

Կառավարում

24681 5 379 1

Արդարացի ֆինանսական  
ներդրումներ

0257 9 6 7 3 6 3

Արձագանքում

3 5 7 6 9 5 9 5 8 2

Ռեսուրսների կազմավորում

9 5 6 4 8 7 420 8 4

Ծառայությունների տրամադրում

3 5 7 9 2 796 1 7 5

Ֆինանսավորում

1 6 9 5 2 578 4 2 3

Առողջության խթանում

8 3 59 6 7 4 2 3 5

Մատչելիություն

75 5 8 2 9 4 7 1 6 9

Որակ եվ անվտանգություն

5 6 8 3 9 3 7 1 6 4 1

Ֆինանսական պաշտպանվածություն

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

5097109412

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

90 97109412



ՀԱՅԱՍՏԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ



2012

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ  
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ  
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆ**

2012

ՀՏԴ 614 (042.3)

ԳՄԴ 51

Ա 720 Դ. Անդրեասյան, Ս. Մանուկյան, Պ. Զելվեյան, Ա.Քյուրումյան

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2012. –Եր.:

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2013.-Էջ 170:

Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման 2012 թ. զեկույցն ամփոփում է ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման ընթացքում ձեռք բերված հիմնական փաստերը: Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումն իրականացվել է 2012 թ. և նպաստում է ՀՀ կառավարության կողմից գործադրվող ջանքերին, որոնք ուղղված են ՀՀ Առողջապահության նախարարության կարողությունների հզորացմանը:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) զեկույցը ներկայացնում է Հայաստանի առողջապահական համակարգի կադրային ռեսուրսների առկայության, բաշխվածության, պահանջարկի, պատրաստման, ֆինանսավորման արդարացիության ու ֆինանսական պաշտպանվածության, առողջապահական ծառայությունների մատչելիության, որակի և անվտանգության, բնակչության առողջությանը սպառնացող կենսաբանական, վարքագծային գործոնների, շրջակա միջավայրի դետերմինանտների տարածվածության և վնասակար ազդեցության, առողջապահական համակարգի արձագանքման և բնակչության ընդհանուր առողջության վիճակը:

Զեկույցի յուրաքանչյուր բաժնում ներկայացված են Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության բարելավման առաջարկներ:

Սույն զեկույցը նախատեսված է առողջապահական համակարգի կազմակերպիչների, առողջապահության ոլորտի փորձագետների, բժիշկների և առողջապահական համակարգի հարցերով զբաղվող և հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար:

ՀՏԴ 614 (042.3)

ԳՄԴ 51

ISBN 978-99941-2-840-2

© ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության  
ազգային ինստիտուտ, 2013.

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

<b>ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ</b>	<b>5</b>
ԵՐԱՆՏԻՔԻ ԽՈՍՔ	6
ՆԱԽԱԲԱՆ	7
<b>ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՍՓՈՓՈՒՄ</b>	<b>8</b>
<b>ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>19</b>
Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման ընդհանուր հայեցակարգ	19
Զեկույցի նպատակներ	24
Զեկույցի կառուցվածք	25
<b>1.ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂԻՄՅՈՒՆ ՆԵՐՈՒԺ</b>	<b>26</b>
Առողջապահական համակարգի կաղրերի պատրաստում	26
Կաղրային ներուժի շարունակական մասնագիտական զարգացում	30
Կաղրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի	32
Առողջապահական համակարգի առկա կաղրային ներուժի բաշխվածություն	33
Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների	36
Բժիշկների և բուժքույրերի հարաբերական թվաքանակ	39
Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ	44
Գործող ընտանեկան բժիշկները և վերապատրաստման ընթացք	45
Մասնագիտական համատեղություն (ներքին և արտաքին)	46
Կաղրերի հոսունության ընդհանուր միտումներ	47
Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր	48
Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր	50
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	52
<b>2.ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐԱՑԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>55</b>
Ֆինակալային համատեքստը և առողջապահության գերակայություն	55
Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական կառավարման համակարգի բարեփոխումները ԿԱԵԿԿԱ երկրներում	60
Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն	65
Գրպանից կատարվող վճարումներ	66
Մոցիալական փաթեթի ազդեցություն	68
Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեծությունը և կառուցվածք	70
Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ	71
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	73
<b>3. ԲՈՒԺԾՄԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>75</b>
Բժշկական ծառայությունների սպառում	76
Բուժհաստատությունների առկայություն	81

Բուժճառայությունների անմատչելիություն	82
Կանխարգելիչ այցեր	85
Բուժաշխատողի տնային կանչեր	86
Տեղեկատվական բացեր	87
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	87
<b>4.ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ</b>	89
Բուժօգնության որակ ու անվտանգություն	89
Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերում և բուժում	89
Մամոգրաֆիկ հետազոտությունների վիճակագրություն	91
ՊԱՊ քուրքի հետազոտության վիճակագրություն	92
Բոլոր տիպի քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում	93
Հիվանդանոցային մահաբերություն	94
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների վաղ հայտնաբերում և բուժում ԱԱՊ օղակում	95
Գերճնշման վերահսկում	96
Քոլեստերինի մակարդակի վերահսկում	99
Գլյուկոզայի մակարդակի վերահսկում	101
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ	104
Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ	105
Մոր և մանկան առողջության պահպանում	107
Տեղեկատվական կարիքներ	109
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	109
<b>5.ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՌԻՄԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ</b>	111
Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների տարածվածություն	112
Ծխախոտի օգտագործում	113
Ալկոհոլի օգտագործման տարածվածություն	114
Ավելորդ քաշի տարածվածություն	116
Զարկերակային զերճնշման տարածվածություն	117
Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածություն	118
Կերակրի աղի օգտագործում	120
Առողջ սպրեյակերպի ուսուցում	121
Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների մասին տեղեկացվածություն	123
Տեղեկացվածություն ոչ վարակիչ հիվանդություններ առաջացնող կենսաբանական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ	124
Շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն	126
Օդի աղտոտվածություն	126
Զրի աղտոտվածություն	127

Աղմուկ	127
Հողի աղտոտվածություն	128
Ճառագայթում	128
Բնակարանի ջեռուցում	128
Կոյուղու առկայություն	128
Սանհանգույցի տեղադրություն	128
Տեղեկատվական կարիքներ	129
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	130
<b>6.ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐՁԱԳԱՆՔՈՒՄ</b>	134
Բուժհիմնարկների արձագանքման դոմեններ	137
ԱԱՊ օղակի արձագանքում	138
Մասնավոր բուժհիմնարկների արձագանքում	139
Հիվանդանոցային օղակի արձագանքում	140
Բժշկի ազատ ընտրություն	141
Տեղեկացվածություն բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի մասին	141
ԱԱՊ օղակում բուժառայության մատուցման պայմանագիր	142
Առողջապահության նախարարության «թեժ գիծ»	144
Տեղեկատվական կարիքներ	146
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	146
<b>7.ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ</b>	148
Կյանքի սպասվող տևողություն	148
Առողջության վիճակ	150
Առողջության վիճակի դոմենները և դրանց դինամիկան 2007-2012 թթ. ընթացքում	151
Առողջության վիճակի կախվածությունը սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերից	152
Առողջության վիճակի կախվածությունը ռիսկի գործոններից	153
Հիվանդագին վիճակներ	154
Առողջության վիճակի կախվածությունը հիվանդագին վիճակներից	155
Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն	156
Հիվանդությունների տարածվածություն և միտումներ	160
Մահվան առավել տարածված պատճառներ	160
Առավել տարածված հիվանդություններ	164
Տեղեկատվական կարիքներ	166
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	166
<b>ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂՔՑՈՒՐՆԵՐ</b>	168

**ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ**

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱԲ-ԵՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԾԻԳ	Առողջապահության ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՀԶ	Առողջապահական համաշխարհային զեկույց
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՀՌԾ	Աղքատության հաղթահարման ռազմավարական ծրագիր
ԱՄՆ ՄԶԳ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գրասենյակ
ԱՄՑ	Առողջության մետրիկայի ցանց
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՎԾ	Հայաստանի Հանրապետության Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎՀԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
ԵՊԲՀ	Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԵԱՀՀ	Երկրի առողջապահության համակարգի հսկողություն
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ԶԲՃ	Զարկերակային բարձր ճնշում
ԾՄՔ	Ծառայությունների մատչելիության քարտեզագրում
ԿԱԵԿԿԱ	Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպա, Կովկասի և Կենտրոնական Ասիա
ԿԶԾ	Կայուն զարգացման ծրագիր
ՀԺԱՀՀ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ, 10-րդ տարբերակ
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՄԺԾԾ	Միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր
ՄՔԳ	Մարմնի քաշի գործակից
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՔԲՄ	Քոլեստերինի բարձր մակարդակ

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

Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը մշակվել է՝ ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի» առողջապահության համակարգի գործունեության և ռեսուրսների գնահատման ծառայության ղեկավար՝ Բ.Գ.Թ., դոցենտ՝ Դիանա Անդրեասյանի, սոց.գ.թ.՝ Սամվել Մանուկյանի (մոնիթորինգի և գնահատման գծով խորհրդատու), Բ.Գ.Թ. Պարունակ Ջելվեյանի (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տնօրեն), Արտակ Քյուրումյանի (պետական ֆինանսական ոլորտի փորձագետ), պրոֆեսոր Վլադիմիր Դավիդյանցի, Սահակ Խանգելյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ-ի համակարգչային և տեղեկատվական տեխնոլոգիաների բաժնի պետ), Զարուհի Կալիկյանի (ԵՊԲՀ օտարերկրացիների նախապատրաստական ուսուցման բաժնի պետ), Զոյա Հակոբյանի (Կանխարգելիչ սրտաբանության կենտրոնի ամբուլատոր ծառայության ղեկավար) կողմից:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման ընտրանքային հետազոտությունը իրականացվել է ԱՄՆ ՄԶԳ Հայաստանի առողջապահության համակարգի հզորացում ծրագրի ֆինանսական և խորհրդատվական աջակցությամբ: Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցի պատրաստման գործընթացի ինստիտուցիոնալացումը իրականացվել է ԱՄՆ ՄԶԳ Հայաստանի առողջապահության համակարգի հզորացում ծրագրի աջակցությամբ:

## **ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ**

ՀՀ աշխատանքային խումբը Առողջապահության համակարգի գործունեության զեկույցի պատրաստման համար իր երախտագիտությունն է հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարար՝ պրոֆեսոր՝ Դերենիկ Դումանյանին, փոխնախարար՝ Սերգեյ Խաչատրյանին, առողջապահության նախարարության աշխատակազմի մասնագետներին՝ աշխատանքների իրականացման ընթացքում ցուցաբերած աջակցության համար:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունն իր երախտագիտությունն է հայտնում նաև Համաշխարհային բանկի գրասենյակի առողջապահության ավագ մասնագետ Սուսաննա Հայրապետյանին, ՀՀ ԱԾԻԳ-ի և Կանխարգելիչ սրտաբանության կենտրոնի մասնագետներին՝ աշխատանքների իրականացման ընթացքում ցուցաբերած աջակցության համար:



## ՆԱԽԱԲԱՆ

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը՝ հավատարիմ մնալով 2008 թ. Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետությունների ներկայացուցիչների կողմից հաստատված Տալլինի՝ «Առողջապահության համակարգն առողջության և բարեկեցության համար» խարտիային, շարունակում է կատարելագործել իր գործունեությունը՝ Հայաստանի բնակչությանը մատուցելու բարձրորակ և մատչելի առողջապահական ծառայություններ՝ հանուն բնակչության առողջության: Վերջին տարիներին ՀՀ կառավարության գերակա խնդիրներից են մոր և մանկան առողջությունը, ոչ վարակիչ հիվանդությունները առաջացած բեռի նվազեցումը, առողջ ապրելակերպի խթանումը, առողջ ընտանիքի ձևավորումն և ամրապնդումը:

Առողջապահության նախարարությունը ձգտում է բարելավել համակարգի գործունեությունը և բնակչության հարաճուն պահանջի պայմաններում բարձրացնել դրա արդյունավետությունը:

Ներկայացվող զեկույցն ԱՀԳԳ-ի թվով երրորդն է, որը ներառում է առողջապահության համակարգի առանցքային գերակայունությունները, մասնավորապես բնակչության առողջության վիճակը, առողջ ապրելակերպը, կադրային ներուժի առկայությունը և բաշխվածությունը, բուժօգնության մատչելիությունը, որակը, համակարգի արձագանքումը, ֆինանսական արդարացիությունը, որոնք ուղղորդված են Հազարամյակի զարգացման նպատակների իրագործմանը:

ԱՀԳԳ-ի գործընթացն ավանդույթ է դարձել երկրում, և Հայաստանը Եվրոպական տարածաշրջանի այն եզակի երկրներից է, որը համարձակորեն սկսել է այս գործընթացը, ներկայացնելով համակարգի բոլոր նվաճումները և բացթողումները:

ԱՀԳԳ-ն այն միջոցներից մեկն է, որը կարող է օգտագործվել առողջապահության քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ տեղեկատվություններ հավաքագրելու և առաջադիմության մոնիթորինգ իրականացնելու համար:

ԱՀԳԳ-ն այն առանցքային գործընթացներից է, որի համար լիովին պատասխանատու է երկիրը:

Կարևորելով ԱՀԳԳ-ն՝ ՀՀ առողջապահության նախարարությունն ինստիտուցիոնալացրել է սույն գործընթացը և աջակցում է նրա իրականացմանը:

Մեր նպատակն է հասնել առողջության այնպիսի ցուցանիշների, որոնք չեն զիջում այլ երկրներին, որը նշանակում է կյանքի սպասվող տարիների ավելացում, հիվանդությունների տարածվածության նվազեցում, առողջապահության ծառայությունների մատչելիության բարելավում՝ սեփական գրպանից կատարվող ապօրինի վճարումների նվազեցում, բուժօգնության հասանելիության և այլ արգելքների վերացում: Դրա համար անհրաժեշտ է կենտրոնանալ վերջնական արդյունքների և դրանց մշտական գնահատման վստահելի միջոցների վրա: Մեր ուշադրությունը կենտրոնացնելով առողջության ցուցանիշների բարելավման վրա, մենք կհասնենք նրան, ինչ հասարակությունը ցանկանում է ստանալ իր առողջապահական ծառայություններից:

### **Դերենիկ Դումանյան**

**ՀՀ առողջապահության նախարար**

## ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը (ԱՀԳԳ) գործիք է, որը հնարավորություն է ընձեռում դիտարկել և գնահատել առողջապահական համակարգերի գործունեության արդյունավետությունը, բարեփոխումների առաջընթացն ու ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա: Համակարգի ճիշտ գնահատումը բարեփոխման բանալի է և փաստարկ՝ հետագա ներդրումների համար: Օգտագործվող տվյալները պետք է համապատասխանեն կառավարման համակարգերին և կապված լինեն կառավարման կոնկրետ լծակների հետ:

2008 թ. հունիսին ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետության ներկայացուցիչներ հաստատեցին Տալլինի Խարտիան, որը վերաբերում է պետությունների առողջապահական համակարգերի գործունեությանը և սահմանում է դրանց զարգացման սկզբունքներն ու նպատակները:

Խարտիայի կարևորագույն նպատակն է առողջապահության համակարգի հզորացման միջոցով բարելավել անդամ երկրների բնակչության առողջությունը՝ միաժամանակ հաշվի առնելով տարածաշրջանի տնտեսական, սոցիալական և մշակութային տարբերությունները:

Առողջապահական համակարգերի գործունեության գնահատումն այն միջոցառումն է, որն ուղղված է գնահատելու, թե ինչպիսի առաջընթաց են ունենում անդամ երկրները Խարտիայի հիմնական նպատակի իրականացման հարցում:

ԱՀԿ-ում, որպես առողջապահական համակարգի կառավարման ֆունկցիայի արդյունավետ իրականացման գործիք, մշակվել է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) հայեցակարգը: Հայաստանում այդ հայեցակարգն ինստիտուցիոնալացվել է 2006թ-ին: ՀՀ ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտի կազմում ստեղծվել է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման բաժին, որի առանցքային գործառույթն է առողջապահական համակարգի գործունեության պարբերական գնահատումը:

Տալլինի Խարտիայով ստանձնած պարտավորությունների համատեքստում և կառուցվածքային փոփոխություններով ու բարեփոխումներով անցնող առողջապահության համակարգի գործունեությունը գնահատելու նպատակով՝ ՀՀ առողջապահության նախարարությունն իրականացրեց Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման պաշտոնական գնահատման ծրագիր:

Այսպիսով, ՀՀ ԱՆ, ԱՀԿ և ՀԲ հայաստանյան գրասենյակների աջակցությամբ Հայաստանում 2007 թ. իրականացվել է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը, որի արդյունքում պատրաստվել են երեք ազգային զեկույցներ:

Առաջին՝ 2007 թ. զեկույցը նվիրված էր առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների, հիվանդանոցային բուժօգնության օպտիմալացման, մոր և մանկան առողջության պահպանման և առողջապահության տեղեկատվական ոլորտների հարցերին: 2009 թվականի զեկույցում գնահատվել է առողջապահության ամբողջ համակարգի գործունեությունը: 2007 և 2009 թթ. զեկույցները կազմվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության, ԱՀԿ Եվրոպայի տարածա-

շրջանային գրասենյակի և ՀԲ-ի համատեղ ջանքերով: 2012 թ. ԱՀԳԳ ազգային զեկույցի պատրաստմանն աջակցել է ՀՀ առողջապահության նախարարությունը:

ՀՀ առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման 2012 թ. զեկույցում ներկայացված է Հայաստանի առողջապահական համակարգի կադրային ռեսուրսների, ֆինանսավորման արդարացիության, բնակչության առողջությանը սպառնացող կենսաբանական, վարքագծային, կենսադային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և վնասակար ազդեցությունը, համակարգի արձագանքման և բնակչության ընդհանուր առողջության իրավիճակը 2012 թ. և այդ բնութագրերի կրած փոփոխությունները՝ համեմատած 2007 և 2009 թթ. ընթացքում իրականացված Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումների հետ:

Ձեկույցի յուրաքանչյուր բաժնի վերջում ներկայացված են Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված առաջարկներ:

### **Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժ**

Թեև Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգը նախատեսում է բուժաշխատողների և բուժօգնականների քանակի կրճատում, այնուամենայնիվ վերջին տարիների միտումները հակառակն են՝ աճում են և՛ բուժօգնատույությունների (մասնավոր հիվանդանոցների և ԱԱՊ), և՛ գործող կադրային ներուժի (բժիշկների), և՛ շրջանավարտների (բժիշկների և բուժքույրերի) թվաքանակները:

Համաձայն 2011 թ. տվյալների, Հայաստանի Հանրապետության պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ռեսուրսների (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ քանակը կազմել է 32,292 բուժաշխատող: Բժիշկների բացարձակ թվաքանակը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ստոմատոլոգները) կազմել է 13,490 (41/10,000 բնակչի հաշվով), իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 18,484 (56.5/ 10,000 բնակչի հաշվով):

Սակայն բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով բավականին ցածր է: Բնակչության ապահովվածությունն ընդհանուր պրակտիկայի մասնագետներով (տեղամասային թերապևտներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբույժներ) կազմել է 7.9 (2,566 բացարձակ արժեքը), ստոմատոլոգներով՝ 5.5 (1,788), դեղագետներով՝ 0.6 (199), բուժքույրերով՝ 35 (11,388), դեղագործներով՝ 0,4 (137):

Համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանությունը պահանջում է բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ, որը վերջին տարիներին նվազում է:

Վերջին հնգամյակում բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով (բացառությամբ ստոմատոլոգների և դեղագետների) գրեթե չի փոփոխվել՝ և մնալով նույն միջակայքում: 2007 թ. տվյալների համեմատ 2011 թվականին նվազել է ապահովվածությունը մանկաբույժներով: Սակայն, նույն ժամանակահատվածում ստոմատոլոգներով և դեղագետներով ապահովվածությունն ընդհակառակն՝ աճել է 2 անգամ:

Թեպետ Հայաստանում բժիշկների ընդհանուր հարաբերական քանակը մոտ է մյուս երկրների ցուցանիշներին, սակայն մարզերում այն բավական փոքր է, և 2011 թվականին 10,000 բնակչի հաշվով

հարաբերական ցուցանիշը տատանվել է 14.1-ից՝ Արմավիրում, մինչև 19.3՝ Շիրակում, 20.3՝ Վայոց Ձորում (բացառությամբ Երևանը):

Մարզային բնակչության ապահովվածությունը սրտաբաններով, ուռուցքաբաններով և ներ-գատաբաններով, ի տարբերություն այլ մասնագիտությունների, բավականին ցածր է: Ընդ որում, ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն ակնհայտորեն վկայում են այդ մասնագետների հարաբերական քանակի ավելացման անհրաժեշտության մասին:

Հայաստանում մասնավորապես բժիշկների թվաքանակի աճին զուգահեռ աճում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի թվաքանակը:

Ներկայում համակարգում չկան մշակված և հաստատագրված մեխանիզմներ ուղղված բուժաշխատողների՝ հատկապես սահմանամերձ և հեռավոր մարզերում աշխատող բժիշկների խրախուսման, սոցիալական աջակցության և աշխատանքի մոտիվացիայի բարձրացմանը: Նման խրախուսական փաթեթի մշակումը մեծապես կնպաստի մարզերում բժշկական կադրերի պահանջարկի բարելավմանը:

Բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներ: Ուստի Հայաստանը հանդիսանում է նաև այլ երկրների համար կադրային ներուժի պատրաստող:

Հայաստանում բուժանձնակազմի շարունակական զարգացման ուսուցման կազմակերպումը մեծամասամբ կրում է ֆորմալ բնույթ: Ներկայում համակարգում բացակայում են ուսումնական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման և մասնագիտացման խրախուսման մեխանիզմները: Առողջապահական համակարգի համար բարձորակ և պատշաճ պատրաստված կադրային ռեսուրսներ ստեղծելու համար անհրաժեշտ է .

- բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման կրեդիտային համակարգի ներդրում:
- ՀՀ բարձրագույն և միջնակարգ բժշկական մասնագիտությունների անվանացանկի մշակում:

### **Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն**

Անցած ժամանակաշրջանում ՀՀ կառավարության գործունեության հիմնական ռազմավարական փաստաթուղթը եղել է Կայուն Զարգացման Ծրագիրը, որն Աղքատության Կրճատման Ռազմավարական Ծրագրի վերանայված տարբերակն է: Փաստաթղթում նշվում է, որ բնակչության բարեկեցության տարբեր խմբերում առկա են առողջապահական ծառայությունների սպառման նշանակալի տարբերություններ, առողջապահության ոլորտին պետական հատկացումների մակարդակը ցածր է, և եզրակացվել է, որ նման իրավիճակի հարատևությունը վտանգավոր է ու կարող է խոչընդոտել բնակչության բարեկեցության աճին, երկրի մարդկային ներուժի և սոցիալ-տնտեսական զարգացմանը:

Վերջին տարիներին Հայաստանի առողջապահության համակարգի պետական ֆինանսավորման բացարձակ մեծություններն աճել են: Սակայն, առողջապահական ծախսերի մեծությունը որպես ՀՆԱ տոկոս և որպես պետական բյուջեի ծախսերի մաս, շարունակում է մնալ փոքր: Կարիքների գնահատումները (այդ թվում ՀՀ կառավարության կողմից), ինչպես նաև միջազգային համեմատությունները վկայում են առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալներն ավելացնելու անհրաժեշտության մասին:

Պետական առողջապահական ծախսերի աճը հիմնականում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման ծավալների աճի հաշվին, որոնք, համապատասխանաբար 2008թ 19.3 միլիարդ դրամից և 18.6 միլիարդ դրամից 2011թ-ին հասել են 26.9 միլիարդ դրամի և 22.5 միլիարդ դրամի:

Առողջապահության ոլորտին պետական հատկացումների մասին ընդհանրական տվյալները բավական մանրամասն ներկայացված են ՀՀ պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ տարեկան հաշվետվություններում: Սակայն, առողջապահության ոլորտում իրականացվող կոնկրետ ծրագրերի, միջոցառումների և աշխատանքների ֆինանսավորման վերաբերյալ տվյալները արտացոլված չեն ոլորտի ֆինանսական կառավարման համար պատասխանատու կառույցի ինտերնետային կայքում:

Առողջապահական ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից կատարվող վճարումների մակարդակը Հայաստանում բարձր է: Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում շարունակում են գերիշխել տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերը (59.4%): Հայաստանում, պետության կողմից ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը չի հանգեցրել քաղաքացիների կողմից սեփական գրպանից կատարվող վճարումների նշանակալից կրճատման, ինչից կարելի է եզրակացնել, որ առողջապահության ոլորտում գոյություն ունեն լուրջ կառուցվածքային, կազմակերպական և կառավարչական խնդիրներ:

Անհրաժեշտ է մշակել առողջապահական ծառայությունների դիմաց ապօրինի և «սեփական գրպանից» կատարվող վճարումների կրճատման և հատուցման կանոնակարգմանը նպատակաուղղված և կոնկրետ քայլեր, թիրախային ցուցանիշներ ու միջոցառումներ նախատեսող փաստաթղթեր (հայեցակարգեր, ռազմավարություններ և օրենսդրական փաստաթղթեր) և ներդնել դրանք իրական կյանքում:

Առողջապահության բնագավառում ֆինանսական արդարացիությունը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելիս հասարակության առավել անապահով խավի ներկայացուցիչները չպետք է իրենց սուղ եկամուտների ավելի մեծ մասը ծախսեն առողջապահական ծառայությունների համար, քան ֆինանսապես առավել ապահովված խմբերի ներկայացուցիչները: Ընտանեկան նպաստ ստացող տնային տնտեսությունների միայն 10.5 տոկոսն է ունեցել պետական պատվերի փաթեթից օգտվելու իրավունք, այդ թվում՝ ծայրահեղ աղքատների՝ 11.4 տոկոսը: Եթե ծայրահեղ աղքատ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների սպառումը 12 անգամ զիջում է այդ ծառայությունների սպառման միջին ցուցանիշը, ապա ամենավերին քվինտիլի բնակչության կողմից առողջապահական ծառայությունների սպառումը 4.1 անգամ գերազանցում է այդ ծառայությունների միջին սպառումը:

Առաջիկա տարիների նպատակների թվում անպայման պետք է նշվեն ֆինանսավորման արդարացիության և խոցելի խմբերի ֆինանսական պաշտպանվածության կոնկրետ նպատակային ցուցանիշներ:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ առողջապահության ոլորտում առկա մի շարք խնդիրներ փոխկապակցված են, անհրաժեշտ է մշակել փաստաթղթեր (հայեցակարգեր, ռազմավարություններ և օրենսդրական փաստաթղթեր), որոնք նպատակաուղղված կլինեն համակարգի առաջ ծառայած խնդիրների խմբերի, այլ ոչ թե առանձին խնդիրների լուծմանը: Մշակվելիք փաստաթղթերը պետք է հաշվի առնեն ՀՀ առողջապահության կառավարման և հասարակության ու քաղաքացիների, դրանց առանձին խմբերի առողջության կարգավիճակը, առողջապահության ոլորտի կառավարման բարեփոխումների բնագավառում կուտակված

միջազգային և մասնավորապես ԿԱԵԿԿԱ երկրների փորձը և նպատակային կերպով լուծեն այդ հարցերը:

Պետական բյուջեները և դրանց կատարման վերաբերյալ հաշվետվությունները, որոնք առկա են ՀՀ ֆինանսների նախարարության ինտերնետային կայքում, բավական մանրամասն տեղեկություն են տալիս առողջապահությանը տրամադրվող հատկացումների վերաբերյալ, սակայն, այս հաշվետվություններում տվյալները ներկայացվում են համեմատաբար ագրեգացված տեսքով: Առանձին ծրագրերի, միջոցառումների և աշխատանքների համար կատարվող հատկացումների, միջոցների օգտագործման արդյունավետության և ծախսարդյունավետության վերաբերյալ տեղեկատվությունը հասանելի չէ: Անհրաժեշտ է, որպեսզի դա հասանելի լինի ոլորտում ֆինանսական կառավարման համար պատասխանատու կառույցի ինտերնետային կայքից և հաշվետվություններից:

Առողջապահության ոլորտին հատկացվող պետական ֆինանսական միջոցների կառավարման համար պատասխանատու է Պետական առողջապահական գործակալությունը (ՊԱԳ): Սակայն, ՊԱԳ-ի ինտերնետային կայքում ևս չկա որևէ ֆինանսական տեղեկություն, որը կարող է օգտակար լինել վերլուծաբանների համար:

### **Բուժճառայությունների մատչելիություն**

Հայաստանի բնակչության համար բուժճառայությունների մատչելիությունը մեծանում է: Հոսպիտալացման մակարդակը 100 բնակչի հաշվով 2011 թ. կազմել է 1990 թ.-ի ցուցանիշի 81%-ը, իսկ ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշը՝ միայն 46%-ը: Այսինքն, մարդիկ չափազանց հազվադեպ են կատարում ամբուլատոր հաճախումներ, որի արդյունքում բարդացած հիվանդությունների համար ստիպված դիմում են հիվանդանոցային բուժման:

Չնայած հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացման նպատակներից մեկը եղել է երևանյան հիվանդանոցների բեռնաթափումը՝ մարզային բնակչության հոսքն ուղղելով դեպի մարզային հիվանդանոցներ, սակայն 2011 թ.-ին 2006 թ. համեմատ հոսպիտալացման մակարդակը երևանյան հիվանդանոցներում աճել է 27.4%-ով, իսկ մարզերում՝ 12.3%-ով:

Ամբուլատոր հաճախումների թիվը 2006-2011 թթ. ընթացքում աճել է բոլոր մարզերում, այնուամենայնիվ, դրանց հարաբերական քանակն Երևանում մնում է նշանակալիորեն ավելի բարձր, քան մարզերում, բացառությամբ Սյունիքի մարզից, որտեղ ամբուլատոր հաճախումների քանակը մեկ բնակչի հաշվով ավելի բարձր է, քան Երևանում: Ամբուլատոր հաճախումների աճի տեսակետից, լավագույն տեմպը դրսևորվել է Վայոց Ձորի մարզում: Նվազ տպավորիչ են հաջողությունները Արագածոտնի մարզում: Երևանում զգալի չափերի է հասել ամբուլատոր հաճախումների թիվը մասնավոր բժշկական կենտրոններ, հետևաբար, հետագայում ամբուլատոր բուժօգնության մատչելիության ճիշտ գնահատման համար ցանկալի է ՀՀ ԱԱՆ ԱՏՎՀԿ-ում հավաքագրել նաև ամբուլատոր հաճախումների վիճակագրությունը մասնավոր բուժօգնություններում:

Հայաստանում կան մի քանի բազմաբնակավայր համայնքներ, որոնց բնակավայրերից միայն մեկում է առկա բուժկետ, ինչը նվազեցնում է նույն համայնքի բուժկետ չունեցող բնակավայրերում ամբուլատոր բուժման մատչելիությունը: Առաջարկվում է դիտարկել այդ բնակավայրերում բուժկետեր բացելու հարցը:

Հարկ է ուշադրություն դարձնել բուժառայությունների հավասար մատչելիության խնդրին: 2012 թ. 2009 և 2007 թ թ. համեմատ աճել է անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չդիմողների քանակը: Ընդ որում, բուժօգնության չդիմելու ամենատարածված պատճառը մնում է ֆինանսական անմատչելիությունը:

### **Բուժառայությունների որակ**

Բուժառայությունների որակի տեսակետից զեկույցում դիտարկվել են Հայաստանում առավել տարածված և մահվան պատճառ դարձող հիվանդությունները, մասնավորապես չարորակ նորագոյացությունները և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները:

ԱՀԳԳ 2012 թ. զանգվածային հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ զարկերակային արյան բարձր ճնշման դեպքերի կեսը չի արձանագրվում բուժաշխատողների կողմից: Զարկերակային ճնշմամբ հիվանդները, որպես կանոն, անկանոն են հետևում բժշկի կողմից տրված նշանակումներին և խորհուրդներին, իսկ արյան ճնշման կարգավորման նպատակով վերջին 24 ժամվա ընթացքում դեղորայք ընդունածների 79.2%-ի մոտ այնուամենայնիվ հայտնաբերվել է արյան բարձր ճնշում:

2012 թ. նշանակալի աճել է այն անձանց քանակը, որոնց արյան մեջ քոլեստերինի և գլյուկոզայի մակարդակը չափվել է բուժաշխատողի կողմից: Այսպես, 2007 թ. չափվել էր հարցվածների 4.6%-ի արյան մեջ քոլեստերինի մակարդակը, իսկ 2012 թ. ընթացքում՝ 13.5%-ի, գլյուկոզայի մակարդակը 2007 թ. չափվել էր հարցվածների 10.9%-ի, իսկ 2012 թ. 19.5%-ի շրջանում:

Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը 2007-2011 թթ. ընթացքում մնացել է անփոփոխ, սակայն մահաբերության հիմնական պատճառներ հանդիսացող ուղեղի անոթային հիվանդություններից և սրտամկանի սուր ինֆարկտից մահաբերության ցուցանիշը 2008-2011 թթ. ընթացքում բավական անկայուն է, և դժվար է հետևություններ կատարել, թե ինչպիսին է իրական միտումը:

Չարորակ նորագոյացությունների բուժման որակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշներից մեկը՝ հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունն աճել է: Սակայն, տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ցուցանիշի բարելավումը կարող է պայմանավորված լինել բուժման որակի հետ: Սակայն, բոլոր տիպի քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները համարյա չեն տարբերվում 2007 թ. ցուցանիշներից: Մասնավորապես, չնայած նշանակալի չափով աճել է մամոգրաֆիկ հետազոտություններ անցած կանանց քանակը, սակայն կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները չեն բարելավվել:

2007-2012 թթ. ընթացքում նվազելու միտում է ունեցել հետծննդյան շրջանում սակավարյունության դեպքերի քանակը, սակայն անփոփոխ է մնացել միզասեռական հիվանդությունների քանակը:

2009 թ. պատվաստումներ ստացած երեխաների քանակը գերազանցում է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարությամբ» սահմանված ցուցանիշը՝ 95%:

## Առողջության ռիսկի գործոններ

Մարդու կենսակերպը, սոցիալական վիճակը և շրջակա միջավայրը բնութագրող գործոններն ու դետերմինանտները պայմանավորում են մարդու առողջության ավելի քան 80%-ը: Հետևաբար, ռիսկի գործոնների նվազեցումը բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման կարևորագույն և համեմատաբար էժան ռազմավարական ուղին է:

Առողջության ռիսկի գործոնների կառավարման հնարավորությունների նշանակալի մասը դուրս է բուն առողջապահական համակարգի կառավարիչների լիազորությունների շրջանակից: Այդ պատճառով ռիսկի գործոնների նվազեցումը գտնվում է առողջապահական համակարգի և պետական ու հասարակական կառավարման այլ համակարգերի համագործակցության ոլորտում:

Հայաստանի բնակչության շրջանում, 2007-2012 թթ. ժամանակահատվածում, վարքագծային և կենսաբանական գործոնների (ամեն օր ծխող տղամարդիկ, օրական 20գ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործող տղամարդիկ, նորմայից ավելի կերակրի աղի օգտագործում, ֆիզիկական թերակտիվություն, ավելորդ քաշ, զարկերակային բարձր ճնշում) տարածվածությունն, ընդհանուր առմամբ, աճել է: Հետևաբար, աճել է բնակչության շրջանում այդ ռիսկի գործոններով պայմանավորված հիվանդությունների ավելացման հավանականությունը:

Հայաստանի բնակչության գերակշիռ մասը տեղյակ է ծխելու և երկրորդային ծխի վնասակարության մասին: Սակայն, տղամարդկանց շրջանում դեռևս բարձր է մնում ծխախոտի օգտագործումը, իսկ ծխողները, հիմնականում, անտեսում են իրենց վարքագծի վնասակար ազդեցությանը շրջապատի վրա: Հետևաբար, անհրաժեշտ է խստացնել հանրային վայրերում ծխելու սահմանափակումները և պատժամիջոցներ կիրառել հանրային վայրերում ծխելու համար, հատկապես հանրային տրանսպորտի վարորդների ծխելու դեպքում: Ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում կտրուկ աճում է 20-29 տարիքային խմբում: Հարկ է հակածխախոտային միջոցառումներն ուղղվել հատկապես երիտասարդությանը, այդ թվում բարձրացնելով սիրողական սպորտով զբաղվող երիտասարդների քանակը:

Ալկոհոլի չարաշահումը համեմատաբար բարձր է 30-39 տարեկան և 60-69 տարեկան տղամարդկանց շրջանում: Անհրաժեշտ է ավելի ճշգրիտ ուսումնասիրել բնակչության այդ խմբերը, ալկոհոլի չարաշահման պատճառները վեր հանելու և դրա նվազեցման ռազմավարությունը մշակելու համար:

Չնայած բնակչության շրջանում շատ բարձր է ֆիզիկական պասիվության վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը, այսուամենայնիվ կտրուկ աճել է ֆիզիկական թերակտիվությունը, որը բարձր է նաև 15-19 տարեկանների շրջանում: Անհրաժեշտ է միջոցառումներ ձեռնարկել բնակչության շրջանում մարմնամարզության տարածման ուղղությամբ, մասնավորապես, մատչելի դարձնել բնակչության համար առկա մարզադաշտերը և մարզահրապարակները, կառուցել նորերը, պարբերաբար կազմակերպել սիրողական զանգվածային մարզական միջոցառումներ:

2007-2009 թթ. ժամանակահատվածում աճի միտում է ունեցել ավելորդ քաշի տարածվածությունը: Վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը հանգեցրել է զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածության կտրուկ աճի:

Հայաստանում տարածված են շրջակա միջավայրն աղտոտող կենցաղային դետերմինանտները: Շրջակա միջավայրն աղտոտող ամենատարածված ռիսկի գործոններն են օդի աղտոտվածությունը փոշուց և տրանսպորտային ծխից: Շրջակա միջավայրի աղտոտման հարցում



Բարձր է կենցաղային աղբի կուտակումների տարածվածությունը: Շրջակա միջավայրի աղտոտման հարցում առկա է շինարարական աղբի և արտադրական թափոնների խնդիրը: Գյուղերում բնակչության մեծամասնությունը բնակարանները տաքացնում է փայտով կամ ածուխով, ինչը խթանում է ապօրինի ծառահատումները՝ վատթարացնելով շրջակա միջավայրի վիճակը: Գյուղական բնակավայրերի մեծ մասը չունի կոյուղի:

Անհրաժեշտ է՝

- ինտենսիվացնել առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ տեղեկությունների ուսուցանումը հանրակրթական դպրոցներում, ինչպես նաև նախնական ու միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում:
- Ինտենսիվացնել ՀՀ առողջապահության նախարարության համագործակցությունը շրջակա միջավայրի ռիսկի գործոնների կառավարման լիազորություններ ունեցող պետական մարմինների հետ, մասնավորապես տեղեկատվության փոխանակման տեսակետից:
- Ինտենսիվացնել հանրապետությունում, հատկապես՝ Երևանում և մարզային քաղաքներում ծառատունկերը և տնկիների հետագա խնամքը: Բարձրացնել վերահսկողությունը և խստացնել պատժամիջոցները ապօրինի ծառահատումների և դրանց ապօրինի թույլտվության նկատմամբ:

Բարձրացնել շինարարական թույլտվությունների տրամադրման թափանցիկությունը, հատկապես աչալուրջ իրականացնել թույլտվությունների տրամադրման գործընթացը ծառաշատ և բնական հուշարձանների տարածքներում: Իրական պատժամիջոցներ նախատեսել անպատշաճ վերահսկողություն և ծառահատումների չիմնավորված թույլտվություններ տվող պաշտոնյաների նկատմամբ: Ապօրինի ծառահատումների վերահսկողության հարցում ուժեղացնել պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների համագործակցությունը բնապահպանական հասարակական կազմակերպությունների միջև: Մասնավորապես, խրախուսել հասարակական այլընտրանքային փորձաքննությունը և դրանց համեմատությունը բիզնես և պետական փորձաքննության արդյունքների հետ:

Ուժեղացնել բեռնատար և հասարակական տրանսպորտի միջոցների կողմից օդի աղտոտման պետական վերահսկողությունը: Օդի աղտոտման համար հավաքագրված տույժերից ու տուգանքներից կազմավորել շրջակա միջավայրի վերականգնման ֆոնդ: Քարտեզագրել կենցաղային աղբի կուտակումների կետերը, դրանցում տեղադրել համապատասխան ծավալի աղբարկղեր և այդ կետերն ընդգրկել աղբահանության համապատասխան սխեմաներում: Ուժեղացնել վերահսկողությունը կենցաղային աղբի կուտակումների համար պատասխանատու մարմինների ու կազմակերպությունների աշխատանքների նկատմամբ: Պատժամիջոցներ կիրառել դրանց ոչ պատշաճ իրականացման դեպքում: Ինտենսիվացնել պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների համագործակցությունը հասարակական կազմակերպությունների հետ շինարարական աղբի և արտադրական թափոնների տեղաբաշխվածության հայտնաբերման հարցում:

Հարց բարձրացնել համապատասխան պետական կառավարման մարմինների առջև գյուղական բնակավայրերում բնակարանների ջեռուցման խնդիրների վերաբերյալ:

Հարց բարձրացնել ՀՀ տարածքային կառավարման նախարարության առջև՝ գյուղական բնակավայրերում կոյուղու շինարարության հնարավորությունների ուսումնասիրության վերաբերյալ:

### **Առողջապահական համակարգի արձագանքում**

Հայաստանի բուժօգնությունում շատ բարձր են արձագանքման դոմենների գնահատականները: Սակայն, հիվանդանոցային օղակում 2012 թվականին 2009 թվականի համեմատ նվազել է հիմնական պայմանների դոմենի գնահատականը: ԱԱՊ օղակում 2012 թվականին 2009 թ. համեմատ նվազել է ավտոնոմություն դոմենը: Անհրաժեշտ է հավելյալ ուսումնասիրել այդ նվազման հավաստիությունը և վեր հանել հնարավոր պատճառները:

2012 թվականի բնակչության տեղեկացվածությունը բժշկի ազատ ընտրության վերաբերյալ 2009 թվականի համեմատ աճել է: Սակայն, բնակչության ոչ ավելի քան 45% է նշել, որ կնքել է այդպիսի պայմանագիր բուժօգնության հետ, իսկ 15 և բարձր տարեկան բնակչության միայն 15% է ստացել է պայմանագրի իրենց տարբերակը: Տասնութ և բարձր տարիքի բնակչության միայն 12%-ն է կարողացել այդ պայմանագիրը: Անհրաժեշտ է միջոցառումներ ձեռնարկել բնակչությանը բուժօգնության պայմանագրի իրենց տարբերակը ստանալու ուղղությամբ: Անհրաժեշտ է նաև բացատրական աշխատանքներ տանել բնակչության շրջանում իրենց առողջության հետ կապված իրավական հարցերում ավելի պատասխանատու լինելու ուղղությամբ: Այդ աշխատանքները կարելի է իրականացնել ՋԼՄ-ների և ԱԱՊ օղակի անձնակազմի հետ համատեղ:

ՀՀ ԱՆ-ում առկա են բնակչության հետ հետադարձ կապի մի քանի ուղիներ՝ նամակագրություն, անհատական ընդունելություններ և հեռախոսային թեժ գիծ, որոնք համակարգի վիճակի վերաբերյալ տեղեկությունների լավագույն և օպերատիվ աղբյուրներն են: Սակայն ՀՀ ԱՆ դեռևս չունի այդ տեղեկությունների միասնական տվյալների շտեմարանը, որը հիմնված է ժամանակակից տեղեկատվական տեխնոլոգիաների վրա: Անհրաժեշտ է ՀՀ ԱՆ-ում ստեղծել բնակչության հետ հետադարձ կապի միասնական էլեկտրոնային տվյալների շտեմարան, որում կհավաքագրվեն ոչ միայն հեռախոսային թեժ գծի, այլև քաղաքացիների նամակների և անհատական ընդունելության ընթացքում ստացված տեղեկությունները: Շտեմարանը հնարավորություն կտա խորությամբ ուսումնասիրել հասարակության կարծիքը առողջապահական համակարգի վերաբերյալ և կիրառել ժամանակակից վերլուծական մեթոդներ:

### **Առողջության բարելավում**

Հայաստանում վերջին 10 տարիների ընթացքում կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս մնում է անփոփոխ՝ 74 տարի: Կանանց շրջանում ցուցանիշը 6 տարով գերազանցում է տղամարդկանց ցուցանիշը: Այնուամենայնիվ, ծնվելիս կյանքի սպասվելիք միջին տևողության ցուցանիշը գերազանցատված է, ինչը թույլ չի տալիս առողջության վիճակի վերլուծություններում վստահորեն հիմնվել այդ կարևորագույն ինտեգրալ ցուցանիշի և դրա փոփոխության միտումների վրա:

2012 թ. բնակչության ինքնագնահատականները սեփական առողջության վիճակի վերաբերյալ, համեմատած 2009 թ.-ի հետ, նվազել են՝ վերադառնալով մոտավորապես 2007 թ. մակարդակներին:

Առողջության ինքնագնահատականները խիստ շաղկապված են բարեկեցության հետ: Դրանք նշանակալիորեն ավելի ցածր են անբարեկեցիկ բնակչության խմբերում:

Բնակչության շրջանում ամենատարածված հիվանդագին վիճակներն են գլխացավը (հետազոտությանը նախորդած ամսվա ընթացքում ունեցել են բնակչության 55.7%-ը), մեջքի ցավը (49.2%), հոդացավը (43.8%), անքնությունը (37.9%), պարանոցի կամ ուսերի ցավը (32.8%): Այդ վիճակները մեծապես վատթարացնում են բնակչության ինքնագնահատությունը և կյանքի որակը:

Տղամարդիկ իրենց առողջությունը գնահատում են ավելի բարձր, քան կանայք, սակայն և՛ հիվանդացությունը, և՛ մահացությունը նրանց մոտ ավելի բարձր է: Հարկավոր է մշակել տղամարդկանց ուղղված առողջության քարոզարշավներ և տղամարդկանց առողջության սկրինինգներ:

Մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները, որոնք առողջապահական համակարգի ընդհանուր զարգացածության ցուցանիշներ են համարվում, վերջին չորս տարիների ընթացքում, ունեցել են վատթարացման միտումներ և սկսել են հեռանալ առողջապահության ոլորտում և ՀԶՆ-ով 2015 թ. համար սահմանված նպատակային արժեքներից:

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը և դրանցից մահացությունը մնում են ամենաբարձրը: Անհրաժեշտ է իրականացնել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններով անձանց դիսպանսերացման և առողջության հետագա շարունակական վերահսկման գործողությունների որակի գնահատում, ուսումնասիրել և գնահատել այդ հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղերի մատչելիությունը, այդ թվում ըստ բարեկեցության քվինտիլների, մարզերի և բնակավայրի տիպերի:

Չարորակ նորագոյացությունների պատճառով մահերի քանակը շարունակում է աճել, իսկ հիվանդացության մակարդակը չի նվազում: Անհրաժեշտ է իրականացնել չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված միջոցառումներ, այդ թվում՝ քարոզարշավներ մարդկանց տեղեկացվածությունը բարձրացնելու համար, ինչպես նաև սկրինինգներ դրանք վաղ հայտնաբերելու նպատակով:

Վերջին 10 տարիների ընթացքում շարունակական աճ է ունեցել մահացությունը մարսողական օրգանների հիվանդություններից:

### **ԱՀԳԳ իրականացման ընթացք**

ԱՀԳԳ սույն գնահատումը, ՀՀ ԱՆ, ՀՀ ակադեմիկոս Ս. Խ. Ավդալբեկյանի անվան ԱԱԻ-ի համատեղ աշխատանքի արդյունքն է:

ԱՀԳԳ գնահատման համար օգտագործվել է ԱՀԳԳ ինդիկատորների փաթեթը, որի առաջին տարբերակը մշակվել էր 2007 թ.: Հետագայում այն պարբերաբար վերանայվել է, ընդգրկելով այն առանցքային ինդիկատորները, որոնք հնարավորություն ընձեռեցին գնահատել առողջապահության համակարգի գործունեությունն ըստ գործառնությունների և ոլորտների:

Տվյալների առկայության դեպքում Հայաստանի արդյունքները համեմատվել են մի շարք երկրների ցուցանիշների և Եվրոպական երկրների երեք համախմբությունների բնակչության նկատմամբ կշռված միջինների հետ: Համեմատության համար օգտագործված երկրներն են Վրաստանը, Ադրբեջանը և Թուրքիան՝ որպես Հայաստանի տարածաշրջանային անմիջական հարևաններ: Երկրների օգտագործված խմբերն ընդգրկում են Անկախ Պետությունների

Համագործակցության (ԱՊՀ) 12 պետությունների համախմբությունը, Արևելյան Եվրոպայի համեմատաբար բարձր մահացությամբ 26 երկրների համախմբությունը, այդ թվում նախկին ԽՍՀՄ 15 հանրապետությունները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-26 և Արևմտյան ու Կենտրոնական Եվրոպայի երկրների 27 առավել զարգացած և մահացության ավելի ցածր ցուցանիշներ ունեցող երկրները, պայմանականորեն՝ ԵՄ-27-ը: Միջազգային համեմատությունները, որպես կանոն, կատարվել են Եվրոպական «Առողջություն բոլորին» (Health for All) տվյալների շտեմարանի (HFA-ՏՇ) հիման վրա, որտեղ մատչելի ամենավերջին արդյունքները վերաբերում են 2009 կամ 2010 թվականին:

Գործունեության ինդիկատորների արդյունքները համեմատվել են նաև ՀՀ կառավարության ռազմավարական ծրագրերում և ՀԶԼ-ներում սահմանված նպատակային ցուցանիշների հետ: Տվյալների մատչելիության դեպքում ինդիկատորների արդյունքները ներկայացված են նաև ըստ մարզերի՝ առողջապահության համակարգի գործունեության տարածքային տարբերությունների չափերը հասկանալու համար:

2012 թվականի սեպտեմբեր-հոկտեմբեր ժամանակահատվածում աշխատանքային խումբը մշակել է Հայաստանի առողջապահության համակարգի հզորացում: Ծրագրի գրասենյակի ընթացիկ վարկի միջոցներով ֆինանսավորված հատուկ հետազոտությունը՝ կանոնավոր հավաքագրվող տվյալների սահմանափակումների հետևանքով առաջացած տվյալների առկա բացերը լրացնելու համար: Այս հետազոտությունն իրականացրել է «Երեք Ար Ստրատեգիա» ՍՊԸ կողմից նոյեմբեր-դեկտեմբեր ընկած ժամանակահատվածում: Ազգային մակարդակով ընտրանքի չափը կազմել է 1600 տնային տնտեսություն: Հետազոտության արդյունքում ստացված տվյալներն ԱՀԳԳ աշխատանքային խմբին են տրամադրվել 2013 թվականի հունվարի 20-ին:

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

### ***Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման ընդհանուր հայեցակարգ***

Բնակչության առողջության պահպանումը և բարելավումն այլևս դադարել են համարվել միայն առանձին պետությունների խնդիրները: 1980 թ. տարբեր երկրներում անհրաժեշտություն էր առաջացել որոշակիորեն միասնականացնել ազգային առողջապահական համակարգերի իրավիճակը և գնահատել համակարգի գործունեության արդյունավետությունը, այսինքն ավելի արդյունավետ իրականացնել առողջապահական խնդիրների լուծմանն ուղղված միասնական ազգային և միջազգային ջանքերը:

Այդ նպատակով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) շարունակաբար մասնակցել է գլոբալ առողջապահական համակարգերի արդյունավետության գնահատման աշխատանքներին, որի արդյունքում տարբեր երկրների փորձագետներն եկել են մի ընդհանուր համաձայնության առ այն, որ առողջապահական համակարգը բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման նպատակից բացի պետք է ձգտի նաև երկու այլ կենսական, սոցիալապես ցանկալի նպատակների: Դրանցից առաջինը «արձագանքումը» կամ «բարյացակամությունն» է (ինչը նշանակում է, որ առողջապահության համակարգը պետք է պատշաճ արձագանքի մարդկանց ակնկալիքներին), իսկ երկրորդը՝ «արդարացիությունը» (ինչը ենթադրում է, որ համակարգի արձագանքը պետք է հավասար լինի բոլորի հանդեպ՝ առանց խտրականության):

ԱՀԿ-ի փորձագետների համատեղ քննարկումների արդյունքում մշակվել է ԱՀԳԳ-ի ֆունկցիոնալ մոդելը (Գծապատկեր 1), որը ուրվագծվել է ԱՀԿ-ի 2000 թ. Համաշխարհային առողջապահական զեկույցում և լրացուցիչ փաստաթղթագրվել Մյուրեյի և Ֆրենկի կողմից:

Համաձայն ԱՀԳԳ-ի ֆունկցիոնալ մոդելի, 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 հզորացում, որն ունի երկու բաղադրիչ՝ (ա) անհատների հանդեպ հարգանքի դրսևորում և (բ) ուղղվածություն՝ դեպի սպառող:
3. Ֆինանսական ներդրման արդարացիություն կամ ֆինանսավորման արդարացիություն, որի խնդիրն է երաշխավորել, որ անհրաժեշտ բուժօգնություն ստանալու դեպքում տնային տնտեսությունները չկատարեն սննկացնող ծախսեր և, որ հարուստների համեմատ, աղքատ տնային տնտեսությունների ներդրումներն առողջապահության համակարգում ավելի փոքրածավալ լինեն:

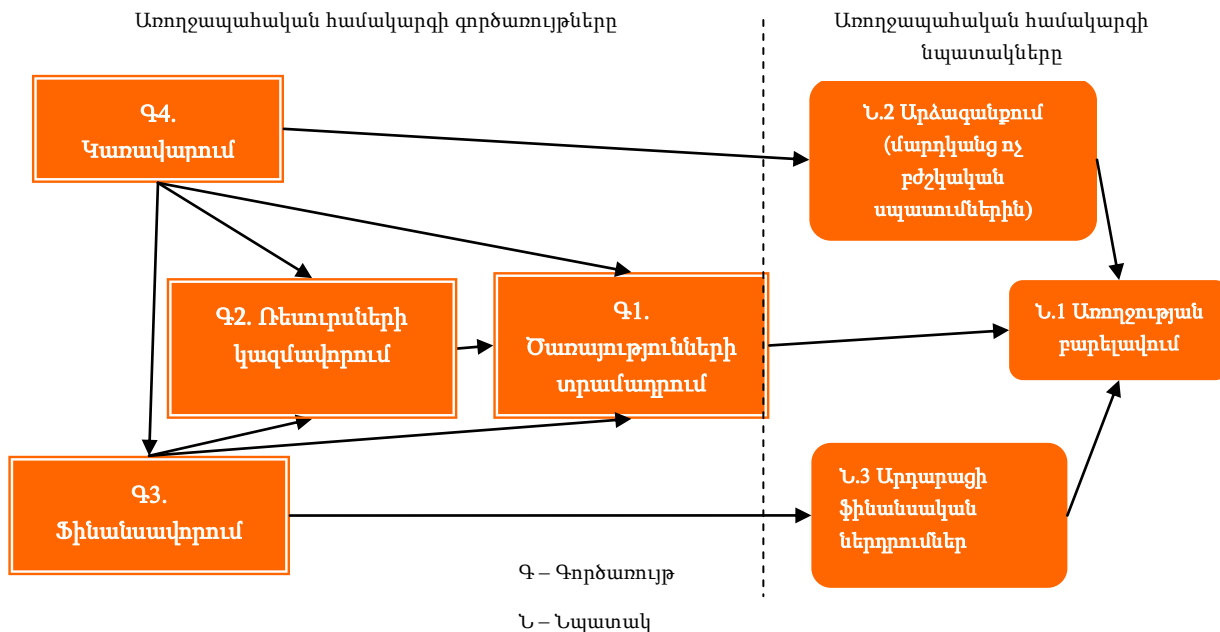
Այս երեք առանցքային նպատակների իրագործմանն են կոչված առողջապահության համակարգի ստորն չորս հիմնական գործառույթները.

1. Կառավարման խնդիրն, ըստ Տալլինի Խարտիայի սահմանման, հետևյալն է. սահմանել առողջապահական համակարգի զարգացման տեսլականը և լիազորություններ ունենալ ու պատասխանատվություն կրել առողջապահական քաղաքականության օրենսդրության,

կարգավորման և իրավակիրառման, ինչպես նաև դրա սոցիալական, տնտեսական և բնապահպանական որոշիչների վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրելու համար: Կառավարումը ներառում է նաև միջոցառումներ և բազմաթիվ շահագրգիռ կողմեր ընդգրկող համատեղ ջանքերի խրախուսումն ու ղեկավարումը՝ բնակչության առողջության հարցում ձեռքբերումներն առավելագույնին հասցնելու և աղետների դեպքում 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) առկայության և պահանջվող առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար դրանց բավարար լինելու հարցերով:
4. Ծառայությունների մատուցումը դիտարկում է, թե ինչպես են մատուցվում առողջապահական ծառայությունները՝ դրանց ծավալները, որակը, աշխարհագրական վայրերը և մատչելիությունը:

**Քճապատկեր 1. Առողջապահական համակարգի գործառույթների և նպատակների շրջանակ (աղբյուր՝ ԱՀԿ Համաշխարհային առողջապահական գեկույց 2000 թ.)**



Այսպիսով, ԱՀԳԳ-ը նշանակում է վերլուծել հետևյալ հարցերը՝

1. Որքանո՞վ է առողջապահական համակարգը պատշաճ իրականացնում իր առանցքային նպատակները (բնակչության առողջության բարելավում, առողջապահական համակարգի արձագանքում, ֆինանսական պաշտպանվածություն):
2. Ինչպե՞ս է միջանկյալ նպատակների (առողջապահական ծառայությունների մատչելիության, ընդգրկման, որակի և անվտանգության բարելավումը) գծով համակարգի կատարողականը նպաստում առաջնային նպատակների իրագործմանը:

2008 թ. հունիսին, ԱՀԿ-ի Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ պետության ներկայացուցիչներ հանդիպեցին Էստոնիայում և հաստատեցին «Առողջապահության համակարգերը առողջության և բարեկեցության համար» Տալլինի Խարտիան: Տալլինի Խարտիայի նպատակն է: Ազգային 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:

Տալլինի Խարտիայի պարտավորությունները.

- 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 սոցիալտնտեսական զարգացման և առողջության ու բարեկեցության փոխկապակցվածության մասին ապացույցները,
- չափելի արդյունքների հասնելու նպատակով խրախուսել թափանցիկությունը և հաշվետու լինել 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 մշակման և իրականացման գործում,
- 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 իրավակիրառում Միջազգային առողջապահական կանոնակարգերը:

Յուրաքանչյուր անդամ պետության կողմից սեփական առողջապահական համակարգի գործունեության պարբերական գնահատման կանոնավոր գործընթացների մշակումը հանդիսանում է Տալլինի Խարտիայում առաջարկված առաջին քայլը: Գնահատման այս աշխատանքներն երաշխավորում են առողջապահության համակարգի ռազմավարությունը, որը կենտրոնանում է բնակչության առողջության վրա ազդեցությունները բարելավելու շուրջ, այն մասին, որ քաղաքականությանն առնչվող որոշումներ կայացնողները պատշաճ տեղեկացված լինեն առողջապահության խնդիրների և դրանց գործոնների վերաբերյալ, որ կառավարության տարբեր քաղաքականությունները նպաստեն երկրի բնակչության առողջության բարելավմանը, որ կառավարման բոլոր ոլորտներում խրախուսվի առողջ հանրային քաղաքականությունը և,

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

ԱՀԳԳ-ն կանոնավոր գործընթացը նպաստում է առողջապահական համակարգի կառավարման հզորացմանը՝ 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:

Տալլինի Խարտիայով ստանձնած պարտավորությունների համատեքստում, կառուցվածքային փոփոխություններով ու բարեփոխումներով անցնող առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատելու նպատակով՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարությունը ԱՀԿ և ՀԲ համատեղ աջակցությամբ իրականացրեց Առողջապահության համակարգի գործունեության պաշտոնական գնահատման ծրագիր, որի արդյունքում պատրաստվեցին ԱՀԳԳ 2007 և 2009 թվականների ազգային զեկույցները:

Այսպիսով, Հայաստանը պատկանում է Եվրոպական տարածաշրջանի առաջին 6 երկրներին, որոնք 2007 թ. իրականացրել են առողջապահության համակարգի գործունեության կանոնավոր գնահատում:

Հայաստանում առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում իրականացվել է 2007 և 2009 թթ. ընթացքում: ԱՀԳԳ-ի 2012 թ. գնահատման զեկույցն այդ շարքում երրորդն է:

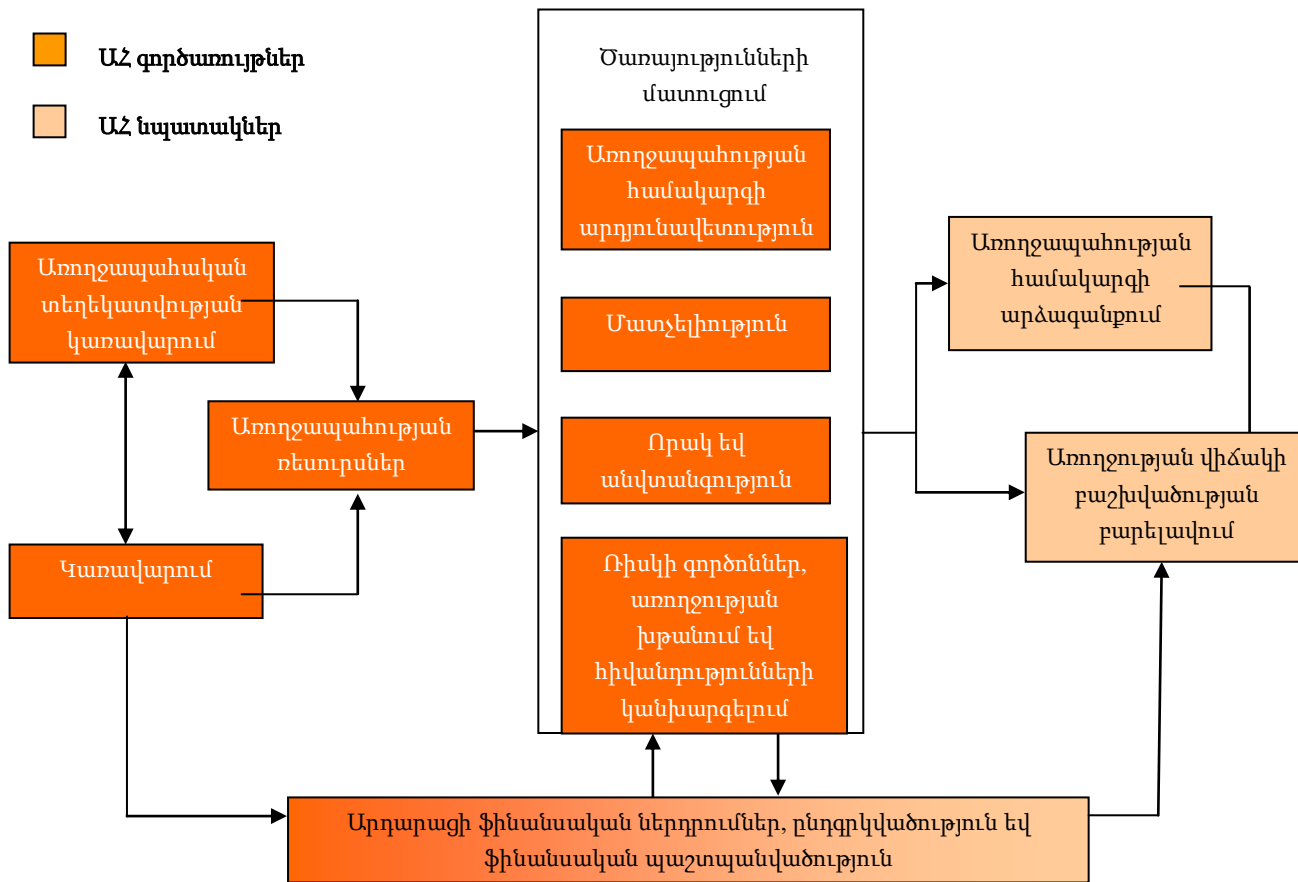
## ԱՀԳԳ-ն Հայաստանում

Հայաստանի ԱՀԳԳ նպատակով մշակվել է առողջապահական համակարգի ռազմավարության քարտեզը, որը հստակ սահմանում է առողջապահական համակարգի երեք առանցքային նպատակները և չորս կարևորագույն գործառույթները, ինչպես նաև առողջապահական ռազմավարական թեմաները, որոնք արտացոլում են Հայաստանի առողջապահական համակարգի նպատակներն ու բարեփոխումների ռազմավարությունը:

Գործունեության նպատակների ու գործառույթների կառուցվածքը ներկայացված է Գծապատկեր 2-ում:



**Գծապատկեր 2. Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության ռազմավարական քարտեզ**



Այսպիսով, Հայաստանի ԱՀԳԳ-ն իրականացվել է հետևյալ 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, թե առողջապահության համակարգի գործունեության որ բնագավառներն են գերակա բարելավմանն ուղղված աշխատանքների տեսանկյունից,
- առողջապահության ամբողջ համակարգում խթանել ավելի լիարժեք տվյալների որոնումը և ավելի որակյալ վերլուծությունները:

ԱՀԳԳ ռազմավարական շրջանակը հիմք է հանդիսացել ինդիկատորների ընտրության համար: Ինդիկատորների ընտրման և ԱՀԳԳ ինդիկատորների փաթեթի մշակման նախապայմաններ էին՝

1. ինդիկատորների կապն առողջապահության նպատակների և բարեփոխումների, ռազմավարությունների հետ,
2. տվյալների առկայությունը և հավաստիությունը:

Համակարգի գործունեությունը գնահատելու նպատակով դիտարկվել են ինդիկատորների արդյունքներն ըստ տարիների և ուսումնասիրվել են վերջիններիս միտումները:

Ընդ որում, ինդիկատորների արդյունքները համեմատվել են նաև ՀՀ կառավարության ռազմավարական ծրագրերում կամ ՀԶՆ-ներում սահմանված նպատակային ցուցանիշների հետ:

Այսպիսով, Հայաստանի ԱՀԳԳ գործընթացում.

- դիտարկվել են ՀՀ առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած փոփոխությունները՝ համեմատելով 1990 թ. ուսումնասիրություն սկսած 2000 թ., երբ երկրում սկսվեց արագ տնտեսական աճի շրջան,
- փորձ է կատարվել ընդգծել առողջապահական համակարգի գործունեության և առողջապահական համակարգի բարեփոխումների առնչությունները՝ օգտագործելով բարեփոխումների հատուկ ծրագրերի (օրինակ՝ առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխման կամ հիվանդանոցային օդակի օպտիմալացման ծրագրեր) 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:

## ***Զեկույցի նպատակներ***

Հայաստանի 2012 թ. ԱՀԳԳ նպատակներն են.

1. Վերլուծել.
  - 1.1. Հայաստանում բնակչության առողջության ընդհանուր պատկերը
  - 1.2. Առողջապահական համակարգի առկա կադրային ռեսուրսները
  - 1.3. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման արդարացիության և ֆինանսական պաշտպանվածության հարցերը
  - 1.4. Առողջապահական համակարգի մատչելիությունը
  - 1.5. Առողջապահական համակարգի բուժօժանդությունների որակը և անվտանգությունը
  - 1.6. Հայաստանի բնակչության առողջությանը սպառնացող վարքագծային, կենսաբանական և կենցաղային ռիսկի գործոնները
  - 1.7. Գնահատել առողջապահական համակարգի արձագանքման բնութագրերն ու առանձնահատկությունները:
2. Գնահատել նշված ոլորտներում տեղի ունեցած փոփոխությունները 2007-2012 թթ. ընթացքում:
3. Բացահայտել դիտարկվող ոլորտներում առկա բացերն ու զարգացման խոչընդոտները:
4. Մշակել առաջարկներ առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության բարձրացման ուղղությամբ:

## ***Զեկույցի կառուցվածք***

Զեկույցը կազմված է 7 առանձին բաժիններից՝ իր նպատակներին համապատասխան:

**Առողջապահական համակարգի բժշկական կադրերի բաժնում** դիտարկվել են բժշկական կադրերի պատրաստումը համապատասխան բարձրագույն և միջին մասնագիտական կրթական հաստատություններում, առկա կադրերի շարունակական մասնագիտացման գործընթացը, մարդկային ներուժի բաշխվածությունն ըստ հաստատությունների տիպերի և տիպերի: Առանձնակի ուշադրություն է դարձված առողջության առաջնային պահպանման օղակում կադրերի հետ կապված խնդիրներին: Դիտարկված են կադրերի հոսունության և բնակչությանը սպասարկող բժշկական թափուր աշխատատեղերի խնդիրները:

**Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն** բաժնում դիտարկվել են առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ոլորտում ներկայում գործող սկզբունքները, ֆինանսավորման ուղղությունները և դրանց փոփոխության միտումները: Հայաստանում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման առկա վիճակը և խնդիրները դիտարկվել են միջազգային կոնտեքստում: Վերլուծվել են Հայաստանում բնակչության կողմից առողջապահական նպատակների համար իրականացվող ծախսերը և դրանց միտումները: Վերլուծվել է Հայաստանում բյուջետային աշխատողների համար ներդրված սոցիալական փաթեթը, որը ներառում է նաև առողջապահական հատկացումներ:

**Բուժառայությունների մատչելիություն** բաժնում դիտարկվել են առողջապահական համակարգի ծառայությունների սպառումը և մատչելիությունն ըստ բուժհաստատությունների տիպերի, բնակչության բնակավայրերի և բարեկեցության խմբերի: Առանձնակի ուշադրություն է դարձված բուժառայությունների մատչելիության և բուժօգնության անմատչելիության խնդիրներին:

**Բուժառայությունների որակ** բաժնում դիտարկվել են Հայաստանում առավել տարածված և մահվան պատճառ հանդիսացող հիվանդությունների հետ կապված հարցերը, մասնավորապես չարորակ նորահոյացությունների և արյան շրջանառության համակարգի: Առանձնակի ուշադրություն է դարձված կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանը և շաքարային դիաբետի ու զարկերակային գերճնշման բուժմանը:

**Առողջապահական համակարգի արձագանքում** բաժնում դիտարկվել են առողջապահության համակարգի գործունեությունը և ստացած առողջապահական ծառայությունների տարբեր բաղադրիչներով հիվանդների բավարարության աստիճանը:

**Առողջության ռիսկի գործոններ** բաժնում դիտարկվել են Հայաստանի բնակչության շրջանում առկա վարքագծային, կենսաբանական և կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, դրանց փոփոխության միտումները, ինչպես նաև ռիսկի գործոնների տարածվածությունը բնակչության տարբեր սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում: Մշակվել են առաջարկներ ռիսկի գործոնների տարածվածության կրճատման ուղղությամբ, որոնք գտնվում են ՀՀ առողջապահության նախարարության և այլ համապատասխան պետական մարմինների միջև միջգերատեսչական համագործակցության ոլորտում:

**Առողջության բարելավում** բաժնում դիտարկվել են բնակչության առողջությունը բնութագրող ցուցանիշները, մասնավորապես կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը, առավել տարածված հիվանդությունների տարածվածությունը և այդ հիվանդություններից մահացությունը: Վերլուծվել են բնակչության ինքնագնահատականները սեփական առողջության վիճակի վերաբերյալ համեմատած 2009 թ. և 2007 թ. տվյալների:

## 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ

Առողջապահական համակարգի «Ռեսուրսների կազմավորում» գործառույթը զբաղվում է համակարգի մարդկային ռեսուրսների պատշաճ պատրաստման, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացման, մասնագետների առկայության, ինչպես նաև առողջապահական հաստատությունների համարժեք բաշխված և պահանջվող առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար դրանց բավարար լինելու հիմնահարցերով:

Սույն բաժնում արտացոլված են Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստման, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացման, առկայության, բաշխվածության և պահանջարկի առանցքային հիմնախնդիրները, որոնց վերլուծությունը հնարավորություն կընձեռի կադրային ներուժի կառավարման՝ պլանավորման և արդյունավետ օգտագործման քաղաքականության և կադրային ներուժի ռազմավարության մշակմանը:

### *Առողջապահական համակարգի կադրերի պատրաստում*

ՀՀ բժշկական կադրերի մասնագիտական կրթական պատրաստումն իրականացվում է՝ Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 6 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում: Միջին բուժանձնակազմի մասնագետների պատրաստումը՝ 21 միջին մասնագիտական բժշկական պետական (11) և ոչ պետական (10) ուսումնական հաստատություններում (պետական բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում պատրաստվող բժիշկների և բուժքույրերի քանակը ներկայացված են Աղյուսակներ 1,2,3,4 -ում):

**Աղյուսակ 1. ՀՀ բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական հաստատությունների քանակը, 2010-2011 թթ.**

	Պետական		Ոչ պետական	
	2010	2011	2010	2011
Բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների քանակը	1	1	6	6
Միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատությունների քանակը	12	11	10	10

*Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012, (2012 թ. տվյալները կտամադրվեն 2013 թ. ապրիլին)*

**Աղյուսակ 2. Բարձրագույն բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2011 թթ.**

	Ընդամենը		նրանցից՝ կանայք	
	2010	2011	2010	2011
Բուժական գործ	284	344	153	197
Բուժական գործ զինված ուժերում	33	33	-	-
Ստոմատոլոգիա	132	-	55	-
Դեղագիտություն	58	-	39	-

*Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012*

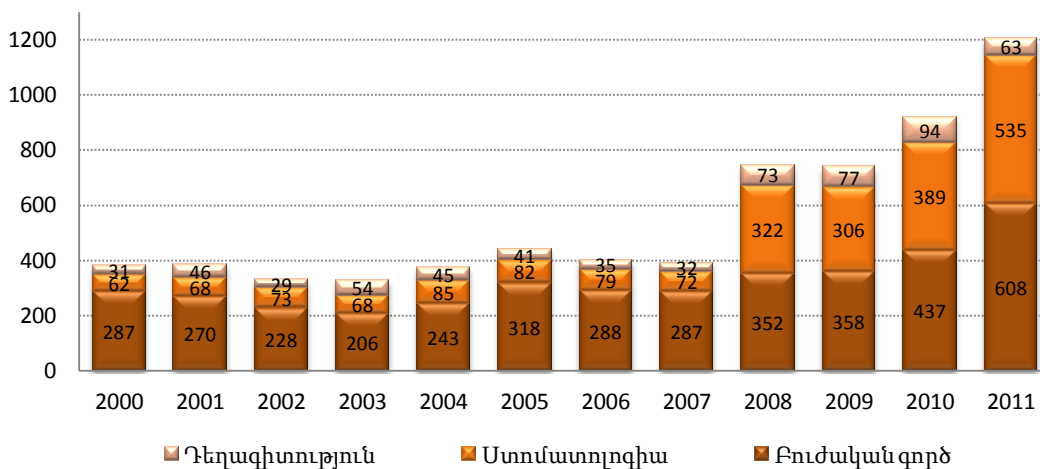
**Աղյուսակ 3 . Բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2011 թթ.**

	Ընդամենը		նրանցից՝ կանայք	
	2010	2011	2010	2011
Բուժական գործ	120	231	53	142
Ստոմատոլոգիա	257	535	160	279
Դեղագիտություն	36	63	34	34
Առողջապահություն	90	-	73	-

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012,

1990 թվականների կեսերին առողջապահական համակարգն ուներ մեծ կադրային ներուժ (39 բժիշկ 10,000 բնակչի հաշվով), որոնց պատրաստման գործընթացը մինչև 2002 թվականն իրականացվում էր Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (միակ հավատարմագրված դիպլոմային բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն հաստատությունը): 1990-1999 թվականներին տարբեր մասնագիտություններով բժիշկ շրջանավարտների տարեկան թիվը կազմում էր 600-ից 700 շրջանավարտ, իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 1200-2500:

**Գծապատկեր 3. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են միայն 2008-2011 թթ.)**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

Թեպետ ընդհանուր համոզմամբ ՀՀ առողջապահական համակարգում առկա էր բժշկական կադրերի ավելցուկ, 2004 թվականից բժշկական կադրերի պատրաստումը սկսեց բավական բարձր տեմպերով ընթանալ նաև դիպլոմային բժշկական կրթություն իրականացնող հավատարմագրված ոչ պետական բարձրագույն հաստատությունների կողմից: Մասնավորապես 2006-2011 թվականների ժամանակաշրջանում Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանը ունեցել է 2535 շրջանավարտ, այդ թվում 2011-ին՝ 377: 2011 թվականին բոլոր՝ պետական և ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատություններն ավարտել է ընդհանուր թվով 1206 շրջանավարտ և 2008 թվականի համեմատ շրջանավարտների թիվն աճել է 1.6 անգամ՝ 756 շրջանավարտ (Գծապատկեր 3, բժշկական կադրերի պատրաստման ենթաբաժինը ներառում է ԱՀԳԳ 2009 թ.

հրապարակված փաստաթղթի վերջին ժամանակաշրջանում և դրանից հետո տեղ գտած միտումները):

2011 թվականին բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների 69%-ը եղել են ոչ պետական ուսումնական կրթական հաստատությունների շրջանավարտներ, որոնցից՝ 44.4% ստումատուղուներ, իսկ 48%՝ բուժական գործով մասնագետներ:

Հարկ է նշել, որ նաև բարձր տեմպերով էր ընթանում նաև բուժքույրերի պատրաստումը՝ 2006-2011 թթ. ժամանակահատվածում պետական միջին մասնագիտական բժշկական հաստատությունները տվել են 16391 շրջանավարտ: 2010 թվականին բոլոր պետական և ոչ պետական միջին մասնագիտական բժշկական կրթական հաստատությունները միասին տվել են 3593 բուժքույր շրջանավարտներ, իսկ 2011-ին՝ 3250 շրջանավարտ (Աղյուսակ 4, Աղյուսակ 5): Ըստ մասնագիտությունների 2011 թ. շրջանավարտների 42% եղել են բուժքույրական ֆակուլտետի շրջանավարտներ, 24%՝ մանկաբարձական, 17%՝ դեղագործական, 11.3%՝ ատամնատեխնիկական:

**Աղյուսակ 4. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2011 թթ.**

	Ընդամենը		նրանցից՝ կանայք	
	2010	2011	2010	2011
Բուժքույրական	1480	1282	1469	1211
Մանկաբարձական	831	698	819	696
Դեղագործական	579	483	506	436
Ատամնատեխնիկական	370	328	115	3
Բուժական կոսմետոլոգիա	83	21	83	21
Քույրական գործի կազմակերպում	36	150	34	146
Բուժական մերսում	34	14	14	8

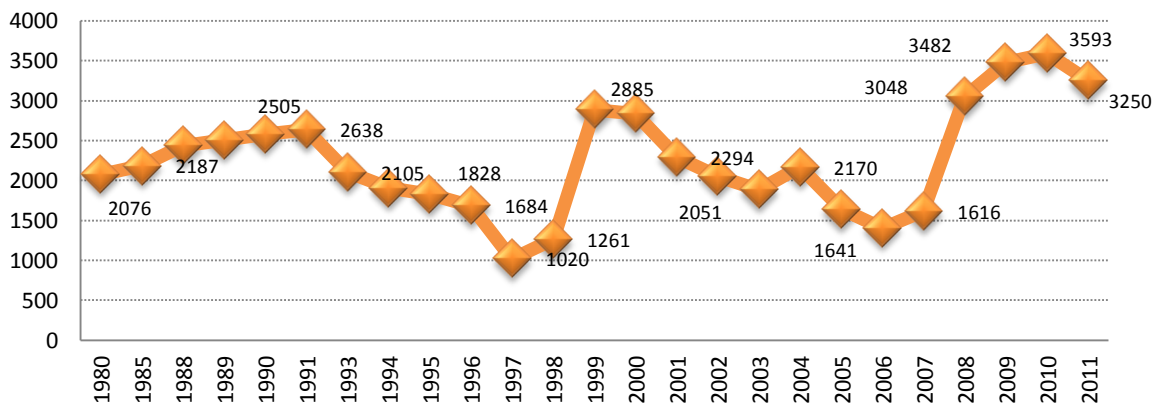
Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

**Աղյուսակ 5. Միջին մասնագիտական բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2011 թթ.**

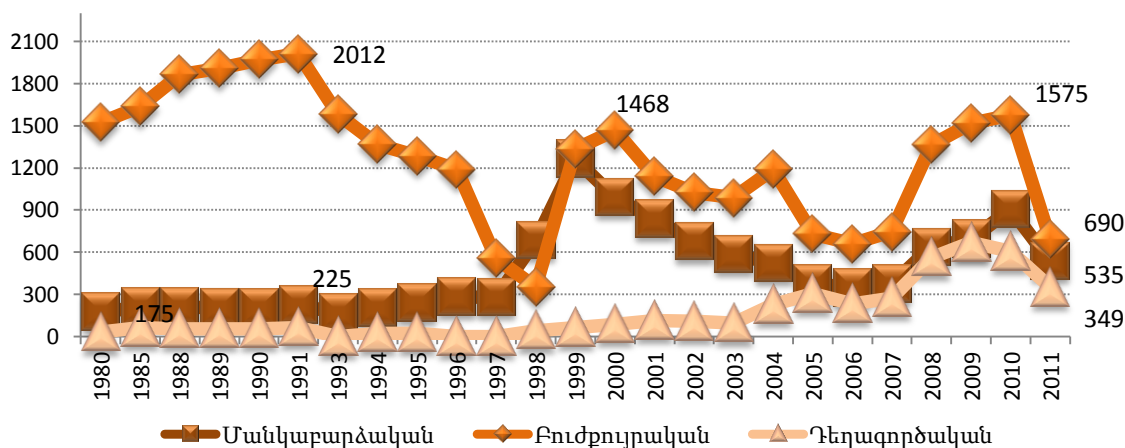
	Ընդամենը		նրանցից՝ կանայք	
	2010	2011	2010	2011
Բուժքույրական	59	86	58	86
Մանկաբարձական	74	70	74	64
Դեղագործական	25	60	14	53
Ատամնատեխնիկական	22	37	-	1
Բուժական կոսմետոլոգիա	-	21	-	21
Քույրական գործի կազմակերպում	-	-	-	-
Բուժական մերսում	-	-	-	-
Բուժական գործ	-	-	-	-

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

**Գծապատկեր 4.** Միջին մասնագիտական պետական և ոչ պետական բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների ընդհանուր թվաքանակը (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են՝ 2008-2011 թթ.)



**Գծապատկեր 5.** Միջին մասնագիտական պետական և ոչ պետական բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են՝ 2008-2011 թթ.)



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

Չնայած Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգը նախատեսում է բուժաշխատողների և բուժհիմնարկների քանակի կրճատում, վերջին տարիների միտումները հակառակն են՝ աճում են և՛ բուժհաստատությունների (մասնավոր հիվանդանոցների և ԱԱՊ), և՛ գործող կադրային ներուժի (բժիշկների), և՛ շրջանավարտների (բժիշկների և բուժքույրերի) թվաքանակները:

Համաձայն ԱՀԿ փորձագետների առաջարկների, կադրային ներուժի պլանավորումը և պատրաստումը պետք է իրականացվի ըստ ժողովրդական, սոցիալ-տնտեսական և առողջապահության առանցքային ցուցանիշների և մասնագետների պահանջարկի: Կադրային ներուժի պլանավորման նախապայմաններից են գործող ներուժի նորմատիվների մշակում՝ ըստ բուժհաստատությունների տիպերի, որը ներկայում հստակ ձևավորված չէ:

Այսպիսով, ներկայացված տվյալներն ակնհայտորեն փաստում են կրթական և առողջապահության համակարգում մասնագետների պատրաստման քաղաքականության, այսինքն՝

հեռանկարային պլանավորման և գործող մարդկային ներուժի նորմատիվների բացակայության մասին:

ՀՀ առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստումը հետդիպլոմային կրթության փուլում իրականացվում է ՀՀ բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական և միջնակարգ բժշկական և դեղագործական մասնագիտությունների անվանացանկի համաձայն: Սույն փաստաթուղթը հաստատվել է ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից՝ 11.03.1996 թ.: Գործող անվանացանկը եռաստիճան է՝ ընդհանուր մասնագիտություններ, հիմնական մասնագիտություններ, նեղ մասնագիտություններ: Բժշկական և դեղագիտական անվանացանկը ներառում է 104 մասնագիտություններ, իսկ միջնակարգ բժշկական և դեղագործական մասնագիտությունների անվանացանկը՝ 32: Ընդ որում, Եվրոպական տարածաշրջանի երկներում հաստատված բժշկական կլինիկական և ոչ կլինիկական մասնագիտությունների ցանկը տատանվում է 31-43 սահմաններում: Ներքին հիվանդությունների բժշկություն և վիրաբուժություն մասնագիտություններն ունեն համապատասխան ենթամասնագիտություններ, որոնք չեն հանդիսանում որպես առանձին մասնագիտություններ, այլ համարվում են հիմնական մասնագիտության լրացուցիչ մասնագիտական հմտություններ:

*Անհրաժեշտ է վերանայել և լրամշակել գործող մասնագիտությունների ցանկը, մշակել մասնագետների որակավորման բնութագրերը՝ համաձայն վերջին տարիների ընթացքում ՀՀ բարձրագույն կրթության և առողջապահական համակարգում տեղի ունեցած կրթական բարեփոխումների և միջազգային պահանջների:*

### ***Կադրային ներուժի շարունակական մասնագիտական զարգացում***

ՀՀ առողջապահական համակարգի անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող կադրային ներուժի լիցենզավորումը գործել է 1996-2001 թթ.: Համաձայն «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի, մասնագիտական անձանց լիցենզավորումը դադարեցվել է 2001 թվականին: Ներկայում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների լիցենզավորման գործընթացը հիմնված է «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի և մի շարք նորմատիվային փաստաթղթերի վրա: Առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի կրթության և մասնագիտական որակավորման հարցերը կանոնակարգված են «Բարձրագույն և հետբուհական կրթության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետի, 8-րդ հոդվածի 4-րդ կետի 3-րդ ենթակետի, «Նախնական մասնագիտական (արհեստագործական) և միջին մասնագիտական կրթության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի 2-րդ կետի 6-րդ ենթակետի, 7-րդ հոդվածի 4-րդ կետի 3-րդ ենթակետի, 17-րդ հոդվածի 1-ին կետի, ՀՀ կառավարության 19.07.1994 թ. N330 որոշմամբ հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում բժիշկների և պրոֆիզորների հետդիպլոմային մասնագիտական կրթության կարգի» 2-րդ, 3-րդ և 14-րդ կետերի պահանջների, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության 2002թ-ի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշմամբ հաստատված «Պոլիկլինիկաներում (խառը, մեծահասակների և երեխաների), մասնագիտացված հիմնարկություններում, ընտանեկան բժշկության հիմնարկություններում, բժշկական ամբուլատորիաներում, ֆելդշեր մանկաբարձական կետերում, կանանց կոնսուլտացիաներում և հիվանդանոցներում (մասնագիտացված) առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջները» կանոնակարգով: Համաձայն գործող



կանոնակարգերի, բուժհաստատությունները պարտավոր են ներկայացնել տեխնիկական և մասնագիտական հագեցվածության պահանջները, ընդ որում բժիշկները պետք է ունենան համապատասխան հետավարտական կրթություն և վերջին երեքից-հինգ տարիների ժամանակահատվածում համապատասխան մասնագիտական վերապատրաստում:

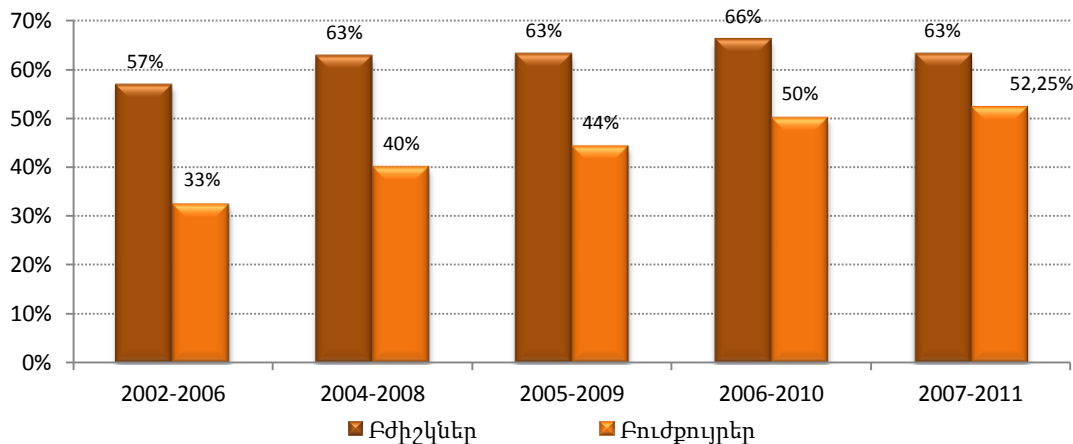
2011 թ. ՀՀ կառավարության որոշմամբ՝ բժիշկների և բուժքույրերի հետդիպլոմային, շարունակական մասնագիտական կրթական զարգացումը, կատարելագործումը, ինչպես նաև վերապատրաստումն իրականացվում է ՀՀ ԵՊԲՀ-ի բազաներում:

Համաձայն ԵՊԲՀ-ի 2011 թվականի տվյալների, շարունակական մասնագիտական կատարելագործում անցած բժիշկների տեսակարար կշիռը (բժիշկների ընդհանուր թվաքանակից) կազմել է 10.2%, իսկ բուժքույրերինը՝ 10%:

2007-2011 թվականների ժամանակահատվածում կատարելագործված բժիշկների գումարային տոկոսը կազմել է բոլոր բժիշկների 63%-ը և բուժքույրերի 52.3%-ը (Գծապատկեր 6):

2007-2011 թվականներին 5-ամյա ժամանակահատվածում մասնագիտացված բուժաշխատողների տվյալների գնահատականները ցույց են տալիս նախորդող տարիների համեմատ այդ ցուցանիշների ամենամյա բարելավում: Սակայն, բժիշկների կատարելագործման տեմպերը գերազանցել են բուժքույրերի կատարելագործման աճողական տոկոսին գրեթե 10%-ով:

**Գծապատկեր 6. 5-ամյա ժամանակահատվածում կատարելագործված բժիշկների և բուժքույրերի գումարային տոկոսները**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԵՊԲՀ, 2012

Բժիշկների և բուժքույրերի մասնագիտական զարգացման ցածր ցուցանիշները պայմանավորված են նմանատիպ պատճառային գործոններով՝ մասնավորապես հեռավոր մարզերի բուժաշխատողների համար աշխատանքից, ընտանիքից երկարաժամկետ բացակայությունը և վերապատրաստման ֆինանսական անմատչելիությունը: Վերապատրաստման համար վճարումը կարող է կատարվել պետբյուջեի, բուժփինանսարկի կամ անհատական միջոցներով:

- Հայաստանում բուժանձնակազմի շարունակական մասնագիտական զարգացման կրթությունը հիմնականում կրում է ֆորմալ բնույթ:

### Ներկայում համակարգում բացակայում է՝

- ուսումնական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման և մասնագիտացման զարգացման և որակավորման խրախուսման և ֆինանսական աջակցության մեխանիզմները:
- բժշկական և դեղագիտական մասնագիտությունների մասնագիտական պաշտոնների նկարագրերի սահմանումը:

Բարձրորակ և պատշաճ պատրաստված կադրային ռեսուրսների համար անհրաժեշտ է՝

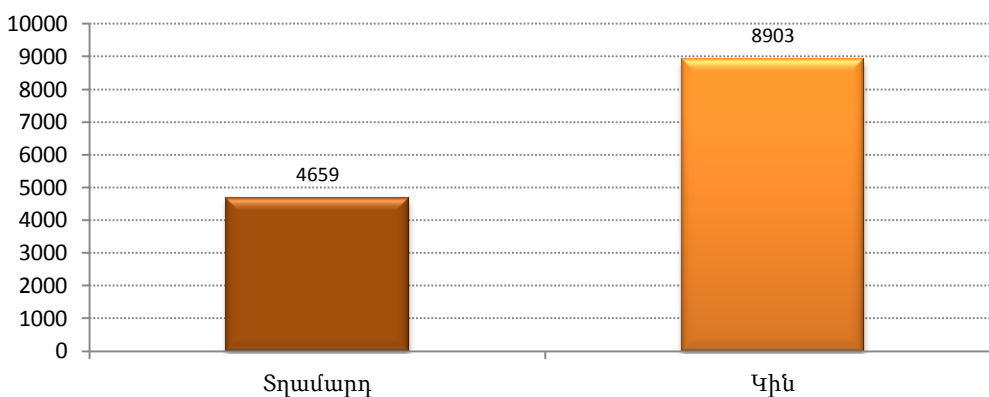
- բուժաշխատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման կրեդիտային համակարգի կիրառում:
- բժշկական և միջնակարգ մասնագիտությունների անվանացանկի մշակում:
- բժշկական և միջին բուժանձնակազմի մասնագիտական պաշտոնների նկարագրերի սահմանումը
- բուժաշխատողների գործունեության լիցենզավորման համակարգի ներդրում

### Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի

Հայաստանի առողջապահության համակարգն, ինչպես և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների առողջապահական համակարգերը (որտեղ առողջապահության աշխատուժի 70-76% կազմում են կանայք), իր բնույթով գենդերացված է (Գծապատկեր 7):

- ՀՀ առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի 66%-ը կազմում են կանայք:

Գծապատկեր 7. Կադրային ներուժի բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2011 թ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտությունների պրոֆիլների ակնհայտորեն ցույց է տալիս, որ կանայք կազմում են թերապևտիկ պրոֆիլի մասնագետների գերակշռող մասը՝ 90-95%, և վիրաբուժական պրոֆիլի՝ 24%: Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների կառուցվածքում՝ կին պրոկտոլոգների տեսակարար կշիռը կազմում է 14%, իսկ կին վիրաբույժներինը՝ 9.4%: Սեռային բաշխվածության տեսակետից հավասարաչափ են բաշխված ստոմատոլոգ (թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի) և անեսթեզիոլոգ մասնագետները, միջին բուժանձնակազմի 95-97% կազմում են կանայք (Աղյուսակ 6):

Աղյուսակ 6. Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի մասնագիտությունների, 2011 թ.

Մասնագիտություն	Ընդհանր	Կանայք	Կանանց %
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ), որոնցից	2566	2195	92
- ընտանեկան բժիշկ	761	672	88.3
- տեղամասային թերապևտ	1026	941	91.7
- մանկաբույժ	779	748	96
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ	967	763	79
Վիրաբույժներ	599	56	9.4
Անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ	498	191	38.4
Պռոկտոլոգներ	28	4	14.3
Ստոմատոլոգներ	1788	899	50.3
Դեղագործներ	137	129	94.2
Միջին բուժանձնակազմ			
Բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով, որոնցից	13883	13827	99.6
-մանկաբարձներ	1335	1335	100
-բուժակներ	128	72	56.3
-ատամնատեխնիկներ	221	10	45.3
-դեղագործներ	176	144	81.8
-սանիտարական բժիշկների և համաճարակաբանների օգնականներ	502	479	95.4
-կրտսեր բուժքույրեր (հիվանդների խնամքի համար)	104	77	74

Աղբյուր՝ ՄՏՎՀԿ, 2012

### Առողջապահական համակարգի առկա կադրային ներուժի բաշխվածություն

Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, աշխարհագրական և մասնագիտական բաշխվածության վերաբերյալ ճշգրիտ վերլուծություն իրականացնելու համար դիտարկվել են 2001-2011 թվականների ՄՏՎՀԿ տվյալների օրինաչափությունները և միտումները:

Համաձայն 2011 թվականի տվյալների, Հայաստանի Հանրապետության պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ քանակը կազմել է 32,292 բուժաշխատող, բժիշկների բացարձակ թվաքանակը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ստոմատոլոգները) կազմել է 13,490՝ (41/10,000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմինը՝ 18,484 (56.5/ 10,000) (Աղյուսակ 7):

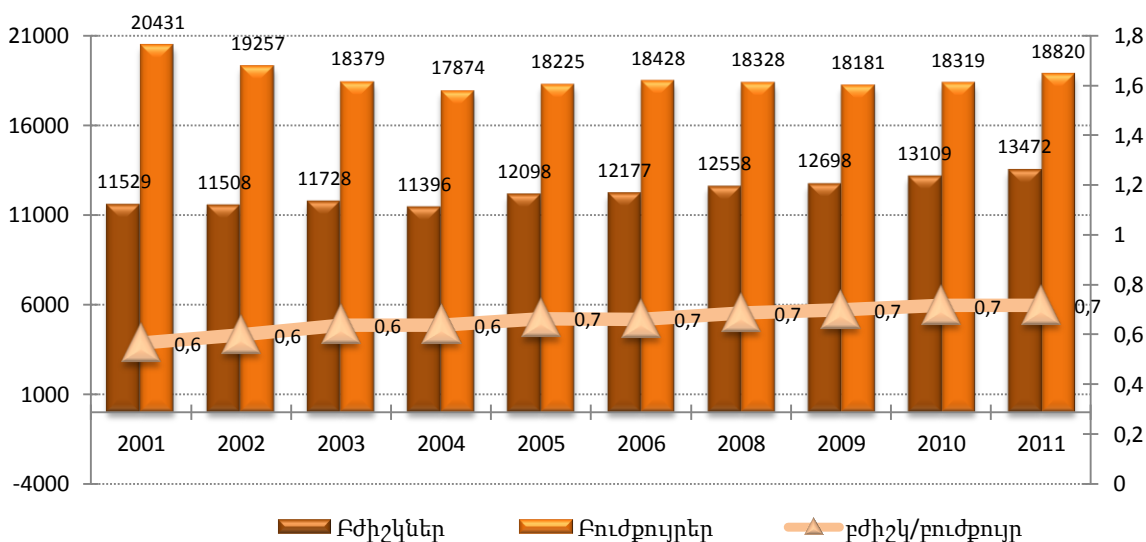
2001 թվականի համեմատ՝ 2011 թվականին բժիշկների թվաքանակը բոլոր մասնագիտություններով, ներառյալ ստոմատոլոգները, աճել է 1.1 անգամ (1580 բժշկով): Ի տարբերություն բժիշկների, բուժքույրերի քանակն ընդհակառակը՝ նվազել է 0.9 անգամ (2112 բուժքույրով) (Աղյուսակ 8):

Աղյուսակ 7. Առողջապահության առկա համակարգի կադրերը, բացարձակ արժեք, 2000-2011 թթ. (ներառյալ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետները)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտ. (ներառյալ ստոմատոլոգներ)	12270	11529	11508	11728	11396	12307	12388	12251	12964	13177	13591	13490
Միջին բուժանձկազմ	22632	20431	19257	18379	17874	18364	18574	18595	18594	18516	18649	18484
Հիվանդանոցների թիվը	146	142	135	137	140	145	140	135	130	127	130	130
Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը (հազար)	20.8	16.2	14	14.2	14.3	14.4	14.3	13.1	12.4	12.1	12.1	12.2
ԱԱՊ հաստատություններ	503	459	446	452	448	458	460	467	474	487	504	506
Դեղագետներ	128	121	142	125	133	143	157	163	176	204	214	199
Դեղագործներ	132	135	113	117	112	113	118	121	124	125	129	137

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Գծապատկեր 8. ՀՀ առկա բժիշկների, բուժքույրերի քանակը, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցությունը, 2001-2011 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը բնութագրվում է ամենամյա նվազեցմամբ: Ընդ որում, բժիշկների թվաքանակի ավելացման դեպքում բուժքույրերի թվաքանակը մնացել է անփոփոխ: Սակայն, համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի

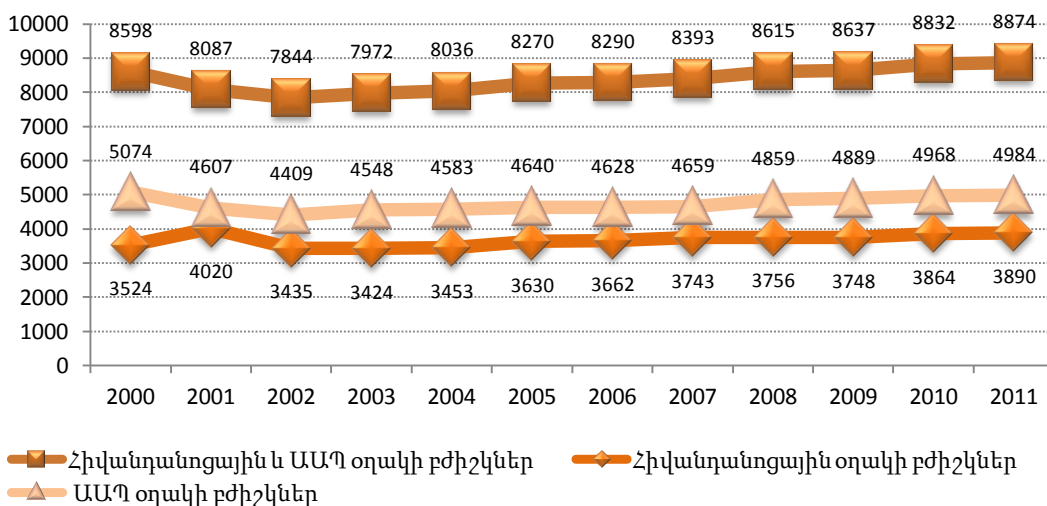
տրամաբանությանը, պահանջվում է բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ, որը վերջին տարիներին նվազում է (Գծապատկեր 8):

Կադրերի բաշխվածությունն ըստ առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային օղակների համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի՝ 2000-2001 թվականների ժամանակահատվածում կրճատվեց ոչ միայն բուժհաստատությունների, այլ նաև կադրային ներուժի թվաքանակը:

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

2002 թվականից ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակների բժիշկների կրճատման միտումները փոխվել են ամենամյա աճով (Գծապատկեր 9):

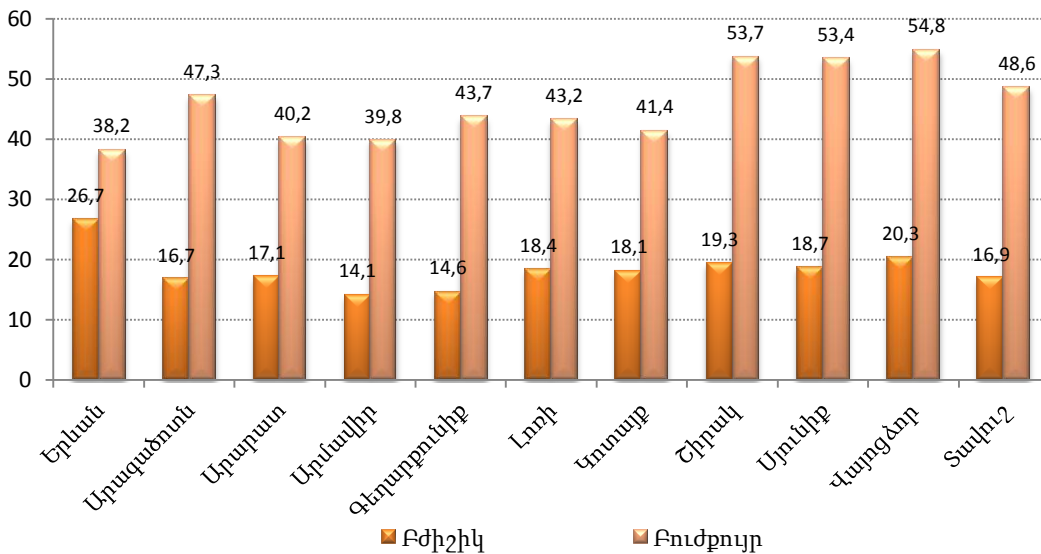
**Գծապատկեր 9. ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակների բժիշկների բացարձակ արժեքները, 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Անդրադառնալով բնակչության ապահովվածությանը կադրային ներուժով՝ անհրաժեշտ է նաև դիտարկել բնակչության ապահովվածությանն ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող՝ այսինքն անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող մասնագետների թվաքանակով, քանի որ սույն ինդիկատորը բնութագրում է ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակում գործող մասնագետներով ապահովվածության մակարդակը: Տասը մարզերի միջև բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող բժիշկներով անհավասարաչափ է և տատանվում է հետևյալ միջակայքում՝ ամենացածրից՝ 14.6 Գեդարքունիքում, մինչև ամենաբարձրը՝ 20.3 Վայոց Ձորում:

**Գծապատկեր 10. Բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող (ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակ) կադրային ներուժով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2011 թ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների**

Վերջին հնգամյակում բնակչության ապահովվածությունն ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով և ըստ մասնագիտական պրոֆիլների ներկայացված են Աղյուսակ 8 և Գծապատկեր 11-ում:

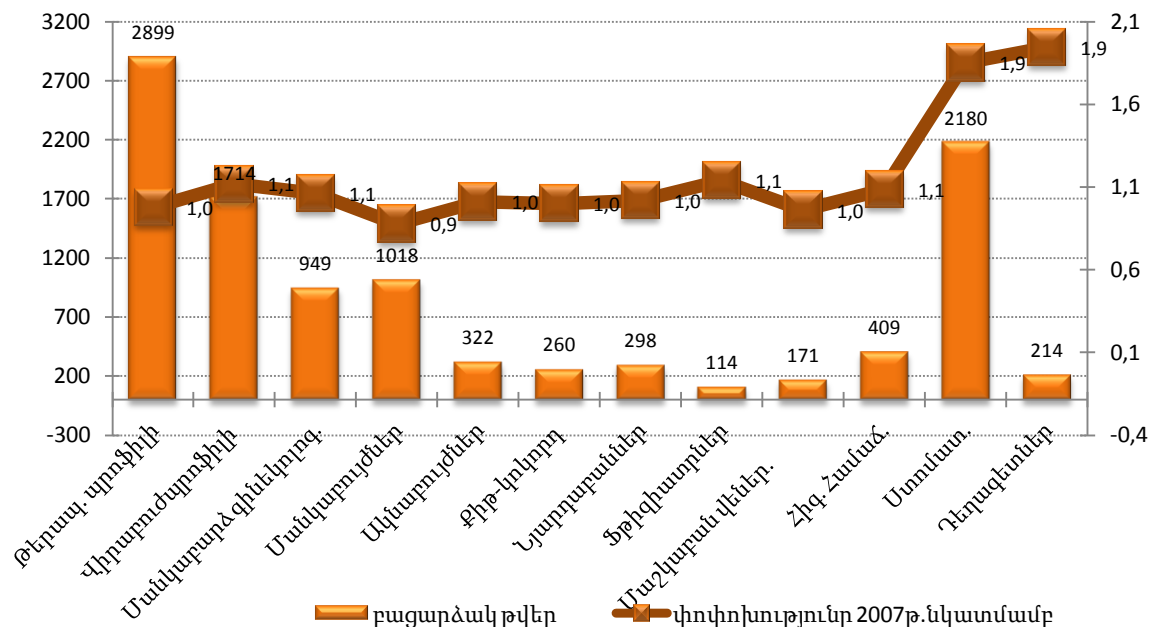
2007 թվականին, ի համեմատ 2011 թվականի տվյալների, նվազել է ապահովվածությունը մանկաբույժներով, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներով և 1-ից 2 անգամ աճել է ապահովվածությունն ընտանեկան բժիշկներով, ստոմատոլոգներով և դեղագետներով:

**Աղյուսակ 8. Բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով, 2007թ., 2011 թ.**

Մասնագիտություններ / մասնագիտական պրոֆիլներ	2007		2011	
	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ)	2683	8.3	2566	7.9
- ընտանեկան բժիշկներ	488	1.5	761	2.34
- տեղամասային թերապևտներ	1216	0.5	1026	0.32
- մանկաբույժներ	979	1.22	779	2.4
Ստոմատոլոգներ	1163	3.6	1788	5.5
Դեղագետներ	163	0.5	199	0.6
Միջին բուժանձնակազմ				
-բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով	13592	42.1	11388	35
-մանկաբարձներ	1388	1.5	1335	
-բուժակներ	198	0.6	128	0.6
-դեղագործներ	121	0.4	137	0.4

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 11. Բնակչության ապահովվածությունն ըստ մասնագիտական հիմնական պրոֆիլների, 2011 թ. փոփոխությունները 2007 թ. նկատմամբ**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Ստոմատոլոգ և դեղագետ մասնագետներով ապահովվածության աճը փոխկապակցված է բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների ամենամյա աճով (Աղյուսակ 9):

**Աղյուսակ 9. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների քանակը, 2000-2011 թթ.**

Տարի	Ստոմ. ֆակուլտետ	Դեղագիտական ֆակուլտետ
2000	62	31
2001	68	46
2002	73	29
2003	68	54
2004	85	45
2005	82	41
2006	79	35
2007	72	32
2008 <sup>1</sup>	322	73
2009	306	77
2010	389	94
2011	535	63

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

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

Աղյուսակ 10. ՀՀ ստոմատոլոգների և դեղագետների թվաքանակն ըստ պրոֆիլների, 2000-2011 թթ.

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

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Աղյուսակ 11. ՀՀ ԱԱՊ և հիվանդանոցային օդակներում գործող դեղագետների թվաքանակը, 2000-2011 թթ.

	ԱԱՊ և հիվանդանոցային օդակում գործող դեղագետներ՝ Դեղատներում գործող դեղագետների վերաբերյալ տվյալները բացակայում են:
2000	80
2001	121
2002	142
2003	125
2004	133
2005	143
2006	157
2007	163
2008	176
2009	204
2010	214
2011	199

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

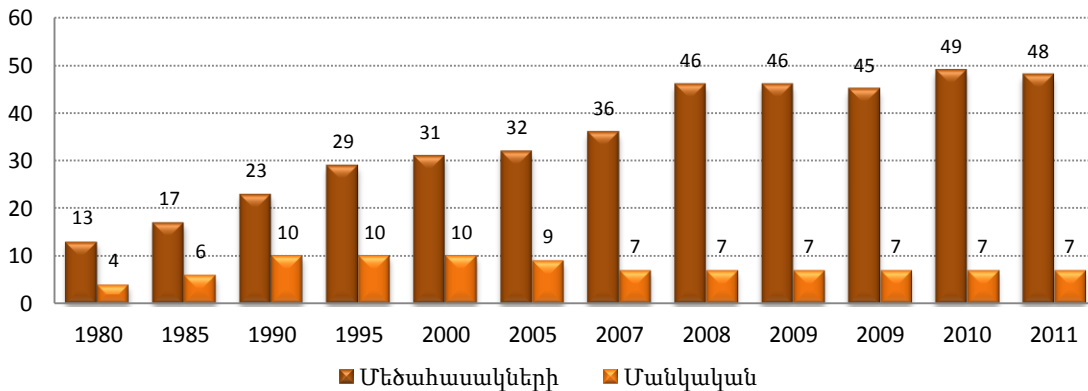
- Վերջին տասնամյակում ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի շրջանավարտների թվաքանակն աճել է 8.7 անգամ, իսկ դեղագիտական ֆակուլտետինը՝ 2 անգամ: Շրջանավարտների ամենամյա աճը վճռորոշ նշանակություն ունի ստոմատոլոգների և դեղագետների թվաքանակի ավելացման գործում:
- Նույն ժամանակահատվածում առողջապահության համակարգում գործող ստոմատոլոգների քանակն աճել է 3.7 անգամ (659-ից՝ 1788), իսկ դեղագետներինը՝ 2.5 անգամ (80-ից՝ 199-ը):

Հանրապետությունում ստոմատոլոգների և դեղագետների ամենամյա աճը նպաստել է պետական և մասնավոր հատվածի զարգացմանը: 2004-ի համեմատ՝ 2011 թվականին ինքնուրույն



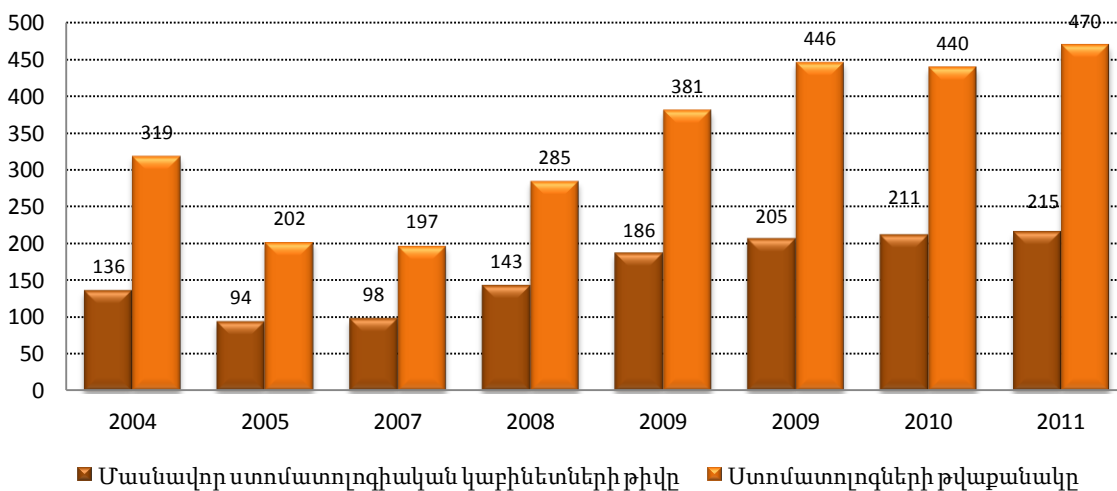
ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թիվը աճել է 3.3 անգամ, իսկ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների թիվը՝ 1.6 անգամ (Գծապատկեր 12 և Գծապատկեր 13):

**Գծապատկեր 12. Մեծահասակների և մանկական ինքնուրույն ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թվաքանակը**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 13. Մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների և ստոմատոլոգների թվաքանակը**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Բժիշկների և բուժքույրերի հարաբերական թվաքանակ**

Բժիշկների և բուժքույրերի մարզային բաշխվածությունը և հարաբերական ցուցանիշների դիտարկումն ակնհայտորեն վկայում է, որ

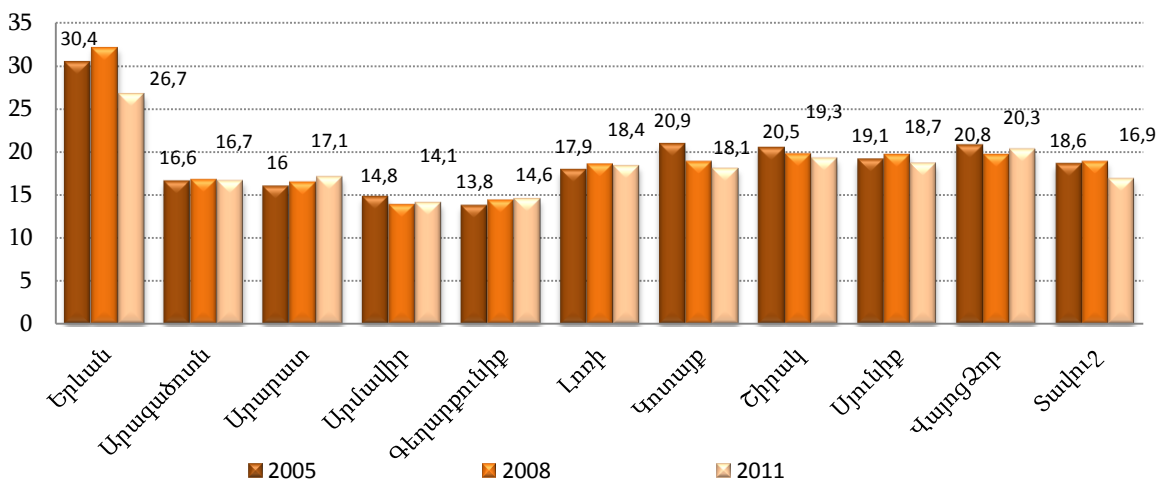
- բնակչության նկատմամբ բժիշկների հարաբերական քանակը Հայաստանի մարզերում տատանվում է բավական մեծ միջակայքում (Գծապատկեր 14 և Գծապատկեր 15): Թեպետ Հայաստանում բժիշկների ընդհանուր հարաբերական ցուցանիշը մոտ է մյուս երկրների արժեքներին (Գծապատկեր 16), սակայն մարզերում այն բավական փոքր է և 2011 թվականին 10,000 բնակչի հաշվով հարաբերական ցուցանիշը տատանվում էր 14.1-ից՝ Արմավիրում, մինչև 19.3՝ Շիրակում, 20.3՝ Վայոց Ձորում (բացառելով Երևանը): 2005-ից՝ 2011 թվականները բժիշկների և բուժքույրերի ցուցանիշները գրեթե չեն փոփոխվել:

- 2011 թվականին բուժքույրերի հարաբերական ցուցանիշը տատանվում էր ամենացածրը 39.8-ից՝ Արմավիրում, մինչև ամենաբարձրը 54.8-ը՝ Վայոց Ձորում (Գծապատկեր 15):

Երևանում և մարզերում բժիշկներով ապահովվածության անհամամասնության առավել կարևոր գործոնն այն է, որ Երևանում են գտնվում բավական մեծ թվով հանրապետական մասնագիտացված բուժօգնություններ, որոնք նախատեսված են ծառայություններ մատուցելու նաև մարզերի բնակիչներին:

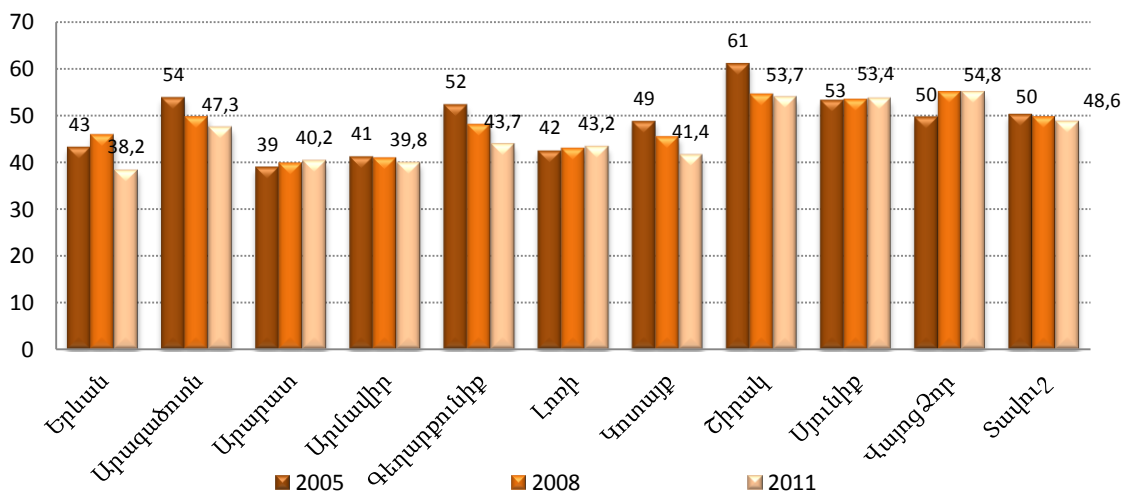
Երևանի և մարզերի միջև կադրային ներուժի բաշխվածության անհավասարակշռության հիմնական պատճառներից են, որ մարզերում վանող գործոնները գերակշռում են ձգող գործոններին, այսինքն՝ ցածր աշխատավարձը, վատ աշխատանքային պայմանները, բուժհաստատությունների հագեցվածությունը ժամանակակից սարքավորումներով, կադրային ներուժի անպաշտպանվածությունը, ծանրաբեռնվածությունը, կրթության սահմանափակ հնարավորությունը և այլ:

**Գծապատկեր 14. Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մարզերի՝ 10 000 բնակչի հաշվով**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

**Գծապատկեր 15. Բուժքույրերի բաշխվածությունն ըստ մարզերի՝ 10 000 բնակչի հաշվով**



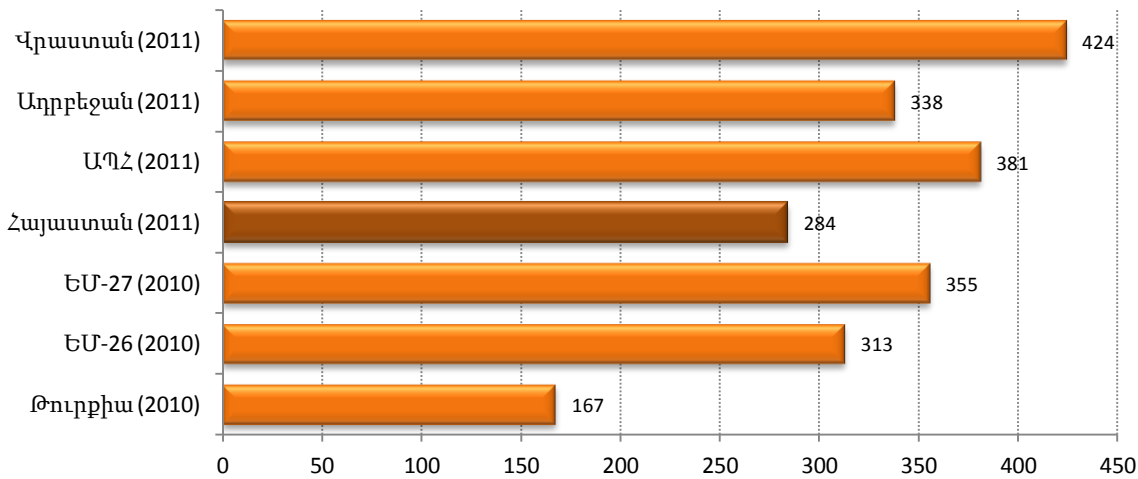
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Աղյուսակ 12. Բուժքույրերի և բժիշկների քանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ**

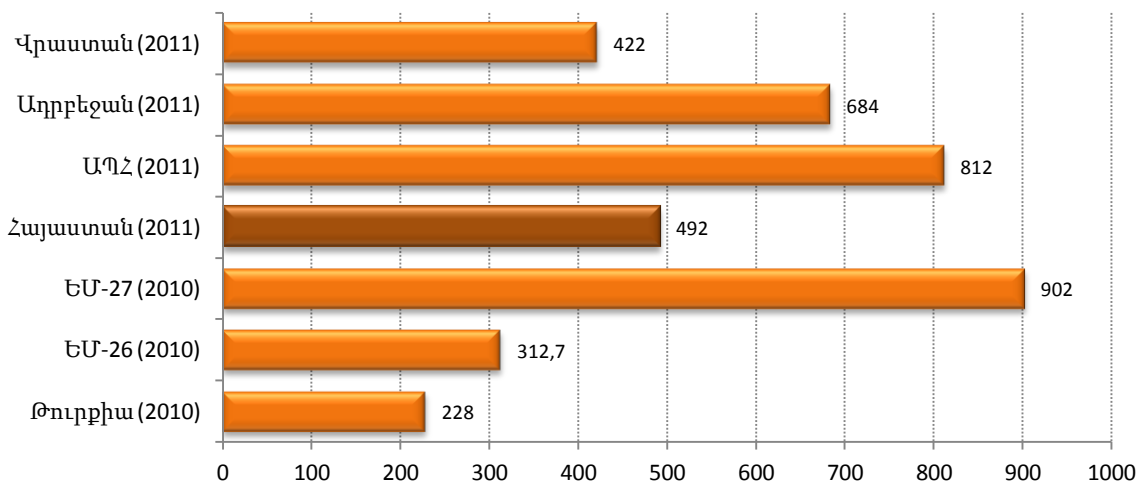
2009	Բժիշկներ	Բուժքույրեր	Բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցություն
Թուրքիա	164	311	1.9
ԵՄ-26	319	753	1.9
ԵՄ-27	346	924	2.4
Հայաստան	346	406	2.7
ԱՊՀ	378	703	1.2
Ադրբեջան	367	798	1.9
Վրաստան	467	345	2.2

Աղբյուր՝ ԱՀԿ, 2011

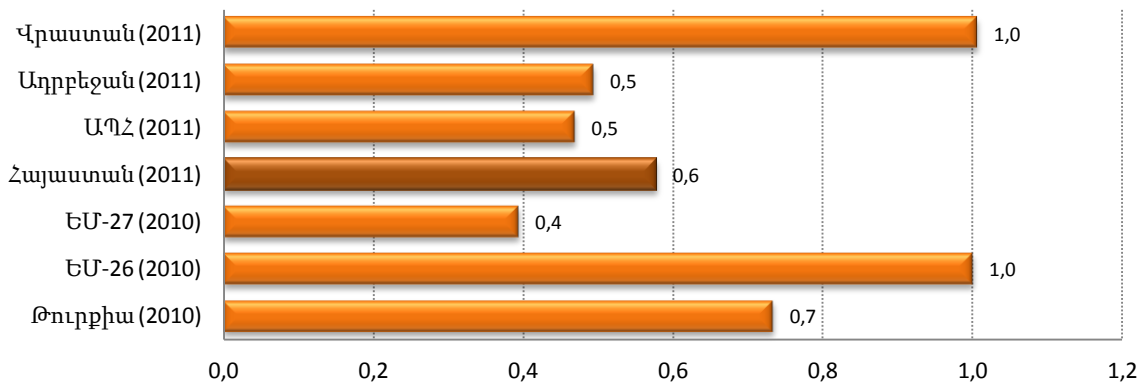
**Գծապատկեր 16. Բժիշկների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ**



**Գծապատկեր 17. Բուժքույրերի թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ**



**Գծապատկեր 18. Բժիշկ/բուժքույր հարաբերությունը**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2012

Բժշկական կադրերի մարզային տեղաբաշխումն անհրաժեշտ է նաև դիտարկել ըստ մասնագիտությունների: Ընդ որում, այդ համեմատական վերլուծության համար ընտրվել են առավել պահանջվող մասնագիտությունները՝ հիմնվելով առավել տարածված հիվանդությունների ցուցանիշների վրա: Համաձայն 2011 թվականի տվյալների՝ հանրապետության չափահաս բնակչության շրջանում առավել տարածված են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (48%), չարորակ հիվանդությունները (19.8%) և շաքարային դիաբետը (4.9%), այսինքն ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնցից մահացության տեսակարար կշիռը բնակչության ընդհանուր մահացության կառուցվածքում կազմում է մոտ 80%: Աղյուսակ 13-ում ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- Երևանի բուժհաստատությունները ոչ միայն հագեցված են մասնագետներով, այլ կարելի է ասել գերհագեցված են:
- Մարզային բնակչության թվաքանակի նկատմամբ տեղամասային թերապևտների, մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների քանակը մարզերում տատանվում է բավական մեծ միջակայքում՝ ամենացածրը 1.2՝ Արագածոտնում և ամենաբարձրը 3.0՝ Լոռիում:

**Աղյուսակ 13. Մարզային բնակչության ապահովվածությունը տարբեր մասնագիտությունների բժիշկներով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2011 թ.**

Մասնագիտություններ	Երևան	Արագած	Արարատ	Արմավիր	Գեղարք	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձոր	Տավուշ
Տեղամասային թերապևտ	6.1	1.2	1.5	1.6	1.3	3.0	0.9	1.7	1.4	1.8	1.3
Մրտաբան	3.8	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	0.6	0.3	0.5	0.2
Ներքատաբան	1.7	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	1.2	0.2
Վիրաբույժ	3.9	0.2	0.8	0.5	0.7	1.0	0.7	1.0	0.8	1.2	0.8
Ուռուցքաբան	0.5	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	6.2	1.5	0.9	1.1	1.0	1.4	1.6	1.6	1.4	1.8	1.1
Ստոմատոլոգ	9.7	1.3	1.3	0.7	0.5	1.2	1.0	1.2	0.5	1.6	1.0
Ակնաբույժ	2.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	0.4	0.4
Մանկաբույժ	4.6	1.1	1.5	1.3	1.0	1.4	0.6	1.0	1.3	1.4	1.0
Անեսթեզիոլոգ	3.6	0.5	0.7	0.3	0.4	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.3
Ընտանեկան բժիշկ	1.2	3.2	2.8	2.5	3.0	1.0	4.6	3.2	3.7	2.5	3.3

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

ՀՀ առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թթ. ռազմավարության նպատակներից է՝ նվազեցնել տեղամասային թերապևտների քանակը և ավելացնել բնակչության ապա-

հովվածությունն ընտանեկան բժիշկներով: ՀՀ առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թթ. Ռազմավա-րության մեջ նշված են գործող ընտանեկան բժիշկների քանակի համապատասխան աճը խոչընդոտող գործոնները:

«Թեև ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրումը գյուղական առողջապահության ոլոր-տում կարելի է կայացած համարել, քաղաքային պոլիկլինիկաներում այն դեռևս լիարժեք չէ, քանի որ մասնագիտացում անցած ընտանեկան բժիշկները հնարավորություն չունեն լիարժեք իրականացնելու պաշտոնի նկարագրով սահմանված իրենց գործառնությունները: Դրա պատճառը հիմնականում քաղաքային պոլիկլինիկաներում առկա նեղ մասնագիտական ծառայություններն են, որոնք (հատկապես Երևանում) ակնհայտորեն գերազանցում են տվյալ բնակչության թվաքանակին համապատասխան մասնագետների նորմատիվները: Պոլիկլինիկաների տնօրենները առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության խնդրում չունեն մոտիվացիա՝ նպաստելու անկախ պրակտիկաների ստեղծմանը: Առկա համակարգում առաջնային օղակի բուժաշխատողները որևէ մասնակցություն չունեն աշխատակազմի վերաբերյալ որոշումների կայացման, եկամուտների և ծախսերի վերահսկման, բուժծառայությունների գերակայությունների սահմանման հարցում:

- Մարզային բնակչության ապահովվածությունը սրտաբաններով, ուռուցքաբաններով և ներզատաբաններով, ի տարբերություն այլ մասնագիտությունների, բավականին ցածր է: Ընդ որում, ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն ակնհայտորեն վկայում են այդ մասնագետների հարաբերական քանակի ավելացման անհրաժեշտության մասին:

Համաձայն ԱՆ 2012 թ. ՀՀ ԱՆ չափորոշիչի պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման (ԱԱՊ իրականացնող բժիշկների և պոլիկլինիկական հիվանդանոցային նեղ մասնագետների փոխհամագործակցությունը (Հավելված 1) նեղ մասնագետների կողմից սպասարկվող բնակչության կողմնորոշիչ թվերը տատանվում են բավականին մեծ միջակայքում՝ օրինակ՝ սրտաբանների կողմից սպասարկվող նվազագույն բնակչության թվաքանակը կազմում է 20,000, օպտիմալը՝ 30,000, առավելագույնը՝ 40,000, իսկ ուռուցքաբանների՝ 40,000, 55,000, 70,000, ընտանեկան բժշկի մոտ գրանցված բնակչության նվազագույն, օպտիմալ և առավելագույն թույլատրելի թվաքանակը կազմում է՝ 1,000, 1,700, 2,300:

Հարկ է նշել, որ Գեղարքունիքի, Վայոց Ձորի մարզերում համաձայն ներկայացված հաշվետվու-թյունների (ՀՀ ԱՆ ՎՎ տարեկան հաշվետվական ձև N1 և 17), գործող բուժհաստատություններում ուռուցքաբան մասնագետներ գրանցված չեն:

**Աղյուսակ 14. Բժիշկների քանակը մարզերում ըստ մասնագիտությունների, 2011 թ.**

Մասնագիտություններ	Երևան	Արագած	Արարատ	Արմավիր	Գեղարք	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձոր	Տավուշ
<b>Ընդհանուր պրակտ. Բժիշկ (ՏԹ, ԸԲ)</b>	1370	2273	2326	2439	2326	2500	1818	2041	1961	2326	2174
<b>Սրտաբան</b>	2632	50000	25000	33 333	50000	33333	20000	16667	33333	20000	50000
<b>Ներզատաբան</b>	5882	50000	100000	50 000	50000	33333	25000	50000	33333	8333	50000
<b>Վիրաբույժ</b>	2564	50000	12500	20 000	14286	10000	14286	10000	12500	8333	12500
<b>Ուռուցքաբան</b>	20000	100000	100000	100 000	-	100000	100000	100000	100000	-	50000
<b>Մանկաբարձ-գինեկոլոգ</b>	1613	6667	11111	9091	10000	7143	6250	6250	7143	5556	9091
<b>Ստոմատոլոգ</b>	1031	7692	7692	14286	20000	8333	10000	8333	20000	6250	10000
<b>Ակնաբույժ</b>	4348	33333	33333	25000	33333	25000	33333	20000	20000	25000	25000
<b>Մանկաբույժ</b>	2174	9091	6667	7692	10000	7143	16667	10000	7692	7143	10000
<b>Անեսթեզիոլոգ</b>	2778	20000	14286	33333	25000	25000	16667	14286	33333	50000	33333

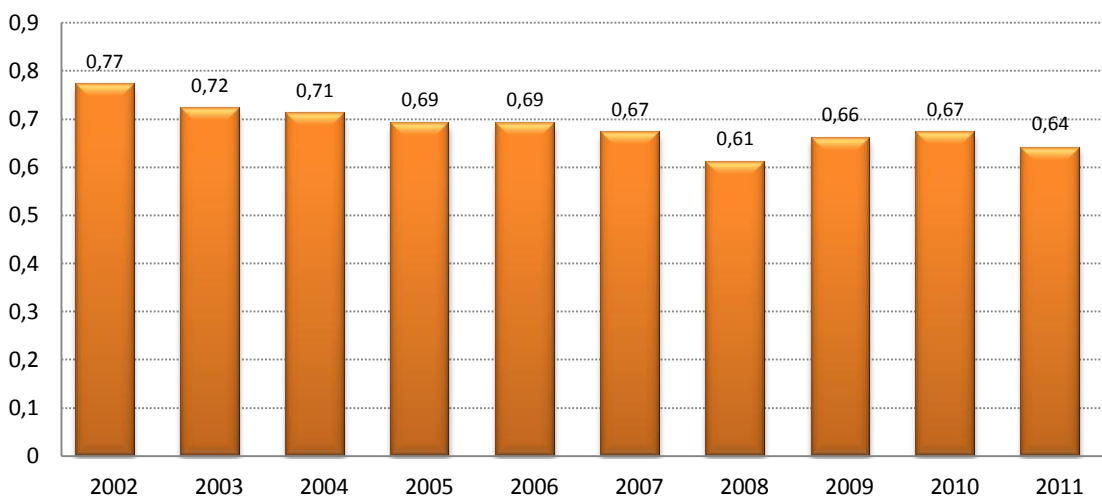
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

## Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ

2002-2011 թվականներին առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերական քանակը նեղ մասնագետների համեմատ նվազել է 0.77-ից 0.64 (Գծապատկեր 19): Սակայն, առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թթ. ռազմավարությունը նախատեսում էր այդ հարաբերակցության ավելացումը:

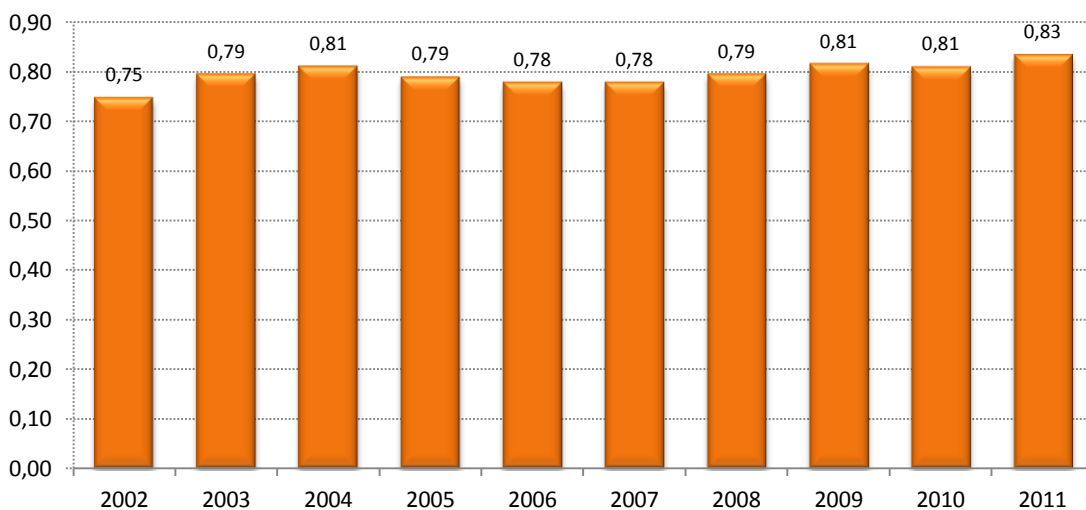
Նույն ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերական քանակն այդ օղակում գործող բոլոր բժիշկների քանակի համեմատ նվազել է 1.34-ից 1.2 (Գծապատկեր 20):

**Գծապատկեր 19. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների (տեղամասային բժիշկներ, մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ) հարաբերակցությունը նեղ մասնագետներին, 2002-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 20. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերակցությունը գործող բժիշկներին, 2002-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Աղյուսակ 15. ԱԱՊ օղակի բժիշկների թվաքանակն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների և առանձին մասնագիտությունների, 2002-2011թթ, 2011 թվականի փոփոխությունը 2002 թվականի նկատմամբ**

Մասնագիտություններ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2002
Բժիշկներ	4 409	4 548	4 583	4 640	4 628	4 650	4 859	4 889	4 868	4 984	1.1
Նեղ մասնագետներ	2 486	2 649	2 679	2 746	2 744	2 777	3 023	2 953	2916	3 058	0.7
Ընդհ.պրակտիկայի բժիշկներ՝ ՏԹ, ԸԲ	1 923	1 899	1 904	1 894	1 884	1 873	1 836	1 936	1 952	1 926	0.4
Տեղ. թերապևտ	973	956	938	917	915	872	821	768	754	723	0.2
Տեղ. մանկաբույժ	872	850	824	813	780	700	651	589	550	518	0.1
Ընտ.բժիշկներ	50	69	115	127	165	282	354	573	648	685	0.2
Բուժքույրեր	5 914	5 729	5 667	5 889	5 958	5 988	6 122	6 006	6 023	5 984	1.4
Մանկաբարձ	595	566	531	535	544	547	552	543	536	525	0.1

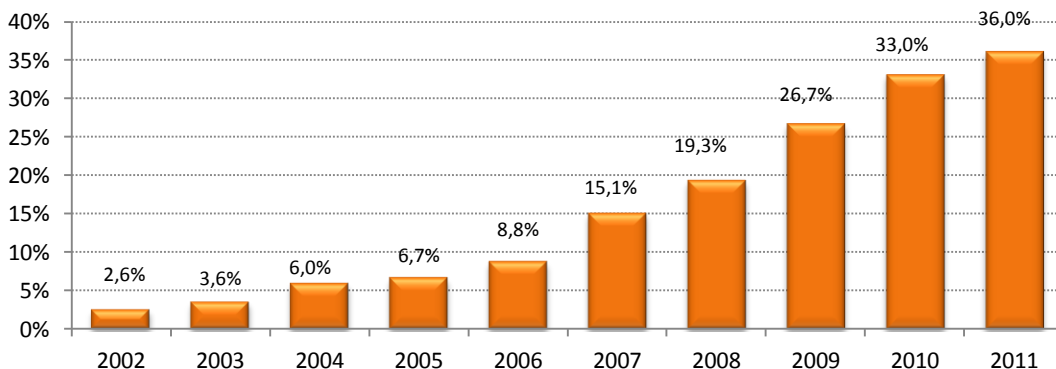
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

2011 թվականին՝ 2002 թվականի համեմատ ԱԱՊ օղակում գործող բժիշկների քանակն աճել է 1.1 անգամ: Ընդ որում, առավել նշանակալից է ընտանեկան բժիշկների աճը՝ 1.5 անգամ և տեղամասային թերապևտների, տեղամասային մանկաբույժների կրճատումը, որը փոխկապակցված է ընտանեկան բժիշկների պատրաստման գործընթացի հետ:

**Գործող ընտանեկան բժիշկները և վերապատրաստման ընթացք**

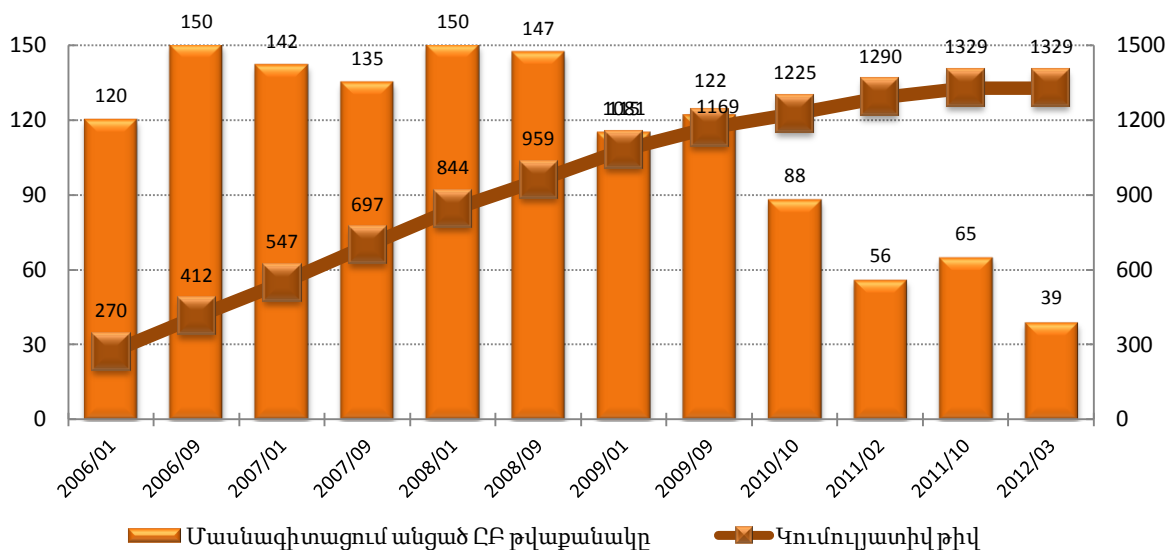
Համաձայն ՀՀ բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2003-2008 թթ. ռազմավարության՝ հանրապետությունում ընտանեկան բժիշկների անհրաժեշտ քանակը գնահատված է 1500-2000, հաշվի առնելով, որ մեկ ընտանեկան բժշկի կողմից սպասարկվող բնակչության օպտիմալ քանակը կազմում է 1500-2000 հիվանդ: Թեպետ վերջին հինգ տարվա ընթացքում ընտանեկան բժիշկների քանակն աճել է և մասնագիտացում ընթանում է բավականին արագ (2010/2011թ-ին ընտանեկան բժիշկների գումարային քանակը կազմել է 1329), սակայն, 2011 թվականին ընտանեկան բժշկության պրակտիկա ունեցող գործող բժիշկների քանակը հավասար էր 685-ի, ինչը զգալիորեն փոքր է նպատակային ցուցանիշից: 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 2008 թթ.) և այժմ կազմում է 36% (Գծապատկեր 21):

**Գծապատկեր 21. Ընտանեկան բժիշկների տոկոսը՝ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների թվից, 2002-2011 թթ.**

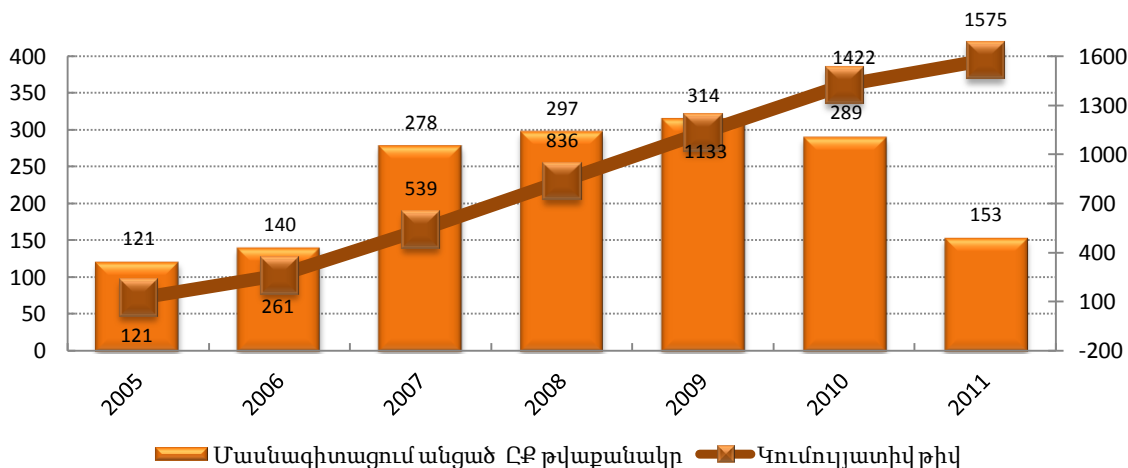


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 22. Մասնագիտացում անցած ընտանեկան բժիշկների քանակը՝ ըստ ժամանակահատվածի և գումարի, 2006-2012 թթ (փաստացի և կանխատեսվող)**



**Գծապատկեր 23. Մասնագիտացում անցած ընտանեկան բուժքույրերի քանակը՝ ըստ ժամանակահատվածի և գումարի, 2005-2011 թթ (փաստացի և կանխատեսվող)**



Աղբյուր. ՀՀ ԱՕԻԳ, 2012

### Մասնագիտական համատեղություն (ներքին և արտաքին)

Մասնագիտական համատեղության հիմնախնդիրը դիտարկելիս ուսումնասիրվել են և ներքին, և արտաքին համատեղությամբ աշխատելու փաստը (ՀՀ կադրային ներուժի համատեղությամբ աշխատելու և հոսունության հարցերը դիտարկվել են 2012 թ. իրականացված հետազոտության շրջանակում: Հետազոտությանը մասնակցել են Երևանի և 10 մարզային պետական բժշկական հաստատություններում գործող բուժաշխատողները):

ՀՀ բժիշկների 21.6%-ը նշել են համատեղությամբ աշխատելու մասին (Աղյուսակ 16):

- Ընդ որում, 46.3%-ը նշել են ներքին, այսինքն՝ նույն բուժհաստատություններում մասնագիտական համատեղությամբ աշխատելու մասին,



- 53.7%-ը՝ արտաքին, այսինքն այլ բժշկական հաստատությունում համատեղությամբ աշխատելու մասին:

Ներքին համատեղություն.

- Մարզային բուժհաստատությունների բժիշկների մոտ 50%-ը զբաղեցնում են միաժամանակ բուժհաստատության կառավարչի (ամբուլատորիայի տնօրենի) և ընտանեկան բժշկի պաշտոնները:
- Ներքին համատեղությամբ աշխատելու ամենացածր տեսակարար կշիռը (%-ն ընդհանուր համատեղությամբ աշխատելու թվաքանակից) 35.2%-ը գրանցվել է Շիրակի, ամենաբարձրը՝ 80.7%-ը՝ Տավուշի բուժհաստատություններում:

Արտաքին համատեղություն.

- Արտաքին համատեղությամբ աշխատելու ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Շիրակում, իսկ ամենացածրը՝ Տավուշում:

**Աղյուսակ 16. Մասնագիտական համատեղություն (արտաքին և ներքին)**

	Եր.	Արագ.	Արար.	Արմ.	Գեղ.	Լոռի	Կոտ.	Շիր.	Սյուն.	Վ. Ձոր	Տավ.	Ընդ.
Ներքին համատեղ.	233	46	53	25	16	47	64	58	23	13	35	613
Արտաքին համատեղ.	370	11	13	24	19	68	50	107	24	9	5	700
Ընդամենը	603	57	66	49	35	115	114	165	47	22	40	1313
Ներքին համատեղ.% ընդհանուր համատեղ. թվաքանակից	38.6	80.7	80.3	51.0	45.7	40.9	56.1	35.2	48.9	59.1	87.5	46.3
Արտաքին համատեղ.% ընդհանուր համատեղ. թվաքանակից	61.4	19.3	19.7	49.0	54.3	59.1	43.9	64.8	51.1	40.9	12.5	53.7
Ընդամենը, % բժիշկների ընդհանուր թվաքանակից	20.3	27.0	16.2	13.4	12.0	27.1	30.1	33.1	19.3	24.2	21.4	21.6

**Կադրերի հոսունության ընդհանուր միտումներ**

Կադրային ներուժի հոսունության միտումները դիտարկելիս ուսումնասիրվել են հետևյալ հարցերը՝ «Նախավերջին աշխատավայրը» և «Աշխատանքի փոփոխման պատճառը», որտեղ նշվել են աշխատավայրի փոփոխման պատճառները:

Հոսունության պատճառները դիտարկելիս ուսումնասիրվել են և վանող, և ձգող պատճառները:

- Հարցմանը մասնակցած բժիշկների 53.8%-ը (3264) նշել է նախավերջին աշխատավայրը և փոփոխման պատճառը:

Աղյուսակ 17-ում ներկայացված տվյալներն ակնհայտորեն փաստում են, որ աշխատավայրի փոփոխման երեք առանցքային պատճառներից են՝ ընտանեկանը, բուժհաստատությունների օպտիմալացումը, մասնագիտական առաջադիմությունը: Ընդ որում, բավականին տարօրինակ է, որ ֆինանսական պատճառով աշխատավայրի փոփոխման տեսակարար կշիռը կազմել է 4%:

Շիրակի մարզի բժիշկների 22.7%-ը նշել են «Մասնագիտական առաջադիմության» ձգող պատճառը, որն ակնհայտորեն ցույց է տալիս, որ մարզային բուժհաստատություններում ստեղծվում են բարենպաստ պայմաններ աշխատանքային կարիերայի առաջադիմության համար:

**Աղյուսակ 17. Կադրային ներուժի հոսունության առանցքային պատճառները**

Պատճառ	Եր.	Արագ.	Արար.	Արմ.	Գեղ.	Լոռի	Կոտ.	Շիր.	Սյուն.	Վ. Ձոր	Տավ.	Ընդ.
Ընտանեկան	40	43	44	9	61	55	52	25	11	13	453	806
%	47.1	19.7	32.6	15.5	23.5	24.9	19.0	18.7	23.9	8.1	27.1	24.7
Աշխարհագրական	8	37	24	3	14	21	30	13	7	7	202	366
%	9.4	17.0	17.8	5.2	5.4	9.5	11.0	9.7	15.2	4.4	12.1	11.2
Ֆինանսական	6	17	13		7	17	10	3	1		56	130
%	7.1	7.8	9.6	0.0	2.7	7.7	3.7	2.2	2.2	0.0	3.3	4.0
Մասնագիտ. Անհամապատասխ.	0	5	3	2	12	4	5	3	2		39	75
%	0.0	2.3	2.2	3.4	4.6	1.8	1.8	2.2	4.3	0.0	2.3	2.3
Մասնագիտական առաջադիմություն	16	35	28	20	45	36	62	27	11	2	361	643
%	18.8	16.1	20.7	34.5	17.3	16.3	22.7	20.1	23.9	1.3	21.6	19.7
Բուժհաստատ. անբար. պայմաններ	5	3	1	1	5	4	2			2	47	70
%	5.9	1.4	0.7	1.7	1.9	1.8	0.7	0.0	0.0	1.3	2.8	2.1
Օպտիմալացում, բուժհաստատության վերակազմավորում	7	38	12	19	73	70	97	56	9	132	284	797
%	8.2	17.4	8.8	32.7	28.1	31.7	35.5	41.7	19.5	82.6	17	24.4
Բախում աշխատավայրում	0	1		1	4		2		1	1	4	14
%	0.0	0.5	0.0	1.7	1.5	0.0	0.7	0.0	2.2	0.6	0.2	0.4
Այլ	3	39	10	3	33	11	13	7	4	3	207	333
%	3.5	17.9	7.4	5.2	12.7	5.0	4.8	5.2	8.7	1.9	12.4	10.2
Ընդամենը, բացար. թվաքանակ	85	218	135	58	260	221	273	134	46	160	1674	3264
% ընդամենը	40.3	53.6	37.0	19.9	61.2	58.3	54.8	55.1	50.5	85.6	56.4	54.0

**Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր**

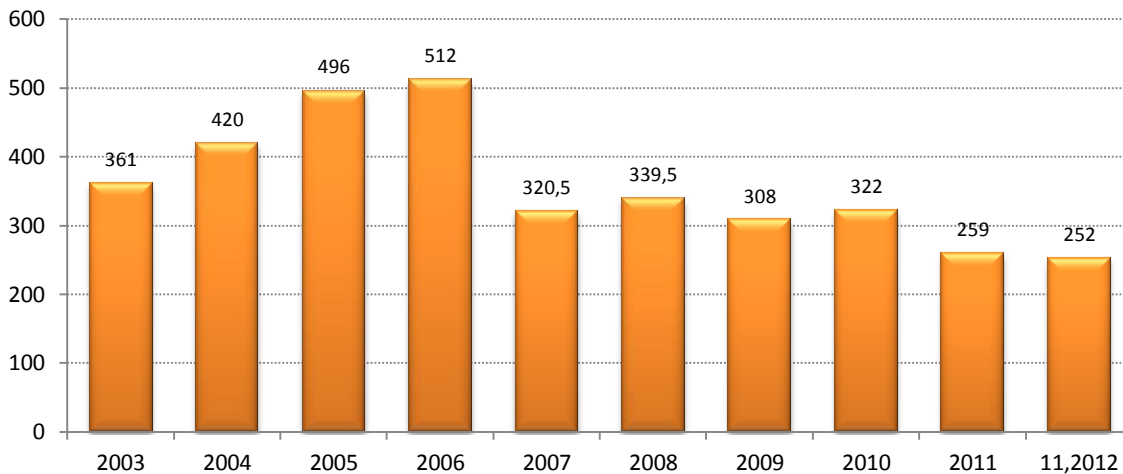
Հայաստանում բժիշկների ավելցուկի պայմաններում և նրանց թվաքանակի աճի հետ աճում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը:

2003-2011 թվականների բժիշկների թափուր աշխատատեղերի շարժընթացը կարելի է բաժանել երկու փուլի՝ 2003-2006 թթ.՝ աճման և 2007-2011 թթ.՝ անկման (Գծապատկեր 24):

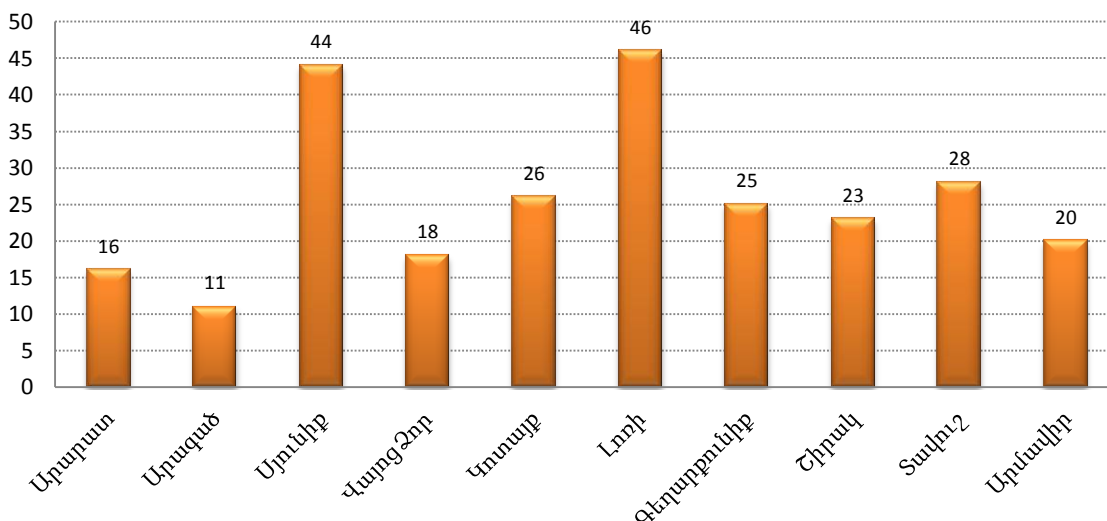
2003-2006 թվականներին տարբեր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերի բացարձակ արժեքն աճել է 40%-ով (361-ից 511-ը):

2007-2011 թվականներին թափուր աշխատատեղերի արժեքն, ընդհակառակը, նվազել է 20% -ով:

Գծապատկեր 24. Բժիշկների թափուր աշխատատեղեր, 2003-2012 թթ.



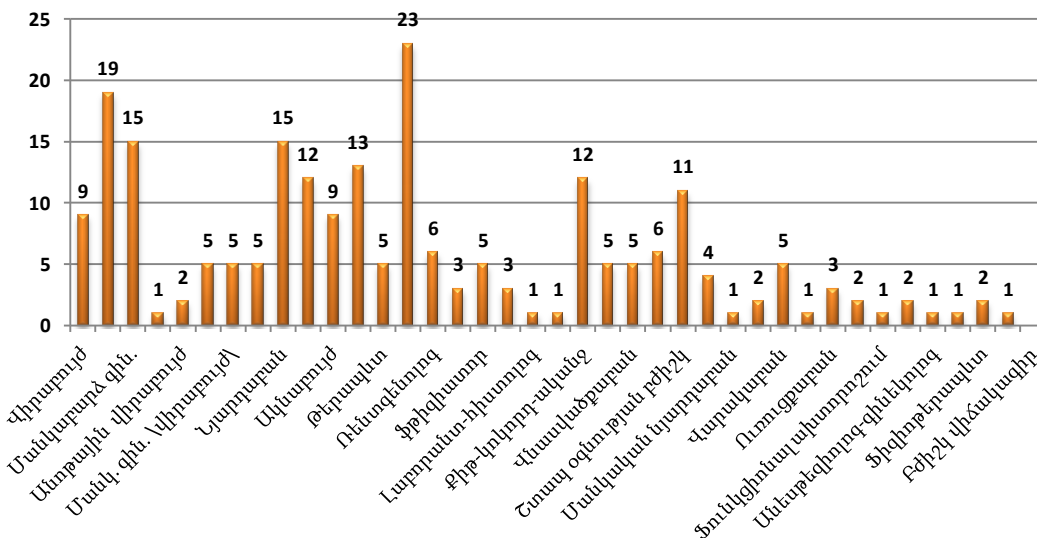
Գծապատկեր 25. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2012 թ.



Սղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ, 2012

Հատկապես մեծաքանակ են բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերը հեռավոր մարզերում՝ Լոռիում (46), Սյունիքում (44), Տավուշում (28), Գեղարքունիքում (25) (Գծապատկեր 25): Ընդ որում, ըստ մասնագիտությունների առավել մեծաքանակ է վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների պահանջարկը՝ անեսթեզիոլոգներ, մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, շտապ օգնության բժիշկներ, պաթանատոմներ (Գծապատկեր 26):

Գծապատկեր 26. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների



Աղբյուր. ՀՀ ԱՆ, 2012

- Ներկայում դեռևս չկան լիարժեք մշակված և հաստատված մեխանիզմներ բուժաշխատողների՝ հատկապես սահմանամերձ և հեռավոր մարզերում աշխատող բժիշկների խրախուսման, սոցիալական աջակցության և մասնագիտական աճն ուղղված: Նման խրախուսական փաթեթի մշակումը մեծապես կնպաստի մարզերի բժշկական կադրային պահանջարկի բարելավմանը:
- Ներկայում բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներ: Հայաստանը հանդիսանում է այլ երկրների համար կադրային ներուժի պատրաստող:

Շրջանների կադրային պահանջարկի համալրման հիմնական մեխանիզմներից մեկն է նաև շրջանավարտների պարտադիր նշանակման պրակտիկան: Համաշխարհային փորձը ցույց է տալիս, որ աշխարհի ավելի քան 70 երկիր կիրառում է պարտադիր աշխատանքի նշանակելու փորձը:

Անհրաժեշտ է քննարկել պետպատվերի շրջանակում ուսանած կլինիկական օրդինատորներին մարզերում, որոշակի ժամանակով պարտադիր աշխատանքի նշանակելու օրենսդրական հնարավորության հարցը:

### Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ և բացեր

Առողջապահական կադրային ներուժի վերաբերյալ հուսալի և հավաստի տեղեկատվության հավաքագրման և կադրային ներուժի քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ է ստեղծել ՀՀ առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի շտեմարան, որը կընդլայնի կադրային ներուժի պլանավորման հեռանկարը և կսատարի առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի զարգացման ռազմավարության մշակմանը: Մասնավորապես.

- Կադրային ներուժի առկայությունը, բաշխվածությունը, համալրվածությունը և պահանջարկն ըստ մարզերի, քաղաքների և գյուղերի
- Կադրային ներուժի ծանրաբեռնվածությունը, համալրվածությունը

- Կադրային ներուժի հոսունությունը՝ ներքին և արտաքին
- Թափուր աշխատատեղերի պահանջարկը

## ***Առաջարկություններ***

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

Ներկայում մեր հանրապետությունում չկան հաստատված և գործող չափորոշիչներ, որոնցով հնարավոր է հաշվարկել ՀՀ տարածքում անհրաժեշտ առողջապահական կադրերի ներկայիս և հեռանկարային պահանջարկը: Այդ նորմատիվների մշակումը պետք է հանդիսանա կադրային պլանավորման և կադրային զարգացման ռազմավարության հիմնախնդիրը:

Կադրային ներուժի քաղաքականության աշխատանքների համակարգման և բարելավման նպատակով ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Խ. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ»-ում նախատեսվում է կադրային ներուժի շտեմարանի ստեղծում և համապատասխան հետազոտությունների և վերլուծությունների իրականացում:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Վերջին տարիներին ՀՀ արձանագրվել է կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին մասնագիտական կրթական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակի աճ:</p> <p>Ընդ որում, շրջանավարտների պատրաստման գործընթացը բավականին բարձր տեմպերով իրականացվում է ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների կողմից (2011 թ. շրջանավարտների 69% եղել են ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտներ, ըստ մասնագիտությունների՝ 44.4% ստոմատոլոգներ, իսկ 48%՝ բուժական գործով մասնագետներ:</p>	<p>Կադրային ներուժի պատրաստման և արդյունավետ օգտագործման համար անհրաժեշտ է մշակել կադրային ներուժի ընդունելության և պատրաստման քաղաքական հեռանկար՝ հիմնվելով ժողովրդագրական և առողջապահական ցուցանիշների և մարզային բուժհաստատությունների պահանջարկի վրա:</p> <p>Կադրային ներուժի պատրաստման գործընթացն անհրաժեշտ է իրականացնել համաձայն միջազգային ուսումնական և կրթական չափանիշների: Անհրաժեշտ է վերանայել ուսումնական կրթական ծրագրերը:</p>
<p>Բժիշկների շարունակական մասնագիտական զարգացման տեմպերը գերազանցում են բուժքույրերի կատարելագործման մասնագիտական զարգացման աճողական տոկոսին գրեթե 10%-ով:</p> <p>Կադրային ներուժի՝ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստումը հետդիպլոմային կրթության փուլում իրականացվում է ՀՀ բարձրագույն բժշկական և դեղագիտական և ՀՀ միջնակարգ բժշկական և դեղագործական մասնագիտությունների անվանացանկի համաձայն: Սույն փաստաթուղթը հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից 11.03.1996 թ. և դեռևս համահունչ չեն կրթական համակարգի բարեփոխումների և միջազգային պահանջներին:</p> <p>2001 թ. ՀՀ կասեցվել է առողջապահական համակարգում անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող մասնագետների լիցենզավորումը:</p> <p>Հայաստանում բուժանձնակազմի շարունա-</p>	<p>Համակարգի մասնագետների որակավորման բարձրացման համար անհրաժեշտ է՝ վերանայել շարունակական մասնագիտացման ուսումնական ծրագրերը, հեռավոր մարզերի մասնագետների վերապատրաստման դասընթացները կազմակերպել տեղում:</p> <p>Հետդիպլոմային բժշկական կրեդիտային համակարգի ներդրում:</p> <p>Բժշկական միջնակարգ մասնագետների մասնագիտական պաշտոնների նկարագրերի սահմանում:</p> <p>Բուժաշխատողների գործունեության թույլտվության համակարգի՝ լիցենզավորման ներդրում:</p>

կական զարգացման կրթությունը բնութագրվում է մոնոտոն ամենամյա աճով և այն մեծամասնությամբ կրում է ֆորմալ բնույթ:

Ներկայում համակարգում բացակայում են ուսումնական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման և մասնագիտացման խրախուսման մեխանիզմները:

Վերջին տարիների տվյալները փաստում են՝ բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը բնութագրվում է ամենամյա նվազեցմամբ: Ընդ որում, բժիշկների թվի ավելացման դեպքում բուժքույրերի թվաքանակը մնացել է անփոփոխ: Սակայն, համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանության՝ պահանջվում է բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ, որը վերջին տարիներին նվազում է:

Բնակչության նկատմամբ բժիշկների հարաբերական քանակը Հայաստանի մարզերում տատանվում է բավական մեծ միջակայքում: Թեպետ Հայաստանում բժիշկների ընդհանուր հարաբերական քանակը մոտ է մյուս երկրների արժեքներին, սակայն մարզերում այն բավական փոքր է: Երևանի և մարզերի բուժհաստատությունների միջև առկա է կադրային ներուժի բաշխվածության անհավասարակշռություն: Երևանի բուժհաստատությունները ոչ միայն հագեցված են մասնագետներով, այլ կարելի է ասել գերհագեցված են:

Մեծաքանակ են բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերը հեռավոր մարզերում: Ներկայում համակարգում չկան մշակված և հաստատված մեխանիզմներ բուժաշխատողների՝ հատկապես սահմանամերձ և հեռավոր մարզերում աշխատող բժիշկների խրախուսման, սոցիալական աջակցության և աշխատանքի մոտիվացիայի բարձրացմանն ուղղված: Բավականին մեծ է կադրային ներուժի արտագաղթը Ռուսաստանի Դաշնություն և

Կադրային ներուժի ռազմավարության մշակում, որը հնարավորություն կընձեռի մասնագետների պլանավորման և արդյունավետ օգտագործման համակարգի զարգացմանը:

Պետպատվերի շրջանակում ուսուցում անցած կլինիկական օրդինատուրայի շրջանավարտների պարտադիր նշանակում, որը կնպաստի շրջանների կադրային պահանջարկի համալրմանը:

---

Եվրոպական տա-րածաշրջանի երկրներ:  
Հայաստանը հանդիսանում է այլ երկրների  
համար կադրային ներուժի պատրաստող:

---

Ներկայում գործող կադրային ներուժի  
վերաբերյալ տեղեկատվական համակարգը  
թերի է և սահմանափակում է վերլուծական և  
հեռանկարային հնարավորությունները:

Կադրային ներուժի վերաբերյալ ՀՀ բուժ-  
հաստատությունների և ուսումնական  
կրթական և այլ հաստատությունների կողմից  
ներկայացվում են ընդհանրացված տեղեկատ-  
վություն, որը սահմանափակում է  
վերլուծական կարողությունները: Ընդ որում,  
մասնագետների մեծամասնությունն աշխա-  
տում է համատեղությամբ, այդ փաստը  
հնարավոր չէ վերլուծել ըստ ներկայացվող  
հաշվետվական տարեկան ձևերի: Շատ  
դեպքերում տեղի է ունենում տվյալների  
կրկնօրինակում, որն արհեստականորեն  
ուռճեցնում է մասնագետների թվաքանակը:

---

Առողջապահական կադրային ներուժի  
վերաբերյալ հուսալի և հավաստի  
տեղեկատվության հավաքագրման և  
կադրային ներուժի քաղաքականության  
համակարգման համար ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս  
Ս. Խ. Ավդալբեկյանի անվան առողջապա-  
հության ազգային ինստիտուտ»-ում ՀՀ  
առողջապահական համակարգի կադրային  
ներուժի շտեմարանի ստեղծում, որը  
կընդլայնի կադրային ներուժի վերլուծության  
և պլանավորման հնարավորությունները և  
կսատարի առողջապահական համակարգի  
կադրային ներուժի զարգացման ռազմավա-  
րության մշակմանը:



## 2. ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐԱՑԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեությունը գնահատող այս երկրորդ՝ առողջապահության համակարգի ֆինանսավորմանը վերաբերող հատվածը ներառում է 2009թ-ին հրապարակված փաստաթղթի վերջին ժամանակահատվածի և դրանից հետո առողջապահության ֆինանսավորման բնագավառում տեղ գտած զարգացումները:

Փաստաթղթի այս գլուխը կենտրոնանում է 2006-2011 թթ.<sup>2</sup> առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ծավալների վրա, դրանք համեմատում՝ ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված տարբեր ռազմավարական փաստաթղթերում տեղ գտած ծրագրային ցուցանիշների մեծության հետ, բացահայտում ծրագրային և փաստացի ցուցանիշների տարբերությունների մեծությունները և պատճառները և ներկայացնում առաջարկություններ, որոնք թույլ կտան խուսափել նախկինում թույլ տված բացթողումները և բարելավել առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման հետ կապված իրավիճակը: Բացի այդ, փաստաթղթի այս մասում ՀՀ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ցուցանիշները համեմատվել են նախորդ տարիների հետ, իսկ նախորդ տասնամյակում առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ցուցանիշները համեմատվել են մի շարք այլ երկրների համանման ցուցանիշների հետ: Վերը նշված բոլոր խնդիրները դիտարկվել են արդարացիության և ֆինանսական պաշտպանվածության տեսակետից:

### ***Ֆիսկալային համատեքստը և առողջապահության գերակայություն***

Իր կողմից հաստատված բոլոր ռազմավարական փաստաթղթերում ՀՀ կառավարությունը մշտապես շեշտել է, որ առողջապահության ոլորտը ՀՀ պետական քաղաքականության գերակա ուղղություններից է: Անցած ժամանակաշրջանում ՀՀ կառավարության գործունեության հիմնական ռազմավարական փաստաթուղթը եղել է Կայուն Զարգացման Ծրագիրը (այսուհետ՝ ԿԶԾ), որը Աղքատության Կրճատման Ռազմավարական Ծրագրի (այսուհետ՝ ԱԿՌԾ) վերանայված տարբերակն է: ՀՀ կառավարության կարծիքով անհրաժեշտություն էր առաջացել մշակել նոր ծրագիր, քանի որ սպասվում էր, որ «միջնաժամկետ և երկարաժամկետ հեռանկարում ԱԿՌԾ նպատակադրումները և հիմնական ցուցանիշների արժեքները նկատելիորեն կգերազանցվեն, ինչը կտրուկ իջեցնում է ԱԿՌԾ-ի իրատեսության աստիճանը ...»<sup>3</sup>:

ԿԶԾ համաձայն «Ծրագրային ամբողջ ժամանակահատվածում առողջապահությունը լինելու է պետական ծախսային քաղաքականության գերակա ուղղություններից մեկը»<sup>4</sup>: Փաստաթղթում նշվում է, որ տնային տնտեսությունների հետազոտությունների արդյունքները բացահայտում են առողջապահական ծառայությունների սպառման նշանակալի տարբերություններ տարբեր

<sup>2</sup> Փաստաթղթի պատրաստման պահին 2012թ ցուցանիշները դեռևս ամփոփված չէին: Այդ իսկ պատճառով 2012թ համար մի շարք դեպքերում վերլուծվել են ծրագրային ցուցանիշները:

<sup>3</sup> ՀՀ կառավարություն 2008, էջ 240, §611

<sup>4</sup> ԿԶԾ, էջ 240, §611

կենսամակարդակ ունեցող բնակչության խմբերի կողմից: ԿԶԾ նաև արձանագրել է, որ առողջապահության ոլորտին պետական հատկացումների մակարդակը ցածր է, և եզրակացրել է, որ նման իրավիճակի հարատևությունը վտանգավոր է և կարող է խոչընդոտել երկրի բնակչության բարեկեցության լավացմանը, երկրի մարդկային ներուժի և սոցիալ-տնտեսական զարգացման հնարավորությունները:

Սակայն, ԿԶԾ-ի հաստատման տարում և հետագա տարիներին առողջապահական ծախսերի մեծությունը՝ որպես ՀՆԱ-ի տոկոս և որպես ընդամենը ծախսերի մաս, էականորեն չի ավելացել, իսկ որոշ տարիներին նվազել է: 2009թ-ին ՀՀ տնտեսությունը 14.1 տոկոսով անկում ապրեց: Սակայն, արդեն դրան նախորդող տարում, 2008թ-ին, երբ ՀՀ տնտեսությունն աճել է 6.9 տոկոսով, պետական առողջապահական ծախսերը որպես ՀՆԱ տոկոս և որպես պետական բյուջեի ծախսերի տոկոս, նվազել են 2007թ ցուցանիշների համեմատ, համապատասխանաբար 1.49 և 7.38 տոկոսից հասնելով 1.40 և 6.17 տոկոսի (Գծապատկեր 27):

Առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը պետական բյուջեում շարունակել է անկում ապրել նաև ճգնաժամային 2009թ-ին (6.%) և հետճգնաժամային 2010թ-ին (5.88%), իսկ աճ առաջին անգամ արձանագրվել է 2011թ-ին (6.42%): Որպես ՀՆԱ տոկոս պետական առողջապահական ծախսերն աճել են 2009թ-ին, հասնելով ՀՆԱ 1.79 տոկոսի, սակայն, դա կարելի է բացատրել այդ տարում ՀՆԱ-ի կտրուկ անկմամբ: 2010թ-ին առողջապահական ծախսերը որպես ՀՆԱ տոկոս շարունակել են նվազել (1.60%) և աճել են միայն 2011թ-ին (1.68%): Հաշվի առնելով 2012 թ. և 2013 թ. համար անվանական ՀՆԱ-ի կանխատեսումները, ինչպես նաև ծրագրված առողջապահական և ընդամենը ծախսերը, կարելի է ենթադրել, որ առաջիկա տարիներին առողջապահական ծախսերը, որպես ՀՆԱ և բյուջեի ընդամենը ծախսերի տոկոս, կնվազեն:

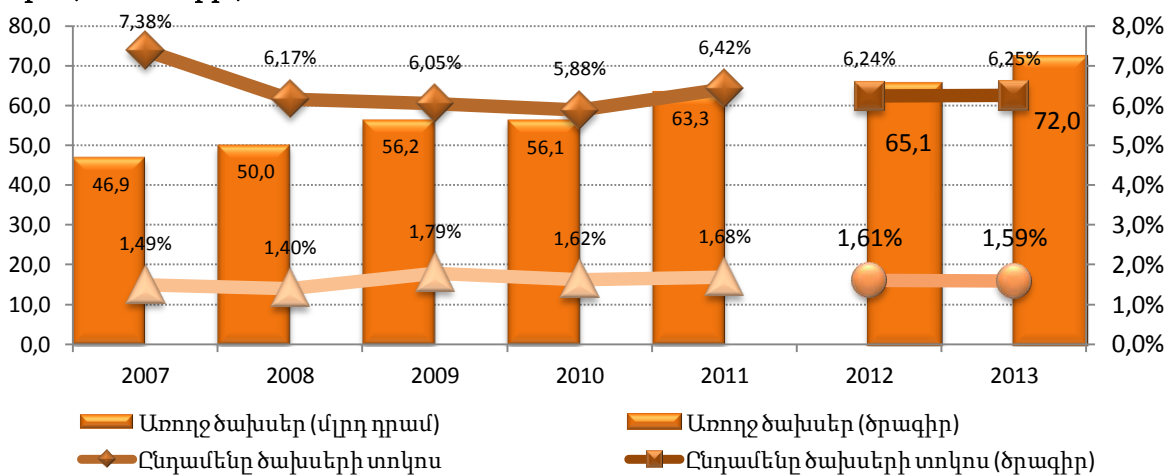
Հատկանշական է, որ չնայած ՀՀ կառավարությունը շարունակաբար ավելացնում է առողջապահության ոլորտին կատարվող հատկացումները, սակայն, վերջին տարիներին հաստատված միջնաժամկետ ծախսային ծրագրերը (այսուհետ՝ ՄԺԾԾ) վկայում են, որ ՀՀ կառավարությունը մշտապես ծրագրում է կրճատել պետական բյուջեում առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը և որպես ՀՆԱ տոկոս առողջապահական ծախսերը: Այսպես, իր 2012թ հունիսի 14-ի N740-Ն որոշումով հաստատված 2013-2015թթ-ի ՄԺԾԾ-ի համաձայն ՀՀ կառավարությունը նախատեսում է նվազեցնել ինչպես պետական բյուջեներում առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը (2014թ-ին 5.61%, 2015թ-ին 5.33%), այնպես էլ նվազեցնել որպես ՀՆԱ տոկոս առողջապահական ծախսերը (2013թ-ին 1.52%, 2014թ-ին 1.38%, 2015թ-ին 1.31%):

Աղյուսակ 18. Առողջապահության ոլորտին կատարվող ֆինանսական հատկացումների ծավալները տարբեր ռազմավարական ծրագրերում և փաստացի բացարձակ ծավալները, ինչպես նաև հարաբերական մեծությունները որպես ՀՆԱ տոկոս և որպես պետական բյուջեի ընդամենը ծախսերի մաս

(միլիարդ դրամ)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	2021
Կայուն զարգացման ծրագիր		54.6	66.1	81.2	103.3	126.4			193.8	296.6	459.0
ԿԶԾ, որպես ՀՆԱ %		1.5	1.6	1.7	2.0	2.2			2.5	2.9	3.5
<b>ՄԺԾՄ 2011-2013</b>					58.6	57.3	56.0				
ՄԺԾՄ 2011-2013 (ՀՆԱ %)					1.64	1.50	1.36				
ՄԺԾՄ 2011-2013(ծախսերի %)					5.81	5.47	4.96				
<b>ՄԺԾՄ 2012-2014</b>						68.7	59.5	60.5			
ՄԺԾՄ 2012-2014 (ՀՆԱ %)						1.63	1.30	1.22			
ՄԺԾՄ 2012-2014 (ծախսերի %)						6.70	5.47	5.06			
<b>ՄԺԾՄ 2013-2015</b>							68.9	67.2	68.6		
ՄԺԾՄ 2013-2015 (ՀՆԱ %)							1.52	1.38	1.31		
ՄԺԾՄ 2013-2015(ծախսերի %)							6.14	5.61	5.33		
<b>Պետական բյուջեների ընդամենը և առողջապահական ծախսերը (միլիարդ դրամ)</b>											
	<b>փաստ</b>					<b>ծրագիր</b>					
Ընդամենը ծախսեր	634.7	810.6	929.1	954.3	986.6	1044.2	1151.3				
Առողջապահական ծախսեր	46.9	50.0	56.2	56.2	63.3	65.1	71.9				
Այդ թվում կայիտալ ծախսեր	4.9	4.4	5.1	4.3	3.4						
<b>Առողջապահական ծախսերը որպես ՀՆԱ և պետական բյուջեի ընդամենը ծախսերի տոկոս</b>											
ՀՆԱ նկատմամբ տոկոս	1.49	1.40	1.79	1.62	1.68	1.61	1.59				
Ընդամենը ծախսերի տոկոս	7.39	6.17	6.05	5.88	6.42	6.24	6.25				
ՀՆԱ (միլիարդ դրամ)	3 149.3	3 568.2	3 141.7	3 460.2	3 776.4	4 050.0	4 537.0				

Աղբյուր՝ ՀՀ կառավարության կայուն զարգացման ծրագիր, տարբեր տարիների միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրեր, տարբեր տարիների պետական բյուջեների կատարման վերաբերյալ հաշվետվություններ, 2012թ և 2013թ ՀՆԱ կանխատեսումները ՀՀ ֆինանսների նախարարի 2012թ դեկտեմբերի 24-ի հարցազրույցից:

Գծապատկեր 27. Առողջապահական ծախսերը որպես համախառն պետական բյուջեի ծախսերի և որպես ՀՆԱ տոկոս (2007-2013թթ<sup>5</sup>)



Աղբյուր՝ ՀՀ ֆինանսների նախարարություն

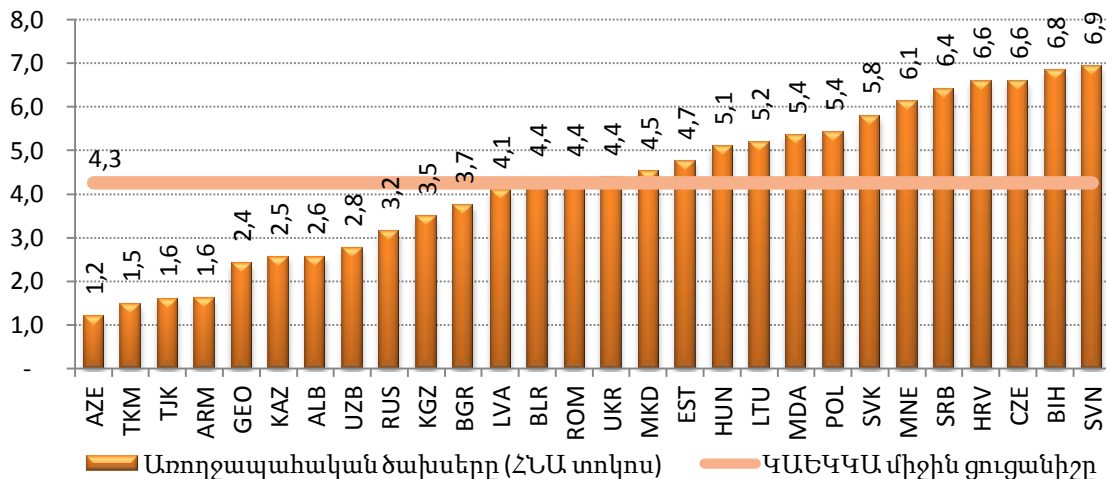
Պետության կողմից առողջապահության ֆինանսավորման մեծությունը կարելի է գնահատել համադրելով որոշակի խումբ երկրների համանման ցուցանիշները: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ԱՀԿ վերլուծաբաններն ու փորձագետները Հայաստանի փորձը դիտարկում են

<sup>5</sup> Սույն փաստաթուղթը պատրաստելիս (2012թ դեկտեմբերին) 2012թ արդյունքները դեռևս հայտնի չէին: Այդ իսկ պատճառով որպես ծրագիր դիտարկվել են պետական բյուջեի մասին օրենքում ամրագրված թվերը:

նախկին սոցիալիստական ճամբարի երկրների լույսի ներքո, մենք նույնպես հետևում ենք այդ օրինակին:

ՀՀ պետական առողջապահական ծախսերը, որպես ՀՆԱ տոկոս, 2,7 անգամ զիջում են, Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի, Կովկասի և Կենտրոնական Ասիայի (ԿԱԵԿԿԱ) 28 երկրների միջին ցուցանիշը (Գծապատկեր 28), 4.3 անգամ ավելի պակաս են քան Սլովենիայի և Բոսնիայի ու Հերցեգովինայի և 3.3 անգամ պակաս են քան Մոլդովայի պետական առողջապահական ծախսերը:

Գծապատկեր 28. Պետական առողջապահական ծախսերը (ՀՆԱ տոկոս, 2010 թ.)



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ և ՀՀ ֆինանսների նախարարություն

Պետական առողջապահական ծախսերի աճը հիմնականում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման ծավալների աճի հաշվին, որոնք համապատասխանաբար 2008թ 19.3 միլիարդ դրամից և 18.6 միլիարդ դրամից 2011թ-ին հասել են 26.9 միլիարդ դրամի և 22.5 միլիարդ դրամի (Աղյուսակ 19):

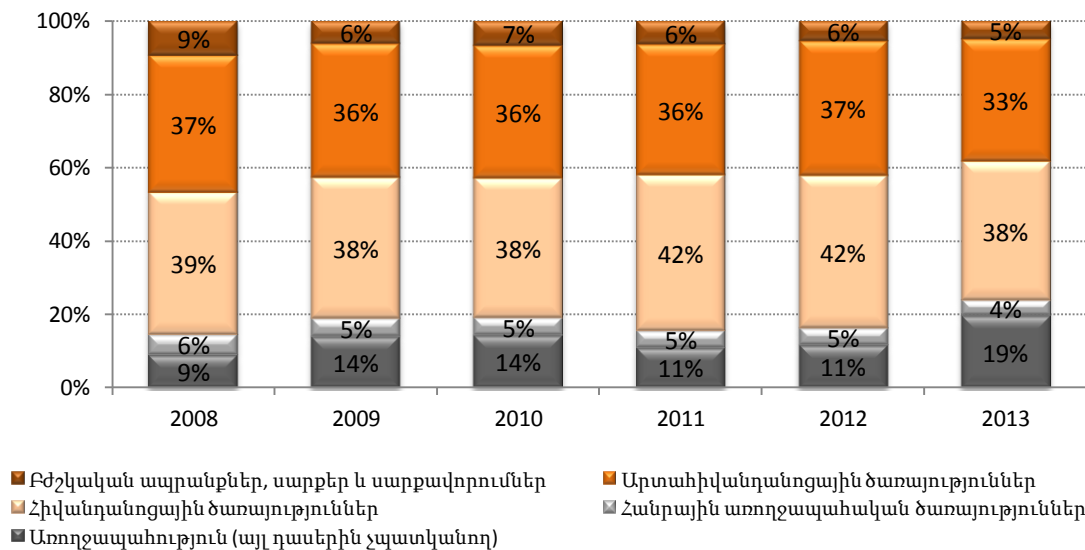
Աղյուսակ 19. Պետական առողջապահական ծախսերը 2008-2013 թթ. (միլիարդ դրամ)

Ծախսի տեսակ	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Բժշկ ապրանք, սարք և սարքավ.	4.7	3.6	3.9	4.1	3.7	3.7
Արտահիվանդանոց. ծառայություն	18.6	20.4	20.2	22.5	23.8	23.9
Հիվանդանոցային ծառայություն	19.3	21.6	21.4	26.9	27.1	27.3
Հանրային առողջապ. ծառայություն	2.8	2.9	2.8	3.0	3.1	3.2
Առողջապահություն (այլ)	4.4	7.7	7.9	6.8	7.5	14.0

Աղբյուր՝ ՀՀ պետական բյուջեների հաշվետվություններ, 2012 թ. և 2013 թ. բյուջեներ (փաստաթուղթը պատրաստելիս 2012 թ. պետական բյուջեի կատարման հաշվետվությունը դեռևս պատրաստ չէր)

Պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում ավելացել են հիվանդանոցային ծառայություններին կատարվող հատկացումները, որոնց տեսակարար կշիռը 2008թ 38.7 տոկոսից 2011թ-ին աճել է մինչև 42.5 տոկոս (Գծապատկեր 29):

**Գծապատկեր 29. Պետական առողջապահական ծախսերում տարբեր խմբերի ծախսերի տեսակարար կշիռները, 2008-2013 թթ .**



Աղբյուր՝ ՀՀ պետական բյուջեների հաշվետվություններ, 2012 թ. և 2013 թ. բյուջեներ (փաստաթուղթը պատրաստելիս 2012թ. պետական բյուջեի կատարման հաշվետվությունը դեռևս պատրաստ չէր)

2012թ. և 2013 թ. պետական բյուջեներով նախատեսվում է հիվանդանոցային ծառայությունների համար ծախսերը նվազեցնել մինչև 41.6, ապա 37.9 տոկոս: Արտահիվանդանոցային ծառայություններին կատարվող հատկացումների տեսակարար կշիռը 2008-2011 թթ. շարունակաբար նվազել է, 2008 թ. 37.3 տոկոսից 2011 թ. հասնելով 35.6 տոկոս: 2013 թ. պետական բյուջեով նախատեսվում է արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորմանն ուղղել պետական առողջապահական ծախսերի 33.2 տոկոսը: Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման տեսակարար կշիռները պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում նվազում են, չնայած որ դրանց բացարձակ մեծություններն աճում են և 2013 թ. նախատեսված է համապատասխանաբար 27.3 միլիարդ և 23.8 միլիարդ դրամ (2011 թ. համապատասխանաբար 26.9 միլիարդ և 22.5 միլիարդ դրամ): Դա տեղի է ունենալու այլ դասերին չպատկանող առողջապահական ծախսերի գրեթե կրկնապատկման հետևանքով:

Առողջապահության վերը նշված դասերին չպատկանող ծախսերն ունեցել են անկայուն միտումներ: Այսպես, 2008 թ. 4.4 միլիարդ դրամից (կամ առողջապահական ծախսերի 8.9 տոկոսից) 2009-2010 թթ. աճել են մինչև 7.7 միլիարդ դրամ և 7.9 միլիարդ դրամ (13.8 տոկոս և 14.1 տոկոս), ապա, 2011թ-ին նվազել են մինչև 6.8 միլիարդ դրամ (10.8 տոկոս): 2012թ այլ դասերին չպատկանող առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման համար նախատեսվել է 7.5 միլիարդ դրամ, իսկ 2013թ-ին 14.0 միլիարդ դրամ (այդ թվում, առողջապահական հարակից ծառայությունների ֆինանսավորման ծավալները նախատեսվում է ավելի քան կրկնապատկել (հիմնականում Համաշխարհային բանկի աջակցությամբ իրականացվող «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման ծրագրի» շրջանակներում իրականացվելիք աշխատանքների ֆինանսավորման հաշվին<sup>6</sup>), 2012թ ծրագրված 6.4 միլիարդ դրամից հասցնելով 12.9 միլիարդ դրամի),

<sup>6</sup> 2013թ բյուջեի հաստատման պահին ծրագիրը գտնվում էր բանակցային/նախապատրաստական փուլում: 2013թ համար նախատեսվում է 6758.7 միլիոն դրամի ֆինանսավորում:

ինչի արդյունքում առողջապահությանը հատկացվող պետական միջոցների կառուցվածքում դրանց տեսակարար կշիռը 2008 թ. 8.9 տոկոսից 2013 թ. նախատեսվում է հասցնել 19.4 տոկոսի:

2008 թ. համեմատ 2011 թ. առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում նվազել են բժշկական ապրանքների, սարքերի և սարքավորումների ֆինանսավորման ծավալները, 2008 թ. 9.5 տոկոսից մինչև 2011 թ. 6.4 տոկոս և հանրային առողջապահական ծառայությունները՝ 5.6 տոկոսից մինչև 4.7 տոկոս: 2012-2013 թթ. պետական բյուջեներով այս խմբերի ֆինանսավորման տեսակարար կշիռները կնվազեն, բժշկական ապրանքների, սարքերի և սարքավորումների դեպքում մինչև 5.7 և 5.1 տոկոս, իսկ հանրային առողջապահական ծառայությունների դեպքում 2013 թ. կկազմեն ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 4.4 տոկոսը:

### ***Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական կառավարման համակարգի բարեփոխումները ԿԱԵԿԿԱ երկրներում՝***

Անցումային տնտեսություններում վերջին 20 տարիներին կատարված բարեփոխումների ուսումնասիրության արդյունքում ԱՀԿ-ն եզրակացրել է, որ ***բարեփոխումների ռազմավարության հետևողական և հաջող ներդրման համար անհրաժեշտ է հստակ սահմանել քաղաքականության նպատակները***: Այդ քաղաքականության նպատակները պետք է սահմանվեն առողջապահության համակարգի խնդիրների խորը ուսումնասիրության հիման վրա և պետք է ընտրվեն քաղաքականության ներդրման համապատասխան գործիքներ, որոնք կոչված են և կարող են օգնել լուծել բացահայտված խնդիրները: Չնայած այն հանգամանքին, որ անցումային տնտեսություններում նպատակները եղել են նույնը, բարեփոխումների ճանապարհը յուրաքանչյուր դեպքում եղել է յուրահատուկ և կախված է եղել նախնական իրավիճակից: Արդյունքում, ԿԱԵԿԿԱ երկրներում բարեփոխումները 2010թ դրությամբ հանգեցրել են տարբեր իրավիճակների:

Առողջապահության ոլորտում կառուցվածքային խնդիրների դեպքում ***անարդյունավետությունն ավելի շատ հարվածում է աղքատներին***: Առողջապահական ծառայություններից օգտվելու կարողության հարցում նպատակը պետք է հանդիսանա այն, որ առողջապահական ծառայություններից և ռեսուրսներից օգտվեն դրա կարիքն ունեցողները, այլ ոչ թե վճարունակ քաղաքացիները:

ԿԱԵԿԿԱ երկրներում առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ցուցանիշները հիմնականում փոխվել են երկու ուղղությամբ: Պետական ծախսերի կառուցվածքում ավելացել են առողջապահության ծախսերը և ավելացել են ընդհանուր առողջապահական ծախսերը (որպես ՀՆԱ տոկոս): Աճի այս վեկտորի ուղղությունը և մեծությունը (Գծապատկեր 30) հիմնականում ապահովվել է բալկանյան, ԵՄ-ին անդամակցած Արևելյան Եվրոպայի և բալթյան երկրների հաշվին:

Նախկին ԽՍՀՄ հանրապետություններից երկու ցուցանիշները աճել են Վրաստանում (2000թ. 6.5 տոկոս և 7.0 տոկոսից 2010 թ. հասցնելով 6.9 և 10.1 տոկոսի), Ուկրաինայում (2000 թ. 8.4 և 5.6 տոկոսից 2010 թ. հասցնելով 9.4 և 7.7 տոկոսի) և Մոլդովայում (2000 թ-ի 9.5 և 6.1 տոկոսից հասցնելով 13.1 և 11.7 տոկոսի):

<sup>7</sup> Այս բաժինը և ԿԱԵԿԿԱ երկրներում առողջապահության ոլորտի ֆինանսական կառավարման համակարգի բարեփոխումների վերաբերյալ տեղեկությունները զգալիորեն հիմնված են Kutzin, Cashin և Jakob-ի ուսումնասիրության վրա: Տվյալները Համաշխարհային բանկի տվյալների բազայից են:

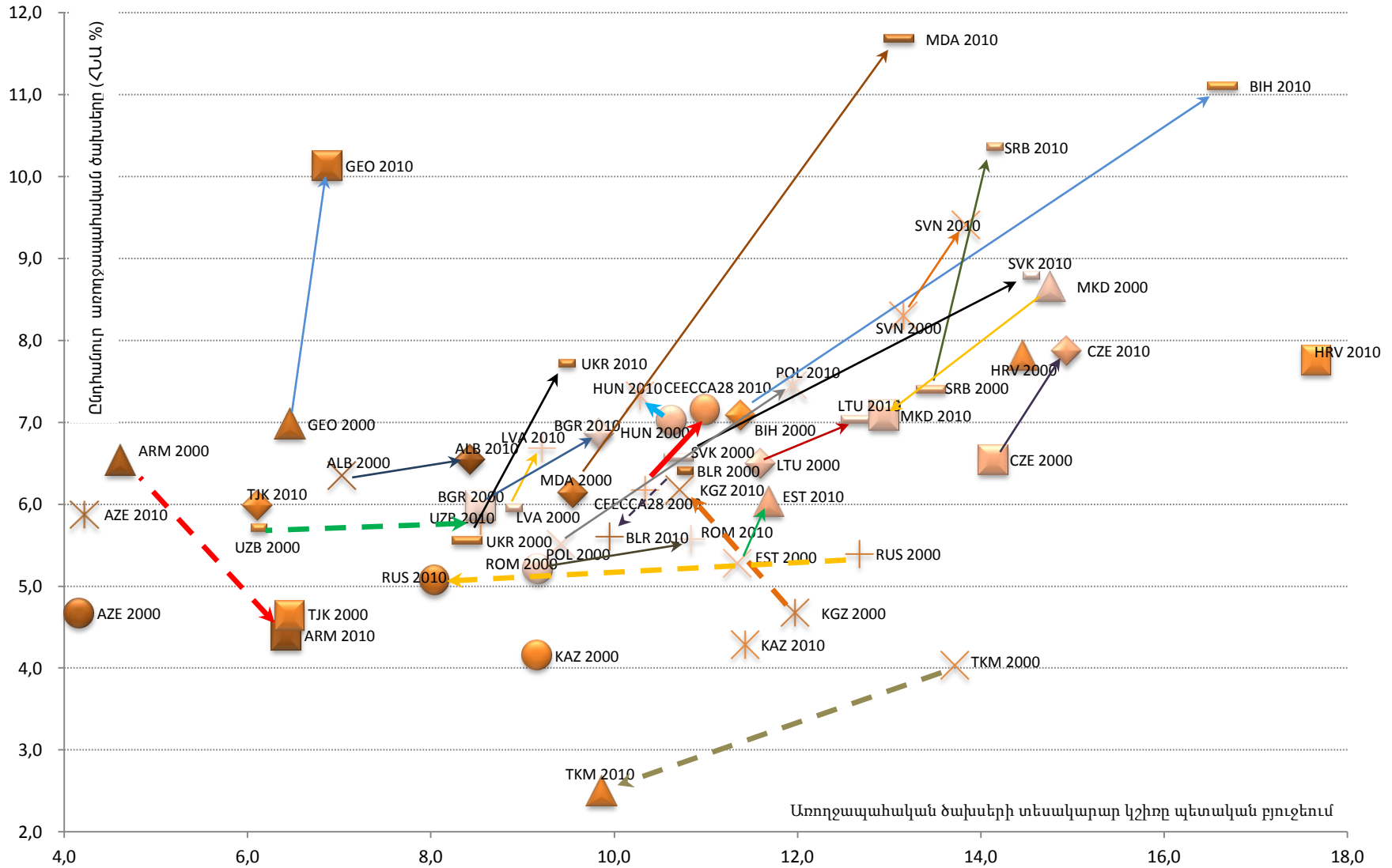
Կարելի է ենթադրել, որ 2000 թ. և 2010 թ. արձանագրված ցուցանիշները սոսկ ժամանակի կոնկրետ երկու պահերին իրավիճակի արտացոլումն են: Սակայն, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որը ժամանակի այդ երկու պահերը միմյանց բաժանում է մի ամբողջ տասնայմակ, որի ընթացքում ուսումնասիրության մեջ ներառված բոլոր երկրներում իրականացվել են առողջապահական բարեփոխումներ, պետք է մտածել, որ այդ բարեփոխումների արդյունքները պետք է արտացոլված լինեն տասնամյակի վերջի ֆինանսական ցուցանիշներում: Որպես ՀՆԱ տոկոս ընդհանուր առողջապահական ծախսերն ավելացել են Հայաստանում, Ղրղզստանում և Հունգարիայում, իսկ Ռուսաստանում, Ուզբեկստանում, Թուրքմենիայում և Բելառուսում ոլորտի ֆինանսական ցուցանիշների վեկտորը շարժվել է հակառակ ուղղությամբ<sup>8</sup>:

2000-2010 թթ. տնտեսական աճի և որպես ՀՆԱ տոկոս պետական առողջապահական ծախսերի ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ԿԱԵԿԿԱ 28 երկրներում տնտեսական բարձր աճը նշանակալից ազդեցություն չի ունեցել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալների մեծության վրա: Գծապատկեր 31-ից պարզ է դառնում, որ տնտեսական աճի բարձր ցուցանիշներ արձանագրած երկրներում, առողջապահական ծախսերի մեծությունը, որպես ՀՆԱ տոկոս, փոքր է եղել:

Այսպես, չնայած Արևելյան ու Կենտրոնական Եվրոպայի երկրներում տնտեսական աճի տեմպերը համեմատաբար ցածր են եղել, սակայն երկրների այդ խմբի իշխանությունները (ներառյալ Մոլդովան և Ուկրաինան), մեծ ծավալներով պետական հատկացումներ են կատարել առողջապահության ֆինանսավորման նպատակով: Տնտեսական աճի բարձր տեմպեր ունեցող երկրների՝ Թուրքմենստանի և Ադրբեջանի պետական առողջապահական ծախսերը շատ փոքր են եղել: Ընդհանրապես, առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման առումով երկրները հստակ բաժանված են աշխարհագրորեն. արևմուտքում գտնվող ԿԱԵԿԿԱ երկրներն ավելի մեծ ծավալով պետական միջոցներ են հատկացնում առողջապահության ֆինանսավորմանը, քան արևելքում գտնվող երկրները:

<sup>8</sup> Այսինքն, կրճատվել է ինչպես պետական բյուջեում առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը, այնպես էլ ընդհանուր առողջապահական ծախսերի ծավալը որպես ՀՆԱ տոկոս:

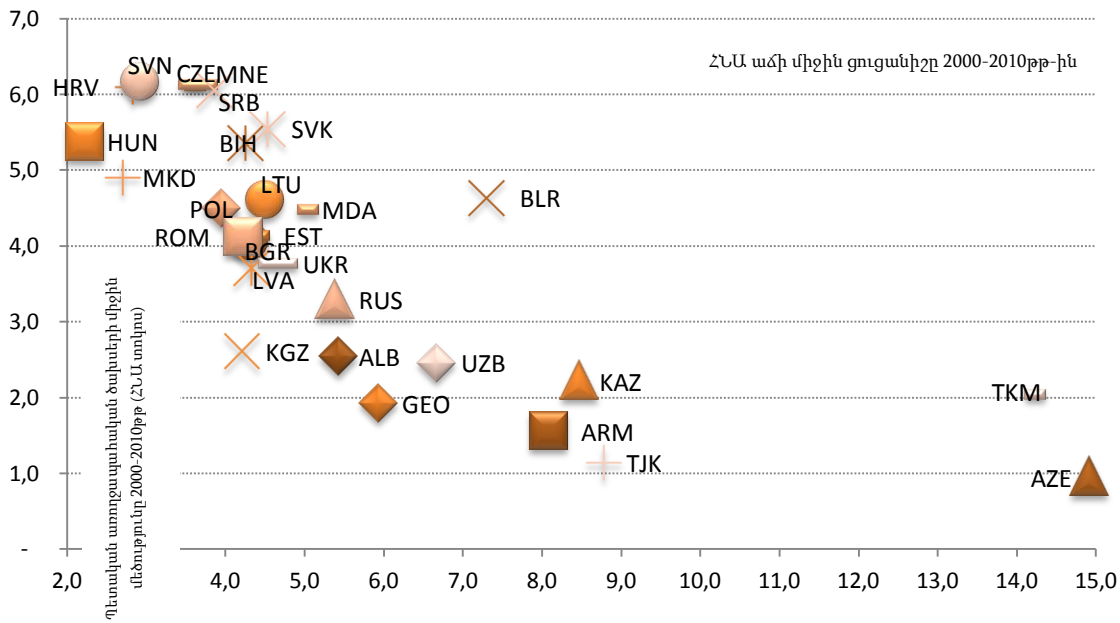
Գծապատկեր 30 . Առողջապահության ֆինանսական ցուցանիշները 2000թ-ին և 2010թ-ին ԿԱԵԿԿԱ երկրներում



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ



**Գծապատկեր 31. Տնտեսական աճի և պետական առողջապահական ծախսերի միջին մեծությունները ԿԱԵԿԿԱ երկրներում 2000-2010 թթ.**



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ

Այն երկրները, ինչպես օրինակ Ղրղզստանը, իսկ հետագայում նաև Մոլդովան, որոնք ունեն թաղաքականության հստակ նպատակներ և հետևողական էին թաղաքականության ներդրման գործիքների ընտրության հարցում, տնտեսական ճգնաժամն օգտագործեցին որպես առողջապահական բարեփոխումների իրականացման առիթ (Kutzin, Cashin և Jakab 2010, էջ 388): Այլ երկրներում, ինչպես օրինակ Հայաստանում և Վրաստանում, 1990-ականներին իրականացված թաղաքականությունն ավելի խորացրեցին առողջապահության ոլորտի խնդիրները, ինչը խիստ բացասական հետևանքներ ունեցավ բնակչության համար, հատկապես արդարության և ֆինանսական ռիսկերից պաշտպանվածության առումով:

ԿԱԵԿԿԱ երկրների մի մեծ խումբ ստեղծել են առողջության ապահովագրության պետական կառույցներ (հիմնադրամներ կամ գործակալություններ), որպեսզի կառավարեն եկամուտների բարեփոխումների շրջանակներում առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման համար հավաքագրված հարկային եկամուտները: Երեք երկիր, այդ թվում Հայաստանը, ստեղծել են առողջապահական ծառայություններ ձեռք բերելու համար պատասխանատու նոր կառույց, սակայն առանց առողջապահության համար հավաքագրվող հատուկ հարկի ներմուծման: Երկրների երրորդ խումբը կազմում են այն երկրները, որոնք առողջապահական ծառայություններ ձեռք բերելու համար պատասխանատու որևէ նոր կառույց չեն ստեղծել:

Աշխատավարձից գանձվող նպատակային հարկերի դրույքաչափերը համեմատաբար բարձր են ԵՄ նոր անդամ և նախկին Հարավսլավիայից անկախացած պետություններում և տատանվում է 6 տոկոսից (Բուլղարիա) մինչև 17 տոկոս (Բոսնիա և Հերցեգովինա): Ալբանիայում և նախկին ԽՍՀՄ հանրապետություններում, ուր չնայած ներմուծել են նպատակային հարկեր, սակայն, պետական բյուջեներից կատարվող հատկացումները դեռևս առողջապահության ոլորտի ծրագրերի ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրն են հանդիսանում, նպատակային հարկերի դրույքաչափերը տատանվում են 2-5 տոկոսի սահմաններում: Այս երկրներից գրեթե ոչ մեկում ակտուալական հաշվարկներ չեն կատարվել, այլ նպատակային հարկի դրույքաչափը որոշվել է «աչքաչափով» և աշխատակիցների և գործատուների հարկային բեռը խիստ չավելացնելու նկատառումներով:

**Բարեփոխումների հաջողության գրավականը ոչ թե նպատակային հարկերի ներմուծումն է, այլ առողջապահության ոլորտ ուղղվող եկամուտների որոշակի մակարդակ երաշխավորելու կարողությունը:**

Եթե միջոցները կենտրոնացված են, սակայն, գնման մեխանիզմը կախվածության մեջ է գնելու կարողությունից, վերաբաշխում տեղի չի ունենա և չի լինի ֆիքսված ծախսերը կրճատելու որևէ խթան և ընդհակառակը, գնման ցանկացած նոր եղանակից ստացվող դրական արդյունքը սահմանափակ կլինի, եթե միջոցների կուտակում տեղի չի ունենա: Արդյունավետության, արդարության և ֆինանսական պաշտպանվածության նպատակներին հասնելու համար հարկավոր է, որպեսզի **կուտակման միջոցով նվազեցվի միջոցների մասնատումը և գնման մեխանիզմների բարեփոխումների միջոցով ստեղծվեն անհրաժեշտ խթաններ:** Այսինքն նոր ստեղծվող **կառույցը պետք է պատասխանատու լինի առողջապահական ծառայությունների գնման գործառույթի համար** և պետք է ունենա **կառավարման և հաշվետվողականության լավ համակարգ:**

Չնայած դեպի շուկայական տնտեսություն տանող ճանապարհին ԿԱԵԿԿԱ երկրներն առողջապահության ոլորտի բարեփոխումները սկսեցին մոտավորապես նույն իրավիճակից (տարբերություններ գոյություն ունեին, սակայն, ընդհանուր կառուցվածքի առումով դրանք էական չէին), սակայն անցած 20 տարիների փոփոխություններից հետո իրավիճակները խիստ տարբեր են: Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական համակարգի բարեփոխումները կարող են օգնել լուծել ոլորտի կառուցվածքային խնդիրները: Անցած 20 տարիների փորձը քաղաքական որոշումներ կայացնողներին մի քանի խորհուրդներ է հուշում.

1. Քաղաքականության նպատակները սահմանելու համար նախ հարկավոր է սահմանել այն մարտահրավերները, որոնք առերեսում են առողջապահական համակարգը:
2. Հարկավոր է բացահայտել համակարգի մասնատվածության պատճառները և դրանց բացասական ազդեցությունների վերացման կամ նվազեցման տարբերակները:
3. Մասնատվածությունը վերացնելու և խթանների համակարգ ձևավորելու համար հարկավոր է մշակել ոլորտի բարեփոխումների ռազմավարություն:
4. Ներդրեք ռազմավարությունը, մտքում մշտապես պահելով այն հարցերի շրջանակը, որոնց շուրջ կարող եք փոխզիջումների գնալ և այն հարցերի շրջանակը, որոնց շուրջ փոխզիջումները բացառվում են: Վերջիններիս թվում է ցանկացած հարց, որը վերաբերում է համակարգի մասնատվածությանը:
5. Ներդրման գործընթացը հարկավոր է ուղեկցել հաշվետվողականության և վերլուծության մեխանիզմներով, որպեսզի հասարակությունը և որոշումներ կայացնողները համոզված լինեն, որ միջոցները նպատակային են օգտագործվում և կարող են արձագանքել և փոփոխություններ կատարել այն դեպքերում, երբ շեղումներ են նկատվում քաղաքական նպատակները:

ԿԱԵԿԿԱ երկրների բարեփոխումների փորձը վկայում է, որ գոյություն ունեն մի քանի ծուղակներ, որոնց դեպքում երկրները.

1. Առաջարկվող ծառայությունների փաթեթը դիտարկում են որպես հաշվապահական խնդրի լուծում, այլ ոչ թե քաղաքականության գործիք:
2. «Լուծում են» ոչ պաշտոնական վճարումների խնդիրը դրանք համավճարների տեսքով օրինականացնելու եղանակով:
3. Կատարում են անավարտ կամ կիսատ բարեփոխումներ:
4. Հակասական քաղաքականություն են իրականացնում:

5. Անիրատեսական սպասումներ են ունենում (կապված առողջապահության ֆինանսավորման գործիքները ծառայությունների որակի բարելավման արդյունավետ միջոց դիտարկելու հետ):
6. «Սկսելով ապահովագրությունը» տնտեսության ֆորմալ հատվածի համար, ակնկալում են, որ տնտեսական աճը կհանգեցնի համընդհանուր ծածկույթի, ինչպես դա տեղի է ունեցել արևմտաեվրոպական երկրներում: Այս մտեցումն անտեսում է այն հանգամանքը, որ ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրների մեկնարկային իրավիճակները տարբեր են այն իրավիճակներից, որ գոյություն ունենին 70-100 տարի առաջ Գերմանիայում կամ Միացյալ Թագավորությունում:
7. Անտեսում են հանրային առողջապահական ծառայությունները և ծրագրերը:

ԿԱԵԿԿԱ երկրներում առողջապահության ֆինանսավորման կառավարման համակարգի բարեփոխումների վերլուծությունն ավելի մանրամասն ներկայացված է հավելվածում:

ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից 2012 թ. ամփոփող նյութում<sup>9</sup> նշված է, որ ՀՀ նախագահի հանձնարարությամբ Առողջապահության նախարարությունը սկսել է նախապատրաստվել 2014 թվականից պարտադիր բժշկական ապահովագրության աստիճանական ներդրմանը՝ Ցանկալի է, որ նախարարությունը հաշվի առնի ԿԱԵԿԿԱ երկրների փորձի վերաբերյալ ուսումնասիրությունները, վերլուծությունները, այդ երկրների հարուստ փորձը, հաջողություններն ու ձախողումները:

## ***Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն***

Առողջապահության բնագավառում ֆինանսական արդարացիությունը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելիս հասարակության առավել անապահով խավի ներկայացուցիչները չպետք է իրենց սուղ եկամուտների ավելի մեծ մասը ծախսեն առողջապահական ծառայությունների համար, քան ֆինանսապես առավել ապահովված խմբերի ներկայացուցիչները: Այսինքն, առողջապահության բնագավառում ֆինանսական արդարության հասկացությունը սերտորեն կապված է հասարակական համերաշխության հասկացության հետ, որի դեպքում հասարակության առավել ապահովված խավերի ներկայացուցիչները համերաշխության վճարումներ են կատարում սոցիալապես անապահով խավերի ներկայացուցիչների ֆինանսական բեռը նվազեցնելու համար:

Առողջապահության բնագավառում ֆինանսական պաշտպանվածությունը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հետևանքով մարդիկ չպետք է աղքատանան, սնանկանան և հասնեն չքավորության, ինչպես նաև նրանք չպետք է ստիպված լինեն ընտրություն կատարել ֆիզիկական կամ մտավոր առողջության և բարեկեցության միջև: Առողջապահության ֆինանսական կառավարման համակարգի արդյունավետությունը որոշվում է մարդկանց վերը նշված ռիսկերից պաշտպանելու և առողջապահական ծառայություններից նրանց օգտվելն ապահովելու կարողությամբ: Wagstaff և van Doorslaer-ն (2003) առաջարկել են պաշտպանվածությունը չափել հաշվելով առողջապահական աղետալի (կամ “կատաստրոֆիկ”) ծախսեր կատարող տնային տնտեսությունների տեսակարար կշիռը, տնային տնտեսությունների

<sup>9</sup> ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից 2012 թվականի ամփոփումը, որը կատարվել է 2012թ դեկտեմբերի 26-ին և հասու է <http://moh.am/?section=news/open&id=143&nid=1898> հասցեում:

բացարձակ կամ հարաբերական այն մեծությունը, որոնք առողջապահական ծախսերի պատճառով աղքատության շեմից ցածր եկամուտներ ունեն, ինչպես նաև աղքատության այն աստիճանը, որում տնային տնտեսությունները հայտնվում են առողջապահական ծախսերի մեծության պատճառով (օրինակ, աղքատ կամ շատ աղքատ): Աղետալի ծախսերն առողջապահական ծախսերի այն մակարդակն է, որը գերազանցում է տնային տնտեսության ընդհանուր կամ ոչ-կենսական նշանակության ծախսերի որոշակի մասը:

ՏՏԿԱՀ 2011 թ. համաձայն ծայրահեղ աղքատ բնակչությունը առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների շարքից չի դիմել մանկաբարձական գինեկոլոգիական ծառայություններ ստանալու համար (դիմել է աղքատների 2.5 տոկոսը և ոչ աղքատների 2.5 տոկոսը), ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու համար (դիմել է աղքատների 1.3 տոկոսը և ոչ աղքատների 1.7 տոկոսը), մասնավոր բժիշկներից ծառայություններ ստանալու համար (դիմել է աղքատների 0.0 տոկոսը և ոչ աղքատների 3.5 տոկոսը) և ախտորոշիչ կենտրոնների կողմից մատուցվող ծառայություններ ստանալու համար (դիմել է աղքատների 1.7 տոկոսը և ոչ աղքատների 3.3 տոկոսը): Ոչ աղքատների կողմից պոլիկլինիկական բուժօգնություններում ծախսվել է 8.6 անգամ ավելի շատ գումար, քան աղքատների կողմից: Ըստ աղքատության մակարդակի պետական պատվերի շրջանակներում մատուցվող ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեցել է ծայրահեղ աղքատների՝ 7.2 տոկոսը, աղքատների՝ 6.8 տոկոսը և ոչ աղքատների՝ 6.1 տոկոսը: Ընտանեկան նպաստ ստացող տնային տնտեսությունների միայն 10.5 տոկոսն է ունեցել պետական պատվերի փաթեթից օգտվելու իրավունք, այդ թվում՝ ծայրահեղ աղքատների՝ 11.4 տոկոսը: Եթե ծայրահեղ աղքատ քվինտիլում առողջապահության ծառայությունների սպառումը 12 անգամ զիջում է այդ ծառայությունների սպառման միջին ցուցանիշին, ապա ամենավերին քվինտիլի բնակչության առողջապահության ծառայությունների սպառումը 4.1 անգամ գերազանցում է այդ ծառայությունների միջին սպառումը:

## ***Գրպանից կատարվող վճարումներ***

Ութսուն երկրներից հավաքագրված տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ սերտ կապ գոյություն ունի սեփական գրպանից կատարվող առողջապահական ծախսերի մեծության (որպես ընդհանուր առողջապահական ծախսերի տոկոս) և այն ընտանիքների տեսակարար կշռի միջև, որոնք կատարում են աղետալի մեծության առողջապահական ծախսեր<sup>10</sup> (Xu et al. 2005): Kutzin, Cashin և Jakob-ը (2010) առաջարկում են, որ ընդհանուր առողջապահական ծախսերում սեփական գրպանից կատարվող ծախսերի տեսակարար կշիռը կարող է ֆինանսական պաշտպանվածության լավ նպատակային ցուցանիշ համարվել: 1997թ-ին Համաշխարհային բանկի կողմից կատարված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում<sup>11</sup>, ցածր է նաև

<sup>10</sup> Այսինքն, ինչքան մեծ են սեփական գրպանից կատարվող ծախսերի մեծությունը, այնքան մեծ է հավանականությունը, որ այն ընտանիքները, որոնցում ընտանիքի անդամներից մեկն ունենում է առողջական խնդիրներ, կարող են չբավոր դառնալ:

<sup>11</sup> Ուր ցածր է հարկեր չՆԱ հարաբերակցությունը:

առողջապահական ծախսերի մակարդակը և առողջապահական ծախսերում գերակշռում են մասնավոր, սեփական գրպանից, համեմատաբար ավելի ռեգրեսիվ<sup>12</sup> ծախսերը (Աղյուսակ 20):

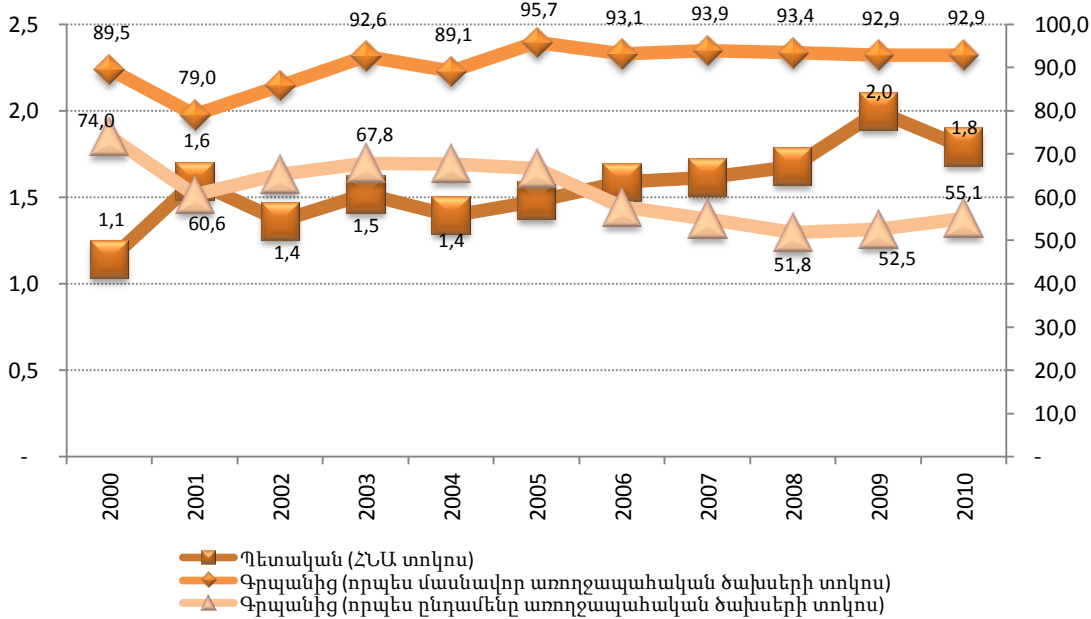
**Աղյուսակ 20. Մասնավոր առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը, կառավարության եկամուտների և ըստ եկամուտի մեծության երկրների առանձնահատկությունները**

Երկրներն ըստ եկամտի	Կառավարության եկամուտները (ՀՆԱ. %)	Առողջապ. ծախսերում մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը (%)
Ցածր	20	53
Միջին	31	43
Բարձր	42	33

Աղբյուր՝ Schieber և Maeda (1997)

Հայաստանում, պետության կողմից ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը չի հանգեցրել քաղաքացիների կողմից սեփական գրպանից կատարվող վճարումների նշանակալից կրճատման (Գծապատկեր 32), ինչից կարելի է եզրակացնել, որ առողջապահության ոլորտում գոյություն ունեն լուրջ կառուցվածքային, կազմակերպական և կառավարչական խնդիրներ: Սեփական գրպանից ծախսերը, որպես ընդամենը առողջապահական ծախսերի տոկոս, սկսել են ավելանալ միջազգային ֆինանսատեսական ճգնաժամի ընթացքում և դրանից հետո (մասնավոր առողջապահական ծախսերում սեփական գրպանից կատարվող ծախսերի տեսակարար կշիռը 2006-2010թթ-ին մնացել է նույն մակարդակի վրա):

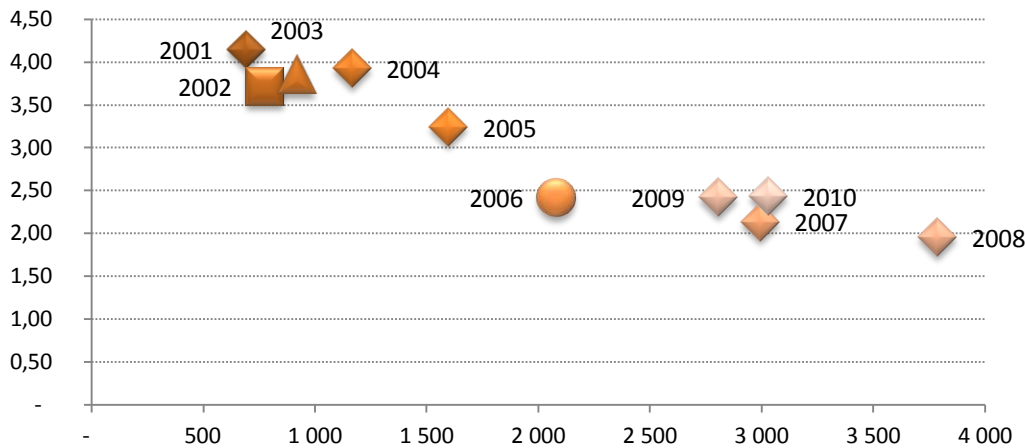
**Գծապատկեր 32. Գրպանից կատարվող առողջապահական ծախսերը Հայաստանում**



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ

<sup>12</sup> Ծախսերը ռեգրեսիվ են, քանի որ առողջապահական ծախսերը հարաբերականորեն ավելի մեծ տեսակարար կշիռ են ունենում համեմատաբար ցածր եկամուտ ունեցող տնային տնտեսությունների եկամուտների մեջ, քան ավելի բարձր եկամուտ ունեցող տնային տնտեսությունների ծախսերի մեջ:

**Գծապատկեր 33 . Գրպանից կատարված առողջապահական վճարների և մեկ շնչին ընկնող ՀՆԱ-ի միջև կապը Հայաստանի Հանրապետությունում**



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ

Գծապատկեր 33-ից կարելի է ենթադրել, որ տնտեսական աճը նպաստում է գրպանից կատարված վճարումների, որպես ՀՆԱ տոկոս ծավալի կրճատմանը: Սակայն, այս գծապատկերը կարող է նաև իր մեջ խաբկանքի տարր պարունակել: Այսպես, նման արդյունք կարելի է ստանալ, եթե ՀՆԱ-ն և հետևաբար մեկ շնչին ընկնող ՀՆԱ-ն աճել են արագ տեմպերով, իսկ տնային տնտեսությունների կողմից սեփական գրպանից առողջապահական ծախսերի մեծությունը նույն չափով աճ չի արձանագրել և տնտեսական աճի արդյունքները հավասարաչափ չեն բաշխվել հասարակության տարբեր խմբերի միջև:

**Սոցիալական փաթեթի ազդեցություն**

2012 թ. պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների համար ներդրվել է սոցիալական պաշտպանության համակարգ: ՀՀ կառավարության սոցիալական փաթեթի հատկացման նպատակը պետական մարմիններում և կրթության, մշակույթի ու սոցիալական պաշտպանության ոլորտների պետական կազմակերպություններում (1) աշխատողների սոցիալական կարիքների բավարարմանը, (2) աշխատողների մոտիվացմանը և աշխատանքի արդյունավետության բարձրացմանը, (3) պետական մարմիններում աշխատանքի գրավչության բարձրացմանը, (4) պետական մարմիններից դեպի մասնավոր հատված կադրերի հոսունության կրճատմանը նպաստելն է:

ՀՀ 2012 թ. պետական բյուջեի մասին ՀՀ օրենքով նախատեսված «Պետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատողների սոցիալական փաթեթով ապահովում» ծախսային ծրագրի ֆինանսավորումն առողջության ապահովագրության բազային փաթեթի շրջանակներում իրականացվում է ՀՀ ֆինանսների նախարարության կենտրոնական գանձապետարանի կողմից այդ ծրագրի համար բացված գանձապետական հաշվից միջոցների ելքագրման և ապահովագրական ընկերությունների հաշիվներին փոխանցման միջոցով՝ նրանց կողմից ՀՀ ֆինանսների

նախարարություն ներկայացված առողջության ապահովագրության կտրոնների հիման վրա<sup>13</sup>: ՀՀ կառավարությունը սահմանել է բժշկական ապահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների չափորոշիչները, առողջության ապահովագրության բազային փաթեթը և առողջության ապահովագրության պայմանագրի օրինակելի ձևը<sup>14</sup>:

Վերը նշված որոշումներն ու դրանց հետևած միջոցառումները իրենց ազդեցությունն են ունեցել առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման ծավալների և կառուցվածքի վրա: «Եկամուտների ընդհանուր ծավալի մեջ առավելագույն աճի տեմպը գրանցվել է ապահովագրական հատուցումներից ստացված եկամուտների գծով, որոնք 2012 թ. հունվար-նոյեմբեր ամիսներին կազմել են 2.5 միլիարդ դրամ` 2011 թ. նույն ժամանակահատվածի համեմատ ավելանալով 1.8 մլրդ դրամով կամ շուրջ 3.5 անգամ: Նման կտրուկ աճը պայմանավորված է պետական ծառայողների համար 2012 թ. սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ներդրված պարտադիր բժշկական ապահովագրությամբ»<sup>15</sup> Նախնական տվյալներով սոցիալական փաթեթի շրջանակներում 2012թ ՀՀ պետական բյուջեից ապահովագրական ընկերություններին է փոխանցվել մոտավորապես 10 միլիարդ դրամ: Ակնհայտ է, որ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները ապահովագրյալների առողջությունը ապահովագրելու պարտավորությունը կստանան, եթե իրենց գնահատականներով իրենց պարտավորությունները չգերազանցեն վերը նշված 10 միլիարդ դրամը<sup>16</sup> (մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները շահույթի նպատակ են հետապնդում, ինչպես նաև պետք է միջոցներ նախատեսեն վարչակառավարչական ծախսերի համար): Արդյոք ավելի նպատակահարմար չէր լինի վերը նշված 10 միլիարդ դրամն ավելացնել 2012 թ. պետական բյուջեով առողջապահությանն արդեն իսկ կատարվող 65.1 միլիարդ դրամ հատկացումներին, դրա դիմաց առողջապահական ծառայություններ առաջարկելով պետական ծառայողներին: Այդ դեպքում, եթե Հայաստանում ստեղծվեր առողջության պետական ապահովագրության համար պատասխանատու առողջապահության պետական ապահովագրության գործակալություն կամ հիմնադրամ, կամ ՊԱԳ-ը պատասխանատու լիներ առողջության պետական ապահովագրության գործառույթի համար, չօգտագործված միջոցները, որոնք 2012 թ. կկազմեն մոտավորապես 7 միլիարդ դրամ, կմնային առողջապահության ոլորտում:

Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական ցուցանիշների վրա սոցիալական փաթեթի ազդեցությունը հնարավոր կլինի լիարժեք գնահատել միայն դրա ներդրումից 2-3 տարի հետո, քանի որ ապահովագրական «պարտադիր» համակարգերի ներդրման սկզբնական շրջանում ապահովագիրներն ու ապահովագրվածները չեն վստահում համակարգերին, լավատեղյակ չեն լինում համակարգի աշխատանքի սկզբունքների մասին, և այլն, ինչի հետևանքով հաճախ չեն օգտվում ապահովագրված ծառայություններից, ինչի արդյունքում էլ սկզբնական շրջանում հատուցումների գումարները մեծ չեն լինում և տպավորություն է ստեղծվում, թե ապահովագրվածները կատարում են վճարումներ, որոնց գծով համապատասխան ծառայություններ չեն

<sup>13</sup> ՀՀ կառավարության «Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը հաստատելու մասին» 2011թ. դեկտեմբերի 29-ի N1917-Ն որոշման 1.2 կետ:

<sup>14</sup> ՀՀ կառավարության «Սոցիալական փաթեթի բովանդակությունը, ծառայությունների ցանկը, ծառայությունները մատուցող կազմակերպությունների ցանկերը և (կամ) չափորոշիչները հաստատելու մասին» 2011թ. դեկտեմբերի 29-ի N1923-Ն որոշման 3-րդ կետ:

<sup>15</sup> ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից 2012 թվականի ամփոփումը, որը կատարվել է 2012թ. դեկտեմբերի 26-ին և հասու է <http://moh.am/?section=news/open&id=143&nid=1898> հասցեում:

<sup>16</sup> Այս գումարն աճելու է առաջիկա տարիներին:

ստանում<sup>17</sup>: Ներդրումից մի քանի տարի հետո հնարավոր կլինի գնահատել ընդհանուր առողջապահական ծախսերում ապահովագրության ունեցած դերի մեծությունը:

Սակայն կան հարցեր, որոնց պատասխանը պետք է տրվի համակարգը ներդնելու պահին:

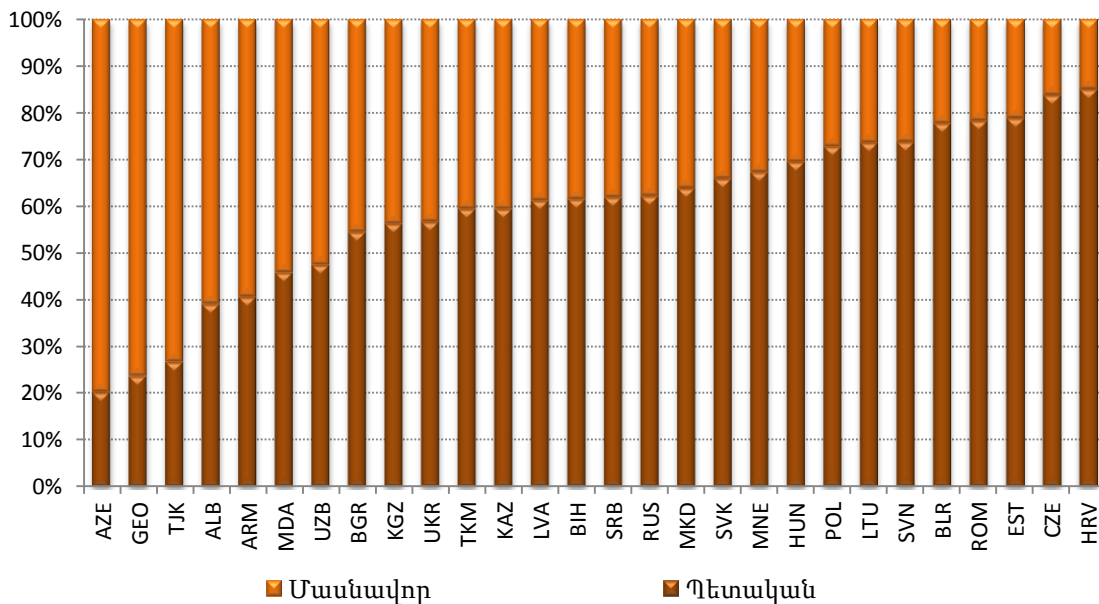
ԱՀԿ մասնագետներն առաջարկում են առողջապահության ոլորտի ֆինանսական բարեփոխումների ժամանակ հասարակության առավել բարվոք խմբերին մատուցվող ծառայությունների շրջանակն ընդլայնելու փոխարեն, ինչպես օրինակ՝ քաղաքացիական ծառայողների և տնտեսության ֆորմալ հատվածում աշխատողներ, ընդլայնել հասարակության առավել կարիքավոր խմբերի ֆինանսական պաշտպանվածությունը:

### Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մեծությունը և կառուցվածք

Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում շարունակում են գերիշխել տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ծախսերը:

ԿԱԵԿԿԱ երկրներում պետական և մասնավոր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքն ունի Գծապատկեր 34-ում ներկայացված տեսքը:

**Գծապատկեր 34. Ընդհանուր առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում պետական և մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռները (2010 թ.)**



Աղբյուր՝ Համաշխարհային բանկ

ԿԱԵԿԿԱ երկրներում ընդհանուր առողջապահական ծախսերում պետական առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը 2010 թ. միջինում կազմել է 59.5 տոկոս (Հայաստանում 40.6 տոկոս): Պետական առողջապահական ծախսերի տեսակարար կշիռը մեծ է եղել ԵՄ-ին անդամակցած արևելյան Եվրոպայի և նախկին ԽՍՀՄ երկրներում, և համեմատաբար փոքր է եղել Հարավային Կովկասի երկրներում, Տաջիկստանում և Ալբանիայում: Չնայած Մոլդովայում

<sup>17</sup> Նման իրավիճակ էր, օրինակ, ԱՊՊԱ համակարգի ներդրման սկզբում, երբ հաստուցումների մեծությունը շատ ավելի փոքր էր, քան ապահովագրական ընկերությունների կողմից ստացված ապահովագրական վճարների մեծությունը:



պետական առողջապահական ծախսերը կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի ընդամենը 45.8 տոկոսը, պետք է հաշվի առնել, որ Մոլդովայի ընդհանուր առողջապահական ծախսերն ամենամեծն են ուսումնասիրության մեջ ներառված բոլոր երկրների համեմատ՝ ՀՆԱ 11.7 տոկոսը (ՀՆԱ 5.4 տոկոսը պետական և 6.3 տոկոսը մասնավոր):

### ***Առողջապահության տեղեկատվության սահմանափակումներ***

Սույն բաժինը պատրաստելիս հիմնականում օգտագործվել են ՀՀ պետական բյուջեներում և դրանց կատարման վերաբերյալ հաշվետվություններում, ՀՀ կառավարության ռազմավարական և միջնաժամկետ ծրագրերում ներկայացված տվյալները, ինչպես նաև ԱՀԿ և Համաշխարհային բանկի հրապարակումներում ու տեղեկատվական բազաներում առկա տեղեկատվությունները: Պետական բյուջեները և դրանց կատարման վերաբերյալ հաշվետվությունները, որոնք առկա են ՀՀ ֆինանսների նախարարության ինտերնետային կայքում, բավական մանրամասն տեղեկատվություն են տրամադրում պետական բյուջեների, այդ թվում առողջապահությանը կատարվող հատկացումների վերաբերյալ, սակայն, այս հաշվետվություններում տվյալները ներկայացվում են համեմատաբար ագրեգացված տեսքով: Առանձին ծրագրերի, միջոցառումների և աշխատանքների համար կատարվող հատկացումների, միջոցների օգտագործման արդյունավետության և ծախսարդյունավետության վերաբերյալ տեղեկատվությունը պետք է հասու լինի ոլորտում ֆինանսական կառավարման համար պատասխանատու կառույցի ինտերնետային կայքից և հաշվետվություններից:

Առողջապահության ոլորտին հատկացվող պետական ֆինանսական միջոցների կառավարման համար պատասխանատու է պետական առողջապահական գործակալությունը (այսուհետ՝ ՊԱԳ): Կանոնադրության համաձայն ՊԱԳ-ի նպատակները և խնդիրներն են՝

ա) Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում կնքված պայմանագրերի համաձայն բժշկական օգնություն իրականացնողների փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց ***ֆինանսական միջոցների հատկացման ապահովումը***:

բ) Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերով նախատեսված պետական պատվերի միջոցով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու համար Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից տրամադրվող ***ֆինանսական միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործման ապահովումը***:

Սակայն, ՊԱԳ-ի ինտերնետային կայքում չկա որևէ ֆինանսական տեղեկատվություն, որը կարող է օգտակար լինել վերլուծաբանների համար:

Պետական բյուջեների կատարման մասին հաշվետվություններ ներառում են բյուջեների կատարման վերաբերյալ ամփոփ տվյալներ: Բյուջեի կատարման հաշվետվություններում ներառված որոշ ոչ ֆինանսական ցուցանիշների ուսումնասիրությունը հետաքրքիր արդյունքներ է բացահայտում (հավանաբար այդ տվյալներին լուրջ չեն վերաբերում): Աղյուսակ 21-ում ներկայացված են «Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ», իսկ Աղյուսակ 22-ում «Նեղ մասնագիտացված բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի տվյալները:

**Աղյուսակ 21. Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների գծով պետական բյուջեներում արտացոլված ոչ ֆինանսական տվյալները**

	2009			2010			2011		
	Օրագիր	Փաստ	Շեղում	Օրագիր	Փաստ	Շեղում	Օրագիր	Փաստ	Շեղում
Տեղամասային թերապևտի, ընտանեկան բժշկի կողմից սպասարկվող 18 և ավելի բարձր տարիքի անձանց բուժօգնություն									
Բնակիչ	2,424,758	2,424,758	0	2,459,700	2,459,700	0	2,493,394	2,493,394	0
Տեղամասային մանկաբույժների, ընտանեկան բժշկի կողմից սպասարկվող մինչև 18 տարեկան անձանց բուժօգնություն (առանց զորակոչային և նախազորակոչային տարիքի անձանց)									
Բնակիչ	707,850	707,850	0	687,846	687,846	0	673,785	673,785	0
Անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղորայք ձեռքբերելու իրավունք ունեցող անձանց խմբերին տրամադրվող միջոցներ									
Մարդ	489,500	489,500	0	492,800	492,800	0	456,400	456,400	0

Աղբյուր.՝ ՀՀ պետական բյուջեների կատարման հաշվետվություններ

**Աղյուսակ 22. Նեղ մասնագիտացված բժշկական օգնության ծառայությունների գծով պետական բյուջեներում արտացոլված ոչ ֆինանսական տվյալները**

	2009			2010			2011		
	Օրագիր	Փաստ	Շեղում	Օրագիր	Փաստ	Շեղում	Օրագիր	Փաստ	Շեղում
Դիսպանսերային բուժօգնություն									
Բնակիչ	3,230,086	3,230,086	0	0	0	0	3,249,482	3,249,482	0
Նեղ մասնագիտացված բուժօգնություն 18 և ավելի բարձր տարիքի անձանց									
Բնակիչ	2,424,758	2,424,758	0	0	0	0	2,493,394	2,493,394	0
Նեղ մասնագիտացված բուժօգնություն մինչև 18 տարեկան անձանց									
Երեխա	805,328	805,328	0	0	0	0	756,088	756,088	0

Աղբյուր.՝ ՀՀ պետական բյուջեների կատարման հաշվետվություններ

ՀՀ կառավարության 2013 թվականի բյուջեի ուղերձում նշվում է. «Ելնելով նրանից, որ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության ֆինանսավորումը իրականացվում է բնակչության մեկ շնչի հաշվով ֆինանսավորման սկզբունքով՝ հաշվարկի համար բնակչության հաշվարկային մեծությունն ընդունված է 3274.3 հազար, որից մեծահասակներ՝ 2544.9 հազար, երեխաներ՝ 656.4 հազար, նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի պատանիներ՝ 73.0 հազար»: 2011թ-ին Հայաստանի Հանրապետությունում անցկացված մարդահամարի արդյունքում արձանագրվել է, որ ՀՀ-ում մշտապես բնակվող բնակչության թիվը կազմում է 2.8 միլիոն մարդ: Այն հանգամանքը, որ մարդահամարի պաշտոնապես հրապարակված տվյալները չեն օգտագործվում սոցիալ-տնտեսական քաղաքականության ծրագրերի հաշվարկների համար. կասկածի տակ է դնում այդ քաղաքականության վերջնական և միջանկյալ նպատակային ցուցանիշների արժանահավատությունը, մարդահամարի անցկացման նպատակա-հարմարությունը, ինչպես նաև կոռուպցիոն դրսևորումների հնարավորություններ է ստեղծում:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Վերջին տարիներին Հայաստանի առողջապահության համակարգի պետական ֆինանսավորման բացարձակ մեծությունները աճել են: Սակայն, առողջապահական ծախսերի մեծությունը որպես ՀՆԱ տոկոս և որպես պետական բյուջեի ծախսերի մաս շարունակում է փոքր մնալ: Կարիքների կատարված գնահատումները (այդ թվում ՀՀ կառավարության կողմից), ինչպես նաև միջազգային համեմատությունները վկայում են, որ հարկ է ավելացնել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալները:</p>	<p>Ավելացնել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալները, սահմանելով կոնկրետ ֆինանսական նպատակներ, որոնք կապված են առողջապահության ոլորտի կոնկրետ նպատակների հետ:</p> <p>Ռեսուրսների սահմանափակության պայմաններում կարևոր դեր է ստանում միջոցների նպատակային և արդյունավետ օգտագործումը: Միջոցների օգտագործման նպատակայնության և արդյունավետության վերաբերյալ տվյալները պետք է պարբերաբար, ոչ պակաս քան եռամսյակը մեկ, ներկայացվեն հասարակությանը:</p>
<p>Առողջապահության ոլորտին կատարվող պետական հատկացումների վերաբերյալ ընդհանրական տվյալները բավական մանրամասն ներկայացված են ՀՀ պետական բյուջեների կատարման վերաբերյալ տարեկան հաշվետվություններում:</p> <p>Առողջապահության ոլորտում իրականացվող կոնկրետ ծրագրերի, միջոցառումների և աշխատանքների ֆինանսավորման վերաբերյալ տվյալները հասու չեն ոլորտի ֆինանսական կառավարման համար պատասխանատու կառույցի ինտերնետային կայքում:</p>	<p>ՀՀ պետական բյուջեների կատարման վերաբերյալ տարեկան հաշվետվությունները բավարար չեն, որպեսզի ոլորտում աշխատող ՀԿ-ները և անկախ փորձագետները կարողանան վերլուծել առողջապահության ոլորտում կատարվող բարեփոխումների, իրականացվող ծրագրերի, միջոցառումների և ներդրումների տվյալները, գնահատեն ծախս-արդյունավետությունը:</p> <p>Որպես հանրային ֆինանսական միջոցների կառավարման համար պատասխանատու կառույց ՊԱԳ-ը պետք է առողջապահության ոլորտի ֆինանսական կառավարման վերաբերյալ տվյալները թափանցիկ և հասանելի դարձնի հասարակության և վերլուծաբանների համար:</p>
<p>Առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին սեփական գրպանից կատարվող վճարումների մակարդակը Հայաստանում բարձր է:</p>	<p>Մշակել առողջապահական ծառայությունների դիմաց ապօրինի և «սեփական գրպանից» կատարվող վճարումների կրճատմանը և կանոնակարգմանը նպատակաուղղված և կոնկրետ նպատակներ, նպատակային ցուցանիշներ ու միջոցառումներ նախատեսող փաստաթղթեր (հայեցակարգեր, ռազմավարություններ և</p>

---

օրենսդրական փաստաթղթեր) և ներդնել դրանք իրական կյանքում:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ առողջապահության ոլորտում գոյություն ունեցող մի շարք խնդիրները փոխկապակցված են, անհրաժեշտ է մշակել փաստաթղթեր (հայեցակարգեր, ռազմավարություններ և օրենսդրական փաստաթղթեր), որոնք նպատակաուղղված կլինեն համակարգի առաջ ծառայած խնդիրների խմբերի, այլ ոչ թե առանձին խնդիրների լուծմանը: Մշակվելիք փաստաթղթերը պետք է հաշվի առնեն ՀՀ առողջապահության կառավարման և հասարակության ու քաղաքացիների, դրանց առանձին խմբերի առողջության բնագավառում ստեղծված իրավիճակը, առողջապահության ոլորտի կառավարման բարեփոխումների բնագավառում կուտակված միջազգային և մասնավորապես ԿԱԵԿԿԱ փորձը և նպատակային կերպով լուծեն այդ հարցերը:

Առաջիկա տարիների համար նպատակների թվում անպայման պետք է նշվեն ֆինանսավորման արդարացիության և խոցելի խմբերի ֆինանսական պաշտպանվածության կոնկրետ նպատակային ցուցանիշներ:

---

### 3. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահության առավել արդյունավետ համակարգն այն է, որը՝ մնացած հավասար պայմաններում, ռեսուրսների համադրելի մակարդակի դիմաց բնակչությանն է մատուցում առավել արդյունավետ ու պատշաճ բուժօգնություն:

Համաձայն ԱՀԿ-ի սահմանումների, տարբերում են երեք տիպի մատչելիություն.

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

ՀՀ ԱՎԾ-ի 2011 թ. տվյալների համաձայն Հայաստանում աղքատության ցուցանիշը կազմում է 35.5%, ինչը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության խնդիրը Հայաստանի համար հույժ կարևոր է:

Առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական մատչելիության (հասանելիության) խնդրի առաջացումը և ներկա վիճակը սերտորեն կապված է Հայաստանի բնակչության խիստ անհավասարաչափ տեղաբաշխման հետ: Մայրաքաղաք Երևանում բնակվում է ՀՀ բնակչության 34.4%-ը, մարզային քաղաքներում՝ 29.6%-ը, գյուղերում՝ 36%: Ընդ որում, մարզային քաղաքներից երկուսի՝ Գյումրու և Վանաձորի բնակչությունը նշանակալիորեն գերազանցում է մնացած մարզային քաղաքների բնակչությանը: Այդ պատճառով բուժօգնության հիմնարկների և, հատկապես, մասնագիտացված բուժօգնության հիվանդանոցների գերակշիռ մասը Երևանում են կենտրոնացված: Այդ տեսակետից իրավիճակը համեմատաբար ավելի բարվոք է նաև Գյումրիում և Վանաձորում: Հիվանդանոցային հիմնարկների նման տեղաբաշխման հետևանքով Երևանում են գտնվում նաև բժիշկների, այդ թվում նաև որակյալ բժիշկների մեծ մասը: Բուժօգնության ֆիզիկական մատչելիության սրման գործոն է նաև Հայաստանի բնակչության շրջանում տարածված այն մտայնությունը, որ մարզային հիվանդանոցներում բուժօգնության որակն ավելի ցածր է, քան Երևանում, որի հետևանքով հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեցող բնակչության մի մասն այն ստանալու համար դիմում է Երևան, այլ ոչ թե համապատասխան մարզային հիվանդանոց: Բնակչության համար հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության բարձրացման նպատակով առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգով Հայաստանի բոլոր տասը մարզերում առանձնացվել են մեկական բազմապրոֆիլ հիվանդանոց, որոնցում կատարվել են նշանակալի ներդրումներ սարքավորումներով ապահովելու և բուժօգնության համար այլ անհրաժեշտ պայմանների ստեղծման ուղղությամբ:

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

Սույն բաժնում դիտարկվում է հետևյալ հարցը՝ արդյո՞ք առողջապահական ծառայությունները մատչելի են յուրաքանչյուր անձի, ով ունի դրանց կարիքը, հատկապես՝ առավել խոցելի անհատներին:

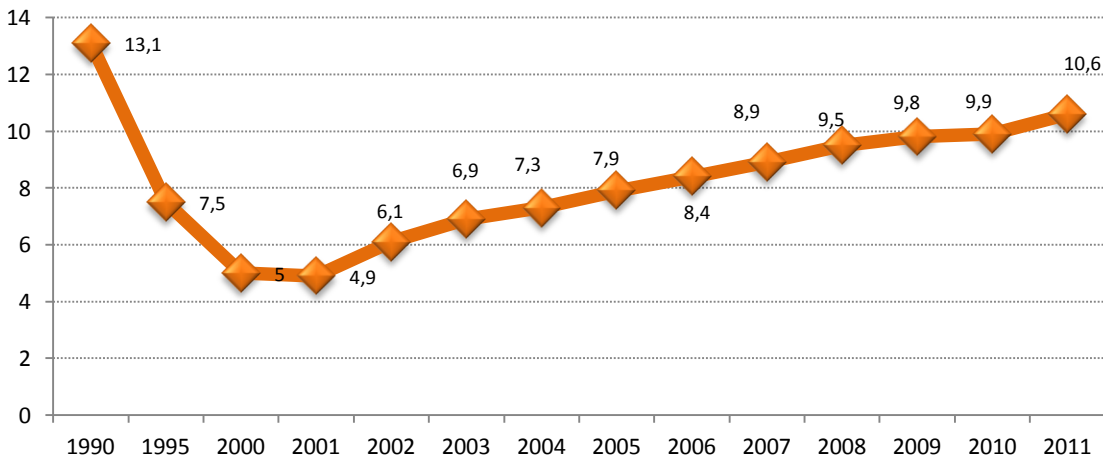
## Բժշկական ծառայությունների սպառում

Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների քանակը, ինչպես նաև մեկ տարվա ընթացքում մեկ անձի հաշվով հոսպիտալացումների քանակը կտրուկ նվազել է համեմատած 1990 թվականի հետ (Գծապատկեր 35 և Գծապատկեր 36): Իսկ սկսած 2000 թվականից, երբ Հայաստանում սկսվել է նշանակալի տնտեսական աճ՝ այդ ցուցանիշները սկսել են աճել: Այնուամենայնիվ հիվանդանոցային հաճախումների քանակն աճել է ավելի ինտենսիվ, քան ամբուլատոր հաճախումներինը:

Ներկայացված ցուցանիշները կարելի է մեկնաբանել որպես բնակչության համար առաջնային և հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը մոտարկող ցուցանիշներ:

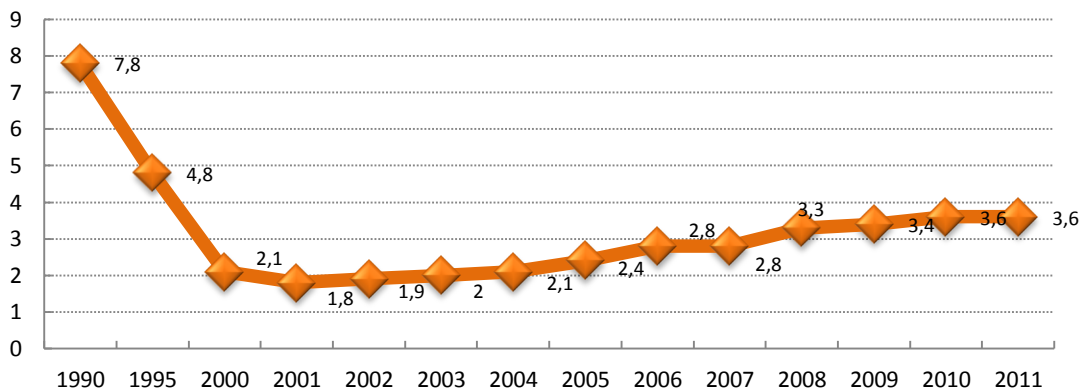
Հոսպիտալացումների մակարդակի ցուցանիշով Հայաստանը գերազանցում է Ադրբեջանին և Վրաստանին, սակայն հետ է մնում Թուրքիայից, ԱՊՀ, ԵՄ-26 և ԵՄ-27 երկրներից: Նույնախիստ պատկեր է նաև ամբուլատոր հաճախումների ցուցանիշի տեսակետից, այն տարբերությամբ, որ Հայաստանը մի փոքր զիջում է նաև Ադրբեջանին (Գծապատկեր 37 և Գծապատկեր 38):

Գծապատկեր 35. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.



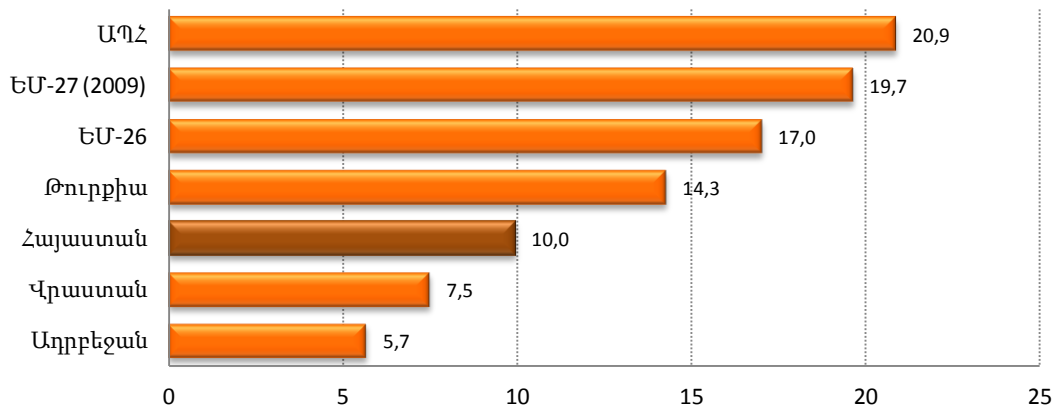
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Գծապատկեր 36. ԱԱՊ հաճախումներ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.

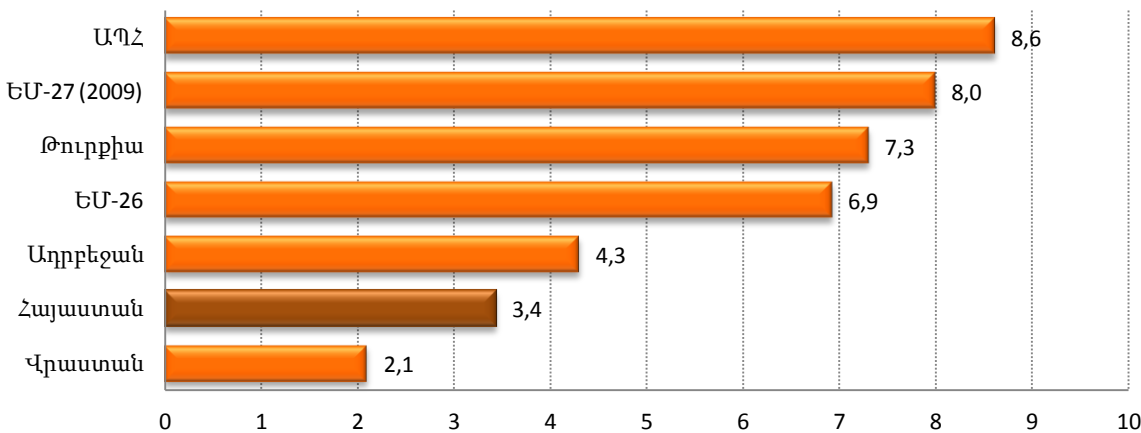


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 37. Հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2010 թ.**



**Գծապատկեր 38. Ամբուլատոր հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2010 թ.**



Աղբյուր՝ ԱԲԵՏՀ, ԱՀԿ, 2012

Գծապատկեր 39-ում ներկայացված են 2006-2011 թթ. ընթացքում հոսպիտալացումների թիվը 10 բնակչի հաշվով ըստ մարզերի: Գծապատկերից երևում է, որ.

- Հոսպիտալացման մակարդակը յուրաքանչյուր առանձին տարվա ընթացքում առավել բարձր է Երևանում, որին հետևում են Շիրակի և Լոռու մարզերը:

Այս փաստը լիովին համապատասխանում է վերը նշվածին, որ հիվանդանոցները տեղաբաշխված են առավելապես Երևանում և երկու այլ մեծ քաղաքներում՝ Գյումրիում և Վանաձորում:

Հարաբերականորեն ավելի բարձր են հոսպիտալացման մակարդակները նաև Կոտայքի և Սյունիքի մարզերում: Դրանք երկուսն էլ բացատրվում են մարզերի ուրբանիզացման բարձր մակարդակով: Կոտայքում են գտնվում 5 քաղաք, որոնցից Աբովյանը և Հրազդանը իրենց բնակչության թվաքանակով հետևում են Վանաձորին: Իսկ Սյունիքում շատ մեծ է քաղաքային բնակչության տոկոսը: Սակայն այստեղ, հաշվի առնելով Սյունիքի մարզի մեծ տարածքը հարկ է ավելի զգույշ կատարել մեկնաբանությունները, քանի որ Կապանից և Միսիանից (որտեղ առկա է

զինվորական հոսպիտալ) հեռու գտնվող գյուղական բնակավայրերի համար իրավիճակը կարող է բավական տարբերվել:

Գծապատկեր 39-ի մեկ այլ կարևոր առանձնահատկությունն այն է, որ այն ցույց է տալիս հիվանդանոցային բուժօգնության դիմողների թվաքանակի նվազում 2008-2009 թթ. ընթացքում, որը կարող է բացատրվել համաշխարհային ֆինանսական ճգնաժամի Հայաստանի վրա ունեցած ազդեցությամբ, որի արդյունքում Հայաստանում բարձրացավ աղքատության մակարդակը: Սակայն, այնուամենայնիվ Երևանում հոսպիտալացման մակարդակի անկում է գրանցվել 2010թ., որը, ի թիվս այլ գործոնների, կարող է պայմանավորված լինել նաև մարզային հիվանդանոցների գործարկմամբ: Գծապատկերից երևում է, որ հոսպիտալացման մակարդակի **անընդհատ** աճ է գրանցվել մի քանի մարզերում՝ Կոտայքում, Լոռում, Սյունիքում:

Այնուամենայնիվ, հարկ է նշել, որ հոսպիտալացման մակարդակի անընդհատ նվազում է գրանցվել Վայոց Ձորի մարզում:

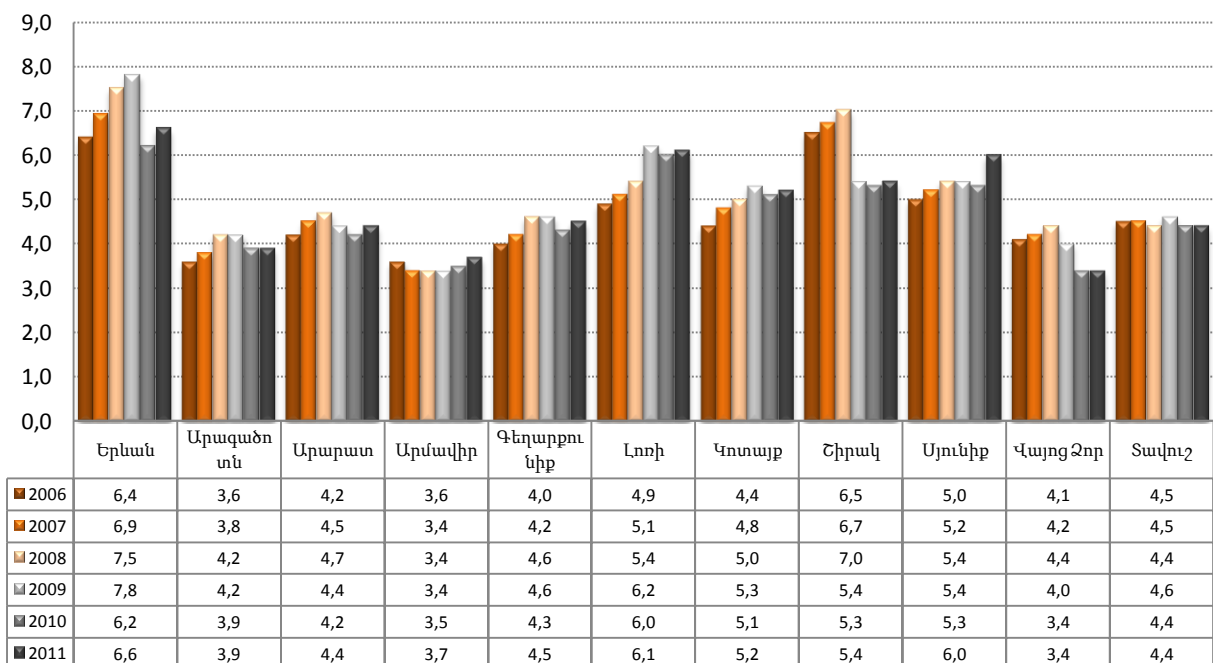
Նշենք, որ.

- 2011-ին. 2006 թվականի համեմատ մասնավոր և ԱՆ համակարգի հիվանդանոցներում հոսպիտալացումների քանակի աճը մոտավորապես համանման է և համապատասխանաբար աճել է 22.7% և 21.6%-ով (Գծապատկեր 40):
- Սյուս կողմից, Երևանում հոսպիտալացման դեպքերի քանակը 2011-ին 2006 թվականի համեմատ աճել է 27.4%-ով, իսկ մարզերում՝ 12.3%-ով (Գծապատկեր 40):

Այդ տվյալներից բխում է, որ այնուամենայնիվ.

- նշված 5-ամյա ժամանակահատվածում չի հաջողվել «բեռնաթափել» երևանյան հիվանդանոցները:

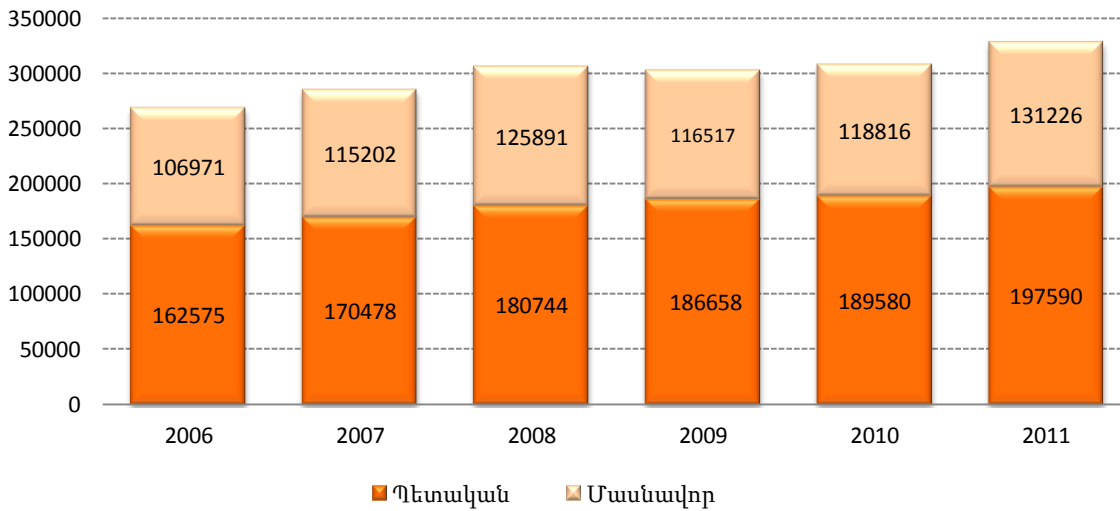
Գծապատկեր 39. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2006- 2011 թթ.



Նշում՝ Երևանի համար ներկայացված են միայն քաղաքային ենթակայության տակ գտնվող հիվանդանոցների տվյալները: Առողջապահության նախարարության այլ բուժօգնությունների հոսպիտալացման մակարդակները չեն դիտարկվել, քանի որ դրանք սպասարկում են Հայաստանի ամբողջ տարածքը, այլ ոչ միայն Երևանը:  
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

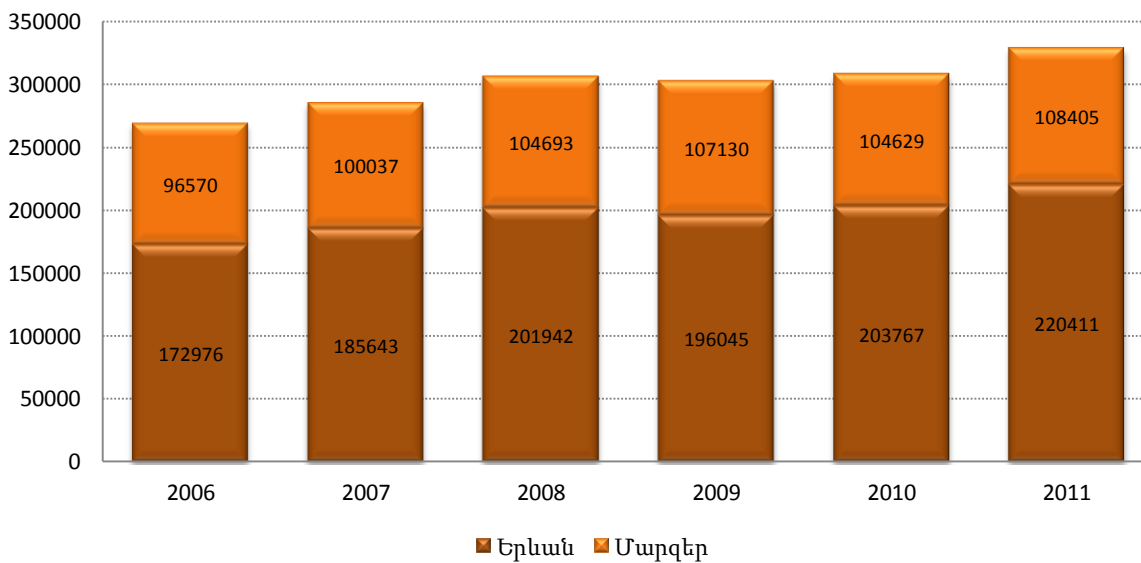


**Գծապատկեր 40. Հիվանդանոց ընդունված հիվանդների թիվը պետական և մասնավոր հիվանդանոցներ, 2006-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 41. Հիվանդանոց ընդունված հիվանդների թվաքանակն Երևանի և մարզերի հիվանդանոցներ, 2006-2011 թթ.**

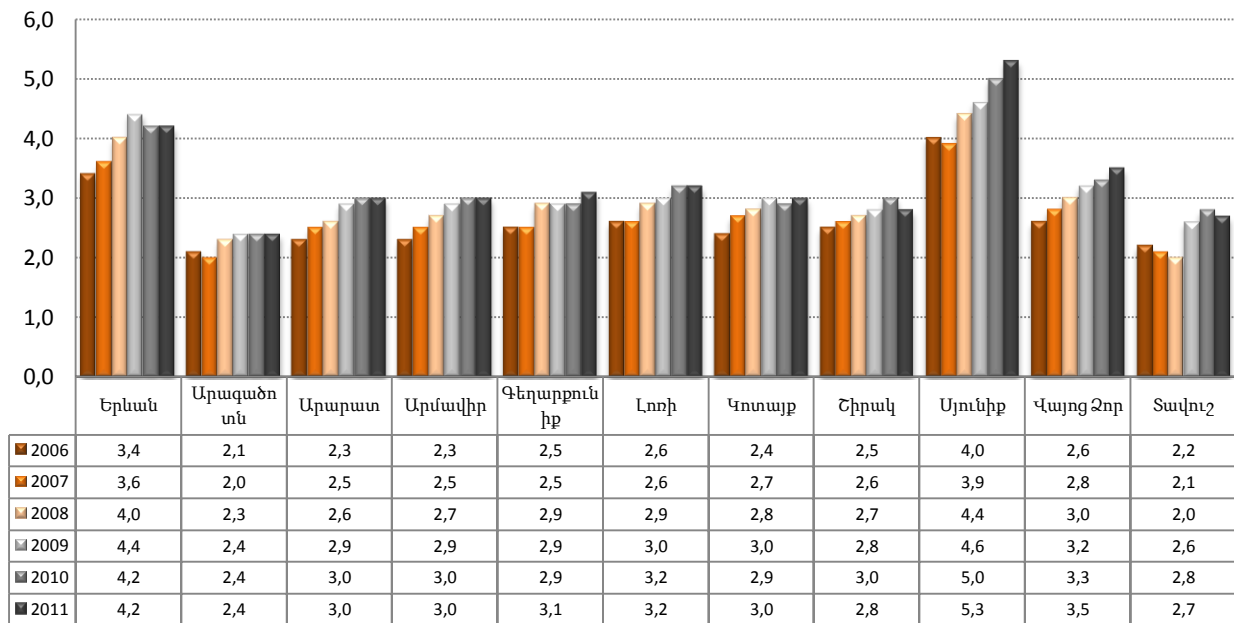


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Այլ պատկեր է գրանցված ըստ մարզերի ամբուլատոր հաճախումների դինամիկայի տեսակետից: Բոլոր մարզերում (բացառությամբ Երևանում 2010-2011 թթ. ընթացքում) գրանցվել է մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների թվի աճ, ինչը նշանակում է, որ.

- **2006-2011 թթ. ընթացքում Հայաստանի բնակչության համար ամբուլատոր բուժօգնության մատչելիությունն աճել է:**

**Գծապատկեր 42 . Մեկ անձի տարեկան ամբուլատոր հաճախումների թիվն ըստ մարզերի, 2006-2011 թթ.**



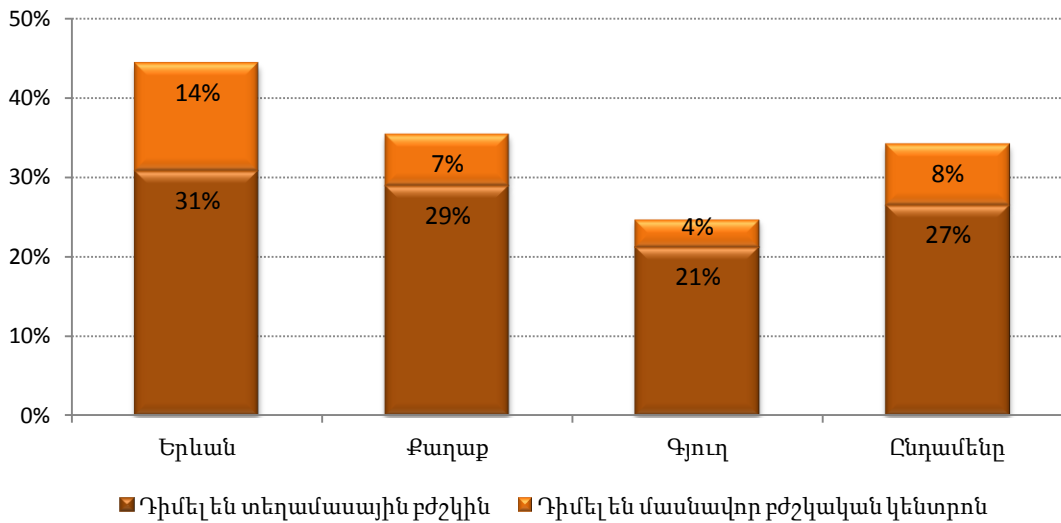
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Իսկ Երևանում մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների քանակի նվազումը կարող է բացատրվել այստեղ ամբուլատոր օգնություն ստանալու համար մասնավոր բժշկական կենտրոններ դիմողների քանակի աճով: Դրա մասին են վկայում Գծապատկեր 43-ի և Գծապատկեր 44-ի տվյալները: Առաջինում ներկայացված են հետազոտությանը նախորդած վերջին 12 ամիսների ընթացքում առաջնային բուժօգնության պետական բուժհաստատություններ և մասնավոր բուժհաստատություններ դիմածների քանակն ըստ բնակավայրի տիպի: Իսկ երկրորդում՝ հետազոտությանը նախորդած վերջին 12 ամիսների ընթացքում մասնավոր բուժհաստատություններ դիմածների տոկոսը առաջնային բուժօգնության բոլոր դիմումների կազմում:

Ինչպես ցույց են տալիս Գծապատկեր 43-ի տվյալները, Երևանում՝ մարզային քաղաքների համեմատ մոտավորապես կրկնակի, իսկ գյուղերի համեմատ՝ մոտավորապես եռակի ավելի շատ են մասնավոր բուժօգնություններ դիմումները: Այդ տվյալները կարելի է դիտարկել նաև որպես առաջնային պետական և մասնավոր բուժօգնություններ դիմումների մոտավոր բացարձակ քանակների համեմատություն, քանի որ ինչպես գիտենք, Երևանում բնակվում է ՀՀ բնակչության մոտ 34%-ը, մարզային քաղաքներում՝ մոտ՝ 30%-ը, իսկ գյուղերում՝ մոտ 36%-ը, այսինքն դրանք կազմում են մոտավորապես հավասար ծավալի բնակչություն:

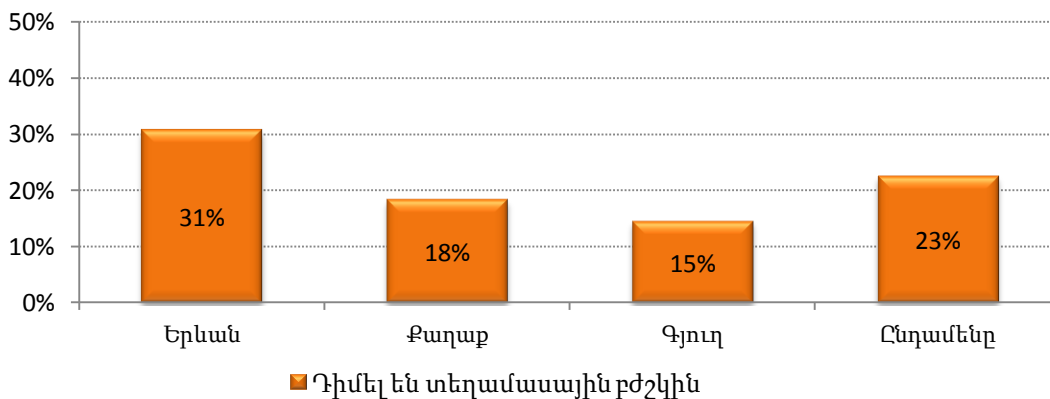
Իսկ Գծապատկեր 44-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ Երևանում մասնավոր բուժհաստատությունների դիմումների քանակը կազմում է ամբուլատոր այցերի 30%-ը: Հետևաբար, հաշվի առնելով, որ Երևանում տարեցտարի աճում է մասնավոր բուժօգնություններ դիմողների քանակը, կարելի է փաստել, որ Երևանում 2010 և 2011 թթ. ընթացքում պետական բուժօգնություններ ամբուլատոր այցերի նվազման հարցում առկա է նաև նշված գործոնը:

**Գծապատկեր 43 Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ԱԱՊ և մասնավոր բուժհաստատություններ դիմելիությունն ըստ բնակավայրի, 2012 թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Գծապատկեր 44 Վերջին 12 ամիսների ընթացքում մասնավոր բուժհաստատություններ դիմելիության տոկոսը 2012 թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

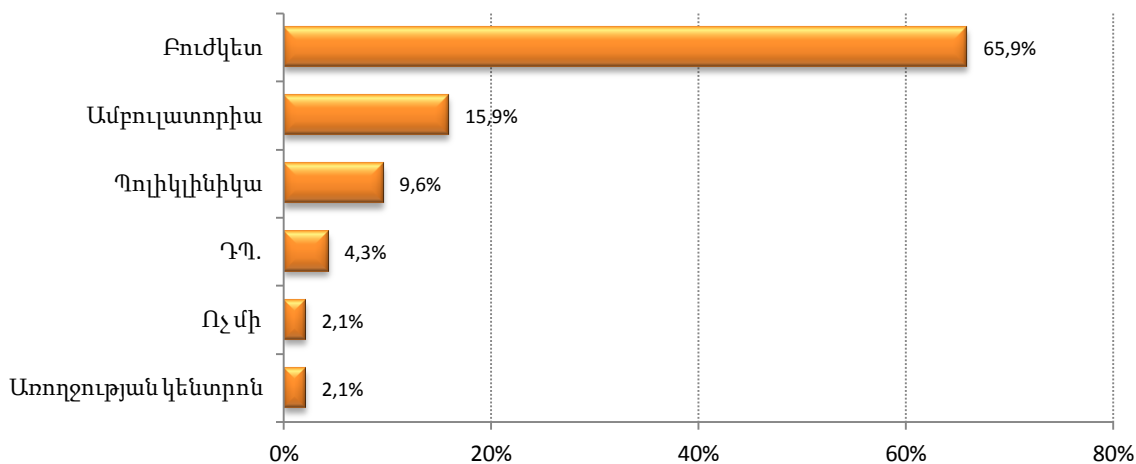
**Բուժհաստատությունների առկայություն**

Առաջնային բուժօգնությունը Հայաստանում իրականացվում է պոլիկլինիկաների, բժշկական կենտրոնների, ամբուլատորիաների և բուժկետերի միջոցով: Գյուղական այն բնակավայրերում, որտեղ գործում է բուժկետ առաջնային բուժօգնության ֆիզիկական մատչելիության ապահովման գործոնների շարքում են համապատասխան ամբուլատորիայի տեխնիկական հնարավորությունները բժշկի կողմից բուժկետեր այցերի պարբերականության իրականացման համար, անհրաժեշտ է ձևեռային պայմաններում այդ այցերի հնարավորության ապահովումը:

Այնուամենայնիվ Հայաստանում կան բազմաբնակավայր համայնքներ, որտեղ գործող բուժկետը տեղակայված է բնակավայրերից միայն մեկում, որը սահմանափակում է բուժօգնության աշխարհագրական մատչելիությունը: Այդ պատճառով, բուժհաստատության առկայության մասին հարցը ԱՀԳԳ 2012 թ. հետազոտության ընթացքում տրվել է միայն գյուղական բնակավայրերում,

գնահատելու գյուղական բնակչության այն հատվածը, որն ունի առաջնային բուժօգնության հասանելիության հետ կապված խնդիր: Տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 45-ում:

**Գծապատկեր 45. Գյուղական համայնքներում առկա բուժօգնություններն ըստ տիպերի**



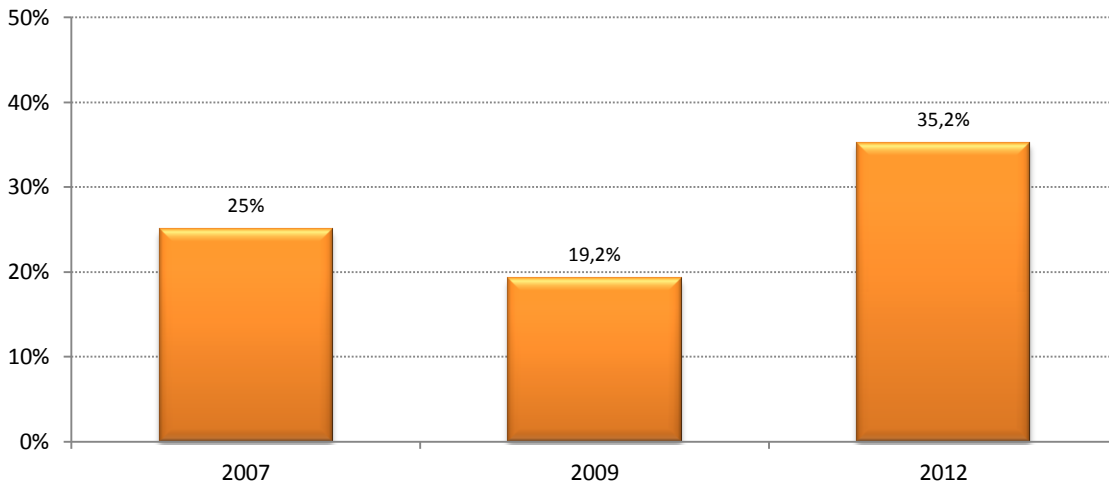
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Գծապատկերից երևում է, որ իրոք առկա է 2.1% գյուղական բնակչություն, որոնց բնակավայրերում բացակայում է նաև բուժկետը: Հետևաբար, հարկ է նույնականացնել բազմաբնակավայր համայնքները, և այդ համայնքների այն բնակավայրերում, որոնցում բացակայում է բուժկետը՝ տեղակայել առանձին բուժկետ:

### ***Բուժօգնությունների անմատչելիություն***

Բուժօգնությունների մատչելիության ուղղակի գնահատականներ են ստացվում զանգվածային հետազոտությամբ: ԱՀԳԳ 2007, 2009 և 2012 թթ. զանգվածային հետազոտություններում հարցվողներին տրվել է հետևյալ հարցը՝ «Վերջին տարվա ընթացքում եղե՞լ է արդյոք դեպք, երբ Դուք համարել եք, որ Ձեզ անհրաժեշտ է դիմել բժշկի, պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա, հիվանդանոց, սակայն չեք դիմել՝ բացի ատամնաբուժական խնդիրներից»: Այդ տվյալները ներկայացված են Գծապատկեր 46-ում:

**Գծապատկեր 46. Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմանալու 20 տարեկանից բարձր անձանց քանակը, 2007, 2009 և 2012 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2007, 2009, 2012

Եթե 2007-ից 2009 թթ. ընթացքում բուժժառայության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմանալու քանակը նվազել էր 25%-ից մինչև 19%, ապա.

- **2009-2012 թթ. ընթացքում բուժժառայության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմանալու քանակն աճել է 19%-ից մինչև 35%:**

Այսինքն բուժժառայության անմատչելիության տվյալ ցուցանիշը ստացվել է ավելի բարձր, քան 2007 թ. հետազոտության ընթացքում:

Ընդ որում, ինչպես և 2009 թ. հետազոտությունում, այնպես էլ 2012 թ. ընթացքում այդ ցուցանիշի արժեքները Երևանում, գյուղերում և մարզային քաղաքներում միմյանցից քիչ են տարբերվում :

**Աղյուսակ 23. Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմանալու բնակչության քանակն ըստ բարեկեցության և բնակավայրի, 2012 թ.**

		Բնակավայրի տիպ		
		Երևան (%)	Քաղաք (%)	Գյուղ (%)
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	54.3	45.4	55.0
	II Ցածր	39.5	36.5	39.9
	III Միջին	39.4	35.3	33.3
	IV Բարձր	34.0	33.1	31.2
	V Ամենաբարձր	20.7	33.5	22.0
	Ընդամենը	35.5	37.2	33.5

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Այս ցուցանիշը փոփոխվում է շատ մեծ միջակայքում՝ ըստ հարցվողի բարեկեցության: Ամենացածր բարեկեցության քվինտիլում անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չեն դիմել 50.7%-ը, իսկ ամենաբարեկեցիկ քվինտիլում՝ 23.6%-ը: Ընդ որում, հասկանալի է, որ ցուցանիշի

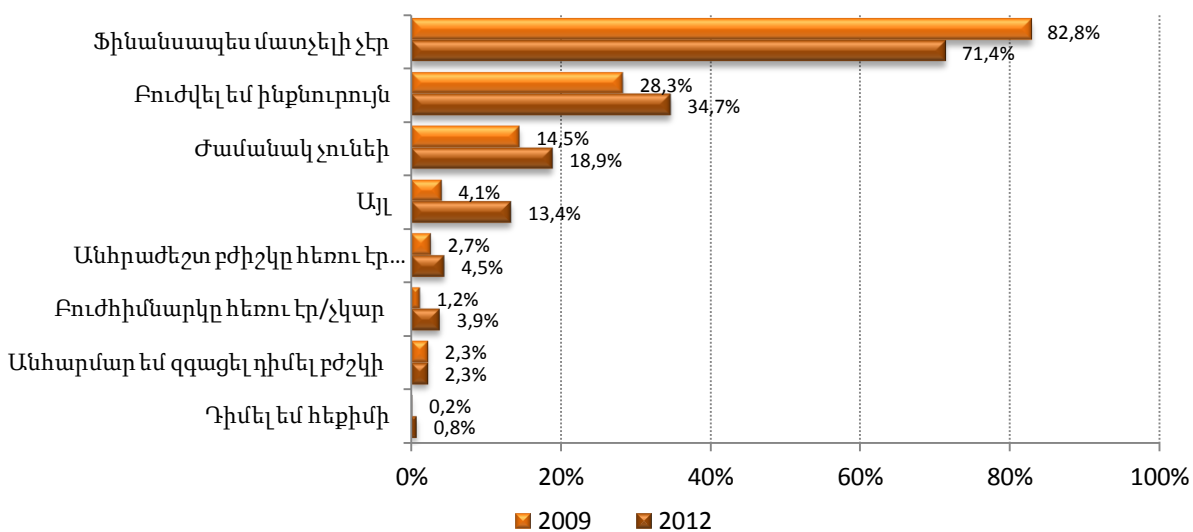
բաշխումն ըստ բարեկեցության քվինտիլների տարբեր տիպի բնակավայրերում նույնպես միմյանցից էականորեն չեն տարբերվում: Ստացված արդյունքները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ.

- **Եթե 2008-2009 թթ. համաշխարհային ֆինանսական ճգնաժամի տնտեսական ազդեցությունը Հայաստանում որոշ չափով հաղթահարվել է (անվանական ՀՆԱ-ն սկսել է աճել), սակայն դրա սոցիալական հետևանքները, մասնավորապես բուժօգնության մատչելիության անկումը դեռևս չի հաղթահարվել:**

Անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չլիմելու պատճառների դիտարկումը (Գծապատկեր 47) ցույց է տալիս, որ.

- **բուժօգնության անմատչելիության հիմնական գործոնը մնում է ֆինանսական անմատչելիությունը:**

**Գծապատկեր 47. Բուժօգնության չլիմելիության պատճառները, 2009 և 2012 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2009, 2012

2012թ. բժշկի դիմելու անհրաժեշտությունը գիտակցած, սակայն բժշկական օգնության չլիմաճ անձանց 71.4%-ը, որպես դրա պատճառ, նշել է ֆինանսական անմատչելիությունը: 2009 թ. այդ պատճառը նշել էին հարցվածների 82.8%-ը: Այս դեպքում, կարելի՞ է արդյոք ենթադրել, որ ֆինանսական անմատչելիության գործոնը նվազել է:

Այդ պնդումը ճիշտ է հարաբերականորեն, քանի որ եթե հաշվի առնենք, որ 2009 թ. բժշկի դիմելու անհրաժեշտության գիտակցության դեպքում բժշկի չի դիմել բնակչության 19.2%-ը, հետևաբար, բացարձակ արժեքով այդ անձանց քանակը կլինի՝  $19.2\% * 0.828 = 15.9\%$ : Իսկ 2012 թ. համար, համապատասխանաբար՝  $35.2\% * 0.714 = 25.1$ :

Այսինքն.

- **ֆինանսական պատճառով բուժօգնության չլիմաճների քանակը 2012 թվականին 2009 թվականի համեմատ աճել է 9.2%-ով:**

Հետևաբար.

- **Ֆինանսական ճգնաժամի սոցիալական ազդեցությունը Հայաստանի բնակչության վրա, առողջապահական ոլորտում դեռևս չի հաղթահարվել:**

## Կանխարգելիչ այցեր

Առողջության պահպանման համար կարևոր նշանակություն ունեն բնակչության կողմից իրականացվող կանխարգելիչ այցերը բուժհաստատություններ: Կանխարգելիչ այցերի կատարումը կախված է երկու հիմնական գործոններից: Նախ՝ բնակչության առողջապահական վարքի առանձնահատկությունից և երկրորդը՝ բնակչության վճարունակությունից՝ եթե այցերը կատարվում են մասնավոր (այսինքն վճարովի) բուժհիմնարկներ: Հարկ է նշել, որ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխություն կարելի է իրականացնել առողջապահության համակարգի առաջնային օղակի համապատասխան գործունեությամբ խթանելով բնակչության շրջանում կանխարգելիչ այցերի աճը: Դրա համար անհրաժեշտ է ինտենսիվացնել ընտանեկան բժիշկների և տեղամասային թերապևտների տնային կանխարգելիչ այցերը կամ իրենց տարածքի բնակչության կանչերը բուժհաստատություն՝ կանխարգելիչ գնման նպատակով:

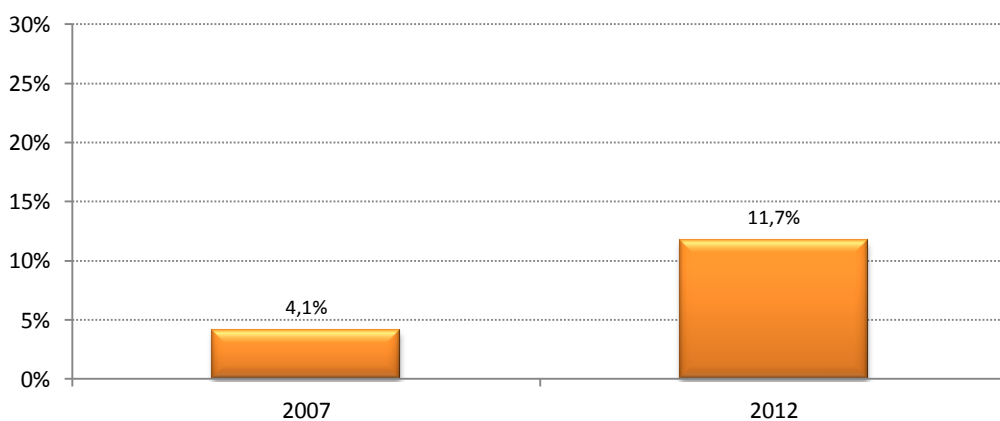
ԱՀԳԳ 2012 թ. հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բնակչության կանխարգելիչ այցերը 2009 թ. համեմատ աճել են 4.1%-ից մինչև 11.7% (Գծապատկեր 48):

**Թե ո՞ր բուժհիմնարկներն են դիմել հարցվածները կանխարգելիչ այցերով ներկայացված է Գծապատկեր 49-ում: Հայաստանի բնակչությունը կանխարգելիչ այցերով առավելապես դիմում է պոլիկլինիկա (դիմել է կանխարգելիչ այցեր կատարածների 33.2%-ը) և հիվանդանոց (28.3%): Երրորդ տեղում են ախտորոշիչ կենտրոնները (12.3%):**

Բնակչությունը կանխարգելիչ այցերի բացարձակ մեծամասնությունը՝ 64.2%-ը կատարել է սեփական նախաձեռնությամբ, բուժաշխատողի խորհրդին են հետևել 14.4%-ը, իսկ հարազատի կամ ընկերոջ խորհրդով կանխարգելիչ այցեր կատարել են հարցվածների 8.6%-ը:

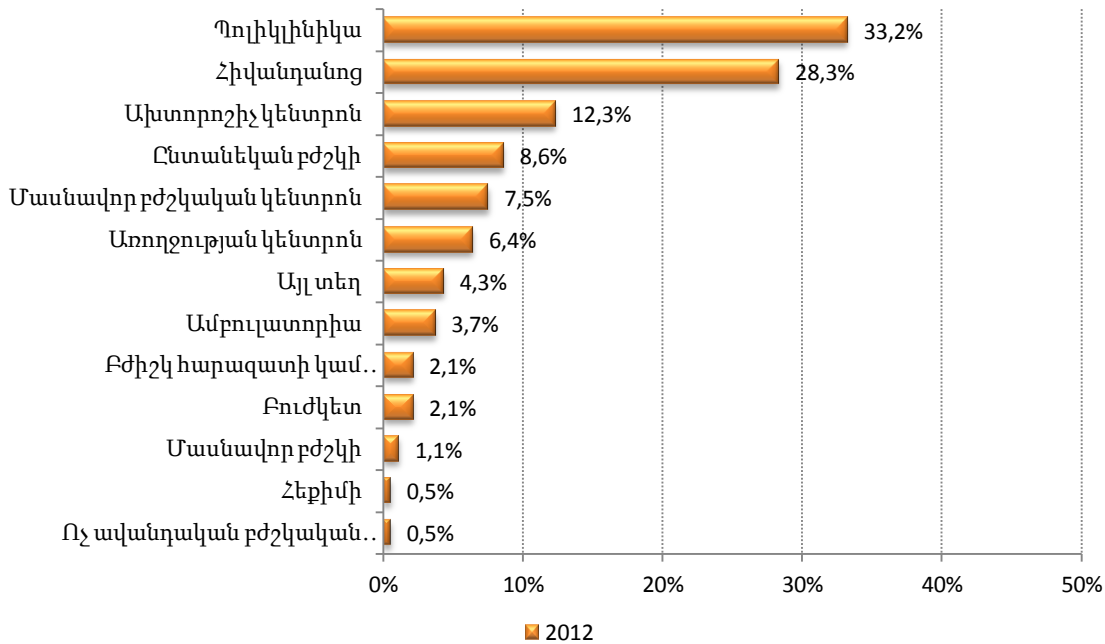
Կանխարգելիչ այցի արդյունավետության մասին կարելի է դատել այն հանգամանքից, որ այցերի 23.0%-ի դեպքերում անձի մոտ հայտնաբերվել են տարբեր հիվանդություններ:

**Գծապատկեր 48. Կանխարգելիչ այցեր, 2007, 2012 թթ.**



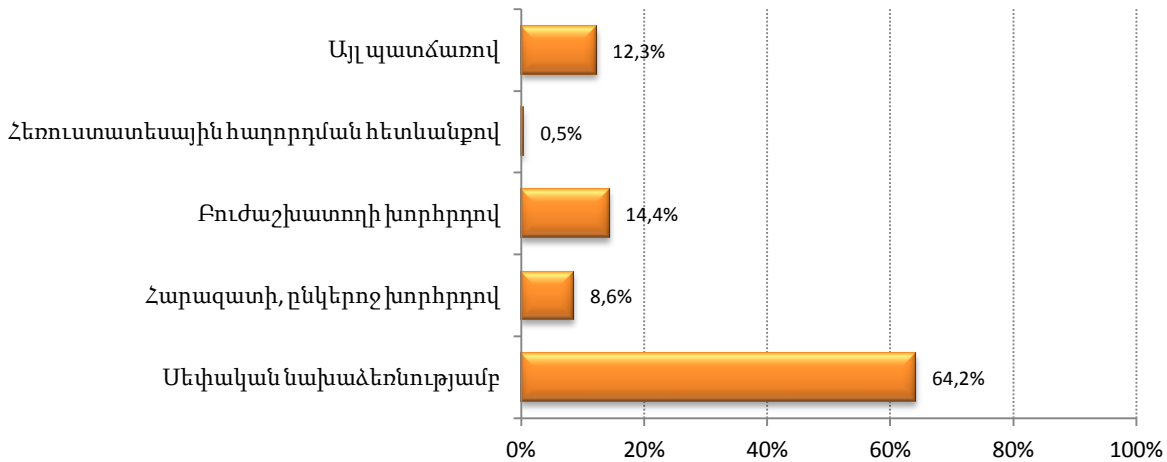
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2007, 2012

**Գծապատկեր 49. Կանխարգելիչ այցերն ըստ բուժհաստատությունների և մասնագետների**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Գծապատկեր 50. Կանխարգելիչ այցերն ըստ խորհուրդների, 2012 թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

### **Բուժաշխատողի տնային կանչեր**

2012 թ. վերջին 12 ամիսների ընթացքում տնային կանչեր են կատարել հարցվածների 7.4%-ը: Նրանց թվից՝ մեկ կանչ՝ 58.3%, երկու կանչ՝ 19.1%, երկուսից ավելի կանչ՝ 22.6%:

Թերապևտի կանչերը կազմել են բոլոր կանչերի 72.2%-ը, իսկ նեղ մասնագետի՝ 27.8%-ը:

Կանչերի 74.6%-ը եղել է հեռախոսային, իսկ 25.4%-ի դեպքում ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը գնացել է կանչը գրանցելու:

Կանչով կատարված այցերի 10.2% դեպքում կատարվել է վճարում:

Կանչի արդյունքում կատարված այցի համար վճարվել է 1000-ից 5000 դրամ:



## Տեղեկատվական բացեր

Անհրաժեշտ է ավելի խորն ուսումնասիրել բնակչության առողջապահական վարքը ինչպես առողջ ապրելակերպի, այնպես էլ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման տեսակետից: Դրա համար անհրաժեշտ է մշակել և ԱՀԳԳ զանգվածային հետազոտության հարցաթերթում ընդգրկել համապատասխան բաժիններ:

## Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>Առաջնային բուժօգնության սպառման վերականգնումը՝ 1990 թ. համեմատ, հետ է մնում հիվանդանոցային բուժօգնության սպառման մակարդակի վերականգնումից, ինչը նշանակում է, որ բնակչության շրջանում դեռևս տեղի չի ունեցել այնպիսի վարքագծային փոփոխություն, որպեսզի նրանք համապատասխան կերպով օգտվեն առաջնային բուժօգնությունից և իրենց առողջությունը չվատթարացնեն մինչև հիվանդանոցային բուժօգնության անհրաժեշտությունը:</p>	<p>Առաջնային առողջապահական համակարգում իրականացնել առողջության տարաբնույթ սկրինինգներ, որոնք զուգակցված են նաև առողջ ապրելակերպի և առողջության պահպանման վերաբերյալ համապատասխան տեղեկությունների հաղորդումով՝ անմիջապես կոնկրետ անձին:</p>
<p>Հոսպիտալացման մակարդակները Երևանին մոտ գտնվող մարզերում՝ Արագածոտն, Արարատ և Արմավիր, ինչպես նաև Վայոց Ձորում էականորեն չեն զիջում են Երևանի և մյուս մարզերի համապատասխան ցուցանիշներին:</p>	<p>Ուշադրություն դարձնել այդ մարզերի բազմապրոֆիլ հիվանդանոցների վիճակին և, եթե դրանք համապատասխանում են իրենց համար նախասահմանված չափանիշներին, ապա ստուգել այդ չափանիշների ադեկվատությունը և/կամ միջոցառումներ մշակել այդ մարզերի բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխության ուղղությամբ:</p>
<p>Հայաստանում առկա են գյուղական բազմաբնակավայր համայնքներ, որտեղ միայն մեկ բնակավայրում է առկա բուժկետ, ինչը նվազեցնում է առաջնային բուժօգնության մատչելիությունը այդ համայնքի մյուս բնակավայրերի բնակիչների համար:</p>	<p>Նույնականացնել այն բազմաբնակավայր համայնքները, որոնց միայն մեկ բնակավայրում է գտնվում բուժկետը և ուսումնասիրել յուրաքանչյուր բնակավայրում նոր բուժկետեր բացելու հնարավորության հարցը:</p>

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>2012 թ. 2007 և 2009 թթ. համեմատ աճել է բուժօգնության անմատչելիությունը: Ընդ որում, բացարձակ արժեքով աճել է ֆինանսական անմատչելիության հետևանքով բուժօգնության չդիմելը: Բուժօգնության անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմելու տարածվածությունը ամենաանբարեկեցիկ քվինտիլում 2.6 անգամ ավելի բարձր է, քան ամենաբարեկեցիկ քվինտիլում:</p>	<p>Քանի որ առաջնային բուժօգնությունն անվճար է, հետևաբար, ֆինանսական անմատչելիությունը վերաբերվում է առավելապես դեղերին: Անհրաժեշտ է ուսումնասիրել անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղորայք ստացող անձանց կազմը և թիվը, ինչպես նաև այն հարցը, թե արդյոք անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով տրվող դեղերը համապատասխանում են առաջնային օղակում հիմնականում նշանակվող դեղերին: Ուսումնասիրության նպատակը պետք է լինի ա) անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղորայք ստացողների թվաքանակի աճի հնարավորության և բ) ներկա պայմաններին անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով տրվող դեղերի ցանկի ադեկվատության գնահատումը:</p>

## 4. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ

### Բուժօգնության որակ ու անվտանգություն

Առողջապահական ծառայությունների որակի հետ կապված սույն բաժնում մասնավորապես դիտարկել ենք հետևյալ ինդիկատորները.

- Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման և բուժման արդյունավետություն, այդ թվում.
  - ✓ Կրծքագեղձի քաղցկեղ
  - ✓ Արգանդի վզիկի քաղցկեղ:
- Հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակ:

### Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն և բուժումը

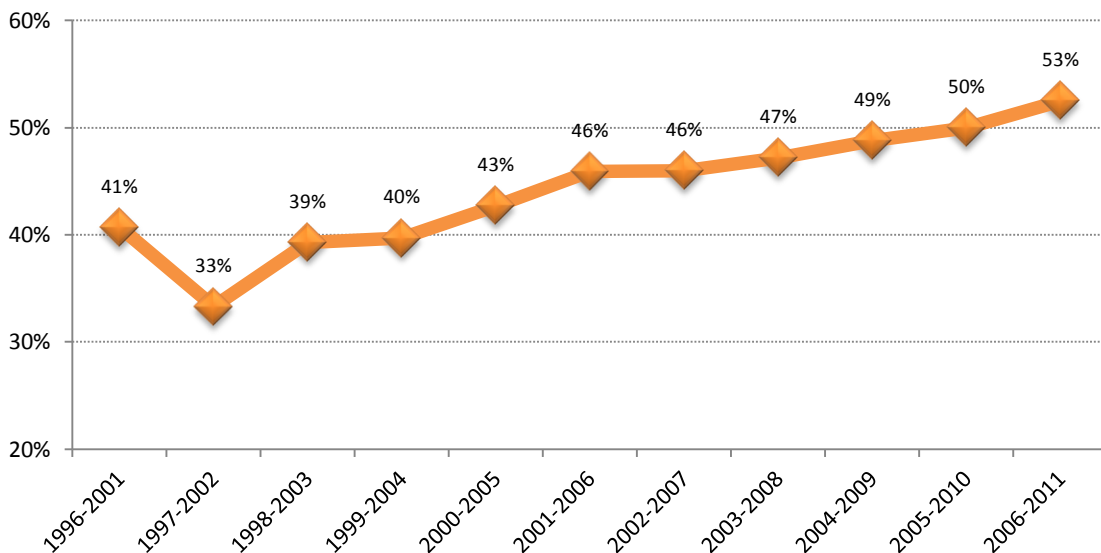
Չարորակ նորագոյացությունների վիճակագրությունը վարում է ՀՀ ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնը: Չարորակ նորագոյացությունների բուժման ինտեգրալ ցուցանիշ է.

- Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը: Ցուցանիշը վերաբերվում է կանանց (Գծապատկեր 51):

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ այս ցուցանիշը թեև դանդաղ, սակայն անշեղորեն աճում է սկսած 2002 թվականից: Արդյո՞ք այդ աճը կարելի է համարել բավարար՝ հարցին պետք է պատասխանեն համապատասխան մասնագետները:

#### Գծապատկեր 51. Կրծքագեղձի քաղցկեղ հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու

հավանականությունը, կանայք

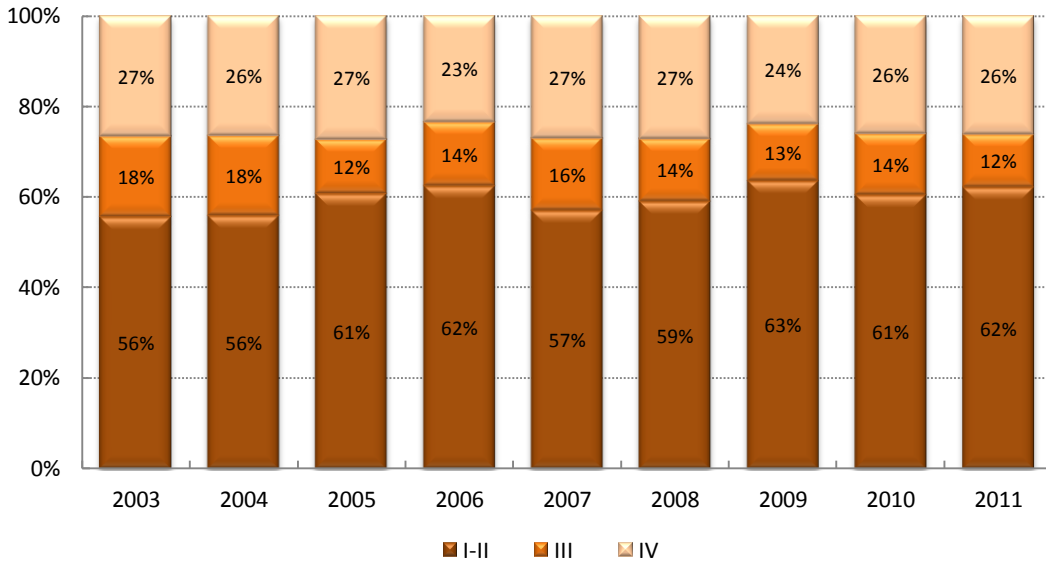


Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն

Այս ցուցանիշը կախված է կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումից և բուժման արդյունավետությունից: Փորձենք ստանալ հետևյալ հարցի պատասխանը, ո՞ր գործոնով է պայմանավորված ապրելիություն ցուցանիշի աճը՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումի՞ց, թե՞ բուժման արդյունավետությունից: Դրա մասին պատկերացում են տալիս Գծապատկեր 52-ի

տվյալները: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, թե հիվանդության որ փուլում են հայտնաբերվել կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերը 2003-2011 թթ. ընթացքում:

**Գծապատկեր 52. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն

Տվյալները հուշում են, որ սկսած 2005 թվականից կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերման ցուցանիշներն ըստ էության չեն փոխվել: Ինչպես 2005 թ., այնպես էլ 2011 թվականին դեպքերի 62%-ը հայտնաբերվել է I-II փուլերում, 12%-ը՝ III փուլում, իսկ 26%-ը՝ IV փուլում:

Հետևաբար.

- **Կանանց մոտ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման տեսակետից իրավիճակը Հայաստանում փոփոխություն չի կրել:**

Ստացված արդյունքից էլ անմիջականորեն բխում է, որ.

- **Կանանց մոտ կրծքագեղձի քաղցկեղով ապրելիության աճը պայմանավորված է բացառապես բուժման որակի աճով:**

Անշուշտ, ողջունելի է քաղցկեղի բուժման ոլորտում ցանկացած առաջընթաց: Մյուս կողմից, պետք է ենթադրել, որ Հայաստանում առկա է կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժման արդյունավետության բարձրացման նշանակալի պոտենցիալ, որը կապված է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման հետ: Հարկ է նշել, որ ցանկացած նոր տեխնոլոգիա ներդրման փուլում միշտ ավելի թանկ է, քան դրա նախորդը: Ուստի, պետք է ենթադրել, որ քաղցկեղի բուժման որակի աճը Հայաստանում զուգորդված է դրա գնի բարձրացմամբ:

Հետևաբար, քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ոլորտում առաջընթացը կարող է որակապես բարելավել քաղցկեղի բուժման արդյունավետությունը՝ էժանացնելով այն:

Այսինքն.

- **Քաղցկեղի վաղ հայտնաբերմանն ուղղված ֆինանսական միջոցները կարող են կրճատել կոնկրետ հիվանդի բուժման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների օգտագործումը և**

կիրառվել էլ՝ ավելի մեծ քանակով հիվանդների բուժման համար և, վերջին հաշվով, այդպիսի մոտեցումը կարող է ավելի մեծ արդյունք տալ, քան բուժման նոր տեխնոլոգիաների ներդրումը:

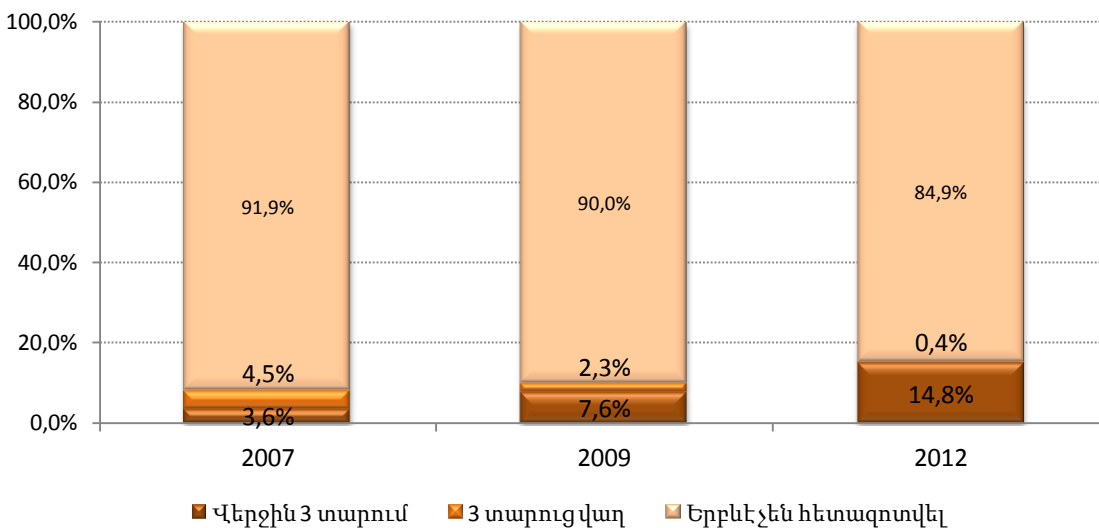
### Մամոգրաֆիկ հետազոտություններ

Կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս 30-60 տարեկան կանանց շրջանում երեք տարվա ընթացքում առնվազն մեկ անգամ կատարել մամոգրաֆիկ զննում:

- Հայաստանում 30-60 տարեկան վերջին երեք տարիների ընթացքում մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած կանանց քանակը աճել է 3.6%-ից մինչև 14.8% (Գծապատկեր 53), սակայն ակնհայտ է, որ այդ ցուցանիշը շատ հեռու է ԱՀԿ կողմից խորհուրդ տրվող ցուցանիշից:

Այսպիսով, չնայած մամոգրաֆիկ հետազոտությունների զծով Հայաստանում արձանագրվել է առաջընթաց, որը սակայն չի արտահայտվել կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշներում:

Գծապատկեր 53. Մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանայք



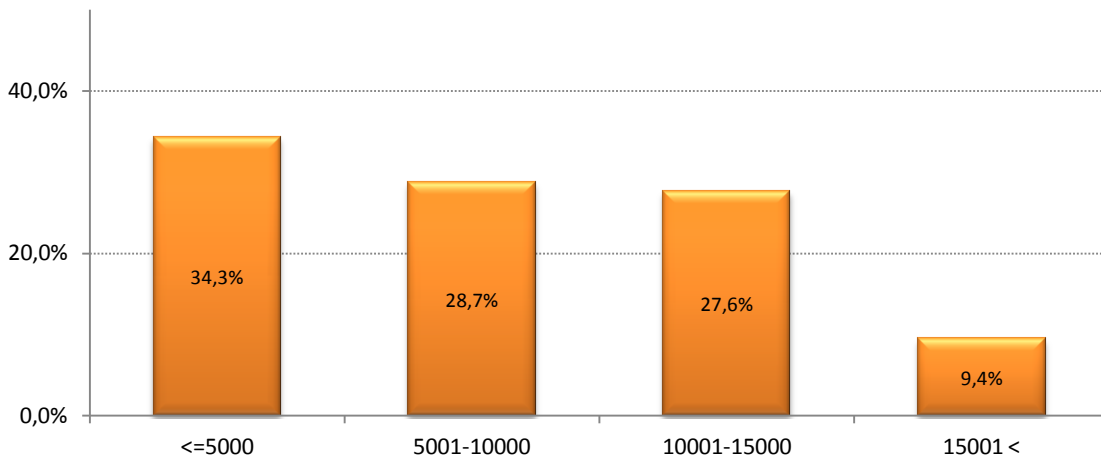
Ինչն է խանգարում մամոգրաֆիկ հետազոտությունների ԱՀԿ կողմից առաջարկվող մակարդակին հասնելուն: Չի բացառվում, որ դա պայմանավորված է մի կողմից մամոգրաֆիկ հետազոտություններ իրականացնելու սահմանափակ հնարավորություններով, իսկ մյուս կողմից՝ մամոգրաֆիկ հետազոտությունների Հայաստանի հասարակության համար բարձր գները: 2012 թ. ԱՀԳԳ հետազոտությամբ պարզվել է, որ մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած կանանց 77.6%-ը վճարել է հետազոտության համար, 17.8%-ը չի վճարել, իսկ 4.6%-ը դժվարացել է պատասխանել այդ հարցին:

Մամոգրաֆիկ հետազոտությունների համար կատարված վճարների բաշխումները տրված են Գծապատկեր 54-ում:

Քանի որ հարցումով հայտնաբերված դեպքերի քանակը փոքր է, այդ պատճառով հնարավոր չէ հավաստի կերպով գնահատել, թե որ գործոնն է առավել նշանակալի կերպով խոչընդոտում մամոգրաֆիկ հետազոտությունների քանակի աճին:

- մամոգրաֆիկ հետազոտությունների տեխնիկական սահմանափակումները (մարդիկ շատ են՝ մասնագետները՝ քիչ),
- ֆինանսական անմատչելիությունը,
- ֆիզիկական մատչելիությունը (հետազոտման տեղը հեռու է),
- տեղեկատվական անմատչելիությունը:

Գծապատկեր 54. Մամոգրաֆիկ հետազոտության վճարումներ



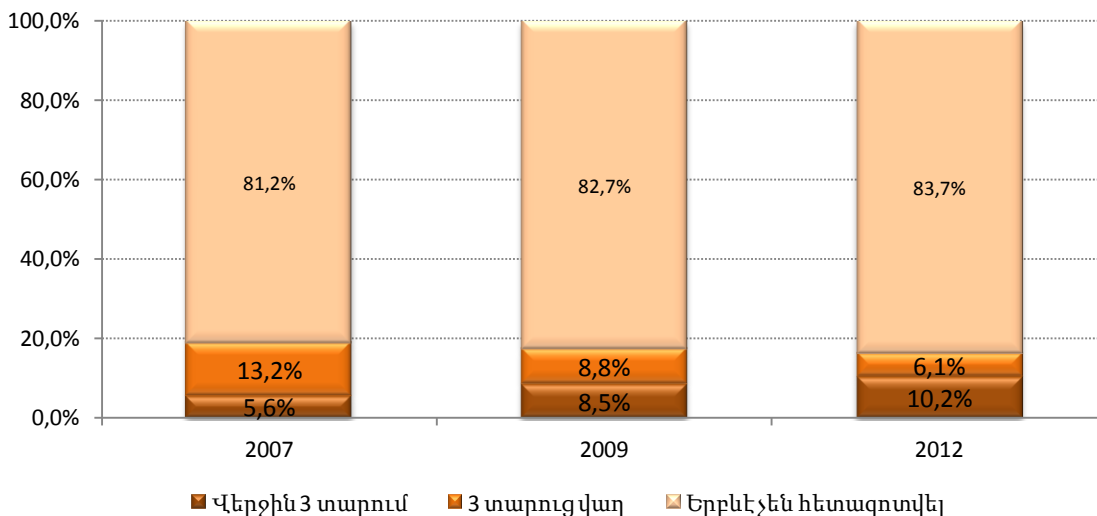
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

### ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն

Արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման համար ԱՀԿ-ն խորհուրդ է տալիս, որպեսզի 30-60 տարեկան կանայք անցնեն ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն առնվազն երեք տարին մեկ անգամ:

- Այս ցուցանիշը Հայաստանում 2007-2012 թթ. ընթացքում աճել է 5.6%-ից մինչև 10.2% (Գծապատկեր 55), սակայն այն դեռևս շատ ցածր է մնում խորհուրդ տրվող մակարդակից:

Գծապատկեր 55. ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց տոկոսը, 2007, 2009 և 2012 թթ.

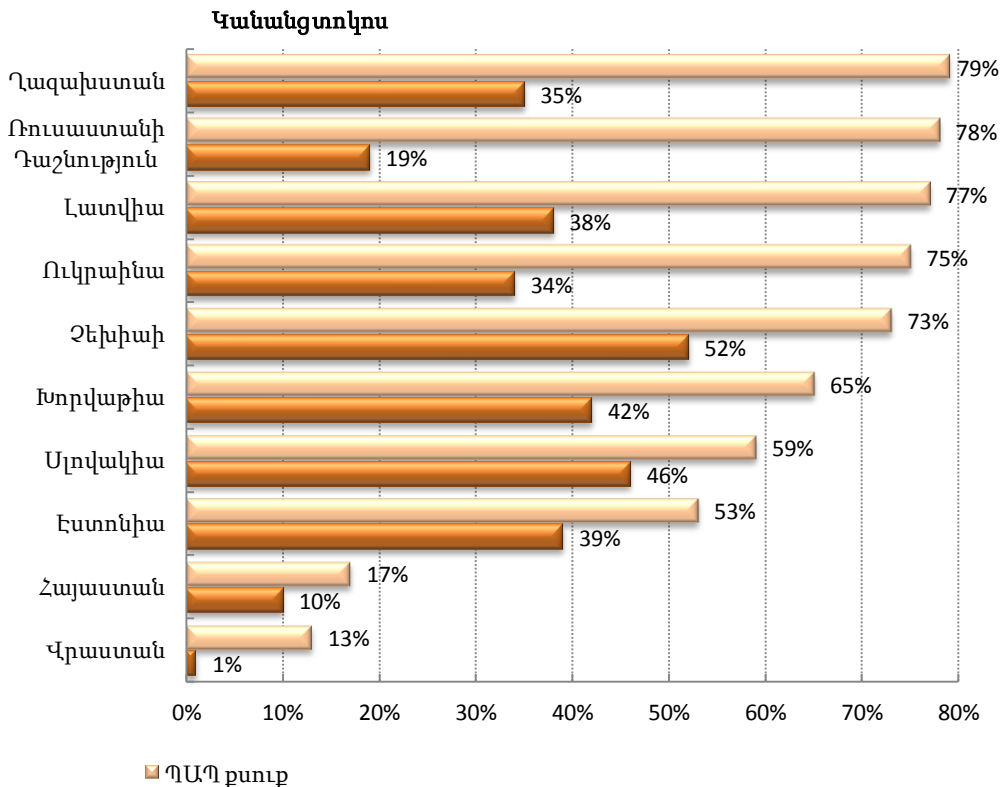


Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

ՊԱՊ քուրքի հետազոտության համար վճարել են հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց 59.4%-ը, չեն վճարել 40.6%-ը, դժվարացել են պատասխանել այդ հարցին 0.9%-ը:

Այժմ համեմատենք մամոգրաֆիկ և ՊԱՊ քուրքի հետազոտությունների իրականացման մակարդակները Հայաստանում և մի քանի այլ երկրներում և դրանց խմբերում: Չնայած տվյալները բավական հին են, այնուամենայնիվ Հայաստանի դիրքն այդ պրոֆիլում նույնիսկ 2012 թ. տվյալներով, թույլ է տալիս եզրակացնել, որ Հայաստանում առկա են այդ հետազոտությունների իրականացման շրջանակները լայնացնելու խնդիր (Գծապատկեր 56):

**Գծապատկեր 56. Մամոգրաֆիկ և ՊԱՊ քուրքի հետազոտություն անցած կանանց տոկոսը, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2000-2006 թթ.**



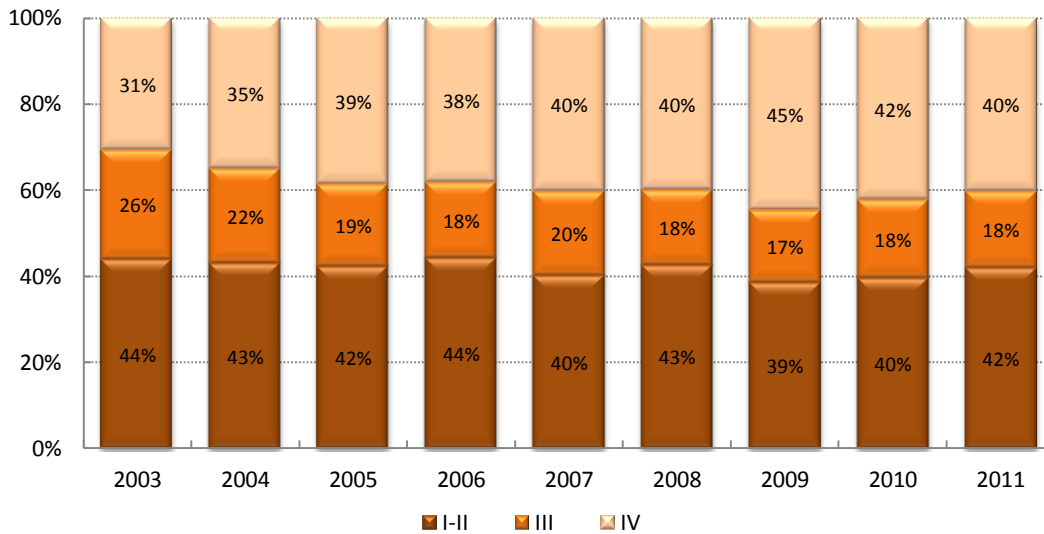
Աղբյուր՝ ԱՀԿ, 2008

### Քաղցկեղների վաղ հայտնաբերում

Բոլոր տիպի քաղցկեղների հայտնաբերման ցուցանիշների (Գծապատկեր 57) դիտարկումը փաստում է, որ դրանք սկսած 2003 թվականից ոչ միայն չեն բարելավվել, այլ հակառակը՝ վատթարացել են: Մասնավորապես, 2003 և 2011 թվականներին I-II փուլերում են հայտնաբերվել քաղցկեղների համապատասխանաբար 44% և 42%-ը, սակայն IV փուլում 2003 թ. հայտնաբերվել է քաղցկեղների 31%-ը, իսկ 2011 թվականին՝ 40%-ը: Հետևաբար.

- քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման խնդիրը չի բարելավվում և նույնիսկ վատթարացել է բոլոր տեսակի քաղցկեղների հայտնաբերման ոլորտում, այսինքն՝ հանդիսանում է համակարգային խնդիր:

**Գծապատկեր 57. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, բոլոր տեսակի քաղցկեղներ, 2003-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2012

### Հիվանդանոցային մահաբերություն

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

Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը 1990-2011 թթ. ընթացքում տրված է Գծապատկեր 58-ում: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2001-2011 թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, այսինքն՝ հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի աճ: Մյուս կողմից 2007-2011 թթ. ընթացքում ցուցանիշի բարելավում տեղի չի ունեցել:

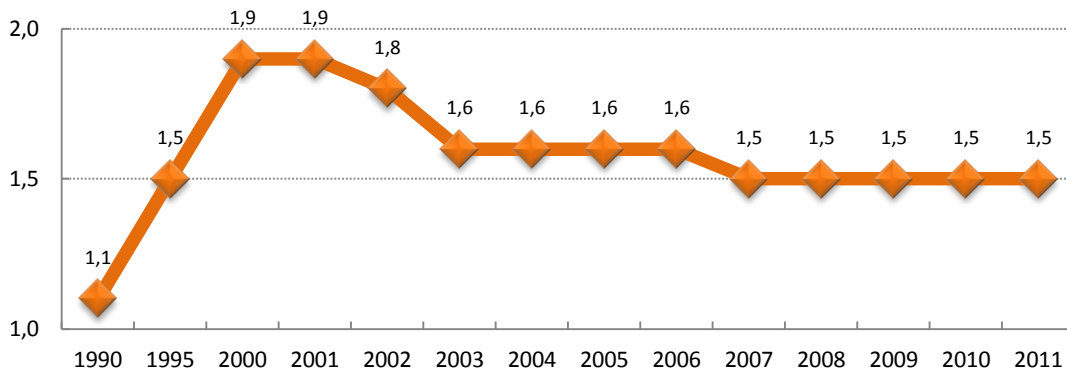
Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդացությունների (Գծապատկեր 59), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները.

- Մահաբերությունը ուղեղի անոթային հիվանդություններից և սրտամկանի սուր ինֆարկտից մի կողմից առավել բարձր է, իսկ մյուս կողմից՝ առավել անկայունը: Վերջին չորս տարիների ընթացքում (2008-2011 թթ.) այդ ցուցանիշներն անընդհատ տատանվել են:
- Մահաբերության նվազման բարենպաստ և մոնոտոն նվազման միտում է ունեցել մահաբերությունը այրվածքներից՝ 2004-2011 թթ. ընթացքում:
- Շատ թույլ արտահայտված մահաբերության նվազում է դիտվում շաքարային դիաբետից և ստրեբկուլոզից:

Այսպիսով կարելի է եզրակացնել, որ հիվանդանոցային մահաբերության հետ կապված խնդիրների լուծման ոլորտում անհրաժեշտ է ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել Հայաստանում առավել տարածված և հիվանդանոցային մահաբերության ամենամեծ մակարդակ ունեցող ուղեղի անոթային հիվանդությունների և սրտամկանի սուր ինֆարկտի հիվանդանոցային բուժման հետ կապված հարցերին:

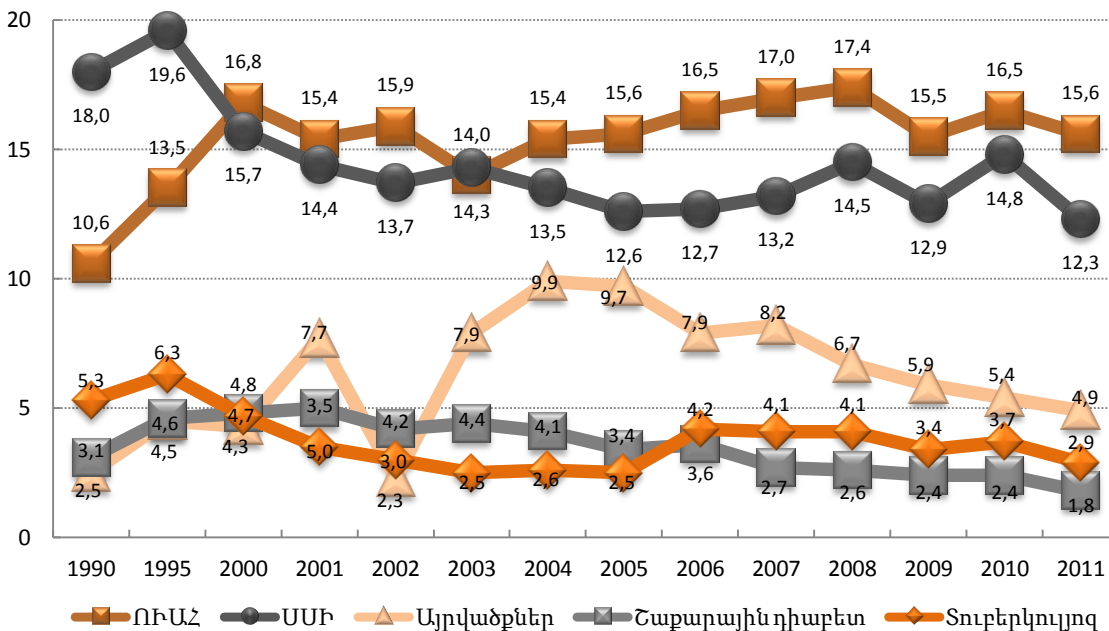


**Գծապատկեր 58. Հիվանդանոցային մահաբերություն 100 ընդունվածների հաշվով, բոլոր դեպքերը, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 59. Հիվանդանոցային մահաբերություն 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



ՌԻԱՀ - Ռեդեղի անոթային հիվանդություններ, ՍՄԻ - Սրտամկանի սուր ինֆարկտ

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

### **Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների վաղ հայտնաբերում և բուժում ԱԱՊ օղակում**

Քանի որ Հայաստանում առավել բարդ է իրավիճակն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների գծով, հետևաբար, անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել դրանց հետ կապված հետևյալ հարցերին.

Որքանո՞վ է առաջնային բուժօգնության օղակն արդյունավետ հայտնաբերում և վերահսկում այդ հիվանդությունների առաջացմանը նպաստող և այդ հիվանդություններն ուղեկցող ռիսկի գործոնները, մասնավորապես.

- զարկերակային բարձր ճնշումը,
- արյան մեջ քոլեստերինի բարձր մակարդակը,
- արյան մեջ գլյուկոզայի բարձր մակարդակը:

## Գերճնշման վերահսկում

Ինչպես արդեն գիտենք հարցման ընթացքում իրականացված չափումների արդյունքում ստացվել է, որ Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 33.8%-ն ունի արյան բարձր ճնշում: Ընդ որում, բնակչության 16.4%-ն, ունի արյան բարձր ճնշում, սակայն տեղյակ չէ դրա մասին (Աղյուսակ 24): Այսինքն.

- **Զարկերակային բարձր ճնշման դեպքերի կեսն ունի թաքնված բնույթ:**

Մյուս կողմից, բնակչության 73.0%-ը համարում է, որ չունի բարձր զարկերակային ճնշում, սակայն այդ հարցում համապատասխանում է իրականությանը 56.7%-ի կարծիքը: Այս արդյունքը հարաբերական թվերով ներկայացնելու դեպքում ստացվում է, որ.

- **22.4 %-ն այն անձանց, ովքեր կարծում են, թե չունեն բարձր զարկերակային ճնշում, իրականում սխալվում են այդ հարցում:<sup>18</sup>**

### Աղյուսակ 24. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածություն

		Զարկերակային ճնշման չափումների արդյունքը	
		Չունի ՁԲՃ(%)	Ունի ՁԲՃ(%)
Զարկերակային գերճնշում	Համարում են, որ չունեն զարկերակային բարձր ճնշում	56.7	16.4
	Չգիտեն, թե արդյոք ունեն ՁԲՃ	1.3	0.9
	Ինքնուրույնաբար ախտորոշել են, որ ունեն ՁԲՃ	2.3	2.6
	Գերճնշումը ախտորոշել է բուժաշխատողը, սակայն չեն հիշում, արդյոք նշանակվել է բուժում	0.1	0.1
	Գերճնշումը ախտորոշել է բուժաշխատողը, սակայն նշանակումներ չի կատարել	1.3	2.0
	Գերճնշումը ախտորոշել է բուժաշխատողը և կատարել է նշանակումներ	4.5	11.8
	Ընդամենը	66.2	33.8

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Հարցմանը նախորդած վերջին 12 ամիսների ընթացքում բուժաշխատողների կողմից չափվել է Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 52.0%-ի զարկերակային ճնշումը և բնակչության 19.1%-ի մոտ հայտնաբերվել է զարկերակային բարձր ճնշում (Աղյուսակ 25):

- **Այսինքն, առողջապահական համակարգի կողմից վերջին 12 ամիսների ընթացքում զարկերակային բարձր ճնշման հայտնաբերման մակարդակը մոտավորապես կազմել է իրական թվի 56.5%-ը:<sup>19</sup>**

<sup>18</sup>  $(16.4/73.0)*100\% = 22.4\%$

<sup>19</sup> Զարկերակային բարձր ճնշում ունեին բնակչության 33.8%-ը, իսկ վերջին 12 ամիսների ընթացքում առողջապահական համակարգը հայտնաբերել է 19.1%: Այսինքն՝  $(19.1/33.8)*100\%$ : Այս գնահատականը մոտավոր է,

**Աղյուսակ 25. Գերձնշման հայտնաբերման ինտենսիվությունը**

		ԶԲՃ առկայություն (գերձնշում)		
		Ոչ(%)	Այո(%)	ԴՊ. (%)
Զարկերակային չափման ժամանակացույցը բուժաշխատողի կողմից	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում	32.2	19.1	0.7
	1-3 տարի առաջ	8.4	1.7	0.1
	4-5 տարի առաջ	5.1	0.4	0.0
	Ավելի քան 5 տարի առաջ	1.7	0.2	0.0
	Չեն հիշում, թե երբ	0.5	0.0	0.0
	Չեն հիշում արդյոք երբևէ չափվել է բուժաշխատողի կողմից	0.9	0.1	0.4
	Երբևէ չի չափվել բուժաշխատողի կողմից	24.0	3.2	1.2
<b>Ընդամենը</b>		<b>72.8</b>	<b>24.7</b>	<b>2.4</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Բնակչության 19.7%-ի մոտ զարկերակային բարձր ճնշումը հայտնաբերել է բուժաշխատողը, ընդ որում 16.4%-ին (կամ՝ 83.2% դեպքերում) տվել է խորհուրդներ, իսկ 14.9%-ին (կամ՝ 75.6% դեպքերում) կատարել դեղորայքային նշանակումներ:

Բժշկի կողմից տրվող խորհուրդները ներկայացված են Աղյուսակ 26-ում:

**Աղյուսակ 26. Բժշկի կողմից տրվող խորհրդատվություններ զարկերակային բարձր ճնշման մասին**

Խորհուրդը	Խորհուրդ է տվել(%)	Ներկայում կատարում են խորհուրդները(%)	Խորհուրդների հետևելու տոկոսը(%)
Նվազեցնել կամ հսկել քաշը	55.6	39.3	70.6
Նվազեցնել կերակրի աղի օգտագործումը	67.6	50.7	74.9
Ավելի շատ շարժվել	69.9	34.2	48.9
Նվազեցնել ալկոհոլի օգտագործումը	32.5	18.6	57.0
Թողնել ծխելը	28.0	14.6	52.3

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

- Հասկանալի է, որ այդ խորհուրդներին հարցման պահին շարունակում էին հետևել բավական քիչ քանակով հիվանդներ: Ընդ որում ամենից հաճախ հիվանդներն անտեսել են ավելի շատ շարժվելու, ծխելը թողնելու և ալկոհոլի օգտագործումը նվազեցնելու խորհուրդները:

Նշանակված դեղորայքի արդյունավետության մասին կարելի է պատկերացում կազմել Աղյուսակ 27-ի տվյալներից, որը ցույց է տալիս, թե արդյո՞ք դեղորայքի օգտագործումը (հարցմանը նախորդող 24 ժամվա ընթացքում) կարգավորում է զարկերակային ճնշումը: Պարզվում է, որ.

քանի որ հնարավոր են դեպքեր, երբ զարկերակային բարձր ճնշումն առաջացել է վերջին 12 ամսվա ընթացքում բուժաշխատողի կողմից այն չափելուց հետո: Սակայն, մյուս կողմից, հնարավոր են դեպքեր, երբ վերջին 12 ամիսների ընթացքում բուժաշխատողը հայտնաբերել է զարկերակային բարձր ճնշումը, սակայն հարցման ընթացքում իրականացված չափումներում զարկերակային բարձր ճնշում չի հայտնաբերվել: Հետևաբար, գնահատականի շեղումները երկկողմանի են, ուրեմն՝ գնահատականը կարելի է համարել աղեկվատ:

- վերջին 24 ժամվա ընթացքում զարկերակային ճնշումը կարգավորող դեղորայք ընդունած անձանց 79.2%-ի մոտ հարցման ընթացքում չափումների արդյունքում այնուամենայնիվ հայտնաբերվել է զարկերակային բարձր ճնշում,
- իսկ վերջին 24 ժամվա ընթացքում ճնշումը կարգավորող դեղորայք չընդունած անձանց 60.7%-ի մոտ է հայտնաբերվել զարկերակային բարձր ճնշում:

**Աղյուսակ 27. Գերճնշման դեղորայքային բուժում**

		Վերջին 24 ժամվա ընթացքում ՋԲՃ դեղորայքի օգտագործում		Ընդամենը(%)
		Ոչ(%)	Այո(%)	
Հարցման ընթացքում կատարված չափումների արդյունքում հարցվողը`	... չունեն ՋԲՃ	39.3	20.8	27.6
	... ունեն ՋԲՃ	60.7	79.2	72.4

Աղբյուր` ԱՀԳԳ, 2012

Այս արդյունքներից կարելի է եզրակացնել, որ.

- **Ջարկերակային ճնշումը կարգավորող դեղորայքի արդյունավետությունը բավականին ցածր է:**

Ինչ վերաբերվում է երկրորդ արդյունքին, ապա կարելի է ենթադրել, որ.

- **ԶԳ հիվանդները հիմնականում անկանոն են օգտագործում հակահիպերտենզիվ դեղամիջոց:**

Մտահոգիչ է այն փաստը, որ երբ նրանք իրենց «լավ են» զգում, ապա դեղորայք չեն օգտագործում: Սակայն, այդ «լավ» զգալը պարզապես նրանց ենթադրությունն է, քանի որ դեղորայք չընդունածների մեծամասնության` 60.7%-ի մոտ, այնուամենայնիվ, հայտնաբերվել է զարկերակային բարձր ճնշում:

Այսպիսով, գերճնշման բուժումը կամ զարկերակային բարձր ճնշման կարգավորումը ունի նշանակալի բարելավման կարիք: Ընդ որում բարելավման կարիք ունեն հատկապես հետևյալ երեք բաղադրիչները.

- **զարկերակային բարձր ճնշման վաղ հայտնաբերումը,**
- **առավել արդյունավետ բուժման մոտեցումների կիրառումը,**
- **բուժման ընթացքի վերահսկողությունը:**

Հարց է առաջանում, արդյո՞ք հիվանդի «կարգապահության» բարձրացումը առողջապահական համակարգի ֆունկցիան է:

Պարզվում է, որ հարցման ընթացքում չափումների արդյունքում հայտնաբերված զարկերակային բարձր ճնշումով անձանց շրջանում դեպրեսիան կրկնակի ավելի հաճախակի է հանդիպում, քան բարձր ճնշում չունեցողների մոտ (Աղյուսակ 28): Չի բացառվում, որ զարկերակային բարձր ճնշման պատճառների շարքում է նաև դեպրեսիան, որը ոչ միայն նպաստում է այդ հիվանդության առաջխաղացմանը, այլև ուղեկցում է այն անտարբերություն առաջացնելով սեփական անձի և առողջության նկատմամբ, ինչն էլ այդ մարդուն վերածում է «անկարգապահ» հիվանդի: Հետևաբար, հիվանդի կողմից դեղերի օգտագործման և նշանակումների իրականացման վերահսկողությունն անհրաժեշտ է ընդգրկել առաջնային օղակի բժիշկների պարտականությունների ցանկում:

**Աղյուսակ 28. Զարկերակային բարձր ճնշման և հոգեկան ընկճվածության փոխկապակցվածություն**

	Զարկերակային բարձր ճնշում			
		Չունի ՋԲՃ (%)	Ունի ՋԲՃ (%)	Ընդամենը (%)
Հոգեկան ընկճվածություն՝ դեպրեսիա	Ոչ	82.8	71.7	79.0
	Այո	17.2	28.3	21.0

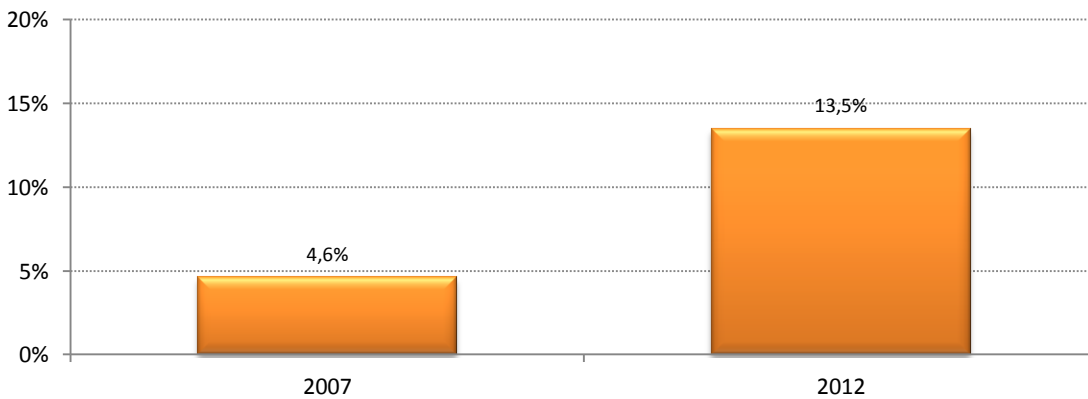
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Քուլեստերինի մակարդակի վերահսկում**

Քուլեստերինի բարձր մակարդակը, եթե միաժամանակ անձի մոտ առկա են նաև առողջության այլ ռիսկի գործոններ, մասնավորապես՝ զարկերակային բարձր ճնշում, ծխախոտի օգտագործում, գլյուկոզայի բարձր մակարդակ, բազմակի բարձրացում է ոչ վարակիչ հիվանդությունների և նրանցից սրտանոթային բարդությունների առաջացման հավանականությունը, մասնավորապես՝ Հայաստանում ամենից տարածված արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, շաքարային դիաբետը և քաղցկեղները: Այդ պատճառով քուլեստերինի բարձր մակարդակի վաղ հայտնաբերումը և վերահսկումը կարևոր նշանակություն ունեն այդ հիվանդությունների կանխարգելման տեսակետից:

Հայաստանի 20 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում վերջին 12 ամսվա ընթացքում քուլեստերինի մակարդակի չափումները նշանակալի աճել են՝ 2007 թ. 4.6%-ից մինչև 2012 թ.ին՝ 13.5% (Գծապատկեր 60):<sup>20</sup>

**Գծապատկեր 60. Քուլեստերինի մակարդակի չափումները Հայաստանի 20 և ավելի տարիքի անձանց շրջանում 2007 և 2012 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Բնակչության շրջանում առողջապահական համակարգի կողմից քուլեստերինի մակարդակի չափումներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի ներկայացված է Աղյուսակ 29-ում:

<sup>20</sup> 2009 թ. հետաոտության հարցաշարում քուլեստերինի վերաբերյալ հարցերը բացակայում էին:

**Աղյուսակ 29. Քոլեստերինի մակարդակի վերահսկում**

		Քոլեստերինի մակարդակի չափումներ					
		Վերջին 1 տարվա ընթացքում (%)	1-3 տարի առաջ (%)	4-5 տարի առաջ (%)	Ավելի քան 5 տարի առաջ (%)	Երբևէ չի չափվել (%)	ԴՊ (%)
Սեռ	Իգական	13.1	4.7	1.4	1.0	79.6	0.3
	Արական	12.7	3.8	1.0	0.0	81.9	0.7
Տարիքային խմբեր	15-19	7.6	0.0	0.0	0.0	92.4	0.0
	20-29	4.9	2.8	0.8	0.0	90.5	1.0
	30-39	5.0	2.6	0.5	0.8	91.1	0.0
	40-49	17.5	5.3	0.7	1.2	74.8	0.5
	50-59	21.2	7.3	1.0	0.4	69.8	0.3
	60-69	23.3	7.3	5.3	0.5	63.4	0.3
	70 +	20.3	5.7	3.0	1.0	69.4	0.5
Բնակավայր	Երևան	20.2	7.0	1.7	0.3	70.7	0.0
	Քաղաք	10.4	3.9	0.9	0.9	82.8	1.1
	Գյուղ	8.7	2.2	1.0	0.4	87.4	0.3
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	16.7	3.6	0.9	0.6	77.8	0.3
	II Ցածր	12.2	4.3	1.0	0.5	82.0	0.0
	III Միջին	11.2	3.5	1.1	0.6	82.8	0.7
	IV Բարձր	11.1	3.9	1.0	0.9	82.2	0.8
	V Ամենաբարձր	14.0	5.8	1.9	0.1	77.9	0.2
	Ընդամենը	12.9	4.3	1.2	0.5	80.6	0.4

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Աղյուսակի տվյալներով քոլեստերինի մակարդակը առավել ակտիվորեն վերահսկվել է 40 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում, այսինքն առավել բարձր ռիսկի տարիքային խմբերում: Հարկ է նշել, որ.

- Քոլեստերինի մակարդակի վերահսկումն առավել բարձր է ամենաանբարեկեցիկ քվինտիլում, որում վերջին 1 տարվա ընթացքում քոլեստերինի մակարդակը չափվել է նրանց 16.7%-ի մոտ:
- Սակայն քոլեստերինի մակարդակի վերահսկման տեսակետից առկա է անհավասարություն ըստ բնակավայրի տիպի: Եթե Երևանում վերջին 1 տարվա ընթացքում քոլեստերինի մակարդակը չափվել է բնակչության 20.2%-ի, մոտ, ապա մարզային քաղաքներում՝ 10.4%, իսկ գյուղերում՝ 8.7%:

Վերջին 12 ամիսներին քոլեստերինի մակարդակը չափած բնակչության (որոնց քանակը 12.9% է) 37.3%-ի մոտ հայտնաբերվել է քոլեստերինի բարձր մակարդակ (Աղյուսակ 30), իսկ մեկից ավելի տարի առաջ քոլեստերինի մակարդակը չափած բնակչության շրջանում՝ (որոնց քանակը 6.0% է) այն առկա է եղել 21.6%-ի մոտ:

**Աղյուսակ 30. Քոլեստերինի մակարդակի չափում**

Քոլեստերինի մակարդակի վերջին ստուգման ժամկետը	Բուժաշխատողի կողմից քոլեստերինի բարձր մակարդակի մասին տեղեկացում		
	Ոչ(%)	Այո(%)	ԴՊ. (%)
Մինչև 1 տարի	61.8	37.3	.9
1-ից ավելի տարի առաջ	76.3	21.6	2.1
Ընդամենը	67.2	31.6	1.3

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Վերլուծենք վերջին 12 ամսվա ընթացքում քոլեստերինի մակարդակը ստուգած անձանց բուժման ընթացքը:<sup>21</sup> Քոլեստերինի բարձր մակարդակ հայտնաբերված անձանց բժիշկը խորհուրդներ է տվել կամ նշանակումներ կատարել 79.1%-ի դեպքում: Տրված խորհուրդները ներկայացված են Աղյուսակ 31-ում:

**Աղյուսակ 31. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում քոլեստերինի բարձր մակարդակ հայտնաբերելու դեպքում բժշկի կողմից տրված խորհուրդները, 2012 թ.**

	Այո
Դեղորայքային բուժում	79.9%
Նվազեցնել կամ հսկել քաշը	71.5%
Նվազեցնել կերակրի աղի օգտագործումը	78.7%
Բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը	71.9%
Նվազեցնել ալկոհոլի օգտագործումը	39.4%
Թողնել ծխելը	42.1%
Կարգավորել սննդակարգը	82.8%
Տրվել է այլ խորհուրդ կամ կատարվել այլ նշանակում	35.8%

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Դեղորայքային բուժում է նշանակվել դեպքերի 79.9%-ում, սակայն հարցման փուլում դեղորայք էին ընդունում այդ անձանց 44.5%-ը:

Նշանակված դեղորայքի արդյունավետության մասին պատկերացում է տալիս դեղորայք ընդունողների մոտ քոլեստերինի մակարդակի կարգավորման վիճակագրական թեստավորումը:

Քոլեստերինի կարգավորման համար դեղորայք են ընդունում 26 անձ, որոնցից 23-ի մոտ դեղորայքի ազդեցության տակ քոլեստերինի մակարդակը կարգավորվում է, իսկ 3-ի մոտ՝ չի կարգավորվում: Բինոմական թեստի միջոցով գնահատվել է, որ դեղորայքի ընդունումը կարգավորում է քոլեստերինի մակարդակը 73%-97% դեպքում:<sup>22</sup>

### Գլյուկոզայի մակարդակի վերահսկում

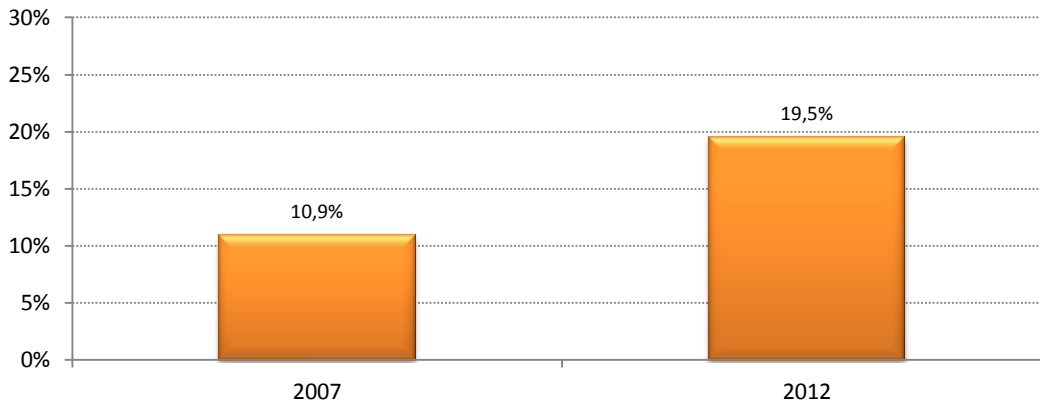
Հայաստանի 20 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում վերջին 12 ամսվա ընթացքում գլյուկոզայի մակարդակի չափումները նշանակալի աճել են՝ 2007 թ. 10.9%-ից մինչև 2012 թ.ին՝ 19.5% (Գծապատկեր 61):<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Այդ անձանց փոքր քանակի պատճառով՝ ընդամենը 77 անձ, տվյալների վիճակագրական նշանակալիությունը և հավաստիությունը ցածր է: Տվյալներն ունեն միայն կողմնորոշիչ բնույթ:

<sup>22</sup> Ավելի ճշգրիտ գնահատականը հնարավոր չէ թեստավորվող դեպքերի փոքր քանակի պատճառով:

<sup>23</sup> 2009թ. հետազոտության հարցաշարում գլյուկոզայի մակարդակի վերաբերյալ հարցերը բացակայում էին:

**Գծապատկեր 61. Գյուկոզայի մակարդակի չափումները Հայաստանի 20 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում 2007 և 2012 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Բնակչության շրջանում առողջապահական համակարգի կողմից գյուկոզայի մակարդակի չափումներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի ներկայացված է Աղյուսակ 32-ում:

**Աղյուսակ 32. Գյուկոզայի մակարդակի վերահսկումը առողջապահական համակարգի կողմից, 2012 թ. 15 և բարձր տարիքի բնակչություն**

		Գյուկոզայի մակարդակի չափումներ						
		Վերջին 1 տարվա ընթացքում (%)	1-3 տարի առաջ (%)	4-5 տարի առաջ (%)	Ավելի քան 5 տարի առաջ (%)	Երբեք չի չափվել (%)	Չի հիշում, արդյոք երբևէ չափվել է (%)	Չի հիշում թե երբ է չափվել (%)
Սեռ	Իգական	20.4	7.0	3.1	1.7	64.7	2.4	0.7
	Արական	16.5	6.0	2.5	1.0	71.5	1.7	0.7
Տարիքային խմբեր	15-19	10.5	3.5	0.0	0.0	86.0	0.0	0.0
	20-29	9.4	5.9	2.4	0.8	76.6	3.9	1.0
	30-39	10.9	6.4	3.5	2.7	74.5	1.1	0.9
	40-49	24.6	7.4	3.4	2.0	60.8	0.6	1.1
	50-59	26.5	7.0	2.1	0.4	62.2	1.7	0.2
	60-69	29.7	8.7	3.9	1.4	52.5	3.3	0.5
	70 +	28.9	7.4	4.8	2.3	51.7	4.2	0.8
Բնակավայր	Երևան	29.6	10.8	3.2	1.2	54.5	0.3	0.4
	Քաղաք	15.4	4.7	3.4	2.1	70.3	2.8	1.3
	Գյուղ	11.8	4.4	2.0	0.9	77.3	3.0	0.5
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	20.4	5.7	3.1	1.6	65.3	3.4	0.6
	II Ցածր	18.7	6.3	2.1	1.4	68.2	2.6	0.7
	III Միջին	17.5	6.6	1.4	1.7	70.4	1.2	1.3
	IV Բարձր	16.9	6.9	3.6	1.1	68.6	1.9	1.0
	V Ամենաբարձր	19.9	7.0	3.9	1.2	66.3	1.7	0.0
	<b>Ընդամենը</b>	<b>18.6</b>	<b>6.6</b>	<b>2.8</b>	<b>1.4</b>	<b>67.8</b>	<b>2.1</b>	<b>0.7</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012



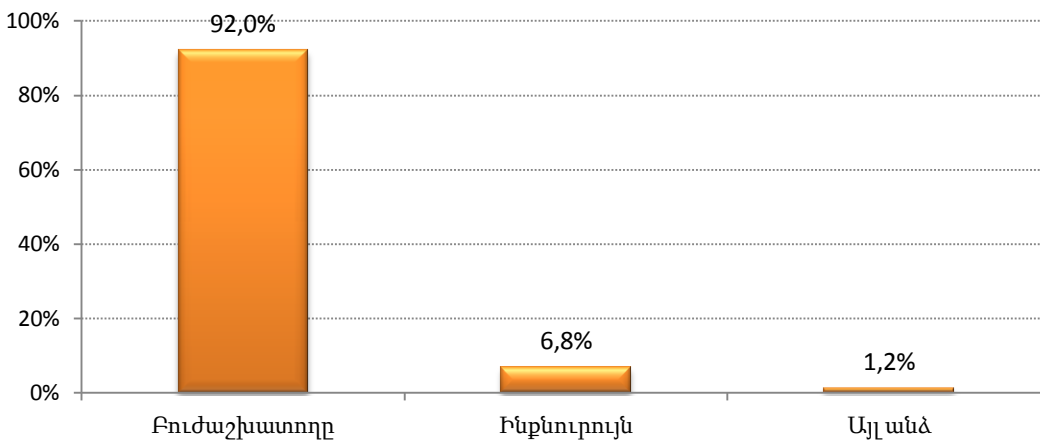
Աղյուսակի տվյալներից երևում է, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում գլյուկոզայի մակարդակի վերահսկումն առավել ինտենսիվ կատարվել է.

- 40 և բարձր տարիքի անձանց շրջանում, որոնց մոտ այդ ռիսկի գործոնն ավելի տարածված է և կանանց շրջանում:
- Գլյուկոզայի (ինչպես և քրեատերինի) մակարդակի վերահսկման տեսակետից նույնպես առկա է տարբերություն մի կողմից Երևանի՝ որտեղ վերահսկման մակարդակը 29.6% է, իսկ մյուս կողմից մարզային քաղաքների (15.4%) և գյուղերի (11.8%) միջև:
- Սակայն բարեկեցության քվինտիլներում գլյուկոզայի վերահսկման մակարդակը մոտավորապես նույնն է:

Ի տարբերություն քրեատերինի մակարդակի ստուգման, որը հնարավոր է միայն բուժօգնության ընթացքում՝ լաբորատոր պայմաններում, գլյուկոզայի մակարդակի ստուգումը հնարավոր է նաև տան պայմաններում համապատասխան գործիքի առկայության դեպքում, որը վաճառվում է դեղատներում:

- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում գլյուկոզայի մակարդակի չափումների 92.0%-ը կատարվել է բուժաշխատողի կողմից:

**Գծապատկեր 62. Գլյուկոզայի մակարդակի չափումն ըստ պատասխանների, 12 ամիսների ընթացքում: 2012 թ. 15 տարեկան և բարձր բնակչություն**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Աղյուսակ 33. Գլյուկոզայի մակարդակի չափումներ**

Գլյուկոզայի մակարդակի վերջին ստուգման ժամկետը	Բուժաշխատողի կողմից ԳԲՄ-ի տեղեկացում Ձեր արյան մեջ գլյուկոզայի պարունակությունը բարձր է		
	Ոչ (%)	Այո (%)	ԴՊ. (%)
Մինչև 1 տարի	80.0	20.	0.0
1-ից ավելի տարի առաջ	94.7	3.8	1.5
Ընդամենը	85.7	13.8	0.5

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Վերջին մեկ տարվա ընթացքում արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը չափած անձանց շրջանում բուժաշխատողը գլյուկոզայի բարձր մակարդակ է գրանցել 20.0%-ի մոտ, իսկ մեկ տարուց ավելի ժամանակ առաջ գլյուկոզայի մակարդակի չափումների ընթացքում՝ 3.8%-ի մոտ:

Դիտենք վերջին 12 ամսվա ընթացքում գլուկոզայի մակարդակը ստուգած անձանց բուժման ընթացքը:

Ամբողջ ընտրանքում՝ 1600 անձ, հանդիպել է ընդամենը 49 անձ, ում արյան մեջ գլուկոզայի մակարդակը՝ ա) ստուգվել է վերջին 12 ամիսների ընթացքում, բ) այն ստուգել է բժիշկը, և գ) հայտնաբերել է գլուկոզայի բարձր մակարդակ:

Հետևաբար գլուկոզայի մակարդակի կարգավորման հետ կապված թվային տվյալների վիճակագրական հավաստիությունը շատ ցածր է և դրանք ունեն միայն կողմնորոշիչ բնույթ:

Գլուկոզայի բարձր մակարդակի հետ կապված բժիշկը կամ բուժաշխատողը խորհուրդներ է տվել կամ բուժում է նշանակել 87.4% դեպքում (կամ՝ 43 դեպքում): Նշանակումների և խորհուրդների վիճակագրությունը տրված է Աղյուսակ 34-ում:

**Աղյուսակ 34. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում գլուկոզայի բարձր մակարդակ հայտնաբերելու դեպքում բժշկի կողմից տրված խորհուրդները, 2012 թ.**

	Այն (%)
Նշանակել է դեղորայքային բուժում	93.7
Նվազեցնել կամ հսկել քաշը	67.4
Նվազեցնել աղի օգտագործումը	77.3
Բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը	64.6
Նվազեցնել ակտիվի օգտագործումը	27.4
Թողնել ծխելը	29.2
Կարգավորել սննդակարգը	79.6
Տրվել է այլ խորհուրդ կամ կատարվել այլ նշանակում	37.6

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Դիտարկվող 43 անձանցից գլուկոզայի բարձր մակարդակի հետ կապված դեղորայքային բուժում է նշանակվել 40 անձի:

Նշանակված դեղորայքի արդյունավետության մասին պատկերացում է տալիս դեղորայք ընդունողների մոտ գլուկոզայի մակարդակի կարգավորման վիճակագրական թեստավորումը: Գլուկոզայի կարգավորման համար դեղորայք են ընդունել 27 անձ, որոնցից 23-ի մոտ դեղորայքի ազդեցության տակ գլուկոզայի մակարդակը կարգավորվում է, իսկ 4-ի մոտ՝ չի կարգավորվում: Բինոմական թեստի միջոցով գնահատվել է, որ դեղորայքի ընդունումը կարգավորում է գլուկոզայի մակարդակը 71%-93% դեպքում:

**Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ**

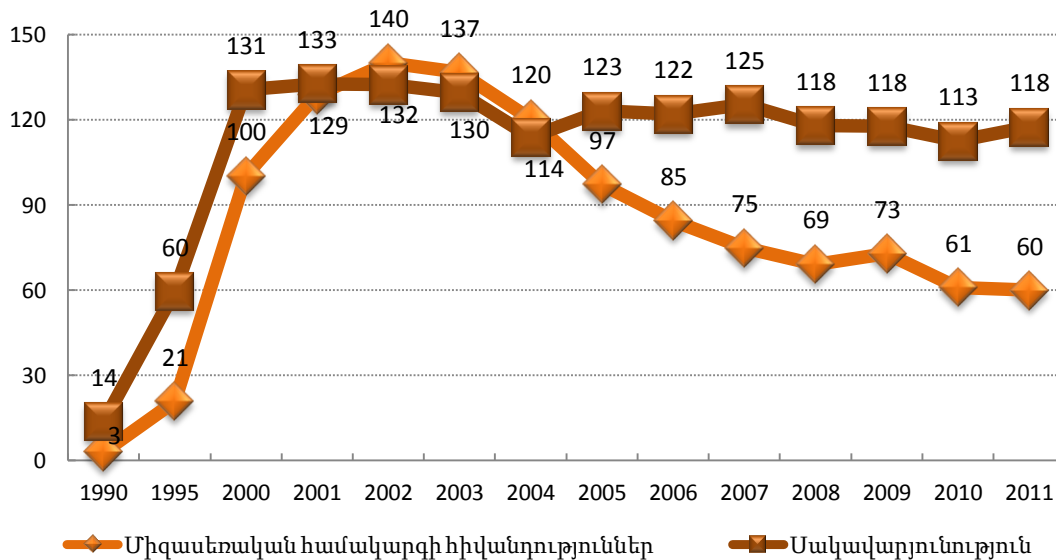
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը երկու խումբ ինդիկատորներով.

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

## Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ

Սկսած 2003 թվականից Հայաստանում նշանակալի չափով նվազել են ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդությունները կապված միզասեռական օրգանների հետ, սակայն սակավարյունությունների մակարդակի փոփոխությունը շատ դանդաղ է տեղի ունենում (Գծապատկեր 63):

**Գծապատկեր 63. Ծննդյան և նախածննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշեր 1000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՆՀԿ, 2012

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

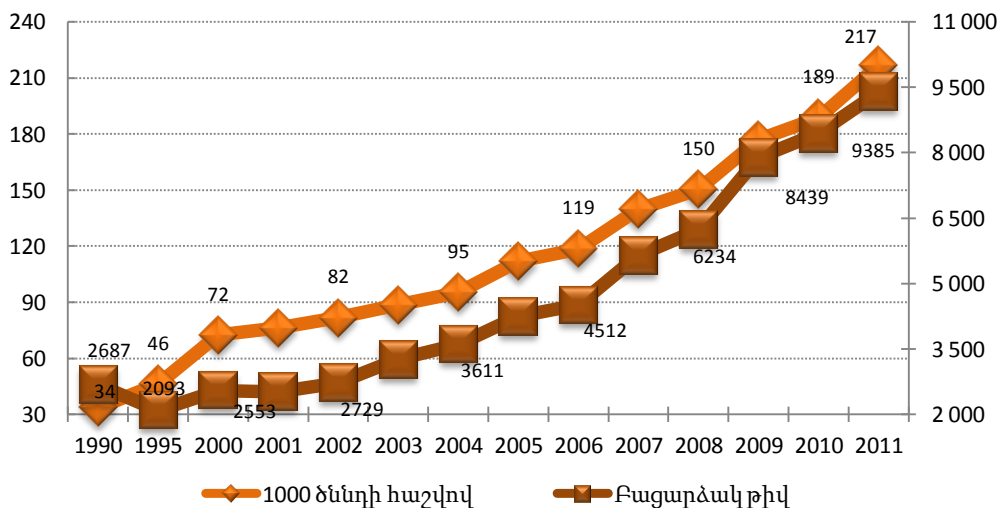
ԱՀԿ գնահատականով, եթե 1000 կենդանի ծննդի հաշվով կեսարյան հատումների քանակը 50-ից ցածր է, ապա դա կարող է անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունների համարժեք մատչելիության հետ կապված խնդիրների մասին: Սակայն անտեղի կեսարյան հատումները, որոնք չեն կատարվում մոր կամ պտղի կյանքը պահպանելու բժշկական ցուցումներով, ծախսատար են առողջապահության համակարգի համար և կարող են վիրահատական բարդությունների վտանգի ենթարկել մորն ու մանկանը:

Հարկ է նշել, որ կեսարյան հատումների վիճակագրության հավաքագրման ՀՀ ԱՆ Վարչական վիճակագրական N2 ձևում նախատեսված չէ նշում այն մասին, թե արդյոք կեսարյան հատումն իրականացվել է ըստ բժշկական ցուցումի, թե ծննդաբերող կնոջ ցանկությամբ: Հայտնի է, որ կեսարյան հատումներով ծննդաբերությունների ընթացքում ավելի հաճախ են առաջանում հետծննդյան բարդություններ: Բացի դրանից կեսարյան հատումով ծննդաբերած կանանց բժիշկները խորհուրդ են տալիս ծննդաբերել 2-3 տարի անց: Հատկապես կարևոր է խուսափել առաջին ծննդաբերությունը կեսարյան հատումներով իրականացնելուց, քանի որ դրանից հետո հաջորդ ծննդաբերությունների 70%-ից ավելին արդեն բժշկական ցուցումներով նորից կատարվում է կեսարյան հատումով: Այս գործոնները ունակ են նվազեցնելու կանանց պտղաբերության գործակիցը

և հետևաբար, Հայաստանի բնակչության բնական վերերտադրության ցուցանիշները, ինչը ռազմավարական նշանակություն ունի Հայաստանի համար, որը գտնվում է ժողովրդագրական ոչ բարվոք վիճակում: Հետևաբար, ցանկալի է նվազեցնել առանց բժշկական ցուցումների իրականացված կեսարյան հատումներով ծննդաբերությունների քանակը: Դրա համար անհրաժեշտ է, որպեսզի առաջնային օղակի կանանց կոնսուլտացիաների մանկաբարձ գինեկոլոգների կողմից մանրամասն բացատրական աշխատանք կատարվի կանանց շրջանում կեսարյան հատումների բարդությունների և հետկեսարյան վերականգնողական շրջանի վերաբերյալ՝ անհարկի կեսարյան հատումների նվազեցման նպատակով: Նշենք նաև, որ ԱՀԿ-ն խորհուրդ է տալիս առողջության առաջնային պահպանման օղակի շրջանակներում հիմնադրել “Հղիների դպրոցներ”, որոնց հիմնական ֆունկցիան է կանանց շրջանում հղիության և ծննդաբերության վերաբերյալ ժամանակակից գիտելիքների հաղորդումը: Շատ կարևոր է, որպեսզի Հայաստանում այդ գործունեության հիմնական նպատակ համարվի ծնունդների քանակի աճը, քանի որ, եթե զարգացող երկրների մեծ մասի համար խնդիր է գերբնակեցվածությունը, ապա Հայաստանի համար խնդիր է դեպոպուլյացիան, որի բացասական միտումները դրական փոխակերպելու հարցում դժվար է գերազնահատել առողջապահական համակարգի գործունեությունը:

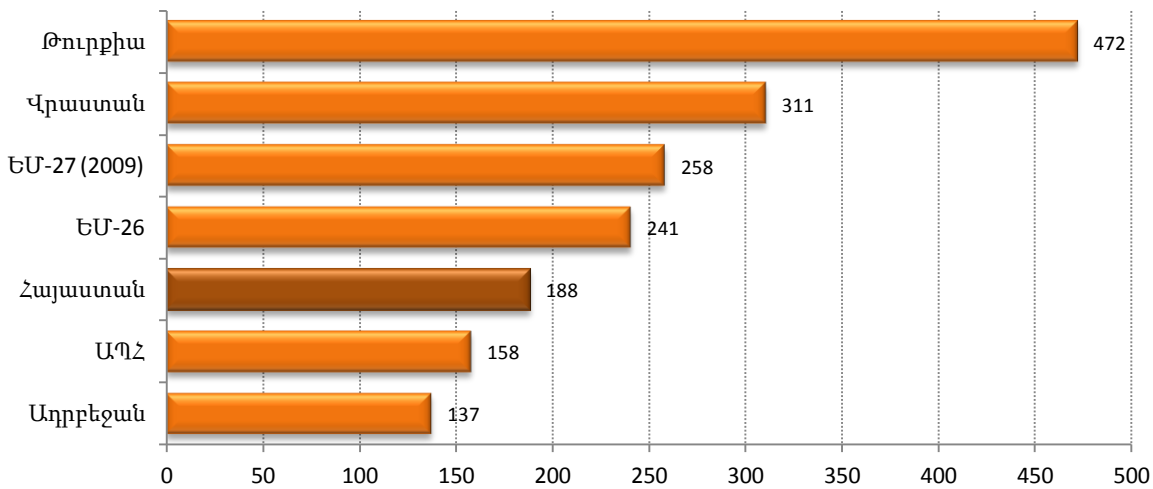
Հայաստանում կեսարյան հատումների քանակը անշեղորեն աճում է և 2011 թ. հասել է 217-ի՝ 1000 ծնունդի հաշվով: Ընդամենը կատարվել է 9385 կեսարյան հատում (Գծապատկեր 64): Հայաստանի այդ ցուցանիշը 2010 թ. եղել է ավելի բարձր, քան Ադրբեջանի և ԱՊՀ երկրների միջինացված ցուցանիշը, սակայն ավելի ցածր, քան ԵՄ-26, ԵՄ-27 երկրներում, ինչպես նաև Վրաստանում և Թուրքիայում (Գծապատկեր 65):

**Գծապատկեր 64. Կեսարյան հատումները 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով և դրանց բացարձակ քանակը, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 65. Կեսարյան հատումների ցուցանիշը 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2010 թ.**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2012

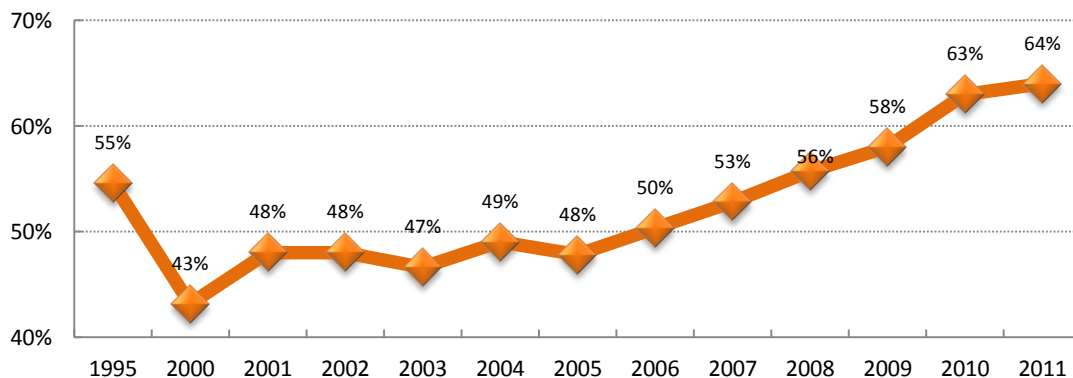
### Մոր և մանկան առողջության պահպանում

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները.

- Հղիների նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում:
- Կրծքով սնուցման ընդգրկում:
- Պատվաստումներ:

**Հղիների նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում:** Այս ցուցանիշը սկսած 2005 թվականից անշեղորեն աճել է մինչև 2011 թվականը, սակայն այն դեռևս փոքր է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ.» ազգային ռազմավարությամբ նախատեսված ցուցանիշի արժեքից՝ 90%: Ցուցանիշը դեռևս ցածր է նաև Հայաստանում 1980 թվականի ցուցանիշից, որը եղել է 74.6% (Գծապատկեր 66):

**Գծապատկեր 66. Նախաձննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2011 թթ.**

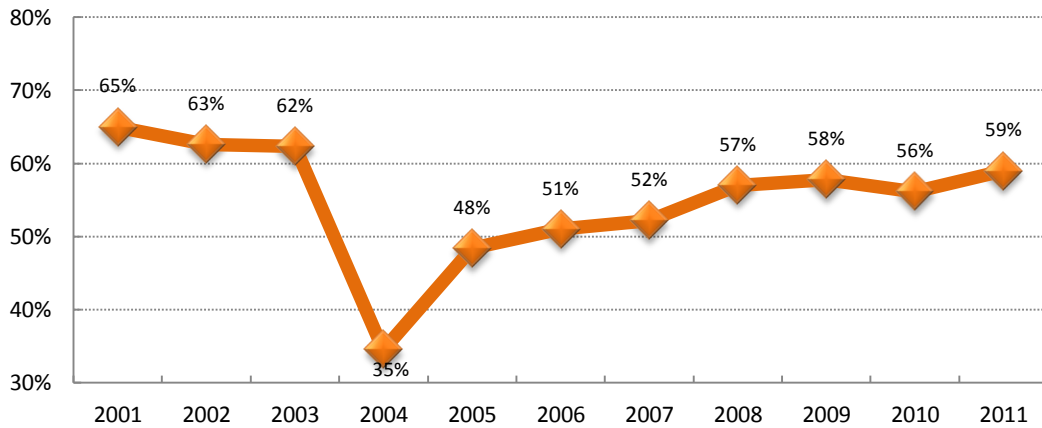


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Կրծքով սնուցման ընդգրկում:** «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարությունը» նախատեսում է մինչև 2009 թվականն ապահովել մինչև 4 ամսական երեխաների 65%-ի և մինչև 6 ամսական երեխաների 40%-ի բացառապես կրծքով սնուցումը և

պահպանել դրա շարունակականությունը երեխայի կյանքի երկրորդ տարվա ընթացքում: Սակայն, նունիսը 2011 թ. այդ թիրախային արժեքը 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% (Գծապատկեր 67): Թեպետ դրանից հետո այն ավելացել է մինչև 58%՝ 2009 թ. և 59%՝ 2011 թ.-ին, այն մնում է նպատակային ցուցանիշից ցածր:

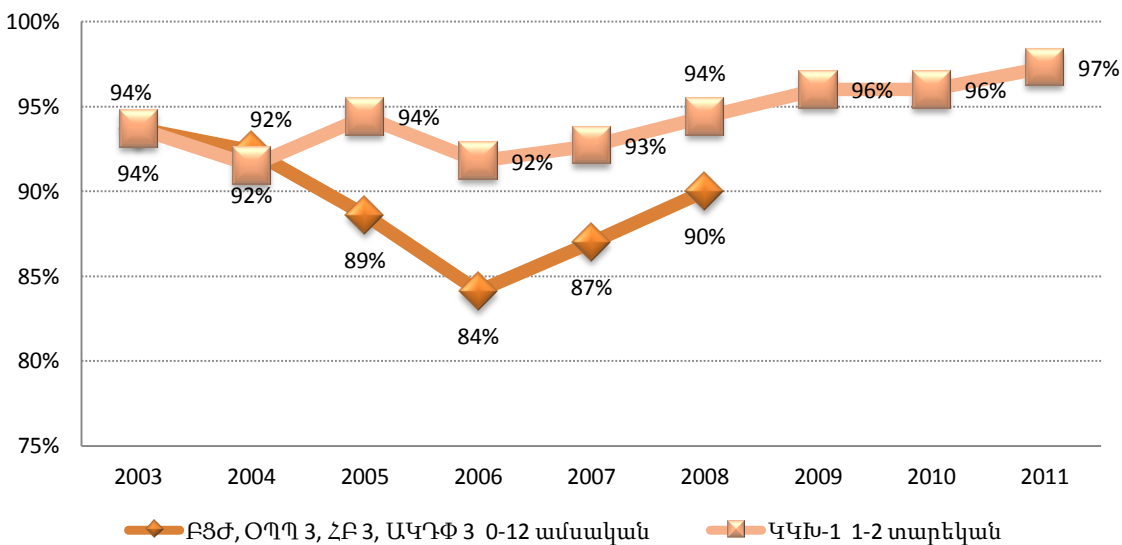
**Գծապատկեր 67. Հայաստանում կրծքով սնուցվող 0-6-ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Պատվաստումներ:** Համաձայն ՀԶՆ-ների տեղայնացված ցուցանիշների, 2015 թվականին 0-2 տարեկան երեխաների պատվաստումների մակարդակը պետք է ավելի բարձր լինի 96%-ից, իսկ Հայաստանի «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ. ռազմավարությունը» այդ ցուցանիշի թիրախային արժեք է սահմանում՝ պատվաստումների ավելի քան 95.0%-ի ընդգրկվածությունը: 2009-2011 թթ. ընթացքում Հայաստանում ցուցանիշը հասել է իր նպատակային արժեքին (Գծապատկեր 68):

**Գծապատկեր 68. Նշված պատվաստումների գծով պատվաստում ստացած երեխաների տոկոսը՝ 1-2 տարեկանում, 2003-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

## Տեղեկատվական կարիքներ

Բուժման արդյունավետության գնահատման համար (մասնավորապես քոլեստերինի և գլյուկոզայի բարձր մակարդակի հետ կապված հիվանդությունների) անհրաժեշտ են ավելի մեծ ընտրանքով հետազոտություններ: Այդ խնդիրը կարելի է լուծել նաև այլ ճանապարհով՝ իրականացնել բուժման որակի գնահատման մասնագիտացված փոքր հետազոտություններ, դրա համար դիսպանսերիզացված հիվանդների ցուցակներից ձևավորելով անհրաժեշտ չափի ընտրանք, ինչը հնարավոր է իրականացնել նվազագույն ծախսերով և ՀՀ ԱԱՆ ԱՏՎՀԿ աշխատակազմի ուժերով:

## Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ուղղված փոփոխությունների վերաբերյալ
<p>Կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները 2009-2011 թթ. ընթացքում չեն բարելավվել, թեև նույն ժամանակահատվածում, աճել է մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած կանանց թիվը:</p>	
<p>Չի բարելավվել նաև բոլոր քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման ցուցանիշները:</p> <p>Հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակը 2007-2011 թթ. ընթացքում չի նվազել: Դրա հիմնական բաղադրիչներն են մահաբերությունն ուղեղի անոթային հիվանդություններից և սրտամկանի սուր ինֆարկտից, որոնք մնում են բարձր և չունեն նվազելու միտում:</p>	<p>Անհրաժեշտ է մասնագիտական քննարկում իրականացնել գտնելու համար խնդրի լուծումը:</p>
<p>Զարկերակային բարձր ճնշման դեպքերի կեսից ավելին ունի թաքնված բնույթ՝ այն չի հայտնաբերվել բժշկի կողմից:</p> <p>Զարկերակային ճնշումը կարգավորող դեղորայքի արդյունավետությունն անբավարար է:</p>	<p>Անհրաժեշտ է բարձրացնել առաջնային օղակի բժիշկների աշխատանքների ինտենսիվությունը զարկերակային բարձր ճնշման հայտնաբերման ուղղությամբ: Մասնավորապես, որպես նրանց աշխատանքի ցուցանիշ սահմանել իր տեղամասի բոլոր բնակիչների զարկերակային ճնշման չափումը տարեկան առնվազն մեկ անգամ:</p>

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>Զարկերակային բարձր ճնշում ունեցող անձինք չեն պահպանում բժշկի նշանակումները:</p>	<p>Վերանայել զարկերակային ճնշման կարգավորման գործող սխեմաներն ու կանոնակարգերը:</p> <p>Ուժեղացնել բնակչության հետ տարվող բացատրական աշխատանքները:</p>
<p>Պարզ չէ, թե արդյոք Հայաստանում կեսարյան հատումների աճը կապված է բժշկական ցուցումների, թե մշակութային փոփոխությունների հետ:</p>	<p>Անհրաժեշտ է կեսարյան հատումների վիճակագրությունում նշել, թե արդյոք այն իրականացվել է ըստ բժշկական ցուցումների, թե ծննդաբերող կնոջ ցանկությամբ:</p> <p>Առաջարկվում է առողջապահական առաջնային օղակում հիմնադրել “Հղիների դպրոցներ”, որոնց հիմնական նպատակն է Հայաստանի բնակչության բնական աճի խթանումը, որն իրականացվելու է հղիության և ծննդաբերության շրջանում կանանց վարքի ու հիգիենայի վերաբերյալ ուսուցման միջոցով:</p>



## 5. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

«Մարդու առողջությունը ոչ թե պարզապես հիվանդության կամ հիվանդագին վիճակի բացակայությունն է, այլ անձի ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական լիակատար բարեկեցության վիճակը» (ԱՀԿ)<sup>24</sup>:

Բնակչության հիվանդացության և դրանցից մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակի կախված են տարբեր գործոններից: Ստորև թվարկված են հանրային առողջության պահպանման և ամրապնդման կարևորագույն խնդիրները, քանի որ բնակչության առողջությունը պայմանավորված է բազմաթիվ գործոնների (Ժառանգական նախատրամադրվածություն, սեռ, տարիք՝ 30%, կենսակերպ՝ ռիսկային վարքագծային գործոններ՝ ծխախոտի օգտագործում, ակոհոլի օգտագործման չարաշահում, ֆիզիկական թերակտիվություն, զարկերակային բարձր ճնշում՝ 40%, սոցիալ-տնտեսական, այսինքն բարեկեցություն, կրթություն, սթրես՝ 15%, շրջակա միջավայր՝ 5% և առողջապահության համակարգի գործունեություն՝ 10%) առկայությամբ և դրանց վնասակար ազդեցությամբ մարդու առողջության վրա:

- Առողջ ապրելակերպը՝ ապահովում է մարդու առողջության 50-55%-ը
- Շրջակա միջավայրը՝ 20-25%-ը
- Կենսաբանական գործոնները՝ 15-20%-ը
- Բժշկական գործոնները՝ 8-10%-ը:

Ռիսկի գործոնների և դետերմինանտների տարածվածության, վնասակար ազդեցության, ինչպես նաև գործոնների մասին բնակչության տեղեկացվածության դիտարկումը, առողջ ապրելակերպի ուսուցումը օգնում է հիվանդությունների կանխարգելմանը և առողջության պահպանմանն ու բարելավմանը: Առողջության պահպանումն ավելի էժան է արժենում յուրաքանչյուր անձի, տնային տնտեսության և հասարակության համար, քան հիվանդությունների բուժումը և առողջության վերականգնումը:

Բնակչության առողջության վիճակի վրա ռիսկի գործոնների առկայությունը և վնասակար ազդեցությունն արտահայտվում է ոչ թե անմիջապես, այլ համեմատաբար երկար ժամանակահատվածի ընթացքում: Ռիսկի գործոնների տարածվածության կրճատումը ժամանակի ընթացքում նպաստում է առողջության ցուցանիշների բարելավմանը, մասնավորապես կյանքի սպասվող տևողության աճին, ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության և մահացության կրճատմանը:

Սույն բաժնում ներկայացված են մարդու առողջության 70-80%-ը պայմանավորող գործոնների տարածվածությունը, ինչպես նաև այդ գործոնների մասին բնակչության տեղեկացվածությունը:

Սույն բաժնում դիտարկվում են հետևյալ հարցերը.

1. Ինչպիսի՞ն են բնակչության առողջությունը պայմանավորող վարքագծային, կենսաբանական և կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և դրանց փոփոխության միտումները:

---

<sup>24</sup> Колбанов В.В. Валеология: основные ПОНЯТИЯ, термины и определения. / В.В.Колбанов. – СПб.: ДЕАН, 1998. – 232 с.

2. Ինչպիսի՞ն է բնակչության իրազեկվածությունն առողջության ռիսկի գործոնների վնասակար ազդեցության վերաբերյալ և արդյո՞ք տեղեկացվածությունը նպաստում է ռիսկի գործոնների տարածվածության կրճատմանը:
3. Ինչպիսի՞ն է շրջակա միջավայրի վիճակը, մասնավորապես օդի, ջրի, հողի աղտոտվածությունը, ինչպես նաև տարբեր ծագում ունեցող աղմուկի առկայությունը:

### **Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների տարածվածություն**

ԱՀԳԳ 2007, 2009 և 2012 թվականների հետազոտությունների ընթացքում ուսումնասիրվել են վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի մի շարք գործոններ: Մասնավորապես, գնահատվել են դրանք նկարագրող հետևյալ ինդիկատորները.

- **Ամեն օր ծխող տղամարդկանց տոկոսը.** քանի որ Հայաստանում ծխողների գերակշիռ մեծամասնությունը տղամարդիկ են:
- **Օրական միջին հաշվով 20 գրամ մաքուր սպիրտին համարժեք ակոհոլային խմիչք օգտագործող տղամարդկանց տոկոսը:**
- **Կերակրի աղի օգտագործման սովորություն՝** կերակրի աղի ավելորդ քանակություն օգտագործելու հակվածությունը:
- **Ֆիզիկապես թերակտիվ չափահասների տոկոսը,** այսինքն՝ այն անձինք, ովքեր շաբաթական կատարում են 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք:
- **Ավելորդ քաշ ունեցող չափահասների տոկոսը,** այսինքն՝ այն անձինք, ում մարմնի զանգվածի գործակիցը (ՄԶԳ) մեծ է 25.0-ից.
- **Արյան բարձր ճնշում ունեցող չափահասների տոկոսը,** այսինքն այն անձինք, ում զարկերակային ճնշումը բարձր է 140/90 մմ սնդիկի սյան մակարդակից:

Ռիսկի գործոնների տարածվածության ցուցանիշները հաշվարկված են 2007, 2009 և 2012 թթ. Հայաստանի բնակչության շրջանում անցկացված զանգվածային հարցումների տվյալներով, տրված են Գծապատկեր 69-ում:

Քանի որ ԱՀԳԳ 2007 թ. ընթացքում հետազոտվել է 20 և բարձր տարիք ունեցող բնակչությունը, գծապատկերում ժամանակային փոփոխությունների համեմատության ապահովման նպատակով ներկայացված են այդ տարիքային խմբի բնակչությանը վերաբերվող տվյալները:

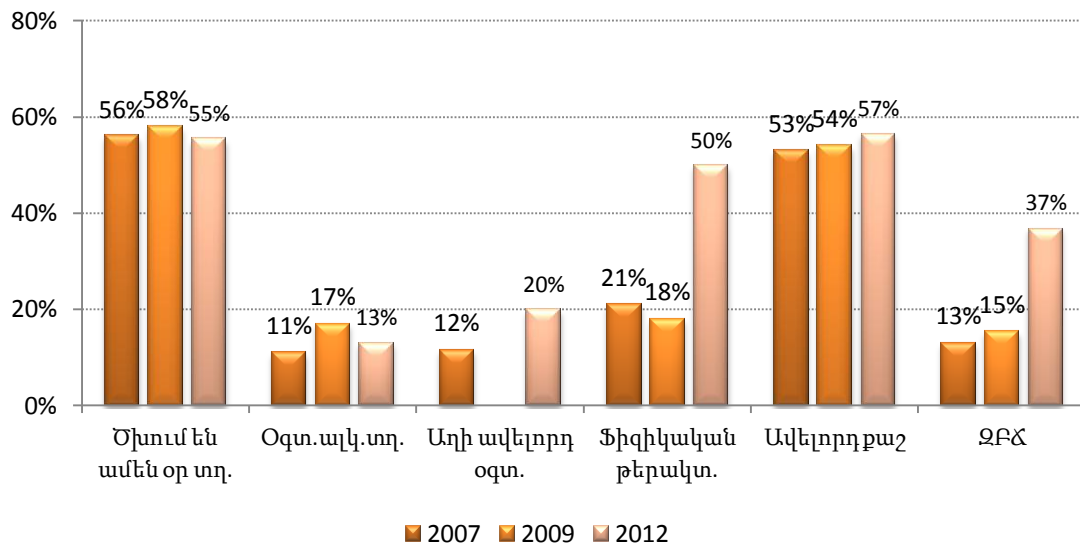
Նույն ռիսկի գործոնների տարածվածությունը բնակչության 15 և բարձր տարիք ունեցող բնակչության շրջանում ներկայացված է համապատասխան ենթաբաժիններում, որտեղ տրված է նաև ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի (սեռի, տարիքային բաշխվածության, կրթամակարդակի, բարեկեցության քվինտիլների և բնակավայրերի տիպերի՝ Երևան, մարզային քաղաքներ, գյուղեր):

Գնահատված ռիսկի գործոնների 2007 և 2012 թթ. ընթացքում ցուցանիշների փոփոխությունները հետևյալն են.

- **Ամեն օր ծխող տղամարդկանց տեսակարար կշիռը** զգալի փոփոխություն չի կրել (2012 թ. եղել է մոտավորապես նույնը ինչ 2007 թ., չնայած 2012 թ. 2009 թ. համեմատ այն նվազել է 2.6%-ով և կազմել է 55.4%):

- Օրական 20 գրամ սպիրտին համարժեք ակոհոլ օգտագործողների մասնաբաժինը 2009 թ.-ին՝ 2007 թ.-ի նկատմամբ աճելուց հետո, 2012-ին՝ 2009-ի համեմատ նվազել է 17.0%-ից 13.0%, կամ՝ 4.0%-ով:
- 2012 թ. 2007 թ. համեմատ 8%-ով աճել է սննդակարգում կերակրի աղի քանակը չարաշահող բնակչության թիվը և կազմել է 20%:<sup>25</sup>
- 33.9%-ով աճել է ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչությունը՝ 18.0%-ից հասնելով 49.9%-ի:
- Աճելու միտում է ունեցել ավելորդ քաշով բնակչության թիվը, որը 2012 թ. հասել է 56.5%-ի:
- 2012 թ. կտրուկ աճել է բարձր զարկերակային գերճնշում ունեցող բնակչության թիվը, մասնավորապես 2009 թ. 15.4%-ից մինչև 36.8%, կամ՝ 21.4%-ով:<sup>26</sup>

**Գծապատկեր 69. Հայաստանի 20 և բարձր տարիք ունեցող բնակչության կազմում առողջության ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, 2007, 2009 և 2012 թթ.**



Աղբյուրներ՝ ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012

Այսպիսով, Հայաստանի բնակչության շրջանում, 2007-2012 թթ. ընթացքում վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների տարածվածությունն աճել է, որը նպաստում է դրանցով պայմանավորված հիվանդությունների զարգացմանը:

### Ծխախոտի օգտագործում

2007-2012 թթ. 20 և բարձր տարիք ունեցող ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը նշանակալի չի փոխվել:

Ծխախոտի օգտագործումը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում տրված է Աղյուսակ 35-ում:

Աղյուսակի տվյալներն ակնհայտորեն ցույց են տալիս, որ ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում թռիչքաձև աճում է 15-19 տարեկանների խմբից 20-29 տարեկանների

<sup>25</sup> 2009թ. հետազոտությունում կերակրի աղի օգտագործումը չի ուսումնասիրվել:

<sup>26</sup> Չի բացատրվում, որ նման կտրուկ աճը պայմանավորված է նաև տեխնիկական պատճառով: 2007 և 2009թթ. հետազոտությունների ընթացքում չափումները կատարվել են աուսկոլտրային մեթոդով, իսկ 2012թ. հետազոտության ընթացքում կիրառվել են էլեկտրոնային տոնոմետրեր և չափումները կատարվել են օսցիլոմետրիկ մեթոդով:

խումբ անցնելիս: Կարելի է ենթադրել, որ տարիքի աճին զուգընթաց ծխախոտի օգտագործումն ավելանում է ոչ միայն այն պատճառով, որ դեռահաս տարիքի տղաները դառնում են չափահասներ և դուրս են գալիս ծնողական խիստ վերահսկողությունից, այլև չի բացառվում, որ այդ աճը տեղի է ունենում ժամկետային զինձառայության ընթացքում: Մակայն, այս վարկածը կարիք ունի հավելյալ ուսումնասիրության: Ըստ տարիքի ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց մոտ հասնում է իր առավելագույնին 30-39 տարեկանների շրջանում և աստիճանաբար սկսում է նվազել: Այն փաստը, որ 70 բարձր տարեկանների շրջանում ամեն օր ծխողների քանակը ընդամենը 26% է, հավանաբար արտահայտում է այն փաստը, որ ծխախոտի օգտագործումը կարճացնում է կյանքի տևողությունը և այդ տարիքային խմբում կենսաքրոնակ են չծխող անձիք: Հետևաբար, հակածխախոտային քարոզչության ընթացքում կարելի է օգտագործել հետևյալ դրույթը. «70-ից բարձր ապրելու հավանականությունը 2 անգամ ավելի ցածր է ամեն օր ծխողների շրջանում, քան՝ չծխողների»:

**Աղյուսակ 35. 15 և բարձր տարիք ունեցող տղամարդկանց կազմում ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը**

Ծխախոտի օգտագործման տարածվածություն		Չեն ծխում (%)	Ծխում են ոչ ամեն օր (%)	Ծխում են ամեն օր (%)
Տարիքային խմբեր	15-19	88.1	4.5	7.4
	20-29	42.2	1.4	56.4
	30-39	24.1	0.0	75.9
	40-49	36.9	1.8	61.3
	50-59	45.1	2.9	52.0
	60-69	42.9	1.3	55.7
	70 +	69.8	4.2	26.0
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	58.4	0.0	41.6
	Միջնակարգ	44.5	1.7	53.8
	Միջին մասնագիտական	46.0	5.5	48.5
	Թերի բարձրագույն	69.6	0.0	30.4
	Բարձրագույն կամ ավելի	53.5	1.0	45.6
Բնակավայր	Երևան	49.6	1.7	48.7
	Քաղաք	48.3	2.3	49.3
	Գյուղ	49.1	2.7	48.1
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	46.8	1.4	51.8
	II Ցածր	42.0	4.9	53.1
	III Միջին	46.0	2.3	51.7
	IV Բարձր	53.7	1.9	44.4
	V Ամենաբարձր	54.1	1.0	44.9
	<b>Ընդամենը</b>	<b>49.1</b>	<b>2.3</b>	<b>48.7</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը տարբերվում է նաև ըստ բարեկեցության քվինտիլների: Ամեն օր ծխող տղամարդկանց տոկոսն ավելի բարձր է ցածր բարեկեցության՝ առաջին, երկրորդ և երրորդ քվինտիլներում:

Հարկ է նշել, որ ըստ կրթամակարդակի ամեն օր ծխող տղամարդկանց թիվն ամենաքիչն է թերի բարձրագույն կրթությամբ տղամարդկանց շրջանում, ովքեր մեծամասամբ ուսանողներ են: Սա նշանակում է, որ հակածխախոտային միջոցառումների իրականացումը բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում եղել են բավական արդյունավետ:

Տղամարդկանց կողմից ծխախոտի օգտագործումը հավասարաչափ է տարածված և՛ Երևանում, և՛ մարզային քաղաքներում, և՛ գյուղերում:

## 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: 15 և բարձր տարեկան տղամարդկանց շրջանում այն կազմում է 11.2%, իսկ կանանց շրջանում՝ 0.5%:

Ալկոհոլի օգտագործումն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի տրված է Աղյուսակ 36-ում:

**Աղյուսակ 36. 15 և բարձր տարիք ունեցող տղամարդկանց շրջանում ալկոհոլի օգտագործման տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի**

Օրական 20 գրամ սպիրտից ավելի օգտագործումը		Օգտագործում է 20 գ/օր-ից պակաս (%)	Օգտագործում է 20 և ավելի գ/օր-ից ավելի (%)
Տարիքային խմբեր	15-19	100.0	0.0
	20-29	92.9	7.1
	30-39	80.9	19.1
	40-49	87.6	12.4
	50-59	85.6	14.4
	60-69	81.5	18.5
	70 +	87.0	13.0
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	86.4	13.6
	Միջնակարգ	84.3	15.7
	Միջին մասնագիտական	91.2	8.8
	Թերի բարձրագույն	97.8	2.2
	Բարձրագույն կամ ավելի	94.3	5.7
Բնակավայր	Երևան	89.3	10.7
	Քաղաք	85.9	14.1
	Գյուղ	90.5	9.5
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	91.0	9.0
	II Ցածր	83.6	16.4
	III Միջին	89.5	10.5
	IV Բարձր	89.7	10.3
	V Ամենաբարձր	90.2	9.8
	<b>Ընդամենը</b>	<b>88.8</b>	<b>11.2</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Հայաստանի տղամարդկանց բնակչության շրջանում ալկոհոլի չարաշահումը սկսում է արտահայտվել 20-29 տարեկանների խմբից: Ըստ տարիքային խմբերի ցուցանիշն ունի երկու առավելագույն արժեք՝ 30-39 և 60-69 տարեկան տղամարդկանց խմբերում:

Ալկոհոլի չարաշահումը համեմատաբար ավելի տարածված է թերի միջնակարգ և միջնակարգ կրթությամբ տղամարդկանց շրջանում:

Գյուղերում ալկոհոլի չարաշահումն ավելի ցածր մակարդակի վրա է, քան Երևանում և մարզային քաղաքներում:

## Ավելորդ քաշի տարածվածություն

Ավելորդ քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը գնահատելու նպատակով հետազոտություններում կատարվել են հարցվողների անթրոպոմետրիկ տվյալների՝ հասակի և քաշի չափումներ: Այս չափումների հիման վրա հաշվարկվել է մարմնի քաշի (զանգվածի) գործակիցը (ՄՔԳ)<sup>27</sup>:

Մարմնի զանգվածի գործակցի դասակարգում.

- Թերքաշ՝  $ՄՔԳ \leq 18.5$
- Նորմալ քաշ՝  $18.5 \leq ՄՔԳ \leq 25.0$
- Ավելորդ քաշ՝  $25.0 \leq ՄՔԳ \leq 30.0$
- Ճարպակալում՝  $ՄՔԳ \leq 30.0$

Մարմնի զանգվածի գործակիցը 2012 թ. 15 և բարձր բնակչության շրջանում և գործակցի կատեգորիաների բաշխումները սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում տրված են Աղյուսակ 37-ում:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- Հայաստանի բնակչության շրջանում ավելորդ քաշի առկայությունը արդեն բավական լուրջ խնդիր է: Մասնավորապես.
- Հայաստանի բնակչության 15-19 տարեկանների խմբում արդեն առկա է ավելորդ քաշի խնդիրը՝ այդ խմբում ավելորդ քաշ ունի յուրաքանչյուր 10-րդ դեռահասը կամ երիտասարդը, 20-29 տարեկանների խմբում՝ մեկ քառորդից ավելին, 30-39 տարեկանների կեսը, 40-49 տարեկանների 70%-ը, իսկ 50-59 տարեկանների երեք քառորդը:
- Հարկ է նշել, որ այս ցուցանիշները հաղորդակցվում են ֆիզիկական թերակտիվության բարձր մակարդակի հետ (տես՝ Գծապատկեր 70):
- Գիրության (ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման առկայություն) խնդիրն ավելի տարածված է կանանց շրջանում, ընդ որում, եթե ավելորդ քաշի տեսակետից կանանց և տղամարդկանց ցուցանիշները մոտավորապես հավասար են, ապա կանանց շրջանում ավելի տարածված է ճարպակալումը;
- Հատկանշական է, որ ավելորդ քաշի խնդիրը համարյա հավասարապես է տարածված Երևանում, մարզային քաղաքներում և գյուղական բնակավայրերում:

<sup>27</sup>  $ՄՔԳ = \text{բ}(\text{կգ}) / \text{Հ}^2(\text{մ}^2)$

**Աղյուսակ 37. Մարմնի զանգվածի գործակցի բաշխումներն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի**

		ՄՔԳ				
		Թերքաշ (%)	Նորմալ (%)	Ավելորդ քաշ (%)	Ճարպա- կալում (%)	Ավելորդ քաշ և ճարպա- կալում (%)
Տարիքային խմբեր	15-19	6.0	83.0	5.2	5.8	11.0
	20-29	5.9	65.6	19.0	9.5	28.5
	30-39	2.0	46.3	32.3	19.4	51.7
	40-49	1.8	28.4	38.3	31.5	69.8
	50-59	1.7	24.2	39.5	34.7	74.1
	60-69	1.6	24.1	36.0	38.4	74.3
	70 +	3.1	34.1	38.7	24.1	62.8
Սեռ	Իգական	4.0	39.8	29.3	27.0	56.2
	Արական	2.4	50.3	30.5	16.8	47.3
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	1.9	43.0	32.8	22.3	55.1
	Միջնակարգ	3.0	44.9	29.1	23.0	52.1
	Միջին մասնագիտական	4.8	39.3	31.1	24.8	55.9
	Թերի բարձրագույն	2.4	59.8	18.8	19.0	37.8
	Բարձրագույն կամ ավելի	2.9	47.1	30.6	19.4	50.0
Բնակավայր	Երևան	4.5	43.9	29.8	21.8	51.6
	Քաղաք	3.6	41.4	29.5	25.6	55.0
	Գյուղ	1.9	47.7	30.1	20.3	50.4
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	2.9	40.3	34.3	22.5	56.8
	II Ցածր	3.1	43.7	29.3	23.8	53.2
	III Միջին	2.9	50.7	26.7	19.8	46.5
	IV Բարձր	5.3	43.6	27.5	23.7	51.2
	V Ամենաբարձր	2.1	43.8	32.1	22.0	54.1
	<b>Ընդամենը</b>	<b>3.3</b>	<b>44.6</b>	<b>29.8</b>	<b>22.3</b>	<b>52.1</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Չարկերակային բարձր ճնշման տարածվածություն**

Չարկերակային բարձր ճնշման (ԶԲՃ) տարածվածությունը Հայաստանի 15 և բարձր տարիք ունեցող բնակչության շրջանում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի տրված է Աղյուսակ 38-ում:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- զարկերակային բարձր ճնշումն առավելապես տարածված է տղամարդկանց շրջանում,
- զարկերակային բարձր ճնշումը, ինչպես և գիրությունը, փոխկապակցված է տարիքի հետ և աճում է նրան զուգահեռ,
- 40-49 տարեկանների խմբում զարկերակային բարձր ճնշումն առկա է բնակչության մեկ երրորդի մոտ,
- 50-59 տարեկանների խմբում՝ մեկ երկրորդը,
- իսկ 60 տարեկան և բարձր բնակչության շրջանում՝ երեք քառորդը,
- զարկերակային բարձր ճնշումն առավել տարածված է թերի միջնակարգ կրթությամբ խմբերում,

- զարկերակային բարձր ճնշումը հստակորեն շաղկապված է նաև բարեկեցության հետ և առավել տարածված է ամենացածր բարեկեցությամբ քվինտիլում, որը նվազում է բարեկեցության աճին զուգահեռ:

Գյուղական բնակավայրերում զարկերակային բարձր ճնշումը մի փոքր ավելի քիչ է տարածված, քան մարզային քաղաքներում և Երևանում, հավանաբար այն պատճառով, որ գյուղական բնակչությունը ֆիզիկապես ավելի ակտիվ է:

**Աղյուսակ 38. Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում**

		Զարկերակային ճնշում	
		ՉՃ ≤ 140/90 (%)	ՉՃ ≥ 140/90 (%)
Սեռ	Իգական	71.3	28.7
	Արական	60.0	40.0
Տարիքային խմբեր	15-19	93.6	6.4
	20-29	88.9	11.1
	30-39	77.7	22.3
	40-49	67.0	33.0
	50-59	48.3	51.7
	60-69	28.7	71.3
	70 +	23.6	76.4
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	44.9	55.1
	Միջնակարգ	68.4	31.6
	Միջին մասնագիտական	67.5	32.5
	Թերի բարձրագույն	75.6	24.4
	Բարձրագույն կամ ավելի	65.8	34.2
Բնակավայր	Երևան	65.0	35.0
	Քաղաք	65.0	35.0
	Գյուղ	68.2	31.8
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	57.0	43.0
	II Ցածր	61.6	38.4
	III Միջին	67.9	32.1
	IV Բարձր	66.2	33.8
	V Ամենաբարձր	74.8	25.2
	<b>Ընդամենը</b>	<b>66.2</b>	<b>33.8</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածություն**

Հայաստանի 15 և բարձր տարեկան բնակչության շրջանում ֆիզիկական ակտիվության և թերակտիվության տարածվածությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի տրված է Աղյուսակ 39-ում (ֆիզիկական թերակտիվ է համարվում այն կենսակերպը, երբ անձը շաբաթական կատարում է 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք):

- Ֆիզիկական թերակտիվությունն ավելի տարածված է կանանց շրջանում:
- Ինչպես և սպասելի է, ըստ բնակավայրի տիպի ֆիզիկական թերակտիվությունը համեմատաբար ավելի ցածր է գյուղական բնակավայրերում:

Այդ ցուցանիշն ըստ տարիքի ունի Ս-ձև:



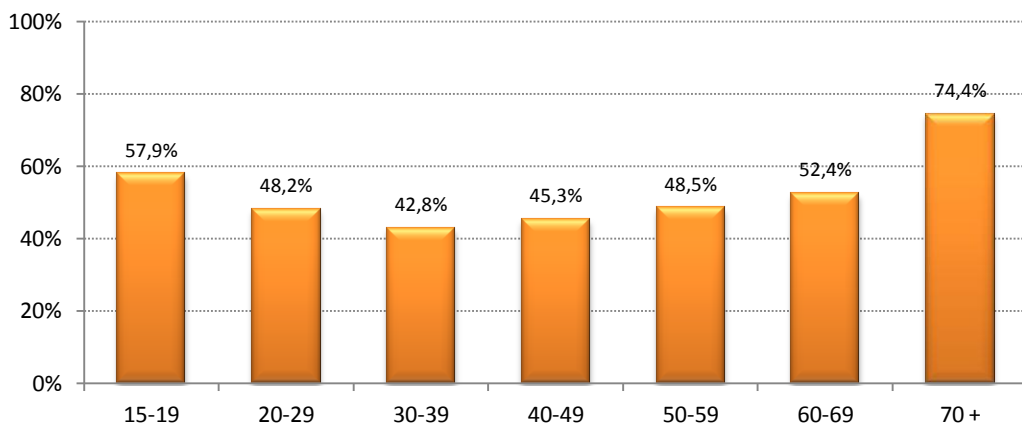
- Ֆիզիկական թերակտիվությունը բարձր է 15-19 տարեկանների խմբում, որը նվազում է և հասնում է իր նվազագույնին 30-39 տարեկանների խմբում և սկսում է աճել հասնելով իր առավելագույնին 70 և ավելի տարեկանների խմբում:
- Ի տարբերության այլ ռիսկային գործոնների, ֆիզիկական թերակտիվությունն ավելի թույլ է արտահայտված նաև կրթամակարդակային և բարեկեցության խմբերում: Այն բարձր է ամենացածր ու ամենաբարձր կրթամակարդակային և բարեկեցության խմբերում, և ավելի ցածր է այդ բնութագրերի միջանկյալ խմբերում:

**Աղյուսակ 39. Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում**

Ֆիզիկական ակտիվություն		Ֆիզիկապես թերակտիվ (%)	Ֆիզիկապես ակտիվ (%)
Սեռ	Բզական	53.1	46.9
	Սրական	47.7	52.3
Տարիքային խմբեր	15-19	57.9	42.1
	20-29	48.2	51.8
	30-39	42.8	57.2
	40-49	45.3	54.7
	50-59	48.5	51.5
	60-69	52.4	47.6
	70 +	74.4	25.6
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	63.6	36.4
	Միջնակարգ	47.6	52.4
	Միջին մասնագիտական	47.0	53.0
	Թերի բարձրագույն	53.1	46.9
	Բարձրագույն կամ ավելի	56.1	43.9
Բնակավայր	Երևան	52.0	48.0
	Քաղաք	57.1	42.9
	Գյուղ	44.4	55.6
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	56.5	43.5
	II Ցածր	47.8	52.2
	III Միջին	49.4	50.6
	IV Բարձր	47.3	52.7
	V Ամենաբարձր	53.1	46.9
	<b>Ընդամենը</b>	<b>50.6</b>	<b>49.4</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Գծապատկեր 70. Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

## Կերակրի աղի օգտագործում

Կերակրի աղի օգտագործման տարածվածությունը Հայաստանի բնակչության շրջանում տրված է Աղյուսակ 40-ում:

Աղյուսակ 40. Կերակրի աղի օգտագործումը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում

Սեռ	Կերակրի աղի օգտագործման սովորույթը		
	Չեն չարաշահում (%)	Չարաշահում են (%)	
Սեռ	Իգական	87.5	12.5
	Արական	73.4	26.6
Տարիքային խմբեր	15-19	71.0	29.0
	20-29	80.5	19.5
	30-39	80.1	19.9
	40-49	79.7	20.3
	50-59	81.4	18.6
	60-69	85.8	14.2
	70 +	92.2	7.8
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	80.6	19.4
	Միջնակարգ	80.9	19.1
	Միջին մասնագիտական	79.0	21.0
	Թերի բարձրագույն	82.2	17.8
	Բարձրագույն կամ ավելի	84.5	15.5
Բնակավայր	Երևան	79.4	20.6
	Քաղաք	85.4	14.6
	Գյուղ	79.1	20.9
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	87.1	12.9
	II Ցածր	83.2	16.8
	III Միջին	80.3	19.7
	IV Բարձր	79.7	20.3
	V Ամենաբարձր	77.1	22.9
	<b>Ընդամենը</b>	<b>81.1</b>	<b>18.9</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Աղ օգտագործում են Հայաստանի բնակչության 18.9%-ը, իսկ ակնհայտորեն չարաշահում են (ճաշին աղ են ավելացնում՝ առանց համտեսելու) 9.3%-ը:

- Կերակրի աղը չարաշահելու սովորություն ունեն առավելապես տղամարդիկ, ինչը կրկնակի գերազանցում է նմանատիպ սովորությանը կանանց մոտ:
- Աղի ավելորդ օգտագործումը հատկապես բարձր է 15-19 տարիքային խմբում, որը նվազում է 60-69 և բարձր տարիքի անձանց մոտ: Մնացած տարիքային խմբերում աղի օգտագործման սովորությունը մոտավորապես նույնն է և կազմում է 20%:
- Հայաստանի բնակչության 94.2%-ն օգտագործում է յոդացված աղ, ոչ յոդացված աղ է օգտագործում 6.3%-ը, իսկ ծովային աղ՝ 0.2%-ը: Սա նշանակում է, որ:
- Հայաստանի բնակչության բացարձակ մեծամասնության աղի տեսակի գործածման վարքագիծը նվազեցնում է յոդի պակասությունից առաջացող հիվանդությունների ռիսկը:

## Առողջ ապրելակերպի ուսուցում

Առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածությունը հիմք է հանդիսանում նրանց մոտ առողջ ապրելակերպի սովորությունների և նորմերի ձևավորման համար:

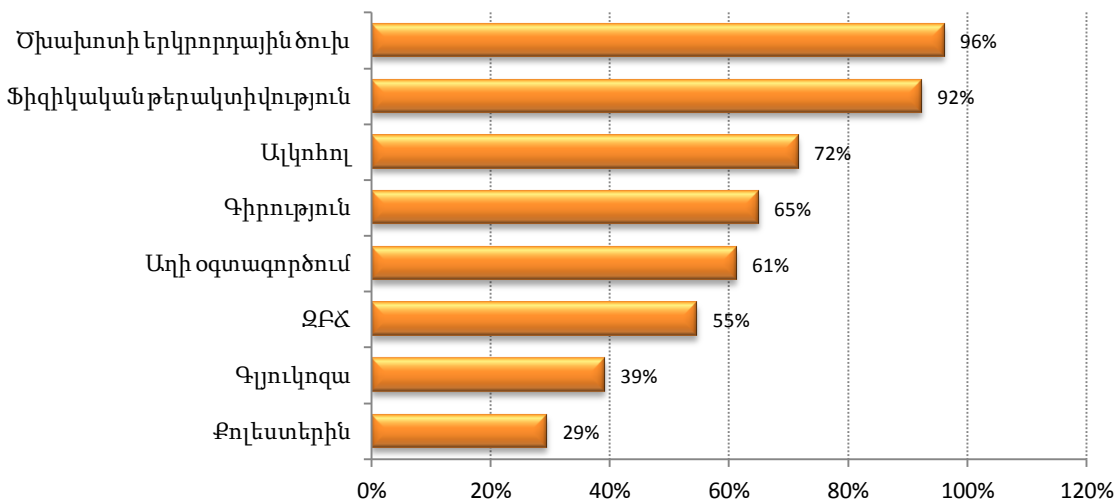
Հանրության տեղեկացվածությունը առողջության պահպանման, ռիսկի գործոնների և առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ մարդկանց վարքի փոփոխության, ինչպես նաև հիվանդությունների կանխարգելման և վաղ հայտնաբերման գրավականն է: ԱՀԳԳ 2007, 2009, և 2012 թթ. հետազոտությունների ընթացքում գնահատվել են առողջ ապրելակերպի հետ կապված կարևորագույն ինդիկատորներ.

- Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակը
- 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.

## Տեղեկացվածություն վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների մասին

ԱՀԳԳ 2007, 2009 և 2012 թթ. հետազոտությունների տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ Հայաստանի 20 և բարձր տարեկան բնակչության մոտ կեսից ավելին ընդհանուր առմամբ իրազեկ է ոչ վարակիչ հիվանդություններ զարգացնող ռիսկի գործոնների, մասնավորապես ծխախոտի օգտագործման, ֆիզիկական թերակտիվության վնասակար ազդեցության մասին (Գծապատկեր 71):

**Գծապատկեր 71. Ռիսկի գործոնների մասին տեղյակ 20 և բարձր տարիք ունեցող բնակչության թվի փոփոխությունը 2007 թ. ի համեմատ 2012 թ.**



Գծապատկերի տվյալներից հետևում է, որ.

- **Հայաստանի բնակչության շրջանում ամենից բարձր են տեղեկացվածությունը ծխելու (94%, 2009 թ.) և երկրորդային ծխի ազդեցության (96%, 2012 թ.) մասին:**

Սա նշանակում է, որ.

- **Ծխելու դեմ պայքարի քարոզչական բաղադրիչը համարյա հասել է իր հազեցածությանը:**
- **Հետևաբար, ծխելու դեմ պայքարն արդեն պետք է տանել օրենսդրության խստացման - ճանապարհով:**

Դրա մասին է վկայում, օրինակ այն փաստը, որ տրանսպորտային միջոցներում ծխելու արգելքի պայմաններում, դրանց վարորդները շարունակում են զանգվածաբար խախտել այդ արգելքը: Խախտումները տեղի են ունենում հիմնականում երթուղու վերջնակետին հասնելիս, որոնք գտնվում են Երևանի ծայրամասերում և որտեղ ոստիկանության քանակն ավելի քիչ է: Հարկ է նշել, որ վարորդներն արդեն հաղթահարել են ուղևորների կողմից կատարվող դիտողությունների ազդեցությունը, իսկ ուղևորները դադարել են ծխող վարորդներին դիտողություններ կատարելուց:

Հայաստանի բնակչության շրջանում.

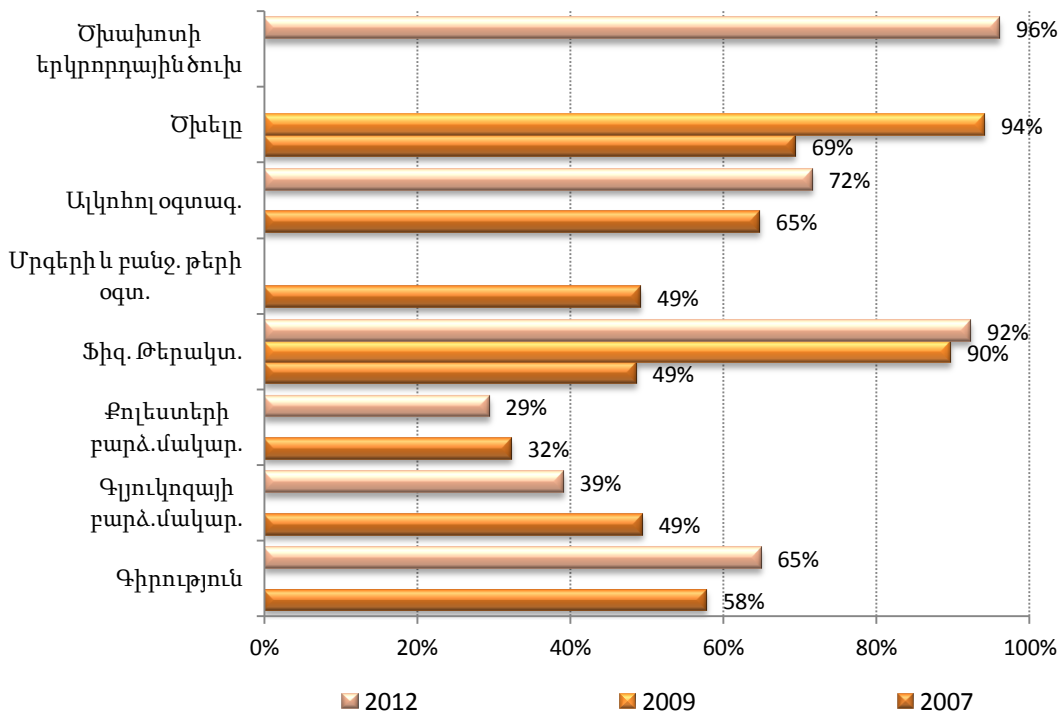
- **Շատ բարձր է նաև ֆիզիկական թերակտիվության վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածությունը՝ 92.6%:**

Սակայն, ինչպես արդեն դիտարկվել է Աղյուսակ 39-ում, ֆիզիկական թերակտիվությունը շատ բարձր է բնակչության բոլոր խմբերում:

- **Հետևաբար, անհրաժեշտ է ուսումնասիրել, թե ինչու՞ բարձր տեղեկացվածության պայմաններում, բնակչությունը շարունակում է մնալ ֆիզիկապես թերակտիվ ու վարել ոչ առողջ ապրելակերպ և մշակել առողջ ապրելակերպի ռազմավարություններ:**

Համեմատաբար ավելի ցածր է իրազեկությունը կենսաբանական ռիսկի գործոնների՝ քոլեստերինի (29%) և գլյուկոզայի (39%) բարձր մակարդակի վերաբերյալ: Գծապատկեր 72-ում ներկայացված են ռիսկի գործոնների մասին բնակչության տեղեկացվածության մակարդակը, 2012 թթ. ընթացքում:

**Գծապատկեր 72. Բնակչության տեղեկացվածությունը ռիսկի գործոնների մասին**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Գծապատկեր 72-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ

- **ալկոհոլի, աղի նորմայից ավելի օգտագործման և ֆիզիկական թերակտիվության վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը 2012 թ. 2007-ի նկատմամբ աճել է,**

Սակայն,

- **նվազել է տեղեկացվածությունը զարկերակային բարձր ճնշման, քոլեստերինի և գլյուկոզայի բարձր մակարդակների վնասակարության վերաբերյալ:**

Ստորև տրված են 2012 թ. առողջության ռիսկի գործոնների տեղեկացվածության պատկերները Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում:

**Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների մասին տեղեկացվածությունը**

Վարքագծային և կենսաբանական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածության վերլուծությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում (Աղյուսակ 41) ցույց է տալիս, որ.

- **Տղամարդիկ նվազ տեղեկացված են ռիսկի գործոնների վերաբերյալ, քան կանայք:**
- **Տեղեկացվածությունը աճում է տարիքին զուգահեռ: Ամենից ցածրն է տեղեկացվածությունը 15-19 տարիքային խմբում:**

Ակնհայտ է, որ դա պայմանավորված է բարձր տարիքում հիվանդությունների տարածվածության աճով, որի հետևանքով մարդիկ ավելի հաճախ են դիմում բժշկի և նրանցից անձամբ տեղեկություններ ստանում իրենց հիվանդությունների առաջացմանը նպաստած ռիսկի գործոնների վերաբերյալ: Հետևաբար.

- **Անհրաժեշտ է ռիսկի գործոնների վնասակար ազդեցության մասին տեղեկացվածության բարձրացման առավել ինտենսիվ աշխատանքներ տանել ռիսկային խմբերում, սևեռել**

ուշադրությունը 15 – 30 տարեկանների խմբերին, ում մոտ դեռևս ռիսկային վարքագծային սովորությունները չեն առաջացրել առողջության վատթարացում:

- Ռիսկի գործոնների վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը, ինչպես և սպասելի է, ավելի ցածր է.
  - ✓ ցածր կրթամակարդակով անձանց շրջանում
  - ✓ գյուղական բնակավայրերում
  - ✓ բարեկեցության ցածր քվինտիլներում:

Աղյուսակ 41. Տեղեկացվածություն վարքագծային գործոնների վնասակարության մասին

		Կերակրի աղի չարաշահում (%)	Ալկոհոլ (%)	Երկրորդային ծխի ազդեցությունը (%)	Ֆիզ. թերակտիվությունը (%)
Սեռ	Իգական	63.9	74.9	97.1	92.5
	Արական	55.3	69.5	95.1	89.4
Տարիքային խմբեր	15-19	48.3	72.1	96.6	79.4
	20-29	59.7	73.3	97.1	91.2
	30-39	57.6	73.9	96.4	89.9
	40-49	64.4	70.3	98.0	92.7
	50-59	65.5	72.4	97.0	92.2
	60-69	60.7	69.8	92.6	97.7
	70 +	58.8	63.1	91.6	94.1
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	48.7	57.8	93.6	81.6
	Միջնակարգ	57.2	69.1	96.1	91.9
	Միջին մասնագիտական	61.8	75.0	97.9	89.5
	Թերի բարձրագույն	63.3	70.4	92.5	94.2
	Բարձրագույն կամ ավելի	69.1	79.1	96.6	95.4
Բնակավայր	Երևան	61.2	73.0	95.6	93.6
	Քաղաք	62.0	78.5	96.1	90.7
	Գյուղ	57.3	65.1	96.7	89.2
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	54.3	66.1	93.7	90.6
	II Ցածր	54.3	63.1	97.2	89.8
	III Միջին	65.0	76.6	95.9	94.4
	IV Բարձր	59.5	73.3	97.3	87.8
	V Ամենաբարձր	64.5	74.5	96.2	92.5
	<b>Ընդամենը</b>	<b>60.0</b>	<b>71.6</b>	<b>96.2</b>	<b>91.1</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

### Տեղեկացվածությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններ առաջացնող կենսաբանական ռիսկի գործոնների մասին

Հայաստանի 20 և բարձր տարիք ունեցող բնակչության տեղեկացվածությունը կենսաբանական ռիսկի գործոնների վնասակար ազդեցության մասին տրված է Գծապատկեր 72-ում: Համաձայն ներկայացված տվյալների, առավել բարձր է բնակչության տեղեկացվածությունը գիրության (65%) և զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության (61%) մասին, ընդ որում, զգալիորեն ցածր է տեղեկացվածությունը գյուղկոզայի (39%) և քոլեստորինի բարձր մակարդակի վնասակարության (29%) մասին:

Հարկ է նշել, որ 2012 թ.-ին 2007 թ. համեմատ.

- աճել է բնակչության տեղեկացվածությունը գիրության վնասակարության մասին 7%-ով,
- նվազել է.
  - ✓ զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության մասին տեղեկացվածությունը 11%-ով,
  - ✓ գլյուկոզայի բարձր մակարդակի՝ 10%-ով
  - ✓ քոլեստերինի՝ 3%-ով

**Աղյուսակ 42. Տեղեկացվածությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններ առաջացնող ռիսկի գործոնների մասին**

		Բարձր ճնշում (%)	Քոլեստերին (%)	Գլյուկոզա (%)	Գիրություն (%)
Սեռ	Իգական	57.6	31.9	42.1	64.5
	Արական	44.8	24.0	32.8	65.2
Տարիքային խմբեր	15-19	24.6	17.4	26.0	66.2
	20-29	49.2	25.4	38.5	62.2
	30-39	53.6	29.9	42.1	69.1
	40-49	58.4	33.0	38.7	67.9
	50-59	58.8	34.3	43.4	63.8
	60-69	62.0	29.3	36.3	63.8
	70 +	49.6	23.5	30.7	59.5
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	34.8	12.8	23.4	59.2
	Միջնակարգ	44.2	21.7	34.1	62.7
	Միջին մասնագիտական	54.3	34.3	38.3	63.7
	Թերի բարձրագույն	69.7	39.1	51.2	68.4
	Բարձրագույն կամ ավելի	68.9	40.2	49.2	73.9
Բնակավայր	Երևան	50.9	28.9	34.2	65.4
	Քաղաք	56.9	33.4	43.9	67.1
	Գյուղ	48.3	23.6	36.1	62.7
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	45.3	23.4	29.8	59.2
	II Ցածր	50.6	23.9	32.4	62.3
	III Միջին	52.4	31.9	39.6	67.1
	IV Բարձր	51.3	27.8	37.6	63.0
	V Ամենաբարձր	57.0	32.5	46.7	70.7
	<b>Ընդամենը</b>	<b>51.7</b>	<b>28.3</b>	<b>37.8</b>	<b>64.9</b>

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Աղյուսակ 42-ի տվյալներից բխում է, որ.

- Զարկերակային բարձր ճնշման, գլյուկոզայի և քոլեստերինի վնասակարության մասին կանայք համեմատաբար ավելի տեղեկացված են, քան տղամարդիկ, իսկ գիրության վերաբերյալ տեղեկացվածությունն ըստ սեռի միմյանցից չի տարբերվում:
- Քոլեստերինի և գլյուկոզայի վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը համեմատաբար բարձր է միջին տարիքային խմբերում և ավելի ցածր 70 տարեկան և բարձր խմբերում:
- Կրթամակարդակի աճին զուգահեռ բարձրանում է տեղեկացվածությունը բոլոր ռիսկի գործոնների մասին:

- Համեմատաբար ավելի ցածր է տեղեկացվածությունը գյուղերում և ցածր բարեկեցության քվինտիլներում:

### **Շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն**

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, հողի աղտոտվածությունը, աղմուկը: ԱՀԳԳ 2009, 2012 թթ. հետազոտությունները ընդգրկել են 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:

ԱՀԳԳ 2012 թ. հետազոտության ընթացքում գնահատված շրջակա միջավայրի և կենցաղային ռիսկի գործոններն ըստ տարածվածության և բնակավայրի տիպի տրված են Աղյուսակ 43 և Աղյուսակ 44- ում:

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ Հայաստանում առավել տարածված է.

- օդի աղտոտումը (փոշուց օդի աղտոտվածության մասին են հայտնել հարցվածների 53.0%-ը),
- աղմուկը (տրանսպորտային աղմուկի առկայության մասին են հայտնել հարցվածների 25.6%-ը),
- հողի աղտոտումը (կենցաղային աղբի առկայության մասին են հայտնել հարցվածների 19.2%-ը),
- խմելու ջուրը՝ որի աղտոտվածության մասին են հայտնել հարցվածների 17.9%-ը,
- ռադիացիան՝ որի առկայության մասին հայտնել են հարցվածների 12.1%-ը:

Տվյալները հուշում են, որ **շրջակա միջավայրի աղտոտվածության առավել տարածված գործոնները պայմանավորված են ոչ թե բնակչության վարքագծով, այլ տնտեսության և կառավարման բնույթով:**<sup>28</sup>

### **Օդի աղտոտվածություն**

Օդի աղտոտվածությունը Հայաստանում առավել տարածված կենցաղային ռիսկի գործոնն է: 2012թ. հետազոտությամբ գնահատվել է օդի աղտոտման մի քանի աղբյուրների տարածվածությունը.

- օդի աղտոտվածությունը փոշուց,
- ավտոմոբիլային ծխով,
- արտադրական արտանետումներով,
- մոտակայքում գտնվող անասնապահական ֆերմայի պատճառով:

<sup>28</sup> Կարելի է ենթադրել, որ կենցաղային աղբի կուտակումները առաջանում են բնակչության համապատասխան վարքից: Սակայն իրականում, էթե որևէ կոնկրետ վայրում առաջանում է կենցաղային աղբի կուտակում, ապա դա նշանակում է, որ գոյություն ունի բնակչության որոշակի խումբ, որոնք չունեն աղբաթափության որոշակի տեղ, իսկ աղբաթափության այդ տեղը կազմավորվել է սպոնտան՝ այդ բնակչության համար առավել հարմար վայրում: Հետևաբար, մնացել է կատարել վերջին **կառավարչական քայլը**՝ այդ վայրում աղբարկղներ տեղադրելու և այդ աղբարկղներից աղբը որոշակի պարբերականությամբ տարահանելու վերաբերյալ:



Դրանցից ամենատարածվածը օդի աղտոտվածությունը փոշուց, իսկ երկրորդը՝ ավտոմոբիլային ծխով: Դրանք ամենատարածվածն են Երևանում և մարզային քաղաքներում:

Օդի աղտոտվածությունն արտադրական արտանետումներով նույնպես Երևանյան և քաղաքային խնդիրներ են, սակայն դրանց տարածվածությունը մոտ երեք անգամ ավելի քիչ է, քան փոշու և ավտոմոբիլային ծխի ազդեցությունը:

Օդի որակի անկման և աղտոտվածության պատճառ կարող են դառնալ նաև ծառահատումները, քանի որ դրա հետևանքով նվազում է օդի թթվածինը և աճում է օդի աղտոտվածությունը փոշուց: Այդ խնդիրն առավել մեծ տարածվածություն ունի Երևանում:

**Աղյուսակ 43. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածություն**

Կենցաղային ռիսկի գործոնների առկայությունը, 2012 թ.	Բնակավայր			
	Երևան (%)	Քաղաք (%)	Գյուղ (%)	Ընդամենը (%)
Օդի աղտոտվածություն՝ փոշու պատճառով	56.1	56.8	47.5	53.0
Օդի աղտոտվածություն՝ ավտոմոբիլային ծխով	56.4	47.0	31.6	44.2
Օդի աղտոտվածություն՝ արտադրական արտանետումներով	16.2	18.6	8.2	13.9
Օդի աղտոտվածություն՝ անասնապահական ֆերմայի պատճառով	8.2	6.5	11.5	9.0
Ծառահատումներ	10.6	6.9	4.3	7.1
Խմելու ջրի կեղտոտվածություն	16.1	16.4	20.7	17.9
Կեղտոտ ռոռզման ջուր	10.2	10.7	20.2	14.1
Տրանսպորտային աղմուկ՝ ավտոմոբիլ, երկաթուղի, ինքնաթիռ	38.8	26.3	13.7	25.6
Կենցաղային աղմուկ՝ ռեստորան, բար, հարևաններ, փողոց	10.2	10.1	1.3	6.8
Արտադրական աղմուկ	3.6	3.7	0.7	2.5
Կենցաղային աղբի կուտակումներ	23.1	25.4	11.0	19.2
Շինարարական աղբ	17.1	19.6	5.9	13.6
Արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումներ	6.6	14.6	5.7	8.6
Ճառագայթում	12.7	12.0	11.7	12.1

Աղբուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Ջրի աղտոտվածություն**

Հետազոտությամբ գնահատվել են խմելու և ռոռզման ջրի աղտոտվածության խնդիրները: Դրանք առավել տարածված են գյուղական բնակավայրերում:

**Աղմուկ**

Ուսումնասիրվել են տրանսպորտային, կենցաղային և արտադրական աղմուկների տարածվածությունը:

- Դրանցից առավել տարածվածն է տրանսպորտային աղմուկը (ավտոմոբիլներից, երկաթուղուց, ինքնաթիռներից):
- Տրանսպորտային աղմուկը առավելապես երևանյան խնդիր է:

Գյուղերում տրանսպորտային աղմուկի տարածվածությունը երեք անգամ զիջում է Երևանի ցուցանիշին:

- Երևանում և մարզային քաղաքներում խնդրահարույց է նաև կենցաղային աղմուկը, որն առաջանում է մոտակա բարերից, ռեստորաններից, փողոցից և հարևաններից:

### **Հողի աղտոտվածություն**

- Հողն աղտոտող ամենատարածված գործոնը կենցաղային աղբի կուտակումներն են և շինարարական աղբը:
- Դրանք առավելապես տարածված են Երևանում և մարզային քաղաքներում:
- Իսկ արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումներն առավելապես մարզային քաղաքների խնդիրներն են (ըստ երևույթի հանքարդյունաբերության ձեռնարկությունների գտնվելու վայրերին մոտ):

### **Ճառագայթում**

Ճառագայթային «աղտոտվածությունը» Երևանում, մարզային քաղաքներում և գյուղերում ունի մոտավորապես նույնպիսի տարածվածություն: Դա բացատրվում է նրանով, որ ՀԱԷԿ-ին մոտ են գտնվում բոլոր նշված տիպերի բնակավայրերը:

Հարկ է նշել, որ ճառագայթման բարձր մակարդակ կարող է լինել նաև ՀԱԷԿ-ից հեռու գտնվող բնակավայրերում, մասնավորապես ռադիոակտիվ հանքանյութ պարունակող տարածքներում, օրինակ՝ Սյունիքի մարզում: Այս բնակավայրերի նույնականացումը ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կարող է իրականացնել համապատասխան պետական մարմինների հետ համագործակցությամբ:

### **Բնակարանի ջեռուցում**

Բնակարանային ջեռուցման հետ կապված առավել տարածված ռիսկի գործոնը բնակարանը փայտով կամ ածխով տաքացնելն է: Հայաստանում բնակարանը փայտով կամ քարածխով են տաքացնում տնային տնտեսությունների 38.1%-ը:

- Գյուղերում բնակարանները փայտով կամ ածխով են տաքացնում հարցվածների 63.0%-ը, քաղաքներում՝ 32.1%-ը, իսկ Երևանում՝ 14.3%-ը:
- Այլ ձևերով, որոնք հանդիսանում են ռիսկի գործոններ (գոմաղբով, ինչով պատահի, այլ ձևերով), բնակարանները տաքացնում է Հայաստանի ընտանիքների 5.4%-ը, իսկ 0.5%-ը բնակարաններն ընդհանրապես չի տաքացնում:

### **Կոյուղու առկայություն**

Հայաստանի ընտանիքների 69.6%-ի բնակարաններում առկա է կոյուղի: Այն առկա է Երևանի ընտանիքների 93.8%-ում, մարզային քաղաքների ընտանիքների 87.2%-ում և գյուղական ընտանիքների 36.0%-ում:

### **Սանհանգույցի տեղադրություն**

Հայաստանի ընտանիքների 37.4%-ի սանհանգույցը (զուգարանը) գտնվում է բակում: Առավելապես դրանք գյուղական ընտանիքներն են, որոնց համար ցուցանիշը հավասար է 67.4%-ի, քաղաքներում ցուցանիշը 23.2% է:

**Աղյուսակ 44. Սանիտարահիգիենիկ ռիսկի գործոնների տարածվածություն**

		Բնակավայրի տիպ			
		Երևան (%)	Քաղաք (%)	Գյուղ (%)	Ընդամենը (%)
Զուգարանի գտնվելու վայրը	Բնակարանի/տան ներսում	84.7	75.1	31.5	61.7
	Շենքում՝ մի քանի ընտանիքների համար	0.0	1.3	0.7	0.7
	Բակում	15.1	23.2	67.4	37.4
	Բակում՝ մի քանի ընտանիքների համար	0.1	0.2	0.4	0.2
	Զուգարան չունենք	0.1	0.2	0.0	0.1
Միասնական ջրահեռացման կոյուղու առկայություն	Ոչ	7.2	12.8	64.0	30.4
	Այո	92.8	87.2	36.0	69.6
Տնային տնտեսության ջեռուցումը	Կենտրոնական ջեռուցում	0.2	1.4	0.1	0.5
	Անհատական ջեռուցման համակարգ	29.9	12.0	5.4	15.2
	Գազի վառարանով	38.5	35.4	16.3	29.2
	Էլեկտրական տաքացուցիչով	11.9	16.9	2.2	9.7
	Գազօջախով	3.1	1.2	0.1	1.4
	Փայտով, քարածխով	14.3	32.1	63.0	38.1
	Գոմաղբով	0.1	0.2	12.2	4.7
	Ինչով պատահի	0.0	0.0	0.4	0.2
	Չենք տաքացնում	1.0	0.4	0.0	0.5
	Այլ	1.0	0.3	0.3	0.5

Աղբուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Տեղեկատվական կարիքներ**

ԱՀԳԳ շրջանակում իրականացվող զանգվածային հետազոտությունների փոքր ծավալով ընտրանքը (2009 և 2012 թթ. ընթացքում 1600 հարցվող) թույլ չի տալիս ուսումնասիրել ռիսկի գործոնների բնութագրերը տարբեր մարզերում և սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի յուրահատուկ հատույթների համար, օրինակ՝ 15-19 տարեկան տղամարդկանց վարքագծային կարծրատիպերը և սոցիալական պայմանները, որոնք առաջացնում են ամեն օր ծխելու սովորությունը, կամ՝ մարզային քաղաքներում բնակվող 30-59 տարեկան կանանց վարքագծային ստերեոտիպերը և սոցիալական պայմանները, որոնք առաջացնում են ավելորդ քաշ կամ ֆիզիկական թերակտիվություն: Այդպիսի վերլուծությունները հնարավորություն կընձեռեն կոնկրետ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբի համար, մշակել ռազմավարություններ կոնկրետ ռիսկի գործոնի տարածվածության նվազեցման համար:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>Ընտրանքի փոքր չափը հնարավորություն չի ընձեռում կատարել տվյալների մարգային համեմատություններ, ինչպես նաև սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալների փոխազդեցությունների ուսումնասիրություն:</p>	<p>Մեծացնել ԱՀԳԳ հետազոտության ընտրանքը մինչև 6500 կամ ավելի հարցվող:</p> <p>Իրականացնել մարգային, ինչպես նաև բնակչության հատուկ խմբերում հատուկ թիրախավորված հարցումներ:</p>
<p>Բնակչության շրջանում արդեն շատ բարձր է ծխելու և այլ անձանց համար ծխախոտի ծխի վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը:</p> <p>Սակայն, տղամարդկանց շրջանում բարձր է մնում ծխախոտի օգտագործումը, իսկ ծխողները ուշադրություն չեն դարձնում իրենց վարքագծի վնասակար ազդեցությանը շրջապատի վրա:</p>	<p>Ավելացնել հանրային վայրերում ծխելու սահմանափակումները:</p> <p>Կիրառել սանկցիաներ հանրային վայրերում ծխելու համար, հատկապես հանրային տրանսպորտի վարորդների ծխելու դեպքում:</p>
<p>Ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում կտրուկ աճում է 20-29 տարեկանների խմբում:</p>	<p>Հարկ է հակածխախոտային միջոցառումները թիրախավորել հատկապես երիտասարդության շրջանում, այդ թվում բարձրացնել սիրողական սպորտով զբաղվող երիտասարդների քանակը:</p>
<p>Ալկոհոլի չարաշահումը համեմատաբար բարձր է 30-39 տարեկան և 60-69 տարեկան տղամարդկանց շրջանում:</p>	<p>Անհրաժեշտ է ավելի ճշգրիտ ուսումնասիրել բնակչության այդ կատեգորիաները, վերհանել ալկոհոլի չարաշահման պատճառները և մշակել, դրա նվազեցման ռազմավարությունը:</p>
<p>Չնայած բնակչության շրջանում շատ բարձր է ֆիզիկական թերակտիվության վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածությունը, սակայն խիստ աճել է ֆիզիկական թերակտիվությունը, որը բարձր է նաև 15-19 տարեկանների շրջանում:</p>	<p>Միջոցառումներ ձեռնարկել բնակչության շրջանում ֆիզկուլտուրայի տարածմանը:</p> <p>Մարզադաշտերը և սպորտհրապարակները մատչելի դարձնել բնակչության համար:</p> <p>Կառուցել նոր մարզադաշտեր և սպորտհրապարակներ:</p> <p>Կազմակերպել սիրողական սպորտի և ֆիզկուլտուրայի զանգվածային միջոցառումներ:</p>

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
<p>2007-2009 թթ. ընթացքում աճելու միտում է ունեցել ավելորդ քաշի տարածվածությունը:</p> <p>2007-2012 թթ. ընթացքում կտրուկ աճել է կերակրի աղի նորմայից ավելի օգտագործումը:</p>	<p>Իրականացնել ճիշտ սննդակարգի ուսուցում, մասնավորապես ուսումնական հաստատություններում և ՁԼՄ-ներով, հիմնականում՝ հեռուստատեսությամբ:</p>
<p>Վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը հանգեցրել է զարկերակային գերճնշման տարածվածության կտրուկ աճի:</p> <p>Միաժամանակ անկման միտում է ունեցել զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակը:</p>	<p>Առողջապահության առաջին օղակում իրականացնել տարեկան գոնե մեկ անգամ, արյան ճնշման սկրինինգներ:</p> <p>Ինտենսիվացնել բնակչության իրազեկումը զարկերակային բարձր ճնշման վնասակարության վերաբերյալ:</p>
<p>Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկացվածությունն ամենից ցածրն է 15-19 տարեկան բնակչության շրջանում:</p>	<p>Ինտենսիվացնել առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ տեղեկությունների ուսուցանումը հանրակրթական դպրոցներում, ինչպե նաև նախնական ու միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում:</p>
<p>Հայաստանում տարածված են շրջակա միջավայրն աղտոտող կենցաղային ռիսկի գործոնները:</p> <p>Սակայն, այդ գործոնների կառավարումը դուրս է գտնվում ՀՀ առողջապահության նախարարության լիազորությունների շրջանակից:</p>	<p>Ինտենսիվացնել ՀՀ առողջապահության նախարարության համագործակցությունը շրջակա միջավայրի ռիսկի գործոնների կառավարման լիազորություններ ունեցող պետական մարմինների հետ, մասնավորապես ինֆորմացիայի փոխանակման տեսակետից:</p>
<p>Շրջակա միջավայրն աղտոտող ամենատարածված ռիսկի գործոններն են օդի աղտոտվածությունը փոշուց և ավտոմոբիլային ծխից:</p>	<p>Ինտենսիվացնել հանրապետությունում, հատկապես Երևանում և մարզային քաղաքներում ծառատունկերը և դրանց հետագա խնամքը:</p> <p>Բարձրացնել վերահսկողությունը և խստացնել սանկցիաները ապօրինի ծառահատումների և դրանց ապօրինի թույլտվության նկատմամբ:</p> <p>Բարձրացնել շինարակական թույլտվությունների տրամադրման թափանցիկությունը, հատկապես նրբանկատ իրականացնել թույլտվությունների տրամադրման</p>

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
	<p>գործընթացը ծառայատ տարածքներում:</p> <p>Իրական պատժամիջոցներ նախատեսել անպատշաճ վերահսկողություն վարող և ծառահատումների չհիմնավորված թույլտվություններ տվող պաշտոնյաների նկատմամբ:</p> <p>Ապօրինի ծառահատումների վերահսկողության հարցում ուժեղացնել պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների համագործակցությունը Էկոլոգիական հասարակական կազմակերպությունների միջև: Մասնավորապես, խրախուսել հասարակական այլընտրանքային փորձաքննությունը և դրանց համեմատությունը բիզնես և պետական փորձաքննության արդյունքների հետ:</p> <p>Ուժեղացնել բեռնատար և հասարակական տրանսպորտի միջոցների կողմից օդի աղտոտման պետական վերահսկողությունը:</p> <p>Օդի աղտոտման համար հավաքագրված տույժերից ու տուգանքներից կազմավորել շրջակա միջավայրի վերականգնման ֆոնդ:</p>
<p>Շրջակա միջավայրի աղտոտման հարցում բարձր է կենցաղային աղբի կուտակումների տարածվածությունը:</p>	<p>Քարտեզագրել կենցաղային աղբի կուտակումների կետերը, դրանցում տեղադրել համապատասխան ծավալի աղբարկղեր և այդ կետերն ընդգրկել աղբահանության համապատասխան սխեմաներում:</p> <p>Ուժեղացնել վերահսկողությունը կենցաղային աղբի կուտակումների համար պատասխանատու մարմինների ու կազմակերպությունների աշխատանքների նկատմամբ: Մանկցիաներ կիրառել դրանց ոչ պատշաճ իրականացման դեպքում:</p>
<p>Շրջակա միջավայրի աղտոտման հարցում առկա է շինարարական աղբի և արտադրական թափոնների խնդիր:</p>	<p>Ինտենսիվացնել պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների համագործակցությունը հասարակական կազմակերպությունների հետ շինարարական աղբի և արտադրական թափոնների</p>

Իրավիճակ	Առաջարկություններ ռազմավարությունների վերաբերյալ
	տեղաբաշխվածության հայտնաբերման հարցում:
<p>Գյուղերում բնակչության մեծամասնությունը բնակարանները տաքացնում է փայտով կամ ածխով:</p> <p>Այդ իրավիճակը նպաստում է նաև ապօրինի ծառահատումներին:</p>	<p>Հարց բարձրացնել համապատասխան պետական կառավարման մարմինների առջև գյուղական բնակավայրերում բնակարանների ջեռուցման խնդիրների վերաբերյալ:</p>
<p>Գյուղական բնակավայրերի մեծ մասը չունի կոյուղի:</p>	<p>Հարց բարձրացնել ՀՀ տարածքային կառավարման նախարարության առջև գյուղական բնակավայրերում կոյուղու շինարարության հնարավորությունների ուսումնասիրության վերաբերյալ:</p>

## 6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՐՃԱԳԱՆՔՈՒՄ

Արձագանքումը առողջապահական համակարգի գործունեության երեք հիմնական նպատակներից մեկն է: Երկու առողջապահական համակարգերից ավելի արձագանքող է համարվում այն համակարգը, որը.

1. Ավելի շատ տեղեկություններ է հաղորդում հիվանդին:
2. Բժշկական անձնակազմը հիվանդի համար հասկանալի կերպով է բացատրում հիվանդության հետ կապված հարցերը:
3. Բավարար ժամանակ է տրամադրում մարդուն, որպեսզի նա բժշկին տա իրեն հետաքրքրող հարցերը:
4. Հիվանդին ընդգրկում է նրա բուժման վերաբերյալ որոշումների կայացմանը:
5. Ապահովում է հիվանդության վերաբերյալ քննարկումների ընթացքում հիվանդի մեկուսիությունը:
6. Ապահովում է անձի մեկուսիությունը բժշկական գնումների ընթացքում:
7. Գաղտնի է պահում անձի մասին ստացած տեղեկությունները:
8. Հնարավորություն է տալիս մարդուն ազատորեն ընտրել իր բուժող բժշկին:
9. Ունի մաքուր և ընդարձակ տարածքներ:
10. Ֆիզիկապես ավելի հասանելի է իր ծառայություններից օգտվողների համար:
11. Ծառայություն մատուցելու համար չի սպասեցնում հիվանդին:
12. Ունի բարեկիրթ և հարգալից անձնակազմ:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման բնութագրերի համեմատական կարևորությունները տարբերվում են ըստ հասարակության մշակութային առանձնահատկությունների:

Առողջապահական համակարգի արձագանքումը գնահատվում է 8 դոմեններում /տիրույթներում/, որոնք ընդգրկում են վերը նշված բնութագրերը: Այդ դոմենները բաժանված են երկու խմբի, որոնցից մեկում ընդգրկված են **անձի նկատմամբ վերաբերմունքն** արտահայտող դոմենները, իսկ երկրորդում՝ առողջապահական **համակարգից օգտվողներին կողմնորոշող** դոմենները:

Առաջին խմբի կազմում են.

1. **Հարգանքի դոմեն.** հիվանդի նկատմամբ հարգանքի արտահայտությունը՝ արդյո՞ք բուժաշխատողները հարգալից են եղել հիվանդների հանդեպ: Արդյո՞ք բժշկական գնումները կատարվել են առանձնացված պայմաններում:
2. **Հաղորդակցության դոմեն.** հիվանդի հետ հաղորդակցության բնույթը՝ արդյո՞ք բժիշկները բացատրել են հիվանդին նրա վիճակը, ախտորոշումների նշանակությունը և բուժման ընթացքը: Արդյո՞ք հիվանդը հնարավորություն է ունեցել տալ իրեն հետաքրքրող հարցերը:
3. **Ավտոնոմության դոմեն.** Արդյո՞ք բժիշկը հասկանալի կերպով բացատրել է հիվանդին բուժման հնարավոր տարբերակները: Արդյո՞ք հաշվի առնվել է հիվանդի կարծիքը բուժման տարբերակներն ընտրելիս:
4. **Գաղտնիության դոմեն.** Արդյո՞ք բուժհաստատությունն ու բժիշկը ապահովում են հիվանդի և հիվանդության մասին տեղեկությունների գաղտնիությունը:

Երկրորդ խմբում են հետևյալ դոմենները.



5. **Հիմնական հարմարությունների դոմեն.** Կա՞ն արդյոք բուժհիմնարկում կենցաղային հիմնական պայմանները:
6. **Արձագանքման արագության դոմեն.** Արդյո՞ք բուժհիմնարկը բավարար արագ է արձագանքում հիվանդի պահանջներին:
7. **Ընտրության հնարավորության դոմեն.** Արդյո՞ք անձը կամ հիվանդը հնարավորություն ունի ընտրելու բուժհիմնարկը կամ բուժող բժշկին:
8. **Սոցիալական աջակցության դոմեն.** Արդյո՞ք հիվանդը հնարավորություն ունի բուժման ընթացքում սոցիալական աջակցություն ստանալու:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման բնութագրերի գնահատման համար Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունում մշակված են յուրաքանչյուր դոմենի գնահատման հարցաշարեր:

Առողջապահական համակարգի արձագանքման այս գնահատականները վերաբերում են միայն առողջապահական ծառայություններից օգտվողներին, այսինքն՝ բուժօգնության դիմաձևերին: Այդ պատճառով առողջապահական համակարգի արձագանքման ընդհանուր գնահատման համար օգտագործվում են նաև հետևյալ ցուցանիշները.

- առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը,
- վստահությունը առողջապահական համակարգի նկատմամբ,
- ընդհանուր բավարարվածությունը առողջապահական համակարգի ծառայություններից:

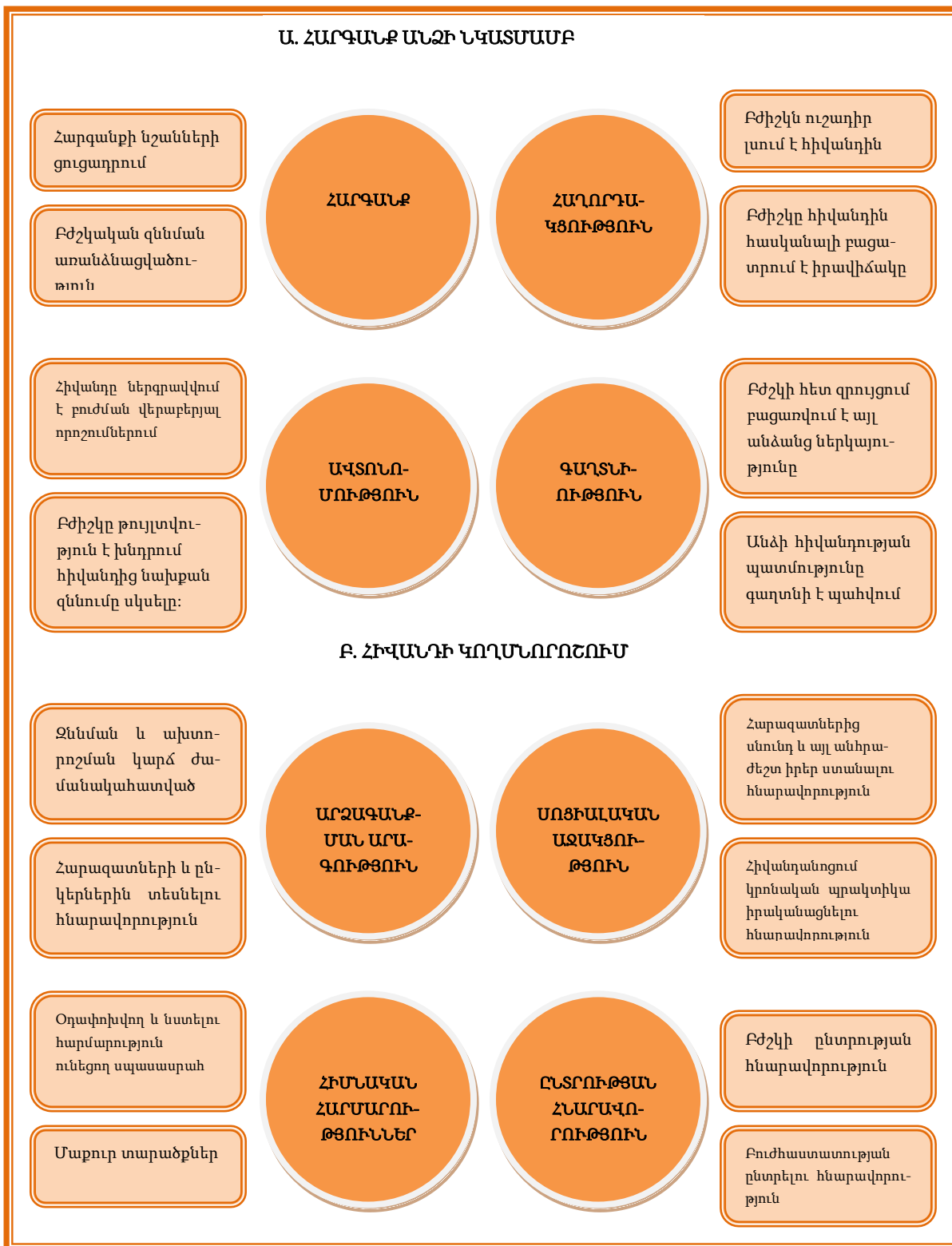
Հայաստանի ԱՀԳԳ 2012 թ. զանգվածային հետազոտությունում գնահատվել են հետևյալ դոմենները՝

1. Հարգանք
2. Հաղորդակցություն
3. Գաղտնիություն
4. Ավտոնոմություն (ինքնավարություն)
5. Հիմնական պայմաններ
6. Արձագանքման արագություն:

Բժշկի ազատ ընտրության դոմենը գնահատվել է առողջության առաջնային պահպանման օղակի համար:

Հայաստանում առողջապահական համակարգի արձագանքման արդյունավետության բարձրացման համար առողջապահության նախարարությունում ստեղծվել է հեռախոսային «թեժ գիծ»: Այս բաժնում դիտարկվում է նաև այդ «թեժ» գծի արդյունավետությունը:

Նկար 1. Առողջապահական համակարգի արձագանքման դոմենները



## Բուժհիմնարկների արձագանքման դոմեններ

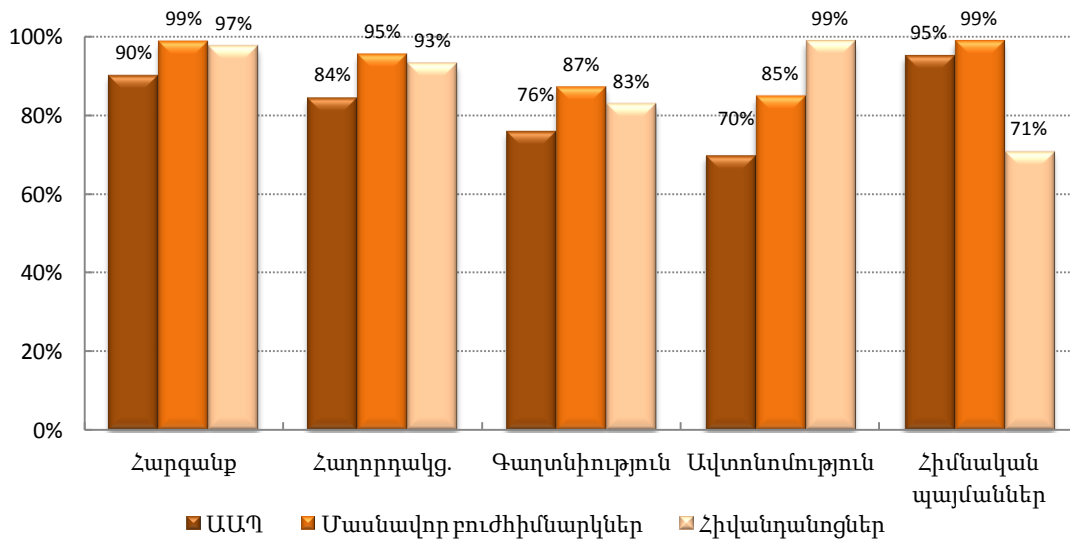
Արձագանքման դոմենների գնահատման համար զանգվածային հետազոտության հարցաշարից յուրաքանչյուր դոմենին վերաբերող հարցերում կիրառված չափման սանդղակների կոմբինացման միջոցով կազմավորվել են յուրաքանչյուր անձի կողմից տվյալ դոմենի գնահատականները, որոնք փոփոխվում են 0-100% սահմաններում, որտեղ 0%-ը նշանակում է դոմենի ամենացածր գնահատականը, իսկ 100%-ը՝ ամենաբարձր գնահատականը:

Արդյո՞ք դոմենների կոնկրետ գնահատականները բարձր են, թե ցածր հարցում կողմնորոշիչ կարող է լինել սանդղակների հետևյալ ստորաբաժանումը.

- 0-20% շատ ցածր գնահատականների տիրույթ,
- 21-40% ցածր գնահատականների տիրույթ,
- 41-60% միջին գնահատականների տիրույթ,
- 61-80% բարձր գնահատականների տիրույթ,
- 81-100% շատ բարձր գնահատականների տիրույթ:

Գծապատկեր 73-ում տրված են Հայաստանում 2012 թ. առողջապահության [պետական] առաջնային օղակի (բուժկետեր, ամբուլատորիաներ, պոլիկլինիկաներ), մասնավոր բժշկական կենտրոնների և հիվանդանոցների (անկախ սեփականության ձևից) արձագանքման բնութագրերը:

Գծապատկեր 73. Բուժհիմնարկների արձագանքման դոմեններ



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Գծապատկերից երևում է, որ առողջապահական համակարգի երկու դոմենների.

- **Հարգանքի** և **հաղորդակցության** գնահատականները առողջապահական բոլոր տիպի հիմնարկներում գտնվում են շատ բարձր գնահատականների տիրույթում:
- Մասնավոր բուժհիմնարկներում և հիվանդանոցներում շատ բարձր գնահատականների տիրույթում են գտնվում նաև **գաղտնիություն** և **ավտոնոմություն** դոմենները:
- Ա.Ա.Պ օղակում **գաղտնիության** և **ավտոնոմության** դոմենները գտնվում են բարձր գնահատականների տիրույթում:

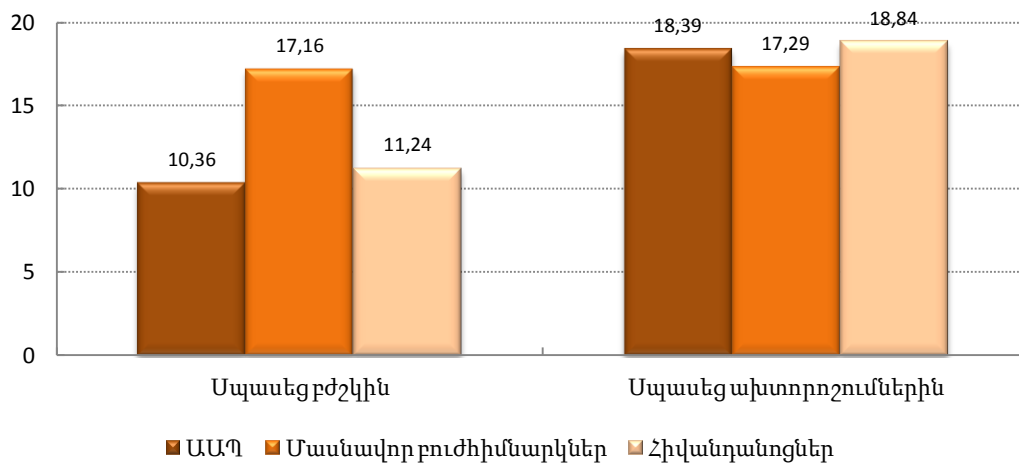
- Հիվանդանոցային օղակում **հիմնական պայմանների** դոմենը գտնվում է բարձր գնահատականների տիրույթում:

Ընդ որում, մասնավոր բուժօգնություն և հիվանդանոցներում առկա են մի քանի դոմեններ, որոնց գնահատականները ավելի բարձր են 95%-ից և հասնում են նույնիսկ 99%-ի: Հատկապես բարձր են հարգանքի դոմենի գնահատականները:

Բուժօգնություն բժշկին և ախտորոշումներին սպասելու ժամանակը տրված է Գծապատկեր 74-ում: Գծապատկերից երևում է, որ.

- **Բժշկին սպասելու ժամանակի միջին տևողությունը** առաջնային օղակում և հիվանդանոցներում միջինում 10 րոպե է, իսկ մասնավոր բուժօգնություն՝ 17 րոպե:
- **Ախտորոշումների համար սպասելու ժամանակի միջին տևողությունը** դիտարկված երեք տիպի բուժօգնություններում գրեթե նույնն է՝ 17-19 րոպե:

**Գծապատկեր 74. Բուժօգնություն սպասելու ժամանակը**



Սղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Հաջորդ պարբերություններում ներկայացված են ԱԱՊ, մասնավոր բուժօգնությունների և հիվանդանոցային համակարգից (անկախ սեփականության ձևից) արձագանքման դոմենների փոփոխությունները ժամանակի ընթացքում:

### **ԱԱՊ օղակի արձագանքում**

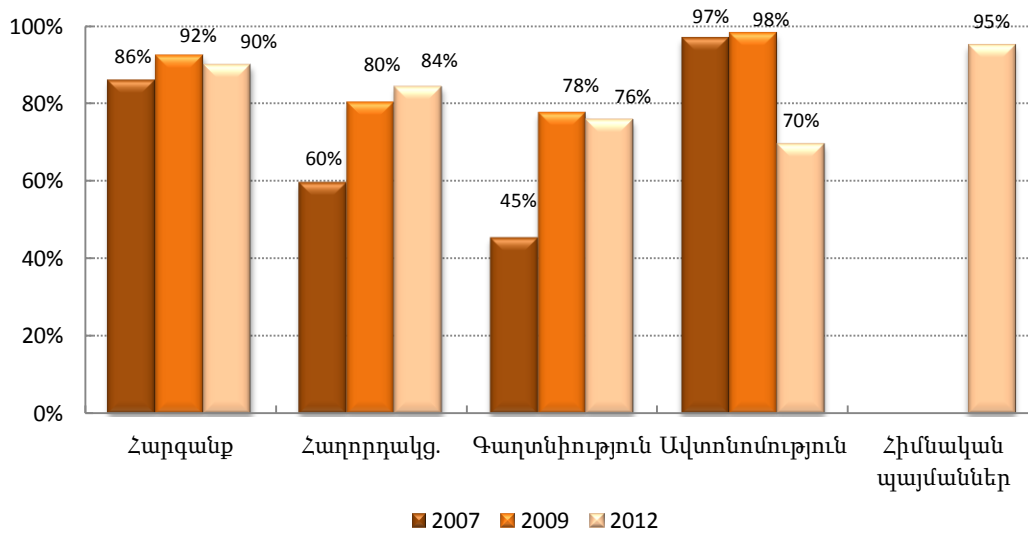
Գծապատկեր 75-ում ներկայացված են առողջապահության առաջնային օղակի արձագանքման դոմենների գնահատականները 2007, 2009 և 2012 թթ. հետազոտությունների տվյալներով:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- ԱԱՊ օղակում շատ բարձր են եղել 2007, 2009 և 2012 թթ. հետազոտությունների արդյունքում գնահատված **հարգանքի** դոմենը, ինչպես նաև 2012 թ.-ին՝ **հիմնական պայմանների դոմենը**:

- 2007 թ. համեմատ 2009 և 2012 թթ. ընթացքում բարելավվել են **հաղորդակցության** և **գաղտնիության** դոմենները, որոնց գնահատականները բարձր գնահատականների տիրույթից անցել են շատ բարձր գնահատականների տիրույթ:
- 2012 թ. ԱԱՊ օղակում ավտոնոմության դոմենի գնահատականը 2007 և 2009 թթ. ընթացքում **ավտոնոմության** դոմենի գնահատականը շատ բարձր գնահատականների տիրույթից 2012 թ. իջել է բարձր գնահատականների տիրույթ:

**Գծապատկեր 75. ԱԱՊ օղակի արձագանքման դոմեններ**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Մասնավոր բուժօգնությունների արձագանքում**

Մասնավոր բուժօգնությունների արձագանքման դոմենների գնահատականները ներկայացված են Գծապատկեր 76-ում: Մասնավոր բուժօգնությունների արձագանքման բնութագրերը գնահատվել են 2009 և 2012 թթ. հետազոտություններում:

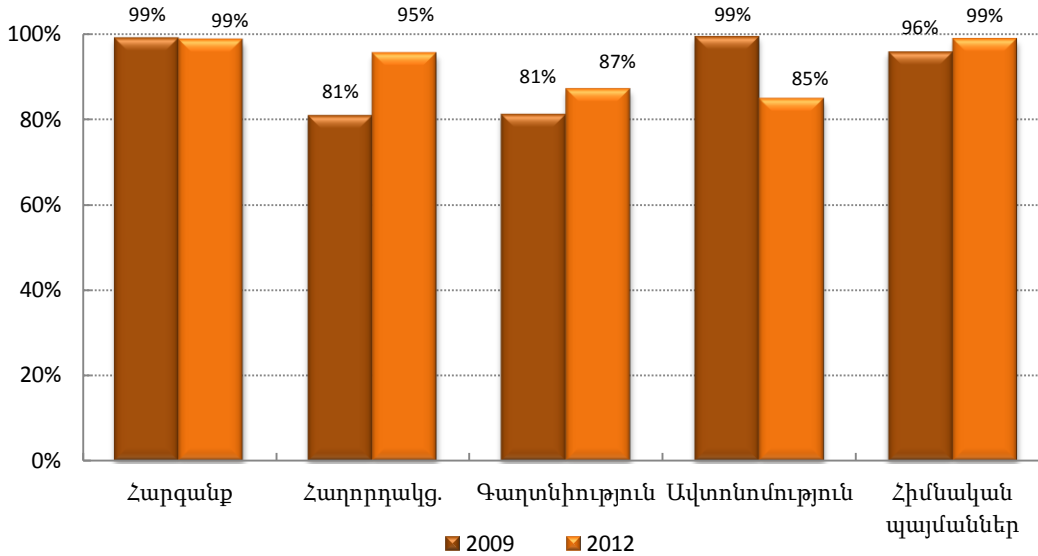
Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

- մասնավոր բուժօգնություններում և՛ 2009, և՛ 2012 թ. բոլոր դոմենները եղել են շատ բարձր գնահատականների տիրույթում:

Հաշվի առնելով վերոնշյալ փաստը, նշենք, որ մասնավոր բուժօգնություն.

- 2012 թ. 2009թ-ի համեմատ տեղի է ունեցել **հաղորդակցության** դոմենի գնահատականի նշանակալի աճ,
- իսկ **ավտոնոմության** դոմենում՝ նշանակալի նվազում (սակայն գնահատականը մնացել է գնահատականների շատ բարձր տիրույթում):

Գծապատկեր 76. Մասնավոր բուժօգնությունների արձագանքման դոմեններ



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

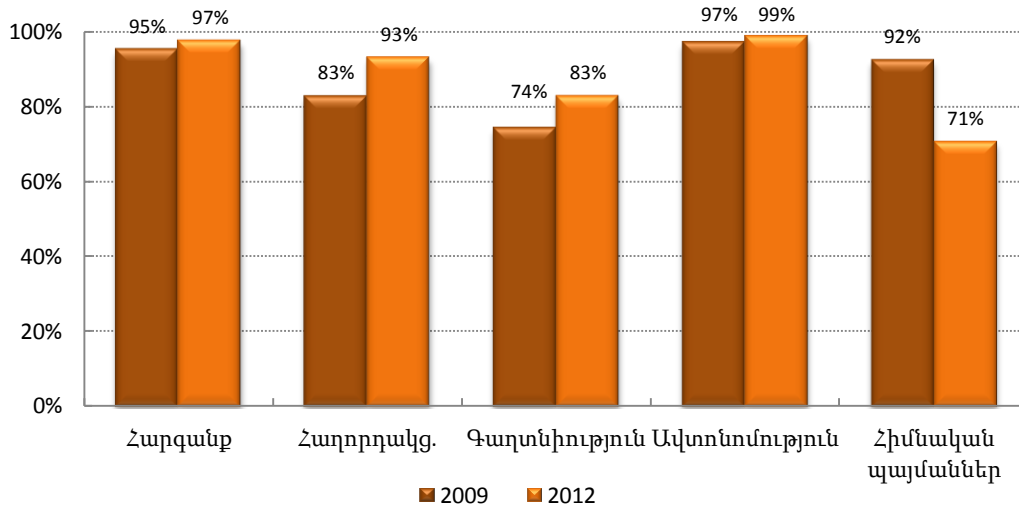
### Հիվանդանոցային օղակի արձագանքում

Հիվանդանոցային օղակի արձագանքման դոմեններն առանձին գնահատվել են 2009 և 2012 թթ. հետազոտությունների ընթացքում: Արձագանքման դոմենների գնահատականները ներկայացված են Գծապատկեր 77-ում:

Գծապատկերից երևում է, որ.

- Հիվանդանոցային օղակի արձագանքման բոլոր դոմենները 2007 և 2009 թթ. եղել են գնահատականների ամենաբարձր տիրույթում, բացի 2007 թ. գաղտնիության և 2012 թ. հիմնական պայմանների դոմեններից:
- Հարգանքի և ավտոնոմության դոմենները եղել են շատ բարձր գնահատականների տիրույթի ամենավերին տիրույթում (գնահատականները՝ 95-97%):
- 2009թ-ից 2012 թ. ընթացքում հիվանդանոցային օղակում տեղի է ունեցել **հաղորդակցության և գաղտնիության** դոմենների նշանակալի աճ: Ընդ որում՝ **գաղտնիության** դոմենի գնահատականը բարձր գնահատականների տիրույթից անցել է շատ բարձր գնահատականների տիրույթ:
- 2009թ-ից 2012 թ. ընթացքում հիվանդանոցային օղակում տեղի է ունեցել հիմնական պայմանների դոմենի գնահատականի անկում, ընդ որում՝ գնահատականը շատ բարձր գնահատականների տիրույթից իջել է բարձր գնահատականների տիրույթ:

**Գծապատկեր 77. Հիվանդանոցային օդակի արձագանքման դոմեններ**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Բժշկի ազատ ընտրություն**

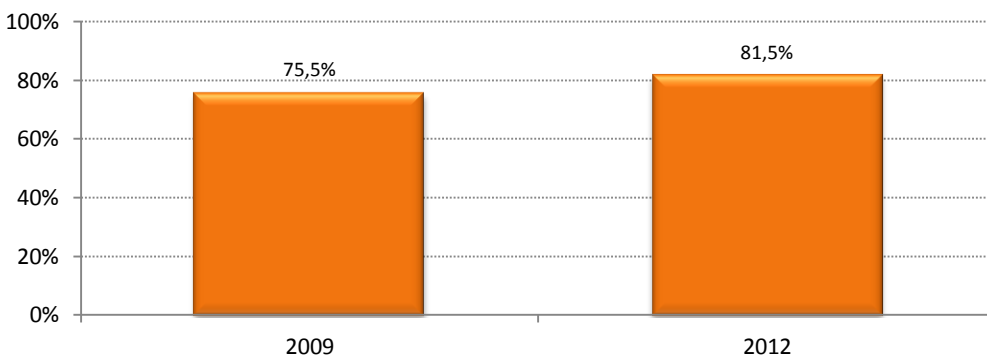
Հայաստանում 2007 թվականից գործում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում բժշկի ազատ ընտրության սկզբունքը, համաձայն որի քաղաքացին իրավունք ունի ազատորեն ընտրելու առաջնային բուժօգնություն ցուցաբերող բուժհիմնարկը և իրեն սպասարկող ընտանեկան բժշկին կամ տեղամասային թերապևտին: Այդ ընտրությունը ամրագրվում է համապատասխան պայմանագրով՝ քաղաքացու և առաջնային բուժօգնություն ցուցաբերող բուժհիմնարկի հետ: Քաղաքացին իրավունք ունի փոխելու ինչպես իրեն բուժող բժշկին, այնպես էլ բուժհիմնարկը:

2012 թ. հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է քաղաքացու առողջապահության առաջնային օդակում բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի իրականացման հետ կապված մի քանի հարցեր:

**Տեղեկացվածություն բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի մասին**

2012 թ. բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի մասին տեղյակ են Հայաստանի 18 և բարձր տարիքի բնակչության 81.5%-ը, իսկ (2009 թ. այդ մասին տեղյակ էին հարցվածների 75.5%-ը (Գծապատկեր 78):

**Գծապատկեր 78. Բժշկի ազատ ընտրության տեղեկացվածություն**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Տեղեկացվածությունը բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի մասին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի տրված է Աղյուսակ 45-ում:

**Աղյուսակ 45. Բժշկի ազատ ընտրության իրավունքի տեղեկացվածությունը ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի**

Սեռ	Իգական	83.8%
	Արական	78.4%
<b>Ընդամենը</b>		<b>81.5%</b>
Տարիքային խմբեր	15-19	80.1%
	20-29	83.4%
	30-39	80.3%
	40-49	83.1%
	50-59	82.5%
	60-69	81.7%
	70 +	74.6%
	<b>Ընդամենը</b>	
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	64.8%
	Միջնակարգ	78.4%
	Միջին մասնագիտական	86.2%
	Թերի բարձրագույն	77.8%
	Բարձրագույն կամ ավելի	90.1%
	<b>Ընդամենը</b>	
Բնակավայր	Երևան	84.2%
	Քաղաք	82.1%
	Գյուղ	78.6%
	<b>Ընդամենը</b>	
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	73.6%
	II Ցածր	78.5%
	III Միջին	81.3%
	IV Բարձր	84.8%
	V Ամենաբարձր	86.7%
	<b>Ընդամենը</b>	

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Ըստ աղյուսակի տվյալների տեղեկացվածությունը բժշկի ազատ իրավունքի մասին հարաբերականորեն ավելի ցածր է.

- գյուղերում (78.6%),
- բարեկեցության ցածր քվինտիլներում (I քվինտիլում՝ 73.6%, II քվինտիլում՝ 78.5%),
- ցածր կրթամակարդակով անձանց խմբում՝ թերի միջնակարգ կրթությամբ խմբում՝ 64.8%,
- 70 և ավելի տարիքային խմբում (74.6%),
- տղամարդկանց խմբերում (78.4%):

### ԱԱՊ օղակում բուժճառայության մատուցման պայմանագիր

Առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատության հետ բուժօգնության պայմանագիր կնքելու մասին հայտնել է 18 և ավելի տարեկան հարցված բնակչության 37.7%-ը, իսկ



ևս 6.9%-ը դժվարացել է պատասխանել, թե արդյո՞ք նրանք կնքել են այդպիսի պայմանագիր (Աղյուսակ 46):

**Աղյուսակ 46. Առաջնային բուժօգնության ծառայության մատուցման պայմանագրի առկայությունն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի**

		ԱԱՊ օղակում պայմանագրի առկայությունը		
		Չեն կնքել պայմանագիր (%)	Կնքել են պայմանագիր (%)	Դժվ. պատ., արդյոք կնքել են պայմանագիր (%)
Սեռ	Իգական	53.6	40.8	5.6
	Արական	57.6	33.9	8.6
	<b>Ընդամենը</b>	55.3	37.7	6.9
Տարիքային խմբեր	18-19	65.2	34.8	0.0
	20-29	50.4	39.5	10.1
	30-39	56.8	34.2	9.0
	40-49	57.8	38.2	4.0
	50-59	55.7	39.6	4.7
	60-69	52.6	43.1	4.3
	70 +	57.5	33.1	9.3
	<b>Ընդամենը</b>	55.3	37.7	6.9
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	61.7	28.8	9.5
	Միջնակարգ	56.3	37.3	6.5
	Միջին մասնագիտական	55.7	37.1	7.2
	Թերի բարձրագույն	58.6	38.0	3.4
	Բարձրագույն կամ ավելի	50.3	43.5	6.1
	<b>Ընդամենը</b>	55.5	37.9	6.7
Բնակավայր	Երևան	60.7	37.0	2.3
	Քաղաք	50.0	41.4	8.6
	Գյուղ	55.1	35.3	9.6
	<b>Ընդամենը</b>	55.3	37.7	6.9
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	59.7	33.4	6.8
	II Ցածր	56.0	35.9	8.2
	III Միջին	57.2	38.0	4.8
	IV Բարձր	53.4	37.9	8.7
	V Ամենաբարձր	51.7	42.1	6.2
	<b>Ընդամենը</b>	55.3	37.7	6.9

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Հարաբերականորեն ավելի մեծ թվով անձինք են հայտնել բուժհաստատության հետ պայմանագիր կնքելու վերաբերյալ.

- ամենաբարեկեցիկ՝ V քվինտիլին պատկանող անձինք՝ 42.1%,
- բարձրագույն կամ ավելի բարձր կրթությամբ անձինք՝ 43.5%,
- 60-69 տարեկան անձինք՝ 43.1%:

Հարաբերականորեն ավելի քիչ են բուժօգնության պայմանագիր կնքած անձինք հետևյալ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում.

- ամենաանբարեկեցիկ՝ I քվինտիլում՝ 33.4%,
- թերի միջնակարգ կրթությամբ անձինք՝ 28.8%,
- 70 տարեկանից բարձր տարիքի անձինք՝ 33.1%,
- տղամարդկանց խմբերում՝ 33.9%:

Հարկ է նշել, որ

- Պայմանագրի իրենց օրինակը ստացել են 18 կամ ավելի բնակչության 15.2%-ը
- Կարդացել են այդ պայմանագիրը 18 կամ բարձր տարիքի բնակչության 12.2%-ը (հարկ է նշել, որ պայմանագիրը կարդացածների թվում կային մարդիկ, ովքեր չեն ստացել պայմանագրի իրենց օրինակը):

Մյուս կողմից.

- Բժշկի ազատ ընտրության պայմանագիր կնքած անձանց 9.5%-ը կցանկանար բուժվել այլ բուժհաստատությունում:
- Այլ բուժհիմնարկում բուժվել ցանկացողների 52.2%-ն ունի այդպիսի ցանկություն, քանի որ դժգոհ է բուժհիմնարկի աշխատանքից, իսկ 8.5%-ը՝ քանի որ բուժհիմնարկը հեռու է իր տանից:

### ***Առողջապահության նախարարության «թեժ գիծ»***

Առողջապահական համակարգի գործունեության վերաբերյալ հետադարձ կապի արդյունավետության բարձրացման նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարարությունում առկա է հեռախոսային «թեժ գիծ»: Այն գործում է 2006 թվականից: Ժամանակի ընթացքում նախարարությունում «թեժ գծի» նշանակությունն աստիճանաբար ավելի է կարևորվել: Դրա մասին են վկայում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թ. 611-Ա հրամանը՝ «ՀՀ առողջապահության նախարարության «թեժ գծի» հեռախոսակապով հերթապահություն սահմանելու մասին» և 2009 թ. 1160-Ա հրամանը՝ «ՀՀ առողջապահության նախարարության «թեժ գծի» ծառայության աշխատանքները կանոնակարգելու մասին:

«Թեժ գծով» հեռախոսազանգի դեպքում ստացված հեռախոսազանգը փոխանցվում է Առողջապահության նախարարության համապատասխան վարչությանը կամ բաժնին, որտեղ զանգահարողին տրամադրվում է անհրաժեշտ տեղեկատվությունը կամ լսվում է բողոքը: Բողոքների դեպքում նախարարության աշխատակիցը բացատրում է զանգահարողին, թե ինչ պետք է կատարել կամ զանգահարում է համապատասխան բուժհիմնարկ բողոքին լուծում տալու համար: ՀՀ առողջապահության նախարարության «թեժ գիծը» աշխատում է շաբաթվա բոլոր՝ այդ թվում նաև տոնական օրերին՝ 24 ժամ:

2012 թ. հետազոտությամբ գնահատվել է Առողջապահության նախարարության թեժ գծի վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածությունը: Հետազոտական տվյալները ցույց են տվել, որ թեժ գծի մասին տեղյակ են Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության 58%-ը:

Թեժ գիծ զանգահարել են դրա մասին տեղյակ անձանց 0.8%-ը կամ 15 և բարձր տարիքի ամբողջ բնակչության 0.5%-ը:

Ձանգերի կեսը եղել է բողոք, իսկ մյուս կեսը՝ տեղեկությունների ստացման համար:

Բնակչության տեղեկացվածությունը Առողջապահության նախարարության թեժ գծի առկայության մասին ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի տրված է Աղյուսակ 47-ում:

Թեժ գծի վերաբերյալ համեմատաբար ավելի տեղյակ են կանայք,

- 20-29 տարեկան անձինք,
- միջին մասնագիտական և բարձրագույն կրթությամբ անձինք
- բարեկեցության բարձր քվինտիլներին պատկանող անձինք:

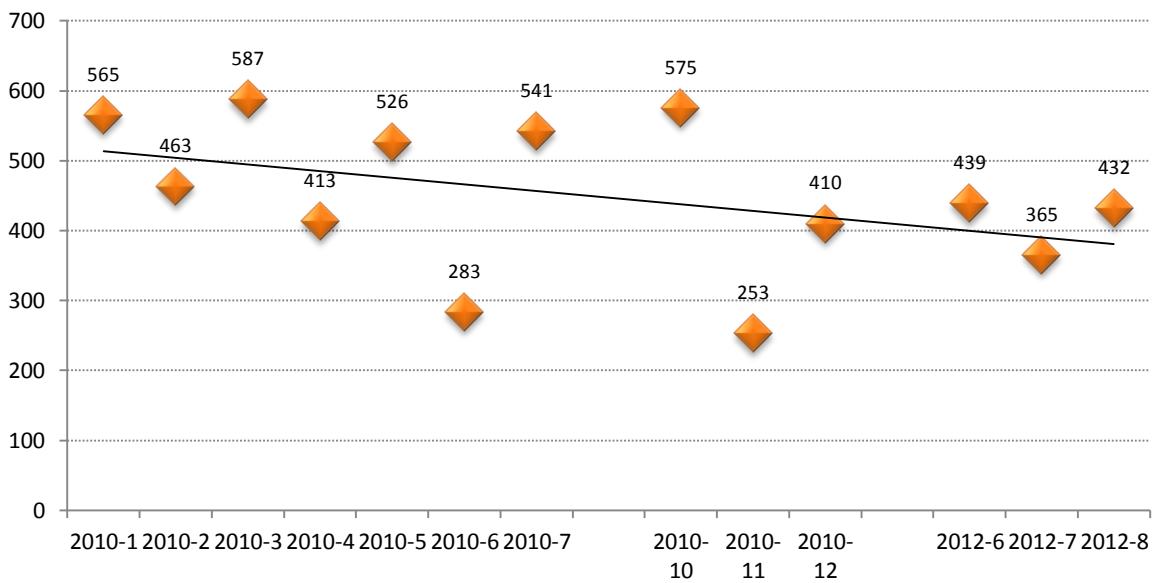
Աղյուսակ 47. ՀՀ ԱՆ թեժ գծի վերաբերյալ տեղյակ բնակչությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում

Սեռ	Իգական	62.1%
	Արական	53.2%
Տարիքային խմբեր	15-19	31.7%
	20-29	69.0%
	30-39	60.8%
	40-49	62.6%
	50-59	62.1%
	60-69	54.3%
	70 +	41.8%
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	37.7%
	Միջնակարգ	55.6%
	Միջին մասնագիտական	64.9%
	Թերի բարձրագույն	47.6%
	Բարձրագույն կամ ավելի	66.8%
Բնակավայր	Երևան	55.8%
	Քաղաք	59.2%
	Գյուղ	58.9%
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	48.5%
	II Ցածր	49.8%
	III Միջին	59.7%
	IV Բարձր	64.2%
	V Ամենաբարձր	64.3%
	Շնչամեկեր	58.0%

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Թեժ գիծ զանգահարողների վիճակագրությունը 2010 թ. հունվար-հունիս, հոկտեմբեր- դեկտեմբեր և 2012 թ. հունիս-օգոստոս ամիսներին տրված է Գծապատկեր 79-ում:

Գծապատկեր 79. Թեժ գիծ զանգերի քանակը



## Տեղեկատվական կարիքներ

ՀՀ առողջապահության նախարարության և հասարակության միջև հետադարձ կապն իրականացվում է ոչ միայն հեռախոսային թեժ գծի, այլև քաղաքացիների գրավոր և բանավոր դիմումների, ինչպես նաև քաղաքացիների ընդունելությունների ընթացքում: Ներկայում բացակայում է այդ ինֆորմացիայի ժամանակակից տեղեկատվական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ կառուցված քաղաքացիների հետ հետադարձ կապի միասնական էլեկտրոնային տվյալների շտեմարանը:

## Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Հայաստանի բուժօգնությունը շատ բարձր են արձագանքման դոմենների գնահատականները:</p> <p>Սակայն, հիվանդանոցային օղակում 2012 թ. 2009 թ. համեմատ նվազել է հիմնական պայմանների դոմենի գնահատականը:</p> <p>ԱԱՊ օղակում 2012 թ. 2009 թ. համեմատ նվազել է ավտոնոմության դոմենը:</p>	<p>Ուսումնասիրել այդ նվազման հավաստիությունը և վեր հանել հնարավոր պատճառները:</p>
<p>2012թ. բնակչության տեղեկացվածությունը բժշկի ազատ ընտրության վերաբերյալ 2009թ-ի համեմատ աճել է:</p> <p>Սակայն, բնակչության ոչ ավելի քան 45%-ն է ասել, որ կնքել է այդպիսի պայմանագիր բուժօգնության հետ:</p> <p>18 և բարձր տարեկան բնակչության միայն 15%-ն է հայտնել, որ ստացել է պայմանագրի իրենց տարբերակը:</p> <p>18 և բարձր բնակչության միայն 12%-ն է կարդացել այդ պայմանագիրը:</p>	<p>Միջոցառումներ ձեռնարկել բնակչությանը բուժօգնության պայմանագրի իրենց տարբերակը ստանալու ուղղությամբ:</p> <p>Բացատրական աշխատանքներ տանել բնակչության շրջանում իրենց առողջության հետ կապված իրավական հարցերում ավելի պատասխանատու լինելու ուղղությամբ: Այդ աշխատանքները կարելի է զուգահեռաբար իրականացնել և՛ ՋԼՄ-ների, և՛ ԱԱՊ օղակի անձնակազմի միջոցով:</p>

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>ՀՀ ԱՆ-ում առկա է բնակչության հետ հետադարձ կապի մի քանի կանալներ՝ նամակներ, անհատական ընդունելություններ և հեռախոսային թեժ գիծ, որոնք համակարգի վիճակի վերաբերյալ տեղեկությունների լավագույն և օպերատիվ աղբյուրներն են:</p>	<p>Անհրաժեշտ է ՀՀ ԱՆ-ում կազմավորել բնակչության հետ հետադարձ կապի կոնսուլիդացված էլեկտրոնային տվյալների շտեմարան, որում կհավաքագրվեն ոչ միայն հեռախոսային թեժ գծի, այլև քաղաքացիների նամակների և անհատական ընդունելության ընթացքում ստացված տեղեկությունները:</p>
<p>Սակայն ՀՀ ԱՆ դեռևս չունի այդ տեղեկությունների կոնսուլիդացված և ժամանակակից տեղեկատվական տեխնոլոգիաների կիրառմամբ կազմավորված տվյալների շտեմարանը:</p>	<p>Շտեմարանը հնարավորություն կտա խորությամբ ուսումնասիրել հասարակության կարծիքը առողջապահական համակարգի վերաբերյալ և կիրառել ժամանակակից վերլուծական մեթոդներ:</p>

## 7. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ

Այս գլխում դիտարկված է առողջապահական համակարգի գործունեության հիմնական նպատակը՝ բնակչության առողջության պահպանումը և բարելավումը: Բնակչության ընդհանուր առողջության գնահատման համար օգտագործվել են ՀՀ ԱՎԾ, բնակչության շրջանում իրականացված հարցումները, ինչպես նաև ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ ռուտին հավաքագրվող ցուցանիշներ:

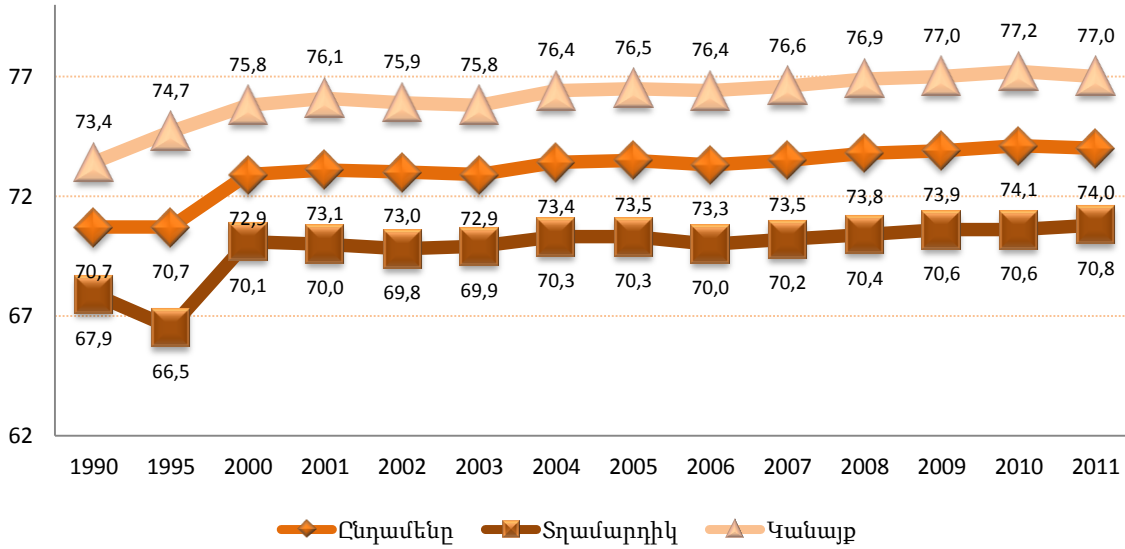
Բնակչության առողջությունը գնահատվել է հինգ ուղղություններով.

- **Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս**, այս ցուցանիշը բնակչության առողջության հիմնական ինտեգրալ ցուցանիշն է, որն իր մեջ ընդգրկում է բնակչության առողջության հետ կապված բոլոր գործոնների ազդեցությունները:
- **Առողջության ինքնագնահատում**. այս ցուցանիշները հավաքագրվել են զանգվածային հետազոտությամբ: Գոյություն ունեն բնակչության առողջության ինքնագնահատման մի շարք մեթոդաբանություններ: Հայաստանի ԱՀԳԳ 2007, 2009 և 2012 թթ. հետազոտությունների ընթացքում կիրառվել է առողջության ինքնագնահատման «կարճ հարցաթերթային» տարբերակը, որը կազմված է անձի առողջությանը վերաբերող 12 հարցերից, որից էլ առաջացել է այդ մեթոդաբանության անվանումը՝ SF-12 (Short Form 12):
- **Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացությունը**. այս ցուցանիշները բնութագրում են առողջապահական համակարգի ընդհանուր զարգացածության մակարդակը, քանի որ տասնյակ տարիների ընթացքում աշխարհի տարբեր երկրներում հավաքագրված այդ ինդիկատորների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ, **մնացած հավասար պայմաններում**, որքան ավելի զարգացած է երկիրը, այնքան ավելի զարգացած է նրա առողջապահական համակարգը և ավելի ցածր է այդ երկրում երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացությունը: Հարկ է նշել, որ առաջին երեք ցուցանիշները նշանակալի ազդեցություն ունեն կյանքի սպասվող տևողություն ցուցանիշի արժեքի վրա:
- **Մահացության հիմնական պատճառները**, ինչպես նաև՝
- **Առավել տարածված հիվանդությունները**, բնութագրում են տվյալ հասարակությունում առողջությանը սպառնացող և կյանքի որակը վատթարացնող հիմնական հիվանդությունները, որոնց բուժմանը և կանխարգելմանը հարկ է առավել բարձր ուշադրություն դարձնել:

### *Կյանքի սպասվող տևողություն*

ՀՀ ԱՎԾ-ի տվյալներով Հայաստանում կյանքի միջին տևողությունը Հայաստանում 74.1 տարի է, ընդ որում, կանայք 6.5 տարի ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից (Գծապատկեր 80): Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը 2005-2011 թվականներին ունեցել է աճի թույլ միտում: 1990 թվականի նկատմամբ ցուցանիշն աճել է 2.8 տարով, որը պայմանավորված է մանկական (0-1 տարեկան) մահացության նվազմամբ՝ 1990 թվականին 1000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով այն կազմել է 18.5, իսկ 2011 թվականին՝ 11.6:

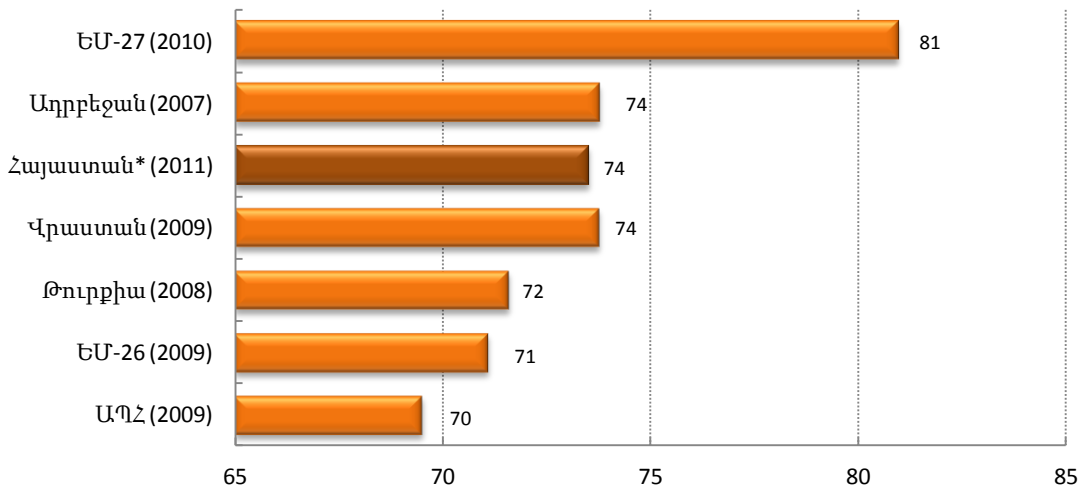
**Գծապատկեր 80. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2012

Եվրոպական տվյալների շտեմարանի համաձայն Հայաստանում կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս ավելի բարձր է. քան ԱՊՀ և ԵՄ-26 երկրներում, մոտավորապես նույնն է, ինչ Վրաստանում և Ադրբեջանում, սակայն զիջում է զարգացած եվրոպական երկրների՝ ԵՄ-27 միջին մակարդակին (Գծապատկեր 81):

**Գծապատկեր 81. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություն**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2012

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետները հակված են այն կարծիքին, որ Հայաստանում կյանքի սպասվելիք տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը հավանաբար մոտ 4 տարով ավելի ցածր է: Այդ կարծիքը նրանք հիմնավորում են այն հանգամանքով, որ Հայաստանում պետական մարինները հնարավորություն չունեն ճշգրիտ հաշվառելու Հայաստանից դուրս բնակվող Հայաստանի քաղաքացիների մահերը:

## Առողջության վիճակ

Նախքան առողջության վիճակի ինքնագնահատականների հետազոտական տվյալների դիտարկումը, համառոտ ներկայցված է SF-12 մեթոդաբանությունը: SF-12 հարցաթերթն առողջության իրավիճակը գնահատում է 8 դոմեններում, որոնցից 4-ը նկարագրում են բնակչության ֆիզիկական առողջության, իսկ մյուս 4-ը՝ հոգեկան առողջության ուղղությունները (ասպեկտները):

Ֆիզիկական առողջության վիճակի դոմեններն են.

1. **Առողջության ընդհանուր վիճակ՝** (gh - General Health) գնահատվում է. «Ընդհանուր առմամբ **ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր առողջությունը**» հարցով: Գնահատման սանդղակն է՝ շատ լավ, լավ, բավարար, վատ, շատ վատ:
2. **Ֆիզիկական ֆունկցիոնալություն** (pf - Physical Functioning), գնահատվում է հետևյալ երկու հարցերով. «Ձեր առողջական վիճակն այժմ Ձեզ խանգարում է **միջին ծանրության գործողություններ** կատարելիս, օրինակ սեղանը տեղաշարժելիս, հատակը մաքրելիս, քայլելիս» և «Ձեր առողջական վիճակն այժմ խանգարում է Ձեզ **աստիճաններով մի քանի հարկ բարձրանալիս**»: Գնահատման սանդղակն է՝ խանգարում է, մի փոքր խանգարում է, չի խանգարում:
3. **Դերային ֆունկցիոնալության ֆիզիկական բաղադրիչ** (rp - Role Physical), գնահատվում է հետևյալ երկու հարցերով. «Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցած ամսվա ընթացքում, որ Ձեր առողջական վիճակի պատճառով **ավելի քիչ գործ եք հասցրել կատարել**, քան սովորաբար հասցնում էիք՝ մշտապես, հաճախ, երբեմն, հազվադեպ, երբեք» և «Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցած ամսվա ընթացքում, որ Ձեր առողջական վիճակի պատճառով **դժվարացել եք որևէ աշխատանք կատարել**»: Գնահատման սանդղակն է՝ մշտապես, հաճախ, երբեմն, հազվադեպ, երբեք:
4. **Մարմնական ցավ** (bp - Bodily Pain), գնահատվում է հետևյալ հարցով. «Անցած ամսվա ընթացքում տարբեր **ֆիզիկական ցավերը** Ձեզ խանգարե՞լ են կատարել Ձեր առօրյա աշխատանքները»: Գնահատման սանդղակն է՝ մշտապես, հաճախ, երբեմն, հազվադեպ, երբեք:

Հոգեկան առողջության դոմեններն են.

5. **Մտավոր ընդհանուր առողջություն** (mh-Mental Health). նկարագրում է հոգեկան դիստրեսն ու հոգեկան իքնագագցողությունը, գնահատվում է երկու հարցով. «Որքա՞ն հաճախ եք անցած ամսվա ընթացքում Դուք Ձեզ **հանգիստ ու հանդարտ** զգացել» և «Որքա՞ն հաճախ եք անցած ամսվա ընթացքում Դուք Ձեզ **ընկճված ու հուզված** զգացել»: Գնահատման սանդղակն է՝ մշտապես, հաճախ, երբեմն, հազվադեպ, երբեք:
6. **Դերային ֆունկցիոնալության հուզական բաղադրիչ** (re-Role Emotional), գնահատվում է հետևյալ հարցերով. «Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցած ամսվա ընթացքում, որ, Ձեր **վատ տրամադրության պատճառով** ավելի քիչ գործ եք հասցրել կատարել, քան սովորաբար հասցնում էիք» և «Որքա՞ն հաճախ է պատահել անցած ամսվա ընթացքում, որ, Ձեր վատ տրամադրության պատճառով ավելի **անուշադիր ու ցրված եք** կատարել Ձեր առօրյա աշխատանքները»: Գնահատման սանդղակն է՝ մշտապես, հաճախ, երբեմն, հազվադեպ, երբեք:



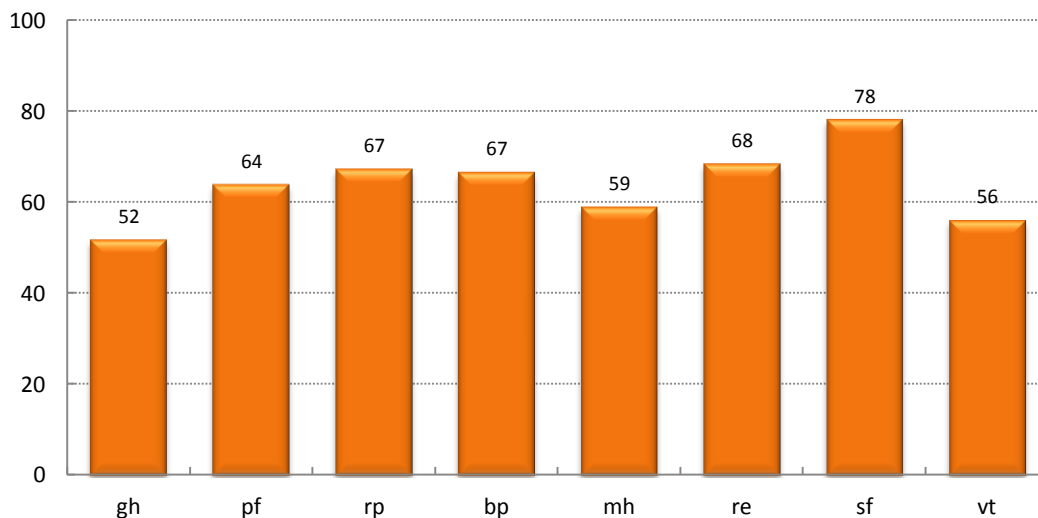
7. **Սոցիալական ֆունկցիոնալության** բաղադրիչ (sf - Social Functioning), գնահատվում է հետևյալ հարցով. «Անցած ամսվա ընթացքում, պատահե՞լ է, որ **ստիպված հրաժարվել եք հյուր գնալուց կամ հյուր ընդունելուց**, կամ որևէ միջոցառման մասնակցելուց՝ Ձեր առողջական վիճակի կամ վատ տրամադրության պատճառով»:
8. **Կենսունակություն** (vt - Vitality), գնահատվում է «Որքա՞ն հաճախ եք անցած ամսվա ընթացքում Դուք Ձեզ **աշխույժ ու եռանդուն** զգացել» հարցով:

Հարցերին տրված պատասխանների հիման վրա կազմավորվում են 8 գործակիցները (ինդեքսները), որոնք փոփոխվում են 0-100 միջակայքում, որտեղ 0-ն նշանակում է տվյալ գործակցի ամենացածր կամ անբարենպաստ աստիճանը, իսկ 100-ը՝ գործակցի ամենաբարձր կամ ամենաբարենպաստ աստիճանը:

### Առողջության վիճակի դոմենները և դրանց դինամիկան 2007-2012 թթ. ընթացքում

Առողջության գնահատման դոմենների գնահատականները Հայաստանի 20 և բարձր տարիքի բնակչության համար 2012 թ. տրված է գծապատկեր 82-ում, իսկ դոմենների փոփոխությունները 2007-2012 թթ. ընթացքում՝ գծապատկեր 83-ում:

**Գծապատկեր 82. Բնակչության առողջության դոմեններ, 20 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում**

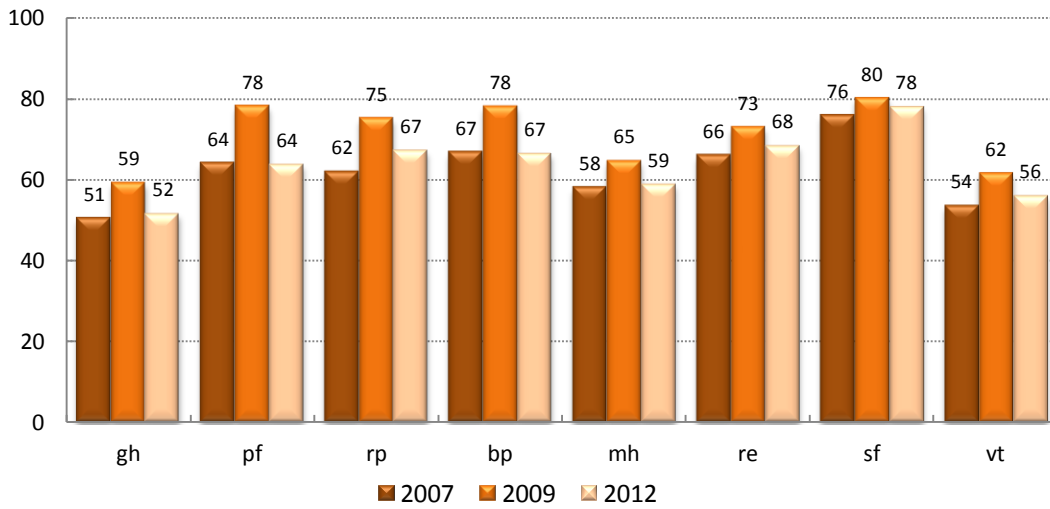


Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Բնակչության առողջության դոմեններից ամենացածր միջին արժեքներ ունեն ընդհանուր առողջության (52) և կենսունակության (56) դոմենները, իսկ ամենաբարձր արժեքը՝ սոցիալական ֆունկցիոնալությունը: Հավանաբար, սոցիալական ֆունկցիոնալությունը կոմպենսատորային դեր է խաղում ընդհանուր առողջության համեմատաբար ցածր արժեքի համար:

Գծապատկեր 83-ի տվյալներից երևում է, որ 2012 թ. առողջության բոլոր դոմենների գործակիցները նվազել են, սակայն, այնուամենայնիվ, դրանք ավելի բարձր են, քան 2007 թ. արժեքները:

**Գծապատկեր 83. Բնակչության առողջության դոմեններ, 20 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում, 2007, 2009 և 2012 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012

### Առողջության վիճակի կախվածությունը սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերից

Առողջության վիճակի դոմենների արժեքները 2012թ-ին 15 և բարձր բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի տրված են Աղյուսակ 48-ում:

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ տղամարդիկ ավելի հակված են իրենց առողջությունն ավելի բարվոք գնահատելու, քան կանայք:

Բոլոր դոմենների արժեքները նվազում են տարիքին զուգահեռ: Ամենից շատ նվազում է ֆիզիկական ֆունկցիոնալության, իսկ ամենից քիչ՝ սոցիալական ֆունկցիոնալության դոմենները և դերային ֆունկցիոնալության հուզական բաղադրիչը:

Եթե հաշվի չառնենք այն փաստը, որ թերի բարձրագույն կրթությամբ անձինք մեծամասնությամբ ուսանողներ են այսինքն՝ երիտասարդներ, ապա առողջության վիճակի դոմեններն ամենից բարձր են բարձրագույն կրթությամբ, իսկ ամենից ցածր՝ ամենացածր կրթությամբ անձանց շրջանում:

Տարբեր տիպի բնակավայրերում առողջության դոմենների միջին արժեքները միայնացից շատ քիչ են տարբերվում:

Առողջության վիճակը բավական տարբերվում են բարեկեցության քվինտիլներում: Ամենաանբարեկեցիկ քվինտիլում դրանք ամենացածրն են, իսկ ամենաբարեկեցիկ քվինտիլում՝ ամենաբարձրը:

**Աղյուսակ 48. Առողջության վիճակի դոմեններ, 15 և բարձր տարիքի բնակչությունը շրջանում**

		gh	pf	rp	bp	mh	re	sf	vt
Սեռ	Իգական	51.9	64.8	68.0	67.4	58.0	68.0	78.9	56.4
	Արական	56.3	68.8	71.2	70.4	64.0	70.7	80.7	61.9
Տարիքային խմբեր	15-19	74.6	92.9	90.3	89.8	76.9	77.2	94.3	85.6
	20-29	66.3	86.1	86.8	84.3	71.4	80.1	88.8	71.7
	30-39	58.4	78.3	78.9	77.7	64.0	75.1	86.0	63.8
	40-49	51.7	65.8	67.5	66.2	57.5	67.4	79.7	54.8
	50-59	42.8	50.3	55.5	56.3	52.0	63.8	72.1	47.3
	60-69	38.6	39.2	49.3	52.0	50.8	57.2	67.7	44.1
	70 +	31.6	25.6	35.2	35.2	41.9	48.0	54.2	32.2
Կրթություն	Թերի միջնակարգ	42.9	45.7	50.1	51.6	51.7	57.7	66.1	46.6
	Միջնակարգ	54.6	68.7	70.8	69.6	60.4	69.2	80.5	59.4
	Միջին մասնագիտական	50.4	61.2	65.9	65.9	58.7	67.2	77.2	54.6
	Թերի բարձրագույն	67.3	77.5	81.8	79.2	70.4	73.4	88.0	73.1
	Բարձրագույն կամ ավելի	58.2	75.2	76.7	75.4	65.6	76.2	84.6	64.6
Բնակավայր	Երևան	53.7	66.2	68.8	66.9	62.3	68.6	78.5	62.0
	Քաղաք	53.7	65.6	69.9	69.7	60.0	69.6	79.6	56.0
	Գյուղ	54.2	67.8	69.7	69.6	59.9	69.6	80.8	58.5
Բարեկեցության քվինտիլներ	I Ամենացածր	39.9	46.6	51.8	51.2	45.9	55.0	62.2	40.3
	II Ցածր	47.6	60.3	63.3	62.6	56.7	66.4	76.9	52.2
	III Միջին	56.2	69.4	72.3	71.1	64.2	68.6	80.7	62.3
	IV Բարձր	58.8	72.2	75.1	74.5	65.1	75.6	85.2	63.3
	V Ամենաբարձր	62.3	78.1	79.2	78.8	67.0	76.4	88.0	70.0
	<b>Ընդամենը</b>	53.9	66.6	69.5	68.8	60.7	69.3	79.7	58.9

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Առողջության վիճակի կախվածությունը ռիսկի գործոններից**

Ռիսկի գործոնների և առողջության վիճակի դոմենների միջև կապը ներկայացված է Աղյուսակ 49-ում:

Աղյուսակային տվյալներից երևում է, որ զարկերակային բարձր ճնշումը, ֆիզիկական թերակտիվությունը և ավելցուկային քաշն ուղղակիորեն արտահայտում են իրենց բացասական ազդեցությունը առողջության վիճակի դոմենների վրա: Ընդ որում, ավելորդ քաշն ավելի բացասական է ազդում առողջության վիճակի դոմենների վրա, քան թերքաշությունը:

Ավելի բարդ է ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործման և առողջության դոմենների միջև կապի վերհանումը: Աղյուսակային տվյալները ցույց են տալիս, որ ամեն օր ծխողների և ընդհանրապես չծխողների կողմից առողջության գնահատականները միմյանցից համարյա չեն տարբերվում: Այս երևույթը բացատրվում է նրանով, որ ծխողներն իրենց առողջությունը գնահատում են այնպես, ինչպես չծխողները, երբ դեռ ծխելը չի արտահայտել իր ազդեցությունը առողջության վրա: Իսկ ծխելու բացասական հետևանքների առաջացման և դրանց ծանրացմանը զուգահեռ ծխելու պատճառով իրենց առողջությունը վատթարացնող անձինք աստիճանաբար նորից անցնում են չծխողների շարքերը, սակայն արդեն առողջության վիճակների վատթարացած ինքնագնահատականներով: Հետևաբար, առողջության վիճակի վրա ծխելու ազդեցության վերհանումն ու ուսումնասիրությունը պահանջում է ավելի մանրակրկիտ հետազոտություններ, ավելի մեծ

ընտրանքով, հաշվառելով ծխելու «ստաժն» ու ինտենսիվությունը, ինչպես նաև դրանց փոխազդեցությունները անձի տարիքի առողջության հետ:

Համանման է նաև օրական 20 գրամ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործողների և չօգտագործողների առողջության վիճակի պրոֆիլների համեմատությունը: Բնակչության այդ խմբերի առողջության դոմենները միմյանցից քիչ են տարբերվում, ավելին, ալկոհոլ օգտագործողների շրջանում հոգեկան առողջության դոմենների գնահատականները մի փոքր ավելի բարձր են: Այստեղ առկա է ծխախոտի օգտագործման և առողջության վիճակի գնահատականների միջև նկարագրված փոխկապվածությունը: Սակայն, ըստ երևույթին ալկոհոլի օգտագործումը ունի նաև հոգեվիճակի կարգավորման հարցում կոմպենսատորային ազդեցություն, որի արդյունքում ալկոհոլ օգտագործողների հոգեկան առողջության գնահատականները մի փոքր ավելի բարձր են: Հետևաբար, ալկոհոլի և առողջության վիճակի միջև փոխկապվածությունների ադեկվատ ուսումնասիրությունը պետք է լինի այնպիսին, ինչպիսին ծխախոտի օգտագործման ազդեցության վերհանումը:

**Աղյուսակ 49. Ռիսկի գործոնների ազդեցությունն առողջության վիճակի դոմենների վրա**

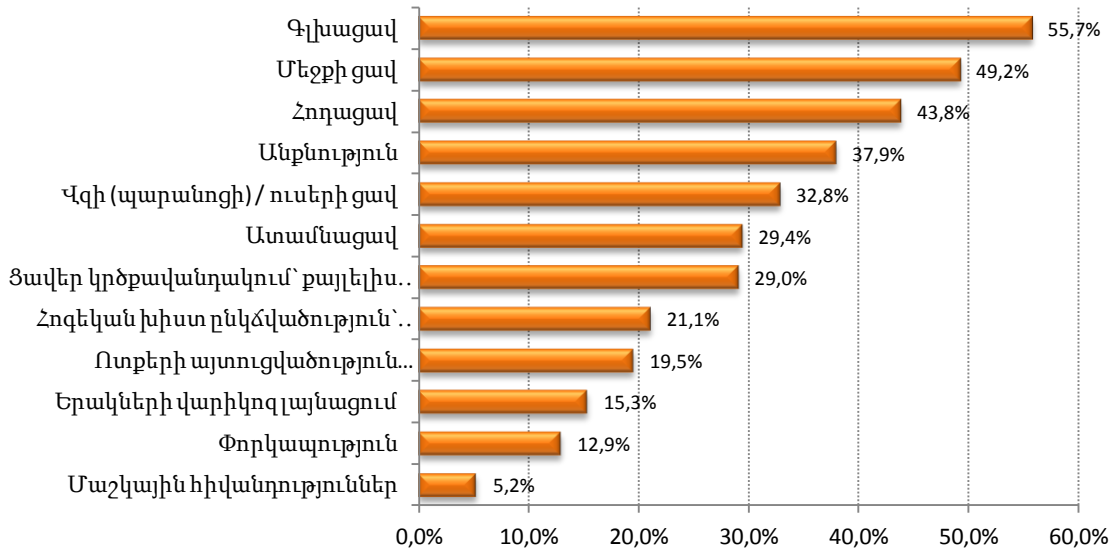
		gh	pf	rp	bp	mh	re	sf	vt
Ծխախոտի օգտագործում	Ընդհանրապես չեմ ծխում	53.7	65.5	69.1	68.2	60.5	69.3	79.7	58.8
	Ոչ ամեն օր	53.4	78.5	69.1	70.2	65.9	75.9	94.4	65.1
	Ամեն օր	54.5	69.8	70.8	70.4	61.2	68.9	79.1	58.9
Ալկոհոլի օգտագործում	Օգտագործում է 20 գ/օր-ից պակաս	53.8	66.7	69.4	68.8	60.4	69.0	79.6	58.7
	Օգտագործում է 20 և ավելի գ/օր-ից ավելի	56.1	65.7	70.8	67.8	65.6	74.0	81.8	61.4
Ֆիզիկական ակտիվություն	Ֆիզիկապես թերակտիվ	51.9	60.3	64.9	66.0	58.6	65.1	76.0	55.6
	Ֆիզիկապես ակտիվ	56.0	73.1	74.1	71.5	62.8	73.5	83.5	62.2
Ավելորդ քաշ	Թերքաշ	50.3	69.2	68.9	68.3	61.5	64.9	76.5	60.6
	Նորմալ	60.2	76.3	77.8	76.6	65.6	74.1	83.6	64.6
	Ավելորդ քաշ	50.3	62.6	65.5	65.6	58.0	67.9	78.4	56.0
	Ճարպակալում	46.7	52.3	58.2	57.5	54.4	62.0	74.0	50.9
Զարկերակային ճնշում	ՉՃ ≥140/90	59.4	75.7	76.3	75.2	64.3	73.6	83.9	64.6
	ՉՃ ≤140/90	43.8	49.7	56.6	56.5	53.7	61.2	72.1	48.9
	<b>Ընդամենը</b>	54.1	66.9	69.7	68.9	60.8	69.4	79.9	59.3

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Հիվանդագին վիճակներ**

Հետազոտության ընթացքում տվյալներ են հավաքագրվել բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների և մի քանի իրենց ուղղակիորեն արտահայտող հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ: Դրանց տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ներկայացված է Գծապատկեր 84-ում:

**Գծապատկեր 84. Հիվանդագին վիճակների տարածվածությունը 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

**Առողջության վիճակի կախվածությունը հիվանդագին վիճակներից**

Հիվանդագին վիճակները նշանակալի ազդեցություն ունեն առողջության վիճակի դոմենների վրա: Աղյուսակ 50-ում ներկայացված են տվյալներ, թե որքանով է յուրաքանչյուր հիվանդագին վիճակի առկայությունը նվազեցնում առողջության յուրաքանչյուր դոմենի գնահատականը:

**Աղյուսակ 50. Հիվանդագին վիճակների ազդեցությունը առողջության վիճակի դոմենների վրա 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում**

	gh	pf	rp	bp	mh	re	sf	vt
Ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս	22.1	40.4	32.1	32.6	22.3	24.0	22.8	23.6
Հոդացավ	23.8	40.1	33.5	35.6	22.6	22.4	21.6	25.0
Մեջքի ցավ	19.3	33.4	27.5	31.6	20.5	21.3	19.0	19.7
Վզի (պարանոցի) / ուսերի ցավ	20.5	35.2	29.8	32.9	23.1	21.6	20.1	21.9
Ոտքերի այտուցվածություն (ուռածություն)	22.3	39.8	33.1	34.6	22.3	24.6	23.6	22.6
Երակների վարիկոզ լայնացում	17.2	30.2	25.4	30.5	18.2	18.0	17.7	17.6
Մաշկային հիվանդություններ	10.8	15.2	16.7	16.9	14.2	17.3	22.3	12.3
Փորկապություն	14.8	21.7	22.7	24.3	18.3	17.9	17.4	13.7
Գլխացավ	18.4	24.5	23.5	23.7	17.9	18.9	15.5	18.9
Անքնություն	22.4	35.3	32.0	31.5	23.3	25.7	22.3	24.2
Հոգեկան խիստ ընկճվածություն՝ դեպրեսիա	23.1	40.1	33.0	35.9	29.1	29.4	28.4	29.7
Ատամնացավ	6.4	9.3	7.6	9.5	7.2	6.2	3.2	2.7

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ կրծքավանդակի ցավերը, հոդացավը, մեջքի ցավը, պարանոցի ցավը և ոտքերի այտուցվածությունը նշանակալի չափով ազդում են ֆիզիկական առողջության դոմենների վրա:

Սակայն, առավել մեծ ազդեցություն ունի դեպրեսիան, որը մեծ ազդեցություն ունի բոլոր ութ դոմենների վրա: Այդ ազդեցությունը պայմանավորված է նրանով, որ ֆիզիկական ցավերը ուժեղ

կորելացված են (տվյալ դեպքում կարելի է ասել, որ առաջացնում են) դեպրեսիայի հետ: Իսկ դեպրեսիան ինքնին կարող է ունենալ նաև զուտ հոգեկան դրդապատճառներ:

Հիվանդագին վիճակների առկայության և բացակայության դեպքում առողջության դոմենների արժեքները տրված են Աղյուսակ 51-ում:

**Աղյուսակ 51. Առողջության դոմենների արժեքները հիվանդագին վիճակի առկայության և բացակայության դեպքում, 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում**

Հիվանդագին վիճակներ	Առկայություն	gh	pf	rp	bp	mh	re	sf	vt
Ցավեր կրծքավանդակում՝ քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս	Ոչ	60.3	78.3	78.8	78.2	67.2	76.2	86.2	65.7
	Այո	38.2	38.0	46.7	45.6	44.9	52.2	63.4	42.1
Հոդացավ	Ոչ	64.3	84.2	84.1	84.4	70.6	79.1	89.1	69.8
	Այո	40.5	44.1	50.7	48.8	48.0	56.7	67.5	44.8
Մեջքի ցավ	Ոչ	63.4	83.1	83.0	84.3	70.7	79.7	89.0	68.6
	Այո	44.1	49.6	55.5	52.7	50.3	58.5	70.0	48.9
Վզի (պարանոցի) / ուսերի ցավ	Ոչ	60.6	78.2	79.2	79.6	68.3	76.3	86.2	66.1
	Այո	40.1	43.0	49.4	46.7	45.2	54.8	66.1	44.2
Ոտքերի այտուցվածություն	Ոչ	58.2	74.4	75.9	75.5	65.1	74.1	84.2	63.3
	Այո	36.0	34.6	42.8	40.9	42.8	49.5	60.7	40.7
Երակների վարիկոզ լայնացում	Ոչ	56.5	71.2	73.4	73.4	63.5	72.0	82.4	61.6
	Այո	39.3	41.1	47.9	42.9	45.3	54.1	64.7	44.0
Մաշկային հիվանդություններ	Ոչ	54.5	67.4	70.3	69.6	61.5	70.2	80.8	59.5
	Այո	43.6	52.2	53.6	52.8	47.2	52.9	58.5	47.3
Փորկապություն	Ոչ	55.8	69.4	72.4	71.9	63.1	71.6	81.9	60.7
	Այո	41.0	47.8	49.7	47.6	44.8	53.7	64.5	46.9
Գլխացավ	Ոչ	64.1	80.3	82.6	82.0	70.7	79.8	88.3	69.5
	Այո	45.8	55.8	59.0	58.2	52.8	60.9	72.8	50.5
Անքնություն	Ոչ	62.4	80.0	81.6	80.7	69.5	79.0	88.1	68.1
	Այո	40.0	44.7	49.6	49.2	46.3	53.3	65.7	43.9
Հոգեկան խիստ ընկճվածություն՝ դեպրեսիա	Ոչ	58.8	75.0	76.4	76.3	66.9	75.5	85.7	65.1
	Այո	35.7	35.0	43.4	40.4	37.8	46.0	57.3	35.5
Ատամնացավ	Ոչ	55.8	69.4	71.7	71.6	62.8	71.1	80.6	59.7
	Այո	49.4	60.1	64.2	62.1	55.6	64.9	77.5	57.0

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012

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

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

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

- **Երեխաների մահացությունը** (0-5 տարեկան), մինչև 2015 թվականը նվազեցնել 2/3-ով՝ 1990թ, համեմատ, այսինքն՝ 1000 կենդանածինների հաշվով 24-ից՝ մինչև 8:
- **Մայրական մահացությունը**, մինչև 2015 թվականը նվազեցնել՝ 3/4-ով՝ 1990 թ. համեմատ (խոսքը գնում է մայրական մահացության եռամյա միջինի մասին), այսինքն՝ 38.5-ից մինչև 9.6:

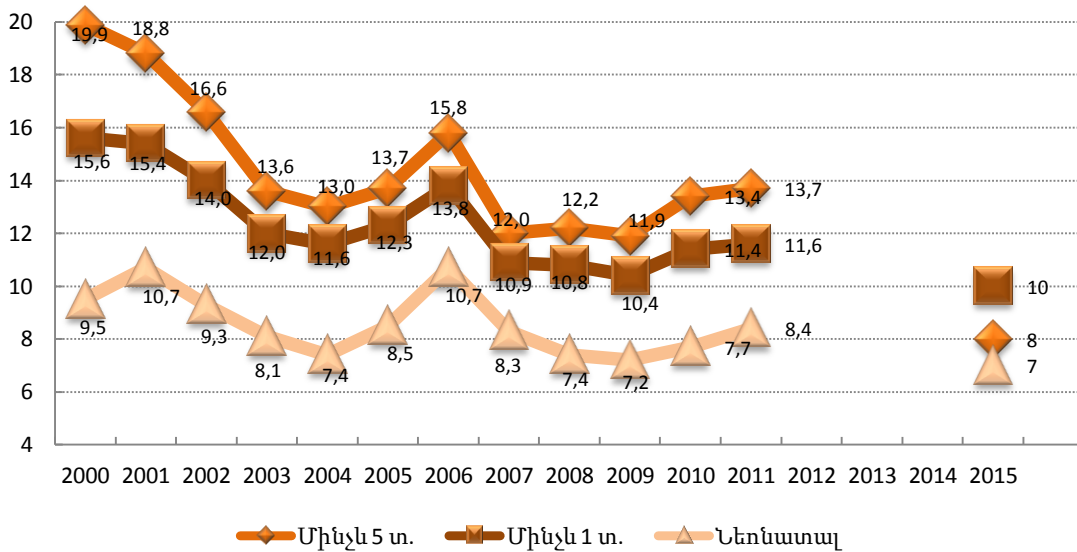
Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ռազմավարական ծրագրերում սահմանվել են հետևյալ նպատակային ցուցանիշները:

- **Մանկական մահացությունը** (0-1 տարեկան) մինչև 2015 թվականը նվազեցնել մինչև 10 դեպք (1000 կենդանածինների հաշվով)<sup>29</sup>
- **Նորածնային մահացությունը** (0-28 օրական) մինչև 2015 թվականը նվազեցնել մինչև 7 կամ ավելի պակաս դեպք (1000 կենդանածինների հաշվով):<sup>30</sup>
- **Պերինատալ մահացությունը** մինչև 2015 թվականը նվազեցնել մինչև 10 կամ ավելի պակաս դեպք (1000 կենդանածինների հաշվով)<sup>31</sup>:
- **Մայրական մահացությունը** մինչև 2015 թվականը նվազեցնել մինչև 20 դեպք՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով:<sup>32</sup>

Հարկ է նշել, որ 2005 թվականին Հայաստանն ընդունել է կենդանածնության ԱՀԿ ստանդարտ սահմանումը, ինչն էլ կարող է մասամբ բացատրել 2006 թվականին տեղի ունեցած արտասովոր աճը: Հետևաբար, էքստրապոլյացիաներ կատարելիս որպես բազային արժեքներ են ընդունվել 2006 թ. ցուցանիշները:

Գծապատկեր 85-ում ներկայացված են մանկական, երեխաների և նեոնատալ մահացության ցուցանիշների միտումները սկսած 2000 թվականից:

**Գծապատկեր 85. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն, 1000 կենդանածինների հաշվով, 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Տվյալներից երևում է, որ եթե 2000-2004 թթ. ընթացքում դիտվել է այդ ցուցանիշների նվազում, ապա 2004-2006 թթ. ընթացքում սկսվել է ցուցանիշի աճ: Եթե հաշվի առնենք, որ 2006 թ. ցուցանիշների արժեքներում արտահայտվել է մեռելաճնության նոր սահմանման արդյունքում տեղի

<sup>29</sup> «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»։ Հարկ է նշել, որ այս ցուցանիշը և ՀԶՆ-ով սահմանված երեխաների մահացության ցուցանիշ՝ 8, չեն համապատասխանում միմյանց, քանի որ երեխաների մահացությունն իր մեջ ներառում է մանկական մահացությունը և հետևաբար, չի կարող լինել ավելի ցածր:

<sup>30</sup> «Վերարտադրողական առողջության 2007-2015թթ. ազգային ծրագիր»

<sup>31</sup> «Վերարտադրողական առողջության 2007-2015թթ. ազգային ծրագիր»

<sup>32</sup> «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»

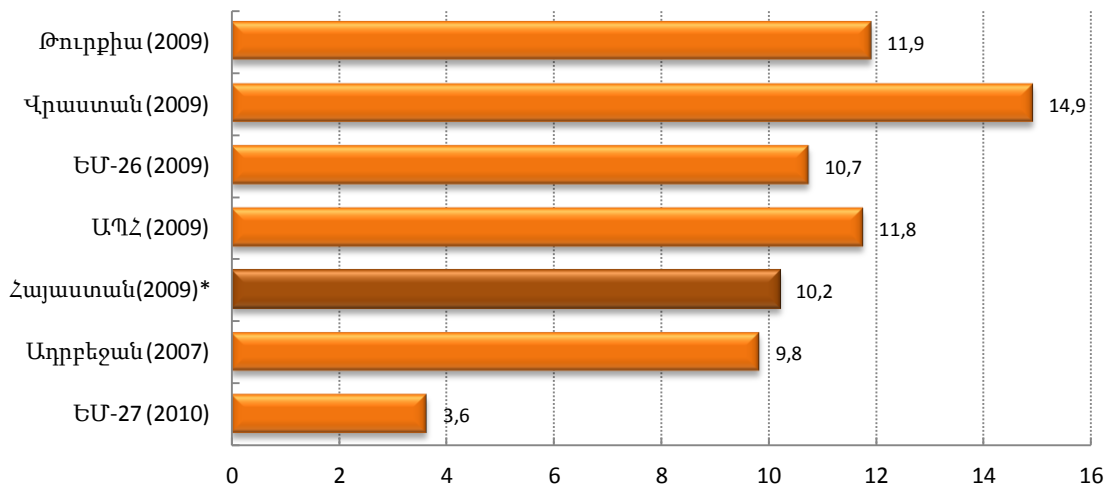
ունեցած աճը և, հետևաբար, պետք է ընդունել, որ 2007 թ. առողջապահական համակարգում տեղի է ունեցել որակական բարելավում, ինչը կտրուկ նվազեցրել է նեոնատալ, մանկական և երեխաների մահացության ցուցանիշները: Այդ որակական բարելավման բնույթը դեռևս մնում է չբացահայտված:

Սակայն, 2009-2012 թթ. ընթացքում սկսվել է այդ ցուցանիշների դանդաղ աճ:

ԱՀԿ փորձագետները համարում են, որ ինչպես կյանքի սպասվող տևողության դեպքում՝ երեխաների, մանկական և նորածնային մահացության պաշտոնական տվյալներում առկա է մահերի, հատկապես վաղ նեոնատալ մահերի թեր ներկայացվածություն, ինչի հետևանքով այդ ցուցանիշի ԱՀԿ գնահատականներն ավելի բարձր են, քան Հայաստանի պաշտոնական տվյալները:

Հայաստանում մանկական մահացության ցուցանիշն ավելի բարձր է, քան ԱՊՀ-ում, Արևելյան Եվրոպայի երկրներում (ԵՄ-26), Վրաստանում և Թուրքիայում: Այն զիջում է ԵՄ-27 (Եվրոպայի զարգացած երկրների) մակարդակին (Գծապատկեր 86):

**Գծապատկեր 86. Մանկական մահացություն 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, առկա ամենավերջին տարիներ**



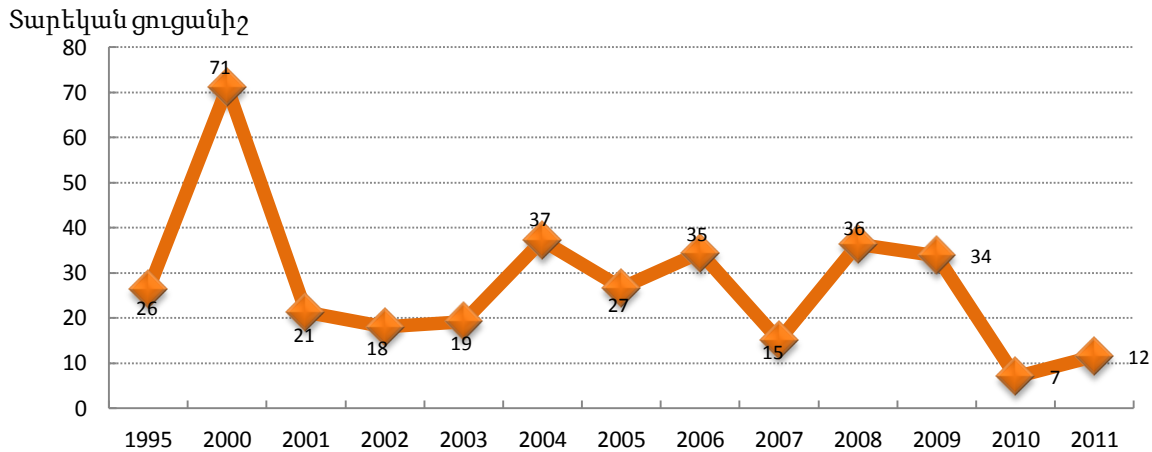
Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2012

Մայրական մահացության դեպքերի թիվը շատ փոքր է՝ մահվան մեկ դեպքը կազմում է մահվան բոլոր դեպքերի մոտ 2.5%-ը: Դրա հետևանքով մայրական մահացությունը հաշված 100,000 կենդանի ծնունդների հաշվով բավական անկայուն ցուցանիշ է: Ավելի կայուն ցուցանիշ է մայրական մահացության եռամյա միջինը: Մայրական մահացության տարեկան և եռամյա միջինների շարժը Հայաստանում տրված է (Գծապատկեր 87 և Գծապատկեր 88):

Մայրական մահացության ցուցանիշը 2007, 2010 և 2011 թթ. ընթացքում եղել է ավելի ցածր, քան սահմանվել էր Մոր և մանկան առողջության 2013-2015 թթ. ռազմավարությամբ:

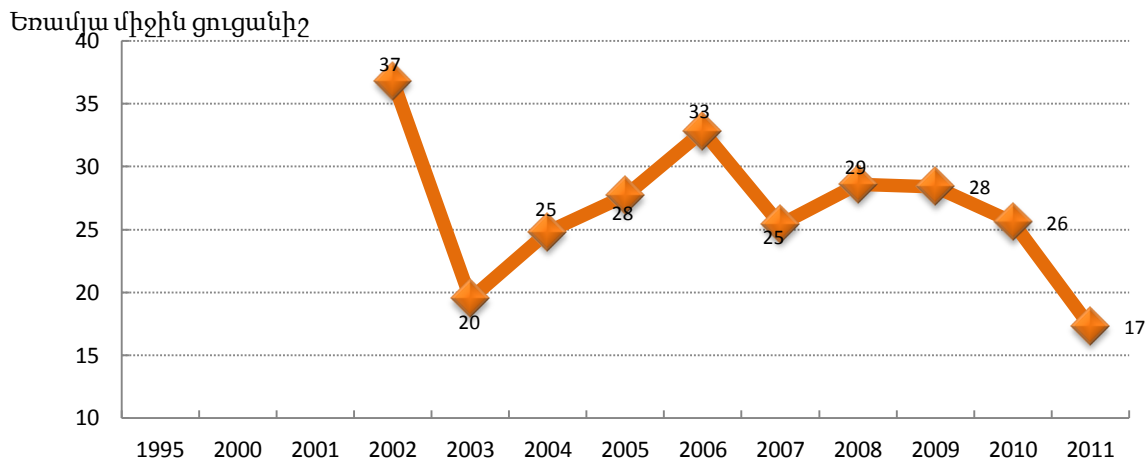


**Գծապատկեր 87. Մայրական մահացության գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ՄՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 88 . Մայրական մահացության գործակիցը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2011 թթ.**

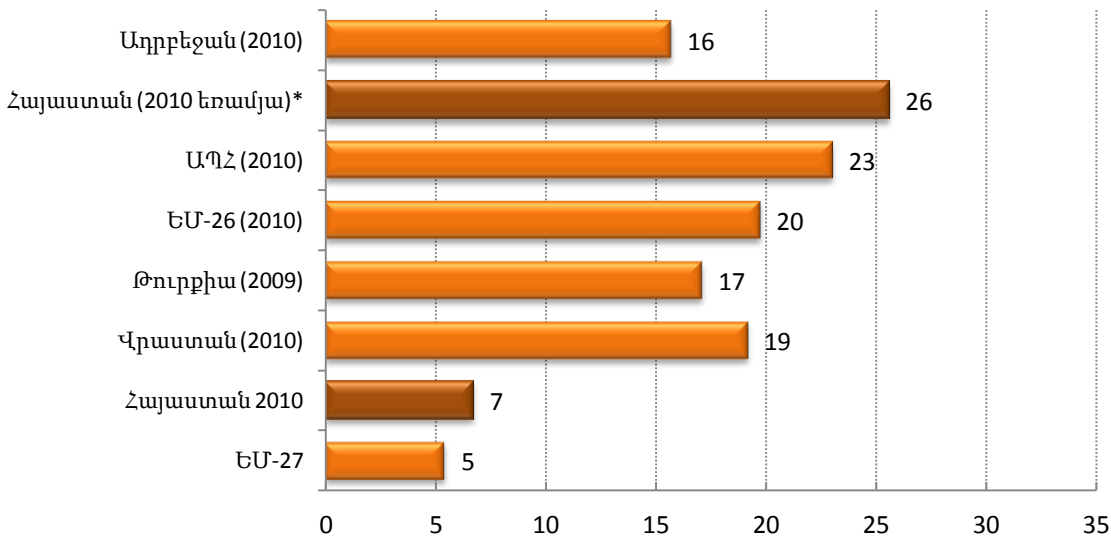


Աղբյուր՝ ՄՏՎՀԿ, 2012

Հարկ է նշել, որ մայրական մահացության եռամյա ցուցանիշը 2009-2011 թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում և 2011 թ. դարձել է ավելի ցածր, քան սահմանված է ռազմավարությամբ 2015 թ. համար:

Հաշվի առնելով տարեկան ցուցանիշների տատանումները՝ միջազգային համեմատությունները պետք է կատարվեն վերապահումներով, քանի որ, ինչպես արդեն նշվել է, ցուցանիշը բավական անկայուն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր է, քան հարևան երկրների ցուցանիշերը, այդ թվում նաև ԵՄ-26 և ԱՊՀ երկրների միջինների համեմատ: Այն համարյա հավասարվել է Եվրոպական զարգացած երկրների ցուցանիշին (Գծապատկեր 89):

**Գծապատկեր 89. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2010 թ.**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2012

**Հիվանդությունների տարածվածություն և միտումներ**

Հիվանդությունների տարածվածության և դրանց փոփոխության միտումները բացահայտում են բնակչության առողջության վիճակի բարելավման ուղղությունները:

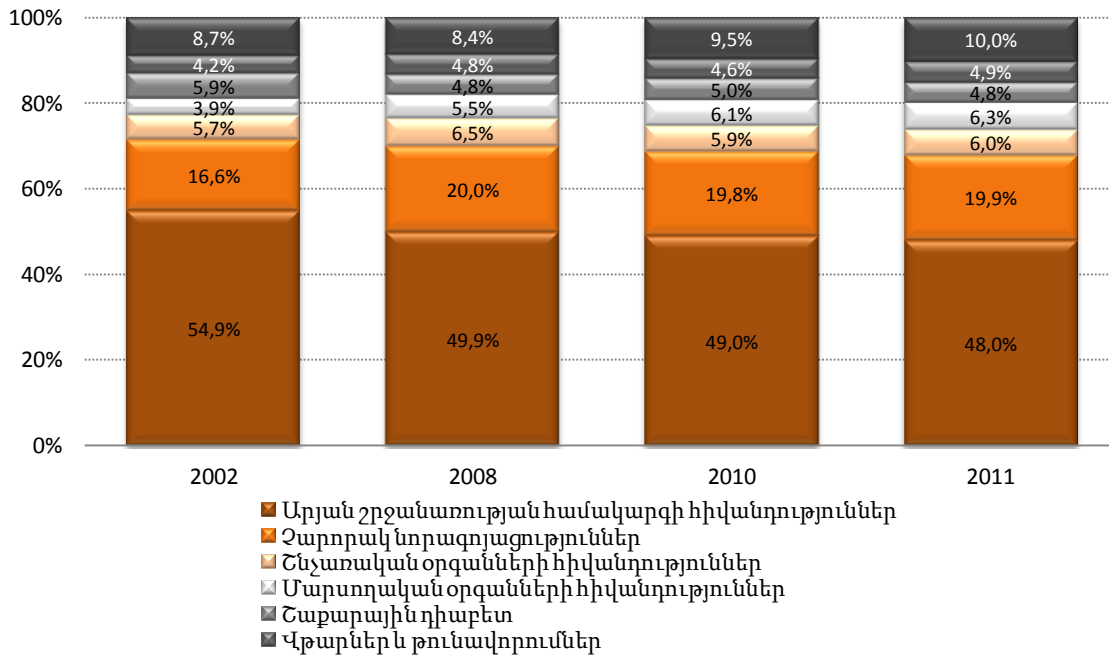
Այս բաժնում դիտարկվում են.

- Մահացության հիմնական պատճառները և դրանց փոփոխության միտումները,
- Առավել տարածված հիվանդությունները և դրանց փոփոխման միտումները:

**Մահվան առավել տարածված պատճառներ**

Հայաստանում 2002-2011թվականներին մահացության հիմնական պատճառները ներկայացված են Գծապատկեր 90-ում: Մահվան առավել տարածված երկու պատճառներն են՝ արյան շրջանառության համակարգի (սրտանոթային) հիվանդությունները և չարորակ նորագոյացությունները, որոնք կազմում են Հայաստանում բոլոր մահերի մոտ 67.8%-ի պատճառը:

Գծապատկեր 90. Մահվան առավել տարածված պատճառները, 2002, 2008, 2010 և 2011 թթ.

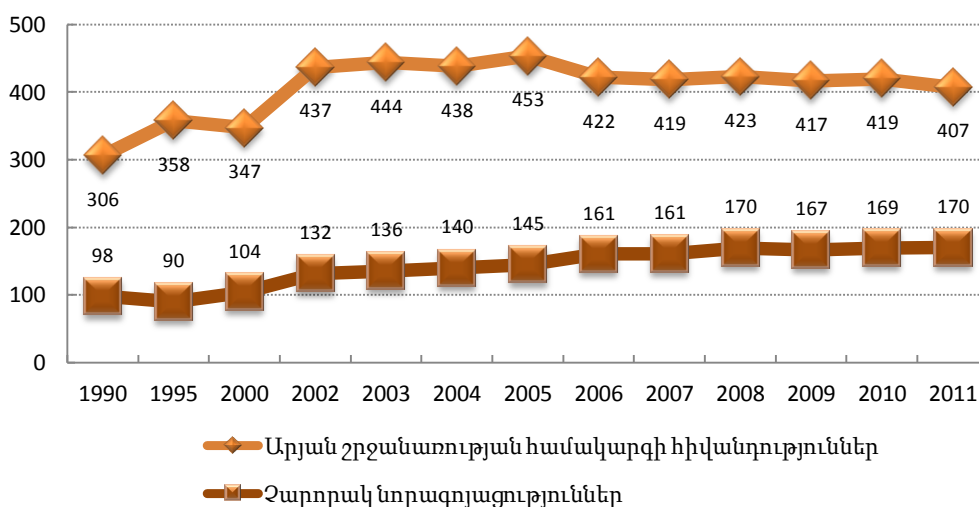


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Մահացության ընդհանուր կառուցվածքում տեղի են ունեցել այս հիվանդություններից մահացության մասնաբաժինների փոփոխություններ: Սրտանոթային հիվանդությունների մասնաբաժինը մահվան պատճառների կառուցվածքում նվազել է: Եթե 2002 թ. այն կազմում էր 54.9%, ապա 2011 թ.-ին այն կազմել է 48.0%: Սակայն աճել է չարորակ նորագոյացությունների մասնաբաժինը՝ 2002 թ. 16.6%-ից մինչև 19.9% 2011 թ.:

Հատկանշական է, որ մահվան պատճառների կառուցվածքում տեղի է ունենում «Այլ հիվանդություններից» մահվան դեպքերի մասնաբաժնի աճ:

Գծապատկեր 91. Մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով, սրտանոթային հիվանդություններ և չարորակ նորագոյացություններ, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Առավել տարածված մահվան պատճառների փոփոխության միտումները ներկայացված են Գծապատկեր 91-ում և Գծապատկեր 92-ում (տրված են մահացության պատճառները 100 000 մահերի հաշվով):

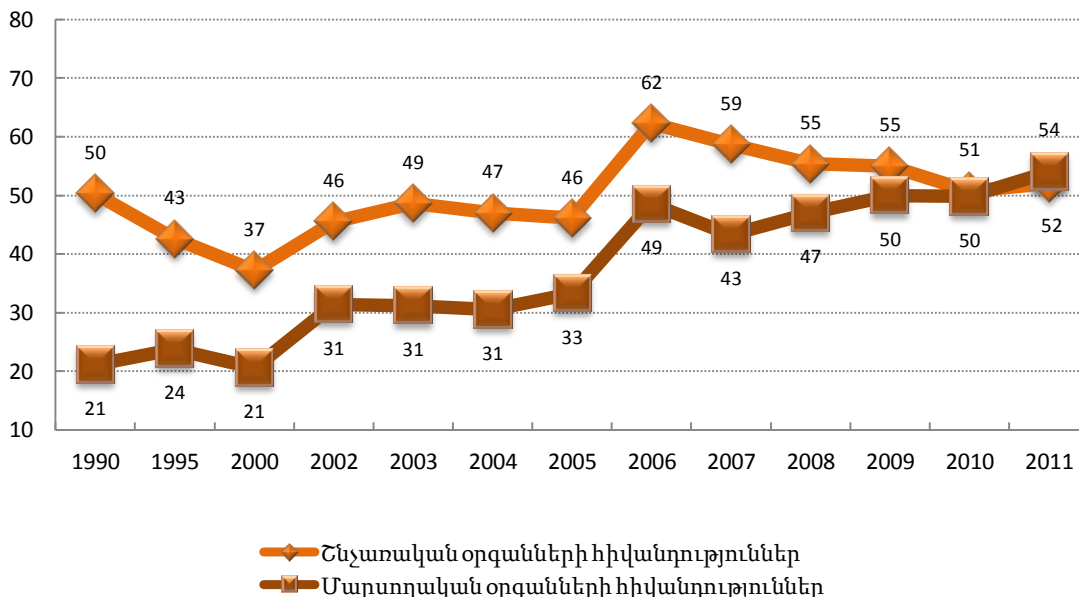
Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ սկսած 2005 թվականից նվազման միտում է ցուցաբերել սրտանոթային հիվանդություններից առաջացած մահացությունը, սակայն այն դեռևս ավելի բարձր է 1990 և 1995 թվականների ցուցանիշներից: Նշված դրական միտումը կարող է բացատրվել մի կողմից, բուժօգնության առաջնային օղակի մատչելիության աճով, որը հնարավոր է դարձրել այդ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումն ու բուժումը, իսկ մյուս կողմից՝ այդ հիվանդությունների բուժման որակի բարելավումով:

2000-2008 թթ. ընթացքում անընդհատ աճի միտում է ունեցել մահացությունը չարորակ նորագոյացություններից: Սակայն, հարկ է նշել, որ 2008-2011 թթ. ընթացքում այդ ցուցանիշը դադարել է աճելուց:

Մահացությունը շնչառական օրգանների հիվանդություններից 2006-2011 թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտում, իսկ մարսողական օրգանների հիվանդություններից՝ 2007-2011 թթ. ընթացքում՝ աճի միտում (Գծապատկեր 92):

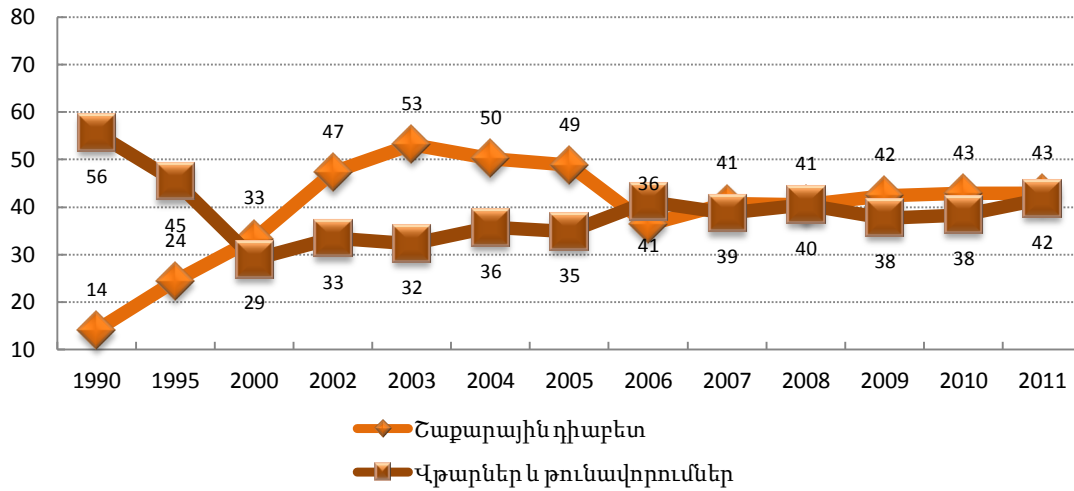
Եթե 1990-2003 թթ. ընթացքում մահացությունը շաքարային դիաբետից աճում էր, ապա 2003-2006 թթ. ընթացքում այն նշանակալի չափով նվազել է, իսկ 2006-2011 թթ. ընթացքում ցուցաբերել է շատ թույլ աճի միտում:

**Գծապատկեր 92. Մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով, շնչառական օրգանների հիվանդություններ և մարսողական օրգանների հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

**Գծապատկեր 93. Մահացության մակարդակը 100 000 բնակչի հաշվով, շաքարային դիաբետից, վթարներից և թունավորումներից, 1990, 1995 և 2000-2011 թթ.**

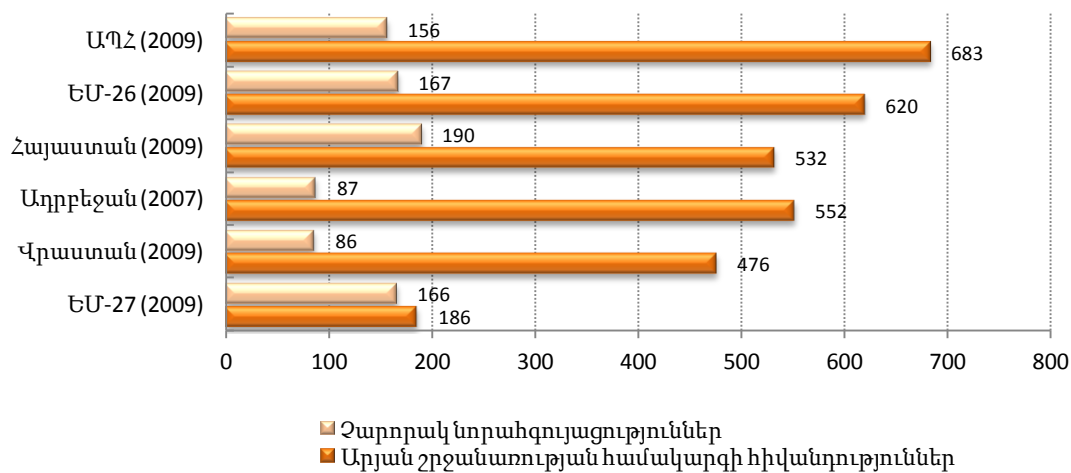


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012

Եվրոպական «Առողջություն բոլորի համար» տվյալների շտեմարանում առկա են տարբեր պատճառներով մահացության ցուցանիշները, որոնք ստանդարտացված են ըստ տարիքի: Այդ տվյալների հիման վրա Հայաստանում արյան շրջանառության համակարգի և չարորակ նորագոյացությունների պատճառով մահացության համեմատությունն այլ երկրների հետ տրված է Գծապատկեր 94-ում:

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

**Գծապատկեր 94. Մահացության ստանդարտացված ցուցանիշները 100 000 բնակչի հաշվով, սրտանոթային հիվանդություններ և չարորակ նորագոյացություններ, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, առկա ամենավերջին տարիներ**



Աղբյուր՝ ԱԲՏՇ, ԱՀԿ, 2012

## Առավել տարածված հիվանդություններ

Հայաստանում ամենից տարածված յոթ հիվանդությունները միասին կազմում են ընդհանուր հիվանդացության 68.9%-ը: Դրանք են.

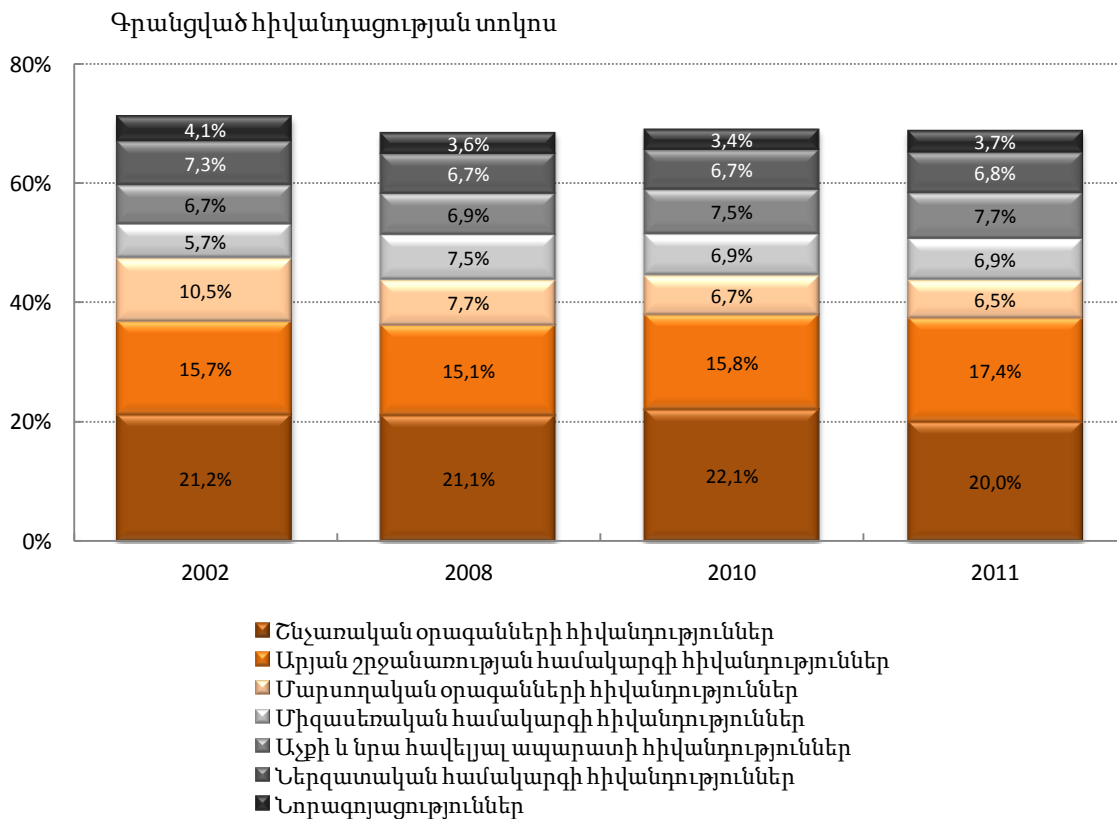
1. Շնչառական օրգանների հիվանդություններ
2. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
3. Մարսողական օրգանների հիվանդություններ
4. Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ
5. Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ
6. Ներզատական համակարգի հիվանդություններ
7. Նորագոյացություններ

Այդ հիվանդությունների տարածվածության կառուցվածքը 2002, 2008, 2010 և 2011 թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 95-ում: Առավել տարածված հիվանդություններն են՝ շնչառական համակարգի հիվանդությունները և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները:

Ընդ որում, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները՝ հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում ունեն աճի միտում:

2002-2011 թթ. ընթացքում հիվանդությունների տարածվածության կառուցվածքում նվազել է ներզատական հիվանդությունների հարաբերական քանակը: 2002 թ. 10.5%-ից 2011 թ. դրանք նվազել են մինչև 6.5%:

### Գծապատկեր 95. Առավել տարածված հիվանդություններ, 2002, 2008, 2010, 2011 թթ.

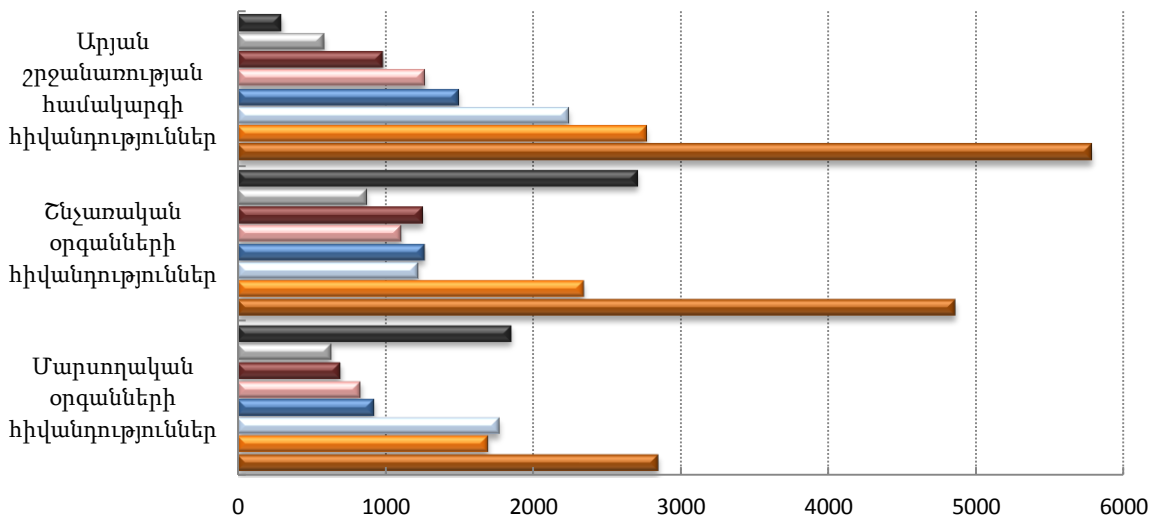


Ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքի վերաբերյալ ուղղակի միջազգային համեմատություններ կատարելու համար անհրաժեշտ տվյալները բացակայում են, սակայն դրանց մասին մոտավոր պատկերացում կարելի է կազմել ըստ այդ հիվանդությունների գծով հիվանդանոցային դուրսգրումների համեմատությունից, որոնք ներկայացված են Գծապատկեր 96-ում:

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

Հարկ է նշել, որ երկրում հոսպիտալացման մակարդակների վրա ազդում են նաև յուրաքանչյուր երկրում հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը:

**Գծապատկեր 96. Հիվանդանոցից դուրս գրվածները 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, ընտրանքային միջազգային համեմատություններ, 2010 թ.**



	Մարտդական օրգանների հիվանդություններ	Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
■ ԱՊՀ	1854	2710	303
■ Ադրբեջան	631	870	584
■ Վրաստան	696	1250	982
■ Հայաստան (2010)	832	1105	1262
■ Թուրքիա	923	1261	1490
■ ԵՄ-27	1768	1219	2237
■ ԵՄ-26	1695	2340	2765
■ Բեկառու	2851	4863	5786

## Տեղեկատվական կարիքներ

Տվյալների որակին առնչվող հիմնական խնդիրներն են՝

- Բնակչության տվյալներ: Առողջապահական այն ցուցանիշները, որոնց հայտարարում բնակչության քանակն է ստացվում են իրականից ավելի ցածր, քանի որ դրանց համար կիրառվում են բնակչության դե յուրե քանակը, որտեղ հաշվառված չեն Հայաստանից երկարաժամկետ կամ ընդմիջտ բացակայող անձինք, որոնք դուրս չեն գրվել բնակչության ռեգիստրից: Բնակչության գերազնահատված ցուցանիշներն ազդում են հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վրա, որոնք թերազնահատվում են: Դրա հետևանքով գերազնահատվում է նաև կյանքի սպասվող միջին տևողությունը ծնվելիս:
- Մահվան պատճառ: Այժմ մահվան վկայականներում կոդավորվում է մահվան 229 պատճառներից բաղկացած կարճ ցուցակ (ՀՄԴ-10-ում առկա է մահվան մոտ 8000 պատճառ), ինչը սահմանափակում է վերլուծական հնարավորությունները և դժվարացնում միջազգային համեմատությունները:

## Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
Կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս ցուցանիշը գերազնահատված է: Ինչը թույլ չի տալիս առողջության վիճակի վերլուծություններում վստահորեն հիմնվել այդ կարևորագույն ինտեգրալ ցուցանիշի և դրա փոփոխության միտումների վրա:	Իրականացնել կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս ցուցանիշի ավտերնատիվ գնահատում և հետհաշվարկ՝ հիմնվելով 2011 թ. մարդահամարի արդյունքների վրա, կիրառելով «դե ֆակտո» բնակչության քանակը:  Առաջարկել, որպեսզի ՀՀ ԱՎԾ-ն հաշվարկի կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս նաև ըստ մարզերի:
Առողջության վիճակի ինքնագնահատականները թույլ չեն տալիս պատկերացում կազմել մարզերում իրավիճակի վերաբերյալ:	Մեծացնել ԱՀԳԳ զանգվածային հետազոտության ընտրանքը կամ իրականացնել առանձին հետազոտություններ բնակչության առողջության առավել խնդրահարույց մարզերում:
Նեոնատալ, մանկական և երեխաների մահացությունը վերջին 3 տարիների ընթացքում ունեցել է աճի միտում և հեռանում է իր 2015թ. նպատակային ցուցանիշներից:	Բովանդակային կերպով վերլուծել այդ երևույթի պատճառները և անհրաժեշտության դեպքում իրականացնել ռազմավարության կարգավորում:



Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Առողջության ինքնագնահատականները տղամարդկանց շրջանում ավելի բարձր են, քան կանանց շրջանում, սակայն նրանց կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս նշանակալի զիջում է կանանց նույն ցուցանիշին:</p>	<p>Մշակել տղամարդկանց ուղղված առողջության քարտզարշավներ և տղամարդկանց առողջության սկրինինգներ:</p>
<p>Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը և դրանից մահացությունը մնում են ամենաբարձրը:</p>	<p>Իրականացնել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դիսպանսերացման և դիսպանսերացված անձանց առողջության վերահսկման գործողությունների որակի գնահատում:</p> <p>Իրականացնել այդ հիվանդությունների բուժման համար նախատեսված դեղերի մատչելիության գնահատում, այդ թվում ըստ բարեկեցության քվինտիլների, մարզերի և բնակավայրի տիպերի</p>
<p>Չարորակ նորագոյացություններից մահերի քանակը շարունակում է աճել, իսկ հիվանդացության մակարդակը չի նվազում:</p>	<p>Իրականացնել չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված միջոցառումներ, այդ թվում քարտզարշավներ մարդկանց տեղեկացվածությունը բարձրացնելու համար, ինչպես նաև սկրինինգներ դրանք վաղ հայտնաբերելու նպատակով:</p>

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

1. Առողջապահության ազգային հաշիվներ, Հայաստան, Ազգային զեկույցներ, 2007, 2009,2010, 2011:
2. Առողջապահական ազգային հաշիվներ. Երկրների վերաբերյալ տեղեկատվություն. Ժնև. Առողջության համաշխարհային կազմակերպություն: (<http://www.who.int/nha/country/en/>, տեղեկատվությունը ստուգվել է ....) ԱՀԿ. (2008):
3. Առողջություն և առողջապահություն, Հայաստան: ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ, 2012:
4. ՀՀ կառավարություն, (2003). 2003 թվականին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ կառավարության 2003թ փետրվարի 6-ի N246-Ն որոշումը:
5. ՀՀ կառավարություն (2008). Կայուն զարգացման ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ հոկտեմբերի 30-ի N1207-Ն որոշմամբ:
6. ՀՀ կառավարություն. (2003). Աղքատության կրճատման ռազմավարական ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2003թ օգոստոսի 8-ի N994-Ն որոշմամբ:
7. Համաշխարհային բանկի տվյալների բազա:
8. Հայաստան Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Ազգային զեկույց, 2007 թ.
9. Հայաստան Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Ազգային զեկույց, 2007 թ.
10. Տարբեր տարիներին ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված միջնաժամկետ ծախսային ծրագրեր:
11. ՀՀ կառավարության կայուն զարգացման ծրագիր:
12. Պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ կառավարության տարեկան հաշվետվություններ:
13. Bossert, Thomas, Till Barnighausen, Diana Bowser Et al. Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning for human resources in health. WHO 2007.
14. Increasing access to health workers and rural areas though improved detection: global policy recommendation, WHO 2011.
15. Models and tools for health workforce planning and projection, WHO, 2010
16. Schieber G, Maeda A (1997). A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Schieber G, ed. Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank Conference, 10–11 March 1997. Discussion Paper Number 365. Washington, DC, World Bank. Available in Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition Edited by Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab.
17. Xu K et al. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical briefs for policy-makers, N. 2, WHO/EIP/HSF/ PB/05.02. Geneva, World Health Organization. Available in Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition Edited by Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab.
18. Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. (2010). Implementing Health Financing Reform. World Health Organization.

19. World Bank. (2006) Bosnia and Herxegovina, addressing fiscal challenges and enhancing growth prospects. Report No 36156-BiH Washington, DC World Bank.
20. World Bank. (2003). Armenia: public expenditure review. Washington, DC. World Bank Europe and Central Asia Region.
21. Pazitny P (2006). Health system reforms significantly contributed to stabilizing public finance. Bratislava. Health Policy Institute (<http://www.hpi.sk/attachments/profit.pdf> accessed ...)
22. Cashin et al. (2009). Georgia private insurance-based health financing reform: 3 policy briefs. CoReform Project. Tbilisi, Abt Associates.
23. Ekman, B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy and Planning, 19(5):249-270.
24. Gotsadze, G. (2008). Health care financing reforms in Georgia. Presentation to GTZ, Frankfurt, 28 October, 2008.
25. Sloggett, A (2002), A report on the revolving drug fund schemes originated by Oxfam UK in Armenia, Azerbaijan and Georgia. Oxford, Oxfam.
26. Pathways to health system Performance assessment a manual conducting health system Performance assessment at national or sub-national level. World Health Organization 2012.
27. Poletti, T, et al. (2007). The desirability and feasibility of scaling up community health insurance in low-income settings: lessons from Armenia. Social Science and Medicine, 64(3): 509-520.
28. Savedoff, WD, and Husmann, K. (2006). The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: Transparency International, Global corruption report 2006: corruption and health. London, Pluto Press: 4-16.
29. World Bank. (2004). World Development Report: making services work for poor people. Washington, DC, World Bank.
30. Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. Health Economics, 12:921–934.
31. Hakobyan, T, Nazaretyan, M, Makarova, T, Aristakesyan, M, Margaryants, H, and Nolte, E. (2006). Armenia: health system review. Health Systems in Transition. Vol. 8 No 6, 2006. World Health Organization.
32. Evaluation of the health system performance assessment. Health systems performance assessment : a tool for governance for health in the XXI century. World Health Organization 2012.
33. Practical experience of performance assessment. The long-term process in the European region. A long –standing development in Europe. World Health Organization 2012.
34. Колбанов В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения. / В.В.Колбанов. – СПб.: ДЕАН, 1998. – 232 с.
35. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. / Ю.П.Лисицын. 2-е издание, перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՀՀ Երևան 010, Կառավարական տուն N3

Հեռ. (+374 10) 582 413,

Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

ՀՀ Երևան 010, Կոմիտաս 49/4

Հեռ. (+374 10) 237 134

