

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅԱՆ  
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ  
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆ 2009**

## ԱՍՓՈՓԱԳԻՐ

Սույն զեկույցն ամփոփում է ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակի և Համաշխարհային Բանկի տեխնիկական և ֆինանսական աջակցությամբ՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման ընթացքում ձեռք բերված հիմնական փաստերը: Գնահատումն իրականացվել է 2008 և 2009 թվականներին և նպաստում է ՀՀ կառավարության կողմից գործադրվող ջանքերին, որոնք ուղղված են առողջապահության համակարգը կառավարելու ՀՀ Առողջապահության նախարարության կարողությունները հզորացնելուն:

Սույն զեկույցը ներկայացնում է առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում գործունեության մի շարք առանցքային ուղղություններով, որոնք են՝ առողջապահության համակարգի կառավարումը, առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգը, բժշկական կադրերի պատրաստումը, ֆինանսավորման արդարացիությունն ու ֆինանսական պաշտպանվածությունը, առողջապահության համակարգի արդյունավետությունը, առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը, առողջապահական ծառայությունների որակն ու անվտանգությունը, ռիսկի գործոնները, առողջության ուսուցումն ու հիվանդությունների կանխարգելումը, առողջապահական համակարգի արձագանքումը և առողջության վիճակի բարելավումը: Սույն զեկույցի յուրաքանչյուր գլխի վերջում ներկայացված են քաղաքականությանն առնչվող առաջարկություններ: Կից ներկայացված է գործադիր ամփոփում: Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման այս զեկույցն առաջինն է Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակի կողմից այս տարի թողարկված նման զեկույցների շարքում: 2009 թվականին հրապարակվելիք այլ զեկույցներն ընդգրկում են Վրաստանի, Էստոնիայի և Պորտուգալիայի զեկույցները:

## ԱՌԱՆՑՔԱՅԻՆ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ (ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ)

ԱՌՈՂՋԱՊԱՐԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՊԼԱՆՆԵՐ – կազմակերպում և վարչարարություն

ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ – կազմակերպում և վարչարարություն

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ

ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿ

ԾՐԱԳՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԱՅԱՍՏԱՆ

ՀԱՅՏԵՐԻ ԱՐԿՂ

ՀԵՂԻՆԱԿԱՅԻՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ԵՎ ՀՐԱԺԱՐՈՒՄ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՑ

## Բովանդակություն

Հապավումներ 5

Երախտիքի խոսք 6

Նախաբան 7

Գործադիր ամփոփում 9

Ներածություն 15

Առողջապահական համակարգը Հայաստանում՝ հենք և մարտահրավերներ 16

ԱՀԳԳ իրականացում 17

ԱՀԳԳ և սույն զեկույցի նպատակները 18

Սույն զեկույցի նախապատրաստումը 19

Ձեկույցի ձևաչափը 20

### 1. Առողջապահության համակարգի կառավարում 22

Նպատակներին հասնելու համար մոբիլիզացված քաղաքականության գործիքներ 23

Առողջապահության տեղեկատվության օգտագործումը փաստահեն որոշումների կայացման համար 23

Միջոլորտային համագործակցություն՝ առողջությունը խրախուսելու և բարելավելու համար 24

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 25

### 2. Առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգ 27

ԵԱՀԴ-ի հավաքագրած հիմնական փաստերը (xi) 27

Տվյալների սահմանափակումներ և բացեր 28

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 30

### 3. Բժշկական կադրերի պատրաստում 33

Բժշկական կադրերի որակավորումներ և քանակ 33

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական կադրեր 36

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 40

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 40

### 4. Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն 42

Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն 44

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 47

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 48

### 5. Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն 49

Առողջապահության համակարգի ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետություն 49

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բարեփոխումների իրականացում 51

Հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման ընթացք 54

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 60

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 61

**6. Առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը 63**

Բժշկական ծառայությունների սպառում 63

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 73

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 73

**7. Առողջապահական ծառայությունների որակը և անվտանգությունը 75**

Բուժօգնության որակ ու անվտանգություն 75

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ 80

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 85

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 86

**8. Ռիսկի գործոններ, առողջության ուսուցում և հիվանդությունների կանխարգելում 87**

Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններ 87

Առողջության ուսուցում 92

Կենցաղային ռիսկի գործոններ 95

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 96

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 97

**9. Առողջապահության համակարգի արձագանքում 99**

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 101

**10. Առողջության վիճակի բարելավում 102**

Առողջության վիճակի մակարդակն ու բաշխումը 102

Հիվանդությունների տարածվածության և հիվանդացության միտումներ 109

Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր 115

Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում 116

**ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ 118**

Հավելված Ա. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման շրջանակ.  
Գործունեության տարրեր, քաղաքականության հարցեր և գործունեության ինդիկատորներ 118

Հավելված Բ. Աղյուսակներ 122

Հավելված Գ. ԱՀԳԳ որոշ ինդիկատորների տվյալների որակի գնահատում 130

**ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ 144**

## Հապավումներ

ՀԺԱՀՀ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՁԻԱՀ	Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության հիվանդություն
ԵԱՀՀ	Երկրի առողջապահության համակարգի հսկողություն
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ԱԲ-ՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) եվրոպական տվյալների շտեմարան
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ԱՄՑ	Առողջության մետրիկայի ցանց
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների և հարակից առողջական խնդիրների միջազգային վիճակագրական դասակարգում, 10-րդ տարբերակ
ՀՁՆ-ներ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ԲԴԿ-ՏԲ	Բազմադեղակայուն տուբերկուլյոզ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱՏԿՀԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԾՄՔ	Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրում
ՏԲ	Տուբերկուլյոզ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՀԶ	Առողջապահական համաշխարհային զեկուլյոզ

## Երախտիքի խոսք

Սույն զեկույցը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման աշխատանքային խմբի կողմից, որը հանդիսանում է Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնի (ԱՏՎՀԿ) բաժին: Աշխատանքի իրականացումը վերահսկվել և համակարգվել է ՀՀ կառավարության և Համաշխարհային Բանկի (ՀԲ) միջև ստորագրված «Առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագիր» վարկային ծրագրի շրջանակներում: Տեխնիկական օժանդակությունն ապահովել է ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակը՝ ՀՀ կառավարության և Տարածաշրջանային գրասենյակի միջև կնքված 2008-2009 թվականների Երկամյա համագործակցության համաձայնագրի շրջանակներում:

ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը, ԱՀԿ Տարածաշրջանային գրասենյակը, Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակը (ԱԾԻԳ) և Համաշխարհային Բանկն իրենց երախտագիտությունն են հայտնում սույն զեկույցի մշակման համար պատասխանատու աշխատակազմի անդամներին՝ Վլադիմիր Դավիդյանցին (ԱՏՎՀԿ-ի տնօրեն, Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Համաճարակաբանության ամբիոնի վարիչ), Դիանա Անդրեասյանին (Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման բաժնի վարիչ), Սամվել Մանուկյանին (մոնիթորինգի և գնահատման գծով խորհրդատու), Արման Բաղալյանին (ԱՏՎՀԿ-ի փոխտնօրեն), Զարուհի Կալիկյանին (Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, և Սահակ Խանգելոյանին (ԱՏՎՀԿ Համակարգչային և տեղեկատվական տեխնոլոգիաների բաժնի պետ):

Տեխնիկական աջակցությունն ապահովել է ԱՀԿ ԵՎՐՈ-ի փորձագետների և խորհրդատուների խումբը՝ Ջերեմի Վեյլարդը, Բրենդա Թիպպերը, Ֆերնանդա Գրինվելը, Ջենի Քեիլերը, Մեթյու Ջովեթը, Սթեն Արդալը և Ելենա Պոտապչիկը: Արժեքավոր տեխնիկական աջակցություն է տրամադրել նաև Օուլեն Սմիթը Համաշխարհային Բանկից: Տեքստը խմբագրել է անկախ խորհրդատու Միշա Հոեքստրան:

ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը ցանկանում է իր երախտագիտությունը հայտնել Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակին (տնօրեն Սերգեյ Խաչատրյանին և ծրագրի համակարգող Գուրգեն Դումանյանին), ԱՀԿ (Էլիզաբեթ Դանիելյան) և Համաշխարհային Բանկի (Սուսաննա Հայրապետյան) Հայաստանի գրասենյակներին՝ ամբողջ ընթացքում ցուցաբերած մշտական աջակցության համար:

## Նախարան

Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարությունը հավատարիմ է Հայաստանի բնակիչների առողջությունը և նրանց համար բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը բարելավելու առաքելությանը: Վերջին տարիներին ՀՀ կառավարությունն ավելացրել է առողջապահությանը հատկացվող ֆինանսավորումը, գերակայություն սահմանել երկրում առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումները և հիվանդանոցային ցանցի օպտիմալացումը, ինչպես նաև՝ նպատակադրել Հազարամյակի զարգացման նպատակների իրագործումը մինչև 2015 թվականը: Այս պարտավորությունները համահունչ են 2008 թվականին կառավարության հավանությանն արժանացած ԱՀԿ «Առողջապահության համակարգերն առողջության և բարեկեցության համար» Տալինի խարտիային:

2007 թվականին Առողջապահության նախարարությունը՝ ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի և Համաշխարհային Բանկի հետ համատեղ, հրապարակեց առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման առաջին զեկույցը, որը կենտրոնանում էր այդ ժամանակաշրջանում մեր առանցքային ռազմավարական գերակայությունների շուրջ, որոնք էին առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումները, մարզերի հիվանդանոցային ցանցի օպտիմալացումը, մոր և մանկան առողջության պահպանման բարելավումը: Դրանցից յուրաքանչյուրը գործնական նշանակություն ուներ Հազարամյակի զարգացման նպատակների իրագործման համար: Միաժամանակ, նույն գործընկերները հրապարակեցին Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվների վերաբերյալ զեկույց: Էական է, որ մենք ընկալենք ոչ միայն առողջապահության համակարգի աշխատանքը, այլև այն արժեքը, որը ստանում ենք առողջապահության ոլորտում կատարվող պետական ներդրումների դիմաց: Այդ պատճառով գտնում են, որ մեր առողջապահական համակարգի գործունեության այս գնահատումը և առողջապահության ազգային հաշիվները պետք է համատեղվեն, ինչպես նաև, ապահովվեն հետագա սիներգիաներ: Ընդհանուր առմամբ, հնարավորինս տեղեկացված և լավագույն որոշումներ կայացնելու տեսանկյունից, այս տեղեկությունները չափազանց արժեքավոր են կառավարության համար:

Այս տարի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը ներկայացնում է ավելի լայն մոտեցում: Այն արժեքավոր տեղեկություններ է ներկայացնում առողջապահության համակարգի գործունեության մասին, որը մենք պետք է օգտագործենք և վերածենք գործունեության բարելավմանն ուղղված գործողության: Սրանք վերացական խոսքեր չեն: Դա նշանակում է մեր քաղաքացիների կյանքի տարիների ավելացում՝ հիվանդությունների տարածվածությունը նվազեցնելու միջոցով, դա նշանակում է կարիքի դեպքում նրանց համար առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարելավում՝ «գրպանից դուրս»

վճարումների մակարդակը նվազեցնելու և բուժօգնության հասանելիության այլ արգելքները վերացնելու միջոցով, դա նշանակում է, որ Առողջապահության նախարարությունն օգտագործելու է առկա փաստերը՝ քաղաքականություն, կանոնակարգեր և օրենսդրություն ձևավորելու համար, որոնք վաղը դարձնելու են Հայաստանի առողջապահության համակարգն մի իրական համակարգ, որն առավելագույնս օգտագործում է իր ռեսուրսները Հայաստանի քաղաքացիների առողջությունը բարելավելու և պահպանելու համար:

Հարություն Քուշկյան

ՀՀ Առողջապահության նախարար



## Գործադիր ամփոփում

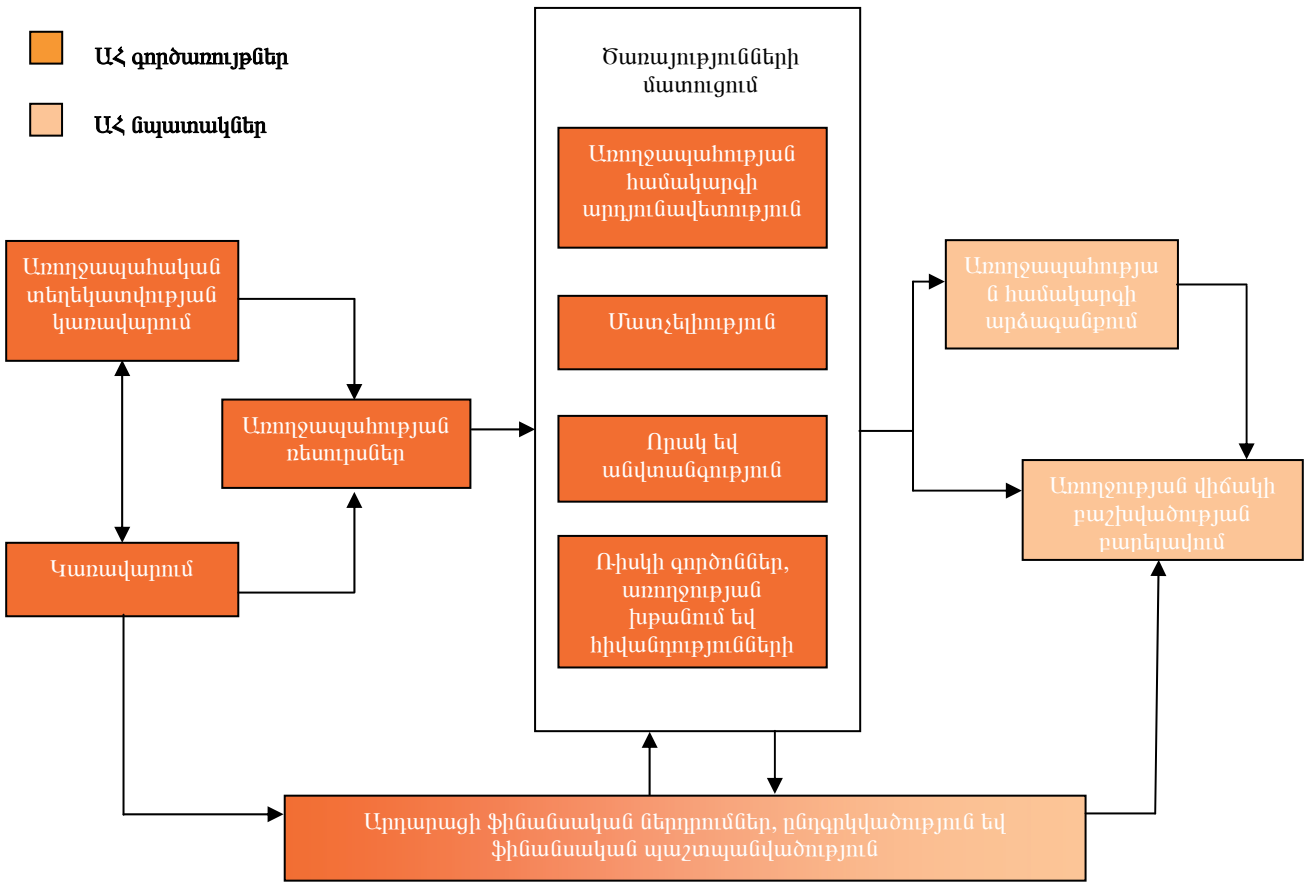
2008 թվականի հունիսին ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետության ներկայացուցիչներ հանդիպեցին Եստոնիայի մայրաքաղաք Տալինում և հաստատեցին Տալինի Խարտիան, որը վերաբերում է առողջապահության ազգային համակարգերին(i): Խարտիայի նպատակն է առողջապահության համակարգերի հզորացման միջոցով բարելավել մարդկանց առողջությունը՝ միաժամանակ հաշվի առնելով տարածաշրջանի սոցիալական, մշակութային և տնտեսական տարբերությունները: Ստորագրելով՝ Խարտիայի անդամ պետությունները պարտավորություն են ստանձնել խրախուսել թափանցիկությունը և հաշվետվողականությունը՝ նպատակ ունենալով առողջապահության համակարգի գործունեության հարցում հասնել չափելի արդյունքների: Առողջապահության համակարգի գործունեության կանոնավոր գնահատումն առաջին կարևոր քայլն է այս պարտավորությունները կատարելու ուղղությամբ: Նման գնահատումներն հզորացնում են առողջապահական համակարգի կառավարումը երաշխավորելով, որ.

- ա. առողջապահական համակարգն ունի ռազմավարական ուղղություն, որը կենտրոնանում է բնակչության առողջության վրա ազդեցությունները բարելավելու շուրջ,
- բ. քաղաքականությանն առնչվող որոշումները հիմնավորված են առողջապահության խնդիրների և դրանց գործոնների պատշաճ ըմբռնումով և դրանց վերաբերյալ տվյալներով,
- գ. կառավարության տարբեր քաղաքականությունները նպաստում են երկրի բնակչության առողջության բարելավմանը,
- դ. կառավարության ամբողջ գործունեությունը խրախուսում է առողջ քաղաքականությունները,
- ե. թափանցիկությունը և հաշվետվողականությունն օգնում են կանոնակարգել հարաբերություններն առողջապահության ոլորտի բոլոր շահագրգիռ կողմերի միջև:

Տալինի Խարտիայով ստանձնած պարտավորությունների համատեքստում և կառուցվածքային փոփոխություններով ու բարեփոխումներով անցնող առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատելու նպատակով՝ Առողջապահության նախարարությունն իրականացրեց Առողջապահության համակարգի գործունեության պաշտոնական գնահատման ծրագիր: Առաջին զեկույցն Առողջապահության նախարարությունը հրապարակեց 2007 թվականին, և այն կենտրոնանում էր առողջապահության համակարգի գործունեության մի շարք ոլորտների վրա (առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումներ, հիվանդանոցային բուժօգնության օպտիմալացում, մոր և մանկան առողջության պահպանում): 2009 թվականի զեկույցն ունի ավելի լայն շրջահայացք և գնահատում է առողջապահության ամբողջ համակարգի գործունեությունը: Այս ծրագիրը ՀՀ Առողջապահության նախարարության, ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակի և ՀԲ-ի համատեղ ջանքերի արդյունքն է:

Առողջապահական ցանկացած համակարգ ունի երեք առաջնային նպատակ՝ բնակչության առողջության վիճակի բարելավումը, համակարգի արձագանքումն ու ֆինանսավորման արդարացիությունը: Կառավարման գործառույթի, ռեսուրսների կազմավորման, ֆինանսավորման և ծառայությունների մատուցման հետ մեկտեղ՝ այս նպատակները ձևավորում են համակարգի գործունեությունը գնահատելու շրջանակ: Այս շրջանակն ադապտացվել է Հայաստանի առողջապահական համակարգի ռազմավարություններին ու բարեփոխումներին: Սահմանվել են առողջապահական համակարգի գործառույթներին և նպատակներին առնչվող գործունեության տասը տարրեր, որոնց նպատակն է կենտրոնացնել գնահատումն այն դերի շուրջ, որն ունի քաղաքականության մշակումը՝ առողջապահական համակարգի քաղաքականության և գործունեության բարելավման հարցում: (Գործունեության 10 տարրերի կառուցվածքը նպատակների ու գործառույթների տեսանկյունից ներկայացված է Դիագրամ 1-ում, իսկ դրանց կապը քաղաքականության հարցերի և գործունեության ինդիկատորների հետ ներկայացված է Հավելված Ա. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման շրջանակ. Գործունեության տարրեր, քաղաքականության հարցեր և գործունեության ինդիկատորներ (էջ 118)):

**Դիագրամ 1. Առողջապահական համակարգի գործունեության տարրերը Հայաստանում**



Առողջապահական համակարգի որոշիչ նպատակի՝ առողջության բարելավման տեսանկյունից վերջին տասնամյակի ընթացքում արձանագրվել է պայմանական բարելավում գործունեության որոշակի միջոցառումների գծով, սակայն մտահոգություններ են մնում այս արդյունքների կայունության առումով: Կյանքի սպասվող տևողությունը վերջին տարիներին զգալիորեն չի ավելացել՝ 1990 թվականից աննշան ավելացել է միայն կանանց կյանքի սպասվող տևողությունը, իսկ տղամարդկանց դեպքում այն ընդհանրապես չի բարելավվել և հինգից վեց տարով ավելի կարճ է, քան կանանց դեպքում: Երեխաների և նորածինների մահացության ցուցանիշները բարելավվել են, սակայն զգալիորեն բարձր են, Հայաստանի համար սահմանված Հազարամյակի զարգացման 2015 թվականի նպատակներից (ՀՁՆ-ներ) (ii): Մայրական մահացությունը խիստ փոփոխական է, ինչը պայմանավորված է երկրի փոքրաթիվ բնակչությամբ, որի հետևանքով մայրական մահացության նույնիսկ մի քանի դեպքերը կարող են զգալիորեն փոխել ցուցանիշը, սակայն այն շատ չի փոփոխվել վերջին տասնամյակի ընթացքում և կրկին գերազանցում է նպատակային ցուցանիշները:

Առողջության վրա ազդեցության նմանօրինակ ինդիկատորների լճացումն ուղղակի կան անուղղակի բխում է առողջապահության համակարգի գործառույթների անբավարար կատարողականից: Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը, Հայաստանի առողջապահական համակարգի ներգործուն նպատակների և գործառույթների տեսանկյունից, պետք է հանգեցնի քաղաքականությանը և ռազմավարություններին վերաբերող առաջարկությունների մշակման, որոնք կարող են բարելավել համակարգի ընդհանուր գործունեությունը և հանգեցնել առողջության երկարաժամկետ, կայուն բարելավման:

Առողջապահական համակարգի կառավարման տեսանկյունից կարևոր է գիտակցել, որ՝ թեպետ Առողջապահության նախարարությունն անցյալում մշակել է առողջապահական քաղաքականություններ և ռազմավարություններ, դրանք դեռևս թերի են հետագա առաջընթացի ինտեգրված, երկարաժամկետ տեսլական ապահովելու հարցում: Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ընդհանուր ռազմավարությունը կնախատեսի համակարգված, հետևողական ռազմավարություններ, որոնք կընդգրկեն լայն շրջանակ՝ սկսած առողջության

առաջնային պահպանումից ու հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացումից մինչև առողջապահության ոլորտի հատուկ ծրագրեր այնպիսի ոլորտներում, ինչպես, օրինակ, մոր և մանկան առողջության պահպանումն է: Նմանօրինակ ընդհանուր ռազմավարության մշակմանն ու իրականացմանը կարելի է աջակցել Առողջապահության նախարարության կազմում առողջապահության քաղաքականության ու պլանավորման ստորաբաժանում ստեղծելու միջոցով: Այս ստորաբաժանումը կարող է համակարգել որոշումների համատեղ կայացումն ու իրականացումը, առողջապահության համակարգի շահագրգիռ կողմերի փոխադարձ հաշվետվողականությունը և դոնորների օժանդակության համակարգումը: Ընթացիկ գնահատումը բացահայտեց նաև, որ կարելի է բարելավել փաստերի և տեղեկությունների օգտագործումը՝ քաղաքականության ու ռազմավարության մշակումն ավելի տեղեկացված դարձնելու և բարեփոխումների իրականացման սխտեմատիկ մոնիթորինգ ու գնահատում կատարելու համար:

Սույն զեկույցն առաջարկություններ է ներկայացնում երկրի առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգի որոշ թերություններ հասցեագրելու ուղղությամբ: Այս առաջարկությունները կաջակցեն փաստերի և տեղեկությունների օգտագործմանը, ինչպես նաև, կգարգացնեն այն: Առողջապահական տեղեկատվության հավաքագրման, ներկայացման և վերլուծության առկա համակարգերի և մեթոդների ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ, թեպետ գործում են բազմաթիվ ման համակարգեր, հարկ է իրականացնել այս համակարգերի արդյունավետության բարելավմանն ուղղված գործողություններ և բարելավել տվյալների մատչելիությունը, որակն ու օգտագործումը: Առողջապահության համակարգի տեղեկատվության նախորդ գնահատումները 2008 թվականին հանգեցրեցին առողջապահության տեղեկատվության 10-ամյա ռազմավարական պլանի մշակման(iii): Առողջապահության առանցքային բնագավառների ներկայացուցիչներից կազմված առողջապահության տեղեկատվության համակարգի (ԱՏՀ) աշխատանքային խումբը կարող է վերահսկել այս պլանում ներկայացված առաջարկությունների իրականացումը և ղեկավարել տեղեկատվական համակարգերի ներդաշնակեցման աշխատանքը: Ուշադրություն պահանջող գերակա բնագավառներն ընդգրկում են քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման տվյալների որակի բարելավումը, մեթոդաբանական հետևողականությունն ապահովելու նպատակով առողջապահական տեղեկատվության առկա հետազոտությունների ներդաշնակեցումը և միտումները վերլուծելու, և ենթաազգային հաշվետվություններ պատրաստելու կարողությունների ընդլայնումը:

Բժշկական կադրերի համախումբը հավասարակշռված չէ: Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերակցությունը նեղ մասնագետներին վերջին մի քանի տարվա ընթացքում նվազում է՝ չնայած առողջության առաջնային պահպանման օղակին աջակցելու նպատակով ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների վերապատրաստման գծով ավելի մեծ ներդրումներ կատարելու ռազմավարությանը: Բացի այդ, այլ երկրների համեմատ բուժքույրերի քանակը 100 000 բնակչի հաշվով և բույքույրերի ու բժիշկների հարաբերակցությունը ցածր են: Բուժքույրերի և բժիշկների բաշխվածությունը 10-ը մարզերի միջև անհավասար է՝ 100 000 բնակչի հաշվով ցուցանիշների մեծ տատանումներով: Մասնագետների համախմբին և բաշխվածությանն առնչվող խնդիրները հասցեագրելու համար հարկ է գործողություններ ձեռնարկել բժշկական կադրերի ընդհանուր պլաններ մշակելու ուղղությամբ: Նմանօրինակ պլանները կպահանջեն նաև պատշաճ խթաններ և հարկադրման մեխանիզմներ, որոնք կերաշխավորեն թիրախների բավարարումը: Վերջին տարիներին ընթացող առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների իրականացումն ու հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացումը բարելավել են առողջապահության համակարգի արդյունավետությունը: Թեպետ պետական ծախսերն ավելացել են, թե առողջության առաջնային պահպանման, թե հիվանդանոցային հատվածներում՝ առողջապահության ոլորտի ներդրումների զգալի մասնաբաժինն ուղղվել է առողջության առաջնային պահպանման օղակի հզորացմանը: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ բուժօգնության կարիք առաջանալու դեպքում, ավելի մեծ թվով անձինք են նախ դիմում առողջության առաջնային պահպանման համակարգ: Սակայն հարկ է երաշխավորել, որ առողջության առաջնային պահպանման երկարաժամկետ ռազմավարությունը հստակ է մատակարարների համար, իսկ վճարային մեթոդները, խթաններն ու իրավակիրառկման մեխանիզմներն աջակցում են այս ռազմավարության իրականացմանը: Օպտիմալացման արդյունքում հիվանդանոցային համակարգը որոշ մարզերում մոտենում է մահճակալների քանակի համար սահմանված նպատակային ցուցանիշներին, աճել է նաև

մահճակալների զբաղվածությունը, ինչը վկայում է բուժօգնությունների ավելի արդյունավետ օգտագործման մասին, իսկ ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունը կրճատվել է: Այդուհանդերձ, մահճակալների զբաղվածության և ստացիոնարում մնալու միջին տևողության ցուցանիշները դեռևս հետ են մնում եվրոպական տարածաշրջանի բազմաթիվ այլ երկրների նույն ցուցանիշներից:

Առողջապահական համակարգի արդյունավետության բարձրացումը պետք է նկատի առնվի ծառայությունների որակի և անվտանգության բարելավման հետ մեկտեղ: Արդյունավետության բարելավմանը զուգահեռ կարևոր է ունենալ առողջապահական ծառայությունների որակին ու անվտանգությանը հետևելու լավ միջոցներ: Հիվանդանոցային բացասական երևույթների (օրինակ՝ վիրաբուժական վարակներ և սխալ դեղամիջոցների ընդունում) տարածվածությունը և հիվանդանոց հետ ընդունման ցուցանիշները կարևորագույն երկու ցուցանիշներ են, որոնք այժմ մատչելի չեն, թեպետ դրանք կարող էին երաշխավորել, որ արդյունավետության աճը տեղի չի ունենում որակի ու անվտանգության հաշվին:

Առողջապահական ծառայությունների որակը երևում է նաև բուժօգնության կլինիկական ազդեցություններից: Այս հարցում արդյունքները միանշանակ չեն: 2001 թվականից որոշ չափով բարելավվել են հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշները, ինչը վկայում է բուժօգնության որակի և/կամ անվտանգության հնարավոր բարելավման մասին: Մյուս կողմից՝ չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերման ցուցանիշը վերջին տարիներին մնացել է անփոփոխ: Ապրելու հավանականության ցուցանիշները որոշ չափով աճել են, սակայն կրճազեղծի և արգանդի վզիկի քաղցկեղի սքրինինգի ցուցանիշները շատ ցածր են: Չարորակ նորագոյացությունների սքրինինգն ու վաղ հայտնաբերումը կարող է բարելավվել կազմակերպված, նպատակային ծրագրերի միջոցով, որոնք իրականացվում են առողջության առաջնային պահպանման օղակում:

Առողջապահական որակյալ ծառայությունները չեն կարող հանգեցնել ավելի մեծ ազդեցությունների և բարելավել առողջությունը, եթե այդ ծառայություններն անմատչելի են մարդկանց: Հնարավոր է, որ քաղցկեղի արդյունավետ բուժման, այդ թվում՝ քիմիաթերապիայի դեղամիջոցների անմատչելիությունը հանդիսանում է ապրելունակության հարաբերականորեն ցածր ցուցանիշների հիմքում ընկած գործոններից մեկը: Բուժօգնության մատչելիության տեսանկյունից 2001 թվականի համեմատ աճել են թե ամբուլատոր, թե հիվանդանոցային ծառայությունների սպառման մակարդակները, սակայն դրանք շարունակում են ցածր մնալ այլ երկրների համեմատ և բավականաչափ տարբերվում են մարզից մարզ: Թեպետ մատչելիության և սպառման միջև հավասարության նշան չկա, սակայն սպառման ցուցանիշների աճը հուշում է, որ բնակչության զգալի մասի համար մատչելիության խոչընդոտները պակասել են: 2009 թվականին անհարժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմող բնակիչների հարաբերական քանակը կրճատվել և կազմել է յուրաքանչյուր հինգից մեկը՝ 2007 թվականի յուրաքանչյուր չորսից մեկի դիմաց: Սակայն անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմած բնակիչների խմբում աճել է ֆինանսական պատճառներով բուժօգնության չդիմող բնակիչների հարաբերական քանակը, որը կազմել է երեք քառորդից ավելին՝ մոտավորապես մեկ երկրորդի համեմատ: Ծառայությունների դիմաց համավճարների քաղաքականություն (որը պետք է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնի առավել աղքատ բնակչությանը) մշակելու և իրականացնելու ընթացքում Առողջապահության նախարարությունը պետք է ապահովի մատչելիության ֆինանսական արգելքների ուսումնասիրումը և հասցեագրումը:

Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման հիմնական նպատակների գնահատումը ցույց է տալիս, որ թեպետ պետական առողջապահական ծախսերն աճել են, տնային տնտեսությունները շարունակում են ֆինանսավորել առողջապահական համակարգի ֆինանսական ծախսերի գերակշռող մասնաբաժինը, ինչը հիմնականում արվում է բուժօգնության մատուցման կետում ծառայությունների դիմաց ապօրինի, «գրպանից դուրս» վճարումների միջոցով: Պետական առողջապահական ծախսերը պետք է շարունակեն ավելանալ և դրանք պետք է հասցեական ուղղվեն գրպանից դուրս վճարումների բեռը վերացնելուն: Հարկ է դիտարկել քաղաքականության միջոցառում, որն ընդգրկում է պետական պատվերի փաթեթի բովանդակության ու ծավալների, Պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) կողմից կիրառվող վճարային համակարգերի և ծառայությունների դիմաց փաստացի վճարվող գների ուսումնասիրություններ: Հարկ է նաև վերանայել պետպատվերից օգտվելու իրավասության սկզբունքները, որի ընթացքում լուրջ ուշադրության պետք է արժանանա կարիքների վրա

հիմնված մեթոդով իրավասության սահմանումը, ինչը կբարելավի սուբսիդիաների հասցեական ուղղումն աղքատներին: Թեպետ գրպանից կատարվող վճարումների մակարդակը Հայաստանի առողջապահական համակարգի լրջագույն խնդիրներից մեկն է՝ այն հնարավոր չէ լուծել մեկուսացված: Կառավարությանը հարկավոր է դիտարկել քաղաքականության այնպիսի փաթեթ մշակելու հարցը, որն ուղղված կլինի փոխկապակցված խնդիրների հասցեագրմանը, ինչպես նաև ապահովել մոնիթորինգի և գնահատման ինդիկատորների պատշաճ համակարգ, որով կգնահատվի այս այս փաթեթի ազդեցությունը: Պետական առողջապահական բյուջեի հետագա ավելացումների հետ համադրելու դեպքում՝ նման փաթեթը պետք է հնարավորություն տա կրճատել բնակչության համար բուժօգնության մատչելիության ֆինանսական ընթացիկ արգելքները:

Կարծես Հայաստանի բնակչությունը տեղեկացված է առողջության վարքագծային առավել լուրջ ռիսկերի մասին: Սակայն վերջին մի քանի տարվա ընթացքում այս տեղեկացվածությունը չի վերածվել համապատասխան վարքագծերի փոփոխության և ռիսկային վարքի ընթացիկ դրսևորումները խոստումնալից չեն սրտանոթային հիվանդությունների, քրոնիկ հիվանդությունների (օրինակ՝ շաքարային դիաբետի և քաղցկեղի) ապագա հիվանդացության տեսանկյունից: Դժբախտաբար, ռիսկի գործոնները (բացառությամբ ֆիզիկական թերակտիվության) շատ ավելի տարածված են ավելի ցածր եկամուտ ունեցող քվինտիլների բնակիչների շրջանում: Ռիսկի նման կենտրոնացումը միայն խորացնում է բնակչության առողջության հետ կապված հնարավոր հետագա խնդիրները, եթե հաշվի են առնվում բուժօգնության մատչելիության ֆինանսական արգելքները, որոնք պետք է հաղթահարեն ցածր եկամուտ ունեցող հայաստանաբնակները: Ռիսկի գործոնների տարածվածության մասին պատկերացում կազմելու համար հարկ է ներդաշնակեցնել և համակարգել առողջապահական վարքի հետազոտությունները (օրինակ՝ ԱԶԳ հատուկ հետազոտությունը և 2010 թվականին նախատեսվող Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտությունը (ՀՄԱՀԳ)): Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածության բարելավումը կարող է հանգեցնել ավելի մեծ հասցեականության և ծրագրերի ու քաղաքականության մշակման, որոնք կարող են ունենալ առավելագույն ազդեցություն և նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությունը:

Առողջապահության համակարգի արձագանքումը դժվար է գնահատել, քանի որ այն մասամբ որոշվում է սպասարկվող բնակչության ակնկալիքներով: ԱԶԳ հետազոտության ընթացքում հարցման մասնակիցներին դիմել են համակարգի արձագանքման վերաբերյալ իրենց կարծիքները չորս դոմենով՝ գաղտնիություն, հաղորդակցություն, հարգանք և ավտոնոմություն, արտահայտելու խնդրանքով: Արդյունքները, հիմնականում, դրական էին և 2007 թվականի արդյունքների համեմատ ցույց տվեցին որոշակի բերավալում: Այդուհանդերձ, համակարգի արձագանքման առանցքային բաղադրիչ է անհատներին իր մատուցած ծառայությունների մատչելիության ապահովումը: «Հնարավոր օգտվողները», ում մատչելի չէ համակարգը, չեն կարող հայտնել արձագանքման վերաբերյալ իրենց տպավորությունները: Ավելի օբյեկտիվ և լրամշակված չափորոշիչներով լրացուցիչ հետազոտական աշխատանքը, որի նպատակն է գնահատել արձագանքումն ըստ մարզերի և մատակարարի տեսակի, հնարավորություն կտա ավելի մանրամասն գնահատել արձագանքումը և լրացուցիչ ուղղություն կհաղորդի բարելավման սկզբունքների հարցում:

Առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը խոչընդոտող ֆինանսական արգելքները կարող են լրջորեն սահմանափակել առողջապահական համակարգի այլ բարեփոխումների ներդրումն առողջությունը բարելավելու առաջնային նպատակին: Եթե ծառայությունների մատչելիությունը խոչընդոտող ֆինանսական բեռը շատ մեծ է, ապա բազմաթիվ անձինք ի վիճակի չեն լինի օգտվել լավ պլանավորված բժշկական կադրերից: Նրանք չեն կարող օգտվել բարձրորակ և անվտանգ ծառայություններից: Չեն կարող նաև օգտվել սթրինինգի համար պահանջվող ախտորոշիչ ծառայություններից կամ ձեռք բերել բուժման համար պահանջվող դեղամիջոցները:

Բնակչության առողջությունը բարելավելու նպատակով հարկ է հասցեագրել նաև երկրորդ կարևորագույն բնագավառը՝ անառողջ վարքի տարածվածությունը, որը սրտանոթային հիվանդությունների և քաղցկեղների կարգի ոչ վարակիչ հիվանդություններին առնչվող հիվանդացության և մահացության ռիսկի է ենթարկում բնակչության զգալի մի մաս: Ի վերջո, առաջաընթացն առողջապահության համակարգի կառավարման և առողջապահական

տեղեկատվության ներգործուն նպատակների ուղղությամբ կարող է առողջապահական ամբողջ համակարգի գործունեությունը բարելավելու հիմք հանդիսանալ՝ հանգեցնելով բնակչության առողջության բարելավմանը:

**Աղյուսակ 1. ԱԶԳԳ. Գործունեության բարելավման առանցքային գերակայություններ**

Առանցքային գերակայություններ	Ակնկալվող ազդեցությունն առողջապահության համակարգի վրա
Վարքագծային ռիսկի գործոնների (հատկապես՝ տղամարդկանց խմբում ծխախոտի օգտագործման) տարածվածության հասցեագրում և ծրագրերի կենտրոնացում ցածր եկամուտով տնային տնտեսությունների անդամների շուրջ	Կնվազեցնի ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացությունը և այդ հիվանդությունների բեռը, մասնավորապես՝ ցածր եկամուտով տնային տնտեսությունների վրա
Պետպատվերի փաթեթի վերանայում՝ բովանդակության, ֆինանսական պաշտպանվածության կայունության և բնակչության ընդգրկման առումով կարիքի վրա հիմնված համապատասխանության չափանիշերին անցում կատարելու տեսանկյունից : Փաթեթի ամրապնդում՝ պետական ֆինանսավորման շարունակական ավելացման միջոցով	Կվերացնի ֆինանսական արգելքները, ավելի լավ կհամադրի վերապատրաստման որակի և անվտանգության ոլորտների խթանները և հարկադրման մեխանիզմները, կբարելավի ֆինանսավորման արդարացիությունը
Շարունակել առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումներն ու հիվանդանոցների օպտիմալացումը, ինչպես նաև հասցեագրել հիվանդանոցի արհեստավարժ կառավարման զարգացումը	Կբարելավի առողջապահական ծախսերի արդյունավետությունն ու որակը, առավելագույնի կհասցնի առողջապահության ոլորտում պետական ներդրումների արդյունքը
Առողջապահական ծառայությունների որակի և անվտանգության ստանդարտների և կարևորագույն ինդիկատորների մշակում՝ ներառյալ նման ծառայությունների կողմից կլինիկական ուղղեցույցերի խիստ պահպանումը	Կապահովի ծառայությունների վրա արդյունավետության բարձրացման ազդեցության մոնիթորինգ և կմշակի ծառայության որակը պարզևատրելու համար վճարային մեխանիզմներ
Առողջապահության նախարարության առողջապահության քաղաքականության և պլանավորման ստորաբաժանման աջակցությամբ առողջապահության համակարգի ընդհանուր ռազմավարության և տեսլականի մշակում	Կհամակարգի և կներդաշնակեցնի առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումները, հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացումը, բժշկական կադրերի պլանավորումը և մատչելիության հարցում՝ ֆինանսական արգելքների վերացումը
ԱՏՀ ռազմավարական պլան իրականացնելու և տվյալների ու տեղեկատվության մատչելիությունը բարելավելու միջոցով՝ առողջապահական համակարգի տեղեկատվության կառավարման կարողությունների հզորացում	Կբարելավի կառավարման գործառույթի իրականացման ընթացքում տեղեկատվության և փաստերի օգտագործումը և կխթանի թափանցիկությունն ու հաշվետվողականությունը

## Ներածություն

Ներկայացվող ամփոփ փաստաթուղթը ՀՀ ԱՀԳԳ երկրորդ զեկույցն է և հանդիսանում է երկրում առողջապահական համակարգի բարեփոխումների առաջընթացն ու ազդեցությունն ուսումնասիրելու առաջին զեկույցում նախածեռնած աշխատանքի կարևոր շարունակությունը (iv): Ազգային առողջապահական համակարգերի գործունեության բարելավումն ունի առաջնահերթ նշանակություն՝ հաշվի առնելով հատկապես ընթացիկ տնտեսական միջավայրում առկա ռեսուրսներով առավելագույն արդյունքի հասնելու կարիքը: Այս առումով առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը (ԱՀԳԳ) մի նոտեցում է, որի արդյունավետությունն առողջապահության համակարգի գործունեությունը գնահատելու և անհրաժեշտ բարելավումների վրա կենտրոնանալու հարցում ճանաչվել է ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի անդամ պետությունների կողմից (v):

2008 թվականի հունիսին ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետության ներկայացուցիչներ հանդիպեցին Էստոնիայում և հաստատեցին «Առողջապահության համակարգերը առողջության և բարեկեցության համար» Տալինի խարտիան(I): Տալինի խարտիայի նպատակն է առողջապահության համակարգերի հզորացման միջոցով բարելավել մարդկանց առողջությունը՝ միաժամանակ հաշվի առնելով տարածաշրջանում առկա սոցիալական, մշակութային և տնտեսական տարբերությունները: Խարտիայի շրջանակներում անդամ պետությունները պարտավորություն են ստանձնել խրախուսել թափանցիկությունը և հաշվետվողականությունը՝ առողջապահության համակարգերի գործունեությունը բարելավելու հարցում չափելի արդյունքների հասնելու նպատակով: Վանդակ 1-ում ամփոփված են դրանց ստանձնած պարտավորությունները:

Յուրաքանչյուր անդամ պետության կողմից սեփական առողջապահական համակարգի գործունեության պարբերական գնահատման կանոնավոր գործընթացների մշակումը հանդիսանում է Տալինի խարտիայում առաջարկված առաջին քայլը: Գնահատման այս աշխատանքները կարող են երաշխավորել, որ առողջապահության համակարգն ունի ռազմավարական ուղղություն, որը կենտրոնանում է բնակչության առողջության վրա ազդեցությունները բարելավելու շուրջ, որ քաղաքականությանն առնչվող որոշումները պատշաճ տեղեկացված են առողջապահության խնդիրների և դրանց գործոնների վերաբերյալ, որ կառավարության տարբեր քաղաքականությունները նպաստում են երկրի բնակչության առողջության բարելավմանը, որ կառավարման բոլոր ոլորտներում խրախուսվում է առողջ հանրային քաղաքականությունը և,

**Վանդակ 1. Տալինի խարտիայի պարտավորություններ**

- Առողջապահության քաղաքականության, ռեսուրսների բաշխման և այլ գործողությունների միջոցով խրախուսել միասնության, հավասարության և մասնակցության համընդհանուր արժեքները՝ երաշխավորելով պատշաճ ուշադրություն աղքատների և խոցելի այլ խմբերի կարիքներին.
- Ներդրումներ կատարել առողջապահական համակարգերում և խթանել ներդրումները բոլոր այն ոլորտներում, որոնք ազդեցություն ունեն առողջության վրա՝ օգտագործելով սոցիալ-տնտեսական զարգացման և առողջության փոխկապակցվածության մասին ապացույցները.
- չափելի արդյունքների հասնելու նպատակով խրախուսել թափանցիկությունը և հաշվետվելիքը՝ առողջապահության համակարգի գործունեության համար.
- առողջապահական համակարգերը դարձնել ավելի արձագանքող մարդկանց կարիքներին, նախապատվություններին և ակնկալիքներին՝ միաժամանակ ճանաչելով սեփական առողջության հարցում նրանց իրավունքներն ու պարտականությունները.
- շահագրգիռ կողմերին ներգրավել քաղաքականության մշակմանն ու իրականացմանը.
- խթանել երկրների միջև գիտելիքների փոխանակումն ու համագործակցությունն ազգային և ենթաազգային մակարդակներով առողջապահության համակարգի բարեփոխումների մշակման ու իրականացման հարցերում.
- երաշխավորել, որ առողջապահության համակարգերը պատրաստ և ունակ են արձագանքելու ճգնաժամերին, իսկ մենք համագործակցում ենք և իրավակիրառկում Միջազգային առողջապահական կանոնակարգերը:

վերջապես, որ հարաբերություններն առողջապահության ոլորտի բոլոր շահագրգիռ կողմերի միջև կարգավորվում են թափանցիկության և հաշվետվողականության մթնոլորտում:

## **Առողջապահական համակարգը Հայաստանում՝ հենք և մարտահրավերներ**

Խորհրդային իշխանության յոթ տասնամյակից հետո Հայաստանն անկախություն հռչակեց 1991 թվականին: Թեպետ խորհրդային առողջապահական համակարգն անվճար բուժօգնություն էր մատուցում՝ առաջնային, երկրորդային և երրորդային ծառայությունների ամբողջ ծավալից օգտվելու համահավասար իրավունքով, ծառայության մատուցման այս մոտեցումը ձևավորեց խիստ խեղաթյուրված, ոչ կենսունակ համակարգ: Առողջապահության ոլորտին առնչվող բոլոր որոշումների կայացման իշխանությունը (օրինակ՝ բյուջետավորման, հիվանդանոցների և կադրային համալրման վերաբերյալ) կուտակված էր կենտրոնացված պետական կոմունիստական ապարատում, ինչը հանգեցնում էր տեղական զարգացման խթանների և հնարավորության բացակայության: Կենտրոնացված պլանավորումն ու բյուջետավորումը չհավասարակշռված կարևորություն էր տալիս մասնագիտացված հիվանդանոցային բուժօգնությանը, իսկ առողջության առաջնային պահպանումը մնում էր թերզարգացած: Քանի որ հիվանդանոցներին հատկացվող ֆինանսավորումը հիմնված էր հզորության ինդիկատորների (օրինակ՝ մահճակալների քանակի) վրա՝ հիվանդանոցները խրախուսվում էին ընդլայնել հզորությունները և հասցնեն դրանք այնպիսի չափերի, որոնք զգալիորեն գերազանցում էին առկա պահանջարկը: Հետխորհրդային անցումային շրջանի մարտահրավերներն ընդգրկեցին սոցիալական անվտանգության նախկին ցանցի կազմալուծումը, որը Հայաստանը հասցեագրեց բուժօգնության մատուցման և ֆինանսավորման այնպիսի սխեմաներ մշակելու միջոցով, որոնք ավելի արդյունավետ կբավարարեին կարիքները: Բարեփոխումների աշխատանքներում ընդգրկվեց հիվանդանոցային բուժօգնության և առողջության առաջնային պահպանման միջև հավասարակշռության ձևավորումը, մնան բուժօգնության մատչելիության ապահովումը և չափազանց մեծածավալ ապօրինի վճարումների կրճատումը:

ՀՀ Առողջապահության նախարարության դերը կայացել է ծառայությունների մատուցումը լիցենզավորելու, կարգավորելու, մոնիթորինգի ենթարկելու և ուղեցույցեր սահմանելու, այլ ոչ թե ծառայությունների անմիջական մատակարար հանդիսանալու մեջ: Նախարարությունը հասցեագրում է քաղաքականության խնդիրներ բարեփոխումների չորս հիմնական բնագավառներում՝ ծառայության մատուցում, կադրեր, ֆինանսավորում և կառավարում (ռազմավարական ղեկավարում) (vi):

Ինչ վերաբերում է ծառայությունների մատուցմանը, ապա նախարարության առավել կարևոր նպատակներն են գերակա դարձնել առողջության առաջնային պահպանումը, օպտիմալացնել հիվանդանոցային համակարգը և կրճատել հիվանդանոցային մահճակալների քանակը, ինչպես նաև խթանել բուժօգնության ինտեգրումը: Առողջապահության նախարարության երկու կարևորագույն ռազմավարություններ են հանդիսացել ծառայությունների մատուցման ապակենտրոնացումը տարածքային պետական կառավարման ու տեղական ինքնակառավարման մարմիններ, ինչպես նաև պետության ֆինանսական պարտավորության կրճատումը՝ ծառայությունների մասնավորեցումը թույլատրելու միջոցով: Սակայն հավելյալ հզորությունները և ապօրինի վճարումները կրճատելու փոխարեն անվերահսկելի մասնավորեցումն ավելի ընդարձակեց անարդյունավետ համակարգը՝ վերածելով այն մահճակալների ավելցուկով ու հիվանդանոցային մահճակալների զբաղվածության ցածր ցուցանիշերով բնութագրվող համակարգի: 1996 թվականին ընդունված «Առողջապահության մասին» օրենքը վերացրեց առողջապահության ֆինանսավորման նախկին համակարգը և հնարավոր դարձրեց ֆինանսավորման այլընտրանքային սխեմաները: 1997-1998 թվականներին կառավարությունը նախ ջանքեր գործադրեց սպառողական վճարներ, ապա կառավարության կողմից ֆինանսավորվող հիմնական ծառայությունների՝ պետական պատվերի փաթեթ ներդնելու ուղղությամբ: Փաթեթը մշակվել էր ամբողջ բնակչությանը սահմանափակ թվով ծառայություններ և որոշակի խոցելի խմբերին ծառայությունների ավելի լայն շրջանակ մատուցելու նպատակով: Դժբախտաբար առողջապահության ֆինանսավորման մեծ մասը դեռևս հիմնված է ապօրինի, գրպանից կատարվող վճարումների վրա, ինչը կարող է անհավասարություններ առաջացնել բուժօգնության մատչելիության և առողջապահական ազդեցությունների հարցում (vii):



## ԱՅԳԳ իրականացում

ԱՅԳԳ-ը հիմնված է առողջապահական համակարգերի հայեցակարգի վրա, որն ուրվագծված է ԱՅԿ 2000 թվականի Համաշխարհային Առողջապահական Ձեկույցում (viii) և լրացուցիչ փաստաթղթագրված՝ Սյուրեյի և Ֆրենկի կողմից (ix): ԱՅԿ հայեցակարգն առողջապահության համակարգի հիմնական նպատակ՝ *raison d'être*, և հետևաբար, դրա որոշիչ խնդիր է համարվում առողջության բարելավումը: Ավելին, առողջությունը բարելավելու այս առաջնային նպատակն ունի երկու կենսական, սոցիալապես ցանկալի նպատակ: Դրանցից առաջինը «արձագանքումը» կամ «բարյացակամությունն» է (ինչը նշանակում է, որ առողջապահության համակարգը պետք է պատշաճ արձագանքի մարդկանց դրանից ունեցած ակնկալիքներին), իսկ երկրորդը՝ «արդարացիությունը» (ինչը ենթադրում է, որ համակարգի արձագանքը պետք է հավասար լինի բոլորի հանդեպ՝ առանց խտրականության): Հետևաբար, ցանկացած առողջապահական համակարգ ունի երեք կարևորագույն նպատակ՝

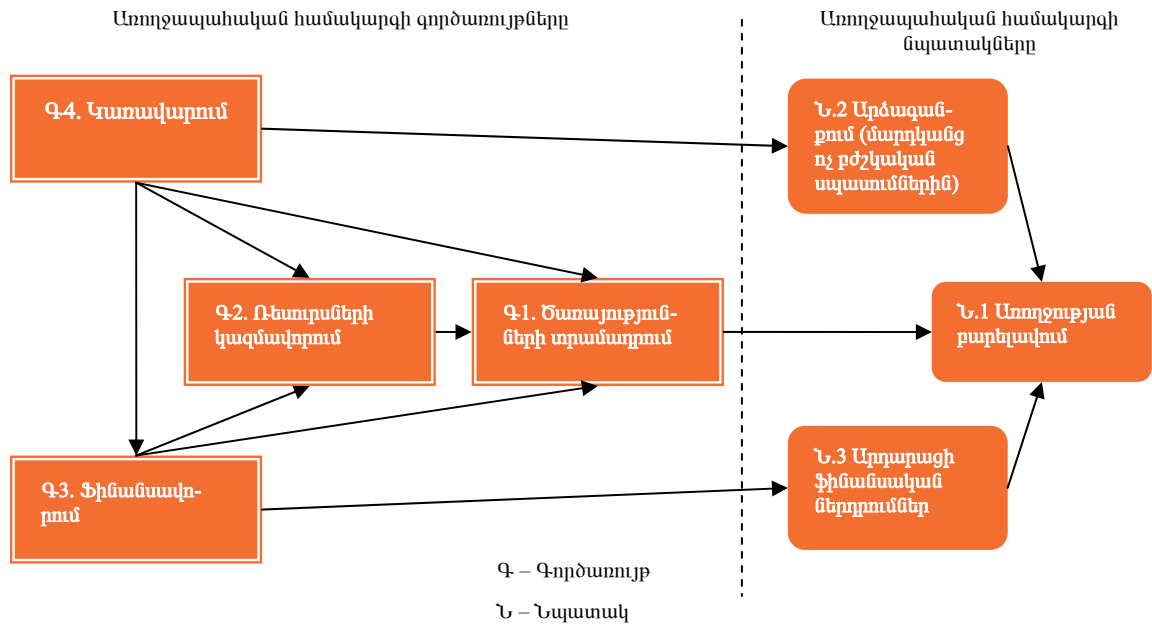
1. Առողջության բարելավում՝ առողջապահության համակարգի որոշիչ նպատակը, որի խնդրո առարկաներն են՝ (ա) բնակչության առողջության միջին մակարդակի բարելավումը և (բ) առողջության բաշխվածության անհավասարությունների կրճատումը.
2. Արձագանքման հզորացումը, որն ունի երկու բաղադրիչ՝ (ա) անհատների հանդեպ հարգանքի դրսևորում և (բ) ուղղվածություն դեպի սպառող.
3. Ֆինանսական ներդրման արդարացիություն կամ ֆինանսավորման արդարացիությունը, որի խնդրո առարկան է երաշխավորել, որ անհրաժեշտ բուժօգնություն ստանալու դեպքում տնային տնտեսությունները չեն կատարում սննկացնող ծախսեր և, որ հարուստների համեմատ աղքատ տնային տնտեսությունների ներդրումներն առողջապահության համակարգում ավելի փոքրածավալ են:

Այս երեք հիմնարար նպատակներին են աջակցում առողջապահական համակարգի կողմից իրականացվող չորս հիմնական գործառույթները:

1. Կառավարման խնդիրն, ըստ Տալինի Խարտիայի սահմանման, հետևյալն է. «սահմանել առողջապահության համակարգի զարգացման տեսլականը և լիազորություններ ունենալ ու պատասխանատվություն կրել առողջապահական քաղաքականությունների օրենսդրության, կարգավորման և իրավակիրառման, ինչպես նաև դրա սոցիալական, տնտեսական և բնապահպանական որոշիչների վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրելու համար»(i): Կառավարումը ներառում է նաև միջուկորտային և բազմաթիվ շահագրգիռ կողմեր ընդգրկող համատեղ ջանքերի խրախուսումն ու ղեկավարումը՝ բնակչության առողջության հարցում ձեռքբերումներն առավելագույնին հասցնելու և մարդածին ու բնական աղետներին առողջապահական համակարգի պատրաստվածությունը երաշխավորելու համար:
2. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը զբաղվում է ֆինանսական միջոցների աղբյուրներով, առողջապահական համակարգի ռեսուրսների և կարողությունների համար ներդրումներ կատարելու և դրանք ֆինանսավորելու նպատակով ֆինանսական միջոցների գոյացման և համադրման հարցերով:
3. Ռեսուրսների կազմավորումը զբաղվում է համակարգի ռեսուրսների (բժշկական կադրերի, առողջապահական հաստատությունների և այլն) առկայությունը և պահանջվող առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար դրանց բավարար լինելը երաշխավորելով:
4. Ծառայությունների մատուցումն ակնարկում է նրան, թե ինչպե՞ս են մատուցվում առողջապահական այս ծառայությունները՝ դրանց ծավալներին, որակին, աշխարհագրական վայրերին և մատչելիությանը:

Առողջապահական համակարգի չորս գործառույթների և երեք կարևորագույն նպատակների միջև փոխկապակցությունները կարող են ներկայացվել Դիագրամ 1-ի օրինակով:

**Դիագրամ 2. Առողջապահական համակարգի գործառույթների և նպատակների շրջանակ**



Աղբյուր՝ ԱՀԿ Համաշխարհային Առողջապահական Ձեկույց 2000

**ԱՀԳԳ և սույն զեկույցի նպատակները**

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը նշանակում է գնահատել և վերլուծել երկու հարց՝

1. որքանով պատշաճ է առողջապահական համակարգն իրականացնում իր կարևորագույն (կամ առաջնային) նպատակները (բնակչության առողջության բարելավում, առողջապահական համակարգի ավելի լավ արձագանքում, ֆինանսական ավելի լավ պաշտպանվածություն),
2. ինչպե՞ս է միջանկյալ նպատակների (կամ ներգործուն նպատակների, օրինակ՝ առողջապահական ծառայությունների մատչելիության, ընդգրկման, որակի և անվտանգության բարելավումը) գծով համակարգի կատարողականը նպաստում կարևորագույն նպատակների իրագործմանը:

ԱՀԳԳ առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը կարող է անմիջական դերակատարում ունենալ առողջապահական համակարգերի գործունեությունը բարելավելու հարցում՝ որոշումների կայացման գործընթացներում գործունեության մասին ռազմավարական տեղեկատվություն ներառելու և որոշումներ կայացնողներին ռազմավարությունների, պլանների, քաղաքականությունների ու առնչվող նպատակային ցուցանիշների գնահատման ու վերանայման գործում աջակցելու միջոցով:

Հայաստանի ԱՀԳԳ ներկայացվող երկրորդ զեկույցը հիմնվում է առաջինի վրա և, դրանով իսկ, հանդիսանում է պետական քաղաքականության, առողջապահության համակարգի բարեփոխումների նախաձեռնությունների, հիմնարար սոցիալտնտեսական փոփոխությունների արդյունքում առողջապահական համակարգում տեղի ունեցող փոփոխությունները մոնիթորինգի ենթարկելու կարևորագույն բաղադրիչ:

Ներկայացված զեկույցը պատրաստվել է մի շարք նպատակների իրագործմանը նպաստելու համար՝

- գնահատել առողջապահության համակարգի հիմնական նպատակների իրագործվածության մակարդակը և կատարել համակարգում տեղի ունեցող փոփոխությունների մոնիթորինգ.
- ապահովել առողջապահության համակարգի գործունեության ամփոփիչ գնահատում.
- առողջապահության ոլորտի ազգային քաղաքականության կենտրոնում դնել առողջապահական համակարգի գործունեությունը.

- բարձրացնել առողջապահական համակարգի կառավարման արդյունավետությունը.
- հնարավոր դարձնել առողջապահության համակարգի արդյունավետության գնահատումը.
- կազմակերպել հաղորդակցությունը և խրախուսել հաշվետվողականությունը.
- նշել առողջապահության համակարգի գործունեության ո՞ր բնագավառներն են գերակա բարելավմանն ուղղված աշխատանքների տեսանկյունից.
- առողջապահության ամբողջ համակարգում խթանել ավելի որակյալ տվյալների որոնումը և ավելի որակյալ վերլուծությունները:

Հույս է տածվում, որ առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման համար ավելի լավ շրջանակի ապահովման և գործունեության հուսալի ինդիկատորների հիմնական հավաքակազմի ընտրության միջոցով զեկույցը կնպաստի նաև հաշվետվողականության բարելավմանը և կխթանի Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության արդյունավետ կառավարմանն ուղղված ջանքերը:

## Սույն զեկույցի նախապատրաստումը

Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության սույն գնահատումը ՀՀ Առողջապահության նախարարության, ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակի և Համաշխարհային Բանկի համատեղ աշխատանքի արդյունքն է: ԱՀԳԳ համար պատասխանատու աշխատանքային խումբը տեղակայված էր Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնում (ԱՏԿԿ) և ձևավորվել էր ԱՀԿ մասնագետների հետ զեկույցը պատրաստելու ուղղությամբ աշխատելու նպատակով: 2008 թվականի մայիսից 2009 թվականի սեպտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում իրականացվել է ԱՀԿ տեխնիկական չորս առաքելության այց: Առաջին առաքելության ընթացքում Առողջապահության նախարարության բարձրաստիճան պաշտոնյաները՝ ԱՀԿ աշխատակազմի անդամների հետ համատեղ, մշակեցին առողջապահական համակարգի ռազմավարության քարտեզ՝ հիմնվելով վերը նկարագրված շրջանակի վրա: Հայաստանի առողջապահական համակարգի ռազմավարության քարտեզը հստակ սահմանում է առողջապահական համակարգի չորս կարևորագույն նպատակները և առողջապահական ինքն ռազմավարական թեմաները, որոնք արտացոլում են Հայաստանի առողջապահական համակարգի նպատակներն ու բարեփոխումների ռազմավարությունները:

Ռազմավարության այս քարտեզը շրջանակ է ծառայել 2008 թվականի հուլիսին կայացած տեխնիկական փորձագետների հետ աշխատանքային սեմինարի ընթացքում գործունեության մոտ 40 ինդիկատոր ընտրելու համար: Նախքան սեմինարն ԱՀԳԳ աշխատանքային խումբը նախապես ընտրել էր մեծ թվով հնարավոր ինդիկատորներ: 2008 թվականի օգոստոսից 2009 թվականի հունիսն ընկած ժամանակահատվածում աշխատանքային խումբը մշակել է Համաշխարհային Բանկի ընթացիկ վարկի միջոցներով ֆինանսավորված հատուկ հետազոտությունը՝ կանոնավոր հավաքագրվող տվյալների սահմանափակումների հետևանքով առաջացած տվյալների առկա բացերը լրացնելու համար: Այս հետազոտությունն իրականացրել էր Ազգային վիճակագրական ծառայությունը (ԱՎԾ) 2009 թվականի գարնանը: Ազգային մակարդակով ընտրանքի չափը կազմել է 1600 տնային տնտեսություն: Հետազոտության արդյունքում ստացված տվյալներն ԱՀԳԳ աշխատանքային խմբին են տրամադրվել 2009 թվականի ամռանը: 2009 թվականի հունիսին կայացած ԱՀԿ առաքելության ընթացքում աշխատանքային խումբը՝ ԱՀԿ փորձագետների աջակցությամբ, առաջարկեց վերակազմավորել ռազմավարության քարտեզի 13 ռազմավարական նպատակներն ու առողջապահական թեմաները և վերածել դրանք գործունեության 10 ուղղությունների, որոնք կօգտագործվեն ԱՀԳԳ վերջնական զեկույցում: Աշխատանքային խմբին ինդիկատորների արդյունքները մեկնաբանելու հարցում օժանդակելու համար մշակվեցին ուղեցույցեր: Սույն զեկույցի առաջին նախագիծն ուսումնասիրվեց 2009 թվականի սեպտեմբերի վերջին կայացած ԱՀԿ վերջին առաքելության ընթացքում:

## Հայաստանում ԱՀԳԳ շրջանակը

Առողջապահության համակարգի երեք նպատակներ և չորս գործառույթներ նախանշող ԱՀԿ շրջանակը, որը նկարագրված է վերը և ներկայացված է Դիագրամ 2-ում, ադապտացվեց

Հայաստանի առողջապահության համակարգի ռազմավարությունները և բարեփոխումներն արտացոլելու համար: Դրան հաջորդիվ՝ առողջապահության համակարգի քաղաքականության և այն նշակելու նշանակության վրա կենտրոնանալու նպատակով սահմանվեցին ԱՀԿ մոդելի գործառնություններին և նպատակներին առնչվող գործունեության տասն ուղղություններ: Գործունեության այս ուղղություններն օգտագործվեցին քաղաքականության հարցերը հստակ սահմանելու, գործունեության ինդիկատորներն ընտրվեցին քաղաքականության հարցերին պատասխանելու, իսկ ինդիկատորների արդյունքերը հիմք ձևավորեցին առողջապահության համակարգի գործունեությունը գնահատելու համար:

Գործունեության 10 ուղղությունները և դրանց փոխկապակցություններն առողջապահության համակարգի գործառնություններին և նպատակներին ներկայացված են վերը՝ Դիագրամ 1-ում: Ուղղությունները և քաղաքականությանն առնչվող հարցերն ու գործունեության ինդիկատորներն ամփոփված են Հավելված Ա. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման շրջանակ. Գործունեության տարրեր, քաղաքականության հարցեր և գործունեության ինդիկատորներ:

## Չեկույցի ձևաչափը

Սույն զեկույցն ուսումնասիրում է առողջապահության համակարգի գործունեությունը վերը՝ Դիագրամ 1-ում, ներկայացված տասն ուղղություններով: Յուրաքանչյուր գլուխ սահմանում է այս ուղղություններից մեկին վերաբերող քաղաքականության հարցերը, ներկայացնում գործունեության համապատասխան ինդիկատորների գծով արդյունքները և ձևակերպում եզրակացություններ ու, ըստ անհրաժեշտության, քաղաքականության առաջարկություններ:

Գործունեությունը գնահատելու նպատակով դիտարկվել են ինդիկատորների արդյունքներն՝ ըստ տարիների և ուսումնասիրվել են միտումները: Ինդիկատորներից շատերի գծով այժմ մատչելի են և կարող են ներկայացվել 2008 թվականի տվյալներ: Տվյալների մատչելիության պայմաններում գնահատվել են 2000 կամ 2001 թվականից առկա միտումները: Որոշ ինդիկատորների դեպքում օգտագործվել են նաև 1990 և 1995 թվականների տվյալներ, սակայն հարկ է նշել, որ այդ տարիների տվյալները հավաքագրվել են հավաքագրման ու հաշվետվականության այլ համակարգերով և դրանք կարող են համադրելի չլինել ավելի նոր արդյունքների հետ:

Բացի այդ, 2009 թվականի մարտ և ապրիլ ամիսներին ԱՀԳ նպատակներից ելնելով իրականացվել է զանգվածային երկրորդ հետազոտությունը (ԱՀԳ 2009 հետազոտություն), որը վերաբերել է նախորդող 12 ամիսների ընթացքում առողջության կարգավիճակին և բուժօգնության սպառմանը: Այս արդյունքները կարող են համեմատվել 2007 թվականին իրականացված առաջին հետազոտության (ԱՀԳ 2007 հետազոտություն) արդյունքների հետ:

Տվյալների մատչելիության դեպքում Հայաստանի արդյունքները համեմատվել են մի շարք երկրների ցուցանիշերի և Եվրոպական երկրների երեք համախմբությունների բնակչության նկատմամբ կշռված միջինների հետ: Համեմատության համար օգտագործված երկրներն են Վրաստանը, Ադրբեջանը և Թուրքիան՝ որպես Հայաստանի տարածաշրջանային ամենիջական հարևաններ: Երկրների օգտագործված խմբերն ընդգրկում են Անկախ պետությունների համագործակցության (ԱՊՀ) 12 պետությունների համախմբությունը, Արևելյան Եվրոպայի համեմատաբար բարձր մահացությանը 26 երկրների համախմբությունը, այդ թվում նախկին ԽՍՀՄ 15 հանրապետությունները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-26<sup>1</sup> և Արևմտյան ու Կենտրոնական Եվրոպայի երկրների 27 առավել զարգացած և մահացության ավելի ցածր ցուցանիշներ ունեցող երկրները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-27-ը<sup>2</sup>: Միջազգային համեմատությունները, որպես կանոն, կատարվել են Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» (Health for All) տվյալների շտեմարանի (HFA-ՏՇ) (x) հիման վրա, որտեղ մատչելի ամենավերջին արդյունքները վերաբերում են 2006 կամ 2007 թվականին:

<sup>1</sup> Ալբանիա, Հայաստան, Ադրբեջան, Բելառուսիա, Բոսնիա և Հերցեգովինա, Բուլղարիա, Էստոնիա, Վրաստան, Հունգարիա, Ղազախստան, Ղրղստան, Լատվիա, Լիտվա, Չեռնոգորիա, Լեհաստան, Սլովակիա, Ռումինիա, Ռուսաստանի Դաշնություն, Սերբիա, Սլովակիա, Տաջիկստան, Մակեդոնիա, Թուրքիա, Թուրքմենիա, Ուզբեկստան:

<sup>2</sup> Անդորա, Ավստրիա, Բելգիա, Խորվաթիա, Կիպրոս, Չեխիա, Դանիա, Ֆինլանդիա, Ֆրանսիա, Գերմանիա, Հունաստան, Իսլանդիա, Իռլանդիա, Իսրայել, Իտալիա, Լյուքսեմբուրգ, Մալթա, Սոնակո, Սիդեռլանդներ, Նորվեգիա, Պորտուգալիա, Սան Մարինո, Սլովենիա, Իսպանիա, Շվեդիա, Շվեյցարիա, Միացյալ Թագավորություններ:

Գործունեության ինդիկատորների արդյունքները համեմատվել են նաև ՀՀ կառավարության ռազմավարական ծրագրերում կամ ՀԶՆ-ներում սահմանված նպատակային ցուցանիշների հետ: Որտեղ հնարավոր է գործունեության ինդիկատորների արդյունքները ներկայացված են ըստ մարզերի՝ առողջապահության համակարգի գործունեության տարածքային տարբերությունների չափերը հասկանալու համար:

Հայաստանի ԱՀԳԳ առաջին զեկույցի նպատակն էր կենտրոնանալ երեք գերակա ուղղությունների՝ առողջության առաջնային պահպանման, հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման, մոր և մանկան առողջության շուրջ: Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման հարցում երկրորդ զեկույցը որդեգրում է ավելի լայլ մոտեցում՝ դրանով իսկ հնարավորություն ընձեռելով մի շարք բնագավառներում հիմնվել առաջին զեկույցի արդյունքների վրա և ընդլայնել դրանք: Նոր նյութերն ընդգրկում են՝

- նախ դիտարկվել են ՀՀ առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած վերջին փոփոխությունները՝ համեմատելով ԱՀԳԳ առաջին զեկույցի արդյունքները 2008 թվականի այժմ մատչելի տվյալների հետ,
- կատարվել է ինդիկատորների փոփոխության միտումների ուսումնասիրություն սկսած 2000 թվականից, երբ երկրում սկսվեց արագ տնտեսական աճի շրջան,
- փորձ է կատարվել ընդգծել առողջապահական համակարգի գործունեության և առողջապահական համակարգի բարեփոխումների առնչությունները՝ օգտագործելով բարեփոխումների հատուկ ծրագրերին (օրինակ՝ առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխման կամ հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման ծրագրերին) ներգործությանն առնչվող ազդեցությունների ինդիկատորները,
- վերլուծվել է առողջական վիճակն ու առողջապահական ծառայությունների սպառումն ըստ բնակչության բարեկեցության քվինտիլների՝ առողջության վիճակի արդարացի բաշխվածության և առողջապահական ծառայությունների մատչելիության աստիճանն ըստ բարեկեցության խմբերի որոշելու համար:

Սույն զեկույցը կատարում է Հայաստանի առողջապահության տեղեկատվական համակարգի (ԱՏՀ) (xi) ավելի մանրամասն գնահատում և ներկայացնում է երկրում առողջապահական տեղեկատվության կառավարումը հզորացնելուն ուղղված այդ գնահատման փաստերն ու առաջարկությունները:

## 1. Առողջապահության համակարգի կառավարում

Տալինի Խարտիան (i) նշում է, որ կառավարման հարցում առողջապահության նախարարության հիմնական գործառնություններն են «սահմանել առողջապահության համակարգի զարգացման տեսլականը և լիազորություններ ունենալ ու պատասխանատվություն կրել առողջապահական քաղաքականությունների օրենսդրության, կարգավորման և իրավակիրառկման, ինչպես նաև դրա սոցիալական, տնտեսական և բնապահպանական որոշիչների վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրելու համար»: Կառավարման հարցում այս դերակատարման երկրորդական գործառնությունները սահմանվում են հետևյալ կերպ.

- սահմանել առողջության տեսլականը և առողջության բարելավմանը հասնելու ռազմավարությունը,
- ազդեցություն ունենալ առողջապահության ոլորտից բացի այլ ոլորտներում և աջակցել առողջության բարելավմանը,
- ղեկավարել առողջապահության համակարգն այնպիսի եղանակով, որը հիմնված է արժեքների վրա, էթիկական է և նպաստավոր առողջապահության համակարգի նպատակներն իրագործելու համար,
- երաշխավորել, որ առողջապահության համակարգը նախագծված է այնպես, որ կարող է ադապտացվել փոփոխվող կարիքներին,
- մոբիլիզացնել իրավական և կարգավորող լիազորությունները՝ առողջապահության համակարգի նպատակներն իրագործելու համար,
- կայացնել փաստահեն որոշումներ(xii):

Ընթացիկ ԱՀԳԳ շրջանակներում հնարավոր չի եղել իրականացնել ՀՀ Առողջապահության նախարարության կառավարման գործառնության արդյունավետության լիարժեք գնահատում: Նման գնահատումներ կատարելու մեթոդները դեռևս մշակվում են Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակի կողմից (xiii): Որոշում կայացվեց անդրադառնալ քաղաքականության մի շարք կոնկրետ հարցերի, որոնք ներկայացուցչական դեր ունեցան ՀՀ Առողջապահության նախարարության կառավարման գործառնության ուժեղ և թույլ կողմերը գնահատելու համար:

- Գոյություն ունի արդյո՞ք առողջապահության ոլորտի համարժեք կանոնակարգում:
- Արդյո՞ք Առողջապահության նախարարության տրամադրության տակ առկա են քաղաքականության համապատասխան գործիքներ քաղաքականության թիրախային նպատակներին հետամուտ լինելու համար:
- Արդյո՞ք առողջապահության համակարգի գործունեության մասին տեղեկություններն ու փաստերը կիրառվում են Առողջապահության նախարարության որոշումների կայացման գործընթացում, հատկապես՝ բուժօգնության համահավասար մատչելիությունը խրախուսելու նպատակով պետական միջոցների հատկացման գործում:
- Արդյո՞ք նախարարությունը համագործակցում է կառավարության մյուս մարմինների հետ: Օրինակ՝ աշխատում է արդյո՞ք Կրթության, Տրանսպորտի և Կապի, Բնապահպանության և այլ նախարարությունների հետ՝ բնակչության առողջության վիճակի վրա զգալի ազդեցություն ունեցող քաղաքականությունները համակարգելու և մշակելու հարցում: Գնահատվում է արդյո՞ք այդ ոլորտների հիմնական քաղաքականությունների և բարեփոխումների ազդեցությունը:

Այս զեկույցի համար մշակվել են կառավարման վերոնշյալ գործառնությունների վերաբերյալ որակական դիտարկումներ, որոնք հիմնականում հիմնվում են Հայաստանի առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների վերջին գնահատման վրա, որն ընդգրկում է այս գործառնությունները (vi): Հետագա ԱՀԳԳ կարևորագույն նպատակներից մեկը կլինի սահմանել քանակական չափանիշեր և հենանիշ՝ ժամանակի ընթացքում բարելավվումը գնահատելու համար:

## **Նպատակներին հասնելու համար մոբիլիզացված քաղաքականության գործիքներ**

ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը պատասխանատու է եղել անկախությունից հետո առողջապահության ոլորտի հիմնական փոփոխությունների, այդ թվում՝ առողջապահական համակարգի ապակենտրոնացման, առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բուժօգնության միջև հավասարակշռությունը բարելավելու, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մեխանիզմներ ձևավորելու համար: Ռազմավարական ղեկավարության լիազորությունների տեսանկյունից Առողջապահության նախարարությունը սահմանում է գերակայություններ, մշակում քաղաքականություններ և դիմում իրավական աջակցության՝ պատշաճ ռազմավարությունների մշակումն ու իրականացումն ապահովելու համար:

Մինչ օրս առողջապահության քաղաքականություններ և ռազմավարություններ մշակելու ուղղությամբ Առողջապահության նախարարության աշխատանքը համահունչ է եղել Տալինի հարտիայի սկզբունքներին՝ սկսելով «Բնակչությանը մատուցվող բժշկական օգնության և ծառայությունների մասին» ամենավաղ օրենքից (1996) և օգտվողների վճարներ սահմանելուց (1997): Նախարարության 2000 թվականի առողջապահության ռազմավարությունը նույնականացրեց առողջապահության բարեփոխումների կողմից հասցեագրվելիք հիմնական բաղադրիչները, ընդգրկելով առողջության առաջնային պահպանումը, հիվանդանոցային բուժօգնությունը, ինչպես նաև առնչվող ֆինանսական և կադրային ճշգրտումները: Այն խթանեց նաև առողջապահության զարգացման քաղաքականությունների խրախուսման հարցում համատեղ որոշումների կայացումը, իրականացումը և հաշվետվողականությունը: Առողջապահության 2000 թվականի ռազմավարությունն ուղղություն հաղորդեց 2000-2003 թվականների համար, որից հետո մշակվեց մեկ այլ միջանկյալ ռազմավարություն:

Այս ռազմավարությունների իրականացումը դեռևս դիմագրավում է բազմաթիվ մարտահրավերների: Ազգային առողջապահական համակարգի բարեփոխումների ընդհանուր ռազմավարության բացակայության պայմաններում քաղաքականության փոփոխությունները կրում են դիպվածային բնույթ, ինչն անորոշություն է ստեղծում բարեփոխումների ապագա ուղղության վերաբերյալ: Ապակենտրոնացումը նպաստել է առողջապահական ծառայությունների պետական և մասնավոր մատակարարների չափազանց մեծ ավտոնոմության, ինչը դժվարություն է ստեղծել առողջապահական ծառայությունների մատուցման ու ֆինանսավորման կանոնակարգման հարցում: Առողջապահության նախարարությունը չի մշակել լիցենզավորման և որակի բավարար չափանիշեր, ինչպես նաև չի նպաստել առողջապահության պատշաճ պատրաստված կազմակերպիչների ընտրությանը: Հաջողությամբ չեն պսակվել ղեկավարման հարցում աջակցություն ապահովելու և նախարարության վարչությունների ու գործակալությունների մշակած ենթառազմավարությունների ներդաշնակությունը երաշխավորելու նպատակով Առողջապահության նախարարության կազմում առողջապահության քաղաքականության և պլանավորման ստորաբաժանում ստեղծելու փորձերը: Նմանապես գոյություն չունի բարեփոխումների միջոցառումներ մշակելու և իրականացնելու նպատակով շահագրգիռ կողմերի հետ խորհրդակցելու կամ դոմորների աջակցությունը համակարգելու հետևողական գործընթաց:

## **Առողջապահության տեղեկատվության օգտագործումը փաստահեն որոշումների կայացման համար**

Ինչպես կառավարման այլ գործառնությունների դեպքում՝ առողջապահության համակարգն արդյունավետ կառավարելու և կանոնակարգելու կարողությունը սերտորեն փոխկապակցված է առողջապահության տեղեկատվության մատչելիության և օգտագործման հետ: Առողջապահության տեղեկատվության օգտագործումն ուսումնասիրելու տարբերակներից մեկը սահմանված թիրախների կիրառմամբ Առողջապահության նախարարության ծրագրերի մոնիթորինգի ու գնահատման մակարդակը դիտարկելն է: Առողջապահության տեղեկատվության կիրառումը գնահատելու համար օգտագործված ինդիկատորը պետական առողջապահական այն ծրագրերի տոկոսն է, որոնք ունեն մոնիթորինգի և գնահատման ցուցանիշներ, որոնց վերաբերյալ ներկայացվում են հաշվետվություններ:

2007 թվականի ԱՀԳԳ-ը նախանշեց հետագայում նման գնահատումները բարելավելու պլան: Նախ, կատարողականահեն առաջին հաշվետվությունը հնարավորություն կտա կատարել առաջընթացի օբյեկտիվ գնահատումներ: Կատարողականահեն չափորոշիչները ներդրված են ազգային մի շարք ծրագրային գործիքներում, այդ թվում ՀՀ սոցիալ-տնտեսական զարգացման երկու ծրագրերում՝ ՀՀ կառավարության գործունեության միջոցառումների 2008-2015թթ.ծրագրում և ՀՀ կայուն զարգացման ծրագրում (Աղքատության հաղթահարման ռազմավարության երկրորդ ծրագրում): Առողջապահությանն առնչվող ցուցանիշներ է սահմանում նաև պետական Միջնաժամկետ ծախսային ծրագիրը: ՀՀ առողջապահության ոլորտի ծրագրերը, այդ թվում՝ ընթացքի մեջ գտնվող 12 և մշակման փուլում գտնվող 2 ծրագրերը, իրենց տարեկան հաշվետվություններում կատարողականահեն հաշվետվականություն կիրառելու միտում ունեն (ծրագրերի ցանկի ու դրանցում մոնիթորինգի գնահատման ցուցանիշների կիրառման համար տես՝ Հավելված Բ): Սակայն, միշտ չէ, որ այս ցուցանիշները ներկայացված են համակարգված, իսկ նույնիսկ ընդգրկվելու դեպքում՝ ցուցանիշները կարող են հստակ սահմանված չլինել: Օրինակ՝ որպես նպատակային ցուցանիշ կարող է սահմանվել որոշակի ժամանակահատվածում 50%-ոց կրճատում, սակայն եթե հենանիշային արժեք կամ տարի սահմանված չէ, ապա դժվար է գնահատել նպատակային ցուցանիշի իրագործվածությունը: Այս թերությունը առանձնահատուկ նկատելի է մոր և մանկան առողջության պահպանման ծրագրին առնչվող որոշ ցուցանիշների դեպքում:

Այս ծրագրերի պատշաճ վերահսկողությունն ապահովելու և կատարված ներդրումների դիմաց ստացվող արժեքի հարցում վստահություն ունենալու համար՝ ցանկացած ծրագիր իր յուրաքանչյուր տարեկան հաշվետվության մեջ պետք է տեղեկություններ տրամադրի ՀՀ կառավարությանն ու Առողջապահության նախարարությանն այն մասին, թե արդյո՞ք սահմանված նպատակային ցուցանիշերին հասնելու իմաստով այն մնում է իր ուղու վրա: Եթե ոչ, ապա հարկ է քննարկել ցուցանիշերի ձևախոսքում տանող գործոնները, ծրագրին իր ուղի վերադարձնելու նպատակով հնարավոր գործողությունները և, ըստ անհրաժեշտության, թիրախները վերագնահատելու կարիքը:

Գնահատմանը կնպաստի ոչ միայն կատարողականահեն հաշվետվականության, այլև տվյալների թափանցիկության բարելավումը, մասնավորապես՝ միկրոտվյալների և մակրոտվյալների մատչելիության բարձրացումը: Օրինակ, գնահատման սույն զեկույցի բազմաթիվ ինդիկատորներ հաշվարկելիս՝ տվյալներ ստանալու համար վերլուծողները հաճախ անբողջովին հիմնվում էին Առողջապահության նախարարության այլ բնագավառների կամ կառավարության այլ մարմինների միջնորդների վրա: Այս պատճառով վերլուծության հնարավորությունները հաճախ սահմանափակվում էին, քանի որ տվյալներն անմիջականորեն մատչելի չէին, իսկ տվյալների վերաբերյալ հարցեր բարձրացնելու հնարավորությունը սահմանափակ էր: Լավ փաստաթղթագրված տվյալների մատչելիությունը կարևոր է ոչ միայն ԱՀԳԳ ընթացքում վերլուծություն կատարելու, այլև առողջապահության քաղաքականության մշակումը փաստահեն դարձնելու նպատակով խորհրդատվություն և կարծիք ապահովելու պատասխանատվություն կրող ցանկացած ղեկավարի կամ հետազոտողի համար: Տվյալների ավելի մեծ մատչելիության հետ գալիս է անհատների գաղտնիությունը պաշտպանելու նպատակով անհատական տեղեկությունների անանունությունն ապահովելու պարտավորությունը, որը կարգավորվում է Հայաստանի գործող օրենսդրությամբ:

## **Միջոլորտային համագործակցությունը՝ առողջությունը խրախուսելու և բարելավելու համար**

Կառավարման սկզբունքներն ընդունում են այն փաստը, որ բնակչության առողջության բարելավմանը նպաստում են բազմաթիվ դերակատարներ ու կազմակերպություններ և որ Առողջապահության նախարարությունը, որպես կառավարիչ, պետք է ապահովի բոլոր ոլորտների, նախարարությունների և գործակալությունների համագործակցությունն ու ներդրումն առողջության հարցում: Բազմաթիվ ոլորտների (օրինակ՝ բնապահպանության, տրանսպորտի և ճանապարհային անվտանգության, կրթության և այլն) քաղաքականություններն ու գործողությունները զգալի ազդեցություն ունեն առողջության վրա: Սույն ԱՀԳԳ-ի համար միջոլորտային համագործակցության ծավալները հատուկ չեն գնահատվել: Սակայն առողջության վրա ազդեցությունների գնահատման պաշտոնական գործընթացի ձևավորումը և քաղաքականության մշակման հարցում «առողջությունը բոլոր քաղաքականություններում»



(“health in all policies”) մոտեցումների որդեգրումը կապահովեն այն կառուցվածքը, որի շրջանակներում նման համագործակցությունը կդառնա սովորական երևույթ:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

Կարևոր է գիտակցել այն առանցքային դերը, որն առողջապահության համակարգի կառավարման հարցում կատարում է տեղեկատվության կառավարումը: Լավ կառավարումը պահանջում է առողջապահական որակյալ տեղեկատվություն: Քաղաքականության փաստաթղթի մշակումը, առողջապահության ռեսուրսների բաշխման մասին որոշումները, առողջապահական կանոնակարգերի մշակումն ու իրավակիրառությունը և այլ գործողություններ հնարավոր չեն տեղեկատվական վակուումում: Առողջապահական տեղեկատվությունը պիտանի չէ, եթե այն անմատչելի է նրանց, ովքեր ունեն դրա կարիքը վերլուծության ու որոշումների կայացման նպատակներով: Հետևաբար, առողջ քաղաքականությունների մշակման կարևոր բաղադրիչ է առողջապահական հուսալի տեղեկատվության մատչելիությունն ու դրա օգտագործումը:

### Աղյուսակ 2. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահության համակարգի կառավարում

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Թեպետ Առողջապահության նախարարությունն անցյալում մշակել է առողջապահական քաղաքականություններ և ռազմավարություններ՝ դրանք դեռևս թերի են հետագա առաջընթացի ինտեգրված, երկարաժամկետ տեսլական ապահովելու հարցում: Ընդհանուր առմամբ այդ թերություններն են՝</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ընդհանուր ռազմավարության բացակայությունը, որը կապահովի համակարգում և ներդաշնակություն այնպիսի բնագավառներում, ինչպիսիք են առողջության առաջնային պահպանումը, հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացումը և հատուկ ծրագրերը (օրինակ՝ մոր և մանկան առողջության պահպանում)։</li> <li>նպատակներին հասնելու համար քաղաքականության սահմանափակ թվով գործիքներ (օրինակ՝ ծառայություններ մատուցողների լիցենզավորում, որակի չափանիշերի ներդրում և վերահսկում, առողջապահության ֆինանսավորման քաղաքականության հարկադրում)։</li> <li>առողջապահական կազմակերպությունների ղեկավարների նշանակման հարցում պաշտոնական որևէ ազդեցության բացակայություն։</li> <li>առողջապահության քաղաքականության և պլանավորման խմբի բացակայություն, որը կօգտագործի առողջապահության տեղեկատվությունն ու ապացույցները և խորհրդատվություն ու աջակցություն կտրամադրի նախարարության ղեկավարությանը։</li> <li>բարեփոխումները կամ նոր քաղաքականությունները շահագրգիռ կողմերի հետ քննարկելու և բանակցելու գործընթացի բացակայություն, ինչը խոչընդոտում է փոփոխությունների հաջող իրականացումը։</li> </ol>	<p>Ընդունել առողջապահության համակարգի ազգային ռազմավարություն, որը քարտեզագրում է ազգային բոլոր ռազմավարությունները, պլաններն ու ծրագրերը, ինչպես նաև սահմանում է գերակայությունները:</p> <p>Առողջապահության նախարարության կազմում ստեղծել առողջապահության քաղաքականության և պլանավորման ստորաբաժանում, որը կապահովի ազգային ռազմավարության հետևողական իրականացումը և շահագրգիռ կողմերի հետ կհամակարգի համատեղ որոշումների կայացումը, իրականացումն ու հաշվետվողականությունը: Այս ստորաբաժանումը պետք է կազմակերպի նաև դոնորների աջակցության համակարգումը:</p> <p>Մշակել առողջապահական ծառայություններ մատուցողների լիցենզավորման չափանիշերը իրավակիրառելու և բուժաշխատողների վերալիցենզավորման մեխանիզմներ:</p> <p>Մշակել և տարածել առողջապահական ծառայություններ մատուցողների համար որակի չափանիշեր ու նորմեր (օրինակ՝ կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույցեր), ինչպես նաև մշակել համապատասխանության աուդիտի մեխանիզմ:</p> <p>Պահանջներ սահմանել առողջապահական կազմակերպությունների ղեկավարների նշանակման համար (օրինակ՝ հատուկ կրթություն առողջապահության կազմակերպման գծով)</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Տվյալների բացակայության պատճառով հնարավոր չէր գնահատել միջուկորտային համագործակցության ծավալներն ու որակը կամ աղետներին պատրաստվածության որակը:</p>	<p>ԱՀԳԳ հաջորդ գեկույցում ներառել կառավարման հետևյալ ուղղությունների գնահատումը.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. աղետներին առողջապահական համակարգի պատրաստվածության պլանավորում և նման պլանների փորձարկում.</li> <li>2. Առողջապահության նախարարությունից բացի՝ ի՞նչ չափով են նախարարություններն ու պետական մարմինները հաշվի առնում իրենց քաղաքականությունների ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա և համագործակցում Առողջապահության նախարարության հետ՝ առողջությունը խրախուսող քաղաքականությունների մշակման հարցում:</li> </ol>
<p>Մոնիթորինգի և գնահատման ցուցանիշներ սահմանված են առողջապահության ոլորտի բազմաթիվ ծրագրերի համար, սակայն դրանք չունեն հստակ սահմանված թիրախներ:</p>	<p>Հստակ սահմանել առողջապահության ոլորտի ծրագրերում մոնիթորինգի ենթակա կոնկրետ ինդիկատորներ, ինչպես նաև նույնականացնել այս ինդիկատորներին հետևելու համար անհրաժեշտ տվյալների աղբյուրներ և որակի խնդիրներ: Ինդիկատորների համար սահմանել նպատակային ցուցանիշներ և ուսումնասիրության գործընթաց՝ առաջընթացը որոշելու համար:</p>
<p>Փաստահեն որոշումների կայացման համար թույլ են տեղեկատվության մատչելիության, թափանցիկության և փոխանակման կապերը՝ նույնիսկ նախարարությունների ներսում և դրանց միջև:</p>	<p>Միջազգային չափանիշերով փաստաթղթագրել մեզատվյալներն ու միկրոտվյալները և արխիվացվել դրանք տվյալների կենտրոնական պահոցում, ինչը կբարելավի տեղեկատվության մատչելիությունը և կոյուրացնի դրա փոխանակումը:</p>

## 2. Առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգ

Առողջապահության տեղեկատվական համակարգը (ԱՏՀ), որն ապահովում է հուսալի, ժամանակին և բարձրորակ տեղեկատվություն, հանդիսանում է առողջապահության համակարգի լավ կառավարման կարևորագույն նախաայան: Առողջապահական որակյալ տեղեկատվությունը կենսական նշանակություն ունի փաստափաստ պլանավորման, մոնիթորինգի, գնահատման և քաղաքականության մշակման համար: Այն կարևոր է նաև կարգավորման գործառույթի համար, որը պահանջվում է առողջապահական ծառայությունների մատուցման որակի ու անվտանգության մոնիթորինգի նպատակով:

2009 թվականի սեպտեմբերի 28-ից հոկտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում ԱՅԿ-ն իրականացրել է Երկրի առողջապահության համակարգի հսկողության (ԵԱՀՀ) վիճակի վերլուծություն(x): Մանրամասն հաշվետվությունը նկարագրում է Հայաստանի առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգը, առողջապահության տեղեկատվության հիմնական հաստատությունները, տեղեկատվական համակարգի գործունեության հնարավոր արգելքները և պատշաճ առաջարկությունները: ԵԱՀՀ ամբողջական հաշվետվությունն ընդգրկում է տվյալների որակի գնահատում ԱՅԳԳ 2009-ի ընտրված ինդիկատորների գծով, որը ներկայացված է սույն զեկույցի Հավելված Գ-ում: Առողջության վիճակի որոշակի ինդիկատորների հնարավոր տիրույթը և հուսալիությունը գնահատելու նպատակով այն համեմատում է ինդիկատորի հաշվարկները տվյալների տարբեր աղբյուրների հիման վրա: ԵԱՀՀ հաշվետվության ձեռք բերած հիմնական փաստերն ու առաջարկությունները ամփոփված են ստորև:

### ԵԱՀՀ-ի հավաքագրած հիմնական փաստերը (xi)

Հայաստանի առողջապահության վարչական կառուցվածքը բաղկացած է երկու մակարդակներից, ուր առաջին մակարդակը 10 մարզերն են ու մայրաքաղաք Երևանը, որն ունի մարզի կարգավիճակ:<sup>3</sup> Երկրորդ մակարդակը բաղկացած է 37 շրջաններից, որոնք Խորհրդային շրջանի նախկին վարչատարածքային միավորներն են: Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնի հրատարակած 2008 թվականի վիճակագրական տեղեկագիրքը նշում է բժշկական հիմնարկների հետևյալ տեսակները՝ ինքնուրույն հիվանդանոցներ, միավորված հիվանդանոցներ, առողջության կենտրոններ, ծննդատներ՝ առանց կանանց կոնսուլտացիայի, ծննդատներ՝ կանանց կոնսուլտացիայով և ստացիոնար ունեցող դիսպանսերներ: Գոյություն ունեն առողջապահական մոտ 1000 հաստատություններ, այդ թվում՝ բոլոր պետական և որոշ մասնավոր հիմնարկներ, որոնք տարեկան հաշվետվություն են ներկայացնում ԱՏՀՀ-ին: Հաշվետվություններ ներկայացնող հիմնարկների մոտ 40%-ը մասնավոր են, իսկ դրանց գերակշիռ մասը կազմում են ատամնաբուժական կլինիկաներ են: Չճշտված թվով մասնավոր հիմնարկներ հաշվետվություններ չեն ներկայացնում, սակայն դրանց ճշգրիտ թիվն ու հարաբերական քանակը դժվար է հստակ նշել:

Հայաստանում առողջապահության և բնակչության մասին վիճակագրության հավաքագրման գործընթացում ներգրավված հիմնական հաստատությունների շարքում են՝

- Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնը (ԱՏՀՀ)՝ պետական և մասնավոր առողջապահական հաստատություններից և հիվանդանոցներից տարեկան հավաքագրված ընթացիկ տեղեկությունները ներկայացնող տեղեկատվական կենտրոն:
- Պետական առողջապահական գործակալությունը (ՊԱԳ), որը պատասխանատու է պայմանագիր ունեցող հիվանդանոցներից դրանց գործունեության և ֆինանսների վերաբերյալ տեղեկություններ հավաքագրելու համար:
- Ազգային վիճակագրական ծառայության (ԱՎԾ) Մարդահամարի և ժողովրդագրության բաժինը, որը տասնամյակային կտրվածքով իրականացնում է մարդահամար և

<sup>3</sup> Տասը մարզերն են՝ Արագածոտնը, Արարատը, Արմավիրը, Գեղարքունիկը, Կոտայքը, Լոռին, Շիրակը, Սյունիքը, Տավուշն ու Վայոց Ձորը:

դասակարգում մահվան պատճառները՝ Հիվանդությունների և հարակից առողջական խնդիրների միջազգային վիճակագրական դասակարգման 10-րդ տարբերակի (ՀՄԴ-10-ի) հիման վրա:

- ԱԿԾ Տնային տնտեսությունների հետազոտությունների բաժինը, որն իրականացնում է կանոնավոր և հատուկ հետազոտություններ՝ առողջապահական ծախսերի, առողջապահական ծառայությունների սպառման ու առողջության ռիսկի գործոնների մոնիթորինգի նպատակներով:
- Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գործակալություն (ՔԿԱԳ), որը վարում է քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգը:

Ժողովրդագրական և առողջապահական կարևորագույն միտումները գնահատելու համար գործում են առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգեր: Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգն ու բնակչության՝ տասնամյակը մեկ իրականացվող մարդահամարն օգտագործվում են բնակչության փոփոխություններին հետևելու համար, բնակչության կանոնավոր հետազոտությունները նպատակ ունեն գնահատել տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերը և հետևել առողջության վիճակի փոփոխության միտումներին: Ամենօրյա տվյալների հավաքագրման համակարգերը հետևում են առողջապահական ծառայությունների մատուցման ու դրանց մատչելիության դինամիկային:

Բացի այդ, մատչելի է առողջապահական վիճակագրության թեմայով հրապարակումների լայն շրջանակ, որը ներառում է Ժամանակային կանոնավոր հրապարակումներ, ինչպես նաև մեծ թվով առանձին ուսումնասիրություններ: Հաշվետվությունները մատչելի են տպված ձևաչափով և, հաճախ, էլեկտրոնային տարբերակով՝ հաստատությունների ինտերնետային կայքերից: Բազմաթիվ հրապարակումներ հայերեն և անգլերեն լեզուներով են: Երկրի առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգի մեկ այլ բաղադրիչ է հաստատությունների ցանցը, որոնք ընդգրկված են առողջապահությանն առնչվող հետազոտություններում: Հանրային Առողջության Ալիանսը կազմված է հասարակական կազմակերպություններից (ՀԿ-ներից), բազմակողմ և երկկողմ հաստատություններից, շահագրգիռ ազգային մարմիններից:

## Տվյալների սահմանափակումներ և բացեր

Առողջապահության ընթացիկ վարչական տեղեկատվություն հավաքագրելու և հետազոտություններ իրականացնելու նպատակով ստեղծված են մի շարք ԱՏՀ-ներ: Այդուհանդերձ, տվյալների սահմանափակումների ու բացերի առկայությունը վկայում են այն մասին, որ դեռևս անհրաժեշտ են լուրջ գործողություններ՝ տվյալների որակը, մատչելիությունն ու ներդաշնակեցումը բարելավելու համար: Որոշ դեպքերում տվյալների սահմանափակումներն ազդել են գործունեության որոշակի ինդիկատորների ներկայացման կամ միտումների մեկնաբանության վրա: Ըստ աղբյուրի հիմնական սահմանափակումներն ամփոփված են ստորև, իսկ ավելի համապարփակ գնահատումը կարելի է գտնել ԵԱՀԳ իրավիճակի վերլուծության հաշվետվության մեջ(xi):

1. Մարդահամարի տվյալներ: 2001 թվականի մարդահամարի պաշտոնական հաշվարկները կանխատեսվել են դե յուրե բնակչության հիման վրա և հաշվի չեն առնում չփաստաթղթագրված արտագաղթի բարձր մակարդակները (ինչը նշանակում է, որ բնակչության պաշտոնական հաշվարկները չափազանցված են): Սխալի այս աղբյուրը հիմնականում ազդում է մահացության և հիվանդացության ինդիկատորների վրա:
2. Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցում: 2005 թվականին Հայաստանն ընդունեց «Կենդանի ծնունդի» ԱՀԿ ստանդարտ սահմանումը, սակայն դեռևս նկատվում է տվյալների որոշակի թերներկայացում, հատկապես կենդանի ծնունդների այն դեպքերում, որոնք ավարտվել են վաղ մահացությամբ և ոչ ծնունդը, ոչ մահը չեն գրանցվել: Մանկական մահացության և մայրական մահացության առանձին դեպքեր փոխադարձ ստուգվում են ԱՏԿՀԿ-ի հետ: Տվյալների վավերականության ստուգման նման գործընթացը և գրանցման խթանները, որոնք ներդրվել են վերջին տարիներին, կոչված են բարելավել ծնունդների և մահերի գրանցման լիարժեքությունը:
3. Մահվան վկայական: Մահվան պատճառների տվյալների որակը հնարավոր է բարելավել, եթե բժիշկները, հատկապես Երևանից դուրս գործողները, լրացուցիչ վերապատրաստում անցնեն մահվան վավերացման հարցերով: Բացի այդ, էլեկտրոնային եղանակով այժմ

ծածկագրվում է մահվան 229 պատճառներից բաղկացած կարճ ցուցակ: Այս պրակտիկան հանգեցնում է մահվան իրական պատճառների ծածկագրմանը մահվան պատճառների ավելի ընդհանրական դասակարգում, ինչը բերում է տեղեկատվության կորստի և խաթարում է մանրամասն վերլուծությունը:

4. Առողջապահական հիմնարկի ընթացիկ հաշվետվականություն: ԱՏԿԿ-ի հիմնարկների տվյալների բազան չի ներառում մասնավոր բոլոր հաստատությունները, ինչպես նաև չկան Գլոբալ նավագնացական համակարգի (ԳՆՀ) կոորդինատները: Տարեկան հաշվետվական ձևերը բազմաթիվ են և ծանրացուցիչ, տրամադրվող տեղեկությունները պետք է ավելի հաճախակի թարմացվեն, կանոնակարգվեն և ներկայացվեն: Հարկ է սահմանել անկախ սուբյեկտի կողմից տվյալների որակի կանոնավոր հավաստման մեխանիզմներ:
5. Տնային տնտեսությունների հետազոտություններ:
  - ա. Հետազոտության կառուցվածքի ներդաշնակեցում: Ռիսկի գործոններին, առողջապահության համակարգի արձագանքմանը և առողջապահական ծառայությունների սպառման միտումներին առնչվող ինդիկատորների հաշվարկները հիմնականում ստացվում են բնակչության շրջանում կատարվող հետազոտություններից: Սակայն հետազոտությունների միջև ընտրանքի և հարցաշարի կառուցվածքի էական տարբերությունները խաթարում են հաշվարկների համադրելիությունը: Օրինակ՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտությունը (ՀԺԱՀՀ) և ԱՀԳԳ հետազոտությունը տարբերվում են մի շարք նույն ինդիկատորների գծով թիրախային տարիքային խմբերի և գնահատման մոտեցումների տեսանկյունից, ինչը խանգարում է ուղղակի համեմատություններին և հանգեցնում միտումների վերաբերյալ հնարավոր կարևոր տեղեկությունների կորստի:
  - բ. Հատուկ հետազոտությունների ինտեգրում: Թե Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) տնային տնտեսությունների հետազոտությունը, թե ԱՀԳԳ հետազոտությունը Համաշխարհային Բանկի կողմից հովանավորվող փոքրածավալ հատուկ հետազոտություններ են և երկուսն էլ իրականացվել են 2006/2007 և 2009 թվականներին: Երկու հետազոտություններն էլ հավաքագրում են նմանօրինակ տեղեկություններ (օրինակ՝ հանրապետական մակարդակով տվյալներ առողջապահության «գրպանից դուրս» ծախսերի վերաբերյալ) և դրանք կարող են ավելի արդյունավետ ինտեգրվել մարզային մակարդակի գնահատումներ ներկայացնելու նպատակով:
6. Առողջապահության ֆինանսական տվյալներ/ԱԱՀ: Ապօրինի վճարումների մոնիթորինգը պահանջում է արդյունքների մասին հաշվետվությունների ավելի հաճախակի ներկայացում, քան տարեկան կտրվածքով, ինչը հաճախ տեղի է ունենում Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտության (ՏՏԿԱՀ) և ԱԱՀ հետազոտությունների դեպքում: Հիվանդանոցների ընթացիկ ֆինանսական տվյալները հատվածական են և ոչ լիարժեք, իսկ պայմանագիր չունեցող հիվանդանոցներից դրանք կանոնավոր չեն հավաքագրվում: Պետական առողջապահական գործակալությունը և ԱՏԿԿ-ն իրարից անկախ հիվանդանոցներից հավաքագրում են նույն տեղեկությունների որոշակի հատված, ինչն առաջացնում է հաշվետվականության որոշակի կրկնողություն:
7. Դեղորայք: ԱՀԳԳ հետազոտության գեկույցների համար Առողջապահության նախարարության և Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոնի գնումների և մոնիթորինգի մեխանիզմները պետք է գնահատվեն տնային տնտեսությունների հետազոտությունների առանձին դեղերի օգտագործման մասին տվյալների հետ համատեղ:

Վերջապես, սկզբունքորեն գոյություն ունի միկրոտվյալների հանրային մատչելիություն և առկա է տվյալներից օգտվելու ու դրանց անանունության ապահովման վերաբերյալ քաղաքականություն: Սակայն գործնականում միկրոտվյալները դժվար հասանելի են: Մեզատվյալներն ու միկրոտվյալները չեն փաստաթղթագրվում և արխիվացվում ըստ միջազգային չափանիշների, ոչ էլ պատրաստակամորեն փոխանակվում են հաստատությունների միջև և հետազոտողների հետ:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 3. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգ

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Ջարգացում և վերահսկողություն Առողջապահական տեղակատվության նախորդ գնահատումները, որոնցից վերջինը իրականացվել է 2008 թվականին, կատարվել են Առողջապահական մեթոդականի ցանցի (ԱՄՑ) ստանդարտ մեթոդաբանությամբ: Այս գնահատումը հանգեցրել է ԱՏՀ 2008-2018թթ. ռազմավարական պլանի մշակմանը, որը մանրամասն և համապարփակ փաստաթուղթ է, ուր նախանշված են կոնկրետ նպատակներ և գործողություններ: Այժմ եկել է ռազմավարական այս պլանն իրականացնման ժամանակը:</p>	<p>Ստեղծել ԱՏՀ աշխատանքային խումբ, որը կազմված է առողջապահության առանցքային հատվածների ներկայացուցիչներից, որը կանոնավոր հանդիպում է տեղեկատվական համակարգերը մշակելու և զարգացնելու նպատակով, ինչպես նաև իրականացնում է ԱՏՀ 2008-2018 թվականների ռազմավարական պլանի մանրամասն առաջարկությունները:</p>
<p>Քաղաքականություն ԵԱՀԳ գնահատման գործընթացը բացահայտեց, որ գոյություն ունի քաղաքականություն, որը պարտավորեցնում է հիմնարկներին ներկայացնել տարեկան հաշվետվություն և սահմանում է, որ միկրոտվյալները պետք է լինեն մատչելի և ամանուն: Սակայն ակնհայտ չէ, որ այդ քաղաքականությունն արդյունավետ գործադրվում և հարկադրվում է:</p>	<p>Ուսումնասիրել համապատասխան քաղաքականությունները և դրանց հարկադրումը՝ որոշելու համար, թե արդյո՞ք դրանք համարժեքորեն հասցեագրում են բարձրորակ, պատեհաժամ առողջապահական վիճակագրության պահանջարկը և արդյո՞ք խթանում են առողջապահության մեզատվյալների ու միկրոտվյալների մատչելիությունը, օգտագործումը և թափանցիկությունը: Քայլեր ձեռնարկել թերությունները վերացնելու ուղղությամբ: Ուսումնասիրել մասնավոր հաստատությունների լիցենզավորումը և կանոնակարգումը՝ հաշվետվականության պահանջներն ավելի պատշաճ հարկադրելու համար:</p>
<p>Տվյալների որակ Ընթացիկ տվյալների հավաքագրման համար Հայաստանում առկա են տվյալների հավաքագրման կայացած մեխանիզմներ, օրինակ՝ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգն ու ԱՏՀԿ-ի վարած հիմնարկների տարեկան հաշվետվականության համակարգը: Սակայն առանց տվյալների որակի կանոնավոր արտաքին և ներքին ստուգումների հնարավոր չէ պարզել արդյունքում ստացված տվյալների որակը:</p>	<p>Մշակել մեխանիզմներ տվյալներ հավաքագրող յուրաքանչյուր հաստատությունում տվյալների որակի կանոնավոր գնահատում ապահովելու համար: Ի հավելումն, ընթացիկ տվյալների դեպքում ինստիտուցիոնալացնել անկախ մարմնի կողմից տվյալների որակի պարբերական ստուգումները:</p>
<p>Տվյալների աղբյուր՝ տնային տնտեսությունների հետազոտության տվյալներ Տնային տնտեսությունների հետազոտություններ կատարելու կարողությունները պատշաճ են: Սակայն հետազոտությունների ավելի արդյունավետ պլանավորումը, որը հասցեագրում է մշակումը, իրականացումն ու ժամանակի</p>	<p>Ինդիկատորների համադրելիությունը բարելավելու համար ներդաշնակեցնել հետազոտությունների կառուցվածքը: Օրինակ, մշակել հետազոտության այնպիսի ընտրանքներ, հարցերի և պատասխանների դասակարգեր, որոնք կապահովեն թիրախային բնակչության գծով գնահատումների համադրելիությունը: Տվյալների ավելի արդյունավետ հավաքագրման նպատակով ինտեգրել հատուկ հետազոտություններից ստացվող տեղեկությունները: Օրինակ՝ կարելի է ինտեգրել ԱՏՀ տնային տնտեսությունների հետազոտությունն ու ԱՀԳԳ</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>ընտրությունը կապահովի ավելի որակյալ տեղեկություններ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• գնահատումների համադրելիությունը բարելավելու միջոցով.</li> <li>• բարեփոխումների ընթացքում հատուկ հետաքրքրություններ կայացնող ինդիկատորների ավելի հաճախակի մոնիթորինգ խթանելու միջոցով.</li> <li>• տարբեր բնագավառներում բարեփոխումների ընթացքը գնահատելու համար ենթաազգային մակարդակի գնահատումներ ստանալու միջոցով:</li> </ul>	<p>հետազոտությունը, իսկ տվյալները հավաքագրել ավելի հաճախակի (օրինակ՝ եռամսյակային կամ կիսամսյակային կտրվածքով): Կարելի է նաև մշակել ավելի արդյունավետ ամբողջացված հետազոտություն, որը կապահովի հսկողություն ենթաազգային մակարդակով և հանրապետություն կտա կատարել բարեփոխումների մոնիթորինգ առանձին մարզերում: Դա կարող է նաև ավելի կանոնավոր իրականացվել, օրինակ՝ որպես ընթացիկ եռամսյակային հետազոտություն, որը հնարավորություն է տալիս կատարել որոշակի ինդիկատորների ավելի հաճախակի մոնիթորինգ:</p>
<p>Տվյալների աղբյուր՝ բժշկական հիմնարկի գնահատման տվյալներ 2009 թվականի ԱԶԳ-ում առկա տեղեկատվական լուրջ բացը հիմնարկներին առնչվող տեղեկությունների բացակայությունն է, այդ թվում՝ 1000 բնակչի հաշվով (շրջանի կամ մարզի կտրվածքով) մատչելի առանձին ծառայությունների և ծառայություններ մատուցելու «պատրաստականության» ինդիկատորների վերաբերյալ տվյալները: Նման տեղեկություններն օգտակար են որոշումների փաստահեն կայացման համար, հատկապես, երբ դրանք քարտեզագրվում են և հստակ ներկայացվում:</p>	<p>Կատարել Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրում (ԾՄՔ)՝ պետական և մասնավոր բժշկական հիմնարկների ամբողջական ցանկ կազմելու և ծառայությունների մատչելիության ու «պատրաստականության» վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրելու համար (օրինակ՝ յուրաքանչյուր հաստատությունում հիմնական ծառայությունների, հիմնական դեղամիջոցների, սարքավորումների և անձնակազմի, վարակների հսկողության, ախտորոշման/լաբորատոր կարողությունների առկայությունը): Քարտեզագրել արդյունքներն օգտագործելով ԳՆՀ կողմից նախատեսված միջոցները և որոշումների կարող են օգտագործվել ԱՏՎՀԿ-ի կողմից այժմ օգտագործվող ցանկը թարմացնելու նպատակով, որից հետո ԱՏՎՀԿ-ի տվյալների շտեմարանում պահվող ընթացիկ տեղեկատվությունը կարող է նույնպես ներկայացվել քարտեզների վրա (Հարկ է նշել, որ ԾՄՔ-ի համար մատչելի է ԱՀԿ տեխնիկական օժանդակություն):</p>
<p>Տվյալների աղբյուր՝ մշտապես ներկայացվող տվյալներ ԱՏՎՀԿ-ը բժշկական հիմնարկներից հավաքագրում է վարչական տվյալներ: Սակայն ներկայացվող տեղեկությունները չափազանց ծավալուն են, միջոցառում ավելի լավ կանոնակարգված և հաճախակի հաշվետվականությունը կրճատելու մոնիթորինգի և գնահատման ավելի լավ հնարավորություններ:</p>	<p>Բարելավել ընթացիկ տվյալների բովանդակությունն ու մոնիթորինգը, պարզեցնել տարեկան հաշվետվությունների հնացած ձևերը և մեծացնել հաշվետվությունների ներկայացման հաճախականությունը ( եռամսյակային կամ ամսեկանի): Ներկայացված տվյալները մատչելի դրածնել տվյալների կենտրոնացված շտեմարանի միջոցով և հաշվետվությունների հոսքերի կրկնողությունները կանխելու նպատակով նախաձեռնել միջգերատեսչական խորհրդակցական գործընթաց: Անհրաժեշտ է խորհրդակցական գործընթաց մարմինների միջև: (Օրինակ՝ հաշվետվությունների տարբեր ձևերի հիման վրա Պետական առողջապահական գործակալությունը և ԱՏՎՀԿ-ը հիվանդանոցներից հավաքագրում են որոշ մասով նույն տեղեկությունները, թեպետ հիվանդանոցները պետք է նման տեղեկություններ ներկայացնեն միայն մեկ անգամ): Ներդրել Առողջապահության տեղեկատվական տարածքային համակարգ (ԱՏՏՀ), որը կաջակցի ավելի հաճախակի հիմունքներով պարզեցված հաշվետվականությանը և կմեծացնի տվյալների օգտագործման ու վերլուծության հնարավորությունները ենթաազգային մակարդակի վրա (Առողջապահության տեղեկատվական տարածքային համակարգի համար նույնպես մատչելի է ԱՄՏ/ԱՀԿ</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Տվյալների աղբյուր՝ քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցում</p> <p>Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցումը ծնունդի, մահվան և մահվան պատճառների մասին տեղեկությունների կարևորագույն աղբյուր է: Հայաստանում գործում է նման համակարգ, սակայն այն չի արդիականացվել և չունի՝</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ժամանակակից վերապատրաստում, որն ապահովում է մահվան պատճառների ճշգրիտ վավերացում.</li> <li>2. որակի կանոնավոր հսկողություն՝ ծնունդների և մահերի մասին տեղեկատվության լրիվ ծածկույթը և լիարժեքությունն ապահովելու համար.</li> <li>3. համարժեք համակարգչային տեխնիկա և ծրագրային ապահովում՝ արդյունավետ ու բավարար մանրամասն տեղեկատվություն ներկայացնելու համար:</li> </ol>	<p>տեխնիկական օժանդակություն):</p> <p>ԱՏԿԳ-ի մարզային բոլոր գրասենյակներն ունեն համակարգիչներ, սակայն շրջանների դեպքում պահանջվում է կատարել տեխնիկական կարիքների գնահատում:</p> <p>Մահվան պատճառների գրանցման որակը բարելավելու համար իրականացնել մահվան վավերացման հարցերով վերապատրաստում (որի համար մատչելի է ԱԳԿ օնլայն գործիք) և ապահովել մանրամասն պատճառների ծածկագրումը ՅՄԴ-10-ի միջոցով՝ առնվազն մինչև 3 միշ:</p> <p>Պարզել, թե արդյո՞ք 2005 թվականին Հայաստանի կողմից «Կենդանի ծնունդի» պատշաճ միջազգային սահմանումն ընդունելուց հետո հաստատությունները հետևողականորեն կիրառում են այն: Ըստ անհրաժեշտության իրականացնել վերապատրաստում:</p> <p>Կատարել քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգի լիարժեք գնահատում, ներառելով առկա համակարգչային տեխնիկայի և ծրագրային ապահովման որակը՝ ծնունդների և մահերի հաշվետվականության լիարժեք, արդյունավետ ծածկույթն ապահովելու համար:</p>
<p>Տվյալների փաստաթղթագրում և տվյալների կենտրոնական պահոց</p> <p>Տվյալների կանոնավոր փոխանակումը հաստատությունների միջև և հետազոտողների հետ կարող է բարելավել առողջապահական համակարգի թափանցիկությունն ու հաշվետվողականությունը:</p> <p>Մասնավորապես, առողջապահության տեղեկատվական համակարգերը բարելավելու, առողջապահության համակարգի կառավարումը և գործունեությունը խթանելու կարևոր բաղադրիչ է առկա տվյալների մատչելիության բարձրացումը, որպեսզի դրանք հնարավոր լինի հեշտությամբ օգտագործել հետազա վերլուծությունների և առողջապահության փաստահեն քաղաքականությունների մշակման համար: Դա պահանջում է մեզատվյալների և միկրոտվյալների համակարգային փաստաթղթագրում ու արխիվացում:</p>	<p>Փաստաթղթագրել և արխիվացնել ընթացիկ և հետազոտությունների տվյալները մեզատվյալների ու միկրոտվյալների միջազգային չափանիշերի համաձայն (տես՝ Համաշխարհային Բանկի Միկրոտվյալների կառավարման գործիքակազմ, <a href="http://www.surveynetwork.org">http://www.surveynetwork.org</a>):</p> <p>Ստեղծել կենտրոնական պահոց, որը կհանդիսանա փաստաթղթագրված և արխիվացված էլեկտրոնային բոլոր մեզատվյալների ու միկրոտվյալների տունը:</p>



### 3. Բժշկական կադրերի պատրաստում

Առողջապահական անվտանգ, որակյալ ծառայությունների մատուցումը պահանջում է համարժեք ռեսուրսներ, այդ թվում՝ պատշաճ պատրաստված բժշկական կադրեր: Այս գլուխը կենտրոնանում է Հայաստանի առողջապահության համակարգի բժշկական կադրերի պատրաստման շուրջ և հասցեագրում քաղաքականության հետևյալ երկու հարցերը՝

1. Արդյո՞ք բժշկական կադրերն ունեն բավարար որակավորում և դրանց համախումբն ու աշխարհագրական բաշխվածությունը համարժեք են բնակչության առողջապահական կարիքները բավարարելու համար:
2. Արդյո՞ք առողջության առաջնային պահպանման օղակի կադրերի կատարելագործումը համապատասխանում է առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումներից բխող պահանջներին:

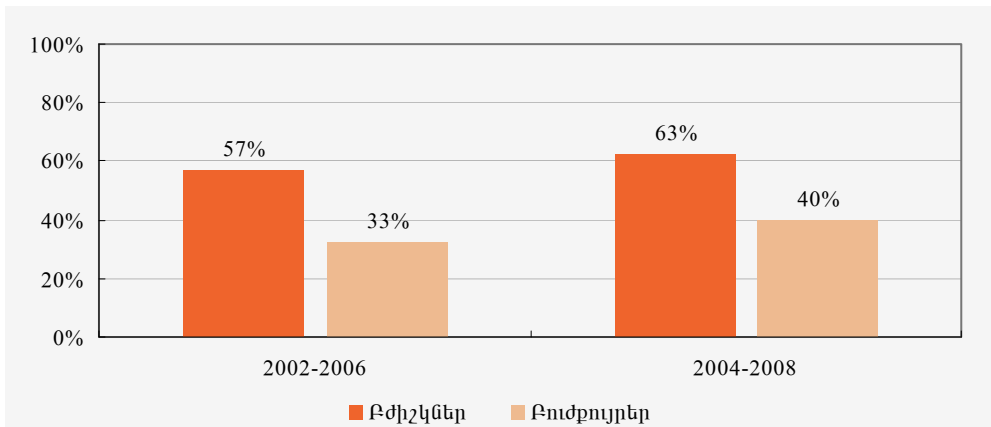
Այս բնագավառներում առողջապահության համակարգի գործունեությունը գնահատվել է վերապատրաստման ինդիկատորները, բժշկական կադրերի համախումբն ու քանակները ուսումնասիրելու միջոցով (մասնավորապես՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակում):

### Բժշկական կադրերի որակավորումներ և քանակ

#### Բուժաշխատողների որակավորման բարձրացում

Համաձայն գործող կանոնակարգերի՝ բժիշկները և բուժքույրերը պետք է որակավորման դասընթացներ անցնեն յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ անգամ: 2006 թվականի դրությամբ վերապատրաստում էին անցել բժիշկների 56.7%-ը և բուժքույրերի՝ 32.5%-ը: 2008 թվականի գնահատականները ցույց են տալիս այդ ցուցանիշների բարելավում՝ նախորդող 5 տարվա ընթացքում կատարելագործված բժիշկների քանակը կազմում է բոլոր բժիշկների 62.6%-ը, իսկ բուժքույրերի 40.0%-ը (Դիագրամ 3):

#### Դիագրամ 3. 5-ամյա ժամանակահատվածում կատարելագործված բժիշկների և բուժքույրերի գումարային տոկոսները



Աղբյուր՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ (ԱԱԻ)

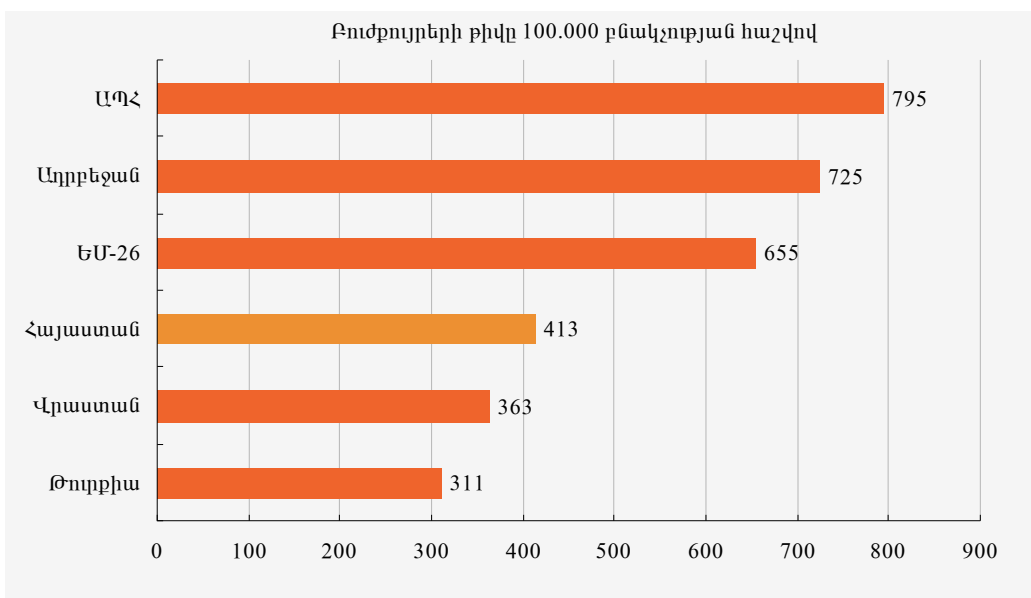
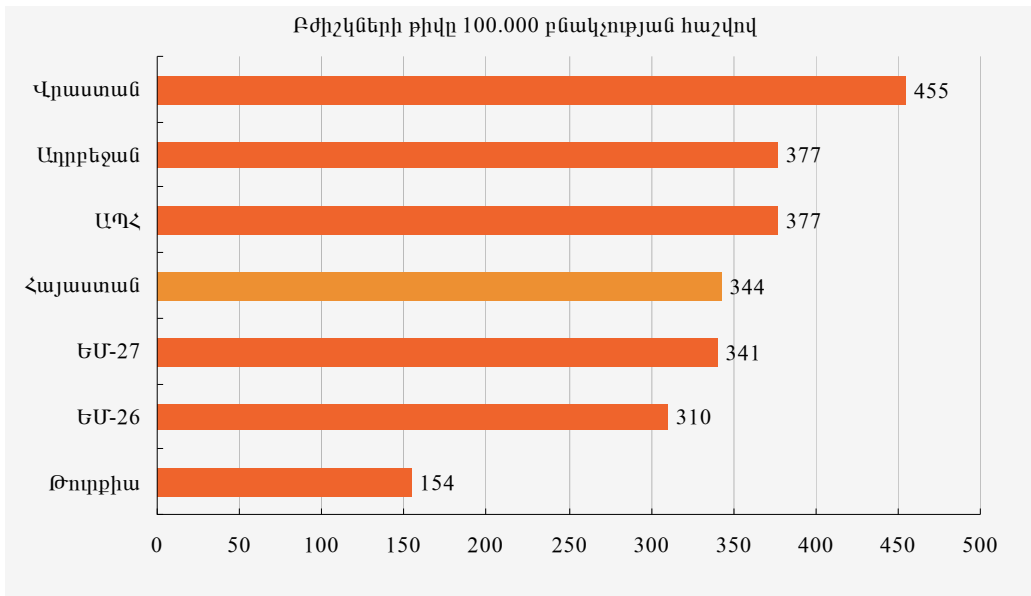
Այնուամենայնիվ, կատարելագործված բժիշկների և բուժքույրերի քանակը մնում է գործող նորմատիվներից շատ ցածր: Բժիշկների և բուժքույրերի կատարելագործումը, այդ թվում՝ վերապատրաստումը հիմնականում իրականացվում է ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ում և շատ փոքր մասով Երևանի պետական բժշկական համալսարանում վճարովի հիմունքներով: Վերապատրաստման համար վճարումը կարող է կատարվել պետբյուջեի, բուժօգնության կամ անհատական միջոցներով: Քանի որ ԱՆ ԱԱԻ-ի հզորությունները բավականացնում են անհրաժեշտ քանակի բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստման համար՝ հետևաբար, ըստ երևույթին, կատարելագործման դեֆիցիտի պատճառ կարող է հանդիսանալ ֆինանսական միջոցների պակասը:

Բուժաշխատողների վերապատրաստումը գնահատելիս՝ կարևոր է գնահատել նաև վերապատրաստման արդյունավետությունն ու կատարելագործված աշխատողների քանակները: Ինդիկատորներ, որոնք կարող են կիրառվել առողջապահական ծառայությունների և, հետևաբար, վերապատրաստում իրականացնողի արդյունավետությունը գնահատելու համար ընդգրկում են թեստավորումը կամ կլինիկական ուղեցույցների խիստ պահպանումը, որոնք այժմ մատչելի չեն: Այս ինդիկատորները նախորդ գլխում առաջարկված Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրման գործողության ընթացքում մոնիթորինգի ենթակա ինդիկատորների շարքում են:

### Բժշկական կադրերի առկայությունը և համախումբը

Բուժքույրերի և բժիշկների հարաբերական քանակներ: Հայաստանում բուժքույրերի քանակը 100 000 բնակչի հաշվով փոքր է զարգացած եվրոպական երկրների (ԵՄ-27), ինչպես նաև Անկախ Պետությունների Համագործակցության նկատմամբ (տես Դիագրամ 4, 5): Մյուս կողմից, Հայաստանում բժիշկների հարաբերական քանակը 100 000 բնակչի հաշվով մոտ է ԵՄ-27 երկրների խմբի միջին արժեքին և զգալիորեն փոքր է Վրաստանի ու Ադրբեջանի ցուցանիշից:

#### Դիագրամ 4, 5 Բուժքույրերի և բժիշկների քանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2007 թ.

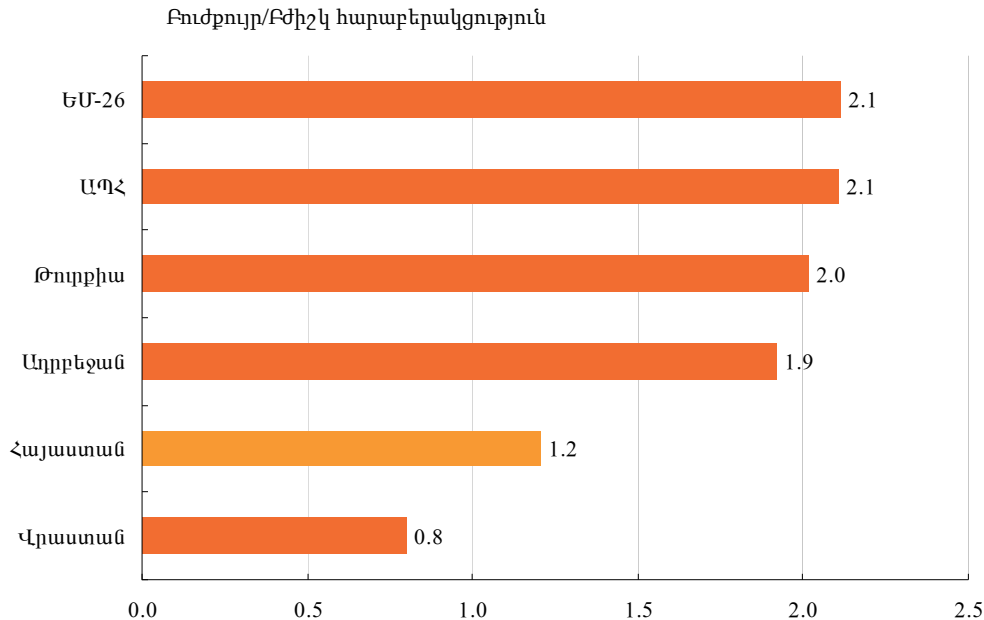


ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-26, ԵՄ-27, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՅԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

Բացառությամբ Վրաստանի՝ բուժքույր/բժիշկ հարաբերությունը Հայաստանում ամենից փոքրն է ուսումնասիրված երկրներից և երկրների համախմբություններից (Դիագրամ 6), ինչն արտացոլում է այն փաստը, որ համակարգի օպտիմալացման ընթացքում բուժքույրերի քանակի կրճատումը եղել է հարաբերականորեն ավելի մեծ, քան բժիշկներիինը:

**Դիագրամ 6. Բուժքույրերի հարաբերակցությունը՝ բժիշկներին, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2007 թ.**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՅԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

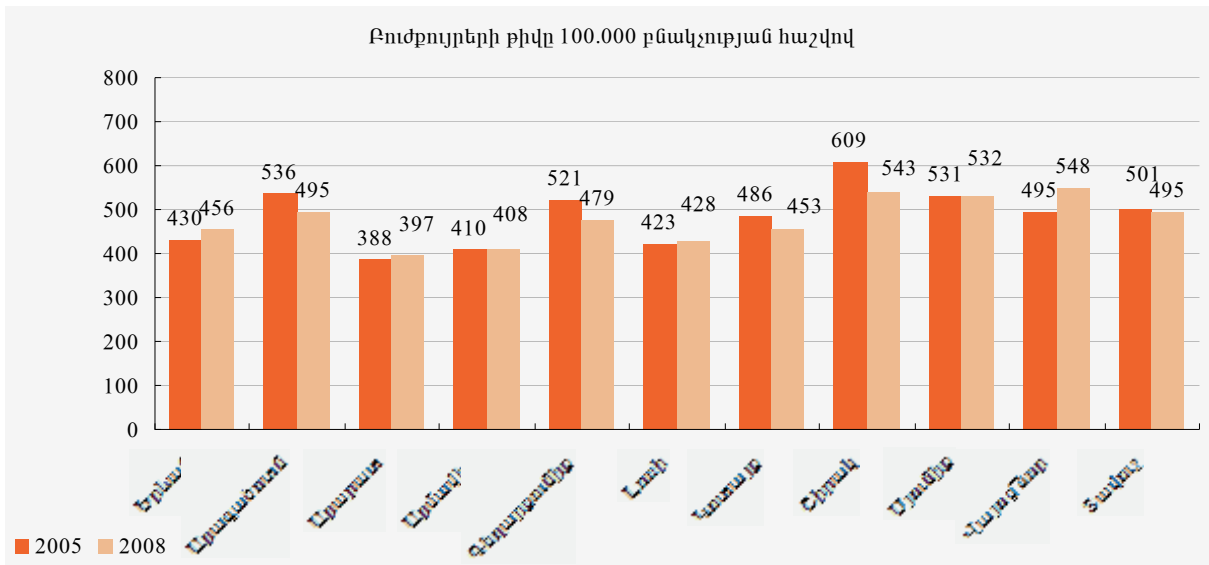
Թեպետ ընդհանուր հանոզմամբ ՀՀ առողջապահական համակարգում առկա է բժշկական կադրերի ավելցուկ՝ բժշկական կադրերի պատրաստումն ընթանում է բավական բարձր տեմպերով: Մասնավորապես 2006-2008 թթ. ընթացքում Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանը տվել է 1221 շրջանավարտ, այդ թվում 2008-ին՝ 428: 2008 թվականին բոլոր՝ պետական և ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունները ավարտել է ընդհանուր թվով 756 շրջանավարտ:

Բարձր տեմպերով էր ընթանում նաև բուժքույրերի պատրաստումը: Նույն ժամանակահատվածում (2006-2008թթ.) պետական միջին մասնագիտական բժշկական հաստատությունները տվել են 6066 շրջանավարտ (2008-ին՝ 3048): 2008 թվականին բոլոր պետական և ոչ պետական միջին մասնագիտական բժշկական կրթական հաստատությունները միասին տվել են 3412 բուժքույր շրջանավարտներ:

Բնակչության նկատմամբ բուժքույրերի քանակը Հայաստանի մարզերում տատանվում է բավական մեծ միջակայքում (Դիագրամ 7 և Դիագրամ 8):<sup>4</sup> Թեպետ Հայաստանում բժիշկների ընդհանուր հարաբերական քանակը մոտ է մյուս երկրների արժեքներին՝ մարզերում այն բավական փոքր է և 2008 թ. տատանվում էր 100 000 բնակչի հաշվով 144-ից՝ Գեղարքունիքում մինչև 197՝ Սյունիքում (բացառելով Երևանը): 2005-ից 2008 թթ. տարբերությունը զգալիորեն չի փոփոխվել: 2008 թ. բուժքույրերի հարաբերական քանակը 100 000 բնակչի հաշվով տատանվում էր ամենացածր 397-ից՝ Արարատում մինչև ամենաբարձր 548-ը՝ Վայոց Ձորում:

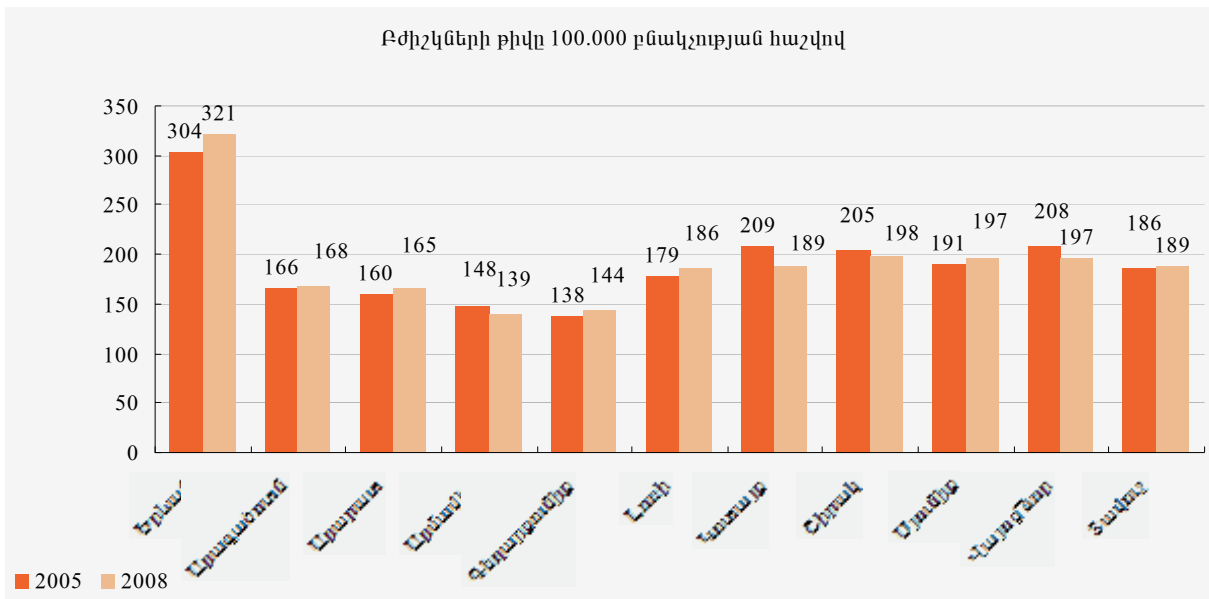
<sup>4</sup> Երևանի ցուցանիշները վերաբերում են միայն քաղաքային ենթակայության բուժօգնություններին: Երևանի ընդհանուր տվյալների հարաբերական ցուցանիշները չեն հաշվարկվում, քանի որ այստեղ հիվանդանոցների նշանակալի մասը սպասարկում է հանրապետության ամբողջ բնակչությանը:

**Դիագրամ 7. ՀՀ մարզերում և Երևանում բուժքույրերի քանակը 100 000 բնակչի հաշվով, 2005 և 2008 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Դիագրամ 8. Երևանում և ՀՀ մարզերում բժիշկների քանակը 100 000 բնակչի հաշվով, 2005 և 2008 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

## Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական կադրեր

Առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կադրերի քանակն ու համախումբը գնահատելու համար ուսումնասիրվել է չորս ինդիկատոր՝

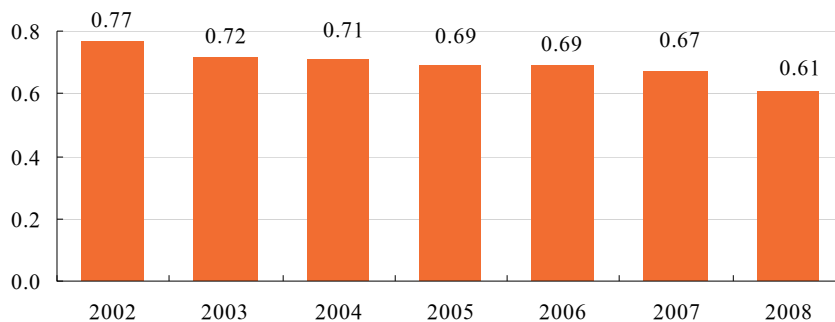
1. առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող բժիշկների հարաբերությունը նեղ մասնագետներին
2. առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող բուժքույրերի և բժիշկների հարաբերությունը
3. գործող ընտանեկան բժիշկների տոկոսն ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների քանակից
4. առողջության առաջնային պահպանման օղակում ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստման ընթացքը

### Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական կադրերի համախումբը

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժիշկներ և մասնագետներ: 2002-2008 թվականներին առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերական քանակը նեղ մասնագետների համեմատ նվազել է (Դիագրամ 9), իսկ ՀՀ Առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013թթ. ռազմավարության(xiv) հիմնական նպատակներից էր այս հարաբերության ավելացումը:

**Դիագրամ 9. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների (տեղամասային բժիշկներ, մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ) հարաբերությունը նեղ մասնագետներին, 2002-2008 թթ.**

Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թվի հարաբերակցությունը նեղ մասնագետների թվին

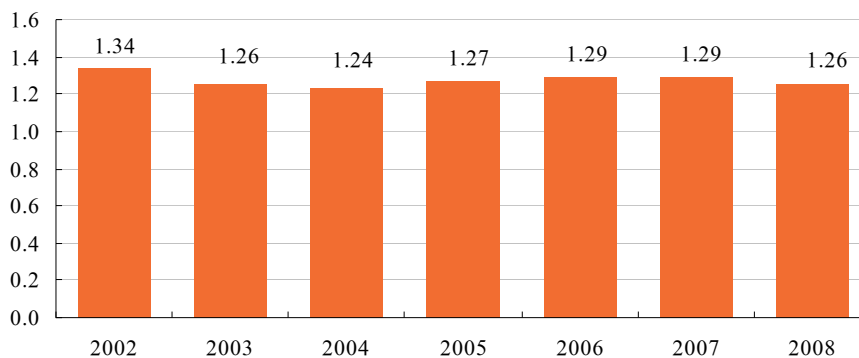


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Առողջության առաջնային պահպանման օղակում բուժքույրերի և բժիշկների հարաբերությունը: Նույն ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերական քանակը այդ օղակում գործող բոլոր բժիշկների քանակի համեմատ մնացել է գրեթե անփոփոխ (Դիագրամ 10):

**Դիագրամ 10. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերությունը գործող բժիշկներին, 2002-2008 թթ.**

Բուժքույրերի թվի հարաբերակցությունը գործող բժիշկների թվին



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

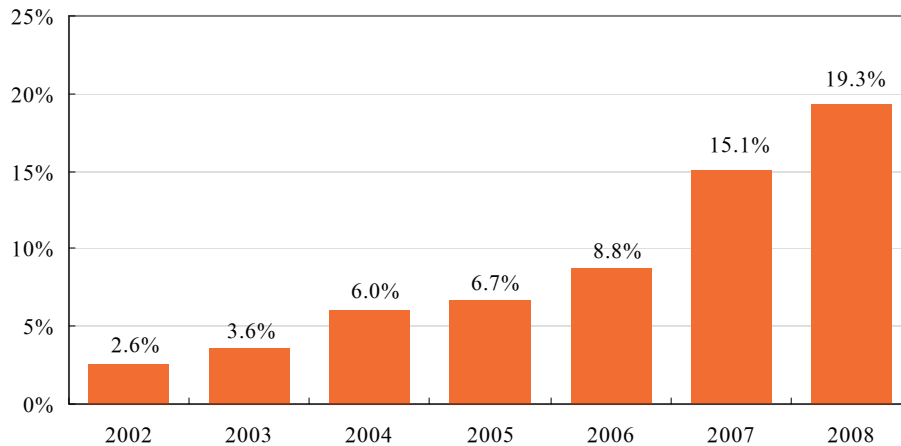
### Գործող ընտանեկան բժիշկները և վերապատրաստման ընթացքը

Համաձայն ՀՀ բնակչության Առողջության առաջնային պահպանման 2003-2008թթ. ռազմավարության, հանրապետությունում ընտանեկան բժիշկների անհրաժեշտ քանակը գնահատված է 1500-2000, հաշվի առնելով, որ մեկ ընտանեկան բժշկի կողմից սպասարկվող բնակչության օպտիմալ քանակը կազմում է 1500-2000 հիվանդ: Ենթադրվում էր, որ 2008 թվականին կլինի գործող 900 ընտանեկան բժիշկ (xv): Թեպետ վերջին հինգ տարվա ընթացքում ընտանեկան բժիշկների քանակն աճել է, և վերապատրաստումն ընթանում է բավականին արագ (2008թ. ավարտին վերապատրաստված ընտանեկան բժիշկների գումարային թիվը կազմում է

844, ինչը երևում է Դիագրամներ -ից), սակայն 2008 թվականին ընտանեկան բժշկության պրակտիկա ունեցող գործող բժիշկների քանակը հավասար էր 354-ի, ինչը զգալիորեն փոքր է նպատակային ցուցանիշից (Աղյուսակ Բ9, Հավելված Բ): Այդուհանդերձ, ընտանեկան բժիշկների հարաբերական քանակն ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թվից (ինդիկատոր, որը ցույց է տալիս առաջընթացը դեպի առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող բժիշկների նպատակային համախումբ) 2003 թվականից կայուն աճել է (մասնավորապես՝ 2007 և 2008թթ.) և այժմ կազմում է 19.3% (Դիագրամ 11):

**Դիագրամ 11. Ընտանեկան բժիշկների տոկոսը՝ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թվից, 2002-2008 թթ.**

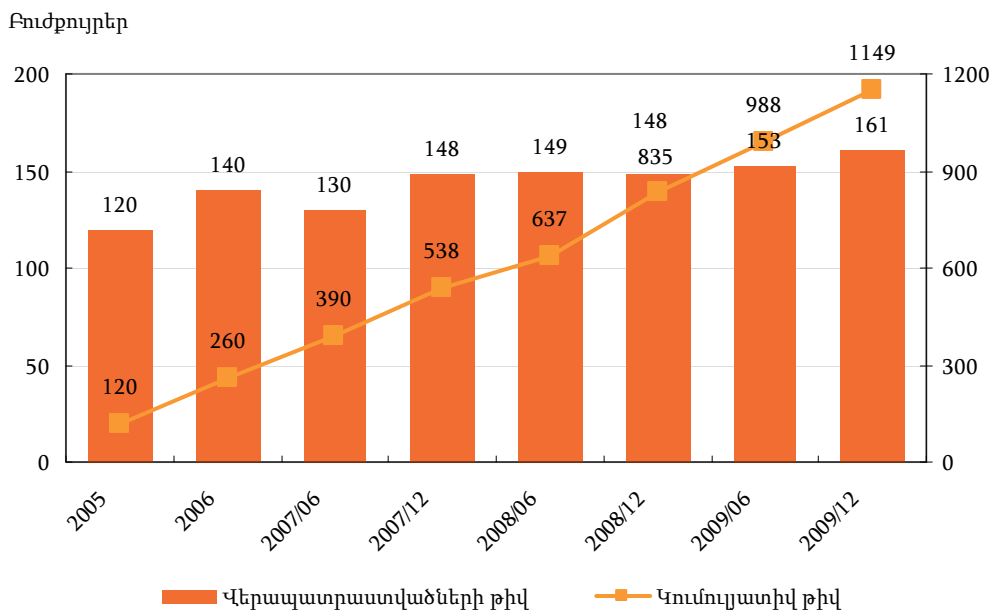
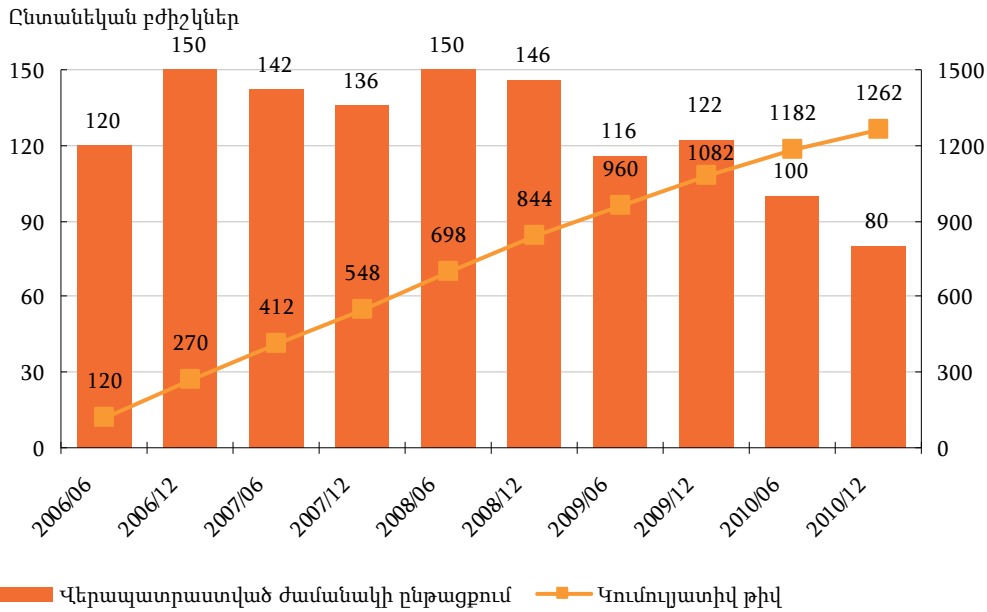
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների տոկոս



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Վերը նշվածի համաձայն՝ Համաշխարհային բանկի Առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագրով ֆինանսավորվող ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստման ընթացքը տեղի է ունենում բարձր տեմպերով: Ակնկալվում է, որ 2010 թվականի վերջում՝ 2006 թ. սկսված 5-ամյա շրջանի ավարտին, վերապատրաստված կլինի 1262 ընտանեկան բժիշկ և 1149 ընտանեկան բուժքույր (Դիագրամներ 12 և 13):

**Գիագրամներ 12 և 13. Վերապատրաստված ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի քանակները՝ ըստ ժամանակահատվածի և գումարային, 2006-2010 թթ (փաստացի և կանխատեսվող)**



Նշում՝ յուրաքանչյուր 6-ամսյա ժամանակահատված ավարտվում է նշված ամսով

Աղբյուր՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

**ՀՀ Առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013թթ. ռազմավարության(xiv) մեջ նշված են գործող ընտանեկան բժիշկների քանակի համապատասխան աճը խոչընդոտող գործոնները:**

«Թեև ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրումը գյուղական առողջապահության ոլորտում կարելի է կայացած համարել, քաղաքային պոլիկլինիկաներում այն դեռևս լիարժեք չէ, քանի որ մասնագիտացում անցած ընտանեկան բժիշկները հնարավորություն չունեն լիարժեք իրականացնելու պաշտոնի նկարագրով սահմանված իրենց գործառույթները: Դրա պատճառը հիմնականում քաղաքային պոլիկլինիկաներում առկա մեղ մասնագիտական ծառայություններն են, որոնք (հատկապես Երևանում) ակնհայտորեն գերազանցում են տվյալ բնակչության թվաքանակին համապատասխան մասնագետների նորմատիվները: ու Պոլիկլինիկաների տնօրենները առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության խնդրում չունեն մոտիվացիա՝ նպաստելու անկախ պրակտիկաների ստեղծմանը: ու Առկա համակարգում առաջնային օղակի բուժաշ-

խատողները որևէ մասնակցություն չունեն աշխատակազմի վերաբերյալ որոշումների կայացման, եկամուտների և ծախսերի վերահսկման, բուժառայությունների գերակայությունների սահմանման հարցում»:

Այսպիսով, թեև վերապատրաստվում է բավարար քանակով ընտանեկան բժիշկ, ծառայությունների մատուցման կազմակերպումը քաղաքային բնակավայրերում չի խրախուսում նրանց մասնագիտական ծառայությունների սպառումը: 2008-2013թթ. ռազմավարությունը (xvi) նախանշում է այն քայլերը, որոնք կարող են օգնել հասցեագրել այս իրավիճակը`

«Ընտանեկան բժշկության անկախ պրակտիկաների ձևավորման համար անհրաժեշտ է`

համապատասխան օրենսդրական և նորմատիվային դաշտի բարելավում.

արդարացի ֆինանսական փոխհատուցման մեխանիզմների մշակում.

անկախ պրակտիկաների տարբեր կազմակերպչի ավակալական ձևերով ստեղծման և պետական գրանցման ընթացակարգերի վերաբերյալ մեթոդական ուղեցույցների մշակում.

ընտանեկան բժիշկների համար կառավարման, ֆինանսական կառավարման, հարկային օրենսդրության հարցերին վերաբերող կրթական ծրագրերի մշակում ու իրականացում»:

## Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր

Որպես «գործող» սահմանված բժիշկների քանակը կարող է ճշգրիտ չլինեն: Ելնելով այն հանգամանքից, որ որոշ բժիշկներ չեն աշխատում լրիվ դրույքով (օրինակ` նրանք ունեն դասախոսական կամ վարչական պարտականություններ)` գործող բժիշկների քանակը կարող է չափազանցված լինել` բժիշկների փաստացի մատչելիության համեմատ:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 4. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Բժշկական կադրերի պատրաստում

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
Գոյություն ունեն բուժանձնակազմի որակավորման մշտական բարձրացման ֆորմալ պահանջներ, սակայն վերապատրաստված բուժաշխատողների քանակը պահանջվածից փոքր է: Չկա ուսումնական ծրագրերի գնահատում կամ դրանց ազդեցությունը որոշելու որևէ այլ գործընթաց:	Նկատի առնել խթաններ և/կամ հարկադրման մեխանիզմներ, որոնք կխրախուսեն մասնակցությունը շարունակական բժշկական կրթության գործընթացում: Դիտարկել որակի ինդիկատորների մոնիթորինգի խնդիրը (օրինակ` կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույցների խիստ պահպանումը):
Ընտանեկան բժիշկների վերապատրաստումն ընթանում է ռազմավարության համաձայն: Սակայն գործող ընտանեկան բժիշկների քանակը դեռևս զգալիորեն փոքր է նպատակային ցուցանիշներից:	Հստակեցնել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների մատուցման մոդելը, մասնավորապես` քաղաքային պոլիկլինիկաներում, ընտանեկան բժիշկների կազմից իրենց պարտականությունների լիարժեք շրջանակի իրականացումը խրախուսելու համար:
Բուժաշխատողների համախումբը` մասնավորապես ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերակցությունը նեղ մասնագետներին և բուժքույրերին, հավասարակշիռ չէ: Թեև միջազգային համեմատություններից ելնելով բժիշկների ընդհանուր քանակը մնում է սահմաններում, Հայաստանում գործող նեղ մասնագետների քանակը, հավանաբար, չափազանց մեծ է: Այլ երկրների, ինչպես նաև բժիշկների քանակի համեմատ բուժքույրերի քանակը համեմատաբար	Մշակել բժշկական կադրերի պլան` մասնագետների և բուժքույրերի քանակի ու աշխարհագրական բաշխվածության համար: Մշակել այս պլանն իրականացնելու համար անհրաժեշտ խթաններ և/կամ հարկադրման մեխանիզմներ, մասնավորապես` նոր բժիշկների ու մասնագետների պատրաստման տեսանկյունից:



Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
փոքր է: Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխվածությունը մարզերի միջև անհավասարակշիռ է:	

## 4. Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն

ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանի այլ երկրների օրինակով Հայաստանի Հանրապետությունը դիմագրավում է բարդ մարտահրավերների և ընտրանքների առողջապահության համակարգը ֆինանսավորելու հարցում: Նոր դեղերն ու տեխնոլոգիական այլ զարգացումները, մեծացող ակնկալիքներն ու ծերացող բնակչությունը նպաստում են պահանջարկի աճին և բարձրացնում են ճնշումը համակարգի ծախսերի վրա: Ծախսերի բարձրացման ճնշման և ծախսումներն ավելացնելու հարցում կառավարությունների կարողության սահմանափակումների համադրությունը ստիպում է պետություններին դիտարկել իրենց առողջապահական համակարգերի ֆինանսավորման եղանակը բարեփոխելու խնդիրը: Օրինակ՝ ֆինանսական ճգնաժամի հետևանքով 2009 թվականի ընթացքում հայկական դրամը պարտադրված անցավ լողացող փոխարժեքի, ինչն անմիջապես հանգեցրեց ներկրվող ապրանքների, այդ թվում՝ դեղորայքի ներկրման ծախսերի աճին: Թեև այս արտաքին ցնցման ազդեցությունն ընդգրկված չէ այս զեկույցում, այն ներկայացնում է այն մարտահրավերների տեսակները, որոնց դիմագրավում են կառավարությունները:

Եվրոպական տարածաշրջանի անդամ պետությունները, այդ թվում՝ Հայաստանի Հանրապետությունը 2005 թվականին հաստատեցին համերաշխության, արդարացիության և թափանցիկության հիմնական արժեքները, որոնք ԱՀԿ «Առողջություն բոլորին» նորացված տարբերակի մաս են կազմում (xvii): Այս արժեքներն ուղղություն են հաղորդում առողջապահության ֆինանսավորման քաղաքականությունների ընդհանուր նպատակներին, որոնք անդամ պետությունները հաստատեցին 2006 թվականին (xviii) և վերջերս վերահաստատեցին ԱՀԿ Տալինի Խարտիան ստորագրելու միջոցով(i):

Եվրոպական տարածաշրջանի համատեքստում առողջապահության ֆինանսավորման քաղաքականությունների նպատակներն են՝

- Պաշտպանվածություն վատառողջության ֆինանսական ռիսկից կամ ֆինանսական պաշտպանվածություն: Առողջապահական ծառայություններից օգտվելու արդյունքում անհատները չպետք է դառնան չքավոր, ոչ էլ պետք է ստիպված լինեն ընտրություն կատարել իրենց ֆիզիկական (հոգեկան) առողջության և իրենց տնտեսական բարեկեցության միջև (i):
- Ֆինանսավորման արդարացիություն: Վճարելու իրենց կարողության համեմատ՝ աղքատները բուժօգնության համար չպետք է վճարեն ավելին քան հարուստները: Այս նպատակը սերտորեն փոխկապակցված է համերաշխության հիմնական արժեքին:
- Սպառման արդարացիություն: Առողջապահական ծառայություններն ու ռեսուրսները պետք է բաշխվեն ըստ կարիքի, այլ ոչ թե այլ գործոնների, օրինակ՝ ծառայությունների դիմաց մարդկանց վճարունակության համաձայն:
- Թափանցիկության և բնակչության առջև հաշվետվողականության բարելավում: Բնակչության իրավունքներն ու պարտավորությունները պետք է լավ ընկալվեն բոլորի կողմից՝ արտացոլելով իր քաղաքացիներին տրված պետության խոստումը:
- Առողջապահական ծառայությունների որակը և արդյունավետությունը: Ֆինանսավորման մեխանիզմները պետք է խրախուսեն բարձրորակ բուժօգնությունը և խթաններ ապահովեն առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման ու մատուցման արդյունավետության համար:
- Վարչական արդյունավետություն: Վարչական արդյունավետությունը խթանվում է առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի վարչարարության ֆունկցիոնալ պարտականության կրկնողությունը նվազագույնին հասցնելու միջոցով:

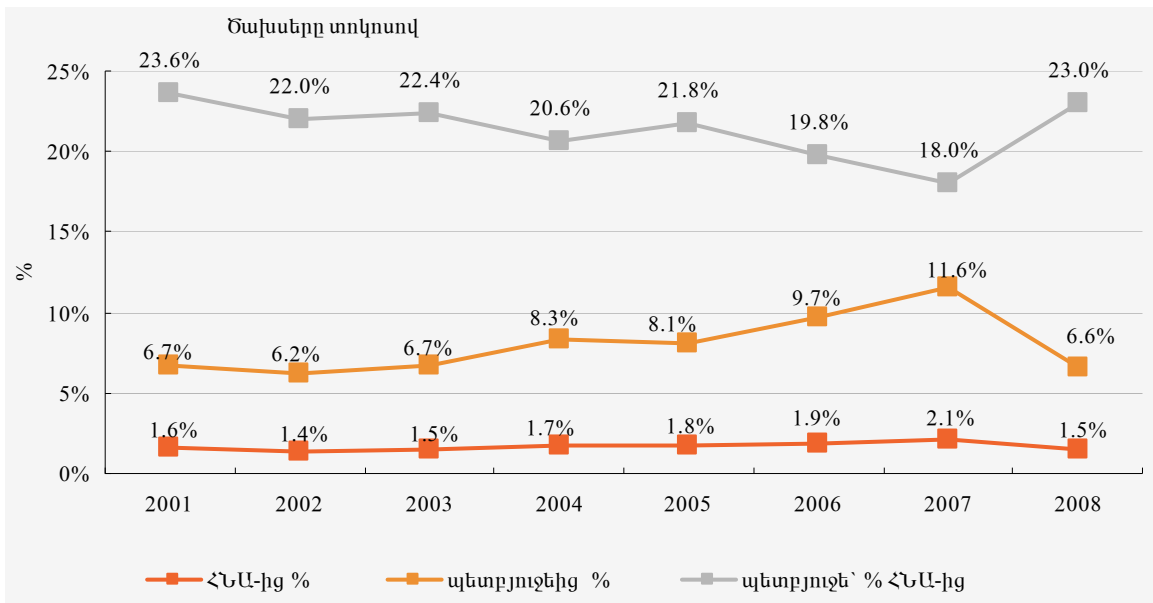
Այս գլխում չի գնահատվում Հայաստանի ֆինանսավորման համակարգի գործունեությունն առողջապահության ֆինանսավորման քաղաքականության վերոնշյալ բոլոր նպատակների առնչությամբ: Փոխարենը՝ գլուխը կենտրոնանում է առողջապահության համակարգի կարևորագույն նպատակներին ուղղակիորեն առնչվող առողջապահության ֆինանսավորման երկու հիմնական նպատակների վրա, որոնք են պաշտպանվածությունը վատառողջության ֆինանսական ռիսկից և ֆինանսավորման արդարացիությունը: (Տես նաև առողջապահական

Ժառանգությունների մատչելիությանը վերաբերող 6-րդ գլուխը, որն անդրադառնում է սպառման արդարացիության խնդրին՝ առկա տվյալների թույլատրած սահմաններում): Այս նպատակների ուղղությամբ Հայաստանի վերջին տարում արձանագրած առաջընթացի համատեքստն ավելի լիարժեք ընկալելու նպատակով նախնական բաժինը ներկայացնում է ֆինակալային համատեքստը և կառավարության կողմից առողջապահությանը տրվող գերակայությունը: Առողջապահությանը նման գերակայություն տալու միտումը պահպանվում է 2002 թվականից՝ նույնիսկ ֆինանսական և տնտեսական ընթացիկ ճգնաժամի պայմաններում:

### Ֆինակալային համատեքստը և առողջապահության գերակայությունը

Վերջին տարիներին Հայաստանն ունեցել է առողջապահական ծախսերի նշանավոր պատմություն, որի համաձայն 2002 թվականից շարունակ ավելացել է առողջապահությանը հատկացվող պետական ընդհանուր ծախսերի մասնաբաժինը: 2002 թվականից որոշ աճ են ունեցել պետական առողջապահական ծախսերը՝ որպես ՀՆԱ-ի տոկոս: Բավական հիշարժան է, որ դա լիովին պայմանավորված է բյուջետային միջոցների հատկացման հարցում ՀՀ կառավարության կողմից առողջապահությանը տրվող գերակայության արագ աճով՝ նույնիսկ այն դեպքում, երբ երկրում խստացել է ֆինակալային ընդհանուր սահմանափակումը, այսինքն՝ պետական ընդհանուր ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս 2007 թվականին եղել են 18%՝ 2002 թ. 22%-ի դիմաց: Այս ժամանակահատվածում ՀՆԱ-ի նկատմամբ բյուջետային առողջապահական ծախսերը 1.4%-ից աճել են մինչև 2.1%: 2002-2007թթ. առողջապահության բյուջեի աճը գերազանցել է և՛ ՀՆԱ-ի, և՛ պետական բյուջեի աճը: Այս ժամանակահատվածում պետական բյուջեում առողջապահական ծախսերը 6.7%-ից աճել են մինչև 11.6% (Դիագրամ 14), իսկ ՀՆԱ-ի նկատմամբ ծախսերը 1.4%-ից հասել են 2.1%-ի: Սակայն Հայաստանի վրա ֆինանսական և տնտեսական ճգնաժամի ազդեցության հետևանքով 2008 թ. այս միտումը կտրուկ փոխվեց: Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱՀ) տվյալները ցույց են տալիս, որ թեպետ 2008 թվականին բացարձակ քվերով աճել է և՛ ՀՆԱ-ը, և՛ պետական բյուջեն, սակայն բյուջետային առողջապահական ծախսերը զգալիորեն կրճատվել են՝ 66 միլիարդ դրամից հասնելով 53 միլիարդ դրամի (սղաճի ճշտում կատարված չէ 2009 թ. նոյեմբերի դրությամբ 1 միլիարդ դրամը կազմում էր մոտ 1.75 միլիոն եվրո): Այս ցուցանիշները պետք է ուսումնասիրել՝ նախորդ տարիների ծախսային հաշվետվությունների հետ դրանց ներդաշնակությունը պարզելու համար:

Դիագրամ 14 Պետական ծախսեր, առողջապահական ծախսեր և ՀՆԱ, 2001-2008թթ.



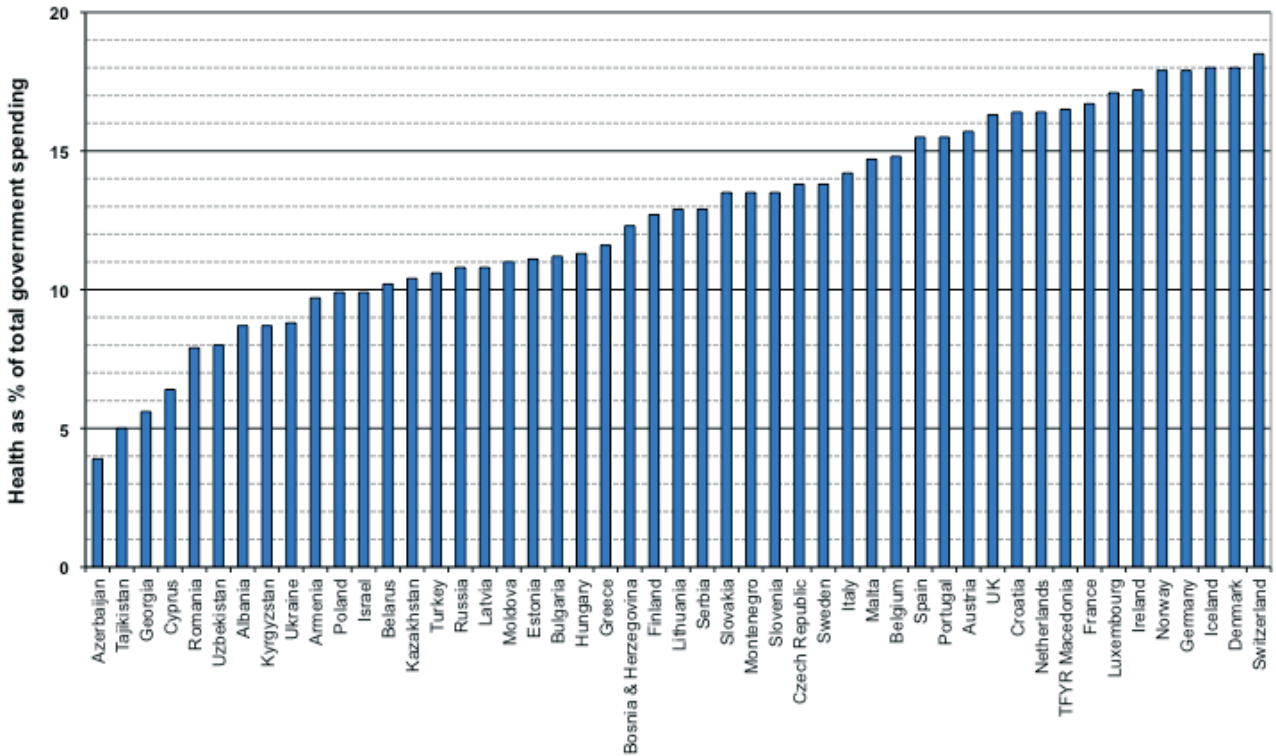
ՀՆԱ՝ Համախառն ներքին արդյունք

Աղբյուր՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարություն

Վերջին յոթ տարիների ընթացքում ՀՀ կառավարության կողմից առողջապահությանը տրված գերակայությունն արտացոլված է Դիագրամ 15-ում, որը ներկայացնում է 2006 թվականի դրությամբ պետական բյուջեում առողջապահության ծախսերի տոկոսի միջազգային համեմատությունները: Հայաստանն առանձնանում է Հարավային Կովկասի տարածաշրջանային

մյուս պետություններից՝ թեպետ Հայաստանի համեմատ այդ պետությունների ֆիսկալային վիճակը զգալիորեն ավելի է բարելավվել: Հայաստանի այս ջանքերը համահունչ են իրենց առողջապահության համակարգերում ներդրումներ կատարելու եվրոպական տարածաշրջանի անդամ պետությունների ստանձնած պարտավորություններին (i):

**Դիագրամ 15. Պետական առողջապահական ծախսերի տոկոսը պետական բյուջեի նկատմամբ, եվրոպական տարածաշրջանի անդամ պետություններ, 2006 թ.**



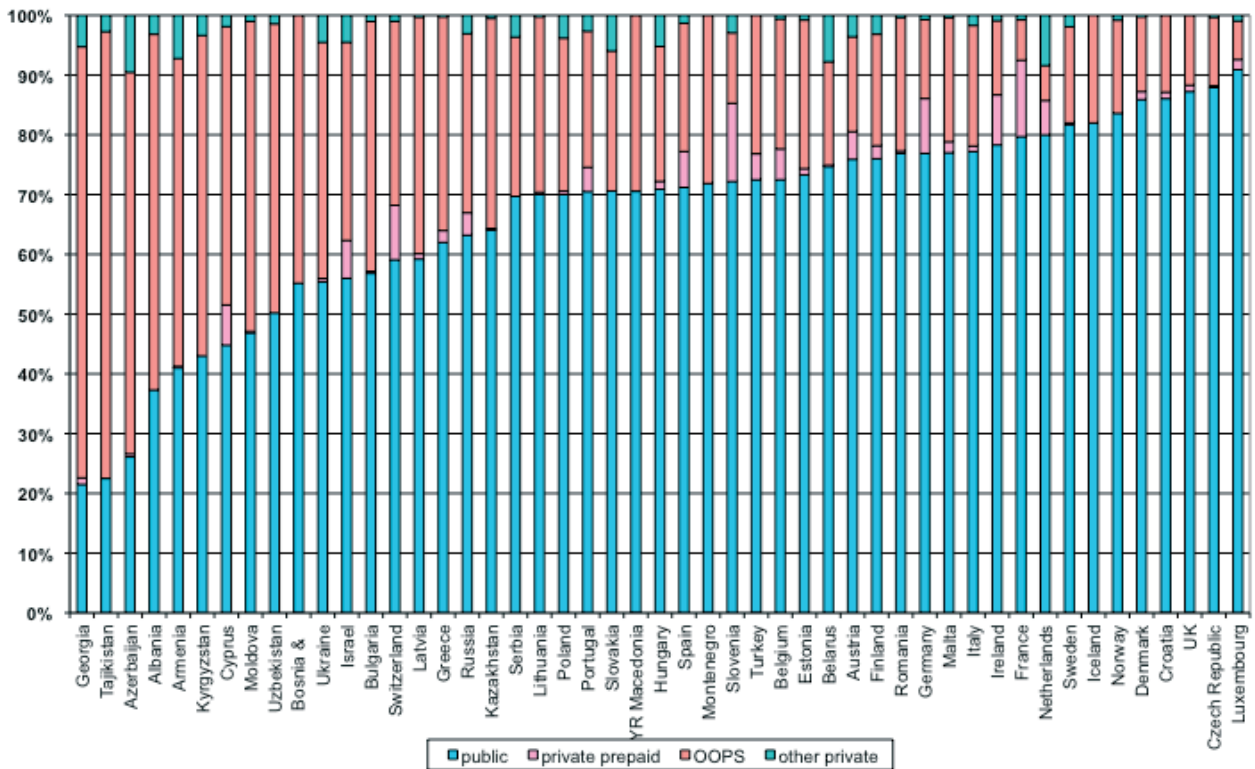
## Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն

### Ֆինանսավորման արդարացիություն

Ֆինանսավորման արդարացիության վերլուծությունը պետք է լինի համապարփակ և այն պետք է ուսումնասիրի առողջապահական ծախսերի բոլոր աղբյուրներն ու վերագրի դրանք տնային տնտեսություններին, որտեղից դրանք ծագում են՝ թե ուղղակիորեն («գրպանից դուրս») վճարումների և բժշկական ապահովագրության (կամավոր կամ պարտադիր) կանխավճարների տեսքով, թե անուղղակիորեն (ընդհանուր հարկման տեսքով): Ֆինանսավորման արդարացիության լիարժեք վերլուծությունը պահանջում է նույնականացնել առողջապահության համակարգի ֆինանսական միջոցների զանազան աղբյուրները, վերլուծել դրանց բաշխման ազդեցությունը (այսինքն՝ ո՞վ է վճարում) և դրանց ազդեցությունը՝ առողջապահության համակարգի ընդհանուր ֆինանսավորման նկատմամբ դրանց հարաբերական ներդրման տեսանկյունից: Միջազգային ապացույցները(xix) շեշտակի հուշում են, որ կանխավճարային պարտադիր աղբյուրները (ընդհանուր հարկում և պարտադիր բժշկական ապահովագրության համար պահումներ աշխատավարձից) ավելի արդարացի լինելու միտում ունեն, կանխավճարային կամավոր աղբյուրները (կամավոր բժշկական ապահովագրություն) պակաս արդարացի են, իսկ «գրպանից դուրս» վճարումներն ամենամարդարացին են: Դիագրամ 16-ում ներկայացված 2006թ. միջազգային համեմատությունները ցույց են տալիս, որ Հարավային Կովկասի մյուս պետությունների համեմատ, Հայաստանում պետական աղբյուրներն ապահովում են առողջապահության ֆինանսական միջոցների ավելի մեծ մասնաբաժին: Սակայն Դիագրամ 16-ը ցույց է տալիս նաև, որ առողջապահության ֆինանսավորման «գրպանից դուրս»

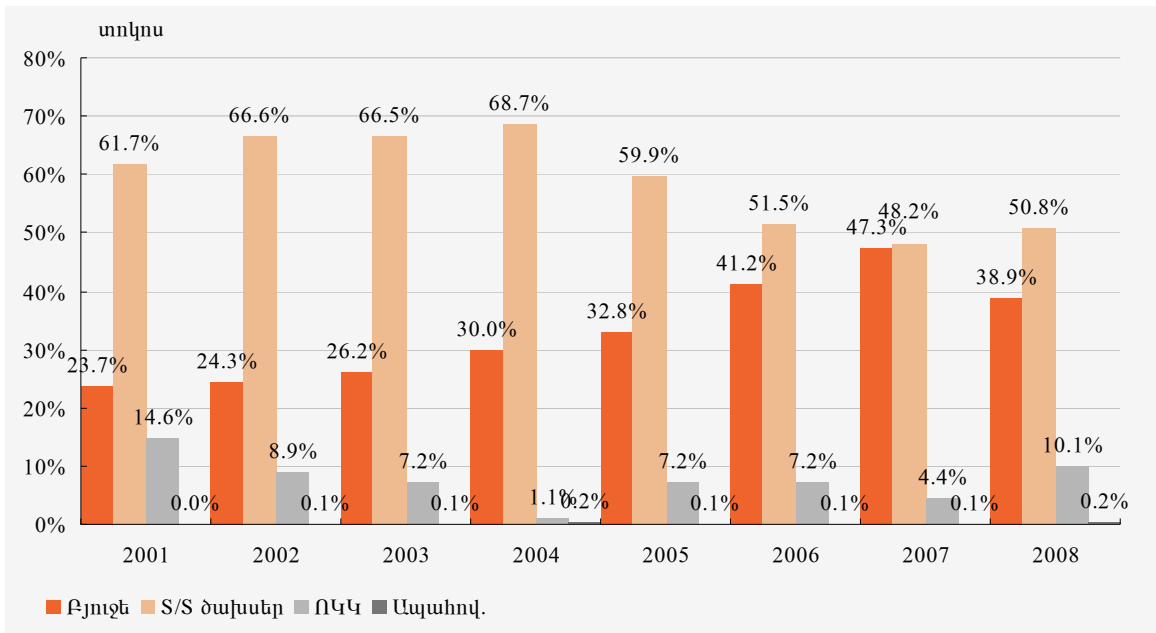
վճարումներից զոյացող մասնաբաժինը, որը վճարումների առավել անարդարացի աղբյուրն է, դեռևս մնում է բավականին մեծ և 2006 թ. գերազանցում էր ընդհանուր միջոցների 50%-ը:

**Դիագրամ 16. ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանի պետություններում առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների համեմատական մասնաբաժինները, 2006թ.**



Հայաստանի 2002-2008թթ. տվյալների ավելի մանրամասն վերլուծությունը վեր է հանում ֆինանսավորման զանազան աղբյուրների (բյուջետային ֆինանսավորման, տնային տնտեսությունների ուղղակի ծախսերի, ՀԿ-ներից ստացվող ֆինանսավորման և ապահովագրական ֆինանսավորման) ներդրումներն առողջապահական համակարգում: Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարների մասնաբաժինն էական է: Առողջապահական ընդհանուր ծախսերը 2001-2007 թվականների ընթացքում աճել են 79 միլիարդից մինչև 139 միլիարդ: Բացարձակ թվերով միջին տարեկան աճը կազմել է 10 միլիարդ դրամ: Առողջապահական ընդհանուր ծախսերում տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը 2004 թվականի 68.7% բարձր ցուցանիշից նվազել է մինչև 48.2%՝ 2007 թվականին, թեպետ բացարձակ թվերով այն աճել է (Դիագրամ 17): Ըստ էության առողջապահական ծախսերի ընդհանուր աճը սկսած 2004 թվականից ֆինանսավորվել է պետական բյուջեի միջոցներով: Սակայն արդեն նշվեց, որ նախորդ տարվա նկատմամբ 2008 թվականին բյուջետային առողջապահական ծախսերը կրճատվեցին, իսկ տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերն աճեցին 2.6 միլիարդ դրամով: Արդյունքում առողջապահական ընդհանուր ծախսերում տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի տոկոսն աճեց 2007-ի 48.2%-ից և գերազանցեց 50%-ը, թեպետ մնաց մինչև 2005 թ. արձանագրած տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումների 60%-ոց ցուցանիշից ներքև:

**Դիագրամ 17. Առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ առողջապահական ծախսերի տոկոսն ըստ աղբյուրների, 2001-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱԱՀ

### Ֆինանսական պաշտպանվածություն

Այս խնդիրն արտացոլում է առողջության և բարեկեցության միջև առավել ուղղակի փոխկապակցություններից մեկը՝ ի՞նչ չափով են առողջապահական ծախսերը չքավոր դարձնում մարդկանց կամ, ընդհակառակը, որքանով է արդյունավետ առողջապահության ֆինանսավորման համակարգը մարդկանց չքավոր դառնալու ռիսկից պաշտպանելու և առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը ընձեռնելու տեսանկյունից: Գոյություն ունեն այս նպատակի ստանդարտ գնահատումներ (xx) և դրանք կարող են իրականացվել ցանկացած երկրի դեպքում, որն ունի տնային տնտեսությունների հետազոտման հուսալի տվյալներ՝

- «կատաստրոֆիկ» առողջապահական ծախսեր դիմագրավող տնային տնտեսությունների տոկոսի վերաբերյալ (առողջապահական ծախսեր, որոնք գերազանցում են տնային տնտեսության կենսական ծախսերի որոշակի շեմային տոկոս),
- չքավորության հասցնող առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ, որոնք գնահատվում են որպես առողջապահական ծախսերի ազդեցություն «աղքատության գլխաքանակի» (տնային տնտեսությունների քանակ կամ տոկոս, որը առողջապահական ծախսերի հետևանքով հայտնվում է պետականորեն սահմանված աղքատության շեմից ներքև) կամ «աղքատության բացի» (առողջապահական ծախսերի հետևանքով աղքատության շեմից ներքև տնային տնտեսությունների հայտնվելու սահմանները) վրա:

Ֆինանսական պաշտպանվածության արդարացիության աստիճանի մասին տեղեկություններ ստանալու նպատակով այս ինդիկատորները կարող են խմբավորվել ըստ բարեկեցության քվինտիլների:

Դժբախտաբար գործունեության այս ինդիկատորների վերաբերյալ առկա տվյալները սահմանափակ են: Ազգային վիճակագրական ծառայության 2006 թվականին կատարած Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ Հայաստանի բնակիչներն իրենց հայտարարագրված եկամուտի միջինը 12.3%-ը ծախսում են առողջապահական ծառայությունների համար (xxi): Սակայն ամենաաղքատ քվինտիլի տնային տնտեսությունների ծախսերն առողջապահական ծառայությունների գծով գերազանցում են այս ցուցանիշը ավելի քան երկու անգամ և կազմում նրանց եկամուտի 26.2% (տես Աղյուսակ Բ11, Հավելված Բ): Համեմատության համար՝ ամենահարուստ քվինտիլի տնային տնտեսություններն առողջապահական ծառայությունների համար միջինը ծախսում են իրենց եկամուտի 5%-ը, իսկ մյուս երեք քվինտիլներում այս ցուցանիշը տատանվում է 9-ից 11%-ի միջև:

2006 թվականի հետազոտությունը ցույց տվեց նաև, որ Հայաստանի տնային տնտեսությունների 16%-ը կատարել է կատաստրոֆիկ բժշկական ծախսեր (առողջապահական ծախսերը գերազանցել են ոչ պարենային բոլոր ծախսերի 40%-ը):

Սակայն նույնիսկ առանց առողջապահական ծախսերի կատաստրոֆիկ ու չքավորեցնող ազդեցությունները և դրանց միտումները որոշելու նպատակով հետազոտության տվյալների խորը վերլուծություն կատարելու միջազգային փորձը հստակ հուշում է, որ «գրպանից դուրս» վճարումների մեծ ծավալները մտահոգության առարկա են: ԱՅԿ-ի իրականացրած մոտ 80 երկրների տվյալների վերլուծությունը(xxi) բացահայտում է ամուր փոխկապակցվածություն առողջապահական ընդհանուր ծախսերում «գրպանից դուրս» վճարումների մասնաբաժնի և առողջապահական կատարատրոֆիկ ծախսեր դիմագրավող ընտանիքների տոկոսի միջև: Չնայած եվրոպական տարածաշրջանում առողջապահական ընդհանուր ծախսերում «գրպանից դուրս» վճարումների մակարդակի նվազմանը՝ «գրպանից դուրս» վճարումների մակարդակը Հայաստանում դեռևս մնում է ամենաբարձրերից մեկը՝ 2007 և 2008 թթ. կազմելով մոտ 50%: Սա վկայում է այն մասին, որ իրենց վճարունակության համեմատ առողջապահական մեծ վճարումներ կամ նույնիսկ առողջապահական կատաստրոֆիկ ծախսեր կատարող հայաստանաբնակ ընտանիքների քանակը մնում է բարձր: Հաշվի առնելով Հայաստանում մեծ ծավալով «գրպանից դուրս» ապօրինի վճարումների մասին վկայող փաստերը, որոնք ներկայացված են Դիագրամ-ում և Դիագրամ-ում, ինչպես նաև առողջապահական վճարումների առումով քաղաքականության ակնկալվող փոփոխությունները՝ հրամայական է դառնում, որ նախքան քաղաքականության փոփոխություններ իրականացնելը որոշվեն այս ինդիկատորների արժեքները՝ առկա իրավիճակը գնահատելու և հենանիշ սահմանելու նպատակով: Ժամանակի ընթացքում այս ցուցանիշների փոփոխությանը հետևելու համար պահանջվում է հետազոտությունների հետևողական մեթոդաբանություն:

Այժմ պետպատվերի փաթեթից օգտվելու իրավունքը վերապահված է բնակչության 22 հաստատված խմբերի: Դրանց թվում են, օրինակ, հաշմանդամության երեք խմբերից մեկն ունեցողներին, հաշմանդամ ծնողների երեխաներին, միակողմանի ծնողազուրկ երեխաներին և այլն: (Լրիվ ցանկը ներկայացված է Հավելված Բ-ի Աղյուսակ Բ10-ում): Հաշվարկած է, որ հաշմանդամության երեք խմբերի ավելի քան 162 000 անձանցից միայն 15% է հաշվառված աղքատության նպաստի համակարգում, այսինքն մնացածն աղքատ չեն: Թեպետ այս թվերը պահանջում են լրացուցիչ հավաստում և վերլուծություն, դրանք հուշում են, որ հարկ է լուրջ դիտարկել պետպատվերի այնպիսի փաթեթի ձևավորման հարցը, որն ավելի հասցեականորեն ուղղված կլինի աղքատներին: Աղքատության ընտանեկան նպաստի ծրագիրը կիրառում է գնահատականների համակարգ՝ նպաստառուների շարքում տնային տնտեսության ընդգրկվելու իրավունքը գնահատելու համար: Սա կարող է ապահովել ազգային տվյալների շտեմարան, որը կարող է օգտագործվել առողջապահական ծառայությունների համար սուբսիդիաների վերաբաշխման նպատակով:

## Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր

- 2008 թվականի Առողջապահության ազգային հաշիվներում (ԱԱՀ) ներկայացված բյուջետային առողջապահական ծախսերը համահունչ չեն նախորդ միտումներին: Նախորդ տարիների տվյալների մշակման մեթոդներին այս արդյունքների դասակարգման և ներկայացման համապատասխանությունը որոշելու նպատակով պետք է ուսումնասիրել դրանք և հարկ եղած դեպքում վերանայել արդյունքների մեկնաբանությունը:
- Տնային տնտեսությունների ընդհանուր ծախսերում տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի տոկոսը գնանատող հուսալի հաշվարկ այժմ չկա: Այդ ցուցանիշը կարելի է դուրս բերել Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությունից, ինչը կապահովի այս ինդիկատորի հենանիշային արդյունք, որը հնարավոր կլինի թարմացնել տարեկան կտրվածքով:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 5. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Վերջին տարիներին Հայաստանի առողջապահության համակարգի պետական ֆինանսավորումն աճել է հարաբերական թվերով: Մնացած հավասար պայմաններում սա պետք է հանգեցնի բուժօգնության ֆինանսավորման բեռի ավելի արդարացի բաշխմանը: Սակայն ՀՆԱ-ի նկատմամբ բյուջետային առողջապահական ծախսերի տոկոսը մնում է ցածր, իսկ միջազգային համեմատությունները հուշում են, որ հարկ է կատարել լրացուցիչ ավելացումներ:</p> <p>Հայաստանում առողջապահության ֆինանսավորման ընթացիկ մոտեցումն ունի մի շարք դրական կողմեր, մասնավորապես՝ ՊԱԳ-ի գոյությունը, որը պատասխանատու է մեծամասամբ ինքնուրույն առողջապահական ծառայություններ մատուցողներից հարկային եկամուտների միջոցներով պետական պատվերի հիմնական փաթեթը ձեռք բերելու համար:</p>	<p>Անկախ ֆիսկալային սահմանափակումներից շարունակել բյուջետային առողջապահական ծախսերի ավելացումը: Աջակցել բուժօգնության դիմաց ապօրինի վճարումների կրճատմանը և բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության բարելավմանն ուղղված բարեփոխումների ընթացիկ գործընթացին:</p> <p>Հարկ է հստակ համակարգել հետևյալները՝</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. հարկերից ֆինանսավորվող պետպատվերի փաթեթի բովանդակության բարեփոխումը,</li> <li>2. սուբսիդավորվող առողջապահական ծառայություններից օգտվելու իրավասություն ունեցող խմբերը,</li> <li>3. ՊԱԳ-ի կողմից վճարվող գները,</li> <li>4. նոր ներդրվելիք համավճարները:</li> </ol> <p>Շարունակել հզորացնել ռազմավարական ձեռքբերումը և բարելավել հավասարակշռությունը համապատասխան ֆինանսական խթաններ ստեղծելու և հաշվապահական հսկողության միջև (xxiii):</p>
<p>Դժվար է սահմանել տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող առողջապահական ծախսերի, այդ թվում՝ ապօրինի ծախսերի ինդիկատորներ: Փաստերը վկայում են, որ Հայաստանում առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին կատարվող ապօրինի վճարումների մակարդակը բարձր է: Առողջապահական ընդհանուր ծախսերում տնային տնտեսությունների «գրպանից դուրս» վճարումների տոկոսը 2008 թ. նվազել է մոտ 50%-ի (նախքան 2005թ. եղող 60%-ից), ինչը դեռևս մնում է Եվրոպական տարածաշրջանում ամենաբարձր ցուցանիշներից մեկը:</p>	<p>Ընթացք տալ առողջապահական ծառայությունների դիմաց ապօրինի և «գրպանից դուրս» այլ վճարումները հասցեագրող քաղաքականությունների մշակմանն ու իրականացմանը: Թեպետ սա Հայաստանի առողջապահության ոլորտի մեծագույն խնդիրներից մեկն է՝ այն հնարավոր չէ լուծել մեկուսացված: Հետևաբար հարկ է դիտարկել քաղաքականության փաթեթ, որն ուղղված է փոխկապակցված խնդիրների լուծմանը: Ապահովել ինդիկատորների որակյալ համակարգի առկայություն՝ այս քաղաքականությունների իրականացման մոնիթորինգը կատարելու և առողջապահական ծառայությունների մատչելիության վրա դրանց ազդեցությունը գնահատելու համար (xxiv):</p>



## 5. Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն

Առողջապահության առավել արդյունավետ համակարգն այն է, որը՝ մնացած հավասար պայմաններում, ռեսուրսների համադրելի մակարդակի դիմաց բնակչությանն է մատուցում առավել արդյունավետ ու պատշաճ բուժօգնություն: Ռեսուրսների հատկացումն առողջապահության համակարգի տարբեր հատվածներին, բժշկական միջամտությունների պատշաճությունը և միջամտություններն իրականացնելու արժեքն ազդեցություն ունեն առողջապահության համակարգի արդյունավետության վրա:

Քաղաքանության գլխավոր հարցը, որին հարկ է պատասխանել, հետևյալն է. արդյո՞ք համակարգի ռեսուրսներն արդյունավետ են օգտագործվում Հայաստանի բնակիչների առողջության վրա ավելի մեծ ազդեցություններ ապահովելու համար:

Հայաստանում առողջապահական համակարգի ռեսուրսների բաշխումը հասցեագրելու նպատակով ընթացող բարեփոխումների տեսանկյունից առաջանում են քաղաքականության երկու լրացուցիչ հարցեր, որոնք առնչվում են առողջապահության համակարգի արդյունավետությանը՝

1. Ի՞նչ առաջընթաց է արձանագրվել Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանման վրա հիմնված առողջապահական համակարգի ներդրման հարցում:
2. Ի՞նչ առաջընթաց է արձանագրվել Երևանում և մարզերում հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման գործում:

### Առողջապահության համակարգի ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետություն

Բնակչության առողջությունը բարելավելու նպատակով առողջապահության համակարգի ռեսուրսների օգտագործման ընդհանուր արդյունավետությունը գնահատելու համար առկա են երկու գնահատականներ: Առկա առաջին գնահատականը ռեսուրսների հատկացումն է առողջության առաջնային պահպանմանը՝ հիվանդանոցային բուժօգնության համեմատ: Բազմաթիվ երկրներում կատարված ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ երկրի առողջության առաջնային պահպանման համակարգի հզորությունը փոխկապակցված է բնակչության առողջության վրա բարելավված ազդեցությունների հետ՝ բոլոր պատճառներով մահացության և վաղ մահացության, ինչպես նաև շնչառական ու սրտանոթային լուրջ հիվանդությունների հետևանքով վաղ մահացության գծով (xxv): Երկրորդ գնահատականը ուղղակի բուժման (այսինքն՝ բուժօգնություն մատուցողների աշխատավարձեր, պարագաներ ու դեղեր և այլն), այլ ոչ թե վարչական ծախսերի համար ռեսուրսների օգտագործման ծավալներն է:

Դիտարկված է երկու ինդիկատոր՝

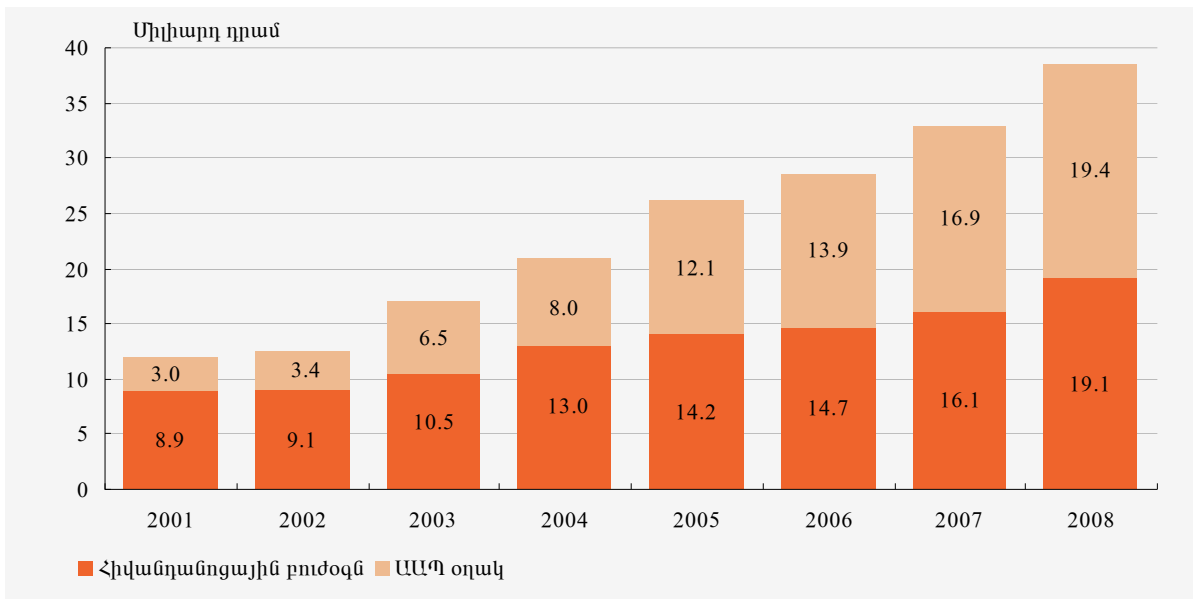
1. Պետական առողջապահական բյուջեի հատկացումները առողջության առաջնային պահպանմանն ու հիվանդանոցային բուժօգնությանը:
2. Հիվանդանոցային և առողջության առաջնային պահպանման օղակների ծախսերի կառուցվածքն՝ աշխատողների աշխատավարձերի, պարագաների և դեղերի և այլ ծախսային հոդվածների գծով:

### Պետական բյուջեի հատկացումն առողջության առաջնային պահպանման ու հիվանդանոցային օղակներին

Առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013թթ. ռազմավարությունով առողջության առաջնային պահպանման օղակի և հիվանդանոցային օղակի պետական ծախսերի հարաբերակցության համար թիրախ է սահմանվել 60:40 ցուցանիշը: Երկու օղակում էլ պետական ծախսերը զգալիորեն աճել են և 2001 թվականի մոտ 12 միլիարդից 2008 թ. հասել 38.5 միլիարդ դրամի (Դիագրամ 18): Առողջության առաջնային պահպանման գծով ծախսերի աճը եղել է շատ արագընթաց և այս ժամանակահատվածում այն վեցնապատկվել է՝ ըստ էության 2008 թվականին հավասարվելով հիվանդանոցային օղակի պետական ծախսերին:

Հարկ է նշել, որ առողջության առաջնային պահպանման համար ներկայացված ծախսերն ընդգրկում են նաև պոլիկլինիկաների գծով ծախսերը:

**Դիագրամ 18. Պետական առողջապահական ընդհանուր ծախսերն՝ ըստ ոլորտների, մլրդ. դրամ, 2001-2008 թթ.**



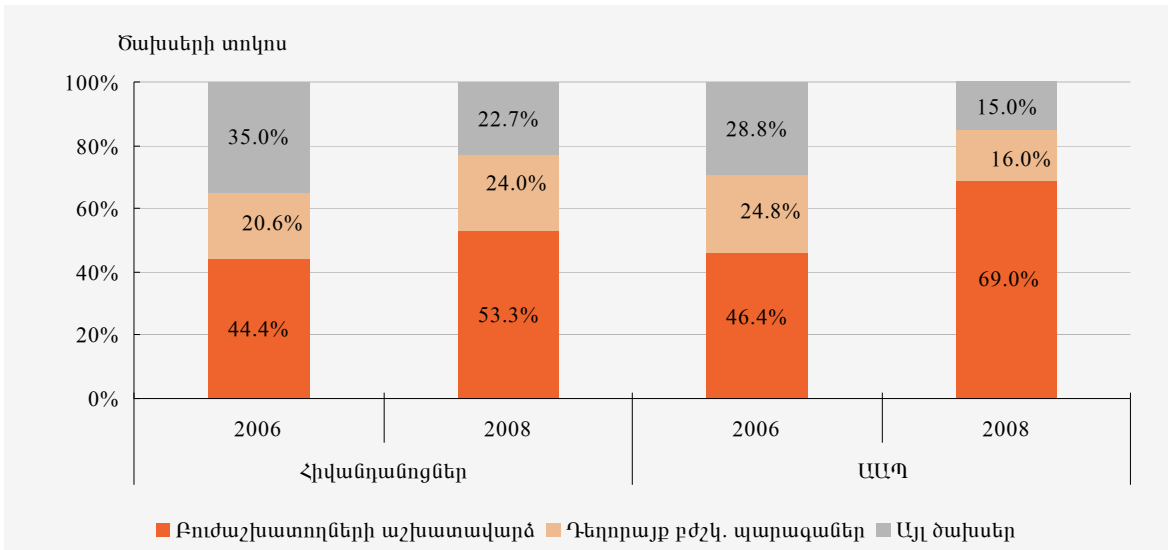
Աղբյուր՝ Առողջապահության նախարարություն

Առողջության առաջնային պահպանման գծով ծախսերի արդյունավետությունը երաշխավորելու նպատակով կարևոր է հստակեցնել ծառայությունների մատուցումը, ինչպես նաև ապահովել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների որակն ու շրջանակն երաշխավորող համապատասխան քաղաքականությունների և կանոնակարգերի կան խթանների առկայությունը (vi):

**Առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային ծախսերի կառուցվածքը**

Հիվանդանոցներում բժշկների ցածր աշխատավարձերը նշվում են որպես հիվանդանոցային օղակի գործունեության թերությունների գործոններից մեկը (vi): Ինչպես երևում է Դիագրամ 19-ից՝ 2006-2008թթ. հիվանդանոցային և առողջության առաջնային պահպանման օղակների առողջապահական ընդհանուր ծախսերում բուժանձնակազմի աշխատավարձերի տոկոսն աճել է: Նույն ժամանակահատվածում նվազել է երկու օղակների «այլ» ծախսերի մասնաբաժինը: Այս արդյունքները հուշում են, որ բարեփոխումների իրականացմանը զուգահեռ վերջին շրջանում ավելացել է առողջապահական ծախսերում հիվանդներին մատուցվող բուժօգնության մասնաբաժինը:

**Դիագրամ 19. Առողջապահական ընդհանուր ծախսերն՝ ըստ ծախսային տեսակների և ըստ ոլորտների, 2006 և 2008 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱԱԳ

### Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բարեփոխումների իրականացում

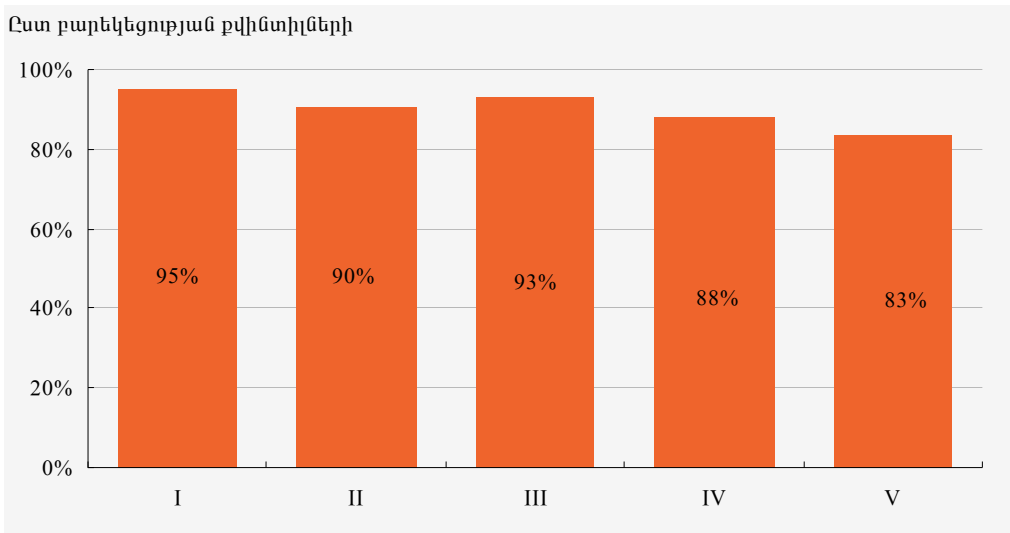
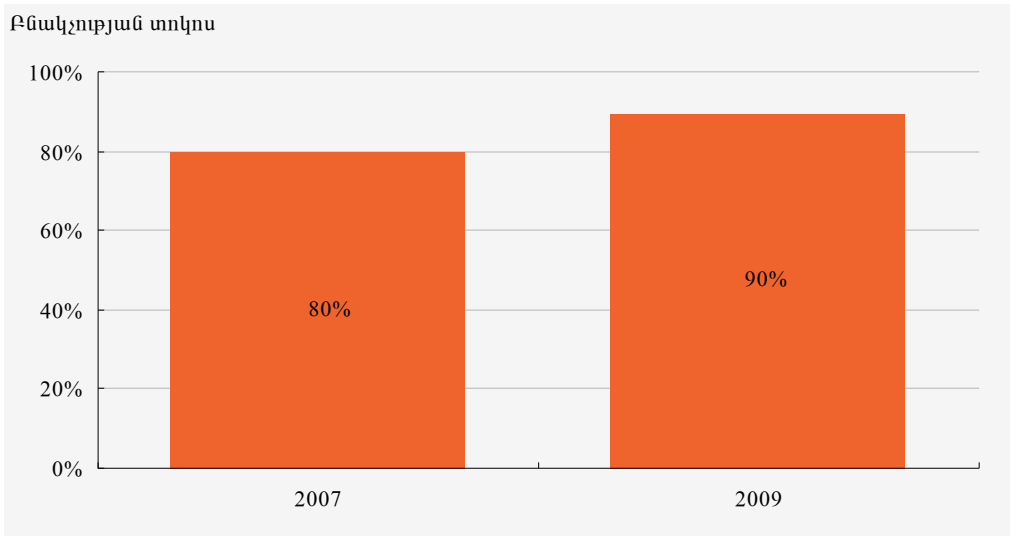
Ինչպես նշվել է վերը՝ կառավարության կողմից բարեփոխումների իրականացմանը զուգահեռ վերջին վեց տարիների ընթացքում զգալիորեն աճել են առողջության առաջնային պահպանման օղակի պետական ծախսերը: Բարեփոխումների կենտրոնում եղել է բժիշկների վերապատրաստումը՝ որպես ընտանեկան բժիշկներ և պոլիկլինիկաներում նեղ մասնագետների համակարգի կառուցվածքային փոփոխությունը: Հաշվի առնելով այս ռազմավարական ուղղությունները՝ առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների իրականացումն ու արդյունավետությունը գնահատելու համար կարող են կիրառվել մի շարք ինդիկատորներ՝

- Բժշկական օգնության կարիքի դեպքում առաջնային բուժօգնության օղակի դիմողների տոկոսը և բացվածքն ըստ վերջին այցելած առաջնային բուժօգնության հիմնարկի տեսակի,
- Անհապաղ բուժօգնություն չպահանջող վիճակների դեպքում հիվանդանոց ուղղեգրելու միտումները,
- Բուժաշխատողի կանխարգելիչ այցերի հաճախականությունը:

### Ծառայություններ մատուցողների այն տեսակները, ում առավել հաճախակի դիմում են անհատները

Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումներին զուգահեռ՝ բուժօգնության կարիք ունեցող հայաստանաբնակներն ավելի հաճախ են դիմում առաջնային բուժօգնության հիմնարկ: ԱՅԳԳ 2007 և 2009թթ. հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության դեպքում հարցվածների այն տոկոսը, որը «սովորաբար» դիմում է առաջնային բուժօգնության հաստատություն 79.6%-ից հասել է 89.6%-ի (Դիագրամ 20): Սա համահունչ է առաջնային բուժօգնության հիմնարկ հաճախումների թվի աստիճանական աճին, որը 2001 թվականի մեկ անձի հաշվով 1.8-ից ավելացել էր մինչև 3.3՝ 2008 թվականին:

**Դիագրամ 20 և Դիագրամ 21. Բժշկական օգնության կարիքի դեպքում առաջնային բուժօգնության օղակ «սովորաբար» դիմողների տոկոսը, 2007 և 2009թթ. և ըստ բարեկեցության քվինտիլի**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2007 և 2009 թթ.

Դիագրամ 21-ը ցույց է տալիս առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների սպառման տարբերություններն ըստ բարեկեցության քվինտիլների, ուր ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է ամենաաղքատ քվինտիլի (I) հարցվածների մոտ, որոնց 95%-ը նշել է, որ կարիքի դեպքում սովորաբար կդիմի առաջնային բուժօգնության օղակ, իսկ ամենացածր ցուցանիշը եղել է ամենահարուստ քվինտիլում (V), ուր նույն պատասխանը տվել է հարցվածների 83%-ը:

Բացի այդ 2007-ից 2009 թվականներին փոփոխություններ են տեղի ունեցել այցելած առաջնային առողջապահական բուժօգնությունների տեսակի առումով, ինչը պայմանավորված է առողջության կենտրոնների ավելացումով: Աշխարհագրական երեք հիմնական տեղանքներում (Երևան, քաղաքային այլ բնակավայրեր, գյուղական վայրեր) զգալիորեն ավելացել է այն հարցվածների տոկոսը, որոնք նշել են, որ իրենց այցելած ԱԱՊ վերջին բուժօգնությունը եղել է առողջության կենտրոն (Աղյուսակ 6): Այս աճը հիմնականում տեղի է ունեցել ի հաշիվ պոլիկլինիկաների՝ քաղաքային բնակավայրերում, և բուժկետերի՝ գյուղական վայրերում: Վարքի այս փոփոխությունից կարելի է ենթադրել, որ քաղաքացիների զգալի մի հատված սկսել է օգտվել առողջության կենտրոնների վճարովի առաջնային բուժօգնությունից՝ նույնիսկ լրացուցիչ ծախսերի պայմաններում<sup>5</sup> նախընտրելով դրանք պոլիկլինիկաներից:

<sup>5</sup> Երևանի առողջության կենտրոնները մասնավոր հիմնարկներ են: Քաղաքային մյուս բնակավայրերում դրանք կարող են լինել, թե պետական, թե մասնավոր հիմնարկներ: Գյուղական բնակավայրերում դրանք բացառապես պետական

**Աղյուսակ 6. Առաջնային բուժօգնության հիմնարկների հաճախումներն ըստ առաջնային բուժօգնության տեսակի և աշխարհագրական վայրի, 2007 և 2009թթ.**

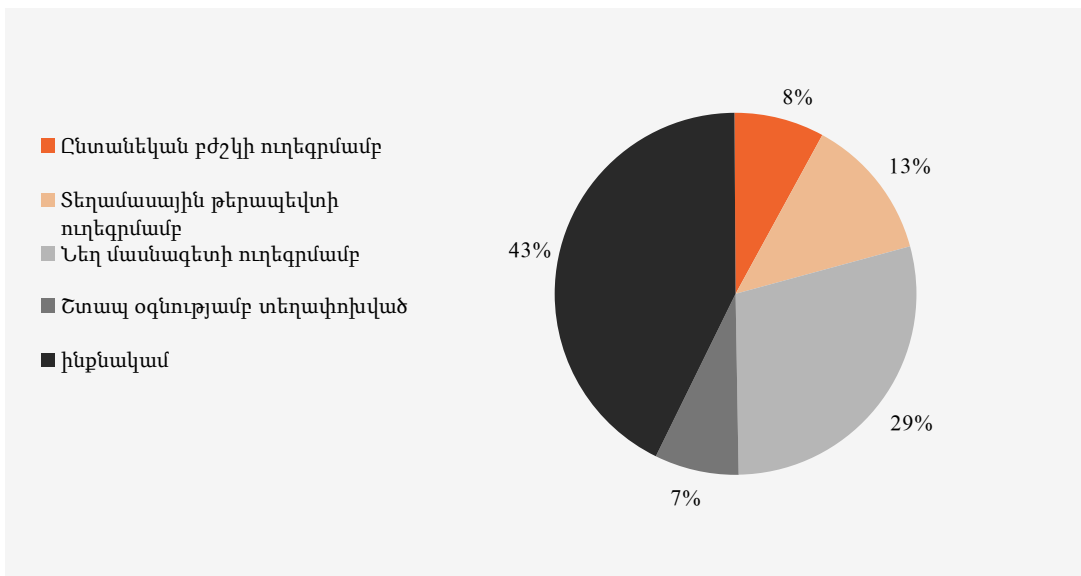
	2007			2009		
	Երևան	Այլ քաղաքային	Գյուղական	Երևան	Այլ քաղաքային	Գյուղական
<b>Բուժվեց</b>	5.1%	5.1%	28.7%	2.1%	3.5%	10.4%
<b>Ամբուլատորիա</b>	0.0%	0.6%	30.5%	1.0%	0.0%	34.0%
<b>Առողջության կենտրոն</b>	3.4%	0.0%	7.8%	21.6%	14.2%	30.2%
<b>Պոլիկլինիկա</b>	91.5%	94.3%	32.9%	70.1%	74.3%	24.5%
<b>Ընտանեկան բժիշկ</b>	0.0%	0.0%	0.0%	5.2%	8.0%	0.9%
<b>Ընդամենը</b>	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Աղբյուրը՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

**Ուղեգրում հիվանդանոց՝ շտապ բուժօգնություն չպահանջող վիճակներում**

Հայաստանի բնակչության զգալի հատված շտապ բուժօգնություն չպահանջող դեպքերում ինքնուրույն է գնում հիվանդանոց: 2009 թվականի ԱՀԳԳ արդյունքները ցույց են տալիս, որ հիվանդանոցներ ինքնուրույն գնացողների մասնաբաժինը կազմում է 42.8%, իսկ երկրորդ խոշորագույն հատվածը նեղ մասնագետների կողմից ուղեգրումն է՝ 29.1% (Դիագրամ 22): Ընտանեկան և տեղամասային բժիշկների կողմից հիվանդանոցային ուղեգրումների գումարային տոկոսը կազմում է 20%-ից մի փոքր ավելի: 2007 թվականի հետազոտությունը չէր ընդգրկում հիվանդանոցային ուղեգրմանն առնչվող հարցեր, հետևաբար նախկին արդյունքների հետ համեմատություն հնարավոր չէ կատարել: Այդուհանդերձ, ապագայում հարկ է կատարել այս ինդիկատորի մոնիթորինգ, որպեսզի պարզվի, թե արդյո՞ք նվազում է ինքնաուղեգրման և աճում ընտանեկան բժիշկների կողմից ուղեգրման տոկոսը: Նման զարգացումները վկայում են թե առաջնային օղակի, թե հիվանդանոցային համակարգի հիմնարկների առավել պատշաճ օգտագործման մասին:

**Դիագրամ 22. Հիվանդանոց հաճախումներն ըստ ուղեգրման աղբյուրի, 2009թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2009

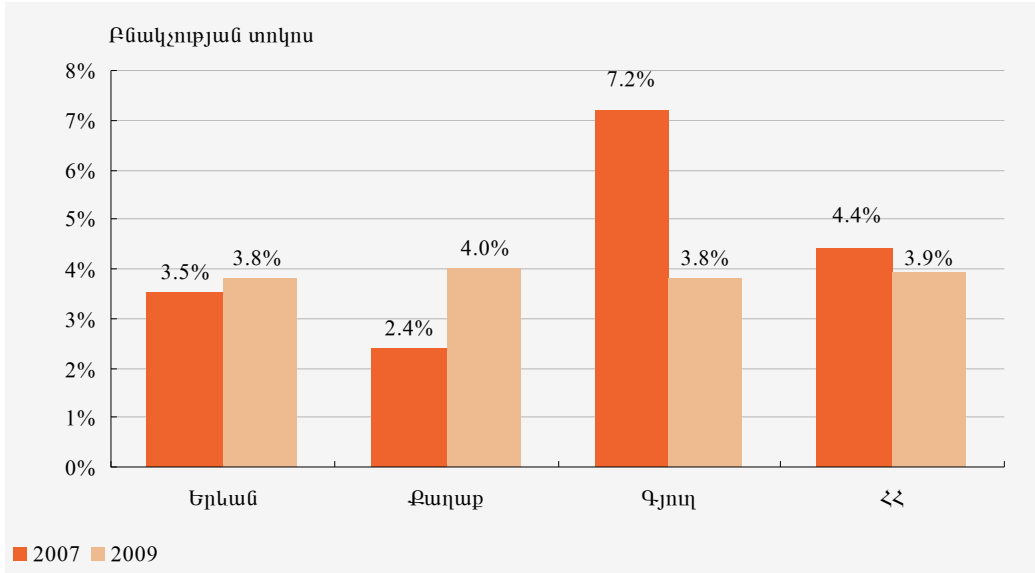
**Կանխարգելիչ այցերի մակարդակը**

Տեղամասային բժշկի պարտականությունների շարքում է տարեկան մեկ կանխարգելիչ այցի իրականացումն իր տեղամասի բնակիչներին: Այս դրույթը կարևորագույն նշանակություն ունի հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման հարցերում և այն հնարավորություն է տալիս տեղամասային բժշկին վերահաստատել առողջ ապրելակերպի կարևորությունը,

հիմնարկներ են: Երևանում անհատները պետք է «գրպանից դուրս» վճարեն առողջության կենտրոններ հաճախելու համար: Սա կիրառելի է նաև քաղաքային այլ բնակավայրերում որոշ հաճախումներին:

հատկապես հաշվի առնելով Հայաստանում ծխախոտի օգտագործման և ավելորդ քաշի ռիսկի գործոնների տարածվածությունը: Սակայն ԱՀԳԳ և՛ 2007, և՛ 2009 զանգվածային հետազոտությունների հարցվածների պատասխանները բացահայտել են տեղամասային բժշկի կանխարգելիչ այցերի իրականացման շատ ցածր մակարդակ, համապատասխանաբար՝ 4.4% և 3.9% (Դիագրամ 23):

**Դիագրամ 23. Բուժաշխատողների կանխարգելիչ այցերի տոկոսը, ըստ բնակավայրի, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

## Հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման ընթացք

Առողջապահության համակարգի արդյունավետության վերջին բնագավառը վերաբերում է հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման ընթացքին: Օպտիմալացումը նախաձեռնվեց ավելցուկային հզորությունները կրճատելու նպատակով, քանի որ մեծ թվով մարզային հիվանդանոցներ թերբեռնված էին աշխատում, իսկ ավելցուկային և չօգտագործվող ռեսուրսների պահպանման ծախսերը մեծացնում էին առողջապահության համակարգի ընդհանուր ծախսերը:

Հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացման նպատակների իրականացման ուղղությամբ արձանագրած առաջընթացը կարող է գնահատվել ուսումնասիրելով մի շարք ինդիկատորներ՝

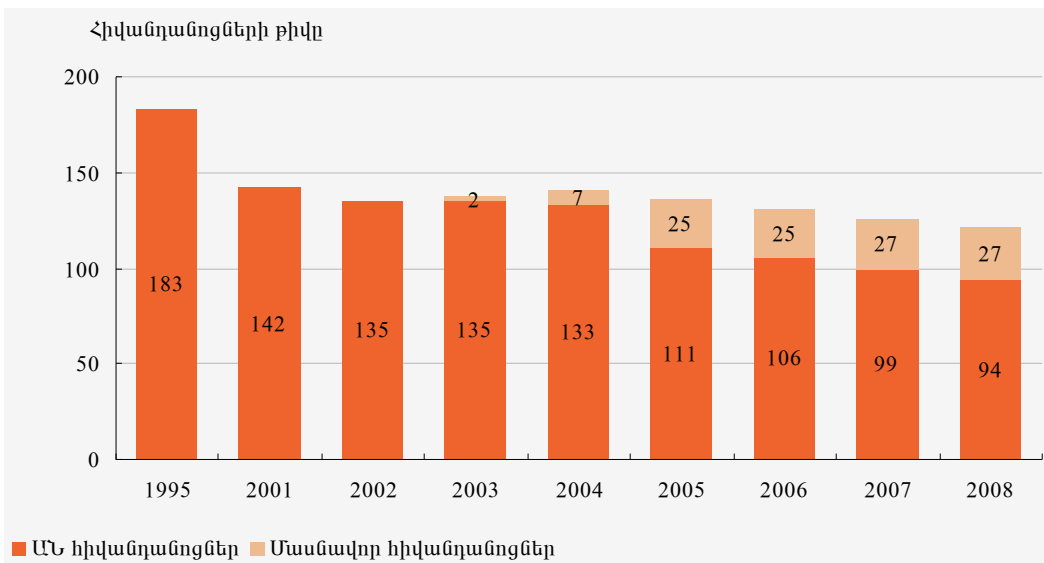
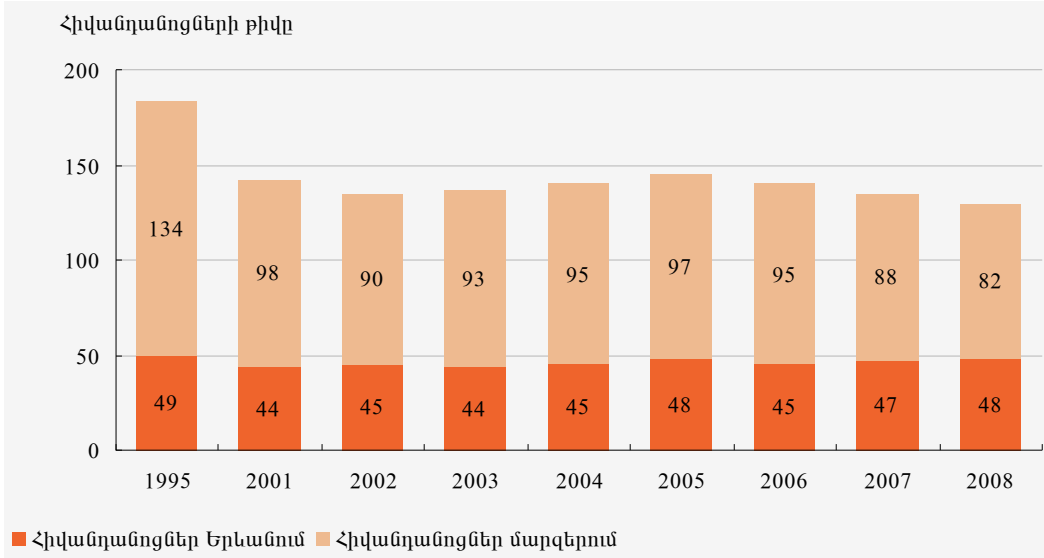
- հիվանդանոցային հիմնարկների ընդհանուր քանակը,
- հիվանդանոցային մահճակալների նպատակային ցուցանիշների համեմատ դրանց փաստացի քանակը (ըստ մարզերի)
- 10 000 բնակչի հաշվով հիվանդանոցային մահճակալների քանակը (հանրապետությունում և ըստ մարզերի)
- մահճակալների զբաղվածության մակարդակը և ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունը:

## Հիվանդանոցների ընդհանուր քանակը

ՀՀ մարզերի առողջապահական համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերով (xxvi) նախատեսվում է կրճատել մարզերում ստացիոնար բուժօգնություն ցուցաբերող հիմնարկների, ինչպես նաև հիվանդանոցային մահճակալների քանակը դրանց միավորման և վերակազմավորման միջոցով: Բացի այդ յուրաքանչյուր մարզում պետք է ընտրվի բազմաարոժիլային մեկ հիվանդանոց, որը պետք է արդիականացվի և վերանորոգվի, ինչպես նաև համալրվի որակյալ մասնագետ բժիշկներով: 2006-2008 թթ. ստացիոնար բուժօգնություն ցուցաբերող մարզային հիմնարկների քանակը զգալիորեն կրճատվել է, իսկ Երևանում հիվանդանոցների քանակը, ըստ էության, մնացել է անփոփոխ (Դիագրամ 24): Հիվանդանոցների

(այդ թվում՝ մասնավոր հիմնարկների) ընդհանուր քանակը 2005 թվականի 145-ից կրճատվել է մինչև 130՝ 2008 թվականին: Պետական հիվանդանոցների կրճատումը եղել է ավելի էական՝ 2004 թվականի 133-ից մինչև 94՝ 2008 թվականին, կամ ավելի քան 40%-ոց կրճատում (Դիագրամ 25):

**Դիագրամ 24 և Դիագրամ 25. Հիվանդանոցների քանակը, Երևան և մարզեր, պետական և մասնավոր, 1995 և 2001-2008թթ.**



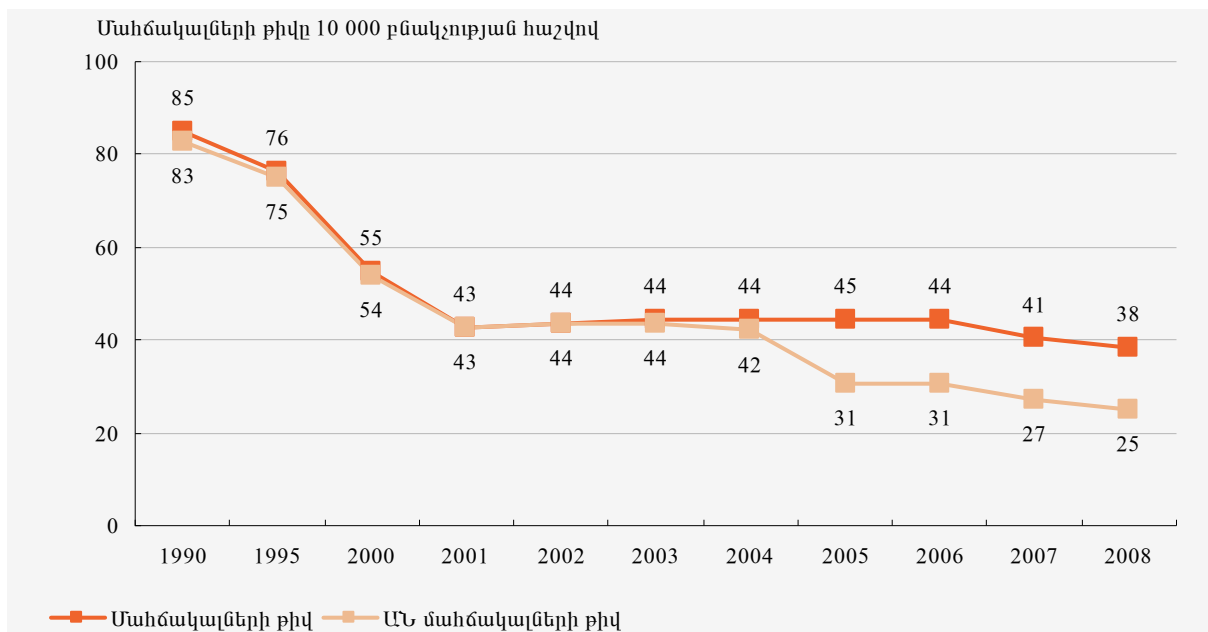
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Մահճակալների քանակը 10 000 բնակչի հաշվով**

Դիագրամ 26 ներկայացնում է 10 000 բնակչի հաշվով հիվանդանոցային մահճակալների քանակի կրճատումը 2005 թվականի 44.6-ից մինչև 38.2՝ 2008 թվականին: Կրկին պետական հիվանդանոցների մահճակալների քանակի կրճատումը եղել է առանձնահատուկ նշանակալից՝ 2003 թվականի 43.7/10000-ից մինչև 24.8/10000՝ 2008 թվականին: Միջազգային համեմատությունները (Դիագրամ 27) ցույց են տալիս, որ Հայաստանի ցուցանիշը Վրաստանի և ԵՄ-27-ի միջին ցուցանիշների միջակայքում է և զգալիորեն ցածր է Ադրբեջանի մակարդակից:

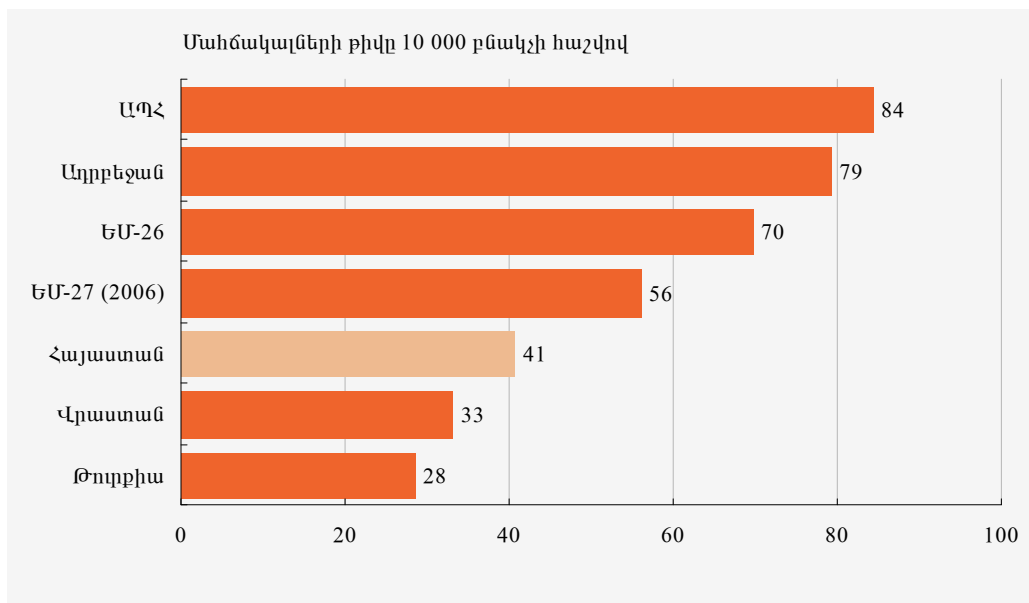
Մահճակալների քանակի կրճատումը տեղի է ունեցել բոլոր մարզերում (տես Հավելված Բ, Աղյուսակ Բ4): Այդուհանդերձ, արդյունքում ստացված մահճակալների հարաբերական քանակների տեսանկյունից, մարզերի միջև առկա են զգալի տարբերություններ՝ ամենացածր ցուցանիշը կազմում է 12.2/10000, իսկ ամենաբարձրը՝ 33.5/10000, կամ մոտ եռակի տարբերություն:

**Դիագրամ 26. Մահճակալների քանակը 10 000 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Դիագրամ 27. Մահճակալների քանակը 10 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

**Հիվանդանոցների մահճակալների քանակը մարզային օպտիմալացման նպատակային ցուցանիշի համեմատ**

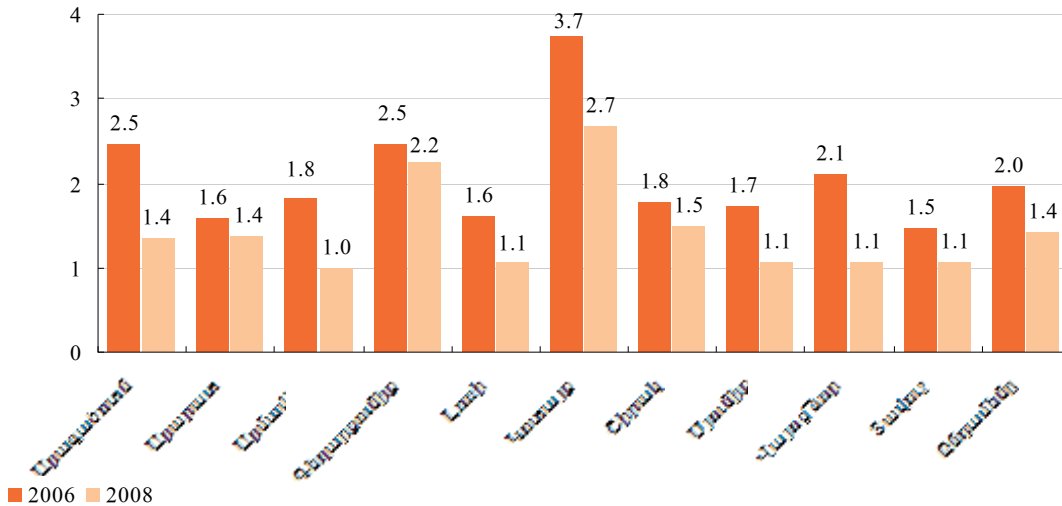
2008 թվականին հիվանդանոցային մահճակալների ընդհանուր քանակը մի շարք մարզերում մոտ է նպատակային ցուցանիշներին: Թեպետ որոշ մարզերում տեղի են ունեցել զգալի կրճատումներ (մասնավորապես՝ Կոտայքում), մարզերից շատերում նպատակային ցուցանիշներին հասնելու համար դեռևս պահանջվում է լուրջ աշխատանք: Դիագրամ 28-ը ներկայացնում է մահճակալների փաստացի և նպատակային քանակների հարաբերակցությունը: Մեկին հավասար գործակիցը նշանակում է, որ նպատակային ցուցանիշը կատարվել է: 2008 թվականին բոլոր մարզերում մահճակալների քանակը մի փոքր գերազանցում էր 5000-ը, ինչը զգալի կրճատում է 2006 թվականի 6900-ի համեմատ, բայց դեռևս



40%-ով գերազանցում է նպատակային 3500-ը (ավելի մանրամասն տվյալների համար տես Աղյուսակ Բ4, Հավելված Բ):

**Դիագրամ 28. Մահճակալների փաստացի և նպատակային քանակների հարաբերակցությունը՝ ըստ մարզերի, 2006 և 2008թթ.**

Ներկա մահճակալների թվի հարաբերակցությունը նպատակային ծրագրով նախատեսված մահճակալների թվին

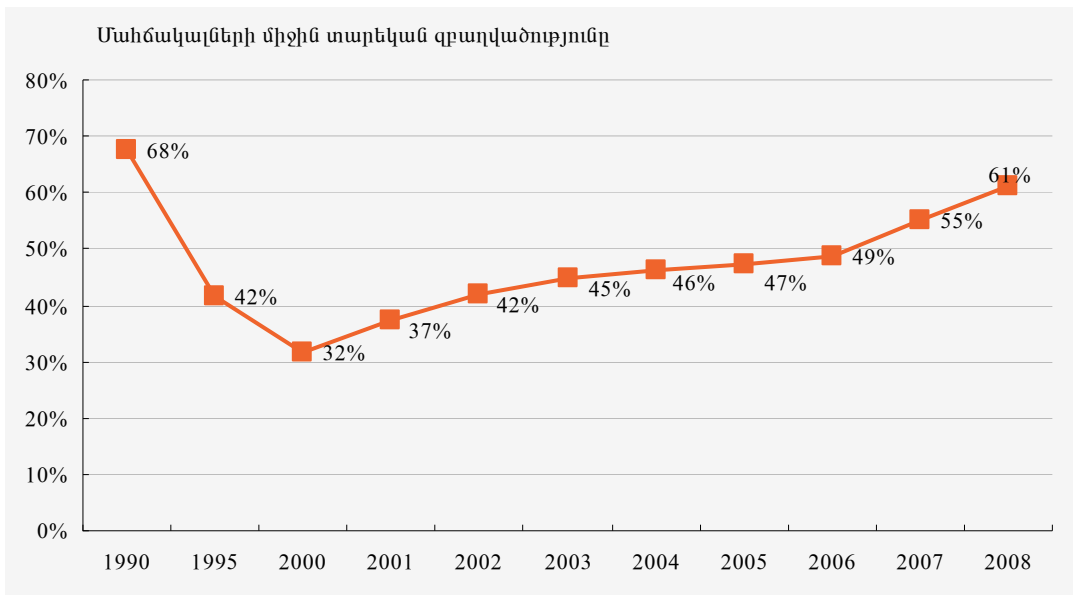


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Հիվանդանոցային ռեսուրսների սպառում**

Օպտիմալացման արդյունքում հիվանդանոցների ու մահճակալների քանակների կրճատման արդյունքում մարզերում նշանակալի չափով աճել է հիվանդանոցային օղակի գործունեության ծախս-արդյունավետությունը (մասնավորապես՝ մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածությանը գնահատելու դեպքում) (Դիագրամ 29):

**Դիագրամ 29. Մահճակալների տարեկան զբաղվածությունը, բոլոր հիվանդանոցներ, 1990, 1995 և 2001-2008թթ.**

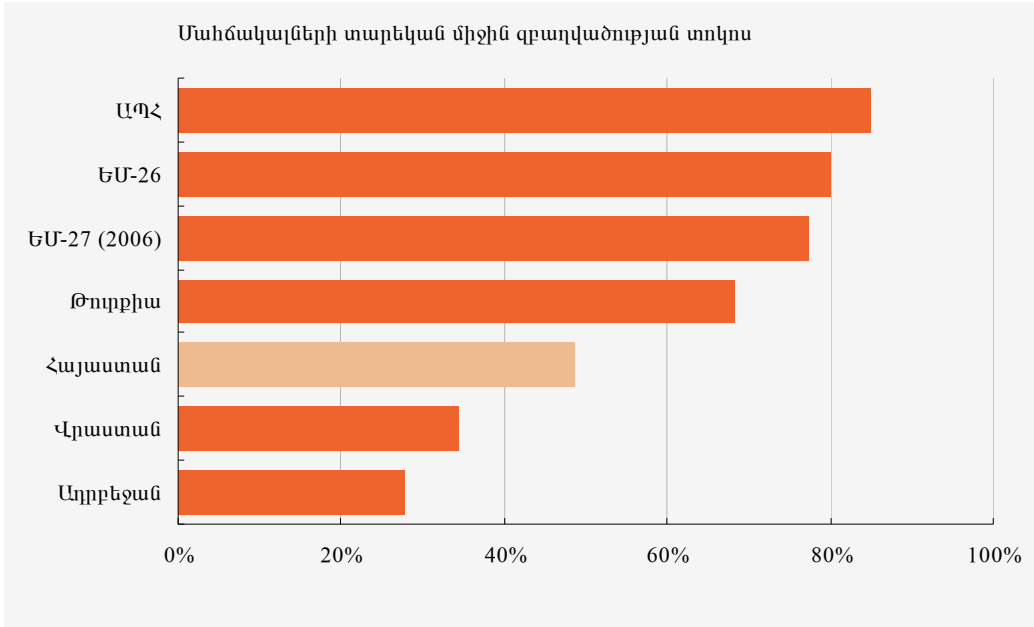


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Դիագրամ 30-ը ներկայացնում է Հայաստանում մահճակալների զբաղվածության մակարդակի համեմատությունն այլ երկրների նման ցուցանիշների հետ (թեպետ միայն շտապ բուժօգնության հիվանդանոցների գծով): 2007 թվականի ցուցանիշն ավելի դրական է, քան Վրաստանում և

Ադրբեջանում, բայց զգալիորեն զիջում էր ԵՄ-26 խմբի երկրների և Թուրքիայի միջին ցուցանիշին: Հետագա առաջընթացն օպտիմալացման թիրախների ուղղությամբ պետք է շարունակի բարձրացնել զբաղվածության մակարդակն ու բարելավել արդյունավետությունը:

**Դիագրամ 30. Մահճակալների տարեկան զբաղվածությունը, միայն շտապ բուժօգնության հիվանդանոցներ, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



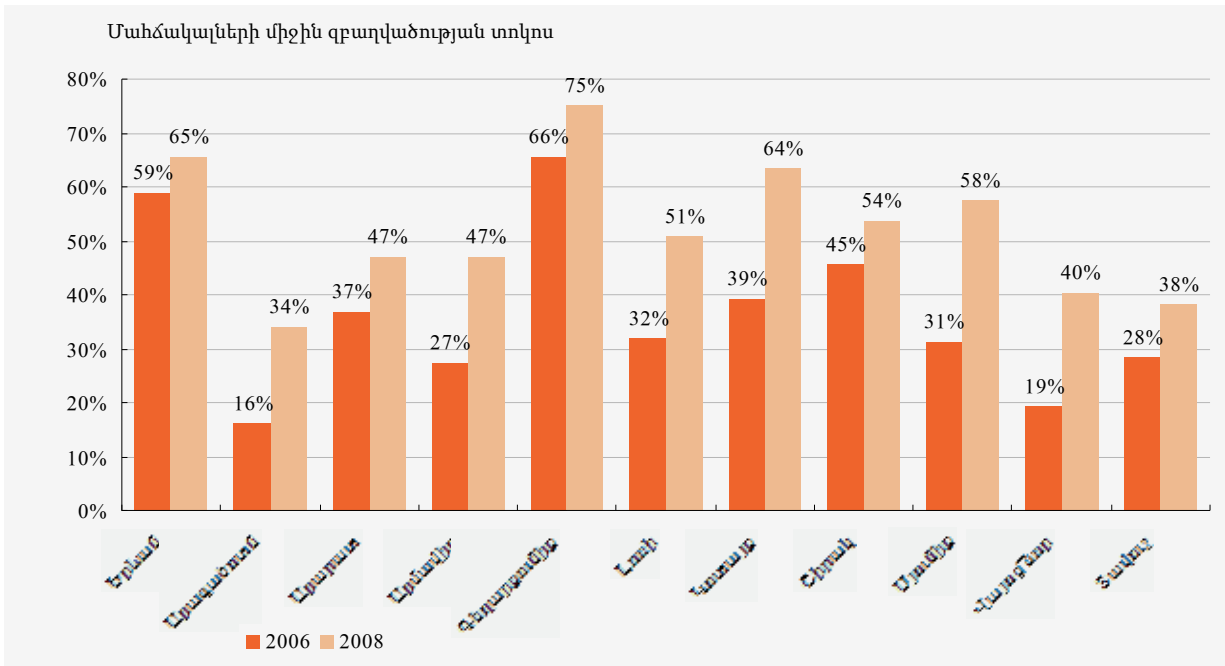
ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

Նշում՝ Եթե մյուս երկրների զբաղվածության ցուցանիշերը վերաբերում են միայն շտապ բուժօգնության հիվանդանոցներին, ապա Հայաստանի ցուցանիշերն ընդգրկում են բոլոր հիվանդանոցները (օրինակ՝ հոգեկան առողջություն, խրոնիկ հիվանդությունների բուժում), որոնց մի մասը պահանջում է ստացիոնարում մնալու ավելի երկար միջին տևողություն և մահճակալների զբաղվածության ավելի բարձր գործակիցներ, քան շտապ բուժօգնության հիվանդանոցների դեպքում:

Մահճակալների զբաղվածությունն աճել է բոլոր մարզերում և Երևանում և, որոշ բացառություններով, զբաղվածության բոլոր մակարդակները մոտ են 50%-ի: Որոշ մարզերում մահճակալների զբաղվածությունը զգալիորեն գերազանցում է 60%-ը, իսկ Երևանում, որն ունի հիվանդանոցային հզորությունների անհամաչափ մասնաբաժինը, այն կազմում է 65%:

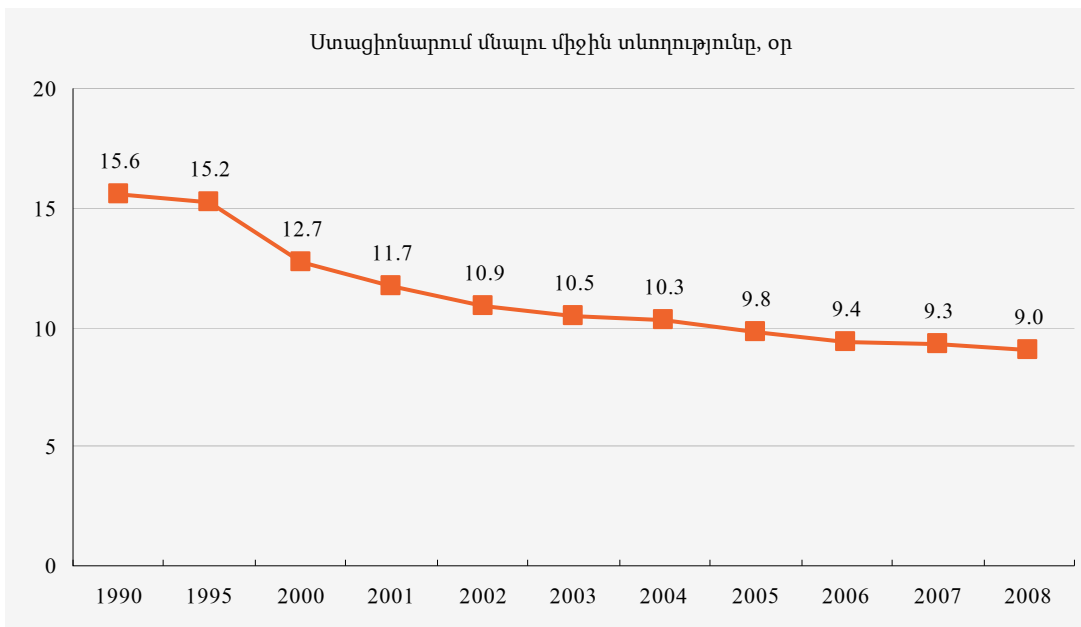
**Դիագրամ 31. Մահճակալների տարեկան զբաղվածությունը, ըստ մարզերի, 2006 և 2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

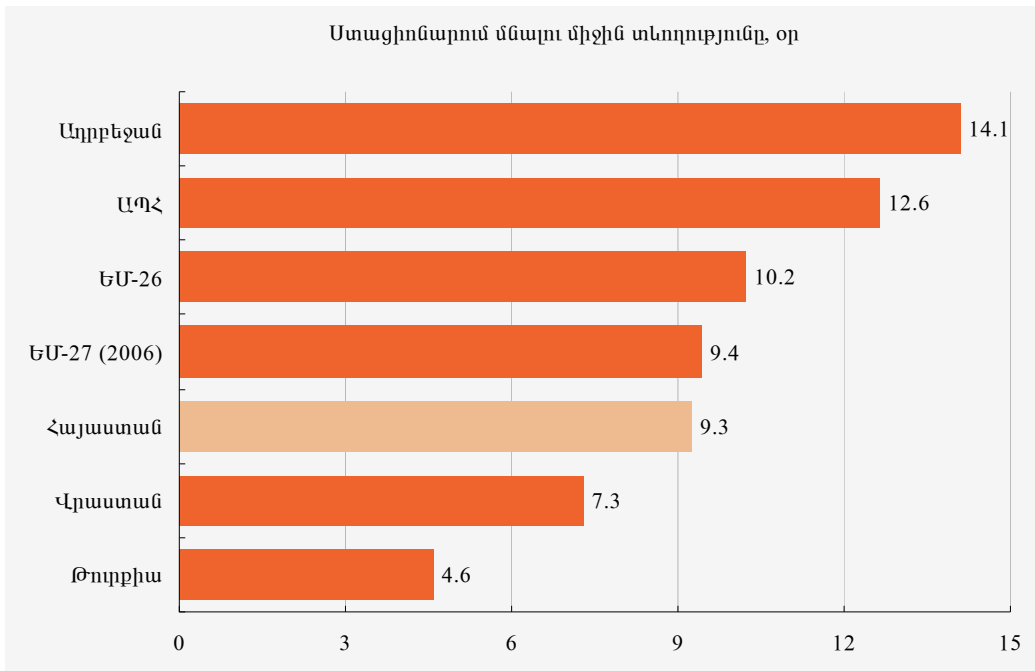
Հիվանդանոցային հզորությունների կրճատմանը զուգահեռ նվազել է նաև ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունը: Մնացած հավասար պայմաններում՝ այս զարգացումը նշանակում է, որ հիվանդանոցային նույն կամ ավելի փոքր ռեսուրսների պայմաններում հնարավոր է սպասարկել ավելի մեծ թվով հիվանդանոց ընդունվողների: Դիագրամ 32-ը ներկայացնում է ստացիոնարում մնալու միջին տևողության աստիճանական կրճատում: Դիագրամ 33-ից երևում է, որ ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունն ավելի փոքր է, քան Եվրոպական տարածաշրջանի միջինը, սակայն մեծ է Վրաստանի և Թուրքիայի ցուցանիշներից:

**Դիագրամ 32. Ստացիոնարում մնալու միջին տևողություն, օր, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Դիագրամ 33. Ստացիոնարում մնալու միջին տևողություն, օր, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

Թեպետ հիվանդանոցային մահճակալների քանակի հետագա կրճատումը պետք է արտացոլում գտնի հիվանդանոցի արդյունավետության բարելավման այլ ցուցանիշներում՝ հարկ է մոնիթորինգի ենթարկել փոխլրացնող ինդիկատորները՝ համոզվելու համար, որ հիվանդանոցային հզորության այս կրճատումը չի վատթարացնում հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը կամ հանգեցնում ստացիոնարում մնալու միջին տևողության այնպիսի կրճատումների, որոնք անընդունելի են բժշկական տեսանկյունից: Հարկ է հետևել հոսպիտալացման մակարդակին, մասնավորապես՝ մարզային կտրվածքով: Օգտակար կլինի նաև հետևել կրկնվող հոսպիտալացման ինդիկատոր, որը հնարավորություն կտա պարզել, թե արդյո՞ք ստացիոնարում մնալու միջին տևողության կրճատումը չի հանգեցնում կրկնվող հոսպիտալացման դեպքերի ավելացման:

**Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր**

- Հիվանդանոցային և առողջության առաջնային պահպանման օղակների ծախսերի կառուցվածքում հարկ է ավելի մանրամասն բացել «այլ» և «աշխատավարձ» ծախսային դասակարգերը (տես Դիագրամ 19-ը): Մանրամասնեցման ընթացիկ մակարդակը կարող է քողարկել հիվանդին բուժօգնություն մատուցելու ուղղակի ծախսերն «այլ» դասակարգում, իսկ «աշխատավարձ» դասակարգը կարող է ընդգրկել նաև վարչական և հիվանդի բուժօգնության հետ անմիջականորեն չառնչվող աշխատանքների դիմաց վճարվող աշխատավարձեր:
- ԱՀԳԳ զանգվածային հետազոտության տվյալներն օգտագործվել են առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների որոշ ասպեկտներ, մասնավորապես՝ ծառայությունների սպառման միտումները գնահատելու համար: Հետազոտության նմանատիպ հարցերը պետք է շարունակաբար բարձրացվեն ԱՀԳԳ հետազոտության մեջ կամ ինտեգրվեն այլ հետազոտություններում: Բարեփոխումների իրականացման ընթացքում իդեալական կլինի ավելի հաճախակի մոնիթորինգը և դրա ընդլայնումը ենթաազգային մակարդակի:
- Առաջնային բուժօգնության արդյունավետությունը գնահատելու համար պահանջվում են ազդեցությունների և որակի ինդիկատորներ: Դրանք կարող են հիմնվել կլինիկական ազդեցությունների վրա, օրինակ՝ զարկերակային ճնշման կամ շաքարի մակարդակի

հսկողություն շաքարային դիաբետով հիվանդների շրջանում, և դրանց կարող է օժանդակել առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների հաշվետվականությունը: Նման ինդիկատորները կարող են նաև հետևել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների որակի վերաբերյալ հանրային կարծիքին կամ այդ ծառայություններով բավարարվածության աստիճանին: Ի վերջո, այս ինդիկատորները կարող են արտացոլվել Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրման (ԾՄՔ) գործողության մեջ, որը տեղեկություններ է տրամադրելու ծառայությունների մատուցման «պատրաստակամության», այսինքն՝ որոշակի ծառայությունների, հիմնական դեղամիջոցների, սարքավորումների, պատրաստված անձնակազմի, ուղեցույցերի և այլ ռեսուրսների առկայության վերաբերյալ:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 7. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Առկա են որոշակի նշաններ, որ առողջապահության ծախսերը դարձել են ավելի արդյունավետ: 2006-ից 2008թթ. աճել է հիվանդանոցային և առաջնային բուժօգնության օղակների ծախսերում աշխատավարձերի, դեղերի ու դեղամիջոցների գծով ծախսերի մասնաբաժինը:</p> <p>Պլանավորածի համաձայն կառավարությունը զգալիորեն ավելացրել է հատկացումներն ԱԱՊ օղակին: Այդուհանդերձ, ինչպես նշում են Հոուկինսը և Իբրաիմովան (vi)՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակը կարող է ի վիճակի չլինել արդյունավետ իրացնել ֆինանսավորման այդքան արագ ավելացումները:</p>	<p>Իրականացնել առողջապահական ծախսերի ավելի մանրակրկիտ մոնիթորինգ և ներկայացնել դրանք ավելի մանրամասնացված մակարդակով, ինչը հնարավորություն կտա հետևել հիվանդին բուժօգնություն մատուցելու ուղղակի ծախսերին: Օրինակ՝ ներկայացնել բուժաշխատողների և վարչական աշխատակազմի աշխատավարձերի ծախսերի բացվածքը:</p> <p>Ձևավորել քաղաքականության գործիքներ (օրինակ՝ վճարման մեթոդներ)՝ առաջնային բուժօգնության ծառայությունների որակի ու շրջանակի վրա ազդելու նպատակով: Հստակեցնել ծառայությունների մատուցման մոդելը՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակում ավելացած ծախսերի արդյունավետությունը երաշխավորելու համար:</p>
<p>ԱԱՊ ծառայության մատակարարներին և հիմնարկներին տրամադրվող պետական ներդրումների աճին զուգահեռ դիտվում է առաջնային բուժօգնությունից օգտվող բնակչության հարաբերական քանակի աճ, ինչը վկայում է այն մասին, որ բուժօգնության կարիք առաջանալու դեպքում նրանք, սովորաբար, նախ հաճախում են առաջնային բուժօգնության:</p> <p>Միաժամանակ ավելացել է առողջության կենտրոնների հաճախումների տոկոսը, մասնավորապես՝ քաղաքային բնակավայրերում: Քաղաքային բնակավայրերում դրանք հաճախ մասնավոր հիմնարկներ են, որոնք պահանջում են «գրպանից դուրս» վճարումներ, ինչը կարող է վկայել այն մասին, որ որոշ անհատներ պետական պոլիկլինիկաների փոխարեն նախապատվությունը տալիս են մասնավոր հիմնարկներին: Թեպետ նախորդ տարիների արդյունքները մատչելի չեն՝ բարձր է մնում շտապ բուժօգնություն չպահանջող դեպքերում հիվանդանոցային ինքնաուղեգրման ընթացիկ մակարդակը (շրջանցելով առաջնային բուժօգնությունը):</p>	<p>Շարունակել ներդրումները, վերապատրաստումն ու բարեփոխումներն առողջության առաջնային պահպանման օղակում: Ապահովել նաև առողջության առաջնային պահպանման երկարաժամկետ ռազմավարության հստակությունը:</p> <p>Դիտարկել առաջնային բուժօգնության արձագանքման (օրինակ՝ ծառայությունների որակի ընկալումը կամ այդ ծառայություններով հանրության բավարարվածության աստիճանը) և «պատրաստակամության» (օրինակ՝ որոշակի ծառայությունների, հիմնական դեղամիջոցների, սարքավորումների, պատրաստված անձնակազմի, և ուղեցույցերի առկայություն): Նման ինդիկատորները կօգնեն բացատրել առաջնային բուժօգնության ծառայությունների սպառման տարբեր մակարդակները:</p>
<p>Հիվանդանոցների օպտիմալացման ռազմավարության շրջանակներում արձանագրվել է առաջընթաց, երբ զգալիորեն կրճատվել են հիվանդանոցների ավելցուկային կարողությունները:</p>	<p>Շարունակել հիվանդանոցային ցանցի օպտիմալացման միջոցառումների իրականացումը: Կենտրոնանալ այն մարզերի վրա, որտեղ հզորությունները դեռևս զգալիորեն</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Մարզերի միջև դեռևս զգալիորեն տարբերվում են ընթացիկ հզորություններն ու մահճակալների զբաղվածությունը:</p> <p>Միաժամանակ, մահճակալների զբաղվածության ընդհանուր մակարդակը բարձրացել է, իսկ ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունը՝ կրճատվել ինչը վկայում է արդյունավետության բարձրացման մասին: Հարկ է նշել նաև, որ Եվրոպական տարածաշրջանի որոշ պետություններ այս գնահատումների գծով հասել են նույնիսկ ավելի բարձր ցուցանիշների:</p>	<p>գերազանցում են պլանավորած թիրախները:</p> <p>Կատարել հոսպիտալացման մակարդակի մոնիթորինգ: Հզորությունների կրճատման հետևանքով մահճակալների զբաղվածության աճը կարող է քողարկել հոսպիտալացման մատչելիության հիմնախնդիրները:</p> <p>Կատարել հիվանդանոցի որակի ինդիկատորների մոնիթորինգ (օրինակ՝ կրկնվող հոսպիտալացման մակարդակներին)՝ երաշխավորելու համար, որ ստացիոնարում մնալու միջին տևողության կրճատումը բժշկական տեսանկյունից տեղին է:</p>

## 6. Առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը

Կարիքներից ելնելով՝ բոլոր քաղաքացիների համար համապատասխան առողջապահական ծառայությունների մատչելիության ապահովումը հանդիսանում է առողջապահական համակարգի կարևորագույն նպատակներից մեկը: Մատչելիության հարցում ֆինանսական, աշխարհագրական կամ տեղեկատվական որևէ արգելք պետք է հասցեագրվի համապատասխան ռազմավարության միջոցով (օրինակ՝ «գրպանից դուրս» առողջապահական ծախսերի կրճատումը կամ առողջապահության համակարգի արտոնություններից օգտվելու իրավունքների մասին հանրության տեղեկացվածության բարձրացումը):

Այս գլխում մենք դիտարկում ենք նաև մատչելիության երկու ենթատարրեր՝ դրանց առնչվող քաղաքականության հարցերով.

1. Արդյո՞ք առողջապահական ծառայությունները մատչելի են յուրաքանչյուր անձին, ով ունի դրանց կարիքը, հատկապես՝ առավել խոցելի անհատներին: Այս հարցին պատասխանելու համար կուսումնասիրենք բժշկական ծառայությունների սպառմանն առնչվող ինդիկատորները՝ ծառայությունների մատչելիությունը խոչընդոտող ֆինանսական արգելքների ինդիկատորի հետ մեկտեղ:
2. Արդյո՞ք դեղերից օգտվելու պետականորեն ֆինանսավորվող արտոնությունների և բնակչության վճարունակության համադրության միջոցով դեղորայքը դառնում է ավելի մատչելի նրանց համար, ովքեր ունեն դրա կարիքը: Այս հարցին պատասխանելու համար կուսումնասիրենք դեղորայքի գծով պետական ու մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինները, ինչպես նաև վերարտադրված (ջեներիկ) դեղերի հասանելիությունը:

### Բժշկական ծառայությունների սպառում

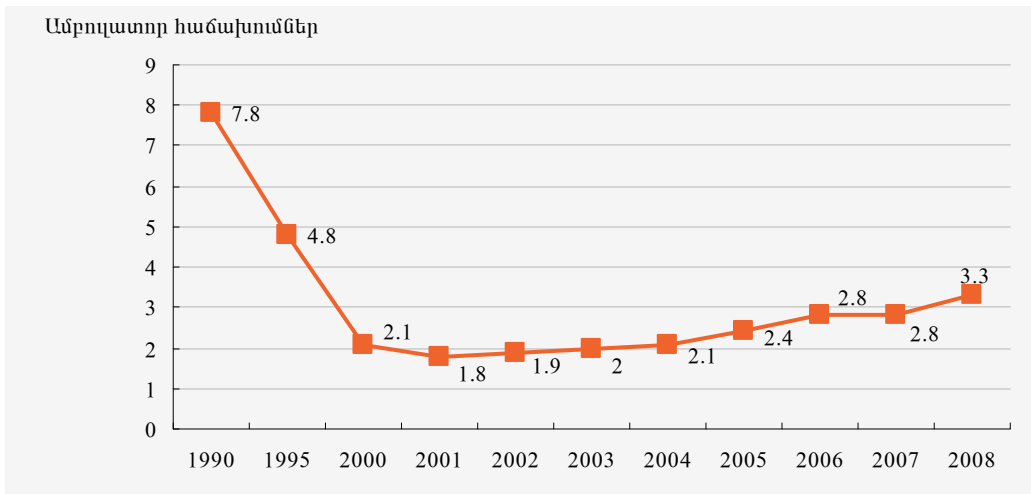
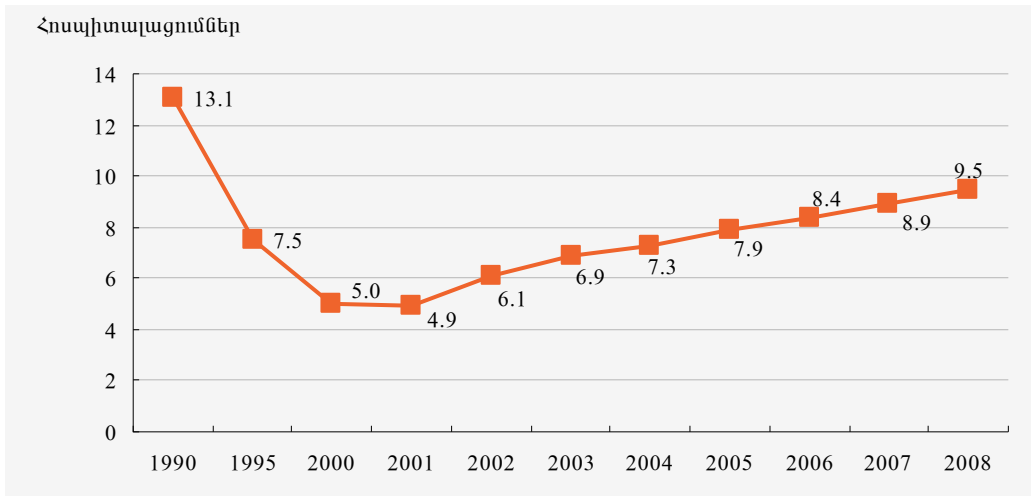
Առողջապահական ծառայությունների սպառումը և ծառայությունների մատչելիությունը նույնը չեն, սակայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի դեպքում, որտեղ բժշկական ծառայությունների սպառման մակարդակը համեմատաբար ցածր է եղել, տրամաբանական է ենթադրել, որ սպառման ցուցանիշների աճն արտացոլում է մատչելիության խոչընդոտների նվազումը: Սպառումն ու դրան առնչվող ծառայությունների մատչելիությունը գնահատելու համար ուսումնասիրվել են երկու ինդիկատոր՝

1. հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով,
2. մեկ անձի հաշվով՝ ամբուլատոր հաճախումների թիվը:

Սկսած 2001 թվականից բուժօժանությունների երկու տեսակների (հոսպիտալացման և ամբուլատոր հաճախումների) սպառումն աճել է, ինչը մեծամասամբ կարող է բացատրվել երկրի վերջին շրջանի տնտեսական աճով: Այս աճը մի կողմից հնարավորություն է տվել ավելացնել առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը, մասնավորապես՝ 2006 թվականից անվճար է դարձել առաջնային բուժօգնությունն իր ամբողջ ծավալով: Մյուս կողմից, տնտեսական աճը հանգեցրել է բնակչության բարեկեցության բարձրացմանը՝ քաղաքացիների համար ֆինանսապես ավելի մատչելի դարձնելով բուժօգնությունը: 2006-2008 թվականներին բուժօժանությունների սպառման միտումները նույնպես հետևել են այս զարգացմանը:

Հոսպիտալացման մակարդակը 100 բնակչի հաշվով 2006 թվականի 8.4-ից հասել է 9.5-ի՝ 2008 թվականին, այսինքն աճել է 13%-ով, իսկ տարեկան ամբուլատոր հաճախումների թիվը մեկ անձի հաշվով 2.8-ից ավելացել է 3.8-ի (Դիագրամ 34և Դիագրամ 35):

**Դիագրամ 34 և Դիագրամ 35. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով և ամբուլատոր տարեկան հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



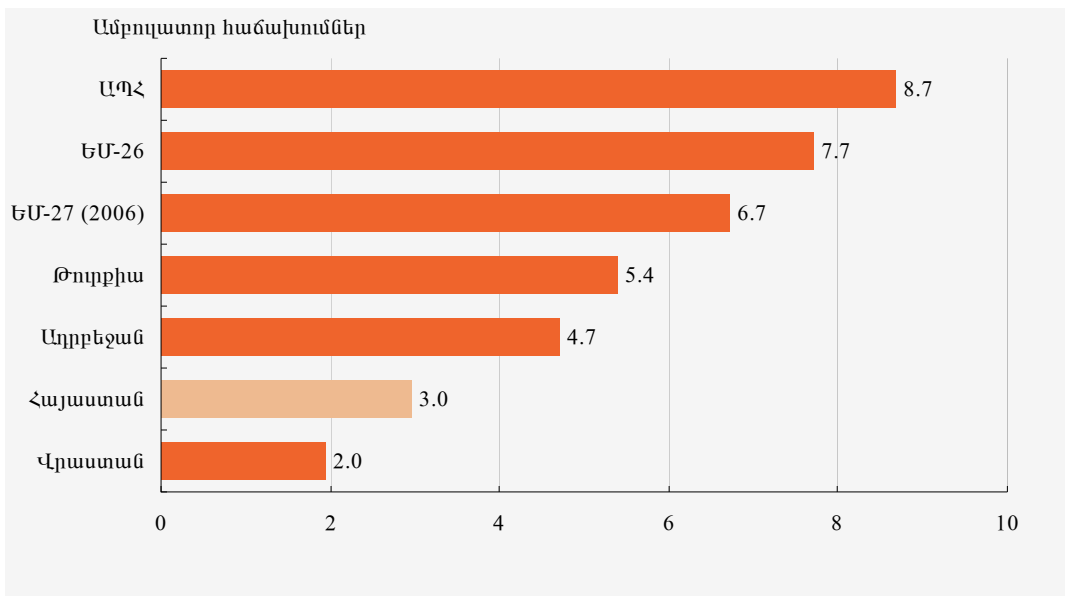
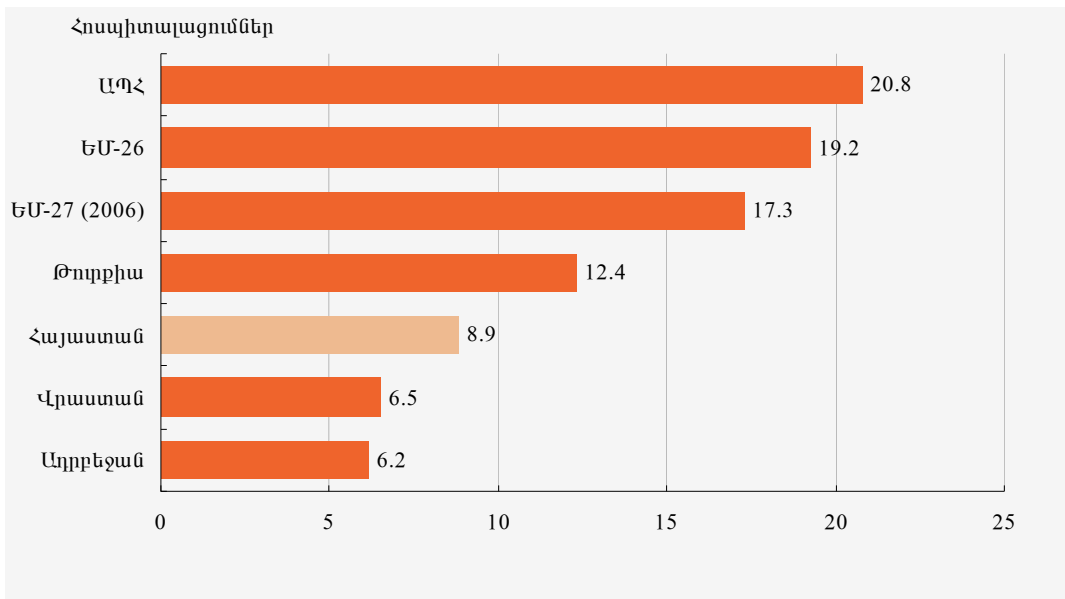
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Թեպետ վերջին մի քանի տարում մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների թիվն աճել է, տարածաշրջանի այլ երկրների համեմատ Հայաստանի ցուցանիշը մնում է ցածր (Դիագրամ 36)՝ զիջելով Ադրբեջանի ու Թուրքիայի, բայց գերազանցելով Վրաստանի ցուցանիշը:

Հայաստանում հոսպիտալացման մակարդակը մի փոքր գերազանցում է Վրաստանի և Ադրբեջանի ցուցանիշները (Դիագրամ 37), այդուհանդերձ դեռևս զիջելով Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների միջին ցուցանիշին:



**Դիագրամ 36 և Դիագրամ 37. Հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով և ամբուլատոր հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**

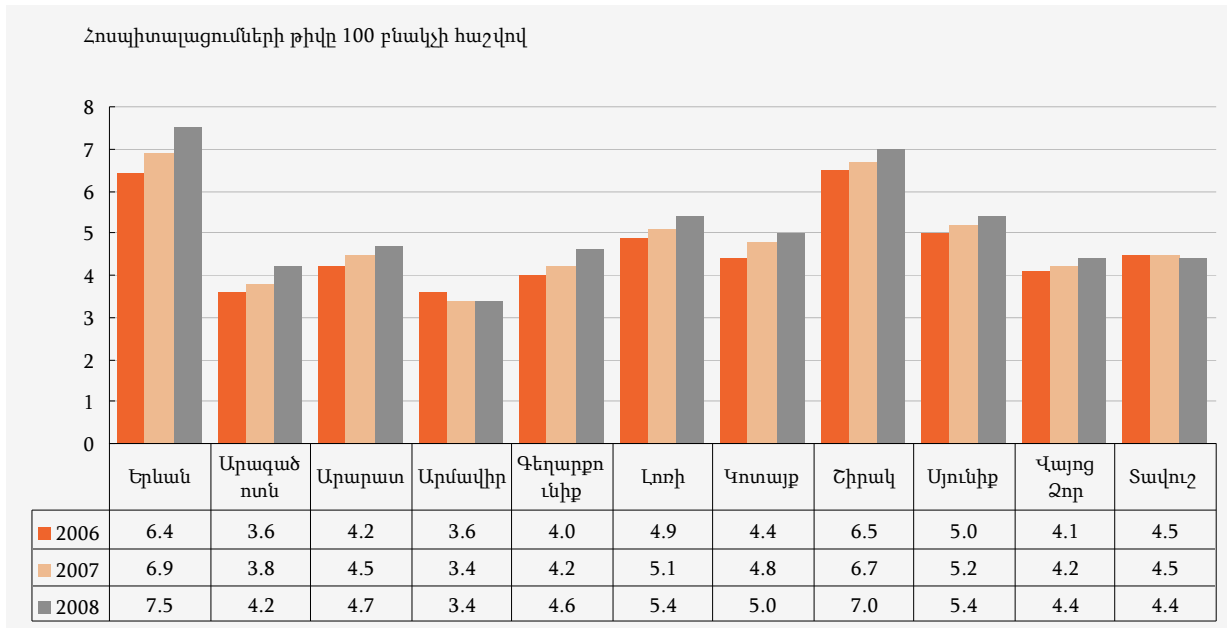


ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

2006-ից 2008թթ. Առողջապահության նախարարության համակարգի հիվանդանոցներում հոսպիտալացման մակարդակի աճը գրանցվել է բոլոր մարզերում, բացառությամբ Արմավիրի (6% նվազում) և Տավուշի (2% նվազում) (Դիագրամ 38): Հարաբերական ամենամեծ աճը գրանցվել է Երևանում (17%) և Արագածոտնում (16%): Սպառման այս ցուցանիշը հաշվարկվել է մարզում հոսպիտալացման բոլոր դեպքերի քանակը մարզի բնակչության թվին բաժանելով: Հավանական է, որ Երևանում ցուցանիշի ավելացումը մասամբ կարող է պայմանավորված լինել այլ մարզերի բնակիչներին Երևանում բուժօգնություն մատուցելու հանգամանքով: Սակայն դա պետք է հավաստել մարզերի բնակչության հոսպիտալացման մակարդակների վերլուծության միջոցով՝ անկախ այն հանգամանքից, թե որտեղ են նրանք ստացել բուժօգնություն:

**Դիագրամ 38. Հոսպիտալացման մակարդակն Առողջապահության նախարարության համակարգի հիվանդանոցներում ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2006- 2008թթ**

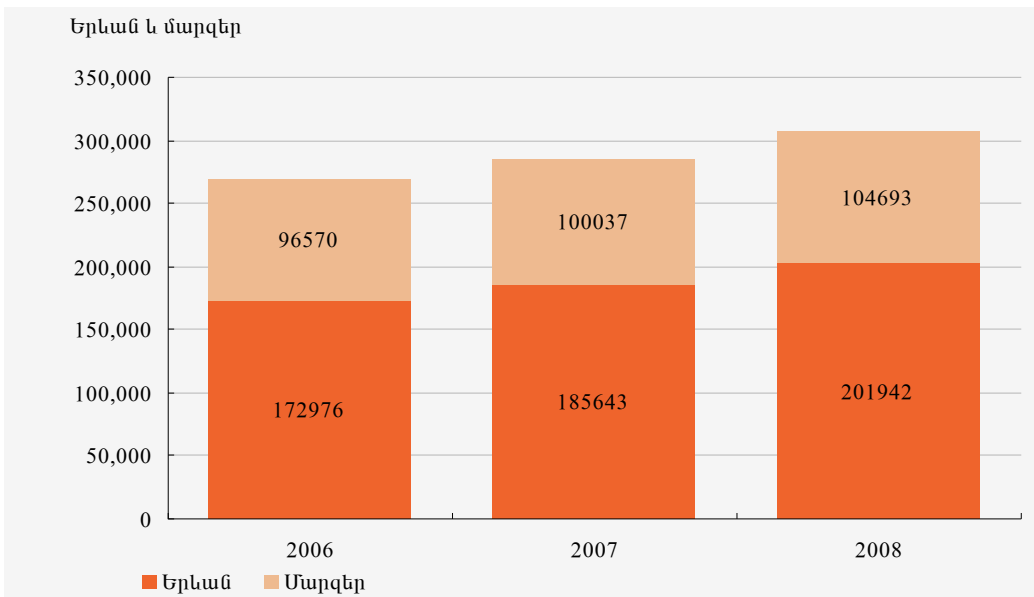
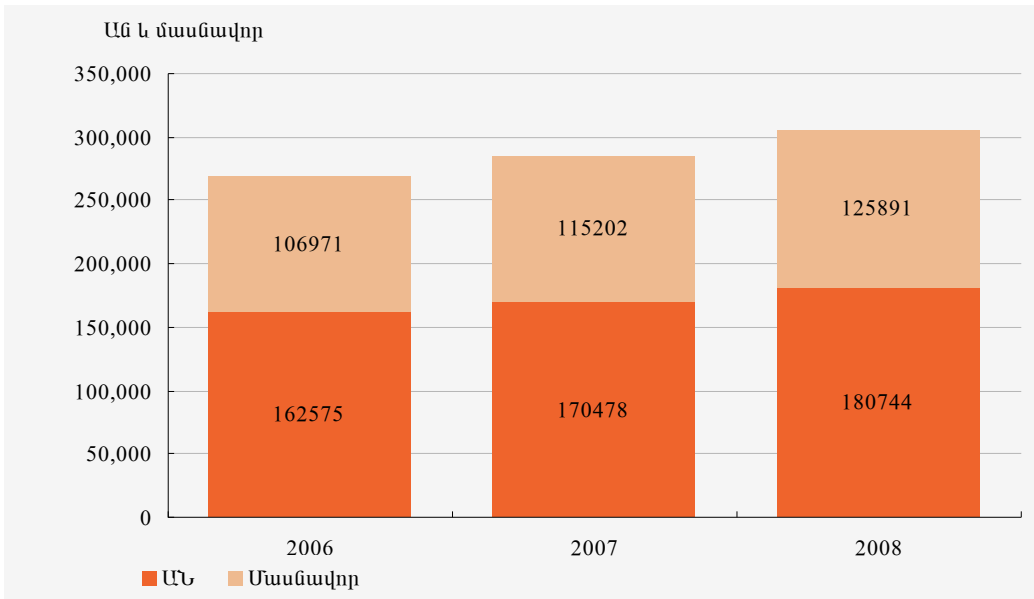


Նշում՝ Երևանի համար ներկայացված են միայն քաղվարչության ենթակայության տակ գտնվող հիվանդանոցների տվյալները: Առողջապահության նախարարության այլ բուժփինանսարկների հոսպիտալացման մակարդակները չեն դիտարկվել, քանի որ դրանք սպասարկում են Հայաստանի ամբողջ տարածքը, այլ ոչ միայն Երևանը: Մարզերում հոսպիտալացման մակարդակների փոփոխության տվյալների ամփոփումը ներկայացված են Հավելված Բ-ի Աղյուսակ Բ8-ում:

Աղբյուր՝ ԱՏԿՀԿ

Հիվանդանոց ընդունվածների կառուցվածքում 2006-2008 թվականների ժամանակահատվածում շարունակել է աճել մի կողմից՝ Երևանում գտնվող հիվանդանոցներ ընդունվածների քանակը, իսկ մյուս կողմից՝ մասնավոր հիվանդանոցներ ընդունվածների քանակը, որոնք կազմել են բոլոր ընդունվածների զգալի տոկոսը (Դիագրամ 39): Դիագրամ 40-ը ցույց է տալիս նաև, որ մարզերում աճել են հիվանդանոց ընդունվածների բացարձակ թվերը: Սակայն հարկ է նշել, որ Երևանում հիվանդանոց ընդունվածների քանակն աճել է 16.7%-ով, իսկ մարզերում աճը կազմել է միայն 8.4%:

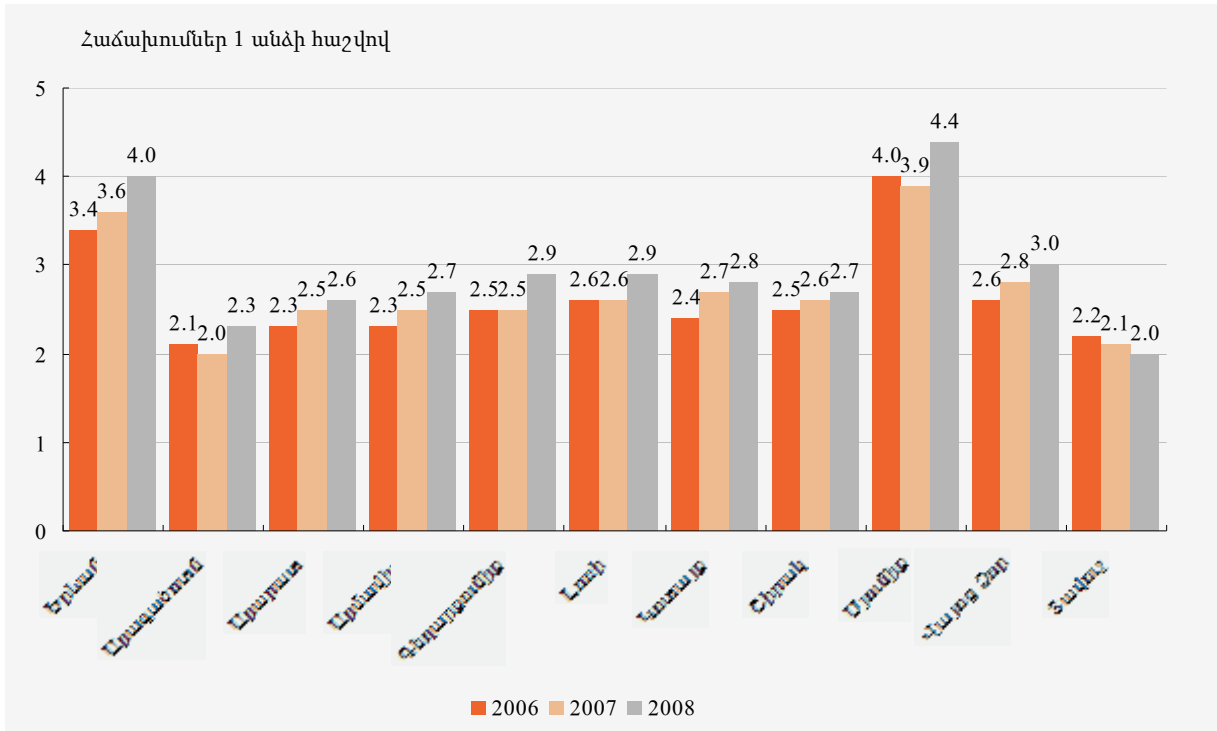
**Դիագրամ 39 և Դիագրամ 40. Հիվանդանոց ընդունված հիվանդների թիվը, Առողջապահության նախարարության համակարգ և մասնավոր հիվանդանոցներ, Երևանի և մարզերի հիվանդանոցներ, 2006-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

2006-2008 թթ. տարեկան ամբուլատոր հաճախումների թիվը 1 շնչի հաշվով աճել է Հայաստանի բոլոր մարզերում՝ բացառությամբ Տավուշի մարզի, որտեղ այն նվազել է 9%-ով (Դիագրամ 41): Այս ցուցանիշի ամենամեծ աճը գրանցվել է Արմավիրի, Գեղարքունիքի և Կոտայքի մարզերում և կազմել մոտ 17%՝ այդ մարզերից յուրաքանչյուրում:

Դիագրամ 41. Մեկ անձի տարեկան ամբուլատոր հաճախումների թիվն ըստ մարզերի, 2006-2008թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ

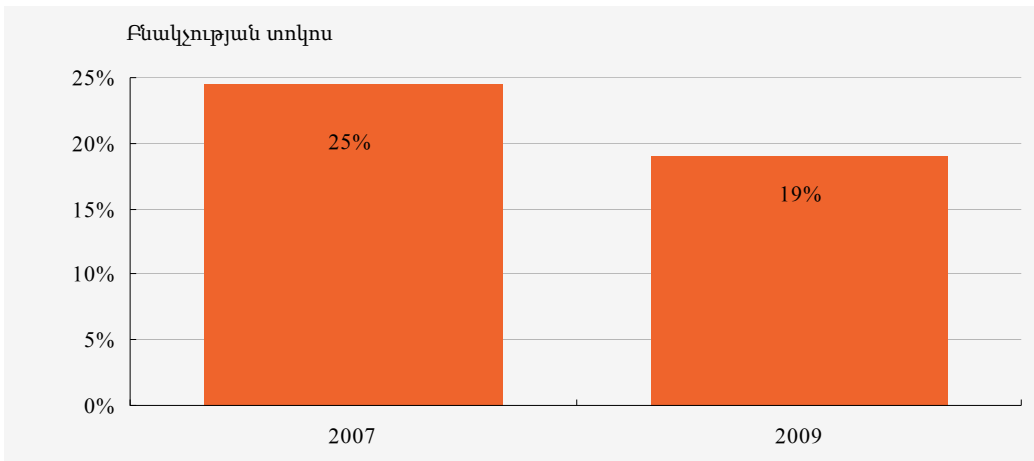
### Անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմող բնակչությունը

Թեպետ սպառման մասին տեղեկությունները կարող են ցույց տալ, թե արդյո՞ք եղել է բուժօժանայությունների սպառման աճ՝ դրանք չեն կարող ուղղակի տեղեկացնել, թե արդյո՞ք անհատներն օգտվել են առողջապահական ծառայություններից, երբ զգացել են դրանց անհրաժեշտությունը: ԱՅԳԳ 2007 և 2009 հետազոտությունները փորձում են որոշել մատչելիության խոչընդոտների աստիճանը<sup>6</sup>:

2007-ից 2009 թվականների ընթացքում այն անձանց հարաբերական քանակը, ովքեր չեն դիմել բուժօգնության դրա կարիքի գիտակցման դեպքում, նվազել է 24.6%-ից մինչև 19.0% (Դիագրամ 42): Այս ցուցանիշի արժեքները քաղաքային (18.2%) և գյուղական (20.8%) բնակավայրերում իրարից զրեթե չեն տարբերվում:

<sup>6</sup> ԱՅԳԳ 2007 և 2009 ընթացքում կիրառվել է հետևյալ հարցը. «Վերջին 12 ամիսների ընթացքում արդյո՞ք եղել է դեպք, երբ Դուք համարել եք, որ անհրաժեշտ է դիմել բժշկի, ամուլատորիա/պոլիկլինիկա, հիվանդանոց, սակայն չեք դիմել»:

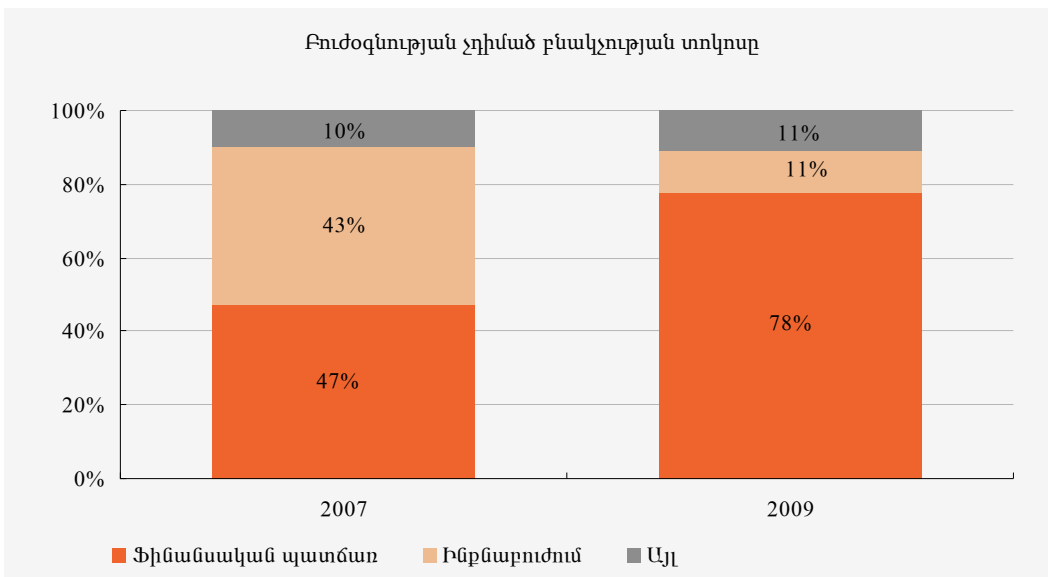
**Դիագրամ 42. Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմած 20 տարեկանից բարձր անձանց քանակը, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

Թեպետ անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմողների հարաբերական քանակը ընդհանուր առմամբ նվազել է, չդիմելու նրանց ներկայացրած պատճառները նույնպես նշանակալի չափով փոփոխվել են և տեղի է ունեցել ֆինանսական անմատչելիության պատճառով բուժօգնության չդիմածների տոկոսային աճ (Դիագրամ 43): Դա, մասամբ, կարող է բացատրվել 2009 թ. տնտեսական ճգնաժամով և տնային տնտեսությունների վրա դրա ունեցած ազդեցությամբ:

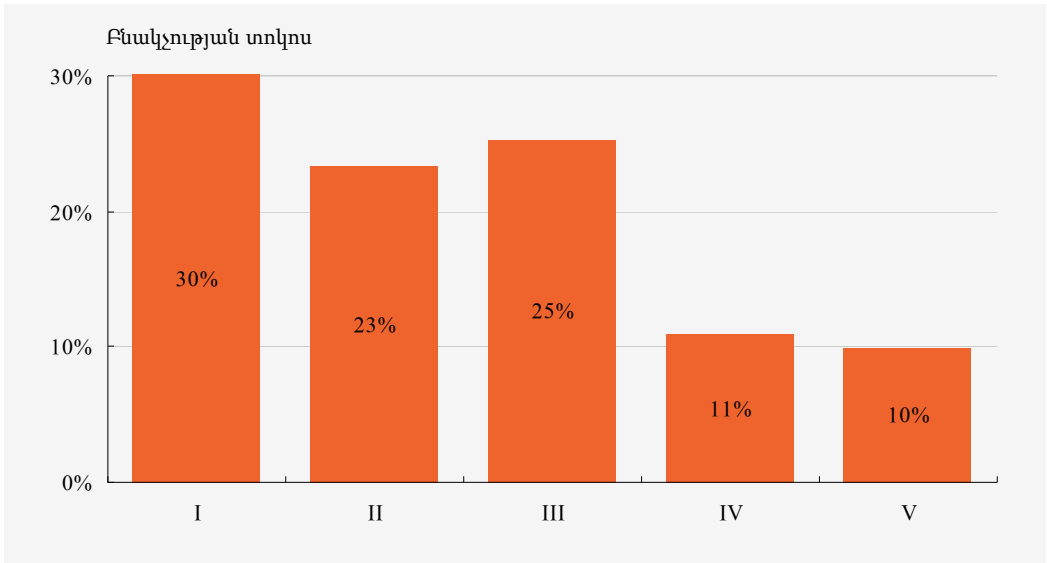
**Դիագրամ 43. Բուժօգնության չդիմելու պատճառները, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

2009 թվականի արդյունքներից ակնհայտ են դառնում նաև նշանակալից տարբերություններն ըստ բարեկեցության քվինտիլների: Բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում (I) կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմած անձանց տոկոսը կազմել է 30.1%, ինչը 3 անգամ գերազանցում է ամենաբարեկեցիկ քվինտիլի (V) ցուցանիշը (9.9%) (Դիագրամ 44): Ամենաաղքատ քվինտիլում հարցվածների մոտ 86%-ը նշել են ֆինանսական անմատչելիությունը՝ որպես բուժօգնության չդիմելու առավել կարևոր պատճառ, ամենահարուստ քվինտիլում՝ 60.3%-ի համեմատ:

**Դիագրամ 44. Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմած բնակչության տոկոսն ըստ բարեկեցության քվինտիլների, 2009թթ.**

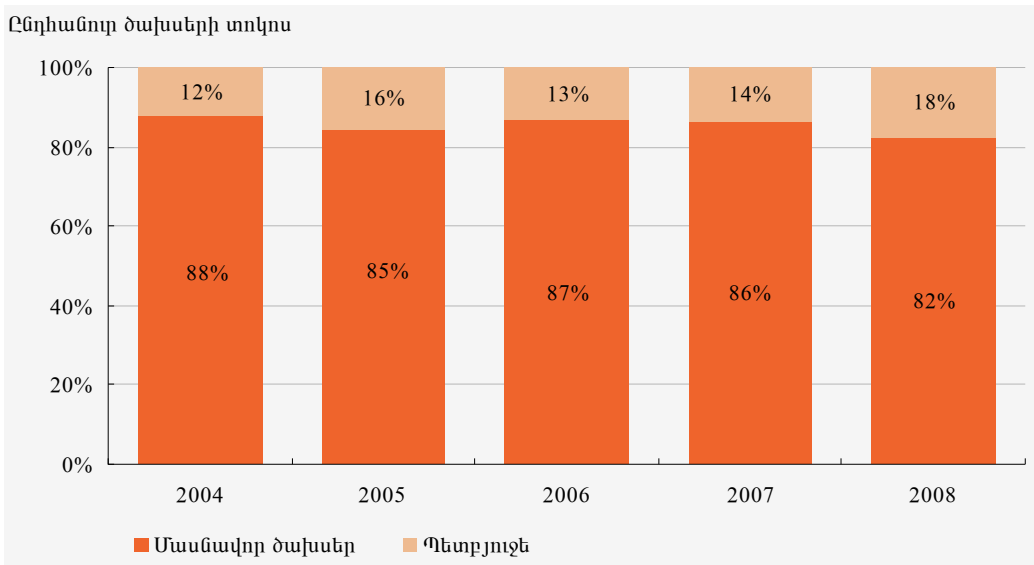
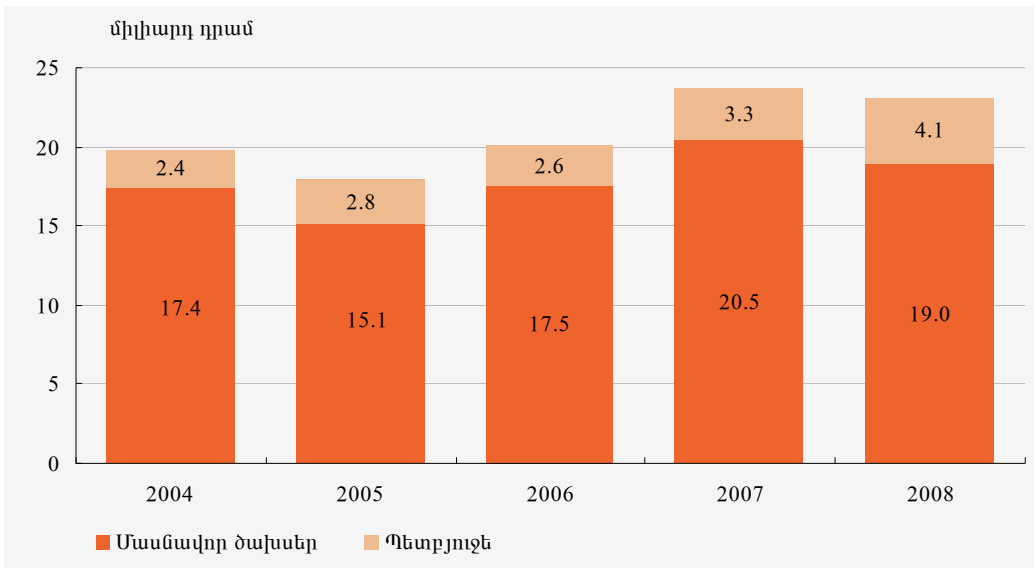


Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2009

**Դեղերի մատչելիություն**

Դեղորայքը գնալով դարձել է բազմաթիվ հիվանդությունների և վիճակների բուժման կարևոր բաղադրիչ: Բնակչությանը պետք է մատչելի լինեն ոչ միայն բուժաշխատողների մատուցած ծառայությունները, այլև բուժման այլ բաղադրիչները, այդ թվում՝ դեղերը: Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) տվյալներից երևում է, որ Հայաստանում տնային տնտեսությունները կրում են դեղորայքի համար ծախսերի բեռի մեծ մասը: 2008 թվին դեղորայքի համար տնային տնտեսությունները ծախսել են 19 միլիարդ դրամ, կամ դեղերի համար կատարված բյուջետային ու մասնավոր ծախսերի 82.2%-ը, իսկ բյուջետային ծախսերը կազմել են 4.1 միլիարդ դրամ կամ ընդհանուր ծախսերի 17.8%-ը (Դիագրամ 45 և Դիագրամ 46): Ընդ որում, դեղերի համար կատարվող մասնավոր ծախսերը 2005-2007 թթ. արագորեն աճել են: Թեպետ 2008 թվականին այդ ցուցանիշը կրկին նվազել է, դա կարող է մասամբ բացատրվել ֆինանսական ճգնաժամի հետևանքով բնակչության վճարունակության անկմամբ:

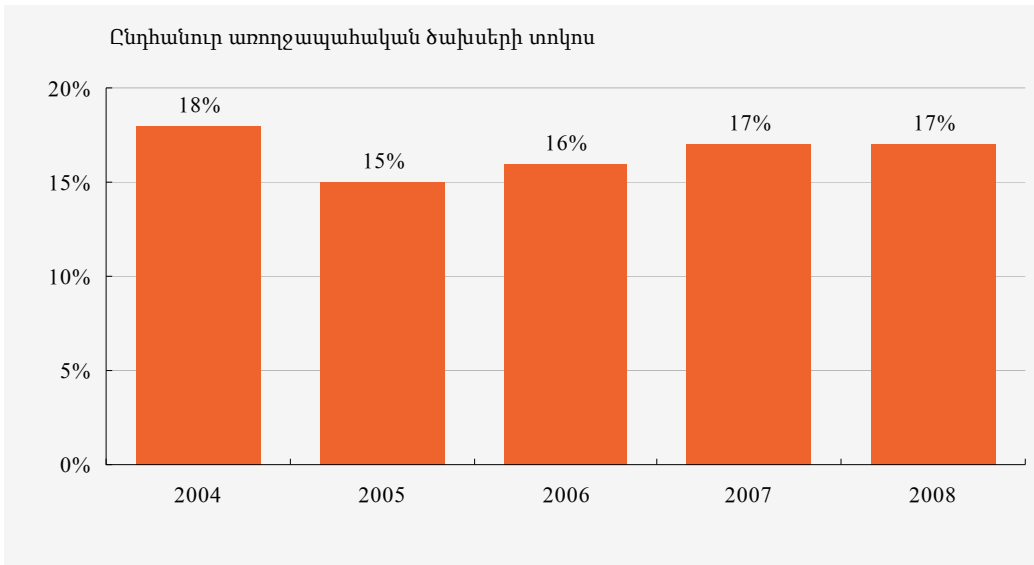
**Դիագրամ 45 և Դիագրամ 46. Դեղորայքի համար կատարված բյուջետային և մասնավոր ծախսերը, միլիարդ դրամ և ընդհանուր ծախսերի տոկոս, 2004-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱԱԲ

Առողջապահության ընդհանուր ծախսերում դեղորայքի համար կատարվող ծախսերի տոկոսը 2004-2008 թվականներին ըստ էության մնացել է անփոփոխ (Դիագրամ 47):

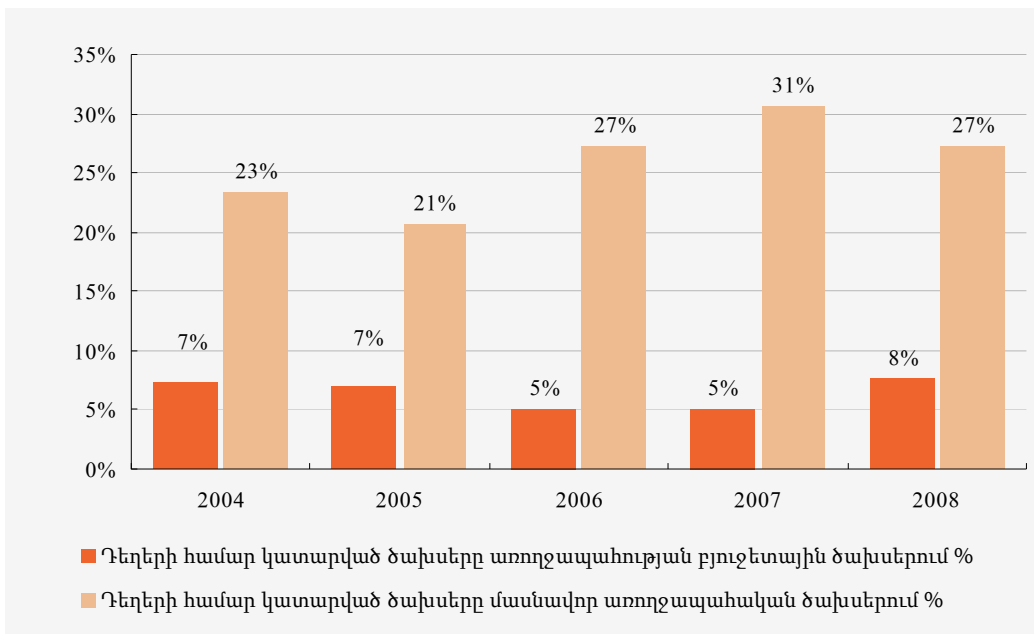
**Դիագրամ 47. Դեղորայքի համար կատարված ընդհանուր ծախսերի տոկոսը առողջապահական ընդհանուր ծախսերում, 2004-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱԱԳ

Բյուջետային առողջապահական ընդհանուր ծախսերում դեղորայքի համար բյուջետային ծախսերի տոկոսը 2004-2008թթ. մնացել է համեմատաբար անփոփոխ՝ 2004թ. կազմելով 7.3%, իսկ 2008թ.՝ 7.6% (Դիագրամ 48): Սակայն առողջապահական մասնավոր ընդհանուր ծախսերում դեղորայքի ծախսերի տոկոսն աճել է 2004 թ. 23.3%-ից մինչև 27.2%՝ 2008 թ. (և 30.6%՝ 2007թ.):

**Դիագրամ 48. Դեղերի գծով պետական ծախսերի տոկոսը պետական առողջապահական ծախսերում և մասնավոր ընդհանուր առողջապահական ծախսերում, Հայաստան, 2004-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱԱԳ

Ջարգացող երկրներում, մասնավորապես այն երկրներում, որոնց բնորոշ է եկամտի կամ կապիտալի բաշխվածության մեծ անհավասարություն, դեղերի մատչելիության ցուցիչ կարող է լինել ավելի վերարտադրված (ջեներիկ) դեղերի հասանելիությունը (որոնք ավելի էժան են, քան առևտրային դեղերը): Եթե դիտարկել Հայաստանում գրանցված բոլոր դեղերի անվանացանկը, ապա մեծ տոկոս են կազմում դրանում նշված այն դեղերը, որոնց վերարտադրված տարբերակները մատչելի են: 2005թ. դրանց տոկոսը կազմում էր 95.2%, իսկ 2008թ.՝ 98.3% (Ջ Քուիսլինգ՝ Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն, անձնական հաղորդակցություն, 2009 թ. հուլիսի 29-ը):



Հարկ է նշել, որ դեպքեր են եղել, երբ ըստ ժամանակացույցի չեն կատարվել պետպատվերի շրջանակներում բնակչության համար նախատեսված դեղերի մատակարարումները (մասնավորապես շաքարային դիաբետի, սրտի իշեմիկ հիվանդության և արյան բարձր ճնշման հիվանդությունների գծով): Առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգի վերաբերյալ գլխում առաջարկված Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրման գործողությունը կարող է տեղեկություններ տրամադրել բուժհիմնարկներում կենսական դեղերի առկայության վերաբերյալ:

## Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր

- Հիվանդանոցային և ամբուլատոր բուժօժանդությունների սպառման մակարդակները ներկայցվում են մարզային կտրվածքով: Սակայն կարևոր է նաև հասկանալ, թե ինչպիսի՞ն են հիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալու նպատակով իրենց մարզից Երևան ժամանող անհատների ծավալները և բուժօգնության տեսակը, որը նրանք ստանում են իրենց մարզից դուրս (օրինակ՝ մասնագիտացված կամ երրորդային բուժօգնություն): Հաշվետվությունների օրինակելի ձևերում պարզ ավելացում կատարելով կարելի է ստանալ անհրաժեշտ տեղեկությունները, այսինքն՝ հաշվարկել սպասարկման տարածքում (մարզ) բնակվող հիվանդների քանակը և համեմատել այդ տարածքից դուրս բնակվողների քանակի հետ:
- Այս վերլուծությունը՝ սպառման և ծառայությունների մատչելիության այլ վերլուծությունների հետ, կարող է ինտեգրվել հիվանդանոցային բոլոր դեպքերի (Առողջապահության նախարարության համակարգի և մասնավոր հիվանդանոցների) տվյալների ամբողջական շտեմարանի հետ, իսկ բուժման ծախսերը պետք է հավաքագրվեն և գրանցվեն բոլոր դեպքերի, այլ ոչ թե միայն պետպատվերի փաթեթում ընդգրկված դեպքերի համար:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 8. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահական ծառայությունների մատչելիություն

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>2000 թ. սկսած շարունակ աճել են հիվանդանոցային ստացիոնար և ամբուլատոր բուժօժանդությունների սպառման մակարդակները: Այս աճը տեղի է ունեցել գրեթե բոլոր մարզերում: Թեպետ սպառումը տալիս է ծառայությունների մատչելիության մասնակի պատկերը՝ այս միտումը հուշում է, որ մատչելիության արգելքները նվազում են:</p> <p>Այդուհանդերձ բնակչության զգալի մասը (գրեթե մեկ հինգերորդը) կարիքի գիտակցման դեպքում չի դիմում բուժօգնության: Այս խմբում ամենաբարձր տոկոսը կազմում են բարեկեցության առավել ցածր քվինտիլների ներկայացուցիչները (20%-30% ամենացածր երեք քվինտիլներում՝ բարեկեցության երկու ամենաբարձր քվինտիլների 10%-ի համեմատ):</p> <p>Կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմածների մոտ 80%-ը նշել է ֆինանսական պատճառներ:</p>	<p>Առողջապահական ծառայությունների դիմաց համավճարների քաղաքականության մշակման ու իրականացման ընթացքում հասցեագրել մատչելիության ֆինանսական արգելքների խնդիրը՝ մասնավորապես կենտրոնանալով բարեկեցության ավելի ցածր քվինտիլներում գտնվող անհատների վրա: Իհարկե հավանական է, որ առավել անբարեկեցիկ բնակչության համար ֆինանսական արգելքները մեղմացնելու միակ միջոցը կարող են լինել պետական առողջապահական բյուջեի համապատասխան ավելացումները:</p> <p>Կատարել մատչելիության մոնիթորինգ հետազոտությունների միջոցով, որոնք հասցեագրում են այն հարցը, թե արդյո՞ք կարիքի գիտակցման դեպքում բնակիչներին մատչելի էր բուժօգնություն: Հիշե՛ք, որ միայն սպառման մոնիթորինգի միջոցով հնարավոր չէ կատարել մատչելիության մոնիթորինգ:</p>
<p>Տնային տնտեսությունները կրում են դեղորայքի համար ծախսերի բեռի մեծ մասը: Թեպետ մասնաբաժինն ինչ-որ չափով նվազել է մասնավոր ծախսերը դեռևս ֆինանսավորում են դեղերի ձեռքբերման ավելի քան 80%-ը: Դեղերի մատչելիությունը կարող է սահմանափակվել նաև</p>	<p>Իրականացնել պետպատվերի շրջանակներում օգտագործման հանձնարարվող դեղերի անվանացանկի կանոնավոր ուսումնասիրություն և թարմացում՝ բուժման ժամանակակից չափանիշերին դրանց համապատասխանությունը երաշխավորելու համար: Ֆինանսական</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>այլ գործոնների հետևանքով, օրինակ՝ պետպատվերի շրջանակներում բնակչության համար նախատեսված դեղերի ոչ համարժեք մատակարարման կամ այս փաթեթից որոշ դեղեր դուրս թողնելու պատճառով:</p>	<p>հնարավորությունների դեպքում ընդլայնել այս փաթեթում ընդգրկված դեղերի անվանացանկը: ԾՄՔ գործողության միջոցով կատարել պետական և մասնավոր բոլոր բուժօգնականներում կենսական դեղամիջոցների առկայության և գների փոփոխության մոնիթորինգ:</p>

## 7. Առողջապահական ծառայությունների որակը և անվտանգությունը

Առողջապահության համակարգը պետք է մատուցի առողջապահական ծառայություններ, որոնք անվտանգ են (կանխում են հիվանդներին վնաս հասցնելը) և բարձրորակ (արդյունավետ են նախատեսվող ազդեցություններին հասնելու հարցում): Առողջապահական ծառայությունների մատուցումը բարելավելու հիմնական մարտահրավերն ընդգրկում են՝

- լավագույն պրակտիկայի հիման վրա բուժման ընթացակարգերի լրամշակումը.
- կլինիկական պրակտիկան բարելավելու նպատակով փաստահեն բժշկության կիրառումը.
- կլինիկական տեղեկությունների մատչելիությունը բարելավելու և կլինիկական որոշումների կայացմանն աջակցելու նպատակով տեղեկատվական տեխնոլոգիաների բարելավումը
- հիվանդների տարբեր վիճակների, ծառայությունների և պայմանների միջև համակարգումը
- բարելավման ու հաշվետվողականության նպատակով կատարողականի և ազդեցությունների գնահատումների ներդրումը:

Այս գլուխը դիտարկում է այն ինդիկատորները, որոնք պատասխանում են քաղաքականության երկու հարցերի՝

1. Արդյո՞ք առողջապահության համակարգի կողմից Հայաստանի բնակչությանը մատուցվող առողջապահական ծառայություններն անվտանգ և ընդունելի որակի են, և արդյո՞ք այս ծառայությունները հանգեցնում են առողջապահական ընդունելի ազդեցությունների:
2. Արդյո՞ք առողջապահության համակարգի կողմից կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայություններն անվտանգ և ընդունելի որակի են, և արդյո՞ք դրանք հանգեցնում են առողջապահական ընդունելի ազդեցությունների: Որքանո՞վ են այդ ծառայություններն արտացոլում Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարությունը և Հազարամյակի զարգացման նպատակները (ՀՁՆ-ներ):

### Բուժօգնության որակ ու անվտանգություն

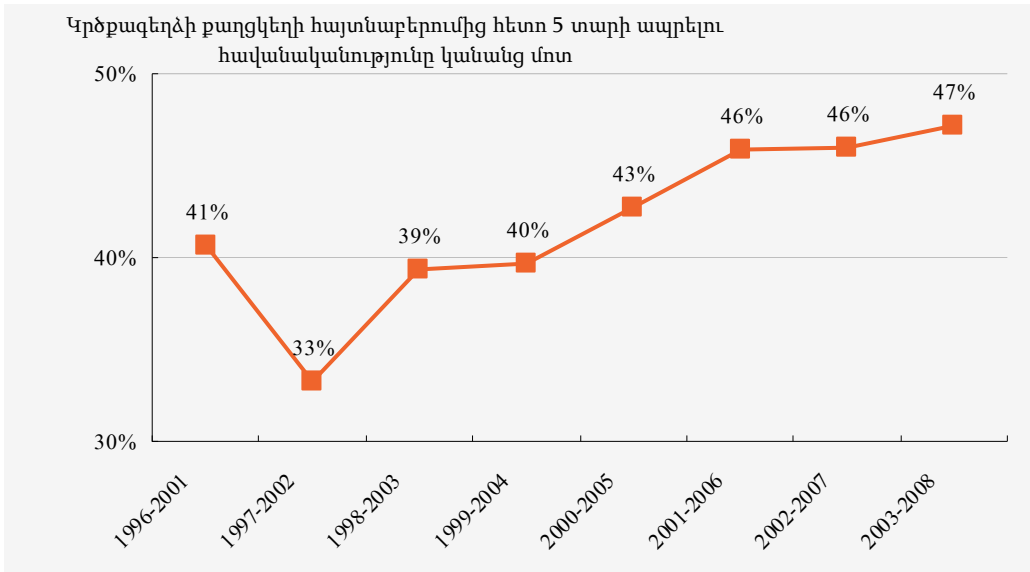
Առողջապահական ծառայությունների արդյունավետության մասին տեղեկություններ ստանալու նպատակով կարելի է կատարել զանազան ինդիկատորների մոնիթորինգ: Հայաստանի դեպքում ազդեցությունների և անվտանգության միտումները քննելու նպատակով կիրառվել են հետևյալ ինդիկատորները՝

1. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման և բուժման արդյունավետության մակարդակները.
2. Տուբերկուլյոզի բարեհաջող բուժման մակարդակը և բազմադեղակայուն տուբերկուլյոզի տարածվածությունը.
3. Հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակները:

### Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերում և բուժում

Չարորակ նորագոյացությունների գծով ՀՀ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնը (ՈւԱԿ) վարում է համապատասխան վիճակագրություն, որը թույլ է տալիս պատկերացում կազմել այդ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և ապրելու հավանականության մակարդակների վերաբերյալ: Դիագրամ 49-ում տրված է կրծքագեղձի չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումից հետո հինգ տարի ապրելու հավանականությունը: 2002 թվականից կրծքագեղձի չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումից հետո հինգ տարի ապրելու հավանականությունը դանդաղ աճել է և 2008 թվականին հասել 47%-ի (2003 թ. ախտորոշված քաղցկեղների դեպքում):

**Դիագրամ 49. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը, կանայք, 2001-2008թթ.**

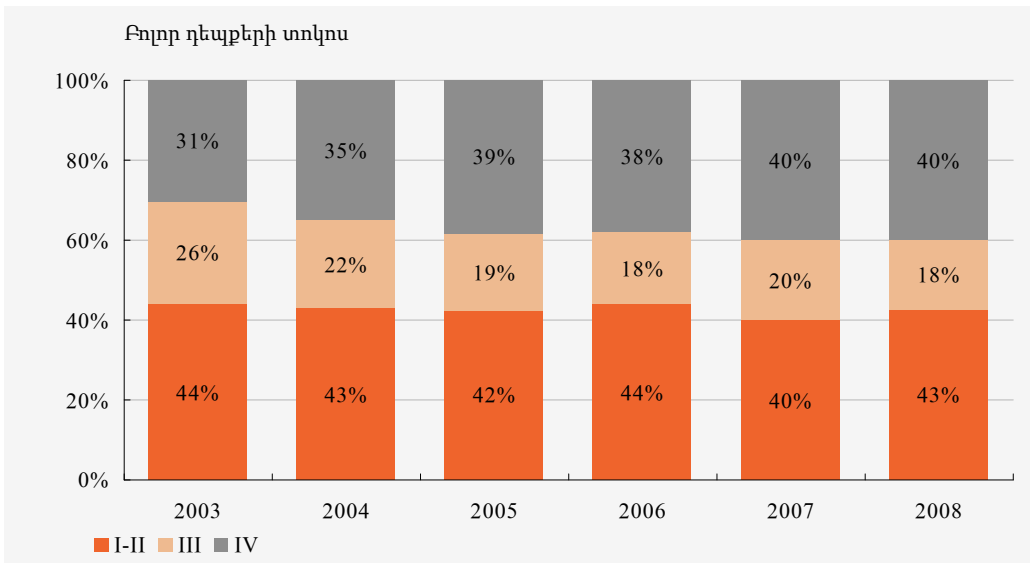


Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն

Չարորակ նորագոյացության հայտնաբերումից հետո ապրելու հավանականության փոփոխությունները կարող են բխել հիվանդության հայտնաբերման փուլից, ինչպես նաև բուժման որակի փոփոխություններից: Թեպետ դժվար է վերագրել ապրելու հավանականության մակարդակների տարբերություններն այս գործոններից որևէ մեկին, հիվանդության տարբեր փուլերում հայտնաբերման մակարդակները վերջին վեց տարիների ընթացքում չնչին են փոխվել:

Դիագրամ 50-ում տրված են չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների հայտնաբերման ցուցանիշներն ըստ հիվանդության փուլերի: 2003 թվականից, ըստ էության, անփոփոխ է մնացել հիվանդության վաղ փուլերում (I և II) հայտնաբերման տոկոսը, երբ բուժումը կարող է ավելի արդյունավետ լինել: Հիվանդության մինչև IV փուլ չհայտնաբերված բոլոր դեպքերի հարաբերական քանակն աճել է 2003 թվականի 30.6%-ից մինչև 39.9%՝ 2008 թվականին, ինչը հիմնականում տեղի է ունեցել այն դեպքերի հաշվին, որոնք նախկինում հայտնաբերվում էին III փուլում (Դիագրամ):

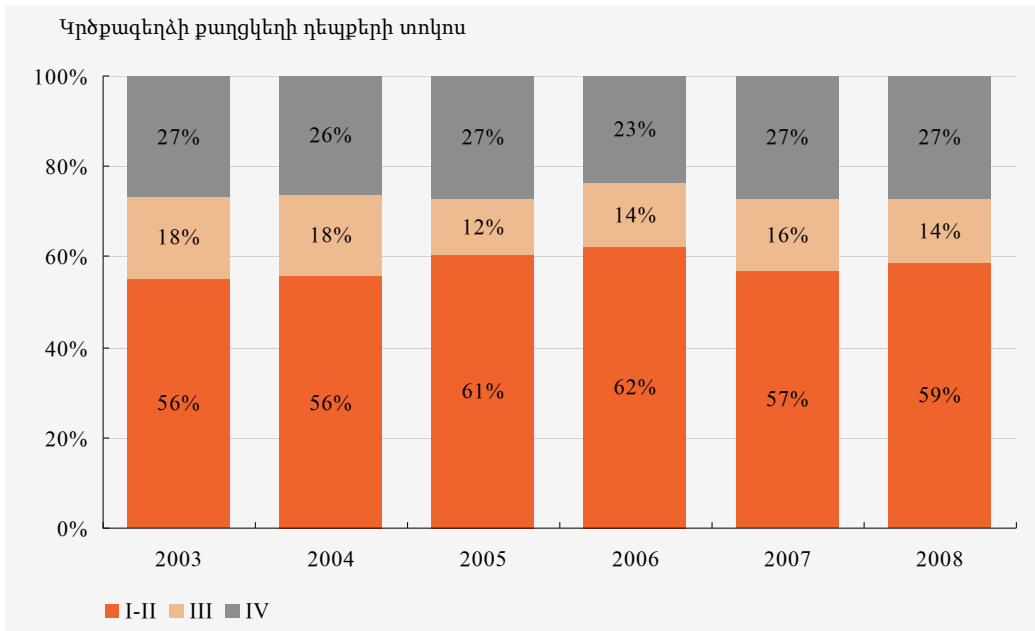
**Դիագրամ 50. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն՝ ըստ հիվանդության փուլերի, բոլոր տեսակի քաղցկեղներ, 2003-2008թթ.**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն

Ինչպես ներկայացված է Դիագրամ 51-ում I-II փուլերում կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերման ցուցանիշերը, որոնք բարձր են բոլոր քաղցկեղների հայտնաբերման մակարդակներից, 2003 թվականից էական չեն բարելավվել:

**Դիագրամ 51. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն՝ ըստ հիվանդության փուլերի, կրծքագեղձի քաղցկեղ, 2003-2008թթ**

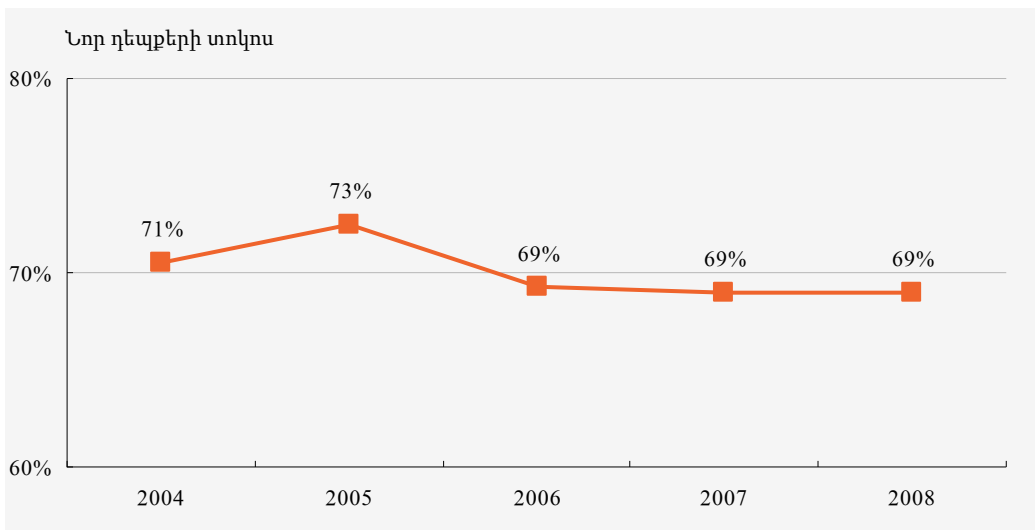


Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն

**Տուբերկուլոզի արդյունավետ բուժում**

Հայաստանում 1995 թվից ներդրվել է ԴՕԹՍ (անմիջական հսկողությամբ բուժում, կարճ կուրս) ծրագիրը, որի շրջանակներում առկա են մոնիթորինգի ու գնահատման համապատասխան ցուցանիշները, այդ թվում նաև տուբերկուլոզի բուժման որակի գնահատման ցուցանիշներ: Այս ինդիկատորներն ընդգրկում են տուբերկուլոզի դեղակայուն դեպքերը (Դիագրամ 52) և տուբերկուլոզով հիվանդների բարեհաջող բուժման տոկոսը (Դիագրամ 52): 2004-2008թթ. տուբերկուլոզով հիվանդների բարեհաջող բուժման տոկոսը չնչին չափով է փոփոխվել և մնում է մոտ 70% մակարդակի վրա:

**Դիագրամ 33. Տուբերկուլոզով նոր հիվանդների բարեհաջող բուժման տոկոսը, 2004-2008թթ.**



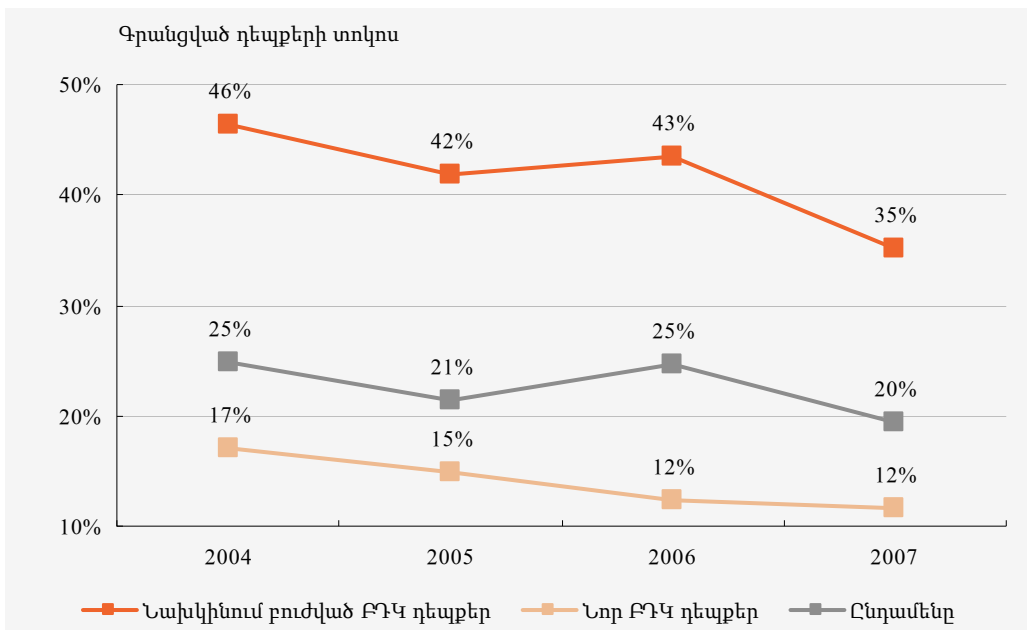
Աղբյուր՝ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի կենտրոնական գրասենյակ

Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի 2007-2015 թվականների ազգային ծրագրով նախատեսվում է 2008 թվականից սկսել բազմադեղակայուն տուբերկուլոզով հիվանդների բուժումը: Ծրագիրը նպատակ ունի՝

- հիվանդության դեղազգայուն դեպքերի բարեհաջող բուժման մակարդակը 2009 թվականին հասցնել 85%-ի.
- 2015-ին՝ բազմադեղակայուն (ԲԴԿ) տուբերկուլոզի բուժման մակարդակը հասցնել մինչև 60%-ի.
- մինչև 2015 թվականը ապահովել նոր հայտնաբերված հիվանդների մեջ դեղորայքակայուն տուբերկուլոզով հիվանդների թվի նվազում առնվազն 20%-ով:

Դեղակայուն դեպքերի տոկոսը 2004-2007 թվականներին նվազել է (Դիագրամ 53): Դեղակայուն դեպքերի նշանակալի նվազում է գրանցվել 2007 թվականին նախկինում բուժված բազմադեղակայուն դեպքերի քանակում: Սակայն, ինչպես նկարագրված է դեղակայուն տուբերկուլոզի մասին ԱՀԿ զեկույցում (xxvii), Հայաստանն աշխարհում բազմադեղակայուն տուբերկուլոզի դեպքերի ամենամեծ տարածվածությունն ունեցող պետությունների շարքում է (2002-2007թթ. ժամանակահատվածում):

**Դիագրամ 53. Նախկինում բուժված դեպքերում, բոլոր դեպքերում և նոր դեպքերում տուբերկուլոզի բազմադեղակայուն դեպքերի տոկոսը, 2004-2007թթ.**



ԲԴԿ՝ բազմադեղակայուն

Աղբյուր՝ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի կենտրոնական գրասենյակ

Նշում՝ Ազգային ռեֆերենս լաբորատորիայում կատարված հետազոտությունների ընդհանուր քանակները. 2004թ.՝ 632, 2005թ.՝ 758, 2006թ.՝ 870 և 2007թ.՝ 642:

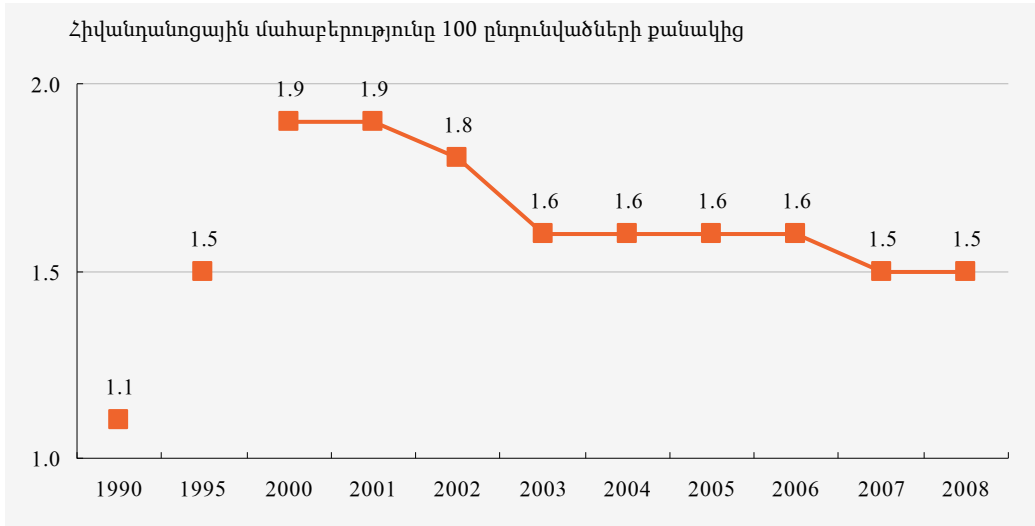
## Հիվանդանոցային մահաբերություն

Թեպետ ներհիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը կախյալ է մի շարք գործոններից, այդ թվում՝ հիվանդների տարիքից և ընդհանուր վիճակից, արդյունավետ և անվտանգ հիվանդանոցային բուժօգնությունը կարող է նպաստել այս ցուցանիշի նվազմանը: Կլինիկական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ ժամանակին և պատշաճ կազմակերպված բուժումը հատկապես արդյունավետ է ուղեղի անոթային հիվանդությունների (ՈւԱՀ) և սրտամկանի սուր ինֆարկտի (ՍՍԻ) հետևանքով մահացությունը նվազեցնելու գործում (xxviii):

2000-2008 թթ. հիվանդանոցային ընդհանուր մահաբերությունը 100 ընդունվածների հաշվով կրճատվել է 2005 թվականի 1.9-ից մինչև 1.5՝ 2008 թվականին (Դիագրամ 54): Սակայն ուղեղի անոթային հիվանդությունների և սրտամկանի սուր ինֆարկտի մահացության ցուցանիշները վերջին երեք տարիներին կրկին աճել են՝ 2000-2004թթ. որոշակի նվազումից հետո:

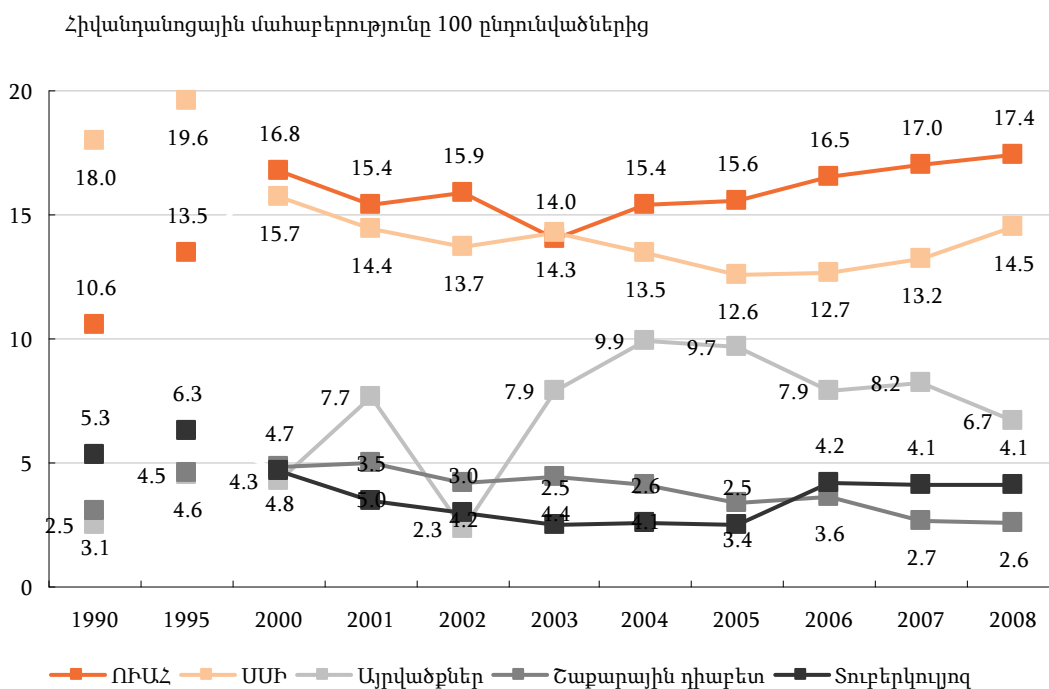
2004 թվականից շաքարային դիաբետից և այրվածքներից մահացության ցուցանիշները սկսել են նվազել (նախ 2000թ-ից. աճելուց հետո) (Դիագրամ 55): Մահացությունը տուբերկուլյոզից 2000 թվականի 4.7-ից նախ նվազել է մինչև 2.5՝ 2005 թվականին, ապա կրկին աճել 4.1-ի՝ 2008 թվականին:

**Դիագրամ 54. Հիվանդանոցային մահաբերությունը 100 ընդունվածների հաշվով, բոլոր դեպքերը, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Դիագրամ 55. Հիվանդանոցային մահաբերությունը 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



ՍՍԻ՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտ, ՌԻԱՀ՝ ուղեղի անոթային հիվանդություններ

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

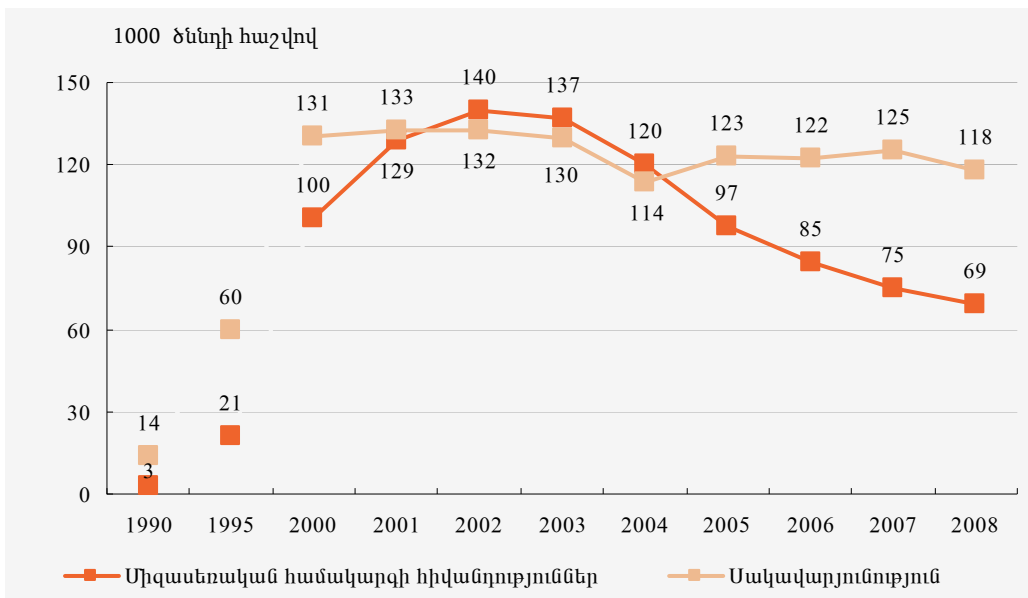
## Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ

Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը և առողջապահական ազդեցությունները գնահատելու նպատակով ուսումնասիրվել է ինդիկատորների երկու խումբ: Առաջին խումբը բաղկացած է առողջության վրա ազդեցությունների ինդիկատորներից, որոնք առնչվում են ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններին՝ ընդգրկելով կեսարյան հատումների ցուցանիշները: Երկրորդ խումբը բաղկացած է քաղցկեղի սքրինինգին, հղիների նախածննդյան խնամքին, կրծքով սնուցմանը և պատվաստումներին առնչվող առողջապահական գործընթացի ինդիկատորներից:

### Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ

Հայաստանում 2000 թվականից, ընդհանուր առմամբ, նվազել է ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդությունների տարածվածությունը, ուր միզասեռական համակարգի հիվանդություններից առաջացած ծննդյան և հետծննդյան բարդություններն իրենց 2002 թվականի 1,000 ծնունդի հաշվով 140.1 մաքսիմումից նվազել և 2008-ին հասել են 69.2-ի (Դիագրամ 56):

**Դիագրամ 56. Ծննդյան և նախածննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշներ 1000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Համաձայն մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարության՝ նախատեսվում է մինչև 2015 թվականը կրճատել սակավարյունությունների հետևանքով առաջացած բարդությունները 50%-ով<sup>7</sup>, սակայն նպատակային ցուցանիշը հստակ սահմանված չէ, իսկ բազային ցուցանիշը՝ նշված չէ: Այդուհանդերձ, ընթացիկ արդյունքները դեռևս զգալիորեն գերազանցում են 50%-ով կրճատման դեպքում ակնկալվող ցուցանիշը և անհավանական է, որ մինչև 2015 թվականը հնարավոր կլինի հասնել նպատակային ցուցանիշին:

ԱՅԿ գնահատականով, եթե 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով կեսարյան հատումների քանակը փոքր է 50-ից, ապա դա կարող է անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունների համարժեք մատչելիության հետ կապված խնդիրների նշան լինել: Սակայն անտեղի կեսարյան հատումները, որոնք չեն կատարվում մոր կամ պտղի կյանքը պահպանելու բժշկական ցուցումներով,

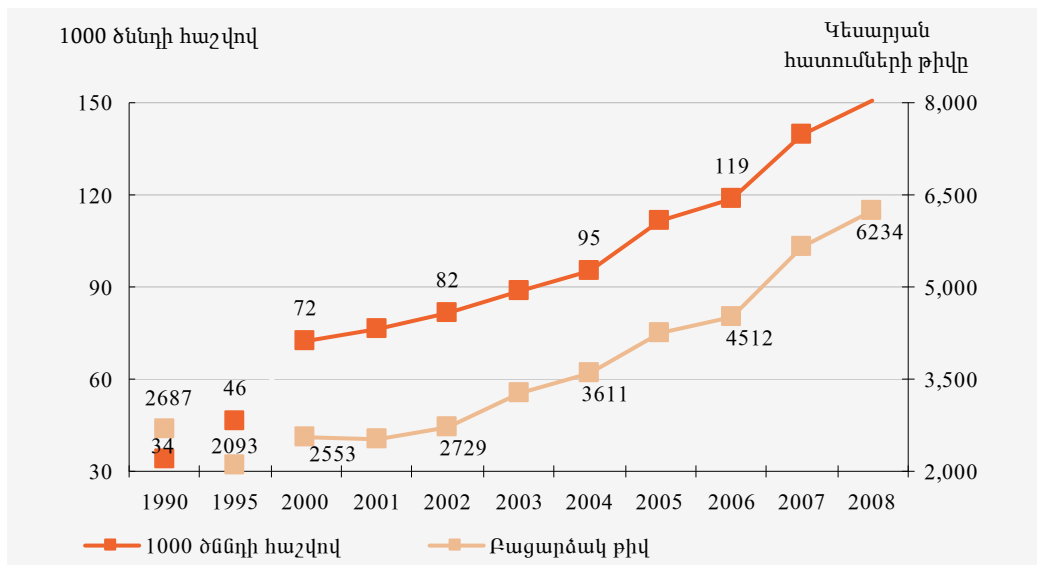
<sup>7</sup> Ռազմավարությունում հստակ չի նշված, թե ո՞ր մակարդակի նկատմամբ պետք է տեղի ունենա այդ կրճատումը: Քանի որ ռազմավարությունը հաստատվել է 2003 թվականի օգոստոսին, ապա այստեղ ենթադրել ենք, որ կրճատումը նախատեսվում է 2002 թվականի մակարդակի նկատմամբ: Հարկ է նշել, որ չափորոշիչների նման սահմանումը հանդիպում է նաև այլ ռազմավարական ծրագրերում: Անհրաժեշտ է այդ ծրագրերում հստակեցնել ցուցանիշների բազային տարեթվերը, որպեսզի նպատակային արժեքների սահմանումը ըստ բազային տարեթվի արժեքի լինի միանշանակ:



Ծախսատար են առողջապահության համակարգի համար և կարող են վիրահատական բարդությունների վտանգի ենթարկել մորն ու մանկանը:

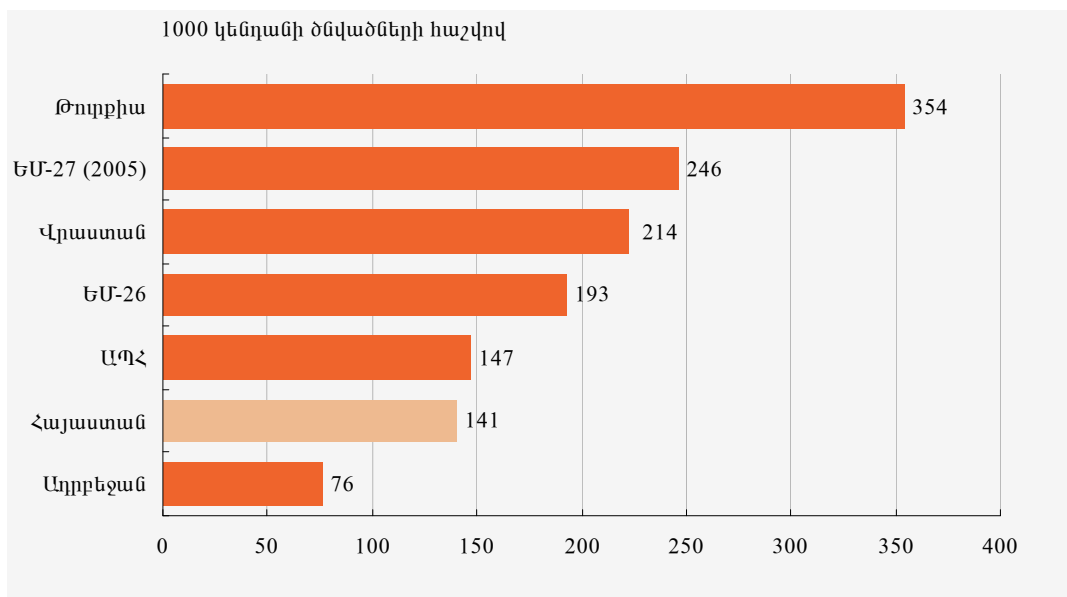
Հայաստանում կեսարյան հատումների քանակը անշեղորեն աճել է և 2008 թվականին 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով եղել է 150, ինչը զգալիորեն գերազանցում է այն ցուցանիշը, որը կարող է վկայել մատչելիության հետ կապված խնդիրների մասին (Դիագրամ 57): Ցուցանիշը նաև նշանակալիորեն ցածր է բազմաթիվ զարգացած երկրների 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով 200-ից 300 հատումների ցուցանիշից (Դիագրամ 58): Արդյունքների լրացուցիչ վերլուծությունը կարող է օգտակար լինել կեսարյան հատումների ցուցանիշը բարձրացնելու բժշկական նպատակահարմարությունը գնահատելու համար:

**Դիագրամ 57 Կեսարյան հատումները 1000 կենդանի ծննդի հաշվով և դրանց բացարձակ քանակը, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Դիագրամ 58. Կեսարյան հատումների ցուցանիշը 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

## Մոր և մանկան առողջության պահպանում

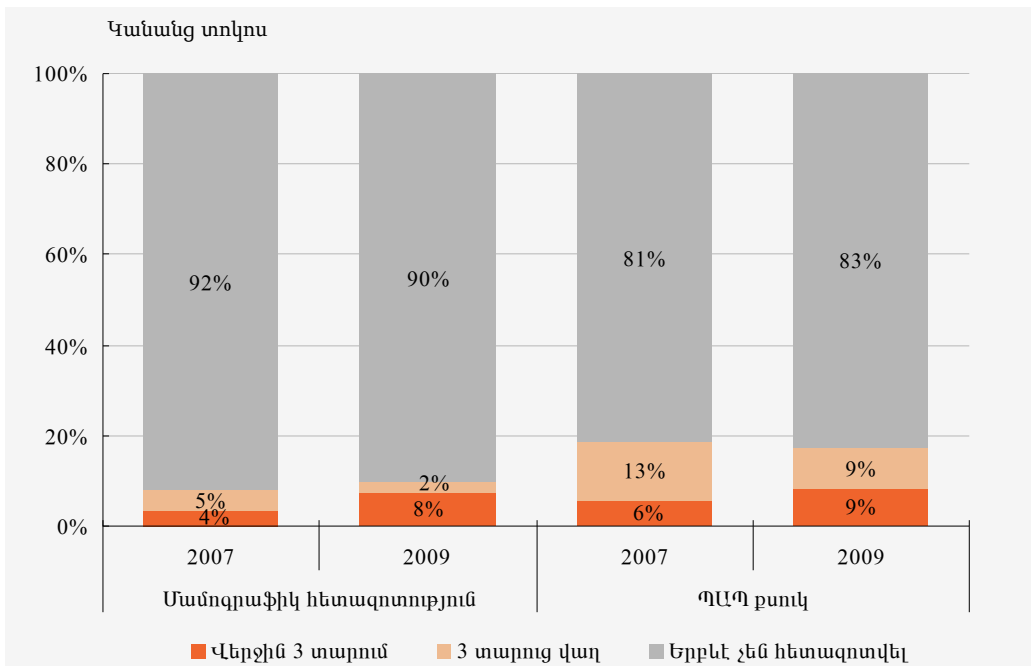
Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում առողջապահական ծառայությունների որակի ու անվտանգության կարևորագույն ինդիկատորները հասցեագրում են՝ կանանց համար քաղցկեղի սքրինինգային ծառայությունները, հղիների խնամքի վաղ ընդգրկվածությունը, երեխաների կրծքով սնուցման ցուցանիշներն ու երեխաների պատվաստումների մակարդակը:

**Քաղցկեղի սքրինինգ:** Կանխարգելիչ սքրինինգային գործողություններից են կրծքագեղծի զննումը բժշկի կողմից, ինքնազննումը և մամոգրաֆիկ հետազոտությունը, որոնցից յուրաքանչյուրը թույլ է տալիս վաղ փուլերում հայտնաբերել կրծքագեղծի քաղցկեղը, ինչպես նաև ՊԱՊ քսուքի հետազոտությունները, որոնք ուղղված են արգանդի վզիկի և մարմնի քաղցկեղի սքրինինգին: ԱՀԳԳ 2009 հետազոտությունն ընդգրկում էր մամոգրաֆիայի և ՊԱՊ քսուքի սքրինինգի հարցեր:

ԱՀԳԳ 2009-ի տվյալներով վերջին երեք տարիներին (սքրինինգի համար ԱՀԿ-ի հանձնարարելի ժամանակամիջոց) Հայաստանում մամոգրաֆիկ հետազոտություն է անցել 30-60 տարեկան կանանց 7.6%-ը, իսկ ևս 2.3%-ը երբևէ անցել է մամոգրաֆիկ հետազոտություն, բայց ոչ վերջին երեք տարիներին (Դիագրամ 59): Թեպետ հետազոտվածների ընդհանուր տոկոսը նախորդ հետազոտության արդյունքների համեմատ փոքր ինչ աճել է, ընթացիկ ցուցանիշը զգալիորեն ցածր է կրծքագեղծի քաղցկեղի վաղ փուլերում հայտնաբերման և բուժման ավելի բարենպաստ ազդեցությունների բարելավմանն աջակցելու համար պահանջվող մակարդակներից:

ՊԱՊ քսուքի տեսակետից ԱՀԿ հանձնարարականը համընկնում է մամոգրաֆիկ հետազոտության ցուցանիշի հետ՝ խորհուրդ է տրվում, որպեսզի 30-60 տարեկան կանայք 3 տարվա ընթացքում գոնե մեկ անգամ անցնեն ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն: ԱՀԳԳ 2009-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ նախորդող երեք տարիներին ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած կանանց տոկոսն ավելացել է և 2009 թվականին կազմել է 8.5%՝ 2007 թվականի 5.6%-ի համեմատ: Այդուհանդերձ, երբևէ ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն չանցածների թիվը մնում է 80%-ից բարձր: Այս հետազոտության ցուցանիշները նույնպես զգալիորեն ցածր են քաղցկեղի վաղ փուլերում հայտնաբերման և բուժման ազդեցությունների բարելավմանն աջակցելու համար պահանջվող մակարդակներից:

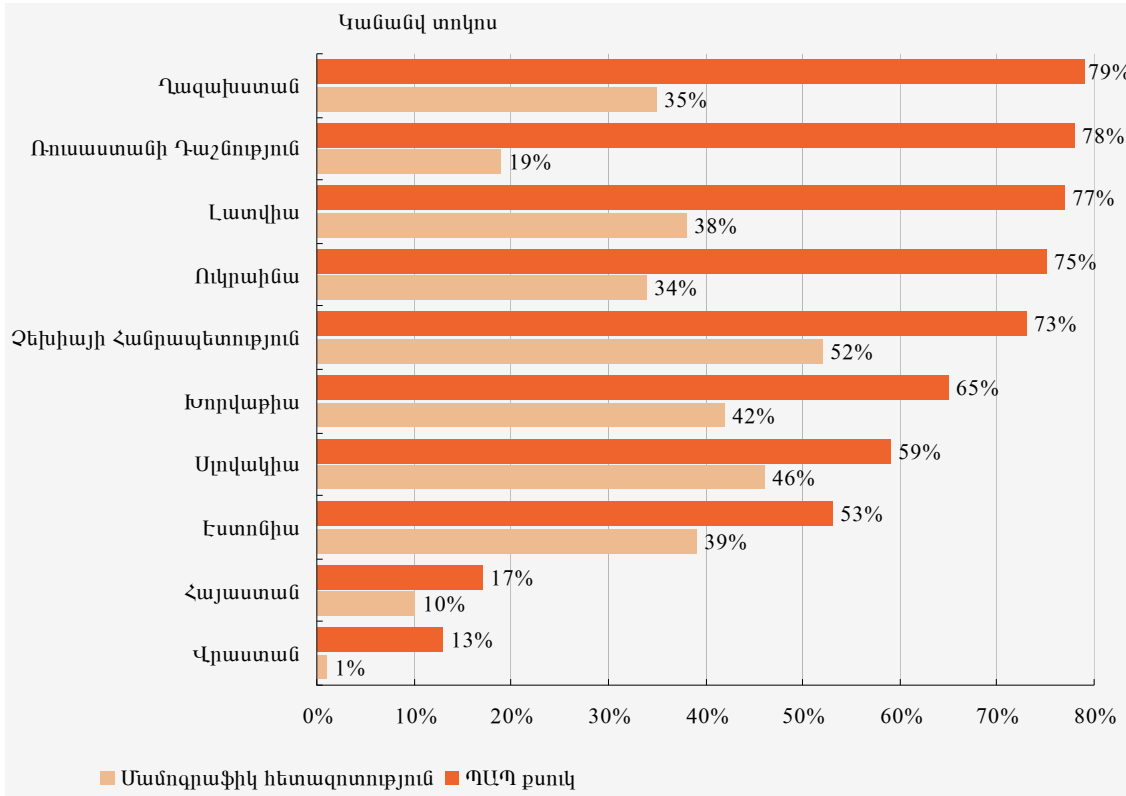
**Դիագրամ 59. Մամոգրաֆիկ և ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց տոկոսը, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

2000-2006թթ. համար մատչելի ընտրանքային միջազգային համեմատությունները(xxix) ցույց են տալիս, որ Հայաստանում ընդգրկման արդյունքները զգալիորեն ցածր են Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրների ցուցանիշներից (Դիագրամ 60):

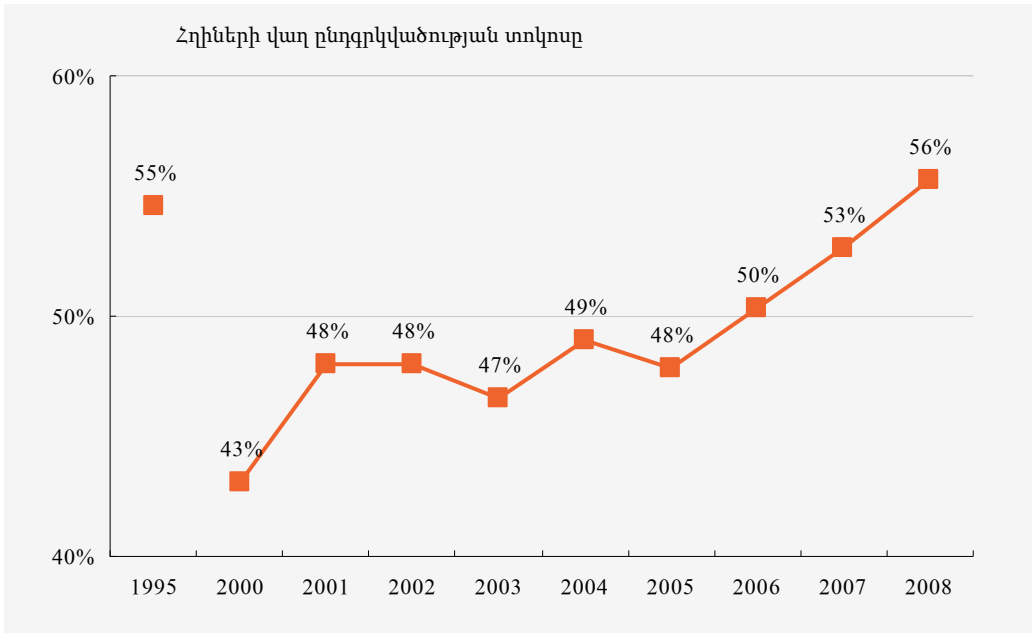
**Դիագրամ 60. Մամուլային և ՊԱՊ քսուլի հետազոտություն անցած կանանց տոկոսը, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2000-2006թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԿ 2008 (xxix).

Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում: Համաձայն Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարության նախատեսվում է. «նախածննդյան հսկողության ցուցանիշների կրկնակի բարելավում (մինչև 2009 թ.)»: Քանի որ 2002 թվականին հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկման ցուցանիշը կազմել է 44.6%, ինչը նշանակում է, որ 2009-ի նպատակային ցուցանիշը պետք է լինի 90%-ին մոտ: Այդուհանդերձ, թեպետ 2002 թվականից ցուցանիշն աճել է, 2008 թվականի 55.7% ցուցանիշը դեռևս նշանակալի ցածր է այս նպատակային ցուցանիշից, ինչպես նաև զգալիորեն զիջում է 1980 թվականի ցուցանիշին, որը եղել է 74.6% (Դիագրամ 61):

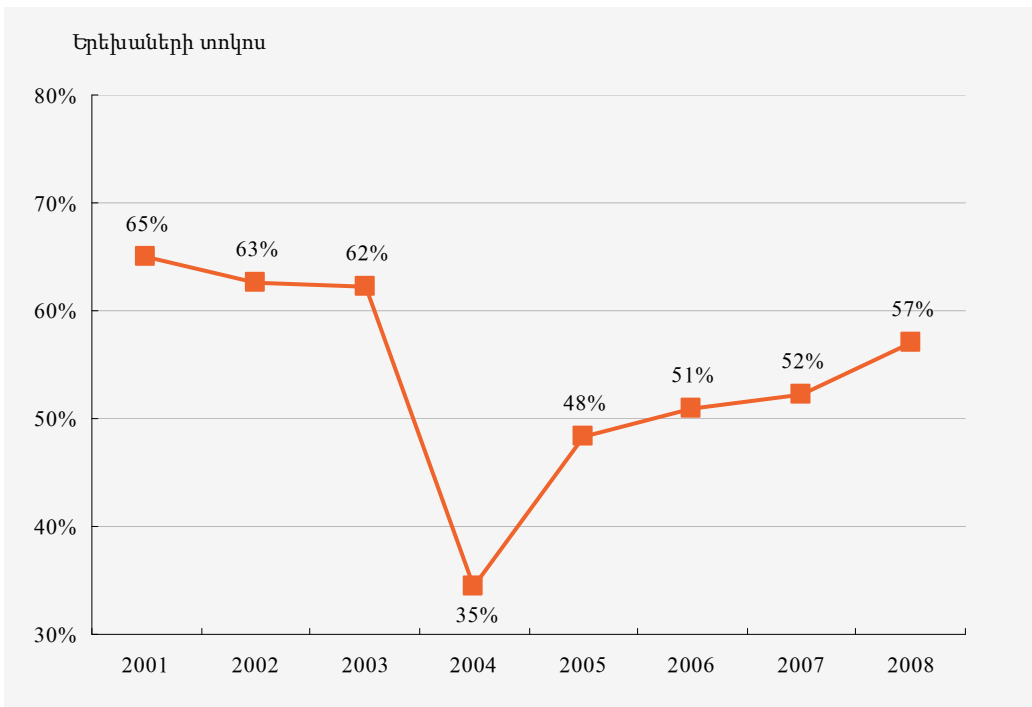
**Դիագրամ 61. Նախաձեռնողական խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Կրճքով սնուցման ընդգրկում: Համաձայն Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարության նախատեսված է «մինչև 2009 թվականն 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»: Ռազմավարության ընդունման տարում (2003) ցուցանիշի արժեքը եղել է 62.3%՝ շատ մոտ նպատակային մակարդակին: Սակայն 2004 թվականին ցուցանիշի արժեքը կտրուկ նվազել է մինչև 34.5% (Դիագրամ 62): Թեպետ դրանից հետո այն ավելացել է մինչև 57%՝ 2008 թվականին, այն մնում է նպատակային ցուցանիշից ցածր:

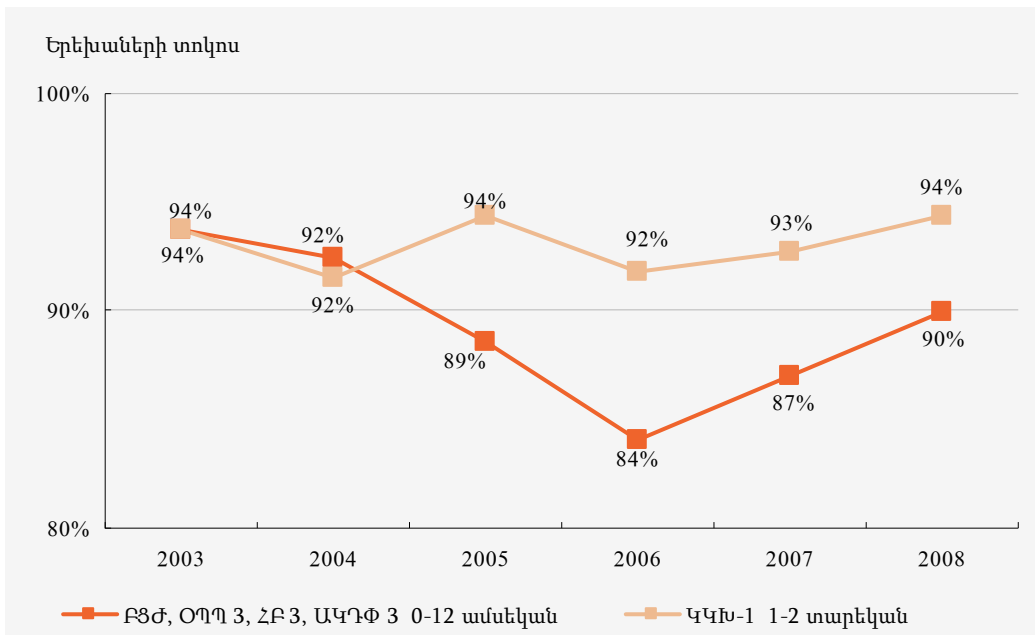
**Դիագրամ 62. Հայաստանում կրճքով սնուցվող 0-6-ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Պատվաստումներ: Համաձայն ՀԶՆ-ների տեղայնացված ցուցանիշների 2015 թվականին 0-2 տարեկան երեխաների պատվաստումների մակարդակը պետք է մեծ լինի 96%-ից: Հայաստանի Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարության ցուցանիշի արժեքը պետք է մեծ լինի 95.0%-ից: 2003-2008 թվականներին այդ ցուցանիշը գտնվում է նպատակադրված շեմային արժեքի մոտ (Դիագրամ 63): 1990-ին պատվաստումների մակարդակը եղել է 95.2%: Հարկ է նշել, սակայն, որ պատվաստումների ընդգրկման պաշտոնական գնահատականները լիովին չեն համընկնում հետազոտության հաշվարկներին: Օրինակ՝ պաշտոնական գնահատականներով 2003-2008թթ. կարմրուկի դեմ պատվաստում (առնվազն մեկ դոզա) ստացած 12-23 ամսական երեխաների տոկոսը չի համընկնում 2000 և 2005 թվականների ՀԺԱՀ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերով հետազոտության գնահատականներին (տես Հավելված Գ, Դիագրամ Գ13): Հետազոտության աղբյուրները ներկայացնում են զգալիորեն ավելի ցածր թվեր, որոնք 10-ից 20 տոկոսային կետով ցածր են կարմրուկի դեմ պատվաստումների ընդգրկման պաշտոնական տվյալներից:

**Դիագրամ 63. Նշված պատվաստումների գծով պատվաստում ստացած երեխաների տոկոսը՝ 1 և 2 տարեկանում, 2003-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

## Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր

- Հիվանդանոցներում բացասական երևույթների (օրինակ՝ վիրաբուժական վարակներ, սխալ դեղամիջոցների ընդունում, հիվանդանոց կրկնվող ընդունման դեպքեր և այլն) մոնիթորինգն ու դրանց մասին հաշվետվականությունն ավելի ամբողջական պատկեր կստեղծի հիվանդանոցային բուժօգնության որակի և անվտանգության մասին: Թեպետ հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշների վերլուծությունը կարող է ապահովել անվտանգության և որակի միտումների ընդհանուր պատկեր, ինքնին այն չհղկված գնահատական է, որն արտացոլում է ոչ միայն հիվանդանոցային անվտանգությունն ու որակը, այլև հիվանդանոց ընդունվածների գծով բուժման ազդեցությունները և հիվանդության ծանրությունը:
- Պաշտոնական վիճակագրության և Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության (ՀԺԱՀՀ) ներկայացրած պատվաստումների գնահատականների միջև առկա են նշանակալի անհամապատասխանություններ: Օրինակ՝ կարմրուկի դեմ պատվաստումների ընդգրկման տեսանկյունից ՀԺԱՀՀ գնահատականները զգալիորեն ավելի ցածր են (10-ից 20 տոկոսային կետով), քան պաշտոնապես ներկայացվող ընդգրկվածության տվյալները:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 9. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահական ծառայությունների անվտանգությունը և որակը

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>2001 թվականից որոշ չափով բարելավվել է հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը, ինչը վկայում է բուժօգնության անվտանգության և/կամ որակի հնարավոր բարելավման մասին: Թեպետ 2004 թվականից բարեհաջող բուժված տուբերկուլյոզի դեպքերի տոկոսը մնացել անփոփոխ, բազմադեղակայուն բոլոր դեպքերի տոկոսը 25%-ից իջել է 20%-ի:</p> <p>Մյուս կողմից, վերջին տարիներին նվազել է չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերման մակարդակը, մասնավորապես՝ թոքի և առնչվող քաղցկեղների դեպքում: Թեպետ կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում ապրելու հավանականությունը որոշ չափով ավելացել է, թոքի քաղցկեղի դեպքում ապրելու հավանականությունը մնում է շատ փոքր:</p>	<p>Մշակել սիստեմատիկ սքրինինգի ծրագրեր, մասնավորապես՝ կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղների համար, որոնք իրականացվում են առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների միջոցով՝ որպես սովորական կանխարգելիչ բուժօգնության մաս:</p> <p>Կատարել մոնիթորինգ և ապահովել քաղցկեղի արդյունավետ բուժման, ներառյալ վիրաբուժական միջամտության և քիմիաթերապիայի դեղերի մատչելիությունը:</p>
<p>Կրծքագեղձի և արգանդի վզիկի քաղցկեղների սքրինինգի մակարդակները չափազանց ցածր են և 2007-2009թթ. դրանք գրեթե չեն փոխվել: Այս ցածր ցուցանիշներն անկասկած նպաստում են չարորակ նորագոյացությունների I և II փուլերում հայտնաբերման ցածր տոկոսին:</p>	<p>Ինչպես նշված է վերը՝ մշակել կազմակերպված սքրինինգի ծրագրեր:</p>
<p>Վերջին մի քանի տարիներին հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկման և բացառապես կրծքով սնուցվող 0-6 ամսական երեխաների տոկոսները բարելավվել են, սակայն դրանք նշանակալի զիջում են սահմանված նպատակային արժեքներին:</p>	<p>Ապահովել, որ քաղաքականությունները վերացնեն հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկման ծառայությունների մատչելիության որևէ արգելք և որ չխրախուսվեն ապօրինի վճարումները:</p> <p>Թեպետ կրծքով սնուցելն անվճար է, սակայն այս պրակտիկայի օգուտների վերաբերյալ ուսուցումը կարող է ծառայել դրա խրախուսմանը:</p>
<p>Լուրջ տարբերություններ կան պատվաստումների պաշտոնապես ներկայացվող ցուցանիշների և ՀԺԱՀՀ հետազոտություններից ստացված ընդգրկման գնահատականի միջև:</p>	<p>Աշխատանքներ տանել ընթացիկ հաշվետվություններից և հետազոտության աղբյուրներից ստացվող պատվաստումների ինդիկատորների արդյունքների փոխադարձ ճշտման ուղղությամբ: 2010թ. ՀԺԱՀՀ-ը թարմացված տեղեկություններ կտրամադրի այս ճշգրտումները հնարավոր դարձնելու համար:</p>

## 8. Ռիսկի գործոններ, առողջության ուսուցում և հիվանդությունների կանխարգելում

Ռիսկի գործոններին, առողջության ուսուցմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանն առնչվող գործունեության այս տարրը, օգնելով մարդկանց պահպանել առողջությունը և կանխել հիվանդությունները, զգալիորեն նպաստում է առողջության կարգավիճակի բարելավման նպատակին: Բնակչության առողջության ինդիկատորների շարունակական բարելավումը (օրինակ՝ կյանքի սպասվող տևողության ավելացումը, սրտանոթային և շնչառական օրգանների հիվանդությունների մահացության ու հիվանդացության ցուցանիշների նվազումը) երկարաժամկետ կտրվածքով կախված է առողջ ապրելակերպի տարածումից: Այս բնագավառում առողջապահական համակարգի գործունեության շուրջ կենտրոնացող քաղաքականության երեք հիմնական հարցերն են՝

1. Ի՞նչ է հուշում մեզ վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների տարածվածությունն առողջության ապագա միտումների մասին:
2. Արդյո՞ք առողջության ուսուցման ծառայություններն արդյունավետ են բնակչության իրազեկվածությունը բարձրացնելու հարցում:
3. Արդյո՞ք բարելավվում են առողջության վիճակի վրա ազդող շրջակա միջավայրի պայմանները (ջուր, կոյուղի, թափոններ, օդի որակ):

### Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններ

ԱՀԳԳ 2007 և 2009 թվականների հետազոտությունների ընթացքում գնահատվել են վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի մի շարք գործոններ, որոնք ազդեցություն ունեն առողջության վիճակի վրա՝

- ավելորդ քաշ ունեցող չափահասների տոկոսը, այսինքն՝ այն անձինք, ում մարմնի զանգվածի ինդեքսը (ՄՁԻ)<sup>8</sup> մեծ է 25.0-ից,
- ամեն օր ծխող տղամարդկանց տոկոսը (քանի որ Հայաստանում ծխողների գերակշիռ մեծամասնությունը տղամարդիկ են, ուսումնասիրվել է միայն ամեն օր ծխող տղամարդկանց տոկոսը),
- ֆիզիկապես թերակտիվ չափահասների տոկոսը, այսինքն՝ այն անձինք, ովքեր շաբաթական կատարում են 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք,
- զարկերակային արյան բարձր ճնշում ունեցող չափահասների տոկոսը, այսինքն՝ այն անձինք, ում զարկերակային ճնշումը բարձր է 140/90 մմՍՍ,
- Օրական միջին հաշվով 20 գրամ մաքուր սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք օգտագործող տղամարդկանց տոկոսը:

Այս գլխում ռիսկի այս գործոնների 2007 և 2009 թվականների մակարդակների համեմատությունները սահմանափակվում են 20 և ավելի տարիք ունեցող անձանցով<sup>9</sup>: Սակայն ռիսկի գործոնների ըստ տարիքային խմբերի տարածվածության վերլուծությունը 2009 թվականի համար ընդգրկում է նաև 15-19 տարեկանների խմբի արդյունքները:

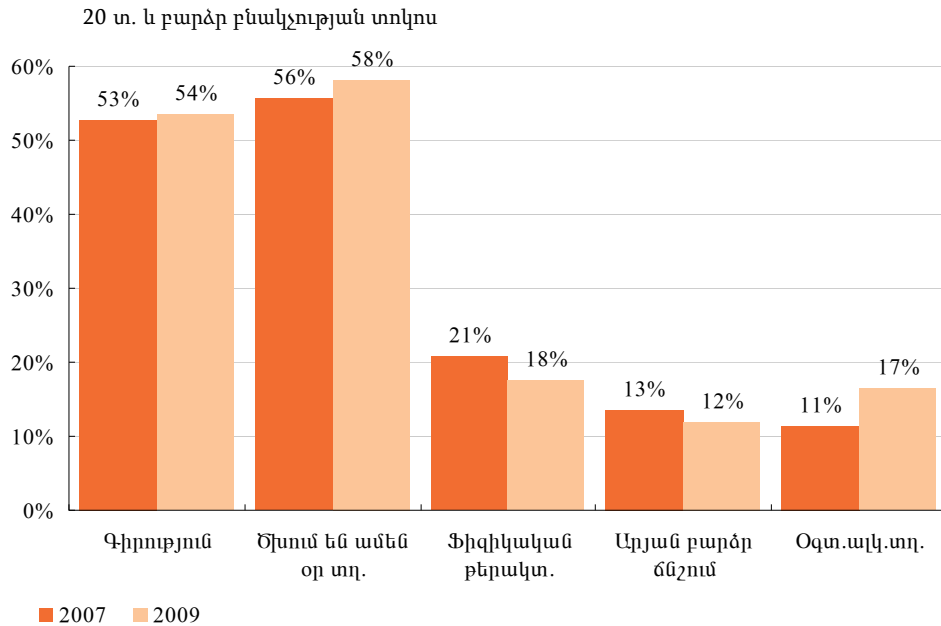
Գնահատված ռիսկի գործոնների տեսակետից 2007 և 2009 թթ. ցուցանիշների միջև փոփոխությունները չափազանց փոքր են (Դիագրամ 64): Որոշ չափով բարելավվել են ֆիզիկապես թերակտիվ անձանց և բարձր ճնշում ունեցողների տոկոսները: Դրանք փոքր բարելավումներ են, բայց վիճակագրական տեսանկյունից նշանակալից են ( $p < 0.05$ ): Մյուս կողմից, աճել է օրական 20 գրամից ավելի սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք

<sup>8</sup> Մարմնի զանգվածի ինդեքսը հաշվարկվում է որպես [մարդու քաշը՝ կգ] / [մարդու հասակը՝ սմ]<sup>2</sup>:

<sup>9</sup> Համեմատությունը սահմանափակվում է 20 և ավելի տարիք ունեցող անձանցով, քանի որ ԱՀԳԳ 2007 հետազոտությունն ընդգրկում էր միայն այս տարիքային խումբը:

օգտագործող տղամարդկանց տոկոսը (վիճակագրական տեսանկյունից դարձյալ նշանակալից չափով՝  $p < 0.05$ ):

**Դիագրամ 64. Հայաստանի 20 և ավելի տարիք ունեցող բնակչության կազմում առողջության ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, 2007 և 2009թթ.**



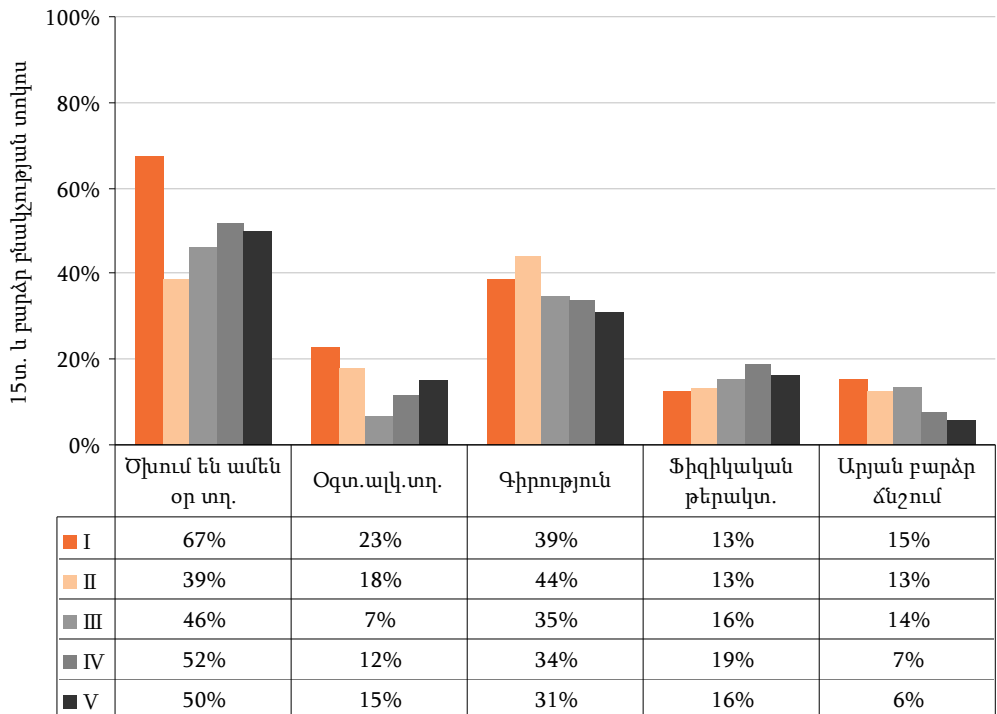
Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

Հաջորդող ենթաբաժիններում ներկայացվում են 2009 թվականին ռիսկի գործոնների բաշխումներն ըստ բարեկեցության, տարիքային խմբերի և սեռի: Ներկայացված են նաև ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործման միջազգային համեմատություններ:

Բարեկեցության քվինտիլի և ռիսկի գործոնների տարածվածության միջև փոխկապակցվածությունը ներկայացված է Դիագրամ 65-ում, որտեղ քվինտիլ I-ն առավել անբարեկեցիկն է, իսկ քվինտիլ V-ը՝ առավել բարեկեցիկը:



**Դիագրամ 65. Հայաստանի 15 և ավելի տարիք ունեցող բնակչության կազմում ռիսկի գործոնների տարածվածությունը ըստ բարեկեցության քվինտիլների, 2009թ.**



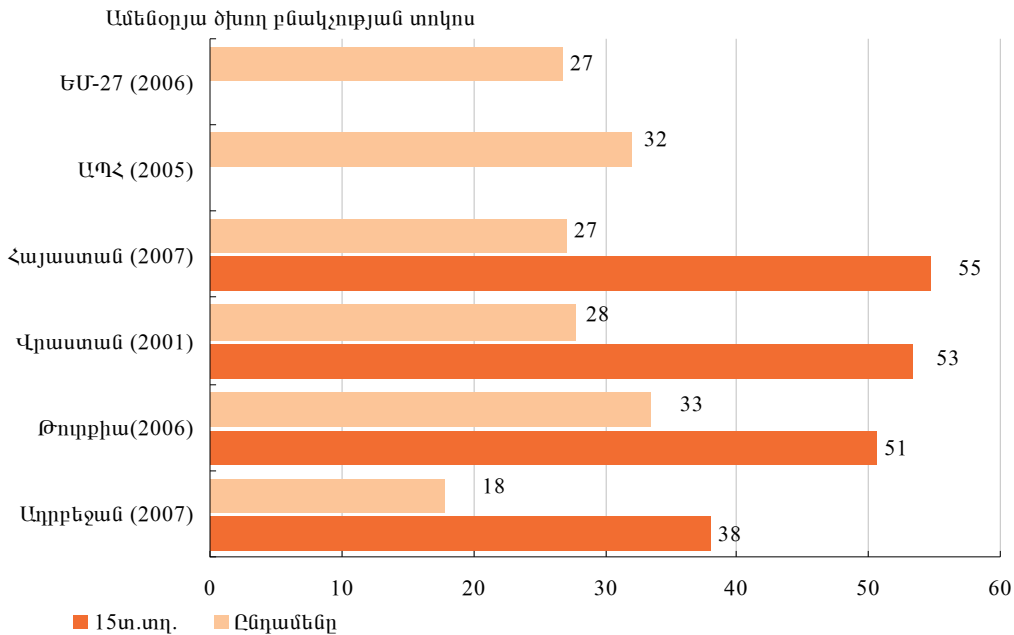
Նշում՝ Ծխախոտի և ավիոհոլի օգտագործման տարածվածության ցուցանիշները վերաբերում են միայն տղամարդկանց  
 Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2009

**Ծխախոտի օգտագործման տարածվածություն**

2007-2009 թվականներին 20 և ավելի տարիք ունեցող ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը նշանակալի չի փոխվել: Ամեն օր ծխողների ամենաբարձր և ամենացածր տարածվածություններն ամենաաղքատ երկու քվինտիլներում են: Ամենաաղքատ քվինտիլն ունի ամեն օր ծխողների ամենաբարձր տարածվածությունը (67.1%), իսկ II քվինտիլում ծխողների ամենացածր տարածվածությունն է (38.9%): Մյուս երեք քվինտիլների ցուցանիշները մոտ են 50%-ին: Տղամարդկանց միջավայրում ամեն օր ծխողների թիվն ամենացածրն է 15-19 տարիքային խմբում (5.3%), սակայն 20-59 տարիքային խմբերում ցուցանիշները մոտ են կան գերազանցում են 60%-ը: 60 տարեկանից հետո ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը նվազում է: Հաշվի առնելով ուշ դեռահասության և վաղ երիտասարդության տարիքում գտնվող տղամարդկանց կողմից ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշների կտրուկ թռիչքը, ծխելու վարքագիծը փոխելուն ուղղված ռազմավարությունը պետք է կենտրոնանա այն գործոնների վրա, որոնք կարող են կանխել այս երիտասարդ տղամարդկանց ծխել սկսելը:

Ինչպես երևում է Դիագրամ 66-ից, որը հիմնված է առկա ամենավերջին տվյալների վրա՝ իր հարևանների համեմատ Հայաստանն ունի 15 և ավելի տարիք ունեցող ծխող տղամարդկանց ամենաբարձր ցուցանիշը: Այս խմբի ցուցանիշն ամենաբարձրերից մեկն է նաև Եվրոպայում (xxx):

**Դիագրամ 66. 15 և ավելի տարիք ունեցող ընդհանուր բնակչության և տղամարդկանց շրջանում ծխելու տարածվածությունը, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, ամենավերջին տարիների մատչելի տվյալներ**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը  
 Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

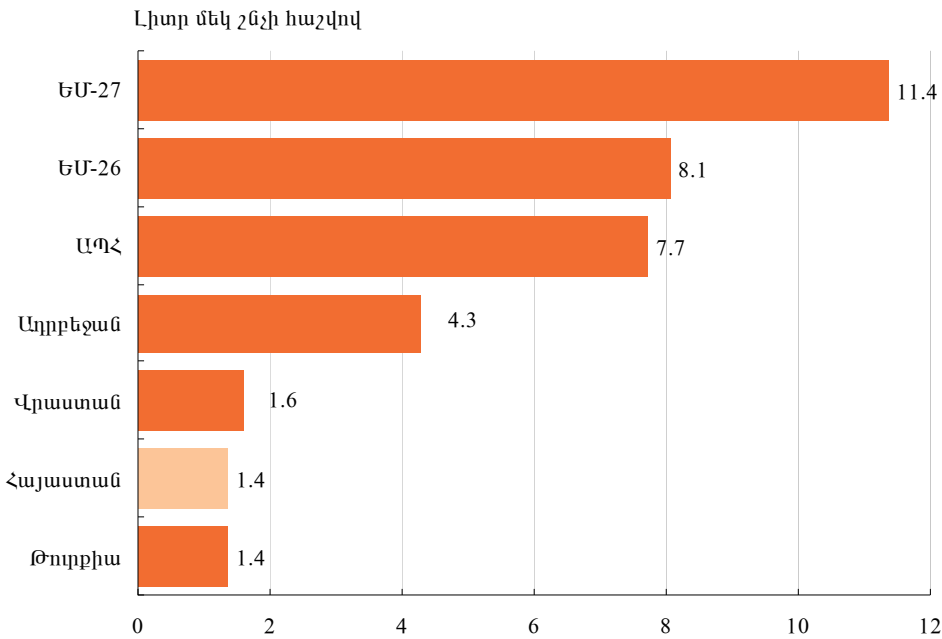
**Ալկոհոլի օգտագործման տարածվածություն**

Ալկոհոլի օգտագործման չարաշահում է համարվում օրական միջին հաշվով 20 գրամ մաքուր սպիրտին համարժեք կամ ավելի ալկոհոլային խմիչք օգտագործելը: Հայաստանում ալկոհոլի չարաշահումը, ըստ էության, խնդրահարույց է միայն տղամարդկանց խմբում: Տարածվածությունը տղամարդկանց միջավայրում կազմում է 14.9%, իսկ կանանց մոտ՝ միայն 1.8%: Ըստ տարիքային խմբերի՝ ամենաբարձր տարածվածությունը 40-49 տարեկանների մոտ է (27%), իսկ հետո նվազում է մինչև մոտ 20%՝ 50-ից 69 տարեկանների խմբում: Ալկոհոլի չարաշահումն ավելի երիտասարդ և ավելի տարեց խմբերում ավելի քիչ է հանդիպում:

Ալկոհոլի չարաշահման տեսակետից տարածվածության ամենաբարձր ցուցանիշն արձանագրված է ամենաաղքատ քվինտիլի տղամարդկանց խմբում (23%): Բարեկեցությանը փոխկապակցված տարածվածության գրադիենտը Ս-ձև է, ուր ամենացածր ցուցանիշը III քվինտիլում է: Ալկոհոլ օգտագործողների տարածվածությունն ամենահարուստ (IV և V) քվինտիլներում ավելի բարձր է, քան III քվինտիլում, բայց ավելի ցածր է, քան I և II քվինտիլներում:

Ալկոհոլի օգտագործման վերաբերյալ միջազգային տվյալները մատչելի են միայն 2003 թվականի համար և արտահայտված են որպես մեկ անձի հաշվով ալկոհոլի տարեկան միջին սպառում, այլ ոչ թե որպես ալկոհոլի օգտագործման տարածվածություն: Դիագրամ 67-ը ցույց է տալիս, որ իր հարևանների համեմատ, Հայաստանն ունի միջին սպառման ամենացածր ցուցանիշը, որը նույնն է՝ ինչ Թուրքիայի միջին ցուցանիշը:

**Դիագրամ 67. Մաքուր սպիրտի տարեկան միջին սպառում, լիտր՝ մեկ անձի հաշվով, 15 և ավելի տարիք ունեցողներ, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2003թ.**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

**Ավելորդ քաշի տարածվածություն**

Ավելորդ քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը գնահատելու նպատակով ԱՀԳԳ 2007 և 2009 հետազոտությունների ընթացքում կատարվել են անհատների հասակի և քաշի չափումներ: Այս չափումների հիման վրա հաշվարկվել է մարմնի զանգվածի ինդեքսը, իսկ ավելորդ քաշ ունեցող է համարվել 25.0-ին հավասար կամ դրանից մեծ մարմնի զանգվածի ինդեքս ունեցող անձը: 2007-2009 թվականներին ավելորդ քաշ ունեցող չափահասների տարածվածության նշանակալի փոփոխություն տեղի չի ունեցել: Տղամարդկանց խմբում ավելորդ քաշ ունեցողների տարածվածությունը եղել է 51.8%, իսկ կանանց խմբում՝ 45.8%: Տարածվածությունն աճում է նաև ըստ տարիքային խմբերի՝ 15-19 տարիքային խմբում այն կազմում է 13.6%, իսկ 40 և ավելի տարիք ունեցողների խմբում այն հասնում կամ գերազանցում է 65%-ը:

Ավելորդ քաշն առավել տարածված է ամենաաղքատ երկու քվինտիլներում (38.6%՝ I քվինտիլում, 43.7%՝ II քվինտիլում), իսկ ամենացածր տարածվածությունը V քվինտիլում է (30.7%):

**Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածություն**

Զափահասների մոտ զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը գնահատելու նպատակով ԱՀԳԳ 2007 և 2009 հետազոտությունների ընթացքում համաձայնություն տված անհատների մոտ չափվել է զարկերակային ճնշումը: Հետազոտությունների միջև ընկած երկամյա ժամանակահատվածում տեղի է ունեցել զարկերակային բարձր ճնշման (>140/90 մմՍՍ) տարածվածության փոքր, բայց նշանակալի նվազում (13.4%-ից 11.9%): 2009 թվականին զարկերակային բարձր ճնշումն առավել տարածված էր կանանց (11.7%), քան տղամարդկանց (9.4%) խմբում: Տարածվածությունն ակնհայտ ավելանում է 40 տարեկանից հետո (մոտ 10%՝ 40-49 տարեկանների խմբում, մոտ 20%՝ 50-59 տարեկանների խմբում, 40%-ից ավելի՝ 60 և ավելի տարիք ունեցողների խմբում): Տարածվածությունն ամենամեծն է ամենաաղքատ քվինտիլում (15.2%), իսկ ամենահարուստ քվինտիլում նվազում է մինչև 5.8%:

**Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածություն**

2007-ից 2009 թվականներին նվազել է 20 և ավելի տարիք ունեցողների խմբում ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածության ցուցանիշը՝ համապատասխանաբար 20.7%-ից մինչև 17.5%: 2009 թվականի հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ 15 և ավելի տարիքի բնակչության 17.5%-ը ֆիզիկապես թերակտիվ են (շաբաթական 30 րոպեից պակաս թեթև

Ֆիզիկական աշխատանք): Այս ցուցանիշն ավելի բարձր է կանանց (22.3%), քան տղամարդկանց (10.4%) դեպքում: Ակնկալվածի համաձայն՝ տարիքի հետ ավելանում է ֆիզիկական թերակտիվ բնակչության տոկոսը: 15-59 տարիքային խմբում հարաբերական քանակը մոտավորապես մնում է 10%-ից 15%-ի միջակայքում: Սակայն 60-69 տարեկանների մոտ ֆիզիկական թերակտիվությունը հասնում է 29.3%-ի, իսկ 70 և ավելի տարիք ունեցողների մոտ՝ 42.6%: Բարեկեցության քվինտիլների միջև մեծ տարբերություններ չկան: Ֆիզիկական թերակտիվության երկու ամենացածր ցուցանիշները I և II (ամենաաղքատ) քվինտիլներում են՝ մոտ 13%: Ամենամեծ տարածվածությունը IV քվինտիլում է՝ 18.6%, իսկ մյուս երկու քվինտիլներում (III և V) այն մոտ է 16%-ին: Առավել աղքատ քվինտիլների անհատների ներգրավվածությունը ֆիզիկական աշխատանքում ավելի հավանական է, հետևաբար նրանք ավելի քիչ են նստակյաց կյանք վարում:

## Առողջության ուսուցում

Առողջությանը նպաստող հանրության տեղեկացվածությունը ռիսկի գործոնների և առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ հանդիսանում է վարքի փոփոխության, ինչպես նաև հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման նախապայման: ԱՀԳԳ 2007 և 2009թթ. հետազոտությունները ներկայացնում են Հայաստանի համար կարևոր մի շարք ինդիկատորներ՝

- վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակ.
- անհատների մոտ առողջական խնդիրներ (օրինակ՝ շաքարային դիաբետ կամ սրտանոթային հիվանդություններ) առաջացնելու վտանգ պարունակող առողջական վիճակների (այսինքն՝ զարկերակային բարձր ճնշում, քոլեստերինի և գլյուկոզայի բարձր մակարդակներ) վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակ.
- վարակիչ հիվանդությունների (ՄԻԱՎ և տուբերկուլոզ) վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակ:

## Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների մասին տեղեկացվածությունը

ԱՀԳԳ 2007 և 2009 հետազոտությունների տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բնակչության մոտ կեսից ավելին ընդհանուր առմամբ իրազեկ է ռիսկի հիմնական գործոնների վերաբերյալ, որոնք նպաստում են ոչ վարակիչ հիվանդություններին: ԱՀԳԳ 2009 զանգվածային հետազոտության արդյունքներում ընդգրկված ռիսկի գործոնների (ծխախտոտի օգտագործում և ֆիզիկական թերակտիվություն) վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակը բարձրացել է (Դիագրամ 68): Այս արդյունքները վկայում են այն մասին, որ առողջության ուսուցման գործողությունները որոշ հաջողություն են ունեցել հանրության իրազեկվածությունը բարձրացնելու գործում: Սակայն այս գլխում ավելի վաղ ներկայացված ռիսկի գործոնների ցուցանիշները ցույց են տալիս, որ ծխելու, ֆիզիկական թերակտիվության և ալկոհոլի օգտագործման վարքագծային ռիսկերի տարածվածությունը բարձր է և վերջին երկու տարիների ընթացքում այն աննշան է փոխվել կամ մնացել է նույնը: Վարքագծային այս ռիսկերի նվազեցման ռազմավարությունները չեն կարող կենտրոնանալ բացառապես տեղեկացվածությունը բարձրացնելու շուրջ, այլ պետք է նաև նկատի առնեն, թե ինչպե՞ս են այլ գործոններն ազդելու մարդկանց վարքի վրա:

**Դիագրամ 68. Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղյակ 20 և ավելի տարիք ունեցող բնակչության տոկոսը, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

**Տեղեկացվածությունը ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի գործոնների վերաբերյալ**

ԱՀԳԳ 2009 հետազոտությունը տեղեկություններ է տրամադրում կենսաբանական ռիսկի գործոնների՝ զարկերակային բարձր ճնշման, խոլեստերինի և շաքարի բարձր մակարդակների մասին:

Չարերակային ճնշում: Բոլոր հարցվածների մոտ 63%-ը գիտեն իրենց զարկերակային ճնշումը, իսկ հարցվածների 20.7%-ը հաղորդել են, որ երբևէ որևէ բուժաշխատող նրանց ասել է, որ իրենք ունեն զարկերակային բարձր ճնշում (ԱՀԳԳ 2007 հետազոտության ժամանակ հարցվածների միայն 11.9%-ի համեմատ):

Խոլեստերինի և շաքարի մակարդակ: Արյան մեջ խոլեստերինի մակարդակը երբևէ չափվել է բոլոր հարցվածների 12.2%-ի մոտ, իսկ այդ անձանցից 19.6%-ին որևէ բուժաշխատող ասել է, որ նրանց արյան մեջ քոլեստերինի պարունակությունը բարձր է:

Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը չափվել է բոլոր հարցվածների 16.5%-ի մոտ, իսկ նրանցից 12.1%-ի մոտ, բժշկի ասելով, գլյուկոզայի պարունակությունը եղել է նորմայից ավելի բարձր:

Հարկ է նշել, որ զարկերակային ճնշումն ինքնուրույն չափելու համար բնակչության զգալի մասն ունի սեփական տոնոմետր, որը կարելի է ձեռք բերել առանց բժշկի դեղատոմսի: Սակայն խոլեստերինի և շաքարի մակարդակների չափումը պահանջում է բժշկի այց: Ավելին, այս թեստերը կարող են կատարվել միայն այն դեպքում, երբ բժիշկը որոշում է դրանց անհրաժեշտությունը, այլ ոչ թե որպես սքրինինգի կամ բժշկական ընդհանուր ստուգման մաս:

**Տեղեկացվածությունը վարակիչ հիվանդությունների վերաբերյալ (ՄԻԱՎ և տուբերկուլյոզ)**

ԱՀԳԳ 2009 հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս ՄԻԱՎ-ի և տուբերկուլյոզի մասին տեղեկացվածության բավականին բարձր մակարդակ (Աղյուսակ 10 և Աղյուսակ 11): Մյուս կողմից արդյունքները բացահայտում են նաև որոշ թյուրըմբռնումներ այս հիվանդությունների և դրանց փոխանցման ուղիների վերաբերյալ, ինչը կարող է խոչընդոտել ախտորոշված անհատների բուժման արդյունավետությանը, մասնավորապես՝ ՄԻԱՎ-ով հիվանդների դեպքում:

Ընդհանուր տեղեկացվածությունը վարակիչ հիվանդությունների (օրինակ՝ ՄԻԱՎ-ի և տուբերկուլյոզի) վերաբերյալ պետք է զուգորդվի փոխանցման ուղիների և այս հիվանդություններով վարակվելը կանխարգելելու պատշաճ ու արդյունավետ ձևերի խորը ընկալմամբ:

**Աղյուսակ 10. ՄԻԱՎ խնդիրների վերաբերյալ տեղեկացված բնակչության տոկոս, 2009թ.**

ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ մասին լսածների % <sup>u</sup>		91.8
Հարցվածների %, որը որպես տեղեկատվության հիմնական աղբյուր նշել է <sup>f</sup>	հեռուստատեսությունը	82.7
	բուժաշխատողներին	1.1
	պաստառները և պլակատները	0.5
Հարցվածների %-ը, որը գիտի, որ ՄԻԱՎ-ը:	անբուժելի է	72.8
	վարակիչ է	89.4
	չի կարող փոխանցվել օդային ճանապարհով	74.7
	չի կարող փոխանցվել ձեռքով բարևելու միջոցով	76.6
Հարցվածների %-ը, ովքեր ճանաչում են ՄԻԱՎ-ից մահացած անձի		2.4
Վերաբերմունքը ՄԻԱՎ-ով հիվանդ անձանց	Հարցվածների %-ը, որը համարում, որ անձի հիվանդ լինելը ՄԻԱՎ-ով պետք է գաղտնի պահվի հասարակությունից	12.7
	Հարցվածների %, որն իր ընտանիքի անդամին խորհուրդ կտար ընկերություն չանել ՄԻԱՎ-ով հիվանդի հետ	77.4
	Ամուսնացածների %, որոնք երբևէ խոսել են ՄԻԱՎ-ի մասին իրենց ամուսնու/կնոջ հետ	24.3

<sup>u</sup> Հետագա տոկոսները տրված են ՄԻԱՎ/ՉԻԱՅ-ի մասին երբևէ լսած հարցվածների քանակից:

<sup>f</sup> «Այլ» կամ «պատասխան չկա» նշածների տոկոսը ներկայացված չէ:

Աղբյուր՝ ԱՅԳԳ 2009

ՄԻԱՎ-ից բացի՝ հարցվածների 59.9%-ի գիտի այլ սեռավարկների մասին:

**Աղյուսակ 11. Տուբերկուլյոզի խնդիրների վերաբերյալ տեղեկացված բնակչության տոկոս, 2009թ.**

Տուբերկուլյոզի մասին լսածների % <sup>u</sup>		91.8
Հարցվածների %, որը որպես տեղեկատվության հիմնական աղբյուր նշել է <sup>f</sup> :	հեռուստատեսություն	74.8
	բուժաշխատողներ	4.6
	պաստառներ և պլակատներ	0.9
Հարցվածների %-ը, որը համոզված է, որ տուբերկուլյոզը	նախկինում անբուժելի է եղել	43.7
	այժմ բուժելի է	34.6
	այժմ անբուժելի է	9.7
	վարակիչ է	83.6
	կարող է փոխանցվել օդային ճանապարհով	72.3
	կարող է փոխանցվել ձեռքով բարևելու միջոցով	39.0
	Տնային տնտեսությունների %, որտեղ երբևէ եղել է տուբերկուլյոզով հիվանդ	
Հարցվածների %, որն իր ընտանիքի անդամին խորհուրդ կտար ընկերություն չանել տուբերկուլյոզով հիվանդի հետ		82.1
Հարցվածների %-ը, որը տուբերկուլյոզի կասկածի դեպքում հակված է դիմել	տուբերկուլյոզային դիսպանսեր	34.5
	հիվանդանոց	47.5
	առաջնային բուժօգնության օղակ	15.2

<sup>ա</sup> Հետագա տոկոսները տրված են տուբերկուլյոզի մասին երբևէ լսած հարցվածների քանակից:

<sup>բ</sup> «Այլ» կամ «պատասխան չկա» նշածների տոկոսը ներկայացված չէ:

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2009

## Կենցաղային ռիսկի գործոններ

Կենցաղային ռիսկի գործոններն առնչվում են շրջակա միջավայրի գործոններին, որոնք ազդում են բնակչության առողջության վրա և ընդգրկում են մաքուր ջրի մատչելիությունը, կոյուղու և աղբահեռացման հարմարությունները, օդի աղտոտվածությունը: ԱՀԳԳ 2009 հետազոտությունն ընդգրկել է հարցեր խմելու ջրի աղբյուրի տեղադրության, զուգարանի տեղադրության, աղբահեռացման, կոյուղու առկայության, բնակարանի ջեռուցման, աղբահանության և շրջապատի օդի մաքրության վերաբերյալ: Քննարկված են նաև կենցաղային ռիսկի այլ գործոնների տարածվածության որոշ արդյունքներ:

### Խմելու ջրի աղբյուր

Խմելու ջրի աղբյուրի տեղադրումը զգալիորեն տարբերվում է ըստ աշխարհագրական տեղանքի (Աղյուսակ 12): Տնային տնտեսությունների մոտ 80%-ի դեպքում այն տեղադրված է բնակարանի ներսում: Երևանում այդ ցուցանիշը կազմում է գրեթե 100%, այլ քաղաքներում՝ 90%-ից ավելին է, սակայն գյուղերում՝ 45%-ից ցածր է: Գյուղերում մնացած հարցվածների խմելու ջրի աղբյուրը գտնվում է սեփական բակում, իսկ 4.5%-ը տեղեկացրել է, որ խմելու ջրի ծորակ չունի: Օրական 24 ժամ խմելու ջրի մատակարարում ունենալու մասին տեղեկացրել է Երևանի տնային տնտեսությունների կեսից ավելին, քաղաքներում՝ 21.8%-ը, իսկ գյուղերում՝ 48.2%-ը (արդյունքները ներկայացված չեն): Քաղաքների և գյուղերի տնային տնտեսությունների մոտ 21%-ն ունի օրական մինչև 3 ժամ խմելու ջրի մատակարարում:

### Աղյուսակ 12. Խմելու ջրի աղբյուրները, 2009թ.

	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Հայաստանի տարածք
Հարցվածի բնակարանի/տան ներսում	99.3%	91.5%	43.4%	78.3%
Հարցվածի սեփական բակում	0.5%	4.0%	47.0%	17.1%
Ընդհանուր բակում	0.0%	1.2%	2.1%	1.1%
Բակից դուրս	0.0%	3.1%	3.0%	2.0%
Խմելու ջրի ծորակ չունենք	0.2%	0.2%	4.5%	1.6%
<b>Ընդամենը</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

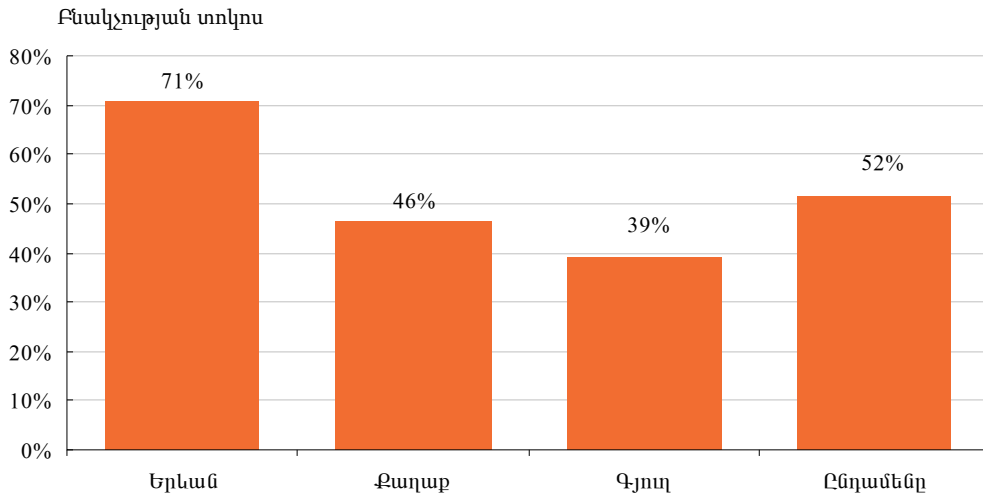
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2009

### Օդի որակ

Դատելով հարցվածների տված պատասխաններից՝ Հայաստանի բնակիչները լուրջ խնդիր են համարում օդի աղտոտվածությունը: Իրենց շրջապատի օդն աղտոտված են համարել բոլոր հարցվածների 51.7%-ը, իսկ Երևանում՝ հարցվածների 70.6%-ը (Դիագրամ 69)

Երևանում օդի աղտոտվածության հիմնական պատճառը բնակիչները համարում են մեքենաների արտանետումները (62.3%), փոշին (21.2%) և չհեռացված աղբը (11.3%): Քաղաքային այլ բնակավայրերում հիմնական աղբյուրը փոշին է (42.7%), մեքենաների արտանետումները (19.0%), մոտակայքի արդյունաբերական ձեռնարկությունը (16.6%) և ձմռանը վառելիքի ծուխը (13.7%): Գյուղերում օդի աղտոտվածության հիմնական պատճառը փոշին է (33.5%), որին հետևում են ձմռանը վառելիքի ծուխը (28.1%) և չհեռացված աղբը (18.9%):

**Դիագրամ 69 Օդի որակը բացասաբար գնահատած բնակչության տոկոսը, ըստ բնակավայրի, 2009թ.**



Աղբյուր՝ ԱՅԳԳ 2009

**Կենցաղային ռիսկի այլ գործոններ**

Քաղաքային տնային տնտեսությունների 12.7%-ի և գյուղաբնակների 78.1%-ի զուգարանը գտնվում է բակում: Տնային տնտեսությունների 1%-ից պակասն է օգտվում ընդհանուր զուգարանից, իսկ ոմանք նշել են, որ ընդհանրապես զուգարան չունեն: Կոյուղի չունեն գյուղաբնակ տնային տնտեսությունների 32.6%-ը:

Բնակարանների ջեռուցման հարցում կենտրոնական ջեռուցման համակարգը համարյա բացակայում է: Երևանում անհատական ջեռուցման համակարգ, գազօջախ կամ էլեկտրական տաքացուցիչ օգտագործող տնային տնտեսությունների հարաբերական քանակները մոտ են 30%-ին: Քաղաքային այլ բնակավայրերում բնակարանների ջեռուցման համար բացարձակ մեծամասնությունը օգտագործում է գազօջախը (65.4%), իսկ 15.8%-ը՝ փայտ կամ քարածուխ: Գյուղերում նույնպես տաքացման հիմնական միջոցը գազօջախն է (42.3%), սակայն այստեղ փայտի և քարածխի օգտագործումը հասնում է մինչև 37.9%-ի: Գյուղերում բնակարանների տաքացման երրորդ տարածված միջոցը գոմաղբն է (10.9%):

Հետազոտության արդյունքներով Երևանում չի հայտնաբերվել ինքնաբերաբար առաջացած աղբանոցների օգտագործում, սակայն դա լուրջ խնդիր է գյուղերում, որտեղ դրանցից օգտվում են տնային տնտեսությունների գրեթե կեսը (49.2%): Երևանում հարցվածների 30%-ը նշել է, որ իրենց աղբատարից աղբահանությունը կատարվում է ամեն օր: Սակայն այն տնային տնտեսությունների հարաբերական քանակը, որոնց աղբատարներից կամ աղբանոցներից աղբահանությունը կատարվում է շաբաթը 1 անգամ կամ ավելի հազվադեպ Երևանում կազմել է 16.1%: Այս ցուցանիշը քաղաքներում եղել է 28.2%, իսկ գյուղերում՝ 70%: Գյուղերում հարցվածների 23.5%-ը նշել է, որ իրենց մոտ աղբահեռացում ընդհանրապես չի կատարվում, իսկ քաղաքներում (բացի Երևանից) դա հաղորդել են տնային տնտեսությունների 2.2%-ը:

**Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր**

- Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տվյալները գրեթե բացառապես վերցված են ԱՅԳԳ հետազոտություններից: Թեպետ ռիսկի գործոնների վերաբերյալ նմանատիպ տվյալներ մատչելի են նաև ՀԺԱՀՀ-ից (2000 և 2005), սակայն թիրախային բնակչությունը և գնահատման մեթոդները համադրելի չեն:
- Փոքր չափերի ընտրանքները հուսալի հաշվարկներ չեն ապահովում և հնարավորություն չեն տալիս կատարել ենթաազգային տարբերությունների գնահատում:



## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

**Աղյուսակ 13. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Ռիսկի գործոններ, առողջության ուսուցում և հիվանդությունների կանխարգելում**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Ռիսկի գործոններն ընդգրկված են, թե ԱՀԳԳ հետազոտություններում, թե ՀԺԱՀՀ-ում: Սակայն թիրախային բնակչության և մեթոդների տարբերությունների հետևանքով երկու աղբյուրներից ստացված արդյունքները չեն կարող համեմատվել միտումների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու նպատակով: Բացի այդ, ընտրանքի փոքր չափը հնարավորություն չի տալիս կատարել տվյալների բացվածք ըստ մարզերի:</p>	<p>Ներդաշնակեցնել ԱՀԳԳ հետազոտության ընտրանքի կառուցվածքը և հարցաշարն այլ հետազոտությունների (հատկապես՝ ՀԺԱՀՀ) հետ, որպեսզի գնահատումները լինեն համադրելի:</p> <p>Ուսումնասիրել ՀԺԱՀՀ 2010 թվականի հետազոտության մեջ կենսաինդիկատորներ (օրինակ՝ չափահասների արյան մեջ գլյուկոզայի կամ խոլեստերինի մակարդակը չափելու համար) ավելացնելու հնարավորությունը: Դիտարկել չափահասների առողջության վրա կենտրոնացումը քաղցկեղների սքրինինգի և այլ միջոցներով:</p> <p>Կազմել հետազոտության ընտրանքներ, որոնք ներկայացուցչական կլինեն ենթաազգային (մարզային) մակարդակով՝ վարքագծային, կենցաղային և բնապահպանական ռիսկի գործոնների աշխարհագրական տարբերությունները գնահատելու և հասցեագրելու համար:</p>
<p>Բնակչության մեծ տոկոս դրսևորում է ռիսկային վարքագիծ, մասնավորապես՝ ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց միջավայրում կամ անառողջ սննդակարգը, որը հետևանքով չափահաս բնակչության կեսն ունի ավելորդ քաշ: Միսալ ապրելակերպի դրսևորումները կենտրոնացված են առավել աղքատ քվինտիլների տնային տնտեսություններում: Եթե չձեռնարկվեն մեթոդներ միջոցներ, ապա այս միտումը ծանր երկարաժամկետ հետևանքներ կունենա համեմատաբար ավելի վատ կենսամակարդակ ունեցող անհատների առողջության վիճակի համար և կարող է լուրջ մարտահրավեր դնել Հայաստանի առողջապահության համակարգի առջև:</p> <p>Ռիսկի գործոնների, ընդհանուր առմամբ, մեծ տարածվածությունը չի հանգեցրել վարքագծի փոփոխության: Խոլեստերինի բարձր մակարդակի, զարկերակային բարձր ճնշման կամ շաքարի բարձր մակարդակի հետևանքով ռիսկերի ենթակա անհատների նույնականացումը կարող է խթանել վարքագծի որոշ փոփոխություններ:</p>	<p>Կազմակերպել առողջ ապրելակերպի քարոզարշավներ՝ ճիշտ և չափավոր սննդակարգը, ինչպես նաև կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը խթանելու համար: Հիմնական գաղափարները պետք է ուղղված լինեն երկու սեռերի ներկայացուցիչներին և տարիքային բոլոր խմբերին:</p> <p>Բացի այդ, ծխելու դեմ միջամտությունները պետք է հասցեական ուղղվեն հատկապես այն անձանց, ովքեր ուշ դեռահասության կամ վաղ երիտասարդության տարիքում են՝ երիտասարդներին ծխել սկսելուց հետո պահելու համար:</p>
<p>Ջրի աղբյուրն ու կոյուղու համակարգը խնդրահարույց չեն երևանի և այլ քաղաքային բնակավայրերի դեպքում, սակայն գյուղերում բազմաթիվ տնային տնտեսություններն ունեն լուրջ խնդիրներ կոյուղու հետ և չունեն աղբահանության ծառայություններ:</p>	<p>Ջանքերն ուղղել գյուղական բնակավայրերում ջրամատակարարման և կոյուղու պայմանների բարելավմանը:</p>
<p>Առանց օդի աղտոտվածության քանակապես չափելի գնահատումների՝ դժվար է օբյեկտիվ գնահատական տալ Հայաստանում առողջության վրա օդի աղտոտվածության ռիսկի ազդեցությանը: Այդուհանդերձ, բնակչության</p>	<p>Որպես հետազոտության մաս՝ ուսումնասիրել օդի և ջրի որակի թեստեր իրականացնելու հարցը: Դիտարկել աղտոտվածությանն առնչվող շնչառական խնդիրների (օրինակ՝ ասթմայի սրման) վերաբերյալ</p>

<b>Իրավիճակ</b>	<b>Քաղաքականության առաջարկություններ</b>
զգալի մի մաս համոզված է, որ օդի որակը խնդրահարույց է և այն կարող է նպաստել կամ վատթարացնել շնչառական պայմանները:	չափահասներին հարցեր տալու հնարավորությունը:

## 9. Առողջապահության համակարգի արձագանքում

Առողջության վիճակի բարելավման և ֆինանսական ներդրումների արդարացիության հետ մեկտեղ՝ առողջապահական համակարգի երեք կարևորագույն նպատակներից է դրա կողմից սպասարկվող բնակչության ակնկալիքներին այն առավել արձագանքող դարձնելը: Համակարգի գործունեության այս տարրին առնչվող քաղաքականության հարցը հետևյալն է՝ արդյո՞ք առողջապահական համակարգն արձագանքում է Հայաստանի բնակչության կարիքներին ու պահանջներին:

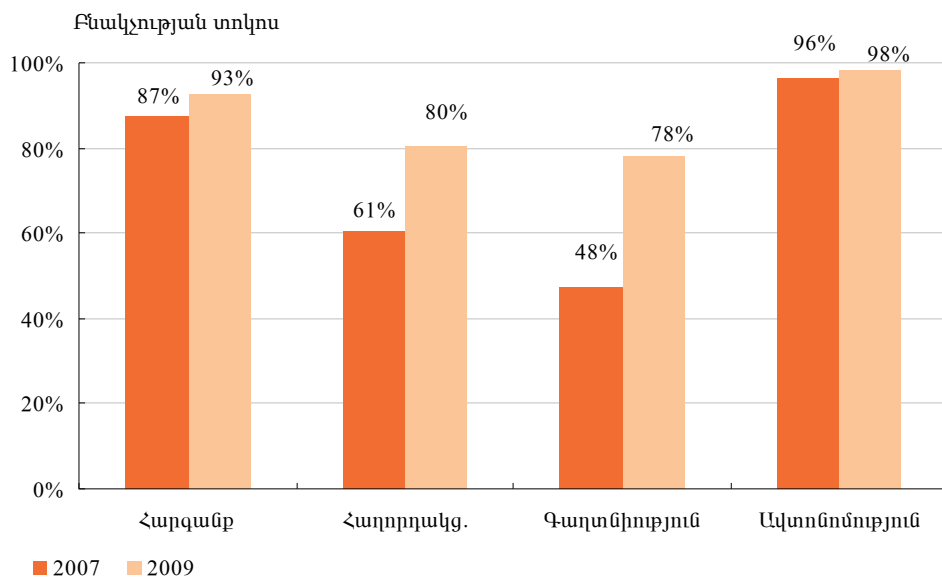
Առողջապահական համակարգի արձագանքումն արտացոլում է դրա գործունեությունը և ստացած առողջապահական ծառայությունների տարբեր բաղադրիչներով հիվանդների բավարարվածության աստիճանը: Արձագանքման ինդիկատորները սովորաբար վերցվում են բնակչության հետազոտություններից: ԱՅԳԳ 2007 և 2009 հետազոտություններում ընդգրկված են եղել հարցեր բուժօգնություն ստանալու նպատակով կատարած վերջին այցերի ընթացքում արձագանքման չորս դոմենների վերաբերյալ՝

1. Հարգանք: Արդյո՞ք բուժաշխատողները հարգալից են եղել հիվանդների հանդեպ և արդյո՞ք ֆիզիկական զննումները կատարվել են առանձնացված պայմաններում:
2. Հաղորդակցություն: Արդյո՞ք բժիշկները բացատրել են հիվանդին իր իրավիճակը, ախտորոշման թեստերն ու բուժման ընթացքը: Արդյո՞ք նրանք հնարավորություն են ընձեռել հիվանդին հարցեր տալ և քննարկել հիվանդության վերաբերյալ հետաքրքրող խնդիրներ:
3. Գաղտնիություն: Արդյո՞ք հիվանդը համոզված է եղել, որ իր հիվանդության պատմությունը գաղտնի է պահվել: Արդյո՞ք հնարավորություններ են եղել զրուցել բժշկի հետ առանձին, առանց այլ անձանց մասնակցության:
4. Ավտոնոմություն: Արդյո՞ք բժիշկը հասկանալի կերպով բացատրել է բուժման հնարավոր տարբերակները: Արդյո՞ք հաշվի առնվել է հիվանդի կարծիքը բուժօգնության տարբերակների ընտրության հարցում:

Հարկ է նշել, որ արձագանքման այս գնահատականները վերաբերում են միայն առողջապահական ծառայություններից օգտվողներին, այսինքն՝ բուժօգնության դիմածներին: Հետևաբար, ընդհանրապես ընդգրկված չէ առողջապահական համակարգի արձագանքման ամենակարևոր տարրերից մեկը՝ ծառայությունից օգտվելու հիվանդների կարողությունը և/կամ պատրաստակամությունը: Այլ խոսքով՝ անմատչելի համակարգը չի կարող համարվել արձագանքող: Օրինակ՝ ՀԺԱՀՀ 2005 հետազոտության տվյալներով (xxxix) կանանց մեծ մասը (89%) տեղեկացրել է առնվազն մեկ գործոնի կամ հանգամանքի մասին, որը լուրջ խոչընդոտ է հանդիսացել ծառայությունների մատչելիության տեսանկյունից: Նրանց ընկալմամբ մատչելիության առավել տարածված արգելքը եղել է ֆինանսականը (հարցվածների երկու երրորդը (66%) համոզված է, որ բուժման դիմաց վճարելը լուրջ խնդիր է, իսկ մեկ քառորդը (26%) նշել է տրանսպորտային ծախսերը): Նշված այլ արգելքներն առնչվում են բուժօգնության որակին (հարցվածների կեսից ավելին (58%) նշել են, որ ցածրորակ ծառայությունները լուրջ խնդիր են, իսկ 44%-ը մտահոգություն է հայտնել, որ ծառայություններ մատուցողը կարող է անբարիացկամ գտնվել): Առողջապահական համակարգի արձագանքման կատարողականի այլ կարևոր ինդիկատորների շարքում են ընդհանուր բավարարվածությունը առողջապահական համակարգի ծառայություններով և վստահությունն առողջապահական համակարգի հանդեպ: Հետևաբար կատարողականի մի շարք կարևոր ինդիկատորների գծով տվյալներ չկան:

Ծառայություններից օգտվածների կողմից արձագանքման չորս դոմենների վերաբերյալ վերը ներկայացված հարցերին դրական պատասխան տվածների հարաբերական քանակները ներկայացված են դիագրամ 70-ում: 2007-ից 2009 թթ. բոլոր չորս դոմենների գնահատականները բարելավվել են: Երկու դոմենները՝ հաղորդակցությունը և գաղտնիությունը, որոնք 2007թ. ունեին ամենացածր ցուցանիշները, 2009 թ. արձանագրել են առավել նշանակալի բարելավում, երբ հարցվածների մոտ 80%-ը նշել է, որ հաղորդակցությունը եղել է բարենպաստ և վստահություն հայտնել, որ իրենց անձնական տեղեկությունները գաղտնի են պահվել: Հարգանքի և ավտոնոմության գնահատականները մնացել են բարձր մակարդակի վրա և 2009 թ. երկուսն էլ գերազանցել են 90%-ը:

**Դիագրամ 70. Հայաստանում բուժառայություններից օգտվածների տոկոսը, որը դրական է գնահատել համակարգի արձագանքման դոմենները, 2007 և 2009թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

Նախքան բժշկին տեսնելը բուժփիմնարկում սպասելու համար հիվանդի ծախսած ժամանակն արձագանքման այն կողմն է, որը հնարավոր է օբյեկտիվորեն չափել: Սպասման տևողությանը վերաբերող այս հարցը<sup>10</sup> ընդգրկվել էր ԱՀԳԳ 2009 հետազոտության մեջ: Սպասման սովորական տևողությունը եղել է 10 րոպե, իսկ միջին ցուցանիշը՝ 14.2 րոպե: Հարցվածների 90%-ը նշել է, որ սպասել է 30 րոպեից պակաս: Սպասման տևողության միտումների և թիրախների բացակայության պայմաններում հնարավոր չէ գնահատել գործունեությունը: Այդուհանդերձ, այս ինդիկատորը կարող է պաշտոնապես ընդգրկվել, օրինակ, առողջության առաջնային պահպանման օղակի բարեփոխումների գնահատման մեջ:

Հարկ է նշել, որ, սպասման տևողությունից բացի, արձագանքման ցուցանիշները դժվար է հուսալիորեն գնահատել: Ավելի հուսալի գնահատականներ կարելի է ստանալ հիվանդների խորացված հետազոտություններից՝ նրբությունները հասկանալու համար ընդգրկելով որակական տվյալների հավաքագրումը:

**Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների արձագանքում**

Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների իրականացումը հնարավորություն է տալիս հետևել այս օղակի արձագանքման բարելավմանը: Առողջության առաջնային պահպանման ռազմավարության նպատակներից մեկն էր ներդնել առաջնային բուժօգնության ծառայություններ մատուցողի ազատ ընտրության սկզբունքը: ԱՀԳԳ 2009 հետազոտության արդյունքները որոշ նախնական տվյալներ են տրամադրում այն մասին, թե ինչն է կարևոր այս բարեփոխումների արձագանքումը գնահատելու տեսանկյունից: <sup>11</sup> Օրինակ, բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի մասին տեղյակ են եղել հարցվածների 75.6%-ը: Առաջնային բուժօգնության վերաբերյալ պայմանագիր կնքած հարցվածների մեծ մասը նշել է, որ իրենց բացատրվել է, որ իրավունք ունեն ընտրել այլ բուժհաստատություն (88.9%) կամ այլ բժիշկ (86.2%): Այս արդյունքները մեկնաբանելու համար կարևոր է այս նպատակների համար սահմանել նպատակային ցուցանիշեր և հասկանալ Հայաստանի բնակչության առաջնային բուժօգնության արձագանքման զանազան կողմերի հարաբերական կարևորությունը:

<sup>10</sup> Հարցը հետևյալն էր. «Մոտավորապես որքա՞ն էր կար եք սպասել բուժփիմնարկում նախքան բժշկին տեսնելը»:

<sup>11</sup> ԱՀԳԳ 2009 հետազոտության արդյունքներ:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

### Աղյուսակ 14. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջապահական համակարգի արձագանքում

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Արձագանքման ինդիկատորների գնահատականները դրական են և 2007 թվականի համեմատ դրանք բարելավվել են:</p> <p>Սակայն դրանց մեկնաբանության հարցում պետք է նկատի առնել մի շարք վերապահումներ: Դրանք ներկայացված են ստորև՝ արձագանքման գնահատումը բարելավելու առաջարկությունների հետ համատեղ:</p>	<p>Առանցքային ակնկալիքները որոշելու և արձագանքման համապատասխան գաղափարներ մշակելու նպատակով խորհրդակցել ֆոկլուս խմբերի հետ: Այս խորհրդակցությունները կարող են ձևավորել առողջապահական համակարգի արձագանքման գնահատումը բարելավելու շրջանակ:</p>
<p>Առկա ընթացիկ գնահատականներն արտացոլում են միայն բուժօգնությունից օգտվողների կարծիքները: Դրանք չեն ընդգրկում հնարավոր օգտվողներին, որոնք չեն կարողացել օգտվել կամ նախընտրել են չօգտվել ծառայություններից:</p>	<p>ՀԺԱՀ 2010 թ. հետազոտության մեջ ընդգրկել հարցեր այն թեմայով, թե ինչո՞ւ անհատները չեն օգտվում ծառայություններից՝ ապահովելով դրանց համադրելիությունը 2005թ. հետազոտության հարցերի հետ:</p>
<p>Բնակչության փոքր հետազոտություններից վերցված միաչափ քանակական գնահատականները համարժեք չեն մեծապես տեսական և զգայուն այնպիսի գաղափարներ ընկալելու համար, ինչպիսիք են «հարգանքը» և «ավտոնոմությունը»:</p>	<p>Համեմատել արձագանքման քանակական հետազոտության գնահատականների վավերականությունն ավելի հուսալի տեղեկատվության հետ: Օրինակ՝ հիվանդներին կարելի հարցեր ուղղել անմիջապես բուժաշխատողների հետ նրանց շփումից հետո: Նման հետազոտությունը կարող է ընդգրկել հարցերի շարքեր, որոնց հիման վրա կարելի է հաշվարկել հաղորդակցության, հարգանքի և այլ նմանատիպ բարդ գաղափարների ինդեքս: Մանրամասն վերլուծության համար հիվանդներից կարելի է հավաքագրել նաև որակական տեղեկություններ:</p>
<p>Հավանաբար արձագանքման հարցում կլինի մեծ անհամասեռություն, որը կախյալ է ծառայություն մատուցողի տեսակից (հիվանդանոց, առողջության կենտրոն և այլն), հիմնարկի կառավարումից (պետական, մասնավոր) և/կամ հիմնարկի վայրից: Այս «արդարացիության» տիպի գնահատականներից ոչ մեկը մատչելի չէր ավելի մանրամասն գնահատման համար:</p>	<p>Արձագանքման խնդիրներն ավելի լավ հասկանալու և հասցեագրելու համար անհրաժեշտ են ավելի լրամշակված ինդիկատորներ՝ ենթաազգային մակարդակով և ըստ ծառայություններ մատուցողի տեսակի: Տվյալների հավաքագրման մեթոդաբանությունը պետք է ապահովի արդարացիության նմանատիպ վերլուծությունը:</p>

## 10. Առողջության վիճակի բարելավում

«Բարելավված առողջությունը» առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակն է և, հետևաբար, դրա որոշիչ խնդիրը: Առողջապահական գործնական նպատակներն իրականացվում են որպես առողջության, ինչպես նաև առողջապահության համակարգի մյուս երկու նպատակների (համակարգի արձագանքման խթանում և ֆինանսական ներդրումների արդարացիության երաշխավորում) բարելավմանը հասնելու միջոց (ix): Նախորդ գլուխներում ուսումնասիրվել են առողջապահական համակարգի գործնական նպատակներն ու դրանց առնչվող գործունեության տարրերը (ծառայությունների մատչելիությունը և բուժօգնության որակն ու անվտանգությունը), ինչպես նաև առողջապահական համակարգի մյուս երկու նպատակները: Այս գլխում առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատվում է առողջության իրավիճակը բարելավելու իր որոշիչ նպատակի տեսանկյունից՝ հնարավորություն տալով դիտարկել, թե ինչպե՞ս են գործնական նպատակները փոխկապակցվում բարելավված առողջությանը (կամ չեն փոխկապակցվում դրան): Նպատակը գնահատելու համար կան քաղաքականության երկու հարցեր՝

1. Արդյո՞ք բարելավվում են բնակչության առողջության վիճակի մակարդակներն ու բաշխվածությունը: Քաղաքականության այս հարցն անդրադառնում է ոչ միայն բնակչության առողջության միջին մակարդակի բարելավմանը, այլև այն հարցին, թե որքանով է առողջության բարելավումը բաշխվում անհատների միջև՝ անկախ աշխարհագրական կամ սոցիալ-տնտեսական տարբերություններից:
2. Որո՞նք են հիվանդություններով հիվանդացության և դրանց տարածվածության հիմնական միտումները:

### Առողջության վիճակի մակարդակն ու բաշխումը

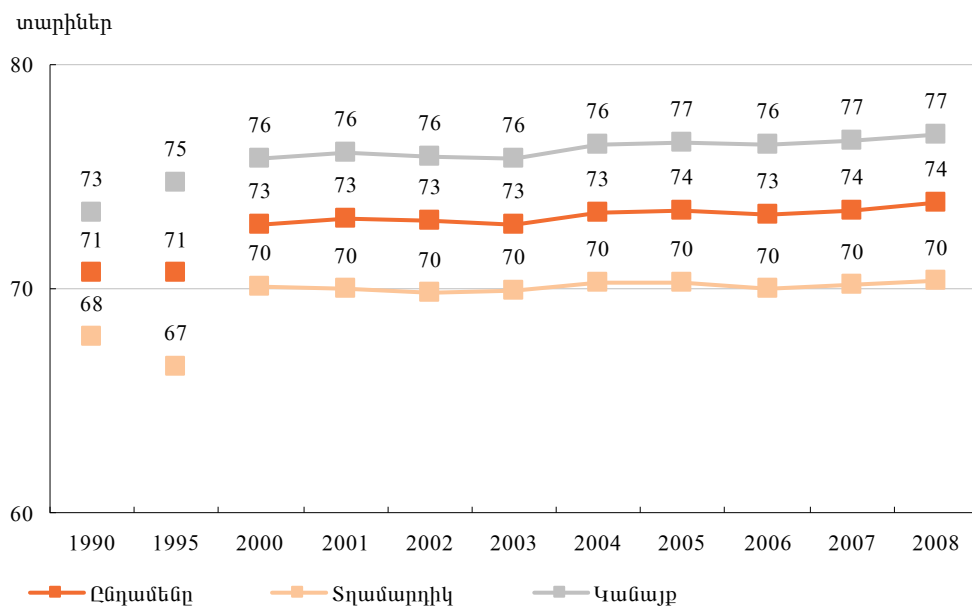
Սույն զեկույցում Հայաստանի բնակչության առողջության վիճակը գնահատված է հետևյալ ինդիկատորների օգնությամբ՝

- Կյանքի սպասվող տևողություն.
- Անհատների կողմից առողջության ինքնագնահատում.
- Երեխաների. մանկական և նորածնային, ինչպես նաև մայրական մահացություն:

### Կյանքի սպասվող տևողություն

Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս 2004-2008 թվականների ընթացքում ըստ էության չի փոփոխվել, մնալով 73-ից 74 տարի մակարդակի վրա (Դիագրամ 71): 1990 թվականի նկատմամբ, սակայն, այդ ցուցանիշն աճել է 3.1 տարով: Այդ աճը հիմնականում պայմանավորված է մանկական մահացության նվազմամբ, որը մեծ ազդեցություն ունի կյանքի սպասվելիք տևողության վրա: (2008 թվականին 1000 կենդանի ծնվածների հաշվով այն եղել է 10.8, իսկ 1990-ին՝ 18.5): Վերջին տասը տարիներին կանանց կյանքի սպասվող տևողությունը 5-6 տարով գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը և նշաններ կան, որ տարբերությունը մեծանալու միտում ունի:

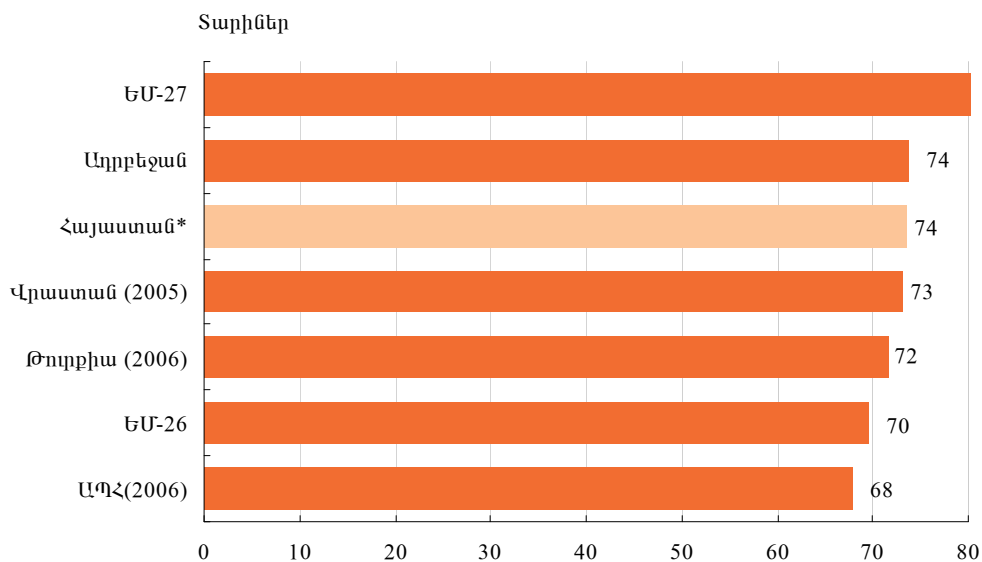
**Դիագրամ 71. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

Ազգային վիճակագրական ծառայության (ԱՎԾ) հրապարակած վիճակագրության համաձայն Հայաստանի ցուցանիշն ամենացածրն է իր անմիջական հարևանների շարքում, սակայն նշանակալի գերազանցում է ԵՄ-26 երկրների միջին ցուցանիշին (Դիագրամ 72): Հարկ է նշել, որ ԱՀԿ գնահատականներով Հայաստանում կյանքի իրական սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս հավանաբար չորսից հինգ տարով<sup>12</sup> քիչ է, քան պաշտոնապես ներկայացվող արդյունքները:

**Դիագրամ 72. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



<sup>12</sup> ԱՀԿ գնահատականների համեմատ ԱՎԾ ներկայացրած կյանքի սպասվող տևողության մակարդակներն ավելի բարձր են՝ միջինը 5-6%-ով, կամ կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս մոտ չորսը տարով երկար է ԱՀԿ գնահատականներից: Տարբերությունը կարող է բացատրվել ՔԿԱԳ համակարգում մահերի թերներկայացմամբ և/կամ հայտարարում պաշտոնական *դե յուրե* բնակչության թվի չափազանցմամբ, ինչը պայմանավորված է չփաստաթղթագրված արտագաղթի բարձր մակարդակներով:

Նշում՝ 2003թվականին ԱԴԿ «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարանը Հայաստանի համար տալիս է 73.1 տարի ցուցանիշ: Ավելի թարմ տվյալներ մուտքագրված չեն:

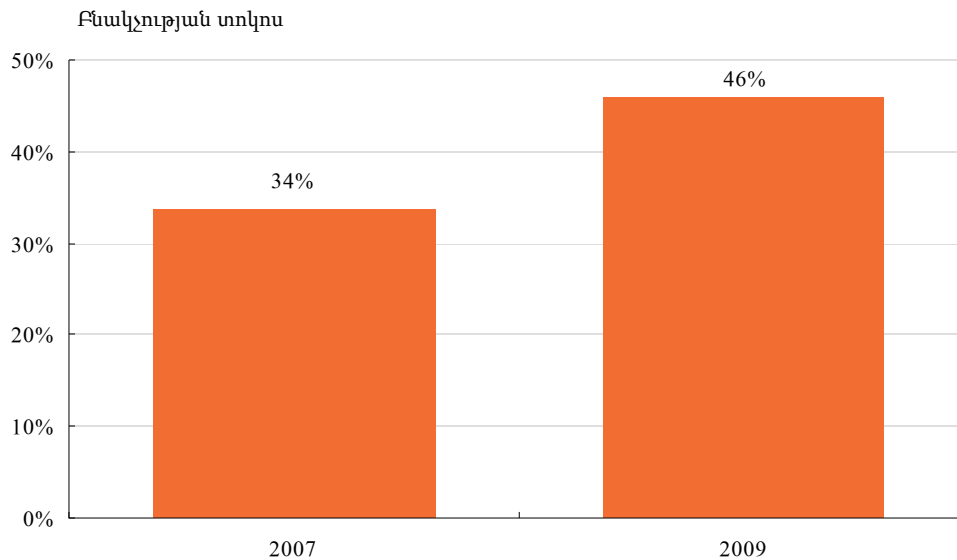
ԱՊԴ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուր՝ ԱԴԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x)

### Ինքնագնահատված առողջական վիճակ

Բնակչության կողմից իրենց առողջության ինքնագնահատման արդյունքները ստացվել են ԱԴԳԳ 2009 զանգվածային հետազոտության միջոցով: Դրանք ցույց են տալիս, որ վերջին երկու տարվա ընթացքում տեղի է ունեցել այս ցուցանիշի զգալի բարելավում: Եթե 2007 թվականին իրենց առողջական վիճակը «շատ լավ» կամ «լավ» էին գնահատել հարցվածների 27.5%-ը, ապա ԱԴԳԳ 2009-ի տվյալներով այդպիսիք էին արդեն հարցվածների 38.9%-ը<sup>13</sup> (Դիագրամ 73):

#### Դիագրամ 73. Իրենց առողջությունը «շատ լավ» կամ «լավ» գնահատած բնակչության տոկոսը, Հայաստան, 2007 և 2009թթ.



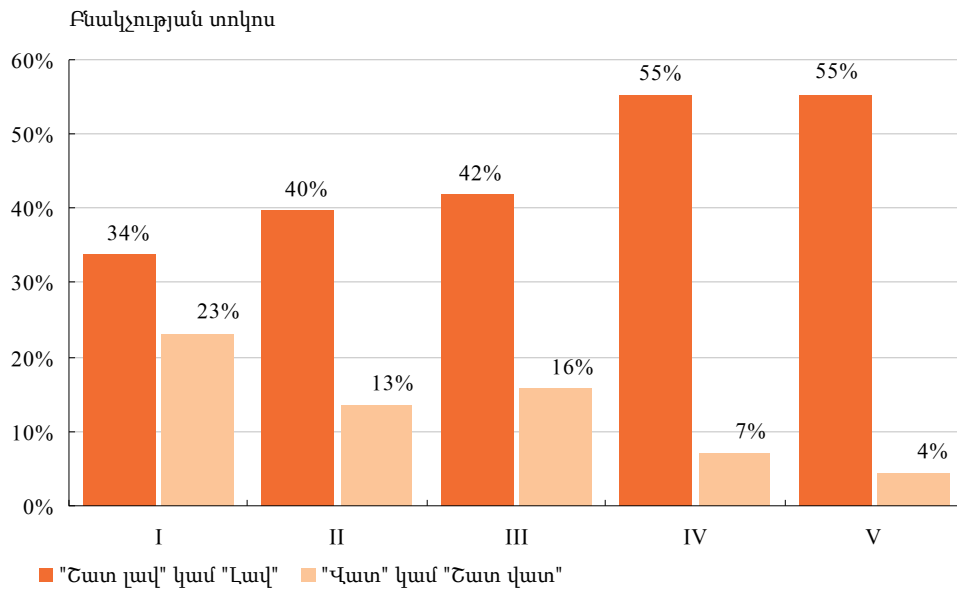
Աղբյուրներ՝ ԱԴԳԳ 2007 և 2009

Սակայն բարեկեցության տարբեր խմբերում այդ ցուցանիշի արժեքները նշանակալի տարբերվում են: Առավել բարեկեցիկ քվինտիլում (V) առողջության վիճակը «շատ լավ» կամ «լավ» ինքնագնահատած անձանց հարաբերական քանակը եղել է 55.2%-ը, իսկ առավել անբարեկեցիկ քվինտիլում (I)՝ միայն 33.9% (Դիագրամ 74): Մեծ տարբերություն է գրանցվել նաև իրենց առողջությունը «վատ» կամ «շատ վատ» գնահատած անձանց հարաբերական քանակների միջև՝ ամենաբարեկեցիկ քվինտիլում այն 4.4% է, իսկ առավել անբարեկեցիկում՝ 23.2%:

<sup>13</sup> Հարկ է նշել, որ 2007 թվականի հետազոտության արդյունքների հետ համեմատություններում 2009 թվականի արդյունքները հղում են կատարում միայն 20 և ավելի տարիքի բնակչությանը: Սակայն 2009 թ. հետազոտության ամբողջական արդյունքները և ստրատիֆիկացումն ըստ բարեկեցության քվինտիլի ներառում են 15 և ավելի տարիքի բոլոր հարցվածներին:



**Դիագրամ 74. Իրենց առողջությունը «շատ լավ» կամ «լավ» և «վատ» կամ «շատ վատ» գնահատած բնակչության տոկոսն ըստ բարեկեցության քվինտիլների, 2009թ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007 և 2009

Առողջության ինքնագնահատականի ցուցանիշը ամուր փոխկապակցված է հարցվածների տարիքի հետ: 15-19 տարեկանների խմբում իրենց առողջությունը «շատ լավ» կամ «լավ» էին գնահատել հարցվածների 85.9%-ը, իսկ 70 կամ ավելի տարիք ունեցողների խմբում համապատասխան ցուցանիշը եղել է միայն 6.7%: Իրենց առողջությունը «շատ լավ» կամ «լավ» գնահատածների հարաբերական քանակը հաստատուն նվազում էր տարիքի աճին զուգահեռ:

Առողջության ինքնագնահատականի մակարդակները Երևանում, այլ քաղաքներում և գյուղերում նշանակալի չեն տարբերվում: Երևանում իրենց առողջությունը «շատ լավ» կամ «լավ» են գնահատել հարցվածների 52.6%-ը, իսկ այլ քաղաքներում և գյուղերում 50.8% և 49.0% համապատասխանաբար:

Իրենց առողջական վիճակն ավելի բարձր («շատ լավ» կամ «լավ») են գնահատել հարցված տղամարդիկ (55.4%), քան կանայք (46.3%):

**Երեխաների, մանկական ու նորածնային մահացություն և մայրական մահացություն**

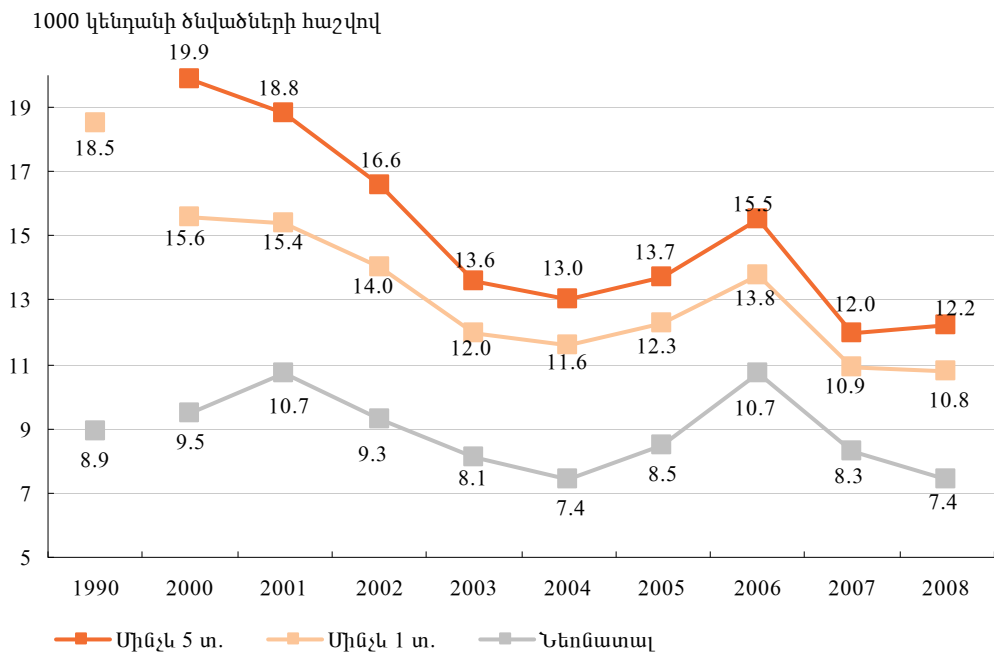
Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները համարվում են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման մակարդակի հետ սերտորեն փոխկապակցված ցուցանիշներ: Դրանք երկուսն էլ ընդգրկված են ՀԶՆ-ների ցանկում (ii): ՀԶՆ-ների նպատակային արժեք է սահմանվել՝ մինչև 2015 թվականը 1990 թվականի համեմատ նվազեցնել երեխաների (0-ից մինչև 5 տարեկան) մահացությունը 2/3-ով: Հայաստանի դեպքում սա նշանակում է 1990 թվականին 1000 կենդանածինների հաշվով մահացության 24 դեպքը դարձնել 1000 կենդանածինների հաշվով 8 դեպք՝ 2015 թվականին: Մայրական մահացության համար նպատակային արժեք է սահմանվել 2015 թվականին 1990-ի համեմատ երեք քառորդով կրճատել մայրական մահացությունը: Հայաստանի դեպքում դա նշանակում է 100 000 ծնունդի հաշվով մայրական մահացության 38.5 ցուցանիշը (1990-1992 եռամյա միջինը) 2015 թվականին հասցնել 100 000 ծնունդի հաշվով 10-ից ցածր արժեքի:

Այս ցուցանիշների նպատակային արժեքները ներառված են նաև Հայաստանի ռազմավարական և ծրագրային նպատակներում: Համաձայն «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.» ռազմավարության, նպատակադրված է նվազագույնը 1/3-ով նվազեցնել մանկական (0-1 տարեկան) և երեխաների (մինչև 5 տարեկան) մահացության մակարդակները: Մանկական մահացության առումով դա նշանակում է, որ 2015 թվականին այն չպետք է գերազանցի 1000 կենդանածինների հաշվով մահացության 10 դեպքը: Վերարտադրողական առողջության 2007-2015թթ. ազգային ծրագիրը նպատակադրում է 1000

Կենդանածինների հաշվով նորածնային (0-28 օրական) մահացության 7 կամ ավելի քիչ դեպքը, իսկ պերինատալ մահացության համար 1000 կենդանածինների հաշվով մահացության 10 կամ ավելի քիչ դեպքը:

Ընդհանուր առմամբ 2000 թվականից երեխաների, մանկական և նորածնային մահացության ցուցանիշները նվազել են՝ չնայած 2004-2006 թվականներին նկատված աճի (Դիագրամ 75): 2006-2008 թվականներին երեխաների մահացությունը կրճատվել է 3.2-ով՝ 1000 կենդանի ծնվածների հաշվով, մանկական մահացությունը՝ 3.0/1000-ով, նեոնատալ մահացությունը՝ 3.3/1000-ով: 2005 թվականին Հայաստանն ընդունել է կենդանածնության ԱՀԿ ստանդարտ սահմանումը, ինչն էլ կարող է մասամբ բացատրել 2006 թվականին տեղի ունեցած արտասովոր աճը:

**Դիագրամ 75. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն, 1000 կենդանածինների հաշվով, 1990 և 2000-2008թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ

**Աղյուսակ 15. Երեխաների մահացության ցուցանիշները 1000 կենդանածինների հաշվով՝ ըստ տարիների**

		1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Մինչև 5 տարեկան</b>	<b>5</b>	24.0*	19.9	18.8	16.6	13.6	13.0	13.7	15.5	12.0	12.2
<b>Մինչև 1 տարեկան</b>	<b>1</b>	18.5	15.6	15.4	14.0	12.0	11.6	12.3	13.8	10.9	10.8
<b>Նեոնատալ<sup>14</sup></b>		8.9	9.5	10.7	9.3	8.1	7.4	8.5	10.7	8.3	7.4
<b>Պերինատալ<sup>14</sup></b>		17.6	16.4	14.8	13.4	13.1	12.1	11.9	14.4	13.4	12.8

<sup>14</sup> ԱՏԿԿ-ի և «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007-2015թթ. ազգային ռազմավարության, ծրագրի և գործողությունների ժամանակացույցի» (Հավելված 3, Մոնիթորինգի հիմնական ինդիկատորներ) 2005 թվականի տվյալները նեոնատալ և պերինատալ մահացության ցուցանիշների վերաբերյալ տարբերվում են: Ըստ «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007-2015թթ. ազգային ռազմավարության, ծրագրի և գործողությունների ժամանակացույցի» դրանք համապատասխանաբար 8.2 և 16.4 են:

**Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, 2009թ.**

<b>Վաղ նեոնատալ<sup>15</sup></b>	7.5	10.2	11.1	10.7	9.9	9.2	9.6	9.6	7.3	7.2
<b>Մեռելաձնությունը</b>	10.0	8.3	8.0	7.1	7.9	7.6	7.3	8.6	9.2	9.0

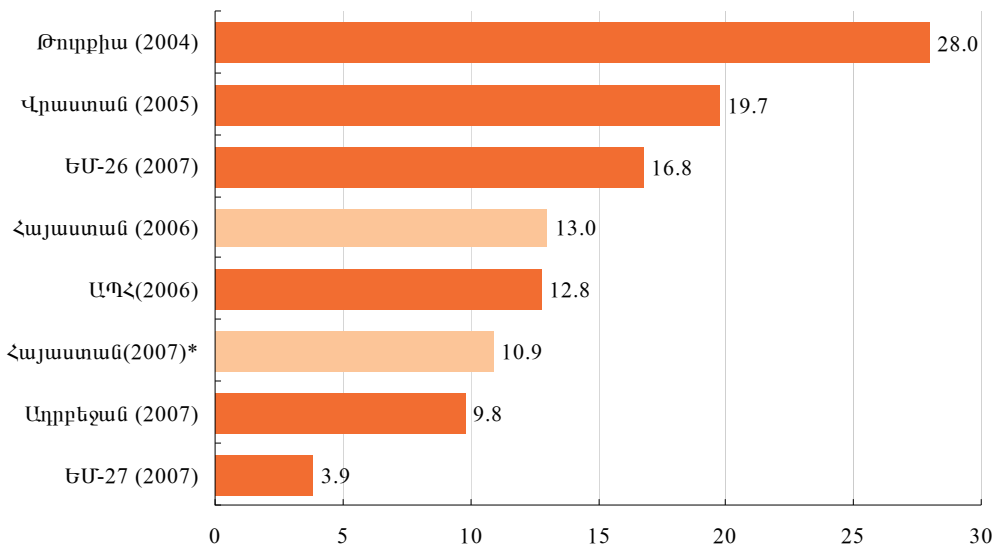
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, \*2005(ii)

Ինչպես կյանքի սպասվող տևողության դեպքում՝ երեխաների, մանկական և նորածնային մահացության պաշտոնական տվյալները մշտապես տարբերվում են (և այս դեպքում ցածր են) ԱՀԿ գնահատականներից: Պաշտոնական ցուցանիշներին առնչվող տվյալների որակի հիմնախնդիրները հավանաբար պայմանավորված են մահերի, հատկապես՝ վաղ նեոնատալ մահացության դեպքերի թերներկայացմամբ, ինչպես նաև հայտարարի գերազնահատմամբ, որոնք համատեղ հանգեցում են փաստացի մակարդակի թերազնահատման: Բացի այդ 2005 թվականին Հայաստանն ընդունեց «կենդանանաձնության» միջազգային սահմանումը, սակայն հաշվետվություններ ներկայացնող բոլոր աղբյուրներում դրա ներդրումը կարող է ժամանակ պահանջել: Այս ցուցանիշների միջազգային համեմատությունները պետք է նկատի առնեն այս սահմանափակումը:

Ընդհանուր առմամբ, անմիջական հարևանների համեմատ Հայաստանում մանկական մահացության մակարդակներն ավելի ցածր են՝ գերազանցում են միայն Ադրբեջանի ցուցանիշը (Դիագրամ 76), և համեմատելի են ԵՄ-26 երկրների համախմբության միջին ցուցանիշին: Այդուհանդերձ, մանկական մահացության մակարդակը դեռևս երեք անգամ գերազանցում է ԵՄ-27 երկրների համախմբության միջինը:

**Դիագրամ 76. Մանկական մահացությունը 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, առկա ամենավերջին տարիներ**

1000 կենդանի ծնվածների հաշվով



Նշում՝ Այստեղ մանուկները սահմանված են որպես 0-ից 1 տարեկան երեխաներ:

ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը

Աղբյուրներ՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x), \*ԱՏՎՀԿ

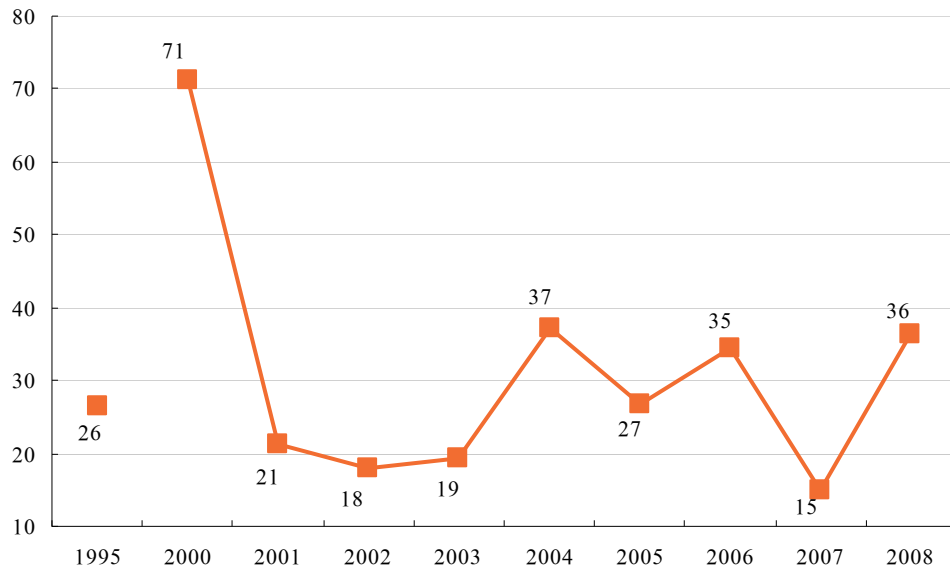
Մայրական մահացության տարեկան գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների նկատմամբ ծայրաստիճան անկայուն է, ինչը պայմանավորված է դրա հիմքում ընկած մահվան դեպքերի

<sup>15</sup> Տրամաբանորեն նեոնատալ մահացության ցուցանիշը մեծ է կամ հավասար վաղ նեոնատալ մահացության ցուցանիշից: 2000-2005 թվականներին վաղ նեոնատալ մահացության ցուցանիշը մեծ է ստացվել նեոնատալ մահացության ցուցանիշներից այդ մահերի գրանցման տեխնոլոգիայի հետևանքով: Վաղ նեոնատալ մահացությունը հավաքագրվում է ՀՀ ԱՏՎՀԿ կողմից N32 և N2 հաշվետվական ձևերով: Հիվանդանոցները ճշգրիտ կերպով լրացնում են դրանք: Իսկ նեոնատալ մահացությունը գրանցում են ՔԱԿԳ-ները: Հաճախ 0-6 օրական մահացած երեխաների ծնողները այդ մահերը չեն գրանցում ՔԱԿԳ-երում, որի հետևանքով հնարավոր է դառնում այդ երկու ցուցանիշների միջև տրամաբանական հակասությունը: Օրինակ, 2005 թվին ՀՀ ԱՏՎՀԿ-ն հաշվառել է 363 վաղ նեոնատալ մահ, իսկ ԱՎԾ-ն, որը հաշվառումը կատարում է ՔԱԿԳ տվյալների հիման վրա հաշվառել է 320 նեոնատալ մահ: Հարկ է նշել, որ այդ թերգրանցումը փոխանցվում է նաև մանկական և երեխաների մահացության ցուցանիշներ:

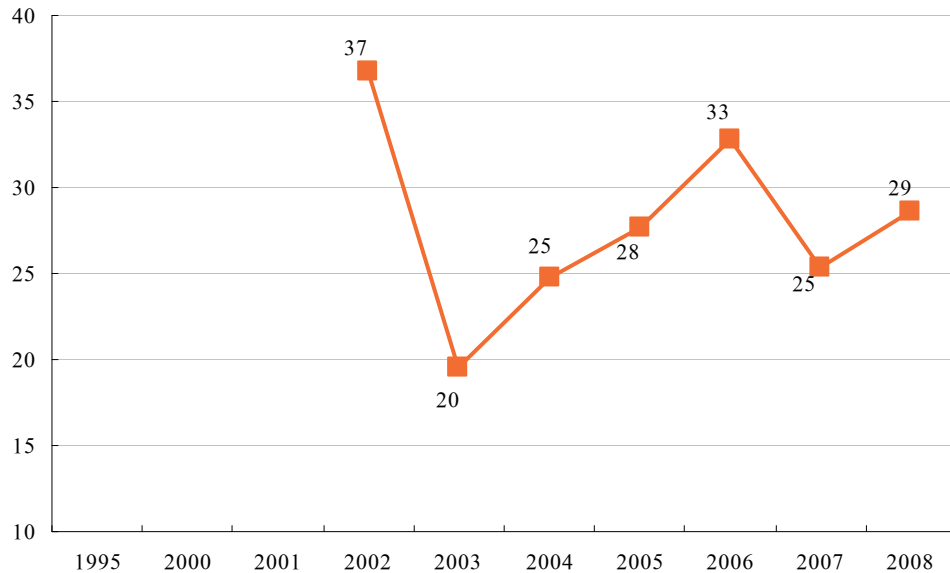
փոքր քանակությամբ: Համարիչի փոփոխության 1 դեպքը վերածվում է գործակցի մոտ 2.5% փոփոխության: Այդ պատճառով մայրական մահացության փոփոխության միտումները վերլուծելու համար հաճախ կիրառվում են մայրական մահացության գործակիցների եռամյա միջինները: Տարեկան և եռամյա գործակիցները ներկայացված են ստորև (Դիագրամ 77 և Դիագրամ 78):

**Դիագրամ 77 և Դիագրամ 78. Մայրական մահացության գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2001**

Տարեկան ցուցանիշ



Եռամյա միջին ցուցանիշ



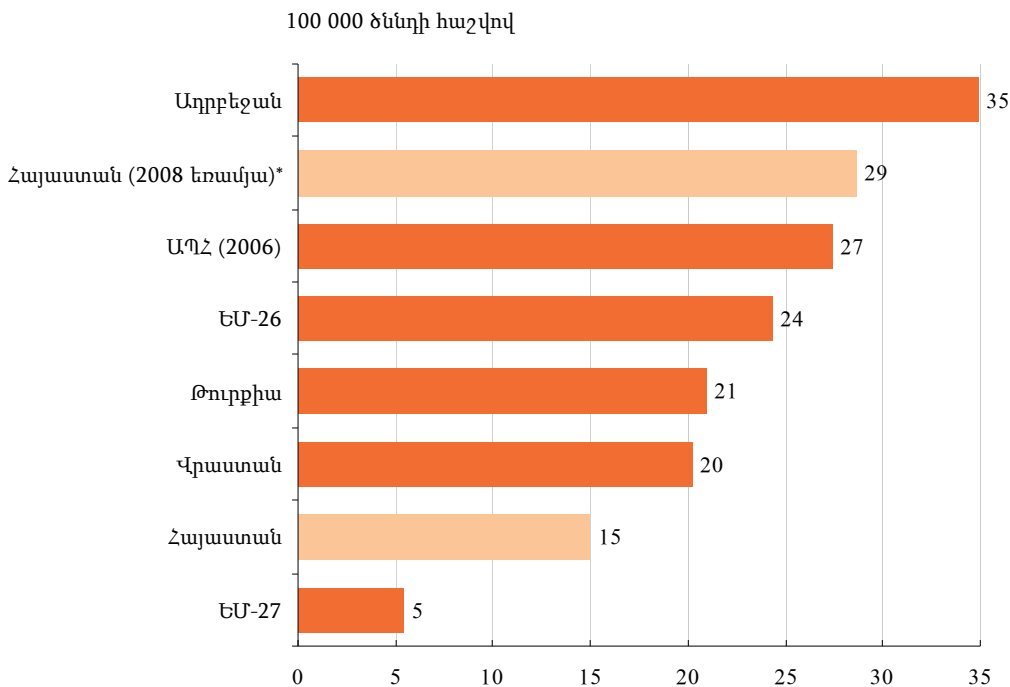
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Մայրական մահացության գործակցի թռիչքը եղել է 2000 թվականին (71.1 մահվան դեպք 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով): Այս թռիչքի հետևանքով 2000-2002թթ. եռամյա միջինը նույնպես աճել է: 2000 թվականից տարեկան գործակիցը տատանվում է, սակայն 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով կայուն մնում է 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով մահվան 18-ից 37 դեպքի միջև: 2003-2006թթ. եռամյա գործակիցն աճել է, սակայն դրանից հետո որոշ չափով նվազել:

ՀՀ Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարությամբ նախատեսված է, որպեսզի մայրական մահացության ցուցանիշը 2015 թվականին չգերազանցի 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով մայրական մահացության 20 դեպքի շեմը<sup>16</sup>: 2000-2008 թվականներին այդ շեմը տարեկան կտրվածքով հաղթահարվել է մի քանի անգամ, սակայն եռամյա միջինը մնացել է 20-ից զգալիորեն բարձր: Ընթացիկ ցուցանիշը ևս զգալիորեն բարձր է ՀԶՆ-ների նպատակային ցուցանիշից, որը կազմում է 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով 10 դեպք՝ մինչև 2015 թվականը:

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ միաջգային համեմատությունները պետք է կատարվեն զգուշությամբ: Մասնավորապես, կենդանի ծնունդների համեմատաբար փոքր թիվ ունեցող երկրների դեպքում արդյունքները կարող են նշանակալի տարբերվել՝ ելնելով ընտրված տարուց: 2007 թվականին (վերջին տարին, որի համար մատչելի են միջազգային տարեկան ցուցանիշները) Հայաստանի մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր էր, քան հարևան երկրների ցուցանիշները, ինչպես նաև ցածր էր ԵՄ-26 երկրների և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Սակայն 2006-2008թթ. եռամյա միջինն ավելի ցածր էր միայն Ադրբեջանի տարեկան ցուցանիշից (Դիագրամ 79):

**Դիագրամ 79. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծննդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2007թ.**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը  
 Աղբյուրներ՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x), \*ԱՏԿՀԿ

**Հիվանդությունների տարածվածության և հիվանդացության միտումներ**

Հիվանդությունների տարածվածության և հիվանդացության միտումների գնահատումը կարող է բացահայտել առողջության վիճակը բարելավելու տեսանկյունից առողջապահական համակարգի առավել նշանակալի մարտահրավերները: Հիվանդությունների տարածվածության և հիվանդացության վերաբերյալ քաղաքականության հարցերին պատասխանելու համար կիրառված ինդիկատորներն են՝

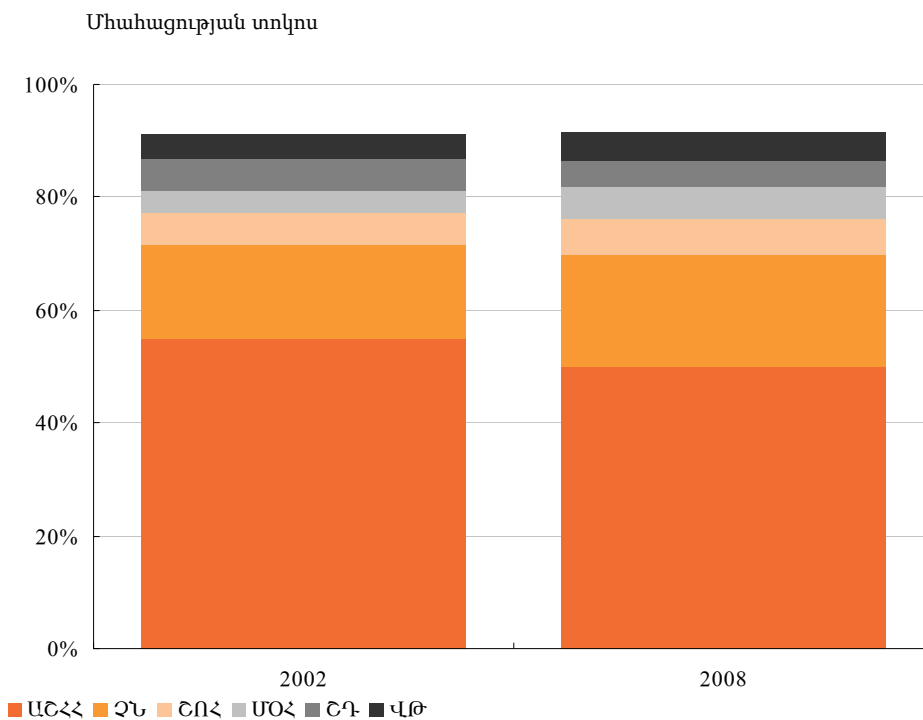
<sup>16</sup> ՀԶՆ տեղայնացումը հրապարակվել է 2005 թվին, իսկ Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարությունը՝ ընդունվել է 2003-ի օգոստոսի 21-ին:

- Մահացության հիմնական պատճառները և մահացության ցուցանիշների փոփոխությունները ժամանակի ընթացքում
- Հիվանդացության հիմնական պատճառները և հիվանդացության ցուցանիշների փոփոխությունները ժամանակի ընթացքում

### Մահացության պատճառներ

Հայաստանում 2002-2008 թվականներին մահացության հիմնական պատճառները ներկայացված են Դիագրամ 80-ում: Մահվան երկու առավել տարածված պատճառներն էին սրտանոթային հիվանդությունները և չարորակ նորագոյացությունները, որոնք կազմում էին Հայաստանում բոլոր մահերի մոտ 70%-ի պատճառը:

Դիագրամ 80. Մահվան առավել տարածված պատճառները, 2002 և 2008թթ.



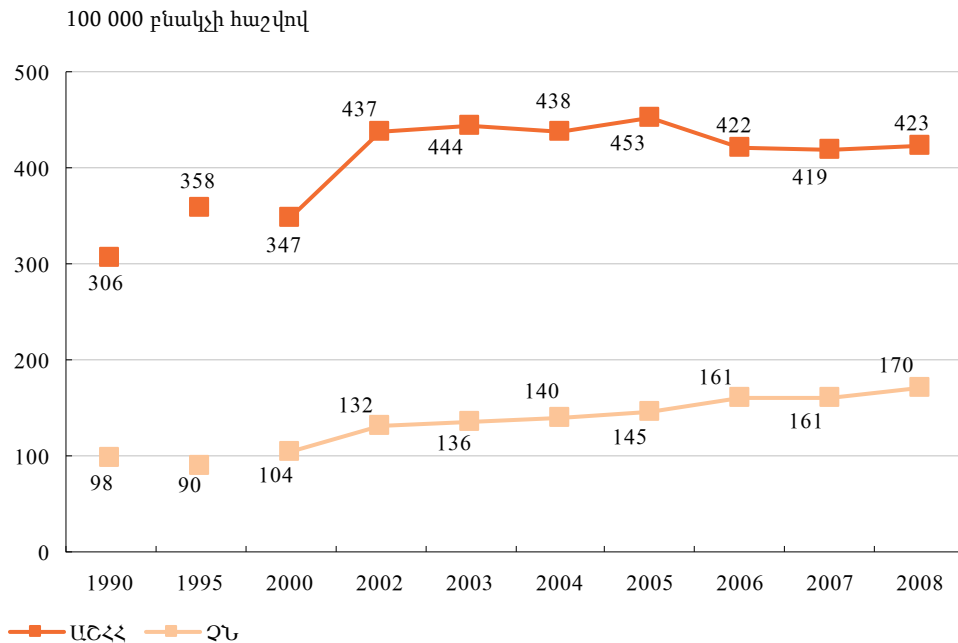
- ՎԹ վթարներ և թունավորումներ
  - ՇԴ շաքարային դիաբետ
  - ՄՕՀ մարսողական օրգանների հիվանդություններ
  - ՇՈՀ շնչառական օրգանների հիվանդություններ
  - ՉՆ չարորակ նորագոյացություններ
  - ԱՇՀՀ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (սրտանոթային հիվանդություններ)
- Աղբյուր՝ ԱՏՎԳԿ

Մահացության ընդհանուր կառուցվածքում տեղի են ունեցել այս հիվանդություններից մահացության մասնաբաժինների որոշ փոփոխություններ: 2008 թվականին սրտանոթային հիվանդություններից առաջացած մահերի հարաբերական քանակը 2002 թվականի մոտ 55.0%-ից նվազել է մինչև գրեթե 50.0%, իսկ չարորակ նորագոյացություններից առաջացած մահերի տոկոսն աճել է 16.6%-ից մինչև 20.0%: Մահվան բոլոր պատճառների կառուցվածքում փոքր աճ են ունեցել շնչառական օրգանների և մարսողական օրգանների հիվանդություններից առաջացած մահերը:<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Հայաստանում այսօր կիրառվում է մահվան 229 պատճառներից բաղկացած կարճ ցուցակ, ինչը նշանակում է, որ տեղեկությունները կորսվում են, երբ ավելի մանրամասնված պատճառները «խոշորացվում են» մահվան պատճառի ավելի ընդհանրական դասակարգում: Սակայն դա, հավանաբար, չպետք է ազդի առավել տարածված պատճառների մասնաբաժնի վրա:

Այս հիվանդություններից մահացության ցուցանիշների միտումները 100 000 բնակչի հաշվով ներկայացված են Դիագրամ 81-ում և Դիագրամ 82-ում: 2005 թվականից նվազել է սրտանոթային հիվանդություններից առաջացած մահացությունը, սակայն այն մնում է զգալիորեն բարձր 1990 և 1995 թվականների ցուցանիշներից: Վերջին տարիների նվազման այս միտումը կարող է բացատրվել բուժօգնության առաջնային օղակի մատչելիության աճով, որը հնարավոր է դարձրել այդ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումն ու բուժումը, ինչպես նաև այդ հիվանդությունների բուժման որակի բարելավումը:

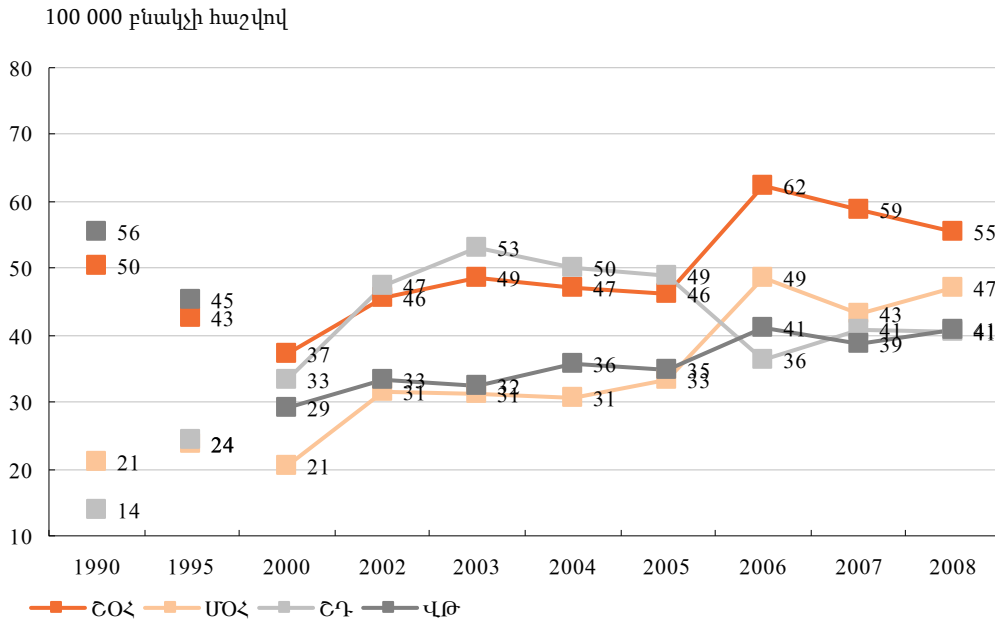
**Դիագրամ 81. Մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով, սրտանոթային հիվանդություններ և չարորակ նորագոյացություններ, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



ԱՇՀՀ՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, ՉՆ՝ չարորակ նորագոյացություններ  
 Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

2000 թվականից անշեղորեն աճել է չարորակ նորագոյացություններից մահացության ցուցանիշը և 2008 թվականին՝ 2000 թվականի նկատմամբ, այն աճել է 63%-ով: Մահվան մյուս չորս հիմնական պատճառների մահացության ցուցանիշների միտումները վերջին ութ տարիներին տատանվել են: Սակայն բացառությամբ շաքարային դիաբետի՝ 2008 թվականին դրանց մահացության ցուցանիշերն ավելի բարձր են, քան 2002 թվականին: Հնարավոր է, որ շաքարային դիաբետ ունեցող ավելի մեծ թվով հիվանդների համար մատչելի է դարձել բուժումը, սակայն այդ վարկածը պահանջում է լրացուցիչ ուսումնասիրություն:

**Դիագրամ 82. Մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով, շնչառական օրգանների հիվանդություններ, մարսողական օրգանների հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ, վթարներ և թունավորումներ, 1990, 1995 և 2000-2008թթ.**



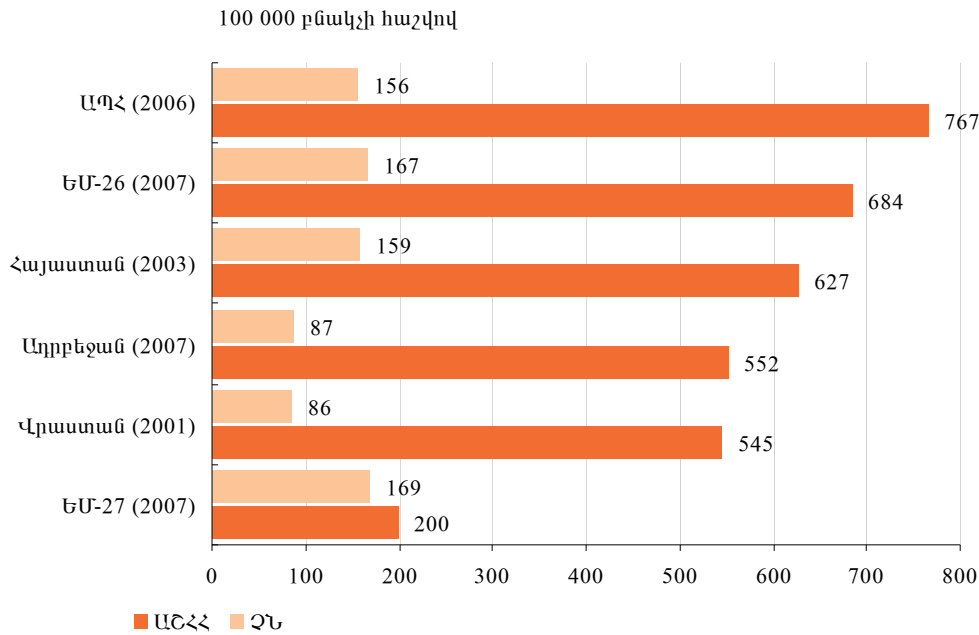
ՇՕՀ՝ շնչառական օրգանների հիվանդություններ, ՄՕՀ՝ մարսողական օրգանների հիվանդություններ, ՇԴ՝ շաքարային դիաբետ, ՎԹ՝ վթարներ և թունավորումներ

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Վերը ներկայացված մահացության մակարդակներն ըստ տարիքի չեն ստանդարտացվել և չեն կարող ուղղակիորեն համեմատվել այլ երկրներից ստացված արդյունքների հետ: Այդուհանդերձ, Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարանը ներկայացնում է ըստ տարիքի ստանդարտացված մահացության մակարդակները, իսկ ըստ տարիքի ստանդարտացված ցուցանիշների միջազգային համեմատությունները ներկայացված են Դիագրամ 83-ում: Թեպետ չարորակ նորագոյացությունների գծով Հայաստանի համար ներկայացված հաշվետու ամենավերջին տարվա մահացության ցուցանիշները նման են այլ երկրների ցուցանիշներին, սրտանոթային հիվանդությունների հետևանքով մահացության մակարդակն ամենաբարձրն է Հարավային Կովկասի երկրների շարքում:



**Դիագրամ 83. Մահացության ստանդարտացված ցուցանիշները 100 000 բնակչի հաշվով, սրտանոթային հիվանդություններ և չարորակ նորագոյացություններ, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, առկա ամենավերջին տարիներ**



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը, ԱՇՀՀ՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, ՉՆ՝ չարորակ նորագոյացություններ

Աղբյուրներ՝ ԱՀԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x), \*ԱՏՎՀԿ

**Հիվանդացության պատճառներ**

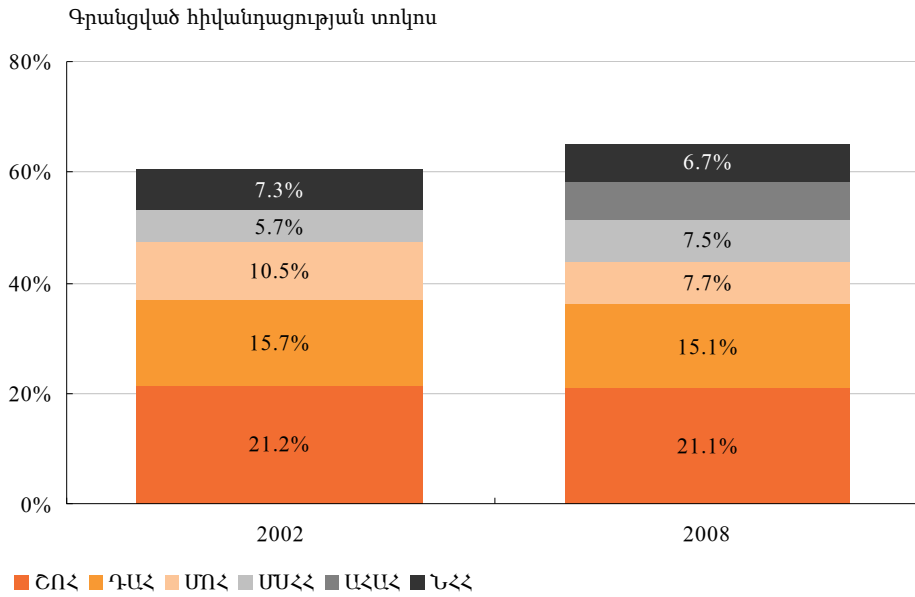
2008 թվականին Հայաստանում կարևոր հիվանդությունների շարքում առավել տարածված էին շնչառական օրգանների հիվանդությունները<sup>18</sup>, որոնք մի փոքր գերազանցում էին ընդհանուր հիվանդացության<sup>19</sup> 20%-ը (Դիագրամ 84): Դրանց հետևում էին արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները՝ 15%, մարսողական օրգանների հիվանդությունները, միզասեռական համակարգի հիվանդությունները, աչքի և նրա հավելյալ ապարատի<sup>20</sup> հիվանդությունները և ներզատական համակարգի հիվանդությունները, որոնցից յուրաքանչյուրի մասնաբաժինն ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում մոտ էր 7%-ի:

<sup>18</sup> 2008 թվին շնչառական օրգանների հիվանդությունները կազմել են 100,000 բնակչի հաշվով՝ 8015.2, որոնցից՝ «քրոնիկական և չճշտված բրոնխիտ, էմֆիզեմա»՝ 632.1, «թոքաբորբ»՝ 401.3, իսկ «դասի այլ հիվանդություններ»՝ 5237.8: Այսինքն «այլ» հիվանդությունները կազմում են ՇՕԳ-ների 65%-ը: Վերլուծական նպատակների համար, հավանաբար, անհրաժեշտ է լրամշակել շնչառական օրգանների հիվանդությունների բացվածքն ըստ նոզոլոգիաների:

<sup>19</sup> Հաճախ «ընդհանուր հիվանդացություն» տերմինի փոխարեն կիրառվում է «հիվանդության տարածվածություն» տերմինը:

<sup>20</sup> Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունները սկսել են գրանցվել միայն 2004 թվականից և 2008 թվականին այդ հիվանդությունների տարածվածությունը եղել է 2 609՝ 2004 թվականի 1 427-ի դիմաց (83% աճ): Այս դասակարգի ներդրումն ազդել է 2002-2008թթ. հիվանդությունների տարածվածության ընդհանուր կառուցվածքի վրա:

**Դիագրամ 84. Առավել տարածված հիվանդություններ, 2002 և 2008թթ.**

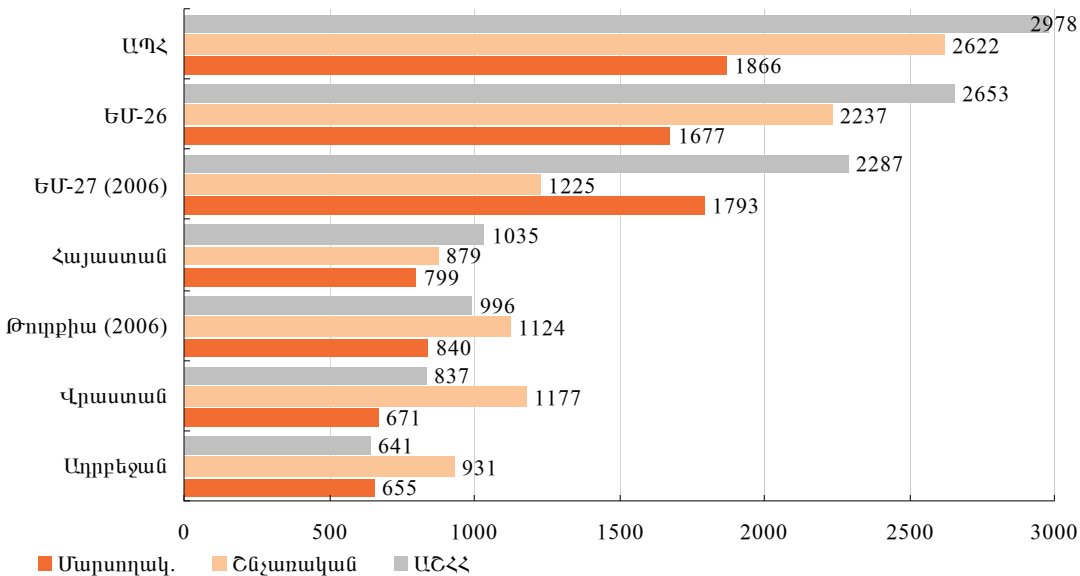


- ՆՀՀ ներզատական համակարգի հիվանդություններ
- ԱՀԱՀ աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ
- ՄՀՀ միզասեռական համակարգի հիվանդություններ
- ՄՈՀ մարտդակա՛ն օրգանների հիվանդություններ
- ԱՇՀՀ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (սրտանոթային հիվանդություններ)
- ՇՈՀ շնչառական օրգանների հիվանդություններ
- Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Թեպետ այս հիվանդությունների տարածվածության ուղղակի միջազգային համեմատություններ կատարելու համար բացակայում են պատրաստի տվյալները՝ Դիագրամ 55-ը ներկայացնում է ընտրանքային երկրներում և երկրների համախմբություններում 100 000 բնակչի հաշվով հիմնական հիվանդությունների գծով հիվանդանոցից դուրս գրման ցուցանիշները: Այս համամետության դեպքում Հայաստանի տարածվածության ցուցանիշները մոտ են իր հարևան երկրների ցուցանիշներին և զգալիորեն ցածր են Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների համախմբությունների տարածվածության միջին ցուցանիշներից (տարածաշրջանային միջիններից): Հարկ է նշել, որ երկրում հոսպիտալացման մակարդակների վրա ազդում են նաև յուրաքանչյուր երկրում հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը և հոսպիտալացման ճանապարհները:

**Գիագրամ 85. Հիվանդանոցից դուրս գրվածները 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, ընտրանքային միջազգային համեմատություններ, 2007թ.**

Հիվանդանոցից դուրս գրվածները 100 000 բնակչի հաշվով



ԱՊՀ՝ Անկախ Պետությունների Համագործակցություն, ԵՄ-27, ԵՄ-26, բացատրության համար տես՝ էջ 20-ը  
 Ադրբեջանը՝ ԱՅԿ Եվրոպայի տարածաշրջանային գրասենյակ (x), \*ԱՏԿԳԿ

**Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր**

Հայաստանի ԵԱՀԳ զեկույցի(xi) համար պատրաստվել են տվյալների որակի մանրամասն գնահատում և մահացությանն առնչվող ինդիկատորների գծով Հայաստանի պաշտոնական արդյունքների համեմատություններ, որոնք և ընդգրկվել են սույն զեկույցում, որպես Հավելված Գ: Տվյալների որակին առնչվող հիմնական խնդիրներն են՝

- Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման տվյալներ: Թերներկայացման դրսևորում, մասնավորապես, բացահայտվել է վաղ մահվամբ ավարտված կենդանի ծնունդների գծով, որի դեպքում կարող են չգրանցվել ոչ ծնունդը, ոչ էլ մահը (Հայաստանը միայն 2005թ. ընդունեց «կենդանի ծնունդի» ԱՅԿ միջազգային սահմանումը): Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցումներն օգտագործող պաշտոնական ինդիկատորների գծով բացակայող կամ ոչ լիարժեք տվյալների ճշգրտումներ չեն կատարվել:
- Բնակչության տվյալներ: 2001 թվականի մարդահամարի պաշտոնական հաշվարկները կանխատեսվել են դե յուրե բնակչության հիման վրա և հաշվի չեն առնում չփաստաթղթագրված արտագաղթի բարձր մակարդակները: Հետևաբար՝ բնակչության պաշտոնական հաշվարկները չափազանցված են: Սա հանգեցնում է գերազնահատված կանխատեսումների, որոնք հիմնված են դե յուրե բնակչության վրա, ինչն ազդում է մահացության և հիվանդացության մակարդակների վրա: Օրինակ, ԱՅԿ գնահատականներով Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս իրականում ավելի ցածր է՝ հավանաբար չորսից հինգ տարով<sup>21</sup>, քան ներկայացված պաշտոնական թվերը:

<sup>21</sup> ԱՅԿ գնահատականների համեմատ ԱԿԾ ներկայացրած կյանքի սպասվող տևողության մակարդակներն ավելի բարձր են՝ միջինը 5-6%-ով, կամ կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս մոտ չորսը տարով երկար է ԱՅԿ գնահատականներից: Տարբերությունը կարող է բացատրվել ՔԿԱԳ համակարգում մահերի թերներկայացմամբ և/կամ հայտարարում պաշտոնական դե յուրե բնակչության թվի չափազանցմամբ, ինչը պայմանավորված է չփաստաթղթագրված արտագաղթի բարձր մակարդակներով:

- Մահվան պատճառ: Այժմ մահվան վկայականներում ծածկագրվում է մահվան 229 պատճառներից բաղկացած կարճ ցուցակ (ՀՄԴ-10-ն ունի մահվան ընդհանուր թվով մոտ 8000 պատճառներ, որոնք դասակարգվում են քառանիշ այբենական-թվային ծածկագրերի միջոցով), ինչը հանգեցնում է տեղեկությունների կորստի և միջազգային համադրելիության սահմանափակման:

## Փաստերի և քաղաքականության առաջարկությունների ամփոփում

Բնակչության առողջության վիճակը բարելավելու հարցում առողջապահության համակարգի հաջողությունը հիմնված է այն նպատակների արդյունավետ իրագործման վրա, որոնք գործնական նշանակություն ունեն առողջապահական ավելի բարենպաստ ազդեցությունների հասնելու գործում: Օրինակ՝ քաղցկեղի հետազոտությունների սահմանափակ մատչելիությունն ու ցածր սպառումը կարող են հանգեցնել բուժման համար ավելի նպաստավոր փուլերում քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման ցածր մակարդակների: Սա, իր հերթին, հանգեցնում է ապրելունակության ավելի ցածր մակարդակների և ավելացնում չարորակ նորագոյացությունների հետևանքով հիվանդացությունը, ինչն այս գլխում նշված առանցքային մտահոգություններից էր: Հետևաբար, քաղցկեղի հիվանդացության ու մահացության բարձր ցուցանիշներին նպաստող խնդիրների և վիճակների մեծ մասը փոխկապակցված է գործունեության այնպիսի տարրերի, ինչպիսիք են վարքագծային ռիսկի գործոնները, բուժօգնության մատչելիությունը, արդարացի ֆինանսավորումը, ֆինանսական պաշտպանվածությունը և այլն: Գործունեության յուրաքանչյուր տարրին առնչվող քաղաքականության առաջարկությունները նպատակ ունեն աջակցել գործնական նպատակների իրագործմանը և, հետևաբար, Հայաստանի բնակչության համար առողջության վիճակի բարելավման ու բաշխվածության հարցում ավելի մեծ հավասարության:

### Աղյուսակ 16. Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ. Առողջության վիճակ

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Առկա են վերջին տասնամյակի ընթացքում առողջության վիճակի բարելավումների ժամանակավոր ապացույցներ, որոնք արտահայտված են մանկական մահացության ցուցանիշների նվազումով և ավելի շուտ անփոփոխ, բայց հնարավոր է նաև նվազող, մայրական մահացության գործակիցներով: Ընդհանուր առմամբ, 1990 թվականի նկատմամբ կյանքի սպասվող տևողությունն աճել է 3.1 տարով: Վերջին տասը տարիներին կանանց կյանքի սպասվող տևողությունը հինգից վեց տարով գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը և նշաններ կան, որ տարբերությունը մեծանալու միտում ունի:</p> <p>Հնարավոր չի եղել վերլուծել կյանքի սպասվող տևողության և մանկական ու մայրական մահացության գործակիցներն ըստ բարեկեցության քվինտիլի կամ մարզային մակարդակով: Սակայն նման մանրամասնված տեղեկությունները վճռորոշ նշանակություն ունեն առողջության վիճակի բաշխվածությունն ավելի լավ հասկանալու հարցում:</p>	<p>Հնարավոր սահմաններում վերլուծել առողջության վիճակի տվյալներն ըստ մարզերի և սոցիալ-տնտեսական ու ժողովրդագրական հենքային բնութագրերի: Ընթացիկ տվյալների վրա հիմնված ինդիկատորների համար նման վերլուծությունն արդեն իսկ կարող է հնարավոր լինել, իսկ հետազոտության տվյալների վրա հիմնված ինդիկատորների համար անհրաժեշտ կլինի մեծացնել ընտրանքի չափը:</p>
<p>Ընդհանուր առմամբ, հայաստանցիների ինքնագնահատմամբ իրենք ավելի առողջ են: Թեպետ առողջության ինքնագնահատման առումով բնակավայրերի (քաղաքային կամ գյուղական) միջև մեծ տարբերություններ չկան՝ գոյություն ունեն առողջության ինքնագնահատման այլ լուրջ տարբերություններ (ավելի անբարեկեցիկ քվինտիլների անհատները</p>	<p>Շարունակել հետևել և ներկայացնել առողջության ինքնագնահատված վիճակն ըստ քվինտիլների, հատկապես՝ տնտեսական անկման և համավճարների քաղաքականության փոփոխությունների ընթացքում: Դիտարկել նման տվյալներն ավելի հաճախակի և մարզային մակարդակով ստուգելու հարցը:</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>ներկայացնում են առողջության ավելի վատ վիճակ, քան ավելի բարեկեցիկ քվինտիլների անհատները, ավելի տարեց խմբերի ներկայացուցիչները տեղեկացնում են ավելի վատ առողջության մասին, քան ավելի երիտասարդ տարիքային խմբերում, տղամարդիկ տեղեկացնում են առողջության ավելի լավ վիճակի մասին, քան կանայք):</p>	
<p>Թեպետ տղամարդիկ իրենց ավելի առողջ են համարում, քան կանայք, նրանց միջավայրում հիվանդացությունն ավելի բարձր է և նրանք ավելի երիտասարդ են մահանում:</p>	<p>Մշակել տղամարդկանց ուղղված առողջության քարոզարշավներ՝ նրանց առողջության ուսուցման մակարդակը բարձրացնելու նպատակով և խրախուսելու նրանց փոխել իրենց սովորույթները:</p>
<p>Թեպետ երեխաների, մանկական և նորածնային մահացության ցուցանիշները որոշակի բարելավում են արձանագրել, դրանք Հայաստանի կամ ՀՋՆ-ների նպատակային ցուցանիշներն իրագործելու ուղու վրա չեն: Մայրական մահացության գործակիցը որոշ չափով բարելավվել է, բայց վերջին երկու տարում եռամյա միջինը աճել է և մնում է ՀՋՆ-ների նպատակային ցուցանիշից զգալիորեն բարձր:</p>	<p>Կենտրոնանալ քաղաքականության այն առաջարկությունների վրա, որոնք մշակվել են հղիների և երեխաների համար բուժօգնության մատչելիությունն ու ծառայությունների որակը բարելավելու նպատակով: Հստակեցնել Հայաստանի նպատակները այս ծրագրերի համար և ապահովել ոչ միայն ընթացքի մոնիթորինգը, այլ նաև ծրագրերի վերանայումը, եթե դրանք ռազմավարական նպատակային ցուցանիշներին հասնելու ուղու վրա չեն:</p>
<p>Բացառությամբ շաքարային դիաբետի, մահացությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններից աճում է: Այս հիվանդությունների տարածվածությունը (մասնավորապես՝ սրտանոթային հիվանդությունների և չարորակ նորագոյացությունների) հավանաբար այն գործոններից մեկն է, որը սահմանափակում է կյանքի սպասվող տևողության որևէ բարելավում: Առաձեռնահատուկ մտահոգիչ է սրտանոթային հիվանդությունների բարձր մակարդակը: Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռի մեծ մասը կարելի է նվազեցնել ապրելակերպի փոփոխությունների միջոցով և կարևոր է համակարգված ջանքեր գործադրել մեծ փոփոխությունները խթանելու ուղղությամբ:</p>	<p>Կատարել լրացուցիչ ուսումնասիրություններ, որոնք ուղղված են ոչ վարակիչ հիվանդությունների մեծ մասի հիվանդացության աճի (առողջապահական ծառայությունների սպառման արգելքներ, ապրելակերպի դրսևորումներ) և շաքարային դիաբետի հիվանդացության նվազման (ծառայությունների և դեղերի ավելի մեծ մատչելիություն) պատճառ հանդիսացող գործոնների բացահայտմանը: Այս տեղեկությունները պետք է օգտագործվեն ապագա փաստահեն միջամտությունների համար, որոնք պետք է ավելի հասցեական ուղղվեն վատ սոցիալ-տնտեսական վիճակում գտնվող անձանց:</p>
<p>Մտահոգություններ են արտահայտվել քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման տվյալների վրա հիմնված առողջության առանցքային ինդիկատորների (օրինակ՝ կյանքի սպասվող տևողության) զծով տվյալների որակի վերաբերյալ:</p>	<p>Կատարել քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգի լիարժեք գնահատում, ներառելով ծնունդների և մահերի գրանցման տվյալների շտեմարանի որակը: Պարզել, թե արդյո՞ք 2005 թվականին ընդունելուց հետո բուժհիմնարկները հետևողականորեն կիրառել են «կենդանի ծնունդի» ճիշտ սահմանումը (որոշ տեղերում կարող է պահանջվել վերապատրաստում):</p>

## ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

### Հավելված Ա. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման շրջանակ. Գործունեության տարրեր, քաղաքականության հարցեր և գործունեության ինդիկատորներ

Գործունեության տարր	Քաղաքականության հարցեր	Գործունեության ինդիկատորներ
Առողջապահության համակարգի կառավարում	Արդյո՞ք առողջապահության համակարգի նպատակներին հասնելու համար մոբիլիզացվել են քաղաքականության գործիքներ:	Քանակական ինդիկատորներ չկան, սակայն կատարվել է որակական գնահատում: 1. Մոնիթորինգի և գնահատման ինդիկատորներ, որոնց գծով հաշվետվություններ են ներկայացնում պետական առողջապահական ծրագրերը:
Առողջապահության կառավարման տեղեկատվական համակարգեր	Գոյություն ունեն արդյո՞ք առողջության վրա ազդեցություն ունեցող քաղաքականությունների շուրջ միջուկոտային համագործակցության փաստեր:	Քանակական ինդիկատորներ չկան, սակայն կատարվել է որակական գնահատում: Օգտագործված է Երկրի առողջապահության համակարգի հսկողության զեկույցը (xi):
Բժշկական կարգերի պատրաստում	Արդյո՞ք բժշկական կարգերն ունեն բավարարողակիրում և դրանց համախումբն ու աշխարհագրական բաշխվածությունը համարժեք են բնակչության առողջապահական կարիքները բավարարելու համար:	2. Բուժաշխատողների որակավորման բարձրացում: 3. Բժշկական կարգերի առկայություն և համախումբ: 4. Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական կարգերի համախումբ 5. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում ընտանեկան բժշկների և բուժբույրների կերպարատրաստման ընթացքը
Ֆինանսավորման արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն	Ի՞նչ փոփոխություններ են եղել առողջապահության հատկացվող պետական բյուջեի մակարդակում և մասնաբաժնում: Ի՞նչ համեմատության մեջ են դրանք հարևան պետությունների համապատասխան ցուցանիշների հետ:	6. Պետական առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ 7. Առողջապահության համակարգի

Գործունեության տարր	Քաղաքականության հարցեր	Գործունեության ինդիկատորներ
<p>Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն</p>	<p>հավաքագրման մեխանիզմների հարաբերական կարևորությունը և ինչպիսի՞ ազդեցություն են ունեցել այդ փոփոխությունները բուժօգնության ընդգրկման, նախավճարների մատչելիության ու ֆինանսական պաշտպանվածության վրա:</p>	<p>Ֆինանսավորման արդյունքների հարաբերական ներդրումը</p>
<p>Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն</p>	<p>Արդյո՞ք համակարգի ռեսուրսներն արդյունավետ են օգտագործվում Հայաստանի բնակիչների առողջության վրա ավելի մեծ ազդեցություններ ապահովելու համար:</p>	<p>8. Պետական առողջապահական ծախսերի հատկացում առաջնային և հիվանդանոցային բուժօգնությանը</p> <p>9. Առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային օղակների ծախսերի կառուցվածքն աշխատակիցների աշխատակարծի, պարագաների, դեղերի և այլ ծախսերի գծով</p>
<p>Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն</p>	<p>Ի՞նչ առաջընթաց է արձանագրվել առողջության առաջնային պահպանման վրա հիմնված առողջապահական համակարգի ներդրման հարցում:</p>	<p>10. Ո՞ր բուժօգնություններ են տվորաբար այցելում հիվանդ լինելու կամ առողջության վերաբերյալ խորհրդատվության կարիք ունենալու դեպքում</p> <p>11. Շտապ բուժօգնություն չափանջող վիճակներում հիվանդանոց ուղեգրելու ճանապարհները</p> <p>12. Առաջնային օղակի բուժաշխատողի կողմից կանխարգելիչ այցելի հաճախականությունը</p>
<p>Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն</p>	<p>Ինչպիսի՞ առաջընթաց է արձանագրվել Երևանում և մարզերում հիվանդանոցային ցանցն օպտիմալացնելու ուղղությամբ:</p>	<p>13. Հիվանդանոցների ընդհանուր քանակը</p> <p>14. Մահճակալների քանակը 10 000 բնակչի հաշվով</p> <p>15. Հիվանդանոցների մահճակալների քանակը օպտիմալացման նպատակային ցուցանիշի համեմատ</p> <p>16. Հիվանդանոցային ռեսուրսների սպառում՝ մահճակալների զբաղվածություն և ստացիոնարում մնալու միջին տևողություն</p>
<p>Առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը</p>	<p>Արդյո՞ք առողջապահական ծառայությունները մատչելի են բոլոր նրանց, ովքեր ունեն դրանց կարիքը, հատկապես՝ առավել խոցելի անհատներին:</p>	<p>17. Հոսպիտալացման մակարդակը 100 բնակչի հաշվով</p> <p>18. Մեկ ամօի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների թիվը</p> <p>19. Անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմողների թիվը</p>
<p>Առողջապահության համակարգի արդյունավետություն</p>	<p>Արդյո՞ք դեղերից օգտվելու արտոնությունների պետական ֆինանսավորման և բնակչության վճարումակության համադրության միջոցով դեղորայքն ավելի մատչելի է դառնում նրանց, ովքեր ունեն դրա</p>	<p>20. Դեղորայքի համար կատարված բյուջետային և մասնավոր ծախսերը</p> <p>21. Դեղորայքի համար կատարված ծախսերի տոկոսը</p>

Գործունեության տարր	Քաղաքականության հարցեր	Գործունեության ինդիկատորներ
կարիքը:		առողջապահական ընդհանուր ծախսերում
Առողջապահական ծառայությունների որակը և անվտանգությունը	Արդյո՞ք առողջապահական համակարգի կողմից Հայաստանի բնակչությանը մատուցվող առողջապահական ծառայություններն անվտանգ և ընդունելի որակի են, և արդյո՞ք այդ ծառայությունները հանգեցնում են առողջապահական ընդունելի ազդեցությունների:	<p>22. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման մակարդակները և բուժման արդյունավետությունը</p> <p>23. Տուբերկուլոզի արդյունավետ բուժման մակարդակը և բազմաբղջիկայուն տուբերկուլոզի տարածվածությունը</p> <p>24. Հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակները</p>
		<p>25. Ծնդան և մախածնողյան շրջանի որոշ բարությունների ցուցանիշներ</p> <p>26. Կեսարյան հատումների ցուցանիշ</p> <p>27. Կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի և մարմնի սքրինինգի ցուցանիշ</p> <p>28. Հղիների մախածնողյան խնամքի վաղ ընդգրկման ցուցանիշ</p> <p>29. Բացառապես կրծքով սնուցվող մինչև 6 ամսական երեխաների տոկոսը</p> <p>30. Համեմատարելի պատկաստումներ ստացող երեխաների տոկոս</p>
Ռիսկի գործոններ, առողջության ուսուցում և հիվանդությունների կանխարգելում	Արդյո՞ք առողջապահական համակարգի կողմից կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայություններն անվտանգ և ընդունելի որակի են, և արդյո՞ք այդ ծառայությունները հանգեցնում են առողջապահական ընդունելի ազդեցությունների:	<p>31. Ռիսկի հետևյալ գործոնների տարածվածություն՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ավելորդ քաշ ունեցող չափահասների տոկոս (Մայրմի գամգլածի ինդեքսը մեծ է 25.0-ից)</li> <li>▪ ամեն օր ծխող տղամարդիկ</li> <li>▪ չափահասների ֆիզիկապես թերակտիվություն (շաբաթական 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք)</li> <li>▪ զարկերակային արյան բարձր ճնշում ունեցող չափահասներ (<math>\geq 140/90</math> մմՍՍ)</li> <li>▪ օրական միջին հաշվով 20 գրամ մաքուր սպիտին համալծեք պկոհոլային խմիչքներ օգտագործող տղամարդիկ</li> </ul>
	Ի՞նչ է հուշում մեզ վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների տարածվածությունն առողջության ապագա միտումների մասին:	<p>32. Վարքագծային ռիսկի գործոնների մասին տեղեկացվածության մակարդակ</p> <p>33. Տեղեկացվածության մակարդակ այն վիճակների մասին (օր.՝ զարկերակային ճնշում, քրոստերինի մակարդակ և շաքարի մակարդակ), որոնք կարող են կանգնեցնել անհատին առողջական</p>
	Արդյո՞ք առողջության ուսուցման ծառայություններն արդյունավետ են բնակչության իրազեկվածությունը բարձրացնելու հարցում:	



Գործունեության տարր	Քաղաքականության հարցեր	Գործունեության ինդիկատորներ
		<p>խնդիրների, օրինակ՝ շաքարային դիաբետի կամ սրտանոթային հիվանդությունների, առաջացման վտանգի առջև</p> <p>34. Վարակիչ հիվանդությունների մասին տեղեկացվածության մակարդակ (ՄԻԱՎ և տուբերկուլյոզ)</p> <p>35. Խմելու ջրի աղբյուր</p> <p>36. Օդի ենթադրվող որակ</p>
Առողջապահության համակարգի արձագանքում	<p>Արդյո՞ք բարելավվում են առողջության վիճակի վրա ազդող շրջակա միջավայրի պայմանները (ջուր, կոյուղի, թափոններ, օդի որակ):</p> <p>Արդյո՞ք առողջապահության համակարգն արձագանքում է Հայաստանի բնակչության կարիքներին ու պահանջներին:</p>	<p>37. Արձագանքման հետևյալ դոմեններից յուրաքանչյուրը դրական գնահատած բնակչության տոկոսը՝ հարգամբ, հաղորդակցություն, գաղտնիություն և ավտոնոմություն</p> <p>38. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս</p> <p>39. Ինքնագնահատված առողջության վիճակ</p> <p>40. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացության ցուցանիշներ</p> <p>41. Մայրական մահացության գործակից</p> <p>42. Մահացության ցուցանիշներն ըստ մահվան հիմնական պատճառի</p> <p>43. Հիվանդացության ցուցանիշներն ըստ հիմնական պատճառի</p>
Առողջության վիճակի բարելավում	<p>Բարելավվում են արդյո՞ք բնակչության առողջության վիճակի մակարդակն ու բաշխվածությունը:</p> <p>Որո՞նք են հիվանդացության և հիվանդության տարածվածության հիմնական միտումները:</p>	

## Հավելված Բ. Աղյուսակներ

Աղյուսակ Բ1. Մոնիթորինգի և գնահատման ինդիկատորների առկայությունն առողջապահական բաղադրիչ ունեցող պետական գործող և մշակվող ծրագրերում և ռազմավարություններում

	Իրականացման ժամկետ	Մոնիթորինգային ինդիկատորների առկայությունը	Մոնիթորինգային նպատակային ցուցանիշների առկայությունը	Տարեկան հաշվետվությունների առկայությունը
<b>ՀՀ սոցիալ-տնտեսական զարգացման ծրագրեր</b>				
1. ՀՀ կառավարության գործունեության միջոցառումների ծրագիր	2008-2015	Այո	Այո	Այո
2. ՀՀ կայուն զարգացման ծրագիր (ԱՅՈԾ-2)	2008-2021	Այո	Ոչ	Այո
3. ՀՀ պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր	2009-2011	Այո	Ոչ	Այո

### Առողջապահական ծրագրեր

4. ՀՀ բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ռազմավարություն	2008-2013	Այո	Ոչ	Այո
5. Սոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարություն	2003-2015	Այո	Այո	Այո
6. Վերլուծադրողական առողջության բարելավման ազգային ռազմավարություն	2007-2015	Այո	Այո	Այո
7. Հայաստանում արգանդի վզիկի քաղցկեղի ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման ազգային ծրագիր	2006-2015	Այո	Այո	Այո
8. ՀՀ մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագիր	2006-2012	Այո	Ոչ	Այո
9. ՀՀ ինունակամիտարգելման ազգային ծրագիր	2006-2010	Այո	Ոչ	Այո
10. ՀՀ Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր	2007-2015	Այո	Ոչ	Այո
11. ՀՀ ՄԻԱՎ/ԶԻՎՊ-ին հակազդման ազգային ծրագիր	2007-2011	Այո	Այո	Այո
12. ՀՀ ծխախոտի դեմ պայքարի պետական ծրագիր	2005-2009	Այո	Ոչ	Այո
13. ՀՀ տեղական մալարիայի վերացման նպատակային ծրագիր	2006-2010	Այո	Ոչ	Այո

	2002-2015	Այո	Ոչ	Այո
14. Հիշյալ միջավայրի հիգիենայի բնագավառում գործողությունների ազգային ծրագիր		Այո	Ոչ	Այո
15. Կուրսային կանխարգելման ազգային ռազմավարական ծրագիր	2007-2010	Այո	Այո	Այո
16. Դեռահասների առողջության բարելավման ազգային ծրագիր	2009-2015	Այո	Այո	Այո
17. առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգ		Այո	Այո	Այո

**Աղյուսակ Բ2. Հազարամյակի զարգացման նպատակների (ՀՆ) նպատակային արժեքները Հայաստանի համար**

	Արժեքը 1990թ.	2015թ. նպատակային արժեք
Մինչև 2015 թվականը, 1990-ի համեմատ երկու երրորդով կրճատել մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության նպատակը	24	8
Մանկական մահացություն (մինչև 1 տարեկան) 1000 կենդանածինների հաշվով	19	6.3
Պատկաստումներով ընդգրկվածություն (%)	95.2%	>96%
2015 թվականին 1990-ի համեմատ մայրական մահացությունը երեք քառորդով կրճատել	38.5	9.6

**Աղյուսակ Բ3. Հայաստանում արգանդի վզիկի քաղցկեղի ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման 2006–2015թթ. ազգային ծրագրի նպատակային ցուցանիշները**

Ինդիկատորներ	2005թ. ցուցանիշ	2010թ. նպատակային ցուցանիշ	2015թ. նպատակային ցուցանիշ
Հիվանդացության ցուցանիշ (100 000-ի հաշվով)	13.8	9.7 (30% իջեցում)	6.9 (50% իջեցում)
Մահացության ցուցանիշ (100 000-ի հաշվով)	8.6	6.5 (25% իջեցում)	4.3 (50% իջեցում)
Բարձրորակ ռեպերի տոկոսը	47 %	23.5% (50% իջեցում)	14.1% (70% իջեցում)
Սերինիմգի (ՊՄՊ քտոբ) ենթակա կանանց ընդգրկվածություն, %	—	50%	80%

**Աղյուսակ Բ4. Հիվանդանոցային ռեսուրսները և դրանց օգտագործումը մարզերում, 2006-2008թթ.**

Սարգ	Մահճակալների բացարձակ քանակը			Մահճակալների բաժնակի 000 բնակչի հաշվով			Մահճակալի տարեկան գբաղվածությունը		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Արագածոտն	468	438	258	33.4	31.2	18.3	59	66	124
Արարատ	805	805	693	29.3	29.1	25.0	135	138	172
Արմավիր	632	362	345	22.6	12.9	12.2	100	172	171
Գեղարքունիք	889	807	807	37.1	33.6	33.5	240	264	274
Լոռի	840	600	555	29.7	21.3	19.7	116	163	186
Կոտայք	935	785	669	33.9	28.3	24	144	199	232
Շիրակ	1 034	894	874	36.8	31.8	31.1	166	191	196
Սյունիք	710	545	435	46.4	35.7	28.4	114	160	210
Վայոց Ձոր	190	180	95	34.1	32.3	17	70	80	147
Տավուշ	380	370	275	28.3	27.6	20.5	104	107	140
<b>Ընդամենը</b>	<b>6 883</b>	<b>5 786</b>	<b>5 006</b>						

**Աղյուսակ Բ5. ՀՀ բնակչությունը, ՀՆԱ-ն, պետությունը, առողջապահական ծախսերը և դրանց կառուցվածքը, 2001-2008թթ.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ՀՀ բնակչությունը (հազ. մարդ)	3 213.0	3 212.9	3 210.3	3 212.2	3 215.8	3 219.2	3 022.9	3 234.0
ՀՆԱ (մլրդ. դրամ)	1 175.9	1 362.5	1 624.6	1 907.9	2 242.9	2 657.1	3 139.4	3 520.0
ՀՆԱ, աճը նախորդ տարվա համեմատ <sup>22</sup>	—	+15.9%	+19.2%	+17.4%	+17.6%	+18.5%	+18.2%	+15.9%
Պետական բյուջե (մլրդ. դրամ)	278.1	299.8	364.6	393.5	488.5	527.2	565.9	810.6
Պետությունը, աճը նախորդ տարվա համեմատ <sup>23</sup>	—	+7.8%	+21.6%	+7.9%	+24.1%	+7.9%	+7.3%	+43.2%
Բյուջետային առողջապահական ծախսեր (մլրդ. դրամ)	18.7	18.5	24.6	32.7	39.8	51.2	65.9	54.5
Բյուջետային առողջապահական ծախսեր, աճը նախորդ տարվա համեմատ <sup>24</sup>		-1.1%	+33.0%	+32.9%	+21.7%	+28.6%	+28.7%	-19.0%

<sup>22</sup> 2002-2008 թթ. տարեկան միջին աճը 17.2%:

<sup>23</sup> 2002-2008 թթ. տարեկան միջին աճը՝ 18.7%:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ՀՀ բյուջետային առողջապահական ծախսերը 1 2նչի հաշվով, դրամ	5 820	5758	7663	10180	12376	15905	21800	16512
Պետբյուջե, % ՀՆԱ-ից	23.6%	22.0%	22.4%	20.6%	21.8%	19.8%	18.0%	23.0%
Բյուջետային առողջապահական ծախսեր, % ՀՆԱ-ից	1.6%	1.4%	1.5%	1.7%	1.8%	1.9%	2.1%	1.5%
Բյուջետային առողջապահական ծախսեր, % պետբյուջեից	6.7%	6.2%	6.7%	8.3%	8.1%	9.7%	11.6%	6.6%
<b>Առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը</b>								
Բյուջետային առողջապահական ծախսերը	18.7	18.5	24.6	32.7	39.8	51.2	65.9	54.5
Տնային տնտեսությունների/մասնավոր առողջապահական ծախսերը	48.7	50.6	62.5	74.9	72.6	64.0	67.1	69.7
Ոչ կառավարական կազմակերպությունների ծախսերը	11.5	6.8	6.8	1.2	8.7	9.0	6.1	6.1
Ապահովագրություն	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3
Առողջապահական ընդհանուր ծախսերը ՀՀ-ում, մլրդ. դրամ	78.9	76.0	94.0	109.0	121.2	124.3	139.3	123.4
Բյուջետային առողջապահական ծախսեր, % ընդհանուրից	23.7%	24.3%	26.2%	30.0%	32.8%	41.2%	47.3%	43.3%
Տնային տնտեսությունների/մասնավոր առողջապահական ծախսեր, % ընդհանուրից	61.7%	66.6%	66.5%	68.7%	59.9%	51.5%	48.2%	56.5%
Ոչ կառավարական կազմակերպությունների ծախսերը, % ընդհանուրից	14.6%	8.9%	7.2%	1.1%	7.2%	7.2%	4.4%	0.0%
Ապահովագրություն, % ընդհանուրից	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
Առողջապահական ընդհանուր ծախսերը ՀՀ-ում, %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>ՀՀ Առողջապահական բյուջետային ծախսերն ըստ ուղղությունների (մլրդ. դրամ)</b>								
Հիվանդանոցային օղակ	8.9	9.1	10.5	13.0	14.2	14.7	16.1	19.1
Առողջության առաջնային պահպանման օղակ	3.0	3.4	6.5	8.0	12.1	13.9	16.9	19.1

<sup>24</sup> 2002-2007թթ. առողջապահական ծախսերի տարեկան միջին աճը՝ 29.0%:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
--	------	------	------	------	------	------	------	------

**Դեղորայքի համար կատարվող ծախսեր (մլն. դրամ)**

Դեղորայքի համար կատարված բյուջետային ծախսերը	-	-	-	2 394	2 773	2 580	3 293	4 118
Դեղորայքի համար կատարված մասնավոր ծախսերը	-	-	-	17 427	15 063	17 463	20 521	18 986
ՀԱԿ՝ Համախառն ներքին արդյունք								
Աղբյուր՝ ԱԱՀ								

**Աղյուսակ Բ6. Ի՞նչ բյուջետային առողջապահական ծախսերն ըստ ոլորտների, % ընդհանուրից, 1998-2008թթ.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Առողջապահական բնագավառում պետական կառավարում	0.2%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	1.1%	2.0%	1.6%	1.9%	1.9%	1.7%
Հիվանդանոցային բուժօգնություն	45.6%	47.7%	13.9%	61.2%	55.3%	55.3%	51.7%	43.5%	37.0%	38.1%	36.6%
Առաջնային բուժօգնություն	25.1%	26.4%	75.8%	24.3%	23.2%	33.4%	34.8%	38.7%	36.4%	37.8%	38.6%
Հիգիենիկ և համաճարակաբանական ծառայություններ	4.6%	4.7%	1.5%	5.4%	5.3%	2.8%	4.0%	4.5%	5.0%	6.6%	5.4%
Բուժօգնության այլ ծառայություններ	6.7%	5.0%	3.5%	8.6%	15.7%	7.4%	7.5%	11.7%	16.2%	12.2%	14.0%
Առողջապահական հարակից ծառայություններ և ծրագրեր	17.9%	15.7%	4.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	3.4%	3.6%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Աղյուսակ Բ7. Բյուջետային առողջապահական ծախսերն ըստ ոլորտների, 1998-2008թթ., միլիարդ դրամ**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Առողջապահական բնագավառում պետական կառավարում	40.2	109.8	387.1	81.1	77.3	233.2	502.5	510.7	730.5	844.1	867.6
Հիվանդանոցային բուժօգնություն	8 042.0	9 799.6	8 905.8	9 843.3	8 896.8	11 625.4	12 921.8	13 994.3	14 611.1	16 848.9	18 451.4
Առաջնային բուժօգնություն	4 426.0	5 426.4	4 850.0	3 916.2	3 735.8	7 021.3	8 716.5	12 442.5	14 344.6	16 726.3	19 445.4
Հիգիենիկ և համաճարակաբանական ծառայություններ	806.3	964.0	952.9	866.4	849.6	584.6	1 000.0	1 440.0	1 959.6	2 922.0	2 732.7
Բուժօգնության այլ ծառայություններ	1 179.8	1 016.9	2 209.0	1 376.6	2 531.3	1 549.4	1 870.3	3 774.4	6 387.0	5 391.9	7 053.2
Առողջապահական հարակից ծառայություններ և ծրագրեր	3 156.3	3 213.8	3 006.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1 402.3	1 521.5	18 21.9

**Աղյուսակ Բ8. Հիվանդանոցային արդյունավետության և սպառման ինդիկատորների հարաբերական տոկոսային փոփոխությունը 2006-ից 2008թթ., մարզեր**

Մարզ	Հարաբերական փոփոխությունը 2006 թվականից					Ստացիոնարում մնալու միջին տևողության գծով
	Հիվանդանոցային մահավալների բանակի գծով	Հոսպիտալացման մակարդակի գծով	Մահավալների տարեկան զբաղվածության գծով	Հոսպիտալացման 110%	27%	
Արագածոտն	-45.2%	16.7%	110%	0.0%		0.0%
Արարատ	-14.7%	11.9%	27%	-3.2%		-3.2%
Արմավիր	-46.0%	-5.6%	71%	-3.2%		-3.2%
Գեղարքունիք	-9.7%	15.0%	14%	-9.0%		-9.0%
Լոռի	-33.7%	10.2%	60%	-4.2%		-4.2%
Կոտայք	-29.2%	13.6%	61%	0.0%		0.0%
Շիրակ	-15.5%	7.7%	18%	-5.4%		-5.4%
Սյունիք	-38.8%	8.0%	84%	3.7%		3.7%
Վայոց Ձոր	-50.1%	7.3%	110%	-1.7%		-1.7%
Տավուշ	-27.6%	-2.2%	35%	0.0%		0.0%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԻԿ

**Աղյուսակ Բ9. ԱԸՊ-ում գործող բժիշկների և բուժքույրերի քանակները ըստ մասնագետների, 2002-2008թթ.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Բժիշկներ	4 409	4 548	4 583	4 640	4 628	4 650	4 859
Նեղ մասնագետներ	2 486	2 649	2 679	2 746	2 744	2 777	3 023
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ	1 923	1 899	1 904	1 894	1 884	1 873	1 836
Տեղամասային բժիշկ	973	956	938	917	915	872	821
Տեղամասային մանկաբույժ	872	850	824	813	780	700	651
Ընտանեկան բժիշկներ	50	69	115	127	165	282	354
Բուժքույրեր	5 914	5 729	5 667	5 889	5 958	5 988	6 122

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Սամկաբարձ	595	566	531	535	544	547	552
Ընտանեկան բժշկների տոկոսը ընդհանուր պրակտիկայի բոլոր բժիշկների թվից	2.6%	3.6%	6.0%	6.7%	8.8%	15.1%	19.3%

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

**Աղյուսակ Բ10. Պեստության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության խմբերի ցանկ**

- 1-ին խմբի հաշմանդամներ
- 2-րդ խմբի հաշմանդամներ
- 3-րդ խմբի հաշմանդամներ
- Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ
- Միաժող երեխաներ (մինչև 18 տարեկան)
- Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ (մինչև 18 տարեկան) և առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաների թվին պատկանող անձիք (18-23 տարեկան)
- Հաշմանդամ երեխաներ (մինչև 18 տարեկան)
- Բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան 4 և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ
- Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ
- Չերնոբիլի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ
- Բռնադատվածներ
- Բժշկատոցիալական փորձաքննության իրավասու պետական մարմնի ուղեգրով լրացուցիչ բժշկական հետազոտության ենթարկվողներ
- Հաշմանդամներից բաղկացած ընտանիքի երեխաներ (մինչև 18 տարեկան)
- Մինչև 7 տարեկան երեխաներ
- Նախազորակալային և զորակալային տարիքի անձինք
- Զինծառայողներ և նրանց ընտանիքի անդամներ
- Չերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատազրկման դատապարտվածներ
- Աղքատության ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված նպաստառուներ (36 և բարձր)



19. Մանկատներում և ծերանոցներում խնամվողներ
20. Մինչև 18 տարեկան՝ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաներ
21. Մինչև 8 տարեկան, ինչպես նաև 12 տարեկան երեխաներ, 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձիք (մասնագիտացված ատամնաբուժական օգնություն)
22. Վերադարձված տարիքի կանայք (հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում ՀՀ ԱՆ կողմից սահմանված կարգով)
23. Մարդկանց շահագործման (տրաֆիքինգի) ենթարկված անձիք
24. ՀՀ ԱՆ, տարածքային կառավարման մարմինների և բժշկական հիմնարկների ուղեգրած անձինք

**Աղյուսակ Բ11. Տնային տնտեսությունների եկամտի մեջ առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը՝ ըստ բարեկեցության բլինտի, 2006թ.**

Ծառայության տեսակը	Բլինտի V (առավել հարուստ)				
	Բլինտի I (առավել աղքատ)	Բլինտի II	Բլինտի III	Բլինտի IV	Միջին
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայություններ	0.7%	0.5%	0.3%	0.2%	0.4%
Շտապ և անհետաձգելի բուժօգնություն	0.2%	0.1%	0.07%	0.06%	0.1%
Ատամնաբուժություն	0.9%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%
Ստացիոնար բուժօգնություն	14.7%	3.7%	5%	5.6%	2%
Կանանց կոնսուլտացիա, ծննդօգնություն	1.3%	0.5%	0.8%	0.4%	0.2%
Վերականգնողական և առողջարանային բուժօգնություն	0.4%	0.07%	0.08%	0.2%	0.2%
Ավանդական և այլ բուժօգնություն	0.2%	0.02%	0.1%	0.2%	0.03%
Լաբորատոր և գործիքային օգնություն	1.5%	0.6%	0.7%	0.6%	0.5%
Դեղեր, սննդային հավելումներ և բժշկական պարագաներ	6.2%	2.9%	3.2%	2.6%	1.6%
<b>Ընդամենը</b>	<b>26.2%</b>	<b>8.8%</b>	<b>10.8%</b>	<b>10.6%</b>	<b>5.2%</b>

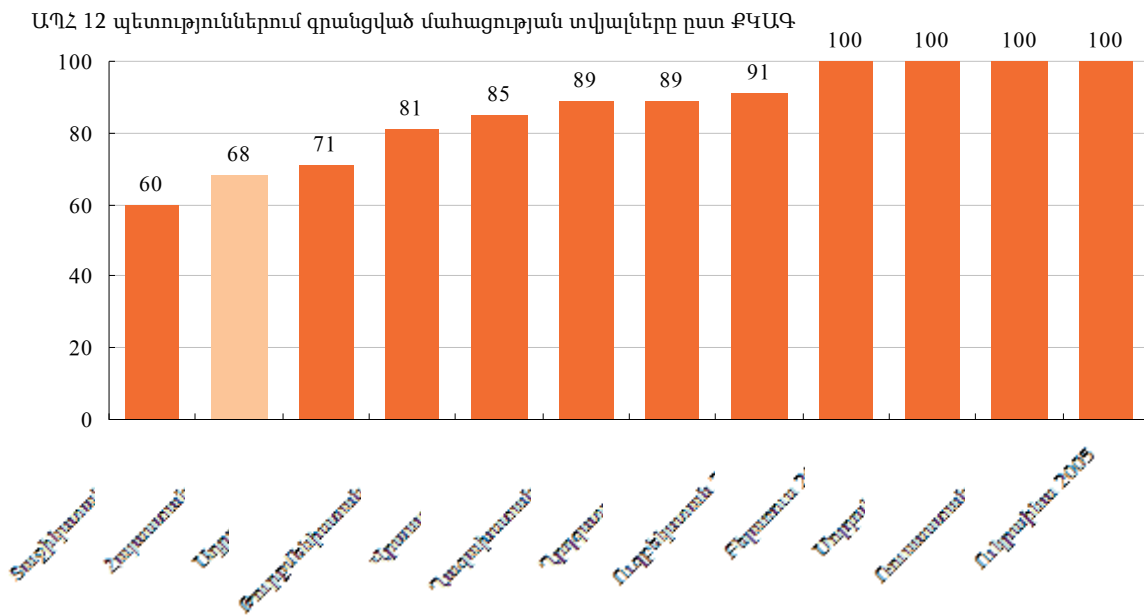
Աղբյուր՝ Feeley F et al., 2008 (xxi)

## Հավելված Գ. ԱՅԳԳ որոշ ինդիկատորների տվյալների որակի գնահատում <sup>25</sup>

### Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման տվյալների որակ՝ ԱՊՅ 12 պետություն

ԱՅԿ-ի գնահատականներով Հայաստանի քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգը (վերջին գնահատումը 2003թ.) ընդգրկում է չափահասների մահվան դեպքերի 68%-ը և մահվան բոլոր դեպքերի 62%-ը (Դիագրամ Գ1 և Դիագրամ Գ2): Հաշվետվականության ոչ լիարժեքությունը և բնակչության գնահատումները, որոնք հիմնված են դե յուրե, այլ ոչ թե դե ֆակտո, բնակչության վրա հավանաբար հանգեցնում են այն ինդիկատորների գերա- և թերագնահատումների, որոնք հաշվարկվում են մահացության տվյալների հիման վրա (կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, մանկական մահացություն, մայրական մահացություն և մահվան հիմնական պատճառներ):

### Դիագրամ Գ1. ԱՊՅ երկրներում մահացության տվյալների լիարժեքություն, վերջին գնահատական



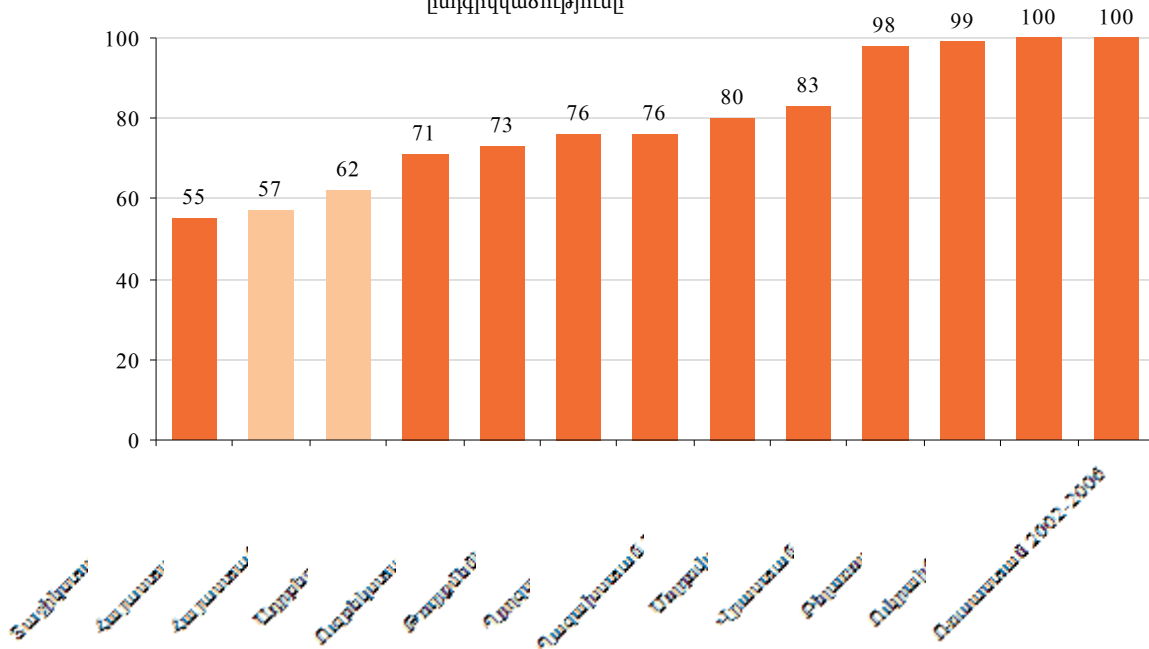
Նշում. Այն տվյալները, որտեղ 100% ցածր է, մատնանշվում է միայն մեծահասակների մահացության տվյալները, երեխաների մահացության տվյալները ավելի ցածր են

Աղբյուր՝ ԱՅԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS) (<http://apps.who.int/whosis/database/mort/table3.cfm>)

<sup>25</sup> ՀՀ երկրի առողջապահության համակարգի հսկողության իրավիճակի վերլուծությունից (xi):

**Դիագրամ Գ2. ԱՊՀ երկրներում մահացության տվյալների ընդգրկումը, վերջին գնահատական**

Վերջին տարիներին, ԱՊՀ 12 պետություններում, գրանցված մահացության տվյալների ընդգրկվածությունը



Նշում. Ընդգրկվածությունը հաշվարկելու համար գրանցված և զեկուցված մահացության տվյալները բաժանվում են տվյալ պետության բնակչության համար ԱՀԿ-ի կողմից գնահատված մահացության տվյալների վրա

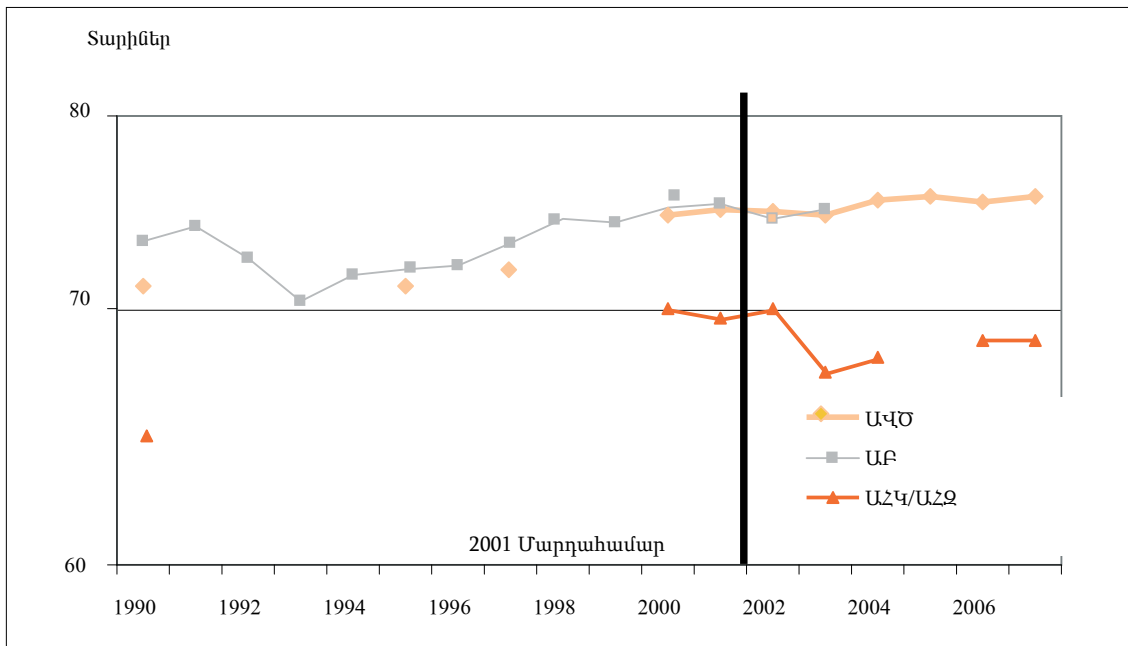
Աղբյուր՝ ԱՀԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS) (<http://apps.who.int/whosis/database/mort/table4.cfm#>)

**Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման և ընթացիկ ներկայացվող տվյալների հիման վրա հիմնված ԱՀԳԳ ինդիկատորներ**

**Ա. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս**

ԱՀԿ գնահատականների համեմատ ԱՎԾ (և եվրոպական «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարանի) ներկայացրած կյանքի սպասվող տևողության մակարդակներն ավելի բարձր են՝ միջինը 5-6%-ով, կամ մոտ չորս տարով երկար է ԱՀԿ գնահատականներից: Տարբերությունը կարող է բացատրվել ՔԿԱԳ համակարգում մահերի թերներկայացմամբ և/կամ չփաստաթղթագրված արտագաղթի բարձր մակարդակներով պայմանավորված դե յուրե բնակչության թվի գերագնահատմամբ: Չարկ է նշել, որ կյանքի սպասվող տևողության արտասովոր անկումը՝ ըստ ԱՀԿ աղբյուրների գնահատման, կարող է մասամբ պայմանավորված լինել Հայաստանի բնակչության 2001 թվականի մարդահամարին հաջորդած ճշտմամբ:

**Դիագրամ Գ3. Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, տարբեր գնահատականներ, 1990-2007թթ.**



U-ՎԾ՝ Ազգային վիճակագրական ծառայություն, U-Բ՝ Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարան, U-ՆԶ՝ Առողջապահության համաշխարհային զեկույց

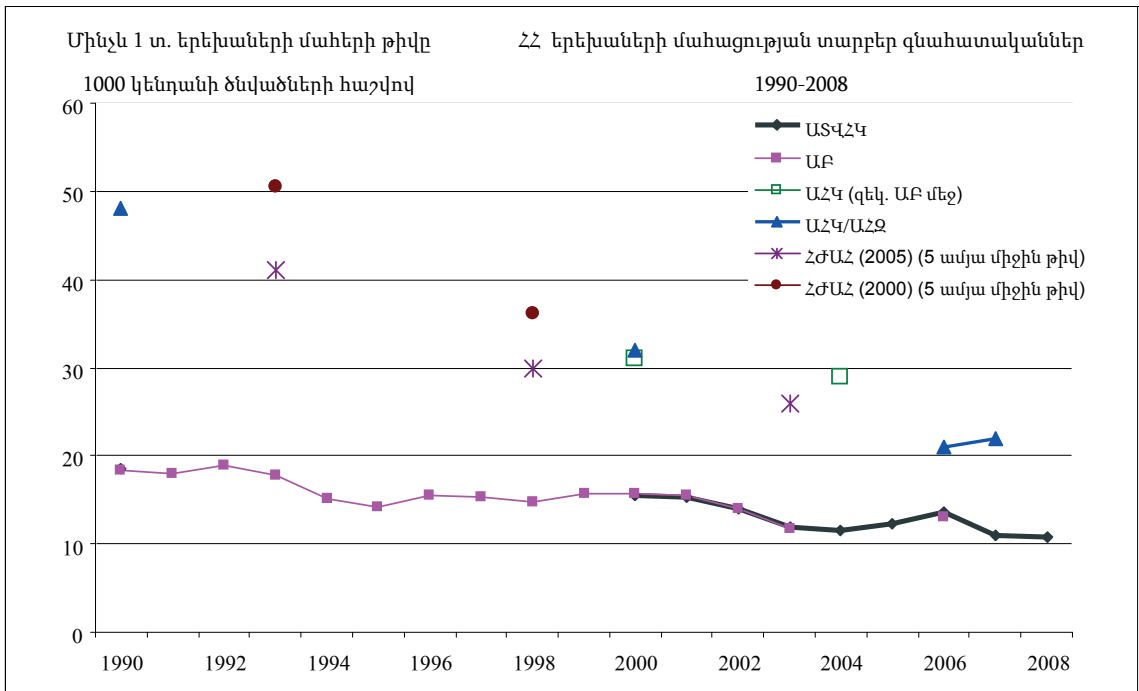
Աղբյուրներ՝ ՀՀ U-ՎԾ, U-Բ-ՏՀ, U-ՆԿ վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS), ԱՂՁ 2009 (xxxii)

**Մանկական մահացության ինդիկատորներ**

**Բ. Մանկական մահացության ցուցանիշ**

ԱՏՎՀԿ (և Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարանի) ներկայացրած մանկական մահացության մակարդակները մշտապես ցածր են ԱՀԿ և բնակչության հետազոտությունների գնահատականներից, թեպետ վերջին տարիներին առկա է դրանց մոտեցման միտում (Դիագրամ Գ4): Հարկ է նշել, որ վաղ նեոնատալ մահացությունը հավաքագրվում է ԱՏՎՀԿ-ի կողմից (Հիմնարկների հաշվետվության N32 և N2 ձևերով), իսկ նեոնատալ մահացությունը գրանցում է ԱՎԾ-ը (օգտվելով Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գրասենյակների տվյալներից): Սասնավորապես վաղ շրջանի (0-6 օրական) մահվան դեպքերը կարող են չգրանցվել Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման գրասենյակներում և դառնալ թերներկայացման պատճառ: ԱՀԿ «կենդանի ծնունդի» սահմանումն ընդունվել է 2005 թվականին և, հավանաբար, սկզբնական փուլում հետևողականորեն չի կիրառվել: Հարկ է նշել, որ խթաններ են ներդրվել բոլոր ծնունդների և վաղ մահերի գրանցումը երաշխավորելու համար: 2000 և 2005թթ. ՀԺԱՀ հետազոտություններում մանկական մահացության գնահատականներն ունեն տվյալների որակի ուրույն խնդիրներ, օրինակ՝ նախկինում կատարված գնահատումներում վաղ մահացության դեպքերի թերի հիշատակությունը: Բացի այդ, այս հետազոտությունների գնահատականներն ունեն նաև բավականին մեծ վստահական միջակայքեր՝ 95%, ինչը պայմանավորված է դեպքի հարաբերական հազվադեպությամբ:

**Դիագրամ Գ4. Մանկական մահացության գնահատականներ, Հայաստանում, 1990-2008թթ.**



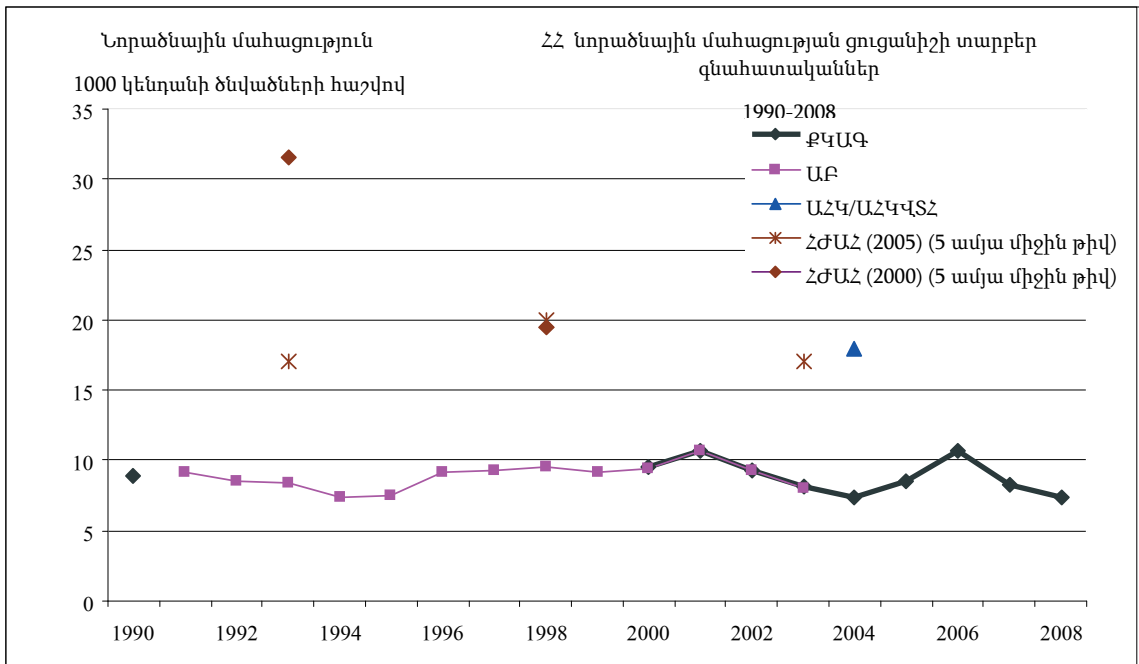
ԱԺԱՀՀ՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերով հետազոտություն, ԱՏՎՀԿ՝ Առողջապահության տեղակատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն, ԱԲ՝ Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» տվյալների շտեմարան, ԱՀԶ՝ Առողջապահության համաշխարհային զեկույց

Աղբյուրներ՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՏՎՀԿ, ԱՀԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS), ԱՀԶ 2009 , ՀԺԱՀՀ 2000 և 2005

**Գ. Նեոնատալ մահացության ցուցանիշ**

ԱՀԳԳ ինդիկատորը վաղ նեոնատալ (0-6 օրական) մահացության ցուցանիշներն են, սակայն քանի որ այս ինդիկատորի տվյալները կանոնավոր չեն ներկայացվում այլ աղբյուրների կողմից՝ փոխարենը գնահատվել են նեոնատալ մահացության (ՆՆՄ) ցուցանիշները: Նեոնատալ մահացության ցուցանիշը ենթակա է տվյալների որակին առնչվող խնդիրների, որոնք նման են մանկական մահացության ցուցանիշին (տես վերը) առնչվող տվյալների որակի խնդիրներին, մասնավորապես՝ մահվան դեպքերի հավանական թերգրանցումը (հատկապես վաղ նեոնատալ մահվան դեպքերը) և բնակչության գերագնահատումը, որը հանգեցնում են իրական մակարդակի հավանական թերագնահատման (Դիագրամ Գ5): Հարկ է նշել, որ տվյալների որակի ամփոփիչ ստուգման նպատակով ՀԺԱՀ հետազոտություններն ուսումնասիրել են նեոնատալ ու մանկական մահացության հարաբերակցությունը և եզրակացրել, որ գործակիցը բավարար մեծ է եղել (0.50-ից բարձր՝ հետազոտությանը նախորդող երեք հնգամյա ժամանակահատվածների համար) և կարելի է բացառել նեոնատալ մահացության դեպքերի նշանակալի թերգրանցումը:

**Դիագրամ Գ5. Նեոնատալ մահացության գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ.**

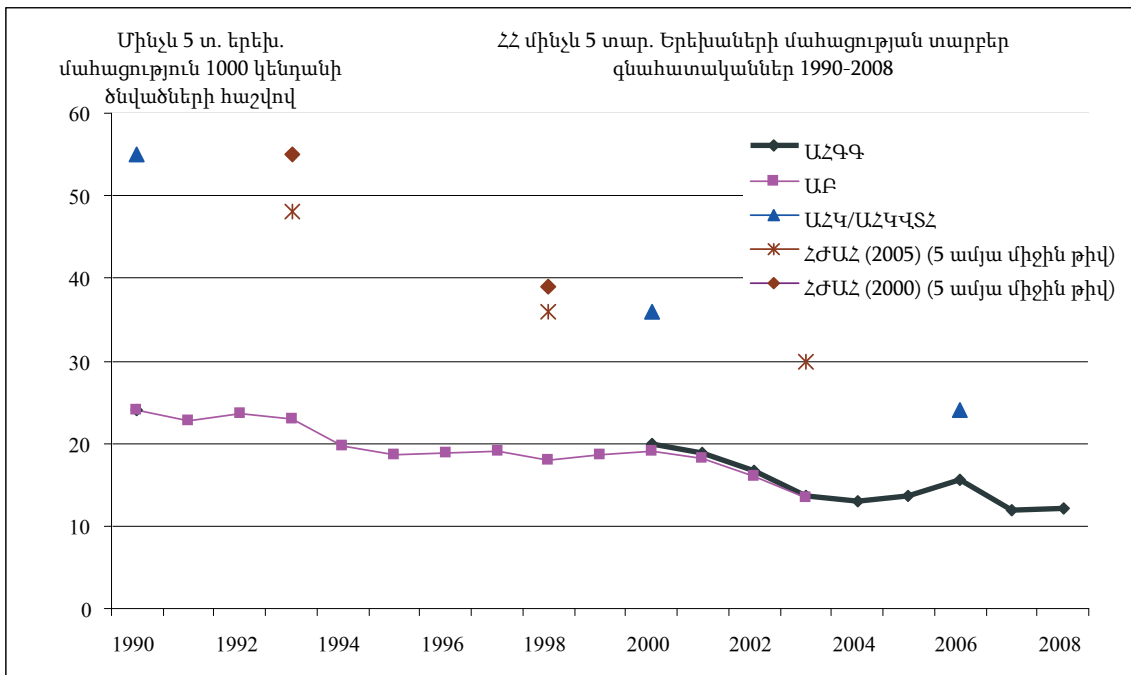


Աղբյուրներ՝ ԱԲ-ՏՀ, ԱՏՎՀԿ, ԱՀԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS), ՀԺԱՀՀ 2000 և 2005

**Դ. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը**

Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության տվյալների որակին առնչվող խնդիրները (Դիագրամ Գ6) նույն են, ինչ մանկական մահացության և նեոնատալ մահացության դեպքերում (տես վերը):

**Դիագրամ Գ6. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ.**

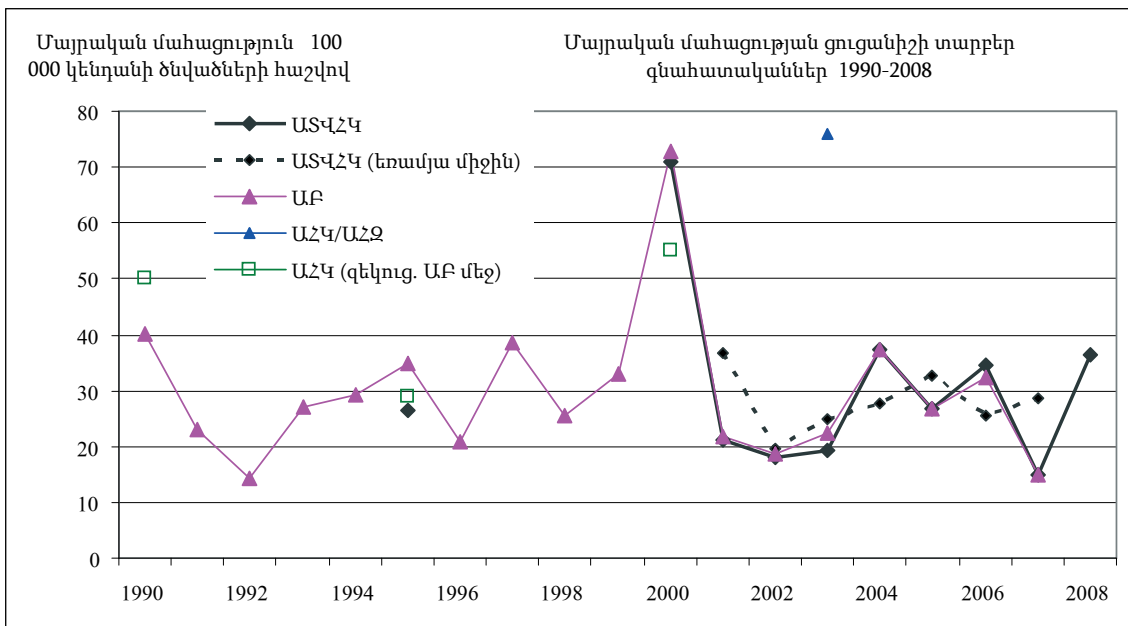


Աղբյուրներ՝ ԱԲ-ՏՀ, ԱՏՎՀԿ, ԱՀԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS), ՀԺԱՀՀ 2000 և 2005

Ե. Մայրական մահացության գործակից

Ընդհանուր առմամբ, մայրական մահացության գործակիցի հաշվարկների տեսանկյունից ԱՏՎՀԿ և ԱԲ-ՏՇ-ի (որն ընդգրկում է ԱՀԿ գնահատականները) միջև առկա է պատշաճ համապատասխանություն (Դիագրամ Գ7): Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգի կամ բուժհիմնարկների կողմից ներկայացված մայրական մահացության յուրաքանչյուր դեպք խաչաձև ստուգվում է տարեկան կտրվածքով: Այդուհանդերձ, ԱՀԿ Մայրական մահացության հարցերով աշխատանքային խումբը, որը պատասխանատու է ազգային գնահատականները պատրաստելու համար, նշել է, որ Հայաստանի դեպքում «1995-2005թթ. մայրական մահացության գծով համապատասխան տվյալներ մատչելի չեն»(xxxiii): Այդ պատճառով Աշխատանքային խումբը դուրս է բերել Հայաստանի 2003 թվականի մայրական մահացության գործակիցի գնահատականը մի մոդելով, որն ընդգրկում է հետևյալ պատահական համամեծությունները՝ պտղաբերության տարիքում մայրական մահացության գործակիցը, ՀՆԱ, ընդհանուր պտղաբերության գործակիցը, մասնագիտական ծննդագնությանը ծնունդների տոկոսը և ՔԿԱԳ լիարժեքությունը: Հարկ է նշել, որ այս մոդելը կիրառելով ԱՀԿ/ԱՀԶ-ի ստացված ցուցանիշը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով կազմում է մայրական մահացության 76 դեպք: Հիշարժան է նաև, որ ԱՏՎՀԿ-ի 2003թ. եռամյա միջինը գտնվում է ԱՀԿ Աշխատանքային խմբի մոդելավորած 2003թ. գնահատականի վստահական միջակայքի ստորին 95%-ում (Դիագրամ Գ7-ում ներկայացված չեն հուսալիության միջակայքերը, որոնք 100 000 ծնունդների հաշվով կազմում են մահացության 23-ից 250 դեպք):

**Դիագրամ Գ7. Մայրական մահացության գործակիցի գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ.**

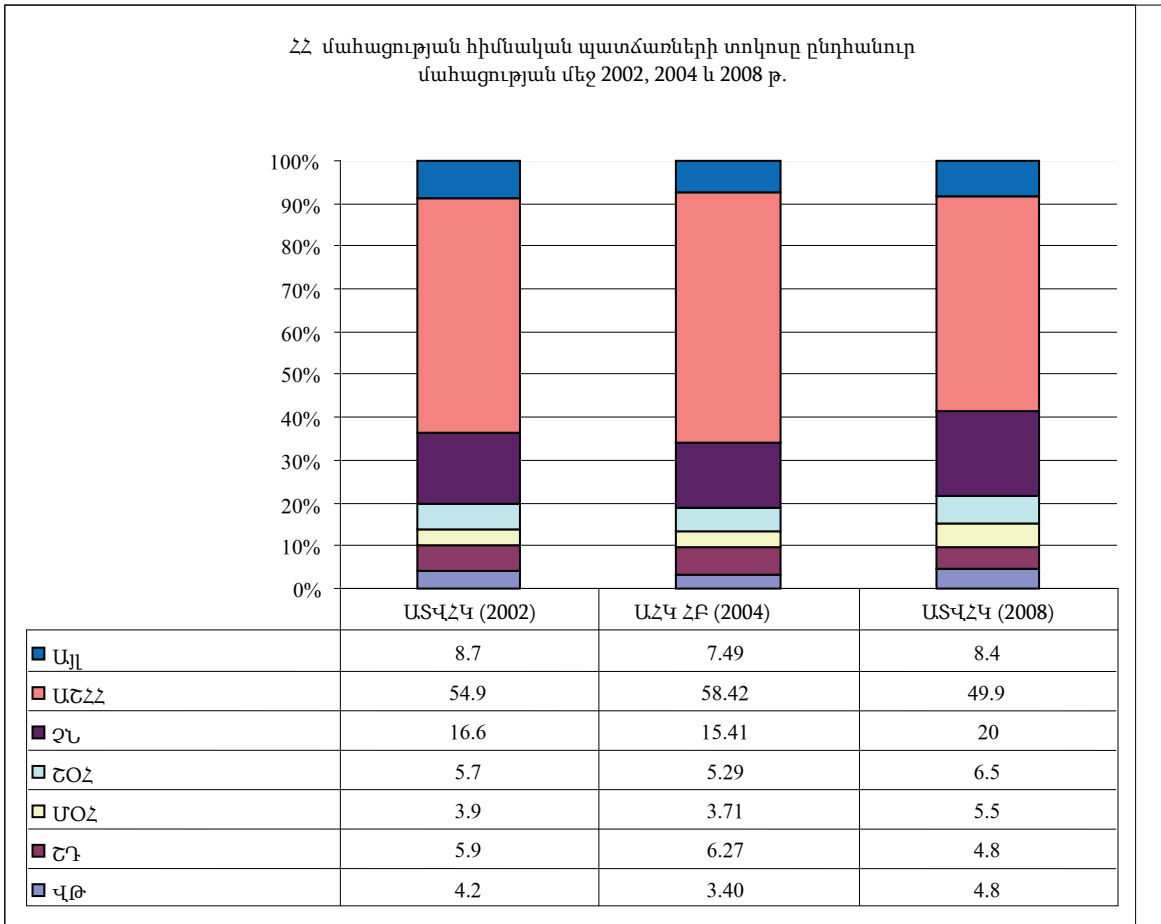


Աղբյուրներ՝ ԱՏՎՀԿ, Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարություն (միայն 1995 և 2000-2008թթ. գնահատումներ), ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ Վիճակագրական տեղեկատվական համակարգ (WHOSIS), ԱՀԶ 2009

Զ. Մահվան հիմնական պատճառների համամասնական բաշխվածություն

ԱՏՎՀԿ-ի ներկայացրած 2002 և 2008 թվականների մահվան հիմնական պատճառների բաշխվածության համամասնությունները համեմատելի են Հայաստանի համար ԱՀԿ 2004 թվականի Հիվանդության գլոբալ բեռի բաշխվածության մեջ ներկայացված արժեքների հետ (Դիագրամ Գ8):

**Դիագրամ Գ8. Մահվան հիմնական պատճառները՝ որպես մահվան բոլոր դեպքերի տոկոս, Հայաստան, 2002, 2004 և 2008թթ**



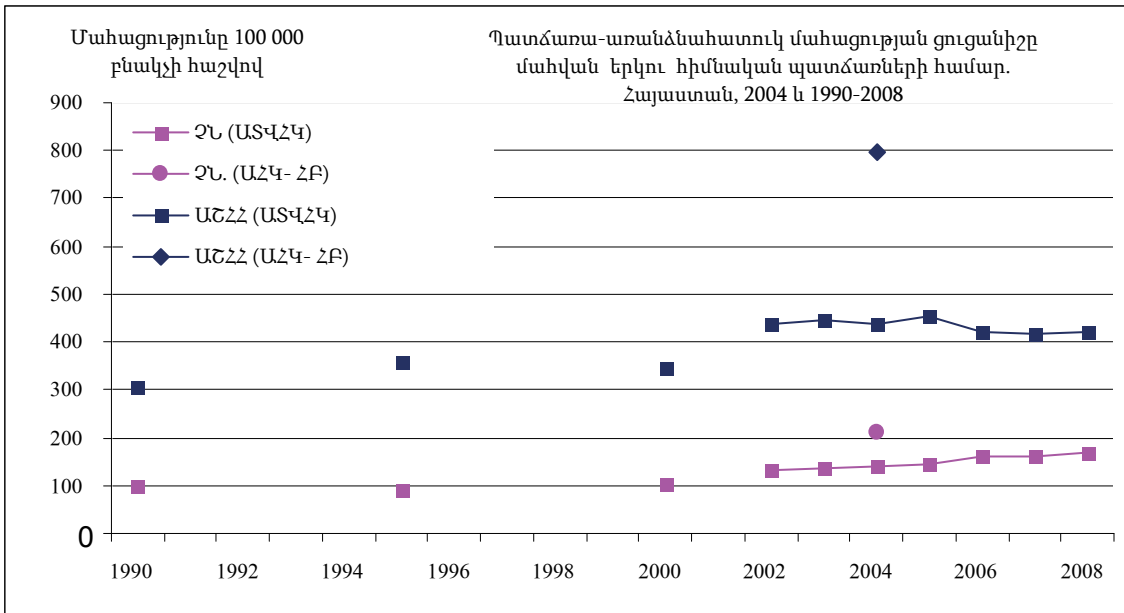
Աղբյուրներ՝ ԱՏՎՀԿ, ԱՀԿ Հիվանդության գլոբալ բեռը 2004

**Է. Մահվան հիմնական պատճառների մահացության ցուցանիշներ**

Տվյալների որակի տեսանկյունից գնահատվել են Հայաստանում մահվան վեցը հիմնական պատճառից երկու ամենակարևորը՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն ու չարորակ նորագոյացությունները: Մահացության այս երկու պատճառի գծով ԱՀԿ 2004 թվականի Հիվանդության գլոբալ բեռի գնահատած մահացության մակարդակների նկատմամբ ԱՏՎՀԿ-ի գնահատականներն ավելի ցածր են (Դիագրամ Գ9): ԱՏՎՀԿ գնահատած միտումները ցույց են տալիս չարորակ նորագոյացությունների մակարդակների աճ: Երկու հիվանդության գծով գնահատականները ճշտվել են Հայաստանի բնակչության 2001 թվականի մարդահամարից հետո: (Հարկ է նշել, որ ԱԲ-ՏՇ ներկայացնում է միայն ըստ տարիքի ստանդարտացված գնահատականներ, որոնք ուղղակիորեն համադրելի չեն այս ուղղակի գնահատականների հետ):



**Դիագրամ Գ9. Մայրական մահացության գործակցի գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ**



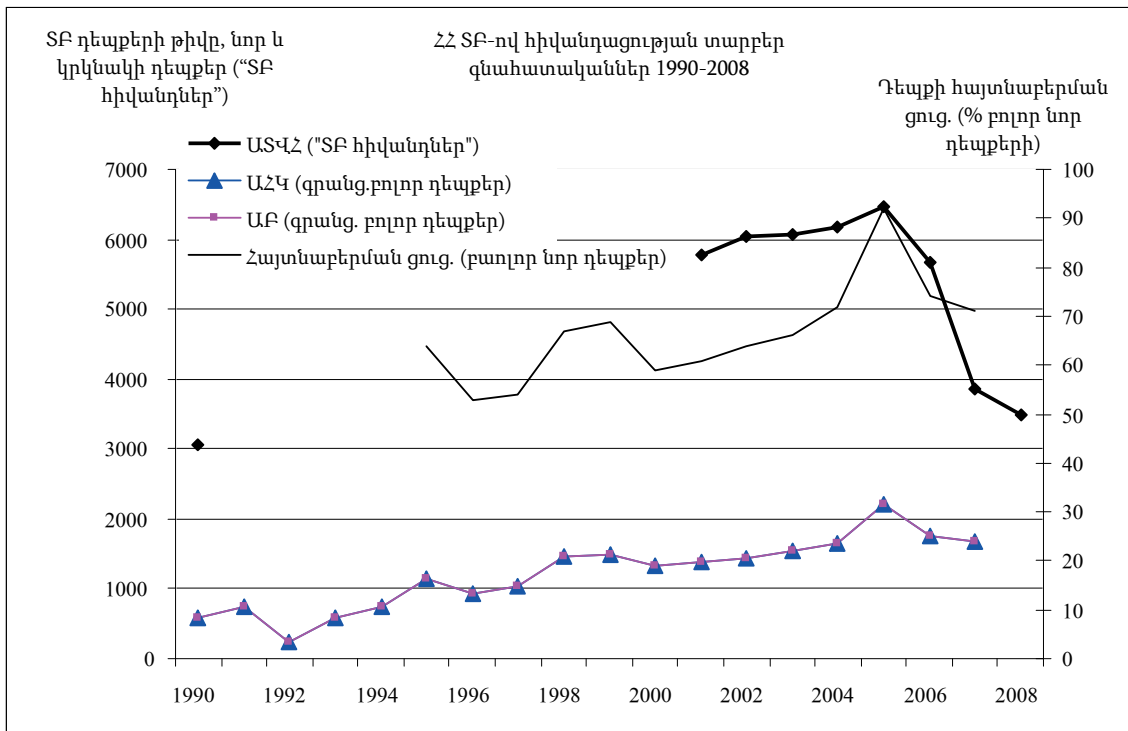
Աղբյուրներ՝ ԱՏՎՀԿ, ԱՀԿ Հիվանդության գլոբալ բեռը 2004

**Տուբերկուլյոզի ինդիկատորներ**

**Ը. Տուբերկուլյոզի հիվանդացությունն տուբերկուլյոզի ծանուցված դեպքեր**

Հայաստանում տուբերկուլյոզի բոլոր ձևերի գծով ԱՀԿ տվյալների երկու շտեմարանի (ԱԲ-ՏՇ և Տուբերկուլյոզի գլոբալ տվյալների շտեմարան) գնահատականները լիովին համընկնում են, իսկ ԱՎԾ/ԱՏՎՀԿ-ի ներկայացրած թվերը զգալիորեն մեծ են (Դիագրամ Գ10): Տարբերությունը կարող է լինել սահմանման խնդիր՝ ԱՎԾ/ԱՏՎՀԿ-ը ներկայացնում են «Տուբերկուլյոզով հիվանդներ», որը ստանդարտ սահմանում չէ, իսկ «Տուբերկուլյոզի հիվանդացությունը» ընդգրկում է ծանուցված դեպքերի քանակը (բոլոր ձևեր): Բոլոր աղբյուրները ներկայացնում են աճի միտում՝ 2001-2005թթ, ապա՝ նվազում, թեպետ այդ նվազումը շատ ավելի կտրուկ է ԱՎԾ/ԱՏՎՀԿ-ի համաձայն: Իրականում դեպքերի հայտնաբերման գնահատված մակարդակները ցույց են տալիս աշխատանքների արագ ընդարձակում կամ ինտենսիֆիկացում (դեպքերի մինչև 92%-ի հայտնաբերում), որին հաջորդում է կտրուկ անկում՝ մինչև 70%: Հարկ է լրացուցիչ բացատրել 2004-2008թթ. տեղի ունեցած այս տատանումները:

**Դիագրամ Գ10. Տուբերկուլյոզով հիվանդացության գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ**

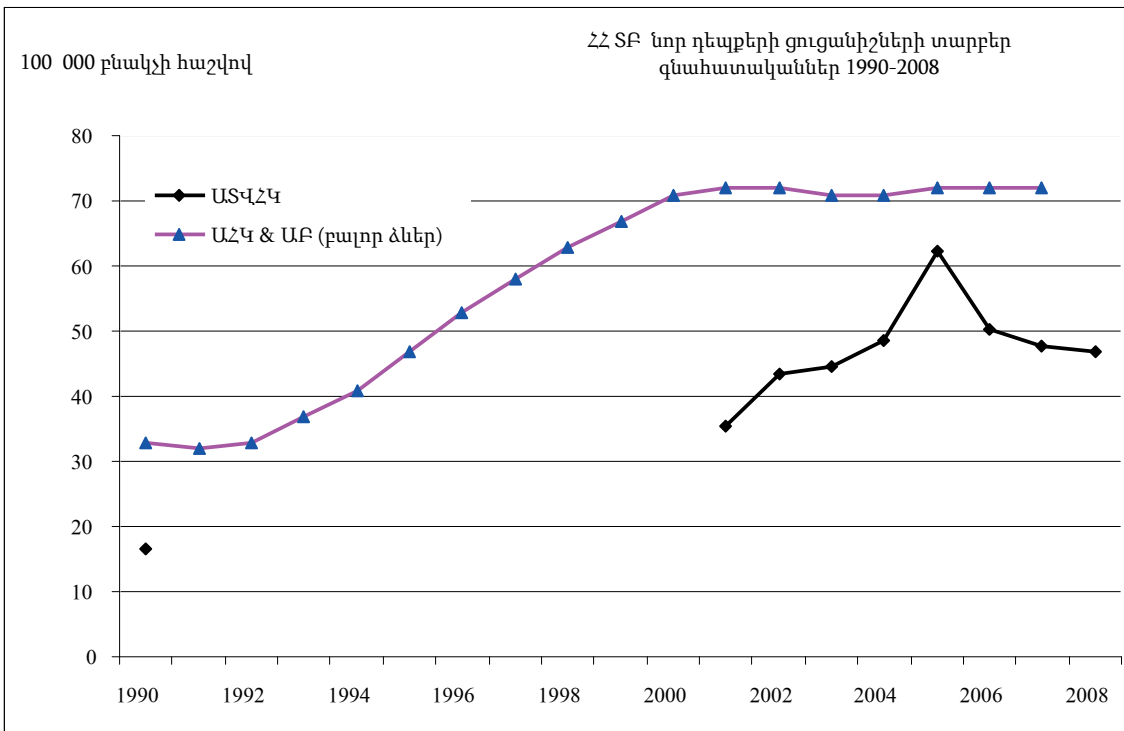


Աղբյուրներ՝ ԱՏՎՀԿ, ԱՎԾ, ՀՀ Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր, ԱԲ-ՏԸ, ԱՀԿ Տուբերկուլյոզի տվյալների գլոբալ շտեմարան

**Թ. Տուբերկուլյոզի հիվանդացության մակարդակներ**

ԱՀԿ և ԱԲ-ՏԸ-ի հիվանդացության մակարդակներն ավելի բարձր են, քան ԱՏՎՀԿ-ի կողմից անմիջականորեն ներկայացրած մակարդակները (Դիագրամ Գ11): Սա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ գնահատականների վերաբերյալ նոր տեղեկություններ ընդգրկելու համար ԱՀԿ ներգրավվում է խորհրդակցական գործընթացում, որի նպատակն է ներկայացնել հիվանդացության «ամենաճիշտ» մակարդակը: Սովորաբար տուբերկուլյոզը կայուն հիվանդություն է և ընդհանուր միտման մեջ կտրուկ թռիչքները (ինչպես 2005 թվականին Հայաստանում) չափազանց անկանոն են: 2005 թվականին ԱՏՎՀԿ ներկայացրած հիվանդացությունը, հավանաբար, արտացոլում է այդ տարի դեպքերի հայտնաբերման աճը: Հարկ է նշել, որ դեպքերի հայտնաբերման գազաթնակետի (92%) ժամանակ ԱՏՎՀԿ ներկայացրած հիվանդացությունը գրեթե նույնն է, ինչ ԱՀԿ-ի ներկայացրած «իրական» հիվանդացությունը: Հայաստանի համար գնահատականների ճշգրտման ԱՀԿ ընթացակարգերի մասին մանրամասն տեղեկությունները տրամադրվել են ՀՀ Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրին:

**Դիագրամ Գ11. Տուբերկուլոզի նոր դեպքերի գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ**

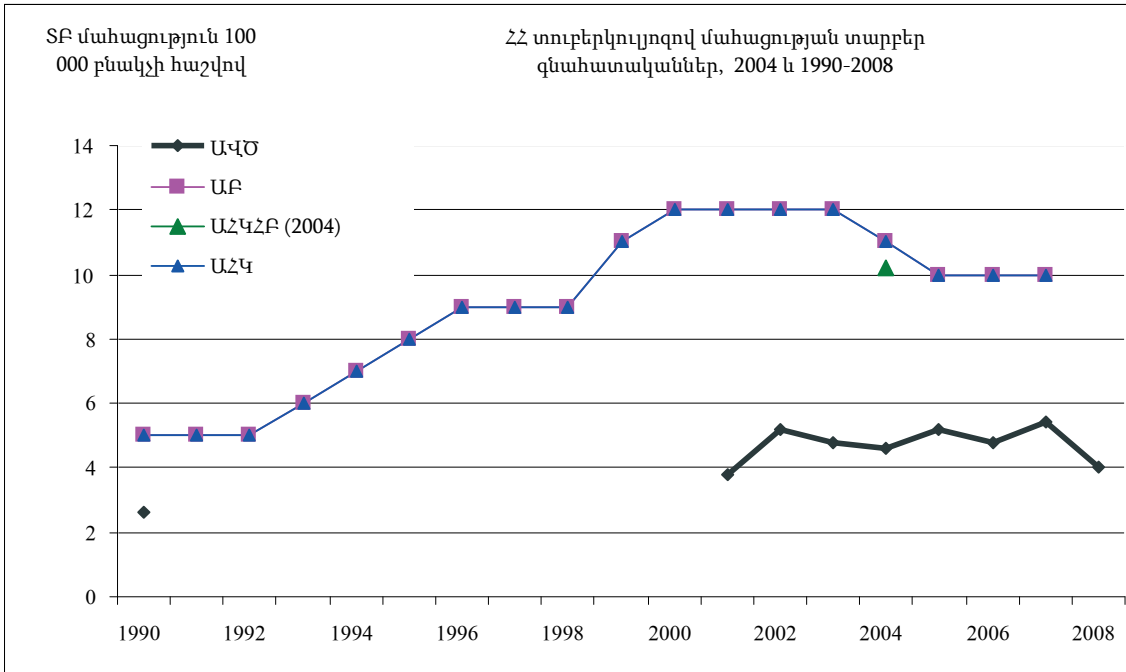


Աղբյուրներ՝ ԱՏՎՀԿ, ԱՎԾ, ՀՀ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր, ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ Տուբերկուլոզի տվյալների գլոբալ շտեմարան

**Ժ. Տուբերկուլոզից առաջացած մահացություն**

ԱՎԾ/ԱՏՎՀԿ-ի գնահատմամբ տուբերկուլոզից առաջացած մահացությունը զգալիորեն ցածր է ԱԲ-ՏՇ և Տուբերկուլոզի գլոբալ տվյալների շտեմարանի գնահատականներից, և 2003 թվականից մահացության մակարդակների նվազում չի եղել (Դիագրամ 12): Ինչպես մահացության առնչվող և ավելի վաղ քննարկված ինդիկատորների դեպքում՝ այս համեմատաբար ցածր մակարդակը մասամբ պայմանավորված է քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման համակարգի թերմերկայացմամբ:

**Դիագրամ Գ12. Տուբերկուլոզից առաջացած մահացության գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ**

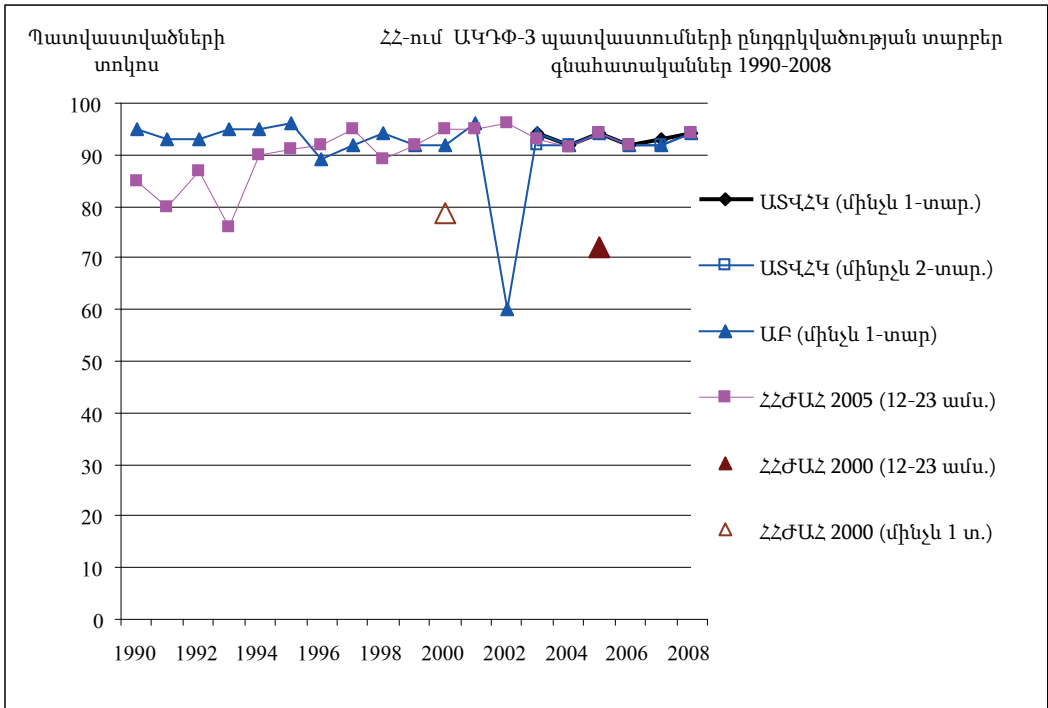


Աղբյուրներ՝ ԱՏԿՀԿ, ԱՎԾ, ՀՀ Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր, ԱԲ-ՏԸ, ԱՀԿ Տուբերկուլոզի տվյալների գլոբալ շտեմարան, ԱՀԿ Հիվանդության գլոբալ բեռը 2004

**ԺԱ. ԱԿԴՓ-3 պատվաստումների ընդգրկում**

ԱՏԿՀԿ, ԱՀԿ Պատվաստման հսկողության տվյալների շտեմարանի և ԱԲ-ՏԸ-ի պաշտոնական ընդգրկման գնահատականներում ներկայացվող 2003-2008թթ. կարմրուկի դեմ պատվաստումներ ստացած 12-23 ամսական երեխաների տոկոսները համեմատելի են: Ընդգրկման ակնհայտ բարելավման կամ վատթարացման միտում չկա: Սակայն 2002թ. ԱՀԿ-ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի ներկայացված ընդգրկումն առանձնանում է և պահանջում ուսումնասիրություն: Հետաքրքրական է, որ նույն ինդիկատորի դեպքում ՀԺԱՀ 2000 և 2005թթ. հետազոտության արդյունքները նշանակալի ցածր են պաշտոնական գնահատականներից (10-ից 20 տոկոսային կետով): Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել այս ինդիկատորի տարբեր աղբյուրներից ստացված գնահատականների փոխադարձ համաձայնեցմանը, իսկ 2010 թվականի ՀԺԱՀ-ը թարմացված տվյալների կապահովի հնարավոր ճշգրտումներ կատարելու համար:

**Դիագրամ Գ13. ԱԿԴՓ-3 պատվաստումների ընդգրկման գնահատականներ, Հայաստան, 1990-2008թթ**



Աղբյուրներ՝ ԱՏԿԳ, ԱԲ-ՏԸ, ՀԺԱԳՀ 2000 և 2005, ԱԳԿ պատվաստումների հսկողության տվյալների շտեմարան

**ԱՅԳԳ ինդիկատորներ**

ԱՅԳԳ արդյունքներն այլ աղբյուրների հետ համեմատելու նպատակն է ընդգծել գնահատականների կամ ընտրանքների տարբերությունները: Միտումների մասին առավել որակյալ տվյալներ ստանալու նպատակով շատ դեպքերում հնարավոր է ներդաշնակեցնել հետազոտման մեթոդաբանությունները:

ԺԲ. Առողջության վիճակի ինքնագնահատում

- ՀԺԱԳՀ 2005թ. հետազոտությունն առաջադրել էր նույն հարցը. «Բավարարված եք Ձեր առողջությամբ»: Պատասխանները, որոնց սամոդակն ընդգրկել է «չափազանց բավարարված» են պատասխանից մինչև «խիստ անբավարարված» են պատասխանը, վերլուծած չեն ՀԺԱԳՀ վերջնական զեկույցում:

ԺԳ. Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոններ

Ծխախոտ: ՀԺԱԳՀ հետազոտության և այլ գնահատականների նկատմամբ ԱՅԳԳ հետազոտության ծխախոտի օգտագործման գնահատականները տրամաբանական են (Աղյուսակ Գ1), թեպետ դրանք լիովին համադրելի չեն տարիքային խմբերի տարբերությունների հետևանքով:

Աղյուսակ Գ1. Ծխախոտ օգտագործող տղամարդկանց տոկոսը, 20 և ավելի տարիք

**Ծխողներ (20 և ավելի տարիք, տղամարդ) Ծխախոտի օգտագործման այլ գնահատականներ (ԱՅԳԳ հետ ճշգրիտ չհամադրվող)**

	ԱՅԳԳ 2007	ԱՅԳԳ 2009	ԱԲ-ՏԸ <sup>a</sup>	ԱԳԿ/ԱԳԶ <sup>b</sup>	ՀԺԱԳՀ 2005 <sup>c</sup>	ՀԺԱԳՀ 2000 <sup>c</sup>
1998	—	—	29.0%	—	—	—
1999	—	—	—	—	—	—
2000	—	—	—	—	60.5%	67.5%
2001	—	—	35.3%	—	—	—

2002	—	—	—	—	—	—
2003	—	—	—	—	—	—
2004	—	—	—	—	—	—
2005	—	—	28.4%	29.6%	—	—
2006	—	—	27.3%	—	—	—
2007	55.7%	—	27.0%	—	—	—
2008	—	—	—	—	—	—
2009	—	58.0%	—	—	—	—

<sup>a</sup> միայն 15 և ավելի տարիք, <sup>b</sup> ստանդարտացված ըստ տարիքի, <sup>c</sup> 15-49 տարիքային խումբ

ԱՅԳԳ՝ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, ԱԲ-ՏՇ՝ «Առողջություն բոլորին» եվրոպական տվյալների շտեմարան, ԱՅԶ՝ Առողջապահական համաշխարհային զեկույց, ՀԺԱՅՅ՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն

Ձարկերակային բարձր ճնշում: Սիստոլիկ զարկերակային ճնշման ԱՅԳԳ հետազոտության գնահատականները ցածր են թվում, հատկապես՝ 20 և ավելի տարիքի խմբի դեպքում, երբ չկա տարիքային վերին շեմ (Աղյուսակ Գ2):

**Աղյուսակ Գ2. Ձարկերակային բարձր ճնշում ունեցող չափահասների տոկոսը, 20 և ավելի տարիք**

	ԱՅԳԳ 2007	ԱՅԳԳ 2009	ՀԺԱՅՅ 2005 <sup>a</sup>
2005	—	—	21.0% կանայք 27.3% տղամարդիկ
2006	—	—	—
2007	13.4	—	—
2008	—	—	—
2009	—	11.9	—

<sup>a</sup> 15-49 տարիքային խումբ, երկու սեռերի համադրված գնահատական չկա

ԱՅԳԳ՝ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, ՀԺԱՅՅ՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն

Նշում՝ Արյան ճնշումը համարվում է բարձր, երբ սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը գերազանցում է 140 մմՍՍ

Ալկոհոլ: Ալկոհոլի օգտագործման վերաբերյալ ճշգրիտ համադրելի տվյալներ չկան, քանի որ գնահատման մոտեցումները, ինչպես նաև բնակչության ընտրանքների տարիքը/սեռը տարբեր են (Աղյուսակ Գ3): ԱՅԳԳ հետազոտության ալկոհոլին վերաբերող հարցերը բարդ են ճշգրիտ պատասխանելու համար: Մի գուցե հարկ է օգտագործել այլ հարցեր (օրինակ՝ Մոլդովայի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության մեջ օգտագործված հարցերը):

**Աղյուսակ Գ3. Օրական 20 գրամ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործող տղամարդկանց տոկոսը, 20 և ավելի տարիք**

	ԱՅԳԳ 2007	ԱՅԳԳ 2009	ԱԲ-ՏՇ <sup>a</sup>	ԱՅԿ/ԱՅԶ <sup>b</sup>
1992			1.7	
1993			1.78	
1994			2.8	
1995			1.9	
1996			1.85	
1997			1.41	
1998			1.3	
1999			1.39	
2000			1.27	
2001			1.04	1
2002			0.93	
2003			1.05	1.48
2004				
2005				

2006				
2007	11.4			
2008				
2009		16.6		

<sup>a</sup> Օգտագործած ավելի, լիտր, 15 և ավելի տարիք, երկու սեռ:

<sup>b</sup> Օգտագործած ավելի, լիտր, չափահասներ

ԱՅԳԳ՝ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, ԱԲ-ՏՇ՝ «Առողջություն բոլորին» եվրոպական տվյալների շտեմարան, ԱՅԶ՝ Առողջապահական համաշխարհային զեկույց,

Ավելորդ քաշ և թերակտիվություն: Այս ինդիկատորների գծով ճշգրիտ համադրելի տվյալներ չկան՝ տարբեր աղբյուրների գնահատականները համեմատելու համար: Մարմնի զանգվածի ինդեքսի դեպքում, ընդհանուր առմամբ, ՀԺԱՀ հետազոտությունների գնահատականների նկատմամբ ԱՅԳԳ գնահատած ավելորդ քաշի տեսակարար կշիռներն ավելի բարձր են, սակայն ԱՅԳԳ ընտրանքը նաև սահմանափակվում է ավելի բարձր տարիքային խմբով (20 և ավելի տարիք):

**Աղյուսակ Գ3. 25-ից բարձր մարմնի զանգվածի ինդեքս ունեցողների տոկոսը, 20 և ավելի տարիք**

	ԱՅԳԳ 2007	ԱՅԳԳ 2009 <sup>a</sup>	ՀԺԱՀ 2005 <sup>b</sup>	ՀԺԱՀ 2000 <sup>b</sup>	ԱՅԿ/ԱՅԶ <sup>c</sup>
2000	—	—	—	41.5%	—
2001	—	—	—	—	—
2002	—	—	—	—	—
2003	—	—	—	—	—
2004	—	—	—	—	—
2005	—	—	32.4%	—	15.5%
2006	—	—	—	—	—
2007	52.8%	—	—	—	—
2008	—	—	—	—	—
2009	—	53.6%	—	—	—

<sup>a</sup> Կանանց համար գնահատականը 45.8 է

<sup>b</sup> Միայն կանայք, 15-49 տարիքային խումբ

<sup>c</sup> ՄՁԻ>30

ԱՅԳԳ՝ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, ԱՅԶ՝ Առողջապահական համաշխարհային զեկույց, ՀԺԱՀ՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

- i. *The Tallinn Charter: health systems, health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080627\\_1](http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080627_1), կայքն այցելվել է 2009թ. սեպտեմբերի 15-ին)։
- ii. *Հազարամյակի զարգացման նպատակների տեղայնացումը և առաջընթացը, ազգային զեկուլյց, Հայաստան, Երևան 2005*, Միավորված Ազգերի Կազմակերպության Հայաստանի գրասենյակ, 2005 ([http://www.undp.am/docs/mdgs/un\\_armenia\\_mdgreport2005eng.pdf](http://www.undp.am/docs/mdgs/un_armenia_mdgreport2005eng.pdf), կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 15-ին)։
- iii. «Առողջապահության տեղեկատվության ազգային համակարգի զարգացման 2008-2018թթ. ռազմավարական ծրագիր», մշակվել է համաձայն Առողջապահական մետրիկայի ցանցի համակարգի, Երևան, 2008։
- iv. ՀՀ Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման աշխատանքային խումբ։ Առողջապահության համակարգի գործունեությունը Հայաստանում. Ռազմավարական ուսումնասիրության ամփոփում, Հայաստան, Երևան 2008։
- v. *WHO's Health system performance framework: functions and goals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/20070323_1), կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 15-ին)։
- vi. Hawkins L, Ibraimova A. *Rapid evaluation of the course of reforms in the Armenian health system and an analysis of the possibilities of restructuring the Ministry of Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- vii. Hakobyan T et al. Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2006, 8(6):1–180 (<http://www.euro.who.int/Document/E89732.pdf>, կայքն այցելվել է 2009թ. սեպտեմբերի 15-ին)։
- viii. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, WHO, 2000 (<http://who.int/whr/2000>, կայքն այցելվել է 2009թ. սեպտեմբերի 15-ին)։
- ix. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(6):717–731.
- x. European health for all database (HFA-DB): updated August 2009 [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 10-ին)։
- xi. *Country Health Systems Surveillance (CHeSS) situation analysis for Armenia*. Geneva, WHO, 2009.
- xii. Regional Committee for Europe. *Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region* [background document]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (EUR/RC58/9; [http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58\\_edoc09.pdf](http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_edoc09.pdf), կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 30-ին)։
- xiii. Regional Committee for Europe. *Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region* [resolution]. Dated 17 September 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (EUR/RC58/R4; [http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC58/20081224\\_1](http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC58/20081224_1), կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 30-ին)։



- xiv. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թվականների ռազմավարություն, Բաժին III. Բարեփոխման կարիք ունեցող խնդիրները և դրանց հետագա զարգացման հեռանկարները՝ 2008-2013 թթ. բարեփոխումների հիմնական ուղղությունները:
- xv. Հավելված N 1 ՀՀ կառավարության 2003 թվականի նոյեմբերի 13-ի N 1533-Ն որոշման «ՀՀ բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2003-2008թթ. ռազմավարությունը և ՀՀ-ում առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպման ու ֆինանսավորման նոր մեթոդների մշակման 2003-2005թթ. փորձարարական ծրագիրը հաստատելու մասին»:
- xvi. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թվականների ռազմավարություն, Բաժին III-6. Ընտանեկան բժշկության անկախ պրակտիկաների ձևավորման համար անհրաժեշտ նախապայմանների ապահովում, աջակցություն անկախ պրակտիկա հիմնող ընտանեկան բժիշկներին:
- xvii. *The Health for All policy framework for the European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (European Health for All Series No.7).
- xviii. *Health financing policy: a guide for decision makers*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E91422.pdf>, կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 24-ին).
- xix. Wagstaff A et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(3):263–290.
- xx. Wagstaff A, van Doorslaer E. *Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998*. Health Economics, 2003, 12:921–934.
- xxi. Feeley F et al. *How great is the burden of household health expenditure in Armenia*. Yerevan, United States Aid for International Development (USAID) Primary Healthcare Reform Project, 2008. ([http://www.phcr.am/upload/files/PHCR\\_article\\_Access\\_and\\_Affordability\\_Analysis\\_Eng.pdf](http://www.phcr.am/upload/files/PHCR_article_Access_and_Affordability_Analysis_Eng.pdf), accessed 3 November 2009)
- xxii. Xu K et al. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, WHO, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2, WHO/EIP/HSF/PB/05.02; [http://who.int/health\\_financing/documents/pb\\_e\\_05\\_2-cata\\_sys.pdf](http://who.int/health_financing/documents/pb_e_05_2-cata_sys.pdf), կայքն այցելվել է 2009թ. նոյեմբերի 4-ին).
- xxiv. Xu K. *Suggestions for monitoring and evaluation of health financing reform (in Armenia)* [mission report]. Geneva, WHO, 2009.
- xxv. Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, կայքն այցելվել է 2009թ. նոյեմբերի 1-ին).
- xxvi. ՀՀ կառավարության 2006թ. նոյեմբերի 2-ի որոշում N1911 «ՀՀ մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագիրը հաստատելու մասին»:
- xxvii. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world: fourth global report*. Geneva, WHO, 2008 ([http://www.who.int/tb/publications/2008/drs\\_report4\\_26feb08.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf), կայքն այցելվել է 2009թ. սեփտեմբերի 15-ին).

- xxviii. *Health at a glance 2007. OECD Indicators*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2007.
- xxix. *World health statistics 2008*. Geneva, WHO, 2008 (<http://who.int/whosis/whostat/2008>, կայքն այցելվել է 2009թ. նոյեմբերի 4-ին).
- xxx. WHO statistical information system (WHOSIS). Geneva, WHO, 2009 (<http://who.int/whosis>, կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 15-ին).
- xxxi. *Armenia demographic and health survey 2005*. Calverton, MD; Armenian National Statistical Service (NSS), Armenian Ministry of Health, ORC Macro; 2006.
- xxxii. *The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva, WHO, 2009 (<http://who.int/whr/2008>, կայքն այցելվել է 2009թ. հոկտեմբերի 15-ին).
- xxxiii. *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, WHO, 2007 ([http://who.int/whosis/mme\\_2005.pdf](http://who.int/whosis/mme_2005.pdf), կայքն այցելվել է 2009թ. նոյեմբերի 8-ին).