմբի անդամները: Այդ արդյունքը բացատրվում է կյանքի նկատմամբ երիտասարդների ընդհանուր համեմատաբար լավատեսությամբ: Կյանքի որակի հետազոտության բազմաթիվ այլ տվյալներ ցույց են տվել, որ Հայաստանում ամենաերիտասարդ խմբում բավարարվածության մակարդակը կյանքի տարբեր երևույթների և ոլորտների նկատմամբ միշտ համեմատաբար ավելի բարձր է, քան ավելի տարեց անձանց խմբերում: Բացի դրանից պետք է նշել, որ այդ տարիքային խմբում հիվանդությունների տարածվածությունը զգալիորեն ցածր է:

Կարող է տարօրինակ թվալ, որ առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիությունն ավելի ցածր է գնահատված Երևանում և բարձրագույն կրթությամբ անձանց խմբում: Այս երևույթը կարող է բացատրվել նրանով, որ Երևանում առկա են բազմաթիվ մասնավոր բժշկական կենտրոններ, որոնց ծառայությունները վճարովի են և Երևանի բնակչությունը շատ ավելի ինտենսիվ է օգտվում այդ կենտրոնների ծառայություններից, քան այլ քաղաքների և գյուղերի բնակիչները: Մյուս կողմից, բարձրագույն կրթությամբ անձանց հարաբերական քանակը Երևանում կրկնակի ավելի մեծ է, քան քաղաքներում և գյուղերում, ինչի հետևանքով Երևանում առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիության ցածր գնահատականն արտահայտվել է նաև այդ խմբում:

Քանի որ Հայաստանի բնակչության համար օղակներում բուժօգնությունը (չհաշված դեղերը և որոշ ախտորոշումները) անվճար է, կարելի է առաջ քաշել վարկած (հիպոթեզ), որ **առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը նվազեցնող հզոր գործոն կարող է լինել (դեղերի գներից բացի) հիվանդանոցային ծառայությունների բարձր գները:**

Հետազոտական տվյալները հաստատում են այդ վարկածը: Գծապատկեր 45-ում ներկայացված է Հայաստանում առողջապահության ֆինանսական մատչելիության «Բավարար» գնահատականների կախվածությունը հիվանդանոցների ֆինանսական մատչելիության գնահատականից:

Գծապատկեր 45. Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունից բավարարվածության կախվածությունը հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության գնահատականից



Գծապատկերից երևում է, որ, եթե հիվանդանոցների ծառայությունները «Ընդհանրապես մատչելի չէ» համարողների խմբում Հայաստանում առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը «Բավարար» համարողների քանակը ընդամենը 3,8% է, ապա հիվանդանոցների ծառայությունները «Լիովին մատչելի» համարողների խմբում այդ գնահատականը աճում է մինչև 36,8%, այսինքն, մատչելիության գնահատականի աճը կազմում է 33,0%:

Այսպիսով՝

- **Հայաստանում առողջապահության ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը նվազեցնող երկու ամենահզոր գործոններն են՝**
 - ✓ **դեղերի բարձր գները,**
 - ✓ **հիվանդանոցային բուժօգնության բարձր գները:**

Բուժօգնության անմատչելիություն

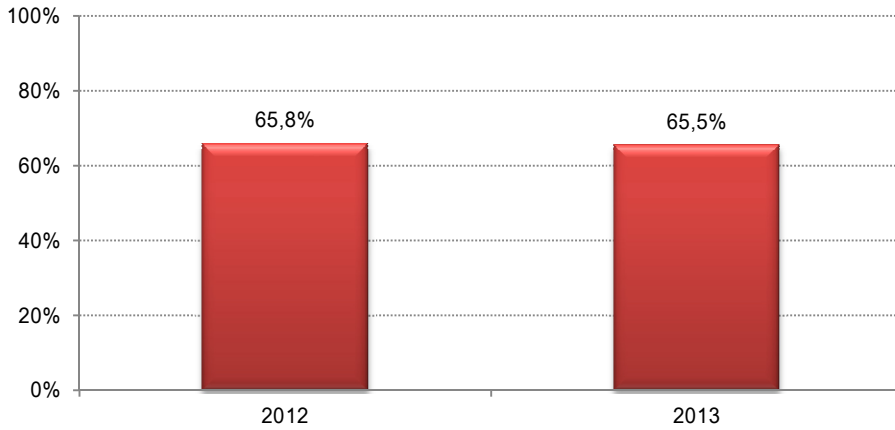
Հետազոտվել է նաև բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկական օգնության չդիմելու վիճակագրությունն և դրա պատճառները:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- **բժշկի դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմած անձանց քանակը 2012 և 2013 թթ. չի փոխվել (Գծապատկեր 46),**
- **բժշկի դիմելու անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չդիմածների քանակը համեմատաբար ավելի բարձր է՝**
 - ✓ **անբարեկեցիկ բնակչության շրջանում (Գծապատկեր 47)**
 - ✓ **բաղաբներում**
- **բուժօգնության չդիմելու ամենատարածված պատճառը մնում է ֆինանսական անմատչելիությունը (Գծապատկեր 48), որը 2013 թ.-ին 2012 թ. ի համեմատ փոքր ինչ աճել է:**

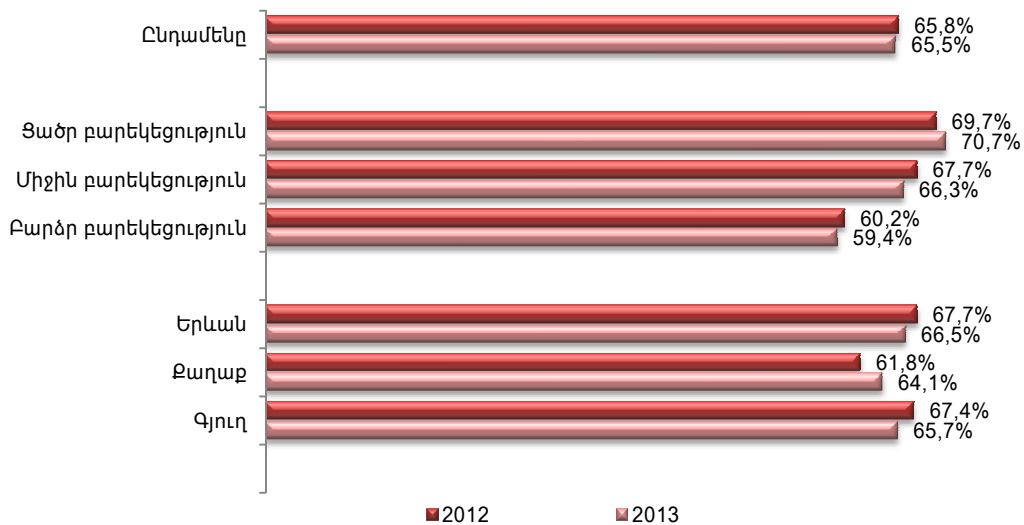
Գծապատկեր 46. Բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկական օգնության չդիմած անձանց քանակը, 2012-2013 թթ.

"Վերջին տարվա ընթացքում եղե՞լ է դեպք, երբ Դուք համարել եք, որ պետք է դիմել բժշկի, սակայն չեք դիմել" ("Այո" պատասխանները)

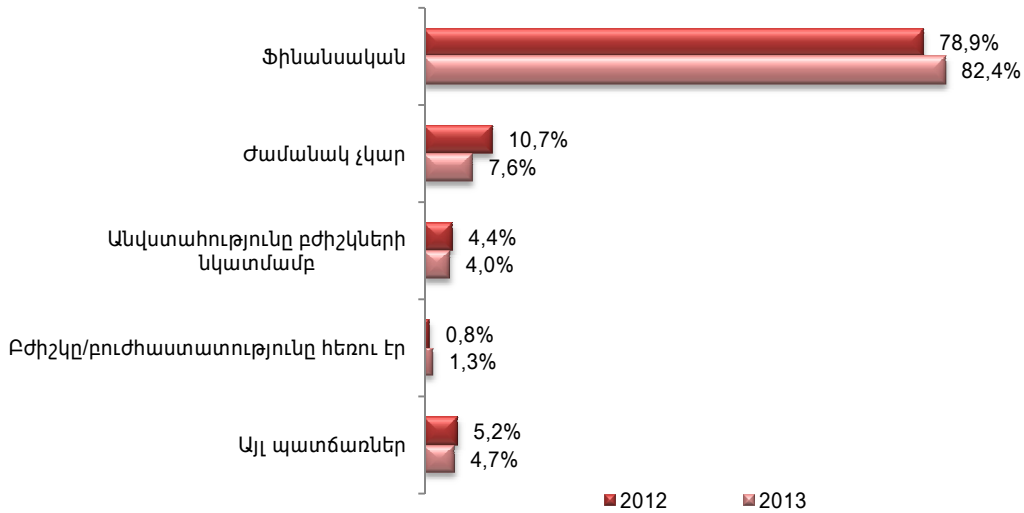


Գծապատկեր 47. Բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկական օգնության չդիմած անձանց քանակն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի, 2012-2013 թթ.

"Վերջին տարվա ընթացքում եղե՞լ է դեպք, երբ Դուք համարել եք, որ պետք է դիմել բժշկի, սակայն չեք դիմել":
"Այո" պատասխանների քանակը



Գծապատկեր 48. Կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմելու պատճառները, 2012-2013 թթ.

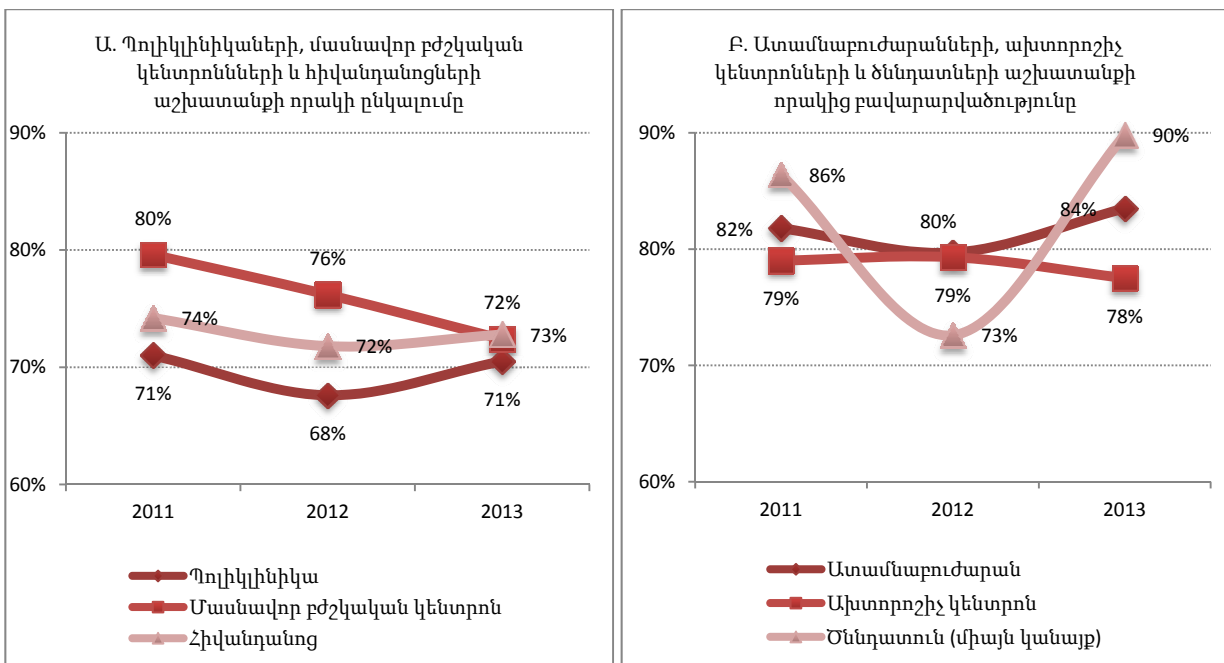


Բավարարվածությունը բուժփնմարկների ծառայություններից

Բուժփնմարկների ծառայություններից բավարարվածությունը (հաշվարկվել է բուժփնմարկ դիմածների թվից) ներկայացված է Գծապատկեր 49-ում: Ներկայացված տվյալներից երևում է, որ՝

- 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ՝
 - ✓ աճել է բավարարվածությունը պոլիկլինիկաների և ծննդատների մատուցած ծառայություններից,
 - ✓ նվազել է բավարարվածությունը մասնավոր բժշկական կենտրոնների մատուցած ծառայություններից:

Գծապատկեր 49. Բուժփնմարկների աշխատանքի որակից բավարարվածությունը 2011-2013 թթ.



5 Բնակչության առողջության գնահատականներ

Բնակչության ֆիզիկական և հոգեկան առողջության ընդհանուր գնահատականներ

Հայաստանի բնակչության ֆիզիկական և հոգեկան առողջության ընդհանուր գնահատականները ստացվել են անձնական և ընտանեկան մի շարք այլ ոլորտներից՝ նրանց բավարարվածության աստիճանի համատեքստում: Գնահատականները ստացվել են հետևյալ հարցի միջոցով (դիտարկվել են ընդամենը 17 ոլորտներ, այդ թվում հետևյալները):

Բավարարված եք՝

- ընտանիքում ժամանակ անցկացնելու հնարավորությամբ,
- ընդհանուր հոգեվիճակով,
- ֆիզիկական առողջության վիճակով,
- ընկերների հետ ժամանակ անցկացնելու հնարավորությամբ,
- ներկա աշխատանքով,
- տարվա ընթացքում հանգստանալու հնարավորություններով:

Բավարարվածության աստիճանը չափվել է հետևյալ սանդղակով՝

1. ընդհանրապես բավարարված չեք
2. որոշ չափով բավարարված չեք,
3. որոշ չափով բավարարված եք,
4. լիովին բավարարված եք:

Ստացված արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 50-ում:

Գծապատկերը ցույց է տալիս, որ՝

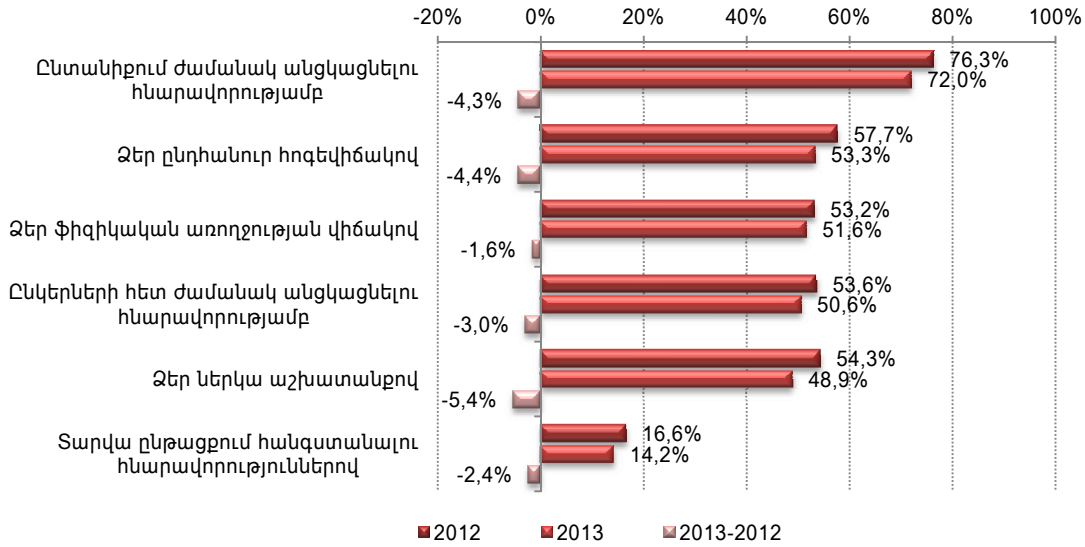
- Հայաստանի բնակչության ընդհանուր բավարարվածությունն իր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակով 2013 թ.-ին գտնվում էր «Միջին» գնահատականների տիրույթում,
- 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ բնակչության բավարարվածությունն իր հոգեկան առողջության վիճակով նվազել է 4,4%-ով,
- 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ բնակչության ընդհանուր բավարարվածությունն իր ֆիզիկական առողջության վիճակով նշանակալի չի փոխվել:

Բավարարվածությունն ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակով սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում ներկայացված է համապատասխանաբար Գծապատկեր 51-Ա և Բ-ում:

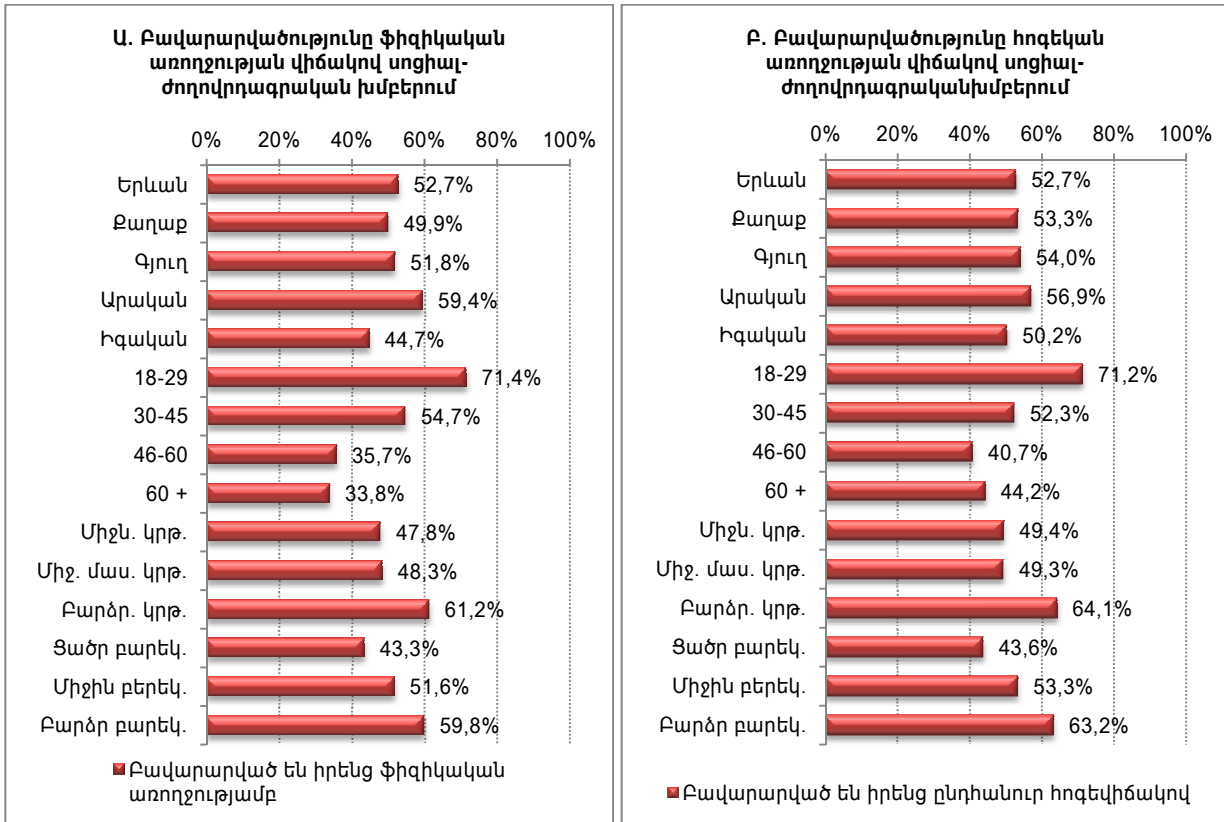
Գծապատկերներից երևում է, որ՝

- բնակչության ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակի գնահատականների պատկերները սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում նույնական են,
- համեմատաբար ավելի բարձր են այդ գնահատականները տղամարդկանց, 18-29 տարեկանների, բարձրագույն կրթությամբ անձանց և ամենաբարեկեցիկ խմբերում,
- ինչպես ընդհանուր ֆիզիկական, այնպես էլ ընդհանուր հոգեկան վիճակի գնահատականներն ըստ բնակավայրի տիպերի (Երևան, քաղաքներ, գյուղեր) էապես չեն տարբերվում:

Գծապատկեր 50. Միկրո մակարդակում կյանքի որակի բաղադրիչներից բավարարվածության մակարդակներ, 2012 և 2013 թթ.



Գծապատկեր 51. Բավարարվածությունն ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակով սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում, 2013 թ.



Հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածություն

Բնակչության ընդհանուր ֆիզիկական առողջության վիճակի անուղղակի գնահատման միջոց է հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածության ուսումնասիրությունը:

Բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների տարածվածությունը գնահատվել է հետևյալ հարցի միջոցով. **«Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում ունեցե՞լ եք արդյոք հետևյալ ախտանիշերը»՝**

- **ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս,**
- **հոդացավ,**
- **մեջքի ցավ,**
- **վզի (պարանոցի), ուսերի ցավ,**
- **ոտքերի այտուցվածություն,**
- **երակների վարիկոզ լայնացում,**
- **մաշկային հիվանդություններ,**
- **փորկապություն,**
- **գլխացավ,**
- **ատամնացավ,**
- **անքնություն:**

Պատասխանների տարբերակներն էին՝ «Այո» և «Ոչ»:

Այս հարցախումբը «Կյանքի որակի» հետազոտության մեջ ընդգրկվել է Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման զանգվածային հետազոտության հարցաթերթից:

Դիտարկված հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը Հայաստանում 2011-2013 թթ. տրված է Գծապատկեր 52-ում:

Գծապատկերի տվյալներից երևում է, որ՝

- **Հայաստանում ամենատարածված հիվանդագին ախտանիշը գլխացավն է, որը գտնվում է «Բարձր տարածվածության» միջակայքում: 2013 թ.-ի ընթացքում գլխացավ են ունեցել Հայաստանի չափահաս բնակչության 67,2%-ը:**
- **«Միջին տարածվածության» բարձր արժեքների տիրույթում են մեջքի ցավը (2013 թ.-ի ընթացքում ունեցել է բնակչության 60,9%-ը) և հոդացավը (56,2%-ը):**
- **«Միջին տարածվածության» տիրույթում են եղել նաև անքնությունը (53,0%), վզի/պարանոցի/, ուսերի ցավը (47,9%), ատամնացավը (41,5%) և ցավերը կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս (41,7%):**
- **«Ցածր» տարածվածության տիրույթում է ոտքերի այտուցվածությունը (24,3%):**
- **«Շատ ցածր» տարածվածության տիրույթում են երակների վարիկոզ լայնացումը (19,5%), փորկապությունը (11,9%) և մաշկային հիվանդությունները (7,6%):**

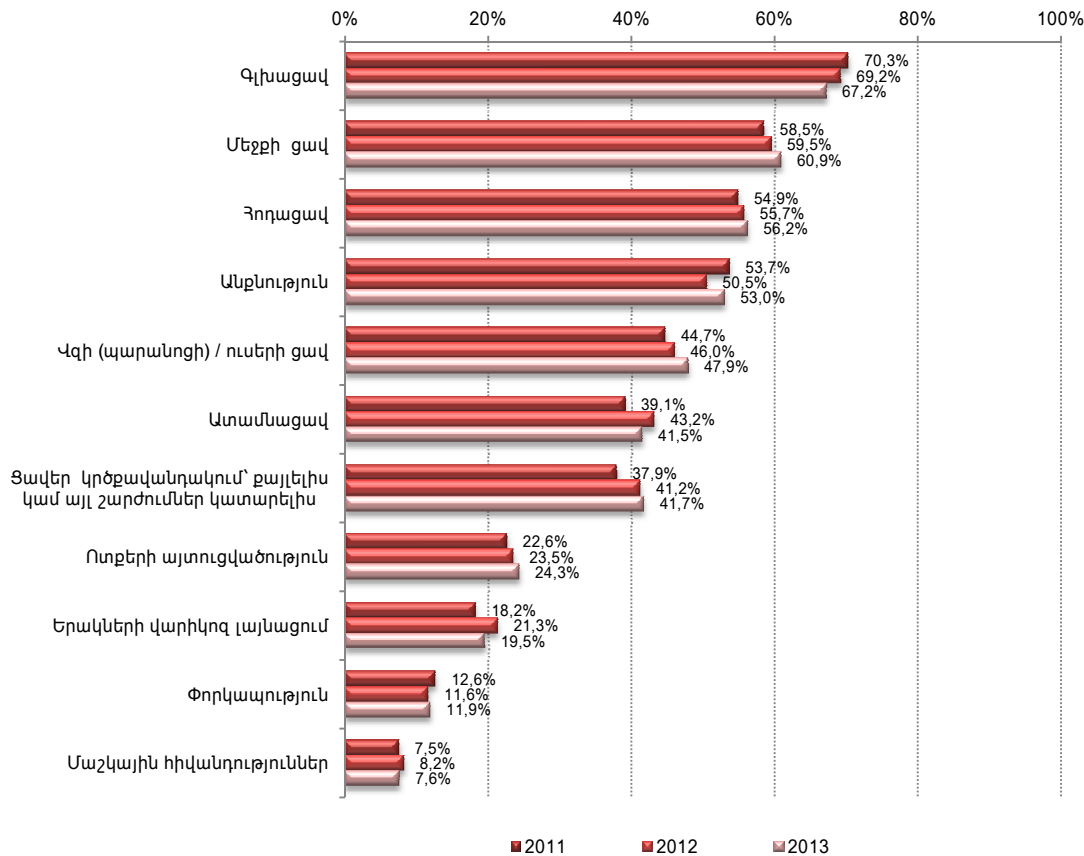
Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի մի քանի տեղեկանքներ 2011-2013 թթ. ընթացքում, մասնավորապես՝

- **Նկատվել է գլխացավի տարածվածության նվազման տեղեկանք**
- **Նկատվել են աճի տեղեկանքներ՝**
 - ✓ **մեջքի ցավի,**
 - ✓ **հոդացավի,**

- ✓ վզի/պարանոցի/ուսերի ցավի (առավելապես օստեոխոնդրոզի ախտանիշ),
- ✓ ցավեր կրծքավանդակում քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս (առավելապես սրտանոթային հիվանդությունների ախտանիշ),
- ✓ ոտքերի այտուցվածության (առավելապես երիկամային հիվանդությունների ախտանիշ):

Գծապատկեր 52. Բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը, 2011-2013 թթ.

Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում նշված ախտանիշը կամ հիվանդագին վիճակն ունեցած անձանց քանակը



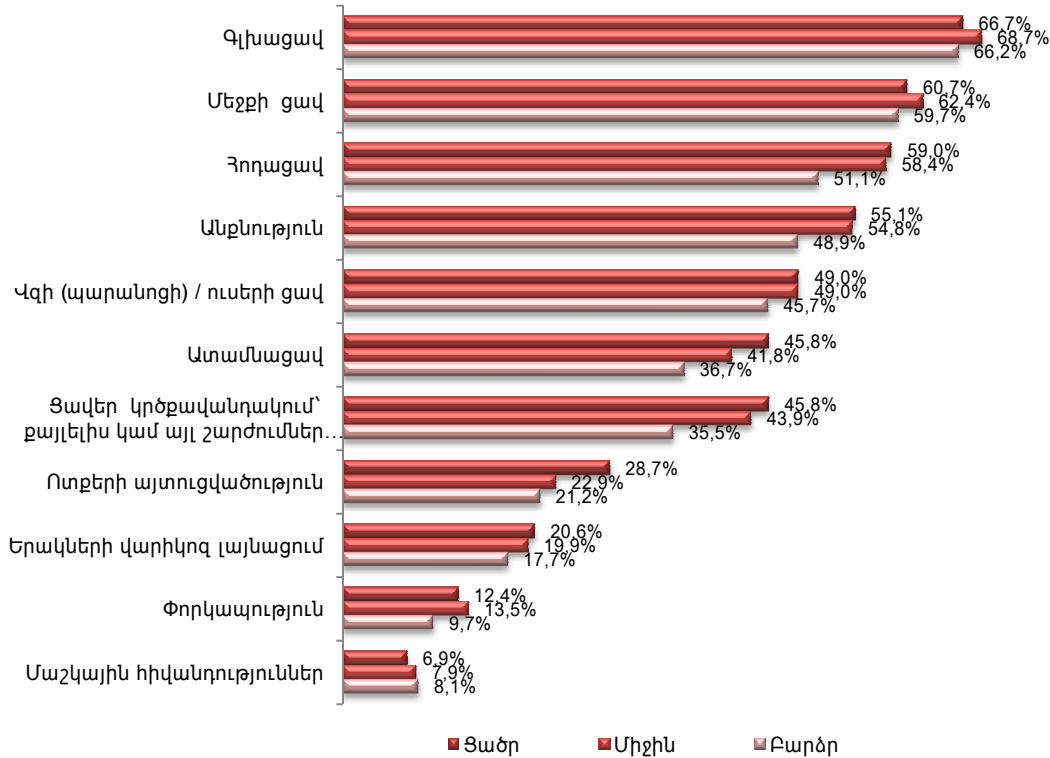
Գծապատկեր 53-ում ներկայացված է ախտանիշերի տարածվածությունն ըստ բարեկեցության խմբերի:

Այսպիսով.

- **2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ ըստ բարեկեցության խմբերի վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություններ են տեղի ունեցել հետևյալ ախտանիշերում՝**
 - ✓ ցավեր կրծքավանդակում քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս,
 - ✓ հոդացավ,
 - ✓ մեջքի ցավ,
 - ✓ ոտքերի այտուցվածություն,
 - ✓ երակների վարիկոզ լայնացում,
 - ✓ փորկապություն,
 - ✓ ատամնացավ,
 - ✓ անքնություն:

Գծապատկեր 53. Բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունն ըստ բարեկեցության խմբերի, 2013 թ.

Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում նշված ախտանիշը կամ հիվանդագին վիճակն ունեցած անձանց քանակն ըստ բարեկեցության խմբերի



Յուրաքանչյուր հիվանդագին վիճակի կամ ախտանիշի տարածվածությունը սեռատարիքային խմբերում ներկայացված է Աղյուսակ 23-ի ենթաաղյուսակներում: Յուրաքանչյուր ենթաաղյուսակում, որքան ավելի բարձր է տվյալ սեռատարիքային կատեգորիայում տվյալ հիվանդագին վիճակի կամ ախտանիշի տարածվածությունը, այնքան ավելի մուգ գույնով է ներկայացված այդ կատեգորիային համապատասխանող վանդակը:

Երկու ենթաաղյուսակների գունային երանգները համադրելի չեն:

Ենթաաղյուսակների գունային պատկերների ընդհանուր համադրումը ցույց է տալիս, որ՝

- հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը՝ ավելի բարձր է կանանց շրջանում ի համեմատ տղամարդկանց հետ,
- հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը ոչ միշտ է աճում տարիքի աճին զուգահեռ:

Աղյուսակ 23. Հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը սեռա-տարիքային խմբերում, 2013 թ.

Գլխացավ				Մեջքի ցավ			
Սեռ				Սեռ			
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.	Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.
18-29	52.9%	70.7%	62.3%	18-29	45.6%	49.5%	47.6%
30-45	58.6%	78.9%	69.2%	30-45	53.6%	74.3%	64.4%
46-60	59.4%	82.1%	71.7%	46-60	61.7%	76.8%	69.9%
60 +	53.4%	69.5%	62.3%	60 +	53.4%	67.2%	61.0%
Ընդ.	56.7%	76.5%	67.2%	Ընդ.	53.6%	67.4%	60.9%
Հոդացավ				Անքնություն			
Սեռ				Սեռ			
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.	Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.
18-29	29.7%	35.9%	33.0%	18-29	38.2%	37.9%	38.1%
30-45	50.2%	63.3%	57.0%	30-45	43.6%	52.0%	48.0%
46-60	60.9%	80.1%	71.3%	46-60	56.6%	75.2%	66.7%
60 +	65.0%	78.1%	72.3%	60 +	56.3%	79.7%	69.3%
Ընդ.	49.1%	62.4%	56.2%	Ընդ.	47.1%	58.1%	52.9%
Վզի (պարանոցի) / ուսերի ցավ				Ատամնացավ			
Սեռ				Սեռ			
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.	Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.
18-29	23.9%	33.8%	29.1%	18-29	36.7%	51.7%	44.6%
30-45	39.8%	57.2%	48.9%	30-45	38.6%	48.6%	43.8%
46-60	50.4%	69.2%	60.6%	46-60	40.4%	45.7%	43.3%
60 +	46.6%	68.8%	58.9%	60 +	26.2%	20.3%	22.9%
Ընդ.	39.1%	55.6%	47.9%	Ընդ.	37.2%	45.2%	41.5%
Ցավեր կրծքավանդակում՝ բայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս				Ուռքերի այտուցվածություն			
Սեռ				Սեռ			
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.	Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.
18-29	30.9%	27.6%	29.1%	18-29	6.9%	11.7%	9.5%
30-45	38.9%	41.9%	40.5%	30-45	13.2%	28.0%	20.9%
46-60	53.5%	51.0%	52.2%	46-60	25.4%	42.7%	34.8%
60 +	46.6%	53.1%	50.2%	60 +	38.8%	47.7%	43.7%
Ընդ.	41.5%	41.9%	41.7%	Ընդ.	17.6%	30.1%	24.3%
Երակների վարիկոզ լայնացում				Փորկապոլություն			
Սեռ				Սեռ			
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.	Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.
18-29	6.6%	11.4%	9.1%	18-29	8.1%	13.8%	11.1%
30-45	7.5%	25.4%	16.8%	30-45	6.6%	15.9%	11.5%
46-60	18.0%	33.4%	26.3%	46-60	7.8%	14.9%	11.6%
60 +	26.2%	41.4%	34.6%	60 +	9.7%	19.5%	15.2%
Ընդ.	12.2%	25.8%	19.4%	Ընդ.	7.7%	15.5%	11.8%
Մաշկային հիվանդություններ							
Սեռ							
Տարիք	Արական	Իգական	Ընդ.				
18-29	5.8%	9.3%	7.7%				
30-45	6.0%	7.5%	6.8%				
46-60	5.9%	10.9%	8.6%				
60 +	4.9%	10.2%	7.8%				
Ընդ.	5.8%	9.3%	7.6%				

Բնակչության հոգեկան առողջություն

Հայաստանի բնակչության հոգեկան առողջությունը նկարագրելու համար կիրառվել է հետևյալ հարցը՝ «Ասացեք, ինչդեմ, որբա՞ն հաճախ եք ունենում հետևյալ զգացողությունները՝»

- հանգստություն, հանդարտություն,

- լավ տրամադրություն,
- վստահություն սեփական ուժերի նկատմամբ,
- ճնշված տրամադրություն,
- անհանգստություն, անվստահություն, անորոշություն,
- զայրույթ, բարկություն»:

Պատասխանների տարբերակներն էին՝

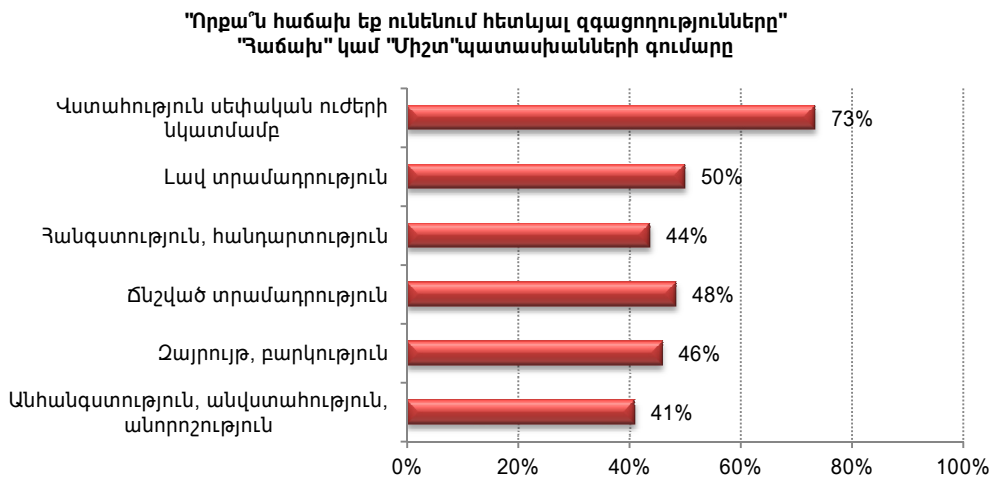
1. «երբեք»,
2. «երբեմն»,
3. «հաճախ»,
4. «միշտ»:

2013 թ.-ի դիտարկված վեց հոգեվիճակներից՝ երեքը դրական են և երեքը բացասական: Դրանցից միայն երեքի ձևակերպումներն են մնացել անփոփոխ 2010-2013 թթ. ընթացքում: Բնակչության հոգեվիճակի բնութագրերը 2013 թ. ներկայացված են Գծապատկեր 54-ում, իսկ դրանցից երեքի փոփոխությունը՝ 2010-2013 թթ. ընթացքում՝ Գծապատկեր 55-ում:

Գծապատկեր 54-ից երևում է, որ՝

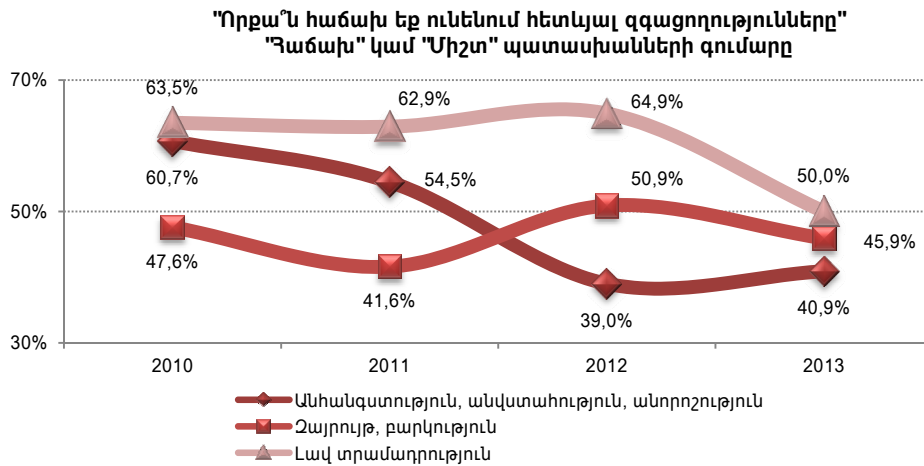
- հոգեվիճակի երեք դրական բնութագրերից երկուսի՝ «Լավ տրամադրություն» և «Հանգստություն, խաղաղություն», «Հաճախ» կամ «Միշտ» գնահատականների գումարը գտնվում է «Միջին» գնահատականների տիրույթում,
- «Վստահությունը սեփական ուժերի նկատմամբ»՝ «Բարձր» գնահատականների տիրույթում,
- հոգեվիճակի երեք բացասական բնութագրերի գնահատականները գտնվում են «Միջին» գնահատականների տիրույթում:

Գծապատկեր 54. Բնակչության ընդհանուր հոգեվիճակի բնութագրերը, 2013 թ.



Գծապատկեր 55-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ բնակչության դրական հոգեվիճակի բնութագիրը, որը չափվել է 2010-2013 թթ. ընթացքում, 2013 թ.-ին անկում է ունեցել 2010-2012 թթ. համեմատ: Սթրեսային իրավիճակները բնութագրող զգացողություններից մեկը՝ «Զայրույթ, բարկություն»՝ 2010-2013 թթ. ընթացքում մնացել է որոշակի միջակայքում, իսկ «Անհանգստություն, անվստահություն, անորոշություն» զգացողությունը «Հաճախ» կամ «Միշտ» ունեցողների քանակը՝ 2012-2013 թթ. նվազել է 2010-2011 թթ. համեմատ:

Գծապատկեր 55. Բնակչության հոգեվիճակի մի քանի բնութագրերի դինամիկան 2010-2013 թթ.



Տրամադրությունների բնութագրերի բաշխումները՝ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում, ներկայացված են Աղյուսակ 24-ում: Գունավորված վանդակներում տրված են բաշխումներն այն սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում, որտեղ տարբերությունները վիճակագորեն նշանակալի են:

Աղյուսակ 24. Տրամադրության բնութագրիչների բաշխումները սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում, 2013 թ.

Միշտ կամ հաճախ	Ճնշված տրամադրություն	Լավ տրամադրություն	Չայրույթ, բարկություն	Հանգստություն, հանդարտություն	Վստահություն ուժերի նկատմամբ	Անհանգստություն, անվստահություն
Բնակավայր						
Երևան	46.7%	49.6%	43.8%	40.9%	69.9%	39.7%
Քաղաք	47.7%	48.9%	46.8%	43.4%	73.7%	40.1%
Գյուղ	50.7%	51.3%	47.2%	46.9%	76.7%	42.6%
Սեռ						
Արական	49.3%	49.7%	47.6%	45.4%	78.7%	40.5%
Իգական	47.7%	50.2%	44.4%	42.3%	68.8%	41.2%
Տարիք						
18-29	32.8%	67.2%	40.8%	50.5%	83.8%	34.0%
30-45	51.0%	49.8%	53.5%	42.2%	72.6%	43.2%
46-60	55.5%	38.6%	44.1%	37.1%	66.7%	42.3%
60 +	61.0%	36.8%	40.4%	48.3%	67.1%	47.0%
Կրթություն						
Միջն.	53.8%	47.9%	50.5%	41.8%	73.2%	46.6%
Միջ. մասն.	48.7%	49.1%	45.2%	43.6%	71.7%	38.8%
Բար.	40.4%	54.1%	40.4%	46.8%	75.8%	35.8%
Բարեկեց.						
Ցածր	59.3%	39.7%	53.1%	37.9%	67.4%	47.0%
Միջին	47.9%	51.8%	45.7%	44.5%	73.2%	43.3%
Բարձր	37.9%	58.5%	38.9%	48.8%	79.6%	32.2%

Աղյուսակի տվյալների վերլուծությունը վկայում է, որ՝

- տարիքը և բարեկեցությունն անձի տրամադրությունը պայմանավորող առավել հզոր գործոններն են, բարեկեցության աճը բարելավում է տրամադրության բոլոր բնութագրերը, իսկ տարիքի աճը վատթարացնում է համարյա բոլորը,
- կրթամակարդակի աճը նվազեցնում է տրամադրության բացասական բնութագրիչների արժեքները,

- սեռը և բնակավայրի տիպը վիճակագրորեն նշանակալի ազդեցություն են գործում սեփական ուժերի նկատմամբ վստահության բաղադրիչի վրա՝ համեմատաբար ավելի վստահ են իրենց ուժերին տղամարդիկ և գյուղական բնակավայրերի բնակիչները:

6 Ռիսկի գործոններ

Կենցաղային ռիսկի գործոններ

Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն

Որպես կենցաղային ռիսկի գործոններ են դիտարկվել օդի, ջրի, հողի աղտոտվածությունը, աղմուկը, ռադիացիան և կլիմայի փոփոխությունն առաջացնող գործողությունները, ընդամենը 14 գործոն: Դրանք են.

Օդն աղտոտող գործոններ.

- Փոշի,
- օդի աղտոտվածություն՝ ավտոմոբիլային ծխից,
- օդի աղտոտվածություն՝ արտադրությունից,
- օդի աղտոտվածություն՝ ֆերմաներից:

Ջրի աղտոտվածություն.

- խմելու ջրի աղտոտվածություն,
- ոռոգման ջրի աղտոտվածություն:

Աղբ.

- կենցաղային աղբի կուտակումներ,
- շինարարական աղբ,
- արտադրական թունավոր նյութերի (թափոնների) կուտակումներ:

Աղմուկ.

- տրանսպորտային աղմուկ՝ ավտոմոբիլ, երկաթուղի, ինքնաթիռ,
- կենցաղային աղմուկ՝ ռեստորան, բար, հարևաններ, փողոց,
- արտադրական աղմուկ:

Միջավայր.

- Ռադիացիա:

Կլիմայի փոփոխություն.

- անտառահատումներ (ծառահատումներ):

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է միայն ռիսկի գործոնների տարածվածության աստիճանը, և ենթադրություններ չեն կատարվել դրանց համեմատական վտանգավորության աստիճանի վերաբերյալ, օրինակ՝ ի՞նչն է ավելի վտանգավոր՝ փոշին, թե՞ արտադրական աղմուկը:

Ընդ որում, հարկ է հաշվի առնել, որ ներկայացված են ռիսկի գործոնների առկայության մասին մարդկանց ընկալումները, որոնք սուբյեկտիվ են:

Ռիսկի գործոնների տարածվածությունը ուսումնասիրվել է հետևյալ հարցով. «**Հետևյալ բնապահպանական խնդիրներից որո՞նք են առկա Ձեր տան շրջակայքում**»: Հարցվողին ներկայացվել է ռիսկի գործոնների ցանկը:

Համանման ձևով իրականացվել էր ռիսկի գործոնների տարածվածության գնահատումը նաև 2011 և 2012 թթ. ընթացքում:

Դիտարկված կենցաղային ռիսկի խնդիրների **տարածվածությունը Հայաստանում և դրանց փոփոխության դինամիկան** 2011-2013 թթ. ներկայացված են Գծապատկեր 56-ում: Գծապատկերի տվյալների հիման վրա **կենցաղային ռիսկի** գործոններն ըստ դրանց տարածվածության կարելի է ստորաբաժանել չորս խմբի:

Ամենատարածված գործոնների **առաջին** խումբն են կազմում.

- **փոշին** (դրա առկայության մասին է հայտնել հարցվածների 54,1%-ը), որի տարածվածությունը նշանակալիորեն գերազանցում է իր տարածվածությամբ երկրորդ ռիսկի գործոնին,
- **օդի աղտոտվածությունն ավտոմոբիլային ծխից** (41,7%):

Երկրորդ խումբը կազմում են՝

- **տրանսպորտային աղմուկը** (32,1%),
- **խմելու ջրի աղտոտվածությունը** (29,8%),
- **կենցաղային աղբի կուտակումները** (27,9%),
- **ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը** (25,4%):

Երրորդ խմբում են՝

- **շինարարական աղբը** (14,1 %),
- **օդի աղտոտվածությունն արտադրությունից** (12,8%),
- **կենցաղային աղմուկը՝ ռեստորան, բար, հարևաններ, փողոց** (12,0%),
- **ռադիացիան** (11,8 %):

Չորրորդ խմբում են՝

- **անտառահատումներն ու ծառահատումները** (8,3%),
- **օդի աղտոտվածությունը (անասնապահական) ֆերմաներից** (7,7%),
- **արտադրական թունավոր նյութերի (թափոնների) կուտակումները** (5,9%),
- **արտադրական աղմուկը** (2,0 %):

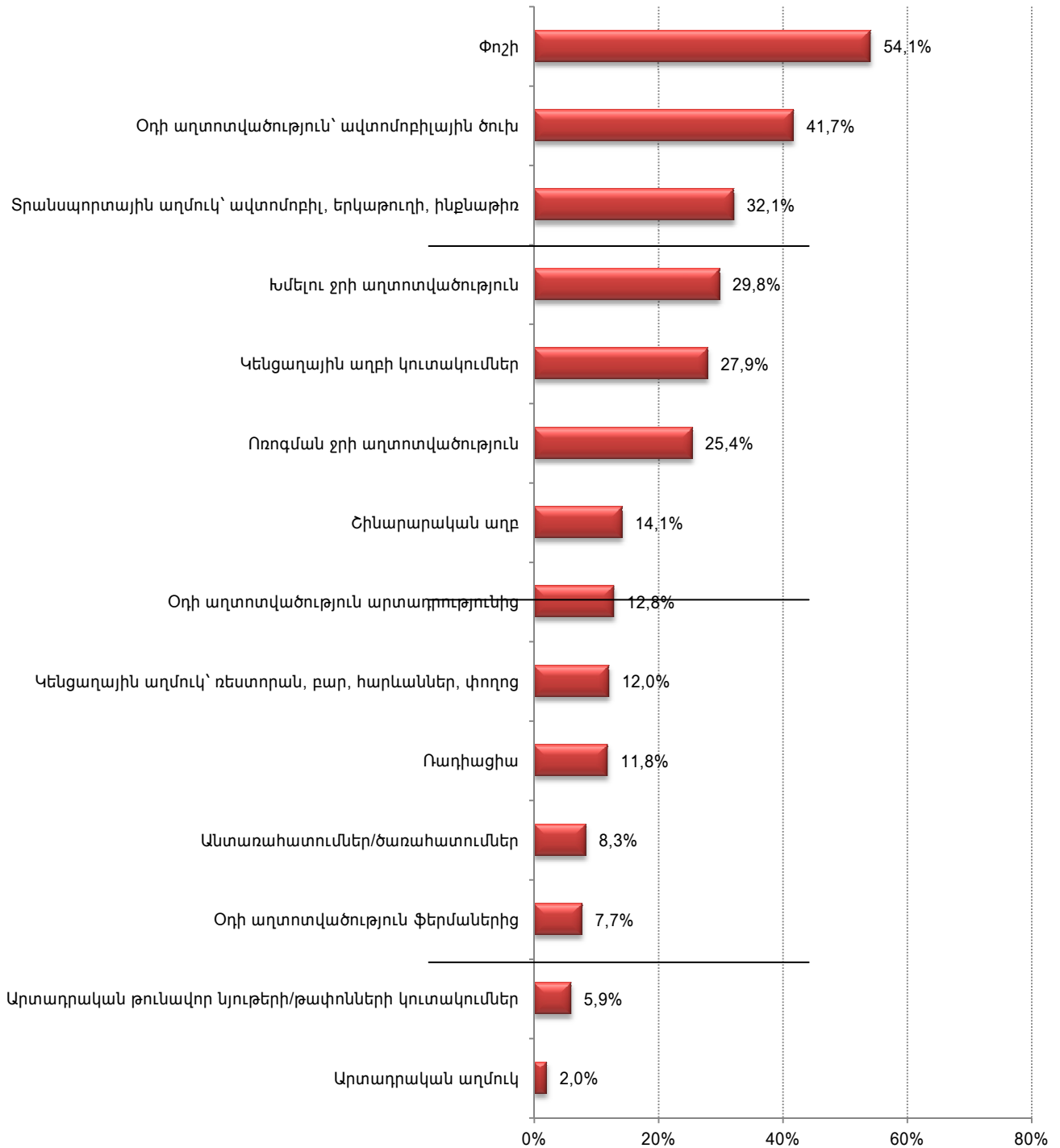
Ռիսկի գործոնների տարածվածության փոփոխությունը 2011-2013 թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 57-ում: Գծապատկերների ընդհանուր տեսքը հուշում է, որ՝

- **2012 թ.-ին 2011 թ. համեմատ տեղի է ունեցել կենցաղային ռիսկի գործոնների առկայության նվազում,**
- **իսկ 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ դրանց առկայության տարածվածության փոփոխություններն աննշան են:**

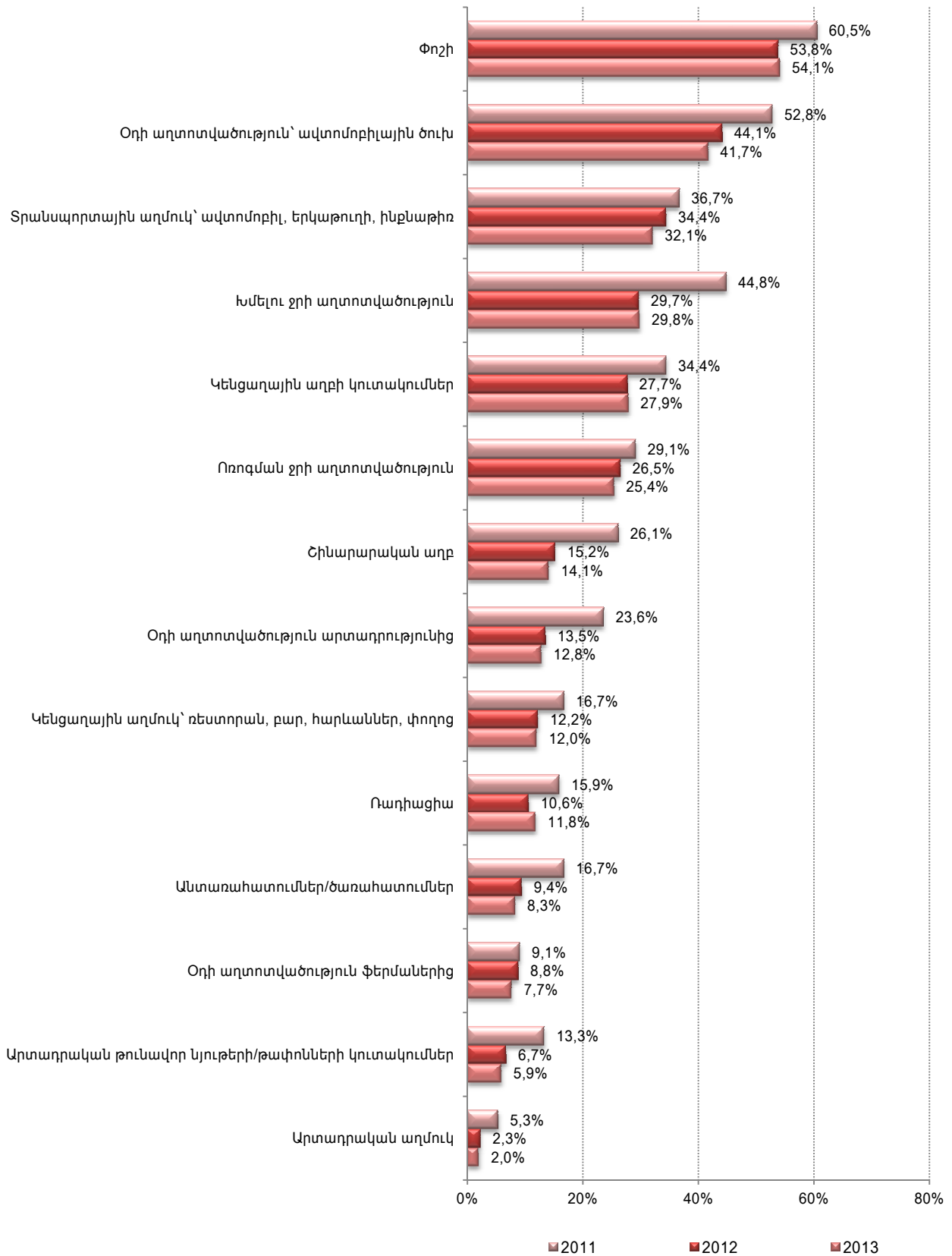
Հաշվարկվել է կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և դրանց դինամիկան 2011-2013 թթ. ընթացքում ըստ բնակավայրի տիպի: Արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 58-ում՝ Երևան, Գծապատկեր 59-ում՝ քաղաքներ և Գծապատկեր 60-ում՝ գյուղեր: Գծապատկեր 61-ում առանձին ներկայացված է 2013 թ. շրջակա միջավայրին առընչվող խնդիրների

տարածվածությունն ըստ բնակավայրի տիպի: Այն թույլ է տալիս ավելի դյուրությամբ ընկալել **ռիսկի գործոնների հետ կապված երևանյան, քաղաքային և գյուղական խնդիրները:**

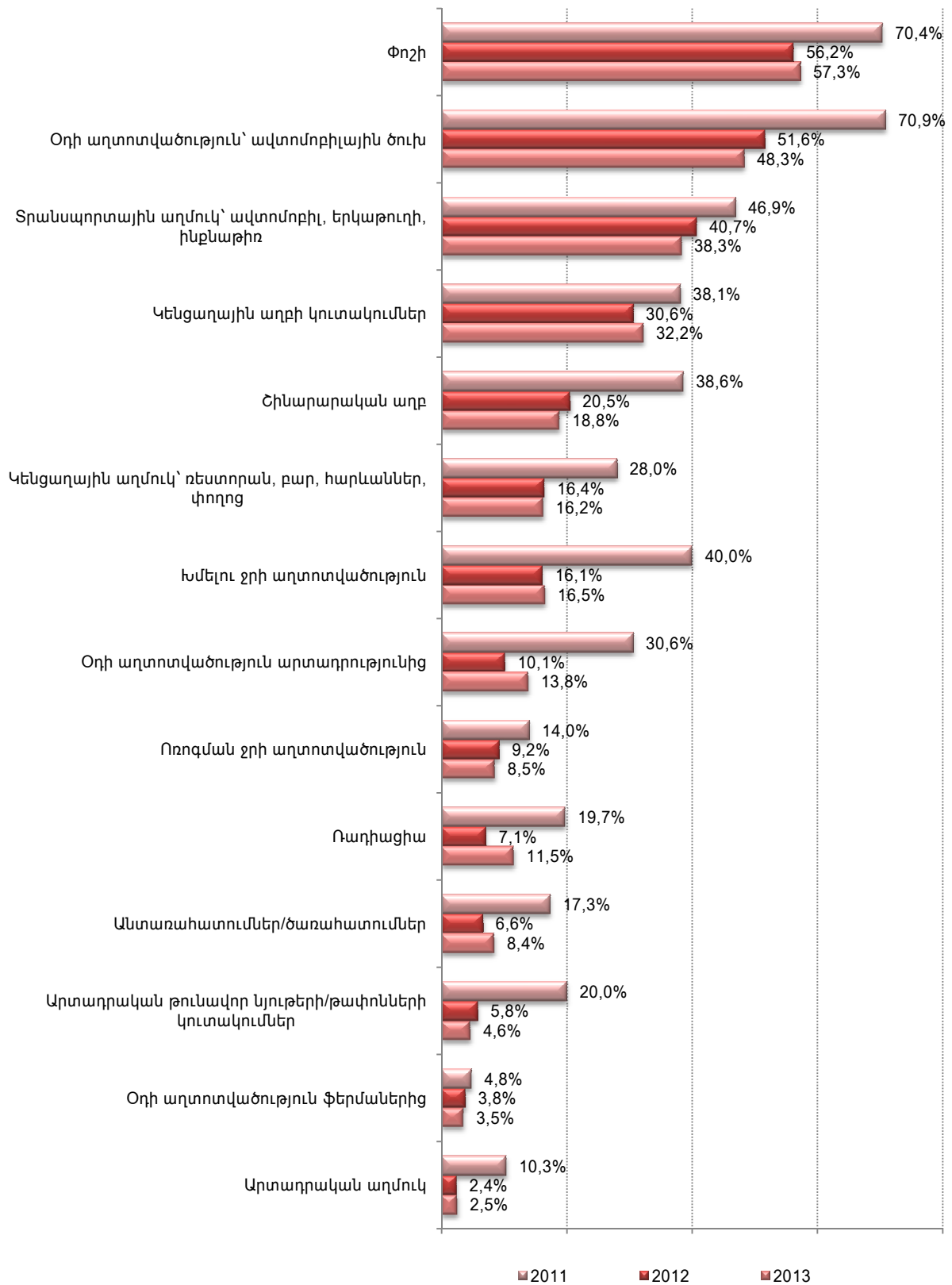
Պատկեր 56. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, Հայաստան, 2013 թ.



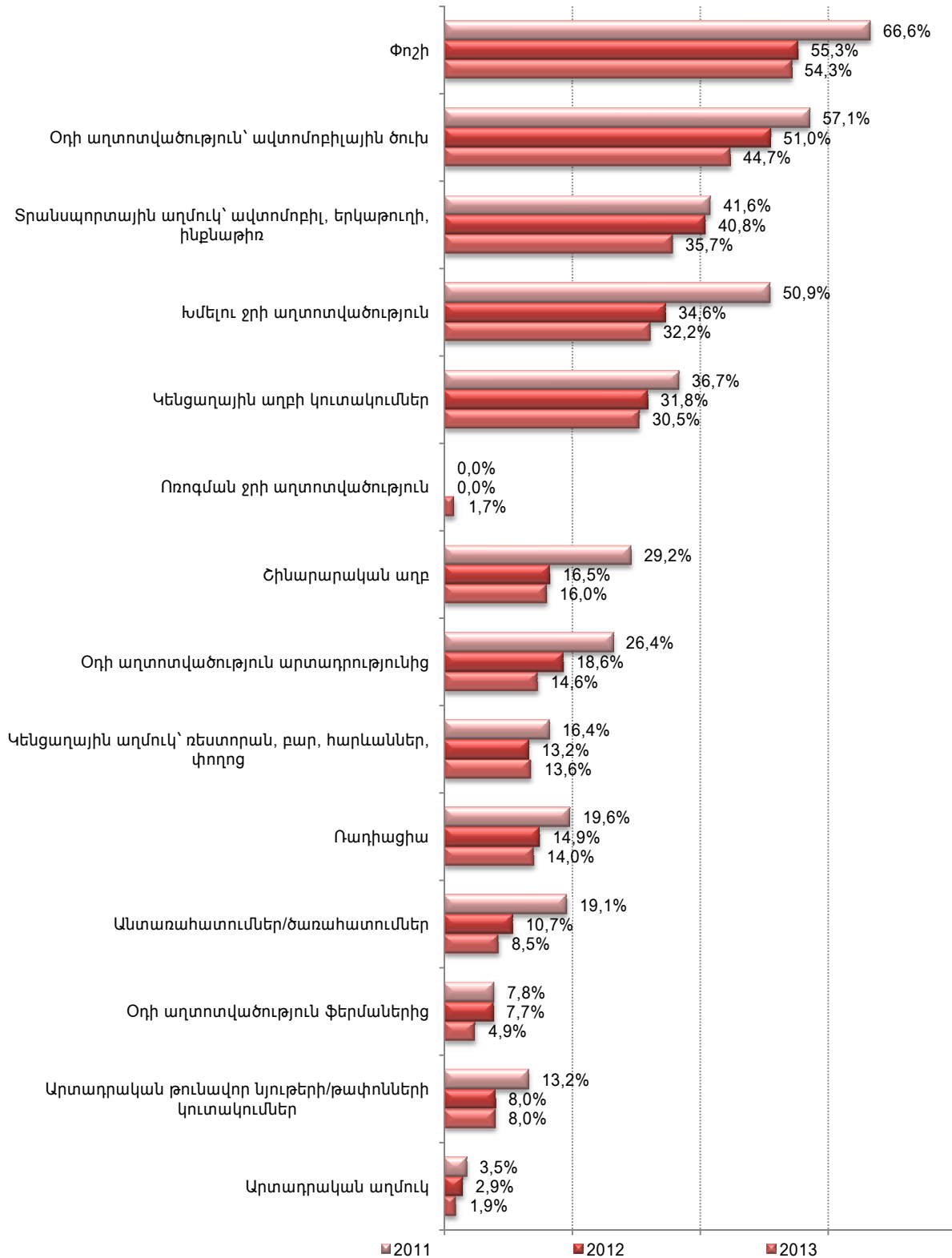
Գծապատկեր 57. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, Հայաստան, 2011-2013 թթ.



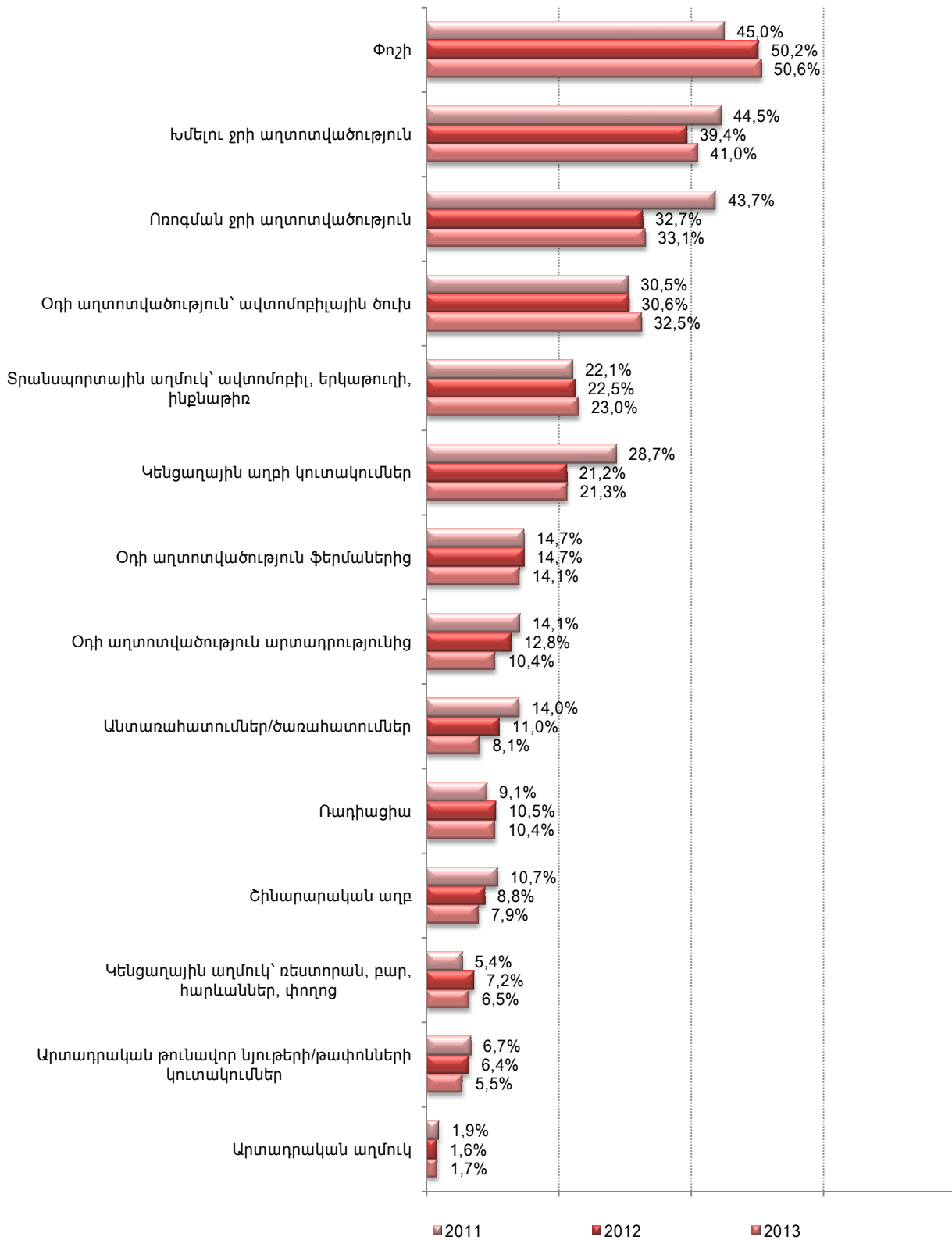
Գծապատկեր 58. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, Երևան, 2011-2013 թթ.



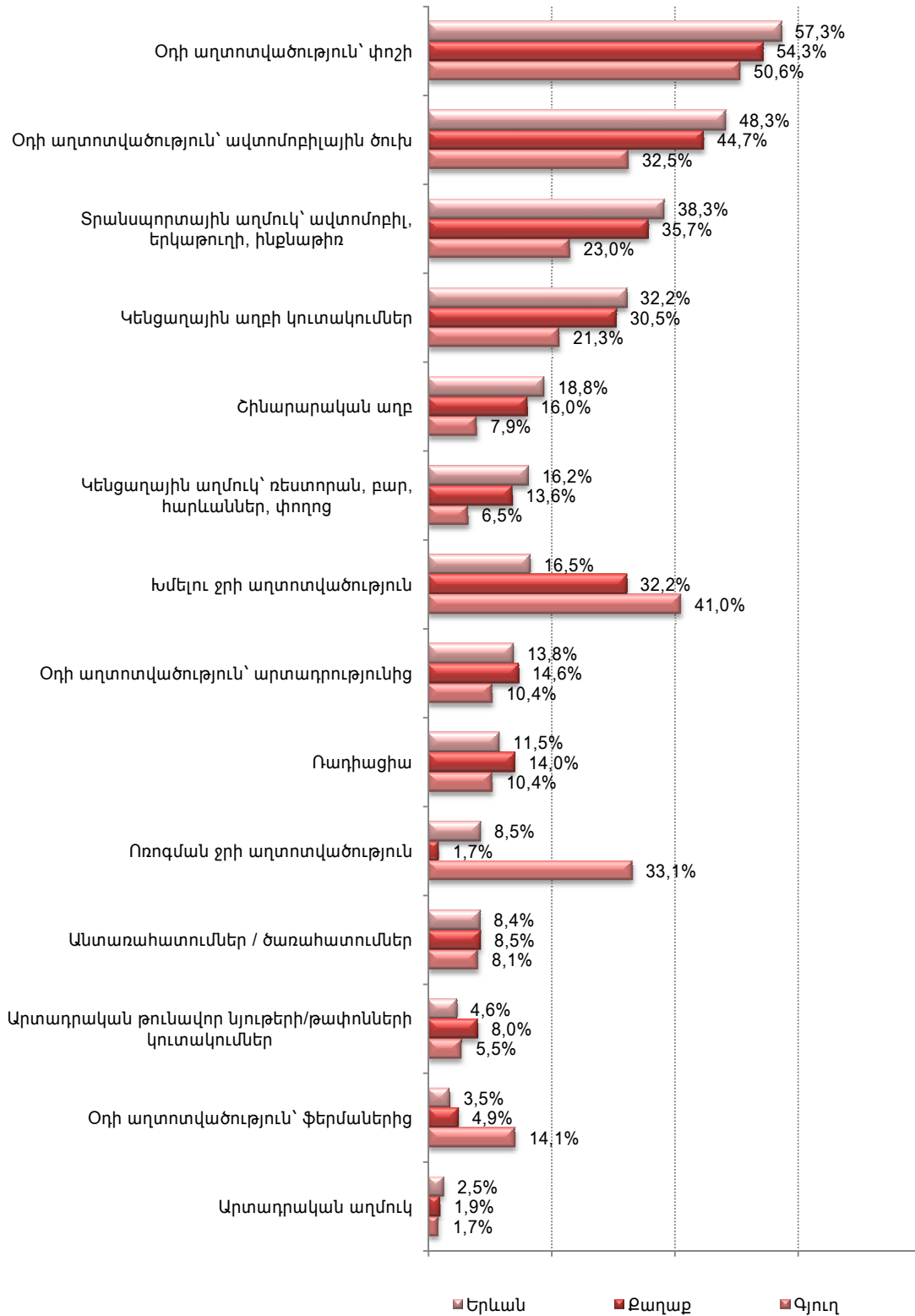
Գծապատկեր 59. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, մարզային բաղաբներ, 2011-2013 թթ.



Գծապատկեր 60. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, գյուղեր, 2011-2013 թթ.



Գծապատկեր 61. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակավայրի տիպերի, 2013 թ.



Ներկայացված գծապատկերներից բխող եզրակացությունները թվարկված են ստորև:

- **Ընդհանուր առմամբ՝ Հայաստանում կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության սրացումը դադարել է:**

Այնուամենայնիվ, գրանցվել են բնակավայրի տարբեր տիպերում առկա, մի քանի կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության աճի միտումներ:

Մասնավորապես՝

- **Երևանում** 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ առաջացել է՝
 - ✓ արտադրությունից օդի աղտոտման աճի միտում,
 - ✓ ծառահատումների աճի միտում:
- **Քաղաքներում** 2011-2013 թթ. առկա են կենցաղային ռիսկի գործոնների նվազման միտումներ, այդ թվում՝
 - ✓ ավտոմոբիլային ծխի,
 - ✓ տրանսպորտային աղմուկի,
 - ✓ խմելու ջրի աղտոտվածության,
 - ✓ արտադրությունների հետևանքով օդի աղտոտման,
 - ✓ ծառահատումների:
- **Գյուղերում** առկա է՝
 - ✓ ավտոմոբիլային ծխի աճի միտում,
 - ✓ արտադրությունից օդի աղտոտման նվազման միտում,
 - ✓ ծառահատումների նվազման միտում:
- Բնակավայրի տարբեր տիպերում առկա են կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության հետևյալ առանձնահատկությունները.
 - ✓ խմելու ջրի աղտոտվածությունը շատ ավելի բարձր է գյուղերում (41,0%) և քաղաքներում (32,6%), այն դեպքում, երբ Երևանում՝ 16,5% է,
 - ✓ ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը շատ բարձր է գյուղերում՝ 33,1%,
 - ✓ գյուղական խնդիր է նաև օդի աղտոտվածությունը ֆերմաներից՝ 14,1%:

Կենցաղային ռիսկի գործոնների ինդեքս

Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ընդհանրացված պատկերը ստանալու համար, դրանց տարածվածության բնութագրերի միջոցով կառուցվել է՝

- **կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինդեքս**, որը հավասար է հարցվողի կողմից իր տան շրջակայքում ընկալվող կենցաղային ռիսկի գործոնների քանակին:

Ինդեքսի արժեքը կարող է փոխվել [0; 14] միջակայքում (քանի որ դիտարկված են 14 կենցաղային ռիսկի գործոններ): Ինդեքսը բնութագրում է ռիսկի գործոնների տարածվածության ինտենսիվությունը:

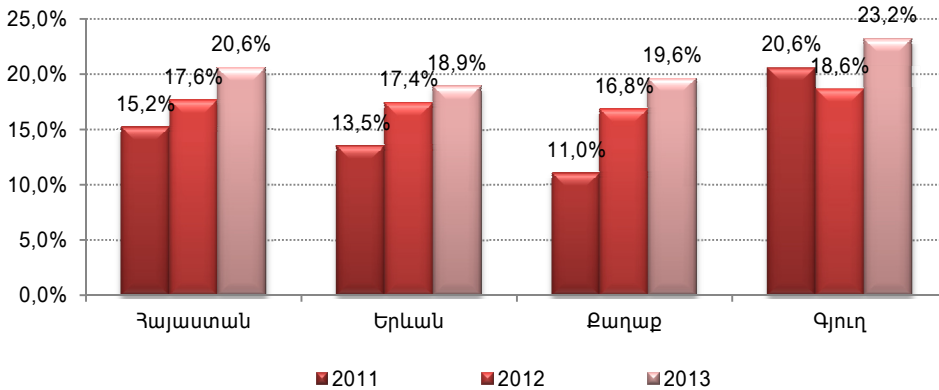
Գծապատկեր 62-ում ներկայացված է իրենց տան շրջակայքում բնապահպանական ոչ մի խնդիր չընկալող բնակչության քանակի փոփոխության դինամիկան 2011-2013 թթ. ընթացքում Հայաստանում և տարբեր տիպի բնակավայրերում: Տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- **իրենց բնակավայրում կամ տան շրջապատում կենցաղային ռիսկի գործոններ չընկալող բնակչության քանակը 2011-2013 թթ. ընթացքում ավելացել է:**

Եթե 2011 թ.-ին Հայաստանում իրենց տան շրջակայքում կենցաղային ռիսկի գործոններ չէր ընկալում Հայաստանի բնակչության 15,2%-ը, ապա 2013 թ. նրանց քանակն արդեն 20,6% էր:

- Ընդ որում, իրենց բնակարանի կամ տան շրջակայքում կենցաղային ռիսկի գործոններ չընկալող բնակչության քանակը գյուղերում հարաբերականորեն ավելի մեծ է, քան Երևանում և քաղաքներում:

Գծապատկեր 62. Իրենց տան շրջակայքում կենցաղային ռիսկի գործոններ չընկալող բնակչության քանակի դինամիկան, 2011-2013 թթ.

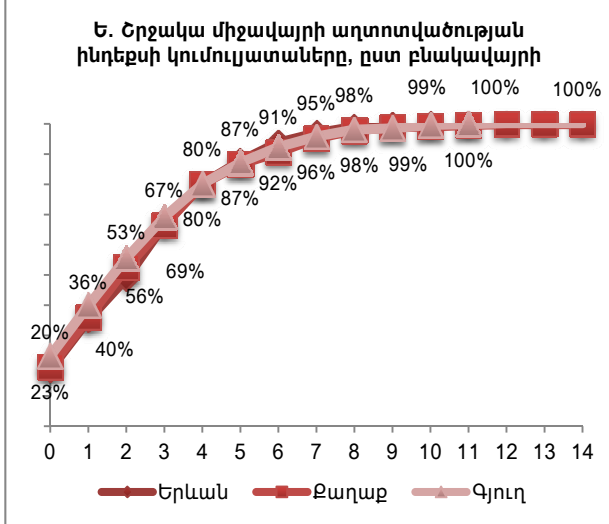
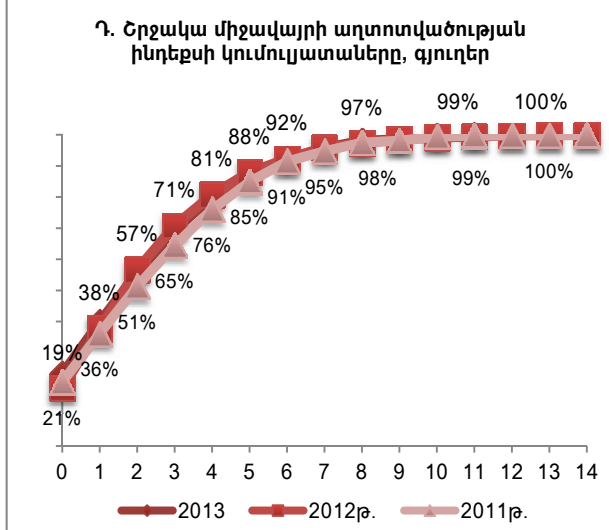
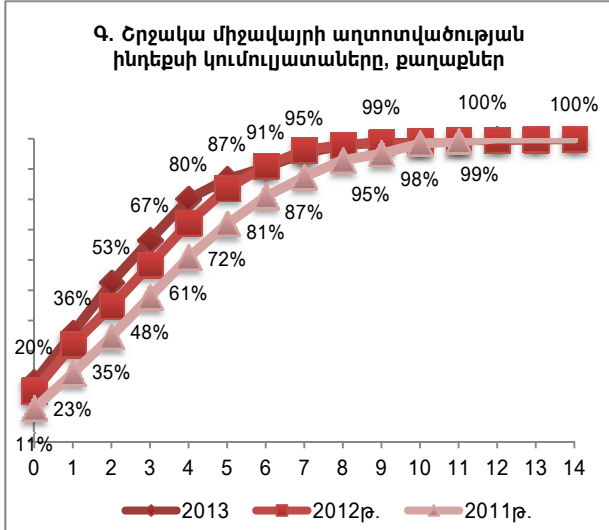
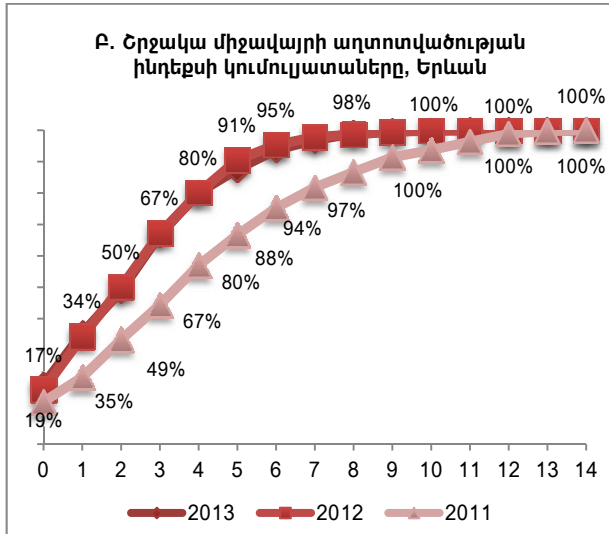
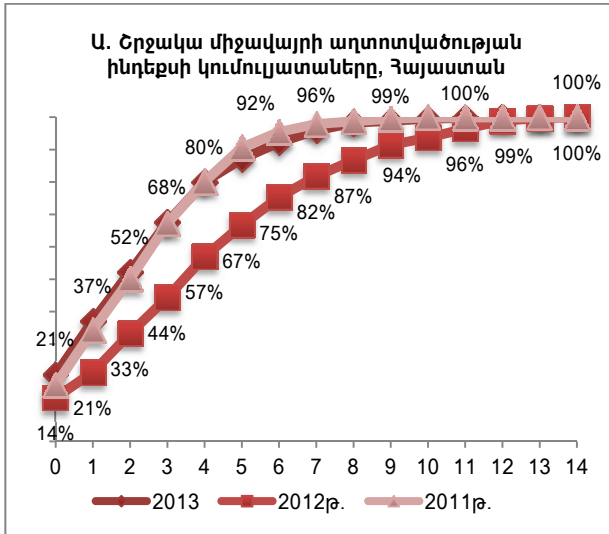


Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինդեքսի գումարային բաշխումները, որոնք տրված են Գծապատկեր 63ի Ա, Բ, Գ, Դ, Ե-ում, ցույց են տալիս, որ՝

Այսպիսով, 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ՝

- ✓ կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինտենսիվության տեսակետից փոփոխություն տեղի չի ունեցել (Գծապատկեր 63-Ա),
- ✓ Երևանում կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինտենսիվության տեսակետից փոփոխություն տեղի չի ունեցել (Գծապատկեր 63-Բ),
- ✓ քաղաքներում կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինտենսիվությունը նվազել է (Գծապատկեր 63-Գ),
- ✓ գյուղերում կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության ինտենսիվության տեսակետից փոփոխություն տեղի չի ունեցել (Գծապատկեր 63-Դ),
- ✓ ընդհանուր առմամբ, 2013 թ. կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության տեսակետից իրավիճակը Երևանում, քաղաքներում և գյուղերում միմյանցից վիճակագրորեն չեն տարբերվում (բաշխումների տարբերության χ^2 թեստի նշանակալիությունը 0,203 է):

Գծապատկեր 63. Կենցաղային ռիսկի գործոնների ինտենսիվության ինդեքսի գումարային բաշխումները, 2011-2013 թթ.



Թափառող կենդանիներ

Կենցաղային ռիսկի գործոններին կարելի է դասել նաև թափառող կենդանիներին, այդ թվում՝ առնետներն ու մկները, փողոցային շները, կարիճներն ու թունավոր միջատները, օձերն ու այլ սողունները, ինչպես նաև, գիշատիչ կենդանիներ, այն տրամաբանությամբ, որ դրանցից կարող են տուժել մարդիկ և առաջանալ առողջության հետ կապված խնդիրներ:

Այդ կենդանիների առկայությունը գնահատվել է հետևյալ հարցի միջոցով. **«Ասացե՛ք, ինդրե՛մ, հետևյալ վտանգավոր կենդանիներից/միջատներից որո՞նք են առկա Ձեր բնակարանի/տան շրջակայքում»:** Դիտարկվել են հետևյալ կենդանիները՝

- առնետներ/մկներ,
- փողոցային շներ,
- կարիճներ, թունավոր միջատներ,
- օձեր, այլ սողուններ,
- գիշատիչ կենդանիներ՝ գայլ, արջ և այլն (հարցը տրվել է միայն գյուղերում):

Նշված ռիսկի գործոնների տարածվածությունը Հայաստանում 2013 թ. ներկայացված է Գծապատկեր 64-ում:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ, եթե հարցին մոտենում ենք զարգացած երկրներին հատուկ չափանիշներով, ապա.

- **Հայաստանում բոլոր նշված թափառող կենդանիները էական խնդիրներ են:**

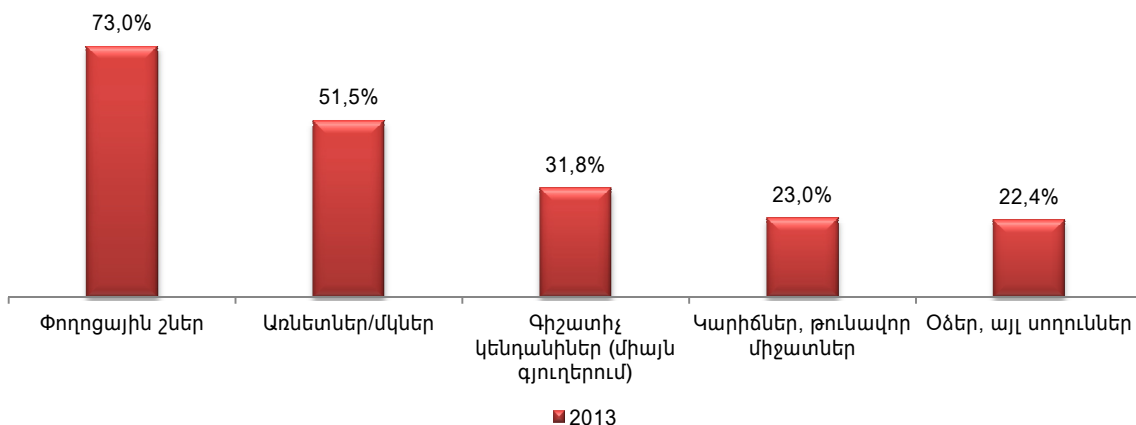
Հատկապես տարածված են՝

- **փողոցային թափառող շները, որոնց առկայության մասին՝ իրենց տան կամ շենքի շրջակայքում, հաղորդել են հարցվածների համարյա երեք քառորդը՝ 73,0%-ը և**
- **առնետներն ու մկները, որոնց առկայության մասին հաղորդել է յուրաքանչյուր երկրորդ հարցվածների՝ 51,5%-ը:**

Հարկ է նշել, որ՝

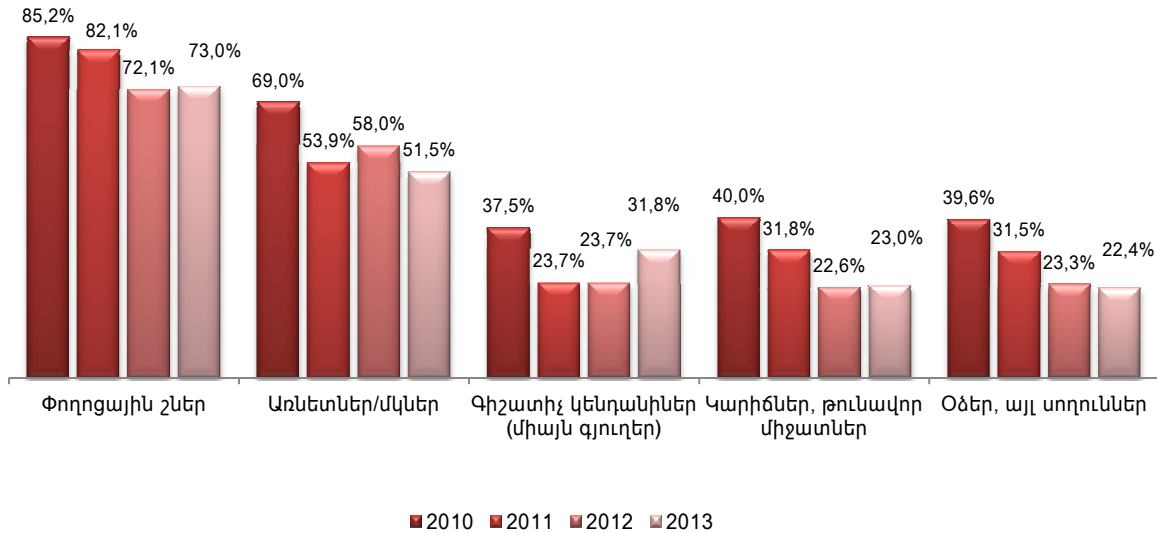
- **գյուղական բնակչության յուրաքանչյուր երրորդ ընտանիքի տան շրջակայքում գիշատիչ կենդանիների առկայության փաստը մտահոգեցնող է:**

Գծապատկեր 64. Թափառող կենդանիների տարածվածությունը, Հայաստան, 2013 թ.



2010-2013 թթ. թափառող կենդանիների, թունավոր սողունների ու միջատների առկայության փոփոխության միտումները, հարցվողի բնակարանի, տան շրջակայքում, ներկայացված են Գծապատկեր 65-ում:

Գծապատկեր 65. Թափառող կենդանիների առկայությունը, Հայաստան, 2011-2013 թթ.



Գծապատկերի ընդհանուր պատկերը և տվյալները վկայում են, որ՝

- եթե 2010-2012 թթ. Հայաստանում դիտվել է թափառող կենդանիների, սողունների, կրծողների և թունավոր միջատների քանակի կրճատման միտում, ապա 2013 թ.-ին այդ միտումը դադարել է,
- սակայն 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ (գյուղական) տան շրջակայքում հանդիպող գիշատիչ կենդանիների քանակն աճել է:

Թափառող կենդանիների, թունավոր սողունների ու միջատների և կրծողների տարածվածությունն ըստ բնակավայրերի տիպերի, տրված է Գծապատկեր 67-ում:

Ըստ այդ տվյալների, Երևանում՝

- 2013 թ.-ին շարունակվել է առնետների և մկների առկայության նվազման միտում: Եթե 2010 թ.-ին դրանց մասին հաղորդել էին Երևանի բնակիչների 61,6%-ը, ապա 2013 թ.-ին՝ 42,1%-ը,
- փողոցային շների, կարիճների ու թունավոր միջատների, օձերի և այլ սողունների մասին հաղորդածների դեպքերի (հաղորդումների) քանակը վիճակագրորեն նշանակալի չի փոխվել:

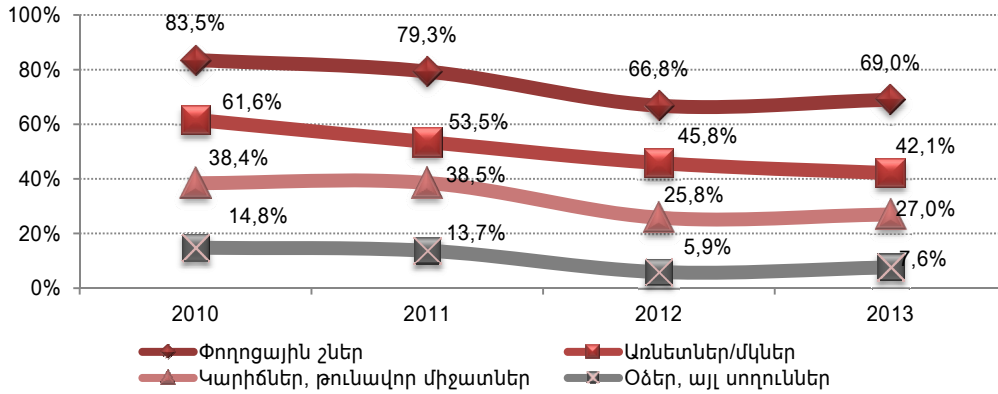
Քաղաքներում՝

- նվազել է առնետների ու մկների, ինչպես նաև օձերի ու այլ սողունների առկայության ընկալումը,
- փողոցային շների առկայության ընկալումը չի փոխվել, սակայն այն շատ բարձր է: Դրանց առկայությունն ընկալում են քաղաքների բնակիչների 76,8%-ը:

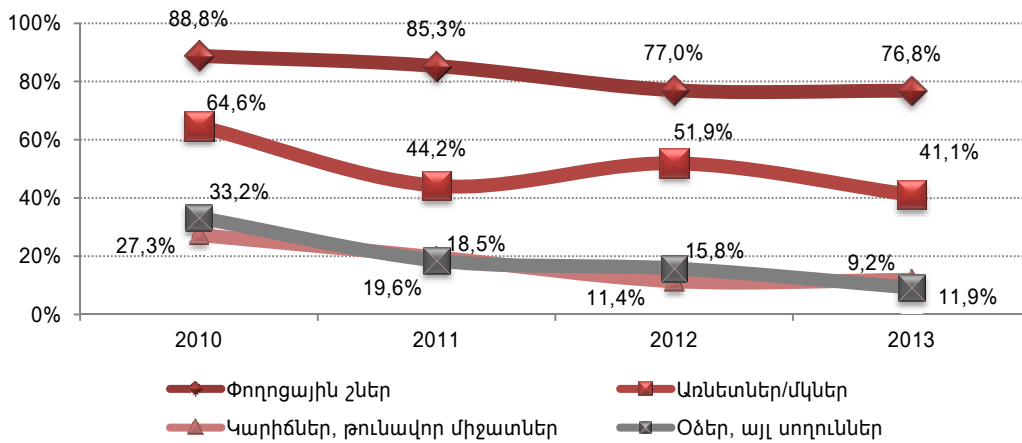
Գյուղերում՝

- **սկզբել է գիշատիչ կենդանիների առկայության ընկալումը, սակայն այն մնում է շատ բարձր՝ 31,8%:**

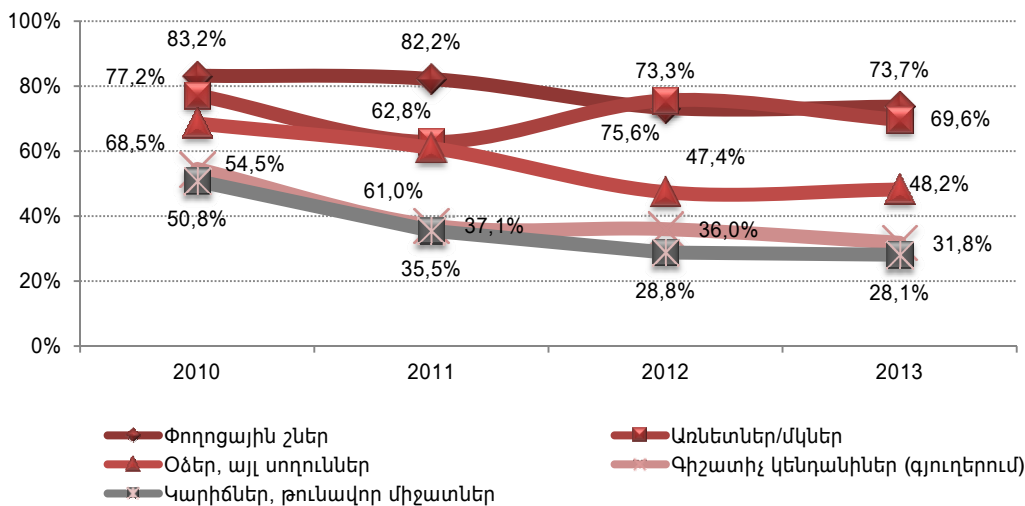
Գծապատկեր 66. Թափառող կենդանիների առկայությունը Երևանում, 2010-2013 թթ.



Գծապատկեր 67. Թափառող կենդանիների առկայությունը քաղաքներում, 2010-2013 թթ.



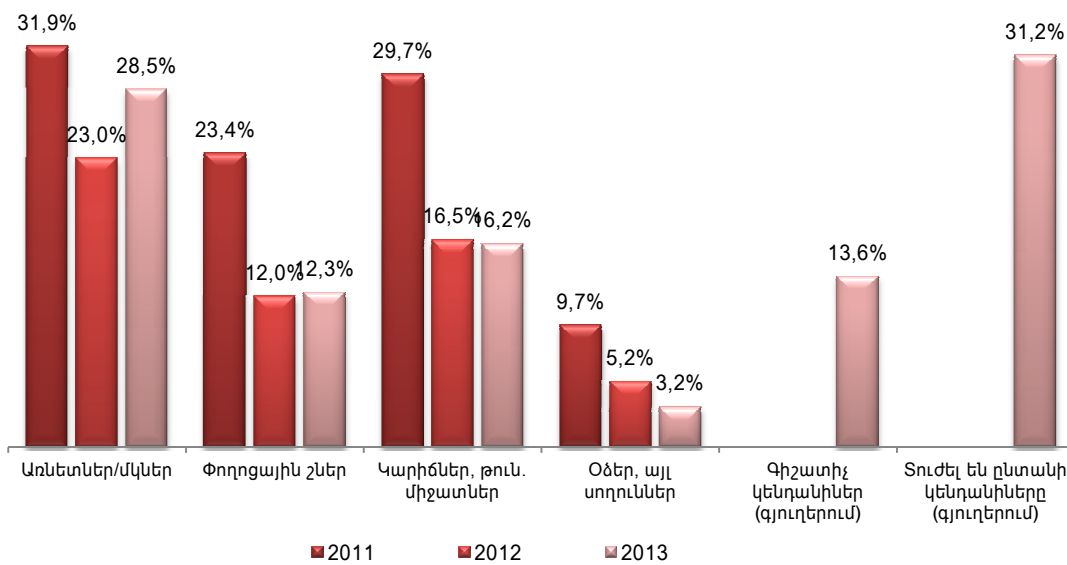
Գծապատկեր 68. Թափառող կենդանիների առկայությունը գյուղերում, 2010-2013 թթ.



Թափառող կենդանիներից տուժածների վերաբերյալ 2011-2013 թթ. տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 69-ում, որից երևում է, որ՝

- առնետներից տուժած բնակչության քանակն աճել է,
- փողոցային շներից, ինչպես նաև կարիճներից ու թունավոր միջատներից տուժածների քանակը չի փոխվել,
- օձերից տուժածների քանակը նվազել է:

Գծապատկեր 69. Թափառող կենդանիներից տուժածներն ըստ բնակավայրի տիպի, 2011 և 2013 թթ.: Տոկոսները հաշվարկված են այն անձանց քանակից, ովքեր հաղորդել են կենդանիների առկայության մասին



Վարքագծային ռիսկի գործոններ

Ծխախոտի օգտագործում

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է բնակչության առողջության ամենատարածված ռիսկի գործոններից մեկը՝ **ծխելու սովորությունը**: Ծխելու սովորությունը համարվում է վտանգավոր ամեն օր ծխելու դեպքում: Այդ պատճառով ամեն օր ծխողների քանակն օգտագործվում է որպես այդ ռիսկի գործոնի ուսումնասիրության հիմնական ցուցանիշ:

- **Հայաստանում ամեն օր ծխում է տղամարդկանց 56,5%-ը (Աղյուսակ 25), որը շատ մեծ տոկոս է կազմում, իսկ կանանց մոտ՝ 3,5 %-ը (հայտնում են դրա մասին):**

Աղյուսակ 25. Ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը, 2013 թ.

	Արական	Իգական	Ընդամենը
Չեք ծխում	39,4%	93,8%	68,3%
Ծխում եք ոչ ամեն օր	3,8%	0,7%	2,1%
Ծխում եք ամեն օր	56,2%	3,5%	28,2%
Պատասխան չկա	0,5%	2,1%	1,3%
Ընդամենը	100%	100%	100%

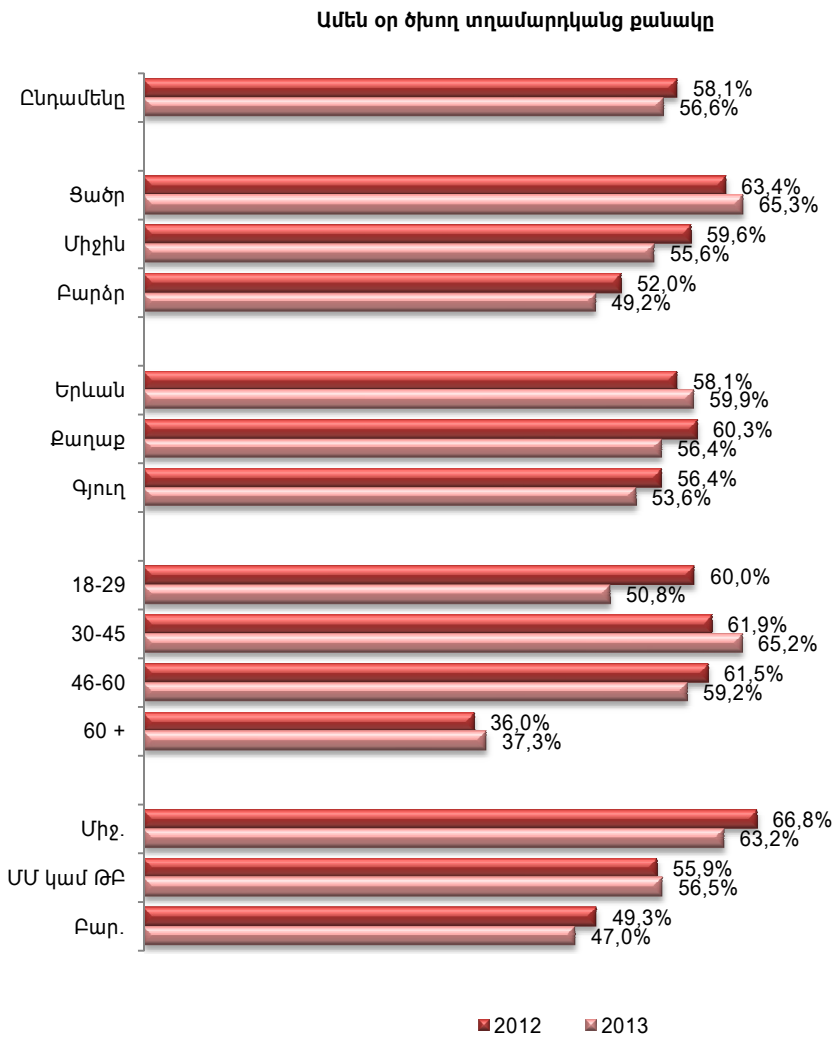
Վիճակագրական փորձարկումները ցույց տվեցին, որ՝

- **ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը 2013 թ.-ին 2012 թ. համեմատ վիճակագրորեն նշանակալի փոփոխություն չի կրել,**
- **սակայն պետք է անհանգստացնող համարել այն, որ ամեն օր ծխող կանանց քանակի աճը գտնվում է վիճակագրական հավաստիության շեմին ($\chi^2 = 0,061$):**

Տղամարդկանց ծխելու սովորությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում 2012 և 2013 թթ. ներկայացված է Գծապատկեր 70-ում:

- **Ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը հարաբերականորեն ավելի բարձր է՝**
 - ✓ ցածր բարեկեցությամբ խմբում,
 - ✓ Երևանում,
 - ✓ 30-45 տարեկանների խմբում,
 - ✓ միջնակարգ և ավելի ցածր կրթությամբ անձանց շրջանում:

Գծապատկեր 70. Տղամարդկանց ծխելու սովորությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի, 2013 թ.



«Պասսիվ ծխողները»

«Պասսիվ ծխողներ» են համարվում չծխող անձինք, ովքեր պարբերաբար գտնվում են ծխողների կողքին՝ ծխախոտի ծխի վնասակար ազդեցության տակ:

Հետազոտության ընթացքում պասսիվ ծխողների նույնականացման համար կիրառվել են հետևյալ հարցերը՝

- **«Ձեր ընտանիքի ծխող անդամը Ձեր ներկայությամբ ծխու՞մ է տանը՝ փակ տարածքում»,**
- **«Ձեր աշխատավայրի ծխողները ծխու՞մ են Ձեր ներկայությամբ՝ փակ տարածքում»**

Հարցերը տրվել են չծխողներին:

Կիրառվել է չափման հետևյալ սանդղակը՝

- այո, ամեն օր,
- այո, շաբաթը մի քանի անգամ,
- այո, հազվադեպ,

- տանը/աշխատավայրում ծխող չկա:

Աղյուսակ 26-ից Աղյուսակ 29-ում ներկայացված են պասսիվ ծխողների քանակները տանը և աշխատավայրում՝ ըստ բնակավայրի տիպերի և ըստ պասսիվ ծխողի սեռի: Աղյուսակներում ներկայացված է բոլոր հարցվածների բաշխումը՝ և՛ ծխողները, և՛ չծխողները, որոնք իրենց հերթին ստորաբաժանված են պասսիվ ծխողների և նրանց ուլթեր լինելով չծխող՝ նաև չեն դառնում պասսիվ ծխող իրենց բնակարաններում: Աղյուսակներում տրված ծխողների և չծխողների քանակը մի փոքր տարբերվում է Աղյուսակ 25-ի տվյալներից, քանի որ այն անձանց, ուլթեր չեն պատասխանել՝ արդյո՞ք իրենք ծխում են, տանը և աշխատավայրում, ծխողների վերաբերյալ հարցերը չեն տրվել:

Տվյալների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ՝

- Հայաստանի 35,4% ընտանիքներում ընտանիքի անդամներն ընդհանրապես չեն ծխում,
- Հայաստանի չափահաս բնակչության 26,5%-ը ամեն օր պասսիվ ծխողի կարգավիճակում է, իսկ 7,0%-ը տանը պասսիվ ծխող է շաբաթական մի քանի անգամ,
- տանը պասսիվ ծխողների հարաբերական քանակը մի փոքր ավելի բարձր է գյուղերում,
- տանը ամեն օր պասսիվ ծխողներ են կանանց 43,9 %-ը, տղամարդկանց՝ 7,1%-ը:

Աղյուսակ 26. Պասսիվ ծխողները տանը, ըստ բնակավայրի տիպի, 2013 թ.

Որքա՞ն հաճախ է Ձեր ընտանիքի ծխող անդամը Ձեր ներկայությամբ ծխում տանը՝ փակ տարածքում	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդ.
Ամեն օր	27,3%	22,3%	29,3%	26,5%
Շաբաթը մի քանի անգամ կամ ավելի հազվադեպ	6,9%	7,4%	6,7%	7,0%
Տանը ծխող չկա	33,6%	40,0%	33,2%	35,4%
Հարցվողը ծխող է	32,2%	29,7%	30,0%	30,7%
Դժվարացել են պատասխանել	0,0%	0,5%	0,7%	0,4%
Ընդամենը	100%	100%	100%	100%

Աղյուսակ 27. Պասսիվ ծխողները տանը, ըստ սեռի, 2013 թ.

Որքա՞ն հաճախ է Ձեր ընտանիքի ծխող անդամը Ձեր ներկայությամբ ծխում տանը՝ փակ տարածքում	Ար.	Իգ.	Ընդ.
Ամեն օր	7,1%	43,9%	26,5%
Շաբաթը մի քանի անգամ կամ ավելի հազվադեպ	3,3%	10,2%	7,0%
Տանը ծխող չկա	28,6%	41,4%	35,4%
Հարցվողը ծխող է	60,4%	4,2%	30,7%
Դժվարացել են պատասխանել	0,5%	0,3%	0,4%
Ընդամենը	100%	100%	100%

- Հայաստանի չափահաս բնակչության 6,8%-ն այն չծխողներից է, ուլթեր աշխատավայրում ամեն օր պասսիվ ծխողների կարգավիճակում են, իսկ 3,5%-ը

աշխատավայրում պասսիվ ծխողների կարգավիճակում են շաբաթական մի քանի անգամ:

- Հայաստանի չափահաս աշխատող բնակչության 18,2%-ը չեն ծխում և աշխատավայրում պասսիվ ծխողների կարգավիճակում չեն:
- Աշխատող տղամարդկանց 7,6% և կանանց 6,0%-ը աշխատավայրում ամեն օր պասսիվ ծխողների կարգավիճակում են:
- Այսինքն՝ Հայաստանում չծխողների համար տանը ամեն օր պասսիվ ծխողների կարգավիճակում գտնվելու հավանականությունը 3,9 անգամ ավելի մեծ է, քան աշխատավայրում:

Աղյուսակ 28. Պասսիվ ծխողներն աշխատավայրում ըստ բնակավայրի, 2013 թ.

Որքա՞ն հաճախ են Ձեր աշխատավայրի ծխողները ծխում Ձեր ներկայությամբ՝ փակ տարածքում	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդ.
Ամեն օր	8,2%	5,8%	6,1%	6,8%
Շաբաթը մի քանի անգամ կամ ավելի հազվադեպ	4,5%	3,1%	2,8%	3,5%
Աշխատավայրում ծխող չկա	15,5%	14,9%	23,8%	18,2%
Հարցվողը ծխող է	32,2%	29,7%	30,0%	30,7%
Գտնվում է ֆիզ արձակուրդում/ինքնազբաղված է	1,7%	1,9%	8,0%	3,9%
Չի աշխատում	37,3%	43,8%	27,7%	35,9%
Դժվարացել են պատասխանել	0,6%	0,7%	1,6%	1,0%
Ընդամենը	100%	100%	100%	100%

Աղյուսակ 29. Պասսիվ ծխողները աշխատավայրում, ըստ սեռի, 2013 թ.

Որքա՞ն հաճախ են Ձեր աշխատավայրի ծխողները ծխում Ձեր ներկայությամբ՝ փակ տարածքում	Ար.	Իգ.	Ընդ.
Ամեն օր	7,6%	6,0%	6,8%
Շաբաթը մի քանի անգամ կամ ավելի հազվադեպ	3,6%	3,4%	3,5%
Աշխատավայրում ծխող չկա	11,1%	24,6%	18,2%
Հարցվողը ծխող է	60,4%	4,2%	30,7%
Գտնվում է ֆիզ արձակուրդում/ինքնազբաղված է	2,0%	5,7%	3,9%
Չի աշխատում	14,6%	54,9%	35,9%
Դժվարացել են պատասխանել	0,6%	1,2%	1,0%
Ընդամենը	100%	100%	100%

7 ԲՈՒԺՃԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ

Բուժօգնության որակը ու անվտանգությունը

Առողջապահական ծառայությունների որակի հետ կապված բաժնում, մասնավորապես, դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները՝

- չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման և բուժման արդյունավետություն, այդ թվում
 - ✓ կրծքագեղձի քաղցկեղի,
 - ✓ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի,
- հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակ:

Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում

Համաձայն ապացուցողական բժշկության տվյալների քաղցկեղների 40% կանխարգելվող և բուժվող հիվանդություններ են, և այս հիվանդությունների շարքին են պատկանում կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները (ԿՔ, ԱՊՔ): Այդ հիվանդությունները զարգանում են մոտավորապես 5-10 տարվա ընթացքում:

Քաղցկեղների բուժման հավանականությունն աճում է դրանց վաղ հայտնաբերման դեպքում:

Վերջին տասնամյակի ընթացքում ԿՔ և ԱՊՔ վերահսկման համապարփակ ծրագրերի շնորհիվ աշխարհի մի շարք զարգացող երկրներում քաղցկեղի այս տեսակի նոր դեպքերի թիվն ու մահացությունն իջել է 60-80%:

Կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղները կանանց չարորակ նորագոյացությունների կառուցվածքում գրավում են առաջին և երկրորդ տեղերը: Այդ հիվանդություններն առավել հաճախ հանդիպում են 35-55 տարեկան կանանց մոտ: 20 տարեկանից ցածր տարիքի կանանց մոտ ԿՔ և ԱՊՔ հազվադեպ են հանդիպում, իսկ դեպքերի մոտավորապես 20% արձանագրվում է 65-ից բարձր տարիքի կանանց շրջանում:

Համաշխարհային ցուցանիշների առումով ԿՔ և ԱՊՔ համաճարակաբանական պատկերը հետևյալն է. տարեկան գրանցվում է ԿՔ հիվանդացության 1 250 000 դեպք, որոնցից մահացությունը կազմում է շուրջ 550 000, իսկ ԱՊՔ՝ 464 000 հիվանդացության և մահացության 234 000 դեպքեր: Հարկ է նշել, որ այդ հիվանդությունների 8-10% բաժին են ընկնում տնտեսապես զարգացած երկրներին (ԱՀԿ, 2010):

Համաձայն 2013 թ.-ի ՀՀ ԱՆ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի և ԱՏՎՀ տվյալների ԿՔ դեպքերի 35% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (338 հիվանդացության դեպք): ԱՊՔ քաղցկեղի դեպքերի 62% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (171 հիվանդացության դեպք): ԿՔ նոր դեպքերը 25 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել են 1 085, իսկ ԱՊՔ՝ 296 դեպք:

Համաձայն Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զանգվածային հետազոտության տվյալների, Հայաստանում 2012 թվականին արգանդի պարանոցի հետազոտություն է անցել 30-60 տարեկան կանանց 10,2%, որը դեռևս լրջորեն զիջում է քջջաբանական սթրինինգի միջազգային ցուցանիշներին:

Այդ պատճառով քաղցկեղի բուժման տեսակետից շատ կարևոր է այն, թե ո՞ր փուլում են դրանք հայտնաբերվում: Քաղցկեղների հայտնաբերման տվյալներն ըստ քաղցկեղի փուլերի 2003-2013 թթ. ընթացքում ներկայացված են Գծապատկեր 71-ում:

Տվյալները հուշում են, որ՝

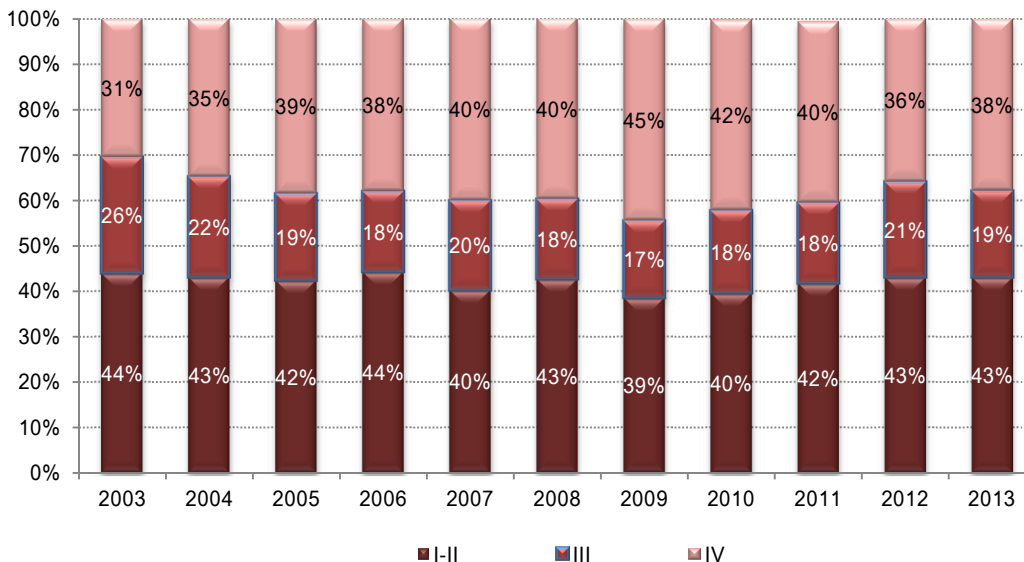
- **քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման հարցում առաջընթաց չկա:**

Այսպես՝ I-II փուլում հայտնաբերված քաղցկեղների մասնաբաժինը 2013 թ. կազմել է 43%՝ կրկնելով 2004 թ.-ին գրանցված մասնաբաժինը: Իսկ IV փուլում հայտնաբերված քաղցկեղների մասնաբաժինը կազմել է 38%՝ գերազանցելով 2003 և 2004 թթ. ընթացքում գրանցված մասնաբաժինը:

Յետևաբար՝

- **քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման խնդիրն արդեն 10 տարի է, որ մնում է խնդրահարույց և անհրաժեշտ են լուրջ միջոցառումներ այդ ցուցանիշը բարելավելու նպատակով:**

Գծապատկեր 71. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, բոլոր տեսակի քաղցկեղներ, 2003-2013 թթ.



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2014

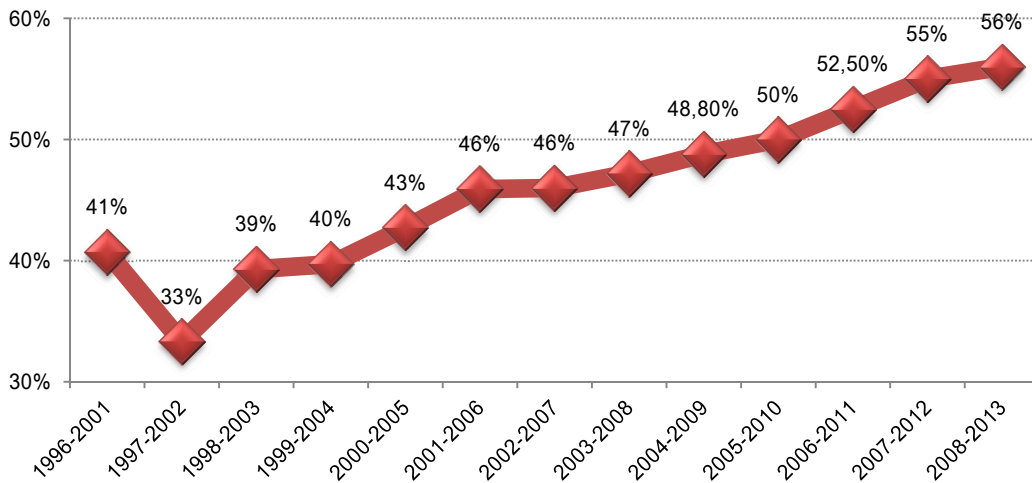
Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում

Չարորակ նորագոյացությունների տարատեսակ է կրծքագեղձի քաղցկեղը, որի վիճակագրությունը վարում է ՀՀ ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնը: Չարորակ նորագոյացությունների բուժման ինտեգրալ ցուցանիշ է.

- **Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը: Ցուցանիշը վերաբերվում է կանանց (Գծապատկեր 71):**

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2002 թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը թեև դանդաղ, սակայն անշեղորեն աճում է: Արդյո՞ք այդ աճը կարելի՞ է համարել բավարար՝ հարցի պատասխանը վերապահվում է համապատասխան մասնագետներին:

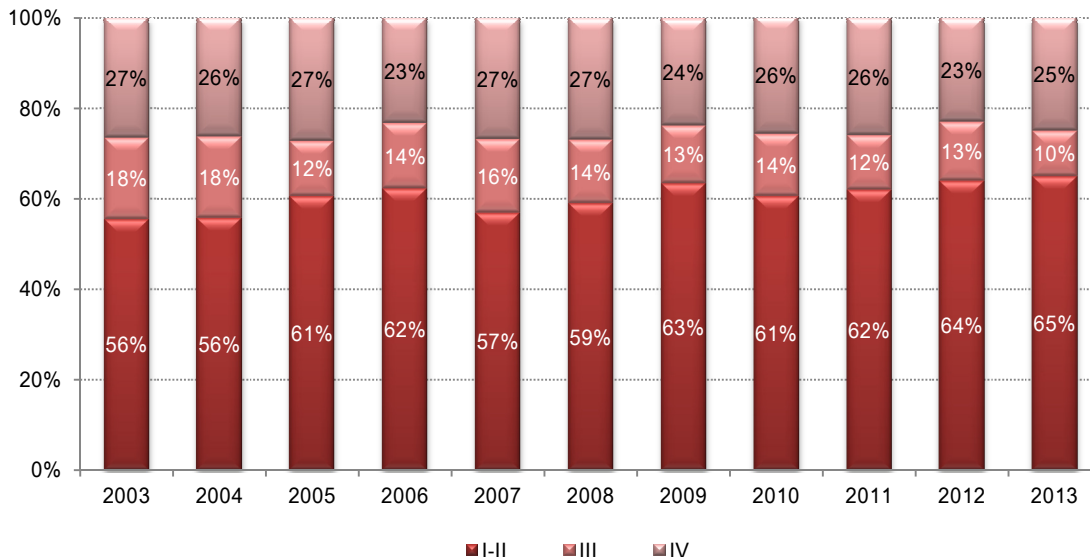
Գծապատկեր 72. Կրծքագեղձի քաղցկեղ հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը, կանայք



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն, 2014

Այս ցուցանիշը կախված է կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումից և բուժման արդյունավետությունից: Փորձեք պարզել թե, ո՞ր գործոնով է պայմանավորված ապրելիության ցուցանիշի աճը՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումից, թե՞ բուժման արդյունավետությունից: Դրա մասին պատկերացում են տալիս Գծապատկեր 73-ի տվյալները: Գծապատկերից երևում է, թե հիվանդության որ փուլում են հայտնաբերվել կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերը 2003-2013 թթ. ընթացքում:

Գծապատկեր 73. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2013 թթ.



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն, 2014

Տվյալները վկայում են, որ կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլում հայտնաբերումների քանակը 2010-2013 թթ. ընթացքում աճել է, հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ՝

- **կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականության աճը որոշ չափով պայմանավորված է նաև դրա վաղ փուլերում հայտնաբերման հավանականության աճի հետ:**

Մյուս կողմից, տվյալներում առկա է անբացատրելի պարբերականություն՝ քաղցկեղն I-II փուլում հայտնաբերումն ունի 3-4 տարվա աճի պարբերություն, որից հետո դրա վաղ հայտնաբերման հավանականությունը նվազում է: Մասնավորապես, կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլում հայտնաբերման ցուցանիշի աճ է գրանցվել 2004-2006, 2007-2009 և 2010-2013 թթ. ժամանակահատվածներում և նվազում՝ 2006-2007, 2000

-2010 թթ. ընթացքում:

Նման պարբերականության պատճառների մասին որևէ բացատրություն դեռ չի տրվել:

Գծապատկեր 73-ի տվյալները հուշում են, որ՝

- **հիմքեր չկան ենթադրելու, որ կրծքագեղձի քաղցկեղը ուշ՝ IV փուլում հայտնաբերման հավանականությունը նվազում է:**

Այսպես՝ 2013 թ. IV փուլում հայտնաբերվել են կրծքագեղձի քաղցկեղների 38 %-ը, այն դեպքում, երբ, օրինակ, 2009 թ.-ին՝ 45%-ը: Այսինքն 2009 թ.-ի համեմատ ցուցանիշը բարելավվել է: Սակայն 2013 թ.-ի այդ ցուցանիշը զիջում է 2003 թ.-ի ցուցանիշին, երբ IV փուլում են հայտնաբերվել կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերի 31%-ը:

Հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ՝

- **կանանց մոտ կրծքագեղձի քաղցկեղով ապրելիության աճը պայմանավորված է առավելապես բուժման որակի աճով:**

Անշուշտ, ողջունելի է քաղցկեղի բուժման ոլորտում ցանկացած առաջընթաց: Պետք է ենթադրել, որ Հայաստանում առկա է կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման արդյունավետության բարձրացման նշանակալի պոտենցիալ, ինչը կապված է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետ: Հարկ է նշել, որ ցանկացած նոր տեխնոլոգիա՝ ներդրման փուլում, նախորդից ավելի թանկ է: Ուստի, պետք է ենթադրել, որ քաղցկեղի բուժման որակի բարելավումը Հայաստանում զուգորդված է դրա գնի բարձրացմամբ:

Հետևաբար, քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ոլորտում առաջընթացը կարող է որակապես բարելավել քաղցկեղի բուժման արդյունավետությունը՝ միաժամանակ զգալիորեն կրճատելով անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցները:

Այսինքն՝

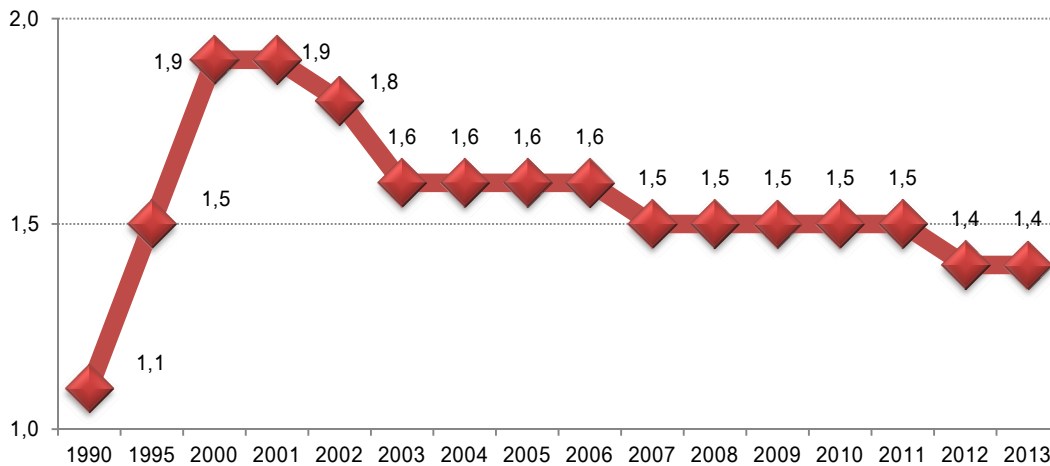
- **քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանն ուղղված ֆինանսական միջոցները կարող են կրճատել կոնկրետ հիվանդի բուժման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների օգտագործումը և կիրառվել էլ՝ ավելի մեծ քանակով հիվանդների բուժման համար: Վերջին հաշվով, վաղ հայտնաբերման բուժումն ավելի արդյունավետ է և շահավետ, քան բուժման նոր տեխնոլոգիաների ներդրումը:**

Հիվանդանոցային մահաբերություն

Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը և յուրաքանչյուր հիվանդության մահաբերության ցուցանիշները նկարագրում են հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և իրականացման որակը:

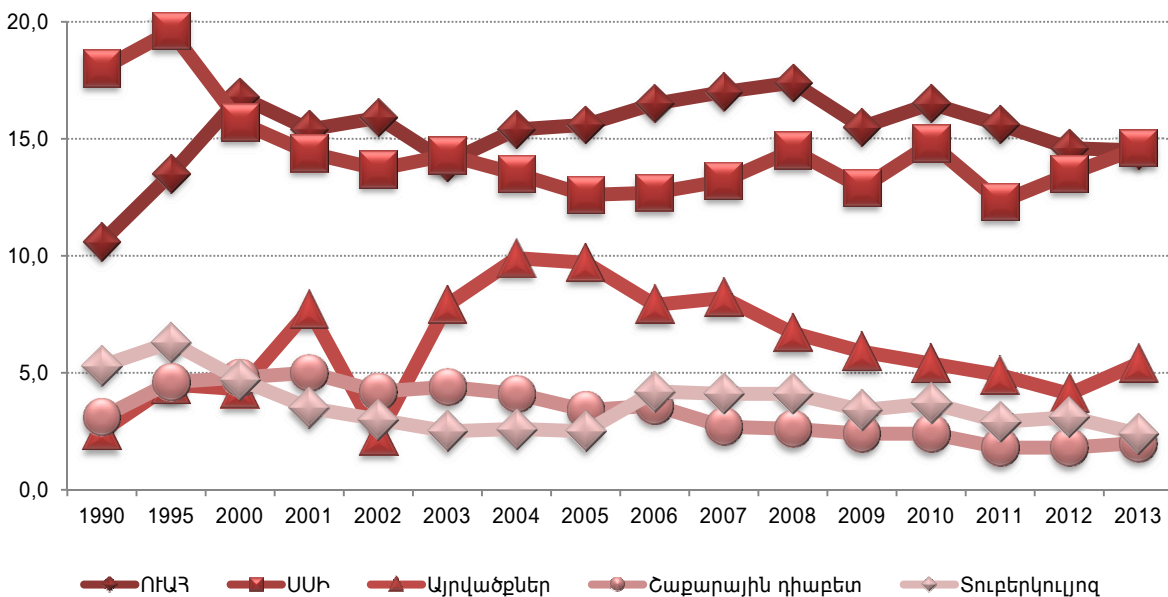
Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը 1990-2013 թթ. ընթացքում տրված է Գծապատկեր 74-ում: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2001-2013 թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, որը վկայում է հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի բարելավման մասին:

Գծապատկեր 74. Հիվանդանոցային մահաբերություն 100 ընդունվածների հաշվով, բոլոր դեպքերը, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Գծապատկեր 75. Հիվանդանոցային մահաբերություն 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



ՌԻԱՀ - Ռիդեյի անոթային հիվանդություններ, ՍՍԻ - Սրտամկանի սուր ինֆարկտ

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդությունների (Գծապատկեր 75), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

- 2008-2013 թթ. ընթացքում նկատվում է ուղեղ-անոթային հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,
- 2004-2013 թթ. ընթացքում նկատվում է այրվածքներից հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,
- 2006-2013 թթ. ընթացքում նկատվում է տուբերկուլոզից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,
- շաքարային դիաբետից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում չի նկատվել:

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ

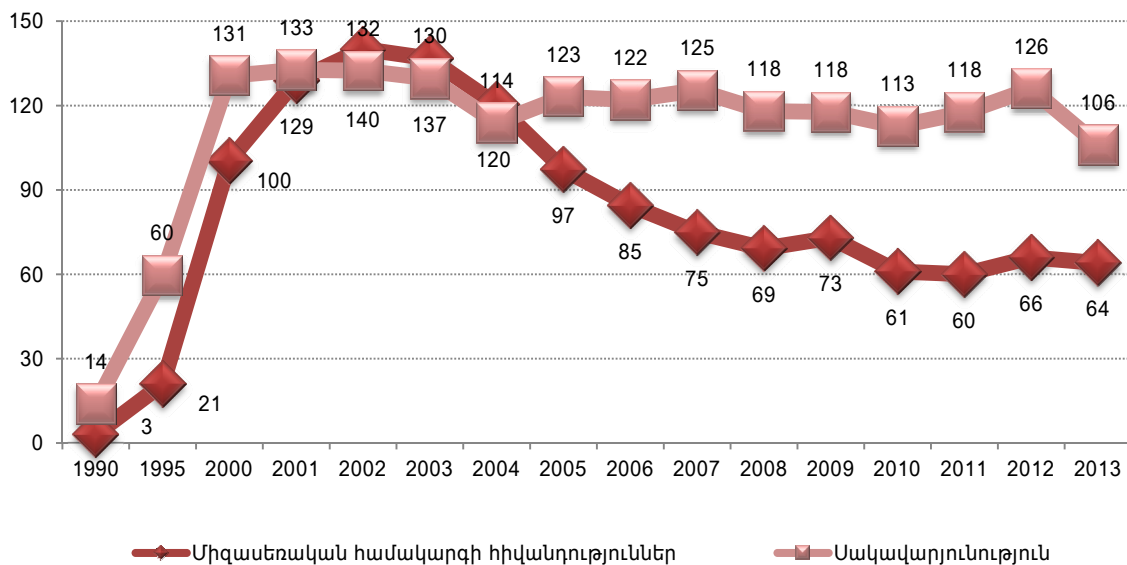
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը գնահատված է երկու խումբ ինդիկատորներով.

1. Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդությունները նկարագրող ինդիկատորներ և կեսարյան հատումներ:
2. Հղիների նախածննդյան ինսամֆի, կրծքով սնուցման և պատվաստումների ինդիկատորներ:

Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ

2010-2013 թթ. ընթացքում Հայաստանում ծննդյան և հետծննդյան շրջանի միզասեռական օրգանների և սակավարյունությունների հետ կապված նշանակալի բարդությունները գրեթե անփոփոխ են (Գծապատկեր 76):

Գծապատկեր 76. Ծննդյան և նախածննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշեր 1 000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Գծապատկերի տվյալներում պարունակվում է կարևոր առանձնահատկություն: Թեև 2002-2010 թթ. ընթացքում սկստվել է այդ ցուցանիշների նվազում, սակայն 1990 թ.-ի համեմատ նույն ցուցանիշները մնում են շատ բարձր մակարդակի վրա:

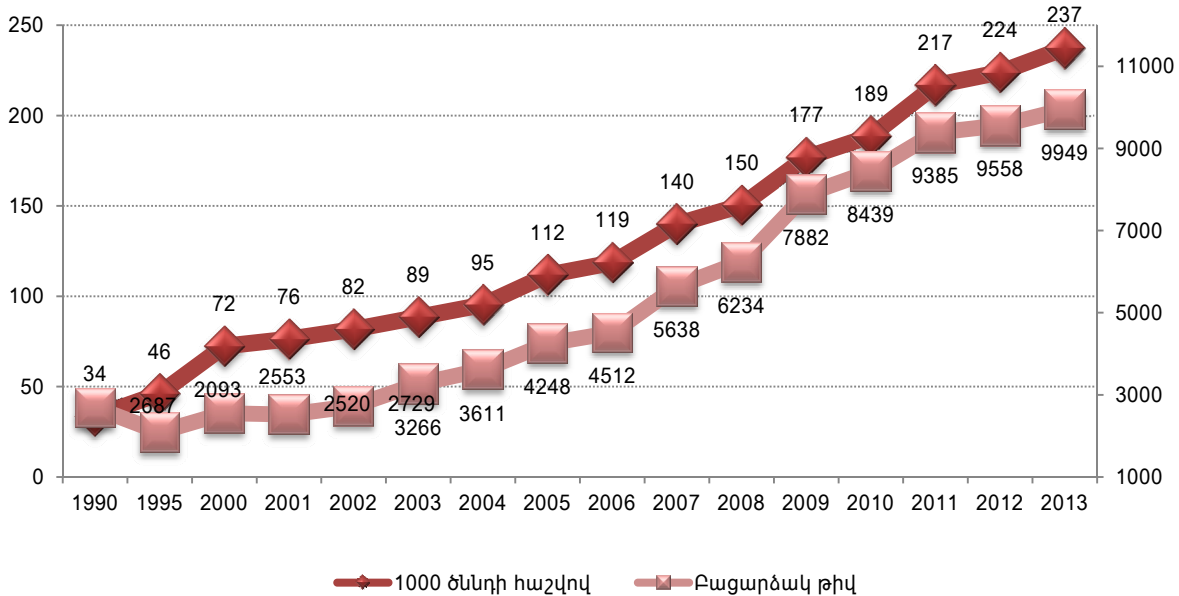
Մասնավորապես, 1990 թ. սակավարյունությունների մակարդակը կազմել է ծնունդների քանակի 14%-ը, իսկ միզասեռական համակարգի հիվանդությունները՝ ընդամենը՝ 3%-ը:

Հարկ է նշել, որ համաձայն «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ.» ռազմավարության՝ նախատեսվում է մինչև 2015 թ. 50 %-ով կրճատել սակավարյունությունների հետևանքով առաջացած բարդությունները, սակայն նպատակային ցուցանիշը հստակ սահմանված չէ: Նշված չէ նաև բազային ցուցանիշը:

Կեսարյան հատումներ

Հայաստանում կեսարյան հատումների քանակն անշեղորեն աճում է, և 2013 թ. հասել է 237-ի՝ 1000 ծնունդի հաշվով: Ընդամենը կատարվել է 9 949 կեսարյան հատում (Գծապատկեր 77):

Գծապատկեր 77. Կեսարյան հատումները 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով և դրանց բացարձակ քանակը, 1990, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Հայտնի է, որ կեսարյան հատումներով ծննդաբերությունների ընթացքում ավելի հաճախ են զարգանում հետծննդյան բարդություններ: Բացի դրանից կեսարյան հատումով ծննդաբերած կանանց բժիշկները խորհուրդ են տալիս ծննդաբերել 2-3 տարի անց:

Հետևաբար՝

- **Հայաստանում կեսարյան հատումների նվազեցումը, ծնունդների թվի ավելացման գործոն է:**

Հատկապես կարևոր է խուսափել առաջին ծննդաբերությունը կեսարյան հատումներով իրականացնելուց, քանի որ դրան հաջորդող ծննդաբերությունների 70 %-ից ավելին արդեն բժշկական ցուցումներով կրկին կատարվում է կեսարյան հատումով:

Այսպիսի գործոնները ունակ են նվազեցնելու կանանց պտղաբերության գործակիցը և, հետևաբար, բնակչության բնական վերարտադրության ցուցանիշները, ինչը ռազմավարական նշանակություն ունի ժողովրդագրական ոչ բարվոք վիճակում գտնվող Հայաստանի համար:

Հետևաբար, ցանկալի է նվազեցնել առանց բժշկական ցուցումների իրականացված կեսարյան հատումներով ծննդաբերությունների քանակը: Դրա համար անհրաժեշտ է, որպեսզի ԱԱՊ օղակի կանանց կոնսուլտացիաների մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից շարունակական բացատրական աշխատանք տարվի կանանց շրջանում՝ կեսարյան հատումների բարդությունների և հետվիրահատական վերականգնողական շրջանի վերաբերյալ՝ անհարկի կեսարյան հատումների նվազեցման նպատակով:

Հարկ է նշել, որ կեսարյան հատումների վիճակագրության հավաքագրման ՀՀ ԱՆ Վարչական վիճակագրական N2 ձևում նախատեսված չէ նշում այն մասին, թե՞ կեսարյան հատումն իրականացվել է ըստ բժշկական ցուցման (կամ բժիշկների խորհրդով), թե՞ ծննդաբերող կնոջ հայեցողությամբ: Հետևաբար, անհրաժեշտ է՝

- **հավաքագրել տեղեկություններ, թե կեսարյան հատումների ո՞ր մասն է կատարվել բժշկական ցուցումներով և որը՝ ծննդաբերող կնոջ հայեցողությամբ,**
- **սահմանել նոր ցուցանիշ՝ կեսարյան հատումով ծննդաբերությունների տոկոսն առաջին ծննդաբերություններից գնահատելու կեսարյան հատումների քանակի նվազեցման առաջընթացը:**

Նշենք նաև, որ ԱՀԿ-ն խորհուրդ է տալիս առողջության առաջնային պահպանման օղակի շրջանակներում հիմնադրել «Հղիների դպրոցներ», որոնց հիմնական ֆունկցիան է կանանց շրջանում հղիության և ծննդաբերության վերաբերյալ ժամանակակից գիտելիքների հաղորդումը: Անհրաժեշտ է, որ.

- **Հայաստանում «Հղիների դպրոցները» գործունեության հիմնական նպատակ և գործունեության արդյունավետության ցուցանիշ սահմանվի ծնունդների քանակի աճը:**

Եթե զարգացող երկրների մեծ մասի համար խնդիր է գերբնակեցվածությունը, ապա Հայաստանի համար խնդիր է դեպոպուլյացիան, որի բացասական միտումները դրականի փոխակերպելու հարցում դժվար է գերազնահատել առողջապահական համակարգի գործունեության նշանակությունը:

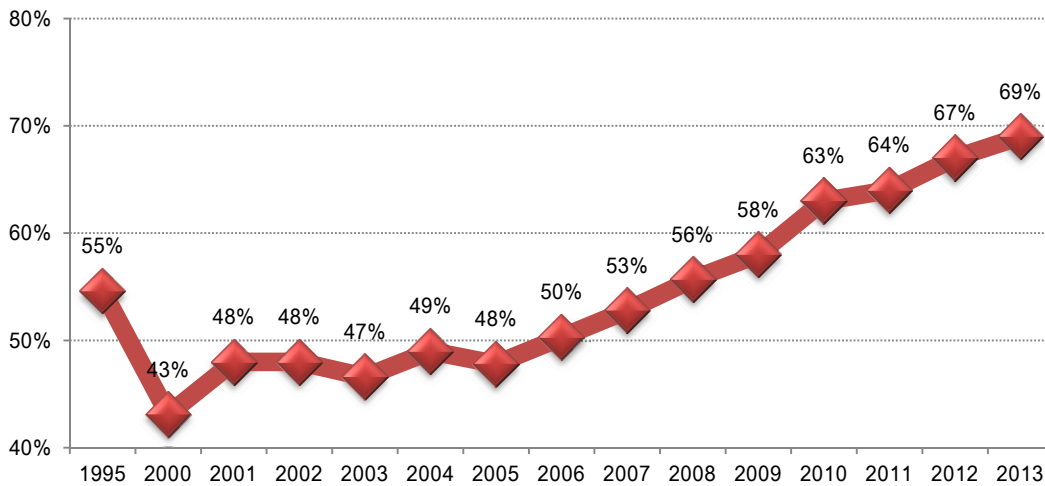
Մոր և մանկան առողջության պահպանում

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները.

- Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում,
- Կրծքով սնուցման ընդգրկում,
- Պատվաստումներ:

Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում: 2005 թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը անշեղորեն աճել է մինչև 2013 թ., սակայն այն դեռևս փոքր է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ.» ազգային ռազմավարությամբ նախատեսված ցուցանիշի արժեքից, որը սահմանված է 90 %: Ցուցանիշը դեռևս ցածր է նաև Հայաստանում 1980 թ.-ի ցուցանիշից, որը կազմել է 74,6% (Գծապատկեր 78):

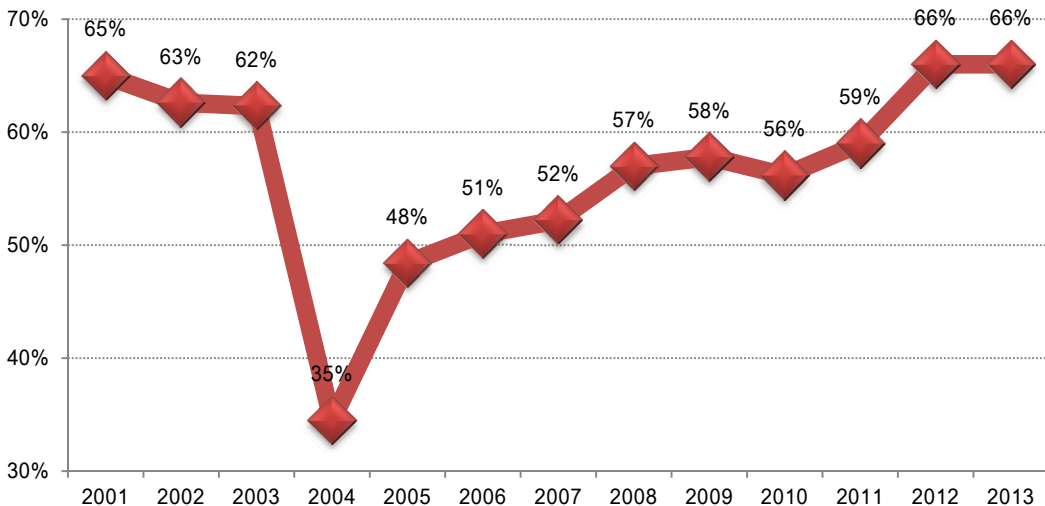
Գծապատկեր 78. Նախաձևնդյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Կրճքով սնուցման ընդգրկում: «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. » ռազմավարությունը նախատեսում էր մինչև 2009 թ. ապահովել մինչև 4 ամսական երեխաների 65 %-ի և մինչև 6 ամսական երեխաների 40 %-ի բացառապես կրճքով սնուցումը և պահպանել դրա շարունակականությունը երեխայի կյանքի երկրորդ տարվա ընթացքում: 2013 թ.-ին այդ ցուցանիշը 2011 թ. համեմատ բավական աճել է՝ 59 %-ից հասնելով 66 %-ի:

Գծապատկեր 79. Հայաստանում կրճքով սնուցվող 0-6 ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2013 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2014

Առաջարկություններ

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>Կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները 2009-2011 թթ. ընթացքում չեն բարելավվել, թեև նույն ժամանակահատվածում, աճել է մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած կանանց թիվը:</p>	<p>Անհրաժեշտ է իրականացնել մասնագիտական բնևարկում գտնելու խնդրի լուծումը:</p>
<p>Չի բարելավվել բոլոր քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները:</p>	<p>Անհրաժեշտ է իրականացնել մասնագիտական բնևարկում գտնելու խնդրի լուծումը:</p>
<p>Պարզ չէ՝ Հայաստանում կեսարյան հատումների աճը կապված է բժշկական ցուցումների՞, թե՞ մշակութային և արժեհակարգային փոփոխությունների հետ:</p>	<p>Անհրաժեշտ է կեսարյան հատումների վիճակագրությունում նշել, թե արդյոք այն իրականացվել է ըստ բժշկական ցուցումների՞, թե՞ ծննդաբերող կնոջ հայեցողությամբ:</p> <p>Առաջարկվում է ԱԱՊ օղակում հիմնադրել «Հղիների դպրոցներ», որոնց հիմնական նպատակն է Հայաստանի բնակչության բնական աճի խթանումը և իրականացվելու է հղիության և ծննդաբերության շրջանում կանանց վարքի ու հիգիենայի վերաբերյալ ուսուցման միջոցով:</p> <p>Հայաստանում «Հղիների դպրոցների» գործունեության հիմնական նպատակի և գործունեության արդյունավետության ցուցանիշ կարող է սահմանվել ծնունդների թվաքանակի աճը:</p>

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ՀՀ Երևան 010, Կառավարական տուն N3

Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ՀՀ Երևան 010, Կոմիտաս 49/4
Հեռ. (+374 10) 236 911
237 134